

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



TESIS:

**Perfil clínico epidemiológico en pacientes con miomatosis
uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena
de Ayacucho 2021-2022**

Para optar el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

Bach. Luz Margarita OGOSI ORTIZ

ASESOR:

Mg. Marilú Francisca OBANDO CORZO

AYACUCHO - PERÚ

2024

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia por ser el apoyo incondicional y la razón para mejorar cada día para ser una mejor persona.

A mis maestros por inculcarme conocimientos, compartir sus experiencias y aconsejarnos durante esta extensa carrera universitaria.

A mi asesora, la Dra. Obando Corzo, Marilú Francisca, por su apoyo y tiempo en orientarme sobre todas las dudas existentes durante el desarrollo de mi investigación.

DEDICATORIA

A dios y a la Virgen de Fátima por ser mis guías espirituales durante este largo camino, a mis padres por ser un soporte incondicional y constante, a mis hermanos por su amor y compañía.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el perfil clínico y epidemiológico en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se revisaron 534 historias clínicas de pacientes con miomatosis uterina que corresponden a los años 2021 y 2022; de las cuales 120 historias clínicas cumplieron con todos los criterios de inclusión. Los datos fueron procesados en Microsoft Excel y SPSS para realizar el análisis estadístico descriptivo (frecuencia absolutas y porcentuales, medidas de tendencia central y medidas de dispersión)

Resultados: La edad media de las pacientes con miomatosis uterina fue de 42,98 años. El 40,0% lograron el grado de instrucción superior, 66,7% eran de procedencia urbana y el 92,5% que no tuvieron algún antecedente familiar. El 45,8% de las pacientes tenían sobrepeso, el 7,5% presentaron su menarquia antes de los 11 años de edad, el 55% tuvieron un régimen catamenial irregular, el 65% eran multíparas, el 55,8% no presentaron algún aborto y el 80,8% no uso de algún método anticonceptivo. Los síntomas más frecuentes son el 86,7% de las pacientes presento dolor pélvico, 60,8% tuvo menorragia y el 54,2% presento anemia. El 60,8% de pacientes presentaron un único mioma uterino, 43,3% fueron de tipo intramural y el 60,0% estuvieron ubicados en el cuerpo uterino. En relación a las características del tratamiento, al 47,5% de mujeres se les realizo una histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral.

Conclusiones: La mayoría de pacientes se encontraban entre los 40 a 50 años. Los síntomas más comunes fueron el dolor pélvico y la menorragia. La mayoría presento un único mioma, de tipo intramural y ubicadas en el cuerpo uterino. El tratamiento quirúrgico que más se realizo fue la histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral.

Palabras claves: leiomioma, menorragia, histerectomía, miomectomía uterina

ABSTRACT

Objective: Determine the epidemiological clinical profile in patients with uterine fibroids at the Miguel Angel Mariscal Llerena Regional Hospital of Ayacucho 2021-2022.

Materials and Methods: Descriptive, cross-sectional and retrospective study. 534 medical records of patients with uterine fibroids corresponding to the years 2021 and 2022 were reviewed; of which 120 medical records met all the inclusion criteria. The data were processed in Microsoft Excel and SPSS to perform the descriptive statistical analysis (absolute and percentage frequencies, measures of central tendency and dispersion measures).

Results: The average age of the patients with uterine fibroids was 42.98 years. 40.0% achieved a higher level of education, 66.7% were from urban origin and 92.5% who did not have any family history. 45.8% of the patients were overweight, 7.5% had menarche before 11 years of age, 55% had an irregular catamenial regimen, 65% were multiparous, 55.8% did not present any abortion and 80.8% did not use any contraceptive method. The most frequent symptoms are 86.7% of the patients had pelvic pain, 60.8% had menorrhagia and 54.2% had anemia. 60.8% of patients had a single uterine fibroid, 43.3% were intramural and 60.0% were located in the uterine body. In relation to the treatment characteristics, 47.5% of women underwent a total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy.

Conclusions: The majority of patients were between 40 and 50 years old. The most common symptoms were pelvic pain and menorrhagia. The majority presented a single fibroid, intramural type and located in the uterine body. The most commonly performed surgical treatment was total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy.

Keywords: leiomyoma, menorrhagia, hysterectomy, uterine myomectomy

INTRODUCCIÓN

La miomatosis uterina son tumoraciones benignas, que son diagnosticadas frecuentemente en la consulta ginecológica. Están formadas por tejido muscular liso que se está recubierto por una matriz extracelular fibrosa. (1)

En una revisión de varios estudios de diferentes países, se concluyó que la prevalencia de la miomatosis uterina varía desde 5% a 69% ya que depende de la población de estudio y los métodos diagnósticos que se aplicaron. Además, que las mujeres de raza negra tenían tres veces más probabilidad de presentar miomatosis uterina. Y respecto la edad, la prevalencia fue más frecuente entre los 40 a 44 años, posterior a esta edad la probabilidad de presentar miomatosis uterina disminuye drásticamente. (2,3)

La miomatosis uterina es considerada un problema de salud, porque genera gastos de atención médica y pérdida de ingresos monetarios a nivel mundial. Por la recurrencia de la paciente a la emergencia, al presentar sangrado abundante acompañado de anemia secundario que requiere transfusiones sanguíneas. Además, produce aumento de la carga clínica y afecta la situación social de las pacientes con los demás. (4)

Este estudio contribuirá a conocer el perfil clínico epidemiológico de la miomatosis uterina en el Hospital Regional de Ayacucho, se vio conveniente realizar el estudio en este establecimiento de salud porque recibe referencias de diversos centros de salud, ya que concentran la mayoría de casos de esta patología. La intervención temprana permitirá que el personal de salud oriente a la paciente a realizar seguimiento de la patología y así evitar tratamientos radicales que puedan implicar su fertilidad y su calidad de vida.

El presente trabajo de investigación: “**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO EN PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA EN EL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA DE AYACUCHO 2021-2022**” está conformado por 5 capítulos, que se explican a continuación:

Capítulo I: Planteamiento y formulación del problema: Se delimito y se expuso el problema de investigación; los objetivos generales y específicos; la justificación e importancia del presente estudio.

Capítulo II: Marco teórico: Se desarrollo los antecedentes internacionales y nacionales. Los conceptos teóricos en relación de nuestro tema y la definición de lis conceptos operacionales.

Capítulo III: Hipótesis y variables: Se sustenta la no formulación de la hipótesis y se da a conocer las variables de estudio, las definiciones conceptuales y operacionales con sus respectivas características.

Capítulo IV: Metodología de estudio: Aborda el tipo y diseño de investigación, método de investigación, la población y muestra, así como también los criterios de inclusión y exclusión. Además, del instrumento utilizado y las estrategias de recopilación de información empleadas.

Capítulo V: Resultados y discusión: Se reportan los resultados de la investigación, para que posteriormente sea procesado para el análisis estadístico detallado. Además, se realizó la discusión de resultados, mediante de contrastación obtenidos en otros estudios a nivel internacional y nacional.

INDICE

AGRADECIMIENTO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN.....	vi
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Formulación del Problema	4
1.3 Objetivo general y específicos	5
1.4 Justificación e importancia de la investigación.....	6
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	7
2.2 Bases Teóricas	14
2.3 Definición de conceptos Operacionales	27
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	29
3.1 Hipótesis.....	29
3.2 Variables.....	29
CAPITULO IV: METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	31
4.1 Tipo y diseño de investigación	31
4.2 Método de investigación.....	31
4.3 Población y muestra.....	32
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	33
4.5 Consideraciones éticas.....	33
4.5 Recolección de datos.....	33
4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	34
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	35
5.1 Resultados.....	35
5.2 Discusión de resultados.....	40
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
Conclusiones	47
Recomendaciones	47
REFERENCIAS ELECTRÓNICAS.....	48

ANEXOS.....	53
ANEXO 1: INSTRUMENTO	53
ANEXO 2: CARTA DE ACEPTACIÓN DEL ASESOR	54
ANEXO 3: CERTIFICADO DE APROBACIÓN POR COMITÉ DE ETICA	55
ANEXO 4: CUADROS.....	56
ANEXO 5: GRÁFICOS.....	57
ANEXO 6: TABLAS.....	60
ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	63
ANEXO 8: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	65

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los miomas uterinos son tumores benignos solidos que se desarrollan entre la menarquia y la menopausia; se originan en el músculo liso del miometrio y están formadas por grandes cantidades de matriz extracelular. (1)

La prevalencia mundial de miomatosis uterina varia desde 4,5 % al 68,6%, y esto varía de acuerdo a la población que se estudió y las metodologías que se requieren para diagnosticar. En el 2019, la incidencia fue de 241 casos por cada 100 000 mujeres. La Organización Mundial de la Salud en su informe final refiere que la miomatosis uterina afecta entre el 20 y el 25% de las mujeres y se estima que cerca de 235 millones de mujeres, que representan el 6,6% de la población mundial de mujeres, están afectadas en todo el mundo por esta patología. (2-4)

Los estudios indican que la miomatosis uterina causa síntomas en alrededor del 25% de las mujeres y la incidencia general de fibromas aumenta a más del 70%. La prevalencia en Nigeria indica un 22%, que se mantiene al margen en varios años. En Corea del Sur, en un estudio realizado durante los 12 años, se concluyó que la prevalencia del fibroma uterino incremento en un 2,5 veces más cada año y que la incidencia general de 1 año en todos los grupos de edad aumentó con los años hasta presentarse a una edad más joven de entre los 26 a 30 años. (4-5)

En otro estudio realizado durante 4 años en Ghana, la tasa de incidencia de los fibromas uterinos en 2018 fue de 66.77 por cada 100 000 pacientes, en el 2019 fue de 81.86 por cada 100 000 pacientes, en el año 2020 fue de 85.60 por cada 100 000 pacientes y en el año 2021 fue de 92.40 por cada 100 000 pacientes, por lo que la posibilidad de poder diagnosticar esta patología incrementaba anualmente. (6)

El tratamiento del mioma uterino tiene un profundo efecto sobre los costos de atención médica a nivel mundial. En Estados Unidos, los costos respecto a la atención del fibroma uterino ascienden a 34.400 millones dólares anuales. (7)

En un estudio realizado en diferentes razas (raza negra, asiático-chino, blancos e hispanos) que residían en EEUU, se evidencio que las pacientes de raza negra o afroamericana y asiático-chino tenían más probabilidad de presentar fibromas que las latinas y blancas. (8)

En un estudio realizado en mujeres que residían en EEUU con fibroma uterino, se les realizo un cuestionario de síntomas de fibroma uterino y calidad de vida relacionada a la salud, en la cual se concluyó que las mujeres hispanas tuvieron una mayor gravedad de los síntomas en comparación a las mujeres blancas y negras. (9)

En Latinoamérica, en Brasil, la prevalencia del mioma uterino es del 23,3%, predominantemente en los estratos con bajo nivel socioeconómico y de raza negra. Debido a que es una patología asintomática, la prevalencia e incidencia no es tan real, porque las mujeres acuden a una revisión ginecológica cuando presentan síntomas que limitan su actividad diaria. (10)

En el Perú, esta patología constituye 9,01% y 5,53% de atenciones en Consultorio Externo de Ginecología del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) en el 2021 y 2022 respectivamente. Y el 4,47% y 4,16% de los egresos hospitalarios en el Departamento de Ginecología del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) en el 2021 y 2022 respectivamente. (11)

Actualmente en la región de Ayacucho no cuenta con estudios realizados de esta patología en nuestra población.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el perfil clínico epidemiológico en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022?
- ¿Cuáles son las características clínicas en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022?
- ¿Cuáles son las características ecográficas en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022?
- ¿Cuáles son las características del tratamiento en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022?

1.3 OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil clínico y epidemiológico en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características epidemiológicas en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022.
- Describir las características clínicas en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho. 2021-2022.
- Describir las características ecográficas en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho. 2021-2022.
- Describir las características del tratamiento en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho. 2021-2022.

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 JUSTIFICACIÓN

Teórica

La miomatosis uterina es un diagnóstico muy frecuente en la consulta ginecológica, por lo que se contrastará la teoría de esta patología con el estudio realizado en la población ayacuchana.

Práctica

El estudio busca dar a conocer el perfil de la paciente con miomatosis uterina, para poder lograr medidas preventivas que orienten a una detección temprana para ser tratada a tiempo y evitar complicaciones.

Social

La intervención temprana permitirá que el personal de salud oriente a la paciente a realizar seguimiento de la patología y así evitar tratamientos radicales que puedan implicar su fertilidad y su calidad de vida.

Metodológica

Ya que no se cuenta con estudios previos en la región ayacuchana, con los resultados obtenidos supondrán a futuro como cimiento para las posteriores investigaciones referente a esta patología.

1.4.2 IMPORTANCIA

La importancia de su estudio es debido a que la miomatosis uterina, es uno de los diagnósticos principales en la consulta y en emergencia ginecológica en consecuencia al sangrado uterino que puede ocasionar anemia ferropénica y a las molestias pélvicas que ocasiona una repetida visita de las pacientes a la atención médica. Este estudio tiene como finalidad dar a conocer a la población ayacuchana las características epidemiológicas y clínicas de la miomatosis uterina. La información obtenida promoverá a que las instancias de salud regionales y nacionales prevean recursos humanos, capaciten al personal sanitario y realicen intervenciones previniendo y promocionando la salud.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN INTERNACIONALES

Malick N.P. et al. (Senegal, 2023) en su estudio “Surgical Management of Uterine Fibroids: About 175 Cases”. Objetivo: Determinar el perfil epidemiológico, los aspectos diagnósticos y el manejo quirúrgico de las pacientes con fibroma uterino. Metodología: Descriptivo y retrospectivo, en una población de 175 pacientes diagnosticadas de fibromas uterinos entre 2017 al 2020 en el Departamento de Ginecología del Hospital Principal de Dakar. Resultados: La edad media es de 39 años. La mayoría de pacientes eran nulíparas (64,6%) y no hacían uso de anticonceptivos (86,3%). Respecto a las manifestaciones clínicas, las más frecuentes fueron sangrado genital abundante (32,6%), dolor pélvico (18,8%), dismenorrea (10,3%) y anemia (46%). Los miomas más frecuentes fue el subseroso (22,85%) e intramural (21,14%). En cuanto al tratamiento quirúrgico, la opción más realizada fue la miomectomía por medio de una laparotomía (82,29%). Conclusiones: La ecografía continúa siendo considerado como un apoyo diagnostico más viable e importante para el diagnóstico. La intervención quirúrgica fue el tratamiento más adecuado para eliminar los miomas uterinos por el uso de técnicas poco invasivas y menos hemorrágicas. (12)

Adawe M. et al. (Uganda, 2022) en su estudio “Prevalence, Clinical Presentation and Factors Associated with Uterine Fibroids Among Women Attending the Gynecology Outpatient Department at a Large Referral Hospital in Southwestern Uganda.” Objetivo: “Determinar la prevalencia, la presentación clínica y los factores relacionados a los fibromas uterinos entre mujeres en la clínica de ginecología del Hospital de Mbarara” Metodología: Transversal, en una población de 319 mujeres que acudieron a consulta ginecológica, por lo que se tuvo una muestra de 90 casos confirmados de fibroma uterino. Resultados: La prevalencia de fibroma uterino fue de 28,2%. De las pacientes con este diagnóstico: 47,8 % estudiaron hasta la primaria, presentaron sobrepeso (61,1%), su menarquia fue entre los 13 a 15 años (90%), con irregularidad menstrual (50%) y son multíparas (57,8%); la manifestación clínica más frecuente que se presentó fue dolor pélvico (72,2 %) y menorragia (63,3%). Conclusiones: La mayoría eran sintomáticas y hubo mayor probabilidad que se presente en mujeres de entre los 31 a 50 años. (13)

Iwuoha EC et al. (Nigeria, 2022) en su estudio titulado “Prevalence of Uterine Fibroids among women presenting at Abia State University Teaching Hospital, Abia State: A five-year review.”. Objetivo: Evaluar la prevalencia de fibromas uterinos en mujeres que acudan al hospital universitario de Abia entre 2015 y 2019. Metodología: transversal y retrospectivo, en una población de 704 carpetas clínicas de mujeres con diagnóstico ginecológico y con una muestra de 56 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de fibromas uterinos. Resultados: La edad media es de 39.0 años. La mayoría de mujeres se encontraba entre los 31 a 40 años (60,7%); alcanzaron el nivel educativo superior (69,6%), tuvieron su menarquia entre los 14 a 17 años (82,1%) y eran nulíparas (71,4%), con antecedente de aborto (25%) y con un poco uso de anticonceptivos (10,7%). Los síntomas más frecuentes fue dolor pélvico (87,5%) y menorragia (64,3%). Conclusión: Los síntomas más comunes son sangrado abundante y el dolor pélvico, mientras que la nuliparidad y la edad de la menarquia fueron factores de riesgo más frecuentes. (14)

Ngorili GS et al. (India, 2022) en su estudio “Epidemiological study of uterine fibroids: our experience from urban Maharashtra” Objetivo: Estudiar los factores epidemiológicos relacionados a los fibromas uterinos. Metodología: Observacional, descriptivo y transversal. Con una población de 166 historias clínicas de mujeres con diagnóstico de fibroma uterino confirmado. Resultados: La mayoría de mujeres provenían del área urbana (57,2%) e hicieron uso de algún método anticonceptivo (80,7%). Los síntomas más frecuentes fue la sensación de masa pélvica (41%), metrorragia (21,7%), menorragia (15,7%), dolor pélvico (15,7%) y dismenorrea (9,6%). En el examen ecográfico, las características del fibroma, más frecuente es de un único fibroma (60,8%) y del tipo submucoso (38,6%). Conclusión: Los fibromas uterinos son frecuentes en mujeres de 31 a 40 años y en su mayoría no presentaron un útero miomatoso. (15)

Bonilla P & Aguilar G. (Ecuador, 2021) en su tesis “Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con miomas uterinos Hospital General Docente Riobamba, 2018-2020”. Objetivo: Describir las características tanto clínicas como epidemiológicas de mujeres con miomatosis uterina en un Hospital General Docente Riobamba entre enero del 2018 a mayo del 2020. Metodología: Descriptivo, retrospectivo, no experimental, de corte transversal. En una muestra de 132 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de mioma uterino. Resultados: La mayoría de mujeres se encontraban entre los 40 a 59 años (65,91%), no tenían antecedente familiares (94,70%), su menarquia ocurrió después de los 11 años (73,48%), eran multíparas (77,27%) y tuvieron antecedente de aborto (22,7%). La sintomatología frecuente fue la menorragia (56,06%), presión pélvica (33,33%) y anemia (75,76%) y el síntoma menos frecuente fue la dismenorrea (7,58%). Conclusión: La mayoría de mujeres pertenecía a la edad menopaúsica y el sangrado uterino fue uno de los síntomas más frecuentes en la emergencia ginecológica. (16)

Renuka J. et al. (India, 2020) en su estudio “A retrospective analysis of patients with leiomyoma”. Objetivo: Analizar la prevalencia, las características clínicas y el impacto en el estilo de vida de pacientes con leiomioma uterino. Metodología: Descriptivo y retrospectivo en una población de 200 historias clínicas de mujeres con el diagnóstico confirmado. Resultados: La mayoría de pacientes presentaron una edad entre los 41 a 50 años (52,5%); tenían un antecedente familiar de miomatosis (71%) y presentaban sobrepeso (54%). El síntoma más frecuente fue menorragia (44.5%). Respecto a las características del mioma la mayoría presentaron de 2 a más miomas uterinos (71%), de tipo intramural (84%) y ubicado en el cuerpo uterino (68%). El tratamiento que más optaron fue la histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral (56,5%). Conclusión: Aunque los fibromas uterinos sean enormes, a veces no ocasionan síntomas como presión o dolor. (17)

Okon, OA et al. (Nigeria, 2020) en su estudio “Presentation and Surgical Treatment Outcomes of Patients with Uterine Fibroids in a Tertiary Centre, South-South Nigeria”. Objetivo: Evaluar las características sociodemográficas y las complicaciones en pacientes manejadas quirúrgicamente por fibromas uterinos en Hospital Universitario de Calabar, desde el 2008 al 2012. Metodología: Transversal y retrospectivo, en una población de 320 casos, de los cuales se recuperaron 280 casos de pacientes operadas por fibroma uterino. Resultados: La mayoría de mujeres pertenecían a la cuarta década de la vida (42,9%) y eran nulíparas (70%); los síntomas más frecuentes fueron la masa abdominal (29,3%), menorragia (18,6%) y dolor abdominal (17,1%); el tratamiento que más optaron fue la miomectomía (85,7%). Conclusión: La mayoría de pacientes eran nulíparas por lo que deseaban la fertilidad y las complicaciones como infección de sitio operatorio y hemorragia suelen ser factores de morbilidad y mortalidad materna en países en desarrollo. (18)

Magda A & Fattah A. (Egipto, 2019) en su estudio “Socio-Demographic and Reproductive Health Profile Among Egyptian Women with Uterine Fibroid”. Objetivo: Evaluar el perfil sociodemográfico y también el de la salud reproductiva de las mujeres egipcias con fibromas uterinos. Metodología: Descriptivo, transversal en una muestra de 120 historias clínicas de mujeres con fibroma uterino. Resultados: La edad media de las pacientes fue de 41,4 ($\pm 5,3$), alcanzaron el nivel educativo secundario (45,8%), vivían en una zona urbana (53,3%), con antecedente familiar (79,2%) y presentaron obesidad (64,2%). Con la menarquia antes de los 14 años (65,8%), con un periodo menstrual regular (90%), con antecedente de abortos (58,9%) y utilizaron métodos anticonceptivos (72,5%). La mayoría de mujeres optaron por la histerectomía (60,8%). Conclusión: La mayoría de mujeres se encontraban entre la menopausia temprana y media, con antecedentes familiares de parte de la madre o hermana. (19)

Villagrán MA et al. (Guatemala, 2019) en la tesis titulada “Caracterización de pacientes con Miomatosis Uterina. Estudio descriptivo y retrospectivo realizado en pacientes del departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt en el periodo 2017-2018”. Objetivo: Describir las características de los miomas uterinos en pacientes del Hospital Roosevelt entre el 2017 y 2018. Metodología: descriptivo y retrospectivo en una muestra 321 historias clínicas de mujeres con miomatosis uterina. Resultados: La mayoría de mujeres eran multíparas (78,83%), con antecedente de aborto (24%) y no hacían uso de algún método anticonceptivo (94%). El síntoma más frecuente fue el dolor pélvico (74,77%), menorragia (67,29%), metrorragia (42,05%) y anemia (63,55%); siendo la anemia moderada la más frecuente (34,58%). El mioma más habitual fue el intramural (65,11%). Conclusión: Las pacientes se encontraban entre los 41 a 50 años. Ocho de cada diez mujeres presentaron dolor pélvico y más del 50% de pacientes presentaron anemia. (20)

NACIONALES

Flores R. (Lima, 2023) en su estudio “Características epidemiológicas y clínicas de pacientes histerectomizadas con miomatosis uterina. Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2016 – 2019”, Objetivo: Determinar las características epidemiológicas y clínicas de las mujeres operadas por miomatosis uterina que se confirma mediante examen de anatomía-patológica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza desde el 2016 al 2019. Metodología: Estudio descriptivo y transversal en una muestra de un total de 88 historias clínicas de pacientes histerectomizadas por miomatosis uterina. Resultados: la edad media es de 49,8 años, la mayoría de pacientes presentaban sobrepeso (51,1%), con un ritmo menstrual irregular (53,4%), multíparas (67%); la manifestación clínica más frecuente fue dolor pélvico (61,4%), menorragia (43,2%), dismenorrea (40,9%), metrorragia (34,1%) y sensación de masa pélvica (27,3%); además que no presentaron anemia (65,9%); el mioma uterino más habitual fue el intramural (63,6%). Conclusiones: es una patología frecuente entre los 40 a 50 años y las comorbilidades más usuales fueron la obesidad y anemia. (21)

García R. (Lima, 2021) en su tesis “Leiomiomatosis Uterina: tratamiento quirúrgico, aspectos clínico epidemiológicos. Hospital Regional de Huacho. Periodo 2016 – 2020”. Objetivo: Determinar los aspectos tanto epidemiológicos, como clínicos y las complicaciones de pacientes operadas por miomatosis uterina en el Hospital Regional de Huacho, entre el 2016 al 2020. Metodología: es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en una muestra 247 historias clínicas de pacientes operadas por leiomiomatosis. Resultados: La mayoría de pacientes presentaban obesidad (43,72%), con menarquia entre los 11 a los 13 años (62,35%); la manifestación clínica más frecuente fue la menorragia (74,9%), el dolor pélvico (68,4%) y anemia (50,20%); se reportó en su mayoría un solo mioma (51,42%) y del tipo intramural (51,42%). La mayoría optó por la histerectomía abdominal total (77,33%). Conclusiones: Las pacientes entre los 30 a 59 años predominaron y la mediana del tiempo de la enfermedad fue de 9 meses. (22)

Rojas K. (Huancayo, 2020) en su tesis “Características epidemiológicas, clínicas, diagnóstica y de tratamiento de los miomas uterinos en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2018.” Objetivo: Describir las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y también de tratamiento de la miomatosis uterina en pacientes de un Hospital Nacional de Huancayo, en el 2018. Metodología: Observacional, descriptivo y retrospectivo, en una población de 420 historias clínicas de las cuales 190 historias clínicas cumplieron los criterios de inclusión. Resultados: La edad media es de 42 años, la mayoría no presentaban antecedente familiar (94,2%), tenían sobrepeso (46,3%) y eran multíparas (58,9%). El síntoma más frecuente fue el sangrado uterino anormal (92,1%), dismenorrea (80,5%), dolor pélvico (40,2%) y presión pélvica (34,4%). En el examen ecográfico en su mayoría se encontró un único mioma uterino (60, 5%), de tipo intramural (44,2%) y ubicado en el cuerpo uterino (52,6%). Conclusiones: La mayoría no presentaban una menarquia prematura y las pacientes prefirieron el tratamiento médico que uno quirúrgico. (23)

2.2 BASES TEÓRICAS

PERFIL CLÍNICO

Son un conjunto de características clínicas, médicas y demográficas de un paciente o un grupo de pacientes con una enfermedad específica. La finalidad es recopilar y organizar información relevante para el personal de salud, para tomar decisiones clínicas adecuadas. El perfil está formado por antecedentes médicos (enfermedades previas, cirugías, alergias, etc.), historia familiar, manifestaciones clínicas (signos y síntomas), diagnóstico (examen físico, exámenes de laboratorio y exámenes radiológicos), tratamiento actuales y previos (medicamentos, procedimientos quirúrgicos, terapias, etc.).

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Es la descripción de la distribución y determinantes de la salud de las enfermedades en una población específica. Es la manifestación de la carga de enfermedad que ocurre en la población, esto incluye características sociodemográficas (edad, sexo, raza, procedencia, etc.), indicadores de salud (tasas de incidencia, prevalencia, mortalidad, etc.), factores de riesgo, utilización de servicios de salud, determinantes sociales y ambientales de salud (condiciones socioeconómicas, nivel educativo, etc.). (24)

EPIDEMIOLOGÍA

La leiomiomatosis uterina es la neoplasia benigna ginecológica más frecuente en mujeres perimenopausias, afectando hasta el 68,6% de las mujeres. (2) Es posible que las tasas de incidencia y prevalencia de la miomatosis uterina estén subestimadas, ya que solo se tiene información de las mujeres que acuden a consulta con un profesional de la salud. (4)

Según el Global Burden of Disease (GBD), estimo que el 5,9% de todas las mujeres de en un total de 226 millones de personas presentaban fibromas uterinos en el 2019. Además, que fue frecuente encontrarlo en mujeres que se encontraban entre los 40 a 50 años. (27)

En el 2019, la incidencia estandarizada por edad de fibromas uterinos, se reportó en Europa del Este (582,03 por cada 100.000 habitantes), seguida de América Latina andina (507,74 por cada 100.000 habitantes) y el Sudáfrica subsahariana (499,05 por cada 100.000 habitantes). En América Latina Sur la incidencia estandarizada por edad es de 244,16 por cada 100 000 habitantes. (28)

En el Perú, el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), reportó que en el 2021 el 9,01% del total de pacientes que acudieron a Consultorio Externo, presentaron leiomiomatosis uterina y en el 2022 fue del 5,53% de pacientes ginecológicas.

En Piura, en el Hospital de la Amistad Perú- Corea, en el 2022 se reportó que el 4,9% de las pacientes que acudieron al Servicio de Ginecología, fueron diagnosticados de leiomioma uterino. (11, 29)

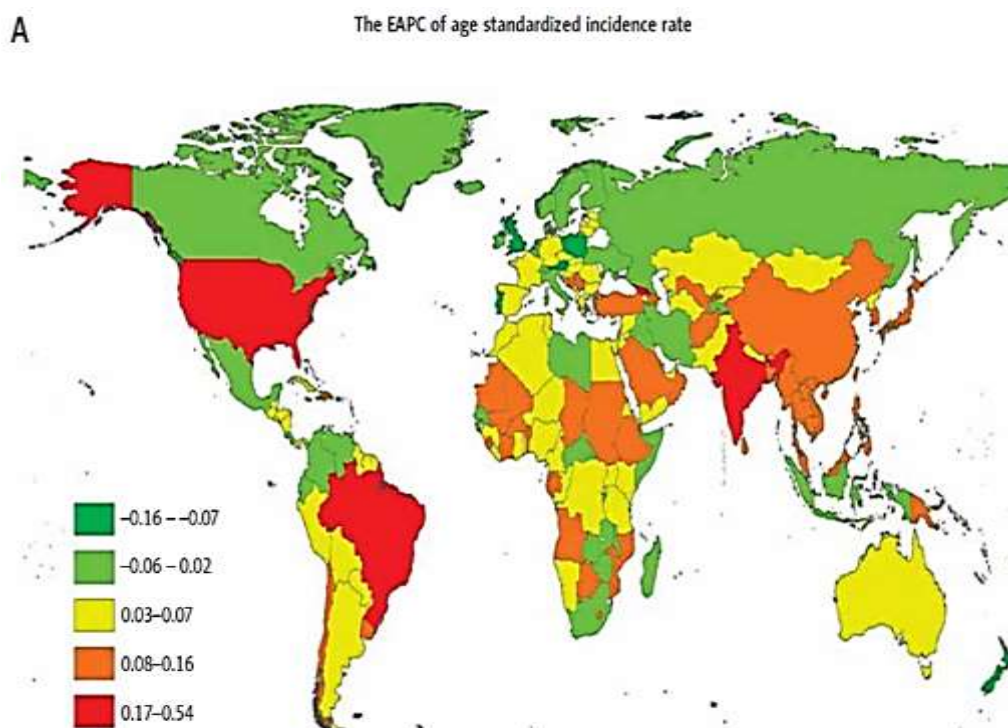


Figura 1. Distribución global del cambio porcentual anual estimado de la tasa de incidencia estandarizada por edad de fibromas uterinos del 1990 al 2019 por país. (Fuente: Li B. et al)

MIOMATOSIS UTERINA:

Son conocidas también como leiomioma uterino o fibroma uterino. Son tumoraciones benignas que se encuentran formadas por células musculares del miometrio, el estroma conjuntivo (fibronectina, colágeno y proteoglicanos) y escasos vasos. A nivel mundial, los fibromas son la causa principal de al menos a un tercio y hasta la mitad de todas las histerectomías. En el Perú, es considerado uno de los diagnósticos ginecológicos más frecuentes en consultorio externo. (1, 25, 26)

PATOGENIA:

La etiopatogenia es desconocida, pero se ha demostrado que es un tumor estrógeno-dependiente, por lo que ocasiona un ambiente hiperestrógeno para promover su crecimiento; esto se debe a la alta cantidad de receptores de estrógeno y progesterona que se mantienen constantes durante todo el periodo menstrual (ovulación, menstruación y fase lútea). Durante el desarrollo del mioma, desplaza las fibras musculares normales y junto al tejido conectivo se van formando laminas concéntricas que van formando una capsula alrededor del tumor. Algunas suelen desarrollar la angiogénesis para nutrir el tumor, con vasos gruesos que se originan de manera centripeta. (26,30)

HISTOLOGÍA

Se describe macroscópicamente como tumor en espiral de aspecto arremolinado, de color blanquecino o rosado, y de consistencia firme y elástica. Y microscópicamente como un conjunto de fascículos de tejido de musculo liso, con gran citoplasma, distribuidos uniformemente con núcleos hipercromáticos y alargados. La angiogénesis para este tumor benigno es escasa, por lo que pueden llegar a presentar isquemia y necrosis. Luego de la necrosis del mioma, el musculo liso será sustituido por sustancias degenerativas que serán clasificadas como la tipo hialina, quística, mixoide, roja, calcificada o adiposa. (26, 30)

FACTORES DE RIESGO

Edad: Las mujeres mayores de 40 años son más propensas y están más expuestas al riesgo de desarrollar fibromas uterinos. Después de la etapa postmenopáusica la presencia de las tumoraciones suele remitir debido a la disminución de hormonas sexuales. En estudios estadounidenses en su población, se reporta que es frecuente esta patología entre los 35 a 49 años. Los casos en adolescentes son escasos y algunos los relacionan con la translocación entre los cromosomas 12 y 14. (31,32)

Raza: Respecto a la raza, en un estudio estadounidense se concluyó que las mujeres afroamericanas son las que presentaban tres veces más predisposición a desarrollar miomatosis uterina en comparación a las mujeres blancas e hispanas; esto debido a los receptores de estrógenos que generan que haya mayor captación de la hormona estrogénica, generando miomas múltiples y/o grandes. (31,33)

Obesidad: La obesidad incrementa la transformación de andrógenos suprarrenales, da como resultado mayor liberación de estrógeno ocasionando mayor proliferación de las células del músculo liso del miometrio, por lo que a una cifra alta del índice de masa corporal incrementa el riesgo de presentar fibromas uterinos. Esto también ocurre con el exceso de grasa visceral, que genera una producción reducida de la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG), lo que hace que haya mayor estrógeno libre en el cuerpo; generando la alteración del equilibrio hormonal y finalmente induce a la formación de miomas. (31,33)

Menarquia: La menarquia iniciada antes de los 10 años incrementa el riesgo para desarrollar miomas uterinos por la exposición prolongada y altos niveles de estradiol luego de la pubertad y ocasiona la fusión temprana de la epífisis de los huesos largos. Asimismo, esto puede implicar a futuro a presentar un ritmo menstrual irregular con periodos de sangrado abundantes o mayor duración en las mujeres. (30)

Paridad: Las mujeres nulíparas suelen tener mayor predisposición a presentar miomas uterinos en comparación a las mujeres multíparas, porque durante el embarazo se genera fluctuaciones hormonales que interrumpen la exposición crónica de estrógenos y postparto se da una remodelación uterina.

La paridad reduce el riesgo de fibromas hasta 5 veces. Si el periodo transcurrido desde el ultimo parto es mayor de 5 años, aumenta el riesgo de desarrollar miomas, en comparación a las mujeres con un parto reciente. (31,32)

Aborto: Suele estar relacionado a los miomas abortivos, que ocasionan la alteración en la anidación, el suministro sanguíneo del endometrio y su desarrollo; no permitiendo la viabilidad del embarazo resultando en un aborto espontaneo recurrente. (26)

Uso de Anticonceptivos: Ya sea por vía oral o por medio de inyectables puede reducir el riesgo de desarrollar fibromas uterinos y reducir la posibilidad de síntomas. El uso en la adolescencia podría considerarse como un factor de riesgo para desarrollar fibromas uterinos sintomáticos en el futuro. (31)

Antecedente familiar: Las mujeres con antecedentes familiares de miomatosis uterina presentan tres veces más de probabilidad de tener leiomiomatosis uterina que aquellas mujeres que no manifestaron haber tenido antecedente de esta patología. Esto podría deberse a que, al realizar la detección de esta patología, los familiares femeninos también pueden presentarla. (2)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Sangrado uterino: La mayoría de las mujeres son asintomáticas. Sin embargo, las pacientes sintomáticas, el sangrado menstrual abundante es el más frecuente en un 70% de los casos. Y la menorragia son menstruaciones abundantes, a veces con coágulos y pueden durar hasta 10 días. La metrorragia es el sangrado fuera del ciclo menstrual, esto a largo plazo puede producir anemia. Esto podría deberse a la alteración en la contracción de las fibras miométriales, a la deformación de la anatomía del útero que aumenta la superficie de tejido endometrial sangrante y a la congestión pasiva de los vasos venosos y activa de la vascularización del tumor. El riesgo aumenta en el tamaño del mioma y cantidad de miomas presentes en el útero. (26, 30)

Dolor pélvico: El dolor pélvico que se presenta en miomas en degeneración o que salen al canal endocervical (por el prolapso o por torsión del pedículo). Por lo que se realiza una ecografía para confirmar la causa del dolor agudo por la degeneración del mioma, su tratamiento consiste en el uso de antiinflamatorios no esteroideos y antipiréticos. El prolapso del tumor con pedúnculo, puede ocasionar cólicos y dolor en concordancia a la salida de la salida del mioma por el canal endocervical, puede acompañarse de hemorragia uterina o de una secreción serosa y sanguinolenta. (30)

Dismenorrea: Es el dolor intenso durante el ciclo menstrual, en el caso de los miomas, es considerada una dismenorrea secundaria, que se debe a una causa estructural porque modifica y altera la morfología del útero: además que se presenta en la edad adulta de la mujer. (30)

Síntomas de presión pélvica: Esto ocurre en miomas localizados en la pelvis menor, donde su crecimiento y expansión está limitado, por lo que ocasiona compresión en órganos vecinos, alterando su función. La compresión de la vejiga y uretra puede ocasionar síntomas urinarios como la polaquiuria e incontinencia urinaria, tenesmo y disuria. El recto se adapta a la presencia del tumor, por lo que suele producir cuadros de constipación crónica, tenesmo o congestión venosa como las hemorroides. (26,30)

Problemas de fertilidad: Los leiomiomas submucosos suelen ocasionar subfertilidad. Esto ocurre por la deformación endometrial que ocasiona la alteración de la implantación (anidación), el suministro sanguíneo al endometrio (nutrición) y el desarrollo ovular; no permitiendo la viabilidad del embarazo resultando en un aborto espontáneo recurrente. Este problema remite al extirpar los miomas por vía histeroscópica, lo cual demuestra su estrecha relación. (26,30)

Anemia: También puede ocasionar anemia ferropénica por la pérdida excesiva de sangre, ocasionando cuadros agudos lo cual obliga a transfusiones sanguíneas. Se puede acompañar de los síntomas de astenia, disnea y palidez cutánea. Aunque la más del 50% no llegue a presentar este síntoma, es el más alarmante por su recurrencia de las pacientes en la emergencia hospitalaria. (26)

CLASIFICACIÓN

Submucosos: Presentan un desarrollo centrípeto, su crecimiento se realiza hacia la cavidad endometrial por lo que pueden generar menorragia, dismenorrea, infertilidad o aborto. Pueden estar asentados en la pared del útero o estar unidos mediante un tallo vascular, este último puede ser expulsado por las contracciones uterinas hacia el canal cervical causando molestias. A esto corresponde los tipos 0, 1 y 2 según la clasificación FIGO. (26,34)

Intramurales: son el tipo más frecuente (70%); nacen al interior del miometrio, se hallan envueltos por tejido muscular sano. Inicialmente no ocasionan cambios en la anatomía del útero, posteriormente si pueden llegar a provocar aumento del volumen del útero y la morfología de este. A esto corresponde el tipo 3 y 4 según la clasificación FIGO. (26)

Subserosos: se originan de miocitos uterinos adyacentes de la capa serosa del útero, a medida que crecen, desplazan y comprimen el tejido muscular (seudo- capsula) que protruyen hacia la parte exterior del útero. A esto corresponde los tipos 5, 6 y 7 según la clasificación FIGO. (26, 30)

Otros: Son los miomas parásitos que se desarrollan fuera del útero y a los miomas cervicales. A esto corresponde el tipo 8 según la FIGO. (26)

La clasificación más usada es la presentada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). (34)

- Tipo 0: mioma pediculado, que se localiza en la submucosa y se dirige hacia la cavidad uterina.
- Tipo 1: mioma submucoso, con <50% intramural.
- Tipo 2: mioma submucoso, con ≥50% intramural.
- Tipo 3: contacta con el endometrio, con 100% intramural.
- Tipo 4: fibroma intramural.
- Tipo 5: mioma subseroso, con ≥50% intramural.
- Tipo 6: mioma subseroso, con <50% intramural.
- Tipo 7: mioma pedunculado subseroso.
- Tipo 8: otro (por ejemplo, cervical o parasitario).

*Tipo 2-5: Fibromas híbridos, la primera precisa la relación con el endometrio y la segunda la relación con la serosa.

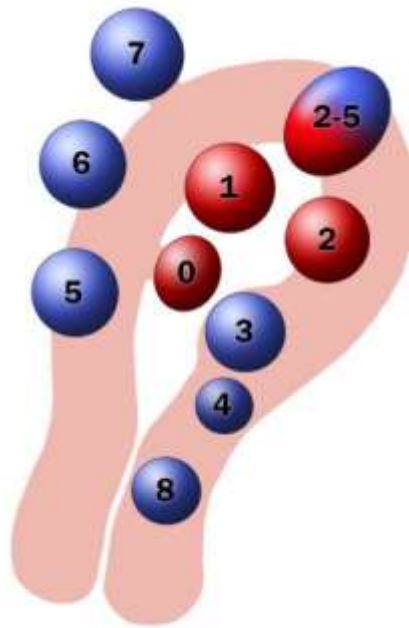


Figura 2: Sistema de subclasificación de los miomas. (Fuente: Gómez E.)

DIAGNÓSTICO

Examen ginecológico: Pueden ser percibidas por el personal de salud, cuando se realiza la palpación pélvica, evidenciándose el agrandamiento del útero, irregularidades del contorno uterino y aumento de su consistencia. Cuando el orificio cervical se encuentra dilatado, se puede percibir el leiomioma submucoso mediante el tacto vaginal. (26,30).

Ecografía transvaginal: La visualización se hace en un corte longitudinal donde se aprecia la ubicación del mioma, siendo más frecuente en el cuerpo uterino en un 90% de los casos, seguido de miomas en el fondo uterino y por último a nivel del cérvix. Respecto al número de miomas, pueden ser únicos hasta múltiples en su mayoría de un mismo tipo, además ayuda a determinar si es posible su resección para controlar los síntomas. El mioma se describe como masas focales con textura hipoecoicas, solida, con un contorno regular; esto depende de la proporción entre musculo liso y conectivo, y a la sustancia degenerativa. También se hace uso de la técnica de Doppler; el patrón característico consiste en presencia de vascularización que se inicia la periferia que van penetrando al centro del mioma. (26,30,35)

Histerosonografía: Consiste en aplicar solución salina estéril en la cavidad uterina, para luego realizar una ecografía transvaginal. Es de ayuda diagnóstica para la identificación de manera detallada los miomas submucosos (localización, pedículo, fijación y protrusión a la cavidad uterina), además de precisar el grado de afectación endometrial. (26,34)

Resonancia magnética: Es recomendada cuando hay deformidad de la anatomía del útero o compromiso de otras estructuras. Las imágenes T2 describen a los miomas como estructuras circunscritas y homogéneas. Permite precisar la ubicación, la cantidad y el tamaño del leiomioma. Y diferenciarlas de otros diagnósticos (pólipos, quistes ováricos, etc.). Con este examen de ayuda diagnóstica se puede determinar que pacientes son adecuadas para realizar una miomectomía o la embolización de arterias uterinas. (30,34)

TRATAMIENTO

Los leiomiomas que no ocasionan síntomas se recomienda tener una conducta expectante en las mujeres premenopáusicas porque en su mayoría suelen experimentar una reducción del tamaño de los leiomiomas, por lo tanto, se sugiere un control ecográfico cada 3 a 6 meses. Se debe tener en cuenta a los leiomiomas pequeños en premenopausia (por su crecimiento lento) y durante la gestación (excepto si son pediculados con signos de abdomen agudo). (25,26,36)

TRATAMIENTO MÉDICO

Se hace uso de tratamiento farmacológico para aliviar los síntomas en mujeres en la perimenopausia. Se recomienda el tratamiento previo a una intervención operatoria con la finalidad de disminuir el tamaño del mioma, controlar la hemorragia uterina y mejorar la hemoglobina.

Anticonceptivos combinados de estrógeno y progesterona: Pueden encontrarse como píldoras, dispositivos vaginales o parches transdérmicos. Se usan en el tratamiento del sangrado uterino anormal. Su efecto consiste en mantener el endometrio delgado y disminuir el desprendimiento del endometrio en el ciclo menstrual. (37)

Agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH): Su mecanismo consiste en ocupar los receptores de GnRH para ocasionar un exceso de producción de la hormona luteinizante y la hormona folículo estimulante en la primera semana, posteriormente su acción a largo plazo desensibiliza la estimulación de la GnRH, induciendo finalmente a la disminución del estrógeno y progesterona. El medicamento recomendado es el acetato de leuprolide a dosis 3.75 mg por vía intramuscular (mensual) o 11.25 mg (cada tres meses). Los beneficios son el alivio del dolor y disminución del sangrado. Además, reduce el tamaño del mioma uterino en un 35 a 65% al tercer mes. En algunos casos, este tratamiento es usado previamente a la intervención quirúrgica. Sus efectos adversos son el hipoestrogenismo menopausia temprana y pérdida del hueso trabecular. (25,26, 30,36)

Moduladores selectivos del receptor de progesterona: La progesterona es la fuente principal para el crecimiento de los miomas uterinos, por lo que el uso de fármacos impide la unión de esta hormona a los receptores de progesterona del mioma. El fármaco recomendado es el acetato de medroxiprogesterona de depósito a dosis 150mg por vía intramuscular cada tres meses. Su efecto adverso son síntomas gastrointestinales, sangrado irregular y cambios de humor. Otra opción es el DIU con progestágenos (levonorgestrel) que reduce el sangrado abundante a los 3 meses y disminuye la posibilidad de histerectomía. Sin embargo, no está recomendado en fibromas más de 3 centímetros, porque al ver deformación, el dispositivo se pierde o se expulsa de la cavidad del útero. (25,26,37)

Antiinflamatorios no esteroideos: Es el tratamiento inicial para el síntoma de la dismenorrea. Su acción consiste en inhibir la enzima ciclooxigenasa y reducir la producción de prostaglandinas proinflamatorias. Los fármacos recomendados son el ibuprofeno o naproxeno que deben darse dos días antes y durante la menstruación. Contraindicada en las mujeres con úlceras gástricas o enfermedades renales. (37)

Ácido tranexámico: Es un antifibrinolítico que promueve los mecanismos procoagulantes que conducen a la reducción del flujo sanguíneo menstrual. Previene la degradación de la fibrina a nivel del sitio del receptor de lisina del plasminógeno. Se recomienda dos pastillas de 650 mg por vía oral, tres veces al día durante hasta 5 días. Efectos adversos leves síntomas gastrointestinales y musculo-esqueléticos. Contraindicado en pacientes con coagulación intravascular o hipersensibilidad al medicamento. (37)

TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVA

Son tratamientos que se realizan con apoyo de la radiología de tipo intervencionista, son adecuados para aquellas mujeres que se niegan a realizarse una cirugía o las que no son buenas candidatas quirúrgicas. Sus beneficios con la corta estancia hospitalaria y menos complicaciones en comparación con la cirugía. Una de las técnicas más usadas es la:

Embolización de la arteria uterina: Es un procedimiento mínimamente invasivo que consiste en colocar un catéter angiográfico en una arteria femoral que con la guía de fluoroscopia llega a administrar émbolos sintéticos en ambas arterias uterinas, con la finalidad de evitar el paso del flujo sanguíneo a los leiomiomas en especial los submucosos con pedúnculo, produciendo isquemia y posteriormente necrosis. Para realizarlo se necesita que previamente la paciente haya tenido un examen de resonancia para evaluar el mioma, además del descarte de las neoplasias del útero y endometrio. Presenta menor tasa de complicaciones mayores en relación con la cirugía, pero tiene el costo de un mayor riesgo de reintervención en el futuro, ya que el crecimiento del mioma se da de manera periférica hacia el centro. (30,36)

Ultrasonido focalizado guiado por resonancia magnética: El procedimiento consiste en emitir la energía del ultrasonido para calentar y estimular la necrosis coagulativa en miomas seleccionados. Requiere sedación con la persona consiente, el tratamiento dura 2 a 3 horas, con paciente en posición prona en la unidad de resonancia magnética y con una vejiga con drenaje continuo. No recomendado en mujeres embarazadas, neoplasias o miomas calcificados. (30)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

MIOMECTOMIA

Es un procedimiento en el cual se realiza una exéresis del núcleo del leiomioma, con la finalidad de conservar la fertilidad. Su desventaja es que tienen alta recurrencia del mioma y poco alivio de los síntomas.

Está indicada en pacientes que presenten sangrado abundante que llega a generar anemia que no remitió al tratamiento médico; síntomas compresivos que interfieran con la calidad de vida, pacientes que busca presentar un embarazo y en leiomiomas cervicales ya que crecen independientemente del cambio hormonal. (26)

Miomectomía abdominal: Se recomienda en más de tres miomas o que sean mayor de 8 cm de diámetro. Reduce el sangrado uterino y síntomas compresivos en un 81%. Su recurrencia incrementa de extirpar a un solo mioma (27%) a operar unos varios miomas (59%). (25,26)

Miomectomía vaginal: Se usa en miomas submucosos abortivos y cervicales que son pediculados. Se debe considerar el tamaño del mioma y el pedículo. La técnica consiste en realizar movimientos de tracción y rotación. Si presenta pedículo mayor a 2 cm se liga y corta. (25,30)

Miomectomía laparoscópica: Depende de la experiencia del cirujano y las características del mioma, ya que se debe romper la capsula que recubre al tumor dentro de la pared muscular, para posteriormente se reconstruye la morfología uterina. Recomendado en menores de una cantidad de 3 miomas y menores de 8 cm. Tiene ventajas como estancia hospitalaria corta y reduce la posibilidad de complicaciones posoperatorias. (25,30)

Miomectomía histeroscópica: Este procedimiento depende de la experticia del cirujano, de la ubicación, cantidad y tamaño del leiomioma. Son recomendados en los miomas intracavitarios y submucosos. Y se hace uso de la técnica de ablación o resección. (23,24) Para tener en cuenta la complejidad de la intervención quirúrgica se hace uso de los criterios de STEPW (criterios de tamaño, topografía, extensión, penetración y pared) que se describen en el Anexo 4. (30)

HISTERECTOMÍA

Histerectomía total: Se realiza la exéresis completa del útero. Puede realizarse por vía abdominal, laparoscópica o vaginal. Sin embargo, la vía más usada en países en desarrollo es la histerectomía abdominal. Las otras opciones son por vía vaginal, pero se debe tener en cuenta que el tamaño de útero no se dificulte pasar por el canal vaginal. Por vía laparoscópica tiene la ventaja de una menor estancia hospitalaria y recuperación rápida. Por lo que, todo dependerá de la experticia del cirujano y los materiales que requiere para realizar el procedimiento. Su extracción completa del útero evita la posibilidad de presentar un carcinoma de cuello uterino, reduce la aparición de pólipos o inflamación cervical. La posibilidad de extirpar o no los ovarios depende de la edad, porque su extracción a una mujer en edad fértil podría inducir a una menopausia precoz. (26)

Histerectomía subtotal

Se realiza la exéresis del cuerpo uterino, pero se conserva el cuello uterino. Puede realizarse por vía abdominal o laparoscópica. Actualmente es poco empleada su realización, debido a las tecnologías. Se realizará si hay alguna complicación en la ejecución de la histerectomía total como la obesidad mórbida o que la paciente haya sido expuesta al anestésico. (26)

COMPLICACIONES

Los procedimientos quirúrgicos, pueden presentar complicaciones que puede ser influido por los siguientes factores la edad, obesidad, cirugías previas que ocasionan adherencias, anemia u otros. Por lo que son considerados situaciones adversas que se presentan durante la cirugía o postoperatorias. Las complicaciones de la miomectomía son el sangrado intraoperatorio, infección por la colección de coágulos, adherencias posoperatorias (70%) y recurrencias hasta el 50%. La histerectomía abdominal total al ser un procedimiento invasivo al extraer el útero puede presentar lesiones vasculares o lesiones de la vejiga por su cercanía a este órgano. También se pueden presentar complicaciones posoperatorias como la hemorragia abundante, infección de sitio operatorio, fiebre, dehiscencia de la cúpula vaginal prolapso vaginal, disminución del libido o dispareunia. (25, 26)

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Edad: Se medirá con los años cumplidos cuando se realizó el diagnóstico y que está registrado en la historia clínica.

Grado de instrucción: Nivel académico obtenido; se medirá en orden académico (sin instrucción, primaria, secundaria y superior); y que está registrado en la historia clínica.

Lugar de Procedencia: Lugar de donde proviene la paciente; se medirá como rural o urbano; y que está registrado en la historia clínica.

Antecedente familiar: Presenta o no antecedente de mioma uterino en la familia; y que está registrado en la historia clínica.

Estado nutricional: Es la condición nutricional del individuo se medirá con el índice de masa corporal (IMC): normal ($IMC < 25 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($IMC=25-29.9 \text{ kg/m}^2$) y obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$); y que está registrado en la historia clínica.

Edad de la menarquia: Edad en la cual la paciente presento su primera menstruación; se medirá por intervalos en años completos: ≤ 10 años; 11-13 años y 14-16 años; y que está registrado en la historia clínica.

Régimen catamenial: Es la regularidad menstrual; se medirá como regular o irregular; y que está registrado en la historia clínica.

Paridad: Es el total de partos de nacidos vivos; se medirá en nulípara (no tuvo partos), primípara (presento un parto) y multípara (2 a más partos); y que está registrado en la historia clínica.

Aborto: Presenta o no perdidas gestacionales (abortos); y que está registrado en la historia clínica.

Uso de anticonceptivos: Hace uso o no de algún método para evitar el embarazo; y que está registrado en la historia clínica

Menorragia: Es la presencia o no de sangrado uterino referida por la paciente por más de 7 días durante el ciclo menstrual; y que está registrado en la historia clínica.

Metrorragia: Es la presencia o no de sangrado uterino referida por la paciente no relacionada al ciclo menstrual; y que está registrado en la historia clínica.

Dolor pélvico: Es la presencia o no de molestia pélvica referida por la paciente no relacionada a la menstruación; y que está registrada en la historia clínica.

Dismenorrea: Es la presencia o no de dolor pélvico antes y durante la menstruación referida por la paciente; y que está registrada en la historia clínica.

Presión pélvica: Es la presencia o no de sensación de masa pélvica referida por la paciente; y que está registrada en la historia clínica.

Anemia: Sera medida con los niveles de hemoglobina con los siguientes valores: sin anemia (≥ 12 g/dL), anemia leve (11.0 -11.9 g/dL), anemia moderada (8.0-10.9 g/dL) y anemia severa (< 8.0 g/dL); y que está registrada en examen hematológico.

Número de miomas: Es la cantidad única o múltiple de miomas; y que está registrada en el informe ecográfico transvaginal.

Tipo de mioma: Es lugar que ocupa un mioma de acuerdo a la capa uterina, se medirá de acuerdo a la clasificación FIGO: submucoso, intramural, subseroso y otros; y que está registrada en el informe ecográfico transvaginal.

Ubicación de miomas: Sitio que ocupa el mioma en relación al útero, se medirá como fondo, cuerpo o cérvix; y que está registrada en el informe ecográfico transvaginal.

Tratamiento quirúrgico: Es el uso de alguna técnica quirúrgica para tratar el mioma uterino; se medirá con los tipos de miomectomía o tipos de histerectomía; y que está registrada en el reporte operatorio.

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

Con el objetivo dado en el presente estudio, no se plantea una hipótesis ya que, de acuerdo a Hernández Sampieri, indica que la formulación de la hipótesis consiste en lograr un alcance explicativo o correlacional, pero que intentan pronosticar una cifra o un hecho. El estudio realizado no busca relacionar, solo describir. (38)

3.2 VARIABLES

I. Características epidemiológicas

- Edad
- Grado de instrucción
- Procedencia
- Antecedente familiar
- Estado nutricional
- Edad de la menarquia
- Régimen catamenial
- Paridad
- Aborto
- Uso de anticonceptivos

II. Características clínicas

- Menorragia
- Metrorragia
- Dolor pélvico
- Dismenorrea

- Presión pélvica
- Anemia

III. Características ecográficas

- Número de miomas
- Tipo de mioma
- Ubicación de miomas

IV. Características del tratamiento

- Tratamiento quirúrgico

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

4.1.1 Tipo de Investigación:

La investigación presenta un **enfoque cuantitativo** ya que sigue un conjunto de pasos que se dan de forma secuencial y ordenada, cada paso antecede al siguiente por lo que no se puede saltar pasos. (38)

Descriptivo: Tiene como finalidad medir o recoger información de forma independiente o conjunta de las variables que se van a estudiar, no busca relación de estas. (38)

4.1.2 Diseño de Investigación:

Observacional: Es un estudio donde no hay manipulación intencional de las variables; en cambio, los fenómenos se observarán tal y como ocurren en su contexto natural para posteriormente ser analizadas. (38)

Transversal: Se realiza la medición de los datos a estudiar en una sola ocasión y no requiere realizar seguimiento. En la presente investigación se recogió los datos necesarios de a partir de las historias clínicas en un solo momento. (38,39)

Retrospectivo: La exposición a la situación ya ocurrieron, por lo que cuando se dio inicio el estudio se tomara en cuenta los datos ya registrados. (38,39)

4.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:

Método deductivo: Es el estudio que presenta sus bases en los fundamentos teóricos para dar conclusiones o explicaciones a los hechos o situaciones particulares. (40)

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 Unidad de estudio: Paciente con el diagnóstico de mioma uterino atendida en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del “Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho durante los años 2021- 2022.

4.3.2 Unidad de información: Historias clínicas de pacientes con el diagnóstico de mioma uterino atendidas en el “Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho durante los años 2021- 2022.

4.3.3 Población:

La población está conformada por 534 pacientes con el diagnóstico de miomatosis uterina que se encuentren codificadas con el CIE- 10 D25.0, D25.1, D25.2 o D25.9 (leiomioma submucoso del útero, leiomioma intramural del útero, leiomioma subseroso del útero y leiomioma del útero, sin otra especificación) atendidas en la emergencia, consulta externa o en hospitalización en el departamento de Gineco-Obstetricia del “Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, desde 1 de enero del 2021 al 31 de diciembre del 2022.

Muestreo: No se realizó ningún tipo de muestreo, ya que se consideró el 100% de la población muestral.

4.3.4 Tamaño de Muestra:

Está formada por todas las historias clínicas de pacientes con miomatosis uterina que cumplieron con todos los criterios de inclusión.

4.3.5 Criterios de inclusión

- Historias clínicas de mujeres diagnosticadas con miomatosis uterina con el CIE 10 (D25.0, D25.1, D25.2 D25.9) en los años 2021- 2022.
- Historias clínicas de mujeres diagnosticadas con miomatosis uterina que presenten un examen ecográfico y hematológico.
- Historias clínicas con mínimo una atención por emergencia, consulta externa o hospitalización en los años 2021-2022 con el diagnóstico de miomatosis uterina.
- Historias clínicas de mujeres con reporte operatorio con diagnostico posquirúrgico confirmatorio de miomatosis uterina.

4.3.6 Criterios de exclusión

- Historias clínicas ilegibles e incompletas.
- Historias clínicas con algún proceso judicial.
- Historias clínicas duplicadas.
- Historias clínicas con diagnóstico final diferente.
- Historias clínicas sin examen ecográfico y hematológico.

4.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos es la recopilación documentaria, en este estudio se realizó la revisión de las historias clínicas.

El instrumento que se uso fue la ficha de recolección de datos (Lista de cotejo). (Ver Anexo 1)

4.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio no implica realizar algún procedimiento en los participantes por lo que no se requiere consentimiento informado por escrito. En la ficha de recolección de datos, se mantendrá en el anonimato a los participantes a través de un código de numeración decimal, en este caso el investigador se hará responsable de asumir el compromiso de confidencialidad para resguardar identidad de todos los involucrados en este estudio. Este estudio fue revisado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, donde se evaluó y se determinó que el protocolo de investigación fue Aprobado, con código de protocolo: 037-2023-CEI. Apegándose a lo indicado por la Declaración de Helsinki.

4.6 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se presentó la solicitud pertinente y el proyecto de investigación al Comité de Ética del Hospital Regional de Ayacucho para la obtención de un certificado de aprobación ética, la cual fue emitida satisfactoriamente. Posteriormente se solicitó al departamento de Docencia e Investigación del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena para obtener una autorización para el ingreso a los servicios correspondientes.

Luego se coordinó con la Unidad de Estadística del HRA para la filtración de las historias clínicas, donde se consideró desde el 1 de enero del 2021 al 31 de diciembre del 2022, por lo que se obtuvieron 1253 atenciones con el diagnóstico según CIE- 10 (D25.0, D25.1, D25.2 o D25.9), de este total se obtuvo que 719 atenciones eran repetidas porque las pacientes acudieron a un diferente servicio o acudieron varias veces a la atención médica ginecológica. Con el registro de historias clínicas restantes, se acordó horarios para recolección de información en la Unidad de Archivos. Finalmente se tuvo 534 historias clínicas que se revisaron en su totalidad, de las cuales 414 historias clínicas fueron excluidas por los criterios de inclusión y exclusión (110 historias clínicas se encontraban incompletos o ilegibles, 136 historias clínicas presentaron un diagnóstico final diferente y 168 historias clínicas sin examen ecográfico y hematológico). Por lo que se incluyeron 120 historias clínicas para realizar el análisis de datos, de las cuales 55 corresponden a las atenciones en el 2021 y 65 de las atenciones del 2022. El recojo de información se realizó desde el 11 de diciembre del 2023 hasta el 19 de enero del 2024 mediante una ficha de recolección de datos, de la cual se extrajo toda la información necesaria. Con la revisión total de las historias clínicas y el llenado completo de las fichas se registró todos los datos en el programa Excel y posteriormente se usó el paquete estadístico para su análisis.

4.7 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron procesados de manera informática mediante el uso del programa Microsoft Excel versión 2019 y el paquete estadístico SPSS 25.0. Se empleó la estadística descriptiva con tablas estadísticas de frecuencia (absolutas y porcentuales); en relación a las variables cuantitativas se hizo uso de las medidas de tendencia central (media y mediana); y las medidas de dispersión (desviación estándar).

CAPITULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

Tabla 1. Características epidemiológicas en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022.

Variables	N	%
Edad (años) $\bar{x} = 42,98 * \pm DE(6,39)^*$		
Grado de instrucción		
Sin instrucción	8	6,7%
Primaria	33	27,5%
Secundaria	31	25,8%
Superior	48	40,0%
Total	120	100%
Procedencia		
Rural	40	33,3%
Urbano	80	66,7%
Total	120	100%
Antecedente familiar		
No	111	92,5%
Si	9	7,5%
Total	120	100%
Estado nutricional (IMC)		
Normal	39	32,5%
Sobrepeso	55	45,8%
Obesidad	26	21,7%
Total	120	100%
Edad de la menarquia*		
<=10 años	9	7,5%
11-13 años	61	50,8%
14-16 años	50	41,7%
Total	120	100%

Régimen catamenial		
Regular	54	45%
Irregular	66	55%
Total	120	100%
Paridad		
Nulípara	11	9,2%
Primípara	31	25,8%
Múltipara	78	65%
Total	120	100%
Aborto		
NO	67	55,8%
SI	53	44,2%
Total	120	100%
Uso de Anticonceptivos		
NO	97	80,8%
SI	23	19,2%
Total	120	100%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena"

* Aplicados a datos numéricos.

En la Tabla 1, se describe que la edad media de las pacientes ($\pm$ Desviación Estándar (DE)), fue de 42,98 ($\pm$ 6,39) años, teniendo como límite inferior a 2 pacientes con 28 años y un límite superior con una paciente de 62 años; con una mediana de 43,5 años de edad. La mayoría de las pacientes se encuentran entre los 40 a 50 años. (Ver Anexo 6) Respecto al grado de instrucción se reporta que el 40,0% alcanzo el nivel superior y el 27,5% lograron el nivel primario. En cuanto a la procedencia el 66,7% procede del ámbito urbano y 33,3% del rural. El 92,5% no tuvo algún antecedente familiar de miomatosis uterina y el 7,5% si presento antecedente familiar de leiomiomatosis uterina. El 45,8% de las pacientes presento sobrepeso, el 32,5% presentaban un peso normal y el 21,7% presentaban obesidad. La edad media de la menarquia fue de 13,18 ($\pm$ 1,62) años. (Ver Anexo 6) Además, se obtuvo que el 50, 8% de las pacientes presentaron su menarquia en el rango de 11 a 13 años, 41,7% presento su menarquia en el rango de 14 a 16 años y 7,5% de pacientes presentaron su menarquia antes de los 11 años. El 55% de pacientes tuvieron un régimen menstrual irregular, mientras que el 45% fue regular. Respecto a la paridad, el 65% de pacientes eran múltiparas, 25,8% primíparas y un 9,2% nulíparas. El 55,8% de pacientes no presento algún aborto y el 80,8% no uso de algún método anticonceptivo.

Tabla 2. Características clínicas en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022

Características clínicas	N	%
Menorragia		
No	47	39,2%
Si	73	60,8%
Total	120	100%
Metrorragia		
No	77	64,2%
Si	43	35,8%
Total	120	100%
Dolor pélvico		
No	16	13,3%
Si	104	86,7%
Total	120	100%
Dismenorrea		
No	53	44,2%
Si	67	55,8%
Total	120	100%
Presión pélvica		
No	74	61,7%
Si	46	38,3%
Total	120	100%
Anemia		
Sin Anemia	55	45,8%
Leve	17	14,2%
Moderada	34	28,3%
Severa	14	11,7%
Total	120	100%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena"

En la Tabla 2, se observa que en relación a los síntomas más frecuentes: 86,7% presento dolor pélvico, un 60,8% presento menorragia. Y los síntomas menos frecuentes son: 44,2% presento dismenorrea, 38,3% presentaron presión pélvica y 35,8% presento metrorragia. Respecto a la anemia el 45,8% no presentaron anemia. Mientras que el 54,2% presento algún grado de anemia: el 28,3% presentaron anemia moderada; el 14,2% presento anemia leve y finalmente el 11,7% presento anemia severa.

Tabla 3. Características ecográficas en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022

Características ecográficas	N	%
Número de miomas		
Único	73	60,8%
Múltiple	47	39,2%
Total	120	100%
Tipo de mioma (Clasificación FIGO)		
Submucoso	30	25,0%
Intramural	52	43,3%
Subseroso	23	19,2%
Otros	15	12,5%
Total	120	100%
Ubicación del Mioma		
Fondo	28	23,3%
Cuerpo	72	60,0%
Cérvix	20	16,7%
Total	120	100%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”

En la Tabla 3, se da conocer las características ecográficas: se reporta que el 60,8% de pacientes presentaron un único mioma uterino y 39,2% presentaron múltiples miomas uterinos. Respecto al tipo de mioma uterino según la clasificación FIGO, se reporta que el 43,3% de pacientes presentaron miomas uterinos de tipo intramural, el 25% del tipo submucoso, 19,2% es de tipo subseroso y 12,5% presentaron otro tipo de mioma (cuello uterino). El 60,0% de pacientes presento miomas en el cuerpo uterino, 23,3% en el fondo uterino y 16,7% en el cérvix.

Tabla 4. Características del tratamiento en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022

Características del tratamiento	N	%
Tratamiento Quirúrgico		
Miomectomía abdominal	3	2,5%
Miomectomía vaginal	17	14,2%
Histerectomía Abdominal total	24	20,0%
Histerectomía Abdominal total con salpingooforectomía bilateral	57	47,5%
Histerectomía Abdominal total con salpingooforectomía unilateral	15	12,5%
Histerectomía subtotal	4	3,3%
Total	120	100%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”

En la Tabla 4, respecto al tratamiento quirúrgico: el 47,5% de las pacientes se les realizó una histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral, seguido de un 20% de pacientes que se les realizó una histerectomía abdominal total y un 14,2% con una miomectomía vaginal.

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Respecto al primer objetivo específico: En el presente estudio la edad media de pacientes fue de 42,98 años, esto coincide con otros estudios como el de Rojas K. (Huancayo, 2020) donde la edad media de 41,83 años y Magda A & Fattah A. (Egipto, 2019) que refiere 41,4 años. (19,23) Contrario a lo encontrado por Flores R. (Lima, 2023) que indica que la edad media en su estudio fue de 49,8 años. Además, se reporta que la mayoría de mujeres que se encontraban en el rango de 40 a 50 años, esto coincide con lo reportado por Renuka J. et al. (India, 2020) y Villagrán MA et al. (Guatemala, 2019) que en su mayoría eran mujeres que se encontraban en el rango de 41 a 50 años. Esta información coincide con la teoría donde se indica que las mujeres mayores a los 40 años son más propensas a presentar miomatosis uterina, ya que hay remisión de las hormonas sexuales, resultando en el inicio de la perimenopausia.

En relación a la educación recibida, en el presente estudio se encontró que el 40% de pacientes logro un grado de instrucción superior. Lo cual concuerda con lo reportado por Iwuoha EC et al. (Nigeria, 2022) con un 69,6% de participantes que lograron este nivel educativo. Esto difiere con lo reportado por Adawe M. et al. (Uganda, 2022) que refiere que el grado de instrucción más frecuente es el nivel primario (47,8%); Magda A & Fattah A. (Egipto, 2019) que indican que el 45,8% de pacientes lograron un grado de instrucción secundaria. Este resultado podría deberse a que la educación no es prioridad, sino el trabajo para solventar los costos de vida que presentan en estos países. (13,14,19)

El 66,7% de las pacientes tienen procedencia urbana, esto coincide con lo reportado por Ngorili GS et al. (India, 2022) y Magda A & Fattah A. (Egipto, 2019) que refieren que el 57,2% y 53,3% de pacientes que procedían de la zona urbana, respectivamente. (15,19) En cuanto a esta característica, la mayoría de pacientes procedían del área urbana, porque tienen la facilidad de acceder al centro de salud, esto es contrario a la zona rural no acceden a este beneficio o prefieren esperar hasta presentar alguna complicación.

Se encontró que el 7,5% de pacientes presentaron antecedente familiar, lo que coincide con lo reportado por Bonilla P & Aguilar G. (Ecuador, 2021) quienes manifestaron que el 5,30% de pacientes presentaron el antecedente de esta enfermedad y Rojas K. (Huancayo, 2020) que manifiesta que el 5,8% de las mujeres tuvieron antecedente de miomatosis uterina. Este resultado no coincide con Renuka J. et al. (India, 2020) que refiere que el 71% de pacientes presentaron antecedente familiar de miomatosis uterina y 29% de pacientes no tuvieron antecedente familiar. (16,17,23) Respecto a esta característica, se conoce que las mujeres que ya tuvieron antecedente familiar de miomatosis uterino tienen más probabilidad de presentar esta patología que aquellas mujeres sin antecedente familiar. (2)

En relación al estado nutricional: Se encontró que casi la mitad de pacientes (45,8%) de pacientes presentaron sobrepeso, esto concuerda con el estudio de Flores R. (Lima, 2023) que reporta que el 51,1% de las mujeres tenían sobrepeso y de Rojas K. (Huancayo, 2020) que refiere que el 46,3% de pacientes presentaron sobrepeso. Pero esto difiere de los resultados de Magda A & Fattah A. (Egipto, 2019) que indica que predominó con un 64,2% de pacientes presentaron obesidad, mientras que el 28,3% de pacientes tenían sobrepeso; y García R. (Lima, 2021) que reporta que el 43,72% de mujeres eran obesas y el 37,25% tenían sobrepeso. Las mujeres con obesidad tienen más probabilidad de presentar miomatosis uterina que las mujeres con peso normal. Esto se debe a que el tejido adiposo induce a la formación de más estrona y bloquea los transportadores, produciendo más estrógeno libre y finalmente inducir a la formación de miomas uterinos. (19,21-23)

Respecto a la edad de la menarquia: la edad media es de 13,18 años y el que el 7,5% presentaron su menarquia antes de los 11 años. Esto coincide con el estudio de García R. (Lima, 2021), quien refiere que el 9,31% de pacientes presentaron su menarquia antes de los 11 años. Mientras que en el estudio de Rojas K. (Huancayo, 2020) reporta que la edad promedio fue de 13,6 años y que el 9,5% de casos presentó su menarquia antes de los 11 años.

Si las mujeres presentan su menarquia antes de los 11 años incrementa la probabilidad de presentar miomatosis uterina por su larga y alta exposición de los niveles de estradiol y la eliminación del cartílago de crecimiento, ocasionando que dejen de crecer los huesos largos. (22,23,30)

En relación al régimen catamenial, en este estudio, el 55% tuvieron un ritmo menstrual irregular y 45% fue regular. Esto coincide con reportado por Adawe M. et al. (Uganda, 2022) que refiere que el 50% de las pacientes presentaron un régimen catamenial irregular y Flores R. (Lima, 2023) que indica que un 53,41% de los participantes presentaron un régimen irregular. (13,21) Por lo tanto más de la mitad de pacientes presentaron irregularidades en el ritmo menstrual, lo que indica que tuvieron manifestaciones clínicas relacionada a la alteración del sangrado uterino. (30)

Respecto a la paridad: el 65% de pacientes eran multíparas y el 9,2% de pacientes eran nulíparas, este resultado es similar a lo reportado por Flores R. (Lima, 2023) que refiere que el 67,05% de las pacientes eran multíparas, pero el 22,7% eran nulíparas y Rojas K. (Huancayo, 2020) que menciona que el 58,9% de mujeres eran multíparas, pero el 18,9% eran nulíparas. Esto difiere de los estudios de Malick N.P. et al. (Senegal, 2023) quienes refieren que el 64,6% del total de pacientes eran nulíparas y el 18,8% eran multíparas. Asimismo, Iwuoha EC et al. (Nigeria, 2022) quienes refieren que el 71,4% de mujeres eran nulíparas y el 28,6% tuvieron de uno a más partos durante su etapa reproductiva. (12,14,21,23) La multiparidad es un factor protector porque disminuye el riesgo de presentar miomatosis uterina, por lo que las pacientes nulíparas tendrán predisposición a presentar miomatosis uterina.

El 44,2% de pacientes presentaron aborto que concuerda con lo reportado por Magda A & Fattah A. (Egipto, 2019) refieren que el 58,9% de pacientes presentaron esta característica. Contrario es lo que indica Bonilla P & Aguilar G. (Ecuador, 2021) y Villagrán MA et al. (Guatemala, 2019) que refieren que el 22,7% y el 24% de mujeres presentaron antecedente de aborto durante su etapa reproductiva, respectivamente. El aborto recurrente suele ser frecuente en pacientes que presentan miomas

uterinos que deforman la estructura normal de útero impidiendo la implantación y desarrollo del ovulo fecundado. (16, 19,20)

El 19,2% de pacientes hizo uso de algún método anticonceptivo, esto coincide con los estudios de Iwuoha EC et al. (Nigeria, 2022) quienes reportan que el 10,7% de las mujeres hizo uso de anticonceptivos en su etapa reproductiva. Esto es contrario a los estudios de Ngorili GS et al. (India, 2022) y Magda A & Fattah A. (Egipto, 2019) quienes reportaron que el 80,7% y 72,5% de pacientes hicieron uso de métodos anticonceptivos, respectivamente. (14,15,19) Este resultado es debido a la poca planificación familiar en las zonas rurales y a la falta de educación sexual y reproductiva de las pacientes sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Respecto al segundo objetivo específico; los síntomas más frecuentes son el dolor pélvico (86,7%) y menorragia (60,8%). Esto es similar a lo reportado por Adawe M. et al. (Uganda, 2022) que indicaron que el 72,2% de los pacientes presentaron dolor pélvico y el 63,3% tuvieron menorragia; Iwuoha EC et al. (Nigeria, 2022) que mencionan que el 87,5% del total tuvieron dolor pélvico y el 64,3% presentaron menorragia y Villagrán MA et al. (Guatemala, 2019) indicaron que el 74,77% presento dolor pélvico y el 67,29% presento menorragia. Difiere de lo reportado por Bonilla P & Aguilar G. (Ecuador, 2021) quienes reportan que el 56,06% presento menorragia; Flores R. (Lima, 2023) refiere que el 61,4% presentaron dolor pélvico y el 43,2% de pacientes tuvo menorragia y Rojas K. (Huancayo, 2020) que refiere que el síntoma más frecuente es la menorragia (92,1%). (13,14,16,20,21,23) El sangrado uterino abundante el más frecuente (70%), lo que coincide con el estudio realizado y el dolor pélvico que suelen manifestarlo más de la mitad de las pacientes. Estos síntomas suelen ser lo más frecuente reportado en la historia clínica ya que son las principales razones por la que acuden a consulta médica, por lo que no son propias de esta patología. Por lo que se debe realizar un examen físico detallado y exámenes complementarios para llegar al diagnóstico.

Respecto de la metrorragia, en el presente estudio el 35,8% presentaron este síntoma. Esto coincide con lo reportado por Flores R. (Lima, 2023) que refiere que el 34,1% de pacientes presentaron metrorragia y Villagrán MA et al. (Guatemala, 2019) que indican que el 42,05% de mujeres tuvieron metrorragia. (20,21) La presencia de este síntoma es importante porque indicaría que las pacientes presentan sangrado uterino anormal, fuera de los ritmos regulares. Además, que este síntoma puede ocasionar limitación en su actividad diaria, afectación de la calidad de vida y vergüenza social por su aparición repentina.

En el presente estudio, el 44,2% de pacientes presentaron dismenorrea; este resultado coincide con Flores R. (Lima, 2023) que reporta que el 40,9% de las mujeres presentaron dismenorrea. Esto difiere del estudio de Rojas K. (Huancayo, 2020) y de Malick N.P. et al. (Senegal, 2023) que reportaron que el 80,5% y el 10,3% de las pacientes tuvieron dismenorrea, respectivamente. (12,21,23) Los resultados son muy diferentes en cada estudio, podría deberse a si está registrado por el personal de salud o si pregunto respecto a este síntoma. La dismenorrea suele ser generado por miomas que afectan la función y la morfología del útero, ocasionando que durante los días previos y durante la menstruación presenten dolor.

Respecto a la presión pélvica, el 38,3% de las pacientes presentaron este síntoma. Lo cual coincide con lo reportado por Malick N.P. et al. (Senegal, 2023) quienes refieren que el 33,9% de pacientes manifestaron presión pélvica; Bonilla P & Aguilar G. (Ecuador, 2021) que reporta el 33,3% de las mujeres presentaron este síntoma. (12,16) Respecto a este síntoma, los resultados están por debajo de la mitad del total de los pacientes estudiados, por lo que indicaría que las mujeres no presentan una sensación de masa que produce presión sobre algún órgano o que es palpable durante el examen físico a nivel de la región pélvica. Esto está relacionado a la ubicación y el tamaño del mioma, además que puede o no ocasionar molestias. Respecto al síntoma de la anemia: el 54,2% de pacientes la presentó, esto coincide con García R. (Lima, 2021) que indica que el 50,2% de mujeres tuvieron anemia y Villagrán MA et al. (Guatemala, 2019) quienes reportan un 63,55% de pacientes con anemia (20,22)

Contrario es lo reportado por Malick N.P. et al. (Senegal, 2023) que reportan 46% de pacientes tuvieron anemia y Flores R. (Lima, 2023) que indico que solo el 34,1% de las pacientes presentaron anemia. (12,21)

Además, de las pacientes que presentaron este síntoma, el 28,3% de mujeres presentaron anemia moderada. Lo que coincide con Villagrán MA et al. (Guatemala, 2019), quienes refirieron que el 34,58% de las pacientes presentaron anemia moderada. Contrario a lo reportado por Flores R. (Lima, 2023) que indico que el 12,5% de las pacientes presentaron anemia moderada y el 65,9% no la presentaron. Los valores de hemoglobina para considerar el grado de anemia, varían de acuerdo a la altitud y las condiciones en que se tomó la muestra de la paciente. Y también al momento del curso de la enfermedad acudió la paciente a consulta. (20,21)

Respecto al tercer objetivo específico: En relación al número de miomas: el 60,8% de pacientes presentaron un único mioma. El resultado del estudio presente es similar a lo de Ngorili GS et al. (India 2022) que reporto que el 60,8% de pacientes presentaron un único mioma. Asimismo, Rojas K. (Huancayo 2020) reporta que 60,5% de las pacientes presentaron un solo mioma. Pero el estudio de Renuka J. et al. (India 2020) difiere indicando que el 71% de pacientes presentaron de 2 a más miomas uterinos y el 29% presento solo un mioma uterino, esto podría deberse a que en su estudio se realizó en mujeres que tenían antecedentes de miomatosis uterina o su exposición prolongada a los estrógenos. (17,15,23)

En relación al tipo de mioma: según la clasificación FIGO, se encontró que el 43,3% de pacientes presentaron miomas de tipo intramural. Los resultados de este estudio son similares a lo reportado por Rojas K. (Huancayo 2020) reporto que un 44,2% de las pacientes presentaron el tipo de mioma intramural y García R. (Lima 2021) reporto que un 51,42% de mujeres presentaron miomas intramurales. (22,23) Pero los resultados del estudio difieren de lo presentado por Malick N.P. et al. (Senegal, 2023) ya que reportan que el 22,85% de pacientes presentaron miomas subserosos y el 21,14% presentaron miomas intramurales.

Asimismo, Ngorili GS et al. (India 2022) difieren, ya que reportan que el 38,6% de pacientes presentaron miomas submucosos, ya que solo 19,3% de las pacientes presentaban un mioma intramural. (12,15)

En relación de la ubicación del mioma se encontró que la ubicación más frecuente del mioma en las pacientes (60,0%) fue en el cuerpo uterino. Esto coincide con lo reportado por Renuka J. et al. (India 2020) que refiere que el 68% de pacientes presentaron su mioma ubicado en el cuerpo del útero. Rojas K. (Huancayo 2020) reporta que 52,6% de las pacientes también su mioma en el cuerpo uterino. (17,23) En el presente estudio se reporta que según la clasificación FIGO, el tipo de mioma más frecuente es el intramural y en relación a la ubicación es el mioma el cuerpo uterino, estos datos coinciden con la teoría, en la cual se indica que el tipo intramural representa el 70% de los leiomiomas y un 90% de estos se encuentran en el cuerpo uterino. (26)

Respecto al cuarto objetivo específico: En relación al tratamiento quirúrgico: al 47,50% de pacientes se les realizó la histerectomía abdominal total con la salpingooforectomía bilateral y el 20% se les realizó una histerectomía abdominal total. Este resultado coincide con lo reportado por Renuka J. et al. (India 2020) quienes refieren que el 56,5% de las pacientes optaron por la histerectomía abdominal total con la salpingooforectomía bilateral y el 13,5% optaron por la histerectomía abdominal total. Esto difiere de lo reportado por Magda A. & Fattah A. (Egipto 2019) quienes refieren que el 60,8% de las pacientes optaron por la histerectomía abdominal total y García R. (Lima 2021) que reporta que el 77,73% de pacientes se les realizó una histerectomía abdominal total. (17,19,22) En el estudio se reportó que el procedimiento que más se realizó fue la histerectomía abdominal total con la salpingooforectomía bilateral, lo cual es una variante de tratamiento quirúrgico radical; la intervención se realizó en mujeres con paridad satisfecha. En la teoría, el tratamiento quirúrgico para la miomatosis uterina, que más se realiza es la histerectomía abdominal total en los países en desarrollo, porque se quiere evitar la menopausia precoz. Pero en países de primer mundo se optan por métodos menos invasivos y con menor estancia hospitalaria.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Respecto a las características epidemiológicas, se describe que la mayoría de pacientes tienen un grado de instrucción superior, de procedencia urbana, con sobrepeso, siendo multíparas, con régimen catamenial irregular, sin antecedente de uso de algún método anticonceptivo ni antecedente familiar.
- Respecto a las características clínicas, se describe que las más frecuentes fueron el dolor pélvico y la menorragia. La anemia se presentó en más de la mitad de pacientes.
- Respecto a las características ecográficas, la mayoría de pacientes presentaron un único mioma, de tipo intramural y ubicadas en el cuerpo uterino.
- Respecto a las características del tratamiento, la mayoría de pacientes optaron por realizarse la histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral.

RECOMENDACIONES

- Al Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho, instaurar programas de despistaje y promover la detección temprana de la miomatosis uterina mediante charlas y campañas, para su debido seguimiento y tratamiento oportuno.
- A la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, para que incentive al estudiantado universitario a continuar realizando investigaciones similares o de tipo prospectivos, con mayor periodo de estudio o mayor tamaño de muestra. Con la finalidad de contrastar los resultados con los nuevos estudios.
- Al personal de salud, para que realice el correcto llenado de los formatos de historia clínica, para evitar la pérdida de historias clínicas por falta de información. Además, que continúe con capacitaciones y actualizaciones sobre los nuevos manejos de la leiomiomatosis uterina.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

1. Stewart EA, Laughlin SK, Catherino WH, et al. Uterine fibroids. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2016 [citado el 20 de junio del 2023]; 2:16043. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27335259/>
2. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG* [Internet]. 2017 [citado el 20 de junio del 2023]; 124:1501–1512. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28296146/>
3. Lou Z, Huang Y, Li S. et al. Global, regional, and national time trends in incidence, prevalence, years lived with disability for uterine fibroids, 1990–2019: an age-period-cohort analysis for the global burden of disease 2019 study. *BMC Public Health* [Internet]. 2023 [citado el 22 de junio del 2023], 23:916. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37208621/>
4. Eze CC, Ajugwo GC, Orume AS, et al. Prevalence and burden of symptomatic uterine leiomyomata among women in Imo State, South-Eastern Nigeri. *GSC Biological and Pharmaceutical Sciences* [Internet]. 2021 [citado 24 de junio del 2023]; 16(02):32–37. Disponible de: <https://doi.org/10.30574/gscbps.2021.16.2.0218>
5. Lee M, Chung YJ, Kim HK, Hwang H, Park JY, Shin I, et al. Estimated Prevalence and Incidence of Uterine Leiomyoma, and Its Treatment Trend in South Korean Women for 12 years: A National Population-Based Study. *J Womens Health (Larchmt)* [Internet]. 2021 [citado el 23 de junio del 2023]; 30(7):1038-1046. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32991229/>
6. Edzie EKM, Dzefi-Tettey K, Brakohiapa EK, et al. Age of first diagnosis and incidence rate of uterine fibroids in Ghana. A retrospective cohort study. *PLoS One*. [Internet]. 2023 [citado 20 de julio del 2023]; 18(3):e0283201. Diponible de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10019645/>
7. Cardozo ER, Clark AD, Banks NK, Henne MB, Stegmann BJ, Segars JH. The estimated annual cost of uterine leiomyomata in the United States. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2012 [citado el 25 de junio del 2023]; 206(3):211. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22244472/>
8. Huang D, Magaoay B, Rosen MP, Cedars MI. Presence of Fibroids on Transvaginal Ultrasonography in a Community-Based, Diverse Cohort of 996 Reproductive-Age Female Participants. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2023 [citado el 24 de junio del 2023]; 6(5). Disponible de: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2804674>

9. Marsh EE, Al-Hendy A, Kappus D, Galitsky A, Stewart EA, Kerolous M. Burden, Prevalence, and Treatment of Uterine Fibroids: A Survey of U.S. Women. *J Womens Health (Larchmt)* [Internet]. 2018 [citado el 30 de junio del 2023]; 27(11):1359-1367. Disponible de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6247381/>
10. LS Boclin 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* [Internet]. 2013[citado el 04 de julio del 2023]; 16 (2): 301–13. Disponible de: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/rHLcbp3DyQrSLx5t7Rh3tL/#>
11. Ministerio de Salud. Anuario Estadístico. [Internet] Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2022 [citado el 14 de julio del 2023]. Disponible de: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837>
12. Malick, N.P., Edouard, F.M., Fatou, G.Y. et al. (2023) Surgical Management of Uterine Fibroids: About 175 Cases. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2023 [citado 19 de julio del 2023]; 13: 481-489. Disponible de: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=123797>
13. Adawe M, Sezalio M, Kanyesigye H, et al. Prevalence, Clinical Presentation and Factors Associated with Uterine Fibroids Among Women Attending the Gynecology Outpatient Department at a Large Referral Hospital in Southwestern Uganda. *East África Science* [Internet]. 2022 [citado 19 de julio del 2023];4(1):48- 53. Disponible de: <https://www.ajol.info/index.php/easci/article/view/227008>
14. Iwuoba EC, Uwaegbulan CE, Eni I, et al. Prevalence of Uterine Fibroids among women presenting at Abia State University Teaching Hospital, Abia State: A five-year review. *ABSUMSAJ* [Internet]. 2022 [citado 20 de julio del 2023]; 14(1)1-12. Disponible de: <https://www.ajol.info/index.php/asumsaj/article/view/237707>
15. Ngorili GS, Yadav BB, Takalkar AA. Epidemiological study of uterine fibroids: our experience from urban Maharashtra. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* [Internet]. 2022 [citado 20 de agosto del 2023]; 11:2101-5. Disponible de: <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/12003>
16. Bonilla P & Aguilar G. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con miomas uterinos Hospital General Docente Riobamba, 2018-2020 [tesis de título en internet]. Ecuador: *Universidad Nacional de Chimborazo*; 2021. Disponible de: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8793>
17. Renuka J, Harrini K, Huq MA, et al. A retrospective analysis of patients with leiomyoma. *J. Evolution Med. Dent. Sci.* [Internet]. 2020 [citado el 24 de junio del 2023];9(25):1869-1873. Disponible de: https://www.jemds.com/data_pdf/1_jamila%20hameed-s.pdf

18. Okon, O. A., Ago, B.U. & Eyong, E. Presentation and Surgical Treatment Outcomes of Patients with Uterine Fibroids in a Tertiary Centre, South-South Nigeria. *African Journal of Health Sciences* [Internet]. 2020 [citado el 25 de junio del 2023]; 33(5):41-48 . Disponible de: <https://www.ajol.info/index.php/ajhs/article/view/206246>
19. Magda A & Fattah A. Socio-Demographic and Reproductive Health Profile Among Egyptian Women with Uterine Fibroid. *The Medical Journal of Cairo University* [Internet]. 2019 [citado 23 de agosto del 2023]; 87: 2369-2377. Disponible de: https://mjcu.journals.ekb.eg/article_54843.html
20. Villagrán MA, Mazariegos IM, Barrios RM, et al. Caracterización de pacientes con Miomatosis Uterina. Estudio descriptivo y retrospectivo realizado en pacientes del departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt en el periodo 2017-2018 [tesis de licenciatura en internet]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2019 [citado 20 de julio del 2023]. Disponible de: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2019/121.pdf>
21. Flores R. Características epidemiológicas y clínicas de pacientes histerectomizadas con miomatosis uterina. Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2016 – 2019 [Tesis de pregrado en internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023 [citado 11 de setiembre del 2023]. Disponible de: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/20068>
22. García R. Leiomiomatosis Uterina: tratamiento quirúrgico, aspectos clínico epidemiológicos. Hospital Regional de Huacho. Periodo 2016 – 2020 [Tesis de pregrado en internet]. Lima: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2021 [citado 20 de agosto del 2023]. Disponible de: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/4738>
23. Rojas K. Características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y de tratamiento de los miomas uterinos en el Hospital Nacional Ramiro Prialé en el periodo 2018 [tesis de pregrado en internet]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2020 [citado el 23 de agosto del 2023] Disponible de: <https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/5829>
24. Secretaria de Salud. Metodología para la Elaboración del Perfil Epidemiológico [Internet]. México: Estado de México; 2021. Disponible de: https://cevece.edomex.gob.mx/sites/cevece.edomex.gob.mx/files/files/docs/marco_juridico/metodologia_elaboracion_perfil_epidemilogico.pdf
25. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica y de Procedimientos en Ginecología [Internet] Perú: MINSA; 2020 [citado el 16 de julio de 2022] Disponible de: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
26. Gori J, Castaño R, Lorusso A. Ginecología de Gori: Miomatosis Uterina. 3^{ra} Ed. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2017. [citado el 22 de agosto del 2023]. Disponible de <https://www.medicapanamericana.com/ar/libro/ginecologia-de-gori>

27. Global Burden of Disease. Uterine fibroids — Level 4 cause [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020. [citado el 10 de febrero del 2024] Disponible de: https://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/uterine-fibroids-level-4-cause
28. Li B, Wang F, Chen L, Tong H. Global epidemiological characteristics of uterine fibroids. *Arch Med Sci*. [Internet]. 2023 [citado el 12 de febrero del 2024];19(6):1802-1810. Disponible de: <https://pesquisa.teste.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-38058724>
29. Ministerio de Salud. Anuario Estadístico. [Internet] Perú: Hospital de la Amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa; 2022 [citado el 14 de febrero del 2024]. Disponible de: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4552950/AnuarioEstadistico2022.pdf>
30. Hoffman BL, Schorge JO, Bradshaw KD, Halvorson LM, Schaffer JI, Corton MM. Williams Ginecología. 4ta ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2022. [citado el 22 de agosto del 2023]. Disponible de: <https://accessmedicina.mhmedical.com/Book.aspx?bookid=2974>
31. Yang Q, Ciebiera M, Bariani MV, Ali M, Elkafas H, Boyer TG, Al-Hendy A. Comprehensive Review of Uterine Fibroids: Developmental Origin, Pathogenesis, and Treatment. *Endocr Rev*. [Internet]. 2022 [citado 22 de junio del 2023]; 43(4):678-719. Disponible de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9277653/>
32. Ugwu F. Uterine Fibroids-A Comprehensive Review. *JASR* [Internet]. 2023 [citado 19 febrero del 2024];14(02):1-8. Disponible de: <https://www.sciensage.info/index.php/JASR/article/view/2031>
33. Sefah N., Ndebele S., Prince L. et al. Uterine fibroids - Causes, impact, treatment, and lens to the African perspective. *Front Pharmacol*. [Internet]. 2023. [citado el 18 de febrero del 2024];13:1045783. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36703761/>
34. Gomez E, Nguyen MT, Fursevich D, Macura K, Gupta A. MRI-based pictorial review of the FIGO classification system for uterine fibroids. *Abdom Radiol*. [Internet]. 2021 [citado 26 de agosto del 2023];46(5):2146-2155. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33385249/>
35. Palheta MS, Medeiros FC, Severiano ARG. Reporting of uterine fibroids on ultrasound examinations: an illustrated report template focused on surgical planning. *Radiol Bras*. [Internet]. 2023 [citado 28 de agosto del 2023];56(2):86–94. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37168038/>

36. Vilos GA, Allaire C, Laberge PY, Leyland N. The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can.* [Internet] 2015 [citado 18 de febrero del 2024];37(2):157-178. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25767949/>
37. Giuliani E, As-Sanie S, Marsh EE. Epidemiology and management of uterine fibroids. *Int J Gynaecol Obstet.* [Internet] 2020 [citado 28 de agosto del 2023];149(1):3-9. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31960950/>
38. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. Metodología de la investigación. 2014. [Internet]. Sexta edición. México. [citado 29 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
39. Manterola C, Quiroz G. Salazar P. García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Rev. Med. Clin. Condes* [Internet]. 2019 [citado 29 de agosto del 2023]; 30(1): 36-49 Disponible de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300057>
40. Prieto Castellanos BJ. El uso de los métodos deductivo e inductivo para aumentar la eficiencia del procesamiento de adquisición de evidencias digitales. *CC* [Internet]. 2018 [citado 20 de febrero del 2024];18(46). Disponible de: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/cuacont/article/view/23681>
41. Coronel-Carvajal C. Las variables y su operacionalización. *Archivo Médico Camagüey* [Internet]. 2022 [citado 19 Feb 2024]; 27 Disponible de: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8775>

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO

“PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO EN PACIENTES CON MIOMATOSIS
UTERINA EN EL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL

LLERENA DE AYACUCHO. 2021-2022”

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ID: ____

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Edad:
- Grado de instrucción: Sin Instrucción () Inicial ()
Primaria () Secundaria () Superior ()
- Procedencia: Rural () Urbano ()
- Antecedente familiar No () Si ()
- Estado nutricional (IMC): Normal () Sobrepeso () Obesidad ()
- Edad de la Menarquia: <=10 años () 11-13 años () 14-16 años ()
- Régimen catamenial: Regular () Irregular ()
- Paridad: Nulípara () Primípara () Multípara ()
- Aborto: NO () SI ()
- Uso de Anticonceptivos: NO () SI ()

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Menorragia: NO () SI ()
- Dolor pélvico: NO () SI ()
- Presión pélvica: NO () SI ()
- Anemia: Sin Anemia () Leve () Moderada () Severa ()

3. CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS

- Número de miomas: Único () Múltiple ()
- Tipo de mioma: Submucoso () Intramural ()
Subseroso () Otros ()
- Ubicación del mioma: Fondo () Cuerpo () Cérvix ()

4. CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

- Tratamiento Quirúrgico
Miomectomía abdominal () Miomectomía vaginal ()
Histerectomía abdominal Total ()
Histerectomía abdominal Total con Salpingooforectomía bilateral ()
Histerectomía abdominal Total con Salpingooforectomía unilateral ()
Histerectomía abdominal Subtotal ()

ANEXO 2
CARTA DE ACEPTACIÓN DEL ASESOR



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA**

“Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo”



CARTA DE ACEPTACION DE ASESORIA DE TESIS

Ayacucho, 15 de setiembre del 2023

Mag. Marilú Francisca Obando Corzo

DOCENTE DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y hacerle la invitación para el asesoramiento en el Proyecto de Tesis titulado: **“PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO EN PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA EN EL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA DE AYACUCHO 2021-2022”**, actualmente siendo egresada de la Escuela Profesional de Medicina Humana, la finalidad de este proyecto es optar el título profesional.

Sin otro particular, me despido de usted, mostrando mi más sincero agradecimiento.

Atentamente,

Bach. Luz Margarita OGOSI ORTIZ
DNI: 70416533

Mg. **MARILÚ OBANDO CORZO**
GINECO-OBSTETRICIA
C.M.P. 27340 - R.N.E. 16836

ANEXO 3

CERTIFICADO DE APROBACION POR COMITÉ DE ETICA



"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Código del protocolo: 037-2023-CEI

Título del protocolo: "PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO EN PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA EN EL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA DE AYACUCHO 2021-2022"

Investigador principal: OGOSI ORTIZ LUZ MARGARITA

Por medio de la presente se hace constar que el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho ha recibido el protocolo de investigación y los documentos de soporte correspondientes. Así mismo, luego de una revisión a detalle, se ha determinado que el protocolo de investigación ha sido **APROBADO** bajo la categoría de **REVISIÓN EXPEDITA**.

Se le solicita informar al Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho (CEI) sobre cualquier enmienda en el protocolo posterior a este dictamen. Así mismo, sírvase hacernos llegar los informes de avance de la investigación en forma semestral. Cabe precisar que este Comité se reserva el derecho de supervisar de manera inopinada el progreso de la investigación en cualquier momento (según el cronograma planteado) y bajo cualquier modalidad.

Finalmente, recordar que el período de vigencia de esta aprobación será de 10 meses a partir de la fecha de emisión de esta constancia.

Sin otro en particular, nos despedimos de Ud.

Ayacucho, 10 de octubre del 2023.

C.c.

Interesado(a)

Archivo

ANEXO 4

CUADROS

Cuadro 1: Indicaciones para tratamiento farmacológico del leiomioma uterino.

Agente	Antiinflamatorio no esteroideo	Anticonceptivos orales combinados	Acetato de medroxiprogesterona de deposito	Sistema intrauterino liberador de levogestrel	Agonista de GnRH	Ulipristal
Síntoma						
Dismenorrea	+	+	+	+	+	+
Menorragia	-	+	+	+	+	+
Presión pélvica	-	-	-	-	+	+
Esterilidad	-	-	-	-	+	+

Fuente: Adaptado por Hoffman BL (30)

Cuadro 2: Criterios de STEPW para miomectomía histeroscópica.

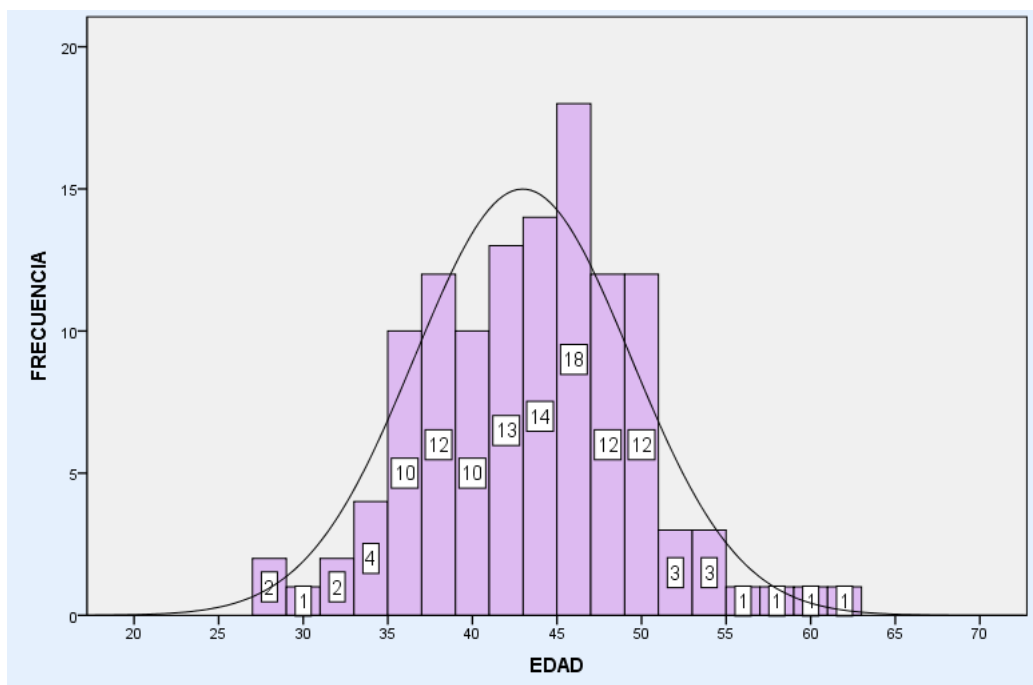
Puntos				
Criterios	0	1	2	Total
Tamaño	≤ 2	> 2 – 5	> 5	
Topografía	Bajo	Medio	Superior	
Anchura de base	≤ 1/3	≤ 1/3 – 2/3	> 2/3	
Penetración	0	≤ 50%	> 50%	
Pared lateral	Si se realiza a lo largo de la pared lateral <1			

Puntos totales. Grupo I (0-4 puntos); Grupo II (5-6 puntos); Grupo III (7-9 puntos). La dificultad de la cirugía aumenta a medida que los puntos totales también lo hacen. **Fuente:** Adaptación de Wamsteker, 1993

ANEXO 5

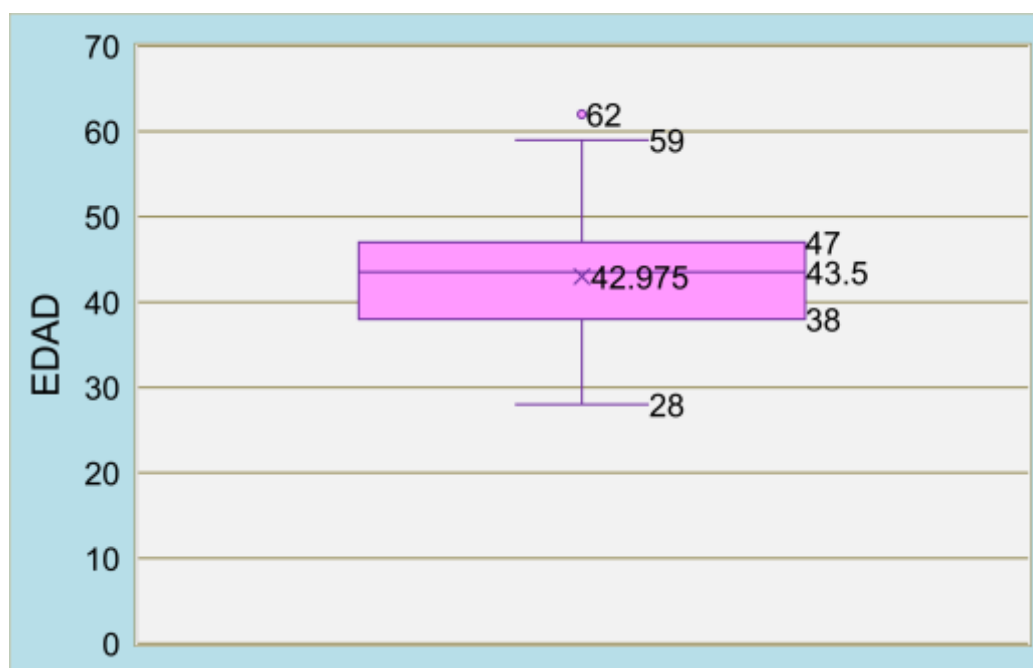
GRÁFICOS

Gráfico 1. Histograma de la edad en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional de Ayacucho 2021-2022.



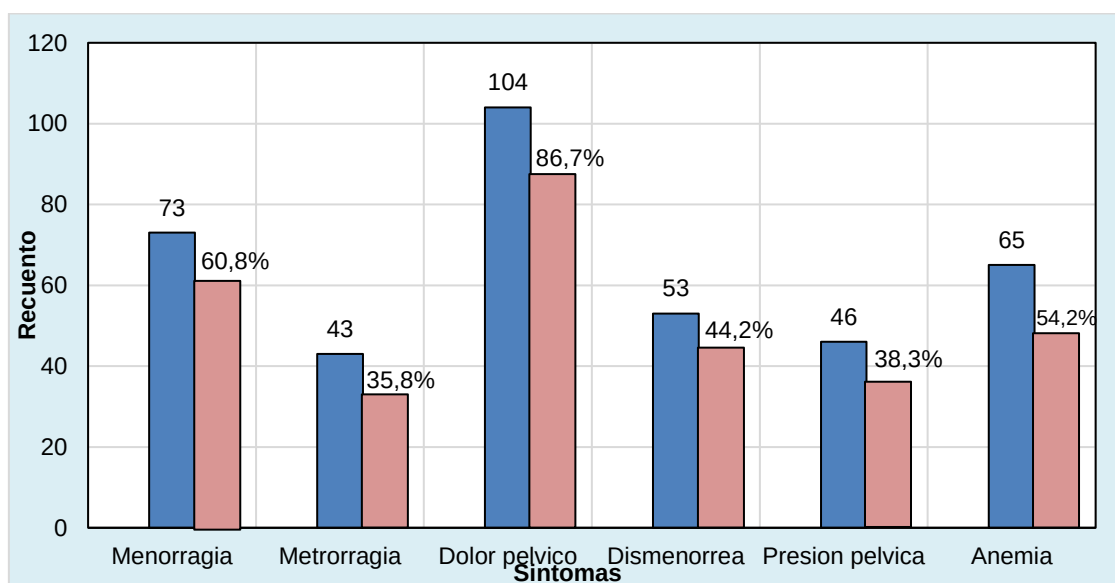
Nota: Elaboración Propia

Gráfico 2. Diagrama de cajas y bigotes de la edad en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022.



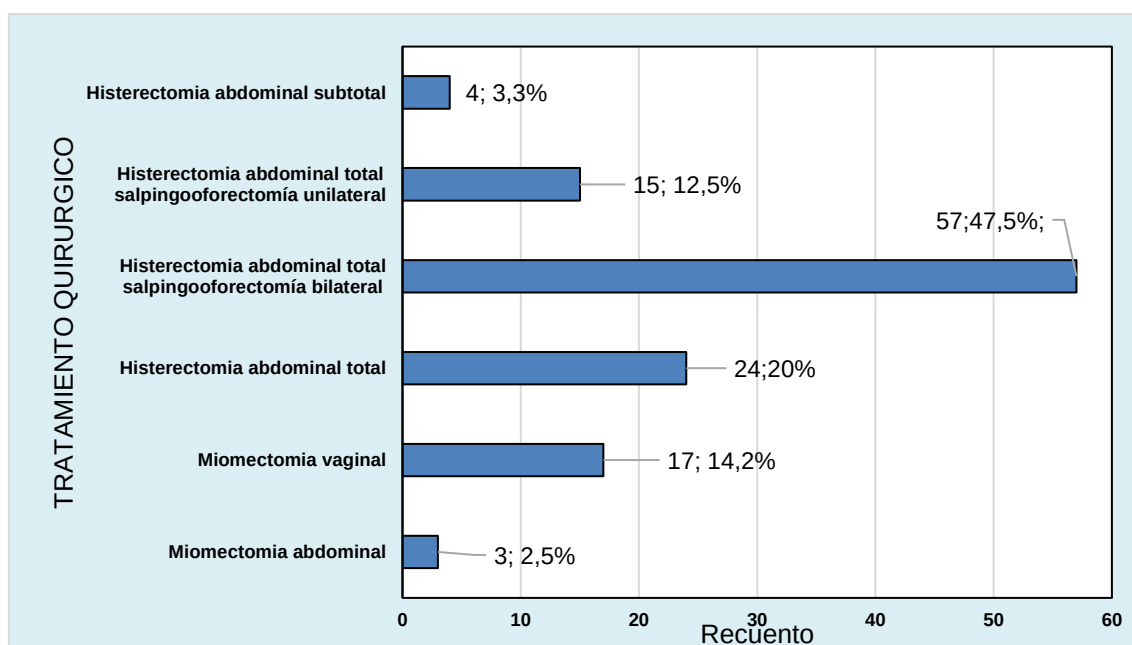
Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 3. Características clínicas en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022



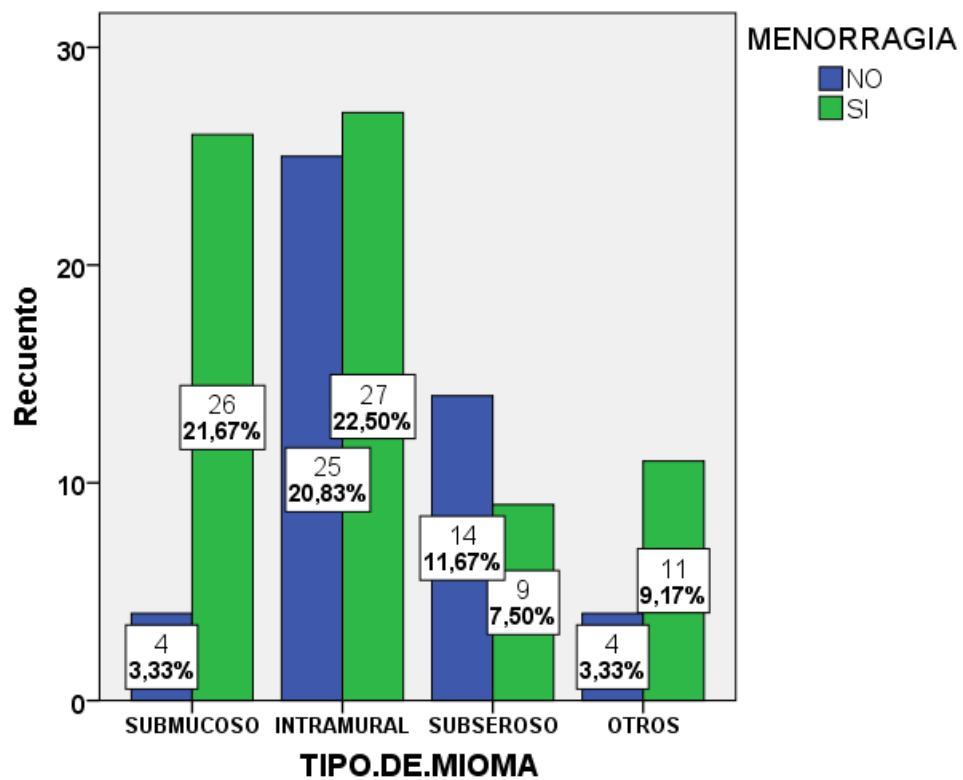
Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 4. Tratamiento quirúrgico del mioma en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022.



Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 5: Tipo de mioma y anemia en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022.



Fuente: Elaboración Propia

ANEXO 6

TABLAS

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de la edad en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022.

Edad	
Rango	34
Mínimo	28
Máximo	62
Media	42,98
Mediana	43,50
Moda	46
Desviación estándar	±6,39

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de la edad de menarquía en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022.

Edad de menarquía	
Rango	6
Mínimo	10
Máximo	16
Media	13,18
Mediana	13
Moda	13
Desviación estándar	±1,61

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. Edad de menarquía en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022.

Edad de menarquía	N	%
10	9	7,5
11	9	7,5
12	19	15,8
13	33	27,5
14	25	20,8
15	14	11,7
16	11	9,2
Total	120	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”

Tabla 8: Complicaciones del tratamiento quirúrgico en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022.

Complicaciones intraoperatorias	N	%
Lesión vascular	2	1,7%
Lesión vesical	1	0,8%
Lesión intestinal	2	1,7%
Sin complicaciones intraoperatorias	115	95,8%
Total	120	100%
Complicaciones postoperatorias	N	%
Infección de sitio operatorio	5	4,2%
Seroma	3	2,5%
Prolapso de cúpula vaginal	1	0,8%
Dehiscencia de cúpula vaginal	2	1,7%
Sin complicaciones postoperatorias	109	90,8%
Total	120	100%

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas del Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena"

Tabla 9. Tratamiento quirúrgico y edad agrupada en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022.

EDAD AGRUPADA		21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	TOTAL
TRATAMIENTO QUIRURGICO	Miomectomía Abdominal	N 0	3	0	0	0	3
		% 0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
	Miomectomía Vaginal	N 3	9	5	0	0	17
		% 2,5%	7,5%	4,2%	0,0%	0,0%	14,2%
	Histerectomía abdominal total	N 0	1	16	7	0	24
		% 0,0%	0,8%	13,3%	5,8%	0,0%	20,0%
	Histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral	N 0	11	43	2	1	57
		% 0,0%	9,2%	35,8%	1,7%	0,8%	47,5%
	Histerectomía Abdominal total con salpingooforectomía unilateral	N 0	14	1	0	0	15
		% 0,0%	11,7%	0,8%	0,0%	0,0%	12,5%
	Histerectomía Abdominal subtotal	N 0	0	4	0	0	4
		% 0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%
TOTAL		N 3	38	69	9	1	120
		% 2,5%	31,7%	57,5%	7,5%	0,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10: Tratamiento quirúrgico y tipo de mioma en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022.

TRATAMIENTO QUIRURGICO			MA	MV	HAT	HAT+ SOB	HAT+ SOU	HAST	TOTAL
TIPO DE MIOMA	SUBMUCOSO	N	1	2	2	20	3	2	30
		%	0,8%	1,7%	1,7%	16,7%	2,5%	1,7%	25,0%
	INTRAMURAL	N	2	0	9	32	7	2	52
		%	1,7%	0,0%	7,5%	26,7%	5,8%	1,7%	43,3%
	SUBSeroso	N	0	0	13	5	5	0	23
		%	0,0%	0,0%	10,8%	4,2%	4,2%	0,0%	19,2%
	OTROS	N	0	15	0	0	0	0	15
		%	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%
	Total	N	3	17	24	57	15	4	120
		%	2,5%	14,2%	20,0%	47,5%	12,5%	3,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Nota: MV: Miomectomía abdominal. MV: Miomectomía vaginal. HAT: Histerectomía abdominal Total. HAT+SOB: Histerectomía abdominal Total con Salpingooforectomía bilateral. HAT+SOU: Histerectomía abdominal Total con Salpingooforectomía unilateral. HAST: Histerectomía abdominal Subtotal.

ANEXO 7

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO EN PACIENTES CON MIOMATOSIS UTERINA EN EL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA DE AYACUCHO 2021-2022

VARIABLE	PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	METODOLOGIA
Variable: Mioma Uterino DIMENSIÓN 1: Características epidemiológicas Indicadores: ➤ Edad ➤ Grado de instrucción ➤ Procedencia ➤ Antecedente familiar ➤ Estado nutricional ➤ Edad de la menarquia ➤ Régimen catamenial ➤ Paridad ➤ Aborto ➤ Uso de Anticonceptivos	¿Cuál es el perfil clínico epidemiológico en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022?	Determinar el perfil clínico epidemiológico en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022.		Tipo de investigación Cuantitativo y descriptivo Diseño investigación Observacional, Transversal, Retrospectivo Población La población está conformada por 534 pacientes con el diagnóstico de miomatosis uterina que se encuentren codificadas con el CIE- 10 D25.0, D25.1, D25.2 o D25.9 (leiomioma submucoso del útero, leiomioma intramural del útero, leiomioma subseroso del útero y leiomioma del útero, sin otra especificación) atendidas en la emergencia, consulta externa o en hospitalización en el departamento de Gineco-Obstetricia del "Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho, desde 1 de enero del 2021 al 31 de diciembre del 2022.
	PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		
	¿Cuáles son las características epidemiológicas en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022?	Describir las características epidemiológicas en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022.		
	¿Cuáles son las características clínicas en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022?	Describir las características clínicas en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022.		
DIMENSIÓN 2: Características clínicas Indicadores: ➤ Menorragia ➤ Dolor pélvico ➤ Presión pélvica ➤ Anemia	¿Cuáles son las características ecográficas en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022?	Describir las características ecográficas en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022.		
DIMENSIÓN 3: Características ecográficas Indicadores: ➤ Número de miomas ✓ Único ✓ Múltiple				

➤ Tipo de mioma ✓ Submucoso ✓ Intramural ✓ Subseroso ✓ Otros ➤ Ubicación de miomas ✓ Fondo ✓ Cuerpo ✓ Cérvix <u>DIMENSIÓN 4:</u> Características del tratamiento Indicadores ➤ Tratamiento quirúrgico ✓ Miomectomía abdominal ✓ Miomectomía vaginal ✓ Histerectomía abdominal total ✓ Histerectomía abdominal total con salpingooforectomía bilateral ✓ Histerectomía Abdominal total con salpingooforectomía unilateral ✓ Histerectomía subtotal	¿Cuáles son las características del tratamiento en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022?	Describir las características del tratamiento en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022.	Muestreo: No se realizó ningún tipo de muestreo, ya que se consideró el 100% de la población muestral. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos La técnica de recolección de datos es la recopilación documentaria, en este estudio se realizó la revisión de las historias clínicas. El instrumento que se uso fue la ficha de recolección de datos (Lista de cotejo). Análisis de datos Los datos fueron procesados de manera informática mediante el uso del programa Microsoft Excel versión 2019 y el paquete estadístico SPSS 25.0. Se empleo la estadística descriptiva con tablas estadísticas de frecuencia (absolutas y porcentuales); en relación a las variables cuantitativas se hizo uso de las medidas de tendencia central (media y mediana); y las medidas de dispersión (desviación estándar).
--	---	---	--

ANEXO 8
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo de vida de un individuo desde el nacimiento	Se medirá con los años cumplidos cuando se realizó el diagnóstico y que está registrado en la historia clínica.	Años	Cuantitativa	Discreta
Grado de instrucción	Nivel de estudio que logra obtener un individuo.	Nivel académico obtenido; se medirá en orden académico (sin instrucción, primaria, secundaria y superior); y que está registrado en la historia clínica.	Sin Instrucción: 0 Primaria: 1 Secundaria: 2 Superior: 3	Cualitativa	Ordinal
Procedencia	Es el territorio en el cual el individuo reside y realiza actividades cotidianas.	Lugar de donde proviene la paciente; se medirá como rural o urbano; y que está registrado en la historia clínica.	Rural: 0 Urbano: 1	Cualitativa	Nominal
Antecedente familiar	Es el historial de enfermedades de salud que se registraron en la familia.	Presenta o no antecedente de mioma uterino en la familia; y que está registrado en la historia clínica	NO: 0 SI: 1	Cualitativa	Nominal
Estado nutricional	El resultado entre el ingesta y demanda nutricional para conservar las reservas y compensar las pérdidas.	Es la condición nutricional del individuo se medirá con el índice de masa corporal (IMC): normal (IMC < 25 kg/m ²), sobrepeso (IMC=25-29.9 kg/m ²) y obesidad (IMC >=30 kg/m ²); y que está registrado en la historia clínica.	Normal: 0 Sobrepeso: 1 Obesidad: 2	Cualitativa	Ordinal
Edad de la Menarquia	Es la primera menstruación en la mujer que se da entre los 10 a 15 años.	Edad en la cual la paciente presento su primera menstruación; se medirá por intervalos en años completos: <=10 años; 11-13 años y 14-16 años; y que está registrado en la historia clínica.	<=10 años: 0 11-13 años: 1 14-16 años: 2	Cuantitativa	Por intervalo
Régimen catamenial	Es la periodicidad de sangrado menstrual de la que ocurre mensualmente.	Es la regularidad menstrual; se medirá como regular o irregular; y que está registrado en la historia clínica.	Regular: 0 Irregular: 1	Cualitativa	Nominal

Paridad	Es el total de partos por vía vaginal o por cesárea de recién nacidos vivos después de las 20 semanas o con un peso mayor a 500 gramos.	Es el total de partos de nacidos vivos; se medirá en nulípara (no tuvo partos), primípara (presento un parto) y múltipara (2 a más partos); y que está registrado en la historia clínica.	Nulípara:0 Primípara: 1 Múltipara:2	Cualitativa	Ordinal
Aborto	Es la finalización del embarazo de manera involuntaria o inducida antes de las 20 semanas.	Presenta o no perdidas gestacionales (abortos); y que está registrado en la historia clínica.	NO: 0 SI: 1	Cualitativa	Nominal
Uso de anticonceptivos	Son métodos que tienen como propósito prevenir el embarazo.	Hace uso o no de algún método para evitar el embarazo; y que está registrado en la historia clínica.	NO: 0 SI: 1	Cualitativa	Nominal
Menorragia	Es el sangrado uterino menstrual abundante (>80ml) o prolongado (>7 días)	Es la presencia o no de sangrado uterino referida por la paciente por más de 7 días durante el ciclo menstrual; y que está registrado en la historia clínica.	NO: 0 SI: 1	Cualitativa	Nominal
Metrorragia	Es el sangrado irregular en cantidad y duración variable sin relación al ciclo menstrual.	Es la presencia o no de sangrado uterino referida por la paciente no relacionada al ciclo menstrual; y que está registrado en la historia clínica.	NO: 0 SI: 1	Cualitativa	Nominal
Dolor pélvico	Dolor que se percibe por afectación de algún órgano de la región pélvica no relacionada a la menstruación.	Es la presencia o no de molestia pélvica referida por la paciente no relacionada a la menstruación; y que está registrada en la historia clínica.	NO: 0 SI: 1	Cualitativa	Nominal
Dismenorrea	Dolor uterino antes y durante la menstruación.	Es la presencia o no de dolor pélvico antes y durante la menstruación referida por la paciente; y que está registrada en la historia clínica.	NO: 0 SI: 1	Cualitativa	Nominal
Presión pélvica	Sensación subjetiva de presión a nivel de la región pélvica.	Es la presencia o no de sensación de masa pélvica referida por la paciente; y que está registrada en la historia clínica.	NO: 0 SI: 1	Cualitativa	Nominal

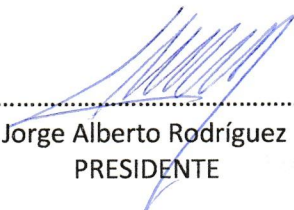
Anemia	Es la disminución de los glóbulos rojos que produce el descenso del nivel de hemoglobina.	Sera medida con los niveles de hemoglobina con los siguientes valores: sin anemia (≥ 12 g/dL), anemia leve (11.0 -11.9 g/dL), anemia moderada (8.0-10.9 g/dL) y anemia severa (< 8.0 g/dL); y que está registrada en examen hematológico.	Sin anemia: 0 Leve:1 Moderada: 2 Severa: 3	Cualitativa	Ordinal
Número de miomas	Cantidad de miomas en el útero.	Es la cantidad única o múltiple de miomas; y que está registrada en el informe ecográfico transvaginal.	Único: 0 Múltiple:1	Cualitativa	Nominal
Tipo de mioma	Es la localización de los miomas dentro de las capas del útero (miometrio o endometrio) o cérvix.	Es lugar que ocupa un mioma de acuerdo a la capa uterina, se medirá de acuerdo a la clasificación FIGO: submucoso, intramural, subseroso y otros; y que está registrada en el informe ecográfico transvaginal.	Submucoso :0 Intramural:1 Subseroso: 2 Otros:3	Cualitativa	Nominal
Ubicación de miomas.	Es la zona donde se ubica el mioma respecto a las partes del útero.	Sitio que ocupa el mioma en relación al útero, se medirá como fondo, cuerpo o cérvix; y que está registrada en el informe ecográfico transvaginal.	Fondo: 0 Cuerpo :1 Cérvix: 2	Cualitativa	Nominal
Tratamiento quirúrgico	Es la intervención operatoria para tratar de forma definitiva el mioma uterino.	Es el uso de alguna técnica quirúrgica para tratar el mioma uterino; se medirá con los tipos de miomectomía o tipos de histerectomía; y que está registrada en el reporte operatorio.	Miomectomía abdominal: 0 Miomectomía vaginal: 1 Histerectomía Abdominal total:2 Histerectomía Abdominal total con salpingooforectomía bilateral: 3 Histerectomía Abdominal total con salpingooforectomía unilateral:4 Histerectomía subtotal:5	Cualitativa	Nominal

RD. N° 956- 2024 – UNSCH -FCSA-D

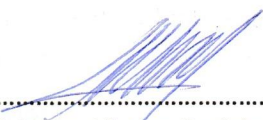
NOMBRE DE JURADOS	Nota de Tex.		Nota de Exposición		Nota de respuesta a preguntas		Promedio	
	Est. 1	Est.2	Est. 1	Est.2	Est. 1	Est.2	Est. 1	Est.2
JORGE ALBERTO RODRÍGUEZ RIVAS	16		16		16		16	
JORGE ALBERTO RODRÍGUEZ RIVAS	16		16		16		16	
ROBIN EDGARDO YKEHARA HUAMANÍ	17		17		17		17	
VÍCTOR ALEXANDER PALOMINO VARGAS	16		16		16		16	
Promedio final							16	

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, llegaron al siguiente resultado:
Aprobar a la Bachiller Luz Margarita, Ogosi Ortiz obtuvo la nota de 16 (dieciséis) respectivamente
para lo cual los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente.

Siendo las cuatro y cuarenta de la tarde, se da por concluido.



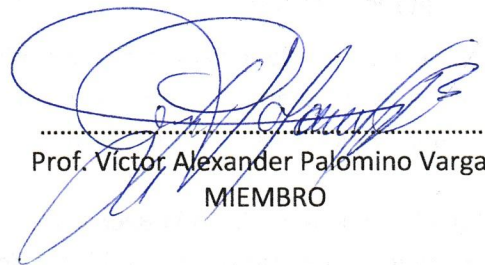
.....
Prof. Jorge Alberto Rodríguez Rivas
PRESIDENTE



.....
Prof. Jorge Alberto Rodríguez Rivas
MIEMBRO



.....
Prof. Robin Edgardo Ykehara Huamaní
MIEMBRO



.....
Prof. Víctor Alexander Palomino Vargas
MIEMBRO



.....
Prof. Fidelia Curi Sotomayor
SECRETARIO DOCENTE



UNSCH

FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD



ESCUELA PROFESIONAL
DE MEDICINA HUMANA

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El que suscribe; responsable verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado en **SEGUNDA INSTANCIA** de la Escuela Profesional de Medicina Humana; designado por la Resolución de Consejo Universitario N° 039-2021-UNSCH-CU, señalado en el MEMORANDO MÚLTIPLE N° 108-2024-UNSCH-FCSA /D, con fecha 26 de enero del 2024 deja constancia que:

Apellidos y Nombres del tesista : Ogosi Ortiz Luz Margarita
Escuela Profesional : Medicina Humana
Título de la Tesis : **Perfil clínico epidemiológico en
pacientes con miomatosis uterina
en el Hospital Regional Miguel
Ángel Mariscal Llerena de
Ayacucho 2021-2022**
Evaluación de la originalidad : **11%** de similitud

Por lo que, de acuerdo con el porcentaje establecido en el Artículo 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga **es procedente otorgar la constancia de originalidad** para los fines que crea conveniente.

Ayacucho, 16 de julio de 2024


JORGE RODRIGUEZ RIVAS
Gineco - Obstetra
C.M.P. 10689 C.N.E. 13002

Dr. Jorge Alberto Rodríguez Rivas

Director de la Escuela Profesional de Medicina Humana

Facultad de Ciencias de la Salud

(Verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado de la EPMH)

Perfil clínico epidemiológico en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021–2022

por LUZ MARGARITA OGOSI ORTIZ

Fecha de entrega: 16-jul-2024 11:02a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2417801433

Nombre del archivo: Regional_Miguel_Angel_Mariscal_Llerena_de_Ayacucho_2021-2022.pdf (739.69K)

Total de palabras: 18496

Total de caracteres: 100255

Perfil clínico epidemiológico en pacientes con miomatosis uterina en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2021-2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

11%

INDICE DE SIMILITUD

11%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Nacional de San
Cristóbal de Huamanga

Trabajo del estudiante

5%

2

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2%

3

repositorio.unsch.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

nanopdf.com

Fuente de Internet

<1%

5

biblioteca.medicina.usac.edu.gt

Fuente de Internet

<1%

6

Submitted to Universidad Andina Nestor
Caceres Velasquez

Trabajo del estudiante

<1%

7

repositorio.unica.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

8

www.gostodesermulher.com

Fuente de Internet

<1%

9

repositorio.upch.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

10

repositorio.urp.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

11

dspace.ucacue.edu.ec

Fuente de Internet

<1%

12

Submitted to Universidad Andina del Cusco

Trabajo del estudiante

<1%

13

repositorio.unapiquitos.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 30 words

Excluir bibliografía

Activo