



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Dimensión practica del examen complejo previo a la obtención del grado académico de licenciado en enfermería**

**TEMA DEL CASO CLÍNICO**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADULTO 26 AÑOS CON TERATOMA OVÁRICO BILATERAL**

**AUTOR**

**ZAMBRANO PARRAGA AUGUSTO BLADIMIR**

**TUTOR**

**LCDA.HINOJOSA GUERRERO MARILU MERCEDES**

**Babahoyo-Los Ríos- Ecuador**

**2021**

## INDICE GENERAL

|   |     |
|---|-----|
| DEDICATORIA .....   | I   |
| AGRADECIMIENTO .....  | II  |
| TITULO DEL CASO CLINICO .....   | III |
| RESUMEN.....  | IV  |
| ABSTRACT .....  | V   |
| INTRODUCCIÓN.....   | VI  |
| MARCO TEORICO .....   | 1   |
| 1.1 JUSTIFICACIÓN .....   | 6   |
| 1.2 OBJETIVOS .....   | 7   |
| 1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....   | 7   |
| 1.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO .....   | 7   |
| 1.3 DATOS GENERALES .....   | 8   |
| II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO .....   | 8   |
| 2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....                                   | 8   |
| 2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS) .....                       | 9   |
| 2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....  | 9   |
| 2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....   | 12  |
| 2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....   | 14  |
| 2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR..... | 14  |
| 2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....                    | 16  |
| 2.8 SEGUIMIENTO .....   | 16  |
| 2.9 OBSERVACIONES .....   | 18  |
| CONCLUSIONES.....   | 19  |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....   | 20  |
| ANEXOS .....  | 20  |

## **DEDICATORIA**

El presente estudio de caso se lo dedico principalmente a Dios y a todas las personas que estuvieron presentes en esta etapa de formación académica que de una u otra manera aportaron de forma positiva especialmente a mis padres por el apoyo económico y motivacional ya que sin ellos esto no sería posible.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

A mi esposa por siempre estar para mí cuando la necesito y motivarme a seguir adelante.

**AUGUSTO BLADIMIR ZAMBRANO PARRAGA**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por bendecirme la vida y poder guiarme a lo largo de esta etapa de formación académica, por ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a mis padres: Energio y Ángela por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

Agradezco a mis docentes de la Universidad Técnica de Babahoyo, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de mi preparación profesional.

**AUGUSTO BLADIMIR ZAMBRANO PARRAGA**

**TITULO DEL CASO CLINICO**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADULTO 26 AÑOS CON  
TERATOMA OVÁRICO BILATERAL

## RESUMEN

Los teratomas ováricos pertenecen a la familia de los tumores de células germinales del ovario. Dado que los teratomas se originan en una sola de estas células, pueden contener cualquiera de estas tres capas ectodermo, mesodermo o endodermo. Por lo tanto sus estructuras forman tejidos que los ovarios no identifican como propios y que tienen una distribución desorganizada los teratomas pueden estar constituidos por varios tipos de tejidos como cabello, grasa, huesos y dientes.

Las masas tumorales que se presentan en la parte inferior del abdomen son causa recurrentes en las consultas ginecológicas. Los teratomas se clasifican en teratomas inmaduros, maduros, monodérmicos altamente especializados, por lo general los teratomas ováricos son asintomático pero en ocasiones según su tamaño y localización pueden presentar, dolor pélvico, tumoración abdominal, dolor en las relaciones sexuales, disurias, infertilidad, menorragia.

Afectan a las mujeres en edad fértil el 70% son de neoplasias ováricas y en pacientes post-menopáusicas en un 20%. Estudios han demostrado que estos tumores son predominantemente unilaterales y su tasa es baja cuando ocurre de manera bilateral en un 6.4%.

El caso a tratarse es de una paciente de sexo femenino de 26 años de edad que acude al área de emergencia por presentar irritabilidad dolor abdominal localizado en hipogastrio que irradia a la fosa iliaca derecha de moderada intensidad, acompañado de cefalea. Médico indica examen complementarios como biometría hemática, uroanálisis, química, ecografía pélvica destacando teratoma ovárico bilateral.

**Palabras claves:** teratoma, ovario, bilateral dolor\_pelvico, calcificaciones.

## ABSTRACT

Ovarian teratomas belong to the family of germ cell tumors of the ovary. Since teratomas originate from only one of these cells, they can contain any of these three layers - ectoderm, mesoderm, or endoderm. Therefore, their structures form tissues that the ovaries do not identify as their own and that have a disorganized distribution. Teratomas can be made up of various types of tissues such as hair, fat, bones and teeth.

Tumor masses that occur in the lower abdomen are a recurring cause in gynecological consultations. Teratomas are classified as immature, mature, highly specialized monodermal teratomas, ovarian teratomas are generally asymptomatic but sometimes, depending on their size and location, they may present, pelvic pain, abdominal mass, pain during sexual intercourse, dysuria, infertility, menorrhagia.

They affect women of childbearing age 70% are ovarian neoplasms and in post-menopausal patients in 20%. Studies have shown that these tumors are predominantly unilateral and their rate is low when it occurs bilaterally at 6.4%.

The case to be treated is a 26-year-old female patient who came to the emergency area due to irritability, localized abdominal pain in the hypogastrium that radiates to the right iliac fossa of moderate intensity, accompanied by headache. The doctor indicates complementary tests such as hematic biometry, urinalysis, chemistry, pelvic ultrasound highlighting bilateral ovarian teratoma.

**KEY WORDS:** teratoma, ovary, bilateral pelvic\_pain, calcifications.

## INTRODUCCIÓN

Las masas tumorales que se presentan en la parte inferior del abdomen son causa recurrentes en las consultas ginecológicas, de modo que los tumores de ovario son diagnosticados con mayor frecuencia. Existen diversos tipos de tumores de ovarios tanto benignos como malignos. Aproximadamente el 80 % son benignos y suele presentarse en mujeres de entre 20 a 48 años (Corrales & Ayala , 2012).

Los teratomas ováricos son tumores de origen embrionario (ectodermo, endodermo y mesodermo) constituidos de células germinales, afectan a las mujeres en edad fértil el 70% son de neoplasias ováricas y en pacientes postmenopáusicas en un 20%. Estudios han demostrado que estos tumores son predominantemente unilaterales y su tasa es baja cuando ocurre de manera bilateral en un 6.4%(Cuba et al., 2018).

Las mujeres tienen entre un 5-10% de riesgo a ser sometidas a una intervención quirúrgica en su vida si se sospecha de alguna neoplasia ovárica. El peligro de presentar un cáncer de ovario en la vida es de 1.8%, del cual el 70% tiene enfermedad avanzada al diagnóstico debido a la poca sintomatología que se muestra en estadios tempranos (Coto et al., 2019).

Por tal motivo se aplicó el proceso de atención de enfermería en adulto 26 años con teratoma ovárico bilateral que asistió de emergencia al Hospital Alfredo Noboa Montenegro acompañada de familiar por presentar dolor abdominal de moderada intensidad en hipogastrio.



## MARCO TEORICO

### Teratoma Ovárico

Las neoplasias de esta clase pertenecen a la familia de los tumores de células germinales del ovario. Dado que los teratomas se originan en una sola de estas células, pueden contener cualquiera de estas tres capas ectodermo, mesodermo o endodermo. Por lo tanto sus estructuras forman tejidos que los ovarios no identifican como propios y que tienen una distribución desorganizada. Como efecto los teratomas pueden estar constituidos por varios tipos de tejidos como cabello, grasa, huesos y dientes. Su nombre proviene del prefijo griego “teras”, que significa monstruo. El término “dermoides” se acuñó más tarde para referir estos tumores debido a la prevalencia de elementos dérmicos dentro del quiste ( Hoffman et al., 2017).

En el hombre, los teratomas se producen en el testículo, y en la mujer en los ovarios y en los niños en el hueso coccígeo, sin embargo también se pueden presentar en el sistema nervioso central (encéfalo y medula espinal), tórax o abdomen (Troncoso, 2017).

### Clasificación

**Teratomas inmaduros:** Los tumores de esta categoría son malignas. Se detectan tejidos inmaduros de una, dos o de las tres capas de células germinativas y a menudo, coexisten elementos maduros ( Hoffman et al 2017).

**Teratomas maduros:** Tumor benigno que incluyen formas maduras de las tres capas de células germinales, Sus subclases son:

1. Los teratomas quísticos maduros que surgen en el interior de las vejigas membranosas y se conocen con varios nombres como teratoma quístico maduro, quiste benigno o quiste dermoide.
2. Los teratomas sólidos maduros poseen elementos “formados” dentro de una masa sólida.
3. Los teratomas fetiformes u homúnculo conservan una forma de “muñeca” y contiene una estructura sólida constituida de las capas de células germinativas. Presentan una diferenciación espacial normal (Hoffman et al.,2017).

### **Teratomas monodérmicos altamente especializados**

Los más frecuentes son el struma-ovarum y carcinóide, que es un tumor neuroendocrino. Suelen ser unilaterales. El struma-ovarum se compone de tejido maduro, y la secreción de hormona tiroidea provoca hipertiroidismo clínico en 25-35% de los casos. La mayoría son benignos. Los tumores carcinoides son raros, al igual que otros tipos gastrointestinales o respiratorios, secretan polipeptidos y aminas (incluida la serotonina), producen principalmente flushing y diarrea, pero se han informado casos de hipoglicemia, hiperinsulinémica (Coto et al., 2019).

### **Causa**

La variedad de tejidos que se encuentran dentro de los teratomas, según se cree, no son producto de la fertilización, se ha planteado la hipótesis que se derivan del material genético contenido en un solo ovocito. Como resultado, casi todos los teratomas quísticos maduros tienen un cariotipo 46XX (Eppig, 1977; Linder, 1975). En los organismos filogenéticos inferiores, el desarrollo embrionario completo se produce a través de la partenogénesis ( Hoffman et al., 2017)

## **Manifestaciones clínicas**

Por lo general son asintomático pero en ocasiones según su tamaño y localización pueden presentar:

- Dolor pélvico.
- Tumoración abdominal.
- Dolor en las relaciones sexuales.
- Disurias.
- Infertilidad.
- Menorragia (Sinchitullo & Salvador, 2019).

## **Epidemiología**

La mayoría de las masas tumorales surgen de los ovarios. Se considera que las mujeres tienen entre un 5-10% de riesgo a ser sometidas a una intervención quirúrgica en su vida si se sospecha de alguna neoplasia ovárica. El peligro de presentar un cáncer de ovario en la vida es de 1.8%, del cual el 70% tiene enfermedad avanzada al diagnóstico debido a la poca sintomatología que se muestra en estadios tempranos. El cáncer de ovario es el tumor ginecológico más común en pacientes menores de 25 años. El ovario está constituido por diferentes tipos de tejidos. Los tumores más frecuentes son los epiteliales, aunque existen tumores de células germinales, y del estroma de los cordones sexuales (Coto et al., 2019).

Los tumores de células germinales son el tipo más común en mujeres entre las edades de 10 y 30 años. Diversos factores de riesgo pueden desarrollar cáncer de ovario son la edad, raza blanca, infertilidad, utilización de esteroides. Nacimiento, antecedentes de cáncer de mamá, colon o endometrio, y exposición a la radiación (Coto et al., 2019).

Los teratomas malignos representan el 1% de todas las neoplasias de ovario. Por lo general puede afectar a paciente mayores de 45 años con teratoma superiores a 9.9 cm de diámetro (Cabezas et al., 2017).

## **Diagnostico**

Estos tumores son complicados de palpar en el abdomen. Por ende, su diagnóstico usualmente ocurre de manera accidental en un control rutinario o durante un procedimiento quirúrgico como es una cesárea. Siendo esta la razón del gran tamaño de los teratomas, en la mayoría de los casos, imposibilita el diagnóstico temprano (Sinchitullo & Salvador, 2019).

La ubicación dentro del ovario se confirma a través de una ecografía abdominal o pélvica. Aquí puede observarse un tejido blanquecino dentro de los ovarios. La apariencia ecográfica de estos tumores depende del tamaño, la ubicación, la calcificación (acumulación de calcio) en la que se producen y la naturaleza del tejido que contienen. En ocasiones la resonancia magnética pélvica puede ayudar con el diagnóstico (Sinchitullo & Salvador, 2019).

## **Tratamiento**

El tratamiento de los teratomas depende del tamaño, los síntomas del paciente, los riesgos quirúrgico y la sospecha de malignidad. La tasa de malignidad es baja, se debe considerar la extirpación quirúrgica debido al riesgo de torsión y rotura, por ende peritonitis química intensa por contenido sebáceo y la urgencia quirúrgica subsecuente (Beckman et al., 2019).

El tratamiento es la cirugía. Para los teratomas malignos, la intervención quirúrgica debe acompañarse de quimioterapia. Para los teratomas maduros, la

técnica menos invasiva para extirpar el tumor es la laparoscopia. Puesto que, en casos de teratomas inmaduros se utilizara la laparotomía (cirugía a través del abdomen) (Sinchitullo & Salvador, 2019).

Por lo tanto muchas pacientes aún se encuentran en edad fértil, por lo que es necesario que en la intervención quirúrgica se evite dejar secuelas como adherencias pélvicas que pueden provocar infertilidad (Sinchitullo & Salvador, 2019).

En los casos más complicados, donde es necesario la extirpación de los ovarios (ooforectomía), el especialista tendrá la opción de considerar extraer una parte del ovario para mantener la función ovárica femenina (Sinchitullo & Salvador, 2019).

Finalmente, si se extirpan ambos ovarios, la mujer puede continuar conservando su útero para futuros hijos mediante la donación de óvulos (ovodonación) (Sinchitullo & Salvador, 2019).

## **Complicaciones**

Algunas de las complicaciones que resultan de la presencia de teratomas ováricos incluyen:

- Torsión de teratomas ováricos mayores de 10 cm que pueden causar sangrado.
- La rotura de un tumor o quiste provoca peritonitis crónica, infección, adherencias y compresión de órganos adyacentes.
- En teratomas malignos, se disemina por todo el cuerpo su extirpación y pronostico pueden complicarse (Sinchitullo & Salvador, 2019).

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso se lo realizó con el fin de destacar la importancia de las intervenciones de enfermería en una paciente con teratoma ovárico bilateral. Por lo general esta patología suele detectarse de forma accidental en un control rutinario de ecografía, puede ser asintomática y cuando estos teratomas son grandes o cuando ocurre torsión ovárica provoca dolor pélvico, tumoración abdominal, dolor durante las relaciones sexuales, disurias y cuando ocurre ruptura del teratoma puede ocasionar menorragia y afectar otros órganos lo que conllevaría a realizar un proceso quirúrgico. A menudo esta patología se presenta poco frecuente en edades comprendida entre 20 a 40 años en el hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Además enfermería se ha caracterizado como una profesión humanista, que se centra en el cuidado individual, colectivo y del entorno, a partir del desarrollo de sus acciones que permiten identificar las necesidades que demanda el paciente a su vez elegir los planes de cuidados y procedimientos así aplicarlos de manera correcta y poder alcanzar los objetivos planteados. Para llevar a cabo este proceso debe existir una valoración integral de datos clínicos del paciente, ecografía, exámenes de laboratorio, histopatológicos, diagnóstico médico y todas las acciones que realiza el equipo de salud para mejorar el estado del paciente.

Se aplicó el proceso atención de enfermería (PAE) realizando la respectiva valoración donde se recolecto todos los datos necesarios para su diagnóstico enfermero y así elaborar un plan de enfermería para brindar los cuidados con los mejores estándares de calidad y calidez que se ajuste a las necesidades que demanda la paciente.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL**

Aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente adulto 26 años con teratoma ovárico bilateral.

### **1.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Analizar el cuadro clínico de la paciente para un diagnóstico oportuno y ayudar a mejorar el estado de salud de la misma.
- Identificar las posibles complicaciones que se pueden presentar en teratoma ovárico bilateral.
- Planificar todas las intervenciones de enfermería que se va a llevar a cabo para el cuidado a la paciente con teratoma ovárico bilateral.
- Evaluar si se alcanzó los resultados que he propuesto en la paciente con teratoma ovárico bilateral.

### 1.3 DATOS GENERALES

|  |  |
|--|--|
| <b>Nombre:</b> NN                            | <b>Grupo Sanguíneo:</b> O+                   |
| <b>Edad:</b> 26 años                         | <b>Residencia Actual:</b> Urdaneta/ Los Ríos |
| <b>Sexo:</b> Femenino                        | <b>Estado civil:</b> Soltera                 |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b> 19 /abril / 1995 | <b>Nivel de instrucción:</b> Tercer nivel    |
| <b>Nacionalidad:</b> Ecuatoriana             | <b>Religión:</b> Católica                    |
| <b>Raza:</b> Montubia                        |  |

## II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

### 2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

Paciente de sexo femenino de 26 años de edad acude al área de emergencia por presentar cuadro clínico de 7 días de evolución caracterizado por irritabilidad dolor abdominal localizado en hipogastrio que irradia a la fosa iliaca derecha de moderada intensidad, acompañado de cefalea.

#### Antecedentes patológicos

- **Personales:** Hipertiroidismo.
- **Familiares:** Abuela materna: Diabetes tipo II.
- **Quirúrgico:** Legrado uterino de hace 3 semana.
- **Antecedentes Gineco Obstétricos:** Menarquia: 13 años, ritmo: 30x5 de forma regular, fecha de la última menstruación 15-01-2021, inicio de vida sexual activa (IVSA): abril 2013, fecha de la última relación sexual: 13-03-2021, anticoncepción: método de barrera, parejas sexuales: 1, gestas: 1, partos: 0, abortos: 1, no se ha realizado el examen de Papanicolaou.



## 2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)

Paciente al momento orientada en sus tres esferas, afebril, con reflejo pupilar presente, refiere dolor abdominal en hipogastrio que irradia a la fosa iliaca derecha de moderada intensidad acompañado de cefalea, no refiere alergia ni hábitos de consumo de tabaco, Refiere que hace 3 semanas le realizaron un legrado uterino por un aborto diferido.

## 2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).

### VALORACIÓN CÉFALO-CAUDAL

- **Estado de conciencia:** Vigil, orientada en tiempo, espacio y persona.
- **Piel:** Canela, hidratada sin presencia de edema ni erosiones.
- **Cabeza:** Normocefalo, cabello de color negro limpio de implantación normal.
- **Ojos:** Pupilas isocóricas, reactivas a la luz.
- **Nariz:** Permeable, sin secreciones.
- **Boca:** Mucosa oral semihumeda.
- **Oído:** Pabellón auricular bien implantado con buena agudeza auditiva.
- **Cuello:** Móvil con presencia de bocio tiroideo.
- **Tórax:** Expansible conservado, pulmones mormullo vesicular conservado, corazón rítmico no presencia de soplo.
- **Abdomen:** Blando doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio con irradiación en fosa iliaca derecha.
- **Genitales:** No se evidencia sangrado ni leucorrea.
- **Miembro superior e inferiores:** Simétrico sin edema.

### MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

- **Peso:** 45 kg.
- **Talla:** 1.52 cm.
- **IMC:** 19.5.

## **SIGNOS VITALES:**

- **Presión arterial:** 110/70 mmHg
- **Frecuencia Cardíaca:** 85 latidos por minutos.
- **Frecuencia respiratoria:** 20 por minutos.
- **Temperatura:** 37°C.
- **Saturación de oxígeno:** 94%

## **VALORACIÓN POR PATRONES SEGÚN MARJORY GORDON**

### **PATRÓN 1. PERCEPCIÓN / MANEJO DE LA SALUD:**

Manifiesta tener buenos hábitos higiénicos en el hogar, es consciente de su diagnóstico actual no refiere consumo de sustancias psicotrópicas.

### **PATRÓN 2. NUTRICIONAL / METABÓLICO:**

Refiere tener buenos hábitos alimenticios, ingiere 5 comida al día, consume abundante agua, no presenta alteraciones en su salud bucal.

### **PATRÓN 3. ELIMINACIÓN:**

Presenta dolor al momento de realizar las micciones.

### **PATRÓN 4. ACTIVIDAD / EJERCICIO:**

Intolerancia a la actividad física y molestia por la presencia de dolor pélvico.

#### **PATRÓN 5. SUEÑO / DESCANSO:**

Refiere que no puede conciliar el sueño ya que se despierta precozmente debido a la intensidad del dolor.

#### **PATRÓN 6. COGNITIVO / PERCEPTUAL:**

No presenta alteraciones en sus cinco sentidos, consciente de que tiene hipertiroidismo diagnosticado desde hace 3 años. Presenta dolor de modera intensidad en hipogastrio y cefalea.

#### **PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO:**

Refiere angustia y depresión por sus diagnósticos ya que no sabe lo que va a pasar con su estado de salud.

#### **PATRÓN 8. ROL / RELACIONES:**

Manifiesta vivir con su esposo y tener buena relación familiar.

#### **PATRÓN 9 SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN:**

Menarquia a los 13 años, utiliza método anticonceptivo de barrera, manifiesta que no puede mantener relaciones sexuales por la presencia de dolor.

#### **PATRÓN 10. AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS.**

Refiere tener tristeza y ansiedad por el aborto que tuvo hace 3 semanas, sensaciones habituales de estrés por su estado de salud.

## **PATRÓN 11. VALORES Y CREENCIAS:**

Paciente refiere ser católica.

### **Patrones funcionales alterados**

- Eliminación.
- Actividades y ejercicios.
- Sueño – Descanso.
- Cognitivo-Perceptual.
- Auto percepción - Auto-concepto.
- Sexualidad-reproducción.
- Afrontamiento-tolerancia al estrés.

## **2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.**

| <b>HEMATOLOGICO</b>   |                  |                                       |
|-----------------------|------------------|---------------------------------------|
| <b>EXAMENES</b>       | <b>RESULTADO</b> | <b>VALORES DE REFERENCIA</b>          |
| <b>Hematocrito</b>    | 41.1 %           | 40-50 %                               |
| <b>Plaquetas</b>      | 363.000 mcl      | 150.000-400.000 × 10 <sup>9</sup> /L. |
| <b>Glicemia</b>       | 84.2 mg/dl       | 70-100 mg/dl                          |
| <b>Linfocitos</b>     | 25.1 %           | 25-40%                                |
| <b>Glóbulo blanco</b> | 8.67             | 4-10 × 10 <sup>9</sup> /L             |
| <b>Hemoglobina</b>    | 13.1 g/dl        | 12-16 g/dl                            |

**Fuente:** Obtenido de historia clínica

| <b>UROANALISIS</b>    |          |                                |            |
|-----------------------|----------|--------------------------------|------------|
| <b>ELEMENTAL</b>      |          | <b>MICROSCOPIO</b>             |            |
| <b>Densidad</b>       | 1.020    | Aspecto:                       | Turbio     |
| <b>PH</b>             | 6        | Leucocitos                     | 2-4/ Campo |
| <b>Proteína:</b>      | Negativo | Hematíes                       | 0-1/Campo  |
| <b>Glucosa:</b>       | Negativo | Células altas:                 | Escasas    |
| <b>Cetona:</b>        | Negativo | Bacterias.                     | Escasas    |
| <b>Hemoglobina:</b>   | Negativo | Cristales de oxalato de calcio | +          |
| <b>Bilirrubina:</b>   | Negativo |                                |            |
| <b>Urobilinogeno:</b> | Negativo |                                |            |
| <b>Nitrito:</b>       | Negativo |                                |            |

**Fuente:** Obtenido de historia clínica

| <b>QUIMICAS</b>          |                  |                              |
|--------------------------|------------------|------------------------------|
| <b>EXAMEN</b>            | <b>Resultado</b> | <b>Valores de referencia</b> |
| <b>Glucosa en ayuna:</b> | 84.82 mg/dl      | 70-100 mg/dl                 |
| <b>Colesterol total:</b> | 140 mg/dl        | 125-200 mg/dl                |
| <b>Triglicéridos:</b>    | 161 mg/dl        | 150-199 mg/dl                |
| <b>Creatinina:</b>       | 0,91mg/dl        | 0,74-1,35 mg/dl              |

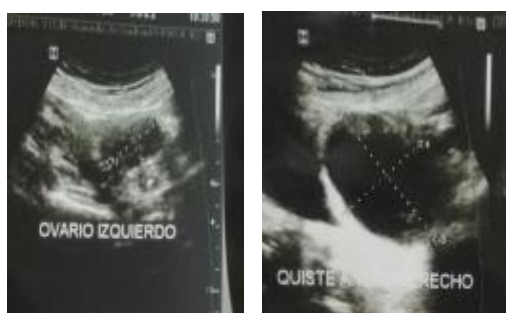
**Fuente:** Obtenido de historia clínica

| <b>MARCADORES TUMORALES</b>  |                  |                            |
|------------------------------|------------------|----------------------------|
| <b>EXAMENES</b>              | <b>RESULTADO</b> | <b>VALOR DE REFERENCIA</b> |
| <b>CA 125</b>                | 6,25             | Hasta 35 U/ml              |
| <b>CA 19-9</b>               | 1,00             | 0.37 U/mL                  |
| <b>CEA</b>                   | 1,82             | 0,00-6,5 ng/ml             |
| <b>HCG-BETA CUANTITATIVO</b> | 63,7             |                            |

**Fuente:** Obtenido de historia clínica.

## Ecografía Pelvica

El utero mide 13.74 x 6.62 x 7.64 cm. Destacando en el anexo derecho importante formación ovalado de margenes regulares. con áreas internas es ecogénica, presencia de calcificaciones, foco dermoide y contenido líquido tabicado, mide en sus diámetro máximos 11.40 x 10.59 cm, compatible con teratoma ovarico maduro. Se destaca otro teratoma izquierdo ecogénico bien definido de 45 x 43 mm, asociados existe formación quistica multilocuada ipsilateral avascular de 40 x 38 mm. Douglas libre. Se extiende el estudio



ecografico visualizando el riñon derecho con leve uroectasia. pelvis de 13 mm.

**Fuente:** Obtenido de historia clínica.

### 2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

- **Diagnóstico presuntivo:** Dolor abdominal.
- **Diagnóstico definitivo:** Teratoma ovárico bilateral.

### 2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

Una vez efectuada la respectiva valoración por parte del equipo de salud, se determinó el diagnóstico definitivo y se le explico a la paciente de su patología, sobre el tratamiento a seguir para mejorar su estado de salud. Se realizó los cuidados de enfermería; control de signos vitales, canalización de vía periférica, administración de medicamento según prescripción médica,

valoración de estaca analógica de escala analógica del dolor (EVA), colocación de medidas anti embolica. Se realizó laparotomía exploratoria por teratoma ovárico bilateral más hidronefrosis izquierda más extirpación quirúrgica del ovario derecho (Ooforectomía derecha) por torsión ovárica.

**Hallazgo:**

1. Útero AUF x1.
2. Ovario derecho presencia de teratoma de aproximadamente 12x10 cm con efecto de masa sobre órganos subyacentes incluido en tejido ovárico.
3. Ovario izquierdo presencia de teratoma aproximadamente de 4x3 cm adyacente a masa con contenido germinal se extrae y se conserva anexo.
4. Sangrado aproximadamente de 1000 ml sin complicaciones.

**NANDA:** 00133 Dolor agudo.  
**NOC:** 2305 Recuperación quirúrgica postoperatoria inmediata  
**NIC:** 2870 Cuidados postanestesia



# Dolor agudo

M  
E  
T  
A  
S

**R/C:** Teratoma ovárico bilateral.

**E/P:** Irritabilidad, dolor abdominal intenso, cefalea.

**Dominio II:** Salud fisiológica.

**Clase AA:** Respuestas terapéutica.

**ESCALA DE LIKERT**

| INDICADORES     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------|---|---|---|---|---|
| 230522 Dolor    | x |   |   | x |   |
| 230528 Cefalea  | x |   |   | x |   |
| 230521 Sangrado |   | x |   | x |   |
| 230526 Nausea   | x |   |   | x |   |
| 230527 Vómitos  |   | x |   | x |   |

**Etiqueta 2301:** Recuperación quirúrgica: postoperatoria inmediata

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

**Campo 2:** Fisiológico Complejo

**Clase J:** Cuidado perioperatoria

- Vigilar y registrar los signos vitales cada 15 minutos
- Control de vía periférica.
- Control de sonda vesical.
- Aplicar protocolo de prevención de caída.
- vigilar nivel de conciencia.
- valorar escala analógica de EVA
- valorar escala de Bromage.
- Control de apósito en herida quirúrgica.
- Proporcionar apoyo emocional al paciente.
- Administración de medicamentos según indicación médicas.

**Etiqueta 2870:** Cuidados postanestesia



**NANDA:** 00146 Ansiedad  
**NOC:** 1212 nivel de estrés  
**NIC:** 5270: Apoyo emocional



# Ansiedad

**R/C: crisis situacional**

**E/P: Angustia, temor, preocupación**

**Dominio III: Salud psicosocial**

**Clase M: Bienestar psicológico**

**ESCALA DE LIKERT**

| INDICADORES               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------|---|---|---|---|---|
| 121220 Irritabilidad      | x |   |   | x |   |
| 121221 Depresión          | x |   |   | x |   |
| 121222 Ansiedad           | x |   |   | x |   |
| 121214 Trastorno de sueño | x |   |   | x |   |

**Etiqueta 1212: Nivel de estrés**

**Campo 3: Conductual**

**Clase O: Terapia Conductual**

**Etiqueta 5270: Apoyo emocional**

- ACTIVIDADES**
- Comentar las experiencias emocionales con el paciente.
  - Explorar con el paciente que han desencadenado las emociones.
  - abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo
  - Ayudar al paciente a reconocer sentimiento de ansiedad o tristeza.
  - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

M  
E  
T  
A  
S

I  
N  
T  
E  
R  
V  
E  
N  
C  
I  
O  
N  
E  
S

## **2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES**

Los teratomas ováricos dependiendo de su tamaño ocasionan dolor grave a nivel abdominal si estos son mayores a 10 cm pueden provocar torsión del ovario he intensificar el dolor y acompañarse de sangrado la ruptura de un teratoma puede producir peritonitis crónica, infección y comprometer otros órganos (Sinchitullo & Salvador, 2019).

Por consiguiente el estudio de caso se basó en la teoría de Marjory Gordon la cual se proyectó los cuidados hacia los patrones disfuncionales de la paciente con diagnóstico de teratoma ovárico bilateral ya que por medio de la valoración de los patrones alterado se obtiene una cantidad importante de datos de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una forma organizada, esta facilita a su vez el análisis de la información para así establecer el proceso de atención de enfermería.

## **2.8 SEGUIMIENTO**

En relación al cuadro clínico que presenta la paciente con teratoma ovárico bilateral acompañado de antecedentes patológico personales de hipertiroidismo. Se logró brindar un plan de cuidados de enfermería de manera integral con responsabilidad y calidad humana mediante la aplicación del PAE a través del manejo de las taxonomías NANDA, NIC Y NOC, el cual pretende dar un tratamiento inmediato a la situación actual y la prevención de complicaciones relacionadas el cual se rigió al tratamiento indicado por el médico a continuación presento.

## **TRATAMIENTO**

- Ceftriaxona 1g IV STAF como profilaxis antibiótica.
- Tramadol 100 mg IV c/d 8 hora.

- Metoclopramida 10 mg IV c/8 horas.
- Solución salina al 0.9% 1000 ml IV 120 ml/hora.
- Ácido tranexánico 500 mg IV c/d 8 horas.
- Paracetamol 1 g IV c/d 8 horas.
- Ketorolaco 30 mg IV c/d 8 horas.
- Remetidita 50 mg IV c/d 12 horas.

### **Procedimiento a realizar**

- Monitoreo y control de signos vitales.
- Colocación de manilla de identificación del paciente.
- Brindar información sobre su patología.
- canalización de vía periférica.
- Colocación de medidas antiembólicas.
- Control de apósito a nivel de herida quirúrgica.
- Administración de medicamento según prescripción médica.

**Día 1:** Paciente es valorada por el Ginecólogo tratante donde coordino con el personal de enfermería para la realización de todos los exámenes complementario para su ingreso, tales como biometría hemática, química sanguínea, uroanálisis, así como eco pélvico donde se evidencia teratoma ovárico bilateral, posteriormente se le manda a realizar marcadores tumorales las actividades de enfermería que se realizaron fueron: control de signos vitales, higiene y confort, colocación de manilla de identificación, canalización de vía periférica, administración de medicamento según indicación médica.

**Día 2:** Personal médico decidió realizarle a la paciente una laparotomía exploratoria por teratoma ovárico bilateral. Donde se preparó a la paciente administrándole profilaxis antibiótica y colocándole las medidas antiembólicas, se realizó todos los cuidados adecuados de enfermería para dicha intervención quirúrgica, donde se le realizó ooforectomía derecha por torsión ovárica, luego de la operación la paciente pasa a la Unidad de Recuperación Postanestésica

(URPA) donde se brindó los cuidados de enfermería post operatorio y con el respectivo cumplimiento de las indicaciones médica. Luego de 2 horas la paciente estable pasa a sala de ginecología.

**Día 3:** Paciente manifiesta dolor a nivel del sitio quirúrgico donde se le valoro la herida y se evidencio rubor, calor, dolor. Donde gracias a la intervención del personal médico y de los cuidados de enfermería se alivió el malestar de la paciente aplicando hielo a nivel del sitio quirúrgico, medicación prescrita.

**Día 4:** Paciente en condiciones estable es valorada por el ginecólogo tratante de turno donde decide su alta médica, se brinda consejería de enfermería para el cuidado y recuperación en casa con tratamiento médico vía oral y se cita para su control.

## **2.9 OBSERVACIONES**

Paciente de 26 años que desde el día que llevo presento mucho dolor a nivel de hipogastrio que irradia a fosa iliaca derecha acompañado de cefalea. Luego fue valorada por el personal de salud donde se decide su ingreso para mejorar su estado de salud. Durante su hospitalización se le intervino quirúrgicamente y se administró su medicación prescrita, acompañados de todos los cuidados de enfermería proporcionados en la recuperación de la paciente, donde al cuarto día de hospitalización el ginecólogo tratante valora y decide alta médica de la paciente.

## **CONCLUSIONES**

El plan de cuidados que se brindó fue dirigido a paciente con teratoma ovárico bilateral que acudió por emergencia al hospital Alfredo Noboa Montenegro, donde se analizó el cuadro clínico por medio de la valoración se recolecto la información sobre el estado de salud por el que estaba pasando la paciente, este proceso permitió a su vez dar un juicio clínico sobre los patrones funcionales de Maryory Gordon alterado empleando la asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería (NANDA).

Por consiguiente se idéntico las posibles complicaciones que podía presentar la paciente con este diagnóstico donde se dio a conocer sobre su patología y el tratamiento médico por el cual se decidió su ingreso. Planificando todas las intervenciones de enfermería destinadas a su recuperación para poder ejecutar todos los planes de cuidados.

Finalmente se evaluó el resultado del proceso atención de enfermería donde se alcanza los objetivos planteados en la paciente ya que mediante la intervención quirúrgica y el plan de cuidado enfermero, se mejoró la condición de salud que beneficio a la paciente en sus días de hospitalización donde se mostró muy agradecida con el personal de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, J., Del Castillo, F., Fernández, D., & Muñoz, M. (2010). *Manual de Valoración de Patrones Funcionales*. Obtenido de uv.mx:  
<https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>
- Beckman, C., Ling, F., Casanova, R., Chuang, A., Goepfert, A., Weiss, P., . . . Smith, R. (2019). *Beckman y Ling Obstetricia y Ginecología 8° edición*. Wolters Kluwer.
- Cabezas, M., Rodríguez, E., Rodríguez, I., & Márquez, F. (2017). *Teratoma ovárico maduro e inmaduro, a propósito de un caso*. Obtenido de Mediagraphic:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom175h.pdf>
- Corrales , Y., & Ayala , Z. (2012). *Teratoma de ovario. Presentación de un caso*. Obtenido de Scielo:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2012000200011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000200011)
- Coto, C., Jiménez, M., & Naranjo, S. (2019). *Teratoma: masa anexial en mujeres jóvenes*. Obtenido de Medigraphic:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms196d.pdf>
- Cuba , S., Vásquez, V., & Velásquez, O. (2018). *TERATOMA QUÍSTICO MADURO DE OVARIO, EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DEL NORTE DEL PERÚ: REPORTE DE CASO*. Obtenido de Scielo:  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-74332018000200012](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332018000200012)
- Espejo, I., Querol, J., Palenzuela, S., & Martínez, L. (2016). *Teratoma maduro quístico*. Obtenido de Elsevier: <https://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-avance-teratoma-maduro-quistico-S1138359316302258>
- Hoffman, B., Schorge, J., Schaffer, J., Halvorson, L., Bradshaw, K., & Cunningham, G. (2015). *Williams GINECOLOGIA 2da Edición*. McGraw-Hill.
- Sinchitullo, A., & Salvador, Z. (2019). *¿Qué es un teratoma? – Definición, tipos, causas y síntomas*. Obtenido de Reproduccion Asistida ORG:  
<https://www.reproduccionasistida.org/teratoma/#:~:text=La%20causa%20principal%20de%20la,Teratoma%20ov%C3%A1rico%20maduro%3A%20generalmente%20asintom%C3%A1tico>.
- Troncoso, J. L. (2017). *TERATOMAS GINECOLÓGICOS: NO EXTRAERLOS PUEDE COMPROMETER TU FERTILIDAD*. Obtenido de clinicalascondes:  
<https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Ginecologia/Teratomas-ginecologicos-problemas-fertilidad>

## ANEXOS



**Ilustración 1:** Monitorización de signos vitales

Nombre del Paciente: **YANIA LISBETH**  
 Médico Solicitante: **A QUIEN CORRESPONDA**  
 Fecha: **24-abr.-2021**

Código: 194664  
 Edad: 26 Años

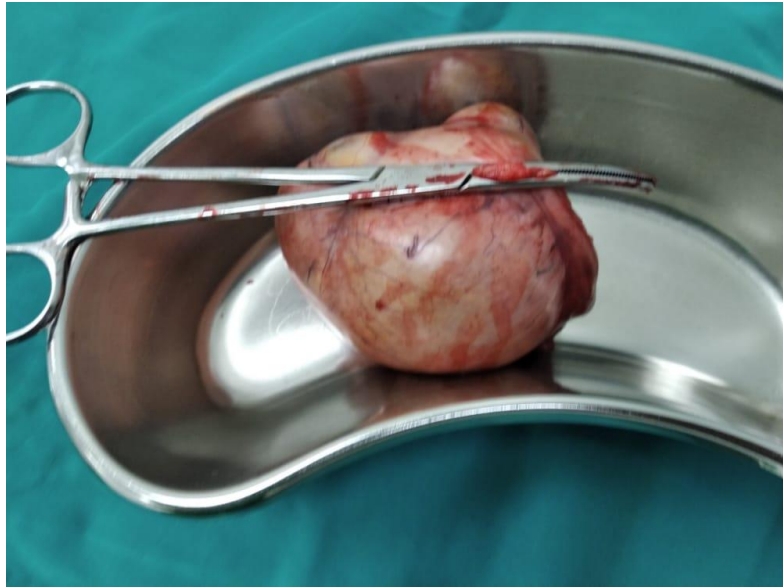
ESTUDIO

| ESTUDIO                       | RESULTADO   | VALORES DE REFERENCIA |
|-------------------------------|-------------|-----------------------|
| CA 125 (CARCINOMA OVARICO)    | 6,25        | HASTA 35 U/ml         |
| CA 19-9 (CARCINOMA GASTRICO)  | 1,00        | 0-37 U/ml             |
| CEA (AG. CARCINO EMBRIONARIO) | 1,82        | 0,00-6,5 ng/ml        |
| <b>HCG-BETA CUANTITATIVO</b>  | <b>63,7</b> |                       |

**HCG**

| EMBARAZO               | VALORES DE REFERENCIA      |
|------------------------|----------------------------|
| VARONES                | Negativo Hasta 2.0 mIU/mL  |
| MUJERES NO EMBARAZADAS | Negativo Hasta 10.0 mIU/mL |
| 3-7 DIAS               | 5 - 50 mIU/mL              |
| 1-2° SEMANAS           | 10-472 mIU/mL              |
| 2-3° SEMANAS           | 90-4590 mIU/mL             |
| 3-4° SEMANAS           | 462-10940 mIU/mL           |
| 4-5° SEMANAS           | 1.065-68248 mIU/mL         |
| 5-6° SEMANAS           | 7458-118515 mIU/mL         |
| 6-7° SEMANAS           | 14423-175638 mIU/mL        |
| 7-8° SEMANAS           | 31510-184628 mIU/mL        |
| 8-12° SEMANAS          | 28639-224919 mIU/mL        |
| 12-16° SEMANAS         | 9870-106917 mIU/mL         |
| 16-18° SEMANAS         | 7924-56552 mIU/mL          |

**Ilustración 2:** marcadores tumorales



**Ilustración 3:** Extirpación quirúrgica por torsión de ovario a causa de teratoma ovárico bilateral