

INSTITUTO UNIVERSITARIO Y TECNOLÓGICO MODELO

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

con clave 8858-12

**“PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CON
MIOMATOSIS UTERINA BASADO EN LA TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON,
APLICADO EN EL HOSPITAL GENERAL DE TLALNEPANTLA VALLE
CEYLAN”**

T E S I S

Que para obtener el Título de

LICENCIADAS EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N

**ALMA JAZMIN GONZALEZ CASTRO.
WENDOLYN SALINAS MONTIEL.**

ASESOR DE TESIS: LIC. ALICIA GUTIERREZ MONTIEL.

Coacalco, Estado de México a 24 de octubre de 2008.



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.

INDICE.

- I. **Introducción.**
- II. **Agradecimientos.**
- III. **Metodología de Investigación.**

Sección I. Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino.	1
1.1 Genitales externos.	2
1.1.1 Vulva.	2
1.1.2 Labios mayores.	2
1.1.3 Labios menores.	2
1.1.4 Monte de Venus.	
1.1.5 Clítoris.	3
1.1.6 Vestíbulo.	4
1.1.7 Bulbos vestibulares.	4
1.1.8 Glándulas de Bartholin.	4
1.1.9 Himen.	4
1.2 Genitales internos.	5
1.2.1 Vagina	5
1.2.1.1 Riego sanguíneo.	6
1.2.1.2 Inervación.	6
1.2.2 Útero.	7
1.2.2.1 Cuello uterino.	7
1.2.2.2 Cuerpo uterino.	8
1.2.2.3 Riego sanguíneo.	9
1.2.2.4 Inervación.	9
1.2.2.5 Ligamentos.	9
1.2.3 Trompas de Falopio.	10
1.2.3.1 Riego sanguíneo.	11
1.2.3.2 Inervación.	11
1.2.3.3 Ligamentos.	11
1.2.4 Ovarios.	12
1.2.4.1 Riego sanguíneo.	12
1.2.4.2 Inervación.	12
1.2.4.3 Ligamentos.	12

1.3	Drenaje linfático del aparato genital.	13
1.3.1	Vulva y perineo.	13
1.3.2	Vagina.	13
1.3.3	Cuello del útero.	13
1.3.4	Cuerpo uterino.	13
1.3.5	Ovario y trompas de Falopio.	13
1.4	Hormonas sexuales.	14
1.4.1	Hormona liberadora de gonadotropina.	14
1.4.1.1	Gonadotropina coriónica.	14
1.4.1.2	Prolactina.	14
1.4.1.3	Oxitocina.	15
1.4.1.4	Estrógenos.	15
1.4.1.4.1	Actividades fisiológicas.	15
1.4.1.4.2	Características sexuales secundarias.	15
1.4.1.4.3	Actividad del útero, las trompas de Falopio y la vagina.	15
1.4.1.4.4	Inhibición de la actividad hipofisiaria.	15
1.4.1.4.5	Actividades durante el embarazo.	16
1.4.1.5	Progesterona.	16
1.4.1.5.1	Actividades fisiológicas.	16
1.4.1.5.2	Actividades en el endometrio.	16
1.4.1.5.3	Actividades durante el embarazo.	16
1.4.1.6	Prostaglandinas.	17
1.4.1.7	Andrógenos.	17
1.5	Control de la producción hormonal del ovario.	18
1.5.1	Hormonas gonadotropicas.	18
1.5.2	Estrógeno.	19
1.5.3	Progesterona.	19
1.5.4	Gonadotropina coriónica.	19
1.6	Ciclo endometrial.	20
1.6.1	Fase folicular.	20
1.6.2	Fase lútea.	21
1.7	Menstruación.	22
1.7.1	Ciclos anovulatorios.	23
1.7.2	Características clínicas de la menstruación.	23

Sección II. Fisiopatología de Miomatosis Uterina.	24
2.1 Miomatosis uterina.	25
2.1.1 Definición.	25
2.1.2 Patógenia.	26
2.1.2.1 Factores hormonales.	26
2.1.2.2 Factores de crecimiento y citocinas.	26
2.1.3 Anatomía patológica.	27
2.1.4 Sintomatología.	28
2.1.5 Problemas reproductivos.	29
2.1.6 Diagnostico.	29
2.1.7 Tratamiento.	30
2.1.8 Elección del tratamiento de los leiomiomas.	31
2.1.8.1 Manejo medico de los leiomiomas uterinos.	31
2.1.8.2 Tratamiento hormonal de leiomiomas uterinos.	31
2.2 Miomectomía.	32
2.2.1 Miomectomia vaginal.	33
2.2.2 Miomectomia laparoscópica.	34
2.3. Histerectomía.	35
2.3.1 Histerectomía supracervical.	35
2.3.2 Histerectomía asistida por laparoscopia.	37
2.3.2.1 Técnica quirúrgica.	37
2.3.3 Histerectomía abdominal.	39
2.3.3.1 Técnica quirúrgica.	39
Sección III. Modelo de Virginia Henderson.	42
3.1 Virginia Henderson.	43
3.1.1 Las catorce necesidades de Virginia Henderson.	44
3.1.2 Metaparadigma de enfermería.	45
3.1.2.1 Persona.	45
3.1.2.2 Entorno.	45
3.1.2.3 Salud.	45

Sección IV. Elementos del Proceso de Atención de Enfermería.	46
4.1 Proceso de atención de enfermería.	47
4.1.1 Definición.	47
4.1.2 Objetivos.	47
4.1.2.1 Ventajas.	48
4.1.3 Etapa de valoración.	49
4.1.3.1 Métodos para obtener datos.	50
4.1.4 Etapa de diagnóstico.	52
4.1.4.1 Tipos de diagnóstico.	53
4.1.5 Etapa de planeación de los cuidados de enfermería.	54
4.1.6 Etapa de ejecución.	55
4.1.7 Etapa de evaluación.	55
Sección V. Proceso de Atención de Enfermería.	57
5.1 Historia clínica.	58
5.1.1 Nota de ingreso.	59
5.1.2 Nota quirúrgica.	59
5.1.3 Nota de evolución.	59
5.1.4 Plan de alta.	60
5.2 Diagnósticos de enfermería basados en las 14 necesidades de Virginia Henderson.	62
5.2.1 Respirar.	62
5.2.2 Alimentación.	64
5.2.3 Eliminación de desechos.	65
5.2.4 Movimiento y mantenimiento de la postura.	67
5.2.5 Dormir, Descansar y Selección de vestimenta.	69
5.2.6 Temperatura.	71
5.2.7 Higiene.	73
5.2.8 Evitar peligros. (Infección de herida quirúrgica).	74
5.2.8.1 Evitar peligros. (Caída).	75
5.2.9 Autosatisfacción y Expresar emociones.	77
5.2.10 Autosatisfacción y Recreación.	79
5.2.11 Aprendizaje.	80
Conclusiones.	82
Glosario.	83
Bibliografía.	87

I. INTRODUCCION.

Los miomas (fibromas, fibromiomas o leiomiomas) son los tumores benignos más frecuentes del aparato genital femenino, apareciendo en un 20 a un 50% de las mujeres en edad reproductiva. Su más alta incidencia ocurre entre los 30 a 40 años, y es de 3 a 9 veces más frecuente en la raza negra que en la blanca.

Los miomas son secundarios al crecimiento anormal de un grupo de células de la pared uterina. La localización es variada y pueden estar en la superficie del útero, en el grosor de su pared o en el interior del útero; aunque existen combinaciones. Los tamaños pueden ser muy variados y son desde muy pequeños hasta tamaños que abarcan toda la pelvis y parte baja del abdomen.

La mayoría de los miomas no producen síntomas y no necesitan ser tratados, como de hecho ocurre en más del 50% de las mujeres que los tienen. Las mujeres que presentan síntomas se quejan de reglas muy abundantes y/o sangrado entre reglas, fundamentalmente. A veces también refieren dolor en el bajo vientre u otros síntomas más inespecíficos, como aumento del perímetro abdominal, aumento de la frecuencia urinaria, dolor ciático, entre otros.

No se conocen exactamente las causas de la aparición de miomas aunque parece ser que existe una predisposición genética (cromosomas anormales) y una influencia hormonal. Los miomas crecen durante el embarazo cuando hay un nivel elevado de hormonas y regresan en la menopausia cuando los niveles hormonales son más bajos.

El diagnóstico se realiza por medio de la historia clínica y se puede corroborar con estudios como el ultrasonido, histerosalpingografía, laparoscopia e histeroscopia.

El tratamiento dependerá de la sintomatología que la paciente presente, del tamaño, localización y número de miomas que tenga y, de cada caso en particular. De acuerdo a lo anterior, se decidirá el manejo siguiente: Miomectomía, Histerectomía y Tratamiento Hormonal.

Hay que mencionar que el “quitar la matriz” no significa ningún cambio en la vida sexual, ya que la vagina no se modifica y tampoco aparecen cambios hormonales, debido a que los ovarios habitualmente no se alteran ni modifican su función por la operación. Existen mitos que vale la pena comentarlo en la consulta.

A MIS PADRES.

A quienes me han heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo: Amor.

A quienes sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme.

A quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en persona de provecho.

A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos ni aun con las riquezas mas grandes del mundo.

Por esto y más...

Gracias.

ALMA JAZMIN GONZALEZ CASTRO.

A MI PROFESORA.

**En testimonio de gratitud ilimitada por su apoyo,
aliento y estímulo, mismos que posibilitaron la
conquista de esta meta: Mi formación
profesional.**

ALMA JAZMIN GONZALEZ CASTRO.

A MIS PADRES.

**Hoy termina lo que un día comenzamos juntos,
un camino lleno de esfuerzos, de sacrificios, de
alegrías, de apoyo y confianza.**

**Un camino, que nos llevo muy lejos y del que hoy
encontramos la meta.**

**Gracias por su confianza, amor y comprensión
que depositaron en mi durante todo este tiempo,
por todo esto y mas...**

Gracias.

WENDOLYN SALINAS MONTIEL.

A MI ESPOSO.

Con tu amor, compañía y palabras me apoyaste desde el momento que estuviste a mi lado, sirviéndome de aliciente para seguir luchando. Nunca imagine tener a mi lado a una persona como tu, llena de buenos sentimientos. En estos momentos te puedo decir que eres la persona que mas amo y admiro. Contigo por siempre y para siempre.

WENDOLYN SALINAS MONTIEL.

A MI PROFESORA.

Porque gracias a su apoyo y consejo durante mis estudios, he llegado a realizar la más grande de mis metas: Mi formación profesional.

WENDOLYN SALINAS MONTIEL.



METODOLOGÍA DE INVESTIGACION.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Las acciones de enfermería son indispensables en el tratamiento y recuperación de las pacientes con miomatosis uterina?

JUSTIFICACION:

Hoy en día la miomatosis uterina es la principal causa de morbilidad y mortalidad en mujeres entre 30 a 40 años de edad.

La mujer con miomatosis uterina puede presentar alteraciones biopsicosociales, por lo que repercute en su vida personal y de pareja.

Es fundamental elaborar un proceso de atención de enfermería basado en la Teoría de Virginia Henderson, que se pueda aplicar en las pacientes que cursan con miomatosis uterina, debido a que este modelo cubre las necesidades básicas de un individuo.

Con la finalidad de lograr una pronta recuperación en toda su esfera biológica, es importante que el Proceso de Atención de Enfermería otorgue cuidados específicos para disminuir algunas de las alteraciones que el organismo presenta a causa de la miomatosis uterina, así como satisfacer sus 14 necesidades que nos marca la Teoría de Virginia Henderson.

OBJETIVO GENERAL:

Brindar acciones integrales a través del proceso de atención de enfermería en las pacientes que cursan con miomatosis uterina cubriendo las necesidades basadas en la Teoría de Virginia Henderson.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Contribuir en el tratamiento y recuperación de las pacientes con miomatosis uterina por medio de un proceso de atención de enfermería
- Aplicar el modelo de Atención de Virginia Henderson en las pacientes con miomatosis uterina
- Establecer los cuidados de enfermería adecuados con la finalidad de disminuir las alteraciones por miomatosis uterina
- Conocer signos y síntomas de la miomatosis uterina
- Conocer algunas de las complicaciones a causa de la miomatosis uterina
- Conocer e implementar las 14 necesidades de Virginia Henderson con el fin de cubrir los requerimientos de las pacientes con miomatosis uterina.
- Impartir pláticas de miomatosis uterina a pacientes con riesgo de padecerla y en aquellas que ya la presentan
- Realizar un proceso de atención de enfermería basado en las pacientes con miomatosis uterina.

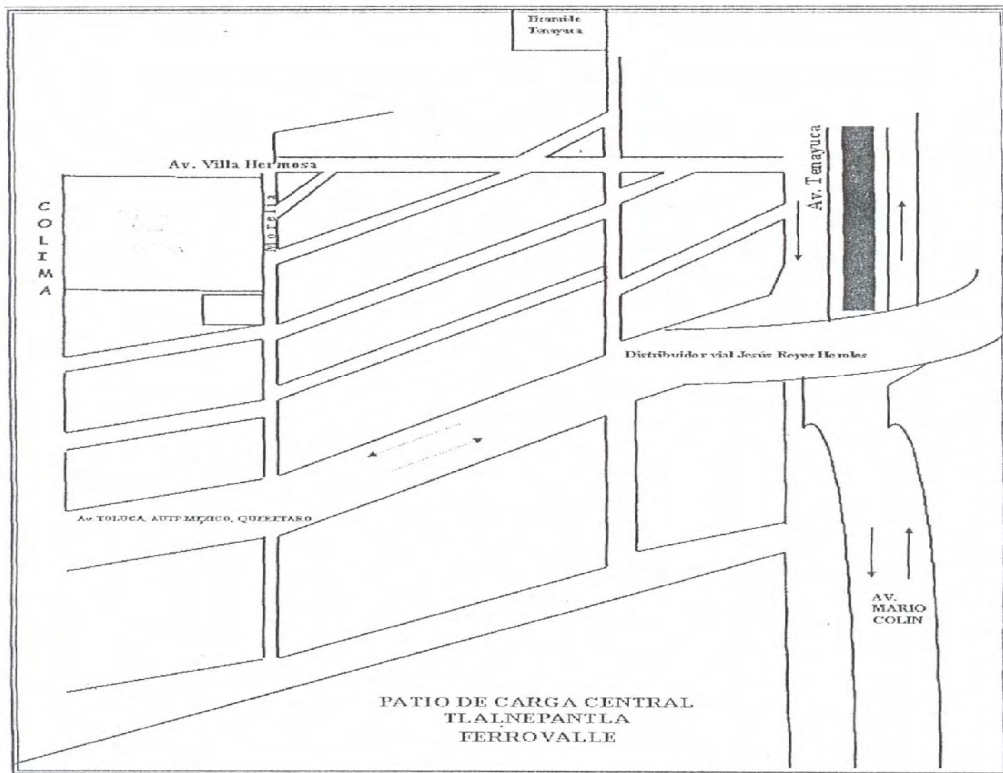
HIPOTESIS:

Si. Las acciones integrales de enfermería basadas en la Teoría de Virginia Henderson y la interacción con el tratamiento médico, permiten que la paciente con miomatosis uterina tenga una pronta recuperación, además de prevenir las complicaciones que se presenten, disminuyendo el índice de morbilidad y mortalidad.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Lugar:- Hospital General de Tlalnepantla, "Valle Ceylan".
Hospital de 2° nivel.

Área Geográfica:- Estado de México.



Domicilio:- El Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylan", esta ubicado entre las calles de Colima, Villa Hermosa y Morelia en la colonia "Valle Ceylan", Tlalnepantla Estado de México.

Tiempo:- 1 de agosto de 2006 al 31 de julio de 2007.

Diseño.

Tipo de estudio:

- Cuasiexperimental.
- Retrospectivo.
- Transversal.
- Descriptivo.

Estudio de Casos y Control:

- Prevalencia e incidencia.
- Aplicación y evaluación de maniobras.
- Abierto.
- Grupo de estudio.

Características de los casos:

- Sexo femenino.
- Nivel socioeconómico medio.
- Escolaridad máxima preparatoria.
- Padecer miomatosis uterina.

Criterios de Inclusión:

- Edad 30 y 40 años.
- Multiparidad.
- Primigestas.
- Mujeres.
- Padecimiento de miomatosis uterina.
- Derechohabientes del HGT.

Criterios de Exclusión:

- Menores o mayores del rango.
- No presentar el padecimiento.
- Que sean nulíparas.
- Que no sean derechohabientes.

Criterios de Eliminación:

- Que no tengan referencia del primer nivel.
- Que no presenten valoración de la clínica de neoplasias.

Tamaño de la Muestra:

- Representativo.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Numero de paridad.
- Estado civil.
- Recursos materiales.
- Recursos institucionales.
- Recursos del investigador.
- Estado nutricional.

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Padecer miomatosis uterina.
- Recursos humanos. (enfermería).
- Derechohabientes.
- Aplicación directa del Proceso de Atención de Enfermería.

Descripción del Estudio:

- Cronológico.
- Descriptivo.
- De aplicación directa. (entrevista).
- Evaluación continúa.

Aspectos Éticos:

- Estudio Descriptivo basado en: Normas de Salud, Ley General de Salud, Plan Nacional de salud



SECCIÓN: I

ANATOMÍA

DEL

APARATO REPRODUCTOR

FEMENINO

1.1 GENITALES EXTERNOS

1.1.1 VULVA.

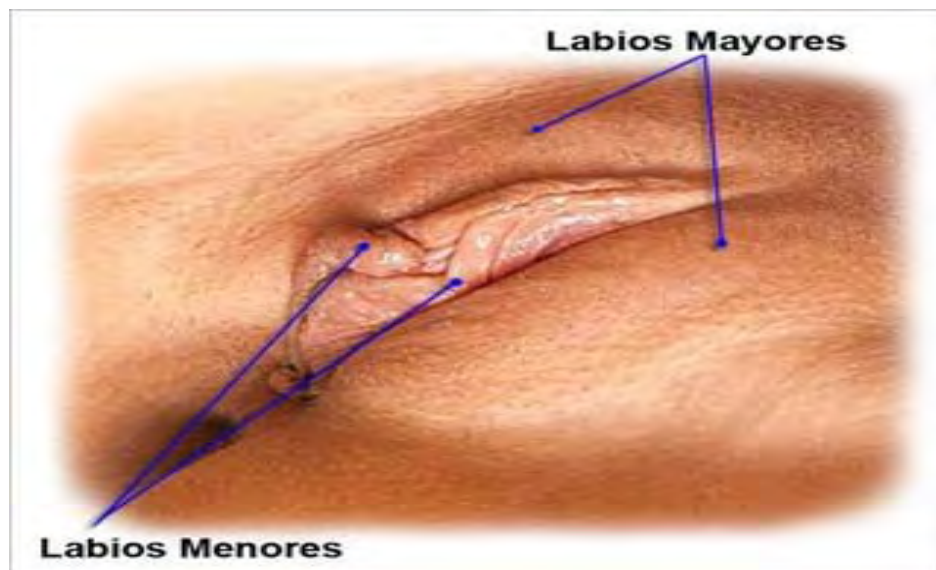
Es el conjunto de los órganos genitales externos de la mujer.

1.1.2 LABIOS MAYORES.

Son dos pliegues de piel grasa subcutánea que se fusionan en sentido posterior en el perineo donde se unen en la horquilla. La piel que los cubre comprende glándulas sebáceas, sudoríparas, y pocas apocrinas especializadas. Las caras laterales de los labios mayores tienen folículos pilosos. En la parte más profunda de cada labio se encuentra un centro de tejido graso, el cual se continúa con el del conducto inguinal y aquí terminan las fibras del ligamento redondo.

1.1.3 LABIOS MENORES.

Son dos pliegues delgados de la piel que yacen entre los labios mayores, en la parte anterior se dividen en dos, y las partes superiores de ambos lados se fusionan por encima del clítoris para formar el prepucio y las partes inferiores se unen para integrar el frenillo. Son muy sensibles y se componen de un poco de tejido eréctil.



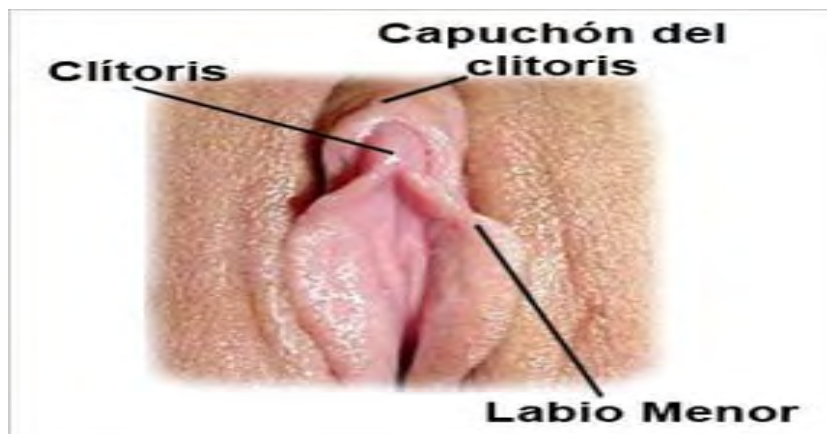
1.1.4 MONTE DE VENUS.

Se compone de tejido grasofibroso que cubre los cuerpos de los huesos púbicos; hacia abajo se divide para continuarse con los labios mayores a cada lado de la vulva. La piel que cubre al monte de venus tiene pelo púbico.



1.1.5 CLITORIS.

Consiste de glande, cuerpo y dos cruras que divergen posteriormente para insertarse en las ramas descendentes de los huesos púbicos. El glande esta cubierto por piel modificada, comprende terminaciones nerviosas. El cuerpo y las cruras se componen de tejido eréctil, estas se encuentran rodeadas por los músculos isquiocavernosos cuya contracción produce la erección del clítoris.



1.1.6 VESTIBULO.

Esta limitado anterolateralmente por los labios menores y en dirección posterior por la horquilla. La uretra, los conductos de las glándulas de Bartholin y la vagina se abren hacia el vestíbulo.

1.1.7 BULBOS VESTIBULARES.

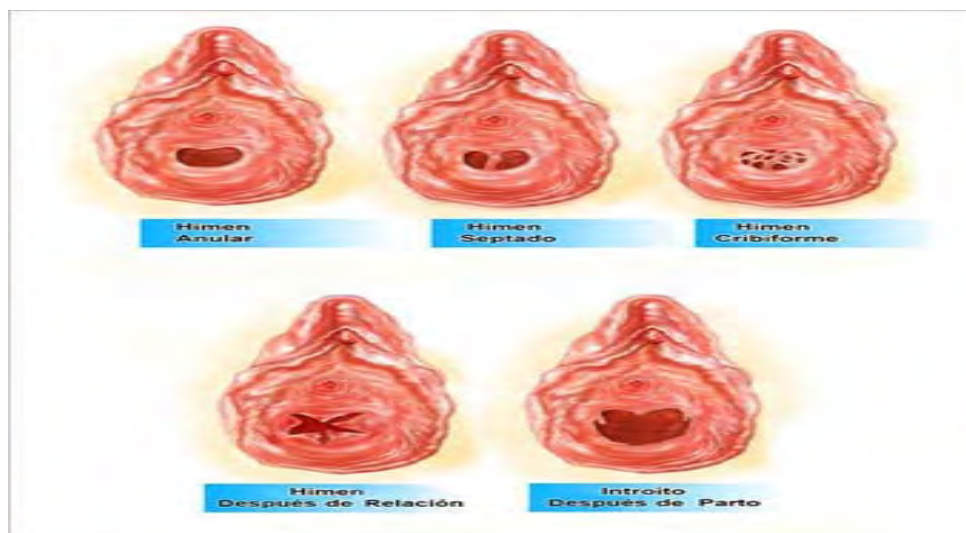
Son dos masas oblongas de tejido eréctil que yacen a ambos lados del introito vaginal y están cubiertos por el músculo bulboesponjoso.

1.1.8 GLANDULAS DE BARTHOLIN.

Son dos racimosas pequeñas situadas a ambos lados del introito vaginal en la profundidad de los extremos posteriores de los labios menores, cada conducto mide alrededor de 0.5cm de longitud y se abre en un surco entre los labios menores y el himen.

1.1.9 HIMEN.

Es una membrana de tejido conjuntivo cubierta por epitelio escamoso estratificado, presenta una perforación central y el orificio varia de tamaño. Este se rompe en forma parcial durante el primer coito y más durante el parto.



1.2 GENITALES INTERNOS.

1.2.1 VAGINA.

Es un conducto muscular revestido por epitelio escamoso estratificado, va del útero a la vulva, su longitud promedio es de 10cm sus paredes anterior y posterior están en contacto y se une al útero. El cuello uterino se proyecta desde el útero hacia la cúpula vaginal la cual presenta cuatro fornices, (anterior, posterior y dos laterales), la pared vaginal posterior es mas larga que la anterior, el fornix posterior es mas profundo que el anterior. Las paredes vaginales son rugosas con pliegues transversales.

En posición erecta, las paredes vaginales anterior y posterior se convierten en las paredes superior e inferior, la vagina se conserva húmeda mediante las secreciones de las glándulas uterinas y cervicales, y por un trasudado acuoso de su epitelio de revestimiento, no se compone de glándulas.

La vagina esta compuesta por 3 capas que son:

Mucosa:- esta constituida por epitelio escamoso estratificado no queratinizado, carente de glándulas, tiene un tipo característico de pliegues transversos que se conocen como arrugas es sensible a las hormonas y reacciona a la estimulación por los estrógenos con proliferación y maduración.

Muscular:- contiene tejido conectado y músculo liso y esta distribuida de manera laxa en capas circular interior y longitudinal exterior.

Adventicia:- esta constituida por la aponeurosis endopelvica adherida a la capa muscular subyacente.

Durante la edad reproductiva, el epitelio vaginal escamoso estratificado es grueso y contiene glucógeno como resultado de la influencia de los estrógenos, sin embargo antes de la pubertad y después de la menopausia esta desprovista de glucógeno.

Lateralmente, los ligamentos cardinales sostienen la vagina son condensaciones del tejido conjuntivo de la pelvis, se denominan ligamentos cervicales o parametrio.

En sentido posterior el cuerpo perineal sostiene la parte inferior de la vagina, el cual esta formado por fibras de decusación de los músculos elevadores del ano y los músculos perineales superficiales.

En su tercio medio, la vagina esta separada del recto por un tabique rectovaginal delgado de fascia, detrás de su tercio superior, yace inmediatamente el saco rectovaginal, y aquí el peritoneo se desvía del recto sobre el fornix vaginal posterior hasta alcanzar el cuello uterino supravaginal y el cuerpo uterino.

1.2.1.1 RIEGO SANGUINEO.

La vagina recibe su riego sanguíneo de la arteria vaginal y de ramas de las arterias uterinas, réctales medias y pudendas internas.

1.2.1.2 INERVACION.

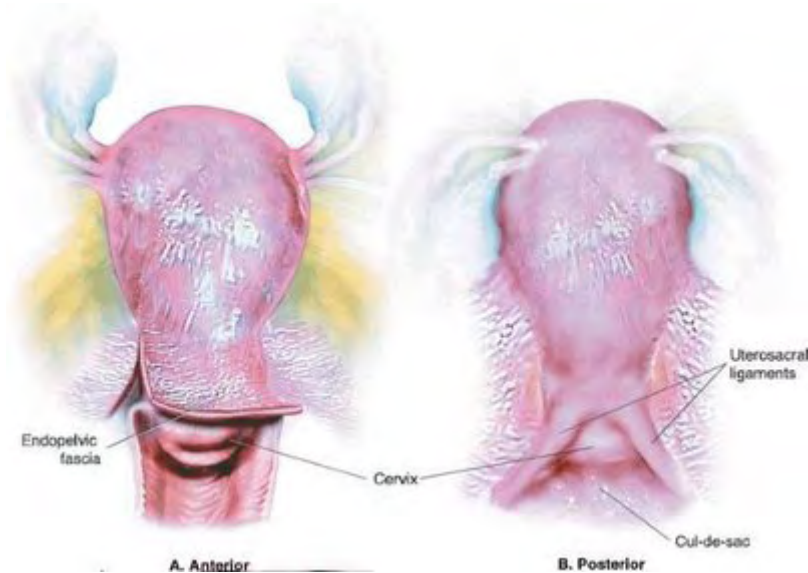
La innervación de la vagina es la siguiente:

La parte alta recibe la innervación del plexo útero vaginal; la parte distal la recibe del nervio pudendo.



1.2.2 UTERO.

Es un órgano hueco de músculo liso, esta revestido por un epitelio glandular, el endometrio y cubierto casi por completo por un peritoneo densamente adherente. En la mujer adulta el útero pesa alrededor de 70g. Mide más o menos 7.5cm de longitud y el grosor de sus paredes es de alrededor de 2cm, tiene forma de pera y consiste en dos partes desiguales: un cuerpo superior de cerca de 5cm de longitud y un cérvix inferior o cuello que mide alrededor de 2.5cm



1.2.2.1 CUELLO UTERINO.

Es de forma cilíndrica y continuo con el cuerpo uterino, presenta dos partes (supravaginal y vaginal). La parte vaginal se proyecta hacia la cúpula de la vagina.

El conducto cervical es fusiforme y presenta constricciones por arriba, a la altura del orificio interno y abajo, por el sitio del orificio externo, donde se abre hacia la vagina.

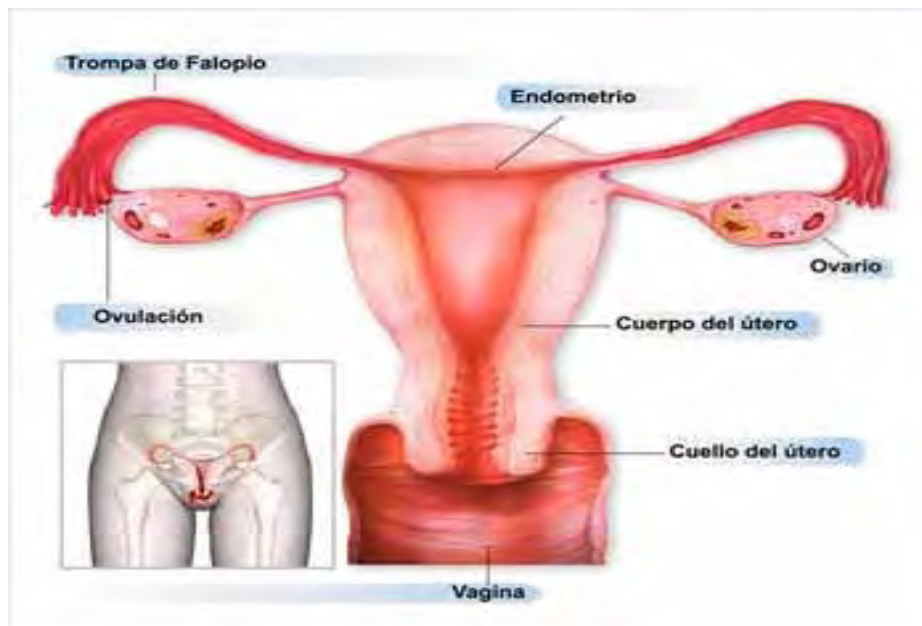
La superficie vaginal del cuello del útero esta cubierta por epitelio escamoso, la pared cervical se forma por tejido fibromuscular y el conducto cervical esta revestido por epitelio cilíndrico alto. Existe un borde vertical en la línea media a partir del cual irradian pliegues transversos en las superficies anterior y posterior del conducto, esta disposición se denomina árbol de la vida.

Las superficies vaginales del cuello uterino y el conducto cervical se vinculan en el orificio externo, pero algunas veces la unión puede avanzar hacia la parte vaginal del cuello uterino y formar un ectropión.

Las hormonas controlan la cantidad y calidad del moco producido por el epitelio endocervical y cambian durante el ciclo menstrual.

El peritoneo recubre casi por completo el cuerpo uterino, excepto un área estrecha a cada lado donde se desliza en sentido lateral para formar el ligamento ancho.

Por la parte posterior, el peritoneo pasa hacia abajo del cuerpo uterino, para cubrir la superficie posterior del cuello uterino supravaginal y el tercio superior de la pared vaginal posterior forma el límite anterior del saco rectovaginal de Douglas.



1.2.2.2 CUERPO UTERINO.

Las paredes anterior y posterior de la cavidad uterina están en contacto. La cavidad es triangular, con base superior y vértice en la unión con el cuello uterino donde se estrecha para formar el orificio interno, en los ángulos superiores se encuentran los orificios de las trompas de falopio. La parte del cuerpo uterino que esta por arriba de los puntos de entrada de las trompas de Falopio se conoce como fondo.

Las fibras musculares lisas de la pared uterina están dispuestas en tres capas, la longitudinal externa y circular interna son delgadas, pero la media es gruesa y aquí se decusan los haces musculares. El útero esta muy vascularizado y casi la mitad de la masa de la capa media esta formada por vasos sanguíneos.

1.2.2.3 RIEGO SANGUINEO:

El útero recibe riego sanguíneo abundante de las arterias uterinas, ramas de las ilíacas internas. La sangre de las arterias ováricas y vaginales llegan al útero por anastomosis con los vasos uterinos, existiendo vasos arteriales tortuosos que entran en las capas de la pared uterina como arteriolas y se ramifican en capilares entre las glándulas endometriales. Las venas uterinas, ováricas y vaginales se devuelven de la sangre venosa desde el útero hacia las venas ilíacas internas.

1.2.2.4 INERVACION:

La inervación del útero proviene del plexo úterovaginal.

1.2.2.5 LIGAMENTOS:

Esta compuesto por ocho ligamentos (tres de ellos pares y dos impares) fijan el útero en la cavidad pélvica: Ligamentos anchos (pares), uterosacros (pares), posterior (único), anterior (único), redondos (pares). Seis de estos llamados ligamentos son en realidad prolongaciones del peritoneo parietal en varias direcciones; los dos restantes son cordones fibromusculares.

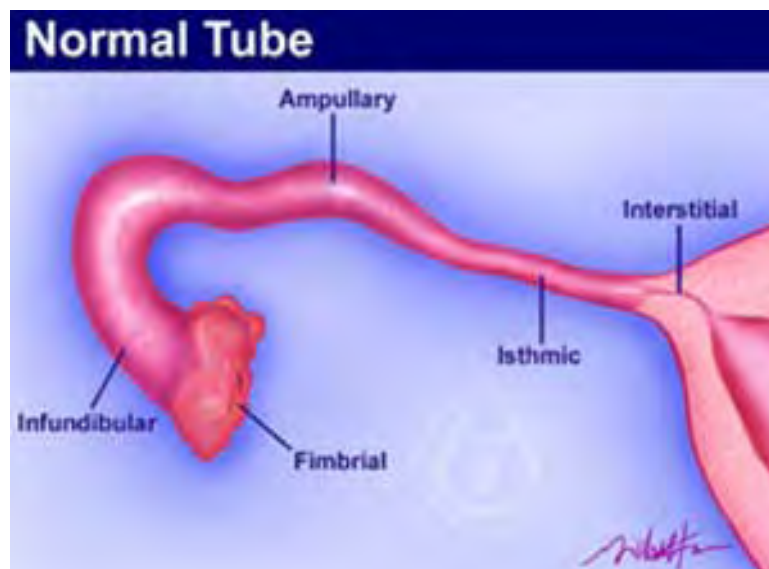
- **LIGAMENTOS ANCHOS.** Son pliegues dobles de peritoneo parietal que forman una especie de tabique a través de la cavidad pélvica; el útero está suspendido entre los pliegues
- **LIGAMENTOS UTEROSACROS.** Son prolongaciones a manera de repliegues del peritoneo que van de la cara posterior del útero al sacro, una a cada lado del recto.
- **LIGAMENTO POSTERIOR.** Es un pliegue de peritoneo que se extiende de la superficie posterior del útero hasta el recto. Este ligamento forma un fondo de saco profundo llamado fondo de saco de Douglas o (recto uterino) entre el útero y el recto.
- **LIGAMENTO ANTERIOR.** Es un pliegue de peritoneo formado por prolongación del peritoneo sobre la cara anterior del útero que se dirige a la superficie posterior de la vejiga.
- **LIGAMENTOS REDONDOS.** Son cordones fibromusculares que salen de los ángulos superoexternos del útero, pasan por los conductos inguinales y se pierden por los labios mayores.

1.2.3 TROMPAS DE FALOPIO.

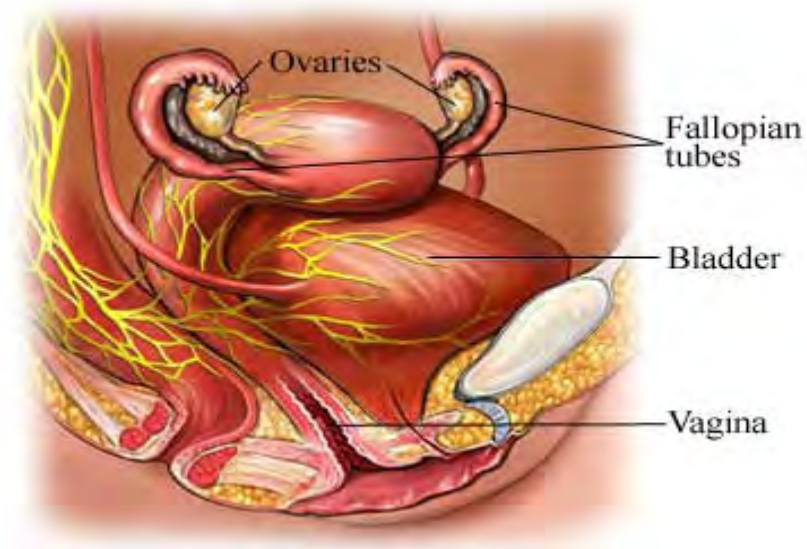
Cada trompa de falopio se extiende hacia afuera del cuerno uterino para terminar cerca del ovario. En su orificio abdominal, la trompa se abre hacia la cavidad peritoneal, que por lo tanto esta vinculada con la parte exterior del cuerpo, a través del útero y la vagina. Las trompas transportan el ovulo desde los ovarios hasta el útero, proporcionando oxigenación y nutrición al espermatozoide, al ovulo y al cigoto, si se presenta la fecundación.

Cada trompa mide alrededor de 10cm de longitud y se describe en cuatro partes:

- **PORCION INTERSTICIAL.** Se sitúa dentro de la pared del útero.
- **ISTMO.** Es la porción estrecha que la une al útero y continua con una parte mas ancha y larga.
- **AMPOLLA.** Segmento de mayor diámetro lateral en relación con el istmo y q sigue un camino tortuoso sobre el ovario.
- **INFUNDIBULO.** Donde la apertura en forma de embudo de la trompa hacia la cavidad peritoneal esta rodeada por apéndices digitiformes, denominadas fimbrias, y hasta la cual no se extiende la capa muscular. Las superficies internas de las fimbrias están cubiertas por epitelio ciliado similar al que reviste la trompa de falopio. Una de estas fimbrias es mas larga que las otras y se extiende hasta el ovario y en parte lo cubre.



El epitelio de la trompa de falopio se compone de dos clases celulares funcionales: las ciliadas producen una corriente constante de líquido en dirección al útero, y las secretoras que contribuyen al volumen del líquido tubario.



1.2.3.1 RIEGO SANGUINEO.

El riego sanguíneo de las trompas de falopio proviene de las arterias uterinas y ováricas.

1.2.3.2 INERVACION.

Proviene del plexo uterovaginal y del plexo ovárico.

1.2.3.3 LIGAMENTOS.

La trompa esta cubierta por peritoneo y por medio de su mesentérico, que tiene situación dorsal en relación con el ligamento redondo, se encuentra conectada con el borde superior del ligamento ancho.

1.2.4 OVARIOS.

Son dos órganos con forma de almendra que miden alrededor de 3.5cm de longitud, 2cm de profundidad y 1cm de grosor. El ovario maduro y con función activa comprende numerosos folículos de Graaf que difieren en tamaño desde microscópico hasta de cerca 2cm de diámetro. La posición del ovario varia en general yace contra el peritoneo de la pared lateral de la pelvis en la fosa ovárica, esta limitado por arriba por la vena iliaca externa y por detrás por el uréter donde cursa en dirección inferior y anterior por delante de la arteria iliaca interna.



1.2.4.1 RIEGO SANGUINEO.

El riego sanguíneo del ovario proviene de la arteria ovárica, que se anastomosa con la arteria uterina.

1.2.4.2 INERVACION.

La inervación del ovario proviene del plexo ovárico y del uterovaginal.

1.2.4.3 LIGAMENTOS.

Se dispone entre los pliegues del ligamento ancho y esta unidos a la superficie posterior del mismo por el mesovarico. El ligamento uteroovarico fija el ovario a la matriz las estructuras neurovasculares primarias llegan al ovario por el ligamento infundibulopelvico y entran por el mesovarico

1.2 DRENAJE LINFÁTICO DEL APARATO GENITAL.

Los vasos linfáticos del aparato genital drenan en este sistema de ganglios linfáticos pélvicos en la siguiente forma.

1.3.1 VULVA Y PERINEO mediales a los pliegues de piel labiocrural contienen linfáticos superficiales que pasan hacia arriba hacia el monte de Venus, y luego, se curvan en sentido lateral hasta los ganglios inguinales femorales superficiales. El drenaje es mediante la fosa oval hacia los ganglios femorales profundos, el mayor se conoce como ganglio de cloquet.

1.3.2 VAGINA los linfáticos del tercio inferior siguen el drenaje vulvar a los ganglios inguinales superficiales, en tanto que los linfáticos de los dos tercios superiores pasan hacia arriba para unirse a los vasos linfáticos del cuello del útero.

1.3.3 CUELLO DEL UTERO los linfáticos pasan ya sea lateralmente en la base del ligamento ancho, o por atrás a lo largo de los ligamentos uterosacros para alcanzar la pared de los vasos drenan en los ganglios de la iliaca interna, el obturador e iliaca externa, pero también pasan en forma directa a los ganglios de la iliaca primitiva y para-ortica inferior.

1.3.4 CUERPO UTERINO los vasos linfáticos se unen a los que emergen del cuello del útero y, por lo tanto, llegan a grupos de ganglios similares: pocos vasos en el fondo uterino siguen a los conductillos ováricos y existe una vía inconstante a lo largo del ligamento redondo hasta los ganglios inguinales.

1.3.5 OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO tienen un plexo de vasos que drenan a lo largo del pliegue infundibulopelvíco hasta los ganglios para-aórticos, a ambos lados de la línea media. A la izquierda, estos se encuentran alrededor del pedículo renal izquierdo, en tanto que a la derecha, puede existir solo un ganglio interpuesto antes de que la linfa fluya hacia el conducto torácico, explicando así la diseminación temprana y rápida del carcinoma metastásico a sitios distantes como los pulmones.

1.4 HORMONAS SEXUALES.

1.4.1 HORMONAS GONADOTROPICAS HIPOFISARIAS.

Las hormonas gonadotrópicas controlan las funciones de las gónadas en ambos sexos. Las células basófilas de la hipófisis anterior secretan FSH y LH, y las concentraciones liberadas las controlan por retroalimentación, los esteroides ováricos, estradiol y progesterona, e inhibina. Al aumentar la concentración de estrógeno circulante, se libera LH en forma preferencial a FSH.

Al igual que la gonadotropina coriónica humana (hCG), LH y FSH son glucoproteínas compuestas de dos subunidades, alfa y beta. Las subunidades alfa tienen una estructura común, pero la subunidad beta en cada una de estas gonadotropinas es específica.

La FSH controla la maduración del folículo ovárico y luego, en combinación con LH, causa la ovulación. Se inicia la secreción de FSH hacia el final del ciclo previo se eleva hasta su máximo en la concentración disminuyen un poco, antes de aumentar a un segundo máximo alrededor del día 12.

1.4.1.1 GONADOTROPINA CORIONICA.

Aunque esta hormona no la secreta la hipófisis, sino el tejido coriónico de la placenta, se menciona aquí porque sus actividades son similares a las de la LH. Su función es conservar al cuerpo amarillo hasta que la secreción placentaria de hormonas esta bien establecida.

1.4.1.2 PROLACTINA.

Esta hormona de la hipófisis anterior es causante del inicio y la conservación de la lactancia siempre y cuando las mamas hayan estado con la influencia previa del estrógeno y la progesterona, es un polipéptido secretado de manera intermitente por células especializadas de la hipófisis anterior.

La prolactina también puede participar en el control de la ovulación, y puede ser un agente que la evita, una vez que existe la fecundación del oocito; cuando aumenta la concentración de prolactina, cesa la ovulación.

1.4.1.3 OXITOCINA.

El lóbulo posterior de la glándula hipofisiaria secreta oxitocina que causa una contracción potente del músculo liso del útero. En el embarazo tardío aumenta la sensibilidad del músculo a la oxitocina.

1.4.1.4 ESTROGENOS.

Los estrógenos los secretan las células de la granulosa y la teca de los folículos ováricos y, después de la luteinización, por las mismas células en el cuerpo lúteo; también la corteza suprarrenal los secreta en cantidades mas pequeñas.

El ovario produce estradiol-17 beta a partir del colesterol y la progesterona. El estradiol sufre degradación, en especial a estrona y estriol. Los estrógenos se combinan en el hígado con ácido glucurónico y, en menor grado, con ácido sulfúrico antes de su secreción en la orina.

1.4.1.4.1 ACTIVIDADES FISIOLÓGICAS.

Los estrógenos tienen varias actividades fisiológicas.

1.4.1.4.2 CARACTERÍSTICAS SEXUALES SECUNDARIAS.

Las modificaciones en el aspecto físico que se producen en el momento de la pubertad y anuncian la madurez sexual se deben a la secreción de pequeñas cantidades de estrógenos.

1.4.1.4.3 ACTIVIDAD EN EL ÚTERO, LAS TROMPAS DE FALOPIO Y LA VAGINA.

El estrógeno controla la fase proliferativa mensual del endometrio la supresión del estrógeno es la causa de la menstruación. El estrógeno aumenta la motilidad de la trompa de falopio. Las glándulas cervicales responden al estrógeno circulante secretando abundante moco alcalino transparente que protege a los espermatozoides de la acides vaginal.

1.4.1.4.4 INHIBICION DE LA ACTIVIDAD HIPOFISIARIA.

Actividad en las mamas, el estrógeno produce la proliferación del sistema de conductos. También es necesaria la progesterona para el desarrollo alveolar.

1.4.1.4.5 ACTIVIDADES DURANTE EL EMBARAZO.

Se secretan cantidades muy grandes de estrógenos. La corteza suprarrenal del feto desempeña una parte en la síntesis; la placenta no posee todas las enzimas necesarias para completar la síntesis de estrógenos. La excreción diaria de estrógenos en la orina aumenta durante todo el embarazo a partir del máximo, sin este de casi 0.12mg hasta entre 10 y 50mg al termino.

1.4.1.5 PROGESTERONA.

Hormona secretada por el cuerpo amarillo, es causa de la fase lútea del ciclo menstrual, es convertida en el hígado en pregnandiol y otros metabolitos, los cuales se excretan en la bilis y la orina. El pregnandiol es biológicamente inerte, pero su concentración en la orina, que se puede estimar mediante métodos químicos, proporciona un índice aproximado de la actividad de la progesterona.

1.4.1.5.1 ACTIVIDADES FISIOLÓGICAS.

1.4.1.5.2 ACTIVIDAD EN EL ENDOMETRIO.

La fase lútea del ciclo endometrial está controlada por la progesterona, pero solo se presentara si la actividad de los estrógenos ya ha preparado el endometrio.

La función de la progesterona para provocar la menstruación no se conoce con certeza, la concentración sanguínea de progesterona en un ciclo normal disminuye al mismo tiempo que la del estrógeno, pero algunas mujeres presentan hemorragia en forma regular cada mes sin nunca ovular, formar un cuerpo amarillo o secretar progesterona.

1.4.1.5.3 ACTIVIDADES DURANTE EL EMBARAZO.

La progesterona prepara al endometrio para la recepción del ovulo fecundado, estimulando la reacción decidual.

La secreción de progesterona es esencial para la conservación del embarazo. En la fase temprana del embarazo esta es la función del cuerpo amarillo, pero más o menos después de las 12 semanas el tejido coriónico de la placenta efectúa su producción.

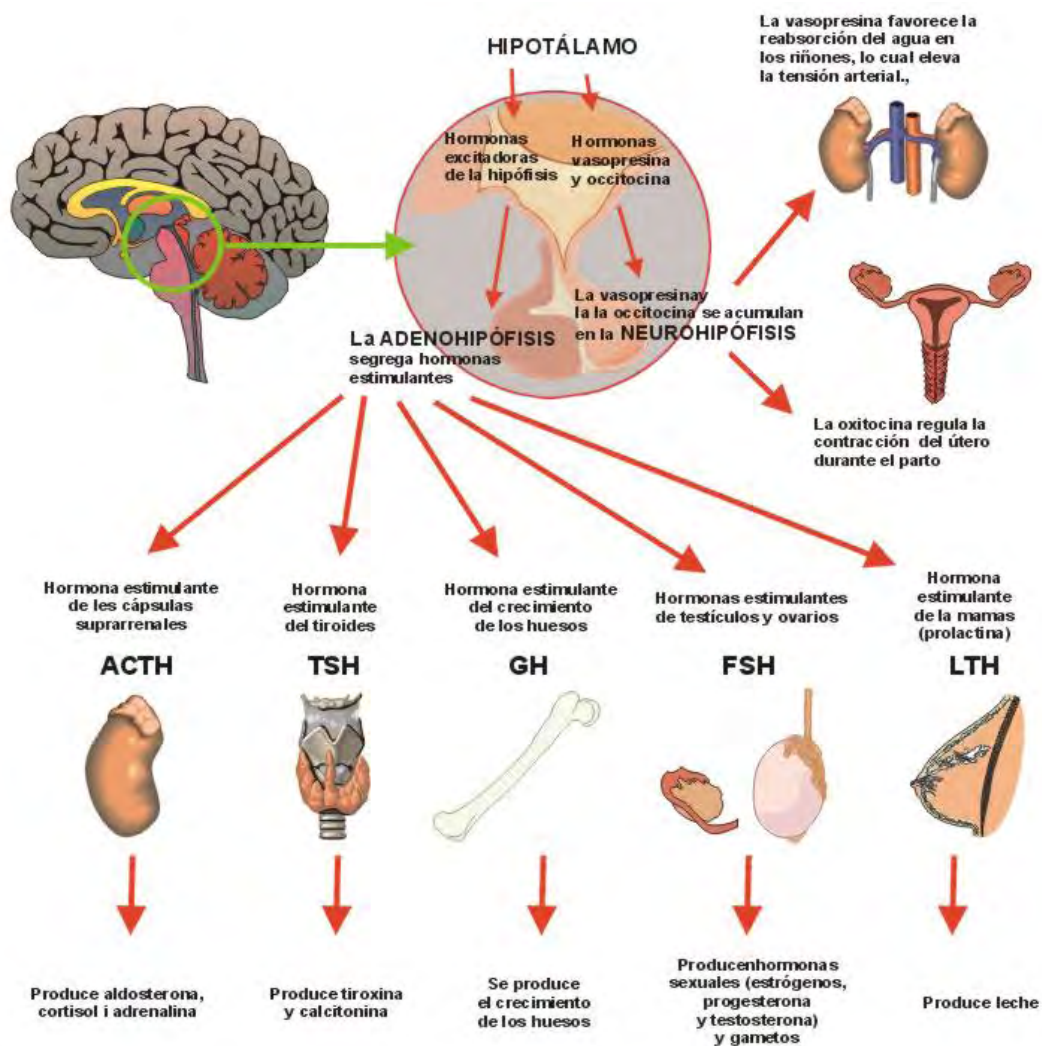
La progesterona causa crecimiento del tejido alveolar de la mama, siempre y cuando haya habido actividad estrogénica previa.

1.4.1.6 PROTAGLANDINAS.

Aunque se producen localmente y por lo tanto, no se consideran en forma estricta como hormonas, tienen una función importante en el ciclo menstrual y en la etiología de la dismenorrea espasmódica.

1.4.1.7 ANDROGENOS.

Son precursores metabólicos de los estrógenos y se encuentran en pequeñas cantidades en la sangre y en la orina de las mujeres normales, la corteza suprarrenal y las células del estroma del ovario los secretan. La función que efectúan en la fisiología normal de la mujer es probablemente ligera, aunque pueden tener algún efecto en la libido. En los casos de deficiencia de estrógeno, el acné y la hipertrichosis pueden ser manifestaciones de la actividad androgénica.



1.5 CONTROL DE LA PRODUCCION HORMONAL DEL OVARIO.

La duración del ciclo normal puede variar de mujer a mujer y de tiempo en una persona en particular, un ciclo de 28 días, considerando al primero de la menstruación como el día uno.

El hipotálamo actuando a través del lóbulo anterior de la hipófisis, controla la secreción de estrógeno y progesterona en los ovarios. La parte del hipotálamo que participa en forma mas directa es la eminencia media, pero esta concentración mal definida de pequeñas células ganglionares recibe influencia de otras partes del sistema nervioso central. A partir del hipotálamo, un decapeptido, la hormona liberadora de gonadotropinas pasa a través de las venas hipofisiarias porta al lóbulo anterior de la hipófisis donde ocasiona la liberación de dos hormonas gonadotropicas que son proteínas de alto peso molecular, la hormona estimulante de los folículos (FHS) y la hormona luteinizante (LH).

1.5.1 HORMONAS GONADOTROPICAS.

Se pensó que existían dos hormonas liberadoras (RH, FSHRH para FSH y LHRH para LH), pero es probable que exista una, denominada GnRH, que se libera FSH y LH de la misma manera.

La hormona estimulante de los folículos produce el desarrollo de los folículos de Graaf dentro del ovario. Cada folículo esta compuesto por un ovulo en maduración, con células circundantes de la granulosa y de la teca interna derivadas del estroma ovárico. Estas células de la granulosa y de la teca producen estradiol en cantidades crecientes de manera gradual al madurar el folículo. Cerca del día 12 del ciclo, se presenta un aumento súbito en la producción de LH que dura alrededor de 36 horas, y un incremento menor en la producción de FSH. El aumento de LH produce la ovulación alrededor del día 14.

Cuando el folículo libera al ovulo existe una disminución temporal en la concentración de estrógeno de FSH y LH. Las células de la granulosa y de la teca del folículo toman una coloración amarilla y, por lo tanto, se conoce como el cuerpo amarillo. El cuerpo amarillo secreta cantidades crecientes de progesterona y también estradiol, de manera que se eleva de nuevo la concentración de estrógeno. Si el ovulo no es fecundado, el cuerpo amarillo se degenera en la ultima semana del ciclo convirtiéndose en un cuerpo hialino conocido como el cuerpo blanco, disminuyen las concentraciones de estrógeno y progesterona, termina el ciclo ovárico y se presenta la menstruación.

La concentración de FSH comienza a elevarse dos días antes de la menstruación y este aumento premenstrual estimula el desarrollo de los folículos de Graaf, que entonces secretan cantidades crecientes de estrógeno. Estas concentraciones inhiben la producción de FSH a través de la alteración de la sensibilidad de la hipófisis a la GnRH, a lo anterior sigue una disminución en las concentraciones de FSH alrededor del quinto día del ciclo menstrual.

1.5.2 ESTROGENO.

Las concentraciones de estrógeno aumentado, durante la última fase de maduración, un incremento en las concentraciones de estrógeno intensifica la sensibilidad de los gonadotrofos hipofisarios a la GnRH, aumenta la frecuencia y amplitud de los pulsos de LH y produce los máximos a la mitad del ciclo, de LH y FSH acompañante, que causan la ovulación.

1.5.3 PROGESTERONA.

Después de la ovulación y formación del cuerpo amarillo, se produce progesterona en cantidades crecientes, esta altera la sensibilidad hipofisiaria a la GnRH, resultado en pulsos menos frecuentes de LH aumentan al máximo de cada uno.

1.5.4 GONADOTROPINA CORIONICA.

Si se fecunda el ovulo liberado, el trofoblasto en desarrollo alrededor del embrión produce gonadotropina coriónica. Esta sustituye a las gonadotropinas hipofisarias que el estrógeno y la progesterona circulantes deprimen, y el cuerpo lúteo continua funcionando durante 3 o 4 meses hasta que la placenta esta lo bastante madura para generar las cantidades grandes de esteroides esenciales para la continuación del embarazo.

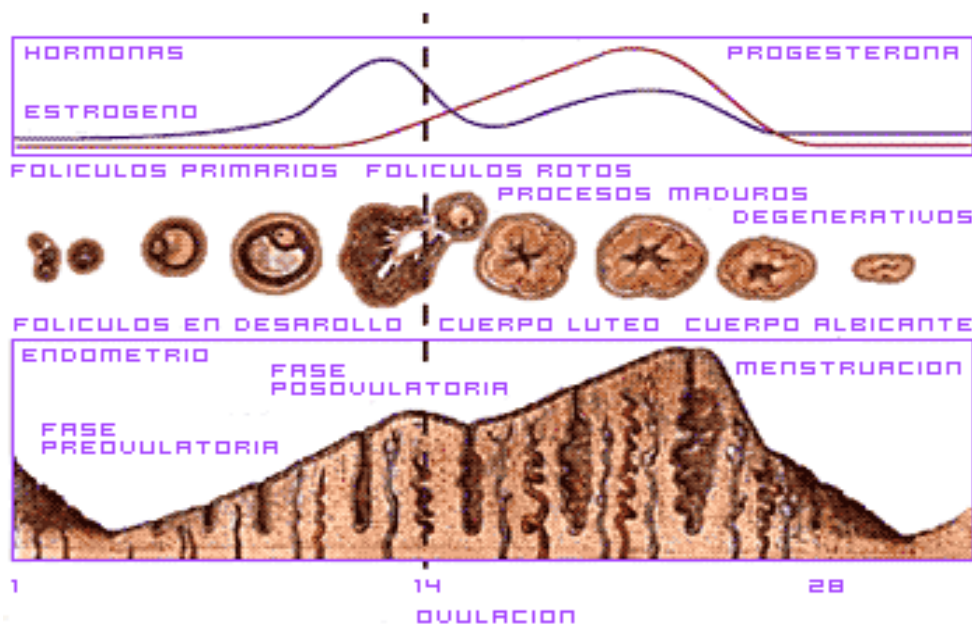
1.6 CICLO ENDOMETRIAL.

Durante el ciclo se hacen evidentes dos divisiones anatómicas del endometrio. En seguida del músculo uterino se encuentra el estrato basal, que no sufre desintegración cíclica durante la menstruación, y del cual se regenera el endometrio después de la menstruación.

En la superficie de la capa basal se encuentra la capa funcional, en cuyas estructuras se presentan cambios cíclicos en las glándulas, el estroma y los vasos sanguíneos y se subdividen en el estrato esponjoso mas profundo y el estrato compacto superficial. Las modificaciones en la capa funcional son continuas pero se pueden describir en forma conveniente en dos fases: la folicular precede a la ovulación y le sigue la lútea.

1.6.1 FASE FOLICULAR.

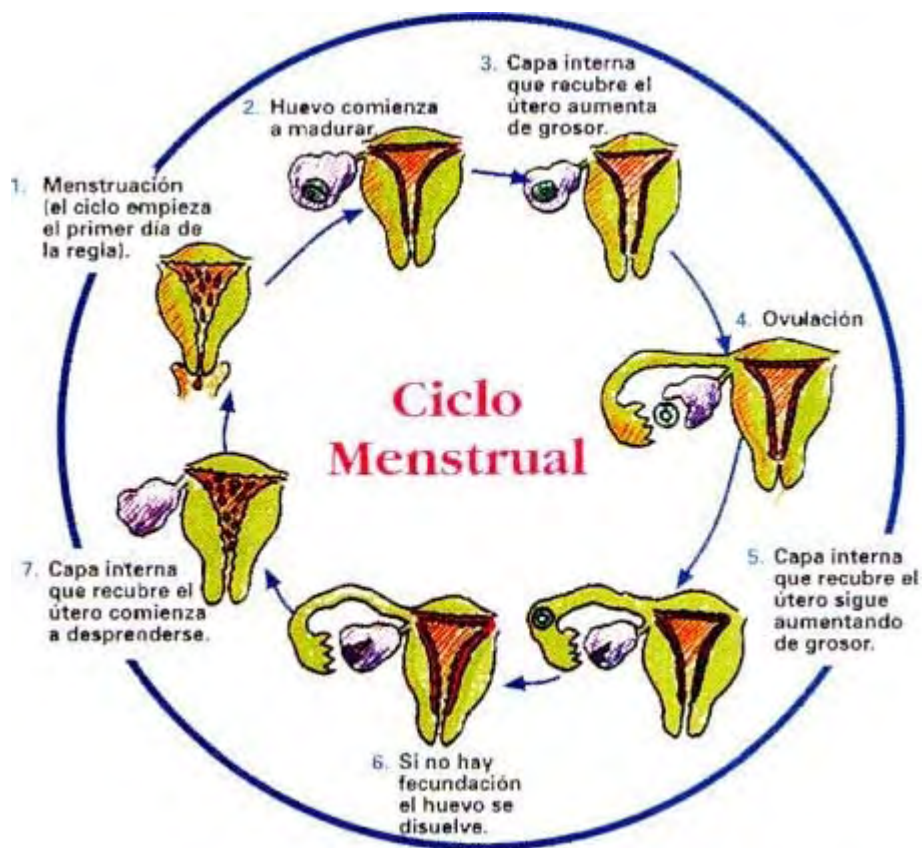
Después de la menstruación queda el estrato basal, el epitelio de superficie, cúbico y bajo, crece a partir de los muñones de las glándulas para cubrir la superficie denudada. Con la influencia del estrógeno del folículo en maduración, las células del epitelio de superficie y las de las glándulas se hacen más altas y cilíndricas. Las glándulas, que al principio son rectas, estrechas y tubulares, poco a poco se alargan y ensanchan volviéndose un poco sinuosas. Las células del estroma se hipertrofian y desarrollan un manto de citoplasma alrededor de sus núcleos. En el endometrio se observan dos clases de vasos sanguíneos: las arteriolas rectas y cortas en la capa basal, y las arteriolas largas y enrolladas se crecen hacia la capa funcional durante la fase folicular.



1.6.2 FASE LUTEA.

Después de la ovulación, el cuerpo amarillo secreta estrógenos y progesterona, lo que produce los cambios progestacionales en el endometrio. Las células endometriales comprenden receptores específicos para la progesterona, los cuales los estrógenos inducen, la progesterona solo puede actuar en el endometrio, que el estrógeno ha preparado.

Las células del epitelio glandular muestran cambios específicos, en la fase lútea, las vacuolas subnucleares que contienen glucógeno empujan el núcleo hacia la lámina de las glándulas, el glucógeno sale de las células hacia la luz de las glándulas, las cuales se llenan de detritos compuestas de moco y glucógeno.



1.7 MENSTRUACION.

Hacia el final del ciclo, las concentraciones de estrógeno y progesterona disminuyen, existe encogimiento rápido del grosor del endometrio aunado a infiltración leucocitaria. La capa basal no participa en estos cambios y no se descama con el resto del endometrio y efectúa la regeneración. La sangre que se descama con fragmentos de endometrio, se coagula en la cavidad uterina, pero la plasmina disuelve el coágulo antes de su liberación a través del cuello del útero.

El endometrio, y en menor grado el miometrio, tiene el potencial de sintetizar prostaglandinas a partir del ácido araquidónico mediante la actividad de la enzima ciclooxigenasa. Este potencial aumenta a través de todo el ciclo menstrual, y es máximo durante la fase lútea. Sin embargo, no se liberan prostaglandinas a menos que exista daño tisular en el endometrio, con la liberación de los lisosomas y el inicio de la actividad enzimática.

La $PGF_{2\alpha}$ sintetizada en el endometrio con ciclos ovulatorios normales, tienen efectos estimulantes en el músculo liso de la pared arterial (vasoconstricción) y el miometrio. La PGF_2 causa vasodilatación moderada de la microvasculatura y parece producirse en cantidades elevadas en el endometrio.

Cada una dura un promedio de 4 a 5 días, pero el tiempo y la cantidad de hemorragia varían. El promedio de hemorragia durante toda la menstruación puede ser de 40ml.

El flujo menstrual esta formado por sangre hemolizada en forma parcial, moco y detritos celulares, en general es escaso y viscoso al inicio, después se vuelve rojo intenso y por ultimo pardo. Se pueden observar pequeños coágulos y fragmentos de endometrio.

Durante la menstruación, las contracciones uterinas causan dilatación ligera del conducto cervical y expulsan sus productos. Las contracciones ayudan a controlar la hemorragia. La menstruación, en especial en la mujer joven y nulípara, se presenta con frecuencia con contracciones uterinas dolorosas.

1.7.1 CICLOS ANOVULATORIOS.

En el caso de las mujeres que están tomando la píldora anticonceptiva oral combinada, y en algunos ciclos espontáneos, no existe la ovulación pero si se presenta la hemorragia periódica. La inhibición de la hipófisis por las concentraciones crecientes de estrógeno, reduce la secreción de FSH, entonces disminuye la concentración de estrógeno, se presenta regresión del endometrio con vasoconstricción y necrosis, así como, hemorragia por supresión en la misma manera que en la menstruación normal. El endometrio no muestra cambios lúteos y, en ausencia de progesterona, se reduce la producción de la prostaglandina vasoconstrictora $PGF_{2\alpha}$. Por lo tanto, a menudo existe un aumento en la hemorragia vinculada a los ciclos anovulatorios y el endometrio no se descama en forma tan compleja como en la menstruación normal. Con la píldora, la hemorragia a menudo es menor.

1.7.2 CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA MENSTRUACION.

El primer periodo menstrual (menarca), en general se presenta entre los 11 y 15 años y es el hecho final en el desarrollo puberal de las características sexuales secundarias y la maduración sexual. Las menstruaciones continúan durante todo el periodo reproductivo y la última (menopausia) se presenta por lo común entre los 47 y 53 años.





SECCIÓN: II

FISIOPATOLOGÍA

DE

MIOMATÓSIS UTERINA

2.1 MIOMATOSIS UTERINA (FIBROMIOMATOSIS, FIBROIDES).

2.1.1 DEFINICION.

Es un tumor benigno y no canceroso que crece a expensas de la capa muscular del útero o miometrio.

Son los tumores más frecuentes del aparato genital. Un mioma se compone de haces de músculo liso entremezclados con fibras de tejido conjuntivo, rodeadas por una delgada cápsula. El tumor puede surgir en cualquier parte del conducto de Muller, pero aparece con mayor frecuencia en el miometrio, donde se pueden desarrollar varios tumores simultáneamente.

La miomatosis aparece aproximadamente en el 5% de las mujeres durante la edad reproductiva. Son más frecuentes en mujeres nulíparas o en las que hayan tenido un solo hijo. Es más frecuente en la raza negra. La menarquía precoz y la obesidad aumentan el riesgo, mientras que la multiparidad y el tabaco lo disminuyen.

Los tumores comienzan como múltiples gérmenes diminutos distribuidos por todo el miometrio. Los gérmenes crecen con una gran lentitud pero progresivamente (durante años más que durante meses), bajo la influencia de los estrógenos circulantes, y a no ser que se detecten y traten como la mayor parte en la actualidad, pueden formar un tumor que pese 10 Kg. o más. Tras la menopausia, como ya no se segregan estrógenos en gran cantidad, la miomatosis tiende a la atrofia.



2.1.2 PATOGENIA

Estos trabajos se pueden dividir en tres grupos principales: hormonas y sus receptores, factores de crecimiento y citocinas, y en tercer lugar alteraciones cromosómicas.

2.1.2.1 FACTORES HORMONALES

Los análogos de la Gn-RH que disminuyen los esteroides ováricos a valores posmenopáusicos disminuyen el tamaño y la sintomatología de los miomas.

Los receptores estrogénicos, en los miomas, se mantienen elevados durante todo el ciclo, a diferencia de lo que ocurre en el endometrio. Los receptores a progesterona están muy elevados en comparación con el miometrio normal y tampoco disminuyen en fase lútea. La progesterona en el miometrio produce un gran estímulo de las mitosis que es mayor en los miomas. Hoy se piensa que la progesterona es el principal estímulo de crecimiento de los miocitos mientras que los estrógenos estimulan preferentemente la matriz extracelular y los fibroblastos.

2.1.2.2 FACTORES DE CRECIMIENTO Y CITOCINAS

El mejor estudiado es el factor transformante beta (TGF- β). La progesterona lo estimula. Sus niveles son 5 veces superiores en los miomas que en el miometrio.

Una acción importante del TGF- β -3, es la de aumentar el TIMP (inhibidor tisular de las metaloproteinasas.), de este modo disminuyen las metaloproteinasas (colagenasas) de la matriz extracelular, aumentando la colágena y la fibronectina. Algunos autores comparan el mioma con una cicatriz tipo queoide. De este modo vemos que no solamente aumentan los miocitos sino también la matriz extracelular, de ahí el nombre de fibromas o fibromiomas. La pirfenidona que disminuye el TGF beta disminuye el tamaño de los miomas.

Un aspecto importante en la patogenia de los miomas es el de la angiogénesis. Están relacionadas con un incremento en los vasos. Los miomas tienen niveles altos de algunos factores angiogénicos como el fibroblástico (FGF), el del endotelio vascular (VEGF), el factor epidérmico unido a heparina (HBEGF), y el óxido nítrico (NO) que es vasodilatador. Recientemente se ha observado que pacientes tratadas con interferón alfa (IFN α) por otras causas disminuyen el tamaño y la sintomatología de los miomas. El interferón alfa inhibe el factor fibroblástico.

2.1.3 ANATOMIA PATOLOGICA

Están formados por proliferaciones benignas de las células musculares y un aumento de la matriz extracelular, sobre todo de la colágena. Microscópicamente pueden tener distintas localizaciones, intramural, submucoso, subseroso, cervical, pediculados o no pediculados. Los pediculados submucosos pueden parirse. Los pediculados subserosos pueden torsionarse o incluso desprenderse. Algunos miomas subserosos crecen en el interior del ligamento ancho.

Su aspecto es de unos tumores redondeados de tamaño variable desde microscópicos hasta algunos casos enormes de más de 20 Kg.

Al corte suelen ser blanquecinos con relieve trabeculado que depende de las fibras musculares. Su consistencia es más dura que la del miometrio que lo rodea.

En casos de necrosis, hemorragias o de otras degeneraciones el color varía (rojo, marrón, amarillo, etc.). Los miomas rojos son la consecuencia de una isquemia con necrosis hemorrágica. La degeneración hidrópica es un edema masivo o focal. La degeneración grasa es menos frecuente. Con el tiempo los miomas se calcifican y pueden verse en una radiografía simple de abdomen. Cuando un presunto mioma no tenga el aspecto blanquecino. De consistencia dura, hay que pensar en la posibilidad de que se trate de un sarcoma.

Microscópicamente, están formados por células musculares de mayor tamaño y número que el miometrio normal. No se trata de hiperplasias, sino de tumores benignos. Los haces de células fusiformes forman a modo de remolinos. Estas células están inmersas en una rica matriz extracelular de carácter fibroso. Los miomas celulares tienen una mayor riqueza celular y sus células son más redondeadas aunque las mitosis son escasas.



2.1.4 SINTOMATOLOGIA

Entre el 60 y el 80% pueden ser asintomáticos. Los síntomas dependen del tamaño y sobre todo de la localización de los miomas. Se dividen en cuatro grupos: hemorragias, dolores, compresión y problemas reproductivos.

Los síntomas más comunes son:

1) Cambios en el sangrado menstrual

- Mayor cantidad
- Mayor duración

2) Dolor a la menstruación

- Sangrado en momentos no menstruales
- Anemia

3) Dolor

- Pelvis o parte baja de la espalda
- Dispareunia (dolor a la relación sexual)

4) Opresión

- Dificultad para iniciar micción, orinar frecuentemente en pequeñas cantidades
- Estreñimiento o/y opresión rectal

5) Fertilidad

- Esterilidad
- Pérdidas fetales

La gran mayoría de las mujeres presentan combinaciones de estas molestias. Los miomas de localización posterior pueden producir trastornos en la defecación y tenesmo rectal. Es bastante frecuente que el único síntoma sea el aumento de tamaño del abdomen en miomas subserosos. Existen algunos casos de miomas con policitemia, por aumento de la eritropoyetina en el propio mioma. También se han descrito miomas con ascitis que simulan un síndrome de Meigs.

2.1.5 PROBLEMAS REPRODUCTIVOS

Clásicamente se ha considerado al mioma como una causa de esterilidad/infertilidad. Respecto a la esterilidad se han implicado distintos mecanismos: problemas mecánicos en el transporte de los gametos o el cigoto. Modificaciones vasculares, alteraciones endometriales con defectos de implantación. Problemas mecánicos para el crecimiento del huevo.

Actualmente se piensa que los miomas solamente representan un 2-5% de las causas de esterilidad.

2.1.6 DIAGNOSTICO

La exploración abdominal y vaginal puede mostrar un útero “nudoso” o un engrosamiento liso del útero. Al desplazar el cerviz, toda la masa firme se mueve. En algunos casos, el diagnóstico es evidente; en otros el engrosamiento liso puede deberse a una gestación o a una masa ovárica. Una exploración ecográfica de la pelvis establecerá el diagnóstico.

- **ULTRASONOGRAFIA PELVICA.**

Se localizan datos compatibles con miomas uterinos. El volumen uterino, el número de los miomas su localización con respecto al endometrio, la valoración de los anexos y un rastreo rápido de los riñones. Los tumores pequeños de menos de 2cm pasan inadvertidos.

- **HISTEROSALPINGOGRAFIA.**

Es útil para el estudio de pacientes con miomatosis que concomitantemente presentan infertilidad. La presencia de miomas submucoso pedunculados o no de pólipos que dan imágenes de defecto dentro de la cavidad uterina; la dificultad en el paso o la obstrucción completa que impide el avance del medio de contraste en el útero o las trompas, son importantes ante la sospecha de una miomatosis.

- **RESONANCIA MAGNETICA.**

Ofrece ventajas sobre la ecografía en términos la mejor calidad de la imagen permite calcular fácilmente el volumen uterino y el de cada uno de los miomas; localiza con precisión los miomas teniendo como referencia el endometrio. Detecta aumento de la vascularidad dentro y alrededor de los miomas.

- **LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA.**

Es útil ante la presencia de masas que ocupan las fosas ilíacas, para hacer el diagnóstico diferencial entre miomas subserosos y pedunculados y masas anexiales.

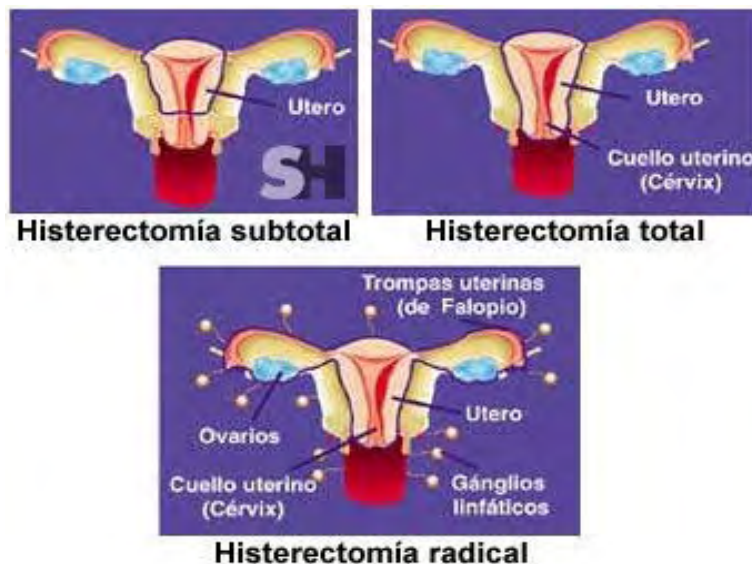
- **HISTEROSCOPIA.**

Es un recurso indispensable para el ginecólogo moderno, en particular para la valoración de una hemorragia uterina anormal; detecta tumores submucosos con precisión para el diagnóstico de patología pélvica benigna.

2.1.7 TRATAMIENTO

Existen cuatro opciones

- Seguimiento para observar el mioma
- Realizar una miomectomía
- Realizar una histerectomía
- Ofrecer a la mujer un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (aGn-RH)



2.1.8 ELECCION DEL TRATAMIENTO DE LOS LEIOMIOMAS UTERINOS

2.1.8.1 MANEJO MÉDICO DE LOS LEIOMIOMAS UTERINOS

La mayoría (70 a 80%) de los leiomiomas uterinos son asintomáticos y se descubren inicialmente durante un examen pelviano de rutina. Estas pacientes requieren una explicación y tranquilizarlas y exámenes repetidos con intervalos periódicos. Puede estar indicado un examen basal inicial ecográfico o de IRM de la pelvis para la comparación con futuros exámenes y para evaluar los anexos si los ovarios nos e pueden palpar durante el examen pelviano. Un examinador de la pelvis experimentando puede estar bastante seguro de que una masa pelviana central es un útero leiomiomatoso.

No obstante si el diagnostico continua siendo dudoso esta indicada la visualización de la masa. La escisión quirúrgica por medio de una variedad de técnicas continúa siendo el método de manejo más eficaz y ampliamente usado en los pacientes con síntomas significativos.

2.1.8.2 EL TRATAMIENTO HORMONAL DE LOS LEIOMIOMAS UTERINOS

Murphy y col, han demostrado que el tratamiento antiprogesteragenos con mifepristona durante 3 meses reduce el volumen de los leiomiomas en un promedio de 49% con una variación del 0 al 87%. La inmunorreactividad de los receptores de la progesterona pero no de los receptores de los estrógenos en el mioma y el tejido miometrial fue disminuida en forma significativa por el tratamiento con mifepristona lo cual sugiere que se puede lograr la regresión de estos tumores a través de un efecto antiprogesterona directo.

2.2 MIOMECTOMIA

Si la mujer desea conservar su función reproductora, se puede escoger la miomectomía. La intervención extirpa todos los miomas detectados y reconstruye el útero.

Tras la miomectomía el 40% de las mujeres que tengan la oportunidad de concebir lo harán. Frecuentemente a ello está el hecho de que la miomatosis recidiva en el 5% de las mujeres y un número semejante de mujeres continúan teniendo menorragia, que necesita el empleo de hormonas una resección histeroscópica o una histerectomía.



2.2.1 MIOMECTOMIA VAGINAL

Cuando un mioma submucoso se vuelve pedunculado dentro de la cavidad uterina, el útero expresa una tendencia natural a tratar de expulsarlo a través del canal endocervical. Eventualmente, el cerviz se dilata.

Las pacientes refieren dolor abdominal bajo de tipo calambre, presión y pesadez en la pelvis, secreción no espesa, sanguinolenta y maloliente, dificultad para orinar y otros síntomas. Después de una preparación preoperatorio satisfactoria, que incluye antibióticos de amplio espectro y la corrección de la anemia, la miomectomía vaginal se debe llevar a cabo en el quirófano.

Se debe evitar la tracción excesiva hacia abajo del tumor porque puede invertirse el fondo del útero. Finalmente se identifica el pedículo. Debe ser clampeado y ligado en el nivel más alto posible dentro de la cavidad uterina. Si la ligadura del pedículo no es posible, pueden dejarse colocados los clamps y removerlo en forma segura 48 horas más tarde.

Miomas submucosos pedunculados más pequeños pueden ser diagnosticados por histeroscopia, histerosalpingografía, por ecografía o en el momento de realizar dilatación y raspado. También se pueden palpar con la exploración digital a través de un orificio cervical externo levemente dilatado. Si el mioma puede ser asido con instrumento (una pinza en anillo, un clamp de Allis, etc.), se puede remover con una torsión que lo libere de su inserción. También se puede utilizar un lazo para amígdalas. La hemorragia en general es mínima. Si se produce una hemorragia enérgica, se puede insertar una sonda Foley de 30ml 26F a través del cérvix e inflarla para producir un taponamiento. Si es necesario se sutura el cérvix alrededor de la sonda para que se mantenga en su sitio.

También se puede incidir el cérvix al hacer la histerotomía vaginal. Una vez avanzada la vejiga, se dilata el cérvix y se hace una incisión en la línea media anterior en el cérvix suficientemente alta como para identificar el mioma. El pedículo del mioma se liga en el nivel más alto posible. La incisión en el cérvix se cierra con puntos separados con material de sutura de absorción retardada 2-0. La mucosa vaginal se aproxima con una sutura con material de absorción retardada 3-0. La histerectomía o la miomectomía son necesarias sólo en aquellas pocas pacientes que tienen múltiples leiomiomas y continúan teniendo síntomas significativos.

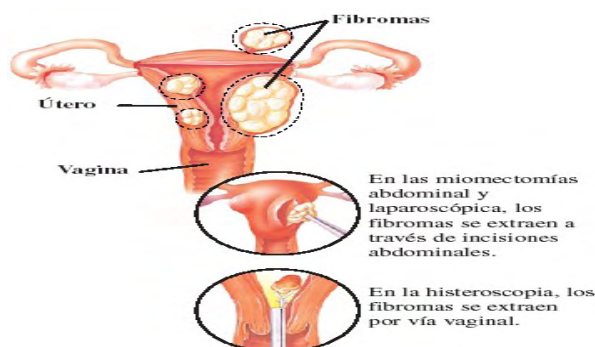
La miomectomía vaginal se aconseja como el tratamiento inicial más apropiado de los miomas submucosos pedunculados. El tejido removido durante la miomectomía vaginal debe ser sometido a un examen patológico para descartar una condición maligna.

2.2.2 MIOMECTOMIA LAPAROSCOPICA

Cuando está indicada la miomectomía abdominal se puede ofrecer el abordaje laparoscópico como alternativa de la miomectomía abdominal “a cielo abierto” estándar a pacientes seleccionadas. En primer lugar, la miomectomía está indicada en pacientes infértiles sólo si hay una distorsión significativa de la pared uterina o la cavidad endometrial o si hay obstrucción o distorsión de las trompas de Falopio por los miomas. En segundo lugar, la miomectomía se indica en pacientes que desean conservar el útero sólo si los miomas son grandes o son significativamente sintomáticos con menorragia. En ambos casos, es probable que los miomas sean múltiples y grandes, y rara vez la miomectomía laparoscópica es el procedimiento más apropiado para la remoción.

La miomectomía laparoscópica tiene sus limitaciones que son sobre todo técnicas. Los miomas en ciertos sitios son difíciles de remover. Cuando los miomas son grandes o múltiples o ambas cosas, el tiempo quirúrgico y la hemorragia pueden ser inaceptables. Cuando los miomas están embebidos profundamente en el miometrio, la reparación apropiada de la pared uterina puede ser difícil o imposible y puede producirse la rotura uterina en un embarazo posterior. La recuperación de los miomas resecados de la cavidad peritoneal también puede plantear problemas. Los miomas grandes deben ser fragmentados en piezas más pequeñas para la recuperación. La recuperación a través del fondo de saco vaginal posterior o a través de la pared abdominal requiere incisiones adicionales separadas, que de algún modo socavan el concepto de un procedimiento mínimamente invasivo.

Se puede usar la disección con agua para establecer planos de disección entre los miomas y el miometrio circundante. Se emplean técnicas especiales de aproximación del miometrio con agujas curvas más grandes con anulado extracorpóreo de las suturas. Los miomas más grandes pueden ser removidos por vía vaginal con la morcelación a través de una incisión de colpotomía posterior. Se puede utilizar un morcelador dentado cilíndrico para convertir miomas más pequeños en pequeñas tiras de tejido que pueden ser removidas por vía abdominal a través del manguito del trocar o a través de una incisión de minilaparotomía.



2.3 HISTERECTOMIA

La histerectomía total es el tratamiento de elección en las mujeres mayores, las que no deseen una gestación posterior y las mujeres con menorragia o síntomas marcados de presión.

2.3.1 HISTERECTOMIA SUPRACERVICAL

Las indicaciones para la histerectomía supracervical son, en cierto grado, vagas. Entre las indicaciones potenciales está, endometriosis con obliteración de los fondos de saco anterior y posterior, histerectomía y cesárea cuando el cuello se encuentre totalmente dilatado y es difícil de identificar, y cuando hay preocupaciones por la función sexual. Durante un procedimiento quirúrgico técnicamente difícil puede haber preocupación sobre la morbilidad potencial que acompaña a la resección del cuello uterino.

Algunos autores sugieren que la extirpación del cuello produce disminución del placer sexual, aumento de la morbilidad operatoria y postoperatoria, acortamiento de la vagina, prolapso de su bóveda, granulaciones anormales en el manguito y potencial de prolapso de oviducto.

Se halló que las pacientes que se sometieron a histerectomía supracervical experimentaban aumento de la frecuencia orgásmica en comparación con aquellas en las cuales se dejó intacto el cuello. Independientemente del motivo para dejar el cuello en el momento de la histerectomía la prueba preoperatorio de Papanicolaou debe ser normal y debe obtenerse el consentimiento informado de la paciente.





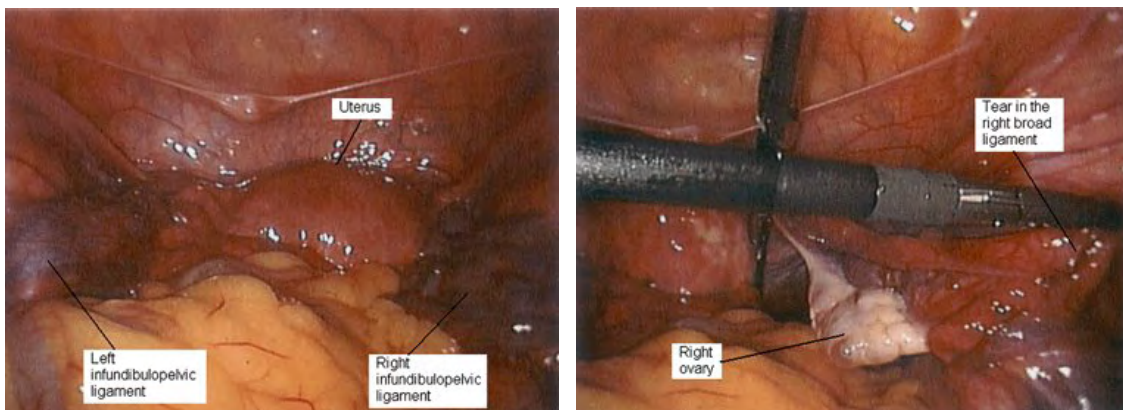
2.3.2 HISTERECTOMIA ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA

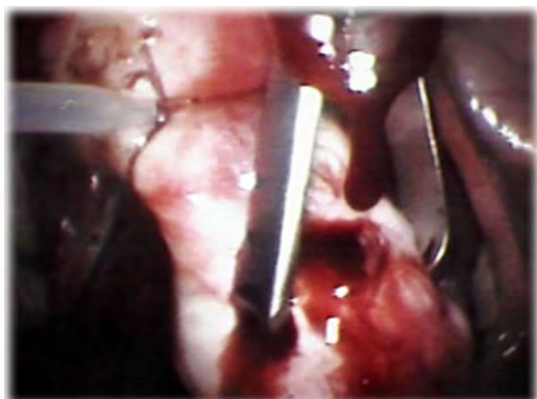
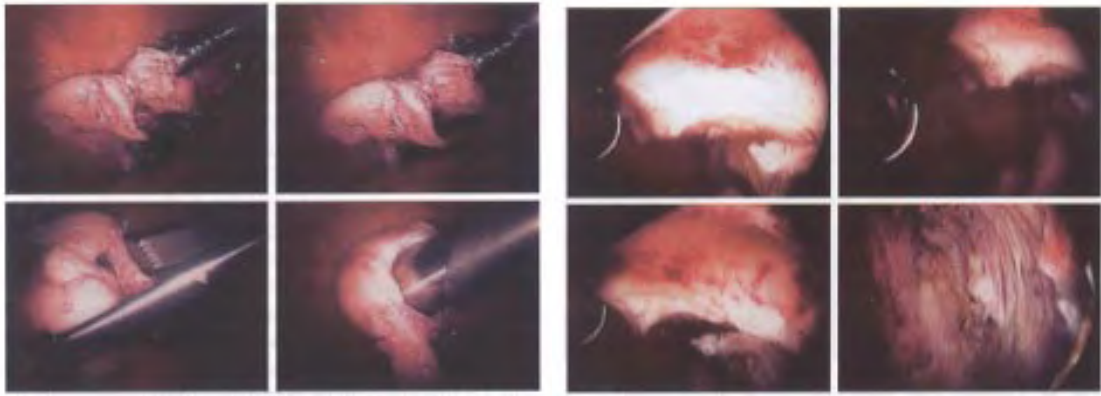
La laparoscopia se ha usado con finalidades diagnósticas antes de la histerectomía, si se efectúa la laparoscopia en pacientes con factores de riesgo de adherencias o endometriosis, muchas pacientes se someterán al procedimiento innecesariamente y pasarán inadvertidas cerca de la mitad de las que tienen adherencias o endometriosis, la función de la laparoscopia diagnóstica inmediatamente antes de la histerectomía parece limitada.

Se ha sugerido que la LAVH es de utilidad para tratar las pacientes que experimentan endometriosis o enfermedad pélvica adherente confirmada y tumoraciones en los anexos que requieren histerectomía, lo mismo que falta de movilidad uterina. Según las circunstancias, la LAVH puede ser apropiada en algunas pacientes con cáncer endometrial de etapa I u operaciones pélvicas mayores múltiples previas.

2.3.2.1 TECNICA QUIRURGICA

Deben obtenerse resultados negativos de la prueba de Papanicolaou efectuada dentro del año previo antes de realizar histerectomía por enfermedad benigna.





2.3.3 HISTERECTOMIA ABDOMINAL

Preparación preoperatoria

Aunque no indispensable, algunos cirujanos prefieren una limpieza con agua corriente o un enema jabonoso en la noche previa o la mañana en que está programada la histerectomía. El pelo que rodea a la zona de la incisión se puede quitar en el momento de la intervención quirúrgica o antes de ésta mediante un depilador.

Colocación de la paciente: La paciente se coloca en la posición supina dorsal para el procedimiento. Se le instala una sonda foley en la vejiga, y la vagina se limpia con solución yodada.

Preparación de la piel: Lavado durante cinco minutos con solución yodada seguida por aplicación de esta misma solución, de nueva cuenta lavado con solución yodada seguida por alcohol con aplicación de un envoltorio oclusivo impregnado de yodo, o una combinación de yodo y alcohol con aplicación de cubierta oclusiva impregnada en solución yodada o sin ella.

2.3.3.1 TECNICA QUIRURGICA

Incisión: La elección de la incisión depende de las siguientes consideraciones:

1. Simplicidad de la incisión
2. Necesidad de exposición
3. Necesidad potencial de aumentar el tamaño de la incisión
4. Resistencia de la herida cicatrizada
5. Localización de cicatrices quirúrgicas previas

Se abre la piel con un escalpelo y se profundiza la incisión a través de tejido subcutáneo y aponeurosis. El peritoneo se abre de manera semejante.

Exploración abdominal: Después de entrar en la cavidad peritoneal, se exploran de manera sistemática la parte alta del abdomen y la cavidad pélvica. Se deben examinar y palpar hígado, vesícula biliar, estómago, riñones, ganglios linfáticos paraaórticos e intestinos grueso y delgado.

Elección y colocación del separador: Se usan más a menudo en el Balfour y el de O Connor-O Sullivan. El separador de Bookwalter tiene diversas hojas ajustables que pueden ser de utilidad sobre todo en pacientes obesas.

Elevación del útero: El útero se eleva colocando pinzas sobre los ligamentos anchos a nivel de cada cuerno, de modo que estos instrumentos incluyan al ligamento redondo. Las puntas de las pinzas se pueden colocar cerca de la boca interna del cuello uterino. Esta colocación brinda tracción uterina e impide la hemorragia retrógrada.

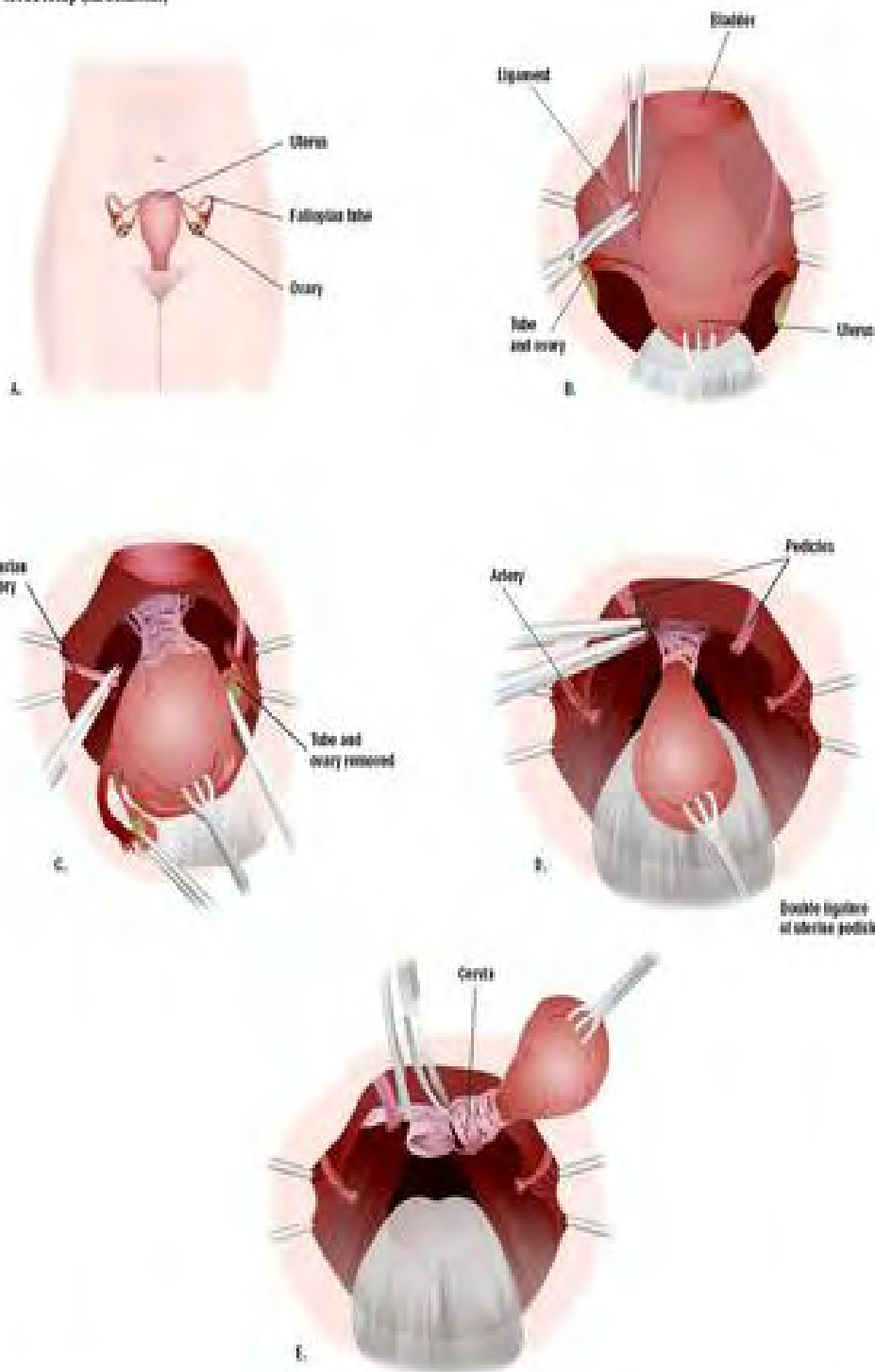
Ligadura del ligamento redondo: El útero se desvía hacia el lado izquierdo de la paciente para estirar al ligamento redondo derecho. La porción proximal sostenida por las pinzas de ligamento ancho, se liga la porción distal del redondo con una ligadura por sutura o simplemente se secciona en sentido transversal con el cauterio de Bovie. La porción distal se puede sujetar con pinzas, para cortar el ligamento redondo a fin de separar las hojas anterior y posterior del ligamento ancho. La hoja anterior de este último se abre con tijeras de Metzenbaum o electrocauterio a lo largo del pliegue vesicouterino, con lo que se separa la reflexión peritoneal de la vejiga del segmento uterino inferior.

Identificación del uréter: Se entra en el retroperitoneo mediante extensión de la incisión en sentido cefálico sobre la hoja posterior del ligamento ancho. Se debe tener cuidado de conservarse por un lado tanto ligamento infundíbulo pélvico como de los vasos iliacos. La arteria iliaca externa corre a lo largo de la superficie medial del músculo y se identifica mediante disección roma para aflojar el tejido alveolar que la cubre. Al seguir a la arteria en sentido cefálico hasta llegar a la bifurcación de la arteria iliaca primitiva. El uréter debe dejarse adherido a la hoja medial del ligamento ancho para proteger su riego sanguíneo.

Ligadura de los ligamentos uteroovárico o infundíbulo pélvico: Si se van a preservar los ovarios, se tira del útero hacia la sínfisis del pubis y se desvía hacia un lado y se aplica tensión sobre el ligamento infundíbulo pélvico, la trompa y el ovario contra laterales. Se sujetan la trompa y el ligamento uteroovárico de cada lado con pinzas curvas de Heaney o de Ballentine y se cortan ligan con ligaduras tanto libres como por sutura. La pinza medial a nivel del cuerno uterino debe controlar la hemorragia retrógrada; si no lo hace así debe recolocarse el instrumento para lograrlo.

Se colocan unas pinzas curvas de Heaney o de Ballentine en posición lateral respecto del ovario, se tiene cuidado de garantizar que se incluya todo el ovario en la muestra quirúrgica. Se corta y liga de manera doble el ligamento infundíbulo pélvico de cada lado. Como alternativa se pueden

Hysterectomy (abdominal)





SECCIÓN: III

MODELO

DE

VIRGÍNIA HENDERSON

3.1 VIRGINIA HENDERSON.



Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como : " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo , en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud , su recuperación o una muerte tranquila , que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza , la voluntad y el conocimiento necesario . Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

3.1.1 LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

- 1º.- Respirar con normalidad.
- 2º.- Comer y beber adecuadamente.
- 3º.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º.- Descansar y dormir.
- 6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º.- Mantener la temperatura corporal.
- 8º.- Mantener la higiene corporal.
- 9º.- Evitar los peligros del entorno.
- 10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- Variables: estados patológicos:

3.1.2 METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA:

3.1.2.1 PERSONA:

- Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.
- La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.
- La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.
- Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

3.1.2.2 ENTORNO:

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

3.1.2.3 SALUD:

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.



SECCIÓN: IV

ELEMENTOS

DEL

PROCESO DE ATENCION

DE ENFERMERIA.

4.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.1.1 DEFINICION:

Método que permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- **Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- **Diagnóstico de Enfermería:** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- **Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- **Ejecución:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
Evaluación: Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

4.1.2 OBJETIVOS

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

4.1.2.1 VENTAJAS:

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
Crecimiento profesional.

Las características:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

4.1.3 ETAPA DE VALORACIÓN:

Es la primera fase, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc.)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- **Datos objetivos:** se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- **Datos históricos - antecedentes:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- **Datos actuales:** son datos sobre el problema de salud actual.

4.1.3.1 MÉTODOS PARA OBTENER DATOS:

A) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

B) La observación:

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física:

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

4.1.4 ETAPA DE DIAGNÓSTICO:

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas:

- Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

4.- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo.

4.1.4.1 TIPOS DE DIAGNÓSTICOS:

Hay cuatro tipos de diagnósticos, que son: reales, de alto riesgo, de bienestar o posibles.

- **Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen. El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- **Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. primera descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- **Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- **De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

4.1.5 ETAPA DE PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.

Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección de todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- **Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.** Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- **Elaboración de las actuaciones de enfermería.** esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos.
- **Documentación y registro.** es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.

4.1.6 ETAPA DE EJECUCIÓN:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

4.1.7 ETAPA DE EVALUACIÓN:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos:

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test).

4.- Capacidad psicomotora (habilidades):

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal.



SECCIÓN: V

PROCESO

DE

ATENCIÓN

DE

ENFERMERÍA

5.1 HISTORIA CLINICA.

NOMBRE: G. T. G. EDAD: 38 años.
ESTADO CIVIL: Casada. RELIGION: Católica.
OCUPACION: Hogar. ESTUDIOS: Secundaria.

AHF:

Padre finado por diabetes, hermana con antecedentes de cáncer de mama, madre hipertensa.

APNP:

Casa familiar con todos los servicios, construida de materiales perdurables, hábitos higiénico – dietéticos normales.

APP:

Una cesárea.

AGO:

Menarca 12 años, ritmo regular, dismenorreica con duración de 14 días G: 4, P: 0, C: 1, A: 3, FUC: 20/12/86, por DPC, paciente que acude con sangrado transvaginal DOC: hace 18 meses, sin resultados, DOCMA: no realizado.

PA:

Paciente que es referida de la consulta externa por referir STV de 3 meses de evolución de manera intensa de una semana el cual suspendió hace 24 horas.

EF:

Paciente consiente con palidez de tegumentos (+++), cardiopulmonar sin alteraciones, mamas de acuerdo a edad y sexo, abdomen sin datos de irritación peritoneal, TV con cérvix posterior, cerrado, a la salida del guante del explorador con sangrado no activo escaso útero de 12x6x5 aprox. Al tacto bimanual.

A:

USG del día de hoy que refiere útero de 12.5x6.7x7.5 portador de miomas de pequeños elementos y medianos, endometrio de 26mm, (hiperplásico con múltiples pequeños hematomas libres en cavidad uterina), anexos únicamente visualizando ovario izquierdo de características normales, no se observo liquido libre.

P:

Legrado Hemostático Biopsia.

5.1.1 NOTA DE INGRESO.

P: Femenina de 38 años de edad con diagnóstico de sangrado uterino anormal.

S: Sangrado transvaginal moderado, con presencia de coágulos moderados, sin dolor, niega datos de vasoespasmo, con tolerancia a la vía oral.

O: Conciente, orientada, sin compromiso, palidez generalizada de tegumentos, abdomen blando depresible, sin dolor a la palpación profunda ni superficial, tacto vaginal con presencia de sangrado de escaso a moderado, miembros torácicos y pélvicos con llenado capilar de 2", con rots, normorreflexivos.

A: Se mantiene en observación.

P: ver indicaciones.

5.1.2 NOTA QUIRURGICA.

Paciente en sala de quirófano en decúbito dorsal previa asepsia y antisepsia de la zona colocación de campos estériles se realiza incisión media infraumbilical por planos hasta cavidad abdominal se toma útero del fondo con pinza cortan y ligan con catgut crómico del # 0, se pinza, liga y corta ligamento infundíbulo pélvico se disecciona peritoneo anterior y posterior se baja vejiga se pinzan, cortan y ligan arterias uterinas se verifica hemostasia, se pinzan, cortan y ligan ligamentos de mackenrot se refieren suturas, se cortan en v y se introduce cierre de cúpula vaginal con técnica abierta cierre de peritoneo visceral con catgut crómico del # 0, se verifica hemostasia, se extraen compresas y se retira valva, cierre de peritoneo parietal con catgut crómico del # 0, aponeurosis con PDS del # 1, TCS con vicryl del # 2-0, piel con nylon del # 2-0, subdermico, se verifica hemostasia y da por terminado el procedimiento, sin incidentes ni complicaciones.

Hallazgos: útero en AVF de aproximadamente 12x9x8cms de aspecto congestivo y bordes irregulares ovarios de características normales.

5.1.3 NOTA DE EVOLUCION.

Femenina de 38 años de edad con DX. PO HTA secundaria a miomatosis uterina asintomática tolera la vía oral, deambula, urosis presente, conciente, orientada, con buena coloración de piel y tegumentos bien hidratada, cardiopulmonar sin compromisos, abdomen con Hx Qx limpia sin datos de infección extremidades integra sin edema normal.

Paciente que evoluciona satisfactoriamente.

Alta.

5.1.4 PLAN DE ALTA.

La paciente permaneció 3 días hospitalizada su recuperación fue favorable gracias a la participación del personal de salud, la paciente y su familia. A su egreso se elaboró un plan de alta en donde se informó a la paciente de los cuidados de su herida quirúrgica, la administración de medicamentos y el tipo de dieta recomendada.

1.- Cuidados de herida.

- Lavar la herida con agua y jabón. (lavar la herida, secar perfectamente y cubrirla con gasas estériles).
- Aplicar vendaje compresivo en abdomen.
- Vigilar datos de infección. (dolor, comezón, enrojecimiento y salida de liquido), si presenta alguno de estos datos acudir al servicio de urgencias ginecológicas.
- Acudir a retiro de puntos en ocho días al servicio de urgencias ginecológicas.

2.- Dieta.

- Dieta normal. (libre de irritantes y grasas).
- Tomar abundantes líquidos.
- Ingerir alimentos ricos en fibra.

3.- Medicamentos.

- Ampicilina de 500mg. Tomar 1 capsula c/ 8hrs por 8 días.
- Metamizol de 500mg. Tomar 1 tableta en caso de fiebre o dolor.



DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

5.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA BASADO EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	
MODIFICACIÓN DEL PATRÓN RESPIRATORIO RELACIONADO CON EL EVENTO POSTQUIRÚRGICO MANIFESTADO POR DISNEA.	
NECESIDAD:	
<ul style="list-style-type: none"> • Respiración. <p>(Proceso fisiológico por el cual los organismos vivos toman oxígeno del medio circundante y desprenden dióxido de carbono).</p>	
VALORACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar y mantener la adecuada respiración de la paciente. 	
OBJETIVO:	
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una vía aérea funcional. 	
Intervenciones:	Fundamentación:
1.- Valoración continua del patrón respiratorio.	La expresión de reacciones emocionales está estrechamente relacionada con la respiración, provocando constricción de los músculos lisos que apoyan al mecanismo de la respiración.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • Se identificó alteraciones en la respiración. 	
Intervenciones:	Fundamentación:
2.- Auscultar campos pulmonares.	Es el método de exploración física que se efectúa por medio del oído que permite valorar ruidos o sonidos producidos por los pulmones.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • Se identificó la adecuada ventilación pulmonar. 	

Intervenciones:	Fundamentación:
3.- Mantener vías aéreas permeables.	La difusión del O_2 a través de las paredes alveolares permite una corriente sanguínea, y la adecuada difusión del CO_2 desde la sangre a los alvéolos.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • Se logro mantener la adecuada ventilación pulmonar. 	
Intervenciones:	Fundamentación:
4.- Oxigenoterapia continúa.	La administración de O_2 por medios artificiales restablece la concentración normal de sangre permitiendo una adecuada ventilación.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • Se logro disminuir la disnea, mejorando la función pulmonar y permitiendo la correcta ventilación. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	
DÉFICIT NUTRICIONAL RELACIONADO CON EL TIPO DE DIETA MANIFESTADO POR FALTA DE APETITO.	
NECESIDAD:	
<ul style="list-style-type: none"> Alimentarse. <p>(Es el ingreso de nutrimentos al organismo).</p>	
VALORACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> Valorar el estado nutricional. 	
OBJETIVOS:	
<ul style="list-style-type: none"> Aumentar el apetito y así lograr un estado nutricional adecuado. 	
Intervenciones:	Fundamentación:
1.- Valorar el tipo de alimentación de la paciente.	La educación nutricional depende de la disponibilidad de alimentos, su utilización y de las técnicas culinarias.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> Aumento el apetito. 	
Intervenciones:	Fundamentación:
2.- Administrar los tipos de dieta de acuerdo al acto quirúrgico.	Los procesos digestivos químicos incluyen la conversión de sustancias complejas a sencillas, así como el proceso de hidrólisis dependiente de enzimas.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> Se evito alteraciones intestinales restableciendo la motilidad intestinal paulatinamente. 	
Intervenciones:	Fundamentación:
3.- Brindar una dieta balanceada.	Una dieta balanceada o equilibrada es aquella que a través de los alimentos que forman parte de cada una de las comidas aporta nutrientes en las proporciones que el organismo sano necesita para su buen funcionamiento.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> Se favoreció la eliminación de desechos. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	
ALTERACIÓN DE LA ELIMINACIÓN URINARIA RELACIONADO CON EL SONDAJE VESICAL MANIFESTADO POR ANURIA.	
<p>NECESIDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar desechos. (Urinarios e Intestinales). <p>(El deseo de orinar es producto por la presión que ejerce la orina acumulada, por la composición química de esta y la estimulación refleja dentro de la vejiga).</p> <p>(Salida natural o artificial de materia fecal).</p> <p>VALORACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la adecuada eliminación urinaria. <p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la eliminación urinaria. 	
Intervenciones:	Fundamentación:
1.- Colocación de sonda vesical con técnica estéril.	La sonda actúa como canal para vaciar la vejiga.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • Se logro el adecuado vaciamiento de vejiga evitando alteraciones en el acto quirúrgico y el registro de las características de la orina. 	
Intervenciones:	Fundamentación:
2.- Fijación correcta de sonda.	El uso de material para fijación de la sonda a la piel previene de lesiones a esta.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • Se evito el desprendimiento y salida de la sonda vesical. 	
Intervenciones:	Fundamentación:
3.- Vigilar permeabilidad de sonda.	A mayor calibre de la sonda, mayor rapidez en la eliminación de orina por vejiga.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • Se evito la retención de orina. 	

Intervenciones:	Fundamentación:
4.- Registro y características de la orina.	Las características en la orina permite valorar la presencia de hematuria u otras alteraciones.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • Se identificaron alteraciones en la orina. 	
Intervenciones:	Fundamentación:
5.- Cuantificación de orina.	La orina es un líquido acuoso transparente y amarillento, de olor característico, secretado por los riñones y eliminado al exterior por el aparato urinario.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • Se logro un adecuado balance de egresos. 	
Intervenciones:	Fundamentación:
6.- Realización de enema evacuante.	Los enemas reblandecen las heces fecales y estimulan el reflejo de defecación.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • Se logro la adecuada evacuación intestinal. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	
RIESGO POTENCIAL DE DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA RELACIONADO CON PROCESO QUIRÚRGICO.	
<p>NECESIDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> Movimiento y mantenimiento de la postura. <p>(Funcionamiento correcto y armónico del aparato músculo esquelético en coordinación con el sistema nervioso).</p> <p>VALORACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar si la paciente tiene una postura correcta durante la cirugía. <p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evitar el edema de miembros pélvicos mediante la adecuada postura de la paciente durante el proceso quirúrgico 	
Intervenciones:	Fundamentación:
1.- Aplicación de vendaje en miembros pélvicos.	Los vendajes limpios y bien aplicados proporcionan bienestar al paciente favoreciendo la circulación neurovascular.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> Se evito la formación de edema en miembros pélvicos. 	
Intervenciones:	Fundamentación:
2.- Mantener las extremidades alineadas.	La alineación corporal evita lesiones neuromusculoesqueleticas.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> La adecuada posición anatómica durante el proceso quirúrgico evito lacerar órganos adyacentes al extirpado. 	
Intervenciones:	Fundamentación:
3.- Colocación del colchón y de almohadillas en salientes óseas durante la colocación de la posición de la paciente.	Las almohadillas y el colchón de la mesa quirúrgica ofrecen seguridad y favorecen la posición anatómica durante el acto quirúrgico.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> La colocación de almohadillas y del colchón en la mesa quirúrgica permitió la adecuada posición y exposición del órgano extirpado. 	

Intervenciones:	Fundamentación:
4.- Interrogar a la paciente acerca de la sensibilidad y movilidad de miembros inferiores.	Los modelos de movimiento son flexión - extensión, abducción - aducción y rotación interna - rotación externa, nos permiten identificar el grado de sensibilidad y movilidad en miembros superiores e inferiores.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • Se identifico la sensibilidad y movilidad de los miembros superiores e inferiores mediante los modelos del movimiento. 	
Intervenciones:	Fundamentación:
5.- Al término de la cirugía evaluar circulación distal, llenado capilar y pulsos dístales pedial y popíteleo.	<ul style="list-style-type: none"> • La valoración del pulso y llenado capilar permite valorar posibles disfunciones neurovasculares.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • Se identifico la adecuada función neurovascular. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

DÉFICIT DEL SUEÑO FISIOLÓGICO RELACIONADO CON DOLOR EN ÁREA QUIRÚRGICA MANIFESTADO POR SOMNOLENCIA, ALETARGAMIENTO E IRRITABILIDAD.

NECESIDAD:

- Dormir, descansar y selección de vestimenta.

(El sueño como parte del ciclo vigilia – sueño es una de las formas para recuperar la energía perdida durante el día y por tanto generar descanso físico y mental).

VALORACIÓN:

- Determinar el grado de dolor.

OBJETIVO:

- Disminuir el dolor y lograr el descanso de la paciente.

Intervenciones:	Fundamentación:
1.- Evaluación del dolor a través de la escala de caras del dolor de Bieri.	La escala de Bieri para medir el dolor permite reconocer el grado que presenta la paciente.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none">• Se logro identificar el grado de dolor y se tomo las medidas adecuadas para la paciente.	
Intervenciones:	Fundamentación:
2.- Ministración de analgésicos.	Los analgésicos son fármacos utilizados para calmar el dolor.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none">• Disminuyo el dolor mediante la aplicación de analgésicos preescritos y se logro tranquilizar a la paciente mediante la explicación de las generalidades relacionadas con dosis, prescripción y vías de administración.	

Intervenciones:	Fundamentación:
3.- Asistir a la paciente para adoptar posición antiálgica.	La postura corporal adecuada tiene fines de comodidad, diagnóstico o terapéuticos.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • El cambio de posiciones disminuye el dolor. 	
Intervenciones:	Fundamentación:
4.- Brindar terapia ocupacional.	El arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, para prevenir la incapacidad, para valorar la conducta y para tratar o adiestrar a los pacientes con disfunciones físicas o psicosociales.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • La terapia ocupacional logra la distracción de la paciente y que conciliará el sueño. 	
Intervenciones:	Fundamentación:
5.- Seleccionar la ropa adecuada.	Un ambiente en óptimas condiciones de limpieza y físicas proporcionan una mejor comodidad.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • La paciente logra un grado óptimo de comodidad y confort durante su estancia hospitalaria. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	
DISMINUCIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL RELACIONADO CON EFECTOS POST-ANESTESICOS MANIFESTADO POR HIPOTERMIA.	
<p>NECESIDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantener la temperatura. <p>(El grado de calor mantenido en el cuerpo por equilibrio entre termogénesis y termólisis).</p> <p>VALORACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> Valorar la temperatura corporal de la paciente. <p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantener la temperatura corporal de la paciente. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
<p>1.- Durante el procedimiento evaluar temperatura.</p>	<p>Es la medida del grado de calor de un organismo, y desempeña un papel importante para determinar las condiciones de supervivencia de los seres vivos. Así, los seres humanos necesitan un rango muy limitado de temperatura corporal para poder sobrevivir, y tienen que estar protegidos de temperaturas extremas.</p>
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> Permitió identificar la presencia de hipotermia y el control de la misma por medios físicos. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
<p>2.- Mantener ropa de acuerdo al medio ambiente en el que se encuentra la paciente.</p>	<p>La ropa adecuada permite mantener una termorregulación.</p>
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> Disminuyo la presencia de hipotermia y el paciente logro mantener una termorregulación. 	

INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
3.- Manejo de curva térmica.	La curva térmica permite evaluar las variaciones en la temperatura.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> • Se logro un adecuado control de temperatura y se identificaron las variaciones que presento la paciente. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
4.- Aplicación de calor por medios físicos.	La aplicación de calor por medios físicos ayuda a mantener una termorregulación.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> • Se logro controlar la hipotermia y mantener a la paciente cómoda. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	
DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA RELACIONADO CON USO DE ANTISÉPTICOS MANIFESTADO POR REACCIONES EN LA PIEL.	
<p>NECESIDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> Higiene. <p>(Son las condiciones de limpieza y sanidad que tienen por objeto la conservación de la salud).</p>	
<p>VALORACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la integridad cutánea. 	
<p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar el grado de reacción y el tipo de antiséptico causante. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
1.- Evitar movimientos bruscos durante el procedimiento.	La correcta mecánica corporal evita riesgos de lesiones.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> Se evitaron laceraciones en la piel de la paciente. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
2.- Realizar tricotomía evitando lacerar la piel.	La tricotomía es el rasurado de vello de alguna parte del cuerpo la adecuada realización evita laceraciones.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> La realización adecuada de la tricotomía evito irritaciones en la piel de la paciente. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
3.- Evaluar presencia de reacciones en la piel por el uso de antisépticos y adhesivos durante y después de la cirugía.	Los químicos en los antisépticos pueden dañar la piel de la paciente, por que contienen agentes irritantes que pueden destruir las capas superficiales de la piel.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> Se identificaron posibles reacciones en la piel. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	
RIESGO DE INFECCIÓN RELACIONADO CON TÉCNICA QUIRÚRGICA MANIFESTADA POR DEHISCENCIA DE HERIDA.	
NECESIDAD:	
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar peligros. (Infección de Herida Quirúrgica). <p>(Riesgo o contingencia inminente de que suceda algún mal).</p>	
VALORACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la adecuada esterilización y manejo del material. 	
OBJETIVO:	
<ul style="list-style-type: none"> • Lograr el adecuado manejo del material estéril y técnica quirúrgica. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
1.- Verificar indicadores de esterilidad en material y/o equipo.	La esterilización destruye totalmente todo tipo de vida microbiana.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> • Se identifico la adecuada esterilización del material. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
2.- Manejo estricto de técnicas y principios de asepsia y antisepsia.	Procedimientos por el cual un número de microorganismos se reduce hasta un nivel de seguridad.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> • Con el adecuado manejo de las técnicas de asepsia y antisepsia se evitaron infecciones. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
3.- Registrar el uso de antibióticos.	Los antibióticos destruyen bacterias y otros microorganismos.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> • La administración de antibióticos previno infecciones. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	
RIESGO DE CAÍDA RELACIONADO CON EFECTOS POST ANESTÉSICOS MANIFESTADO POR DEBILIDAD MUSCULAR PERIFÉRICA.	
NECESIDAD:	
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar peligros. (Caida). <p>(Riesgo o contingencia inminente de que suceda algún mal).</p>	
VALORACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar y vigilar el adecuado traslado del paciente durante su estancia hospitalaria. 	
OBJETIVO:	
<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir traumatismos durante el traslado y manejo del paciente en su estancia hospitalaria. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
1.- Explicar a la paciente acerca de la asistencia durante los traslados y cambios de posición.	La cooperación y aplicación de la mecánica corporal favorece el traslado de pacientes.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> • Con el adecuado uso de la mecánica corporal y cooperación de la paciente se evitaron caídas. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
2.- Explicar al ingreso de la paciente a la sala quirúrgica la estreches de la mesa quirúrgica y de las camillas.	La camilla es una cama pequeña y portátil que se utiliza para trasladar pacientes.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> • La paciente evito moverse continuamente en la camilla y así se previno una caída. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
3.- Utilizar sujeción necesaria de acuerdo al procedimiento.	Las diferentes técnicas de sujeción evitan riesgos de caídas y laceraciones en los pacientes.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> • El uso de la técnica de sujeción evito caídas. 	

INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
4.- valorar el estado de conciencia de la paciente.	La escala de Glasgow permite valorar el grado de conciencia del paciente.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> Se identifico el estado de conciencia de la paciente evitando caídas eminentes. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
5.- Al término de la cirugía valorar el grado de movilidad de miembros inferiores.	El evaluar la movilidad de los miembros inferiores permite identificar el grado de sensibilidad después del efecto post anestésico.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> Se logro evaluar los efectos residuales de anestesia y se identifico la movilidad y sensibilidad de los miembros pélvicos. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
6.- Elevar barandales de la camilla durante todo el proceso de recuperación.	Los barandales en la camilla brindan protección y seguridad a la paciente.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> La paciente se sintió más segura y cómoda en la camilla. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	
ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO, RELACIONADO CON EL PERIODO TRANS -OPERATORIO MANIFESTADO POR TEMOR Y ANGUSTIA.	
NECESIDAD:	
<ul style="list-style-type: none"> • Autosatisfacción y Expresión de emociones. (Satisfacción de si mismo).	
VALORACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el estado emocional de la paciente. 	
OBJETIVO:	
<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que la paciente se adapte al proceso que va a afrontar y olvide su temor. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
1.- Preparación del quirófano con el equipo y material necesario para el procedimiento quirúrgico.	El quirófano es una área específica en la q se integran servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para realizar intervenciones quirúrgicas.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> • Con el adecuado manejo del material y equipo necesario para la cirugía la paciente se sintió con más confianza al procedimiento que se le va a realizar. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
2.- Recepción, presentación e instalación de la paciente en la mesa quirúrgica.	La empatía es la capacidad de sentir y comprender las emociones ajenas como propias.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> • La empatía que muestra el personal de salud en el trato logro tranquilizar a la paciente. 	

INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
3.- Continua comunicación entre el personal del quirófano.	La constante comunicación entre el personal y paciente favorece para tranquilizar y hacer que coopere el paciente durante el procedimiento.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> • La interacción entre medico y enfermera logro una autosatisfacción de la paciente. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
4.- Conocer todo el historial clínico de la paciente	El historial clínico es un documento que registra los antecedentes del paciente, su padecimiento actual y los datos correspondientes a la exploración física.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> • El conocimiento sobre los antecedentes en la paciente evito una iatrogenia. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	
PERDIDA DE LA AUTOESTIMA RELACIONADO CON LA REALIZACIÓN DE HISTERECTOMÍA MANIFESTADO POR DEPRESIÓN.	
NECESIDAD:	
<ul style="list-style-type: none"> Autosatisfacción y Recreación. 	
VALORACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> Valorar el estado de ánimo de la paciente. 	
OBJETIVOS:	
<ul style="list-style-type: none"> Motivar y elevar la autoestima de la paciente. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
1.- Brindar apoyo psicológico.	El apoyo psicológico ayuda a reducir los problemas que presenta la paciente brindándole orientación y consejo psicológico
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> Se logro elevar la autoestima de la paciente y mantenerla mas tranquila. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
2.- Brindar terapia ocupacional.	El Terapeuta Ocupacional evalúa, analiza y aporta conocimientos a las teorías científicas sobre la independencia funcional y la aplicación de los métodos terapéuticos útiles en el área de rehabilitación.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> Se fomento la distracción de la paciente logrando mantenerla en actividades recreativas disminuyendo la depresión. 	
INTERVENCIONES:	FUNDAMENTACIÓN:
3.- Informar a la paciente que su vida personal y de pareja no va a sufrir cambios.	Explicar a la paciente que el perder alguna parte de su cuerpo no debe de influir en su vida personal y de pareja.
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> Se logro tranquilizar a la paciente quitando de su mente mitos que tiene en cuanto a su procedimiento. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	
DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS, RELACIONADO AL INGRESO HOSPITALARIO, MANIFESTADO POR ANSIEDAD.	
NECESIDAD:	
<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje. <p>(Modificación en la forma de reaccionar de una persona frente a una situación conocida).</p>	
VALORACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la adaptación de la paciente en el ambiente hospitalario. 	
OBJETIVOS:	
<ul style="list-style-type: none"> • Aclarar las dudas de la paciente y tranquilizarla 	
Intervenciones:	Fundamentación:
1.- Orientación general a la paciente, sobre el servicio y su paso a cirugía.	La orientación se encarga del estudio de las relaciones interpersonales que existen entre el ser humano y su medio. Involucra todos los aspectos de la vida cotidiana y su relación directa sobre la psique del individuo.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • La paciente comprendió el movimiento intrahospitalario, logrando una buena relación y comunicación con el personal de salud. 	
Intervenciones:	Fundamentación:
2.- Informar sobre los procedimientos de enfermería a la paciente y sus familiares para lograr una participación efectiva de estos.	Dar forma sustancial de los procedimientos a realizar tanto al paciente como a su familiar.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • La paciente y sus familiares comprendieron los procedimientos que se le van a realizar. 	

Intervenciones:	Fundamentación:
3.- Presentación con la paciente mostrando empatía y mantener una actitud de interés por el bienestar de la paciente.	Mostrar empatía durante la atención y cuidado de la paciente favorece la interrelación personal.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • La paciente mostró confianza hacia el personal de salud, calmando su estado de ánimo. 	
Intervenciones:	Fundamentación:
4.- Alentar a la paciente a expresar sus preocupaciones, sentimientos, e incomodidades, tomándole de las manos para expresarle apoyo.	El comprender a la paciente como una unidad de valores, deseos, emociones y necesidades que durante la enfermedad se alteran ayudan a tranquilizarla.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • La paciente se encontró tranquila y segura de si misma. 	
Intervenciones:	Fundamentación:
5.- Facilitar, en lo posible, la presencia de un familiar.	El familiar crea un ambiente de protección para la paciente.
Evaluación:	
<ul style="list-style-type: none"> • La paciente se sintió protegida y apoyada por sus familiares. 	

CONCLUSION.

La miomatosis uterina es uno de los padecimientos mas frecuentes en nuestra sociedad desafortunadamente aun no se ha podido contar con una cultura de prevención que disminuya la incidencia ya que cuando se exacerbaban los síntomas es cuando se acude al médico y por ende no existe un diagnostico oportuno.

Las mujeres no encuentran las complicaciones a futuro llevándolas a largo plazo a una esterilidad.

Haciéndoles saber la importancia de la atención periódica, olvidarse de mitos, miedos y sobre todo la vergüenza que sienten al someterse a dichas revisiones ya que por esto mismo es que hacen caso omiso a atenderse.

Es importante el trabajo del equipo multidisciplinario, ya que la labor conjunta permite la correcta recuperación de la paciente y con esto logrando obtener el reconocimiento de la sociedad.

El proceso de atención de enfermería basado en la teoría de Virginia Henderson y aplicado a nuestra paciente con miomatosis uterina, hizo posible una atención de forma holística, la cual conllevó a que la paciente manifestara tranquilidad, confianza, una pronta recuperación y un adecuado restablecimiento a su entorno social.

GLOSARIO.

Ablación. Extirpar una porción, en especial por corte.

Alimentarse. Ingreso de nutrimentos al organismo.

Amenorrea. Ausencia o detención anormal de la menstruación.

Analgésicos. Fármacos utilizados para calmar el dolor.

Anastomosis. Unión de unos elementos anatómicos con otros del mismo.

Androgénico. Pertenece o relativo a los andrógenos.

Anestesia. Pérdida de sensación.

Angiogénesis. Formación de los vasos sanguíneos.

Anuria. Falta de excreción de orina.

Aprendizaje. Modificación en la forma de reaccionar de una persona frente a una situación conocida.

Aponeurosis. Hoja o banda de tejido fibroso que cubre al cuerpo debajo de la piel y reviste los músculos y otros órganos.

Antibiótico. Fármaco que destruye bacterias y otros microorganismos.

Bifurcado. Bifido, dividido en dos, como un tenedor.

Cervix. Cuello o parte parecida a un cuello, generalmente el extremo inferior del útero.

Ciclo menstrual. Estimulación hormonal rítmica de los órganos femeninos preparándolos para la gestación, y cese de la producción de hormonas con sangrado subsecuente si el ovulo no es fertilizado.

Cuerpo amarillo. Masa amarilla en el ovario formada por un folículo de De Graaf que ha madurado y expulsado su ovulo.

Decidua. Membrana mucosa que cubre el útero, preparándolo para la implantación del cigoto.

Dismenorrea. Dolor menstrual.

Disnea. Respiración difícil o forzada.

Diuresis. Excreción mayor de orina.

Edema. Presencia de volumen anormalmente grande de líquido en los espacios intersticiales corporales.

Endometrio. Mucosa que reviste la cavidad del útero.

Escamoso. Con escamas.

Esterilización. Destrucción total de todo tipo de vida microbiana.

Frenillo. Membrana que se forma en determinados puntos del organismo y que limita el movimiento de algún órgano.

Fibroma. Tumor benigno formado exclusivamente por tejido fibroso.

Folículo de De Graaf. Pequeño saco vesicular esférico, enclavado en la corteza del ovario, que contiene un ovulo en desarrollo.

Fondo. Base o parte de un órgano hueco más alejado de la entrada.

Fusiforme. De forma de huso.

Glándulas de Bartholin. (Glándulas vestibulares mayores), se localizan entre los labios menores y el himen.

Hemorragia. Escape abundante de sangre.

Hidrópico. Sediento en exceso, que padece hidropesía o acumulación anormal de líquido seroso.

Higiene. Son las condiciones de limpieza y sanidad que tienen por objeto la conservación de la salud.

Hiperplasia. Excesiva multiplicación de células normales en un órgano o en un tejido.

Hipófisis. Toda prolongación o evaginación, especialmente la hipófisis del cerebro, o glándula pituitaria.

Hormona. Sustancia secretada por las glándulas endocrinas, que regula la función de otros órganos.

Horquilla. Bifurcación que se produce en el extremo de algo.

Inflamación. Serie de reacciones producidas en los tejidos por un irritante, caracterizadas por eritema con exudado de suero y leucocitos.

Informar. Dar forma sustancial de las cosas a realizar.

Infundíbulo. Cada una de las cavidades del organismo que tienen forma parecida a la del embudo.

Intersticial. Que ocupa los intersticios que existen en un cuerpo o entre dos o más.

Introito. Entrada o principio.

Istmo. El cuello o parte más estrecha de un órgano.

Menopausia. Cese de la menstruación en la mujer, se presenta generalmente entre los 45 y 55 años de edad.

Menorragia. Hemorragia de la matriz durante el período menstrual, menstruación excesiva.

Menstruación. Hemorragia uterina fisiológica y cíclica que se repite a intervalos de cuatro semanas más o menos, en ausencia de embarazo, durante el periodo reproductor de la mujer.

Mesenterio. Repliegue del peritoneo, formado principalmente por tejido conjuntivo que contiene numerosos vasos sanguíneos y linfáticos y que une el estómago y el intestino con las paredes abdominales. En él se acumula a veces una enorme cantidad de células adiposas.

Múltipara. Que ha tenido dos o más embarazos con descendencia viable.

Nulípara. Que nunca ha tenido un hijo viable.

Oblonga. Más largo que ancho.

Orientación. Es el estudio de las relaciones interpersonales que existen entre el ser humano y su medio, involucra todos los aspectos de la vida cotidiana y su relación directa sobre la psique del individuo.

Ovulación. Rotura de un folículo ovárico con liberación de un oocito secundario.

Patología. Estudio de la enfermedad, en especial los cambios estructurales y funcionales en los tejidos y órganos del cuerpo causados por enfermedad.

Peligro. Riesgo o contingencia de que suceda algún mal.

Rafe. Línea prominente en la porción media de una formación anatómica, que parece producida por la reunión o sutura de dos mitades simétricas.

Respiración. Proceso fisiológico por el cual los organismos vivos toman oxígeno del medio circundante y desprenden dióxido de carbono.

Sínfisis. Línea de unión y fusión entre huesos originalmente distintos.

Sueño. Es una forma para recuperar la energía perdida durante el día y por lo tanto generar descanso físico y mental.

Temperatura. Es el grado de calor mantenido en el cuerpo por equilibrio entre termogénesis y termólisis.

Terapia ocupacional. Arte y ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer, mantener la salud, prevenir incapacidades, valorar la conducta y tratar o adiestrar a los pacientes con disfunciones físicas o psicosociales.

Vagina. Estructura parecida a una vaina, por lo general es el conducto entre la vulva y el útero.

BIBLIOGRAFIA.

- Berek Jonathan S. “Ginecología de Novak” Miomatosis Uterina. 13^a Edición 2004, Mex. DF., Editorial. Mc Graw – Hill Interamericana, PP. 619-650, 917-952.
- Dereck Llewellyn – Jones. “Ginecología y Obstetricia” Miomatosis Uterina. 7^a Edición 2000, España. Editorial. Mosby, PP. 2079-2082.
- López García Guillermo. “Obstetricia y Ginecología” Histerectomía. 1^a Edición Barcelona 2004, Editorial. Manual Moderno, PP. 4-11, 619-650.
- Rock John A. “Ginecología Quirúrgica” Leiomiomas Uterinos y Miomectomia. 8^a Edición 2002 México. Editorial. Panamericana, PP. 751-786.
- Townshend Lewis Thomas Loftus, “Ginecología” Anatomía Fisiología Ginecológica. 15^a Edición 2004 México DF, Editorial. Manual Moderno, PP. 1-37.
- Mattson Smith. “Enfermería Materno-Infantil” Anatomía y Fisiología de la Reproducción y Ciclo Menstrual. 2^a Edición 2001, México DF, Editorial. Mc. Graw-Hill, PP. 2-21.

- Benson Dr. Ralph C. “Diagnostico y Tratamiento Gineco-Obstétrico”. Anatomía y Fisiología del Aparato Reprodutor Femenino. 5ª Edición 2002 México DF. Editorial. Manual Moderno, PP. 253-264.
- Francone Lossow Jacob, “Anatomía y Fisiología Humana”. Aparato Reprodutor. 4ª Edición 2000 México DF. Editorial. Interamericana, PP. 596- 630.
- Cunningham Gary. “Williams Obstetricia”. Anomalías del Aparato Reprodutor 21ª Edición 2002 México. Editorial. Panamericana, PP. 780-800.
- Rosales Barrera Susana. “Fundamentos de Enfermería”. Principios Fundamentales Aplicados a Enfermería. 2ª Edición 1999, México DF, Editorial. Manual Moderno PP. 29-35.
- Reeder. “Enfermería Materno Infantil”. Aspectos Biofísicos de la Reproducción Humana. 17ª Edición, México DF Editorial. Mc. Graw-Hill, PP. 91-118.
- Martius Heinrich. “operaciones Obstétricas”. Histerectomía. 3ª Edición, Barcelona, España Editorial. Labor, PP. 271-280.

- **Urdang Laurence. “Enciclopedia Mosby de Medicina y Enfermería”. 4ª Edición, Barcelona, España Editorial. Océano.**
- **NANDA. “NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones”, 1ª Edición 2005, Madrid, Editorial Elsevier España.**
- **Perry, AG. “Enfermería clínica técnicas y procedimientos”. 4ª Edición 2000, España, Editorial Trillas.**
- **McCloskey, J. “Clasificación de Intervenciones de Enfermería” 4ª Edición 2004, España, Editorial Cinsa.**
- **Fernández, C. El proceso de atención de Enfermería. 1ª Edición 2005, México, DF. Editorial Masson. PP. 23- 35.**
- **Skandalakis. “Anatomía y Técnicas Quirúrgicas”. 2ª Edición 2001, México, DF. Editorial Océano.**
- **Sánchez, Fer. “MANUAL TECNICAS QUIRURGICAS”, 2ª Edición 2004, España. Editorial Díaz de Santos.**

HEMEROGRAFIA.

- **Revista de la Facultad de Medicina. MI Mata, SP Jaramillo, EL Mata, TD Martínez. “Frecuencia de Miomatosis Uterina en Pacientes de Consulta Externa del Hospital General” Editorial UNAM PP. 23-25**
- **Revista de Enfermedades del Tracto Genital Inferior, Bañuelos, R. “Miomatosis uterina, un enfoque endocrinológico” Editorial Medigrapic. PP. 94-99**
- **Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica, Pliego PA, Celaya BR, Juárez GJ, Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia: experiencia con 139 casos (1994-2001) Editorial Medigraphi. PP. 109-113**

EN LINEA.

- **Diccionario Medico-Biológico, Histórico y Etimológico**

www.dicciomed.es

- **Diccionario Médico**

www.buenasalud.com/dic/

- **Diccionario médico, Enciclopedia Médica.**

www.iqb.es

