



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE SOMETIDA
A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL POR LEIOMIOMA UTERINO

CRUZ BUSTAMANTE GISELLA KATHERINE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

VARGAS PAZ LUISA ELENA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2019



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE
SOMETIDA A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL POR LEIOMIOMA
UTERINO

CRUZ BUSTAMANTE GISELLA KATHERINE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

VARGAS PAZ LUISA ELENA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2019



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE SOMETIDA A
HISTERECTOMÍA ABDOMINAL POR LEIOMIOMA UTERINO

CRUZ BUSTAMANTE GISELLA KATHERINE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

VARGAS PAZ LUISA ELENA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

FLOREANO SOLANO LILIAN MARISOL

MACHALA, 28 DE ENERO DE 2019

MACHALA
2019

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE SOMETIDA A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL POR LEIOMIOMA UTERINO, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



FLOREANO SOLANO LILIAN MARISOL
0702017245
TUTOR - ESPECIALISTA 1



REYES RUEDA ELIDA YESICA
0705085835
ESPECIALISTA 2



LOAIZA MORA LUISA MARIA
0701505752
ESPECIALISTA 3

Machala, 28 de enero de 2019

Urkund Analysis Result

Analysed Document: URKUND DESDE INTRODUCCION HASTRA RECOMENDACIONES
LEIOMIOM UTERINO.docx (D46941590)
Submitted: 1/18/2019 1:43:00 AM
Submitted By: gkcruz_est@utmachala.edu.ec
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, CRUZ BUSTAMANTE GISELLA KATHERINE y VARGAS PAZ LUISA ELENA, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE SOMETIDA A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL POR LEIOMIOMA UTERINO, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 28 de enero de 2019



CRUZ BUSTAMANTE GISELLA KATHERINE
0706473352



VARGAS PAZ LUISA ELENA
0706671401

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo principalmente a Dios, por permitirnos llegar a este momento tan especial en nuestras vidas. A nuestros padres por demostrarnos siempre su cariño y su apoyo incondicional. A nuestros hermanos, porque a pesar de nuestras diferencias los quiero. Al personal docente, quienes les debemos gran parte de nuestros conocimientos, gracias por su paciencia, enseñanza, y la confianza brindada a lo largo de este proceso.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo nos ha permitido aprovechar la competencia y la experiencia de muchas personas que deseamos agradecer en este apartado.

Nuestros agradecimientos al Dr. Xavier Molina, Director del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague permitirnos la realización de este trabajo en el área de estudio.

También agradecemos la colaboración por parte de nuestra Docente-tutora en el Proceso de Titulación, Lic. Lilian Floreano, por sus consejos y sugerencias, para que este trabajo investigativo concluya con éxito.

A nuestros verdaderos amigos/as, quienes, con sus palabras de ánimo, nos ayudaron a no desistir y alcanzar nuestras metas.

Sin duda alguna, todo esto nunca hubiera sido posible sin el amparo incondicional otorgado por nuestros padres, quienes son nuestra fuente de mayor inspiración en esta vida. Gracias a su demostración de amor, paciencia y sacrificio, tuvimos el valor de no rendirnos ante nada y ser perseverante siempre, con la bendición de Dios. Las palabras nunca serán suficientes para testimoniar el aprecio y el agradecimiento hacia ellos.

RESUMEN

Título: Proceso de atención de enfermería en paciente sometida a histerectomía abdominal por leiomioma uterino.

Introducción: El útero es un órgano muscular hueco que se ubica en la pelvis femenina, entre la vejiga y el recto. También es considerado sitio de muchas afecciones tanto benignas como malignas. El mioma uterino subseroso es una tumoración benigna que particularmente puede cursar asintomático o pueden presentarse síntomas de compresión sobre los uréteres, vejiga, intestino delgado o colon, hígado y vasos retroperitoneales, entre otros, en dependencia del tamaño y su posición. El crecimiento lo hacen hacia la cavidad abdominal, en ocasiones fijados por pedículos. Rara vez, estos tumores llegan a malignizarse (<1%). En la actualidad no se ha detallado con certeza las causas que producen la aparición de los miomas en el útero, otros autores mencionan en sus publicaciones que existen factores de riesgo relacionados con esta patología de naturaleza benigna, tales como: edad, sobrepeso u obesidad, nuliparidad, tumores ováricos productores de estrógenos y cualquier otra condición que aumente la exposición a estrógenos y progestágenos durante la edad reproductiva de estas mujeres.

Presentación del Caso: Paciente de 39 años de edad que acude por consulta externa al Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollagüe (HOALO) para cirugía programada de una Histerectomía abdominal total por Leiomioma uterino el 14/03/2018, a la valoración refiere dolor en hipogastrio, constipación, flatulencias, trae resultados de ecografía que reporta presencia de nódulo hipogénico de 5.25cm x 5.03 cm otro de 1.97cm x 2.70 cm localizados en la cara posterior y anterior intramurales otro de 1.77 x1.87 cm localizado en la posterior submucosa. Durante el control de los signos vitales, todos dentro los límites normales, no se evidencia sangrado transvaginal. Se coordina para la realización de exámenes de laboratorio. Es sometida a cirugía el 15/03/, donde el ginecólogo extrajo múltiples miomas uterinos subserosos, consistentes con el estudio de imagen. La estancia hospitalaria fue de 4 días y su recuperación fue exitosa.

Objetivo General: Analizar el caso de una paciente sometida a histerectomía abdominal por leiomioma uterino basado en el Modelo de Adaptación de Callista Roy mediante la revisión de historia clínica y revisión bibliográfica para la elaboración de planes de cuidados de enfermería.

Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: PubMed Central (PMC), Cochrane, Scielo, Redalyc, ScienceDirect y NNNConsult. **Resultados:** Se identificaron varios factores de riesgo: desequilibrio hormonal, edad, estilo de vida, sobrepeso, instrucción básica y estatus socioeconómico bajo. Además, el tiempo quirúrgico, el peso de la pieza quirúrgica, la pérdida sanguínea en el intraoperatorio y la estancia hospitalaria, coinciden significativamente con lo reportado por la literatura médica.

Conclusiones: Se tomó como base la Historia Natural de la Enfermedad, planteado por Leavell y Clark para un mejor entendimiento del proceso salud-enfermedad. El leiomioma uterino con sintomatología marcada, es la indicación más frecuente para histerectomía abdominal, en especial en mujeres premenopáusicas. El Modelo de M. Gordon se adaptó efectivamente con el presente caso al proponer los planes de cuidados basado en los hallazgos encontrados durante la valoración de enfermería. En el proceso enfermero lo fundamental es valorar las necesidades de los pacientes (diagnósticos, NANDA) con el objetivo primordial de satisfacerlas (resultados, NOC) mediante las intervenciones (NIC), contribuyendo significativamente en su rápida recuperación y la reintegración en su hogar.

Palabras claves: Leiomioma del útero, Miomatosis de utero, Histerectomía, Proceso de Atención de Enfermería, Modelo de Marjory Gordon.

ABSTRACT

Title: Process of nursing care in a patient undergoing abdominal hysterectomy due to uterine leiomyoma.

Introduction: The uterus is a hollow muscular organ that is located in the female pelvis, between the bladder and the rectum. It is also considered a site of many conditions, both benign and malignant. The subserous uterine myoma is a benign tumor that can be asymptomatic in particular or compression symptoms may appear on the ureters, bladder, small intestine or colon, liver and retroperitoneal vessels, among others, depending on size and position. The growth they do towards the abdominal cavity, sometimes fixed by pedicles. Rarely, these tumors become malignant (<1%). At present it has not been detailed with certainty the causes that produce the appearance of fibroids in the uterus, other authors mention in their publications that there are risk factors related to this pathology of a benign nature, such as: age, overweight or obesity, nulliparity, estrogen-producing ovarian tumors and any other condition that increases exposure to estrogens and progestogens during the reproductive age of these women.

Case presentation: A 39-year-old patient who attended an outpatient clinic at the Ángela Loayza Ollagüe Obstetric Hospital (HOALO) for scheduled surgery of a total abdominal hysterectomy due to uterine leiomyoma on 03/14/2018, at the assessment of pain in the hypogastric region. , constipation, flatulence, brings results of ultrasound that reports the presence of hypogenetic nodule of 5.25cm x 5.03 cm other than 1.97cm x 2.70cm located on the posterior and anterior side of the wall other than 1.77 x1.87cm located in the posterior submucosa. During the control of vital signs, all within normal limits, transvaginal bleeding is not evident. It coordinates for the performance of laboratory tests. She underwent surgery on 03/15, where the gynecologist removed multiple subserous uterine fibroids, consistent with the imaging study. The hospital stay was 4 days and his recovery was successful.

General Objective: To analyze the case of a patient undergoing abdominal hysterectomy for uterine leiomyoma based on the Marjory Gordon Model by reviewing the clinical history and reviewing the literature for the development of nursing care plans.

Method: A bibliographic search was carried out in the databases: PubMed Central (PMC), Cochrane, Scielo, Redalyc, ScienceDirect and NNNConsult. Results: Several risk factors were identified: hormonal imbalance, age, lifestyle, overweight, basic education and low socioeconomic status. In addition, the surgical time, the weight of the surgical piece, the intraoperative blood loss and the hospital stay, coincide significantly with that reported in the medical literature.

Conclusions: The Natural History of the Disease, raised by Leavell and Clark, was taken as a basis for a better understanding of the health-disease process. The uterine leiomyoma with marked symptoms is the most frequent indication for abdominal hysterectomy, especially in premenopausal women. The M. Gordon Model was effectively adapted to the present case when proposing care plans based on the findings found during the nursing assessment. In the nursing process the fundamental thing is to assess the needs of patients (diagnoses, NANDA) with the primary objective of satisfying them (outcomes, NOC) through interventions (NIC), contributing significantly to their rapid recovery and reintegration into their home.

Key Words: uterine leiomyoma, uterine myomatosis, hysterectomy, Nursing Care Process, Model by Marjory Gordon.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO	12
1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	12
1.1.1 LEIOMIOMA DEL ÚTERO	12
1.1.2 HECHOS DE INTERÉS	13
1.1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	13
CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO	14
2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA	14
2.1.1 TEORÍA DE LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	14
2.1.2 EPISTEMOLOGÍA	15
2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN	15
2.2.1 ÚTERO	15
2.2.2 LEIOMIOMA UTERINO	15
2.2.3 ETIOLOGÍA	16
2.2.4 FACTORES RELACIONADOS	16
2.2.5 CLASIFICACIÓN	18
2.2.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	18
2.2.7 DIAGNÓSTICO	19
2.2.8 TRATAMIENTO	20
2.2.9 COMPLICACIONES	21
2.2.10 NIVELES DE PREVENCIÓN	22
2.2.11 MODELO DE MARJORY GORDON	22
2.2.12 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON LEIOMIOMA UTERINO	23
2.2.13 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)	23
CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO	27
3.1. DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA:	27
3.1.1 ÁREA DE ESTUDIO	27
3.1.2 UNIDAD DE ANÁLISIS	27
3.1.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN	27

3.1.4 TIPO DE ESTUDIO	27
3.1.5 MÉTODOS:	27
3.1.6 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	28
3.1.7 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	28
3.1.8 CATEGORÍAS	28
3.1.9 RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS	28
3.1.10 ASPECTOS ÉTICOS-LEGALES	28
3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN	29
3.3. SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE DATOS	29
CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	31
4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS	31
5. DISCUSIÓN	37
6. CONCLUSIONES	41
7. RECOMENDACIONES	42
ANEXOS	43
TABLA N°1. RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO:	45
TABLA N°2. RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS	45
TABLA N° 3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DOLOR AGUDO	47
TABLA N° 4. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	48
TABLA N° 5. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ESTREÑIMIENTO	49

INTRODUCCIÓN

El leiomioma uterino (LU) es la tumoración benigna de mayor frecuencia en el aparato reproductor femenino en féminas en edad reproductiva del 20-40%, aunque también pueden presentarse después de la menopausia (1), con una alta prevalencia del 80% en afrodescendientes y el 70% de raza blanca (2) y en casos excepcionales, estos tumores se tornan malignos, entre el 3 al 8% según la literatura a nivel mundial (3).

En los Estados Unidos de Norteamérica se realizan aproximadamente 200.000 hysterectomías anualmente (4) con un costo directo de 34 mil millones anual en atención médica por LU (5,6), representando un grave problema de salud pública en ese país.

La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), en su boletín del 2015, informaron que las tasas de aborto fueron cerca del 50% en pacientes con miomas uterinos submucosos, mientras que las tasas de embarazos en curso disminuyeron del 30% a casi la mitad (7).

En Perú el 85% de las hysterectomías realizadas en el Hospital Carlos Lanfranco tuvieron como indicación médica previa LU (8), mientras que en Brasil fue del 8.4% (9). De acuerdo con la OMS, el 17% de defunciones corresponden a neoplasias en Venezuela (10), según el anuario de mortalidad del 2014 en ese país, se registraron alrededor de 6 fallecimientos por LU (11).

En Ecuador, a nivel nacional, datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el 2014, por LU se presentaron 9.973 egresos hospitalarios, de los cuales, 4.436 correspondía a en mujeres de 35 a 44 años, coincidiendo con la literatura médica (12). Años más tarde, de acuerdo con información estadística del perfil de morbilidad proporcionado por el Ministerio de Salud Pública (MSP), estas cifras disminuyeron a 7.736 casos en el 2016, mientras que en ese mismo año, en la Provincia de El Oro se presentaron 494 casos (13), con un total de 5 fallecimientos por esta causa (14).

Estudios epidemiológicos señalan una alta prevalencia entre los 30 y 50 años de edad, raramente suelen presentarse en niñas o adolescentes (15). Sin embargo, cabe mencionar que no es posible determinar el momento real en el que la enfermedad aparece ya que dichos tumores pueden estar presentes sin ser diagnosticados clínicamente, por lo que el diagnóstico temprano es sumamente importante para

disminuir el impacto en su salud, así como la tasa de morbi-mortalidad debido a las complicaciones.

En la actualidad, no se sabe con firmeza la etiología de LU, sin embargo, existen varios factores que se atribuyen al desarrollo e incidencia de estos tumores, tales como: edad, raza, obesidad, estilo de vida (dieta, consumo de cafeína y alcohol, actividad física. Estrés y tabaquismo), e infección uterina (16), lo cual corrobora aún más su etiología relativamente desconocida y poco clara, pero se cree que la causa es hormonal debido a un desequilibrio hormonal principalmente por estrógenos y progesterona, que contribuye al crecimiento del LU (17,18).

En algunos casos, el 25% de las mujeres con LU, pueden no presentar síntomas y en otras, las manifestaciones clínicas varían dependiendo del número, tamaño y localización del mioma, aunque en casos de sangrado abundante y efectos compresivos, el tratamiento de elección en pacientes con LU es una histerectomía (parcial o total) o una miomectomía (19).

Por tanto, dada la importancia que requiere atender esta patología que representa una problemática de salud pública, el objetivo general del presente trabajo es: “Analizar el caso de una paciente sometida a histerectomía abdominal por leiomioma uterino basado en el Modelo de Marjory Gordon mediante la revisión de historia clínica y revisión bibliográfica para la elaboración de planes de cuidados de enfermería”, en ese sentido, bajo esta perspectiva teórica, los profesionales de enfermería tienen como finalidad la valoración de los 11 patrones funcionales a través del proceso de atención de enfermería.

CAPÍTULO I. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1.1 LEIOMIOMA DEL ÚTERO

-Los LU también llamados miomas uterinos representan los tumores benignos con mayor frecuencia en el aparato reproductor femenino, que generalmente suelen presentarse en mujeres premenopáusicas (20), y que, se detectan clínicamente en el 40% de mujeres (21), luego de la menopausia su incidencia es menor debido a que el nivel hormonal desciende, principalmente de hormonas endógenas tales como los estrógenos y progesterona, siendo la Historia Natural de la Enfermedad, la teoría epistemológica con la que se relaciona la red de causalidad.

La incidencia de los LU se ha asociado con la etnia afrodescendiente en un 80%, el inicio temprano de la menarquia, la paridad temprana, desequilibrio hormonal, las exposiciones ambientales y dietéticas (22). Las manifestaciones clínicas a causa de estos tumores varían de acuerdo al número, localización, tamaño del mioma, condición de salud actual de la mujer, y aunque por lo general, los LU no suelen ser mortales, pero pueden producir síntomas graves como: sangrado uterino abundante, dolor o presión pélvica, estreñimiento, problemas urinarios (retención urinaria, aumento en la frecuencia de la micción), dispareunia, infertilidad y complicaciones si se encuentra en estado de gestación (23). El tratamiento para los LU puede ser farmacológico o quirúrgico, siendo la histerectomía abdominal la más utilizada.

En Ecuador, pocos son los estudios realizados desde el punto de vista cualitativo, por el contrario, la mayoría se relacionan desde el aspecto cuantitativo, así, por ejemplo, la prevalencia encontrada en el Hospital José Carrasco Arteaga (Cuenca) por histerectomía fue del 15.36%, siendo el LU la indicación más frecuente de esta en un 55.96% (24). En Bolívar, la incidencia de LU en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el 2018 fue de 45.3% por miomas intramurales, 43.3% por miomas submucosos; y por miomas subserosos 10.4% (25).

A nivel de la Provincia de El Oro, de 1.687 pacientes atendidas en el Hospital Ángela Loayza de Ollagüe, de la ciudad de Santa Rosa (26), de las cuales según las estadísticas de este hospital muestran un aumento progresivo en el desarrollo de LU, así, durante el periodo 2015 al 2017, las cifras ascendieron a 34 casos.

1.1.2 HECHOS DE INTERÉS

De manera particular, los LU son de naturaleza benigna, no obstante, éstos pueden llegar a malignizarse (1%), a nivel mundial se presentan alrededor de 0,5 a 3,3 casos por cada 100.000 féminas anualmente (27).

Para establecer el diagnóstico médico de LU, inicialmente la herramienta fundamental es la historia clínica de la paciente, seguida de la exploración física, exámenes de laboratorio, principalmente tomar en cuenta los niveles de hemoglobina y estudios de imagen como ecografía abdominal, tomografía axial computarizada o resonancia magnética en casos severos.

Esta enfermedad generalmente suele afectar a mujeres en edad reproductiva de entre la tercera y quinta década del ciclo de vida. Entre las principales complicaciones producidas por LU, se encuentran: hemorragia que puede culminar en shock hipovolémico, además del compromiso a otros órganos en casos donde el tumor alcance grandes dimensiones, como por ejemplo compresión a nivel de órganos vecinos como: vejiga, uréteres, intestinos, etc.

1.1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Analizar el caso de una paciente sometida a histerectomía abdominal por leiomioma uterino basado en el Modelo de Marjory Gordon mediante la revisión de historia clínica y revisión bibliográfica para la elaboración de planes de cuidados de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el caso de la paciente sometida a histerectomía abdominal por leiomioma uterino en base a la revisión de la historia clínica.
- Comparar las características clínicas y factores de riesgo asociados de la paciente sometida a histerectomía abdominal con la referencia bibliográfica encontrada.
- Analizar la utilidad del Modelo de Marjory Gordon para la valoración de la paciente con leiomioma uterino que ha sido sometida a histerectomía abdominal.
- Proponer planes de cuidados de enfermería que contribuyan a restaurar la salud en la paciente sometida a histerectomía abdominal por leiomioma uterino.

CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPIDEMIOLOGICA DEL ESTUDIO

2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPIDEMIOLOGICO DE REFERENCIA

2.1.1 TEORÍA DE LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Se refiere al curso natural de una enfermedad de inicio a fin, en ausencia de intervención por actores sociales. He ahí, la importancia que tiene el comprender los diferentes procesos de la misma, aunque en algunas ocasiones se torna una situación compleja, dado que su evolución es diferente en cada individuo y consta de dos períodos: prepatogénico y el patogénico (28).

A continuación, se relaciona la patología de estudio junto con ambos períodos propuestos por Leavell y Clark:

Período prepatogénico

- **Agente:** aunque la etiología continúe sin estar clara, se asocia la presencia de LU debido a causas hormonales endógenas (progesterona y estrógenos), que favorece su crecimiento.
- **Huésped:** féminas en edad reproductiva entre la tercera y quinta década de vida presentan mayor riesgo de presentar estos tumores. Incluye factores propios del individuo: susceptibilidad (edad), obesidad, antecedentes familiares.
- **Medio ambiente:** es el entorno en el que interactúan tanto huésped y agente potencial.

Período patogénico

Se manifiestan cambios a nivel celular y tisular en cuanto a la estructura, morfología y funcionamiento debido a un estímulo efectivo (abdomen globuloso, útero agrandado). En esta etapa se destaca el horizonte clínico, dicho de otro modo, representa el momento en el que se presentan los signos y síntomas, tales como: sangrado abundante, dolor pélvico, síntomas compresivos (constipación, flatulencia, estreñimiento, aumento en la frecuencia urinaria).

El diagnóstico se apoyó en estudios de imagen (ecografía), exámenes e laboratorio (anemia moderada) y estudio histopatológico que confirmó que se trataba de una tumoración benigna; como resultado final, la mujer se recuperó exitosamente.

2.1.2 EPISTEMOLOGÍA

En un meta-análisis realizado por Zimmermann et al, y en el que se incluyeron a más de 21.000 féminas entre 15 y 49 años de siete países diagnosticadas de LU, concluyeron en cuanto a la tasa de prevalencia, que Italia ocupa el primer lugar (9.8%), seguido de Alemania (8%), Brasil (7%), Estados Unidos (6.9%), Canadá (5.5%), Francia (4.6%) y Reino Unido (4.5%) respectivamente (29).

En Ecuador, según el INEC (2014), se registraron cerca de 10.000 egresos hospitalarios de LU, de los cuales, casi la mitad de ellos se presentó en mujeres en edad reproductiva de entre 35 a 44 años de edad. En el año 2016, el MSP informó una disminución en la morbilidad, en total 7.736 casos, 494 de éstos, correspondientes a la Provincia de El Oro, sin embargo, hubo 5 muertes en ese mismo año a nivel nacional.

2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 ÚTERO

El útero es un órgano del aparato reproductor femenino en forma de pera que es responsable de una variedad de funciones como la gestación (embarazo), la menstruación y el parto. Anatómicamente, el útero se encuentra ubicado en la pelvis inmediatamente posterior a la vejiga y anterior al recto. Está dividido en tres segmentos principales: el fondo o istmo, el cuerpo y el cuello uterino o cérvix (30).

2.2.2 LEIOMIOMA UTERINO

Los LU son tumores monoclonales benignos del músculo liso, que se originan en el miometrio, histológicamente están constituidos por grandes cantidades de matriz extracelular (colágeno, fibronectina y proteoglicanos) (19,31), donde las fibras de colágeno se amontonan de forma irregular y desordenada, muy similar a un queloide (32), y debido a su consistencia fibrosa, han sido llamados de manera inadecuada como fibromas (22). Estos miomas, suelen ser múltiples y pueden variar en tamaño, desde unos pocos milímetros hasta crecimientos masivos de 20 cm de diámetro y más.

Representan las neoplasias pélvicas más frecuentes en mujeres de edad reproductiva (70%), y constituyen la principal indicación de histerectomía a nivel mundial (33).

2.2.3 ETIOLOGÍA

Diferentes investigaciones coinciden en que la etiología continúa sin estar clara, aunque algunos autores sugieren que la causa es hormonal por una hiperestimulación estrogénica (34), por otro lado, la evidencia científica actual revela que, alrededor del 40 a 50% de los casos presenta anomalías cromosómicas (cromosomas: 6, 7, 12 y 14) (32,35).

2.2.4 FACTORES RELACIONADOS

FACTORES DE RIESGO

Edad.

Algunos estudios señalan que el riesgo de desarrollar es mayor en mujeres en edad fértil, principalmente aquellas de 35 años y 50 años, mientras que después de la menopausia, el riesgo disminuye porque el nivel de hormonas desciende de manera espontánea conforme avanza la edad (36). La prevalencia es baja en adolescentes y más aún en la pubertad (la más joven, con 14 años de edad) (37,38).

Otro factor de riesgo que influye en el desarrollo del LU es la menarquia temprana y la menopausia tardía, y es en ésta última, que el tamaño del LU disminuye lentamente y en otros casos desaparece de manera espontánea (1,39,40).

Raza.

Varios estudios coinciden en que la presencia de LU es común en mujeres de raza afrodescendiente (39,9,41,42). Existe cierta evidencia de que diferentes genes y polimorfismos genéticos pueden subyacer al fenotipo grave de los leiomiomas en estas mujeres, incluidos los aumentos en la aromatasa (43), los genes de transducción de señales y los factores de transcripción entre las mujeres afrodescendientes en comparación con las de raza blanca (44).

Herencia.

Está demostrado que el factor genético influye significativamente en el crecimiento de estos miomas, así, aquellas mujeres con parientes con LU, tienen un riesgo mayor (2.2 veces más) que aquellas que no presentan antecedentes familiares con LU. Por otra parte, un estudio realizado en 1992, confirma la sospecha de heredabilidad de estos miomas en pacientes que han tenido gemelos (42).

Obesidad.

McWilliams & Chennathukuzhi (2017) en su reciente publicación manifestaron que el alto índice de masa corporal (IMC), se correlaciona con una mayor incidencia de estos tumores (45).

Dieta.

También existe evidencia científica de que, existe un riesgo elevado en féminas con alto consumo de carnes rojas y la dieta rica en vitamina A (45,46,47).

Estrés.

Diferentes investigaciones muestran una fuerte asociación entre el estrés y los LU, dado que, afecta los niveles de estrógenos y progesterona (48), cuyo mecanismo de acción podría deberse al efecto que tiene el estímulo estresante sobre la actividad suprarrenal, lo cual aún sigue siendo hipotético (1).

Paridad.

Datos epidemiológicos revelan que las mujeres que son infértiles tienen mayor vulnerabilidad de padecer de LU, particularmente aquellas mujeres menores de 25 años (49). Los resultados obtenidos por Terry et al (2010), aluden que las mujeres diagnosticadas con LU y cuyo último embarazo fue hace 16 años o más presentaban un riesgo cuatro veces mayor en contraste con aquellas mujeres gestantes en los últimos 1 a 3 años (50).

FACTORES PROTECTORES

Actualmente varias investigaciones han demostrado que la **1) multiparidad, 2) el tabaquismo, 3) actividad física, 4) vitamina C y 5) dieta rica en vegetales**, actúan como factores protectores en la aparición de los LU, ya que disminuye la producción de estrógenos (18,22,29). En el primer caso, podría deberse a un proceso de remodelación

de la matriz extracelular y una expresión específica de receptores para hormonas peptídicas y esteroides inducidas por el embarazo y el parto; en tanto que en el segundo caso, la nicotina inhibe la aromatasa y reduce la conversión de andrógenos a estrona, provocando una alteración en el metabolismo de los estrógenos (51); mientras que, en el tercer caso, aquellas mujeres que realicen actividad física por lo menos 30 minutos diarios según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tienen < probabilidad de desarrollar LU; en un estudio acerca de la influencia que tiene la Vitamina C en los LU, indicaron que aquellas q estaban mayormente expuestas a los rayos de la luz solar o consumen alimentos ricos de esta vitamina, presentaron una probabilidad del 32% < que las demás (17), y finalmente en el último factor, existe una incidencia < en aquellas con una dieta alta en vegetales verdes, principalmente brócoli, tomate, manzana (52).

2.2.5 CLASIFICACIÓN

Por el Número

Puede haber uno o varios miomas dentro el útero (53).

Por el Tamaño

Los LU varían desde milímetros hasta gigantes (simulando un embarazo), es decir, mayor de 20 cm los cuales son difíciles de operar y presentan graves complicaciones, que pueden llegar a ser mortales para la paciente (53).

Por la Localización

De acuerdo al lugar de origen, se clasifican en tres grupos: los **subserosos** 40%, intramurales (55%) y submucosos (5%).

2.2.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Dentro de la sintomatología clásica de LU se encuentran: sangrado uterino excesivo, dolor lumbar, presión pélvica, problemas gastrointestinales (estreñimiento, disfunción, intestinal), problemas urinarios (aumento en la frecuencia urinaria, retención urinaria), dolor coital, entre otros (54).

Sin embargo, las manifestaciones clínicas varían de acuerdo al tipo de LU, por ejemplo en los **subserosos**, pueden confundirse con tumores ováricos, en algunos casos no

presentan sintomatología, pero en otros, pueden aparecer síntomas compresivos sobre la vejiga, intestino delgado, uréteres, hígado entre otros órganos adyacentes, además de peduncularse y en consecuencia causar un infarto debido a la torsión que ha sufrido; los **intramurales**, situados dentro de la cavidad uterina, en su mayoría suelen cursar en forma asintomática, aunque también pueden provocar, dolor y metrorragia; y los **submucosos**, se proyectan en la cavidad endometrial y generalmente causan sangrado excesivo (55,56,57) y en otros casos son responsables de infertilidad (58).

2.2.7 DIAGNÓSTICO

Entre el 20 al 40% de mujeres en edad reproductiva, particularmente aquellas mayores de 35 años son asintomáticas, por lo que, durante la exploración física que realiza el médico tratante en la consulta se logra diagnosticar los LU (59).

Básicamente, el diagnóstico médico se basa en estudios de imagen como ecografía o ultrasonido (US), Tomografía Computarizada (TC), resonancia magnética (RM), las cuales contribuyen a la detección y evaluación exacta de la cantidad, tamaño y ubicación de los LU (60).

La ecografía o también llamada US, es una prueba diagnóstica que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para observar los órganos y estructuras en el interior del cuerpo humano y con ello identificar la patología y su ubicación más fácilmente. En el caso de LU, las ecografías pueden realizarse ya sea de manera transvaginal o transabdominal, pero que sin duda la primera, es considerada de mayor eficacia en la mayoría de casos de enfermedades pélvicas. Inicialmente durante el US, los LU aparecen como masas hipoecoicas concéntricas, de consistencia sólida y bien definidas que originan varias sombras acústicas. A pesar de que, la TC y la RM aportan un mayor grado de precisión y minuciosidad esencial para la detección de LU, el examen de US es la prueba de imagen básica que confirma la existencia de estos miomas y que, a su vez, permite diferenciarlos frente a adenomiosis, pólipos endometriales, tumores de ovario y útero gestante (61).

2.2.8 TRATAMIENTO

Tratamiento farmacológico

Tal y como lo indica la literatura médica, en la actualidad los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) y los moduladores selectivos del receptor de progesterona resultan ser una de las mejores opciones terapéuticas, debido a que permite disminuir el tamaño de los LU y el sangrado, no obstante, el tratamiento dependerá de la paciente, el cual se sustenta en el consentimiento informado firmado por ella misma (62). En nuestro país (Ecuador), según el Ministerio de Salud Pública, está indicado el Dispositivo Intrauterino Hormonal, liberador de levonorgestrel (DIU – LNG) para pacientes con LU, como terapia hormonal (63), mejorando de este modo, los niveles de hemoglobina y de hematocrito, ya que la anemia a causa del sangrado es el signo característico en estas mujeres.

Tratamiento quirúrgico

Cuando los LU crecen considerablemente el tratamiento de base es netamente quirúrgico dado que, los síntomas agravan el cuadro clínico (64).

Miomectomía

Se trata de una cirugía compleja que consiste en la resección del LU desde las paredes uterinas donde se encuentre alojado, mas no del útero propiamente, por lo que se preserva la fertilidad de la mujer, aunque corre el riesgo de requerir una reintervención, dado que los LU pueden reaparecer y necesiten extirparlos y como tal, dicha intervención quirúrgica debe ser realizada por tratantes con la suficiente experticia (40).

Histerectomía

La histerectomía es la extracción del útero en forma total o parcial, utilizada como una opción terapéutica para el tratamiento definitivo del sangrado uterino anormal en casos de LU, aunque cabe destacar que la decisión final la toma la paciente acorde a sus objetivos personales de tratamiento, previa explicación sobre los beneficios y riesgos que conlleva tal intervención (65).

Abordaje quirúrgico

- **Histerectomía abdominal total (HAT):** es la extirpación completa del útero, es decir tanto el cuerpo y cérvix.
- **Histerectomía abdominal subtotal (HAST):** comprende la extracción únicamente del cuerpo del útero, dejando el cérvix intacto (66).
- **Histerectomía vaginal (HV):** consiste en la extirpación del útero por la vagina. Esta vía ofrece algunas ventajas frente a la abdominal: intervención más rápida, menor complicaciones, menor estadía hospitalaria, además de que no deja cicatriz notoria. Aunque existen algunas contraindicaciones: mujeres que no hayan tenido contacto sexual con otra persona, mioma uterino gigante que sobrepase el ombligo, atresias vaginales (67).
- **Histerectomía laparoscópica (HL):** a través del laparoscopio se puede inspeccionar los órganos pélvicos y abdominales, observando claramente el estado de las trompas de Falopio y los ovarios, diferenciando el diagnóstico con otras patologías de la cavidad pélvica, la endometriosis (68).

Embolización de la arteria uterina (EAU)

Esta técnica consiste en inyectar pequeñas partículas en los vasos sanguíneos que llevan la sangre al útero, a través de la ingle, con el fin de bloquear el suministro de sangre a los LU para aliviar las manifestaciones clínicas y disminuir su tamaño, por lo que es considerada como una alternativa a la histerectomía en mujeres con sintomatología marcada y que deseen conservar su fertilidad (69).

2.2.9 COMPLICACIONES

Está demostrado que una mujer en estado de gestación agrava el cuadro clínico, más aún si el LU es de gran volumen, la principal complicación es la hemorragia masiva, que puede llegar a un shock hipovolémico por la pérdida sanguínea durante la cesárea y que puede comprometer el bienestar de la diada materno-fetal (70). Otros órganos comprometidos por la compresión, agrandamiento o adherencia del LU, son la vejiga, la uretra y los uréteres causando síntomas graves en el tracto urinario, a nivel intestinal y disfunción sexual (71).

2.2.10 NIVELES DE PREVENCIÓN

PREVENCIÓN PRIMARIA

Enfocadas básicamente en la promoción de la salud en la protección específica.

En ese sentido, se promueve estilos de vida saludable, en especial una alimentación adecuada y ejercicio físico constante, cabe destacar que, aunque el consumo de tabaco debe evitarse, pues en estos casos, el cigarrillo altera el metabolismo de los estrógenos, que constituyen la principal causa para el desarrollo de estos miomas.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Las actividades están dirigidas en el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y la limitación del daño.

En esta fase, se recomienda a las mujeres premenopáusicas principalmente que acudan periódicamente al ginecólogo, pues en la mayoría de los casos, se detectan mediante la exploración física y la sintomatología referida.

PREVENCIÓN TERCIARIA

En esta última etapa, las acciones se centran en la rehabilitación de la persona.

Por ejemplo, si la paciente es sometida a una intervención quirúrgica como es la histerectomía abdominal por miomas uterinos, pues como profesionales de enfermería nuestra labor es colaborar en la rápida recuperación de la paciente mientras se encuentre hospitalizada.

2.2.11 MODELO DE MARJORY GORDON

Marjory Gordon nació en Cleveland en 1931, fue una de las más reconocidas a nivel mundial debido a sus grandes aportaciones a la enfermería en el siglo XX. Encabezó la presidencia de la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA) en 1982, además recibió la denominación de la “Leyendas Viva” por la Academia Americana de Enfermería en el 2009, de la cual era miembro, y en el 2015 falleció. No sin antes, haber creado los 11 patrones funcionales de salud: Percepción/control de la salud (I), Nutricional/Metabólico (II), Eliminación (III), Actividad/ejercicio (IV), Reposo/sueño (V), Cognitivo/perceptivo (VI), Autopercepción/autoconcepto (VII), Rol

y relaciones (VIII), Sexualidad/reproducción (IX), Afrontamiento/tolerancia al estrés (X) y Valores y creencias (XI).

2.2.12 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON LEIOMIOMA UTERINO

En virtud de que alrededor del 80% de mujeres padecen de LU y que a menudo son asintomáticos (72), estos miomas pueden alcanzar un gran tamaño, aumentando el riesgo de complicaciones, por lo que, los profesionales de enfermería estamos comprometidos en brindarles educación respecto a los aspectos generales, tales como: naturaleza de los miomas, factores de riesgo asociados, manifestaciones clínicas, diferentes alternativas de tratamiento disponibles, así como el pronóstico de su enfermedad, de esta manera, se mejora inclusive la relación enfermera-paciente al brindar un ambiente de confianza, seguridad y confort.

2.2.13 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

Es una herramienta esencial dentro de la práctica sanitaria, utilizada por los profesionales de enfermería para organizar los cuidados de acuerdo a la necesidad alterada del individuo, familia o comunidad (física, fisiológica, psicológica o social), y a su vez, permite desarrollar el pensamiento crítico y mejorar las destrezas y habilidades. El PAE consta de cinco etapas: 1) valoración, 2) diagnóstico enfermero, 3) planificación, 4) ejecución y 5) evaluación (73).

1. VALORACIÓN: es la primera fase del PAE que hace referencia a la evaluación inicial al primer contacto con el paciente, a través de la observación y exploración física.

En esta fase, se evalúa el impacto de la histerectomía en su calidad de vida, se identifican datos como: edad, estado civil, situación económica, número de hijos, antecedentes laborales, lugar de domicilio, satisfacción con la atención médica, creencias religiosas, comportamientos y experiencias personales).

La valoración de enfermería por los patrones funcionales de salud establecidos por M. Gordon:

Percepción/control de la salud (I)

Protección: riesgo de infección por herida quirúrgica.

Nutricional/Metabólico (II)

Oxigenación: Saturación oxígeno 99%, respiración espontánea, sin alteraciones; 2) nutrición: alterada, previa cirugía nada por vía oral;

Equilibrio electrolítico y ácido-base: alterada, hubo necesidad de transfusión sanguínea.

Función endocrina: alterada, irregularidad en el nivel hormonal de estrógenos y progesterona.

Eliminación (III)

Esta función se ve alterada en el número de evacuaciones y micción al día, (estreñimiento desde hace 4 días, frecuencia urinaria constante)

Actividad/ejercicio (IV)

Actividad y reposo: alterada por el dolor agudo intenso en el posoperatorio inmediato.

Reposo/sueño (V)

Insomnio debido al dolor por la herida quirúrgica (histerectomía abdominal total)

Cognitivo/Perceptivo (VI)

Función neurológica: respuesta ineficiente en percepción de la vida.

Autopercepción/Autoconcepto (VII)

Refiere sensación de estar vacía, debido a la cirugía realizada, temor porque su función sexual se vea alterada) y en la identidad personal (melancolía, llanto, sentimientos negativos, culpabilidad).

Rol y Relaciones (VIII)

En este caso, de los tres roles, se vieron afectados únicamente dos de ellos: el 1º) rol de género, al referir sentirse menos mujer por la falta de útero y el 2º) rol secundario, se

vio afectado sobre todo el papel de madre y esposa, porque por su estancia hospitalario no podía ver a su esposo e hijos como de costumbre.

Sexualidad/Reproducción (IX)

La paciente refiere sentirse preocupada porque su sexualidad se vea comprometida después de la cirugía realizada.

Afrontamiento/Tolerancia al estrés (X)

Valoración psicológica y apoyo emocional por parte del personal de enfermería, por lo que la paciente mantiene una actitud positiva, comprende que su organismo atraviesa un proceso de cambios debido a la cirugía, el cual responde naturalmente a ciertos estímulos, pero que con las intervenciones del personal de salud mejorarán poco a poco.

Usa la aceptación de su situación como una estrategia para mitigar el impacto de la histerectomía en su calidad de vida.

Valores y Creencias (XI)

Confía plenamente en Dios, tiene el apoyo de su esposo, hijos y familiares cercanos, a los cuales considera su fortaleza para seguir adelante.

2. Diagnóstico enfermero: es la etiqueta diagnóstica que se asigna en base a la valoración.

En este caso, los diagnósticos identificados fueron los siguientes:

- 00032 Dolor agudo R/C agentes lesivos (procedimiento quirúrgico) M/P conducta expresiva (inquietud, irritabilidad, llanto, gemidos).
- 00085 Deterioro de la movilidad física R/C intolerancia a la actividad física M/P limitación de la amplitud de movimientos.
- 00011 Estreñimiento R/C falta de respuesta habitual a la urgencia de defecar M/P incapacidad para eliminar las heces.

3. Planificación: se planea y se organizan las actividades de enfermería a realizarse, priorizando los principales problemas (de riesgo, reales o potenciales).

4. Ejecución: se pone en marcha las actividades planificadas.

5. Evaluación: en esta última etapa, se determina si los objetivos planteados se cumplieron satisfactoriamente o no, a través de los indicadores y su respectiva puntuación.

Una característica fundamental del PAE es que puede ser utilizado a cualquiera de los modelos o teorías de enfermería que han trascendido desde hace siglos.

TAXONOMÍA NANDA, NOC Y NIC

La NANDA (North American Nurse Diagnosis Association) publicada por primera vez en el 2001-2002, categoriza tradicionalmente a los diagnósticos enfermeros como el juicio clínico en base a las respuestas del individuo, familia o comunidad para afrontar los diferentes procesos vitales o problemas (73). La última edición de la NANDA (2015-2017) hizo varias actualizaciones (incluyeron 25 nuevos), cambios y revisión de la mayoría de definiciones de tales diagnósticos (13 fueron revisados), con un total de 235 diagnósticos enfermeros (74).

La NOC (Nursing Outcomes Classification) comprende los resultados (satisfactorios o no) de cada paciente, lo cual se logra mediante la evaluación de los objetivos (75).

La NIC (Nursing Interventions Classification) corresponde a las intervenciones de enfermería dirigidas a mejorar la calidad del servicio en enfermería, de manera que satisfaga las necesidades del paciente (75).

Nota: Los diagnósticos enfermeros (NANDA), resultados (NOC) e intervenciones (NIC), así como la evaluación respectiva se pueden observar al final del trabajo en anexos.

CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA:

3.1.1 ÁREA DE ESTUDIO

El Hospital Obstétrico “Ángela Loayza de Ollagüe” (HOALO), de la ciudad de Santa Rosa, anteriormente llamado “Maternidad”, ha funcionado por más de 6 décadas, actualmente está ubicado en las calles Calle Octava s/n, intersección novena, Ciudadela El Bosque, es una de las instituciones acreditados a nivel nacional por la Acreditación Canadiense de Calidad Internacional, organismo que después de evaluar 14 estándares de calidad vinculados con los servicios que ofrece (76), posterior a la evaluación obtuvo un puntaje de oro de 99.6% dejando en alto el nombre de la Provincia de El Oro, al ser el hospital con mayor puntuación, seguido del Hospital Teófilo Dávila que obtuvo un puntaje del 98.3% en el año 2015 (77).

3.1.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

Paciente de 39 años de edad con diagnóstico de Leiomioma Uterino.

3.1.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El enfoque metodológico adoptado en esta investigación es de tipo cualitativo, basado en información detallada acerca de las características clínicas de la paciente, entre otros aspectos relacionados con el caso.

3.1.4 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio tiene un enfoque descriptivo-retrospectivo, porque se pueden observar y describir algunos datos encontrados en la paciente y compararlos con estudios previos.

3.1.5 MÉTODOS:

Esta investigación fue abordada a través del estudio de un caso (**método clínico**), el cual se analiza y se sintetiza la información a profundidad (**método analítico-sintético**).

3.1.6 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Los datos fueron recopilados a través de la revisión de la historia clínica (HC) acerca del caso descrito en categorías.

3.1.7 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Entrevista personal a la paciente a fin de conocer ciertos aspectos que no se reflejan en la HC.

3.1.8 CATEGORÍAS

Datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes patológicos tanto personales y familiares, exploración física, situación actual de su enfermedad, evolución clínica, reportes de enfermería, tratamiento, exámenes complementarios, (biometría hemática, ecografía, estudio histopatológico) y diagnóstico médico.

3.1.9 RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

- **Materiales:** hojas de papel, esferos, computadora, impresora, papers.
- **Humanos:** paciente, personal de enfermería, docente de titulación, especialistas de investigación.

3.1.10 ASPECTOS ÉTICOS-LEGALES

Principio de confidencialidad: este principio garantiza que la información personal del paciente no será divulgada total o parcialmente sin su consentimiento, con el fin de proteger su identidad, en este caso este principio si aplica, ya que no se menciona ningún dato personal de la misma.

Principio de no maleficencia: en este principio existe la obligación de no causar daño a los demás, el cual sin duda se cumple a cabalidad.

Principio de autonomía: el respeto por la autonomía es una norma que nos obliga a respetar las decisiones (autodeterminación) de los adultos que tienen capacidad para tomar decisiones, en este caso este principio se evidencia en el consentimiento informado firmado por la propia paciente.

Principio de beneficencia: es una obligación moral de actuar en beneficio de los demás, en este caso principio si se cumple, dado que no solo beneficia a la paciente sino

también al personal de enfermería al proporcionar hallazgos relevantes, siendo útiles desde la atención primaria hasta unidades de mayor complejidad.

3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN

Los datos fueron obtenidos del departamento de estadística del HOALO, de la ciudad de Santa Rosa, y para la formalidad del caso hubo la necesidad de enviar un oficio dirigido al Director de esa institución, Dr. Javier Molina, solicitando su autorización para el acceso a la documentación de la historia clínica de la paciente, la misma que tuvo una acogida favorable (Ver en Anexos)..

Además, se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: PubMed, Cochrane, Science Direct, Scielo, Redalyc, y para la elaboración de los planes de cuidados de enfermería se utilizó NNNConsult, una herramienta online que nos permitió relacionar dinámicamente el lenguaje estandarizado de la NANDA, NIC y NOC.

3.3. SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE DATOS

Consideramos pertinente organizar los datos en diez categorías:

- 1. Datos de filiación:** consiste en la información personal brindada por la paciente respecto al lugar de domicilio, edad, ocupación.
- 2. Motivo de consulta:** indica la razón por la cual acudió a ser atendida.
- 3. Antecedentes patológicos tanto personales y familiares:** señalan el historial médico de enfermedades anteriores ya sea en el individuo o en sus parientes cercanos.
- 4. Exploración física:** hace referencia a la valoración céfalo-caudal a través de la inspección, palpación, auscultación y percusión.
- 5. Signos vitales:** son los profesionales de enfermería quienes generalmente se encargan de controlarlos al contacto con el paciente y posteriormente de acuerdo a la frecuencia médica indicada.
- 6. Situación actual de su enfermedad:** entidad patológica por la cual está atravesando.
- 7. Exámenes complementarios:** biometría hemática, ecografía, estudio histopatológico.

- 8. Diagnóstico médico:** después de la valoración en conjunto con los exámenes complementarios ayudan a determinar el diagnóstico definitivo de ingreso a la unidad.
- 9. Evolución clínica:** se basa en el expediente médico que indica el agravamiento o mejoramiento de la enfermedad en el ambiente hospitalario.
- 10. Tratamiento:** está inmerso en las indicaciones médicas: farmacológico y quirúrgico, así como las medidas a tomar antes y después de la histerectomía.
- 11. Reportes de enfermería:** es el informe emitido por el personal de enfermería en el que por cada turno se reportan novedades relacionadas con su evolución.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS

Datos de filiación:

Paciente de 39 años de edad de sexo femenino, nacida y residente en la ciudad de Santa, estado civil casada, instrucción básica.

Fecha de Ingreso: 14/03/2018 Hora: 21:30

Antecedentes Personales, Familiares y Ginecológicos Obstétricos.

Antecedentes Personales: hipermenorrea

Antecedentes Familiares: madre y abuela con hipertensión arterial (HTA).

Antecedentes Obstétricos:

- Gestaciones: 2
- Partos: 1
- Cesárea: 1 (Embarazo Gemelar) hace 16 años.
- Hijos Vivos: 3
- Menarquia: 12 Años
- Ciclos Menstruales: Irregulares
- FUM: 1/03/2018

Motivo de Ingreso:

14/03/2018 (20:00): Paciente de 39 años de edad que ingresa al área de consulta externa en el HOALO, para cirugía programada para histerectomía abdominal por Leiomioma uterino, paciente permanece tranquila, lúcida, orientada, a nivel genital no pérdidas transvaginales, refiere estreñimiento desde hace 4 días.

Cuadro clínico: Dolor en hipogastrio, constipación, flatulencias, cuadro que se inicia hace tiempo atrás, además trae resultados de ecografía que reporta presencia de nódulo hipogénico de 5.25 cm x 5.03 cm otro de 1.97cm x 2.70 cm localizados en la cara posterior y anterior intramurales otro de 1.77 x 1.87 cm localizado en la posterior submucosa.

Signos Vitales: T°: 36°C, TA: 120/70 mmHg, FC: 100 lpm, FR: 20 rpm, SO₂: 98%.

Medidas antropométricas: Peso: 81.3 Kg, Talla: 151 cm. Índice de Masa Corporal (IMC) 36.45 Kg/m².

Resultados de exámenes de laboratorio: Hemoglobina (Hb): 9.3g/dl, Hematocrito: 32%, Leucocitos: 10.500x³mm, Plaquetas: 218.000x³mm, TP:13 seg, TPT: 32 Seg, Glucosa: 83 mg/dl VIH y VDRL: No reactivos

Intervención Quirúrgica

- **Fecha:** 15 – 03- 2018
- **Hora de inicio:** 09:31 am **Hora de terminación:** 11:38 am.
- **Tipo de intervención:** Histerectomía Abdominal Total
- **Diéresis:** medio infraumbilical
- **Exposición:** manual e instrumental.
- **Sangrado:** 400 cc
- **Diuresis:** 100 cc
- **Exploración y hallazgos quirúrgicos:** útero aumentado de tamaño, se observan múltiples miomas.

Reportes de Enfermería

Primer día de Ingreso 14/03/2018

(20:00) Paciente de 39 años de edad ingresa con solicitud de ingreso de doctor Jaramillo Edwin para intervención quirúrgica Histerectomía Abdominal. Al momento con facies pálidas, mamas blandas, abdomen blando, no sangrado, no refiere sintomatología. Se le instala en su unidad, se le orienta sobre su uso adecuado de la misma, se despeja dudas, identificación y llamado de enfermería se le coloca manilla de identificación

(6:00) Paciente cursa turno en su unidad en reposo, duerme poco a intervalos cortos, asintomática, colabora con su higiene corporal, se prepara campo, se canaliza vía venosa, queda en su unidad en espera de su procedimiento, su historia clínica con documentos completos.

(7:30) Paciente pasa a quirófano acompañada de personal de salud, en sillas de ruedas, asintomática, orientada y consciente, documentos en historia clínica, pendiente valoración pre-anestésica vía de administración de profilaxis.

Segundo día de hospitalización 15/03/2018

(7:35) Paciente ingresa a centro obstétrico para histerectomía, al momento se siente estable consciente y orientada afebril asintomática, abdomen blando depresible no doloroso a palpación, campo operatorio preparado, no se evidencia pérdidas transvaginales, con tono y fuerza muscular conservado, con vía venosa permeable, recibe tratamiento se da vestimenta de la institución, paciente queda en espera de procedimiento quirúrgico.

(9:10) En quirófano 1, bajo normas de asepsia y antisepsia se circula en la administración de anestesia y colocación de sonda vesical a paciente, se verifica que todo el equipo esté completo, paciente y procedimiento correcto, a las 9 horas 31 minutos se inicia cirugía se observa atracción de útero, se toma muestra para histopatológico, se rotula la muestra, se empieza a suturar por planos hasta llegar a piel, previo conteo de compresas, se coloca apósito compresivo en herida quirúrgica, se descarta durante el procedimiento 100 cc y sangrado 400cc, termina cirugía a las 11:38, se realiza aseo y confort y pasa a sala de alto riesgo estable con signos vitales de: P/A: 130/80 mmHg; FC: 80 lpm; SpO2: 99 %.

11:55 Paciente de post histerectomía inmediata, ingresa a sala de recuperación aparentemente estable, herida quirúrgica cubierta de apósito limpio y seco, sonda vesical permeable eliminando diuresis poco colúrica, tono y fuerza muscular conservado, vía periférica permeable se recibe muestra para examen histopatológico, se monitorea por control de signos vitales.

16:00 Paciente de post-histerectomía inmediata pasa a sala de hospitalización aparentemente estable, tranquila, consciente orientada, presenta leve dolor de herida quirúrgica a la palpación, se descarta de sonda vesical 400 cc de diuresis clara, se brinda aseo y confort, tono y fuerza muscular conservada, vía periférica permeable, Pendiente realizar exámenes de laboratorio y de histopatología, lleva muestra rotulada en frasco.

16:45 Paciente de post-histerectomía inmediata, ingresa a sala de hospitalización, consciente, orientada, facies ligeramente pálidas, respiración espontánea, mucosas orales húmedas, mamas simétricas, abdomen con presencia de herida quirúrgica con apósito limpio y seco, pañal limpio sin restos, miembros inferiores con tono y fuerza muscular conservada, trae orden de referencia a SOLCA patología. Se brinda educación sobre sus deberes y derechos dentro de la institución pendiente resultados de histopatología.

Turno nocturno 15/03/2018 (7:00) Paciente queda en la unidad en reposo absoluto tolerando dieta, al momento se encuentra estable, lúcida con facies pálidas, mucosas orales semihúmedas, tórax y mamas simétricas, abdomen blando depresible poco doloroso a la palpación, herida quirúrgica cubierta con apósito limpia y seca en proceso de cicatrización, región genital se observa sangrado transvaginal en escasa cantidad, tono y fuerza muscular conservado queda con vía venosa permeable, recibe tratamiento indicado se brinda aseo personal. NOTA: Pendiente valorar biometría de control y tramitar muestra histopatológica.

Tercer día de hospitalización

(13:00) Paciente que cursa turno en su unidad, recibe visita médica se valorar herida quirúrgica, queda descubierta se alimenta a base de dieta indicada con adecuada tolerancia, mamas blandas, abdomen blando con herida descubierta y en proceso de cicatrización continua con sonda vesical funcional eliminando diuresis clara 1000cc. Se sugiere iniciar deambulacion luego de dos horas ya que al momento refiere dolor a nivel de herida quirúrgica se comunica a médico de turno para valorar ya que no tiene medicación de analgesia por su médico tratante se administra hierro intravenoso sin novedad.

(17:30) Paciente en reposo relativo consciente orientada facies ligeramente pálidas poco álgicas, abdomen blando a la palpación, herida quirúrgica en proceso de cicatrización con sonda vesical, eliminando diuresis clara, vía venosa permeable se administra tratamiento prescrito, con densidad muscular conservado se brinda cuidados de enfermería.

Turno nocturno 16/03/2018 (7:00) Paciente postquirúrgico durante el turno reposo relativo realiza deambulacion, colaboradora, facies pálidas, tórax simétrico, abdomen

blando con herida quirúrgica en proceso de cicatrización, sangrado transvaginal en escasa cantidad, tono y fuerza muscular conservada, recibe tratamiento indicado, descansa a intervalos largos se realiza ducha corporal.

Cuarto día de hospitalización 17/03/2018

(7:00) Paciente durante el turno permanece en su unidad consciente orientada en tiempo espacio y persona, se retira sonda vesical tono y fuerza muscular conservada, recibe alta médica se retira vía periférica se entrega medicación junto con prescripciones a seguir en el hogar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 39 años de edad que acude por consulta externa al Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollagüe (HOALO) para cirugía programada de una Histerectomía abdominal total por Leiomioma uterino el 14/03/2018, a la valoración refiere dolor en hipogastrio, constipación, flatulencias, trae resultados de ecografía que reporta presencia de nódulo hipogénico de 5.2 5cm x 5.03 cm otro de 1.97 cm x 2.70 cm localizados en la cara posterior y anterior intramurales otro de 1.77 x1.87 cm localizado en la posterior submucosa. Todos los signos vitales estables, no se evidencia sangrado transvaginal. Se coordina para la realización de exámenes de laboratorio. Es sometida a cirugía el 15/03/18, donde el ginecólogo extrajo múltiples miomas subserosos, consistentes con el estudio de imagen. La estancia hospitalaria fue de 4 días y su recuperación fue exitosa.

En este caso, los factores que probablemente incidieron en el desarrollo de los miomas uterinos fueron: edad (premenopáusica) nivel de educación (básica), estatus socioeconómico (bajo), antecedentes patológicos personales y familiares, embarazo gemelar, no consumo del cigarrillo, aunque parezca algo raro, éste altera el metabolismo de los estrógenos que son los principales causantes para el crecimiento de estos tumores, siendo las características clínicas comunes, hipermenorrea, anemia, dolor pélvico en el 50% de los casos, pues por lo general no suelen ser sintomáticas, y son detectadas cuando acuden al ginecólogo durante la exploración física.

Por lo que, resulta esencial la utilidad del modelo de Virginia Henderson para satisfacer las necesidades de la paciente intervenida quirúrgicamente por Histerectomía abdominal total, priorizando aquellas necesidades que deben ser resueltas. En cuanto al Proceso de atención de enfermería, es fundamental seguir de manera secuencial cada una de sus

etapas, como son la valoración, diagnóstico enfermero, planificación, ejecución y evaluación, aunque en este hospital de segundo nivel de atención no cuentan con un formato establecido para la elaboración de planes de cuidados de enfermería.

5. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados encontrados, se incluyeron los siguientes parámetros: etiología, factores de riesgo (edad, etnia, estilo de vida, antecedentes personales y familiares), manifestaciones clínicas, abordaje quirúrgico, tiempo operatorio, pérdida sanguínea y peso del mioma, destacando la importancia del proceso enfermero frente a esta patología.

La **etiología** del LU no se ha dilucidado por completo, no obstante, se piensa que los estrógenos y progesterona desempeñan un papel importante en la formación de estas neoplasias benignas, a través de la conversión de una enzima llamada aromatasas (78). Sin embargo, Segars (2014), plantea que no todos los miomas se desarrollan de la misma manera, mientras unos continúan creciendo, otros se mantienen estáticos en tanto que otros desaparecen de manera natural (79). Markowska et al, concluyeron que los estímulos estresantes desempeñan un rol significativo en su origen, pero no influyen ni en el estado de la menopausia tampoco en el tamaño del tumor (80). No obstante, en este caso la posible etiología puede ser por causa hormonal endógena, es decir causada por el desequilibrio de los estrógenos y progesterona principalmente.

Para Manta et al (2016), los **factores de riesgo** relacionados con el desarrollo de estos tumores benignos son: menarquia temprana, nuliparidad, cafeína y alcohol, inflamación crónica (81). Sin embargo, tal estudio no es consistente con el presente caso, ya que cabe recordar que la paciente tuvo su menarquia a los 12 años de edad, además de tener 3 hijos (multípara) no refirió hábitos tóxicos (alcoholismo, consumo de tabaco), como antecedentes patológicos personales, hipermenorrea, aunque en la valoración médica no se evidencia sangrado transvaginal.

Apoyándonos en los **antecedentes familiares** de la paciente, la HTA también representa un coadyuvante para el desarrollo del LU (34), en contraste con el presente estudio, se asemeja notoriamente, recordemos que tuvo antecedentes familiares a su madre y abuela hipertensas.

En tanto que los **antecedentes personales** de la mujer también se consideraron como factores de riesgo para LU, ya que nuestros resultados coinciden con los hallazgos de otros estudios, como los de Hernández et al (19) & Uimari (42), en los que el embarazo gemelar representa un factor de riesgo, aunque el mecanismo por el que opera no se

comprendan totalmente, pero sobretodo es muy consistente con el encontrado por Conde (2018) (82), ya que también en su reporte a la paciente también le realizaron una cesárea hace 16 años por gemelos.

Diferentes estudios evidencian la presencia de LU en féminas en **edad** fértil entre 35 a 50 años (83,84,85), con una alta prevalencia respecto a la **etnia**, en afrodescendientes (80%) y en blancas (70%) (22,86) lo cual, es consistente con el presente estudio en relación a la edad (39 años), pero no en la etnia (mestiza). La presencia de LU en adolescentes es sumamente rara (<1%), por lo que el mecanismo biológico y el tratamiento adecuado para este grupo poblacional no está del todo claro. Los resultados obtenidos por Geethamala et al (2016) (84), reafirman lo demostrado por Diesen et al (37) y Mendes y colegas (87), al reportar pocos casos de LU en pacientes menores de 18 años de edad (hasta el año 2014: 19 informes). Tanos & Berry (2018), refieren que el riesgo de LU canceroso (leiomioma) se incrementa cuando se presenta en féminas de edad avanzada (85), aunque también puede diagnosticarse en mujeres jóvenes después del mioma ha sido extirpado (86).

Otros factores de riesgo relacionados con el **estilo de vida**, son el sobrepeso y la obesidad, según los resultados obtenidos por Sommer et al (2015), más de las 600.000 mujeres diagnosticadas de LU, el 36% tenía sobrepeso, mientras que el 17% eran obesas (90), tal estudio diverge considerablemente con un estudio realizado hace poco más de 25 años, en el que el 51% de las mujeres estudiadas eran obesas y el 16% tenían obesidad severa (91). En este caso, el IMC de la paciente de quien se habla fue de 36.45 Kg/m² equivalente a obesidad tipo II, lo cual muestra un patrón muy similar a lo encontrado en estudios previos.

Los LU son **clínicamente** evidentes en el 25% de las féminas, cursando de manera asintomática en el 50% de los casos, cuya sintomatología varía de acuerdo al tamaño, cantidad y localización del tumor, sin embargo, la mayoría se quejan de sangrado uterino anormal y prolongado, dolor pélvico, síntomas compresivos, tales como: problemas urinarios (frecuencia urinaria) e intestinales (estreñimiento), dispareunia (39,84), infertilidad (1/10) causada principalmente por LU submucosos (92) y en los casos severos se puede presentar: insuficiencia renal (aún en ausencia de síntomas menstruales) (93), edema agudo, hipertensión pulmonar grave e insuficiencia respiratoria, comprometiendo la vida de la paciente (94). Para Donnez & Dolmans, por

lo general, aquellas pacientes con sintomatología notoria presentan un útero agrandado con múltiples miomas de 2-5 o miomas de gran volumen (95), lo cual se equipara enormemente con la apariencia y la presencia de los 3 miomas en el útero en el presente estudio, también hubo síntomas compresivos como el estreñimiento, deseo de orinar frecuentemente, pero no se evidenció sangrado cuando acudió a la consulta ginecológica.

Fortin et al (2018), aluden que, los LU producen un gran impacto en la calidad de vida de la mujer, el bienestar físico, emocional y social, la autoimagen, las relaciones interpersonales y la sexualidad (96), y en este último aspecto, López (2011) difiere, ya que en su estudio en el que participaron 252 mujeres con miomas (Grupo A: 172 entre 3-5 cm vs. Grupo B: 80 > 5 cm) no hubo diferencias significativas en ambos grupos respecto al ámbito sexual (deseo sexual, orgasmo, excitación, dispareunia, tampoco sequedad vaginal) (36). En este contexto, la paciente refirió no tener dificultades al momento de tener relaciones sexuales con su pareja antes de someterse a la cirugía.

Con respecto al **abordaje quirúrgico**, la extracción de los miomas puede darse por: vía vaginal (HV), laparoscópica (HL) y abdominal (HAT o HAST) o mediante una miomectomía o una EAU, ambas técnicas mantienen intacto el útero. Desde esta perspectiva, nuestro punto de vista es que, cualquier intervención quirúrgica no está exenta de riesgos y puede provocar complicaciones graves, por lo que los años de experiencia del ginecólogo influye notablemente en el que la cirugía culmine satisfactoriamente.

El **tiempo operatorio** de la HAT en la investigación de Hernández et al (2010) estuvo dividido en tres rangos: 1°) < 90 minutos, 2°) entre 91 y 120 minutos y 3°) > 121 minutos, prevaleciendo el 56.8% (99/121) en el segundo grupo, seguido del primer grupo con 21.8% (38/151) y en último lugar el tercer grupo con 21.2% (37/38) (97); mientras que nuestros resultados coinciden significativamente con este grupo, ya que la cirugía tuvo una duración de poco más de dos horas (127 minutos).

Otros aspecto relacionado es la **pérdida de sangre** en el intraoperatorio, de esta forma, los resultados de la biometría hemática reflejaron una Hb inicial de 9.3 g/dL, confirmaron la asociación entre la anemia y el sangrado anormal uterino, aunque no hubo necesidad de transfusión sanguínea, lo cual diverge de lo sustentado por otras investigaciones como la de Puchar et al (98), aunque también puede presentarse casos

de anemia extrema como el reportado por Panse et al, Hb de 1.8 g/dL a quien tuvieron que administrarle 6 unidades de sangre (99). García et al, manifestaron que casi la cuarta parte de las pacientes sometidas a miomectomía tuvieron una pérdida sanguínea de más de 1000 ml, en las que hubo la necesidad de transfusión de 18 a 24% (100).

En relación al **peso** del LU, el más grande de la historia conocido hasta la actualidad, fue reportado por primera vez por Hunt en 1888 y que pesó 63.3 kg; con el pasar de los años, el tamaño de estos tumores ha disminuido paulatinamente: 1930 (60.7 kg), 1946 (25 Kg), 1973 (45.4 kg), 2003 (40 y 43 Kg) (101) y en el 2008 (11.9Kg) (102). En contraste con nuestro estudio, el peso del mioma fue de 500 gramos, por lo que diverge significativamente con las investigaciones anteriores.

En cuanto a la **estancia hospitalaria**, el reciente estudio de Aydin y colaboradores (2018), la duración promedio de estadía en mujeres posthisterectomizadas fue de 6,7 días, mientras que por miomectomía vaginal fue de 3,5 días (103). En el presente caso, la paciente fue sometida a HAT con una estadía de cuatro días, lo cual se asemeja con el estudio de Hernández et al (2010), donde por HAT con el mismo número de días, presentaron una estadía del 47.7%.

Otra de las cuestiones desprendidas de estos resultados es el **PAE**, en el cual se utilizó como base el lenguaje estandarizado de la taxonomía NANDA, NIC y NOC, siendo de gran influencia en la práctica asistencial al fundamentar los conocimientos teóricos adquiridos durante la etapa universitaria, de este modo, Rivera et al (2013), estipula que este lenguaje ha sido catálogo desde el punto de vista académico, como una terminología abstracta, poco común, que conlleva mucho tiempo, no efectiva, con pocos beneficios al momento de brindar el cuidado respectivo (104). En virtud de esto, creemos que debe promoverse el uso de las teorías filosóficas de enfermería ya que con ello se puede mejorar la capacidad de pensamiento crítico y en efecto a dar una atención de calidad al paciente, es evidente que aquellos profesionales que tomen como base alguno de esos fundamentos teóricos, brindarán una atención integral, aunque por lo particular, su uso en la asistencia hospitalaria no es muy común, lo cual puede deberse a su estructura compleja y cuyos conceptos son abstractos.

6. CONCLUSIONES

Los resultados del caso de la paciente de 39 años de edad con leiomioma uterino a quien se le realizó una histerectomía abdominal total presentan ciertas coincidencias con otras investigaciones realizadas, como por ejemplo la edad (premenopáusia), factores de riesgo, estilo de vida (sobrepeso u obesidad), manifestaciones clínicas, tiempo operatorio (127 minutos), peso del mioma uterino (500 gramos) y estancia hospitalaria (4 días), aunque hubo discrepancias en cuanto a los antecedentes patológicos familiares, ya que negó que algún pariente cercano padezca de esta enfermedad.

El proceso de atención de enfermería considerado el método científico, destaca el rol que cumplen los profesionales en su labor, por lo que es fundamental que se promueva la aplicación de este proceso tanto en el ámbito académico como en el ámbito laboral, ya que permite mejorar el pensamiento crítico del estudiante en la práctica clínica.

En nuestro país, el uso de las teorías o modelos en la práctica e investigación de enfermería ha ganado importancia en los últimos años, en ese sentido, se adoptó el modelo de Marjory Gordon, ya que trata al ser humano como un todo y tiene como objeto principal de enfermería lograr un mejor afrontamiento y recuperación de su estado físico, emocional, psicológico y familiar, contribuyendo a que la paciente consiga superar los problemas funcionales en el escenario en el que se encuentre.

7. RECOMENDACIONES

Se sugiere al personal de salud de los diferentes centros de salud del primer nivel de atención, así como los hospitales del segundo y tercer nivel de atención, poner en práctica las guías, normas y/o protocolos proporcionados por el MSP de nuestro país, a fin de garantizar un manejo adecuado en las pacientes que padecen de leiomiomas uterinos.

Al personal de enfermería, brindar una atención de calidad a las pacientes, de tal manera que a través de los cuidados se permita la pronta recuperación de su salud y pueda reintegrarse a su hogar.

Al personal docente, impulsar el desarrollo de análisis de caso en el estudiantado, con el objetivo de fortalecer el pensamiento crítico en el ámbito clínico-hospitalario.

A los estudiantes de enfermería, tomar en cuenta alguno de los postulados de enfermería para la fundamentación científica del caso, y más que todo ambos deben tener correlación.

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
D.L. NO. 69-04 DE 14 DE ABRIL DE 1969
Calidad, Pertinencia y Calidez
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

SECCIÓN/CARRERA:

ENFERMERÍA

Oficio nro. UTMACH-UACQS-CCEF-2018-0824-OF
Machala, 05 de Diciembre de 2018

Señor Doctor.
XAVIER MOLINA
Director
Hospital Obstétrico Angela Loayza de Ollague
Santa Rosa.

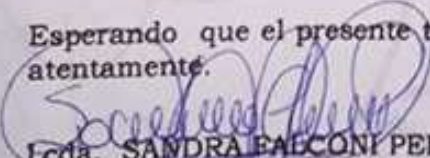
De mi consideración:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos en sus funciones, por medio del presente solicito a usted, de manera muy comedida, se autorice a quien corresponda brindar el acceso de las Historia Clínica N° **36528** de la paciente Bustamante Bejarano Jesenia Herminia, con diagnóstico de Leiomioma Intramural Uterino, a los estudiantes del Décimo Semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica Machala, para que puedan recabar información necesaria para realizar el análisis de caso, el mismo que es requerido en la asignatura de Titulación, impartida por la Lcda. Janette Eras Carranza, Profesora de la Carrera de Enfermería de la Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala.

El tema del análisis de caso es **"PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE SOMETIDA A HISTERECTOMIA ABDOMINAL POR LEIOMIOMA INTRAMURAL UTERINO"**. Las estudiantes de la Carrera de Enfermería, que acudirá son:

- Cruz Bustamante Gisella Katherine (C.I. 0706473352)
- Vargas Paz Luisa Elena (C.I. 0706671401)

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo muy atentamente.


Lcda. SANDRA FALCONI PELAEZ
Coordinadora de la Carrera de Enfermería
C.I. 0704840867
fsandra@utmachala.edu.ec
SFP/Priscila O.

SECRETARÍA DOCUMENTO # 1
FECHA: 12-12-2018 HORA: 13:45
RECIBIDO POR: loayza
SECRETARÍA DE LA UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

1/1

TABLA N°1. RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO:

Hallazgos	15/03/2018	16/03/2018
Hemoglobina	9.3g/dl,	9.0 g/dl
Hematocrito	32%	30.1%
Leucocitos	10.500xmm ³	8.400xmm ³
Plaquetas	218.000xmm ³	204,000xmm ³
VIIH	No reactivo	
VDRL	No reactivo	

TABLA N°2. RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

	14/03/2018
PRE-QUIRURGICO	<ul style="list-style-type: none">● Nada por vía oral● Control de signos vitales● Control de paño● Cloruro de sodio 0,9% 1000 mililitro por vía venosa a 30 gotas por minuto.● Cefazolina 1 gramo vía venosa 1 hora antes de cirugía● Exámenes complementarios 5am.● Valoración por anestesiología.

<p style="text-align: center;">POST-QUIRÚRGICO</p>	<p style="text-align: center;">I N M E D I A T O</p>	<p style="text-align: center;">15/03/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nada por vía oral ● Control de signos vitales ● Cloruro de sodio 0,9% 500 mililitros + 300 miligramos de Tramadol +30 miligramos de Metoclopramida + 90 miligramos de Ketorolaco pasar a vía venosa a 40 ml/hora. ● Dieta líquida ● Control de signos vitales cada 6 horas. ● Control de diuresis horaria. ● Control de paño ● Cloruro de sodio 0.9% 1000 mililitros a 30 gotas. ● Cefazolina 1 gramo vía venosa cada 8 horas. (3 dosis) ● Omeprazol 40 miligramos cada 12 horas ● Metoclopramida 10 miligramos vía venosa cada 8 horas.
	<p style="text-align: center;">M E D I A T O</p>	<p style="text-align: center;">15/03/2018</p> <p>Dieta líquida a tolerancia</p> <p>Control de signos vitales, diuresis, y sangrado cada turno</p> <p>Cloruro de sodio 0.9% 1000 mililitros a 30 gotas.</p> <p>Cloruro de sodio 0.9% 500 mililitros + hierro sacarosa 300 miligramos, pasar en 5 horas</p> <p>Cefazolina 1 gramo vía venosa cada 8 horas.</p> <p>Metoclopramida 10 miligramos vía venosa. Cada 8 horas.</p> <p>Deambulación precoz asistida.</p>
<p style="text-align: center;">ALTA MÉDICA</p>	<p style="text-align: center;">17/03/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Referencia inversa Centro de Salud Anidado ● Signos de alarma. ● Control por consulta externa en 8 días ● Hierro + ácido fólico 60.4 miligramos vía oral cada día por 30 días ● Cefalexina 500 miligramos vía oral cada 4 horas por 6 días ● Ibuprofeno 400 miligramos vía oral cada 8 horas por 5 días. 	

TABLA N° 3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DOLOR AGUDO

DOMINIO 12 Confort		CLASE: 1 Confort físico	PATRÓN: 6 Cognitivo- perceptivo
DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
(00132) Dolor agudo R/C agentes lesivos (procedimiento quirúrgico) M/P conducta expresiva (inquietud, irritabilidad, llanto, gemidos).	<p>(2102) Nivel del dolor</p> <p>Indicadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor referido 2. Expresiones faciales de dolor. 3. Gemidos y gritos. 	<p><u>Manejo del dolor (1400)</u></p> <p>Valoración exhaustiva del dolor: localización, características, duración, frecuencia, intensidad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p><u>Administración de analgésicos (2210)</u></p> <p>Comprobar las prescripciones médicas en cuanto a medicamento, dosis y frecuencia del analgésico indicado.</p> <p>Verificar el historial de alergias a medicamentos.</p> <p>Controlar los signos vitales antes y después de la administración de analgésicos.</p> <p>Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares.</p> <p>Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.</p>	<p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno <p>Indicadores:</p> <p>Mantener a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Grave (1) 2.Sustancial (2) 3.Sustancial (2) <p>Mantener en: 5</p> <p>Aumentar a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Leve (4) 2. Leve (4) 3. Moderado (3) <p>Aumentar en: 11</p>

TABLA N° 4. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

DOMINIO: 4 Actividad/Reposo		CLASE: 2 Actividad/Ejercicio	PATRÓN: 4 Actividad-ejercicio
DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
<p>(00085) Deterioro de la movilidad física R/C intolerancia a la actividad física M/P limitación de la amplitud de movimientos.</p>	<p align="center"><u>Movilidad (0208)</u></p> <p>Indicadores:</p> <p>1. Manteni miento de la posición corporal.</p> <p>2. Ambula ción</p> <p>3. Se mueve con facilidad.</p>	<p align="center"><u>Terapias de ejercicios: deambulaci3n (0221)</u></p> <p>Animar a la paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla seg3n tolerancia.</p> <p>Mantener la cama a baja altura, si resulta oportuno.</p> <p>Ayudar a la paciente con la deambulaci3n inicial, si es necesario.</p> <p>Ayudar a la paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas.</p> <p>Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad.</p>	<p>Escala:</p> <p>1. Gravemente comprometido</p> <p>2. Sustancialmente comprometido</p> <p>3. Moderadamente comprometido</p> <p>4. Levemente comprometido</p> <p>5. No comprometido</p> <p>Indicadores:</p> <p>Mantener a:</p> <p>1. Sustancialmente comprometido (2)</p> <p>2. Sustancialmente comprometido (2)</p> <p>3. Moderadamente comprometido (3)</p> <p align="center">Mantener en: 7</p> <p>Aumentar a:</p> <p>1. Levemente comprometido (4)</p> <p>2. Levemente comprometido (4)</p> <p>3. Levemente comprometido (4)</p> <p align="center">Aumentar en: 12</p>

TABLA N° 5. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ESTREÑIMIENTO

DOMINIO: 3 Eliminación e Intercambio		CLASE: 2 Función gastrointestinal	PATRÓN: 3 Eliminación
DIAGNÓSTICO (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN
<p>(00011) Estreñimiento R/C falta de respuesta habitual a la urgencia de defecar M/P incapacidad para eliminar las heces.</p>	<p><u>Eliminación intestinal (0501)</u></p> <p>Indicadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Facilidad de eliminación de heces. 2. Estreñimiento. 3. Dolor con el paso de las heces. 	<p><u>Manejo del estreñimiento (0450)</u></p> <p>Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación fecal.</p> <p>Vigilar la existencia de peristaltismo.</p> <p>Consultar con el médico acerca del aumento/disminución de la frecuencia del peristaltismo.</p> <p>Explicar la etiología del problema y las razones de las actuaciones.</p> <p>Instruir a la paciente acerca de la dieta rica en fibras, ejercicio y la ingesta de líquidos.</p> <p>Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces, según corresponda.</p>	<p>Escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido <p>Indicadores Mantener a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido (1) 2. Sustancialmente comprometido (2) 3. Gravemente comprometido (1) <p>Mantener en: 4</p> <p>Aumentar a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Levemente comprometido (4) 2. Levemente comprometido (4) 3. No comprometido (5) <p>Aumentar en: 13</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Khan A, Shehmar M, Gupta J. Uterine fibroids: current perspectives. International journal of women's health. [Online].; 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3914832/>.
2. Sepúlveda J, Alarcón M. Manejo médico de la miomatosis uterina. Revisión de la literatura. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2016 Febrero; 81(1).
3. Márquez M, Calderaro F, Lobo J, Jurado J. Revista Venezolana de Oncología. [Online].; 2016. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3756/375643222004.pdf>.
4. Dabo B, Ohene B, Nana D, Ofori E. Factors associated with uterine fibroid in Ghanaian women undergoing pelvic scans with suspected uterine fibroid. Fertility Research and Practice. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5424414/>.
5. Cardozo E, Clark A, Banks N, Henne M, Stegmann B, Segars J. The Estimated Annual Cost of Uterine Leiomyomata in the United States. American journal of obstetrics and gynecology. [Online].; 2013. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3292655/>.
6. Bodi Z, Puscasiu L, Mircea O, Torres L, De Wilde R, Tica V. Pharmacological Treatment of Uterine Fibroids Prior to Surgery. Women's Health & Gynecology. [Online].; 2017. Available from: <https://scientonline.org/open-access/pharmacological-treatment-of-uterine-fibroids-prior-to-surgery.pdf>.
7. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Manejo médico de miomatosis uterina 2015. [Online].; 2015 [cited 2019 enero 12. Available from: http://www.fasgo.org.ar/images/BOLETIN_FLASOG_dic15.pdf.
8. Toledo G. Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco, 2005 al 2010. Revista Horizonte Médico. [Online].; 2011 [cited 2018 Octubre. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3716/371637122003.pdf>.
9. Sirio K, Faerstein E. Prevalence of self-reported medical diagnosis of uterine leiomyomas in a Brazilian population: Demographic and socioeconomic patterns in the Pro-Saúde Study. Rev Bras Epidemiol.. 2013; 16(2): p. 301-313.
10. OMS & OPS. Informe de país: Venezuela (República Bolivariana de Venezuela). [Online].; 2017 [cited 2018. Available from: https://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2017/?page_t es=informes%20de%20pais/venezuela&lang=es.
11. República Bolivariana de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud. [Online].; 2018 [cited 2018. Available from: <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Anuario-Mortalidad-2014.pdf>.

12. INEC. Anuario de Estadísticas Hospitales Camas y Egresos 2014. Ecuador.; 2014.
13. MSP. Principales causas de morbilidad ambulatoria 2016. [Online].; 2016. Available from:
<https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/Perfildemorbilidadambulatoria2016/Men?publish=yes>.
14. MSP. Perfil de mortalidad por sexo. [Online].; 2016. Available from:
<https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/defunciones2016/Historial?publish=yes>.
15. Santana T, Estepa J, Martín J. Fibromioma uterino gigante. Presentación de un caso. Revista MediSur. [Online].; 2015. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000600013.
16. Pavone D, Clemenza S, Sorbi F, Fambrini M, Petraglia F. Epidemiology of Uterine Myomas: A Review. Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology. [Online].; 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29054502>.
17. Baird D, Harmon Q, Upson K, Morre K, Barker C, Baker S. A Prospective, Ultrasound-Based Study to Evaluate Risk Factors for Uterine Fibroid Incidence and Growth: Methods and Results of Recruitment. Journal of women's health. [Online].; 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4649767/>.
18. Sparic R, Mirkovic L, Malsavi A, Tinelli A. Epidemiología de los miomas uterinos: una revisión. International Journal of Fertility & Sterility. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4793163/>.
19. Hernández M, Valerio E, Valdez C, Barrón J, Luna R. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. Revista Ginecología y Obstetricia de México. [Online].; 2017. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000900611&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
20. Styer A, Rueda B. The Epidemiology and Genetics of Uterine Leiomyoma. Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26725703>.
21. Wise L, Sponholtz T, Rosenberg L, Adams L, Kuohung W, LaValley M, et al. History of uterine leiomyoma and risk of endometrial cancer in black women. Cancer causes & control. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4798859/>.
22. Hoffman B, Schorge J, Scraffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham G. Ginecología Williams. Segunda edición. Segunda Edición ed. México: Editorial Mc Graw Hill; 2014.
23. Islam M, Ciavattini A, Petraglia F, Castellucci M, Ciarmela P. Extracellular matrix in uterine leiomyoma pathogenesis: a potential target for future therapeutics. Human reproduction update. [Online].; 2018. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29186429>.

24. Arias P, Tenezaca D. Repositorio Digital de la Universidad de Cuenca. [Online].; 2014 [cited 2019 enero 13. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21031>.
25. Guachi C. Incidencia y factores de riesgo de miomatosis uterina en mujeres de edad 30 a 50 años atendidos en consulta externa de ginecología del Hospital Alfredo Montenegro de la ciudad de Guaranda. [Online].; 2018 [cited 2019 enero 13. Available from: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/9375/1/PIUAMED070-2018.pdf>.
26. Chitacapa L, Fernández J, Luna E. Repositorio Digital de la Universidad de Cuenca. [Online].; 2014 [cited 2019 enero 13. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20268>.
27. Martínez J, Socorro C, Villafuerte D. Tumor mülleriano mixto maligno. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. [Online].; 2018. Available from: http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1335/pdf_515.
28. Organización Panamericana de la Salud. Módulo de Principios de Epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). Segunda edición revisada. Washington; 2011.
29. Zimmermann A, Bernuit D, Gerlinger C, Schaefer M, Geppert K. Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet-based survey of 21,746 women. BMC Women's Health. [Online]. Germany; 2012. Available from: <https://bmcmwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-12-6>.
30. Sosa J, Bhimji S. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Uterus: StatPearls [Internet]; 2018.
31. Mohamed S. Medical Treatment of Uterine Leiomyoma. Reproductive Sciences. [Online].; 2013 [ISSN:]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3343067/>.
32. Sandoval I, Hernández R, Torres E. Mioma cervical gigante en adolescente. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [Online]. Lima, Perú; 2015. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000400009.
33. Yang Q, Mas A, Diamond M, Al-Hendy A. The Mechanism and Function of Epigenetics in Uterine Leiomyoma Development. Reproductive sciences (Thousand Oaks, Calif.). [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25922306>.
34. Williams A. Uterine fibroids – what’s new?. F1000Research. [Online].; 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5721931/>.
35. Medikare V, Rao L, Ananthapur V, Deenadayal M, Nallari P. The Genetic Bases of Uterine Fibroids; A Review. Journal of Reproduction & Infertility. [Online].; 2011. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719293/>.

36. López J. Miomas y función sexual. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. Estudio prospectivo de un año. [Online]. Valencia, España; 2011. Available from: <http://www.elsevier.es/pt-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-miomas-funcion-sexual-estudio-prospectivo-S0210573X10001292>.
37. Diesen D, Price T, Skinner M. Uterine Leiomyoma in a 14-Year-Old Girl. European Journal Pediatric Surgery. [Online]. New York; 2008. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18302072>.
38. Espinal J, Palacios L, Cervantes L, Espinal J, Sabillón J. Miomatosis uterina gigante en mujeres nulíparas. Revista Médica de Honduras.[Online]. Honduras; 2015. Available from: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2015/pdf/Vol83-3-4-2015.pdf>.
39. Vargas V, Tovar J, Flores K, Acosta G, Moreno M. Leiomiomatosis uterina. Aspectos epidemiológicos, fisiopatogénicos, reproductivos, clínicos y terapéuticos. Revista del Hospital Juárez de México. 2013; 80(3): p. 173-182. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju133e.pdf>
40. Vilos G, Allaire C, Labergue P, Leyland N. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. [Online].; 2015. Available from: <https://sogc.org/wp-content/uploads/2015/02/gui318CPG1502ErevB1.pdf>.
41. Jérez A, Chils J, Arceo S, Guerra M, Arceo M, Fernández R. Artículo de Revisión. Mioma Uterino: Un trastorno frecuente en mujeres en edad fértil. Revista 16 de Abril. 2015; 54(257): p. 59-50. Available from: <http://docplayer.es/20927640-Mioma-uterino-un-trastorno-frecuente-en-mujeres-en-edad-fertil.html>
42. Uimari O. Epidemiological and Familial Risk Factors of Uterine Leiomyoma Development. [Online].; 2017. Available from: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526214870.pdf>.
43. Ishikawa H, Reierstad S, Demura M, Rademaker A, Tadayuki K, Inoue M, et al. High Aromatase Expression in Uterine Leiomyoma Tissues of African-American Women. The Journal of clinical endocrinology and metabolism. [Online].; 2009. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2684481/>.
44. Pan Q, Luo X, Chegini N. Genomic and proteomic profiling I: Leiomyomas in African Americans and Caucasians. Reproductive biology and endocrinology : RB&E. [Online].; 2007. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2063502/>.
45. McWilliams M, Chennathukuzhi V. Recent Advances in Uterine Fibroid Etiology. Semin Reprod Med. [Online].; 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5490981/>.
46. Hernández H, Torres R, Rivera A, Altamirano D, Cruz P. Retención urinaria secundaria a mioma cervical de grandes elementos. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. [Online].; 2015. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom1512i.pdf>.

47. Méndez A, Moya C, Moré A, Díaz Y, Rodríguez V, Rodríguez O. Miomatosis uterina complicada con aborto de un mioma submucoso. *Revista Medicentro Electrónica*. [Online].; 2018. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432018000300015.
48. He Y, Zeng Q, Dong S, Qin L, Li G, Wang P. Associations between uterine fibroids and lifestyles including diet, physical activity and stress: a case-control study in China. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*. [Online].; 2013. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23353618>
<http://apjcn.nhri.org.tw/server/APJCN/22/1/109.pdf>.
49. Wise L, Laughlin S. Epidemiology of Uterine Fibroids – From Menarche to Menopause. *Clinical obstetrics and gynecology*. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4733579/>.
50. Terry K, De Vivo I, Hankinson S, Missmer S. Reproductive characteristics and risk of uterine leiomyomata. *Fertility and sterility*. [Online].; 2010. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2956020/>.
51. Ciavattini A, Giuseppe J, Stortoni P, Montik N, Giannubilo S, Litta P, et al. Uterine Fibroids: Pathogenesis and Interactions with Endometrium and Endomyometrial Junction. *Obstetrics and gynecology international*. [Online].; 2013. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3791844/>.
52. Shen Y, Wu Y, Lu Q, Ren M. Vegetarian diet and reduced uterine fibroids risk: A case-control study in Nanjing, China. *The journal of obstetrics and gynaecology research*. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26458740>
53. Bulun S. Uterine Fibroids. [Online].; 2013. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/a4ff/afaf9f59e34bde6e2091f643995c666c12bf.pdf>.
54. De La Cruz M, Buchanan E. Uterine Fibroids: Diagnosis and Treatment. *American family physician*. [Online].; 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28084714>.
55. Marrero L, Serra VMAHY. Leiomioma uterino gigante. Reporte de un caso. *Revista Finlay*. [Online].; 2014. Available from: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/304/1345>.
56. Sue W, Sarah S. Radiological appearances of uterine fibroids. *The Indian journal of radiology & imaging*. [Online].; 2009. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2766886/>.
57. Sosa G, Gutiérrez L, Crespo A. Mioma uterino gigante. *Revista Cubana de Cirugía*. [Online]. La Habana, Cuba: Sociedad Cubana de Cirugía; 2011. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v50n4/cir17411.pdf>.
58. Di Muro M, Berón J, Arango A, Serna R, Castañeda J, De los Ríos J, et al. Miomas submucosos: gran desafío para el ginecólogo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de*

- Venezuela. [Online].; 2013. Available from: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000200007.
59. Cărauleanu A, Socolov R, Lupașcu I, Rugină V, Socolov D. GIANT INTRALIGAMENTARY UTERINE LEIOMYOMA AND ITS COMPLICATIONS. Revista medico-chirurgicală a Societății de Medici și Naturaliști din Iași. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27125088>.
 60. Török P, Póka R. Diagnosis and treatment of uterine myoma. Orvosi hetilap. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27177787>.
 61. Woźniak A, Woźniak S. Ultrasonography of uterine leiomyomas. Przegląd menopauzalny = Menopause review. [Online].; 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5824679/>.
 62. Seon G, Cho S, Man Y, Cho C, Kim M, Lee S. Current medical treatment of uterine fibroids. Obstetrics & gynecology science. [Online].; 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5854898/>.
 63. MSP & CONASA. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Proceso normatización del SNS. Ecuador.; 2010.
 64. Doherty L, Mutlu L, Sinclair D, Taylor H. Uterine fibroids: clinical manifestations and contemporary management.. Reproductive sciences (Thousand Oaks, Calif.). [Online].; 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24819877>.
 65. Neis K, Zubke W, Fehr M, Römer T, Tamussino K, Nothacker M. Hysterectomy for Benign Uterine Disease. Deutsches Ärzteblatt international. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4985519/>.
 66. Lethaby A, Mukhopadhyay A, Naik R. Subtotal versus total hysterectomy. Biblioteca Cochrane. [Online].; 2012. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004993.pub3/full>.
 67. Tejerizo L, Corredera F, Teijelo A, Moro J, Sánchez M, García M, et al. La histerectomía vaginal en úteros con peso de 500 a 1.000 g. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. [Online].; 2000. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-la-histerectomia-vaginal-uteros-con-10108>.
 68. Wang X, Lv L, Cheng Z, Zhou X. Curative effect of laparoscopic hysterectomy for uterine fibroids and its impact on ovarian blood supply. Experimental and Therapeutic Medicine. [Online].; 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5639417/>.
 69. Dsouza J, Kumar S, Hande P, Singh S. Uterine artery embolisation for uterine fibroids: Our experience at a tertiary care service hospital. Medical journal, Armed Forces India. [Online].; 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4534530/>.

70. Sei K, Masui K, Sasa H, Furuya K. Size of uterine leiomyoma is a predictor for massive haemorrhage during caesarean delivery. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. [Online].; 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29494995>.
71. Dagur G, Suh Y, Warren K, Singh N, Fitzgerald J, Khan S. Urological complications of uterine leiomyoma: a review of literature. *International urology and nephrology*. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26922066>.
72. McCool W, Durain D, Davis M. Overview of latest evidence on uterine fibroids. *Nursing for women's health*. [Online].; 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25145720>.
73. Herdman TH. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2012-2014. Barcelona, España: Editorial Elsevier; 2012.
74. Herdman H, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. 1st Edition. Elsevier. [Online].; 2015. Available from: <https://www.elsevier.com/books/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2015-2017/herdman/978-84-9022-951-4#>.
75. Tirado G, Hueso C, Cuevas M, Montoya R, Bonill C, Schmidt J. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. *Index de Enfermería*. [Online].; 2011. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100023.
76. Erique N. Declaratoria Ambiental ex post funcionamiento del Hospital Obstétrica "Ángela Loayza de Ollague". [Online].; 2016. Available from: <https://maeloro.files.wordpress.com/2016/08/declaratoria-ambiental-ex-post-del-hospital-obstc3a9trico-e2809cc3a1ngela-loayza-de-ollaguee2809d.pdf>.
77. Ministerio de Salud Pública. Hospitales en Machala y Santa Rosa recibirán acreditación internacional. [Online].; 2015. Available from: <https://www.salud.gob.ec/hospitales-en-machala-y-santa-rosa-recibiran-acreditacion-internacional/>.
78. Wong J, Gold E, Johnson W, Lee J. Circulating Sex Hormones and Risk of Uterine Fibroids: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4701845/>.
79. Segars J. Uterine Fibroid Research. *Reproductive Sciences*. [Online].; 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4212348/>.
80. Markowska A, Mardas M, Gajdzik E, Zagrodzki P, Markowska J. Oxidative stress markers in uterine fibroids tissue in pre- and postmenopausal women. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*. [Online].; 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26753472>.
81. Manta L, Suciú N, Toader O, Purcărea R, Constantin A, Popa F. The etiopathogenesis of

- uterine fibromatosis. *Journal of medicine and life*. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5152611/>.
82. Conde A. Histerectomía abdominal total a paciente por miomatosis uterina con enfoque en el proceso de atención de enfermería. *Repositorio Digital. UTMACH, Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud*. [Online].; 2018. Available from: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13216>.
 83. Singh G, Verma N, Singh S, Nargotra N. Uterine leiomyoma presenting with unusual pathological features: a series of two cases. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. [Online].; 2016. Available from: <http://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/download/953/888>.
 84. Geethamala K, Srinivasa V, Ramalingiah B, Rao S. Uterine Leiomyomas: An ENIGMA. *Journal of mid-life health*. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4832891/>.
 85. Martín E, Wallander MA, Andersson S, Soriano M, García L. The reporting and diagnosis of uterine fibroids in the UK: an observational study. *BMC Womens Health*. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4960833/>.
 86. Laughlin S, Schroeder J, Baird D. New Directions in the Epidemiology of Uterine Fibroids. *Seminars in reproductive medicine*. [Online].; 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5330647/>.
 87. Mendes R, Sales C, Ferriani R, Dos Reis R, Nogueira A, Oliveira L. Presentation and treatment of uterine leiomyoma in adolescence: a systematic review. *BMC Womens Health*. [Online].; 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4308853/>.
 88. Tanos V, Berry K. Benign and malignant pathology of the uterus. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*. [Online].; 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29126743>.
 89. Pritts E, Vanness D, Berek J, Parker W, Feinberg R, Feinberg J, et al. The prevalence of occult leiomyosarcoma at surgery for presumed uterine fibroids: a meta-analysis. *Gynecological surgery*. [Online].; 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4532723/>.
 90. Sommer E, Balkwill A, Reeves G, Green J, Beral D, Coffey K. Effects of obesity and hormone therapy on surgically-confirmed fibroids in postmenopausal women. *European Journal of Epidemiology*. [Online].; 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4485678/>.
 91. Shikora S, Niloff J, Bistran B, Forse R, Blackburn G. Relationship between obesity and uterine leiomyomata. *Nutrition*. [Online].; 1991. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1802214>.

92. Lisiecki M, Paszkowski M, Woźniak S. Fertility impairment associated with uterine fibroids – a review of literature. *Przegląd menopauzalny = Menopause review*. [Online].; 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5824684/>.
93. Al Hadidi S, Shaik T, Bachuwa G. Unusual presentation of uterine leiomyoma. *BMJ case reports*. [Online].; 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4401920/>.
94. Mülayim B. Unaware of a large leiomyoma: A case report with respect to unusual symptoms of large leiomyomas. *Annals of Medicine and Surgery*. [Online].; 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4720714/>.
95. Donnez J, Dolmans M. Uterine fibroid management: from the present to the future. *Human Reproduction Update*. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5853598/>.
96. Fortin C, Flyckt R, Falcone T. Alternatives to hysterectomy: The burden of fibroids and the quality of life. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. [Online].; 2018. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693417301487?via%3Dihub>.
97. Hernández D, Ferreiro R, Rodríguez N, Díaz D, Vera V, Pérez N. Algunos resultados de la histerectomía total abdominal & histerectomía subtotal abdominal en pacientes con diagnóstico de mioma uterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. [Online].; 2010. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400009.
98. Puchar A, Feyeux C, Luton D, Koskas M. Therapeutic management of uterine fibroid tumors. *Minerva ginecologica*. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26698838>.
99. Panse K, Regn R, May J. Extreme Anemia (Hemoglobin 1.8 g/dL) Secondary to Abnormal Uterine Bleeding. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*. [Online].; 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5753002/>.
100. García J, Aguirre M, Ramos A, Villa D, González G. Miomectomía y desarterialización uterina como tratamiento conservador de la miomatosis de grandes elementos: reporte de un caso. *Ginecología y Obstetricia de México*. [Online].; 2016. Available from: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64909>.
101. Gennaro MN, Navarro B, Rodríguez M, Valer E, Plaza J. Uterine Reconstruction Due to a Giant Myoma. A Case Report and Literature Review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016; 6: p. 64-72. Available from: http://file.scirp.org/pdf/OJOG_2016012516594604.pdf
102. Logroño D, Vargas E, Barrera C, Gordillo C. Miomatosis Uterina Gigante. Productora de Poliglobulia. *Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia*. 2008 enero-agosto; 15(1 y 2): p. 114-118. Available from: <http://fesgo.org.ec/public/wp-content/uploads/2016/05/RevistaFESGOVolumen15.pdf>

103. Aydın S, Göksever H, Maraşlı M, Zehra R. Clinical predictors of successful vaginal myomectomy for prolapsed pedunculated uterine leiomyoma. Journal of the Turkish German Gynecological Association. [Online].; 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6085531/>.
104. Rivera V, Pastoriza P, Díaz C, Hilario N. Revisión crítica de la Taxonomía Enfermera NANDA Internacional 2009-2011. Revista Científica de Enfermería. [Online].; 2013. Available from: http://www.recien.scele.org/documentos/num_6_may_2013/revis_critica_taxonomia_enfermera.pdf.