



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



**METODO ENFERMERO
(POSOPERATORIO DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL)**

Para obtener el Título de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presenta:

SANDRA RAMIREZ RIOS

ASESOR DE METODO: LIC. MARIA TERESA URIBE ORTIZ

MEXICO, D.F., 2006.





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

FEBRERO DEL 2006.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
LIC. TOMASA JUAREZ CAPORAL
JEFA DE SERVICIOS ESCOLARES
PRESENTE

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

MÉTODO ENFERMERO (POSOPERATORIO DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL)

Elaborado por:

SANDRA RAMIREZ RIOS

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.

AUTORIZACIÓN

LIC. MARIA TERESA URIBE ORTIZ

A MIS PADRES Y HERMANA:

Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer en esta vida de lucha y superación constante. Deseo expresarles que mis ideales, esfuerzos y logros han sido también suyos e inspirados en ustedes y constituyen el legado más grande y maravilloso que pudiera recibir.

No hay palabras que yo pueda pronunciar para agradecerles todo su apoyo que me brindaron, la paciencia que me han tenido en esos momentos tan difíciles llenos a veces de desesperación y otras tantas de desilusión, el amor de un hogar donde hay seguridad, protección y una confianza que depositaron en mí,
¿por qué saben?
Son lo más importante para mí.

LOS AMA SANDRA

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. María Teresa Uribe Ortiz por haberme asesorado en este método enfermero, además de sus acertados consejos para la mejor realización del presente y le agradezco el interés demostrado.

A la Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús por apoyarme y darme los conocimientos para poder llegar hacer una buena licenciada en enfermería.

A M. en A. Julio Gutiérrez Méndez que con su apoyo y comprensión hizo posible la realización de este trabajo.

ORACIÓN DE LA ENFERMERA

Señor, tú sabes mi deber de asistir a los enfermos
Haz que yo les sirva no solamente con las manos,
Si no también con el corazón,
Haz que yo los cure.

Señor, tú que haz tenido piedad para todo
Humano, sufrimiento, haz fuerte mi espíritu,
Seguro mi brazo, al curar a los enfermos,
Auxiliare a los heridos, animare a los angustiados,
Pero conserva sensible mi alma al dolor ajeno
Delicada mi palabra, dulce mi trato.
Paciente de mi guarda.

Señor, tú haz creado la naturaleza humana
Compuesta de alma y cuerpo, infúndeme respeto por el uno y por el otro
Enséñame a consolar el alma afligida.

Amén.

CONTENIDO

PAGINAS

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVO GENERAL	2
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA	
APARATO REPRODUCTOR FEMENINO	3
ORGANOS GENITALES INTERNOS:	
◆ GÓNADAS FEMENINAS: OVARIOS	3
◆ TROMPAS DE FALOPIO	5
◆ ÚTERO	6
◆ LA VAGINA	9
◆ FIG. # 1 ORGANOS GENITALES INTERNOS	10
ORGANOS GENITALES EXTERNOS:	11
❖ VULVA	
❖ MONTE DE VENUS	
❖ LABIOS MAYORES	
❖ LABIOS MENORES	
❖ CLÍTORIS	
❖ ORIFICIO DE LA VAGINA	12

❖ MEATO URINARIO	
❖ HIMEN	
❖ PERINE	
❖ ANO	
❖ FIG. # 2 ORGANOS GENITALES EXTERNOS	13
❖ MAMA	14
❖ FIG. # 3 MAMA	15
FISIOPATOLOGIA	16
ETIOLOGIA	17
CUADRO CLÍNICO	19
DIAGNOSTICO	20
TRATAMIENTO	
TRATAMIENTO A:	21
<u>CONSERVADOR NO QUIRURGICO</u>	
TRATAMIENTO B:	22
<u>QUIRÚRGICO</u>	
• FIG. # 4 HISTERECTOMIA	24
HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	
RESPUESTA HUMANA	25

PLAN DE INTERVENCIONES:	42
➤ DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo.	
➤ DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Desequilibrio nutricional por exceso relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas, manifestado por información u observación de patrones alimentarios disfuncionales (p.ej., emparejar la comida con otras actividades).	53
➤ DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Estreñimiento relacionado por cambios en el tipo de alimentos ingeridos o en el patrón de alimentación manifestado por eliminación de heces duras, secas y formadas.	59
➤ DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de infección relacionado con procedimiento invasivo.	66
➤ DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos, físicos, manifestado por conducta expresiva (agitación, gemidos, llanto, vigilancia, irritabilidad, suspiros).	69
CONCLUSIÓN	80
GLOSARIO	81
BIBLIOGRAFIA	85

INTRODUCCIÓN

Los miomas son los tumores uterinos sólidos más frecuentes en la edad reproductiva, su incidencia es mayor después de los 30 y 40 años afectan de 20 a 25% de las mujeres.

Por primera instancia se da a conocer la anatomía y fisiología del órgano afectado identificando su estructura y funcionamiento normal, así como las funciones anormales que se presentan de acuerdo a la evolución de la patología.

La atención de enfermería es muy diversa y variada, proporciona atención holística, toma en consideración todas las dimensiones del individuo y su entorno, de tal manera que se deben tener en cuenta las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del ser humano, cualquier factor que impida o dificulte la satisfacción de tales necesidades priva al individuo de su total autonomía por tal motivo el método enfermero por medio de sus cinco etapas es ideal para proporcionar atención integral de enfermería a la cliente posoperada de histerectomía abdominal.

La valoración de respuesta humana nos guiara para detectar las necesidades de la cliente y realizar los diagnósticos de enfermería para implementar las intervenciones de enfermería.

El plan de intervenciones de enfermería se basa en las actividades independientes e interdependientes que se le brindan a la cliente posoperada de histerectomía abdominal con el fin de lograr satisfacer sus necesidades, logrando una pronta recuperación.

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Implementar los cuidados de enfermería en la cliente posoperada de una histerectomía abdominal conforme a los patrones de la valoración de respuesta humana, para su manejo adecuado en la evolución y rehabilitación.

OBJETIVO ESPECIFICO

- ❖ Satisfacer las necesidades de la cliente, familia con base en los diagnósticos reales y potenciales de enfermería, para lograr una recuperación satisfactoria.
- ❖ Realizar un interrogatorio por medio de la valoración de respuesta humana para proporcionar cuidados inmediatos y mediatos en la etapa postoperatoria.
- ❖ Enseñar a la cliente los factores de riesgo por medio de la orientación adecuada, sobre la higiene personal con el fin de evitar infecciones.

ANATOMIA Y FISILOGIA

APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

El aparato reproductor está dividido de acuerdo con la ubicación de sus órganos. Éstos son genitales internos (que se alojan en la pelvis y están relacionados con la fecundación y la gestación), los órganos genitales externos (que desempeñan una función importante durante el acto sexual y el coito). También se consideran parte del aparato reproductor de la mujer las glándulas mamarias, mamas o senos.

ORGANOS GENITALES INTERNOS:

❖ GÓNADAS FEMENINAS: OVARIOS

Es la glándula sexual femenina encargada de formar células aptas para la reproducción y de secretar hormonas sexuales femeninas: estrógenos y progesterona, que controlan el ciclo menstrual, el desarrollo de los órganos sexuales secundarios y de las glándulas mamarias.

Los ovarios se desarrollan al lado de los riñones. Cada ovario pesa alrededor de 15 gramos, aproximadamente la mitad del peso de un testículo, mide unos 3.5 centímetros de longitud por 2 cm. de ancho y 1 cm. de grueso. Su forma se podría asemejar a una almendra grande, de color grisáceo y aspecto granuloso.

Están ubicados en la parte inferior y anterior de la cavidad pélvica. Se mantienen en esa posición mediante ligamentos constituidos por fibras musculares lisas.

El ligamento ancho: que es parte del peritoneo parietal, se une a los ovarios mediante un repliegue peritoneal de doble capa, el mesovario. El ligamento ovárico propio fija los ovarios al útero, mientras que el ligamento suspensorio los une con la pared pélvica. Cada ovario posee un hilio, por el cual encuentran y salen vasos sanguíneos y nervios, además de ser el sitio de inserción del mesovario. El ovario de una mujer adulta tiene, término medio 36 mm de largo: tamaño que disminuye en la menopausia. (Ver Fig. # 1)

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE LOS OVARIOS

- **EPITELIO GERMINATIVO:** el cual es una capa de revestimiento simple (escamoso o cúbico bajo) que cubre la superficie del ovario y guarda continuidad con el mesotelio de recubrimiento del mesovario. Las células progenitoras de los óvulos provienen del endodermo del saco vitelino y emigran a los ovarios durante del desarrollo embrionario.
- **TÚNICA ALBUGÍNEA:** Cápsula blanquecina de tejido conectivo denso e irregular ubica inmediatamente debajo del epitelio germinativo.
- **CORTEZA OVÁRICA:** Apenas debajo de la túnica albugínea, consta de tejido conectivo denso y contiene folículos ováricos.
- **MÉDULA OVÁRICA:** Qué se ubica debajo de la corteza, está formada por tejido conectivo laxo y contiene vasos sanguíneos y linfáticos, así como nervios.
- **FOLICULOS OVÁRICOS:** Situados en la corteza, contienen oocitos en diversas etapas de desarrollo y células adyacentes. Cuando estas últimas forman una sola capa, se denominan células foliculares, mientras que en etapas más avanzadas de desarrollo, en que forman varias capas, se llaman células de la granulosa.
Éstas nutren a los oocitos en desarrollo e inician la secreción de estrógenos a medida que crece el folículo.
- **UN FOLICULO DE DE GRAAF:** Maduro, grande y lleno de líquido, que pronto se rompe y expulsa un oocito secundario en el proceso llamado ovulación.

- **CUERPO AMARILLO O LÚTEO:** Contiene los residuos de un folículo de de Graaf ovulado. Sintetiza progesterona, estrógenos, relaxina e inhibina hasta que se degenera y se convierte en tejido fibroso, el llamado corpus albicans.

❖ **TROMPAS DE FALOPIO (OVIDUCTOS)**

Las Trompas de Falopio u oviductos son dos órganos de forma tubular y alargada, de aproximadamente 10 cm de longitud, que se extienden desde el ovario hasta el útero. Son los encargados de transportar los óvulos de la superficie del ovario a la cavidad uterina. Ponen en comunicación la cavidad uterina con la cavidad abdominal e, indirectamente con el ovario. (Ver Fig. # 1).

Cada trompa presenta tres porciones que son, de adentro hacia fuera:

- **UNA PORCIÓN INTERNA O INTERSTICIAL:** situada en el propio espesor de la pared del útero, entre el borde lateral y el borde superior, las cuales ayudan en el movimiento del óvulo fecundado por la trompa, y células secretoras, provistas de microvellosidades y brindan nutrición al óvulo.
- **UNA CAPA INTERMEDIA O MUSCULAR:** consiste en un anillo circular interno grueso de músculo liso longitudinal y una región externa delgada de músculo liso longitudinal. Sus contracciones peristálticas y la acción ciliar de la mucosa contribuyen al desplazamiento del oocito u óvulo fecundado hacia el útero.
- **UNA CAPA EXTERNA:** es la serosa que tiene la forma de un ancho embudo.

La porción ahusada de cada trompa, o infundíbulo, está cerca del ovario y se abre en la cavidad pélvica. Termina en prolongaciones digitiformes, las fimbrias, una de las cuales se fija en el extremo lateral del ovario. Desde el infundíbulo, la trompa continúa en sentido medial y luego inferior hasta insertarse en el ángulo lateral superior del útero. Importante en el momento de captar el óvulo. Dentro de las trompas, el oocito se desplaza por movimientos peristálticos de la pared, formada por músculos lisos, y por el batido de las cilias de las células de la mucosa interna.

El tercio externo de la trompa es el lugar donde ocurre la fecundación, es decir, la unión del óvulo con el espermatozoide.

La ampolla de la trompa de Falopio es su porción más ancha y larga, a la que corresponden los dos tercios laterales de su longitud. El istmo del oviducto es la parte medial, corta, angosta y de pared gruesa que se une al útero.

❖ ÚTERO

El útero o matriz es parte del trayecto que siguen los espermatozoides para llegar a las trompas de Falopio, además de ser el sitio de la menstruación, implantación del óvulo fecundado, desarrollo embrionario y fetal durante la gestación, y trabajo de parto. Situado entre la vejiga y el recto, el útero no grávido tiene el tamaño y la forma de una pera invertida.

Es un órgano muscular hueco, de paredes gruesas, en mujeres que no han estado embarazadas, mide unos 7.5 cm de longitud, 5 cm de ancho y 2.5 cm de espesor, siendo más grande en mujeres que se embarazaron recientemente y menor (atrófico) cuando son bajas las concentraciones de las hormonas sexuales femeninas, como ocurre después de la menopausia. Por delante del útero encontramos la vejiga urinaria, y por detrás al recto. (Ver Fig. # 1)

Las divisiones anatómicas del útero son:

- 1) **FONDO:** la porción en forma de domo situado en plano superior a la unión con las trompas de Falopio.
- 2) **CUERPO:** porción central ahusada.
- 3) **CÉRVIX O CUELLO DEL ÚTERO:** que se abre en la vagina Entre el cuerpo y el cérvix está el istmo, región constreñida de casi 1 cm de longitud. El interior del cuerpo se denomina cavidad uterina, y el del cérvix, conducto cervical. Este último se abre en la cavidad mencionada en el orificio interno del cuello uterino, y en la vagina mediante el orificio externo el cuello uterino.

Las paredes del útero tiene aproximadamente. 2 cm. de grosor y se componen principalmente de músculo liso. El cuello tiene pocas fibras musculares lisas pero es rico en fibras colágenas y elásticas que le permiten dilatarse aproximadamente 10 cm. en el momento del parto.

Las distintas capas tisulares que lo conforman reflejan su actividad:

- **CAPA INTERNA VASCULAR:** El endometrio, que se desprende en parte durante la menstruación y que, durante el embarazo, permite la implantación y la nutrición del embrión.

Durante el embarazo el útero se expande y alcanza un gran tamaño, hay un crecimiento considerable de las paredes y se encuentran lo suficientemente irrigadas como para cumplir con las siguientes funciones:

- Nutre al embrión y al feto.
 - Dar espacio para el crecimiento.
 - Expulsa al feto al término de la gestación.
- **CAPA MUSCULAR GRUESA:** El miometrio, provoca la expulsión del hijo al nacer (con contracciones máximas en el parto), provoca también el desprendimiento de parte del endometrio durante la menstruación, así como también facilita la movilidad de los espermatozoides en su trayecto ascendente en busca del oocito. Por fuera está protegido por tejido conectivo expansible.

Las células secretoras de la mucosa cervical producen la secreción llamada moco cervical, que es una mezcla de agua, glucoproteínas, proteínas de tipo sérico, lípidos, enzimas y sales inorgánicas. Durante su vida reproductora, las mujeres secretan 20 a 60 mL diarios de moco cervical. Este es más favorable para los espermatozoides cuando ocurre la ovulación o cerca de ella, fase en la que es menos viscoso y más alcalino (pH 8.5), mientras que en otras fases del ciclo menstrual forma un tapón cervical que impide físicamente la penetración de los espermatozoides.

La sangre oxigenada llega al útero por ramas de la arteria ilíaca interna, las arterias uterinas. A su vez, éstas emiten las arterias arqueadas, ramas dispuestas de manera circular en el miometrio que se ramifican en arterias radiales, las cuales penetran de manera profunda en el miometrio. Justo antes de que estas ramas entren en el endometrio, se dividen en dos tipos de arteriolas, las rectas, que regeneran el estrato funcional, y las arteriolas espirales, que distribuyen sangre en

el estrato funcional y cambian de manera considerablemente durante el ciclo menstrual. La sangre sale del útero por las venas uterinas, que se vacían en las iliacas internas.

La abundante vascularización del útero es indispensable para sustentar el crecimiento del nuevo estrato funcional después de la menstruación, la implantación del óvulo fecundado y el desarrollo de la placenta.

❖ LA VAGINA

Es un conducto para el flujo menstrual, parto y semen provenientes del pene durante el coito, elástico aplanado, se trata de un órgano fibromuscular de aproximadamente 10 cm de longitud con revestimiento de mucosa. Situada ente la vejiga y el recto, se dirige en sentido posterosuperior hasta su unión con el útero. Un espacio llamado fondo de saco vaginal rodea dicha unión.

La mucosa de la vagina guarda continuidad con la del útero. En la histopatológico, consta de epitelio escamoso estratificado no queratinizado, además de tejido conectivo areolar dispuesto en una sucesión de pliegues transversos, llamados arrugas.

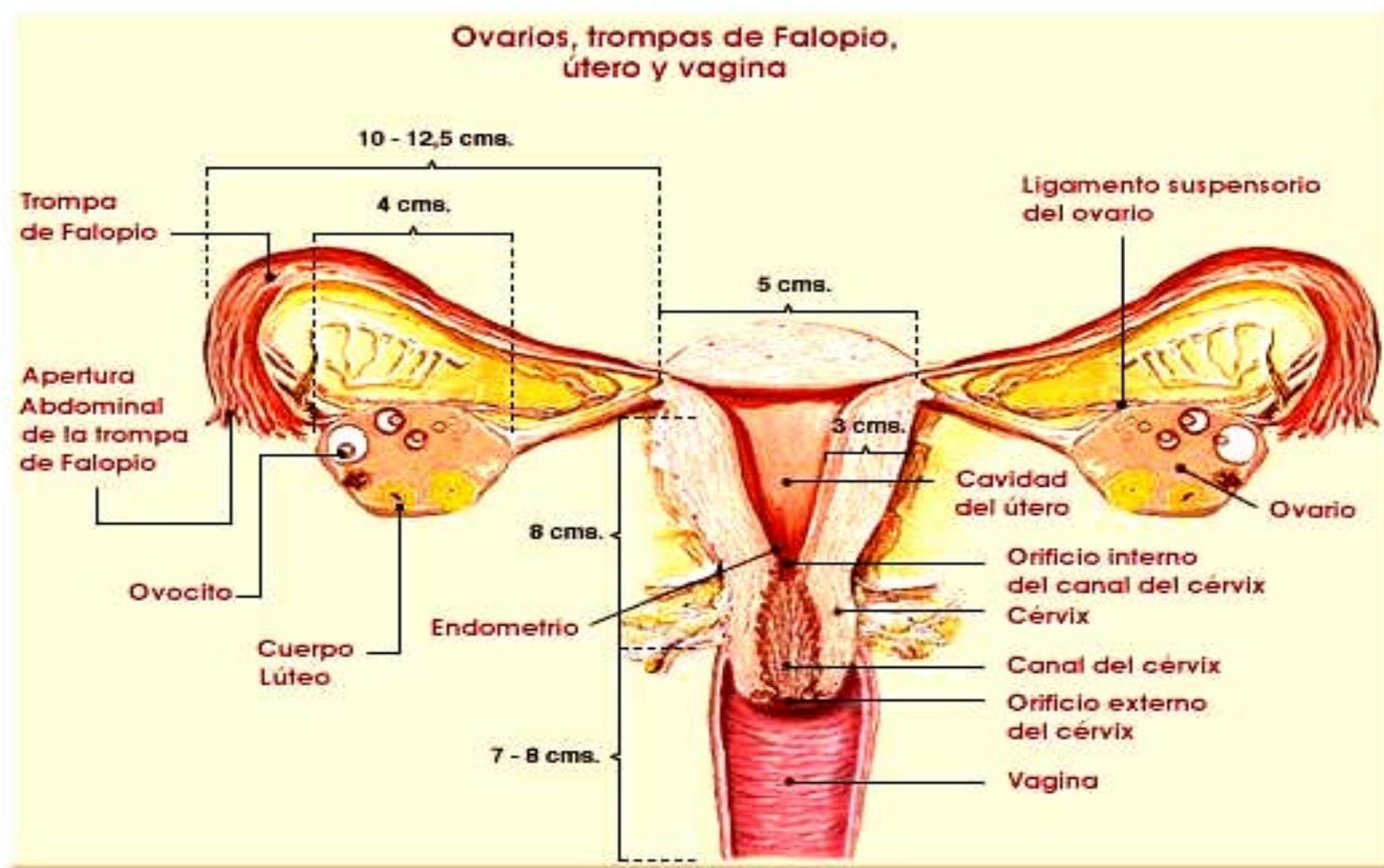
Las células dendríticas de la mucosa son presentadoras de antígenos que participan en la transmisión de virus, como el VIH (el virus causante del SIDA) a la mujer durante el coito con un varón infectado.

La MUCOSA vaginal contiene grandes reservas de glucógeno, cuya descomposición produce ácidos orgánicos. El entorno ácido consecuente retrasa la proliferación microbiana; pero también es nocivo para los espermatozoides. Los componentes alcalinos del semen, principalmente los de las vesículas seminales, neutralizan la acidez vaginal y aumentan la viabilidad de los espermatozoides.

La CAPA MUSCULAR se compone de un revestimiento circular externo y otro longitudinal interno de músculo liso, que se estira de manera considerable para dar cabida al pene durante el coito y al feto durante su nacimiento.

La ADVENTICIA es la capa superficial de la vagina; comprende tejido conectivo areolar y fija la vagina a órganos adyacentes, como la uretra y vejiga en el plano anterior, y el recto y conducto anal en el posterior.

En el extremo inferior del ORIFICIO DE LA VAGINA, que se abre al exterior, existe un pliegue delgado de mucosa vascularizada, el HIMEN, que forma un borde alrededor del orificio y lo cierra parcialmente. En algunas mujeres cubre



por completo el orificio, lo cual se denomina himen perforado y puede hacer necesaria una intervención quirúrgica para abrir el orificio a fin de que permita la salida del flujo menstrual. (Ver Fig. # 1).

ORGANOS INTERNOS (FIG. # 1).

ORGANOS GENITALES EXTERNOS:

❖ VULVA

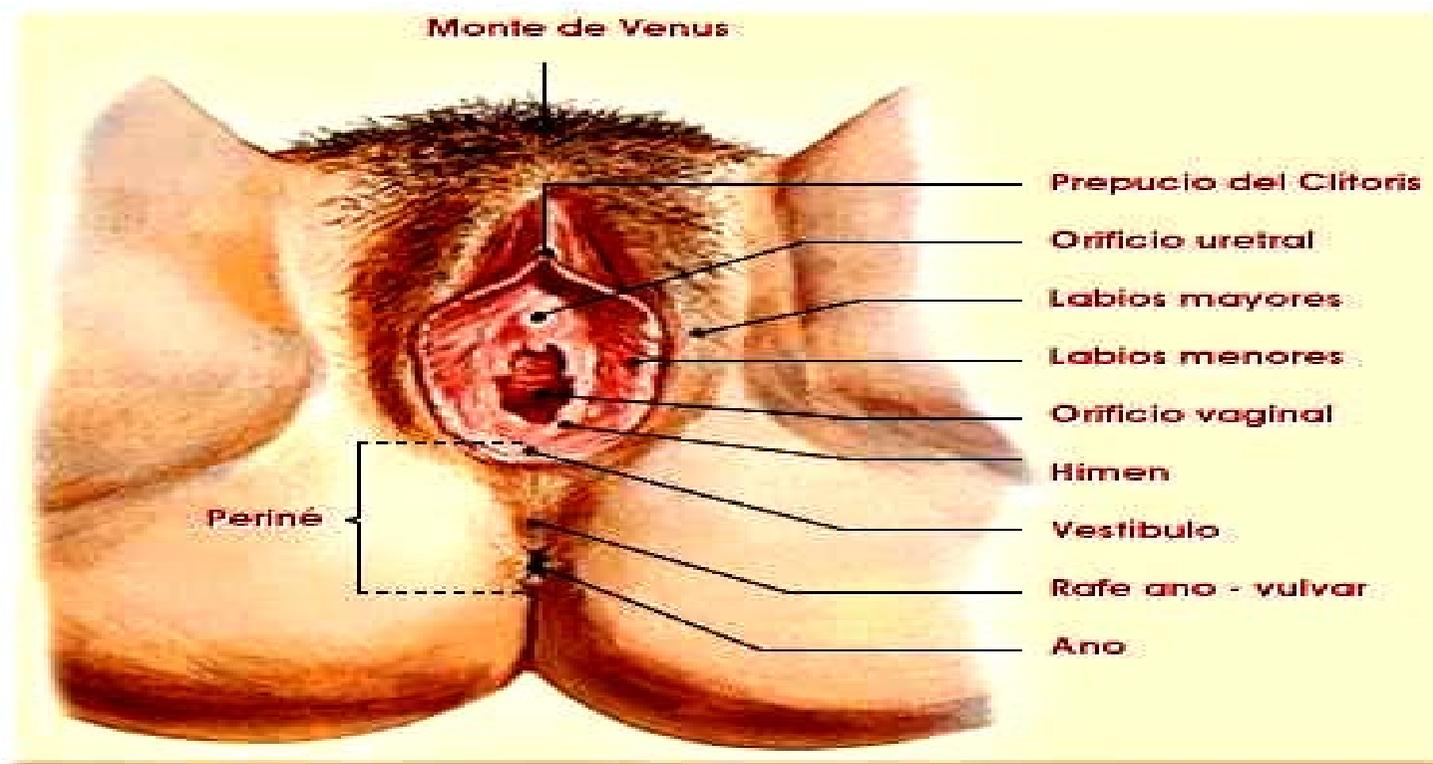
El término vulva se aplica de manera conjunta a los órganos genitales externos de la mujer. La vulva, ubicada debajo de la vagina, se compone de las formaciones labiales, el espacio interlabial y un órgano eréctil, el clítoris.

- En plano anterior a los orificios de la vagina y uretra, se localiza el MONTE DE VENUS, prominencia de tejido adiposo cubierto con piel y vello púbico grueso que sirve de acojinamiento a la sínfisis del pubis.
- Desde el monte de Venus, se extiende en sentido posteriorinferior dos pliegues longitudinales de piel, los LABIOS MAYORES, los cubre vello púbico y contienen tejido adiposo abundante, glándulas sebáceas y sudoríparas apocrinas, son homólogos del escroto.
- En sentido medial a los labios mayores están otros dos pliegues de piel más pequeños, los LABIOS MENORES. A diferencia de los primeros, están desprovistos de vello púbico y tejido adiposo, además de tener pocas glándulas sudoríparas, si bien contienen numerosas glándulas sebáceas. Son homólogos de la porción esponjosa de la uretra.
- El CLITORIS es una masa cilíndrica de tejido eréctil y nervios situada en la unión anterior de los labios menores. Una capa de piel, el PREPUCIO, se forma en el punto donde se unen los labios menores y cubre al cuerpo del clítoris. La porción expuesta de éste es el glande. El clítoris es homólogo del glande del pene; al igual que éste, aumenta de tamaño con la estimulación táctil y desempeña funciones en la excitación sexual de la mujer.

- La región situada entre los labios menores es el VESTIBULO. Contiene el himen, si todavía lo hay, además del orificio de la vagina, orificio externo de la uretra y abertura de los conductos de diversas glándulas. Es homólogo de la porción membranosa de la uretra. El ORIFICIO DE LA VAGINA, que es su abertura al exterior, ocupa la mayor porción del vestíbulo y está delimitado por el himen. En plano anterior al orificio de la vagina y posterior al clítoris, está el MEATO URINARIO EXTERNO, la abertura de la uretra al exterior. A ambos lados de dicho orificio, se observan las aberturas de los conductos de las GLÁNDULAS PARAURETRALES o GLÁNDULAS DE SKENE, que secretan moco y están incluidas en la pared de la uretra. Dichas glándulas son homólogas de la próstata. A ambos lados del orificio vaginal mismo, se localizan las GLÁNDULAS VESTIBULARES o GLÁNDULAS DE BARTHOLIN, que se abren mediante conductos en un surco existente entre el himen y los labios menores; producen algo de moco durante la excitación sexual y el coito, el cual se añade al moco cervical y brinda lubricación. Son homólogas de las glándulas de Cowper del aparato reproductor masculino. Además, varias GLÁNDULAS VESTIBULARES MENORES se abren en el vestíbulo.
- El BULBO DEL VESTÍBULO consta de dos masas alargadas de tejido eréctil situadas justo en plano profundo a los labios, a ambos lados del orificio de la vagina. Se ingurgita con sangre durante la excitación sexual, lo cual angosta el orificio de la vagina y ejerce presión sobre el pene durante el coito. Es homólogo del cuerpo esponjoso y del bulbo del pene en los varones. (Ver Fig. # 2)

❖ PERINÉ

El periné es un área en forma de rombo, situada en forma medial a los músculos y glúteos en ambos géneros, que contiene los órganos genitales externos y el ano. Lo delimitan la sínfisis del pubis por delante, las tuberosidades isquiáticas a los lados y el cóccix por detrás. Una línea transversa, que se traza entre las tuberosidades citadas, divide al periné en triángulo urogenital anterior, que contiene los órganos genitales externos, y triángulo anal posterior, que incluye al ano. (Ver Fig. #2).



ORGANOS EXTERNOS Fig. # 2

Vamos a incluir aquí una breve descripción de las mamas, pues aunque no pertenezcan al aparato genital, están muy relacionadas con él.

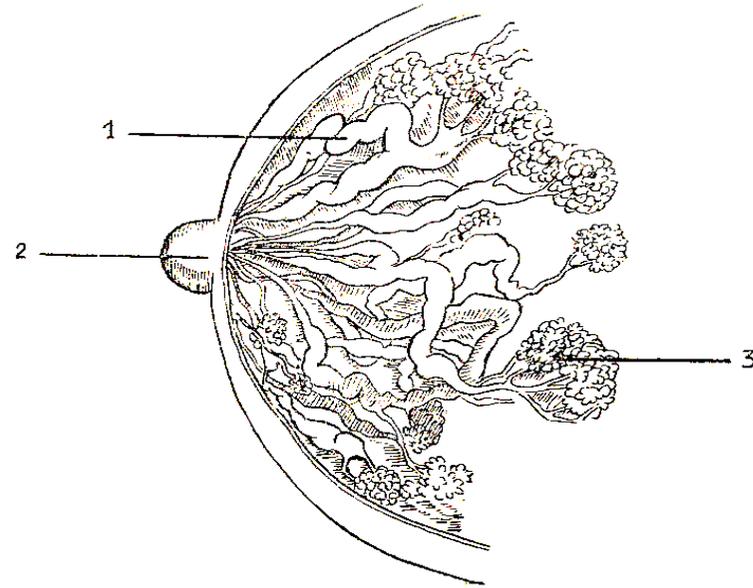
❖ MAMAS

Las mamas son órganos glandulares encargados de secretar la leche, alimento indispensable del recién nacido por lo menos durante todo el primer año de vida.

Están situadas en el pecho, a ambos lados del esternón y son dos prominencias carnosas de forma hemisférica. En el centro de su superficie se encuentra una prominencia cónica llamada pezón, de color más oscuro que la piel de superficie irregular, pues presenta de 10 a 20 pequeños orificios llamados conductos galactóforos, además de surcos; alrededor del pezón se encuentra una zona llamada aréola mamaria, rosada en la joven y morena y más ancha desde que comienza el primer embarazo; la superficie de la aréola también es irregular por la presencia de pequeñas tumoraciones producidas por las glándulas sebáceas que se llaman tubérculos de Morgagni. La glándula mamaria no ocupa todo el volumen de la mama, sino sólo la parte central, y está rodeada de una atmósfera de tejido adiposo, menos frente al pezón y su aréola, donde la glándula es superficial, pues allí desembocan los conductos galactóforos que conducen la leche elaborada.

La glándula mamaria posee de 10 a 20 lóbulos y de cada lóbulo sale un conducto galactóforo. El tamaño de la mama muchas veces no coincide con el tamaño de la glándula y menos con su capacidad funcional, por lo tanto, ello no puede tomarse como base para saber si una madre será o no buena nodriza.

La función básica de las glándulas mamarias son la síntesis, secreción y expulsión de la leche, que comprenden el fenómeno llamado lactación, relacionado con el embarazo y parto. La producción de leche se estimula en gran parte por la acción de la hormona prolactina, con aportaciones de la progesterona y estrógenos. Origina su expulsión la oxitocina, que libera la adenohipófisis en respuesta a la succión del lactante en el pezón materno.



- 1. Conductos Galactóforos
- 2. Pezón
- 3. Lóbulos Glandulares

MAMA FIG. # 3

FISIOPATOLOGIA

MIOMATOSIS UTERINA

Los miomas son tumores benignos estrógeno-dependientes que se originan del músculo liso uterino y contienen elementos conectivos fibrosos. El tumor está delimitado del músculo que lo rodea, el que puede aplanarse para formar una cápsula falsa. Es común que el leioma se denomine erróneamente fibroide. La denominación correcta es la de leiomioma aunque también se designan con el nombre de mioma, leioma, fibroma, fibro-mioma y fibroide. Pueden presentar diferentes tamaños y ser únicos o, más frecuentemente, múltiples; se han encontrado hasta 100 o más en un mismo útero. Su tamaño varía desde microscópico hasta muy grande, algunas veces llenando toda la cavidad abdominal y alcanzando un peso de 40 a 50 libras. Sin embargo, rara vez se observan tumores muy grandes.

Son los tumores más comunes de todo el aparato reproductor femenino, y probablemente el tumor benigno más frecuente en la mujer. Es difícil establecer con exactitud la incidencia real del mioma, ya que con frecuencia es sintomático. En la población general se encuentra en 1 de cada 4 mujeres en edad reproductiva activa.

Más frecuentes en la tercera y cuarta década de la vida (el 90% de los casos, su diagnóstico se realiza entre los 35 y 54 años), pero pueden persistir y descubrirse en edades avanzadas. Son muy raros antes de los 20 años, y excepcionales antes de la pubertad y la paciente más joven en la que se ha diagnosticado un mioma tiene 13 años. Son más comunes en la raza negra (50%) que en la blanca (25%), aparecen con más frecuencia en mujeres nulíparas o infértiles, aunque no se sabe con seguridad que es lo primitivo, sí el tumor o la falta de descendencia.

La proporción de crecimiento de los miomas es muy lenta. Su aumento en tamaño en un periodo de seis meses es casi imperceptible en la mujer no embarazada, pero el crecimiento puede acelerarse durante el embarazo debido a un aumento en el aporte sanguíneo y al crecimiento celular producido por un aumento en el nivel de los estrógenos. En

ausencia de embarazo, un aumento en la proporción de crecimiento puede indicar sarcoma o cambio degenerativo, especialmente después de la menopausia.

ETIOLOGÍA.

Básicamente se acepta que el mioma es una tumoración derivada de la fibra muscular lisa del útero, generalmente encapsulada, rica en colágeno y que rara vez se maligniza (menos de un 0.5%) transformándose en un leiomioma.

Se conoce muy poco sobre las causas subyacentes de los miomas. El papel exacto que juegan los factores genéticos aún se desconoce.

- a) Aproximadamente el 50% de las mujeres negras desarrollan miomas en algún momento de su vida y la proporción de crecimiento es más rápida en ellas y las judías.
- b) Se ha reportado que ciertas tribus africanas genéticamente se encuentran casi totalmente libres de este tumor.
- c) La teoría de Meyer, los miomas se originan de células musculares inmaduras y de nidos celulares. La célula original se encuentra en el miometrio y puede encontrarse indiferenciadas de las células miometriales mesenquimatosas. Las contracciones de los músculos uterinos que tienen como resultado la creación de puntos de tensión en el miometrio, también pueden constituir un factor causal.
- d) La estimulación hormonal, principalmente por estrógenos, definitivamente parece ser un factor importante, durante un periodo de 20 a 25 años parece ser necesaria para producir síntomas antes de que los tumores sean clínicamente aparentes.

TIPOS:

Existen tres tipos de miomas o leiomiomas: intramurales, submucosos y subserosos.

INTRAMURALES: Siendo la variedad más común, los miomas intramurales se localizan dentro de las paredes del útero existiendo en forma de nódulos aislados y encapsulados de distintos tamaños. Cuando se extienden lateralmente entre las hojas del ligamento ancho se conocen como “LEIOMIOMAS INTRALIGAMENTARIOS”.

SUBMUCOSOS: Estos tumores se localizan inmediatamente por debajo del endometrio. Pueden crecer a partir del cuerpo uterino y proyectarse dentro de la cavidad endometrial conservando su unión al útero mediante un pedículo largo. Los tumores pediculados pueden aparecer en el orificio interno o externo o bien protruir hacia la vagina creciendo hasta tamaños muy grandes, frecuentemente hasta el tamaño de una cabeza fetal a término.

En casos extremos el tumor puede protruir a través del introito e incluso aparecer fuera de la vagina.

Un mioma unido mediante un pedículo localizado dentro de la cavidad uterina puede denominarse un "POLIPO FIBROIDE".

SUBSEROSOS: Estos tumores crecen hacia la cavidad peritoneal y producen abultamiento de la superficie peritoneal del útero. Los tumores subserosos también pueden desarrollar un pedículo, en cuyo caso se conocen como leiomiomas subserosos pediculados. Debido a que tienen un gran espacio para crecer pueden llegar a medir varias veces el tamaño del útero.

CUADRO CLINICO.

SIGNOS Y SINTOMAS:

- Dolor tipo cólico
- Dolor por torsión, dilatación cervical, degeneración.
- Hemorragias uterinas (62%) bien en forma menorragica o hipermenorréica por:
Aumento de la superficie uterina, superior a 200 cm.
- Disminución de la contractilidad uterina.

- Aumento de las lesiones: endometritis inflamatoria.
- Metrorragias asociadas a hiperplasias endometriales: ciclos anovulatorios, atrofia de endometrio.
- Anemia síntoma común que acompaña al sangrado prolongado.
- Debilidad.
- Letargia y malestar general.
- Aumento del perímetro o volumen abdominal.
- Disfunción por compresión uretral o vesical.

DIAGNOSTICO.

ULTRASONIDO: Sirven para clasificar la naturaleza de la masa pélvica y permiten, con una seguridad del 80%, el diagnóstico diferencial con una gestación, masa ovárica, o mioma subseroso solido.

ULTRASONOGRAFÍA TRANSVAGINAL: Nos ayuda a diferenciar e identificar pequeños miomas intramurales; los submucosos suelen ser más fácilmente diagnosticados por esta vía vaginal.

LAPAROSCOPIA: Su uso es de valor en el caso de miomas de no más allá de 12 semanas de tamaño, asociado o no a la infertilidad o dolor pélvico; además; además, puede revelar la existencia concomitante de una endometriosis, adherencias pélvicas u otra patología tubárica.

HISTEROSALPINGOGRAFIA E HISTEROSCOPIA: La visualización de miomas submucosos, investigando su tamaño y localización, nos puede orientar en cuanto a una dificultad de implantación ovular, o que sobrepase los limites del ostium

tubárico causando obstrucción. Sin embargo, su uso no es adecuado en casos de hemorragias asociadas a grandes miomas, en donde se efectuará una histerectomía o miomectomía.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de los miomas debe adaptarse a cada paciente. Si el tumor no es muy grande y no existen síntomas puede no ser necesario tratarlo. Si los síntomas son mínimos puede ser suficiente practicar exámenes frecuentes, especialmente si la paciente se acerca a la menopausia, en cuyo caso cesa el crecimiento del tumor. Los factores indicativos de tratamiento incluyen la presencia y gravedad de los síntomas, la posibilidad de un riesgo futuro para la paciente y la coexistencia de otras lesiones que requieren de tratamiento. También debe tomarse en cuenta la edad y el estado de salud de la paciente, así como su capacidad y su deseo de concebir.

TRATAMIENTO A.

CONSERVADOR NO QUIRÚRGICO:

Se emplean las medidas conservadoras cuando los síntomas son mínimos o no existen o cuando no se encuentra indicado otro tipo de tratamiento. Debe practicarse la exploración bimanual cada tres a seis meses y más frecuentemente si existen síntomas leves.

Si el sangrado es ligero, la administración bucal o intramuscular de hierro, vitaminas y una dieta alta en proteínas puede ser suficiente. Pueden practicarse biometrías hemáticas cada mes y la anemia debe manejarse con los métodos habituales; si la anemia es grave, por lo general es necesario practicar transfusiones sanguíneas.

En pacientes jóvenes, pueden administrarse grandes dosis de estrógenos para controlar el sangrado en ausencia de miomas submucosos, de pólipos o de neoplasias pélvicas. La administración continua de andrógenos o de progestina puede suprimir momentáneamente el sangrado anormal, pero no constituye ningún tratamiento curativo.

TRATAMIENTO B.

El procedimiento que se le realizó a la cliente fue el quirúrgico.

QUIRÚRGICO:

La eliminación quirúrgica puede llevarse a cabo mediante histerectomía o, en los casos en los que se desea mantener la fertilidad mediante miomectomía (eliminación de los miomas con preservación del útero). La decisión debe basarse en factores tales como la edad de la paciente, sus antecedentes heredofamiliares, la evidencia de una producción continua de estrógenos y los hallazgos quirúrgicos.

MIOMECTOMIA: Puede ser simple o múltiple. Este procedimiento por lo general se encuentra reservado para las mujeres premenopáusicas que desean embarazarse y en las que el embarazo no se encuentra contraindicado. Los miomas que deben eliminarse mediante este procedimiento incluyen a aquellos que obstruyen el canal del parto y aquellos que se descubren al tratar otra lesión (por ejemplo, endometriosis).

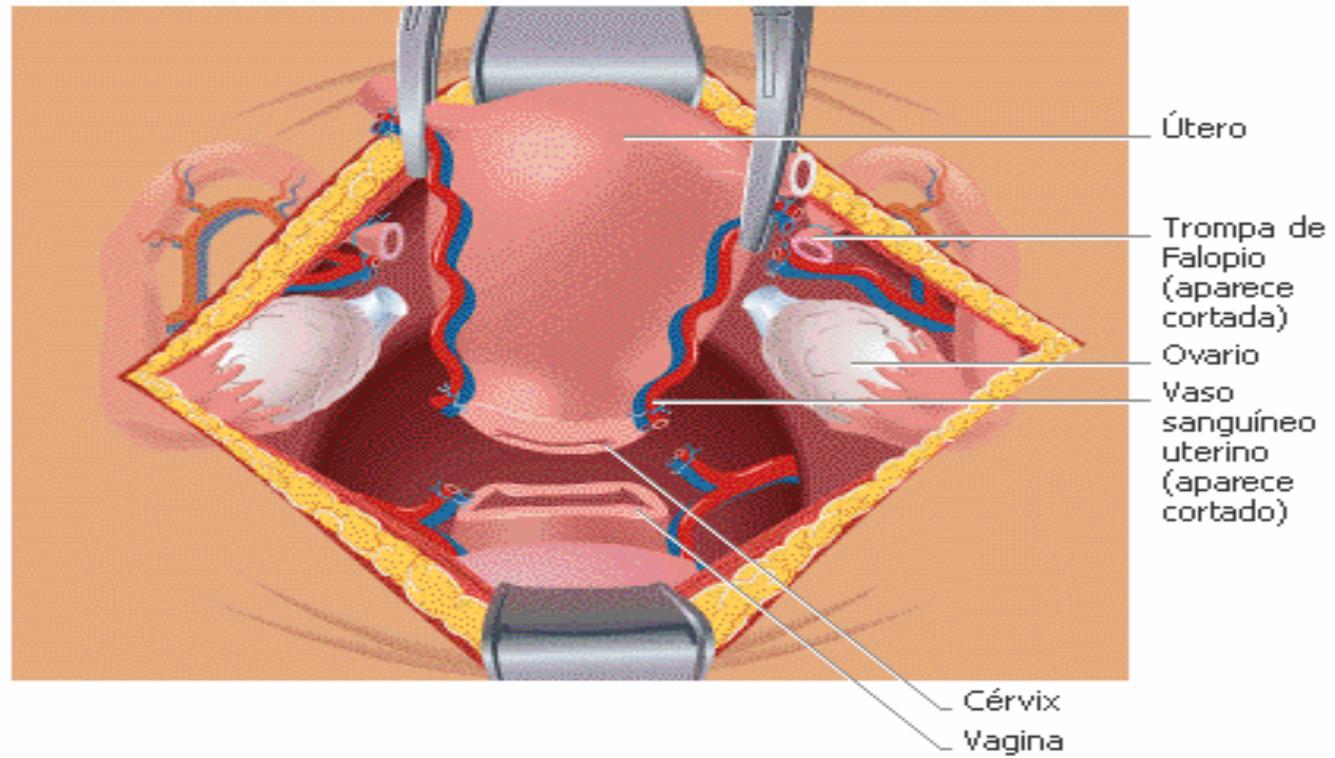
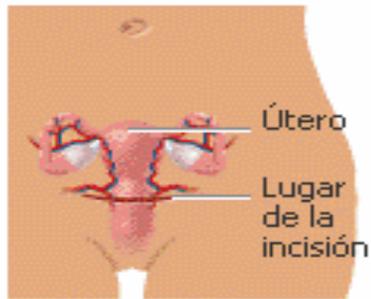
Los miomas submucosos pediculados (pólipos fibroides) que se proyectan dentro del orificio cervical externo deben eliminarse mediante miomectomía vaginal.

HISTERECTOMIA: Es la extirpación quirúrgica del útero. Existen dos métodos: la histerectomía abdominal (Ver Fig. # 4), que se realiza mediante una incisión, y la histerectomía vaginal, a través de la vagina. En la histerectomía abdominal el cirujano abre la cavidad abdominal, corta las trompas de Falopio y separa el útero en su unión con el cuello. Si las trompas de Falopio y los ovarios están sanos, suelen dejarse en su lugar, pero si están afectados por la enfermedad también son extirpados.

En las mujeres multíparas mayores de 40 años, principalmente, la histerectomía es el tratamiento de elección.

Esta tiene distintas ventajas:

- Los miomas y las enfermedades asociadas se eliminan en forma permanente y no existe riesgo de recurrencia.
- Elimina a los principales tejidos cancerígenos de la pelvis a pesar de que la cirugía nunca se lleva a cabo solo con esta razón.
- Deben conservarse las trompas y los ovarios si son normales.



HISTERECTOMIA FIG. # 4

HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA RESPUESTA HUMANA.

Fecha: 20 Junio de 2005.

Unidad: Hospital Escandon

Nombre: HEC

Edad: 37 años Sexo: Femenino

Servicio: Cirugía Mujeres Fecha de Nacimiento: 20/01/68

Dx. Medico de Ingreso: Sangrado Transvaginal Disfuncional, Miomatosis uterina.

Valoración Realizada Por: Ramírez Rios Sandra

Dx. (s) de enfermería:

1. **INTERCAMBIO.**

• **CEREBRAL**

Nivel de conciencia.

Persona: +++ Lugar: No Tiempo: No

Apertura de ojos.

Normal: +++

Reflejo pupilar: Normal

• **CARDIACO**

Ritmo cardiaco normal: 80 por minuto

Arritmia: No

Taquicardia: No

Bradycardia: No

Tensión arterial:

Brazo derecho: 120/70 Brazo izquierdo: 120/80

- **PERIFERICO**

Pulso	Fuerte	Ausente	Débil	Normal
Carotideo				X
Apical				X
Braquial				X
Radial				X

Temperatura región: axilar °C: 36.5

Hipertermia: No Hipotermia: No

Piel : Normal

Color Normal: Normal Pálida: No

Cianotica: No Ictérica: No

Otros: Se encuentra la piel normal ante la observación y palpación.

- **OXIGENACION**

Frecuencia respiratoria: 18 por minuto

Respiración regular: +++ Irregular: No

Presencia de Disnea: No Ortopnea: No

Taquipnea: No Bradicardia: No Tos: No Espujo: No

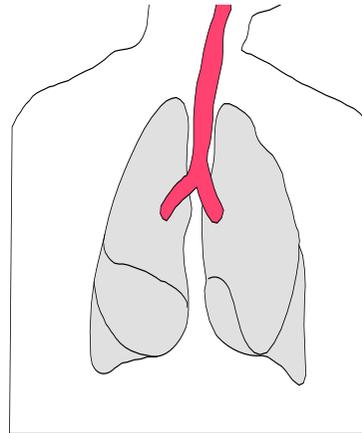
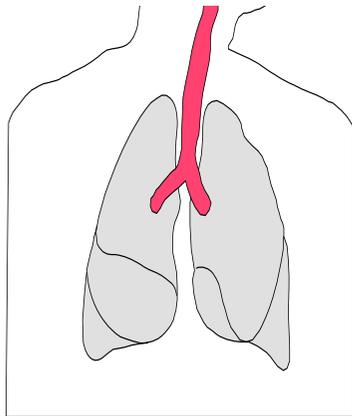
Color: Ninguno Cantidad: Nada

Ruidos respiratorios: No Burbujeo: No

Estertores: No Estridor: No Jadeo: No

Tubos respiratorios Sí: No: +++

LOCALIZACIÓN



• **INTEGRIDAD DE LA PIEL**

Piel.

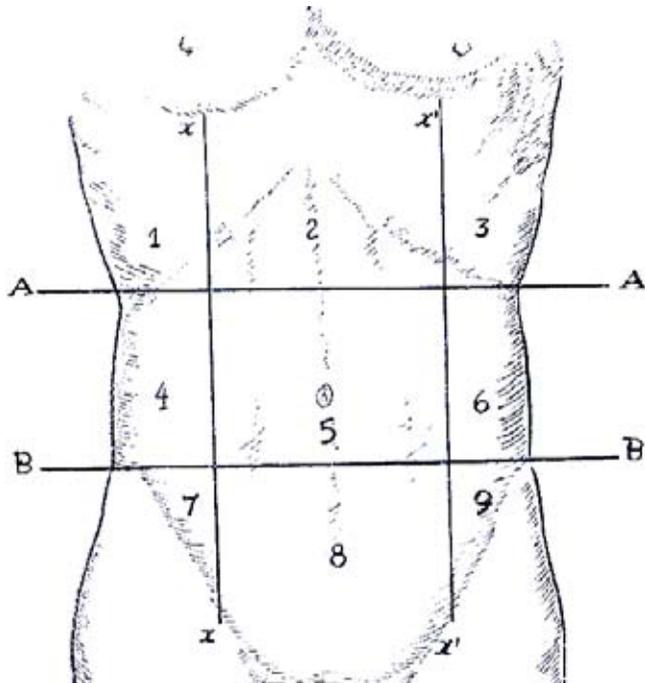
Integra: Sí Quemada: No Petequias: No Eritema: No
Ulceras: No Herida: Sí Abrasiones: No Contusiones: No
Incisión quirúrgica: Sí Resequedad de la piel: ++

Edema: ± No: ++ No: +++

Otros: _____

Características: _____

Localización: Línea media infraumbilical



Los tres centrales se denominan, de arriba abajo: Epigastrio, mesogastrio o región paraumbilical e hipogastrio o región suprapúbica.

A-A : Línea transversal pasando por debajo de las falsas costillas.

B-B: Línea transversal pasando por las crestas ilíacas.

• **NUTRICIÓN**

Dieta indicada por el médico:

Dieta sin irritantes, sin grasa, abundantes líquidos, frutas y verduras.

Comidas:

1 _____ 2: +++ 3 _____ más _____

Alimentos que le gustan: Todos (picante)

Alimentos que le hacen daño: Ninguno

Cambio actual en el apetito:

Si: +++ No: _____

Observaciones: Ha disminuido el apetito por la enfermedad.

Ingesta de cafeína:

Si: +++ No: _____ Frecuencia: _____

Talla: 1.50 cm. Peso: 70 Kg

Somatometría _____

Estado de boca y encías:

Color: Rosadas

Humedad: Se encuentran hidratadas

Lesiones: No

Dentadura	Completa	Parcial	Incompleta
Superior	Sí		
Inferior	Sí		

Utilización de prótesis:

Si: _____ No: +++

- **ELIMINACIÓN**

Ritmo intestinal habitual:

Dos veces al día.

Alteración actual:

Estreñimiento: Rara vez

Diarrea: No

Incontinencia: No

Remedio para la alteración

Líquidos: No Alimentos: No

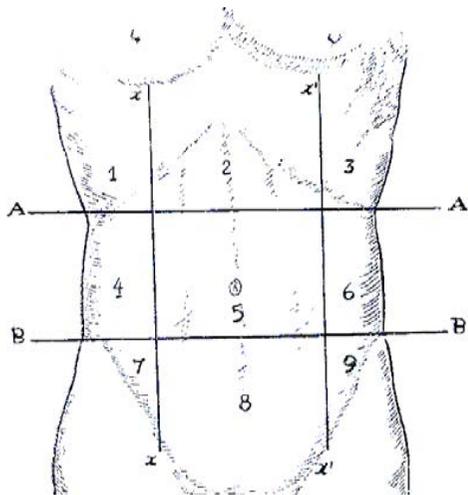
Enema: No Fármacos: No

Ruidos Intestinales

Sí: +++ No:

Características: Consistencia blanca

Localización:



2 - Epigastrio
5 - Mesogastrio
8 - Hipogastrio

CARACTERISTICAS DE HECES

(Datos Históricos)

Color: Café oscuro

Olor: Fétido

Consistencia: Pastosa

(Datos Actuales)

Color: Café oscuro

Olor: Fétido

Consistencia: Pastosa

Frecuencia: 2 veces al día

CARACTERISTICAS DE LA ORINA

(Datos Históricos)

Color: Amarillo oscuro

Olor: Sin olor

pH: 6.0

(Datos Actuales)

Color: Amarillo oscuro

Olor: Sin olor

pH: 6.0

2. SENTIMIENTO

Dolor Malestar

Desde el inicio de su enfermedad ha empezado

A tener dolor Sí: +++ No: _____

Intensidad de dolor

+: _____ ++: _____ +++: X

En que parte(s) le da el dolor

Empezaba en pubis abarcaba hasta la cadera

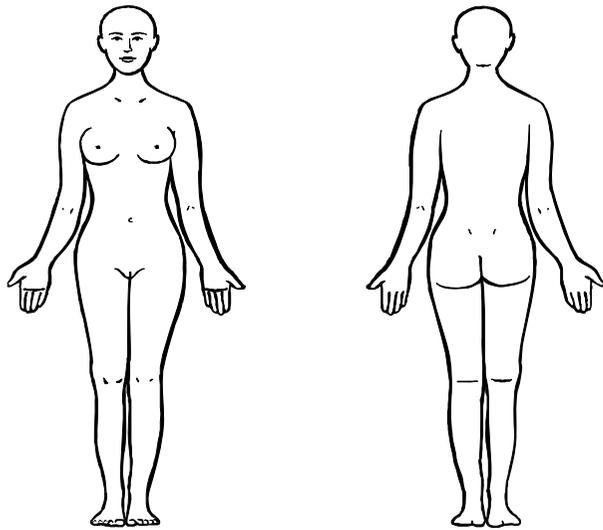
Se agrava el dolor con alguna cosa

Al comer alimentos ácidos

Conque mitiga el dolor

Buscapina, Naproxeno

Localización :



3. COMUNICACIÓN

Función de lectura

Normal: +++ Dificultad: _____

Incapaz: _____

Función de escritura

Normal: +++ Dificultad: _____

Incapaz: _____

Función de palabra

Normal: +++ Dificultad: _____

Incapaz: _____

Observaciones: La cliente podía comunicarse bien, no presentaba ningún problema.

4. MOVIMIENTO

Percepción Sensorial

Alteración:

Vista

Sí: +++ No: _____

Oído

Sí: +++ No: _____

Olfato

Sí: +++ No: _____

Gusto

Sí: +++ No: _____

Tacto

Sí: +++ No: _____

Reflejo

Sí: +++ No: _____

Observaciones: La cliente tiene buena percepción sensorial.

• **AUTOCAUIDADO**

Actividad independencia total: Sí

Practica ejercicio Sí: _____ No: ++

Actividad ayuda con aparatos: No

Actividad ayuda con persona: No

Actividad ayuda con aparatos y personas: No

Dependencia total: No

- **ACTIVIDAD**

Debilidad Sí: +++ No _____

Fatiga Sí: +++ No _____

- **REPOSO**

¿Cuántas horas duermes regularmente por la noche? 7 horas

Sientes descanso al despertar: Sí

Auxiliares del sueño: No

- **CONSERVACIÓN DEL ENTORNO**

Distribución de cuartos que tiene la casa

Cocina: No Baño(s): +++ (compartido) Escalera: No

Cuenta con:

Agua: Sí Drenaje: Sí Luz eléctrica: Sí

Tiene animales Sí _____ No: +++

Se encuentran dentro de la casa: _____

Fuera de la casa: Si

La casa es propia _____ Rentada: +++ Otros _____

- **CONSERVACIÓN DE LA SALUD**

¿A qué servicio de salud tiene acceso?

Ninguno

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

Al hospital Escandon

¿En que servicio lo han atendido en esta unidad?

Ginecología y Cirugía

- **RELACIONES**

Estado Civil: Separada

Vive con: Familia: Si Solo: _____ Otros: _____

Tiene hijos Sí: +++ No: _____

Edades : 8 años (adoptivo)

Sexo : Masculino

Trabaja actualmente Sí: +++ No: _____

Ocupación: Recolectora de Basura

Agrado por la ocupación: Sí
Preocupaciones laborales: No
Gasto energético físico: +++ Material: _____
Estudia Sí: _____ No: +++
Carrera: Ninguna
Preocupaciones por el estudio: No

- **RELACIONES SEXUALES**

Mujer: Menarca: 12 años Menopausia: (premenopausia)
Frecuencia con que tiene relaciones sexuales: No son tan frecuentes
Posibilidad de embarazarse Sí: _____ No: +++
Historia de embarazo(s): No
Gestaciones: Ninguna Embarazos: No
Parto (normal): No Cesárea(s): No
Problemas con el embarazo: No le dieron información sobre el embarazo y desconoce si algún día de embarazo.
Hombre
Posibilidad de embarazar: Si: _____ No: _____

5. CONOCIMIENTO ANTECEDENTES DE SALUD

¿Qué problema de salud ha tenido anteriormente?
Gripa, tos, sangrado Transvaginal abundante
¿Cuál es su enfermedad actual?
Miomatosis Uterina

¿Cuál fue la causa que le ocasiono la enfermedad?

No tiene idea

¿Qué malestares le ocasiono la enfermedad?

Dolor, sangrado, asco, cansancio, dolor de cabeza

FACTORES DE RIESGO

¿Tiene antecedentes familiares de hipertensión y diabetes?

Padre diabético

Fuma Sí: +++ No: _____

¿Cuántas cajetillas al día?

3 cigarros al día

Consumo alcohol Sí: _____ No: +++

¿Conque frecuencia? _____

¿Frecuentemente se encuentra estresado?

Sí: +++ No: _____

¿Qué hace para mitigar el estrés?

Llorar y caminar

- PROBLEMAS ACTUALES DE SALUD

¿Está enterado el paciente de su problema actual de salud?

Sí: +++ No: _____

¿Qué cuidados le han proporcionado por parte del personal de enfermería en esta unidad?

Curación de la herida, toma de signos vitales y asistencia en el baño

¿Sabe para que le sirve esos cuidados?

Sí

¿Le son de utilidad?

Sí

- **MEDICACION ACTUAL**

¿Qué medicamentos toma actualmente?

Elequine, Ketorolaco, Orudis, Profenid

¿Con que frecuencia?

Elequine X 5 días , Ketorolaco 1 X 3 días, Orudis amp. C/8 hrs y Profenid amp. I. M. D.U

¿En que dosis? 1 C/24 hrs y 1 C/6 hrs

¿Sabe para qué le sirven? Para el dolor y para la infección

- **DISPONIBILIDAD**

Disponibilidad del paciente para aprender

Sí: +++ No: _____

Solicita información Sí: _____ No: +++

Memoria intacta: Intacta: +++

Solo reciente: _____ Solo remota: _____

6. **ELECCIÓN**

Participación:

Aceptación de la enfermedad

Sí: +++ No: _____

Cumplimiento con el tratamiento terapéutico

Sí: +++ No: _____

Aceptación del paciente por modificar actitudes

Personales y de su entorno para prevenir enfermedades:

Sí: +++ No: _____

- **JUICIO**

Aceptación del problema Sí: +++ No: ____

¿Toma usted las decisiones en caso de presentarse algún problema?

Sí: +++ No: ____

¿Quién? Hermano

- **AFRONTAMIENTO**

¿Cómo resuelve habitualmente sus problemas? Buscando solución

VI. SENTIMIENTO

- **EMOCIONAL, INTEGRIDAD, ESTADO**

¿Recientemente le han ocurrido cosas que la estresan? Sí

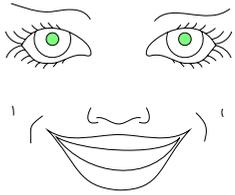
Siente ansiedad Sí: +++ No: ____

Se siente afligido Sí: ____ No: ____

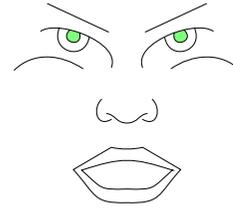
¿Qué hace para relajarse? Sale a caminar

Observaciones: Paciente ansiosa por salir del hospital.

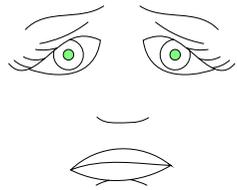
ALEGRE +++



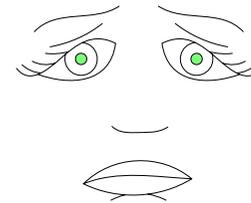
ENOJADO _____



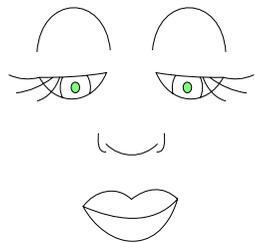
PREOCUPADO _____



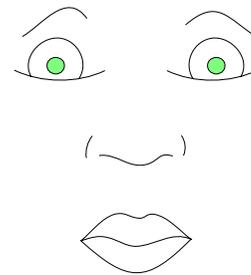
TRISTE _____



SERIO _____



TEMEROSO _____



Otros: _____

VII. PERCEPCIÓN

- CONCEPTO DE UNO MISMO

¿Cómo es su manera de ser habitualmente? Alegre

¿Cree que su personalidad ha cambiado por la enfermedad? No

VIII. RELACIÓN

- SOCIALIZACIÓN

Facilidad para relacionarse con otras personas: Sí

Personas que le pueden ayudar: Hermano

Convivencia con grupos: Si

PLAN DE INTERVENCIONES

Usuario: C.E.H.

Edad: 37 años

Genero: Femenino

Servicio: Cirugía Mujeres

Fecha de elaboración: 20 Junio del 2005

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de Infección relacionado con Procedimiento Invasivo.

RESULTADO ESPERADO: Curación de la herida por primera Intensión.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION
<p data-bbox="237 715 517 746">INDEPENDIENTE</p> <p data-bbox="192 788 981 820">❖ CUIDADOS DE LAS HERIDAS QUIRURGICAS:</p> <p data-bbox="192 831 353 863">❖ Apósito</p> <p data-bbox="192 1078 882 1110">a) Despegar los apósitos y la cinta adhesiva.</p>	<p data-bbox="1010 831 1917 983">Tejido limpio o estéril que se aplica directamente a una herida o lesión para absorber secreciones, proteger mecánicamente la zona, detener una hemorragia o administrar una medicación.</p> <p data-bbox="1010 1031 1917 1222">La cinta adhesiva debe tirarse estirando en dirección a la incisión, para evitar estirar las suturas de la herida. Humedecer la cinta con agua estéril para reducirle molestias al paciente. La humedad y solventes facilitan la remoción del material de curación adherido a la herida.</p> <p data-bbox="1010 1254 1917 1334">Una herida se debe valorar cuando llevamos acabo el cambio de apósito tomando en cuenta los siguientes puntos:</p>

- 1) **EL ASPECTO GENERAL DE LA HERIDA:** En una herida limpia, la zona de alrededor suele aparecer enrojecida debido a la respuesta inflamatoria. Sobre los bordes de la piel aparece tejido de granulación que crece hacia el interior para llenar la herida. La mayoría de las heridas quedan cubiertas por tejidos de granulación el séptimo u octavo día. Las heridas infectadas muestran un aspecto excesivamente enrojecido y están calientes al tacto.
- 2) **LA CANTIDAD, TIPO Y OLOR DEL DRENAJE DE LA HERIDA:** Se valora el color, consistencia y localización del exudado. En las heridas limpias suele existir una cierta cantidad de drenaje seroso, que varía según la localización de la herida. El drenaje seroso es de color claro y ligeramente marrón (debido a la presencia de sangre) y acuoso. Las heridas recientes suelen tener una cierta cantidad de drenaje sanguinolento durante algunos días. Las heridas infectadas tienen drenaje purulento de olor desagradable.
- 3) **EVALUAR LOS SÍNTOMAS GENERALES DE INFECCIÓN:** Como elevación de la temperatura corporal, diaforesis o malestar, presencia de dehiscencia.

b) Vendaje en forma adecuada.

c) Vendaje de sostén abdominal.

VENDAJE DE SOSTEN: Tipo de vendas especiales, consiste en un trozo de tela diseñado para una parte específica del cuerpo, se emplean para sujetar zonas grandes del cuerpo, como abdomen, brazo o pecho, teniendo diversos fines como son:

- Para sujetar una herida
- Para inmovilizar una herida
- Para fijar un apósito

Es una pieza rectangular de algodón, lo suficientemente larga para rodear el abdomen del paciente, debe ser lo suficientemente ancha para cubrir desde el pliegue de los glúteos hasta la cintura. Se abrocha en el centro con cinta adhesiva o con sus propios broches.

Vendar la zona en su posición normal, con la articulación ligeramente flexionadas para evitar ejercer tensión sobre los ligamentos y los músculos de la articulación.

Es importante colocar el vendaje desde la zona distal hacia el extremo proximal para favorecer el retorno venoso, con una presión uniforme para evitar la obstaculización de la circulación sanguínea.

INTERDEPENDIENTE

❖ **ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN.**

a) Seguir los cinco principios de la administración de medicación.

b) Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos, si procede.

La administración de medicamentos es una función de enfermería en casi todas las instituciones de salud. En algunos hospitales la enfermera administra todas las inyecciones intravenosas, intramusculares, subcutánea, intradérmica, vía oral. Hay en consecuencia diversas reglas de administración de medicamentos que guían la actuación de la enfermera. Pero, independientemente de las reglas, antes de que la enfermera administre un medicamento debe estar convencida de que la acción de éste tiene riesgo para el paciente. Una buena base para la práctica correcta de la enfermera es el saber de manera tradicional los "CINCO CORRECTOS", han servido como guía para la administración de medicamentos y son:

- EL MEDICAMENTO CORRECTO
- LA DOSIS CORRECTA
- LA VÍA CORRECTA
- LA HORA CORRECTA
- EL PACIENTE CORRECTO

Estos cinco requisitos siguen tan vigentes hoy como hace años.

Es importante preguntarle a la cliente que si es alérgico a algún medicamento, con el fin de saber cual medicamento es al que tienen alergia y no aplicarlo, debemos anotar en el expediente el nombre(s) de los medicamento(s), en su caso avisar al médico, hacer hincapié al paciente que

INTERDEPENDIENTE

❖ Administración de medicación (ELEQUINE)

cuando le receten algún medicamento debe comentar a su medico sobre la alergia que presenta.

La paciente tiene derecho a que se le informe acerca de los medicamentos que se le administran durante la hospitalización. Si se sigue tomando el medicamento a un cuando haya salido del hospital es muy importante recomendar que preste atención al esquema de dosificación prescrito por su medico.

ELEQUINE

Antibiótico que está indicado en el tratamiento de infecciones del tracto respiratorio superior e inferior, incluyendo sinusitis, exacerbación aguda de bronquitis crónica y neumonías adquiridas en la comunidad.

Infecciones de la piel y sus estructuras como: impétigo, abscesos, furunculosis, celulitis y erisipelas.

Infecciones del tracto urinario incluyendo pielonefritis aguda. En el tratamiento de osteomielitis.

Esta indicado principalmente en infecciones de las siguientes bacterias en las cuales la eficacia clínica ha sido demostrada.

Bacterias aeróbicas gram (+):

Enterococcus (Streptococcus) faecalis

Staphylococcus aureus
Staphylococcus epidermidis
Staphylococcus saprophyticus
Staphylococcus agalactiae
Staphylococcus pneumoniae
Staphylococcus pyogenes
Bacterias aeróbicas gram (-) :
Citrobacter freundii
Enterobacter cloacae
Escherichia coli
Haemophilus parainfluenzae
Klebsiella oxytoca
Klebsiella pneumoniae
Legionella pneumophila

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA:

Es un agente antibacteriano sintético de amplio espectro para administración oral o intravenosa. Levofloxacinó es un giro carboxiquinolona fluorinado, es el enantiómero (.).(s) puro de la sustancia recémica ofloxacina.

El nombre químico es ácido (s).9.fluoro-2,3-dihidro-3-metil-10(4-metil-1-piperazinil)-7-oxo-7H-pirido(1,2,3,de)-1-4-benzoxacina-6 carboxilico hemihidrato.
Levofloxacinó es el L-isómero del recemato, ofloxacina.

El mecanismo de acción de levofloxacino y otras quinolonas antibacterianas involucra la inhibición de DNA-girasa (topoisomerasa II bactericida), una enzima requerida para la replicación, transcripción, reparación y recombinación del DNA.

Levofloxacino se absorbe rápida y completamente después de la administración oral. Las concentraciones pico en plasma (aproximadamente 5.1 ug/ml) se alcanzan usualmente en una a dos horas después de la dosis oral. La biodisponibilidad absoluta de una dosis oral de 500 mg de levofloxacino es aproximadamente 99%. No existe efecto clínico significativo de los alimentos para alcanzar la absorción de levofloxacino. La administración oral con alimentos prolonga ligeramente el tiempo para obtener la concentración pico aproximadamente 1 hora, y decrece ligeramente la concentración pico en aproximadamente 14%. Por lo tanto, levofloxacino puede ser administrado sin considerar los alimentos.

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad a levofloxacino, otras quinolonas o algún componente de este producto.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:

Es generalmente bien tolerado. Los eventos adversos más comunes considerados por los investigadores como probables o definitivamente relacionados al fármaco fueron: diarrea, náusea.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

Vía oral: la dosis usual del ELEQUINE

Tabletas en pacientes con función renal normal, es 500mg oralmente cada 24 horas.

Tabletas pueden ser tomadas sin alimentos.

Vía intravenosa: Solo debe ser administrado por infusión intravenosa, no por administración intramuscular, intraperitoneal o subcutánea.

PRECAUCION: Debe evitarse una rápida infusión o bolo intravenoso.

Adultos: 500 mg I.V. administrada por infusión lenta cada 24 horas siguiendo el esquema de dosificación.

- Exacerbación de bronquitis crónica
500 mg C/24 horas 5 – 7 días
- Neumonía adquirida en la comunidad
500 mg C/24 horas 7 – 14 días
- Sinusitis
500 mg C/24 horas 10 – 14 días

INDEPENDIENTE
❖ BAÑO DE REGADERA

- Infecciones de piel y tejidos blandos
500 mg C/24 horas 7 – 10 días
- Pielonefritis aguda e ITU
250 mg c/24 horas 10 días
- Osteomielitis
500 mg c/24 horas 6 – 12 días

PRESENTACION:

Tabletas: Caja con blister con 7 tabletas de 500 mg.

Solución inyectable Minibag:

Caja con 1 contenedor flexible de 100 ml con 500 mg de levofloxacino en solución de dextrosa al 5%. Sin sistema de venoclisis.

Caja con 1 contenedor flexible de 100 ml con 500 mg de levofloxacino en solución de dextrosa al 5%. Con sistema de venoclisis.

Es la limpieza general del cuerpo con jabón y agua corriente, favorece el arrastre mecánico de los microorganismos.

El baño elimina la grasa acumulada, la transpiración, las células muertas de la piel y algunas bacterias. Además de limpiar la piel, el baño también estimula la circulación.

Un baño templado o caliente dilata las arteriolas superficiales, aportando más flujo sanguíneo y nutrientes a la piel. El frotado vigoroso tiene el mismo efecto.

El frotar con pasadas largas y uniformes desde las zonas distales hasta las proximales (desde el punto más alejado del cuerpo hasta el más cercano) es especialmente eficaz para facilitar el flujo sanguíneo venoso.

Produce una sensación de bienestar, es refrescante y relajante y, con frecuencia, levanta el ánimo y mejora el aspecto y el amor propio.

La enfermera puede observar el estado de la piel de la paciente y sus condiciones físicas, tales como edema sacro o exantema. Mientras ayuda al cliente con el baño, puede valorar además las necesidades psicosociales de la paciente, tales como la orientación en el tiempo y la capacidad para hacer frente a la enfermedad.

En personas enfermas está disminuida la resistencia a las infecciones. En consecuencia, la presencia de bacterias patógenas en el ambiente implica una amenaza constante de infección.

	<p>Al ayudarlos a conservarse limpios eliminando sus excreciones, la suciedad y las secreciones se suprimen muchas sustancias en que proliferan estos gérmenes.</p> <p>Las costumbres higiénicas varían mucho en los individuos. Estas diferencias se explican por patrones culturales, educación familiar, idiosincrasias individuales.</p>
EVALUACIÓN	<p>Se logro que no se infectara la herida gracias al baño diario, cambio frecuente de apósito en el cual se valora el estado en que se encuentra la herida, colocando un vendaje que le ayude a sostener el apósito, con ayuda del antibiótico se puede restablecer la cliente.</p>

PLAN DE INTERVENCIONES

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Desequilibrio Nutricional por exceso relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas, manifestado por información u observación de patrones alimentarios disfuncionales (p.ej., emparejar la comida con otras actividades).

RESULTADO ESPERADO: Estado Nutricional: Ingestión de nutrientes.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
<p>INTERDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none">❖ DEFINICIÓN DE NUTRICIÓN:❖ ENSEÑANZA DE LA DIETA PRESCRITA:	<p>La nutrición es lo que la persona como y el modo en que el organismo utiliza los alimentos.</p> <p>La dieta son los alimentos que consume una persona al concluir el día, como son una serie de alimentos aislados y platillos que en conjunto forma lo que se conoce como dieta.</p> <p>La dieta debe ser completa, suficiente y equilibrada. Una dieta correcta es como un rompecabezas cuyas piezas son los alimentos.</p> <p>Si estos se integran bien, el resultado es bueno; si no se integran bien, el resultado es malo.</p>

❖ DIETA PRESCRITA

- Dieta Blanda:

- Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.

Características de la dieta correcta:

- Integra = ser completa
- Cantidad = ser suficiente
- Equilibrio = ser equilibrada
- Seguridad = ser inocua
- Accesibilidad = ser económica
- Atracción sensorial = ser agradable y variada
- Valor social = ser compartible con el grupo al que se pertenece.
- Congruencia integral = ser adecuada a las características y circunstancias del paciente.

Consiste en alimentos que necesitan masticarse poco y no contienen fibras duras ni comidas muy condimentadas. Como los alimentos de esta dieta se digieren con facilidad, suelen estar indicados para personas con trastornos gastrointestinales o dificultades para la masticación.

La dieta alta en fibra ayuda a la evacuación. Fibra dietética, resto de las paredes de células vegetales; una compleja mezcla de hidratos de carbono que no se pueden digerir en el tracto intestinal y que por tanto se consideran carentes de valor nutricional. El volumen

- Nutrientes Esenciales:

incrementado de los alimentos ricos en fibra les da mayor capacidad para saciar (es decir hacen que la persona se sienta llena), lo que es beneficioso para prevenir la obesidad. Y lo que que es más importante aún: una dieta pobre en fibra es causa de estreñimiento y compresión en el tracto intestinal.

Los nutrientes se clasifican en cinco grupos principales: Proteínas, Hidratos de carbono, Grasas, Vitaminas y Minerales.

Estos grupos comprenden un total aproximado de 45 y 50 sustancias que los científicos consideran esenciales para mantener la salud y un crecimiento normal.

Aparte del agua y el oxígeno, incluyen también unos ocho aminoácidos constituyentes de las proteínas, cuatro vitaminas liposolubles y diez hidratos de carbono son una fuente de energía, no se consideran esenciales, ya que para este fin se pueden transformar en proteínas.

TIPOS DE ALIMENTOS

Los alimentos se pueden clasificar en panes y cereales, leguminosas o legumbres, tubérculos y rizomas, frutas y verduras, carne, pescado, huevo, leche y derivados, grasa y aceite, azúcares, confituras y almibares.

El grupo de panes y cereales incluye el trigo, arroz,

maíz y mijo. Son ricos en almidones y constituyen una fuente fácil y directa de suministro de calorías. Aunque la proteína no abunda en los cereales integrales, la gran cantidad que se consume aporta cantidades significativas, las cuales, sin embargo, deben complementarse con otros alimentos ricos en proteínas para obtener todos los aminoácidos esenciales.

La harina de trigo blanco y el arroz refinado son bajos en nutrientes pero, como todos los cereales enteros que contienen el germen y la capa exterior de la semilla, el trigo y el arroz aportan fibra al cuerpo, las vitaminas B tiamina, niacina, y riboflavina, y los minerales, zinc, cobre, magnesio y molibdeno.

Las legumbres o leguminosas abarcan una amplia variedad de frijoles o judías, chícharos o guisantes, lentejas y granos, e incluso el maní. Todos ellos son ricos en almidón, pero aportan bastante más proteínas que los cereales o tubérculos. La proporción y el tipo de aminoácidos de las leguminosas son similares a los de la carne. Sus cadenas de aminoácidos a menudo complementan a las del arroz, el maíz y el trigo, que constituyen los alimentos básicos de muchos países.

Los tubérculos y los rizomas incluyen varios tipos de papa o patata, la mandioca y el taro son ricos en almidón y relativamente bajos en proteínas, pero

aportan gran variedad de vitaminas y minerales.

Las frutas y verduras son una fuente directa de muchos minerales y vitaminas que faltan en las dietas de cereales, en especial la vitamina C de los cítricos y la vitamina A procedente del caroteno de las zanahorias y verduras con hoja.

En las verduras están presentes el sodio, cobalto, cloro, cobre, magnesio, manganeso, fósforo y potasio.

La celulosa de las verduras, casi imposible de digerir, proporciona el soporte necesario para hacer pasar la comida por el tracto digestivo. Muchas de las vitaminas más frágiles hidrosolubles se encuentran en las frutas y verduras, pero se destruyen con gran facilidad con el exceso de cocción.

La carne, el pescado y los huevos aportan todos los aminoácidos esenciales que el cuerpo necesita para ensamblar sus propias proteínas.

La carne contiene un 20% de proteínas, 20% de grasas y 60% de agua.

Las vísceras son fuente rica en vitaminas y minerales. Todos los pescados contienen un alto porcentaje de proteínas, y los aceites de algunos de ellos son ricos en vitaminas D y A. La clara de huevo es la forma más concentrada de proteína que existe.

EVALUACION	La cliente mejora el desequilibrio nutricional que presentaba gracias a que supo lo importante que es la nutrición, cual es la dieta que debe seguir, aportaciones que tienen los alimentos que ingiere.

PLAN DE INTERVENCIONES

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Estreñimiento relacionado por cambios en el tipo de alimentos ingeridos o en el patrón de alimentación manifestado por eliminación de heces duras, secas y formadas.

RESULTADO ESPERADO: Eliminación intestinal

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
INTERDEPENDIENTE ❖ MANEJO DE LIQUIDOS - Administración de líquidos	La falta de descanso, los alimentos tomados aprisa y a intervalos irregulares son ingreso alimentario que no satisface las necesidades del organismo, o una vida

sedentaria pueden contribuir a la función inadecuada del intestino, se debe ayudar al paciente a aceptar una forma más regular de vida, que incluya una dieta que satisfaga los requerimientos nutricionales y una cantidad razonable de ejercicios.

Los líquidos son esenciales en las funciones del organismo y deben ser proporcionados por los alimentos y las bebidas cada día, se debe ingerir de 1000 a 1500 ml diarios de líquidos en forma de bebida servidos junto con las comidas y de agua disponible, para contar con la suficiente para el funcionamiento corporal.

Los residuos alimentarios en el colon retienen suficiente agua para producir heces blandas. Muchos alimentos tienen gran porcentaje de agua y pueden aportar incluso un litro de agua la día como son:

- Verduras Frescas 90%
- Leche Entera 87%
- Fruta Fresca 85%
- Harina de Avena, cocida 85%
- Huevo 74%
- Carne de res con poca grasa 60%
- Pan blanco 36%

INTERDEPENDIENTE

❖ ADMINISTRACION DE SENOCIDOS A Y B
POR VÍA ORAL

- Harina de avena cruda 8%

SENOKOT:

Tabletas y Solución, laxante, Senosidos A y B

Forma Farmacéutica y Formulación:

Cada tableta de Senokot contiene:

Senosidos A-B obtenidos de cassia acutifolia187 mg

Normalizado a 8.6 mg de Senosidos A – B

Excipiente, c.b.p.1 tableta

INDICACIONES TERAPEUTICAS:

En estreñimiento de leve a severo debido a: Embarazo, posparto, Poscirugia, convalecencia, pacientes inmovilizados, dietas inadecuadas, estrés, senectud, medicamentos, padecimientos anorrectales o en padecimientos cerebrovasculares o cardiovasculares donde se deben evitar los esfuerzos.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA:

Los senosidos actúan en el intestino grueso, aumentando la frecuencia de los movimientos de masa disminuyendo la actividad segmentante que obstaculiza

el tránsito intestinal.

Se han sugerido dos mecanismos de acción. El primero mediante la ruptura de los senosidos en el intestino delgado, donde los aglicones derivados de esta ruptura son absorbidos al torrente sanguíneo por medio del cual llegan al colon; el segundo es que la mayoría de los senosidos pasan sin cambio hasta el colon donde son transformados por la flora bacteriana normal en aglicones libres activos. Por cualquiera de los dos mecanismos al final su acción es inhibir la actividad de la adenosin trifosfatasa (ATPasa) ciclica del sodio y potasio, involucrando péptidos regulatorios gastrointestinales, y estimulando el plexo mientérico (auerbach) para estimular finalmente el peristaltismo colónico.

La evacuación ocurre entre 8 y 12 horas después de la ingesta de los senósidos. Por su mecanismo de acción la evacuación es similar a las fisiológicas. Los metabolitos que son absorbidos se excretan por orina, heces y otras secreciones incluyendo la leche.

CONTRAINDICACIONES:

Oclusión intestinal y cuadros de abdomen agudo. Debe usarse con precaución en pacientes con enfermedades inflamatorias del intestino delgado. No se recomienda el uso del fármaco por tiempo prolongado.

PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:

Su uso es seguro durante el embarazo y aunque los metabolitos de los senósidos pueden excretarse por la leche materna estos metabolitos no pueden causar daño en el lactante.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:

Cuando se utiliza por tiempos muy prolongados puede producir diarrea acuosa, dolor abdominal moderado.

ALTERACIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:

No se han descrito interacciones con otros medicamentos.

ALTERACIONES DE PRUEBAS DE LABORATORIO:

No se han descrito alteraciones en alguna prueba de laboratorio.

PRECAUCIONES Y RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:

No se han descrito alteraciones de este tipo.

DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN: Oral

Senokot tabletas: Tomar 2 tabletas antes de acostarse.

Senokot F tabletas: Tomar 1 tableta antes de acostarse.

Senokot solución: Adultos tomar 2 cucharadas por la noche antes de acostarse.

Niños de 1 mes a 1 año de edad $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ de cucharadita al día.

De 1 – 5 años $\frac{1}{2}$ a 1 cucharadita al día.

Mayores de 5 años 1 a 2 cucharadita al día.

En pacientes embarazadas se recomienda media dosis.

SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL, MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTÍDOTO):

Cuando existe abuso del medicamento por tiempo prolongado, se han descrito pigmentación melanótica de la mucosa colónica (melanoscolis) esta pigmentación es benigna y revierte entre 4 – 12 meses después de la suspensión del medicamento.

PRESENTACIONES:

SENOKOT tabletas: Caja con 60

SENOKOT F tabletas: Caja con 30

SENOKOT Solución: Frasco con 150 ml

EVALUACION	La cliente respondió bien al tratamiento, la ingesta de abundantes líquidos, una dieta que satisfaga los requerimientos nutricionales acompañada de ejercicio, con los senocidos disminuyo el estreñimiento.
-------------------	--

PLAN DE INTERVENCIONES

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de infección relacionado con procedimiento Invasivo.

RESULTADO ESPERADO: Estado infeccioso.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
INDEPENDIENTE	

❖ EL SONDAJE VESICAL

Extracción de la orina mediante un catéter introducido en la vejiga a través del meato urinario y la uretra. Se usa para aliviar la distensión (en caso de una cirugía), como preparación para la anestesia y durante la misma.

❖ CUIDADO DEL CATETER URINARIO

Durante la operación o cirugía del abdomen, en especial de la región baja y en órganos pélvicos, es fácil lesionar la vejiga distendida, por lo que se coloca una sonda de Foley a permanencia antes de la cirugía, para tenerla siempre vacía se deja colocada varios días después de la operación, pues muchos pacientes tienen dificultad para orinar inmediatamente en el posoperatorio temprano. El traumatismo operatorio en la región cercana a la vejiga puede disminuir temporalmente la sensación de urgencia de la micción.

El temor de sufrir dolor también causa tensión y dificultad para orinar. Las molestias y la falta de intimidad asociada con el empleo del cómodo, pueden participar en el retención.

Muchas mujeres no pueden orinar acostadas, pero pueden hacerlo si se les permite estar sentada.

La sonda se deja hasta que el paciente orine

	<p>normalmente; la orina fluye por gravedad desde la vejiga hasta la bolsa de drenaje, se debe colocar la bolsa a la estructura de la cama con el gancho.</p> <p>La evacuación completa de la vejiga produce mayor bienestar, se debe medir la cantidad de orina que hay en la bolsa de drenaje con el fin de saber si la eliminación de líquidos es considerablemente menor que la ingesta, es posible que la vejiga retenga orina.</p> <p>Se debe anotar la hora y el volumen de cada micción, durante uno o dos días después de la operación.</p> <p>La orina que se obtuvo es de color amarillo, sin presencia de olor, cantidades drenadas: 1 hora: 300 cc 12 horas: 360 cc 24 horas: 720 cc</p>
EVALUACION	La cliente no presenta ninguna infección durante el tiempo que tubo la sonda conectada, pudo miccionar al retiro de esta sin ningún problema.

PLAN DE INTERVENCIONES

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos, manifestado por conducta expresiva (agitación, gemidos, llanto, vigilancia, irritabilidad, suspiros)

RESULTADO ESPERADO: Control del dolor.

INTERVENCIONES	DE	FUNDAMENTACIÓN
----------------	----	----------------

<p>ENFERMERÍA</p> <p>INTERDEPENDIENTE</p> <p>- MANEJO DE LA MEDICACIÓN</p> <p>a) ORUDIS</p> <p>b) KETOROLACO</p>	<p>ORUDIS I.V.</p> <p>Solución inyectable</p> <p>(Ketoprofeno)</p> <p>FORMULA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:</p> <p>Cada frasco ampula con liofilizado contiene:</p> <p>Ketoprofeno..... 100 mg</p> <p>Excipiente, c.s.</p> <p>INDICACIONES TERAPÉUTICAS:</p> <p>Analgésico, antiinflamatorio. Tratamiento del dolor postoperatorio, dolor agudo.</p> <p>FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA:</p> <p>El ketoprofeno es un antiinflamatorio no esteroideo, derivado del ácido arilcarboxílico, perteneciente al grupo de los propiónicos.</p> <p>El principal mecanismo de acción del ketoprofeno es la inhibición de la ciclooxigenasa (COX), lo cual conduce a un bloqueo de la biosíntesis de las prostaglandinas (PG), a partir del ácido araquidónico. Este mecanismo explica las propiedades del ketoprofeno, actividad analgésica, antiinflamatoria y antipirética. Otras acciones contribuyen a reforzar estos efectos, como el antagonismo de la bradicinina, de la agregación</p>
--	--

	<p>plaquetaria, así como la estabilización de las membranas lisosomales.</p> <p>A nivel periférico, el ketoprofeno, actúa sobre el dolor mediante un potente efecto antiinflamatorio relacionado con la inhibición de la ciclooxigenasa y, por lo tanto, la biosíntesis de las prostaglandinas. Estas, en particular las PGE, no generan dolor por sí mismas, pero sensibilizan los nociceptores de las terminaciones nerviosas a la acción de las sustancias alógenas, como la bradicinina, que se vuelve susceptibles de desencadenar sensaciones dolorosas a partir de estímulos dolorosos o no.</p> <p>A nivel central del ketoprofeno, actúa sobre el dolor por que atraviesa rápidamente la barrera hematoencefálica, gracias a su liposolubilidad, además de que sugiere un efecto central directamente a nivel espinal, o bien, a nivel suprasegmentario.</p> <p>CONTRAINDICACIONES:</p> <p>Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, úlceras gástricas duodenal activa; insuficiencia hepatocelular severa; insuficiencia renal severa, embarazo y lactancia; niños menores de 12 años, Citopenias, Hipertensión arterial severa.</p> <p>PRECAUCIONES GENERALES:</p> <p>El ketoprofeno debe ser administrado con prudencia y con cuidados particulares en pacientes con</p>
--	---

b) DOLAC (KETOROLACO)	<p>antecedentes digestivos (úlceras gastroduodenal).</p> <p>ADVERTENCIAS:</p> <p>De acuerdo a la gravedad de las manifestaciones gastrointestinales, especialmente en enfermos sometidos a tratamiento con anticoagulantes, es conveniente cuidar la aparición de sintomatología digestiva.</p> <p>En caso de hemorragia gastrointestinal, interrumpir el tratamiento.</p> <p>REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:</p> <p>El ketoprofeno es bien tolerado, sin embargo, en casos aislados pueden presentarse gastralgias de tipo ardoroso, náuseas y vómito.</p> <p>DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN:</p> <p>Vía intravenosa (infusión): disolver el contenido de un frasco de 100 mg en un volumen de 100 a 150 ml de solución glucosada o cloruro de sodio isotónica.</p> <p>La administración es por infusión intravenosa lenta, en una posología de 100 a 300 mg por día (cada 24, 12 u 8 horas).</p> <p>MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:</p> <p>Por esta vía de administración no se ha reportado</p>
-----------------------	--

sobredosificación hasta la fecha.

PRESENTACIÓN:

Caja con 3 frascos ampula con 100 mg

KETOROLACO TROMETAMINA

Tabletas y solución inyectable

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULA:

Cada TABLETA contiene:

Ketorolaco trometamina

Excipiente, c.b.p. 1 tableta

Cada ml de SOLUCIÓN INYECTABLE

Ketorolaco trometamina

Vehículo, c.b.p. 1 ml

INDICACIONES TERAPÉUTICAS:

Analgésico, tabletas y solución inyectable tratamiento a corto plazo, cuando se administra por vía intramuscular no administrar por más de 4 días.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA:

Farmacodinamia: El ketorolaco agente antiinflamatorio no esteroideo es analgésica, antiinflamatoria.

Farmacocinética: (absorción – inyección intramuscular) tras su administración la concentración máxima se alcanza a los 50 minutos una dosis única de 30 mg.

CONTRAINDICACIONES:

Al igual que otros AINEs, DOLAC está contraindicado en los pacientes con úlceras gastroduodenal activa, hemorragia digestiva reciente, perforación gastrointestinal reciente o antecedentes de úlcera gastroduodenal o hemorragia digestiva.

Esta contraindicado en los pacientes con insuficiencia renal moderada o grave y en los pacientes con riesgo de insuficiencia renal por hipovolemia o deshidratación.

Contraindicado durante el parto, en pacientes con antecedentes de alergias.

DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

Duración del tratamiento: En los adultos, el tratamiento con inyecciones en bolos I.V. o I.M. de DOLAC, no deben superar en total los 4 días, pues los efectos secundarios aumentan con su uso prolongado. En los niños, el tratamiento con inyecciones en bolo I.V. o I.M. de DOLAC, no debe superar en total los 2 días.

En cuanto a las tabletas DOLAC, se recomienda su uso en los adultos sólo como tratamiento a corto plazo (hasta 7 días).

Pacientes menores de 65 años: La dosis diaria máxima no debe superar los 120 mg.

Administración I.M.: La dosis recomendada es de 30 mg cada 4 – 6 horas, sin sobrepasar la dosis diaria máxima

❖ MANEJO DEL DOLOR

de 120 mg.

Administración I.V.

Inyección rápida: 30 mg cada 6 horas, sin sobrepasar la dosis diaria máxima de 120 mg.

Infusión continua: Dosis inicial de 30 mg, seguida de una infusión 5 mg/h durante 24 horas, sin sobrepasar la dosis diaria máxima de 120 mg y de 4 días de duración.

PRESENTACIÓN:

Tabletas: Caja con 10 tabletas de 10 mg en envase de burbuja.

Solución inyectable: Caja con 3 ampolletas.

El dolor suele ser una señal de advertencia de lesión o posible daño a los tejidos del cuerpo. Sensación desagradable de carácter nocivo de las terminaciones nerviosas sensoriales. Puede ser leve o grave, crónico, agudo, punzante, sordo o vivo, localizado o difuso.

Se pide al enfermo que describa la causa del dolor, si la conoce, así como su intensidad, localización y duración.

Las respuestas al dolor varían ampliamente de una persona a otra, y depende de un gran número de factores físicos y psicológicos diferentes, como enfermedades y lesiones específicas, estado de salud, umbral del dolor, miedo y ansiedad, y el fondo cultural de la persona afectada.

Cuando el esfuerzo despierta dolor, quizá sea necesario suprimir actividades para evitar mayor lesión a las células.

Desde tiempos inmemoriales el ser humano ha buscado recursos para aliviar el dolor como son:

- Fármacos
- La acupuntura, que se ha utilizado durante siglos en las culturas asiáticas para aliviar el dolor.
- Hay 3 tipos de intervenciones de enfermería particularmente útiles para ayudar a las personas con dolor: distracción, técnicas de relajación y estimulación cutánea.

DISTRACCIÓN: Es un medio útil de ayudar a aliviar el dolor agudo y el que persiste por tiempo prolongado. Disminuye la atención del individuo a los estímulos dolorosos. Las personas cuya atención deriva hacia otro punto tienen diversas impresiones sensoriales que compiten por su atención y disminuyen su percepción de las sensaciones de dolor/McCaffery, asesor para la asistencia de personas con dolor, lo llama “escudo sensorial”.

Entre las técnicas específicas útiles para aliviar el dolor agudo destacan:

1. Pedir al paciente que platique una experiencia emocionante que haya tenido últimamente. La clave es que la actividad sea de gran interés para la

persona y que tome parte activa.

2. Enseñar a la persona las técnicas para escuchar activamente. Un método consiste en marcar con golpes el ritmo de una música rápida muy intensa. En este caso es útil cerrar los ojos y concentrarse en ella.
3. Hacer que la persona participe en ejercicios de canto rítmico. Otra distracción que puede añadirse a esta técnica es marcar con el pie o con un dedo para darle mayor realce.
4. Enseñar al paciente ejercicios de respiración rítmicos y lentos.

La distracción también suele ser útil en personas con dolor constante. Si no tienen actividades que las diviertan, suelen preocuparse más de sí mismas.

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN: Es difícil precisar el grado en que la ansiedad y el temor contribuyen al dolor. Ambos intensifican la reacción de una persona al mismo; si es posible reducirlos con éxito, se alivia gran parte de la incomodidad del individuo. Las técnicas de relajación pueden ser meditación, yoga, ejercicios de respiración rítmica y técnicas de biorretroalimentación, la música.

RESPIRACIÓN ALTERNANDO LAS FOSAS NASALES:

Beneficios: Tiene efectos calmantes maravillosos en el sistema nervioso, ayuda a vencer el insomnio, relaja y

	<p>refresca el cuerpo, purifica el torrente sanguíneo y ventila los pulmones, calma cefalgias, mejora la digestión y el apetito, ayuda a liberar la mente de la ansiedad y la depresión.</p> <p>ESTIMULACIÓN CUTÁNEA: La estimulación de piel y tejidos subcutáneos por diversos medios, como frotación, aplicación de calor y frío, pomadas, también se han utilizado por mucho tiempo para aliviar el dolor.</p> <p>Los baños terapéuticos también alivian el dolor. En ocasiones son una forma de aplicar calor y frío al cuerpo. A veces sirve de vehículo a otros agentes.</p> <p>El masaje se ha utilizado por muchos años para tratar el dolor de origen muscular. Su efecto es similar al del calor, porque aumenta la circulación en una región, acelerando la eliminación de los productos de desecho del metabolismo celular.</p> <p>MÚSICA: Se ha utilizado desde tiempo inmemorial para calmar y relajar. La música debe ser siempre seleccionada por el paciente, ya que melodías que pueden ser relajantes para unos pueden ser estresantes para otros.</p>
EVALUACION	<p>Se logro eliminar el dolor a un 90%,la cliente describió la causa del dolor, intensidad, localización y duración, fue necesario la administración de medicamentos y</p>

	técnicas para ayudar a aliviar el dolor.
--	--

CONCLUSIÓN

Se llego a la conclusión que los cuidados inmediatos y mediatos que se le proporcionaron a la cliente durante sus días de estancia fueron muy indispensables para lograr una pronta recuperación física y emocional.

El plan de intervenciones de enfermería es una herramienta muy importante para las enfermeras ya que podemos clasificar las intervenciones independientes e interdependientes que se le proporcionaran a la cliente con el fin de satisfacer sus necesidades y lograr su recuperación.

Es de suma importancia educar a la población femenina para que asista con el ginecólogo cuando empiecen su vida sexual activa con el fin de que se practiquen un chequeo y una valoración para saber que se encuentran en buen estado de salud, ya que muchas por pena no se realizan una exploración, por lo que hay que fomentar la salud.

GLOSARIO

ADENOHIPÓFISIS: Lóbulo anterior de la hipófisis. Segrega un gran número de hormonas del crecimiento (STH), tirotrópina (TSH), adrenocorticotropa (ACTH), estimulante de la melanina (MSH), estimulante del folículo (FSH).

ADIPOSO: El tejido adiposo está compuesto por células grasas (adipocitos) que se disponen formando lóbulos.

APÓSITO: Tejido limpio o estéril que se aplica directamente a una herida o lesión para absorber secreciones, proteger mecánicamente la zona, detener una hemorragia o administrar una medicación.

BRONQUITIS: Inflamación aguda o crónica de las membranas mucosas del árbol traqueobronquial.

COITO: Unión sexual de dos personas del sexo opuesto, en la que el pene es introducido en la vagina para la copulación, produciéndose una excitación mutua y terminando con frecuencia en el orgasmo.

CONDUCTO GALACTÓFORO: Cualquiera de los conductos por los que fluye la leche en los lóbulos de la mama.

DEHISCENCIA: Separación de una incisión quirúrgica o ruptura del cierre de una herida.

EDEMA: Acúmulo anormal de líquido en los espacios intersticiales, saco pericárdico, espacio intrapleural, cavidad peritoneal o cápsulas articulares.

EMBRIÓN: Cualquier organismo en los primeros estadios de desarrollo prenatal, entre el momento de la implantación del óvulo fertilizado, hasta el final de la semana séptima u octava.

ENDODERMO: En Embriología, la más interna de las capas celulares que se desarrollan a partir del disco embrionario de la masa celular interna del blastocisto. A partir de él se originan el epitelio de la tráquea, los bronquios, los pulmones, el conducto gastrointestinal, el hígado, el páncreas, la vejiga urinaria, el uraco, la faringe, el tiroides, la cavidad timpánica, las amígdalas y las glándulas paratiroides.

ESTRÓGENO: Sustancia perteneciente a un grupo de compuestos esteroides hormonales que favorecen el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios femeninos.

EXACERBACIÓN: Aumento de la gravedad de una enfermedad o trastorno que viene marcado por la mayor intensidad de los signos o síntomas que presenta el paciente.

EXANTEMA: Erupción cutánea como la que se produce en cualquiera de las enfermedades infecciosas propias de la infancia, como la varicela, el sarampión o la rubéola.

FERTILIZACIÓN: Unión de los gametos masculino y femenino para formar un cigoto, a partir del cual se desarrolla el embrión.

FETO: Ser humano en el útero después del periodo embrionario y cuando ya se ha iniciado el desarrollo de las principales características estructurales, habitualmente desde la octava semana después de la fertilización hasta el parto.

FOLÍCULO de DE GRAAF: Cada una de las vesículas ováricas en las cuales está contenido el óvulo y un líquido en el que se encuentra la pliculina.

GESTACIÓN: Duración del embarazo aproximadamente 280 días desde el comienzo de la última regla.

GLÁNDULA APOCRINA: Cualquiera de las grandes glándulas exocrinas situadas profundamente en las regiones axilares, anal, genital y mamaria. Secretan un sudor de olor fuerte característico que tiene, entre otros una función de atracción sexual.

HILIO: Depresión o excavación de un órgano por la que penetran los vasos y los nervios.

HISTEROSALPINGOGRAFÍA: Radiografía del útero y de las trompas de Falopio que se realiza introduciendo un gas o un material radioopaco a través del cérvix y permite la visualización de la cavidad uterina y la permeabilidad de las trompas.

HORMONA: Sustancia química compleja producida en determinadas células u órganos del cuerpo que desencadenan o regula la actividad de otro órgano o grupo de células.

IMPÉTIGO: Infección estreptocócica o estafilocócica de la piel que comienza por un eritema focal y progresa hasta producir vesículas pruriginosas, erosiones y costras melicéricas.

LAPAROSCOPIA: Examen visual de la cavidad abdominal mediante un laparoscopio introducido por una pequeña incisión en la pared abdominal. También se utiliza para explorar los ovarios y los trompas de Falopio.

LEIOMIOFIBROMA: Tumor formado por músculo liso y tejido conjuntivo que aparece en el útero de mujeres de mediana edad.

LESIÓN: Cualquier alteración local visible de los tejidos corporales, como una herida, úlcera, forúnculo o erupción.

LÓBULO: Proyección rodeada de cualquier estructura. Porción de cualquier órgano demarcado por surcos, fisuras o tejido conjuntivo, como los lóbulos cerebrales, hepáticos y pulmonares.

MENOPAUSIA: En sentido estricto el término no se refiere a la interrupción de las menstruaciones, pero por lo general se utiliza para definir el periodo de climaterio femenino.

MIOMA: Tumor benigno y frecuente del músculo uterino. Suele presentarse en mujeres de 30 años, especialmente en las de raza negra que no han tenido embarazos.

NEUMONÍA: Inflamación aguda de los pulmones, en general causada por la inhalación de neumococos de la especie *Diplococcus pneumoniae*, que hace que los alvéolos y bronquiolos pulmonares se taponen con exudados fibrosos.

NÓDULO: Pequeña masa redondeada.

OOCITO: Óvulo primordial o no desarrollado completamente.

OXITOCINA: Cualquiera de los numerosos medicamentos que estimulan la contracción del músculo liso del útero.

PATÓGENO: Cualquier microorganismo capaz de producir una enfermedad.

PÓLIPO: Pequeño crecimiento de aspecto tumoral que sobresale de una mucosa superficial.

PROGESTERONA: Hormona progestacional natural. La progesterona es una hormona destinada a favorecer el desarrollo del embarazo.

SINUSITIS: Inflamación de uno o más de los senos paranasales.

ULTRASONIDO: Ondas sonoras de frecuencia muy elevada, por encima de 20.000 vibraciones /segundo. Tiene numerosas aplicaciones, la obtención de imágenes de los órganos internos del organismo.

ULTRASONOGRAFIA: Sistema de representación de las estructuras internas del organismo mediante la reflexión de ondas de alta frecuencia.

BIBLIOGRAFIA

1. SMITH S, Doris y Cols; MANUAL DE LA ENFERMERA; 5° edición; Editorial Interamericana McGraw Hill; Tomo I ; 288 pp.
2. SHOLTIS B. Lillian. y Cols; ENFERMERIA MEDICOQUIRURGICA; 2° edición; Editorial Interamericana; 1105 pp.
3. LOUISE. K. Mary; TÉCNICAS DE QUIROFANO; 6° edición; Editorial Interamericana /McGraw Hill; 684 pp.
4. ROSALES B. Susana; FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA; 2° edición; Editorial Manual Moderno; 463 pp.
5. FREGOSO V. María; PSICOLOGIA BÁSICA; 1° edición; Editorial edëre; 251 pp.
6. LYNN Wieck; TÉCNICAS DE ENFERMERÍA; 3° edición; Editorial Interamericana/ McGraw Hill; 560 pp.
7. CASANUEVA Esther; NUTRIOLOGÍA MÉDICA; 2° edición; Editorial Panamericana; 719 pp.
8. ANDERSON Linnea; NUTRICIÓN Y DIETA; 3° edición; Editorial Interamericana; Tomo II 498 pp.
9. ATLAS DE ANATOMIA Y FUNCIONES DEL CUERPO HUMANO; 1° edición; Editorial Montevideo arquetipo.
10. TORTORA J. Gerard; PRINCIPIOS DE ANATOMIA Y FISIOLOGIA; 9° edición; Editorial Oxford University Press.
11. KOZIER Barbara; FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA CONCEPTOS, PROCESOS Y PRÁCTICA; 5° edición; Editorial Interamericana/ McGraw Hill; Volumen I 847 pp.
12. WITTER D. Beverly; TRATADO DE ENFERMERÍA PRÁCTICA; 4° edición; Editorial McGraw Hill; 725 pp.

13. AGUILAR C. Ramón; MANUAL DE ENFERMERÍA MEDICA; 2º edición; Editorial La Prensa Medica Mexicana; 338 pp.
14. JOHNSON, Marion y cols; DIAGNOSTICOS ENFERMEROS, RESULTADOS E INTERVENCIONES; Editorial Harcourt, España 2002.
15. NANDA, I DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACION 2006; Editorial Elsevier, España 2006.
16. MOSBY, DICCIONARIO DE MEDICINA; 4º edición; Editorial Océano, 1504 pp.