



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
CLAVE 3295-12**



METODO ENFERMERO

EN LA ASISTENCIA DE LA INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

Para obtener el Título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

MARY CARMEN GONZAGA MEZA

ASESOR DE TESIS: LIC. MARIA TERESA URIBE ORTIZ

MEXICO, D.F. 2005





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.

DICIEMBRE, 2005.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
LIC. MARISOL BENITEZ BERNAL
JEFE DE SERVICIOS ESCOLARES
PRESENTE

Adjunto a la presente, me permito enviar a usted el trabajo recepcional:

MÉTODO ENFERMERO EN LA ASISTENCIA DE LA INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

Elaborada por:

MARY CARMEN GONZAGA MEZA

Una vez reunidos los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria, apruebo su contenido para ser presentada y defendida en el examen profesional, que sustenta para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

A T E N T A M E N T E

LIC. MARÍA TERESA URIBE ORTÍZ

DEDICATORIAS:

A MIS PADRES:

**MARÍA DEL CARMEN MEZA ANAYA
RAYMUNDO GONZAGA FLORES**

Le agradezco a Dios por haberme brindado la oportunidad de ser su hija.

A quienes me han entregado el tesoro más valioso que se le puede dar a una hija, AMOR.

Les agradezco por estar siempre conmigo, por darme la oportunidad de ser profesionalista, gracias por darme su valioso tiempo, dedicación y sacrificio.

Y por confiar siempre en mí.

Aquí esta el resultado de todos sus desvelos y preocupaciones.

INFINITAMENTE GRACIAS.

A MIS HERMANAS:

**ARACELI GONZAGA MEZA
ERIKA GONZAGA MEZA
GABRIELA GONZAGA MEZA**

Son una parte muy importante en mi vida,

Quiero que sepan que las quiero mucho;

gracias por todo el esfuerzo y sacrificio moral

y económicamente para que

Pudiera tener una formación profesional.

Por su ayuda incondicional y sabios consejos.

GRACIAS.

A MI ASESORA:

LIC. MARÍA TERESA URIBE ORTÍZ.

Por haberme ayudado y dirigido en la realización de este trabajo.

GRACIAS.

A MI SOBRINA:

DANIELA GISEL RUIZ GONZAGA.

Desde el momento en que me enteré que ibas a llegar al mundo, no sabes cuanta satisfacción sentí al saber que me iba a convertir en tía, desde entonces fuiste mi inspiración para culminar este trabajo.

Gracias Dios mío por permitir que Dany llegara al mundo sin ningún problema, me diste la oportunidad de culminar mi carrera profesional, además de estar presente y brindar los cuidados correspondientes en su nacimiento.

TE QUIERO MUCHÍSIMO MI NIÑA.

A MI CUÑADO:

JORGE DANIEL RUIZ VALENCIA.

Me doy cuenta que el destino si existe, por ponerte en el camino de mi hermana Erika y así ser parte de mi familia. Gracias por los consejos que me has dado y sé que en ti tengo a un amigo.

TE ESTIMO MUCHO.

CONTENIDO

CAPITULO I	PAG
INTRODUCCIÓN-----	4
OBJETIVOS-----	5
GENERAL	
PARTICULAR	
 CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO	
ANTECEDENTES HISTÓRICOS-----	6
 CAPITULO III	
INSEMINACIÓN ARTIFICIAL	
TIPOS DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL-----	10
 CAPITULO IV	
ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA	
APARATO REPRODUCTOR MASCULINO-----	17
APARATO REPRODUCTOR FEMENINO-----	21
CICLO MENSTRUAL-----	29
CICLO OVÁRICO-----	32

CAPITULO V

ESTERILIDAD-----35
ESTERILIDAD FEMENINA-----36
ESTERILIDAD MASCULINA-----40

CAPITULO VI

VALORACIÓN DE RESPUESTA HUMANA-----56

CAPITULO VII

PLAN DE INTERVENCIONES-----75

CAPITULO VIII

PROPUESTAS-----147

ANEXOS

BANCO DE SEMEN-----148
CODIGO PENAL-----150
GLOSARIO-----152

BIBLIOGRAFÍA-----155

TRIPTICO

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El Personal de Enfermería tiene que estar siempre a la vanguardia, en cuanto a los avances científicos y tecnológicos que se presentan hoy en día para lograr satisfacer las necesidades del ser humano.

La Inseminación Artificial se encuentra dentro de los programas de Reproducción Asistida a pacientes, con algún problema de esterilidad, que consiste en: La introducción instrumental del semen, en el aparato reproductor femenino, cuando no es posible el acto coital, o no es probable que resulte un embarazo.

La esterilidad hoy en día se está convirtiendo en un problema social, es de suma importancia contar con un instrumento que logre identificar la confiabilidad y certeza de llevar acabo la Inseminación Artificial como tratamiento en pacientes con esterilidad, así mismo puedan satisfacer la necesidad de procrear un hijo.

El Método Enfermero es un instrumento que utiliza el Profesional de Enfermería para realizar los Diagnósticos de Enfermería y planificar los cuidados en forma analítica, crítica y reflexiva identificando las necesidades de las usuarias con un fin holístico.

Una buena Valoración permite conocer sus necesidades del cliente, a su vez favorece en la elaboración de un plan de cuidados de Enfermería, para poder proporcionar una buena atención de Enfermería.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Realizar un Método Enfermero sobre la Inseminación Artificial; por medio de la investigación bibliográfica, como una alternativa de reproducción asistida en el Hospital de la Mujer.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Conocer el procedimiento de la Inseminación Artificial, participando durante este, para tener un acercamiento más estrecho con la pareja y los resultados del procedimiento.
- Dar a conocer la Inseminación Artificial por medio de trípticos, para que los clientes del Hospital de la Mujer conozcan los beneficios del procedimiento.

CAPITULO II

ANTECEDENTES HISTORICOS

El término de reproducción asistida se ha utilizado desde 1960-1969. Se define como técnicas que con el fin de conseguir un embarazo, manipulan de manera extracorpórea los gametos femeninos y masculinos.

La primera Manipulación de Gametos con fines reproductivos fue en el año de 1777, cuando Lázaro Spallanzani realiza las primeras Inseminaciones en Animales.

Ya en 1884, Pascoast en Filadelfia la efectuó con éxito en un matrimonio estéril por azoospermia del marido. Cuando William Pancoast y Jons Dikinson informaron sobre la realización de las primeras inseminaciones artificiales por medio de semen de donante, fue necesario el mayor de los secretos para proteger tanto a los médicos como a pacientes, las violentas discusiones y polémicas escolásticas que surgieron a la publicación de casos de Pancoast, 25 años después del experimento y 11 años después de la muerte de Pancoast, solo dan una vaga idea de esta aparentemente caja de Pandora.

En 1909 John Hunter realizó la primera inseminación exitosa con una pareja heterosexual, para el año de 1938 John Rock y Menkin publicaron la Fertilización de un óvulo humano, en 1969 el biólogo Edwards y el ginecólogo Patrick Steptore reportaron varios casos de fertilización exitosa y en 1976 se da a conocer el primer embarazo en humanos con fertilización in vitro.

En el congreso Mexicano de 1984, se realizó el primer reporte sobre aspiración folicular para obtención de ovocitos, en 1988 Santos y Hernández publicaron el primer nacimiento de fertilización in Vitro y transferencia intratubarica de gametos por el grupo del Instituto Nacional de Perinatología.

La Reproducción asistida nace como tal con la Fertilización in vitro y transferencia de embriones a la cavidad uterina a pesar de que años atrás se realizaban la Inseminación Artificial.

Desde entonces se han hecho considerables progresos. Numerosos informes en la literatura científica respecto a la Inseminación Artificial, contribuyeron a su desmitificación y permitieron una aceptación reservada por la sociedad.

CAPITULO III

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

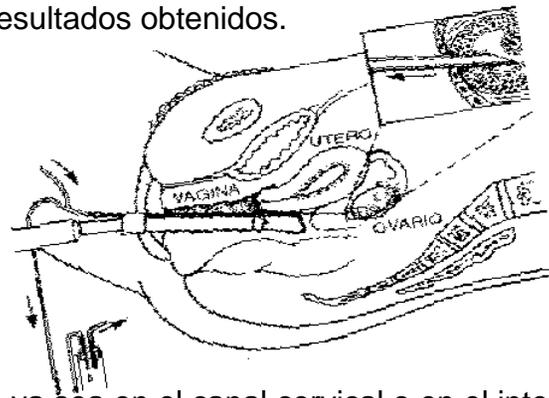
La Inseminación artificial es la introducción de esperma en la mujer por medios artificiales, sin asegurar la concepción como resultado.

Hoy en día también se utiliza el esperma humano congelado para la inseminación, en general de un donante anónimo masculino, en el caso de parejas que deseen tener un hijo, cuando el varón es estéril. Empleando espermatozoides congelados se consigue la fecundación en el 60% de los casos, mientras que con semen fresco la tasa de éxito alcanza el 90% de los casos.

Ninguno de los dos métodos produce un aumento de anomalías congénitas; pero el semen congelado se deteriora con el tiempo. Este procedimiento se realiza a las parejas que después de un tiempo prolongado no han logrado concebir, o formar una familia, por diferentes causas de esterilidad.

La Inseminación Artificial es una técnica médica consistente en la colocación de semen en el cuello uterino de la mujer y el método en cuestión es de ésta forma:

- ❖ Se averigua el día de la ovulación del cónyuge, mediante una gráfica de temperatura basal y el análisis del moco cervical, y en tal fecha se cita para realizarle la Inseminación Artificial.
- ❖ Cuando la paciente llega el día de la inseminación, se prepara la muestra de semen ya obtenida la muestra (también llamada volumen de Inseminación), se le indica a la cliente que se coloque en posición ginecológica explicándole el procedimiento, se carga en una fina cánula la cual será introducida en el interior del útero, (este proceso se debe realizar justo el día en que se espera la ovulación de la cliente, con el fin de que haya un mejor resultado, por eso la importancia de realizar cifras anteriores y así valorar el ciclo ovárico de la mujer), se coloca un espejo vaginal, se introduce la cánula dentro del cervix se va derramando el semen, se retira la cánula despacio, a su vez se retira el espejo vaginal, se le comunica a la cliente que se quede acostada y quieta por aproximadamente de 10 a 15 minutos. Se le proporciona una cita posteriormente para verificar los resultados obtenidos.



El semen se recomienda depositar en cervix, ya sea en el canal cervical o en el interior de la cavidad uterina.

TIPOS DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

Existen dos tipos de Inseminación Artificial

- ✓ **INSEMINACIÓN ARTIFICIAL HOMOLOGA** . Es decir se práctica con semen de su pareja sexual (cónyuge).
- ✓ **INSEMINACIÓN ARTIFICIAL HETEROLOGA** . Se realiza con el semen de un donador (previamente analizado el semen).

FACTORES IMPORTANTES PARA LLEVAR A CABO LA INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

SEMEN: Fluido secretado por el pene al final del coito que contiene los espermatozoides (espermios o células germinales del macho) y secreciones acompañantes.

El eyaculado humano normal es de 2 a 6 ml, transporta entre 60 y 300 millones de espermatozoides (según la duración de la abstinencia previa). Para fertilizar al óvulo ha de haber más de 20 millones de espermias por mililitro (ml). La primera parte del eyaculado es la secreción de las glándulas de Cowper y Littré, poco abundante y rica en mucoproteínas. La segunda parte contiene la secreción prostática (13% a 33% del volumen total), rica en fosfatasa y ácido cítrico.

La tercera parte es la secreción de conducto deferente, epidídimo y ampollas seminales, en la que viajan la mayoría de los espermatozoides. La cuarta y última parte, la forma la secreción de las vesículas seminales, (46% a 80% del volumen) muy rica en fructosa (alimentación de los espermios).

El semen puede ser infértil por ser los espermatozoides escasos, de baja motilidad o tener una excesiva proporción de formas aberrantes. Las anomalías de la función testicular pueden ser debidas a alteración hormonal en el eje hipotálamo-hipofisario. Las enfermedades del propio testículo (Klinefelter, orquitis, traumatismos, radiación, fármacos, criptorquidia, varicocele, insuficiencias crónicas hepáticas o renales, enfermedades neurológicas) o a defectos en el transporte de espermios (obstrucciones congénitas o adquiridas).

TIPOS DE MUESTRAS DE SEMEN EN LA INSEMINACIÓN ARTIFICIAL.

Muestra fraccionada. Este tipo de muestra se recomienda, en aquellos casos en los que se han detectado previamente la presencia de anticuerpos antiespermatozoides en el plasma seminal. Para evitar la aglutinación espermática generada por los anticuerpos, la muestra se recoge en dos botes. En el primero se depositara la primera fracción del eyaculado, caracterizada por la presencia de un alto porcentaje de espermatozoides, (90% del total del eyaculado), mientras que en el segundo bote se recogerá la segunda fracción, rica en plasma seminal y por tanto rica también en anticuerpos; en ésta fracción, el porcentaje de espermatozoides y en concreto los de mejor calidad, es bajo.

Muestra congelada: La muestra puede ser congelada con anterioridad a la inseminación, siempre que sea imprescindible; sin embargo, no es una práctica aconsejada dada la pérdida de calidad de la muestra, debido a la congelación.

CAPACITACIÓN ESPERMÁTICA.

El objetivo es seleccionar de la muestra en fresco aquellos espermatozoides con mejor movilidad, eliminando el plasma seminal, junto con los espermatozoides inmóviles, las células inmaduras y detritus que pudiera haber en la muestra.

Para ello, son varias las técnicas que se pueden aplicar, si bien tan sólo nos concentraremos en dos de ellas, por su simplicidad y eficacia:

- ❖ Gradientes de Percoll: Ésta es la técnica que se emplea en las inseminaciones, permite recuperar espermatozoides móviles de las muestras oligo y astenoospermicas. El preparado que se emplea es Puresperm, que a diferentes concentraciones va actuar como filtro de las células presentes en el eyaculado. De ésta forma, sólo aquellas que presenten una movilidad adecuada van a ser capaces de atravesar el gradiente, formado por dos concentraciones de Puresperm, el resto plasma seminal, células inmaduras, detritus y espermatozoides con movilidad no progresiva, van a ir quedando atrapados en las diferentes fases del gradiente.

- ❖ Swin-up: Ésta técnica es más sencilla que la anterior, permite una buena recuperación de espermatozoides móviles de muestras normozoospermicas, si bien no es tan eficaz cuando se trata de muestras oligo o astenozoospermicas.

El semen se lava con el mismo volumen de medio Sperm por centrifugación a 600gramos durante 10 minutos, se retira el sobrante y al sedimento (pellet), el tubo se incuba en posición inclinada (45 grados) durante 45 minutos a 37 grados centigrados, transcurrido el tiempo, se rescatan entre 0.3 y 0.5 ml de la superficie del sobrante, donde estarán los espermatozoides con mejor movilidad, que hayan conseguido salir del sedimento nadando hacia la superficie del medio que cubre el mismo

EXAMENES DE LABORATORIO

Se realiza por anamnesis familiar y personal, exploración genital, análisis de sangre, seminograma y test de congelación.

La ANAMNESIS FAMILIAR debe ir dirigida a detectar el estado de salud de los familiares más próximos y grado de consanguinidad existentes. Se investiga en especial patologías hereditarias.

En la ANAMNESIS PERSONAL además de los antecedentes patológicos como se hace hincapié en la vida sexual, deben descartarse donantes con riesgo de padecer el Síndrome de Insuficiencia Adquirida.

La EXPLORACIÓN va encaminada a descubrir cualquier signo sobre alguna patología hereditaria, infecciosa o que pueda afectar a la fertilidad, se registran las características físicas.

El ANALISIS DE SANGRE comprende en identificar el grupo sanguíneo y factor Rh, serología de lues, anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). El cariotipo identifica problemas genéticos.

Las anomalías del semen, son las causas más frecuentes de exclusión de donantes, ya que el nivel exigido supera lo considerado como, valores de referencia normales. Las condiciones de recogida son las mismas que para un SEMINOGRAMA y el semen debe tener unas características óptimas.

CARACTERISTICAS DEL SEMEN

- ≈ Volumen mayor de 2ml
- ≈ Número de espermatozoides/ ml $60 \times 10^6 - 250 \times 10^6$
- ≈ Motilidad de grado III MAYOR 60%
- ≈ Morfología mayor de 60
- ≈ Ausencia de aglutinaciones
- ≈ Ausencia de hematíes
- ≈ Ausencia de leucocitos
- ≈ Coagulación y lúefración antes de una hora

El análisis debe de repetirse al cabo de una semana, cuando se dispone de banco de semen debe efectuarse el TEST de la congelación-descongelación.

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL EMPLEO DE LA INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

INFECCIÓN PÉLVICA: La aparición de microorganismos en lugares estériles debido a procesos invasores puede causar infección. La introducción de una cánula intrauterina puede causar una infección intrauterina.

Hay tres posibles formas que los microorganismos pueden ser introducidos dentro del útero: la primera estará relacionada con los equipos medios que utilizan para realizar la inseminación; la segunda estará en relación con el líquido seminal y la tercera con los gérmenes localizados en la vagina.

REACCIÓN ALÉRGICA: La anafilaxia es una reacción inmediata provocada por la liberación de los mastocitos, leucocitos y basófilos.

Existen pruebas de que el plasma seminal es un potente alérgeno, que puede ocasionar anafilaxia al ser inyectado en la cavidad uterina.

RELACIONADAS CON LA ESTIMULACIÓN OVÁRICA.

La complicación es conocida como Síndrome de Hiperestimulación ovárica (SHO), que está directamente relacionada con los tratamientos, utilizados para obtener un mayor número de folículos. Este síndrome es una respuesta suprafisiológica del ovario, desencadenada prácticamente siempre tras la administración de hormona gonadotropina coriónica, después de la estimulación ovárica.

RELACIONADAS CON EL EMBARAZO CONSEGUIDO TRAS LA INSEMINACIÓN ARTIFICIAL.

Embarazo ectópico y aborto: Los porcentajes de embarazo ectópico oscilan entre el 4 y el 8%. Estas cifras pueden aumentar, cuando el tratamiento se realiza en mujeres que presentan cuadros de adherencias peritubaricas, por lo que se cuestiona el uso de ésta técnica, en este tipo de clientes. Respecto a los abortos oscilan alrededor del 20%.

Embarazo múltiple: Tras el empleo de estimulación ovárica para la realización de la Inseminación Artificial, varían ampliamente y puede dar como resultado un embarazo múltiple.

Patología asociada al embarazo: Se ha descrito un aumento en la incidencia de preeclampsia, en las mujeres que consiguen un embarazo con Inseminación Artificial.

CAPITULO IV

ANATOMIA Y FISIOLÓGÍA

APARATO REPRODUCTOR MASCULINO

PENE: Órgano masculino para la cópula, (coito), aunque también forma parte del sistema urinario, el pene está formado por tres columnas de tejido eréctil cubiertas por una delgada piel, que se mueven libremente, dos de esas columnas, los cuerpos cavernosos tienen espacios, que estando vacíos de sangre, dan lugar a la flacidez del pene, la tercera columna de tejido eréctil, la capa esponjosa bajo los cuerpos cavernosos, la uretra la atraviesa al salir de la vejiga. La punta del pene se compone de una porción dilatada de tejido esponjoso que forma un casco llamado glande, que está cubierto por una capa de piel floja llamada prepucio.

El pene desempeña dos funciones que son: proporcionar un pasaje para que la orina salga del cuerpo, y la otra depositar los espermatozoides en la vagina para fecundar el óvulo.

ESCROTO: Es la bolsa de piel rugosa y pigmentada de músculos, se encuentra bajo el pene y fuera de la cavidad abdominal, se divide en dos sacos, cada uno de los cuales contiene un testículo, el epidídimo y una porción del cordón espermático.

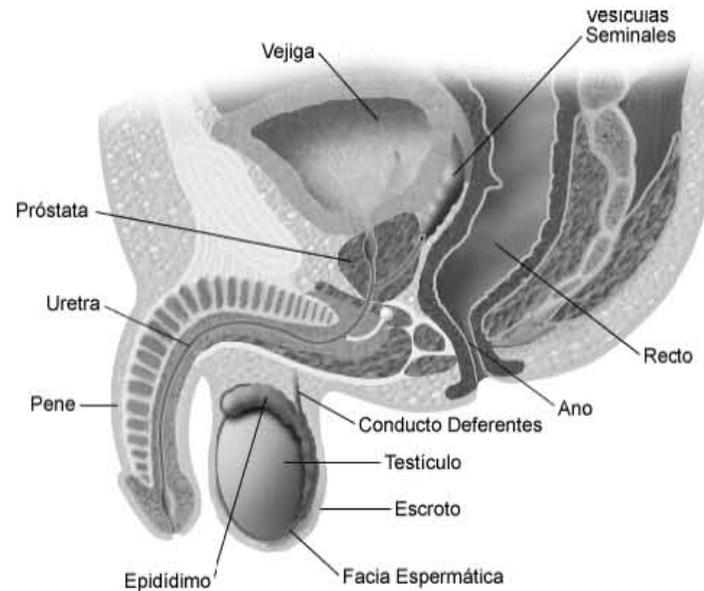
ORGANOS REPRODUCTORES MASCULINOS INTERNOS

TESTÍCULOS: Son dos glándulas ovoides de unos 5cm de largo por 2.5cm de ancho, que se encuentran dentro de la bolsa del escroto. Cada testículo tiene tubos seminíferos, donde se producen los espermatozoides, entre los tubos hay un pequeño grupo de células (laydig) que producen la hormona masculina, la testosterona, la cual da lugar a la aparición de las características masculinas del cuerpo del varón. En los túbulos de los testículos se produce algo del líquido seminal, o semen. Las dos funciones principales de los testículos son: Elaborar células espermáticas (espermatogénesis) y secretar hormonas masculinas (andrógenos).

EPIDIDIMO: Cada testículo desemboca en el epidídimo, proporciona un depósito para los espermatozoides, los cuales pueden mantenerse y adquieren movilidad.

CONDUCTOS DEFERENTES: También llamados vasos deferentes, son unos tubos de 45cm de longitud que constituyen la continuación del epidídimo, en su extremo se unen al conducto de la vesícula seminal para formar el conducto eyaculador.

CONDUCTO EYACULADOR: Se encuentra en la base de la próstata, converge en la porción prostática de la uretra, por él se expulsan los espermatozoides y el líquido seminal hacia la uretra.



GLÁNDULAS ACCESORIAS: Producen secreciones que nutren a los espermatozoides, protegen a los espermatozoides del medio ácido de la vagina, estimulan el movimiento de los espermatozoides.

VESÍCULAS SEMINALES: Son dos estructuras en forma de bolsas situadas en la base de la vejiga. Su recubrimiento glándular produce una secreción espesa y lechosa que constituye gran parte del semen eyaculado.

PROÁSTATA: Ésta glándula es una estructura del tamaño de una nuez que rodea a la uretra, justo por debajo de la vejiga, en el interior, tiene varios conductos excretores que se abren en la porción prostática de la uretra, a través de ellos vierte su secreción que forma parte del líquido eyaculado y le da su carácter alcalino.

GLÁNDULAS DE COWPER: Son dos pequeñas estructuras glandulares situadas por debajo de la próstata, a los lados de la uretra, de 5mm de longitud, que desembocan en la uretra mediante los tubos excretores.

ESPERMATOGENESIS

Proceso de formación de los espermatozoides, gametos masculinos, que se realiza en las gónadas masculinas. La espermatogénesis, comienza cuando las células germinales de los túbulos seminíferos de los testículos se multiplican, se forman unas células llamadas espermatogonias, cuando el individuo alcanza la madurez sexual las espermatogonias aumentan de tamaño y se transforman en espermatoцитos de primer orden; en éstas células se produce la meiosis.

La primera división de la misma da lugar a dos espermatoцитos de segundo orden, éstos tras otra división celular, producen dos espermáticas cada uno. Las cuatro células resultantes son ya haploides.

La siguiente fase es la espermiogénesis. En ella, las espermáticas se convierten en espermatozoides. Por ello, se reduce el citoplasma, el núcleo se alarga y queda en la cabeza del espermatozoide, las mitocondrias se colocan en el cuello y los centríolos originan un flagelo.

APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

ÓRGANOS EXTERNOS: Son las partes visibles desde el exterior, que comprenden el conjunto de órganos que se encuentran desde el borde inferior del pubis al periné y generalmente se conoce como vulva y son:

VULVA: Representa la entrada de la vagina, está formada por los labios mayores y los labios menores que se unen en la parte superior, recubren un órgano llamado clítoris.

MONTE DE VENUS: Localizado por delante de la sínfisis del pubis forma de un triángulo invertido, se encuentra sobre los dos huesos púbicos de la pelvis, formada por tejido adiposo, cubierta de piel pigmentada, que en la pubertad se cubre de vello.

LABIOS MAYORES: Constituyen formaciones prominentes, que parten del monte de Venus, en forma de dos pliegues redondeados, se dirige hacia abajo y hacia atrás para reunirse en la parte media del periné, están cubiertos por piel pigmentada con glándulas sebáceas

Vello: Su función es lubricar e impermeabilizar la piel de la vulva, así como secretar sustancias bactericidas. En las mujeres vírgenes se encuentran juntos y en las multíparas abiertos.

LABIOS MENORES: Son dos pliegues de piel, pequeños y delgados, planos, de color rojizo, ricos en glándulas sudoríparas y folículos sebáceos, que al adosarse entre sí ocluyen el orificio vaginal. Se unen en las partes anterior y posterior, la unión da lugar al frenillo del clítoris. En la nulípara se encuentran cubiertos por los labios mayores.

CLÍTORIS: Órgano homogéneo del pene, de forma cilíndrica de 1 a 2cm de longitud, situado en la parte superior del introito, por arriba del meato urinario. Provisto de una red venosa y sensitiva, es asiento de las sensaciones placenteras durante el acto costal. El clítoris se encuentra parcialmente escondido en el extremo superior de los labios y semeja frecuentemente la abertura de la uretra.

VESTÍBULO: Espacio comprendido entre los dos labios menores, contiene el orificio vaginal y las glándulas vestibulares, está cubierto de un epitelio escamoso estratificado.

MEATO URINARIO: Orificio en forma de hendidura, por el cual desemboca la uretra hacia el exterior.

GLÁNDULAS DE BARTHOLIN: Son dos y se encuentran ubicadas en los labios menores y en la pared vaginal, y desembocan en el introito, con su mucosidad lubrican la vulva y la parte externa de la vagina.

HIMEN: Membrana anular que cubre parcialmente la entrada de la vagina, está formada por dos capas de tejido fibroso, se rompe al contacto costal.

HORQUILLA VULVAR: Se dá este nombre al lugar donde se unen los labios mayores con los menores, en su parte posterior.

PERINÉ: Región comprendida entre la horquilla y ano, está constituido por músculos transversos del periné, bulbo cavernoso y elevador del ano.

GLANDULAS MAMARIAS: Se consideran como glándulas de la reproducción debido a su relación funcional con la procreación, es decir, la producción de leche para el recién nacido. El pezón se encuentra en el centro del seno, está rodeado por una areola pigmentada. Las glándulas o tubérculos de Montgomery son glándulas sebáceas pequeñas localizadas en la areola que segregan una sustancia que lubrica y protege los senos. A partir del pezón se ramifican de 10 a 20 estructuras llamadas lóbulos, de cada lóbulo salen de 20 a 40 lobulillos, los que a su vez se dividen en 20 a 80 estructuras similares a bolsas llamadas alvéolos, que están recubiertos de minúsculas células secretoras llamadas acinos, estos segregan los diversos componentes de la leche, el tamaño de los senos depende de la cantidad de tejido adiposo y no es indicio de la cantidad de leche que se producirá.

ORGANOS INTERNOS

VAGINA: Conducto, músculo membranoso que se extiende desde la vulva hasta el útero, se relaciona con la vejiga, sirve como:

- a) Conducto excretor del útero (menstruación, secreciones)
- b) Órgano de la cúpula
- c) Conducto del parto

Mide de 8 a 10cm de longitud, se inserta en el útero formando los fondos del saco (anterior, posterior y laterales).

La vagina ocupa un espacio intermedio entre la vejiga y el recto, se encuentra sostenida principalmente por los ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales, ligamentos de Mackenrodt) y por los músculos elevadores del ano.

Los nervios de la vagina proceden del pudendo interno, del hemorroidal y del plexo hipogástrico, irriga a la vagina en gran parte, pero también éstas ramas de la vesical inferior, de la hemorroidal y media y de la pudenda interna. Las venas vaginales drenan las venas pudendas, a las hemorroidales externas y las uterinas.

ÚTERO: Órgano muscular, hueco, situado en la parte profunda de la pelvis, de forma periforme, está invertido y aplanado ligeramente en sentido antero posterior. La cara anterior se relaciona con los uréteres, y la inferior con la vagina, la cual se inserta en su parte cervical, dejando una porción supravaginal y otra intravaginal. Mide de 7 a 8cm de longitud total y de 5 a 6cm de ancho.

Sostiene el útero:

- Los ligamentos redondos musculosos, que se originan lateralmente en el fondo uterino y terminan en los labios mayores.
- Los ligamentos anchos, pliegues peritoneales amplios que barren lateralmente de ambos lados del cuerpo uterino a las paredes laterales de la pelvis
- Los ligamentos útero sacros, estructuras fibrosas originadas en el istmo, que se insertan en el periostio del sacro.
- Los ligamentos cervicales transversos.
- Los músculos elevadores del ano y la aponeurosis superyacentes.

El útero se divide en tres partes

- ◇ Cuerpo o parte superior
- ◇ Istmo
- ◇ Cervix o parte inferior.

El útero está formado por tres capas:

* EXTERNA, SEROSA O PERITONEO, cubre todo el cuerpo excepto la parte antero inferior, es la que se relaciona con la vejiga.

* MEDIA, MUSCULAR O MIOMETRIO, es la más gruesa y resistente, está formada por fibras musculares lisas dispuestas en capas entrelazadas y mezcladas con tejido elástico constituido por fibras circulares, longitudinales y arciformes.

* INTERNA O ENDOMETRIO, capa que reviste la cavidad uterina, que sufre cambios cíclicos por efecto hormonal que al desprenderse da lugar a la menstruación. Está formada por un epitelio columnar que contiene gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos.

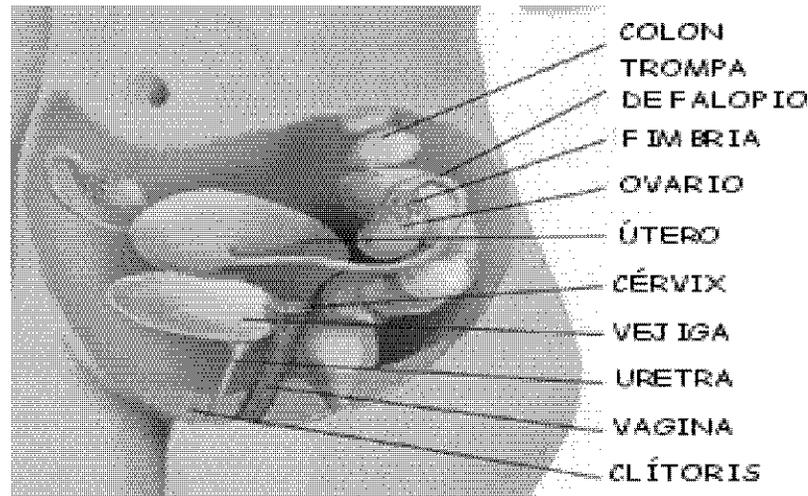
INERVACIÓN: Los impulsos nerviosos eferentes que salen del útero, se realizan a través de nervios sacros 2 y 4. Los impulsos aferentes alcanzan el sistema nervioso central y nervios sacros 2 y 4, conducen estímulos simpáticos.

La circulación uterina se deriva de las arterias y venas uterinas ováricas.

CERVIX: Tiene forma cilíndrica, su longitud es de 3cm, posee un orificio interno, un externo y un canal cervical, la inserción vaginal lo divide en dos porciones: intravaginal y supravaginal.

El cuello esta sostenido por los ligamentos útero sacros y los ligamentos cervicales transversos.

La inervación del cervix se hace a través de los nervios sacro segundo, sacro tercero , cuarto y del plexo simpático pélvico. La arteria y la vena cervicales, ramas principales de la circulación uterina, representan las vías de circulación fundamentales del cervix.



TROMPAS DE FALOPPIO: También llamadas tubas uterinas, constituye dos conductos, uno de cada lado del útero, de 10 a 12 cm de longitud por 1 a 2 cm. de diámetro externo. Son una prolongación de los cuernos uterinos, que se dirigen lateralmente hacia fuera y adelante. Su diámetro interno de 1 a 2 mm, es continuación de la cavidad uterina. Las trompas terminan en la cavidad peritoneal, cerca del ovario. Tienen movimientos peristálticos.

Las trompas están constituidas por tres capas:

- Capa externa.
- Capa media muscular.
- Capa interna, mucosa.



OVARIOS: Los ovarios son dos órganos ovoides aplanados, cada uno mide 4x3x2.5cm, están localizados en la porción lateral de la pelvis, en íntima relación con la parte distal de la trompa, en cada ciclo menstrual se desarrolla un folículo y empieza a secretar una gran cantidad de estrógenos. En este momento recibe el nombre de folículo De Graaf, en el seno del cual el óvulo será liberado durante la ovulación, hacia la mitad del ciclo.

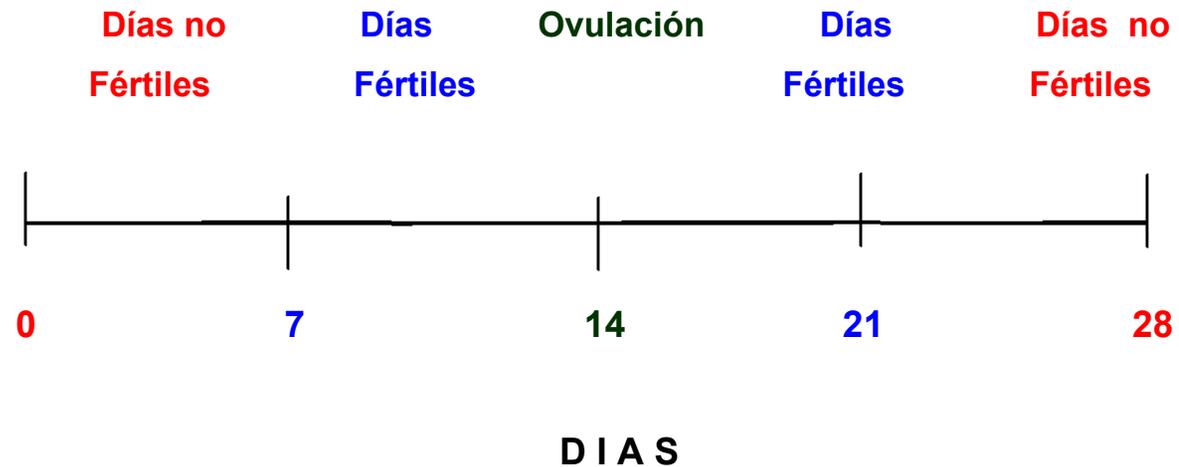
Los ovarios segregan hormonas que, junto con las secreciones de la hipófisis, contribuyen al desarrollo de los caracteres secundarios del sexo femenino y también a regular la menstruación. La fecundación se produce por la unión del espermatozoide con el óvulo, generalmente en la trompa de Falopio.

CICLO MENSTRUAL

Fase Folicular
Fase Estrogenica
Fase Proliferativa
(Duración 14 días
muy variable)

Fase lutea
Fase Progesteracional
Fase Secretora
(Duración de 14 días
constante)

MENSTRUACIÓN



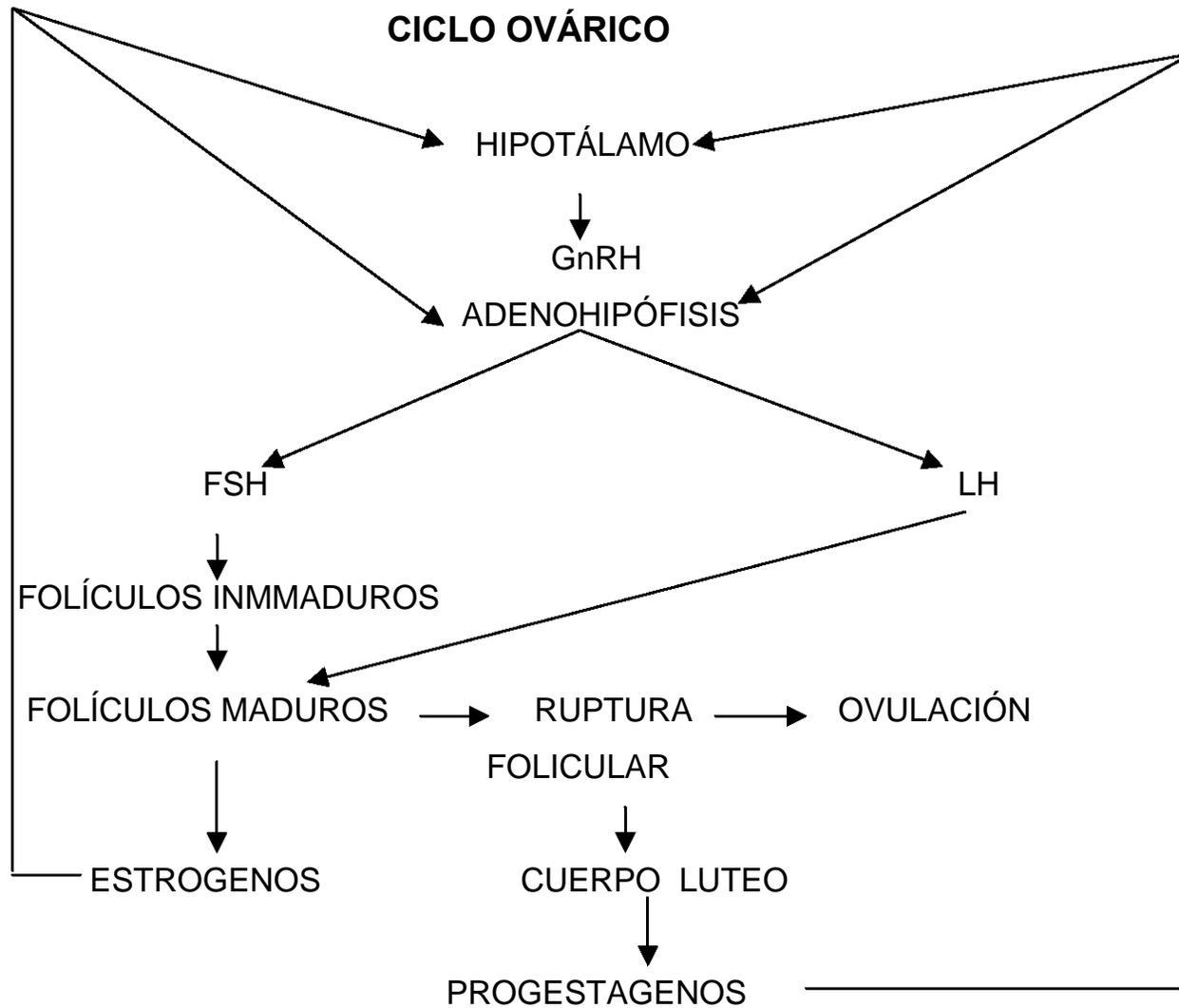
El Ciclo menstrual es un acontecimiento predecible que normalmente se presenta cada 28 días, este ciclo es influido por la maduración del folículo, la ovulación y la formación del cuerpo amarillo, y finaliza con el sangrado menstrual. Los cambios ocurren en el útero dependen de los cambios que surgen simultáneamente en los ovarios. El endometrio se desarrolla en el momento preciso del mes en que el óvulo está maduro. (2).

LA FASE MENSTRUAL: Es el sangrado uterino cíclico posterior a la ovulación como respuesta a cambios hormonales, el primer día de la menstruación marca el inicio del ciclo menstrual, muchas de las células del endometrio se desprenden y son eliminadas, mientras que otras empiezan a regenerarse. El flujo menstrual es rojo oscuro y de olor característico, la menstruación se presenta cuando el óvulo no ha sido fecundado, comienza unos 14 días después de la ovulación es un ciclo de 28 días normalmente y dura de tres a cinco días, los niveles de estrógenos son bajos durante esta fase y el moco cervical es escaso.

LA FASE PROLIFERATIVA: Comienza cuando las células del endometrio se agrandan, los vasos sanguíneos se vuelven más prominentes y se dilatan, aumentan el espesor del endometrio, hasta que alcanza su máximo justo antes de la ovulación. Al aumentar el nivel de estrógenos, el moco cervical se forma más abundante, es más líquido, de modo que la mucosa cervical es más favorable para los espermatozoides, pues facilita su movilidad. Al acercarse la ovulación, el moco aumenta su elasticidad, lo cual ayuda a determinar el momento de la ovulación.

Durante la FASE SECRETORA se producen algunos estrógenos, pero domina la secreción de progesterona, haciendo que las células del endometrio se vuelvan más espesas, dilatadas. Se presenta un ondulado de las arterias espirales y se intensifica, al prepararse para recibir al óvulo fecundado.

Si la Fecundación del óvulo no ocurre, comienza la FASE ISQUÉMICA. El cuerpo amarillo comienza a degenerar, con lo que disminuye la secreción de estrógenos y progesterona, se presentan cambios vasculares, como la ruptura de capilares y la contracción de las arterias espirales, lo que a su vez provoca una disminución de la sangre necesaria para el endometrio. Pronto se van formando pequeñas acumulaciones de sangre que escapan por la superficie del endometrio, indicio de un nuevo ciclo menstrual.



HIPOTALAMO: Regula la secreción de la adenohipófisis mediante que, a través del sistema portal, se acumulan en el lóbulo de la hipófisis y estimulan o inhiben la secreción de hormonas gonadotrópicas.

ADENOHIPOFISIS: Mediante un tipo de pequeñas células basófilas en el lóbulo anterior, producen las hormonas gonadotrópicas:

(GnRH) Hormona liberadora de Gonadotropina

(FSH) Hormona Estimulante de los Folículos

(LH) Hormona luteinizante

EL CICLO OVÁRICO. Consta de dos fases en 28 días.

FASE FOLICULAR (días 1 al 14).

Tiene lugar el desarrollo de los folículos ováricos, el ovario está bajo la influencia de la hormona estimulante del folículo (FSH) y de la hormona luteinizante (LH). Su función es estimular el crecimiento y el desarrollo de los folículos y la producción de estrógenos.

Cada mes, la FSH activa uno de los folículos primordiales, el cual empieza a crecer y madurar, sus células producen un líquido folicular con gran contenido de estrógenos, en la etapa de la maduración el pequeño óvulo, la membrana folicular y el líquido que lo rodean se denomina folículo de De Graaf. Al aumentar la cantidad de LH, este folículo se rompe y el óvulo es liberado en un proceso llamado ovulación.

El óvulo es atraído hacia el extremo abierto de la trompa de Falopio donde empieza su viaje hacia el útero, para su implantación o anidación.

La ovulación ocurre por lo general 14 días antes del comienzo del siguiente ciclo menstrual. Este momento es importante porque el óvulo puede ser fecundado por un espermatozoide durante el periodo es que es fértil.

FASE LUTEÍNICA (DIAS 15 A 28).

Principia en torno al día 15 del ciclo, después de la rotura del folículo de De Graaf y la liberación del óvulo, las células del folículo vacío aumentan de volumen y se llena con el cuerpo amarillo. Por la influencia de la Hormona luteinizante (LH), el cuerpo amarillo comienza a producir cantidades mayores de estrógenos y progesterona.

Si la fecundación del óvulo no tiene lugar, el tamaño del cuerpo amarillo disminuye, en ese momento la concentración de Hormona luteinizante (LH) es tan baja que ya no puede mantener al cuerpo amarillo, que al degenerar deja rápidamente de segregar estrógenos y progesterona, lo cual provoca el desprendimiento del endometrio (recubrimiento del útero), el inicio de la menstruación y el principio de un nuevo ciclo.

CAPITULO V

ESTERILIDAD

La sociedad concede gran importancia a la capacidad de una pareja para concebir y a la mujer para llevar el embarazo a feliz término.

El diagnóstico de esterilidad o infecundidad representan para las parejas que desean la procreación un duro golpe a los objetivos que se han trazado en la vida. Ya que la esterilidad obliga a una reordenación importante en los objetivos vitales y a la superación completa de la aflicción que resulta de ella, incluso para las mujeres que no creen que la maternidad sea una de las formas de realizarse como personas.

Se define como esterilidad a la falta de concepción después de un año de coitos regulares sin uso de métodos anticonceptivos, por lo regular los pacientes estériles son en su mayoría parejas de edad avanzada que han usado anticonceptivos y están deseosos de tener familia.

La esterilidad es un problema de pareja y ambos integrantes deben ser estudiados clínicamente para saber su origen, y el porcentaje de dicha. Infecundidad se clasifica de la siguiente manera:

- ❖ En el 30% de los casos la causa reside en el hombre.
- ❖ En el 40% la causa reside en la mujer.
- ❖ En el 30% restante reside en ambos integrantes de la pareja.

LA ESTERILIDAD FEMENINA

La edad fértil de una mujer inicia con su primera ovulación (menarca) y la concepción puede tener lugar en cualquier momento hasta la menopausia. La concepción de un ser sucede con mayores probabilidades cuando la ovulación se ha establecido en forma regular, es decir; en el periodo comprendido después de la adolescencia hasta cinco años antes de presentarse la menopausia.

Las causas de esterilidad femenina se clasifican en:

- A) Causas metabólicas
- B) Causas endocrinas
- C) Causas vaginales
- D) Causas cervicales
- E) Causas uterinas
- F) Causas ováricas
- G) Causas psíquicas

A) Causas metabólicas

Las principales causas metabólicas se deben a la falta de educación alimenticia en nuestra sociedad y las crisis económicas que padece nuestro país han originado problemas de desnutrición y malos hábitos alimenticios en la mayoría de la población; lo que origina diversos trastornos en el metabolismo de las mujeres como son: la deficiencia vitamínica, la deficiencia de proteínas, la anemia por deficiencia de hierro, y enfermedades metabólicas como la diabetes mellitas que pueden causar la esterilidad en la mujer mexicana.

B) Causas endocrinas

Su clasificación

- Hipofisiaria: La ovulación y el embarazo dependen de la producción normal de tiotropina, corticotropina y gonadotropinas. La alteración significativa en el funcionamiento de la glándula pituitaria provoca insuficiencia ovárica secundaria. El hiperpituitarismo puede ser causado por colapso circulatorio debido a hemorragia y necrosis Hipofisiaria (Síndrome de Sheehan), a quistes o tumores o al común ayuno. La caquexia pituitaria (Enfermedad de Simmonds) es muy rara en la mujer pero se da en casos excepcionales. El hiperpituitarismo obedece con frecuencia a un adenoma benigno. (3)
- Tiroidea: El hipotiroidismo es causa de anovulación, esterilidad y aborto. El hipotiroidismo grave produce infertilidad en la mujer
- .Suprarrenal: La sobreactividad de lo suprarrenal (Síndrome de Cushing) reduce la ocurrencia de ovulación. La insuficiencia suprarrenal (enfermedad de Addison) produce atrofia gonadal.

C) Causas vaginales.

Las principales causas son las anomalías congénitas de la vagina (ausencia vaginal, ginatresia, himen imperforado o cribiforme, estenosis, vagina tabicada) lo que impide el coito y en consecuencia la inseminación. La vaginitis por infección produce leucorrea y está reduce la viabilidad de los espermatozoides.

La inmovilización de los espermatozoides o la aglutinación de los mismos por anticuerpos pueden aparecer en el líquido vaginal o cervical de la mujer y ocasionarle esterilidad.

D) Causas cervicales.

Su clasificación es:

- Las anomalías de desarrollo (doble cervix) pueden impedir el avance de los espermatozoides.
- Los tumores cervicales (pólipos, miomas) pueden obstaculizar parcialmente el paso de los espermatozoides, y causar escurrimiento que puede hostilizar al esperma.

La cervicitis da lugar a secreciones viscosas, ácidas y a veces purulentas que afectan a los espermatozoides. Estas infecciones se deben comúnmente a Chlamydia, micoplasma T, enterococos, tricomonas, e infecciones mixtas.

- La incompetencia cervical es una causa frecuente de aborto durante el segundo trimestre del embarazo.

E) Causas uterinas.

Se clasifican en:

- Los tumores uterinos (llamados pólipos, miomas) adelgazan el endometrio, causando hemorragias y flujo en la mujer y alteran la circulación sanguínea y distorsionan o reducen la capacidad uterina.

(Los diversos padecimientos endometriales (pólipos, endometritis, refracción a los estímulos hormonales), impiden el mantenimiento del embarazo causando el aborto.

F) Causas ováricas.

Se clasifican en:

- Las infecciones del ovario pueden causar esterilidad al impedir la maduración folicular y la ovulación. El engrosamiento de la albugínea ovárica producido por infección crónica impide la expulsión del óvulo.
- Los tumores del ovario pueden alterar la función o destruir el órgano.

G) Causas psíquicas.

Las principales causas psíquicas se deben a diversos problemas sociales como la inseguridad, el desempleo, etc., y esto ocasiona el estrés, la ansiedad, los temores, la preocupación exagerada, la psiconeurosis grave o psicosis, en la gran mayoría de la población pero principalmente en la mujer y son causas frecuentes de amenorrea y anovulación en ellas.

ESTERILIDAD MASCULINA.

La capacidad de reproducción en el hombre principia aproximadamente a los dieciséis años y la declinación de la fertilidad se inicia más o menos a los cuarenta y cinco años.

La esterilidad masculina puede atribuirse a las siguientes causas:

- A) Causa coital
- B) Causas de las anomalías de los espermatozoides
- C) Causa testicular
- D) Causa del pene y la uretra
- E) Causa de la próstata y de las vesículas seminales
- F) Causa de epidídimo y los conductos deferentes.

A) Causa coital

Uno de los diversos problemas que puede tener un hombre para tener relaciones íntimas con su pareja es la penetración vaginal del cuerpo viril, que puede ser incompleta por epispadias, hipospadias, obesidad extrema o encorvamiento de la columna vertebral del varón.

B) Causas de las anomalías de los espermatozoides

Valores normales del líquido espermático

Volumen: 3.4ml (promedio)

pH: 7.4

Viscosidad: Moderadamente fluida a los 30 minutos

Movilidad (26.5 grados centígrados: Mas del 70% de elementos móviles inmediatamente después de la eyaculación; 60% a las 2 horas; 25% a las 6 horas; algunos cuantos activos después de 24 horas.

Número: 50-120 millones/ml.

Forma: menos de 30% de los espermatozoides con anomalías de la cabeza.

Al momento de la eyaculación el fluido espermático es blanquecido, semigelatinoso y grumoso. En los grumos se halla la mayoría de los espermatozoides. La primera porción del eyaculado es la que contiene mayor número de espermatozoides y en donde se reconocen menos formas anormales de los mismos.

Los espermatozoides sobreviven más tiempo en la secreción cervical alcalina, pero si permanecen en el mismo medio ácido vaginal son destruidos con rapidez.

Los espermatozoides avanzan a razón de 1cm/hora mediante autopropulsión. La dirección que siguen obedece a su tendencia a nadar a través de cordones de moco cervical en contra de corrientes líquidas, y a alcanzar el medio alcalino glucogénico propio de las porciones altas del sistema genital.

Los espermatozoides ascienden por el conducto uterino, y en la trompa alcanzan al óvulo, ayudados por el movimiento ciliar del epitelio tubario que se dirige hacia las fimbrias.

Los estudios endocrinos pueden ser importantes para determinar la causa de problemas espermáticos y éstos se clasifican en:

- 1) Azoospermia
- 2) Oligospermia
- 3) Espermatozoides anormales.

1) Azoospermia

Se clasifica en:

- ◇ Concentraciones séricas de testosterona baja, concentraciones elevadas de Hormona Estimulante de los Folículos (FSH) y Hormona luteinizante (LH), estos individuos tienen insuficiencia testicular que afecta a las células germinales y a las de Leydig.
- ◇ Cifras séricas de testosterona y de la Hormona luteinizante (LH) normales, Hormona Estimulante de los Folículos (FSH) elevada, es probable que haya insuficiencia tubular germinal primaria con células de Leydig sanas.
- ◇ Cifras séricas de testosterona baja, Hormona luteinizante (LH) y Hormona Estimulante de los Folículos (FSH) disminuidas estos pacientes tienen hipogonadismo, hipogonadotropico, congénito o adquirido.
- ◇ Cifras séricas de testosterona normales, al igual que de Hormona Estimulante de los Folículos (FSH) y Hormona luteinizante (LH), la causa probable de azoospermia es una deficiencia eyaculatoria. Es posible que haya eyaculación retrógrada u obstrucción del sistema eyaculatorio.(4)

2) Oligospermia

Se clasifica en:

- ◇ Concentraciones de testosterona sérica bajas, y de la Hormona Estimulante de los Folículos (FSH) y de la Hormona luteinizante (LH) elevadas, estos hombres tienen una insuficiencia gonadal primaria.
- ◇ Concentraciones de testosterona sérica normales y de la Hormona luteinizante (LH) y de la Hormona Estimulante de los Folículos (FSH) elevadas, insuficiencia gonadal secundaria, probablemente por lesión sufrida en los órganos reproductores.
- ◇ Concentraciones bajas de testosterona sérica, y de la Hormona luteinizante (LH) y de la Hormona Estimulante de los Folículos (FSH) normales o bajas, es posible que el paciente tenga una enfermedad neuroendocrina del sistema nervioso central. Estos hombres pueden tener deficiencias como consecuencia de enfermedad hipotalámica o Hipofisiaria.
- ◇ Concentraciones normales de testosterona sérica y de la Hormona Estimulante de los Folículos (FSH) y de la Hormona luteinizante (LH) , hay varicocele o el diagnostico es incierto.
- ◇ Las concentraciones altas, normales o ligeramente elevadas de testosterona sérica y de la Hormona luteinizante (LH) pero cifras de la Hormona Estimulante de los Folículos (FSH) normalmente bajas o muy bajas, esta comprende a hombres con resistencia parcial a andrógenos que origina un aumento secundario de la Hormona luteinizante (LH) sérica.

3) Espermatozoides anormales

En este caso pueden encontrarse necroespermia y anomalías en la morfología o motilidad espermática lo que produce la esterilidad masculina.

c) Causa testicular

Se clasifica en:

- ◇ Defectos de desarrollo: La agenesia testicular es extraordinariamente rara; hay testículos pequeños en el síndrome de Klinefelter. La ausencia de testículos en el escroto obedece casi siempre a criptorquidia. En la edad postpuberal se encuentra criptorquidia bilateral en 2% de los individuos, y la mayoría de ellos son estériles en la madurez.

- ◇ Endocrina: El hipopituitarismo, la enfermedad de Cushing y los tumores de la parte anterior de la pituitaria, causan esterilidad. La enfermedad de Addison produce atrofia testicular. La anemia y la diabetes mellitas mal controlada puede ser causa de esterilidad.

- ◇ Infecciones: La hipertermia en el hombre disminuye la fertilidad temporalmente al pasar el episodio, se normaliza con rapidez. Las infecciones crónicas debilitantes, como el paludismo, la tuberculosis la brucelosis, causan una esterilidad temporal.

- ◇ Lesiones por agentes físicos: La función testicular puede reducirse o es eliminada por irradiación o traumatismo directo en los testículos, o disminución del riesgo sanguíneo provocada por accidente durante una herniorrafia e el tratamiento de un varicocele.

D) Causa del pene y la uretra

Las principales causas del pene y la uretra se deben a malformaciones congénitas y las cicatrices en el pene pueden hacer imposible la erección y por lo tanto el coito con la pareja, además la estrechez de la uretra suele impedir la eyaculación normal del varón.

E) Causa de la próstata y de las vesículas seminales.

El fluido producido por estos órganos sirve de vehículo a los espermatozoides. Solamente 5% de la eyaculación está constituida por semen. El fluido prostático contiene fibrinógeno, fibrinolisisina, que causan la coagulación inicial del eyaculado y su licuefacción subsiguiente, La exploración rectal digital y el examen microscópico del fluido obtenido por expresión pueden determinar las infecciones en la próstata y en las vesículas seminales.

F) Causa del epidídimo y los conductos deferentes.

Estas estructuras tubulares permiten la emigración del espermatozoide, de los testículos a las vesículas seminales, y proveen elementos para la nutrición o la maduración de éste. Las alteraciones congénitas, inflamatorias o traumáticas de estos conductos, producen obstrucción mecánica. Varicocele e hidrocele pueden alterar la maduración espermática al elevar la temperatura escrotal.

DIAGNÓSTICO PARA PODER LLEVAR A CABO LA INSEMINACIÓN ARTIFICIAL.

El diagnóstico de la infertilidad obliga al estudio de la pareja como unidad y no sólo de la mujer, pues tanto el factor masculino como el factor femenino presentan frecuencias causales de infertilidad.

El modelo de estudio de infertilidad suele incluir las siguientes pruebas:

Generales

- Anamnesis: Entrevista con la pareja para determinar antecedentes familiares, conocer su vida sexual (frecuencia coital, uso de anticonceptivos, etc.), las características de la menstruación de la mujer, enfermedades anteriores, consumo de drogas y medicamentos, hábitos alimentarios, deportivos y laborales, etc.
- Exploración física: Pruebas complementarias para detectar malformaciones, anomalías o enfermedades.

ESPECÍFICAS PARA EL HOMBRE:

- Espermiograma: Consiste en el estudio del semen, movilidad, cantidad y anatomía de los espermatozoides, eyaculaciones insuficientes o anómalas, etc.

ESPECÍFICAS PARA LA MUJER

- Estudio de la temperatura basal: Sirve para comprobar si la menstruación es regular.
- Análisis hormonales: Consiste en la búsqueda del nivel plasmático de progesterona los días 22 ó 23 del ciclo. También sirve para detectar posibles trastornos endocrinos.
- Biopsia de Endometrio: Análisis de una muestra de tejido para detectar anomalías o enfermedades que impiden la implantación del cigoto.
- Ecografía transvaginal: Para visualizar malformaciones o anomalías anatómicas (miomas, por ejemplo).
- Laparoscopia: Observación del abdomen y la pelvis con la introducción de un instrumento óptico, que permite evaluar los órganos genitales internos y determinar la presencia de adherencias y la existencia o no de endometriosis.
- Histeroscopia: Observación ocular del útero mediante un instrumento llamado histeroscopio. Es útil para el diagnóstico de pólipos endocavitarios y sinequias (adherencias) uterinas.

- Histerosalpingografía: Radiografía del útero y las trompas con una sustancia de contraste que se inyecta desde el cuello del útero.
- Prueba postcoital o test de Sims-Huhner: Evalúa la interacción de los espermatozoides con el aparato genital femenino. Para ello, se obtiene en el momento ovulatorio y tras 5 a 15 horas de una relación sexual, una muestra del moco cervical que se analiza para determinar sus características físicas y la presencia de espermatozoides.

Los estudios de laboratorio y gabinete se deben aplicar bajo el criterio de individualidad en cada paciente y de acuerdo a los datos obtenidos en la historia clínica.

EL TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD FEMENINA

La corrección de la esterilidad en la mujer se basa en el tratamiento de alteraciones casuales y tomando en consideración éstas se clasifican en:

- ◇ Medidas generales.
- ◇ Medidas médicas.
- ◇ Medidas quirúrgicas.
- ◇ Inducción de la ovulación.
- ◇ Fertilización in vitro.

A continuación se explica cada una de las cinco formas de tratar y corregir la esterilidad en la mujer.

1) Medidas generales

Las principales medidas generales para la esterilidad debida a deficiencias nutricionales se corrigen con una dieta adecuada bien balanceada y suplementos nutricionales. Puede ser de ayuda la psicoterapia para mujeres temerosas del embarazo y cuando la esterilidad se relacione con problemas psiquiátricos muy profundos.

2) Medidas médicas

En muchas mujeres con desequilibrio endocrino puede restaurarse la fertilidad gracias a un tratamiento adecuado en aquellas con hipo o hipertiroidismo. La corrección de la cervicitis ayuda al retorno a la fertilidad. Si existe inmovilización del esperma o anticuerpos aglutinantes del mismo, el uso de un condón aproximadamente durante seis meses, puede resultar en su disipación espontánea.

3) Medidas quirúrgicas

La corrección quirúrgica de anomalías congénitas o adquiridas (incluyendo tumores) del sistema genital inferior o del útero puede frecuentemente renovar la fertilidad. Con frecuencia se restaura la fertilidad con la extirpación quirúrgica de tumores ováricos o de focos ováricos de endometriosis. La corrección quirúrgica de la obstrucción tubárica debida a salpingitis restablecerá la fertilidad aproximadamente en 30% de los casos favorables. El pronóstico después de cirugía es mucho mejor en casos especiales de bloqueo de los cuernos o de las fimbrias.

Está indicada la resección cuneiforme de ovario cuando los procedimientos médicos han resultado ineficaces o en mujeres con el síndrome de ovarios poliquísticos que tengan hirsutismo progresivo. La técnica consiste en extirpar una cuña de tejido ovárico equivalente a 40% y 50% de un ovario en el borde antimesovárico, esta operación solo provoca una mejoría temporal del 60 al 80% de las pacientes con ovarios poliquísticos vuelven a tener menstruaciones y 30 a 60% de ellas se embarazan.

4) Inducción de la ovulación

Deberá intentarse inducir la ovulación en casos de esterilidad debida a anovulación que haya persistido por más de seis meses (incluyendo amenorrea secundaria breve y oligomenorrea), galactorrea, sangrado uterino disfuncional recurrente, y enfermedad ovárica poliquística (Síndrome de Stein-Leenthal)

Tratamientos que a continuación se explican que son:

- ❖ Normalización del peso corporal: Este es el método más simple y posiblemente el más eficaz para aquellas mujeres con sobrepeso u obesas, por malos hábitos alimenticios.
- ❖ Supresión de la Hormona Estimulante de los Folículos (FSH): En algunas mujeres el Hipotiroidismo primario compensado produce anovulación. Tales mujeres tienen cifras normales de T4 pero elevadas de la Hormona Estimulante de los Folículos (FSH) y prolactina. El tratamiento requiere supresión de la Hormona Estimulante de los Folículos (FSH) mediante substitución por levotiroxina, que a menudo puede reiniciar la ovulación en dosis de 0.1 mhg por vías oral diariamente.
- ❖ Bromocriptina: La bromocriptina puede administrarse por vía oral en dosis de 1.25 a 2.5 mg, de dos a tres veces al día a mujeres con hiperprolactinemia. Sí la paciente no tiene su siguiente periodo menstrual debe suspenderse el medicamento y hacerse una prueba de embarazo.
- ❖ Citrato de Clomifeno: Los estudios recientes indican que las dosis diarias de 50 a 100mg, de clomifeno son más eficaces debido a que producen una disminución de la concentración de la Hormona Estimulante de los Folículos (FSH) sérica y esto da como resultado la ovulación.

- ❖ Menotropinas (Hmg, personal): La aplicación de cada ampolleta de Personal contienen 75 UI de la Hormona luteinizante (LH) y 75 UI de la Hormona Estimulante de los Folículos (FSH). Se utiliza principalmente en los casos de hipogonadismo para inducir la ovulación o cuando hay defectos de Lútea. La inducción de este medicamento provoca la ovulación en las mujeres con enfermedad poliquística del ovario y las que tienen amenorrea después de haber utilizado anticonceptivos orales.

- ❖ Fertilización in Vitro (embarazo en tubo de ensayo): La virtual exposición tecnológica, en estos tiempos ha convertido en práctica común las ideas que apenas hace algunas décadas correspondientes al campo de la ciencia ficción.

La fertilización in vitro es un tratamiento técnico y científico común en los centros médicos en el mundo. Muchas mujeres cuyas trompas de Falopio tiene obstrucción o bien han sido extirpadas, en la actualidad son pacientes idóneas para un tratamiento de este tipo.

EL TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD MASCULINA

En la actualidad no existe ningún tratamiento médico que haya tenido éxito para corregir la azoospermia debida a la insuficiencia testicular primaria o insuficiencia germinal primaria, además tampoco se puede corregir la oligospermia por insuficiencia gonadal secundaria. En el caso de la necropermia y las anormalidades en la morfología o motilidad espermática, cuando no hay infección por lo general no se elimina con tratamiento médico. Algunas otras causas de esterilidad en el hombre pueden tratarse y corregirse, mismas que se clasifican de la siguiente manera:

- 1) Medidas quirúrgicas
- 2) Medidas médicas
- 3) Inseminación artificial homóloga
- 4) Inseminación artificial Heterologa

1) Medidas quirúrgicas.

La corrección quirúrgica de anomalías congénitas o adquiridas del pene y de la uretra puede hacer posible la penetración vaginal efectiva y la inseminación normal. Frecuentemente se corrigen con un tratamiento apropiado de una hipofunción testicular secundaria a hipotiroidismo o diabetes mellitus. La corrección quirúrgica varicocele y del hidrocele pueden restaurar la fertilidad. La orquitis por parotiditis hace indispensable, para la preservación de la fertilidad, una rápida decompresión testicular por extirpación quirúrgica de la túnica albugínea. La microcirugía puede corregir la falla en la eyaculación.

2) Medidas Médicas.

La hipofunción testicular debida a disfunción endocrina o metabólica a menudo se corrige con un tratamiento adecuado. La azoospermia por hipogonadismo congénito o adquirido.

El tratamiento de la oligospermia origina por enfermedad neuroendocrina del sistema nervioso central dependerá de datos que se obtengan del sistema nervioso central. El tratamiento de la oligospermia por varicocele o por causas desconocidas con testosterona para efecto de rebote con clomifeno no ha dado resultado satisfactorio.

3) Inseminación Artificial homologa.

En los casos que el esposo tiene una deficiente cantidad, calidad o movilidad de los espermatozoides como es en el caso de la oligospermia debida a insuficiencia gonadotrófica primaria o de la causa desconocida cuando no hay varicocele, se puede obtener una muestra de primera porción de las eyaculaciones que contiene espermatozoides para la Inseminación artificial (inseminación artificial homologa). Pueden congelarse varios eyaculados y más tarde acomodarse para una inseminación.

El congelamiento rápido y el deshielo no produce daño genético, y la colocación en un banco debe aumentar la cuenta de espermatozoides. La inseminación artificial homologa suele ser insatisfactoria probablemente debido a que la movilidad deficiente o una cuenta baja solo refleja de la deficiencia del semen del conyuge.

4) Inseminación Artificial Heteróloga.

El éxito de la inseminación artificial con donador (AID) es de aproximadamente 70%. Pueden ser necesarias muchas inseminaciones para asegurarse del tiempo oportuno en que ocurre la ovulación, la cual se determina, por lo general, mediante el registro de la temperatura basal del cuerpo. Aproximadamente 50% de los embarazos con Inseminación artificial de donador ocurrirá en el término de dos meses y casi 90% en el término de seis meses, pero debe haber compatibilidad de Rh entre el donador y la mujer. En el procedimiento recomendable consiste en la instalación de la mayor parte del espécimen en el conducto cervical y el resto se deposita en un casco cervical o en un diafragma anticonceptivo bien limpio que será utilizado por el paciente durante aproximadamente una hora.

CAPITULO VI

VALORACIÓN DE RESPUESTA HUMANA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Unidad: Hospital de la Mujer

Usuaría: R. G. R.L.

Edad: 32 años

Servicio: Endoscopia

Fecha de Elaboración: 21 de Diciembre de 2004

Diagnóstico Médico: Infertilidad primaria/Inseminación Artificial

Expediente: 355603

Sexo: Femenino

I. INTERCAMBIO

-CEREBRAL

Nivel de Conciencia

Persona X

Lugar X

Tiempo X

Apertura de ojos

Normal X

Con problemas _____

Reflejo pupilar: Presente

-CARDIACO

Ritmo cardiaco normal Si Arritmias No

Taquicardia No Bradicardia No

Tensión Arterial

Brazo: Derecho 120/80 mmHg Izquierdo 120/70 mmHg

-PERIFÉRICO

Pulso Ausente Débil Normal Fuerte

		88 por minuto		Carotideo
		87 por minuto		Apical
		86 por minuto		Braquial
		85 por minuto		Radial

Temperatura Región Axilar °C 36.8 °C

Hipertermia No Hipotermia No

Piel Normal Si

Color Normal Si Pálida No
Cianótica No Ictérica No

Otros No

- OXIGENACIÓN

Frecuencia respiratoria 25 por minuto

Respiración: Regular Si Irregular No

Presencia de: Disnea No Ortopnea No

Taquipnea No Bradipnea No

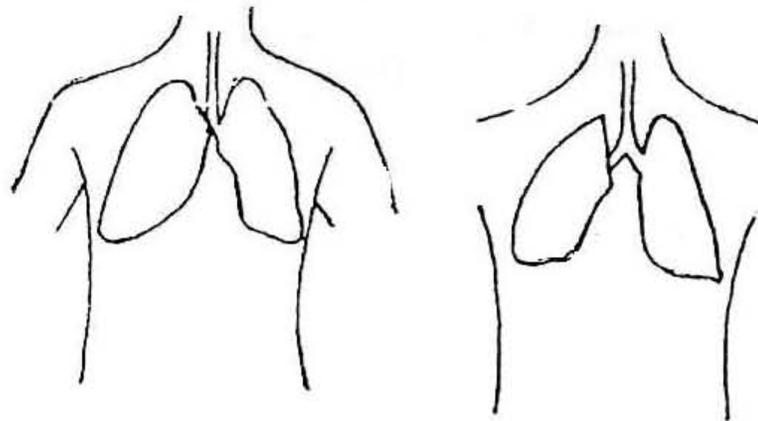
Tos Si Espujo No

Color Ninguno Cantidad Ninguno

Ruidos respiratorios No presentes Burbujeo Ninguno

Estertor No Estridor No Jadeo No

Localización:

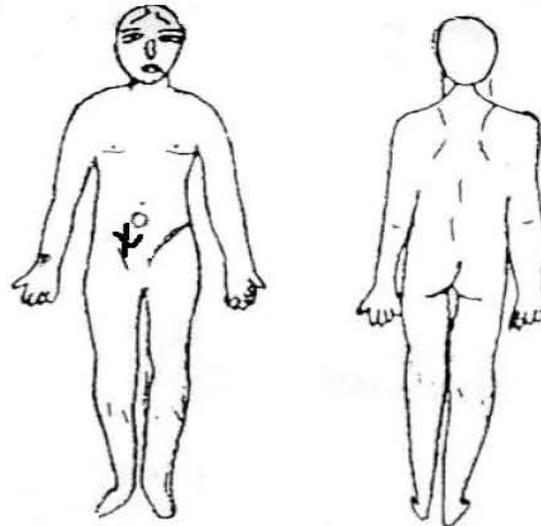


-INTEGRIDAD DE LA PIEL

Piel		Integra	<u>Si</u>	Quemaduras	<u>No</u>
Petequias	<u>No</u>	Eritema	<u>No</u>	Ulceras	<u>No</u>
		Herida	<u>No</u>	Abrasiones	<u>No</u>
		Contusiones	<u>No</u>		
		Incisión Quirúrgica	<u>Si la de la laparoscopia</u>		
		Resequedad de la piel	<u>Ocasionalmente</u>		
Edema +	<u>No</u>	++	<u>No</u>	+++	<u>No</u>

Otros: Ninguno

Características: Ningunas
Localización.



-Nutrición

Dieta indicada por el Médico:

Por el momento no me prohibieron ningún tipo de alimento, puedo comer de todo.

Comidas

1 _____ 2 _____ 3 Si Más _____

Alimentos que no le gusten:

Los chicharos, ejotes, calabazas

Alimentos que le hacen daño:

Ninguno

Cambio actual en el apetito:

Si No

Observaciones: El apetito aumenta cuando estoy nerviosa

Ingesta de cafeína:

Si No Frecuencia Dos veces a la semana

Talla 1.68cm Peso 72kg

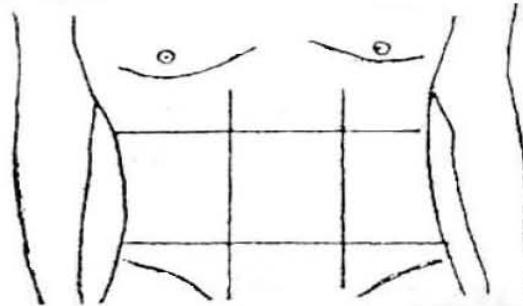
Líquido Si
Enema No

Alimentos Si
Fármacos No

Ruidos Intestinales
SI No

Características Ninguna

Localización:



CARACTERÍSTICAS DE LAS HECES (Datos históricos)

Color Amarillo
Olor Fétidas
Consistencia Semi formada

(Datos Actuales)

Color Café
Olor Fétido
Consistencia Formada
Frecuencia Tres veces al día

CARACTERÍSTICAS DE LA ORINA
(Datos Históricos)

Color Amarilla
Olor Amoniaco
pH No se

(Datos Actuales)

Color Amarillo claro
Olor Amoniaco PH 5
Tira Reactiva Si

Sonda Foley Si No

Cantidad en:
1Hora 60 ml aproximadamente 12 Horas 2 litros aproximadamente 24 Hora 4 litros aproximadamente

Presencia de:

Anuria No Disuria No
Polaquiuria No Hematuria No
Otros: Ningunos

SENTIMIENTO

Dolor Malestar

Desde el inicio de su enfermedad ha empezado a tener dolor Si No

Intensidad del dolor

+ Si ++ _____

¿En que parte(s) del cuerpo le da el dolor?

Nada más en la parte del vientre

+++ _____

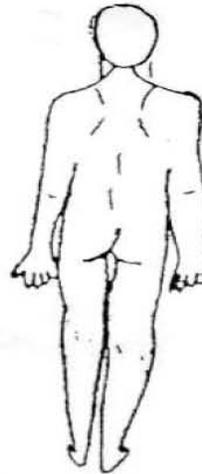
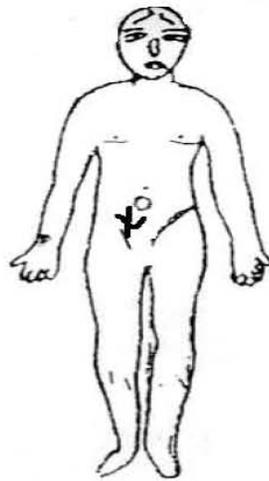
¿Se agrava el dolor con alguna cosa?

Si con los procedimientos que me realizan

¿Con que mitiga el dolor?

Con analgésicos

Localización:



COMUNICACIÓN

Función de Lectura

Normal Si
Incapaz No

Dificultad No

Función de Escritura

Normal Si
Incapaz No

Dificultad No

Función de Habla

Normal Si
Incapaz No

Dificultad No

Observaciones: Ninguna

MOVIMIENTO

Percepción Sensorial

Alteración

Vista	Si	<u>No</u>
Oído	Si	<u>No</u>
Olfato	Si	<u>No</u>
Gusto	Si	<u>No</u>
Tacto	Si	<u>No</u>
Reflejo	Si	<u>No</u>

Observaciones: Ninguna

-AUTOCUIDADO

Actividad Independencia Total	<u>No</u>
Práctica Ejercicio	<u>Si</u>
Actividad con ayuda de aparatos	<u>No</u>
Actividad con personas	<u>No</u>
Actividad con ayuda de aparatos y personas	<u>No</u>
Dependencia Total	<u>No</u>

-ACTIVIDAD

Fatiga	<u>Si</u>	No
Debilidad	<u>Si</u>	<u>No</u>

-REPOSO

¿Cuántas horas duerme regularmente por la noche? 6 horas

¿Siente descanso al despertar? Algunas veces

Auxiliares del sueño No

-CONSERVACIÓN DEL ENTORNO

Distribución de cuartos que tiene la casa
Tiene:

Cocina	<u>Si</u>	Baño (s)	<u>Si</u>	Escalera	<u>Si</u>
Cuenta con:					

Agua	<u>Si</u>	Drenaje	<u>Si</u>	Luz eléctrica	<u>Si</u>
¿Tiene animales?	Si				
Se encuentra	Dentro de la casa		<u>No</u>		
	Fuera de la casa		<u>No</u>		
La casa es: Propia	<u>Si</u>	Rentada	<u>No</u>	Otros	<u>No</u>

-CONSERVACIÓN DE LA SALUD

¿A qué servicio de salud tiene acceso?

Al Hospital de la Mujer

¿A qué servicio de salud acudió antes de llegar a esta unidad?

A ninguno

¿En qué servicio lo han atendido en esta unidad?

En consulta externa Consultorio 5 y en Endoscopias

III. RELACIONES

Estado civil	<u>Casada</u>				
Vive con:	Familia	<u>Si</u>	Solo	<u>No</u>	Otros _____

Tiene hijos	Si		<u>No</u>
-------------	----	--	-----------

Edades: X

Sexos: X

Trabaja actualmente Si No
Ocupación Ama de casa

Agrado por la ocupación Si

Preocupaciones laborales No

Gasto energético Físico Mental

Estudia Si No

Carrera Auxiliar de Contabilidad

Preocupaciones por el estudio No

-RELACIONES SEXUALES

Mujer: Menarca 14 años Menopausia _____

Frecuencia con que tiene relaciones sexuales
4 veces a la semana

Posibilidad de embarazarse Si No

Historia de Embarazo(s) No en eso estoy en tratar de embarazarme

Gestaciones Ninguno Abortos Ninguno

Parto(s) Normal No Cesarea(s) No
Hombre

Posibilidad de Embarazar Si No

IV. CONOCIMIENTO

-Antecedentes de salud

¿Qué problemas importantes de salud ha tenido anteriormente?

Ninguno

¿Cuál es su enfermedad actual?

Esterilidad primaria

¿Cuál fue la causa que le ocasionó la enfermedad?

La causa es de mi esposo por la falta de movilidad de los espermatozoides

¿Qué malestares le ocasionó la enfermedad?

El que no puedo embarazarme, pero lo estamos intentando

-FACTORES DE RIESGO

¿Tiene antecedentes familiares de hipertensión o diabetes?

Si de diabetes por parte de mi madre

Fuma Si No

¿Cuántas cajetillas al día? Ninguna

¿Consume alcohol? Si No

¿Con que frecuencia? No

¿Frecuentemente se encuentra estresado? Si No

¿Qué hace para mitigar el estrés? Caminar, dormir

-PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD

¿Esta enterado el paciente de su problema actual de salud? Si No

¿Qué cuidados le han proporcionado por parte del personal de Enfermería en esta Unidad?
Dependen del procedimiento que se realice

¿Sabe para qué le sirve esos cuidados?
Para mi bienestar y mi salud

¿Le son de utilidad?
Si mucho

-MEDICACIÓN ACTUAL

¿Qué medicamentos toma actualmente?
Son hormonales y algunos analgésicos

Quién _____

-AFRONTAMIENTO

¿Cómo resuelve habitualmente sus problemas?

Platicando con su pareja y así le dan solución a sus problemas

SENTIMIENTO

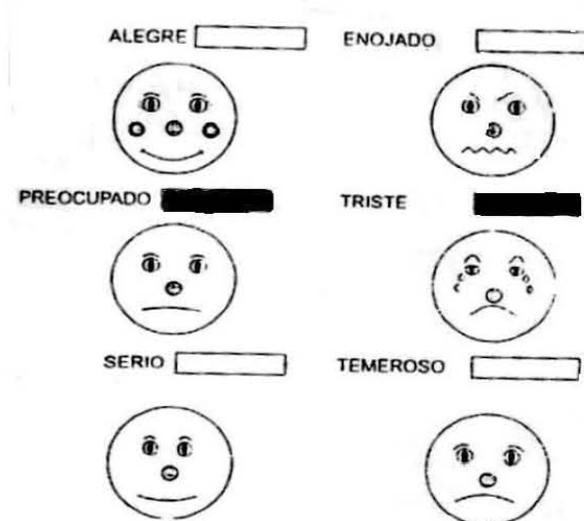
-EMOCIONAL. INTEGRAL, ESTADO

Recientemente le han ocurrido cosas que lo estresan? Si el tratamiento y los procedimientos que le realizan

¿Siente ansiedad? Si No

¿Qué hace para relajarse? Se duerme, camina y escucha música

Observaciones: Ninguna



PERCEPCION

-Concepto del mismo

¿Cómo es su manera de ser habitualmente?

Es una persona alegre, pero que pone triste y enojada cuando se le realizan los procedimientos

¿Cree que su personalidad ha cambiado por la enfermedad?

Si porque quiere ser madre

RELACIÓN

-SOCIALIZACIÓN

¿Facilidad para relacionarse con otras personas?

Si es una persona que le gusta tener amistades.

Personas que le pueden ayudar

Si

Convivencia con grupos

Si le gusta convivir con amigos y familiares.

Actividades que realiza cuando está solo (a):

Se va a caminar así como lee libros.

VALORACIÓN

Preferencias religiosa	<u>Católica</u>
Prácticas religiosas	<u>Depende de la religión</u>
Prácticas Culturales	<u>Asiste a eventos de su delegación</u>
Tradiciones familiares	<u>Si asiste a fiestas</u>

¿Interfiere la enfermedad u hospitalización con sus prácticas religiosas y/o culturales? No

CAPITULO VII

PLAN DE INTERVENCIONES

Nombre: R.G.R

Servicio: Endoscopia

Edad: 32 años

Fecha: 21 de Diciembre de 2004

Diagnostico de Enfermería: Conocimientos deficientes relacionado con poca familiaridad con los recursos para obtener la información manifestado por verbalización del problema

Resultado esperado: Conocimiento/ Fomento de la fertilidad.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none">• Lograr una buena comunicación con la paciente	<p>El proceso de comunicación incrementa una relación de ayuda y asegura un alto grado de equilibrio psicológico. La comunicación efectiva influye en la participación del individuo en su atención, el conocimiento y comprensión del comportamiento humano ayuda a disminuir la ansiedad o temor.</p> <p>La comunicación verbal puede realizarse de dos formas: oral: a través de signos orales y palabras habladas o escrita: por medio de la representación gráfica de signos.</p>

Hay múltiples formas de comunicación oral. Los gritos, silbidos, llantos y risas pueden expresar diferentes situaciones anímicas y son una de las formas más primarias de la comunicación.

La forma más evolucionada de comunicación oral es el lenguaje articulado, los sonidos estructurados que dan lugar a las sílabas, palabras y oraciones con las que nos comunicamos con los demás.

Las formas de comunicación escrita también son muy variadas y numerosas (ideogramas, jeroglíficos, alfabetos, siglas, graffiti, logotipos...) Desde la escritura primitiva ideográfica y jeroglífica, tan difíciles de entender por nosotros; hasta la fonética silábica y alfabética, más conocida, hay una evolución importante. Para interpretar correctamente los mensajes escritos es necesario conocer el código, que ha de ser común al emisor y al receptor del mensaje.

Una imagen vale más que mil palabras.

En nuestro tiempo cada vez tienen más importancia los sistemas de comunicación no verbal.

La comunicación no verbal se realiza a través de multitud de signos de gran variedad: Imágenes sensoriales (visuales, auditivas, olfativas...), sonidos, gestos, movimientos corporales, etc.

Características:

- Mantiene una relación con la comunicación verbal, pues suelen emplearse juntas.

- En muchas ocasiones actúa como reguladora del proceso de comunicación, contribuyendo a ampliar o reducir el significado del mensaje.

- Los sistemas de comunicación no verbal varían según las culturas.

- Generalmente, cumple mayor número de funciones que el verbal, pues lo acompaña, completa, modifica o sustituye en ocasiones.

Entre los sistemas de comunicación no verbal tenemos:

- ◇ El lenguaje corporal. Nuestros gestos, movimientos, el tono de voz, nuestra ropa e incluso nuestro olor corporal también forman parte de los mensajes cuando nos comunicamos con los demás.
- ◇ El lenguaje icónico. En él se engloban muchas formas de comunicación no verbal: código Morse, códigos universales (sirenas, Morse, lenguaje de los sordomudos), códigos semiuniversales (el beso, signos de luto o duelo), códigos particulares o secretos (señales de los árbitros deportivos).

<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar confianza a la paciente para poder explicar el tema.	<p>La Confianza, es la familiaridad excesiva en el trato, provocando la burla de quienes nos rodean, los mismos familiares y compañeros de trabajo son las víctimas de nuestro asedio, posiblemente no reaccionan violentamente ante nuestro comportamiento por falta de recursos, sino por tener más educación.</p> <p>La relación de ayuda de iniciación u orientación consiste en el intento de conocer y brindar confianza al paciente mediante recepción a su ingreso, indicación de los propósitos de su ingreso, orientación sobre los procedimientos a realizarle, información sobre reglamentos, rutinas, servicios, etc.</p> <p>Los hombres no podríamos vivir en armonía si faltara la Confianza, es decir, la seguridad firme que se tiene de una persona, por la relación de amistad o la labor que desempeña.</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar información a cerca de infertilidad	<p>Tenemos seguridad en una persona porque sabemos que en sus palabras no existe el doble sentido o el rebuscamiento; jamás hace un juicio a la ligera sobre las actitudes de los demás; trabaja con intensidad, procurando terminar la tarea encomendada cuidando hasta el más mínimo detalle; llegará puntual si así se ha acordado o guardará el secreto que le hemos confiado.</p> <p>Es fácil perder la Confianza en alguien cuando no actúa con justicia, algún comerciante, profesional o prestador de servicios que abusa de nuestra falta de conocimiento o buena voluntad, y pide a cambio una cantidad de dinero que no corresponde a lo convenido.</p> <p>La asistencia de Enfermería puede coordinarse en conjunto con el equipo multidisciplinario de salud. La actitud, amistosa, sincera y crítica de la enfermera facilita el logro de la confianza del enfermo, de enorme importancia para la terapéutica.</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none">• Dar a conocer los avances de la tecnología respecto al tratamiento de infertilidad	<p>La información se logra una comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre un tema determinado.</p> <p>La infertilidad es la incapacidad para llevar un embarazo a término. (Infertilidad femenina) y en el hombre, es la disminución de la fertilidad ocasionada por un proceso reversible (infertilidad masculina).</p> <p>Tecnología, término general que se aplica al proceso a través del cual los seres humanos diseñan herramientas y máquinas para incrementar su control y su comprensión del entorno material. El término proviene de las palabras griegas tecné, que significa 'arte' u 'oficio', y logos, 'conocimiento' o 'ciencia', área de estudio; por tanto, la tecnología es el estudio o ciencia de los oficios.</p> <p>Los descubrimientos Tecnológicos nos permiten dar a conocer otras opciones para poder lograr un embarazo.</p>
--	--

Como es el caso de la Fecundación in vitro (FIV) que ésta se extiende con rapidez como una nueva opción para lograr un embarazo en mujeres con lesiones en las trompas de Falopio. También se han efectuado implantaciones a una mujer de óvulos de otra mujer, después de fecundarlos mediante FIV o técnicas habituales de inseminación artificial.

La Fecundación in vitro. Se estimula la maduración de muchos óvulos mediante inyección diaria de hormonas (se puede hacer con un sólo óvulo). Los óvulos se extraen mediante técnicas ecográficas (lo más frecuente) o mediante laparoscopia (introducción de un sistema óptico y quirúrgico por una incisión de 1-2 cm en la pared abdominal, Los óvulos extraídos se mantienen en un medio líquido especial al que se añade semen lavado e incubado. Después de 18 horas se extraen los óvulos, se cultivan en un medio adecuado y se examinan 40 horas después.

	<p>Si hay más de cuatro embriones normales se pueden congelar algunos para futuros intentos, y así se evita el riesgo de embarazos múltiples. Tras la implantación, se administran inyecciones de progesterona todos los días.</p>
--	--

Evaluación: Se logró establecer una buena comunicación con la cliente y a su vez ayudó a que se proporcionara satisfactoriamente la información y resolver las dudas.

Diagnóstico de Enfermería : Incumplimiento del tratamiento relacionado por las reacciones secundarias de los fármacos manifestado por falta de progresos.

Resultado esperado: Concluir el tratamiento.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INTERDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none">• Dar a conocer los efectos secundarios de los fármacos: <p>-Bromocriptina</p>	<p>Para mejorar la salud es recomendable que cuando se comience un tratamiento se permita seguirlo al pie de la letra, es decir concluirlo y así habrá mayores resultados.</p> <p>Bromocriptina, fármaco que imita las acciones que la sustancia dopamina, un neurotransmisor, realiza de manera natural. Actúa sobre la hipófisis para inhibir la liberación de prolactina, la hormona que regula la lactancia, y por tanto reduce o suprime la producción de leche.</p> <p>Composición: Comprimidos 2.5 mg: Cada comprimido ranurado contiene: Mesilato de Bromocriptina 2.5 mg.</p>

Acción Terapéutica: Estimulador de los receptores dopaminérgicos.

Indicaciones

Enfermedad de Parkinson: Todos los estadios de la enfermedad de Parkinson idiopática y post-encefálica, ya sea en monoterapia o en combinación con otros antiparkinsonianos.

Posología

Umprel debe administrarse siempre con los alimentos.
Enfermedad de Parkinson: A fin de asegurar una tolerabilidad óptima, se deberá iniciar el tratamiento con una dosis baja de 1.25 mg al día, administrados de preferencia por la noche durante la primera semana. Umprel deberá titularse lentamente a fin de llegar a la dosis mínima efectiva para cada paciente. La dosis diaria deberá ser aumentada gradualmente cada semana en 1.25 mg al día, dividida en 2 ó 3 dosis. Se puede alcanzar una respuesta terapéutica adecuada dentro de 6 a 8 semanas, de lo contrario, se podrá seguir aumentando la dosis a razón de 2.5 mg/día cada

semana.

El rango terapéutico usual en monoterapia o en tratamiento combinado es de 10-40 mg de bromocriptina al día. En algunos pacientes se podrían requerir dosis más elevadas. En caso de aparecer reacciones adversas durante la fase de titulación de la dosis, se deberá reducir la dosis diaria, manteniéndola al nivel de dosis inferior durante 1 semana como mínimo. Al desaparecer las reacciones adversas, se podrá aumentar nuevamente la dosis.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes del Umprel. Hipertensión arterial no controlada, desórdenes hipertensivos del embarazo (eclampsia, preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo), hipertensión post-parto y durante el puerperio. Enfermedad coronaria arterial y otras condiciones cardiovasculares severas. Síntomas y/o historia de desórdenes psiquiátricos severos.

En pacientes que deseen concebir Umprel, como todos los demás fármacos, deberán interrumpirse cuando se confirme el embarazo, a menos que haya razones médicas para continuar el tratamiento. En estos casos no se ha observado ningún aumento de la incidencia de los abortos ante la interrupción del Umprel. Una vasta experiencia indica que el Umprel, administrado durante el embarazo, no afecta adversamente el curso o el buen resultado del mismo. Dado que Umprel inhibe la lactancia, no debe ser administrado a aquellas madres que deseen amamantar.

Presentaciones: Comprimidos 2.5 mg; envase conteniendo 50 comprimidos.

La bromocriptina también puede administrarse para tratar el prolactinoma, un tumor productor de la hormona. Investigaciones recientes han demostrado su efectividad para corregir algunos casos de infertilidad.

Es el resultado final de las interacciones físico-químicas que tienen lugar entre el fármaco y las moléculas del organismo.

La bromocriptina se usa para tratar la amenorrea, una condición en la cual hay ausencia total de la menstruación; la infertilidad (incapacidad para quedar embarazada) en las mujeres; la descarga anormal de leche de los senos; el hipogonadismo; la enfermedad de Parkinson; y la acromegalia, una condición en la cual existe un exceso de la hormona del crecimiento en el cuerpo.

Este medicamento también puede ser prescrito para otros usos; pídale más información a su doctor o farmacéutico

Aunque los efectos secundarios de este medicamento no son comunes, podrían llegar a presentarse. Dígale a su doctor si cualquiera de estos síntomas se vuelve severo o si no desaparece:

- ◇ Mareos
- ◇ Malestar estomacal
- ◇ Cefalea (dolor de cabeza)

INDEPENDIENTES

- Mantener en reposo absoluto en cama

- ◇ Fatiga
- ◇ Vómitos
- ◇ estreñimiento (constipación)

Si usted experimenta alguno de los siguientes síntomas, llame a su doctor de inmediato:

- ≈ Inflamación de los pies o tobillos
- ≈ Frecuencia cardíaca más rápida o fuerte que lo usual, o irregular
- ≈ Confusión
- ≈ Rinorrea (descarga acuosa nasal)

El ser humano requiere de una homeostasis para conservar un estado óptimo de salud en caso contrario se desencadenan alteraciones que afectan su estructura y funcionamiento corporal. El descanso es un estado de quietud, reposo o bien una interrupción del movimiento, ejercicios o fatiga.

	<p>El descanso ofrece la posibilidad de convivir con entusiasmo y vitalidad, para obtener un descanso físico y mental se debe considerar un medio educativo, el entorno del individuo incrementa la sensibilidad en cuanto al conocimiento, selección, modificación o creación de actividades que impulsan el desarrollo psicofísico</p>
--	--

Evaluación: La paciente continuó su tratamiento satisfactoriamente también se le proporcionó información sobre el funcionamiento de los fármacos que se utilizan en su tratamiento.

(Presión Sanguínea, respiración, latidos del corazón) y por una respuesta menor ante estímulos externos.

Etapas de Sueño

Etapa 1

Es la transición entre el estado consciente y el sueño. En esta etapa, uno se encuentra aún conectado con el mundo, por lo que es muy fácil ser perturbado.

Etapa 2

El ritmo de la respiración y del corazón comienza a desacelerarse. Uno pasa cerca de la mitad del tiempo sumergido en esta etapa durante los ciclos continuos del sueño nocturno.

Etapa 3

Es llamado el "Sueño Delta" por las lentas ondas Delta del cerebro, registradas durante esta etapa. El cuerpo sana y se repara a sí mismo durante ésta etapa regenerativa.

Etapa 4

Más "Sueño Delta". Es la fase más profunda del sueño. Los músculos se relajan por completo y el suministro de sangre al cerebro es mínimo. Es lo más que podemos acercarnos al período de hibernación que experimentan algunos animales.

MRO

Es durante la etapa de Movimiento Rápido de los Ojos, donde usted sueña más. Su cuerpo se encuentra temporalmente paralizado, sin embargo su mente está extremadamente activa. Es esencial para ayudar a la memoria a almacenar y recuperar, aprender y desempeñarse mejor.

Etapa 1

Sueño Ligero

Etapa 2

<ul style="list-style-type: none"> • Técnica terapia recreativa. Al cliente se le recomendó la lectura. 	<p>Etapa 3 y 4</p> <p>Sueño Profundo</p> <p>70% de las personas duermen con su pareja.</p> <p>Una persona promedio se mueve de 40 a 60 veces por noche.</p> <p>De 60 a 70% de los movimientos de una persona son seguidos por la pareja.</p> <p>La terapia recreativa consiste en desarrollar actividades para liberar emociones acumuladas, experimentar la vida; son actividades placenteras con el fin de entretenerse utilizando toda su creatividad y personalidad. Por lo tanto ayuda al ser humano sano o enfermo a desarrollar sus capacidades, habilidades, liberar sus emociones y así olvidarse por un momento de su patología.</p> <p>Lectura, actividad caracterizada por la traducción de símbolos o letras en palabras y frases que tienen significado para una persona.</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none">• Fomentar formas de distracción en su casa como el ejercicio, caminar, etc.	<p>Una vez descifrado el símbolo se pasa a reproducirlo, así pues, la primera fase del aprendizaje de la lectura está ligada a la escritura. El objetivo último de la lectura es hacer posible comprender los materiales escritos, evaluarlos y usarlos para nuestras necesidades.</p> <p>Estar en buena forma es casi una cuestión de sentido común. Casi todas las personas están en condiciones de hacer algún tipo de ejercicio habitual, ya sea la simple marcha. También son muy beneficiosos los deportes como la natación, ciclismo, aerobio y baile (además de algunos ejercicios básicos de gimnasia que se pueden llevar a cabo en cualquier sitio). Son muchos los tipos de deporte que contribuyen a mejorar la forma física. También están ganando popularidad el entrenamiento y disciplina (tanto física como mental) que proporciona el estudio y la práctica de las artes marciales.</p>
--	--

Es deseable mantener la continuidad en los ejercicios, y es importante no realizar súbitamente ejercicios violentos o de extrema tensión.

Es esencial empezar con un calentamiento gradual y seguir un proceso de preparación.

Las personas sanas de cualquier edad deben disponer de cualquier actividad constructiva de trabajo y de juego. Durante las enfermedades o el periodo de recuperación de una lesión a cualquier edad, los ritmos diarios de trabajo son interrumpidos bruscamente, o en unos casos en forma gradual.

Privados del juego y del trabajo los individuos desarrollan cualidades negativas como: desconfianza, pena, duda, culpa, inferioridad, aislamiento, estancamiento y desesperación, también desarrollan actitudes negativas como: el no querer luchar por su reestablecimiento, temor a daños irreparables, y

	<p>muerte, no desear integrarse a su hogar, temor a causar molestias, deseo constante de compañía.</p> <p>Los pacientes muestran preocupación por su trabajo, sobre todo si son la única fuente de ingresos familiar.</p>
--	---

Evaluación: Con la ayuda de las relaciones afectivas de sus familiares se logro disminuir el estrés, y así conciliar el sueño, también se le recomendaron terapias recreativas y decidió llevarlas a cabo logrando que disminuyera su estado nervioso.

Diagnóstico de Enfermería : Disposición para mejorar la comunicación manifestado por expresar satisfacción con la capacidad para compartir información a cerca de su tratamiento.

Resultado esperado: Mejorar la comunicación.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none">• Proporcionar un ambiente cómodo para poder dialogar con la paciente.	<p>El ambiente que un individuo requiere desde su ingreso a un medio hospitalario, ya sea para diagnóstico o tratamiento, debe como parte de un sistema estar formado por una serie de elementos que en forma coordinada, tiendan a lograr un máximo de eficiencia y eficacia en su atención.</p> <p>El ambiente terapéutico lo forma un grupo de factores externos potencialmente capaces de influir en un organismo, es decir el conjunto de elementos físicos y humanos que comprenden la interacción del personal de la institución de salud con el paciente y familiares que estimulen al primero hacia su salud o rehabilitación.</p>

<ul style="list-style-type: none">• Brindar confianza y sencillez por parte del personal de Enfermería para poder llevar a cabo una buena comunicación.	<p>El ambiente humano o dinámico está formado por los diferentes integrantes del equipo de atención a la salud, que independientemente de la disciplina o actividad que ejerzan deben poseer actitudes de interés, respeto, y responsabilidad, así como la realización correcta de actividades específicas para lograr una situación armónica, que permita una interrelación e interacción que repercutan en el estado de salud o enfermedad del paciente y familiares.</p> <p>El proceso de comunicación incrementa una relación de ayuda y asegura un alto grado de equilibrio psicológico.</p> <p>La comunicación efectiva influye en la participación del individuo en su atención, el conocimiento y comprensión del comportamiento humano ayuda a disminuir la ansiedad o temor.</p>
---	--

	<p>La relación de ayuda de iniciación u orientación consiste, en el intento de conocer y brindar confianza al paciente mediante recepción a su ingreso, indicación de los propósitos de su ingreso, orientación sobre los procedimientos a realizarle, información sobre reglamentos, rutinas, servicios, etc. y observación de su comportamiento</p>
--	---

Evaluación: Se proporciona un entorno agradable a la cliente en el momento del procedimiento y brindando un cuidado holístico, así como: confianza y sencillez por parte del personal de Enfermería.

Diagnóstico de Enfermería : Disfunción Sexual relacionado por alteración de la estructura o función corporal manifestada por limitaciones reales o percibidas impuestas por el problema

Resultado esperado: Funcionamiento Sexual.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INTERDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none">• Manejo de medicación	<p>Los farmacólogos establecen la clasificación terapéutica de los fármacos, es decir, el beneficio relativo que proporcionan frente a su toxicidad a dosis diferentes. Esto ayuda a definir la dosis de un fármaco que más beneficiará a una persona enferma. También estudian cómo afectan las distintas situaciones a la excreción del fármaco. Por ejemplo, muchas drogas se metabolizan con más lentitud en los ancianos, por lo que es necesario administrarlas con menor frecuencia. Debido a que muchos fármacos se excretan por el riñón, quienes sufren enfermedades renales pueden presentar una alteración de la excreción del fármaco.</p>

- Explicar la importancia de la sexualidad con su pareja.

El concepto de sexualidad comprende tanto el impulso sexual, dirigido al goce inmediato y a la reproducción, como los diferentes aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo (sentirse hombre, mujer o ambos a la vez) y de las expectativas de rol social.

En la vida cotidiana, la sexualidad cumple un papel muy destacado, ya que desde el punto de vista emotivo y de la relación entre las personas, va mucho más allá de la finalidad reproductiva y de las normas o sanciones que estipula la sociedad.

LA PAREJA

La idea del compañero es uno de los problemas más comunes con los que tiene que lidiar la mayoría de las parejas.

Esto es más común en las mujeres, se piensa que el compañero todo lo puede hacer, nunca se va a enfermar, nunca va a tener problemas y es casi un dios.

La Pareja no es lo que está en crisis hoy en día, es más bien el matrimonio. La evolución social, laboral, intelectual, hace que las bases sobre las que se establecían apenas unas década las relaciones de Pareja de cara a la formación de una familia, han cambiado, y es papel tanto del hombre como de la mujer el establecer, por lo tanto otras bases bien diferentes a las que se establecía anteriormente.

No sólo el papel de la mujer ha cambiado, sino que también los sistemas de valores hacia el respeto más integral de la persona, bien sea hombre o mujer, y es también gracias a los medios de comunicación que posibilitan la denuncia a la trasgresión de los mismos.

La comunicación y el conocimiento del otro, antes de establecer relaciones de cara a una vida en fundamental tal y como siempre lo ha sido, pero hoy día aún más, puesto que la igualdad en derechos y obligaciones que

	<p>se establece como base en la actualidad en el seno de la pareja, hará que nada esté preestablecido sino más bien en el respeto al otro en todas las dimensiones de la persona. El respeto al otro es consecuencia del conocimiento del otro, no sólo del conocimiento que se estableció cuando se conocieron, sino en la evolución de la persona y de su personalidad a lo largo del tiempo. Establecemos como base que las personas evolucionan y no son las mismas a lo largo del paso del tiempo.</p>
--	---

Evaluación: Al llevar a cabo la comunicación con la cliente y con su pareja se logró establecer un vínculo afectivo de pareja y así como aclarar sus dudas en cuanto a la Sexualidad

Diagnóstico de Enfermería : Ansiedad relacionado por el estado de salud manifestado por preocupación creciente.

Resultado esperado: Control de ansiedad.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none">• Informarle a la paciente de su padecimiento actual	<p>La Infertilidad por lo general se define como la incapacidad para concebir, gestar, o dar a luz a un niño. La causa más frecuente de infertilidad es la incapacidad para concebir. Los médicos pueden determinar la razón de que una pareja no consiga concebir o dar a luz a un hijo en cerca del 90% de los casos, y corregir la infertilidad en cerca del 50 por ciento. De cada 100 casos, 40 se deben a problemas en la mujer, entre 30 y 50 en el hombre, y el resto son producto de alteraciones en cada uno de los miembros de la pareja que al interactuar producen infertilidad.</p> <p>La Inseminación artificial es un proceso por el cual los gametos masculinos, o espermatozoides, son recogidos e introducidos de forma artificial en el tracto genital femenino para conseguir la fecundación.</p>

- Técnica de relajación

La Relajación: Estado natural del ser humano cuando no siente dolor y sus necesidades básicas están cubiertas es el de la relajación, prueba de ello es observar durante un rato a un recién nacido que está sano, alimentado, limpio y con una temperatura ambiental adecuada y ver el estado apacible en que se encuentra; pero ese estado por desgracia no suele ser el habitual a medida que vamos creciendo. Una manera muy común que tiene la gente de evitar ponerse en contacto con las emociones es tensar, inconscientemente los músculos. Se van formando zonas corporales que hacen las veces de coraza.

Dedicar unos minutos a la relajación diaria es de suma importancia para mantener la salud física, mental y emocional. Estos son los beneficios que la práctica de la relajación aporta a nuestro organismo:

- Disminución de la ansiedad.
- Aumento de la capacidad de enfrentar situaciones estresantes.

- Estabilización de las funciones cardiaca y respiratoria.
- Aumento de la velocidad de reflejos.
- Aumento de la capacidad de concentración y de la memoria.
- Aumento de la eficiencia en la capacidad de aprendizaje.
- Incremento de la habilidad para relajarse cada vez que lo necesite, esté donde esté.
- Sintonización armónica de la mente y el cuerpo.
- Aumento de la capacidad de reflexión.
- Aumento de la tendencia natural de conocerse a sí mismo.
- Aumento de la disposición del organismo a curarse a sí mismo.
- Incremento de la capacidad creativa.
- Mejor disposición para tratar a gente "tóxica" (Personas que nos invitan a sentirnos mal).
- Aumento considerable de la capacidad de visualización interna dirigida.
- Aumento de la facilidad de pensar en positivo.

- Tendencia creciente al mejoramiento de la autoimagen positiva.
- Aumento de la confianza en sí mismo.
- Aumento de la temperatura cutánea.
- Disminución de la tensión arterial.
- Mejora en la circulación sanguínea.
- Normalización de la respiración.
- Modificaciones electroencefalográficas de ondas Beta a ondas Alfa.
- Sensación de eliminación de tensiones.
- Aumento de la recuperación física y mental.
- Aumento de la oxigenación cerebral.
- Ensanchamiento del campo de conciencia.
- Mejora en la calidad del sueño.
- Mayor facilidad para recordar los sueños acontecidos mientras se duerme.

<ul style="list-style-type: none">• Canalizarla con un grupo de psicología	<p>La Psicología es el estudio científico de la conducta y la experiencia, de cómo los seres humanos y los animales sienten, piensan, aprenden y conocen para adaptarse al medio que les rodea. La psicología moderna se ha dedicado a recoger hechos sobre la conducta y la experiencia, y a organizarlos sistemáticamente, elaborando teorías para su comprensión. Estas teorías ayudan a conocer y explicar el comportamiento de los seres humanos y en alguna ocasión incluso a predecir sus acciones futuras, pudiendo intervenir sobre ellas.</p>
--	---

Evaluación: Se canalizó con el servicio de psicología para que mejore su estado emocional, por medio de la entrevista con la psicóloga, la cliente manifestó haber disminuido la ansiedad

Diagnóstico de Enfermería : Dolor agudo relacionado con agentes lesivos al realizar procedimientos intrahospitalarios manifestado por su conducta expresiva.

Resultado esperado: Control del dolor

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INTERDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de analgesia <p>KETOROLACO</p>	<p>Los analgésicos son fármacos que alivia el dolor sin producir pérdida de conciencia. Los analgésicos forman un gran grupo que abarca desde los derivados del opio, como la morfina o la codeína, hasta los no opiáceos, como la aspirina, el paracetamol y el ibuprofeno. Los analgésicos de aplicación tópica incluyen todos los antiinflamatorios, como la hidrocortisona y derivados, y los anestésicos generales y locales en bajas dosis.</p> <p>El ketorolaco se usa para aliviar el dolor y reducir la inflamación. Se usa por un tiempo corto para tratar la cefalea (dolor de cabeza), el dolor de dientes, las lesiones deportivas y otras afecciones que producen dolor.</p>

Acción Terapéutica: Analgésico, antiinflamatorio.

Indicaciones: Tratamiento del dolor post-operatorio agudo moderado a grave.

Propiedades: Es un antiinflamatorio no esteroide, con acciones analgésicas, antiinflamatorias y antipiréticas, cuyo mecanismo de acción está relacionado con su capacidad inhibitoria de la síntesis de prostaglandinas y un efecto analgésico periférico. No se ha demostrado ningún efecto sobre los receptores opioides. Es absorbido con rapidez luego de la administración oral e I.M., con un pico de concentración plasmática entre 1 y 2 horas. La vida media de eliminación en jóvenes varía entre 4 a 6 horas y en ancianos, entre 5 y 8 ½ horas; más del 99% del ketorolaco se une a las proteínas plasmáticas. En general, si se administra cada 6 horas, la meseta de concentración plasmática se alcanza a las 24 horas, por lo que puede requerirse una dosis de carga (doble de la de mantenimiento) para acortar el período en que se alcanza un importante efecto

analgésico. La principal vía de eliminación del ketorolaco trometamina y sus metabolitos (para-hidroxilados y conjugados) es la urinaria (92%), excretándose el resto (6%) por heces. En pacientes con creatininemias entre 1.9 mg y 5 mg%, la depuración de ketorolaco se reduce a la mitad de la normal, aproximadamente.

La disminución de la albúmina sérica (por ej.: en la cirrosis hepática) podría cambiar también su depuración; sin embargo, no se ha observado correlación entre concentraciones plasmáticas de albúmina y depuración de ketorolaco en pacientes con cirrosis hepática. No atraviesa la barrera hematoencefálica.

Posología

Vía: I.M, I.V. La dosis diaria deberá individualizarse según la intensidad del dolor; se acepta como dosis máxima 90 mg/día. Vía parenteral: Dosis inicial 10 mg. Dosis subsiguientes: 10 mg a 30 mg cada 8 horas con 2 días de duración máxima del tratamiento.

Los tratamientos prolongados han sido asociados con efectos adversos, en algunos casos graves.

Efectos Colaterales: La frecuencia de reacciones adversas luego de un uso a corto plazo de los AINE es, en general, de la mitad a una décima parte de la frecuencia de efectos adversos luego del uso crónico. Los efectos colaterales más frecuentes (> 1%) incluyen náuseas, dispepsia, epigastralgia, diarrea, somnolencia, mareos, cefalea, sudoración y dolor en el sitio de la inyección luego de la administración de varias dosis. Los efectos menos frecuentes (< 1%) incluyen astenia, mialgia, palidez, vasodilatación, constipación, flatulencia, anormalidades en el funcionamiento hepático, melanea, úlcera péptica, hemorragia renal, estomatitis, púrpura, sequedad de boca, nerviosismo, parestesias, depresión, euforia, sed excesiva, insomnio, vértigo, disnea, asma, alteraciones del gusto y la visión. Polaquiuria, oliguria.

El ketorolaco no es un narcótico y por lo tanto no ha demostrado acción adictiva ni dependencia física.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad al ketorolaco. Embarazo, parto y lactancia.

Menores de 16 años. Insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal con creatininemia > 5 mg%. Úlcera gastroduodenal en evolución o antecedentes de úlcera o hemorragia digestiva. Pacientes con hemorragia cerebrovascular sospechada o confirmada, diátesis hemorrágica o anomalías de la hemostasia. Pacientes con hipovolemia o deshidratación aguda. Síndrome de pólipo nasal parcial o completo, angioedema, reacción broncospásmica a la aspirina u otro antiinflamatorio no esteroide.

Advertencias: Se recomienda su uso en el corto plazo ya que, en los pacientes tratado crónicamente (> - 3 meses), el riesgo de úlcera gastroduodenal, hemorragias, habiéndose constatado más accidentes

gastrointestinales fatales en ese grupo etario. Debe ser usado con cuidado en insuficiencia hepática, renal o en pacientes con antecedentes de enfermedades hepáticas o renales. Al igual que con otros AINE, su administración prolongada puede provocar necrosis renal papilar.

En el hombre se ha observado, luego del uso crónico por vía oral, hematuria y proteinuria. Otro tipo de toxicidad renal se ha observado en situaciones en las que ocurre una reducción del volumen sanguíneo o del flujo sanguíneo renal, en las que las prostaglandinas renales desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento de la perfusión renal.

La administración de AINE puede causar una reducción dependiente de la dosis de la formación de prostaglandinas renales y precipitar una insuficiencia renal aguda. Debe ser usado con cuidado en insuficiencia cardíaca e hipertensión.

Las modificaciones de las enzimas hepáticas pueden ser transitorias o no, por lo que en estos casos los pacientes deben ser monitoreados con frecuencia. El ketorolaco inhibe la agregación plaquetaria y puede prolongar el tiempo de sangría, pero la incidencia de hemorragias post-operatorias es muy baja (0,4% contra 0,2% control). Sin embargo, debe usarse con precaución en el preoperatorio. No se recomienda su uso en mayores de 65 años y tampoco en analgesia obstétrica, ya que por su efecto inhibidor de la síntesis de prostaglandinas puede disminuir las concentraciones uterinas y modificar la circulación fetal.

Interacciones Medicamentosas: No administrar a pacientes tratados con altas dosis de salicilatos.

Al igual que otros AINE, puede aumentar los niveles sanguíneos de litio cuando se administran en forma conjunta. Con la administración de ketorolaco y metotrexato puede disminuir la depuración del

<p>INDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de calor o frío en la parte afectada • Se le recomienda que se bañe diario 	<p>metotrexato y aumentar su concentración plasmática. Debido a la acción del ketorolaco sobre la agregación plaquetaria no es conveniente su asociación con heparina o anticoagulantes orales.</p> <p><u>Presentaciones:</u> Envases conteniendo 5 y 100 ampolletas</p> <p>Los efectos fisiológicos en la aplicación del frío en la superficie cutánea, estimula los receptores de la piel, dichos estímulos viajan por los nervios espinotalámicos laterales hacia el hipotálamo posterior y desde allí hacia la corteza cerebral. En ésta zona el frío se hace consciente. Una reacción al frío en el organismo, es la disminución de calor.</p> <p>El baño caliente estimula, alivia el dolor (en especial el de las contracturas musculares y el de las artritis), controla las convulsiones, induce el sueño, acelera el pulso y la respiración, e incrementa la sudoración ayudando a los riñones en su función y disminuyendo el</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none">• Cambios de posición después del Procedimiento	<p>peso corporal. Los paños calientes son útiles en las alteraciones musculares. El baño frío contribuye a reducir la fiebre alta y disminuye la inflamación.</p> <p>La alineación corporal se adecua intencionalmente con fines de comodidad.</p> <p>Una posición corporal adecuada ayuda al buen funcionamiento correcto y armónico del aparato músculo esquelético en coordinación con el sistema nervioso.</p> <p>Existen diversas posiciones características que se emplean en diversas situaciones patológicas o para efectuar ciertas exploraciones y prácticas terapéuticas o quirúrgicas.</p> <p>POSICIÓN DECUBITO. Se denomina decúbito toda posición del cuerpo en estado de reposo sobre un plano horizontal. Según sea la parte del cuerpo en contacto con la superficie, se diferencian distintos decúbitos.</p>
---	---

DECUBITO SUPINO O DORSAL. El cliente se encuentra tendido boca arriba, con la espalda en contacto con la superficie y las extremidades.

DECUBUTO PRONO, VENTRAL ABDOMINAL. El cliente se encuentra tendido sobre el pecho y el abdomen, con la cabeza girada hacia un lado, las extremidades superiores extendidas junto al cuerpo o flexionadas a nivel del codo y los miembros inferiores extendidos.

DECUBITO LATERAL. El cliente se encuentra tendido de lado, con uno u otro costado sobre la superficie, el miembro superior del lado en que se halla recostado por delante del cuerpo, y los miembros inferiores extendidos, un poco flexionados o con el que queda arriba algo flexionado y adelantado. El nombre depende del lado en que se encuentre.

POSICIÓN DE FOWLER. Se trata de una posición dorsal en un plano inclinado de tal modo que la espalda forme un ángulo de 45 grados con la horizontal, Se obtiene al elevar unos 45 a 50 centímetros la cabecera de la cama. Las extremidades inferiores pueden mantenerse flexionadas a nivel de las rodillas.

En ocasiones se habla de posición SEMI-FOWLER o elevada, en función del ángulo que adopte la espalda.

POSICIÓN GENUPECTORAL. El cliente se coloca boca abajo, apoyándose sobre las rodillas y el pecho, con la cabeza ladeada y los muslos perpendiculares a la cama.

POSICIÓN DE LITOTOMÍA O GINECOLÓGICA. Es una posición de decúbito supina con las piernas flexionadas sobre los muslos y los muslos en abducción y flexión sobre la pelvis.

Puede efectuarse en una camilla especial que cuente con dispositivos para mantener las piernas elevadas, apoyando las pantorrillas o los pies en soportes o estribos.

POSICIÓN DE ROSE O DE PROETZ. Es una posición de decúbito supino con la cabeza colgando fuera de la camilla o mesa de operaciones.

POSICIÓN DE SIMS. Es una posición de decúbito lateral izquierdo con el brazo y la pierna de este lado extendido y el miembro inferior derecho flexionado a nivel de la cadera y la rodilla. El brazo izquierdo puede colocarse bajo la cabeza o mantenerse extendido junto a tronco, de tal modo que el peso del cuerpo descansa sobre el tórax.

POSICIÓN DE TRENDELENBURG. Es una posición de decúbito dorsal sobre un plano inclinado de tal modo que la pelvis quede más alta que la cabeza, los muslos más altos que la pelvis.

<ul style="list-style-type: none">• Fomento del sueño	<p>El Sueño, es el estado de reposo uniforme de un organismo. En contraposición con el estado de vigilia, el sueño se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica (presión sanguínea, respiración, latidos del corazón) y por una respuesta menor ante estímulos externos.</p> <p>El sueño nocturno característico consiste en la repetición de un ciclo de 90 a 110 minutos de sueño REM y no REM. Casi un 80% del ciclo está ocupado por cuatro fases de sueño no REM cada vez más profundo. Como el metabolismo y las funciones vitales se hacen más lentas durante ésta fase, suele describirse como sueño ortodoxo. Por el contrario, el sueño REM, o paradójico, se caracteriza por la intensificación de la actividad cerebral. Los periodos REM se alargan a medida que avanza la noche.</p>
---	---

Evaluación: Se disminuyó el dolor con ayuda de un analgésico paulatinamente después del procedimiento, mejorando así su conducta expresiva.

Diagnóstico de Enfermería: Disposición para mejorar los conocimientos a cerca de inseminación artificial manifestado por interes en el aprendizaje.

Resultado esperado: Conocimiento/ actividad prescrita.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none">• Facilitar el aprendizaje • Lograr una comunicación enfermera cliente	<p>El Aprendizaje es una adquisición de una nueva conducta en un individuo a consecuencia de su interacción con el medio externo</p> <p>El aprendizaje se considera como todo aquel cambio que logramos realizar en nuestra persona secundaria a la convivencia y experiencia que obtenemos del medio ambiente. De aquí, los trastornos del aprendizaje son aquellas modificaciones que se dan en el desarrollo normal de un individuo modificando las formas de aprendizaje motor, cognitivo y conductual.</p> <p>El Lenguaje es el medio de comunicación entre los seres humanos a través de signos orales y escritos que poseen un significado. En un sentido más amplio, es cualquier procedimiento que sirve para comunicarse.</p>

<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar información a cerca de Inseminación Artificial	<p>Algunas escuelas lingüísticas entienden el lenguaje como, la capacidad humana que conforma al pensamiento o a la cognición.</p> <p>Sea cual sea la comunicación que establecen los seres humanos por medio de la lengua, los gestos o los signos, debe cumplir el mismo proceso: Adecuarse al pensamiento que se quiere transmitir; sin embargo, las lenguas que se hablan en el mundo, aunque cumplen con esa finalidad, difieren ampliamente entre sí, tanto en sus sistemas fonéticos como en sus estructuras gramaticales</p> <p>La inseminación artificial es un procedimiento perteneciente a las "técnicas de reproducción asistida", y consiste en la colocación en el útero de la mujer del semen del varón, cuando éste no reúne todas las condiciones necesarias para fecundar al óvulo de forma natural.</p>
---	---

	<p>EL PROCEDIMIENTO</p> <p>Los espermatozoides, una vez disueltos en una pequeña cantidad de un medio apropiado que les proporciona vitalidad, se seleccionan y se colocan, mediante un fino conducto, en el interior del útero (intrauterina), en el canal del Cervix, (intracervical) o incluso en la vagina (intravaginal) misma, justo en el momento en que se detecta la ovulación, para lo cual se realiza un monitoreo constante.</p> <p>La inseminación artificial es una técnica relativamente simple y eficaz, pero el resultado final está condicionado por la calidad del semen.</p> <p>Si después de tres o cuatro intentos no se ha logrado el embarazo, puede pasarse a algún tratamiento alternativo que aumente las posibilidades de éxito.</p>
--	---

Evaluación: Por parte de la Enfermera se facilitó una buena comunicación con el cliente, logrando que conociera a cerca del procedimiento de Inseminación Artificial.

Diagnóstico de Enfermería: Deprivación del sueño relacionado por malestar físico prolongado manifestado por cansancio, disminución de la capacidad de funcionamiento

Resultado esperado: Descanso.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none">• Fomentar el baño diario en su domicilio	<p>El baño tiene una serie de funciones como eliminar la secreción sebácea, la transpiración, células muertas y algunas bacterias que se han acumulado. También estimula la circulación: Un baño caliente o templado dilata los vasos superficiales, trayendo más sangre y más nutrientes a la piel. El masaje vigoroso tiene el mismo efecto. Frotar con fricciones largas y suaves desde las partes distales a las proximales de las extremidades es particularmente eficaz para facilitar el flujo venoso.</p> <p>El baño también provoca un sentido de bienestar en las personas. Es refrescante y relajante y ayuda frecuentemente a la moral, apariencia y auto respeto del individuo.</p>

<ul style="list-style-type: none">• Terapia de relación	<p>El procedimiento del baño nos da la oportunidad de valorar al paciente, tanto desde el punto de vista físico, condiciones de la piel, erupciones, edema sacro, como desde el punto de vista mental y/o emocional, ej: orientación en el tiempo, estado anímico etc.</p> <p>Las Técnicas de relajación son procedimientos para la consecución de estados psicofísicos opuestos a la conmoción y la tensión, cuyas características son una disposición anímica positiva y una sensación de bienestar; pero sobre todo, la supresión de la angustia. La frecuencia baja de los latidos del corazón es señal de relajación.</p> <p>Entre las más conocidas técnicas de relajación se encuentran los métodos de autosugestión (como el yoga) y la meditación. Éstas técnicas se aplican de forma terapéutica en el tratamiento de diferentes trastornos de conducta y neurosis, como la angustia, o en enfermedades psicosomáticas que se manifiestan o van unidas a determinadas contracturas musculares.</p>
---	--

<ul style="list-style-type: none">• Importancia del sueño	<p>En los casos en los que existen tensiones musculares crónicas y dolorosas se emplean psicofármacos relajantes como terapia de ayuda.</p> <p>La edad provoca algunas variaciones en la distribución del tiempo de sueño. En todas las especies de mamíferos, los jóvenes necesitan dormir más que los adultos, y el periodo de sueño D también es más largo que en los adultos. Los niños recién nacidos duermen de 16 a 18 horas al día, de las cuales al menos la mitad, son de sueño D.</p> <p>Los jóvenes pasan de 16 a 18 horas al día despiertos y 7 u 8 horas durmiendo, de las cuales unas 6 horas son de sueño S y 1,5 horas de sueño D. El promedio de tiempo empleado, en ambos estados de sueño, va disminuyendo poco a poco con la edad. Este hecho también se da en otras especie de mamíferos</p>
---	--

	<p>Tanto el entretenimiento (teatro, cine, conciertos, museos y monumentos) como las compras son entradas importantes para el sector del turismo.</p> <p>La música es uno de los componentes principales de los servicios religiosos, los rituales profanos, el teatro y todo tipo de entretenimientos.</p> <p>En algunas sociedades, no obstante, el uso privado de la música ha sido formalizado, como en el caso de Sudáfrica donde algunos géneros y estilos especiales están reservados para ser tocados por los músicos para su entretenimiento personal.</p>
--	---

Evaluación: La cliente logró conciliar el sueño con la ayuda de terapias que se le recomendaron, ella manifestó que le fueron de gran ayuda para ir disminuyendo el cansancio

Diagnóstico de Enfermería : Estreñimiento relacionado con malos hábitos alimenticios manifestado por incapacidad para eliminar las heces y distensión abdominal

Resultado esperado: Lograr un buen funcionamiento gastrointestinal.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar información a cerca del estreñimiento 	<p>El estreñimiento es la expulsión difícil o poco frecuente de las heces. La frecuencia normal varía de una persona a otra. Con un mínimo de tres veces a la semana es suficiente. El estreñimiento es muy frecuente durante el embarazo, en personas de edad avanzada, cuando se producen cambios en las costumbres (viajes, alimentos, horarios, etc.) y en situaciones de cansancio, nerviosismo o poca actividad física.</p> <p>Medidas para evitar el estreñimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tome todos los días verduras (preferentemente crudas), fruta con piel (si es posible), hortalizas y pan integral. Esta alimentación es rica en fibra y ayuda a retener agua, con lo que las heces son más fluidas. 2. Beba abundantes líquidos, al menos 1,5 litros al día. 3. Coma despacio y mastique bien los alimentos. <p>Procure comer a horas regulares.</p>

4. Eduque al intestino: No reprima nunca la necesidad de evacuación, vaya al baño al sentir la "llamada".

5. Habitúese a ir al baño en un horario regular, procurando ir con tiempo suficiente y sin prisas.

6. Evite los esfuerzos excesivos en la evacuación.

El intestino ya se encarga, por sí mismo, de este trabajo.

7. Haga ejercicio físico moderado diariamente. Tómese tiempo para andar, ir en bicicleta, hacer gimnasia.

8. Evite los laxantes irritantes. La utilización repetida de laxantes irritantes puede conducir a alteraciones intestinales y puede crear hábito.

Antes que nada es conveniente conocer si nuestra dieta es adecuada en su contenido en fibra y aplicar si conviene las medidas preventivas anteriormente mencionadas.

<ul style="list-style-type: none">• Cambiar el tipo de alimentación	<p>El contenido de fibra de los alimentos habituales se encuentran en la tabla siguiente:</p> <p>Contenido en Fibra de los alimentos más comunes (g/100g)*</p> <p>Hay que comer más verduras, sobre todo crudas, legumbres y cereales enteros (o integrales).</p> <p>No abusar de los zumos en la alimentación de los niños y acostumbrados más a tomar la fruta entera con la piel bien limpia.</p> <p>La fruta seca también es una excelente fuente de fibra, aunque hay que tener presente su alto contenido calórico.</p> <p>Acostumbrar a realizar ensaladas con legumbres, a comer pan integral y, si desea picar entre horas, comer una fruta en lugar de otros productos.</p> <p>Hay que tener en cuenta que la introducción de estos cambios dietéticos no produce un cambio inmediato; pero si se es constante, a la larga son las medidas más efectivas.</p>
---	---

INTERDEPENDIENTES

- Tratamiento con laxantes(senosidos)

Tratamiento farmacológico: Laxantes

- No abuse nunca de los laxantes. Pueden producir más estreñimiento.
- Si las medidas higiénico dietéticas no funcionan, a veces hay que tomar laxantes.
- Los laxantes son productos que facilitan el paso y la eliminación de las heces, pero nunca tienen que sustituir a una alimentación rica en fibra.
- Generalmente se administran por vía oral, y ocasionalmente por vía rectal y se clasifican según su mecanismo de acción.

Existen muchos tipos de laxantes: Los que incrementan la masa intestinal, los emolientes o ablandadores de heces, los lubricantes, los osmóticos y los estimulantes.

Los laxantes más adecuados en la automedicación son los formadores de masa que contienen suplementos de fibra para facilitar el paso de los alimentos a través de los intestinos. Estos laxantes funcionan igual que una dieta apropiada en fibra. Se tienen que tomar con mucha agua.

Los tes que se utilizan para combatir el estreñimiento o para adelgazar contienen laxantes estimulantes que ocasionan irritación de los intestinos. No es cierto que al tratarse de productos naturales sean más seguros, ya que su uso constante puede dar lugar a problemas de salud importantes (pérdidas de sodio, potasio, etc.)

(Bekunis) Senósidos A y B

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:

Cada gragea contiene:

Extracto acuoso seco de frutos de sen

185 mg

(Estandarizado en 20 mg de derivados hidroxiantracénicos calculados como senósidos A y B).

Excipiente, c.b.p. 1 gragea.

Cada 100 g contienen:

Extracto acuoso de frutos de sen

27.7 g

(Equivalentes a 3.1 g de glucósidos antraquinónicos calculados como senósidos A y B)

Excipiente, c.b.p.100 g

INDICACIONES TERAPÉUTICAS: En el estreñimiento crónico u ocasional secundario a postoperatorio de cirugía abdominal, embarazo y puerperio, pacientes inmovilizados y en la senectud. Auxiliar en el tratamiento de diverticulosis intestinal y enfermedades anorrectales.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA: Los senósidos permanecen sin cambios en su paso a través del estómago e intestino delgado. Al llegar al intestino grueso los senósidos son activados por las enzimas bacterianas de la flora intestinal.

Al mismo tiempo estimula la musculatura intestinal y por tanto acelerando el tránsito intestinal. El efecto laxante de los metabolitos de los senósidos se conoce a través de un complejo mecanismo.

1. Bloqueador de la ATP AS, en la membrana celular y por tanto la inhibición de la bomba de sodio y la absorción de agua.

2. Un aumento en la permeabilidad de la membrana.

3. Estimulación de la síntesis de prostaglandina en las membranas mucosas del colon.

El efecto laxativo se obtiene entre 8 y 10 horas después de la ingesta.

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, obstrucción intestinal (íleo), abdomen agudo y dolor abdominal.

RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: Bekunis puede utilizarse durante el embarazo y la lactancia bajo supervisión médica.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: El uso prolongado a dosis por arriba de las recomendadas puede ocasionar diarrea o dolor abdominal, así como pérdida de líquidos y electrolitos.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO: No se han descrito interacciones con otros medicamentos.

	<p>ALTERACIONES EN LOS RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO: No se han descrito alteraciones en la prueba de laboratorio.</p> <p>SOBRE LA FERTILIDAD: No se han descrito alteraciones de este tipo. No se conocen a la fecha.</p> <p>DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Bekunis Grageas: tomar 1 a 2 grageas antes de acostarse. Bekunis Instantáneo: Disolver 1 cucharadita de 5 ml en una tasa con agua tibia o caliente y tomarlo antes de acostarse. Personas con intestino sensible y niños mayores de 6 años tomar ½ cucharadita.</p> <p>MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL: El abuso del medicamento por uso prolongado puede provocar formación de inclusión de pigmentos en la mucosa intestinal.</p>
--	---

	<p>Esta manifestación es benigna y se revierte entre 4 y 12 meses después de la suspensión del medicamento</p> <p>PRESENTACIONES:</p> <p>Bekunis Grageas frasco con 30.</p> <p>Bekunis Polvo instantáneo frasco con 117 g.</p> <p>Bekunis Hojas y vainas con 80 g.</p> <p>RECOMENDACIONES SOBRE ALMACENAMIENTO:</p> <p>Consérvese en lugar fresco y seco.</p> <p>LEYENDAS DE PROTECCIÓN:</p> <p>No se deje al alcance de los niños.</p> <p>Literatura exclusiva para médico</p>
--	--

Evaluación: Con la ayuda de una buena alimentación rica en fibra y abundantes líquidos y de Senósidos A y B se logro una buena eliminación intestinal disminuyendo el estreñimiento que refería la cliente.

Diagnóstico de Enfermería : Fatiga relacionado con privación del sueño manifestado por aumento de quejas físicas, cansancio y incapacidad para restaurar la energía incluso después del sueño.

Resultado esperado: Lograr descanso y disminuir la fatiga.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>INDEPENDIENTES</p> <ul style="list-style-type: none">• Recomendar al cliente que duerma ocho horas diarias.	<p>La mayoría de las personas necesitan entre ocho horas y media y más de nueve horas de sueño cada noche. Dormir la cantidad adecuada de horas es fundamental para cualquier persona que quiera hacer bien un examen o practicar un deporte sin tropezarse con sus propios pies. Lamentablemente, muchas personas no duermen lo suficiente.</p> <p>Durante la adolescencia el ritmo circadiano de nuestro cuerpo (una especie de reloj biológico interno) experimenta un reajuste, indicándonos que nos duermamos y nos despertemos más tarde. A diferencia de los niños y adultos, cuyo cuerpo les dice que se duerman y se despierten más temprano, el cuerpo de la mayoría de los jóvenes les está diciendo</p>

que se vayan a dormir tarde por la noche y se levanten a media mañana.

Este cambio en el ritmo circadiano parece deberse al hecho de que la melatonina, una hormona que regula el patrón de sueño-vigilia, se produce más tarde por la noche en los adolescentes en comparación con los niños y los adultos. Esto puede dificultar que los adolescentes concilien el sueño por las noches.

Estos cambios en el ritmo circadiano coinciden con una etapa en que los adolescentes están más ocupados de lo que lo habían estado nunca. Para la mayoría de los jóvenes, la presión de rendir en los estudios es mucho mayor que la que tenían durante la infancia, y es más difícil aprobar sin hincar los codos. Además los jóvenes también tienen otras demandas de tiempo desde las actividades extraacadémicas, deportivas y de otro tipo, hasta los trabajos a media jornada para ahorrar dinero para la universidad.

¿Por qué es tan importante dormir? La falta de sueño repercute sobre todos los aspectos de la vida.

La falta de sueño también se ha relacionado con los problemas emocionales, como los sentimientos de tristeza y depresión. Además, el sueño nos ayuda a mantenernos sanos, al ralentizar lo suficiente nuestros sistemas corporales como para que podamos "recargar baterías" después de las actividades cotidianas.

Reposo del cuerpo y de la mente. Una mente sana es una mente descansada y en armonía con Dios y la gente que nos rodea.

En ocasiones se llega cansado al trabajo luego de un fin de semana de aparente inactividad. Es quizás porque se descansó el cuerpo pero no la mente. El autor Herman Schwartz define el significado del descanso así: "Sentirse descansado significa mirar con sosiego el trabajo, los deberes y obligaciones, las aspiraciones, las victorias y las derrotas de uno

<ul style="list-style-type: none">• Promover el descanso en un lugar tranquilo	<p>mismo. Significa enfrentarse con el día que empieza sin miedo y sintiéndose dueño de los problemas, antes que esclavo de éstos”.</p> <p>Con el descanso no se pretende una salida absoluta para todos nuestros problemas. Por el contrario, su fin primordial es aprender a gobernar la tensión.</p> <p>¿Por qué descansar?</p> <p>Todos tenemos presiones externas que muchas veces son difíciles de afrontar. Esta lucha interna puede causar una rigidez nerviosa y muscular tan profunda, que muchas veces no nos damos cuenta de ello, provocando así un estado de irritabilidad constante en nuestro ser.</p> <p>Es muy importante, por lo tanto, saber gobernar el cuerpo con el fin de hacerlo inmune a algunas de las cosas que nos provocan tensión. Algunos estímulos desagradables menores pueden ser controlados si aprendemos el valor del relajamiento. Estos periodos de sosiego mental nos dan fuerza reparadora y nos</p>
--	--

ayudan a descubrir la causa de lo que nos proporciona tensión.

El ejercicio consciente de la relajación es una buena manera de contrarrestar las presiones comunes de la vida diaria. Para reducir el nivel de estrés y prepararse adecuadamente para el descanso, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

Hábito: Haga del período de relajación un momento tan importante en el día como lo es comer, dormir o trabajar. Vuélvalo un hábito saludable.

Ambiente: En casa, resérvese un lugar de reposo y déle en su mente la categoría de sitio predilecto de serenidad, en cuyo umbral usted abandona todas sus preocupaciones cotidianas.

Cuide que sea un lugar tranquilo, con luz suave y que tenga un sofá cómodo o una cama.

Aire: Es esencial que el lugar de reposo esté bien ventilado, pero evitando el frío y las corrientes.

Color: Para favorecer el reposo absoluto, elija colores apaciguadores como matices suaves o pasteles del azul, el gris o el verde.

Música: Cierta tipo de música puede ayudar a vencer las dificultades que se presentan para equilibrar el cuerpo y la mente. Para este fin es recomendable la música instrumental del agrado de cada uno.

A pesar de que todo ruido exterior es perturbador, la música suave logra acallar los “ruidos” mentales.

Posición del cuerpo: Tiéndase por completo en el sofá o cama. Elija la posición con la que más se sienta a gusto.

El cuerpo humano pesa lo mismo si descansamos boca a bajo, boca arriba o hacia un costado.

	<p>Posición de la cabeza: Si está tendido de espaldas, es necesario tener un cojín o almohada para tener la cabeza bien colocada, o de lo contrario no se eliminarán gran parte de la tensión de los músculos de la cabeza, el cuello y la frente.</p> <p>Tenga en cuenta que el reposo excesivo reblandece la mente y el cuerpo. Por esto el tiempo máximo recomendable es de una hora, pero para algunas personas es suficiente hasta 20 minutos.</p>
--	---

Evaluación: Con la ayuda de unos ejercicios de relajación que realiza en su domicilio y el cambio de hábito en cuanto a las horas de sueño la cliente no refiere fatiga.

CAPITULO VIII

PROPUESTAS

- ✓ Dar a conocer el trabajo de investigación en el Hospital de la Mujer para que el público usuario conozcan los beneficios de este tratamiento y el hospital cuenta con el servicio de Planificación Familiar.
- ✓ Obtener la participación activa del personal de enfermería durante la selección de las parejas que serán sometidas al procedimiento de inseminación artificial
- ✓ Proporcionar a las usuarias del Hospital de la mujer trípticos para dar información de Inseminación Artificial.
- ✓ Proporcionar pláticas a las parejas sobre Inseminación Artificial a las usuarias con su pareja a cerca de la Inseminación Artificial como una alternativa para lograr un embarazo

ANEXOS

BANCO DE SEMEN

En la Ciudad de México hay un banco de semen, que pertenece al Instituto Valenciano de Fertilidad de México.

El avance de la ciencia y tecnología nos permite que exista un banco de semen para poder proporcionar a las parejas estériles una opción más y así puedan concebir un embarazo.

El banco de semen analiza los espermatozoides en sus características como (movilidad y estructura), detectando algún déficit y observa que no haya alteraciones genéticas del donante.

Los candidatos a donadores deben someterse a un examen riguroso en el cual se toma una primera muestra de semen que se estudia minuciosamente y posteriormente se toma otra para verificar la calidad del semen.

Algunas de las características que observan en el semen son:

- ❖ Aspectos Andrológicos. Corresponden a analizar si presenta alguna alteración en la eyaculación o en el semen.
- ❖ Enfermedades Hereditarias. Es un estudio en el cual se valora por medio de la realización de un árbol genealógico de su familia.
- ❖ Incompatibilidad Rh. Es necesario revisar el grupo sanguíneo y factor Rh en las parejas sometidas a Inseminación Artificial.

El donador debe ser mayor de edad, Joven (menor de 30 años), voluntario, anónimo, sano físicamente y psíquicamente, con un nivel de inteligencia normal y sin antecedentes patológicos personales ni familiares.

El donador no debe conocer la identidad de la pareja en el caso de la Inseminación Heterologa.

CÓDIGO PENAL

La ley siempre ampara a los seres humanos y más aun cuando una mujer se somete a un proceso en donde puede estar en peligro su vida. El Código Penal del Distrito Federal en el título segundo menciona.

CAPITULO I

PROCREACIÓN ASISTIDA, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL.

ARTICULO 149. A quien disponga de óvulos o espermias para fines distintos a los autorizados por sus donantes, se le impondrá de tres a seis años de prisión y de cincuenta a quinientos días de multa.

ARTICULO 150. A quien sin consentimiento de una mujer de dieciocho años aun con el consentimiento de una menor de edad o de una incapaz para comprender el significado del hecho o para resistirlo, realice en ella inseminación artificial, se le impondrá de tres a siete años de prisión.

ARTICULO 151. Se impondrá de cuatro a siete años de prisión a quien implante a una mujer un óvulo fecundado, cuando hubiere utilizado para ello un óvulo ajeno o espermia de donante no utilizado, sin el consentimiento expreso de la paciente, del donante o con el consentimiento de una menor de edad o de una incapaz para comprender el significado del hecho o para resistirlo.

ARTICULO 152. Se impondrá suspensión para ejercer la profesión, en caso de servidores públicos, inhabilitación para el desempeño del empleo, cargo o comisión públicos, por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, así como la destitución.

ARTICULO 153. Cuando entre el activo y la pasivo exista relación del matrimonio, concubinato o relación de pareja, los delitos previstos en los artículos anteriores se perseguirán por querer ella.

GLOSARIO

AGENESIA. Ausencia congénita de un órgano o una parte de éste producida habitualmente por la falta de tejido primordial y de desarrollo en el embrión.

AGLUTINACIÓN. Agregación o unión de partículas insolubles como resultado de su interacción con anticuerpos específicos.

ANALGÉSICO. Medicamento que mitiga el dolor

ANAMNESIS. Reunión de datos relativos a un paciente médico o psiquiátrico, que comprenden antecedentes familiares y personales, experiencias y en particular recuerdos que se usan para analizar su situación

ANOVULACIÓN. Incapacidad de los ovarios para producir, madurar o liberar óvulos, por inmadurez o postmadurez ovárica.

ATROFIA. Desaparición o disminución del tamaño o la actividad fisiológica de una parte del cuerpo como consecuencia de una enfermedad o por otras causas.

AZOOSPERMIA. Sin presencia de espermatozoides en el semen.

BACTERICIDA. Destructor de bacterias.

CRIPTORQUIDEA. Los testículos no descienden a la bolsa escrotal.

EMBARAZO. Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento.

EPISPADIAS. Defecto congénito que consiste en que la abertura uretral desemboca en el dorso del pene en un punto proximal al glande.

ESPERMATOZOIDE. Célula reproductora masculina madura, móvil, producto específico de los testículos y elemento esencial del semen, que sirve para impregnar el óvulo.

ESTENOSIS. Trastorno caracterizado por la constricción o estrechamiento de un orificio o una vía de una estructura corporal.

FECUNDACIÓN. Impregnación del óvulo maduro por el espermatozoide y fusión de los pronúcleos masculino y femenino.

FERTILIDAD. Es la capacidad de concebir o inducir la concepción.

GAMETOS. Elemento celular que se une con otro para formar un cigoto.

HORMONA. Sustancia química específica producida por un órgano o determinadas células de este y que transporta por la circulación u otros líquidos, produce efectos sobre funciones de células y sistemas sin aportar caudales importantes de materia o energía.

INFERTILIDAD. Es la incapacidad de concebir después de un año de coito periódico sin protección.

INSEMINACIÓN. Fecundación del óvulo. Introducción del semen en la vagina.

KLINEFELTER. Síndrome de alteraciones gonadales, que aparecen en hombres con un cromosoma X extra en al menos una línea celular.

MENSTRUACIÓN. Fenómeno fisiológico de la vida sexual femenina, con duración de 28 días, con presencia de sangrado.

MULTIPARA. Que ha tenido más de un hijo.

REPRODUCCIÓN. Función por la cual los seres organizados producen seres semejantes a sí mismos.

BIBLIOGRAFIA

TEMÁTICA

Agenda Penal del Distrito Federal, ediciones Fiscales Isef, México D.F.2004.264pp.

AHUED Ahued J. Roberto. Ginecología y Obstetricia Aplicadas. Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, Ed.Manual Moderno.Segunda edición,México. 2003.969pp.

BARRI N. Meter. Fertilidad. Ediciones Cientificas y Técnicas S.A. Barcelona, 1994.569pp.

BENSON C. Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia. Ed.Manual Moderno S A., México, 1997.698pp.

COPELAND, Ginecología, segunda edición, editorial Medicina Panamericana, México.2000.526pp.

DICCIONARIO DE MEDICINA. Océano Mosby. Ed Océano.España.1999.1504pp.

TORTORA, Gerar y cols.. Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Oxford, Novena edición. México. 2002.1175pp.

HERNÁNDEZ Marín Imelda.Lienzos de Reproducción Humana, Ed textil, editores de textos Mexicanos. México D.F. 2005.356pp.

LOWCLERMILK et. a. Enfermería Materno-Infantil, Ed Océano, España, 2002.1145pp.

JOHNSON, Gloria y cols. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Investigaciones Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Ed. Mosby. España. 2004. 477pp.

MELVEN L. Taymar. Infertilidad, Ed Interamericana, México, 1998.1214pp

MONDRAGÓN Castro Héctor. Obstetricia básica Ilustrada, Ed. Trillas, cuarta edición México, 1999.1852pp.

NANDA; Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2003-2004.Ed. Elsevier. España.2004.287pp

PÉREZ Peña. Efraín Infertilidad, Esterilidad y Endocrinología de la Reproducción, un enfoque integral, Ed.Salvat, Segunda edición, México.1999.1365pp

VADEMÉCUM FARMACETICO.IPE.Décima edición.México 2001.2750pp.

VANRELL Joan Antoni.Fertilidad y Esterilidad Humana., Ed Masson Salvat Medica, Segunda edición. México, 1999.1478pp.

WILLSON J. Robert. Gineco obstetricia.Ed.Manual Moderno. México D. F.2000.1758pp.

METODOLOGÍA

CASALES, Alvarado y Pineda. Metodología de la investigación, Manual para el desarrollo del personal de salud, ed Uteha, Noriega editores.

HERNANDEZ Samperi Roberto et. al. Metodología de la investigación. Ed Mc Graw-hill, Tercera edición México 2003.897pp.

TAMAYO y Tamayo Mario. El proceso de la Investigación Científica.Ed Limusa.Cuarta edición México, 2003.

MEDIOS INFORMÁTICOS WEB.

<http://www.Adam.com>. 11 de marzo. 15:30.

<http://www.esmas.com/salud/enfermedades /htm> 11 de julio de 2005 16:00

<http://www.merck.com.com> 13 de agosto de 2004 18:15



ESCUELA DE
ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL



¿QUÉ ES
INSEMINACIÓN
ARTIFICIAL?

CUIDADOS DESPUES DE LA REALIZACIÓN DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

- Reposo absoluto durante 1 día.
- No cargar cosas pesadas
- No tener relaciones sexuales
- Baño diario
- Acudir a la próxima cita



¿Cómo identificar el
resultado de la Inseminación
Artificial?

- Acudiendo a su cita
- Con un examen de orina
- Un ultrasonido abdominal
- Presencia de signos de un embarazo como:
 - ≈ Nauseas
 - ≈ Mareos

Y si le dan la noticia que esta embarazada **FELICIDADES** porque gracias a la tecnología el ser humano es capaz de artificialmente lograr un embarazo.



Elaboro:
Lic. Enf . Mary Carmen
Gonzaga Meza
Hospital de la Mujer
Prolongación Salvador Díaz
Mirón #374 Col. Santo Tomas,
México D.F.

La Inseminación Artificiales un Procedimiento que consiste en la colocación artificial del semen en el interior del útero de la mujer, cuando la pareja presenta dificultad para lograr un embarazo

¿Qué es ESTERILIDAD?

- ❖ Esterilidad es la incapacidad para llevar a término un embarazo (para tener un hijo vivo).

¿Qué es INFERTILIDAD?

- ❖ La infertilidad alude a la imposibilidad de concebir.

DIFERENCIA ENTRE AMBAS

- ◇ Se considera que existe un problema de esterilidad cuando no se

ha podido tener un hijo vivo, después de un año de relaciones sexuales con la finalidad de procrear

La esterilidad es un problema de pareja y ambos deben ser estudiados clínicamente para saber su origen, y el porcentaje de dicha se clasifica de la siguiente manera:

- En el 30% de los casos la causa reside en el hombre.
- En el 40% la causa reside en la mujer.
- En el 30% restante reside en ambos integrantes de la pareja.

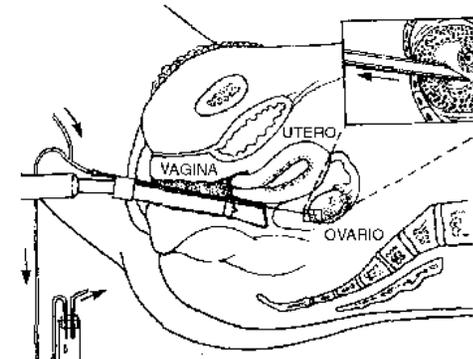
El Hospital de la Mujer cuenta con Consultas de Esterilidad.

PREGUNTE EN CONSULTA EXTERNA

¿A quiénes se les realiza la Inseminación Artificial?

- A mujeres con problemas de esterilidad
- A los hombres con problemas de Esterilidad

¿COMO SE REALIZA LA INSEMINACIÓN ARTIFICIAL?



Es la introducción de semen en el cuello del útero femenino mediante una delgada cánula o catéter.

El semen puede ser de la pareja o de un donante anónimo (procedente de un banco de semen, donde se guarda congelado); esta segunda opción está especialmente indicada en caso de que el hombre padezca enfermedades hereditarias.