

# HEMORRAGIA ABDOMINAL INTRAPARTO POR MIOMAS UTERINOS. A PROPÓSITO DE UN

## CASO

### AUTORÍA

Francisco José Navarro Bernal\*

Ana María Peralta Domínguez\*\*

Almudena Barroso Casamitjana\*\*\*

\* Matrón. Distrito Bahía de Cádiz- La Janda.

\*\*Matrona. Hospital Can Misses.

\*\*\*Matrona. Hospital de Jerez.

## RESUMEN

El mioma uterino es la neoplasia benigna del útero más frecuente que está constituido por fibras musculares lisas. Es considerado el tumor más frecuente del útero con una prevalencia del 20-40 % en mujeres mayores de 30 años. Durante el embarazo, la presencia de miomas puede producir procesos hemorrágicos durante el embarazo y en el momento del parto.

En el presente artículo se presenta un caso clínico de una gestante que presenta shock hemorrágico, causada por la rotura de un mioma seroso con la consiguiente hemorragia intraabdominal. Es un caso bastante infrecuente, por eso la importancia de este artículo. Además, detallamos cual fue la actuación de la matrona ante el cuadro de shock hemorrágico y los cuidados que precisó la mujer en ese momento, a través de la exposición de un plan de cuidados.

La pronta y adecuada actuación por parte de la matrona fue fundamental en este caso, por lo que todo el personal debe estar preparado y formado para poder actuar en un caso de características similares.

## PALABRAS CLAVE

Hemorragia, Mioma, Matrona, Gestante, Parto, Cuidados.

## ABSTRACT

The uterine myoma is the most common benign neoplasm of the uterus that is made up of smooth muscle fibers. It is considered the most frequent tumor of the uterus with a prevalence of 20-40% in women older than 30 years. During pregnancy, the presence of fibroids can produce hemorrhagic processes during pregnancy and at the time of delivery.

The present article presents a clinical case of a pregnant woman presenting hemorrhagic shock, caused by rupture of a serous myoma with consequent intra-abdominal haemorrhage. It is a rather infrequent case, so the importance of this article. In addition, we detail how the midwife performed before the picture of hemorrhagic shock and the care that the woman needed at the time, through the presentation of a plan of care.

The early and adequate performance by the midwife was fundamental in this case, so all staff must be prepared and trained to act in a case of similar characteristics.

## KEYWORDS

Hemorragie, Myoma, Midwife, Pregnant Woman, Childbirth, Care.

## INTRODUCCIÓN

El mioma uterino es considerada la neoplasia benigna más frecuente del útero. Está constituido por fibra muscular lisa con un estroma conjuntivo en cantidad variable.

Los miomas constituyen el tumor más frecuente del útero, con una prevalencia del 20%-40% en mujeres mayores de 30 años. Son excepcionales antes de la pubertad: la paciente más joven que se le ha diagnosticado un mioma tenía 13 años. Después de la menopausia no suelen presentarse nuevos miomas, mientras que los ya existentes disminuyen de tamaño.

Aunque algunos autores refieren que es más frecuente en nulíparas, parece que la paridad no tiene influencia significativa en la aparición de miomas, así como tampoco la ingestión de anticonceptivos orales durante largos periodos de tiempo.

En las mujeres de raza blanca la frecuencia es del 4-25%, mientras que en las mujeres negras americanas es del 50%.

## ETIOPAGENIA

Existen una serie de factores predisponentes:

### Factores racionales

En Estados Unidos la frecuencia de los miomas es tres veces mayor en las mujeres de raza negro respecto a las de raza blanca y que, sin embargo, la incidencia es muy baja en las mujeres negras africanas.

### Factores hereditarios

Varios trabajos publicados parecen demostrar la influencia de la herencia en la miomatosis uterina. Sin embargo, en la actualidad podemos afirmar que no existe ningún estudio epidemiológico que haya demostrado la intervención de un factor familiar hereditario.

### Factores infecciosos

Un estudio realizado en 1981 comprueba que el virus del papiloma humano tipo I es capaz de inducir miomas en animales bovinos y en ratones. Sin embargo, en la especie humana este hecho no ha podido ser corroborado.

### Factores hormonales

Numerosos autores han encontrado un aumento en la cantidad de estrógenos en las mujeres con miomas uterinos.

Hoy en día, aunque nadie duda de la existencia de un factor hormonal en la etiología de los miomas, es evidente que no es el único que sucede; en realidad poco se ha avanzado en estos últimos años en el conocimiento de la patología de los miomas, quizás porque, a pesar de ser un tumor tan frecuente, las investigaciones no han sido muy numerosas.

## TIPOS DE MIOMA

Los miomas del cuerpo uterino se forman por una proliferación patológica de la capa muscular, pero en su crecimiento pueden desarrollarse hacia la cavidad abdominal (miomas subserosos), hacia la cavidad endouterina (miomas submucosos), o mantenerse en el espesor del miometrio (miomas Intramurales).

-Miomas subserosos: constituyen el 40% de los miomas uterinos. Están situados bajo la capa serosa haciendo un resalte en la superficie del útero. Pueden considerar un considerable tamaño, sin producir síntoma alguno. Cuando están pediculados pueden experimentar torsión, lo que provoca cuadros de abdomen agudo.

-Miomas intramurales: Son los más frecuentes (50-55%), y proliferan en la porción central del miometrio, lo que se traduce en un aumento del tamaño del útero, al que clínicamente imprimen un contorno irregular.

-Miomas submucosos: Son los menos frecuentes, constituyendo únicamente el 5-10% de todos los miomas, pero son los más sintomáticos. Las pérdidas sanguíneas fuera de la menstruación son muy habituales en este tipo de miomas.

## DIAGNÓSTICO

Durante la exploración habitual de la embarazada puede sospecharse la existencia de miomas cuando el útero es mayor que el correspondiente al tiempo de amenorrea y mediante la palpación de los mismos.

La ecografía permite ver el número y tamaño de los miomas y precisar su localización. Además, se puede comprobar la relación entre la inserción placentaria y los miomas.

## COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUPERIO

Hoy en día nadie duda que los miomas son compatibles con el embarazo y parto. Sin embargo, es indudable que pueden aparecer complicaciones en cualquiera de los tres trimestres de gestación, en el parto y después del parto.

La mayoría de las gestaciones evolucionan normalmente a pesar de desarrollarse en el interior de un útero miomatoso, incluso con tumores muy voluminosos, pero pueden aparecer complicaciones como aborto espontáneo, rotura de membranas, parto prematuro, CIR, placenta previa y desprendimiento de placenta.

El alumbramiento puede verse dificultado por cierto grado de acretismo placentario o por alteraciones de la contracción uterina, que pueden causar hemorragias del alumbramiento y/o hemorragias tardías.

Durante el puerperio son más frecuentes las infecciones puerperales, hay mayor riesgo de enfermedad tromboembólica y no son raras las hemorragias tardías.

## TRATAMIENTO

Durante el embarazo la conducta debe ser expectante, interviniendo solo en caso de fuerza mayor, siempre con una actitud conservadora.

En el parto hay incremento del número de cesáreas debido a las alteraciones en la dinámica uterina, al aumento de placentas previas y malposiciones fetales y obstrucciones en el canal del parto.

Aunque en algunos casos de mujeres de más de 40 años y que no deseen tener más hijos puede estar indicada la histerectomía obstétrica, en general hay que ser conservador y no practicar miomectomías después de la cesárea.

Las infecciones puerperales y las complicaciones tromboembólicas pueden evitarse mediante antibioticoterapia profiláctica y movilización precoz.

## JUSTIFICACIÓN

La presencia de miomas uterinos en la mujer puede desencadenar una serie de problemas durante la gestación, es por ello que hay que realizar un seguimiento más estricto de las mismas.

El caso clínico que se expone a continuación es bastante inusual y no está recogido en la literatura ni

estudios sobre los efectos de los miomas durante la gestación, de ahí la importancia de su publicación.

## OBJETIVO

Elaborar un plan de cuidados, que unifique y garantice unos cuidados de calidad a las gestantes que presenten esta patología.

## METODOLOGÍA

Este artículo se centra en la revisión de los estudios basados en la evidencia científica existente en:

-Las principales bases de datos: Pubmed, Cochrane Plus, Cuiden y Medline.

-Bibliografía de Tratados de Obstetricia y Ginecología y de diagnósticos enfermeros. (NANDA, NOC, NIC)

-Protocolos existentes en los hospitales de la Comunidad Andaluza.

## RESULTADO

### Caso Clínico

#### a-Introducción al caso

##### -Antecedentes:

M.B.P. es una gestante de 39 semanas que ha sido controlada por la unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Can Misses por el diagnóstico de mioma subseroso pediculado de 8 cm. La gestación ha evolucionado de forma normal, sin complicaciones.

Ingresa por trabajo de parto en el Hospital Can Misses de Ibiza el 23 de abril 2016. Al ingreso se le realiza valoración obstétrica, estando en fase activa del parto con 4 cm de dilatación. La fase activa del parto y el expulsivo transcurre con total normalidad.

A las 23,35 h del mismo día, da a luz un varón mediante parto espontáneo sin complicaciones, sangrado normal. Durante la sutura del desgarro María comenta sentirse mal, muy mareada. Se aprecia palidez de mucosas, pérdida de conciencia y tensión arterial de 60/40 mmHg.

Debido a no encontrar causa aparente, ya que el sangrado es normal y el útero está contraído, se pasa a realizar una ecografía abdominal. En ella se aprecia hemorragia abdominal masiva, por lo que se decide pasarla a quirófano para laparotomía exploratoria.

Durante la intervención se aprecia rotura del mioma pediculado, que es el causante de la hemorragia. Se realiza hemostasia de los vasos sangrantes.

#### b.- Valoración inicial de la matrona según patrones funcionales de Gordon

##### Patrón: Percepción- Manejo de salud

-El embarazo ha tenido una evolución normal y ha tomado el tratamiento habitual del embarazo: Ácido Fólico, Yodo e hierro.

-No alergias conocidas ni antecedentes de interés, salvo embarazo por FIV.

-Control por Alto Riesgo Obstétrico por la presencia de miomas.

-María se encuentra bastante asustada cuando ha empezado a sentirse mal

##### Patrón: Nutricional-Metabólico

-Peso actual: 72 kilos con una ganancia de peso durante el embarazo de 7 kilos, Talla: 175 cm.

-Presentó hiperémesis grávida en el primer trimestre que desapareció con tratamiento.

-T. O'sullivan negativo.

-Sigue una dieta rica en fibra evitando todos los alimentos que le desaconsejó su matrona de primaria.

**Patrón: Eliminación**

-Desde el comienzo del embarazo está estreñida, teniendo en algunas ocasiones que tomar laxantes.

-No infecciones de orina durante la gestación. Cultivos negativos.

**Patrón: Actividad-Ejercicio**

-Su actividad consiste en caminar todos los días una hora y clases de pilates dos veces a la semana. Aunque afirma que últimamente estaba realizando poco ejercicio.

-Asiste a clases de educación maternal en su centro de salud y practica los ejercicios recomendados por su matrona.

**Patrón: Sueño-Descanso**

Al principio del embarazo tenía mucho sueño, pero actualmente se encuentra muy molesta y eso le impide descansar por las noches. Suele dormir de 5 a 6 horas diarias. No duerme siesta.

**Patrón: Cognitivo-Perceptivo**

Comunica que se siente mal y muy mareada. Pérdida de consciencia.

**Patrón: Autopercepción – Autoconcepto**

Se encuentra muy asusta y ansiosa por el temor de tener algo grave y de que su hijo se encuentre bien y no le pase nada.

**Patrón: Rol-Relaciones**

La relación con su pareja es buena y dice llevarse muy bien con él. En el momento que acudió a urgencias fue acompañada de su marido y de su madre los cuales permanecieron a su lado en todo momento durante su estancia en la zona de urgencias.

**Patrón: Sexualidad- Reproducción**

-Durante los últimos meses se encuentra sexualmente menos activa. Comenta que se encuentra muy incómoda cuando mantiene relaciones sexuales.

-Embarazo por FIV, tras 4 años de esterilidad.

-FUR: 20/07/15, Formula Menstrual: 4/28

**Patrón: adaptación-tolerancia al estrés**

Se siente temerosa ante el desconocimiento de la causa de su malestar. Quiere saber la causa de su patología.

**Patrón: Valores- Creencias**

Sandra pertenece a la religión católica y se encomienda a varios Santos para que todo salga bien.

**c.- Plan de Cuidados de Enfermería**

El plan de cuidados que se llevó a cabo con esta paciente fue el siguiente:

TABLA I: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00035) <b>RIESGO DE LESIÓN</b>	(2510)ESTADO MATERNO: DURANTE EL PARTO	(6772) MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA  (6834)CUIDADOS INTRAPARTO: PARTO DE ALTO RIESGO  (4010) PRECAUCIONES CON HEMORRAGIAS  (6980) ECOGRAFÍA: OBSTETRICIA  (2930) PREPARACIÓN QUIRÚRGICA

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Los miomas uterinos es una patología bastante frecuente en la mujer. Normalmente no suelen producir problemas graves durante la gestación, aunque sus embarazos son controlados normalmente por la unidad de Alto Riesgo Obstétrico.

El caso que se ha descrito es inusual y no aparece descrito en la bibliografía ni en estudios realizados sobre

los miomas y gestación, de ahí su importancia para su publicación. Con este artículo se quiere dejar reflejado la importancia que tiene la vigilancia y los cuidados continuos de la mujer en trabajo de parto y parto.

Podemos decir como conclusión final el papel tan importante que tiene la matrona y el personal de paritorio

en estos casos, ya que una rápida actuación de los mismos llevará a conseguir los mejores resultados.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.-Gilstrap III LC, Cunningham FG, VanDorsten JP. Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica, 2ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 2004.
- 2.- 1.- Usandizaga J.A., De la Fuente P: Tratado de Obstetricia y Ginecología. Segunda Edición. Madrid. McGRAW-HILL-Interamericana.2004. pag 426-431.
- 3.-Carrera Macías, JM. Protocolo de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Dexeus (4ª Edición). Masson,1996.
- 4.-Fabre González E. Manual de Asistencia a la Patología Ginecológica. Madrid. WYETH-LEDERLE; 1997:
- 5.-Torre A, Bermudo ML, Marín JM, Valiente Morilla A. Intervención por mioma uterino: cuidados de enfermería. Enfermería científica. 2012. Julio-Agosto.
- 6.-Spark Ralph S, Craft-Rosenberg M, Heatherherdman, Lavin M A. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN. Madrid: Elsevier.2004
- 7.-Moorhead S, Johnson M, Maas. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC). Tercera Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005
- 8.-Dochterman JM, Bulecheck G. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC).Cuarta Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005