



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA



COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRIZ

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO:
CONDUCTA OBSTÉTRICA EN PACIENTE PRIMIGESTA DE 28 AÑOS CON
MIOMATOSIS UTERINA

AUTORA
MARIA ESTEFANIA BLACIO AGUILAR

TUTOR:
DRA. KATTERINE KARIUXI VASQUEZ BONE

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2021

AGRADECIMIENTO

Tratare de ser breve, porque no terminaría nunca de expresar lo agradecida que estoy por lo bueno y malo que he vivido y de lo mucho que he aprendido de ello en todo este trayecto, hasta llegar a este momento.

Doy tres veces gracias a DIOS por lo que fui, por lo que soy y por lo que seré; gracias por mi vida, por las oportunidades, por ser el eje que me permite vivir cada día junto a mis seres queridos.

Quiero expresar mi eterno agradecimiento al pilar fundamental en mi vida mi madre Abg. Carmen Ofelia Aguilar por su apoyo moral, económico sin el cual no habría podido alcanzar esta meta.

Así mismo a mi hermano Abg. Hugo Leonardo Blacio, por el apoyo que siempre me ha brindado y por todo su cariño.

A mis compañeros de estudio de manera especial a Johana Ortega, Tania Baque y Gustavo Álvarez ya que su amistad y compañerismo en un lugar lejano a mi residencia, fueron lo que hicieron más llevable mi estadía en una tierra lejana en donde nunca me sentí una extraña y en general agradezco a todas esas personas que me brindaron su cariño y amistad.

Aquellos docentes que conocí en este trayecto y llegaban a las aulas de formación universitaria con el propósito de dejar un buen legado y formar grandes profesionales. A la noble institución educativa que me acogió con cariño.

A los profesionales que conocí en mi último año de formación práctica.

Y en general a mis demás familiares paternos y maternos, amigos cercanos y compañeros que estuvieron presentes en todos estos años, de los que aprendí y con los que compartí muchos momentos especiales.

DEDICATORIA

Como todo aquel logro que se cumple en mi vida, este también va dedicado a Dios por darme la sabiduría, la paz y la serenidad suficiente para aprovechar cada oportunidad y tomar las decisiones correctas que me llevan por la vida cumpliendo cada uno de mis ideales, trayéndome al momento hasta aquí y solo él sabe hasta donde más; dedicado a mi madre Abg. Carmen Ofelia Aguilar Zumba por todo el amor, esfuerzo y dedicación que le ha puesto a mi desarrollo personal y académico, porque sin su apoyo incondicional nada de lo que he cumplido hasta ahora me hubiese sido posible. A mi hermano por su cariño y presencia en todos los momentos. Y por su puesto a mi porque, lo soñé, me lo propuse y lo logré.

ÍNDICE GENERAL

Contenido

Agradecimiento	2
dedicatoria	3
ÍNDICE GENERAL	4
INTRODUCCIÓN	10
MARCO TEORICO	11
MIOMATOSIS UTERINA EN EMBARAZO	11
ETIOLOGÍA	11
DESARROLLO	11
EPIDEMIOLOGÍA	11
FACTORES DE RIESGO	12
CLASIFICACIÓN	12
MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	13
DOLOR:.....	13
EVALUACIÓN.....	14
SIGNOS Y EXÁMENES	14
COMPLICACIONES	14
PARTO PRETÉRMINO	14
MANEJO Y TRATAMIENTO.....	15
MIOMECTOMÍA.....	15

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	15
☐ MEDROXIPROGESTERONA	15
☐ AINES	16
☐ DANAZOL	16
☐ SUPLEMENTOS DE HIERRO	16
ATENCIÓN AL PARTO	16
SITUACIONES QUE REQUIEREN ASISTENCIA MÉDICA	17
RECOMENDACIONES.....	17
JUSTIFICACION	18
OBJETIVOS	19
OBJETIVO GENERAL:	19
OBJETIVO ESPECÍFICOS:	19
DATOS GENERALES:	19
METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	20
ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLINICO.	20
ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES.....	20
PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL.....	21
ANAMNESIS.....	21
EXAMEN FISICO.....	21
INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	23

PRUEBAS DE LABORATORIO:.....	23
FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL y DEFINITIVO.....	24
ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	24
INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	25
SEGUIMIENTO.....	26
OBSERVACIONES.....	27
CONCLUSION.....	28
REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.....	29

Resumen

La miomatosis uterina es una afección que se ha vuelto común detectar en mujeres, estos tumores muchas veces son la causa principal de problemas de fertilidad. También representan un factor de riesgo para los embarazos en curso. El presente estudio de caso clínico es referente a una paciente de sexo femenino de 28 años primigesta que se presenta a consulta por un sangrado transvaginal moderado, detectándose un mioma el cual es extirpado.

La paciente indica que presentaba estado de gravidez, no obstante, al siguiente chequeo médico, la exploración clínica indica que su embarazo se interrumpió de manera espontánea.

Existe una alta relación entre la presencia de miomas y la interrupción del embarazo. Es conocido por los profesionales que estos son causa de infertilidad. Razón por la cual es necesario se realicen pruebas de este tipo para identificar.

Cuando se presentan abortos a causa de miomatosis lo más recomendable a las pacientes es implementar un plan anticonceptivo con el fin de dar un tratamiento adecuado previo a un estado de embarazo.

Palabras claves: Miomatosis – Tumor – Primigesta – Mioma – Exploración Clínica – Infertilidad.

Summary

Uterine myomatosis is a condition that has become common to detect in women, these tumors are often the main cause of fertility problems. They also represent a risk factor for ongoing pregnancies. The present clinical case study refers to a 28-year-old female patient who presented for consultation due to moderate transvaginal bleeding, detecting a myoma which was excised.

The patient indicates that she was pregnant, however at the next medical check-up, the clinical examination indicates that her pregnancy was spontaneously interrupted.

There is a high relationship between the presence of fibroids and the termination of pregnancy. It is known to professionals that these are a cause of infertility. Reason why it is necessary to carry out tests of this type to identify.

When abortions due to myomatosis occur, the most advisable thing for patients is to implement a contraceptive plan in order to provide adequate treatment prior to a state of pregnancy.

Key words: MYOMATOSIS - TUMOR - EARLY PREGNANCY - MYOMA - CLINICAL EXAMINATION - INFERTILITY.

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

Conducta obstétrica en paciente primigesta de 28 años con miomatosis uterina

INTRODUCCIÓN

El leiomioma o mioma es un tumor benigno que puede cursar sin problemas durante el embarazo, pero en algunas ocasiones puede inducir sangrado, anemia y en determinados casos puede inducir a un aborto espontáneo.

Además, los miomas pueden convertirse en causa de esterilidad, el tratamiento para esta complicación es la miomectomía, otro es el tratamiento farmacológico, depende de la paciente y acorde a sus características.

El presente trabajo está basado en una paciente de 28 años con embarazo de 6 semanas de gestación quien llega a emergencia obstétrica presentando sangrado trans vaginal de moderada intensidad, tras la correcta valoración a la paciente se decide inmediatamente su ingreso hospitalario.

La paciente tuvo una extracción de mioma uterino, posteriormente fue tratada con analgésicos y antibióticos correspondientes para su pronta mejoría, se dio seguimiento a la paciente de manera continua durante los días de hospitalización con el fin que su alta médica sea sin preocupaciones y sin riesgos a futuro.

I MARCO TEORICO

MIOMATOSIS UTERINA EN EMBARAZO

DEFINICIÓN

Se definen como tumores benignos, muy frecuentes y son los causantes de provocar complicaciones durante el embarazo y durante el parto. (Bermeo, Natalia, 2017)

ETIOLOGÍA

- ✓ Los miomas se consideran muy ricos en matriz extracelular la cual se originan de los miocitos que se hayan en el miometrio, actualmente se cree una cierta tendencia en el desarrollo genético de miomas lo cual se evidencia un gran riesgo familiar, con una mayor frecuencia en mujeres de raza negra.(F. Frabregues y J. Peñarrubia, 2002)

DESARROLLO

- ✓ El desarrollo de miomas va depender de la acción hormonal sexual, siendo como principal la progesterona por lo que se ha encontrado miomas en niñas antes de la pubertad. (Ibañez, 2015)

EPIDEMIOLOGÍA

- ✓ Se lo considera como el tumor más frecuente en la mujer, un 70 % desarrollan miomas a lo largo de su vida. Presentan síntomas en un 25% de las mujeres en edad fértil, aun sabiendo que son asintomáticos. (Ibañez, 2015)

FACTORES DE RIESGO

- ✓ La raza influye muchísimo en este tipo de complicaciones ya q los miomas son muy frecuentes en mujeres de raza negra, la menarquia precoz es uno de los factores que más aumentan el desarrollo de los miomas uterinos, la nuliparidad es un factor de riesgo para el desarrollo de miomas uterinos, la obesidad al igual ayuda al desarrollo de los mismos por su efecto estrogenico. (Ibañez, 2015)
- ✓ Durante la gestación los miomas crecen durante el primer y segundo trimestre ellos desarrollan su tamaño con mayor frecuencia, debido al efecto estrogenico, aunque gran parte de estos miomas regresan a su tamaño normal después del parto.
- ✓ Durante el embarazo los miomas tienden a estar muy vascular izados lo cual no permite realizar un procedimiento quirúrgico ya que el riesgo puede ser mayor a una mortalidad materna, por tal motivo se lo considera un último recurso para la intervención de prevenir una complicación materna. (Martinez, 2014)

CLASIFICACIÓN

MIOMA SUBMUCOSO: se originan de las células miometriales subyacentes al endometrio, protruyen la cavidad endometrial. (Ibañez, 2015)

MIOMA INTRAMURAL: Se desarrollan en el espesor de la pared uterina, crece posiblemente hasta distorsionar la cavidad uterina. (Ibañez, 2015)

- ✓ Este tipo de miomas pueden desarrollarse e ir creciendo durante el

embarazo y si en tal caso llegase a tener un tamaño considerable y se ubica en la parte inferior del útero este podría impedir el paso del producto durante el parto. (Ibañez, 2015)

MIOMA SUBSEROZO: Se origina en el miometrio inferiormente a la capa serosa, y puede ser intraligamentarios, y por ende afecta al ligamento redondo. (Ibañez, 2015)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Durante la gestación existen posibles riesgos que se pueden desencadenar y entre ellos tenemos los siguientes:

- ✓ Amenaza de aborto,
- ✓ Trabajo de parto prolongado,
- ✓ Desprendimiento prematuro de placenta,
- ✓ Restricción del crecimiento fetal,
- ✓ Amenaza de parto pre término y
- ✓ Parto prematuro, y
- ✓ Mayor tasa de cesáreas. (Sanchez, 2016)

DOLOR:

- ✓ Se presenta de forma persistente especialmente en la región hipogastrica irradiado a región lumbar ya que provoca aumento de la contractibilidad uterina, puede ser intenso y a veces agudo y también es muy frecuente durante las relaciones sexuales. (Corrales, 2015)
- ✓ **PRESIÓN:** Se manifiesta presentando dificultad al orinar, estreñimiento,

dolor rectal o dificultad para evacuar, cólicos abdominales entre otros.
(Corrales, 2015)

EVALUACIÓN

- ✓ Por medio del examen ginecológico se evalúan este tipo de anomalías cuando el útero presenta un tamaño que equivale a una gestación de 12 semanas. (Cerela, 2014)

SIGNOS Y EXÁMENES

- ✓ Unos de los exámenes utilizados para este tipo de anomalías está el examen pélvico que va mostrar un útero de tamaño agrandado, con un contorno irregular y con un aspecto tumoral. Este diagnóstico se considera uno de los más confiables, aunque en ocasiones puede dificultar especialmente en mujeres con obesidad. (Casini ML, 2006)

COMPLICACIONES

- ✓ La asociación mioma-embarazo puede presentar complicaciones con una incidencia de entre 10 y 40 % ya que los fibromas son los causantes de complicaciones durante la gestación ya que son los más cercanos a la implantación de la placenta. (SanzMestanza, 2004)

PARTO PRETÉRMINO

- ✓ Una de la principal causa de miomatosis uterina durante la gestación es el trabajo de parto precoz que se encuentra presente en un 13% de las mujeres, además específicamente se produce si existen varios miomas o cuando la placentación se ha realizado encima de los mismos. (SanzMestanza, 2004)

MANEJO Y TRATAMIENTO

- ✓ Según estudios para el tratamiento para este tipo de anomalías se debe tomar en cuenta no sólo los problemas de fertilidad, sino también las complicaciones obstétricas y las complicaciones del tratamiento que se va a realizar.
- ✓ De forma activa el tratamiento a los miomas solamente será indicado cuando estos producen síntomas, distorsión en la cavidad uterina, cuando estos obstruyen bilateralmente los ostium tubáricos y posteriormente alteran el útero. (GUADIX, 2011)

MIOMECTOMÍA

- ✓ Este es uno de tantas opciones de tratamiento para la miomatosis uterina ya que se basa en cuanto a la función en tamaño del mismo para realizar el procedimiento de la misma y en el caso de múltiples va depender de la facilidad al acceso que permita valorando siempre y cuando el riesgo y beneficio de este tipo de anomalías. (GUADIX, 2011)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- ✓ **HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINAS (GnRh)**

Actúa como reductor del tamaño de los miomas hasta un 35 a 60%teniendo como efectos secundarios un hipoestrogenismo (Corrales, 2015)

- ✓ **MEDROXIPROGESTERONA**

Utilizado en el manejo de la hemorragia anormal de la paciente a causa de

miomatosis uterina. (Corrales, 2015)

✓ **AINES**

Inhibe el dolor y disminuyen la hemorragia. (Corrales, 2015)

✓ **DANAZOL**

Actúa atrofiando el endometrio y posteriormente reduce los miomas uterinos, dando como resultado que los riesgos disminuyan. (Corrales, 2015)

✓ **SUPLEMENTOS DE HIERRO**

Previene o trata la anemia debido a los períodos menstruales en cantidad abundante. (Corrales, 2015)

ATENCIÓN AL PARTO

Los miomas son los causantes de provocar significativamente partos prematuros ya que en mujeres que no los tienen disminuye su incidencia de provocar.

- ✓ La presencia de miomas puede provocar presentaciones anómalas fetales, y especialmente cuando el mioma se encuentra ubicado por delante de la presentación fetal, ya sea podálico, o cefálico, lo que se denomina mioma previo. Este da lugar a una obstrucción del canal

vaginal para el parto. En ocasiones el mioma se encuentra situado en el segmento uterino donde se realiza la cesárea lo que impide el procedimiento quirúrgico o lo hace más complicado para realizar dicho, dando lugar a distintos riesgos obstétricos que puede destacarse a nivel materno. (Martinez, 2014)

SITUACIONES QUE REQUIEREN ASISTENCIA MÉDICA

En caso de presentarse cambios graduales en el ciclo menstrual o cuando se siente sensación de llenura o pesadez en la región hipogastrica se debe buscar asistencia médica. (Casini ML, 2006)

RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda realizar exploración bimanual a toda paciente que se sospecha miomatosis uterina.
- ✓ Realizar una excelente práctica clínica
- ✓ Realizar ecografía transvaginal
- ✓ Realizar ultrasonografía abdominal en paciente que podría presentar miomas uterinos. (Rios, 2017)

1.1 JUSTIFICACION

El presente trabajo se basa en una Paciente femenina de 28 años de edad con embarazo de 6 semanas de gestación, acude por emergencia obstétrica por referir dolor tipo contráctil de intensidad más sangrado rojo rutilante de moderada cantidad.

El profesional de Obstetricia debe considerar este tipo de anomalías ya que son una de las patologías más comunes que hoy en día se presentan en gran parte de las mujeres.

El mioma presente fue la causa de un aborto espontaneo, razón por la cual es necesario implementar controles obstétricos desde tempranas etapas del embarazo.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Determinar la conducta obstétrica en paciente primigesta de 28 años con miomatosis uterina.

1.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- ✓ Determinar las causas y diagnóstico precoz de los miomas uterinos.
- ✓ Identificar los signos y síntomas más frecuentes de los miomas uterinos.
- ✓ Evidenciar las posibles complicaciones que se puedan presentar en la gestación

1.3 DATOS GENERALES:

- ✓ Sexo: Femenino
- ✓ Edad: 28 años
- ✓ Ocupación: Lcda. En Gestión Empresarial
- ✓ Nivel de educación: Superior
- ✓ Estado civil: Soltera
- ✓ Dirección de residencia actual: Guaranda

II METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLINICO.

Paciente femenina de 28 años de edad con embarazo de 6 semanas de gestación acude a casa de salud presentando sangrado transvaginal en moderada cantidad que se acompaña de dolor abdominal tipo contracción que aumenta.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES.

Antecedentes patológicos Personales:	No refiere
Antecedentes patológicos Quirúrgicos:	No refiere
Alergia:	No refiere
Hábitos tóxicos:	Consumo de licor y tabaco
Antecedente patológico Familiares:	Madre hipertensa – padre celíaco
Antecedentes Gineco-Obstétricos:	no refiere
uso de anticonceptivos	Ninguno
Menarquia 15 años,	15
ciclo menstrual	3-5/28,
Inicio relaciones sexuales:	17 años,
Parejas sexuales	3
Pap test:	Nunca

2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL.

ANAMNESIS

Paciente de 28 años de edad, acude a esta casa de salud refiriendo presentar hace más o menos 1 mes de sangrado transvaginal en moderada cantidad que se acompaña de dolor abdominal tipo contracción que aumenta.

Trae consigo una prueba BHCG positiva.

2.3 EXAMEN FISICO.

Se encontraron los siguientes hallazgos:

Cabeza:	Normocefálica, Implantación y cantidad de cabello normal
Boca:	Mucosas semihúmedas
Ojos:	Simétricos, pupilas normales
Nariz:	No presenta secreciones
Orejas:	Simétricas no hay maculas presentes
Cuello:	Presenta pigmentación normal, sin adenopatías, tamaño normal.
Tórax:	Caja torácica normal, no hay presencia de masas ni edemas.
Abdomen:	Suave depresible no doloroso a la palpación
Pelvis: Rig:	especuloscopia se visualiza mioma pediculado en OCE de aproximadamente 6x5 cm de bordes regulares, lisos ligeramente que a la especuloscopia se halla móvil. Se toma una pinza de aro y se realiza tracción controlada del pedículo

con lo cual se extrae mioma sin oposición, sangrado en escasa cantidad.

Extremidades: Simétricas no edemas

Piel: Pálida

.

Signos vitales:

Tabla 1: Signos vitales de paciente

Presión arterial: 110/50 mmhg

Frecuencia cardíaca: 96 lpm

Respiratoria: 21 rpm

Temperatura: 36,7 grados

Saturación de oxígeno: 94%

Proteinuria: Negativa

Estado de consciencia: Alerta

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Ecografía pélvica e histopatológica.

BIOMETRÍA HEMÁTICA CON RESULTADOS DE:

HEMATOCRITO:	23%,
HEMOGLOBINA:	7.6 G/DL,
PLAQUETAS:	419000 mm ³
LEUCOCITOS:	9600
HCM:	29.2
CHCM	33.2

PRUEBAS DE LABORATORIO:

VIH	no reactivo
VDRL no reactivo	no reactivo
Grupo sanguíneo	o (+).
Tp	35.0
Urea:	12.7

Prueba Sars cov: IGg positiva / IGm negativa

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL y DEFINITIVO

- ✓ Leiomioma del útero sin otra especificación CIE 10 D259

- ✓ Mioma pediculado

- ✓ Anemia grave

.

.

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

.

Paciente fue ingresada por el área de emergencia, luego de la respectiva valoración y toma de signos vitales se pudo evidenciar el sangrado en moderada cantidad, por lo que se decide ingreso y se realiza respectivo seguimiento.

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

Una vez se obtuvo el diagnóstico definitivo la paciente que fue ingresada por anemia grave causada por pérdida considerable de sangre, durante el ingreso por área de emergencia ginecológica se realiza la extracción de mioma uterino con el consentimiento de la paciente.

Se le informa de las complicaciones a causa de la anemia crónica por miomatosis uterina. Tomando en cuenta la pérdida constante de sangre se corrige anemia y sangrado mediante la siguiente prescripción:

Transfusión de 2 paquetes globulares.

1 paquete de plasma

Paracetamol 1 gr intravenoso stat – cada 8 horas

Solución salina 0.9%, 1000 ml pasar 40 gotas

Ácido tranexámico 1 gr intravenoso stat

Ácido tranexámico 500 mg cada 8 horas

2.8 SEGUIMIENTO

La paciente de 28 años acudió a consulta por anemia crónica asociada a miomatosis uterina.

En área de emergencia se realiza la extracción de mioma uterino que midió 6 x 5 cm de bordes regulares.

La paciente ingresa con prueba BHCG positiva

Se sugirió hacer una ecografía ginecológica con finalidad de descartar otras causas que puedan generar sangrado. Los resultados fueron estudio ecográfico normal. Refiriendo la ausencia de feto. Se considera aborto espontaneo.

El siguiente control se realizará en 15 días, en caso de presentar complicación se sugiere visitar inmediatamente.

2.9 OBSERVACIONES

- ✓ Paciente con escasos controles prenatales, el exceso de actividad laboral diaria incidió en la pérdida del embarazo.
- ✓ Los hábitos de vida tóxicos contribuyeron al evento de aborto espontáneo.
- ✓ La combinación de factores negativos: consumo de bebidas alcohólicas, stress laboral y un deficiente control pre natal sumado a la patología de miomatosis son causa de la interrupción del estado de gravidez.
- ✓ Los embarazos de mujeres con miomas uterinos presentan un riesgo significativamente incrementado de sangrado en el primer trimestre, ruptura prematura de membranas, desprendimiento de placenta, presentación pélvica, trabajo de parto prolongado. operación cesárea, puntuaciones de Apgar bajos y bajo peso al nacimiento. También la proximidad del leiomiomas o miomas uterinos al sitio de implantación placentaria y el tamaño del mioma incrementan la tasa de complicaciones obstétricas

CONCLUSIONES

Los miomas uterinos son una de las principales patologías en las consultas gineco-obstétricas, se debe considerar que son múltiples las causas que los originan.

En caso de embarazo confirmado es deber de la gestante acudir a controles prenatales y acatar las recomendaciones médicas.

Los miomas uterinos pueden ser causa de abortos espontáneos.

Se debería implementar una cultura de cuidado personal donde las mujeres se realicen chequeos anuales con el fin de prevenir y detectar posibles patologías como la miomatosis uterina. Y prevenir sus consecuencias.

Con el fin de prevenir abortos espontáneos a causa de la miomatosis se le informa a la paciente mantener cuidados anticonceptivos.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

Bermeo , Natalia. (2017). miomatosis uterina. *webconsultas*, 1.

Casini ML, R. F. (22 de 02 de 2006). *VISITING HOURS*. Obtenido de VISITING HOURS: <https://scottkramermd.com/webdocuments/Fibroids-Spanish.pdf>

Cerrella, D. G. (2014). *OSECAC, GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA*. Obtenido de OSECAC, GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA.

Corrales, A. C. (2015). MIOMA UTERINO: UN TRASTORNO FRECUENTE EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. *MIOMA UTERINO: UN TRASTORNO FRECUENTE EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL*, 5.

F. Fábregues y J. Peñarrubia. (05 de 04 de 2002). *Med Integral*. Obtenido de Med Integral: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13036877_S300_es.pdf

GUADIX, B. R. (2011). *MIOMA UTERINO Y REPRODUCCIÓN*. Obtenido de MIOMA UTERINO Y REPRODUCCIÓN:

https://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2011_gine_01_miommas_y_reproduccion.pdf

Ibáñez, A. P. (12 de 11 de 2015). *Servicio de Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de Servicio de Obstetricia y Ginecología:

http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_actualizacion_tto_miommas.pdf

MARTINEZ, M. S. (2017 de 09 LUS. Obtenido de EUIDATE PLUS.

Rios, J. L. (2017). *Rev.Medica.Sanitas. Rev.Medica.Sanitas*, 34.


SÁNCHEZ, D. Á. (2016). *UNIVERSIDAD DE SALAMANCA* . Obtenido de *UNIVERSIDAD DE SALAMANCA* :
https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/130672/1/TG_%20GarciaPuenteGarcia_Ana_EficaciaDeLosNuevosTratamientosParaEIMiomaUterino.pdf

SanzMestanza, D. O. (26 de 09 de 2004). *UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL*. Obtenido de *UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL*:
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/3058/1/T-UCSG-POS-EGM-GO-11.pdf>

ANEXOS

N° HIST

INSTITUTO DEL



Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL PROVINCIAL ALFREDO NOBOA MO

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	NOMBRE	SEXO (M-F)	HOJA	N° HIS
HANM	Gabriela Teleferia	Barragán Barragán	F	1	0603

COMPONENTE	1	2	3	4	5	
FECHA DE TRANSCRIPCIÓN	14/04/2011					
RESPONSABLE DE LA TRANSCRIPCIÓN	Dr. Gallo					
FECHA DEL REPORTE	14/04/2011					
1. HEMATOLOGICO	HEMATOCRITO / HEMOGLOBINA	75 / 2.6				
	SEDIMENTACION					
	PLAQUETAS	419.000				
	LEUCOCITOS	9.600				
	FORMULA LEUCOCITARIA					
		CAY BAS CAY BAS CAY BAS CAY BAS CAY BAS				
		SEG 13 MON SEG MON SEG MON SEG MON SEG MON				
		EOS LIN 24 EOS LIN EOS LIN EOS LIN EOS LIN				
	HCM / CMHC	29.2 / 32.2				
	GRUPO SANGUINEO / FACTOR Rh	O Rh+				
T. PROTROMBINA / TTP	33.0					
T. COAGULACIÓN / T. SANGRIA						
2. UROANALISIS	DENSIDAD / pH					
	PROTEINA / GLUCOSA					
	CETONA / HEMOGLOBINA					
	BILIRRUBINA / UROBILINOGENO					
	NITRITO / LEUCOCITOS					
	PIGMENTOS / ENTEROCITOS					
	BACTERIAS					
3. COPROLOGICO	PLUMORFOS / CRISTALES					
	MOCO / GRASA					
	PARASITOS					
	SANGRE OCULTA					
4. QUIMICA SANGUINEA	GLUCOSA AYUNAS / GLUCOSA 2 HORAS					
	UREA / CREATININA	17.7				
	BILIRRUBINA TOTAL / DIRECTA					
	ACIDO URICO / PROTEINA TOTAL					
	ALBUMINA / GLOBULINA					
	ALT (TGP) / AST (TGO)					
	FOSFATASA ALC / FOSFATASA ACIDA					
	COLESTEROL TOTAL / HDL					
	COLESTEROL LDL / TRIGLICÉRIDOS					
	HIERRO SERICO / AMILASA					
5. SEROLOGIA	LATEX / ASTO					
	VIRAL / VIH	no reactiva				
	AGLUTINACIONES FERILES					
6. BACTE RIOLOGIA						
7. OTROS	Causa					
	Log					

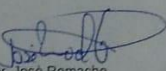
SIS - MSP / HCU-form. 054 / 2008



ECOGRAFIA GINECOLOGICA

PACIENTE: 14/04/2021
SRTA. GABRIELA ESTEFANIA BARRAGÁN 0605970557 28 AÑOS

Vejiga simétrica de paredes regulares sin lesiones endoluminales. Utero en AVF de forma, tamaño y ecoestructura conservada. El Utero mide. Diámetro longitudinal: 7.82 cm. Diámetro anteroposterior: 3.45 cm. Diámetro transverso: 3.64 cm. Miometrio homogéneo. Endometrio proliferativo de 6.2 mm, sin ecos internos. Ovarios sin alteraciones. No masas anexiales ni formaciones quísticas. OD Mide 28 x 16 m. OI Mide 29 x 17 mm. Fondo de saco de Douglas libre.
CONCLUSION : ESTUDIO ECOGRAFICO NORMAL.


Dr. José Remache.
MÉDICO RADIOLOGO
MSP.1031-R06-13-70

