



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



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

TEMA PROPUESTO DEL DE CASO CLINICO

MIOMATOSIS UTERINA EN EMBARAZO DE 38 SEMANAS

AUTORA

SALAZAR MORAN KENNYA PATRICIA

TUTOR:

DR. HUGO ALVARADO

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2018

ÍNDICE GENERAL

Contenido

Resumen	I
Abstract.....	II
INTRODUCCIÓN.....	III
I. MARCO TEORICO.....	1
1.1. JUSTIFICACION.....	8
1.2. OBJETIVOS.....	9
OBJETIVO GENERAL:	9
OBJETIVO ESPECÍFICOS:	9
1.3. DATOS GENERALES:	10
II. METDOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	11
2.1. ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLINICO.....	11
2.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL.....	12
2.3. EXAMEN FISICO.	13
2.4. INFORMACIÓN DE E XÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS	14
2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.....	15
2.5.1 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO.....	15
2.5.2 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	15
2.5.3 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.....	15
2.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	16
2.7. INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	17
2.8. SEGUIMIENTO.....	18
2.9. OBSERVACIONES	19
CONCLUSION	20
REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	

Palabras claves: Miomas – Uterinos – Embarazo

Resumen

El leiomioma o mioma es un tumor benigno que puede cursar sin problemas durante el embarazo, pero en algunas ocasiones puede provocar alteraciones durante el trabajo de parto y con menos frecuencia causar cuadros agudos.

Alrededor de un 5% de las embarazadas con miomas se presentarán con síntomas y evidencias radiológicas de cambios degenerativos.

El tratamiento para esta complicación es principalmente conservador, siendo uno de ellos la miomectomía ante parto sólo en casos extremos.

Los miomas uterinos son una de las principales patologías en las consultas ginecológicas, se debe considerar que son múltiples las causas que originan la miomatosis uterinas. Durante el embarazo pueden como no pueden presentar complicaciones, los miomas crecen, se mantienen o pueden disminuir su tamaño por el cambio hormonal que se da durante la gestación por el efecto estrogenico que surge.

El presente trabajo está basado en una paciente de 37 años con embarazo de 38.4 semanas de gestación quien llega a emergencia obstétrica presentando dolor en hipogastrio tipo contracción de leve intensidad más sangrado tras vaginal de moderada intensidad, por medio de una ecografía obstétrica temprana se estima mioma intramural pequeño, tras la correcta valoración a la paciente se decide inmediatamente su ingreso hospitalario ya que se confirma su trabajo de parto.

La paciente posteriormente fue tratada con todas las medidas correspondientes, finalizo su embarazo con un parto eutócico simple sin complicaciones, fue tratada con analgésicos y antibióticos correspondientes para su pronta mejoría, se dio seguimiento a la paciente de manera continua durante los días de hospitalización que ella tenía que cumplir para que su alta médica sea sin preocupaciones y sin riesgos a futuro tanto maternos como al RN.

Keywords: fibroids-uterine-Pregnancy

Abstract

The Leiomyoma or myoma is a benign tumor that can be safely studied during pregnancy, but sometimes may cause alterations during labor and less frequently cause Sharp pictures.

about 5% of pregnant women with Myomas will be presented with symptoms and radiological evidence of degenerative changes.

Treatment for this complication is mainly conservative, being one of them Myomectomy to childbirth only in extreme cases.

Uterine myomas are one of the main pathologies in gynecological consultations, it should be considered that there are multiple causes that originate uterine miomatosis. During pregnancy they can as they can not present complications, the myomas grow, are maintained or can decrease their size by the hormonal change that occurs during the gestation by the estrogenico effect that arises.

The present work is based on a patient of 37 years with pregnancy of 38.4 weeks of gestation who arrives to emergency obstetric presenting pain in hypogastric type contraction of mild intensity more bleeding after vaginal of moderate intensity, by means of a Early obstetric ultrasound is estimated small intramural myoma, after the correct assessment of the patient is immediately decided his hospital admission because it confirms his labor.

The patient was subsequently treated with all the appropriate measures, ended her pregnancy with a simple eutócico delivery without complications, was treated with painkillers and antibiotics for its early improvement, followed the patient Continuously during the days of hospitalization that she had to meet so that her medical discharge is carefree and without risks in the future both maternal and RN.

INTRODUCCIÓN

El leiomioma o mioma es un tumor benigno que puede cursar sin problemas durante el embarazo, pero en algunas ocasiones puede provocar alteraciones durante el trabajo de parto y con menos frecuencia causar cuadros agudos.

Alrededor de un 5% de las embarazadas con miomas se presentarán con síntomas y evidencias radiológicas de cambios degenerativos.

El tratamiento para esta complicación es principalmente conservador, siendo uno de ellos la miomectomía ante parto sólo en casos extremos.

El presente trabajo está basado en una paciente de 37 años con embarazo de 38.4 semanas de gestación quien llega a emergencia obstétrica presentando dolor en hipogastrio tipo contracción de leve intensidad más sangrado tras vaginal de moderada intensidad, por medio de una ecografía obstétrica temprana se estima mioma intramural pequeño, tras la correcta valoración a la paciente se decide inmediatamente su ingreso hospitalario ya que se confirma su trabajo de parto.

La paciente posteriormente fue tratada con todas las medidas correspondientes, finalizo su embarazo con un parto eutócico simple sin complicaciones, fue tratada con analgésicos y antibióticos correspondientes para su pronta mejoría, se dio seguimiento a la paciente de manera continua durante los días de hospitalización que ella tenía que cumplir para que su alta médica sea sin preocupaciones y sin riesgos a futuro tanto maternos como al RN.

I. MARCO TEORICO

MIOMATOSIS UTERINA EN EMBARAZO

DEFINICIÓN

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

ETIOLOGÍA

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

DESARROLLO

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

EPIDEMIOLOGÍA

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

FACTORES DE RIESGO

La raza influye muchísimo en este tipo de complicaciones ya q los miomas son muy frecuentes en mujeres de raza negra, la menarquia precoz es uno de los factores que más aumentan el desarrollo de los miomas uterinos, la nuliparidad es un factor de riesgo para el desarrollo de miomas uterinos, la obesidad al igual ayuda al desarrollo de los mismos por su efecto estrogenico.

(Ibañez, 2015)

Durante la gestación los miomas crecen durante el primer y segundo trimestre ellos desarrollan su tamaño con mayor frecuencia, debido al efecto estrogenico, aunque gran parte de estos miomas regresan a su tamaño normal después del parto.

Durante el embarazo los miomas tienden a estar muy vascular izados lo cual no permite realizar un procedimiento quirúrgico ya que el riesgo puede ser mayor a una mortalidad materna, por tal motivo se lo considera un último recurso para la intervención de prevenir una complicación materna.

(Martinez, 2014)

CLASIFICACIÓN

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

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

Este tipo de miomas pueden desarrollarse e ir creciendo durante el embarazo y si en tal caso llegase a tener un tamaño considerable y se ubica en la parte inferior del útero este podría impedir el paso del producto durante el parto. (Ibañez, 2015)

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

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

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

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

DOLOR:

Se presenta de forma persistente especialmente en la región hipogastrica irradiado a región lumbar ya que provoca aumento de la contractibilidad uterina, puede ser intenso y a veces agudo y también es muy frecuente durante las relaciones sexuales. (Corrales, 2015)

PRESIÓN: Se manifiesta presentando dificultad al orinar, estreñimiento, dolor rectal o dificultad para evacuar, cólicos abdominales entre otros. (Corrales, 2015)

EVALUACIÓN

Por medio del examen ginecológico se evalúan este tipo de anomalías cuando el útero presenta un tamaño que equivale a una gestación de 12 semanas.

(Cerela, 2014)

SIGNOS Y EXÁMENES

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

COMPLICACIONES

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

PARTO PRETÉRMINO

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

MANEJO Y TRATAMIENTO

Según estudios para el tratamiento para este tipo de anomalías se debe tomar en cuenta no sólo los problemas de fertilidad, sino también las complicaciones obstétricas y las complicaciones del tratamiento que se va a realizar.

De forma activa el tratamiento a los miomas solamente será indicado cuando estos producen síntomas, distorsión en la cavidad uterina, cuando estos obstruyen bilateralmente los ostium tubáricos y posteriormente alteran el útero.

(GUADIX, 2011)

MIOMECTOMÍA

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

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

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

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

✓ **MEDROXIPROGESTERONA**

Utilizado en el manejo de la hemorragia anormal de la paciente a causa de miomatosis uterina. (Corrales, 2015)

✓ **AINES**

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

✓ **DANAZOL**

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

✓ **SUPLEMENTOS DE HIERRO**

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

ATENCIÓN AL PARTO

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

La presencia de miomas puede provocar presentaciones anómalas fetales, y especialmente cuando el mioma se encuentra ubicado por delante de la presentación fetal, ya sea podálico, o cefálico, lo que se denomina mioma previo. Este da lugar a una obstrucción del canal vaginal para el parto. En ocasiones el mioma se encuentra situado en el segmento uterino donde se realiza la cesárea lo que impide el procedimiento quirúrgico o lo hace más complicado para realizar dicho, dando lugar a distintos riesgos obstétricos que puede destacarse a nivel materno.

(Martinez, 2014)

SITUACIONES QUE REQUIEREN ASISTENCIA MÉDICA

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

RECOMENDACIONES

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

1.1. JUSTIFICACION

El presente trabajo se basa en una Paciente femenina de 37 años de edad con embarazo de 38.4 semanas de gestación por FUM, acude por emergencia obstétrica por referir dolor en hipogastrio tipo contráctil de leve intensidad más sangrado rojo rutilante de moderada cantidad.

Se debe considerar que Los miomas intramurales pueden tener un crecimiento bastante mayor durante el embarazo, se pueden ubicar en la parte inferior del útero lo cual impide el pase del producto durante el parto.

El presente caso clínico tramita ser un componente práctico del examen complejo y por ende para la obtención del grado académico de OBSTETRIZ en la facultad de ciencias de la salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

El profesional de Gineco-obstetricia debe considerar mucho sobre este tipo de anomalías ya que son una de las patologías más comunes que hoy en día se presentan en gran parte de las mujeres, ya sea en edad fértil y durante la gestación aunque en varios casos no se ha visto alguna complicación que se presente durante la gestación o el parto ya sea eutócico o distócico.

1.2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el efecto de miomatosis uterina en gestante presentada en este caso clínico.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Analizar las probabilidades de morbilidad materno fetal con diagnóstico de miomatosis uterina.

1.3. DATOS GENERALES:

- Sexo: femenino
- Edad: 37 años
- Ocupación: Lcda. en ciencias de la salud
- Nivel de educación: superior
- Estado civil: soltera
- Dirección de residencia actual: Quevedo- San Camilo

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

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

Paciente femenina de 37 años de edad con embarazo de 38.4 semanas de gestación por FUM, acude por emergencia obstétrica por referir dolor en hipogastrio tipo contráctil de leve intensidad más sangrado rojo rutilante de moderada cantidad.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES.

Antecedente patológico Personal: Mioma intramural, Antecedente patológico Quirúrgico: niega, Alergias: niega, Hábitos tóxicos: niega, Antecedente patológico Familiares: MADRE con diabetes mellitus tipo II, Antecedentes Gineco-Obstétricos: uso de anticonceptivos orales combinados, G3 P: 3 A: 0 C: 0, Menarquia a los 14 años, ciclo menstrual 5/28, se realizó 5 controles en IESS, Inicio relaciones sexuales: 17 años, FUM: 6/8/17.

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

ANAMNESIS

Paciente de 37 años de edad, cursa con embarazo de 38,4 semanas por FUM, acude por referir dolor abdominal tipo cólico localizado a nivel del hipogastrio de 1 día de evolución acompañado de sangrado rojo rutilante de moderada cantidad más expulsión de tapón mucoso, se realiza monitoreo fetal 140 latidos por minuto.

2.3. EXAMEN FISICO.

T/A: 100/70 mmhg, Pulso: 86 por minuto, Frecuencia Respiratoria: 20 por minuto, Temperatura: 37°C, Saturación: 98 %, Estado de consciencia: alerta
Proteinuria: negativa, a la inspección paciente se encuentra orientada, consciente y cooperadora.

FASCIA

Normal, Ojos: Simétricos, Oído: Pabellones auriculares de implantación normal,
NARIZ: simétrica, ambas fosas nasales permeables.

Boca Y Garganta: mucosas húmedas, Cuello: sin adenopatías, Mamas: turgentes, Tórax: simétrico, Abdomen: globuloso compatible con embarazo de 38.4 semanas de gestación.

Tacto vaginal: cuello: central, Borrado: 60%, Dilatado: 4cm, membranas integra, se evidencia sangrado de moderada cantidad rojo rutilante más pérdida de tapón mucoso.

2.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

- BIOMETRÍA HEMÁTICA CON RESULTADOS DE:
- LEUCOCITOS: 8.5/ml,
- HEMOGLOBINA: 11,9G/DL,
- HEMATOCRITO: 33.2%,
- PLAQUETAS: 191.000 mm³.

PRUEBAS DE LABORATORIO:

- VIH negativo
- VDRL negativo
- Grupo sanguíneo B (+).

- Se añade también el siguiente estudio ecográfico obstétrico:

ECOGRAFIA OBSTETRICA DEL SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTACION

REALIZADA: 17/11/2017

- Útero textura en pared anterior se observa mioma intramural pequeño mide 28 - 22mm, Cavidad ocupada por feto único, presentación y situación indiferente
- Placenta localizada en pared fundica posterior inserción normal
- Madurez grado 0
- Líquido amniótico en volumen normal
- FCF 155 latidos por minuto
- ID: Embarazo de 14.3 semanas por fotometría producto vivo más mioma intramural

2.5. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL.

2.5.1 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Trabajo de parto.

2.5.2 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Desprendimiento de placentae.

2.5.3 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Embarazo de 38,4 semanas de gestación más trabajo de parto, fase activa más mioma intramural.

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

Paciente es ingresada a sala de parto, donde es valorada por ginecólogo de turno quien indica que la paciente está en un inicio de trabajo de parto en fase latente, presentando un cuello de múltipara, borramiento un 0%, membranas integras.

Al momento paciente presenta dolor en hipogastrio de leve intensidad que se irradia a región lumbosacra, se realiza monitoreo fetal electrónico a gestante donde se evidencia monitoreo fetal reactivo con 150 latidos por minuto, no se evidencia dinámica uterina. Los resultados ecográficos reporta un embarazo de 37.5sg, DB 93mm, Peso 3327g, grado de madurez II, ILA 12ml, movimientos fetales activos, presencia de circular de cordón simple, Frecuencia Cardiaca Fetal 136 lpm. por lo pronto se decide evolución espontánea y observar el estado de la paciente, se realiza monitoreo fetal electrónico cada 4 horas y toma de actividad uterina.

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

Luego de obtener un diagnóstico definitivo de la paciente si en tal caso presenta alguna anomalía se debe actuar de manera profesional considerando siempre y cuando los derechos de la paciente para la toma de decisiones en caso de alguna intervención quirúrgica o interrupción del embarazo. se debe llevar un seguimiento adecuado a la paciente para verificar su estado actual tanto durante el embarazo, parto ya sea parto vaginal o por cesárea y de igual manera verificar el estado del producto. Por lo pronto, no se observa complicaciones en la paciente por lo que se decide evolución espontánea y observar el estado de la paciente, se realiza monitoreo fetal electrónico cada 4 horas y toma de actividad uterina.

2.8. SEGUIMIENTO

Se da seguimiento a la paciente desde su ingreso a la unidad hospitalaria, se realiza toma de signos vitales a la paciente, se realiza monitoreo fetal electrónico hasta ver el resultado de la paciente ya que se decide evolución espontánea del embarazo, al cabo de unas horas la paciente finalizó su embarazo con un parto normal sin complicaciones tanto maternas como en el RN.

2.9. OBSERVACIONES

La paciente finalizó con parto eutócico simple, obteniendo producto único vivo cefálico con un Apgar: 8/9, Pc: 37 cm, Peso: 3500g, Sexo: femenino.

La paciente fue tratada con analgésicos y antibióticos, como cefazolina 1g iv cada seis horas para combatir infecciones, paracetamol 500mg cada 12 horas, se realiza asesoramiento a la paciente sobre los signos de alarma maternos y neonatales, se valora a la paciente si presenta dolor en hipogastrio, se estima a realizar masaje uterino para verificar si el útero está contraído y verificar el sangrado de la puérpera.

La paciente fue dada de alta luego de análisis realizados como exámenes de laboratorio los cuales demuestran estar en valores normales, al momento paciente se encuentra en buen estado y con tratamiento para la pronta mejoría de ella y seguir tratamiento para el mioma que presenta en centro de atención primaria ya que no presentó riesgos y complicaciones durante el parto.

CONCLUSION

Los miomas uterinos son una de las principales patologías en las consultas ginecológicas, se debe considerar que son múltiples las causas que originan la miomatosis uterinas. Durante el embarazo pueden como no pueden presentar complicaciones, los miomas crecen, se mantienen o pueden disminuir su tamaño por el cambio hormonal que se da durante la gestación por el efecto estrogenico que surge. Es muy factible analizar y realizar un buen diagnóstico a la paciente ya que nos permite dar con la causa de los síntomas manifestados por la paciente.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

I. Bibliografía

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

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

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

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

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

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

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

Ibáñez, A. P. (12 de 11 de 2015). *Servicio de Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de Servicio de Obstetricia y Ginecología: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_actualizacion_tto_miommas.pdf

MARTINEZ, M. S. (2017 de 09 de 2017). *PLUS*. Obtenido de CUIDATE PLUS.

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

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

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



