
		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Mayo, 2018
		Vigencia	Mayo, 2021

**PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN GINECOLOGIA
PROTOCOLO: MIOMATOSIS UTERINA**

Elaborado por:	Visado por:	Aprobado por:
Equipo de Gineco-Obstetras Equipo de Gestión Clínica de SSAS.	Subdirector Médico Dr Alban Cortes Lopez	Director de Servicio D Maria Cecilia Diaz Obando
Fecha: Junio 2018.	Fecha: Junio 2018.	Fecha: Junio 2018.

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Mayo, 2018
		Vigencia	Mayo, 2021


**Fecha de Elaboración y revisión.
Elaborado: Mayo 2018.**

Participantes de la elaboración del Documento:

- .- Equipo de Gineco-Obstetras: Juan Muñoz Rojas
- .- Equipo de matronas: Andrea Bombín Brevis
- .- Medico APS: Dr Carlos Figueroa Moreno.
- .-Equipo de Gestión Clínica SSAS: Mg Claudia Navarro y Dr Jose Luis Calleja Rivero

Declaración de Conflicto de Interés


“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este protocolo”.

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Mayo, 2018
		Vigencia	Mayo, 2021

Índice

Fecha de Elaboración y Revisión	2
Autores y Comité Revisor	2
Conflicto de Intereses	2
Introducción	4
Mapas de Red	4
Objetivo	5
Población Objetivo	5
Ámbito de Aplicación	5
Definición o Glosario	6
Desarrollo	6
Flujograma.	12
Metodología de Evaluación.	14
Planes de Difusión.	15
Bibliografía	17

Introducción:


		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Mayo, 2018
		Vigencia	Mayo, 2021

La patología ginecológica es una causa frecuente de consulta en el nivel primario de atención. El equipo de salud a nivel primario habitualmente se ve enfrentado a tomar decisiones sobre el manejo clínico de pacientes con patología ginecológica, entre ellas, la miomatosis uterina a partir del conocimiento adquirido en sus estudios de pregrado y la experiencia clínica adquirida en la práctica profesional. Anualmente del total de interconsultas generadas en todos los establecimientos de la red, las de causas ginecológica constituyen el 15 % del total de toda la lista de espera de consulta y el 7% de la especialidad de la lista de espera quirúrgica en el Servicio de Salud Araucanía Sur. La mayoría de las patologías podrían manejarse en el nivel primario, al contar con un documento de orientación clínica que permita tomar decisiones informadas y resolver los problemas de salud prevalentes en su centro de salud, y referir al nivel secundario ambulatorio de especialidad aquellos problemas que, de acuerdo a sus características y evolución, requieren de la opinión profesional especializada del área. Además, en este proceso es de alta relevancia contar siempre con el documento formal de Contrarreferencia por parte del especialista, ya que ello también permite un mejor manejo a futuro.

Por lo anterior, se justifica el diseño del presente protocolo, que no sustituye a las guías clínicas y pretende contribuir a formalizar los procesos de manejo clínico y derivación en los casos de **Miomatosis Uterina** en la Red.

Este documento fue elaborado siguiendo las pautas establecidas por el MINSAL en cuanto a los puntos que deben conformarlo, los cuales reúnen Introducción, mapas de red, objetivo, población, ámbito de aplicación, responsables, el proceso de distribución para llevar a cabo la implementación del mismo, y la metodología de evaluación. El desarrollo y flujograma del tema en sí, se basó en la mejor evidencia disponible (meta análisis y revisiones sistemáticas) en una búsqueda sistemática de la misma a través de bases electrónicas como Medline, Bireme, Guideline, Dare-HTA, usando las palabras claves en inglés y español: "**Leiomyoma Uterine**" AND "**Primary Health Care**", sumado a estudios que los expertos en el tema consideraban incorporar por su utilidad, para que finalmente y en base a GRADE como un método sistemático y explícito para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones, se resaltan las recomendaciones consideradas: "A Favor" de implementarse, en base a la evidencia, la experiencia de los involucrados y los recursos disponibles.

Mapas de Red

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Mayo, 2018
		Vigencia	Mayo, 2021

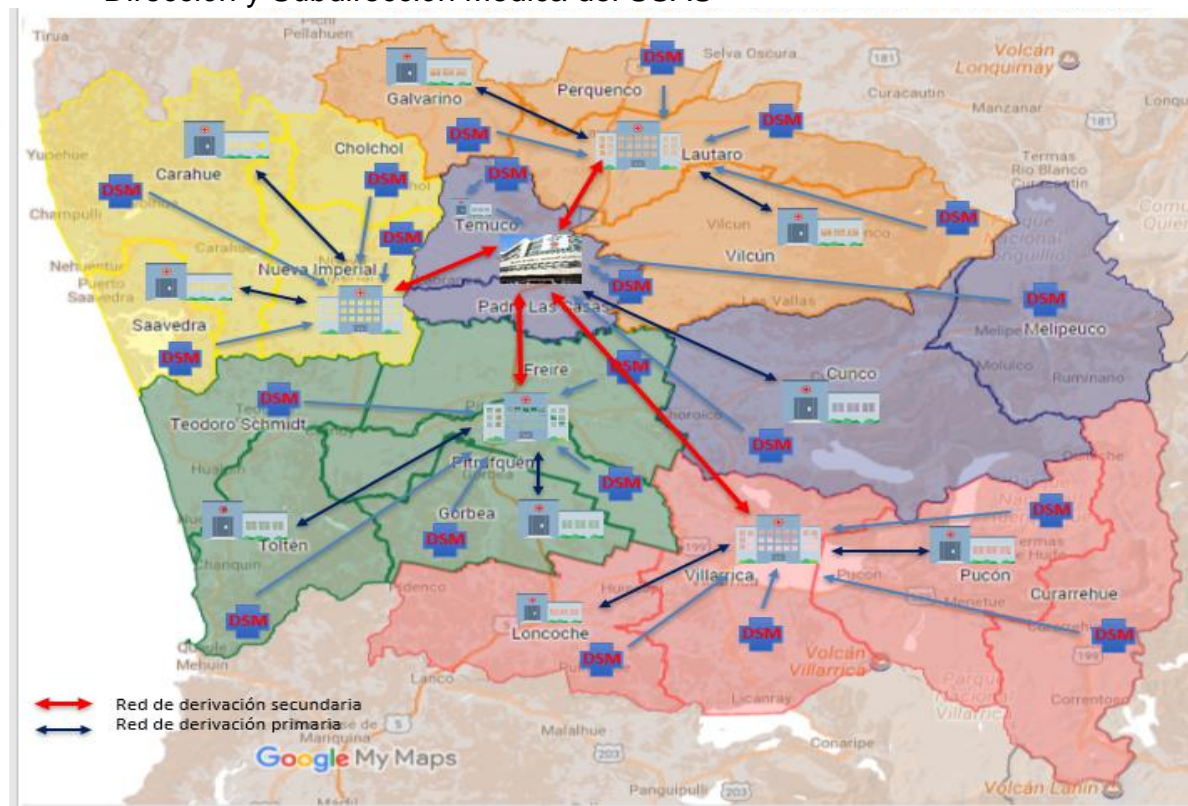
Participan los 197 establecimientos de la Región: 190 de nivel primario, 06 de atención secundaria y 01 (HHHA) de nivel terciario.

Nivel Primario:


- Dirección de Departamentos de Salud Municipal (DSM)
- Dirección de Hospitales de base Comunitaria y Nodo
- Dirección de Establecimientos Atención primaria Salud (CESFAM, CECOSF, Postas de Salud Rural y Estaciones Médicos Rurales)
- Box médico o Clínico de los distintos establecimientos
- Servicios de Urgencias (Servicio atención primaria Urgencia, servicio de Urgencia Rural)

Nivel Secundario:

- Unidad de Urología de Hospitales Nodo y del HHA
- Dirección y Sub dirección Médica de Hospitales Nodo y del HHA
- Consultorios de Especialidades al HHA
- Dirección y Subdirección Médica del SSAS



Objetivo

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Mayo, 2018
		Vigencia	Mayo, 2021

Definir un sistema de referencia y contra referencia en la Red Asistencial de salud de pacientes portadores de Miomatosis Uterina, para fortalecer la calidad de la atención, el uso de los recursos y optimizar la comunicación entre los diferentes niveles de atención.

Población Objetivo

Para la atención de todo paciente con Miomatosis Uterina, en todos los niveles de atención de salud de nuestra Red Asistencial.

Ámbito de Aplicación

Este protocolo deberá ser aplicado en todos los establecimientos de la Red Asistencial del Servicio de Salud Araucanía sur, y deberá estar en conocimiento de directores de establecimientos, Jefes de Servicio, así como jefes de Sector.

Dirigidas a Matrones (as), Médicos(as) Generales, de Familia o Especialistas del área de Gineco-Obstetricia, y otros profesionales del nivel primario y secundario de atención de la Red Asistencial del Servicio de Salud de la Araucanía Sur.

Responsables

De la Ejecución:

. -Profesionales: Matrones (as), Médicos(as) Generales, de Familia de la atención primaria serán los profesionales encargados de la sospecha de esta patología tanto en los controles de salud de la mujer como en consultas de morbilidad ginecológica. Los Médicos completarán la evaluación inicial y priorizarán los casos que requieren derivación a especialista. Los Médicos especialistas (ginecobstetras) definirán el manejo quirúrgico a realizar, así como los distintos centros de salud donde pueden ser atendidas las usuarias de acuerdo a la complejidad de su patología.

. -De los Deptos./Unidades encargadas:

Direcciones de establecimientos de atención primaria salud y hospitales de base comunitaria; Servicio de Gineco-Obstetricia de Hospitales Nodo y del HHA; Dirección y subdirección medica de Hospitales Nodo y del HHA; Dirección y Sub dirección médica del SSAS.

Definiciones o Glosario de términos

APS: Atención Primaria en Salud

CESFAM: Centro de Salud familiar

CIRA: Consejo Integrado de Red Asistencial

FC: Ficha Clínica

HHA: Hospital Hernán Henríque Aravena.


SIC: Solicitud de Interconsulta

SOME: Servicio de orientación Medica estadístico.

SSAS: Servicio de Salud Araucanía SUR

MIOMA UTERINO: Tumor benigno del Tejido muscular uterino.

Desarrollo

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Mayo, 2018
		Vigencia	Mayo, 2021

Los miomas uterinos corresponden a tumores benignos que crecen en el tejido muscular uterino. Se estima que aproximadamente una de cada cinco mujeres de más de 35 años de edad padecerá de este tipo de tumor durante su edad fértil.

La mayoría de los miomas uterinos son asintomáticos, en ocasiones pueden producir sangrado, dolor y sensación de presión pélvica, lo que afecta la calidad de vida de las pacientes que los presentan, y son la causa más común de histerectomía.

Sólo un 0,5% de los miomas serán tumores malignos (sarcomas) en las mujeres. Se desconoce la causa de los miomas, sin embargo, su crecimiento parece depender de los niveles de estrógeno por lo que posterior a la menopausia su sintomatología tiende a regresar.

La miomatosis uterina corresponde a una patología benigna que afecta al 20 a 40 % de las mujeres mayores de 35 años.

Según su localización inicial y el sentido del crecimiento los miomas han sido clasificados en intramurales (60-70%), subserosos (10%), submucosos (15-25%), pediculados, intraligamentosos y cervicales


Los miomas pueden sufrir alteraciones secundarias independiente de su ubicación o tamaño, aunque son más frecuentes en los de mayor tamaño y durante el embarazo, entre las cuales se han descrito:

- ✓ Degeneración Hialina: es el más frecuente, lleva secundariamente a la formación de áreas de licuefacción con la formación de quistes al interior del mioma.
- ✓ Degeneración Quística
- ✓ Degeneración roja (necrosis)
- ✓ Atrofia: por involución postmenopáusica.
- ✓ Degeneración grasa por cambio senil o gestacional secundario a modificaciones de la irrigación.
- ✓ Calcificación.

Diagnóstico:

La sospecha clínica se efectúa a nivel de atención primaria en controles de salud de la mujer y consultas de morbilidad por matrona y/o médico general, frente a lo cual debe objetivarse la existencia de un tumor pélvico por examen clínico (Anamnesis y tacto ginecológico) y estudio ecográfico.

El examen pélvico o tacto vaginal, muestra un útero agrandado, generalmente de contorno irregular y con un aspecto tumoral. Este diagnóstico es generalmente confiable, sin embargo, en algunos casos se dificulta, especialmente en las mujeres obesas. Los miomas se pueden

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Mayo, 2018
		Vigencia	Mayo, 2021

confundir en ocasiones con los tumores ováricos, con los procesos inflamatorios de las trompas y con el embarazo.

Clínicamente puede sospecharse por la presencia de los siguientes síntomas y signos:

Algia pélvica

Tumor palpable

Metrorragia

Hipermenorrea

Anemia

Dismenorrea

Dispareunia

Síntomas por compresión de estructuras vecinas.

Frente a la sospecha clínica basada en anamnesis y examen pélvico o tacto vaginal con o sin apoyo imagenología, la Matrona y/o medico de APS, derivará a la Especialidad de Ginecología, de acuerdo a cupos entregados para Ginecología


Crterios de derivación a Gineco-Obstetricia, mediante SIC:

El(la) Profesional Tratante o bien el Médico que realiza la ecografía en Atención primaria decidirá que pacientes continuaran con controles ecográficos periódicos y cuales, derivadas a los Policlínicos de Ginecología del Nivel Secundario, en Hospital Regional o Nudo según su origen, para su manejo quirúrgico:

1. Frente a una miomatosis uterina asintomática, con úteros menores de 14 cms de longitud aproximada, se mantendrá a la paciente en control anual, clínico y ecográfico en el Nivel Primario, no requiere control por especialidad.

2. Se deben enviar al nivel secundario úteros con un diámetro mayor 14 cm o mioma de más de 5 cm o pacientes con mioma uterino sintomático: dolor, dismenorrea invalidante, menometrorragia, anemia ferropriva demostrada en el hemograma, especialmente si es progresiva, dispareunia profunda, dismenorrea que no responde a antiinflamatorios de manejo habitual y/o Infertilidad sin otra causa aparente o frente a un cuadro de abdomen agudo sugerente de una complicación del mioma (torsión del pedículo, degeneración roja etc.)

Se debe, idealmente, generar una instancia local que permita evaluar y al menos priorizar aquellas situaciones de complejidad intermedia que pudieran no requerir derivación o bien una vía distinta a la establecida.

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Mayo, 2018
		Vigencia	Mayo, 2021

Junto al estudio ecográfico las pacientes serán derivadas con exámenes de evaluación preoperatoria, según riesgo anestésico:

- Exámenes: Hemograma, Tiempo de Protrombina(PT), Tiempo parcial de Tromboplastina (PTT), Orina Completa + Urocultivo, Glicemia, Creatinina.
- EKG: En > de 45 años
- Otros exámenes según patología asociada

Los casos serán derivados a los médicos especialistas gineco-obstetras de los hospitales de mediana y alta complejidad para resolución quirúrgica de la su patología, según su ubicación geográfica y calificación de complejidad anestésica.

Todas las pacientes con riesgo anestésico ASA 3, deberán ser derivadas al Hospital Hernán Henríquez Aravena. En el nivel terciario deberá definirse la necesidad del tratamiento quirúrgico y de ser necesario completar estudios complementarios.

Tratamiento: Se hará breve descripción por ser este un protocolo dirigido a la actuación a nivel de APS y estos son de responsabilidad de la especialidad.

Tratamiento Médico:


Algunos avances se han logrado en la aparición y crecimiento de los miomas con el conocimiento de la biología de las células madre, los cuales han permitido que aparte de los factores de riesgo conocidos, (la menarquia temprana, la nuliparidad, la herencia, la obesidad, entre otros), y el papel de los esteroides sexuales se identifiquen factores genéticos y epigenéticos, factores de crecimiento (quimioquinas, citoquinas, y componentes de la matriz glandular), aportes que han permitido mayor conocimiento en el tratamiento médico de estos tumores.

En la actualidad, los tratamientos médicos sólo se utilizan a corto plazo y este debe ser indicado solo por un especialista en el tema, debido a los riesgos significativos con la terapia a largo plazo, o la falta de pruebas con respecto a los beneficios de los nuevos agentes médicos.

El tratamiento médico de los miomas es una estrategia reciente y en este documento solo se realizará una breve descripción, entre ellos:

Antiinflamatorios (AINES). Estos no han mostrado eficacia en el tratamiento sintomático de los miomas.

Anticonceptivos orales (ACO). Son considerados de primera línea para el control del sangrado anormal y dismenorrea en pacientes con o sin miomas, sin embargo, estos

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Mayo, 2018
		Vigencia	Mayo, 2021

tratamientos han demostrado utilidad a corto plazo, por que posteriormente la mayoría de las pacientes a las que se recomienda su uso, requieren tratamiento complementario.

Progestágenos o dispositivos intrauterinos liberadores de progestágeno: Se ha logrado reducción del volumen uterino en un 48% y del mioma en un 33% ; por otra parte, el sistema intrauterino liberador de progestágeno es considerado una efectiva terapia en la hemorragia asociada con miomas, para ambas se requieren mas estudios.


Agonistas de Hormona liberadora de Gonadotrofinas (GnRH). En una revisión sistemática con el uso de análogos de GnRH, determinaron que había un aumento preoperatorio en la hemoglobina y el hematocrito, con disminución de la necesidad de incisión mediana, y mayor posibilidad de realizar la cirugía por vía vaginal. También encontraron como desventaja la posibilidad de recurrencia de los miomas, atribuida que los fibromas pequeños no son observados al momento de la cirugía. A esta terapia se ha introducida la llamada **Terapia “add back” o terapia coadyuvante** (estrógenos o progestágenos, solos o combinados, Tibolona o Raloxifeno), **dado** que el uso prolongado de los análogos agonistas de la GnRH produce menopausia química por hipogonadismo hipogonadotropo

Antagonistas de la Hormona liberadora de Gonadotrofinas (GnRH). El Ganirelix acetato, pocos estudios demuestran disminución del tamaño de los miomas , pero para recomendar su uso se requiere más estudios.

Moduladores selectivos de receptores de progestágeno (SPRMs). La mifepristona ha sido el primero de los SPRMs con el cual se ha demostrado disminución en el tamaño de los miomas, pero con tres desventajas: Alta prevalencia de hiperplasia endometrial, un aumento del 3 al 9% de las transaminasas, oleadas de calor del 10 al 20%. El acetato ulipristal (VA2914 CDD2914), es otro de los SPRMs selectivos, que induce apoptosis de las células del mioma in vitro que aun se requieren mas estudios.

Inhibidores de aromatasa. El uso de anastrozol que bloquea la síntesis de estrógenos, se logra reducción del volumen del útero entre el 9-32%, con mejoría de los síntomas y sin cambios de hipoestrogenismo. Con menores efectos secundarios y mayor reducción del volumen uterino comparados con agonistas de Gn RH (45,6 vs 33,2%)

Ácido tranexámico. Este fármaco es un bloqueador del punto de enlace de la lisina en la enzima plasmina, esencial para el enlace de la plasmina con la fibrina, no se ha demostrado beneficio en la disminución de la pérdida sanguínea, y no existe evidencia para su recomendación.

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Mayo, 2018
		Vigencia	Mayo, 2021

Moduladores selectivos de receptores estrogénicos (SERMS): No hay evidencia suficiente para recomendar el uso de los moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (SERMS) en disminución del tamaño o mejoría de los síntomas.

Danazol. Respecto a este medicamento a la fecha de la publicación no existen estudios aleatorizados controlados que soporten que los beneficios sean mayores que los riesgos para el tratamiento de los miomas sintomáticos.

Preparaciones a base de hierbas y Acupuntura: Los estudios no permite sacar conclusiones y se requieren estudios para apoyar o rechazar el uso en esta enfermedad.

Los tratamientos descritos que tienen evidencia resultan atractivo para muchos ginecólogos por su facilidad y menores complicaciones cuando se compara con la cirugía, especialmente cuando la principal intención es la preservación de la fertilidad o el deseo de conservar el útero.


Se recomienda terapia con medicamentos para los miomas en las siguientes situaciones:

- Como tratamiento sintomático para el alivio temporal de los síntomas por períodos cortos; esta aplicación es adecuada en las mujeres con miomas sintomáticos en la peri-menopausia.
- En pacientes no aptos para la cirugía por razones médicas.
- Como un complemento pre-operatorio, para reducir el tamaño de los fibromas, para controlar el sangrado, mejorar los niveles de hemoglobina, o para reducción en el tamaño del mioma, y así cambiar la vía del procedimiento, por ejemplo una histerectomía abdominal por una laparoscópica, o por una histerectomía vaginal sin prolapso.

Tratamiento Quirúrgico:

La falta de un tratamiento médico eficaz ha hecho que la cirugía sea el manejo tradicional para esta enfermedad, con ocasional utilización de las técnicas radiológicas.

- Tratamiento quirúrgico conservador, miomectomía, en mujeres menores de 40 años con deseos de conservación de fertilidad y en miomas submucosos únicos móviles de fácil extirpación, por vía vaginal por torsión o resección histeroscópica.

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Mayo, 2018
		Vigencia	Mayo, 2021

- Tratamiento quirúrgico radical Histerectomía total, asociada a salpingooforectomía bilateral en mujeres mayores de 50 años o cuando la inspección macroscópica del anexo demuestra alguna anomalía.
- Histerectomía subtotal es de excepción por acortamiento del acto quirúrgico frente a patología asociada que aconseja brevedad en la cirugía dificultad técnica y riesgo de iatrogenia frente a procesos inflamatorios, cicatrizal, endometriosis pélvica, etc.

Priorización:

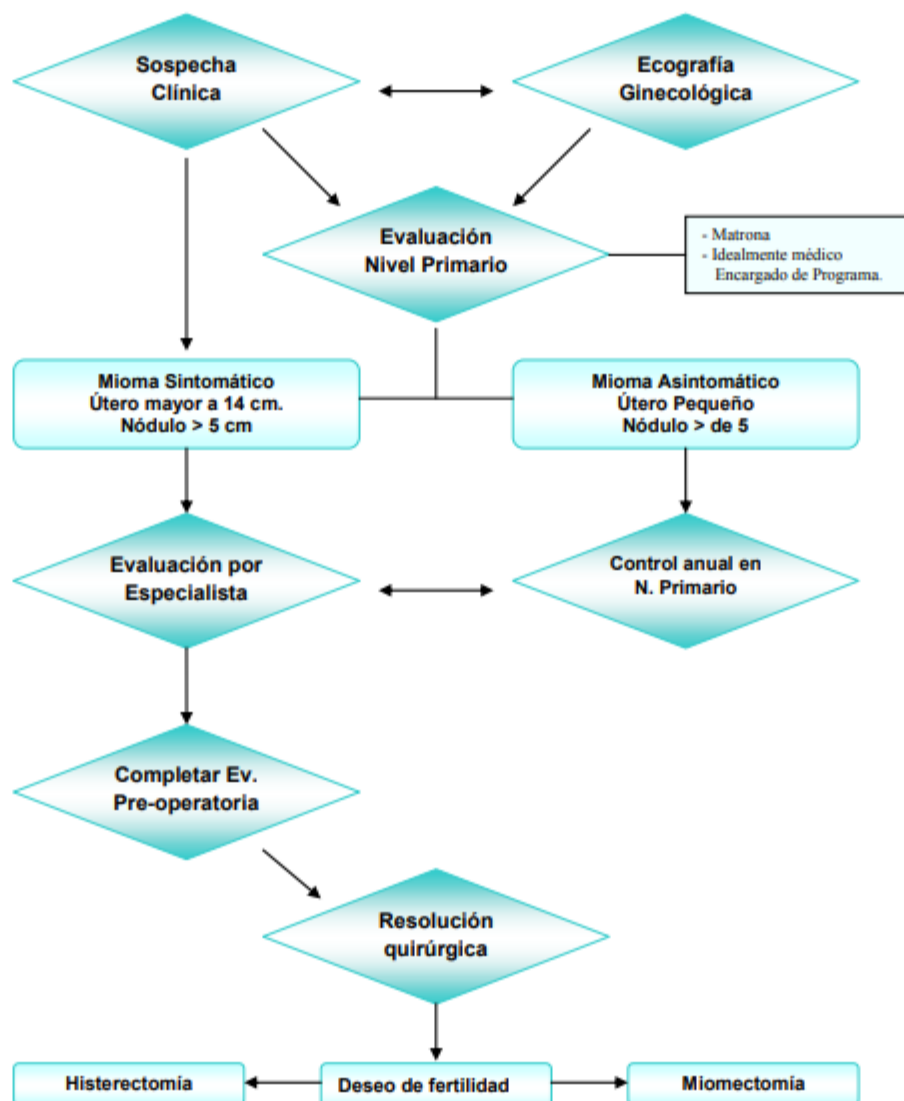
Recomendar inmediatamente a las personas con hemorragia uterina profusa con riesgo vital y/o dolor por sospecha de torsión o que no cede con uso de analgésicos y/o anti prostaglandinas, obstrucción intestinal y/o urinaria, por crecimiento del miomas.


Contrarreferencia:

Los objetivos fundamentales de la APS serán: establecer el seguimiento de las pacientes y derivar en forma oportuna los casos que lo ameriten. Una vez establecida la indicación quirúrgica y realizada la intervención, el seguimiento del paciente deberá ser asumido de nuevo por APS una vez que el paciente tenga criterios de alta de la especialidad cumplidos. (Heridas operatorias cicatrizadas, sin hematomas, sin sangrado), no requiere de controles en especialidad.

Flujograma

FLUJOGRAMA DE DERIVACION



		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Mayo, 2018
		Vigencia	Mayo, 2021

Metodología de Evaluación

Responsable: Equipo de gestión Clínica SSAS

Periodicidad: Cortes del COMGES

Indicadores de proceso y Resultado a evaluar

Dimensión	Indicador	Formula	Fuente de datos
Proceso	Equipo Humano capacitado	$(\# \text{ de personas Capacitadas} / \# \text{ total de personal}) \times 100$	Asistencia a capacitaciones
Proceso	Interconsultas Auditadas	$(\# \text{ de Interconsultas que cumplen protocolo HP} / \# \text{ total de Interconsultas}) \times 100^*$	Registros Informáticos
Resultado	Tiempos de Espera	Diferencias entre los promedios en días obtenido en un periodo determinado comparado con la línea base.**	SIGTE


*Formato Auditoría de Implementación de protocolos.

Mediante auditoría de fichas clínica en los establecimientos de la Red involucrados en la resolución del Protocolo a auditar.

Procedimiento:

1. Seleccionar los pacientes atendidos a nivel secundario con diagnóstico de las patologías protocolizadas, posterior a difusión de protocolos, de éstos se seleccionará una muestra representativa (según estadística)
2. Realizar revisión de: Ficha nivel Primario, Interconsulta y Ficha de Nivel secundario, de acuerdo a la siguiente pauta.

Presencia o no en la ficha de 3 elementos relevantes del protocolo para cada nivel de atención:

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Mayo, 2018
		Vigencia	Mayo, 2021

Ficha Nivel Primario:

Puntos

1.	Antecedentes clínicos	
2.	Criterio de referencia establecidos en el protocolo	
3.	Diagnóstico de referencia	

Interconsulta:

1.	Datos completos del paciente	
2.	Antecedentes Clínicos solicitados en Protocolo	
3.	Diagnóstico de Referencia	

Ficha nivel secundario:


1.	Evaluación clínica	
2.	Confirmación o Descarte de Diagnóstico	
3.	Plan o indicaciones terapéuticas	

Total: -----

Se considerará implementado cuando al menos cumple con un total de 6 puntos presentes y con 2 puntos en cada nivel para cada proceso de paciente auditado.

De todos los casos auditados por Protocolo se calculará el porcentaje de casos con evidencia de implementación del total de casos evaluados y se entregara en el siguiente formato.


	Protocolo	% Implementación
Especialidad	1	
	2	
Especialidad	1	
	2	

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Mayo, 2018
		Vigencia	Mayo, 2021

****Medición de tiempos de resolución**

Medición de tiempos de resolución a través de los siguientes Hitos	
Hito 1	Fecha primera consulta de especialidad en Atención Secundaria.
Hito 2	Fecha de alta de especialidad en Atención Secundaria.
Fórmula de Cálculo	$(\sum$ de los tiempos (en días) de resolución de la totalidad de los pacientes seleccionados en la muestra por patología protocolizada en el año t/ Total de pacientes seleccionados en la muestra del periodo a evaluar).

Especialidad	Protocolo	$(\sum$ de los tiempos (en días) de resolución de la totalidad de los pacientes seleccionados en la muestra por patología protocolizada en el año t/ Total de pacientes seleccionados en la muestra del periodo a evaluar).
	1	
	2	
	3	
	1	
	2	
	3	

		Código	
		Versión	Primera
		Fecha	Mayo, 2018
		Vigencia	Mayo, 2021

Plan de Difusión:

- . -Envió por correo electrónico en Formato digital a los responsables de la Ejecución del protocolo.
- . -Presentación y entrega a los responsables de los establecimientos.

Bibliografía

- Atkins D, et al; GRADE Working Group. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. BMC Health Serv Res. 2004; 4 (1): 38.
- Sepulveda Janer y Cols. Manejo médico de la miomatosis uterina. Revisión de la Literatura. Rev Chil Obstet Ginecol 2016; 81(1)
- Protocolo de referencia y Contrarreferencia: Miomatosis uterina. Hospital y CRS el Pino. MINSAL. Chile. 2010.
- Bautista Aguilar Gabriela y col Miomatosis uterina, opciones terapéuticas para el médico de Atención Primaria. 2017. Disponible en <https://atencionprimariaalasalud.files.wordpress.com/2017/05/miomatosis-uterina.pdf>
- Servicio de Salud Aconcagua. Guía de Leiomiomas Uterinos. 2010.
- Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. Obstet Gynecol. 2002 Feb;99(2):229-34. PubMed PMID: 11814502.
- Strickland K. The primary care management of leiomyoma-induced abnormal uterine bleeding. J Am Acad Nurse Pract. 1996 Nov;8(11):541-5; quiz 546-8. Review. PubMed PMID: 9305056.