

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSE FAUSTINO SANCHEZ CARRION

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**LEIOMIOMATOSIS UTERINA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, ASPECTOS
CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICOS. HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO.**

PERIODO 2016 - 2020.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

Bach. GARCIA MARIN ROGER DICKMAN

ASESOR:

DR. VASQUEZ ESTELA DARIO ESTANISLAO

HUACHO – PERÚ

2021

LEIOMIOMATOSIS UTERINA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, ASPECTOS CLÍNICO
EPIDEMIOLÓGICOS. HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO. PERIODO 2016 - 2020.

GARCIA MARIN ROGER DICKMAN

TESIS DE PREGRADO

ASESOR:

DR. VASQUEZ ESTELA DARIO ESTANISLAO

JURADO:

MG. PALACIOS SOLANO JACINTO JESUS

PRESIDENTE

M(O). CUEVAS HUARI EDGARDO WASHINGTON

SECRETARIO

DR. SUAREZ ALVARADO EDWIN EFRAIN

VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSE FAUSTINO SANCHEZ CARRION

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

HUACHO, 2021

DEDICATORIA

Este trabajo de tesis se lo dedico a:

Lidia, mi madre, por darme su cariño y apoyo incondicional en mi formación personal y profesional, y por ser un ejemplo para mí.

Luis, mi padre, porque desde el cielo guía cada uno mis pasos.

Sherly, mi hermana, por siempre apoyarme y alentarme en

cada una de mis decisiones, dándome ánimos y consejos

para ser una mejor persona y un mejor profesional.

Roger D. García Marín

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios por bendecir y guiar mi camino.

Al Dr. Darío Vásquez Estela, mi asesor, por su apoyo durante mi formación universitaria y ahora en la elaboración de mi tesis.

Al jurado evaluador, por sus contribuciones para la mejora de mi tesis.

A mis maestros de la Escuela de Medicina Humana, por las enseñanzas y oportunidades que me brindaron durante toda la carrera.

Al personal del Hospital Regional de Huacho, sede donde realice mi internado, que, a pesar de ser un año distinto, nos brindaron el apoyo y las facilidades para poder culminar esta etapa con éxito. A mis cointernos, mis Residentes y Médicos Asistentes por cada una de las enseñanzas, experiencias compartidas y oportunidades que han servido durante esta etapa importe de mi formación profesional y personal.

A los amigos que me dio la carrera, por el apoyo mutuo que fue de gran ayuda tanto en los buenos como en los malos momentos, y por esas ganas de superación constante a pesar de las adversidades.

Roger D. García Marín

ÍNDICE

CARÁTULA	i
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICE	v
INDICE DE TABLAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción de la realidad problemática	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema general	3
1.2.2. Problemas específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación de la investigación	5
1.5. Delimitaciones del estudio	6
1.5.1. Delimitación territorial	6
1.5.2. Delimitación de tiempo y espacio	7
1.5.3. Delimitación de recursos	7
1.6. Viabilidad del estudio	7
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	8

2.1. Antecedentes de la investigación	8
2.1.1. Investigaciones internacionales	8
2.1.2. Investigaciones nacionales	15
2.2. Bases Teóricas	19
2.2.1. Leiomiomatosis Uterina	19
2.3. Bases filosóficas	28
2.4. Definición de términos básicos	28
2.4.1. Leiomiomatosis uterina	28
2.4.2. Aspectos clínico – epidemiológicos	29
2.4.3. Frecuencia	30
2.4.4. Tratamiento quirúrgico	31
2.4.5. Complicaciones	31
2.5. Hipótesis de investigación	32
2.5.1. Hipótesis general	32
2.6. Operacionalización de las variables	33
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	40
3.1. Diseño metodológico	40
3.1.1. Tipo	40
3.1.2. Enfoque	40
3.2. Población y muestra	41
3.2.1. Población	41
3.2.2. Muestra	41
3.3. Técnicas de recolección de datos	42
3.3.1. Técnicas	42
3.3.2. Instrumentos	42

3.3.3. Procedimiento	42
3.4. Técnicas para el procedimiento de la información	43
3.4.1. Procesamiento y análisis de la información	43
3.4.2. Consideraciones éticas	43
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	44
4.1. Análisis de resultados	44
4.1.1. Aspectos clínicos de pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiosarcoma Uterino en el Hospital Regional de Huacho, 2016 – 2020.	44
4.1.2. Aspectos epidemiológicos de pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiosarcoma Uterino en el Hospital Regional de Huacho, 2016 – 2020.	46
4.1.3. Complicaciones médico-quirúrgicas de pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiosarcoma Uterino en el Hospital Regional de Huacho, 2016 – 2020.	49
4.1.4. Frecuencia de pacientes con Leiomiosarcoma Uterino según el tratamiento quirúrgico que recibieron en el Hospital Regional de Huacho, 2016 – 2020.	50
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	52
5.1. Discusión de resultados	52
5.2. Limitaciones	54
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
6.1. Conclusiones	55
6.2. Recomendaciones	56
CAPÍTULO VII. REFERENCIAS	58
7.1. Fuentes documentales	58
7.2. Fuentes bibliográficas	59
7.3. Fuentes hemerográficas	60

ANEXOS	64
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	65
Anexo 2: Autorización del Hospital Regional de Huacho para realización de tesis	67
Anexo 3: Asesoría Estadística de Tesis	68
Anexo 4: Base de datos en Microsoft Excel	69
Anexo 5: Base de datos en STATA MP V14.1	70
Anexo 6: Análisis estadístico en STATA MP V 14,1 (dofile de comandos al lado)	71
Anexo 7: Matriz de consistencia	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Aspectos clínicos de pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiosarcoma Uterino en el Hospital Regional de Huacho, 2016 – 2020.	44
Tabla 2: Aspectos epidemiológicos de pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiosarcoma Uterino en el Hospital Regional de Huacho, 2016 – 2020.	46
Tabla 3: Complicaciones médico-quirúrgicas de pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiosarcoma uterino en el Hospital Regional de Huacho, 2016 – 2020.	49
Tabla 4: Frecuencia de pacientes con Leiomiosarcoma Uterino según el tratamiento quirúrgico que recibieron en el Hospital Regional de Huacho, 2016 – 2020.	50

RESUMEN

Objetivo: Determinar los aspectos clínico epidemiológicos y las complicaciones de las pacientes con diagnóstico de Leiomiomatosis Uterina sometidas a tratamiento quirúrgico en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Huacho, durante el periodo 2016 – 2020.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, con enfoque cuantitativo. La población fue de 339 pacientes, de las cuales 247 cumplieron los criterios de inclusión. Se aplicó una ficha de recolección de datos, y para el análisis estadístico se aplicó tabla de frecuencias absolutas y relativas mediante el software STATA MP V14.1.

Resultados: La mediana del tiempo de enfermedad fue de 9 meses, la hemorragia uterina anormal (74.90%), el dolor pélvico (68.42%) y la anemia (50.20%) fueron las manifestaciones clínicas más frecuentes, el leiomioma de tipo intramural (51.42%) fue el más frecuente. El rango de edad más frecuente fue entre 30 – 59 años (93.93%). Las pacientes secundíparas (30.36%) y multíparas (28.34%) fueron las más frecuentes. Solo hubo 02 (0.81%) complicaciones intraoperatoria y dentro de las postoperatorias, la infección del sitio quirúrgico (4.45%) fue la más frecuente. La histerectomía abdominal total (77.73%) fue la intervención quirúrgica más frecuente.

Conclusiones: Los síntomas más frecuentes fueron la hemorragia uterina anormal, el dolor pélvico y la anemia. El tipo de leiomioma más frecuente fue el intramural. El rango de edad más frecuente osciló entre los 30 a 59 años. Según el tipo de tratamiento quirúrgico recibido, la histerectomía abdominal total fue la más frecuente.

Palabras claves: leiomiomatosis, clínica, epidemiología, tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

Objective: To determine the clinical-epidemiological aspects and complications of patients diagnosed with Uterine Leiomyomatosis undergoing surgical treatment in the Gynecology service of the Huacho Regional Hospital, during the period 2016-2020.

Materials and methods: Descriptive, observational and retrospective study, with a quantitative approach. The population consisted of 339 patients, of which 247 met the inclusion criteria. A data collection sheet was applied, and for the statistical analysis a table of absolute and relative frequencies was applied using the STATA MP V14.1 software.

Results: The median time of illness was 9 months, abnormal uterine bleeding (74.90%), pelvic pain (68.42%) and anemia (50.20%) were the most frequent clinical manifestations, intramural leiomyoma (51.42%) it was the most frequent. The most frequent age range was between 30 - 59 years (93.93%). Secondary (30.36%) and multiparous (28.34%) patients were the most frequent. There were only 02 (0.81%) intraoperative complications and within the postoperative ones, the surgical site infection (4.45%) was the most frequent. Total abdominal hysterectomy (77.73%) was the most frequent surgical intervention.

Conclusions: The most frequent symptoms were abnormal uterine bleeding, pelvic pain and anemia. The most frequent type of leiomyoma was intramural. The most frequent age range ranged from 30 to 59 years. According to the type of surgical treatment received, total abdominal hysterectomy was the most frequent.

Key words: Leiomyomatosis, clinical, epidemiology, surgical treatment

INTRODUCCIÓN

Los Leiomiomas Uterinos son los tumores sólidos benignos del útero de mayor prevalencia, resultan de la expansión clonal de una sola célula del miometrio (Giuliani, As-Sanie, & Marsh 2020, p. 3); en mujeres menores de 40 años aparecen en alrededor del 60% y en el 80% de mujeres antes de los 50 años, aunque según los últimos estudios la prevalencia va en incremento y depende de la edad y raza (Hernández-Valencia, Valerio-Castro, Tercero-Valdez-Zúñiga, Barrón-Vallejo, & Luna-Rojas 2017, p. 612).

Esta patología afecta negativamente la calidad de vida, así como la salud sexual y reproductiva de las mujeres que lo padecen, ya que cursan con sangrado menstrual anormal, dolor pélvico y otros síntomas como infertilidad, aumento de la frecuencia urinaria o incontinencia urinaria, distensión abdominal, estreñimiento, dispareunia y fatiga por anemia (Wise & Laughlin-Tommaso 2016, p. 2). La histerectomía es procedimiento operatorio definitivo y más frecuente que se realiza a quienes se le diagnóstica Leiomiomatosis Uterina (Hoffman, Schorge, Bradshaw, Halvorson y Schaffe, 2016 y Berek, 2012).

En el Perú, se sabe por datos estadísticos del Instituto Nacional Materno Perinatal (2020, p. 21), que la Leiomiomatosis Uterina es el diagnóstico más común entre las hospitalizaciones por afecciones ginecológicas, ya que en el 2018 representaron el 19.3% de sus egresos hospitalarios.

En el Hospital Regional de Huacho, un centro hospitalario de referencia en nuestra región, no se han realizado estudios sobre Leiomiomatosis Uterina a pesar de ser la patología ginecológica más frecuente como se ha visto en otros estudios internacionales y nacionales, por lo que esta investigación contribuye a conocer y comprender las características clínico epidemiológicas de las pacientes con Leiomiomatosis Uterina que han sido sometidas a tratamiento quirúrgico, así como las complicaciones del mismo.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

En el Hospital Regional de Huacho se atiende un número importante de mujeres que acuden al Servicio de Ginecología presentando diversas enfermedades que afectan el aparato reproductor femenino, entre las cuales se tiene a la Leiomiomatosis Uterina, miomas o fibromas, estos son los tumores benignos más comunes del útero y se constituyen de matriz extracelular, fibronectina, proteoglicanos y colágeno (Donnez & Dolmans, 2016, p. 2).

Según Hernández-Valencia et al (2017, p. 612), los leiomiomas uterinos en mujeres menores de 40 años aparecen en alrededor del 60% y en el 80% de mujeres antes de los 50 años, aunque su prevalencia está incrementando variando entre el 5-65% según la edad y raza, y a pesar de que es rara una transformación maligna, es causa de una amplia variedad de complicaciones que afectan negativamente la calidad de vida y la salud sexual y reproductiva de las mujeres, por lo que constituye una de las causas principales de consulta ginecológica.

Wise & Laughlin-Tommaso (2016, p. 2) reportan que la leiomiomatosis uterina sigue siendo el diagnóstico más común entre las hospitalizaciones por afecciones ginecológicas en mujeres de 15 a 54 años en Estados Unidos, además refieren que puede cursar con sangrado menstrual anormal, dolor pélvico y otros síntomas que repercuten negativamente la calidad de vida de las mujeres como infertilidad, aumento de la frecuencia urinaria o incontinencia urinaria, distensión abdominal, estreñimiento, dispareunia y fatiga por anemia; mientras que Bulun (2013, p. 1344) refiere que a los 50 años aproximadamente el 70% de las mujeres de raza blanca y más del 80% de las mujeres de raza negra habrán tenido al menos un leiomioma, y de estas un 15-30% desarrollarán síntomas graves, además manifiesta que los leiomiomas con frecuencia suelen causar anemia, mala implantación embrionaria, abortos

recurrentes, infertilidad, trabajo de parto pretérmino, incontinencia urinaria y pueden enmascarar tumores malignos.

En el estudio de Hernández-Valencia et al (2017, p. 612 – 613), mencionan que los leiomiomas uterinos pueden ser únicos o múltiples y aún no se conoce con exactitud el mecanismo de su crecimiento; sin embargo, se han descrito algunos componentes cromosómicos XX normales, con translocaciones de los cromosomas 12 y 14, afectación del gen HMA2 y HMGA1, con origen en el cromosoma 6, pero un aspecto del que si no hay dudas es que estos tumores son hormono-dependientes.

Recientes investigaciones señalan que además de las ya conocidas manifestaciones y complicaciones de la leiomiomatosis uterina, se tienen también que considerar su posible extensión a la vena ilíaca, la vena cava inferior e incluso a nivel intracardiaco, entre otras complicaciones, por las cuales, se hace necesario diagnosticar y tratar esta patología en forma oportuna (Yano, Katoh, Nakajima, Iwanaga, Kin, Kozawa, & Yasuda, 2020, p. 1).

En una revisión realizada por Metwally, Raybould, Cheong & Horne (2020, p.1-2), se comparó los efectos sobre los resultados reproductivos de la miomectomía versus ninguna intervención y encontraron que no es posible establecer si la miomectomía mejora la tasa de embarazo clínico para leiomiomas intramurales, submucosos, intramurales/subseroso o intramurales/submucosos; así mismo no se puede afirmar con exactitud si la miomectomía disminuye la tasa de aborto espontáneo para los leiomiomas intramurales, submucosos, intramurales/subseroso o intramurales/submucosos. De este estudio no se obtuvieron datos acerca de la tasa de recién nacidos vivos, partos pretérminos, embarazos en curso o cesáreas en las pacientes operadas por esta patología. Mientras que Wise & Laughlin-Tommaso (2016, p. 2), reportan que en Estados Unidos la leiomiomatosis sintomática aproximadamente representa el 30% de histerectomías entre mujeres de 18-44 años y conlleva un costo anual

por atención médica de \$ 9.4 mil millones de dólares, mencionan también que entre 1997 al 2005, la tasa de histerectomías disminuyó del 31.4% al 26.9% mientras que en el mismo periodo aumentaron las tasas de embolización de la arteria uterina y miomectomías.

Datos estadísticos acerca de la prevalencia de Leiomiomatosis Uterina en el Perú, según el Instituto Nacional Materno Perinatal (2020, p. 21) refieren que del Departamento de Ginecología constituye el 6.7% de la consulta externa y el 19.3% de los egresos hospitalarios en el 2018. En el Hospital Regional de Huacho, de manera frecuente se atienden pacientes a quienes se les diagnostica Leiomiomatosis Uterina, que cursan con sangrados vaginales abundantes, dolor pélvico, anemia, problemas reproductivos, entre otros, y la mayoría de ellas se someten a tratamiento quirúrgico como miomectomía o histerectomía. Actualmente se ha encontrado estudios relacionados a esta patología en otras ciudades de nuestro país, mas no en la nuestra, así pues, el propósito del presente estudio es investigar los aspectos clínico epidemiológicos alrededor del tratamiento quirúrgico de la Leiomiomatosis Uterina en las pacientes atendidas en nuestro hospital.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los aspectos clínico epidemiológicos y las complicaciones de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico de la Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho, durante el periodo 2016 – 2020?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son los aspectos clínicos de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico de Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2016 – 2020?

¿Cuáles son los aspectos epidemiológicos de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico de Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2016 – 2020?

¿Qué complicaciones se presentan en las pacientes con Leiomiomatosis Uterina que han sido sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2016 – 2020?

¿Cuál es la frecuencia de pacientes con Leiomiomatosis Uterina según el tratamiento quirúrgico que recibieron en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2016 – 2020?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar los aspectos clínico epidemiológicos y las complicaciones de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico de la Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho, durante el periodo 2016 – 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar los aspectos clínicos de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico de la Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2016 – 2020.

Describir los aspectos epidemiológicos de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico de la Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2016 – 2020.

Establecer las complicaciones que presentan las pacientes con Leiomiomatosis Uterina que han sido sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2016 – 2020.

Precisar la frecuencia de pacientes con Leiomiomatosis Uterina según el tratamiento quirúrgico que recibieron en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2016 – 2020.

1.4. Justificación de la investigación

En el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Huacho de manera frecuente se realizan miomectomías o histerectomías a pacientes que son diagnosticadas con Leiomiomatosis Uterina, contando con personal médico calificado para atender esta patología conforme lo recomiendan los protocolos y las guías de atención, sin embargo, con cierta frecuencia se presentan complicaciones requiriendo de mayor tiempo de hospitalización, vigilancia y seguimiento para su tratamiento más oportuno.

La relevancia científica del estudio, se basa, en que para su realización nos basamos en los fundamentos teórico – epidemiológicos, que han permitido establecer la frecuencia de la enfermedad y determinar los aspectos epidemiológicos, clínicos y las complicaciones del tratamiento quirúrgico que se presentan en las pacientes, la obtención de los resultados va a permitir que se mejoren los protocolos de atención a las pacientes y asimismo, a partir de nuestros resultados se motiva al desarrollo de nuevas investigaciones sobre el tema.

La relevancia social de la investigación, se sustenta porque la Leiomiomatosis Uterina, se presenta con una frecuencia que oscila del 5 al 65% de mujeres según edad y raza, pero esta patología puede ser causa de anemia, mala implantación embrionaria, infertilidad, abortos recurrentes, trabajo de parto pretérmino, incontinencia urinaria entre otras, así también existe el riesgo de que enmascaren el desarrollo de una enfermedad maligna y otras complicaciones que al parecer están relacionadas con el tamaño, localización y número de leiomiomas, pero conforme la enfermedad progresa, existe mayor riesgo de complicaciones y de mayor afectación a la capacidad funcional y calidad de vida de las mujeres.

La relevancia práctica de la investigación, se basa en que el Hospital Regional de Huacho, es un establecimiento de nivel II-2, y por tanto es un nosocomio de referencia de puestos y centros de salud aledaños a la zona, y de las provincias cercanas como son Barranca, Huaral y Oyón, por tanto, a partir de los resultados obtenidos y del mejor conocimiento sobre esta patología en base al aporte de un marco teórico actualizado y de las recomendaciones que realizamos, se podrá optimizar la atención que se brinda actualmente a las pacientes, resultando beneficiaria toda la población de la zona de influencia del establecimiento.

La realización del estudio ha sido factible, porque se ha dispuesto de todos los recursos necesarios para su ejecución.

1.5. Delimitaciones del estudio

1.5.1. Delimitación territorial

Región: Lima Provincias.

Provincia: Huaura.

Distrito: Huacho.

Lugar: Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Huacho.

Dirección: Calle José Arámbulu La Rosa N° 251 – Amay.

Coordenada Este: 11.1151056

Coordenada Norte: 77.6075718

Cota (msnm): 32

Sistema de coordenadas: WGS 1984 UTM Zona 18S

Proyección: Transverse Mercator

Datum: WGS 84

1.5.2. Delimitación de tiempo y espacio

La investigación se realizó en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Huacho, e incluyó los casos atendidos durante el periodo entre el 01 de enero del año 2016 al 31 de diciembre del año 2020.

1.5.3. Delimitación de recursos

Durante el desarrollo del estudio, se presentaron limitaciones, tales como que algunas historias clínicas no contenían todos los datos necesarios para la evaluación de las variables.

1.6. Viabilidad del estudio

El estudio que se ha realizado tiene viabilidad temática, porque existe un cuerpo de conocimientos teórico – prácticos que dan el soporte bibliográfico actualizado pertinente para el desarrollo de la investigación; asimismo se cuenta con antecedentes investigativos que han permitido realizar el análisis y la comparación de los resultados obtenidos.

Se tiene viabilidad económica, dado que el investigador ha dispuesto de los recursos necesarios para el desarrollo de la investigación y, por tanto, la ejecución no supuso costo alguno para la institución de salud.

Se tiene viabilidad administrativa, porque se contó con la autorización del Director Ejecutivo, así como también de la jefa de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación y del jefe de la Unidad de Estadística e Informática del Hospital Regional de Huacho.

Finalmente se tiene viabilidad técnica porque existe el registro adecuado de las pacientes que han sido sometidas al tratamiento quirúrgico de la Leiomiomatosis Uterina durante el periodo de estudio y las historias clínicas se encontraron debidamente archivadas, de manera tal, que una vez que se contó con la aprobación del Proyecto de Investigación, se pudo acceder a las fuentes de información requeridas.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Investigaciones internacionales

Calaf, Palacios, Cristóbal, Cañete, Monleón, Fernández, Hernández & Vázquez (2020), España. “Validation of the Spanish version of Quality the Uterine Fibroid Symptom and of Life (UFS-QoL) questionnaire in women with uterine myomatosis”, validaron el cuestionario “Síntomas y Calidad de Vida en los Miomas Uterinos (SCdV-MU)” versión española, en mujeres con diagnóstico de leiomiomatosis uterina, para evaluar la gravedad de los síntomas e impacto en la calidad de vida. Estudio de tipo epidemiológico observacional multicéntrico, que tuvo una población de 619 mujeres con leiomiomatosis uterina (91.6%) y 57 sin leiomiomatosis (8.4%), con edades entre 30-50 años; la media del IMC fue 24.6 ± 4.28 kg/m², el 86% de las pacientes fueron de raza caucásica, un 11.6% hispanoamericana y un 1.6% de raza africana. Concluyeron que: *“La versión española del cuestionario SCdV-MU, aplicada en una población española, ha demostrado ser una herramienta fiable y viable para diferenciar las pacientes con leiomiomatosis uterina con diferentes grados de síntomas y valorar el impacto de la gravedad de estos síntomas en la calidad de vida relacionada con la salud, encontrando que esta enfermedad afecta de forma significativa la calidad de vida de las mujeres afectadas”*.

Monet, Cora, Hernández del Sol & Fundora (2020), Cuba. “Histerectomía videolaparoscópica”, evaluaron los aspectos clínicos y epidemiológicos de las pacientes sometidas a histerectomía videolaparoscópica. Estudio descriptivo y prospectivo que incluyó 96 pacientes. Concluyeron que: *“Las edades predominantes están comprendidas entre 40 y 49 años; 51 pacientes eran de raza negra, 87 del total tuvieron diagnóstico de miomatosis uterina, el tiempo quirúrgico fue de 61-90 minutos en 57 pacientes y la estadía hospitalaria*

fue de hasta 24 horas en 93 de las pacientes; hubo tres complicaciones, pero en ningún caso se requirió conversión”.

Metwally, Raybould, Cheong & Horne (2020), Estados Unidos. “Surgical treatment of fibroids for subfertility”, recopiló y analizó los resultados de cuatro ensayos clínicos que incluyeron 442 participantes. Únicamente un ensayo comparó la miomectomía versus ninguna miomectomía, y los otros tres compararon diferentes métodos quirúrgicos para realizarla. Al someterse a una miomectomía, la evidencia actual no indica un método superior (laparoscopia, laparotomía o sistemas electro-quirúrgicos) para mejorar las tasas de nacidos vivos, parto prematuro, embarazo clínico o en curso, aborto espontáneo o cesárea. Además, la evidencia existente debe considerarse con cautela por el reducido número de eventos y estudios. Concluyeron que: *“No hay pruebas suficientes acerca de los beneficios de la miomectomía en la infertilidad en mujeres con leiomiomas uterinos”.*

Yano, Katoh, Nakajima, Iwanaga, Kin, Kozawa, & Yasuda (2020), Japón. “Uterine intravenous leiomyomatosis with an isolated large metastasis to the right atrium: a case report”, reportaron un tipo especial de leiomioma uterino, la leiomiomatosis intravenosa, que se caracteriza por la formación de tejido leiomiomatoso benigno dentro de la pared vascular. Aunque histológicamente benigna, la metástasis intracardíaca puede provocar falla circulatoria y la muerte si no es tratada. Presentaron un caso de leiomiomatosis intravenosa con una metástasis adherente grande aislada en la aurícula derecha del corazón en una japonesa de 52 años a quien se le identificó una masa uterina de 27 cm en la imagen clínica, en la ecocardiografía preoperatoria se visualizó una masa de 78 × 47 mm en la aurícula derecha. La resección de la masa intracardíaca y anuloplastia tricuspídea se realizaron como cirugía de primera etapa, el pedículo del tumor estaba adherido a la pared del atrio. En el examen histológico, se encontró que el tumor estaba formado por células fusiformes con citoplasma eosinofílico sin atipia, pero con un cambio mixoide y rica microvascularización

del pedículo. Como cirugía de segundo tiempo se realizó histerectomía abdominal total, con confirmación del diagnóstico de leiomiomatosis uterina intravenosa con lesión metastásica aislada en aurícula derecha. Transcurridos 15 meses posteriores a la cirugía no ha habido evidencia de recurrencia tumoral. Concluyeron que: *“Los tumores metastásicos de leiomiomatosis intravenosa tienen el potencial, a través de su vascularización, de crecer”*.

Monleón, Cañete, Caballero, Del Campo, Doménech, Losada, Calaf, & EME Study Group (2018), España. “Epidemiology of uterine myomas and clinical practice in Spain: An observational study”, evaluaron las características clínicas, posibles factores de riesgo, la evolución de los síntomas, descripción de los abordajes terapéuticos e impacto en la calidad de vida 6 meses después de su inclusión en el estudio, en pacientes españolas con leiomiomatosis uterina sintomática que acudieron a consulta con el ginecólogo. Estudio observacional, no intervencionista, epidemiológico y multicéntrico. Se obtuvo datos de 569 pacientes (1022 leiomiomas) en 56 centros hospitalarios en España, el 85% tuvieron entre 1 y 3 leiomiomas intramurales y subserosos predominantemente. Los síntomas más frecuentes fueron sangrado menstrual abundante y dolor pélvico, la media de gravedad de los síntomas en el cuestionario UFS-QoL fue 50.89 ± 20.85 . El 60.5% tenían indicación quirúrgica (55.8% miomectomías y 40.4% histerectomías) y el resto siguieron otras terapias. Después de 6 meses de tratamiento, todas habían experimentado una disminución de los síntomas y mejora en la calidad de vida. Por lo tanto, concluyeron que: *“Los síntomas más frecuentes fueron sangrado menstrual abundante, dolor pélvico o abdominal y dismenorrea, la calidad de vida se deterioró reflejando una gran angustia por los síntomas y que la cirugía era el principal abordaje terapéutico para el manejo. Los tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos logran mejoras relevantes en la gravedad de los síntomas y la calidad de vida”*.

Foth, Röhl, Friedrich, Tylkoski, Rabe, Römer, Kitay, & Ahrendt (2017), Alemania. “Symptoms of uterine myomas: data of an epidemiological study in Germany”, tuvieron

como objetivo obtener datos de prevalencia sobre la leiomiomatosis uterina y sus síntomas, se examinaron 2296 mujeres mediante ecografía transvaginal, con un rango de edad 30-90 años (media de 49.3 años). De ellas, se evaluaron 1314 pacientes premenopáusicas entre 30 a 55 años para precisar el tipo y frecuencia de los síntomas relacionados con los leiomiomas y su relación con los factores anamnésicos, el número, tamaño y ubicación. Obtuvieron como resultados que la prevalencia de diagnóstico de leiomiomatosis uterina fue en casi una de cada dos mujeres premenopáusicas (48.6%), la frecuencia aumentó continuamente con la edad y fue más mayor en mujeres entre 46 y 50 años (65.2%), además se encontró que la edad en sí misma era el factor de riesgo principal para la presencia de leiomiomas. Con respecto a los síntomas, el 54.3% de las mujeres sufría síntomas relacionados con el leiomiomas; los 4 principales síntomas que se identificaron fueron sangrado menstrual abundante en un 40.7%, dismenorrea un 28.2%, dolor abdominal bajo en un 14.9% y 14.1% sangrado intermenstrual; los síntomas en la mayoría de los casos se presentaron en simultáneo, se observó también que los síntomas no siguieron una tendencia clara relacionada con la edad, mientras que el número y tamaño de los leiomiomas determinaron la presencia de síntomas, la ubicación de los leiomiomas fue el factor que principalmente influyó en la presencia de sangrado intermenstrual. Llegaron a la conclusión que: *“La alta prevalencia resalta la importancia del diagnóstico de leiomiomatosis uterina en la consulta ginecológica, en el 46.5% la presencia de 1 solo leiomioma provocó síntomas y en el 39.5% los leiomiomas pequeños de hasta 2 cm de diámetro desarrollaron síntomas”*.

Stewart, Cookson, Gandolfo & Schulze-Rath (2017), Estados Unidos. “Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review”, evaluaron mediante una revisión sistemática la epidemiología y factores de riesgo de la leiomiomatosis uterina. Analizaron datos de 60 publicaciones, donde examinaron estudios observacionales con más de 1000 pacientes y estudios de un solo centro con más de 100 pacientes. Como resultados obtuvieron una

incidencia de 217 - 3745 casos por 100000 mujeres año y una prevalencia de 4.5 - 68.6%. El único factor que se informó recurrentemente que aumentaba el riesgo de leiomiomatosis uterina fue la raza negra 2 a 3 veces en comparación con la raza blanca. Otros 11 factores afectaron el riesgo de leiomiomatosis uterina en una magnitud similar o mayor que la raza. Aumentaron el riesgo de leiomiomatosis uterina: la edad, el estadio premenopáusico, la hipertensión, antecedentes familiares, el tiempo transcurrido desde el último parto y la ingesta de aditivos alimentarios y leche de soja; mientras que el uso de anticonceptivos orales o inyectable de depósito acetato de medroxiprogesterona, el tabaquismo en mujeres con IMC bajo y la paridad redujeron el riesgo de leiomiomatosis uterina. Concluyeron que: *“Se identificaron 12 factores de riesgo importantes en la epidemiología, el factor de riesgo con mayor evidencia es la raza negra, además se necesitan datos prospectivos observacionales para mejorar la comprensión de la epidemiología y, por tanto, la etiología y manejo óptimo de la leiomiomatosis uterina”*.

Ahrendt, Tylkoski, Rabe, Szczes, Friedrich, Roehl, Kitay, Roemer, & Foth (2016). Alemania. “Prevalence of uterine myomas in women in Germany: data of an epidemiological study”, estudio prospectivo que evaluó la prevalencia de leiomiomatosis, mediante ecografía transvaginal, en pacientes mayores de 30 años, con una población de 2296 pacientes. Obtuvieron como resultados que en el 41.6% se detectaron leiomiomas, y que la prevalencia aumentó del 21.3% (30-35 años) al 62.8% (46-50 años) con el aumento de la edad, luego el número disminuyó del 56,1% (51-55 años) al 29,4% (mayores de 55 años). Tampoco se pudo encontrar correlación entre la menarquia o el IMC y la aparición de leiomiomas. Además, dado que las nulíparas y las mujeres con más de 4 partos se destacan por una mayor aparición de leiomiomas, parece existir una correlación no lineal. Se concluyó que: *“Los resultados, en Alemania, sugieren que más del 40% de las mujeres mayores de 30 años padecen leiomiomas y más del 50% de todas las mujeres pueden desarrollarlo en algún momento de su vida”*.

Sparic, Mirkovic, Malvasi, & Tinelli (2016), Serbia. “Epidemiology of uterine myomas: a review”, revisaron los datos epidemiológicos relacionados con el desarrollo de leiomiomas, en estudios entre 1990-2013, con el fin de homogeneizar los datos hasta la fecha. Encontraron que muchos factores epidemiológicos de leiomiomatosis uterina están relacionados con su desarrollo; sin embargo, aún muchos no se comprenden completamente. Dentro de estos factores se incluyen a la edad debido que los leiomiomas en las pacientes en edad reproductiva se diagnostican en el 20-25% de ellas y en mayores de 40 años en el 30-40%, las pacientes con una menarquia a menor edad tiene un riesgo elevado de desarrollarlos; se evidencio que en las mujeres de raza negra los leiomiomas suelen ser diagnosticadas a una menor edad, estos suelen ser múltiples, de mayor tamaño y con síntomas más graves que en otros grupos étnicos, por lo que son sometidas a histerectomías o miomectomías a una menor edad en comparación con las mujeres de raza blanca, pero la recidiva de los leiomiomas después del embarazo es más frecuente en las de raza blanca que en las de raza negra. Se piensa que la genética tiene un rol importante en el crecimiento de múltiples leiomiomas en el mismo útero. Se determinó que existe una asociación inversa entre la paridad con el riesgo de leiomiomas ya que son más comunes en nulíparas, pero el exceso de peso y la obesidad parecen disminuir esta asociación inversa. Se examinó que algunos estudios epidemiológicos encontraron que la obesidad y la diabetes mellitus tienen un mayor riesgo de desarrollo de leiomiomas, además se determinó una reducción del riesgo de su formación en mujeres que realizan ejercicio físico y tienen un peso corporal normal. Concluyeron que: *“Se necesita una investigación más profunda para determinar los factores de riesgo asociados con la aparición y el crecimiento de los leiomiomas, ya que causan una morbilidad significativa y perjudican la calidad de vida de las mujeres”*.

Morales y Pérez (2017), Nicaragua. “Complicaciones transoperatorias más frecuentes en mujeres sometidas a histerectomía por miomatosis uterina en el Hospital Bertha Calderón

Roque en el periodo Julio-Diciembre del 2016”, tuvieron como objetivo la identificación de las complicaciones transoperatorias más comunes en pacientes intervenidas mediante histerectomía abdominal total por leiomiomatosis uterina en el Hospital Bertha Calderón Roque de julio a diciembre del año 2016. Estudio transversal y descriptivo, con una población de 70 pacientes; de las cuales el 52.9% se encontró en el intervalo de 41-50 años de procedencia urbana, con nivel académico primario incluido, el 84.3% eran amas de casa, la menarquia inició entre los 9-11 años (63%), el 46.7% usó anticonceptivos hormonales, 46% fueron multigestas y el 4% tuvo antecedentes oncológicos de primer grado; el 12.5% tuvieron hipertensión arterial, 11.4% diabetes mellitus y 4.2% dislipidemia; al respecto de las complicaciones transoperatorias el 1.4% sufrió de lesión ureteral y el 5.7% tuvo shock hipovolémico. Concluyeron que: *“El 100% de la muestra fue operación abierta y en comparación con los antecedentes anteriormente citados el porcentaje de complicaciones transoperatorias de histerectomía total abdominal es relativamente baja de acuerdo con los antecedentes que mostraban un 12.5% de complicaciones en países desarrollados”*.

Cedeño y Cornejo (2016), Ecuador. “Miomatosis uterina: Frecuencia y características clínico-ecográficas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2010 – 2014”, tuvieron como objetivo determinar la frecuencia y características clínicas y ecográficas de pacientes con leiomiomatosis uterina en el Hospital Vicente Corral Moscoso (2010- 2014). Estudio descriptivo y retrospectivo, con una población de 303 pacientes; se obtuvo como resultados que el 90.1% eran mayores de 35 años (media de 43.31), los leiomiomas más frecuentes fueron los intramurales en un 50.8% y 74.6% tuvo sangrado transvaginal, siendo el síntoma más frecuente. Concluyeron que: *“La frecuencia de leiomiomatosis uterina fue de 6.1%, las características de la población son mujeres casadas de 45 años, multíparas de etnia mestiza, el signo más frecuente fue el sangrado transvaginal y el síntoma fue el dolor en hipogastrio; con respecto al reporte ecográfico, el leiomioma intramural fue el de mayor frecuencia”*.

2.1.2. Investigaciones nacionales

Rojas (2020), Huancayo. “Características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y de tratamiento de los miomas uterinos en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2018”, determinó en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo en el 2018, las características clínicas, epidemiológicas, de diagnóstico y tratamiento de los leiomiomas uterinos. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, que evaluó a 420 pacientes (190 cumplieron con los criterios de inclusión). Obtuvieron como resultados que; el promedio de la edad fue 41.83 años, el 58.9% fueron multíparas, 90.5% no tuvieron menarquía temprana, 94.2% sin algún antecedente familiar y el 46.3% presentaron un IMC en el rango de 26 a 30 kg/m²; con respecto a los síntomas, la hemorragia uterina anormal fue la más común (92.1%), seguido del dolor pélvico (60.5%), presión pélvica (34.4%) y efectos en la reproducción (13.4%); según la ecografía, el leiomioma único se presentó en el 60.5%, el de tipo intramural representó el 44.2% y la media del tamaño fue 4.9 cm; con respecto al tratamiento, el tratamiento médico-farmacológico lo recibieron el 44.7% y seguido el tratamiento quirúrgico como la histerectomía en el 35.3% y al 20% se le realizó la miomectomía. Llego a la conclusión que: *“La edad promedio para las mujeres con leiomioma uterino es 41.83 años, la mayoría tuvo sobrepeso, eran multíparas, sin antecedentes familiares ni menarquía temprana; el sangrado uterino anormal fue el síntoma más frecuente, seguido de la dismenorrea e incontinencia urinaria; por hallazgo ecográfico los leiomiomas fueron intramurales y únicos, con 4,9 cm de promedio en su tamaño mayor; finalmente, el tratamiento que recibieron fue el tratamiento farmacológico antes que el quirúrgico”*.

Chacón de Velasco (2019), Lima. “Factores asociados a miomatosis uterina en pacientes del Hospital de Vitarte, 2014-2018”, determinó en el servicio de Ginecología del Hospital de Vitarte (2014-2018), los factores asociados a la leiomiomatosis uterina. Se trató de un estudio analítico transversal que incluyó 274 pacientes, de las cuales el 75.91% era de

Lima, la edad promedio fue de 46.55 años (DS de 6.11 años), el 62% tuvieron obesidad, el 28.57% fueron de raza negra, el 77.27% tuvieron antecedentes familiares, un 59.65% usaba anticonceptivos, el 62.5% consumió tabaco, el 56.25% y el 50% tenían antecedentes de diabetes e hipertensión arterial respectivamente; cuando se realizó el análisis bivariado y multivariado se obtuvo una asociación para leiomiomatosis uterina con respecto a la edad y la obesidad. Concluyó que: *“Los factores asociados estadísticamente a la leiomiomatosis uterina fueron la edad y la obesidad”*.

Martínez (2018), Lima. “Hipertensión arterial como factor de riesgo para miomatosis uterina en pacientes de 30 a 50 años en el servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Nacional Hipólito Unánue, 2013 – 2017”, evaluó en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en Lima (2013 al 2017), la asociación entre la Hipertensión Arterial y la Leiomiomatosis Uterina en mujeres de 30 a 50 años. Estudio analítico, observacional, retrospectivo de tipo casos y controles. El universo fue de 668 mujeres (334 casos y 334 controles), escogidas mediante muestreo aleatorio; el análisis entre la asociación de la hipertensión arterial y la leiomiomatosis uterina encontró una diferencia significativa (prueba del χ^2 , $p < 0.005$), además se encontró un OR igual a 1.667 (IC 95% = 1.42 - 1.95 y $p < 0.05$), siendo que las pacientes hipertensas tienen 1.667 más riesgo para tener leiomiomatosis uterina que aquellas que no son hipertensas. Por lo tanto, concluyeron que: *“Se determinó que la hipertensión arterial está asociada a la leiomiomatosis uterina, siendo un factor de riesgo en mujeres de 30 a 50 años en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, durante los años 2013 -2017”*.

Riveros (2018), Iquitos. “Factores clínicos y epidemiológicos asociados al mioma uterino en el Hospital Regional de Loreto en el periodo enero 2012 a diciembre 2014”, su objetivo fue determinar, en el Hospital Regional de Loreto, la asociación entre los factores clínicos y epidemiológicos con el leiomioma uterino. Estudio descriptivo, transversal,

correlacional y retrospectivo, tuvieron una muestra de 183 pacientes. Como resultados obtuvieron que de las pacientes, la edad entre 41-50 años fue un 67.2%, la menarquía del 56.3% fue normal y en el 8.7% fue precoz, el 79.8% tuvo un ritmo menstrual regular, en lo que respecta a las alteraciones menstruales la más común fue la menorragia (47.5%), el 86.3% fueron multíparas, no sufrieron de abortos en el 61.2%, el 74.3% no usó métodos anticonceptivos, el 79.8% se realizó Papanicolaou, el 42.1% se presentó dolor pélvico moderado, tumor abdominal en el 56.3% no fue palpable, en otras manifestaciones el 48.1% tuvo polaquiuria, el 36.1% anemia leve, el 10.9% obesidad y el 96.7% no tenía antecedentes de consumo de tabaco. Llego a la conclusión que: *“Se encontró que los factores clínicos y epidemiológicos están asociados al leiomioma uterino en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Loreto, en el periodo 2012-2014.”*

Salazar (2017), Trujillo. “Obesidad como factor de riesgo para leiomiomatosis uterina”, evaluó si la obesidad en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo es un factor de riesgo para leiomiomatosis uterina; fue una investigación retrospectiva de casos y controles, que incluyó 88 casos con diagnóstico ecográfico de leiomiomatosis uterina y 176 controles que no tuvieron diagnóstico ecográfico de leiomiomatosis uterina. Encontraron que 52 pacientes tuvieron leiomiomatosis uterina y obesidad con un nivel de asociación estadísticamente significativo, con un $\chi^2 = 16.4883$ ($p < 0.001$) y un OR = 2.94. Es así que concluyó que: *“Para la leiomiomatosis uterina, la obesidad es un factor de riesgo”*

Arqueros (2016), Trujillo. “Características clínicas, epidemiológicas y ecográficas de los miomas uterinos en el Hospital Regional Docente de Trujillo periodo 2011 – 2015”, describió entre el 2011 al 2015 en el Hospital Regional Docente de Trujillo las características clínicas, epidemiológicas y ecográficas de las pacientes con leiomiomatosis uterina. Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, conto con una población de 339 pacientes (177 cumplieron los criterios de inclusión). Del análisis de los resultados se obtuvo que 43.7 años

fue la edad promedio, las multíparas fueron el 70.1% y el 98.3% no tenían antecedentes familiares ni menarquia temprana; de los síntomas, se encontró que el 80.8% tuvo menorragia, 70.6% dolor pélvico, el 33.9% síntomas de presión pélvica y el 15.8% problemas en la reproducción, con respecto a la ecografía, el 67.8% fueron leiomiomas únicos, el 48.5% leiomiomas intramurales, y el promedio del tamaño fue 5.9 cm. Se concluyó que: *“La mayoría las pacientes fueron multíparas, sin antecedentes familiares ni de haber tenido una menarquia temprana, de los síntomas se determinó que la menorragia fue la más frecuente seguido por el dolor pélvico; y ecográficamente el leiomioma intramural fue el predominante y el tamaño fue menos de 5 cm en el mayor porcentaje de las pacientes”*.

Mejía (2014), Lima. “Características clínicas de las pacientes con miomatosis uterina intervenidas quirúrgicamente en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central”, tuvo como objetivo conocer las características clínicas de las mujeres intervenidas quirúrgicamente por leiomiomatosis uterina entre el 2003 al 2013 en el Hospital Militar Central. Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, conto con una población de 188 pacientes, de las cuales en el 60% el rango de edad estuvo entre 35-49 años, se presentó sangrado vaginal y dolor pélvico en el 47% y solo sangrado o alteraciones relacionadas en el 35%; con respecto a la localización de los leiomiomas, el intramural fue el más predominante (57%), seguido por el submucoso (16%) y el subseroso (14%), la ubicación más común estuvo en el cuerpo (59%), el tamaño osciló entre 2.1-5 cm en el 42%, el 51% tenía sobrepeso y el 23% obesidad. Concluyó que: *“La edad más frecuente osciló entre 35-49 años, los síntomas más frecuentes fueron sangrado y dolor pélvico, según el IMC predominó el sobrepeso”*.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Leiomiomatosis Uterina

Los leiomiomas uterinos, fibromas o miomas son los tumores sólidos benignos del útero de mayor prevalencia, se originan a partir de la expansión clonal de una sola célula en el miometrio (Giuliani et al 2020, p. 3). Hernández-Valencia et al (2017, p. 612), refieren que los leiomiomas se constituyen de matriz extracelular, fibronectina, proteoglicanos y colágeno; aparecen en mujeres menores de 40 años aparecen en alrededor del 60% y en el 80% de mujeres antes de los 50 años, y en 2-3% pueden ser causa de infertilidad.

Stewart & Laughlin-Tommaso (2021a) al igual que Arcos, Arcos & Flores (2018, p. 33), señalan que hasta la actualidad la patogenia de la leiomiomatosis uterina no se comprende del todo bien, pero hay indicios que el origen es multifactorial, teniendo como factores asociados a la predisposición genética, factores ambientales, hormonas esteroideas y factores de crecimiento relevantes en los procesos de angiogénesis y fibróticos, que tienen un rol fundamental en la formación, desarrollo y crecimiento de los leiomiomas. Se ha sugerido que al menos dos componentes diferentes contribuyen a la formación y crecimiento de los leiomiomas, estos son cambios anormales de los miocitos normales debido a mutaciones somáticas y al crecimiento anormal de tumores clínicamente aparentes. La vía común del leiomioma comienza cuando cambia la estructura y función del endometrio, lo que provoca cambios histológicos como un aumento de la distribución vascular en el endometrio y el útero, lo que da origen al sangrado excesivo en úteros con leiomiomas. Con respecto al factor genético, el 40% de los leiomiomas muestran anomalías cromosómicas como translocación entre los cromosomas 12 y 14, delección de los cromosomas 7q, 3q y 1q, trisomía del cromosoma 12 y reordenamientos de los cromosomas 6q, 10q y 13q (Chacón de Velasco, 2019, p. 16 – 17 y Berek, 2012, p. 439). Según Stewart & Laughlin-Tommaso (2021a), un

gran porcentaje de los leiomiomas surgen de mutaciones somáticas, siendo el grupo más común la subunidad 12 del complejo mediador (MED12), seguido por el grupo de gancho AT de alta movilidad (HMGA1 y HMGA2) y el colágeno tipo IV, -5 y -6 (COL4A5 y COL4A6), se ha visto también que las mutaciones heredadas en el gen de la fumarato hidratasa (FH) comprenden un subgrupo importante de leiomiomas con estos individuos y sus familias, en riesgo de leiomiomatosis hereditaria y síndrome de carcinoma de células renales (HLRCC), el cual es un síndrome autosómico dominante poco común que se caracteriza por leiomiomas uterinos y cutáneos y una forma agresiva de carcinoma de células renales papilares, además existe alguna evidencia de relaciones genotipo/fenotipo en los leiomiomas, incluyendo que las mutaciones de MED12 parecen estar asociadas con leiomiomas pequeños. Las hormonas esteroideas gonadales tienen una importante influencia en la patogenia del leiomioma, de ellas la progesterona parece ser la más importante; los receptores de progesterona en los leiomiomas están regulados al alza en comparación con las del miometrio normal, y el receptor estrógeno parece regulado al alza en todos los leiomiomas y el receptor de estrógeno a veces está regulado al alza en varios grupos étnicos. Las células madre tienen pocos receptores para las hormonas esteroideas en comparación con las células miometriales maduras. Con respecto a las anomalías vasculares, se conoce que el útero con leiomiomas tiene un número mayor de arteriolas y vénulas, así como ectasia venular (dilatación), es posible que la hipoxia de las células musculares uterinas durante la menstruación puede promover la transformación de las células musculares normales en anormales y, por tanto, en leiomiomas. También se ha visto que los leiomiomas pueden verse como un proceso fibrótico con anomalías de la matriz extracelular en muchos niveles.

En cuanto a sus características epidemiológicas, según Giuliani et al (2020, p. 3) la prevalencia de los leiomiomas ha sido subestimada por los estudios epidemiológicos que principalmente se enfocaron en mujeres con síntomas, dejando atrás una gran población de

mujeres asintomáticas y de las que no reportan sus síntomas, además refieren que la prevalencia varía entre los diferentes estudios y países (4.5% -68.6%) según el tipo de investigación, el método de diagnóstico y la demografía racial-étnica de la población estudiada. Arcos et al (2018, p. 33) indican que el número limitado de estudios longitudinales dificulta la determinación de la incidencia; la prevalencia estimada es 9.2 por cada 1000 mujeres, con una alta prevalencia entre las mujeres negras de hasta 30.6 por cada 1000 mujeres en comparación con el 8.9 en las mujeres blancas. Sin embargo, otros estudios han demostrado que hasta el 77% de las histerectomías realizadas tienen leiomiomas en las muestras de anatomía patológica.

Los factores de riesgo para leiomiomatosis uterina son (Stewart & Laughlin-Tommaso, 2021b y Chacón de Velasco, 2019, p. 16 - 17):

Edad: La incidencia aumenta con la edad (Bereck, 2012, p. 441), en mujeres menores de 40 años aparecen en alrededor del 60% y en el 80% de mujeres antes de los 50 años (Hernández-Valencia et al., 2017).

Paridad: En primíparas el riesgo se reduce al 20-50% y cuantos más hijos tenga, menor es el riesgo.

Menarquia: La menarquia en menores de 10 años genera un alto riesgo de desarrollar leiomiomas; la menarquia se asocia con niveles altos de estradiol a niveles pos púberes que puede conducir a un mayor desarrollo de leiomiomas, como a la fusión temprana de las epífisis de huesos largos generando una disminución de la altura.

Etnicidad o Raza: Esta condición es más frecuente en mujeres negras, con un OR de 3.9 veces mayor. Hay datos inconsistentes con respecto a si las mujeres latinas tienen un riesgo mayor de leiomiomas en comparación con las blancas no latinas.

Uso de anticonceptivos orales: En la mayoría de los estudios, no hubo una relación clara entre el uso de anticonceptivos orales y la formación de nuevos leiomiomas

(Bereck, 2012, p. 442). Los anticonceptivos orales de acción prolongada de progestina sola parecen prevenir el crecimiento de leiomiomas, y los estudios de tratamiento sintomático del sangrado con DIU de progestina sola han demostrado ligera reducción en el tamaño del leiomioma o del útero (Stewart & Laughlin-Tommaso, 2021b).

Terapia de reemplazo hormonal: En mujeres con leiomiomas, la terapia hormonal no estimula el aumento del tamaño del útero.

Factores hormonales endógenos: En mujeres postmenopáusicas, el riesgo se reduce entre un 70% y un 90%.

Antecedentes familiares: Los familiares de primer grado de pacientes con leiomiomas tienen 2.5 veces más probabilidades de desarrollar la enfermedad que los pacientes sin antecedentes familiares.

Embarazo: Se cree que los altos niveles de esteroides sexuales durante la gestación son los responsables del desarrollo de los leiomiomas uterinos y sus síntomas. Ocurren en 1.4-8.6% de los embarazos.

Daño tisular: La formación de leiomiomas puede resultar de lesiones e hipoxia de los miocitos uterinos durante la menstruación, pueden promover la transformación a miocitos anormales y la subsecuente formación de leiomiomas.

Peso: La obesidad aumenta la conversión de hormonas suprarrenales en estrona y reduce la globulina fijadora de hormonas sexuales, el riesgo aumenta cuando el IMC supera los 30 kg/m².

Dieta: Se ha informado que el consumo de carnes de res, carne magra y jamón eleva la incidencia, y el consumo de frutas y vegetales la reducen. Un estudio sugirió que el consumo de productos lácteos, pero no de soja, se asoció inversamente con el riesgo de leiomiomas en mujeres de raza negra. El consumo de cafeína no suele ser un factor de riesgo.

Ejercicio: Las mujeres deportistas tienen un riesgo un 40% menor que las que tienden a ser sedentarias.

Tabaquismo: Se ha demostrado que fumar reduce el riesgo de desarrollar leiomiomas.

Alcohol: Parece existir una asociación entre el consumo de alcohol y un mayor riesgo de desarrollar leiomiomas, en especial el consumo de cerveza.

Hipertensión Arterial: Se asocia un mayor riesgo de leiomiomatosis, y una mayor gravedad o duración de la hipertensión.

Diabetes Mellitus Tipo 2: Algunos estudios han demostrado que estas pacientes tienen un riesgo menor de desarrollar leiomiomatosis.

Infección Uterina: No está establecido con exactitud la relación de la infección uterina y los leiomiomas.

Stewart & Laughlin-Tommaso (2021b), detallan los síntomas que por lo general llevan a las pacientes a la atención médica por leiomiomatosis uterina, los síntomas se relacionan con la cantidad, el tamaño y ubicación de los leiomiomas; los síntomas se pueden clasificar como síntomas de sangrado menstrual abundante o prolongado o relacionados con el volumen (como presión y dolor pélvico) o de disfunción reproductiva. El sangrado menstrual abundante (conocido como hemorragia uterina anormal) es el patrón típico de sangrado y el síntoma más común en pacientes con leiomiomas, puede ser responsable de anemia por deficiencia de hierro; el mecanismo por el que ocurre puede estar relacionado con anomalías vasculares micro y macroscópicas, alteración de la hemostasia endometrial o desregulación molecular de factores angiogénicos, los leiomiomas submucosos se relacionan con mayor frecuencia con el sangrado menstrual abundante, pero los subserosos no tienen un riesgo importante de sangrado menstrual abundante. Los síntomas relacionados con el volumen incluyen dolor o presión pélvica, obstrucción o disfunción intestinal o de la vía

urinaria y compresión venosa; el dolor pélvico es probable que sea una presión o dolor crónico, intermitente o sordo, además el dolor lumbar en ocasiones puede estar relacionado al leiomioma; los síntomas urinarios incluyen frecuencia o dificultad para vaciar la vejiga; dentro de los síntomas intestinales está incluido el estreñimiento que puede ser provocado por la presión sobre el recto ejercida por el leiomioma; los úteros de gran tamaño pueden generar la compresión de la vena cava inferior con el subsecuente aumento del riesgo tromboembólico; otros síntomas que se generan por el volumen o tamaño del leiomioma son: dismenorrea, dispareunia, torsión o degeneración del leiomioma. Los síntomas generados por la disfunción reproductiva se pueden ocasionar por distorsión de la cavidad intrauterina, estos síntomas incluyen la dificultad para concebir, infertilidad, aumento del riesgo de aborto espontáneo, abrupcio placentae, restricción del crecimiento fetal, mala variedad de presentación, trabajo de parto pretérmino y parto pretérmino; otros síntomas menos frecuentes de la leiomiomatosis uterina son el prolapso a través del cérvix, policitemia por producción de eritropoyetina, hipercalcemia por producción de proteínas relacionadas a la PTH e hiperprolactinemia.

Munro, Critchley & Fraser (2011, p. 2205) al igual que Stewart & Laughlin-Tommaso (2021b), citan la clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), que clasifica a los leiomiomas uterinos en:

Leiomiomas submucosos: Están adyacentes al endometrio, revisten la cavidad uterina.

FIGO 0: Totalmente intracavitario.

FIGO 1: Menos del 50% en el miometrio.

FIGO 2: Más del 50% en el miometrio.

Leiomiomas intramurales: Están adyacentes a la pared muscular del útero (miometrio).

FIGO 3: 100% intramurales, en contacto con el endometrio.

FIGO 4: Adyacentes al miometrio.

FIGO 5: Más del 50% en el miometrio, el resto en la subserosa.

Leiomiomas subserosos: Sobresalen hacia la serosa del útero.

FIGO 6: Menos del 50% en el miometrio, el resto en la subserosa.

FIGO 7: Subseroso pediculado.

Otros: FIGO 8, no tienen relación en absoluto con el tejido miometrial, incluyen lesiones cervicales, intraligamentarios o parasitarios.

Híbridos: Se encuentran tanto en el endometrio como en la serosa, se enumeran mediante dos números separados por un guion: el primer número tiene referencia a la relación con el endometrio y el segundo número tiene referencia a la relación con la serosa.

Para el diagnóstico de la leiomiomatosis uterina, según Stewart & Laughlin-Tommaso (2021b), se basa en el historial médico de la paciente (síntomas, antecedentes obstétricos y ginecológicos, antecedentes médicos y quirúrgicos relevantes); un completo examen físico abdominal y pélvico, este último debe evaluarse el tamaño, contorno y movilidad del útero ya que un útero grande y móvil de contornos irregulares es compatible con un útero leiomiomatoso; se basa también en pruebas de laboratorio para conocer las condiciones que puedan estar asociadas (embarazo, anemia o hiperplasia o carcinoma de endometrio); pero el diagnóstico se realiza básicamente por medio del uso de imágenes, y al igual que Giuliani et al (2020, p. 4), ambos estudios manifiestan que la ecografía pélvica es la que permite identificarlos con mayor eficacia porque tiene una alta sensibilidad (90-99%), siendo el procedimiento más accesible y la de costo menor, aunque la localización precisa puede estar limitada en úteros de mayor tamaño o cuando hay muchos tumores, los leiomiomas se observan en la ecografía como masas redondas hipocóicas, bien delimitadas, con sombras, los

leiomiomas celulares pueden parecer más isoecoicos, lo que dificulta la diferenciación del miometrio normal. Se puede hacer uso de la ecografía con infusión salina intracavitaria (histerosonografía) para mejorar la definición del contorno del leiomioma submucoso y leiomiomas intramurales que sobresalen hacia la cavidad y caracterizan la extensión de la protrusión hacia la cavidad endometrial, así valorar su resecabilidad histeroscópica o evaluar los riesgos de fertilidad asociados. Otras imágenes que se pueden usar según la necesidad para plantear un tratamiento o en sospecha de enfermedad maligna son la histeroscopia o resonancia magnética nuclear (RMN).

El tratamiento de los leiomiomas tiene como objetivo mejorar los síntomas, pero también debe guiarse por el deseo de mantener la fertilidad o el útero, la probabilidad de lograr los objetivos del tratamiento y el estado general de salud; las opciones de tratamiento mejoran la sintomatología al reducir el tamaño, controlar el sangrado uterino anormal o curar definitivamente los leiomiomas. Se dispone de tratamiento médico-farmacológico, radiología intervencionista y procedimientos quirúrgicos, a pesar del avance en la última década en las opciones de tratamiento médico-farmacológico y para preservar el útero, la histerectomía es el tratamiento más ofrecido y elegido, aproximadamente un tercio de todas las histerectomías en todo el mundo se realizan para un diagnóstico subyacente de leiomiomatosis uterina.

Dentro del tratamiento médico-farmacológico se pueden usar: terapia no hormonal de primera línea con AINES como ibuprofeno o naproxeno o con ácido tranexámico que es un agente antifibrinolítico y promotor de la coagulación sanguínea, también la terapia hormonal de primera línea (anticonceptivos combinados o progestágenos) o de segunda línea (moduladores selectivos del receptor de progesterona y antiprogestágenos, GnRH agonistas y antagonistas), otras terapias son los inhibidores de la aromatasa o la terapia adyuvante. En la terapia de radiología intervencionista se puede usar la embolización de la arteria uterina y la ablación por radiofrecuencia con ultrasonido focalizado guiado por resonancia magnética. En

los procedimientos quirúrgicos que se usan están el tratamiento no específico con la histerectomía y la ablación endometrial y el tratamiento específico de leiomioma con la miomectomía o ablación térmica volumétrica por radiofrecuencia (Giuliani et al, 2020, p. 4-7). La histerectomía vaginal, abdominal, laparoscópica o robótica es procedimiento operatorio definitivo y más frecuente, se puede incluir la extirpación del útero y cérvix (histerectomía total) o únicamente el cuerpo uterino (histerectomía supracervical, antiguamente histerectomía subtotal), y se puede o no extraer los ovarios; se ha propuesto una clasificación para los tipos de histerectomía laparoscópica: histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (por vía vaginal se ligan los vasos uterinos), histerectomía laparoscópica (por laparoscopia se ligan los vasos uterinos o una parte del procedimiento se realiza vía vaginal) o histerectomía laparoscópica total (si ninguno de sus componentes se realizan por vía vaginal). La miomectomía histeroscopia, laparoscopia o por laparotomía (abdominal) consiste en la extracción de los leiomiomas y la conservación del útero; los leiomiomas predominantemente intracavitarios se extirpar por histeroscopia mientras que los intramurales o subserosos se intervienen por laparotomía o laparoscopia, se opta por este procedimiento cuando se desea conservar su fecundidad o no desea la histerectomía. La ablación endometrial es la destrucción hística que origina la ablación del endometrio, es una técnica eficaz en mujeres con hemorragia uterina normal por disfunción endometrial, pero cuando es usada como técnica única para detenerla tiene una tasa de fracaso aproximado a 40%. (Hoffman, Schorge, Bradshaw, Halvorson y Schaffe, 2016 y Berek, 2012).

Las complicaciones quirúrgicas intraoperatorias son: lesiones de vasos sanguíneos (arterias y venas ilíacas), ureterales-vesicales, uretrales, intestinales o rectovaginales, hemorragia o perforación de víscera hueca. Las complicaciones quirúrgicas postoperatorias incluyen prolapso, hematoma, absceso, dehiscencia o granuloma de la cúpula vaginal, fístulas internas (vesicovaginal, ureterovaginal, rectovaginal), seromas, infección de sitio quirúrgico,

infecciones e incluso sepsis (Arcos et al, 2018, p. 34 y Recari, Oroz, & Lara, 2009). Las complicaciones más prevalentes luego de la histerectomía fueron las infecciones en el 10.5% de las histerectomías abdominales, el 13% de las histerectomías vaginales, y el 9% de las histerectomías laparoscópicas (Clarke-Pearson & Geller, 2013). Aunque es poco común y puede provocar una morbilidad grave, la dehiscencia de la cúpula vaginal es exclusiva de la histerectomía, la incidencia estimada basada en datos acumulados de 10 años es del 0.24%, pero al evaluar los años más recientes fue ligeramente superior (0.39%), la tasa de histerectomía laparoscópica total fue la más alta (1.35%); la sutura transvaginal de la cúpula parece reducir el riesgo de dehiscencia después de una histerectomía laparoscópica total (Hollman–Montial & Rodríguez, 2014).

2.3. Bases filosóficas

De acuerdo con lo mencionado por Díaz (2016, p. 109), en el contexto de la medicina moderna, su objetivo es reconocer los a priori históricos y filosóficos. En este sentido, cabe señalar que los rasgos básicos que caracterizan nuestra sociedad y nuestro tiempo están compuestos por elementos del capitalismo, liberalismo, pluralismo, ciencia pública, tecnología, derecho y bioética. Es por ello que la investigación en el campo médico debe incorporar estos aspectos, pero siempre se basa en la bioética. La visión médica debe necesariamente considerar cómo estos factores afectan a los médicos en la actualidad y determinar cómo se practica la medicina.

2.4. Definición de términos básicos

2.4.1. Leiomiomatosis uterina

Los Leiomiomas Uterinos, fibromas o miomas son los tumores sólidos benignos del útero de mayor prevalencia, resultan de la expansión clonal de una sola célula del miometrio (Giuliani et al, 2020, p. 3), se consideró el diagnóstico registrado en la historia clínica.

2.4.2. Aspectos clínico – epidemiológicos

Son las características que presentan las mujeres según algunas variables de tipo clínico entre las que se incluyen al tiempo de enfermedad, manifestaciones clínicas, localización, tamaño y cantidad de leiomiomas. Las características epidemiológicas son los datos referidos a variables como la edad, raza, procedencia, paridad, antecedentes patológicos personales y familiares, Índice de Masa Corporal, menarquia, uso de anticonceptivos orales y consumo de tabaco. La definición de cada termino es (Mosby, 2003):

Tiempo de enfermedad: Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento.

Manifestaciones clínicas: Está configurado por los síntomas o molestias subjetivas que manifiesta la paciente y la exploración física (Farreras, Rozman y Cardellach, 2016). La paciente puede ser asintomática o cursar con síntomas como: hemorragia uterina anormal, alteraciones menstruales, dolor pélvico, sensación de masa pélvica, anemia, disfunción intestinal, dispareunia, aborto recurrente e infertilidad.

Localización de los leiomiomas: Clasificación y localización según la FIGO (Munro et al 2011, p. 2205).

Tamaño de los leiomiomas: Mayor o menor volumen o dimensión del leiomioma, según Rojas (2020, p. 41) agruparemos a los leiomiomas en 2 cm, 2.1 - 5 cm, 5.1 - 7 cm y 7.1 cm

Cantidad de leiomiomas: Número de leiomiomas ubicados en el útero, pueden ser únicos o múltiples.

Edad: Intervalo en años en la cual se encuentra la edad. Clasificamos la edad en adulto joven (18 - 29 años), adulto (30 - 60 años) y adulto mayor (mayor de 60 años) (Ministerio de Salud 2020, p. 49).

Raza: Grupo de personas que están relacionadas genéticamente y que comparten ciertas características físicas.

Procedencia: Lugar de procedencia y que ha sido registrado en la historia clínica.

Paridad: Clasificación de una mujer según el número de hijos nacidos vivos que ha parido.

Antecedentes patológicos: Resumen global de la salud general de la persona hasta la fecha de atención.

Índice de Masa Corporal: Fórmula para determinar la obesidad, se calcula de la división del peso (en kilogramos) entre el cuadrado de la estatura (en metros).

Edad de la menarquia: Primer periodo de menstruación, supone el inicio de la función menstrual cíclica.

Uso de anticonceptivos orales: Medicación oral basado en progesterona y estrógeno, utilizada para la anticoncepción.

Consumo de tabaco: Historia de consumo de tabaco.

Antecedente familiar de leiomiomatosis: Resumen global de la historia familiar de la persona hasta la fecha.

2.4.3. Frecuencia

Se define como el número de repeticiones de cualquier fenómeno en un determinado periodo de tiempo o el porcentaje del número de personas que presentan una característica concreta con respecto al total de personas estudiadas (Mosby, 2003), en el caso del presente estudio, es el número y porcentaje de mujeres con Leiomiomatosis Uterina según el tratamiento quirúrgico que recibieron en el Hospital Regional de Huacho durante el 2016 al 2020.

2.4.4. Tratamiento quirúrgico

Método para combatir o mejorar una enfermedad mediante técnicas quirúrgicas (Mosby, 2003). Dentro de los procedimientos operatorios que se emplean tenemos:

Histerectomía: Es el procedimiento operatorio mediante el cual se practica la resección total (histerectomía total) o parcial (histerectomía supracervical o subtotal) del útero, la vía de abordaje quirúrgico puede ser vaginal, abdominal, laparoscópica (histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, histerectomía laparoscópica o histerectomía laparoscópica total) o robótica, en esta cirugía se puede o no extraer los ovarios (Hoffman et al, 2016 y Berek, 2012).

Miomectomía: Consiste en la extracción de los leiomiomas, pero con la conservación del útero, se puede realizar por histeroscopia, laparoscopia o laparotomía (abdominal), se opta por este procedimiento cuando la paciente desea conservar su fertilidad o no desea la histerectomía (Hoffman et al, 2016 y Berek, 2012).

Ablación endometrial: Es una modalidad de destrucción hística que origina la ablación del endometrio (Hoffman et al, 2016 y Berek, 2012).

2.4.5. Complicaciones

Son los eventos adversos que pueden presentarse tanto en el periodo intraoperatorio y postoperatorio (Mosby, 2003). Entre las complicaciones quirúrgicas intraoperatorias tenemos a las lesiones de vasos sanguíneos (arterias y venas ilíacas), ureterales-vesicales, uretrales, intestinales o rectovaginales, hemorragia o perforación de víscera hueca, y entre las postoperatorias se incluyen el prolapso, hematoma, absceso, dehiscencia o granuloma de la cúpula vaginal, fístulas internas (vesicovaginal, ureterovaginal, rectovaginal), seromas, infección de sitio quirúrgico, infecciones e incluso la sepsis (Arcos et al, 2018, p. 34 y Recari et al, 2009).

2.5. Hipótesis de investigación

2.5.1. Hipótesis general

Según el tipo de estudio, no corresponde plantear una hipótesis.

2.6. Operacionalización de las variables

VARIABLE: ASPECTOS CLÍNICOS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Tiempo de enfermedad	Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento.	Tiempo transcurrido registrado en la historia clínica.	- Meses desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento.	- Meses.	Numérica discreta
Manifestaciones clínicas	Está configurado por los síntomas o molestias subjetivas que manifiesta la paciente y la exploración física.	Signos y síntomas anotados en la historia clínica.	- Asintomático - Hemorragia uterina anormal - Alteraciones menstruales - Dolor pélvico - Sensación de masa pélvica - Anemia - Disfunción intestinal - Dispareunia - Aborto recurrente - Infertilidad	- Asintomático (0) - Hemorragia uterina anormal (1) - Alteraciones menstruales (2) - Dolor pélvico (3) - Sensación de masa pélvica (4) - Anemia (5) - Disfunción intestinal (6) - Dispareunia (7) - Aborto recurrente (8) - Infertilidad (9)	Nominal
Localización de los leiomiomas	Clasificación y localización según la FIGO.	Localización del leiomioma de mayor tamaño por ecografía,	- FIGO 0, 1, 2: submucosos. - FIGO 3, 4, 5: intramurales. - FIGO 6, 7: subserosos. - Híbridos	- Submucosos (0) - Intramurales (1) - Subserosos (2) - Híbridos (3)	Nominal

		consignada en la historia clínica de la paciente.	- FIGO 8: otros.	- Otros (4)	
Tamaño de los leiomiomas	Mayor o menor volumen o dimensión del leiomioma.	Diámetro mayor del leiomioma más grande, medido por ecografía (en cm).	- 2 cm - 2.1 – 5 cm - 5.1 – 7 cm - 7.1 cm	- 2 cm (0) - 2.1 – 5 cm (1) - 5.1 – 7 cm (2) - 7.1 cm (3)	Ordinal
Cantidad de leiomiomas	Número de leiomiomas ubicados en el útero.	Número de leiomiomas ubicados en el útero por ecografía.	- Único - Múltiple	- Único (0) - Múltiple (1)	Nominal

VARIABLE: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Edad	Intervalo en años en la cual se encuentra la edad.	Intervalo de edad consignada en la historia clínica, al momento del ingreso al servicio de Ginecología.	- Adulto Joven - Adulto - Adulto Mayor	- 18 – 29 años (0) - 30 – 59 años (1) - Mayor de 60 años (2)	Intervalo
Raza	Grupo de personas que están relacionadas genéticamente y que comparten ciertas características físicas.	Dato registrado en la historia clínica correspondiente a la paciente.	- Blanca - Negra - Mestiza - Caucásica	- Blanca (0) - Negra (1) - Mestiza (2) - Caucásica (3)	Nominal
Procedencia	Lugar de procedencia.	Distrito de procedencia de la paciente registrado en la historia clínica.	- Huacho - Huaura - Santa María - Hualmay - Carquin - Vegueta - Otros	- Huacho (0) - Huaura (1) - Santa María (2) - Hualmay (3) - Carquin (4) - Vegueta (5) - Otros (6)	Nominal
Paridad	Clasificación de una mujer según el número	Clasificación por el número de hijos nacidos vivos que ha parido la paciente.	- Nulípara - Primípara - Secundípara	- Nulípara (0) - Primípara (1) - Secundípara (2)	Nominal

	de hijos nacidos vivos que ha parido.		- Multípara - Gran múltipara	- Multípara (3) - Gran múltipara (4)	
Antecedentes patológicos	Resumen global de la salud general de la persona hasta la fecha de atención.	Compilación del estado de salud previo de la paciente registrado en la historia clínica.	- Niega - Hipertensión arterial - Diabetes mellitus - Asma bronquial - Cáncer - Otros	- Niega (0) - Hipertensión arterial (1) - Diabetes mellitus (2) - Asma bronquial (3) - Cáncer (4) - Otros (5)	Nominal
Índice de Masa Corporal	Fórmula para determinar la obesidad.	Se calcula de la división del peso (kg) entre el cuadrado de la estatura (m), el cual es registrado en la historia clínica	- Bajo peso - Peso normal - Sobrepeso - Obesidad	- < 18.5 kg/m ² (0) - 18.5 – 24.9 kg/m ² (1) - 25 – 29.9 kg/m ² (2) - 30 kg/m ² (3)	Ordinal
Edad de la menarquia	Primer periodo de menstruación, supone el inicio de la función menstrual cíclica.	Primera menstruación de la paciente y que ha sido consignada en la historia clínica de la paciente.	- Menos 10 años - 11 – 13 años - 14 – 16 años	- Menos 10 años (0) - 11 – 13 años (1) - 14 – 16 años (2)	Nominal
Uso de anticonceptivos orales	Medicación oral basado en progesterona y estrógeno, utilizada para la anticoncepción	Antecedente de uso de anticonceptivos orales registrada en la historia clínica de la paciente.	- No - Sí	- No (0) - Sí (1)	Nominal

Consumo de tabaco	Historia de consumo de tabaco.	Historia de consumo de tabaco anotado en la historia clínica.	- No consume - Sí consume	- No consume (0) - Sí consume (1)	Nominal
Antecedente familiar de leiomiomatosis	Resumen global de la historia familiar de la persona hasta la fecha.	Historia familiar de haber presentado leiomiomatosis uterina en como mínimo familiares de primer grado, anotado en la historia clínica.	- No - Sí	- No (0) - Sí (1)	Nominal

VARIABLE: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Tipo de tratamiento quirúrgico	Método para combatir o mejorar una enfermedad mediante técnicas quirúrgicas.	Procedimiento operatorio empleado en las pacientes con leiomiomatosis uterina.	- Miomectomía abdominal - Miomectomía histeroscópica - Miomectomía laparoscópica - Histerectomía abdominal total - Histerectomía abdominal subtotal - Histerectomía vaginal - Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia - Histerectomía laparoscópica - Histerectomía laparoscópica total - Otros	- Miomectomía abdominal (0) - Miomectomía histeroscópica (1) - Miomectomía laparoscópica (2) - Histerectomía abdominal total (3) - Histerectomía abdominal subtotal (4) - Histerectomía vaginal (5) - Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (6) - Histerectomía laparoscópica (7) - Histerectomía laparoscópica total (8) - Otros (9)	Nominal
Complicaciones médico – quirúrgicas intraoperatorias	Complicaciones pertenecientes al período de tiempo que dura una técnica quirúrgica.	Complicaciones intraoperatorias que han sido registradas en la historia clínica de la paciente.	- Ninguna - Lesiones vasculares - Lesiones intestinales - Lesiones uretrales-vesicales - Lesiones uretrales - Lesiones rectovaginales	- Ninguna (0) - Lesiones vasculares (1) - Lesiones intestinales (2) - Lesiones uretrales-vesicales (3) - Lesiones uretrales (4) - Lesiones rectovaginales (5)	Nominal
Complicaciones médico –	Complicaciones pertenecientes al	Complicaciones postoperatorias que han sido registradas	- Ninguna - Prolapso de la cúpula vaginal - Dehiscencia de la cúpula vaginal	- Ninguna (0) - Prolapso de la cúpula vaginal (1) - Dehiscencia de la cúpula vaginal (2)	Nominal

quirúrgicas postoperatorias	período de tiempo tras la cirugía.	en la historia clínica de la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Absceso de la cúpula vaginal - Hematoma de la cúpula vaginal - Granuloma de la cúpula vaginal - Seroma - Infección del sitio quirúrgico - Fístula interna: fístula ureterovaginal, vesicovaginal, rectovaginal 	<ul style="list-style-type: none"> - Absceso de la cúpula vaginal (3) - Hematoma de la cúpula vaginal (4) - Granuloma de la cúpula vaginal (5) - Seroma (6) - Infección del sitio quirúrgico (7) - Fístula interna: fístula ureterovaginal, vesicovaginal, rectovaginal (8)
--	---------------------------------------	---	---	---

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño metodológico

3.1.1. Tipo

La investigación realizada, de acuerdo a la tipología de Hernández, Fernández y Baptista (2014), es de tipo:

Observacional; puesto que la presente investigación se orienta a determinar los aspectos clínicos y epidemiológicos y estas variables no fueron controladas por el investigador cuya función fue de observar, medir y analizar las variables y sus indicadores en las unidades de estudio.

Descriptivo; puesto que la investigación busca describir cómo se presentó el problema de estudio en la población y el ámbito elegido, pero sin buscar relaciones de causa efecto.

Retrospectivo; porque el diseño de la investigación se dirigió a recabar información posterior a los hechos estudiados, por tanto, la información fue obtenida de las historias clínicas.

3.1.2. Enfoque

De acuerdo a su enfoque, se trata de un estudio cuantitativo puesto que para su realización se siguió un conjunto de procesos de forma secuencial y probatoria. Según Hernández et al (2014), “el orden es riguroso, sin embargo, se podrá redefinir alguna fase, a partir de que se identifiquen los problemas y objetivos del estudio y la revisión de la literatura, se siguió la secuencia lógica que permitió evaluar las variables y obtener los resultados en forma cuantitativa”.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población incluida para el presente estudio fueron todas las mujeres con diagnóstico de Leiomiomatosis Uterina sometidas a tratamiento quirúrgico durante el periodo 2016 al 2020. Se registró un total de 339 mujeres hospitalizadas por el diagnóstico de Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho.

3.2.2. Muestra

Se trabajó con el 100% de las pacientes, de acuerdo al cumplimiento de los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

Mujeres de 18 años a más con diagnóstico de Leiomiomatosis Uterina que fueron sometidas a tratamiento quirúrgico en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Huacho, durante el periodo 2016 al 2020.

Mujeres cuyas historias clínicas contenían los datos completos y necesarios para el estudio y análisis de las variables.

Criterios de exclusión:

Mujeres cuyas historias clínicas se encontraron incompletas o en custodia.

Mujeres con diagnóstico de leiomiomatosis uterina que recibieron atención ambulatoria, de emergencia o no fueron hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2016 al 2020.

Las unidades de análisis fueron las historias clínicas.

Aplicando nuestros criterios de inclusión y exclusión encontramos que la muestra incluyó a 247 mujeres diagnosticadas de Leiomiomatosis Uterina que se sometieron a algún

un tratamiento quirúrgico en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Huacho, desde el 01 de enero del 2016 al 31 de diciembre del 2021.

3.3. Técnicas de recolección de datos

3.3.1. Técnicas

La observación documental se utilizó como técnica para desarrollar este estudio.

3.3.2. Instrumentos

El instrumento aplicado fue la Ficha de recolección de datos, la misma que fue diseñada por el investigador a partir de las variables de estudio. No se requiere validación ya que es sólo para la recopilación de la información contenida en las historias clínicas.

3.3.3. Procedimiento

Se solicitó el permiso necesario a la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Huacho, a efectos que se autorice la ejecución de la investigación.

Se revisó la base de datos de atenciones del Servicio de Ginecología de los años 2016 al 2020 para identificar a las pacientes que fueron diagnosticadas con leiomiomatosis uterina para obtener el número de historia clínica para su solicitud al archivo correspondiente.

Se procedió a la examinación y revisión de las historias clínicas cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión, y se aplicó a cada una de ellas la Ficha de recolección de datos.

Los de datos se encontraban en la historia principal de hospitalización y en la hoja de registro de operaciones. El tamaño, localización, así como la cantidad de leiomiomas se obtuvo del reporte ecográfico registrado en cada historia clínica. El IMC se calculó

a partir de la talla y peso que fueron consignados en la historia clínica en las fechas del procedimiento quirúrgico, pero en algunos casos la talla también se pudo obtener de la historia clínica de consultorio externo correspondiente a la fecha de hospitalización. Los datos sobre las complicaciones postoperatorias se obtuvieron de la historia clínica de hospitalización, así como de los controles en consultorio externo de Ginecología.

Concluida la etapa de ejecución se realizó el informe final de la investigación.

3.4. Técnicas para el procedimiento de la información

3.4.1. Procesamiento y análisis de la información

Se realizó un análisis estadístico descriptivo en función al tipo y el nivel de la investigación, se aplicó tablas de frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y para la única variable numérica correspondiente a “tiempo de enfermedad” se aplicó la prueba de shapiro wilk para evaluar la normalidad, obteniéndose una distribución no normal por lo que para la descripción de la variable se utilizó la mediana y el rango intercuartílico; se empleó una computadora con paquete de Windows 10, Microsoft Excel 2016 y el paquete STATA MP V14.1.

3.4.2. Consideraciones éticas

Para efectuar la presente investigación, se tuvo en cuenta el respeto a la ética médica en la recolección y análisis de los datos, teniendo en cuenta que toda la información obtenida de la revisión y examinación de las historias clínicas fue manejada con total confidencialidad y sólo el investigador tuvo acceso a la información, cumpliendo con los principios éticos vigentes. El investigador declara no tener conflictos de intereses.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Análisis de resultados

En el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Huacho, entre el 01 de enero del 2016 hasta el 31 de diciembre del 2020, se registró un total de 339 pacientes hospitalizadas por el diagnóstico de Leiomiomatosis Uterina, sin embargo, aplicando nuestros criterios de inclusión y/o exclusión encontramos una muestra de 247 pacientes.

4.1.1. Aspectos clínicos de pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho, 2016 – 2020.

Tabla 1

Aspectos clínicos de pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho, 2016 – 2020.

Aspectos clínicos	Años					Total (N = 247)
	2016 (N = 40, 16.19%)	2017 (N = 52, 21.05%)	2018 (N = 63, 23.51%)	2019 (N = 57, 23.08%)	2020 (N = 35, 14.17%)	
Tiempo de enfermedad (meses) ^a	12 [4 - 24]	12 [4 - 36]	7 [3 - 24]	11 [4 - 24]	3 [1 - 12]	9 [3 - 24]
Manifestaciones clínicas						
HUA	29	37	46	46	27	185 (74.90%)
Dolor pélvico	29	32	44	41	23	169 (68.42%)
Anemia	21	25	34	23	21	124 (50.20%)
Alteraciones menstruales	10	9	12	5	5	41 (16.60%)
Sensación de masa pélvica	4	3	3	4	3	17 (6.88%)
Dispareunia	3	4	3	0	0	10 (4.05%)
Infertilidad	0	3	4	2	0	9 (3.64%)
Disfunción intestinal	0	3	0	1	2	6 (2.43%)
Asintomático	0	1	0	1	1	3 (1.21%)

Aborto recurrente	1	0	0	0	0	1 (0.4%)
Localización del Leiomioma						
Intramurales	21	32	33	27	14	127 (51.42%)
Submucosos	6	8	8	16	8	46 (18.62%)
Subserosos	4	6	14	8	9	41 (16.68%)
Otros	5	3	5	3	2	18 (7.29%)
Híbridos	4	3	3	3	2	15 (6.07%)
Tamaño del Leiomioma						
2 cm	1	7	10	7	1	26 (10.53%)
2.1 - 5 cm	21	24	23	21	22	111 (44.94%)
5.1 - 7 cm	6	11	12	14	8	51 (20.65%)
7.1 cm	12	10	18	15	4	59 (23.89%)
Cantidad de Leiomiomas						
Único	20	27	32	31	17	127 (51.42%)
Múltiple	20	25	31	26	18	120 (48.58%)

Fuente: Datos recopilados de las historias clínicas del HRH, durante el 2016 al 2020.

Nota: ^aMediana y [Rango intercuartílico]

En la tabla 1 se puede observar que de un total de 247 pacientes durante los años del 2016 al 2020, el periodo con la mayor frecuencia de casos fue el 2018 con 23.51% (63), seguido por el año 2019 con un 23.08% (57), el 2017 con 21.05% (52), el 2016 con un 16.19% (40) y por último el 2020 con un 14.17% (35) de pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por leiomiomatosis uterina en el Hospital Regional de Huacho.

Cuando se describió a nuestra población en base a los aspectos clínicos, el tiempo de enfermedad en meses presentó una mediana (rango intercuartílico) de 9 (3-24); dentro de las manifestaciones clínicas: 185 (74.90%) presentaron hemorragia uterina anormal siendo la manifestación más frecuente, seguida por el dolor pélvico con 169 (68.42%) pacientes y en el tercer lugar a la anemia con 134 (50.20%) pacientes, vale decir que solo 03 (1.21%) fueron asintomáticas; también se tuvo otros síntomas como alteraciones menstruales (16.60%), sensación de masa pélvica (6.88%), dispareunia (4.05%), entre otros con menor frecuencia. La localización más frecuente fue la intramural (51.42%), seguido muy por delante del

submucoso (18.62%) y el subseroso 41 (16.68%), además 15 (6.07%) fueron considerados como híbridos. En lo que respecta al tamaño, 111 (44.94%) estuvieron en el rango de 2.1 – 5 cm, siendo esta la categoría más frecuente, seguido por 59 (20,65%) que estuvieron en el rango de 7.1 cm, 51 (20.65%) estuvieron entre el rango de 5.1 – 7 cm y por último 26 (10.53%) en la categoría 2 cm. En cuanto a la cantidad de Leiomiomas, se encontró que 127 (51.42%) pacientes fueron considerados como únicos y 120 (48.58%) como múltiples.

4.1.2. Aspectos epidemiológicos de pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho, 2016 – 2020.

Tabla 2

Aspectos epidemiológicos de pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho, 2016 – 2020.

Aspectos epidemiológicos	Años					Total (N = 247)
	2016 (N = 40, 16.19%)	2017 (N = 52, 21.05%)	2018 (N = 63, 23.51%)	2019 (N = 57, 23.08%)	2020 (N = 35, 14.17%)	
Edad						
18 - 29 años	1	1	3	1	2	8 (3.24%)
30 - 59 años	34	51	59	55	33	232 (93.93%)
60 años	5	0	1	1	0	7 (2.83%)
Raza						
Mestiza	40	52	63	57	35	247 (100%)
Blanca	0	0	0	0	0	0 (0%)
Negra	0	0	0	0	0	0 (0%)
Caucásica	0	0	0	0	0	0 (0%)
Procedencia						
Huacho	29	20	26	19	10	104 (42.11%)
Santa María	4	12	12	8	7	43 (17.41%)
Hualmay	1	8	7	15	6	37 (14.98%)
Huaura	5	1	10	5	6	27 (10.93%)
Vegueta	0	7	3	1	2	13 (5.26%)

Carquín	0	2	2	3	0	7 (2.83%)
Otros	1	2	3	6	4	16 (6.48%)
Paridad						
Nulípara	2	8	15	14	8	47 (19.03%)
Primípara	7	10	14	7	6	44 (17.81%)
Segundípara	19	13	16	18	9	75 (30.36%)
Múltipara	11	19	15	15	10	70 (28.34%)
Gran múltipara	1	2	3	3	2	11 (4.45%)
Antecedentes patológicos						
Hipertensión arterial	1	4	5	5	3	18 (7.29%)
Diabetes Mellitus	1	1	4	3	1	10 (4.05%)
Asma bronquial	1	2	1	1	1	6 (2.43%)
Cáncer	0	1	0	0	0	1 (0.4%)
Otros	12	11	12	11	6	52 (21.05%)
Índice de masa corporal						
Obesidad	22	30	18	22	16	100 (43.72%)
Sobrepeso	14	7	32	26	13	92 (37.25%)
Peso normal	4	14	12	9	6	45 (18.22%)
Bajo peso	0	1	1	0	0	2 (0.81%)
Edad de Menarquía						
Menos de 10 años	7	4	4	6	2	23 (9.31%)
11 - 13 años	19	32	43	38	22	154 (62.35%)
14 - 16 años	14	16	16	13	11	70 (28.34%)
Uso de anticonceptivos orales	11	9	9	12	4	45 (18.22%)
Consumo de tabaco	0	4	2	0	0	6 (2.43%)
Antecedente familiar	0	3	1	1	0	5 (2.02%)

Fuente: Datos recopilados de las historias clínicas del HRH, durante el 2016 al 2020.

En la tabla 2 se puede apreciar los aspectos epidemiológicos de nuestra población de estudio, encontramos que la edad más frecuente es la ubicada en la categoría de 30 a 59 años con un total de 232 (93.93%) pacientes, seguido muy por abajo con 8 (3.24%) pacientes entre 18 – 29 años y 7 (2.83%) pacientes con 60 años. En lo que respecta a la raza, la más frecuente fue la mestiza con un 100% de toda la población. Considerando la procedencia encontramos que 104 (42.11%) provenía del distrito de Huacho, 43 (17.41%) del distrito de

Santa María, 37 (14.98%) del distrito de Hualmay, 13 (5.26%) del distrito de Vegueta entre otros con menor frecuencia. Además, se encontró que 75 (30.36%) pacientes fueron secundíparas y 70 (28,34%) fueron multíparas, solo 11 (4.45%) fueron gran multíparas. En cuanto a los antecedentes patológicos se encontró que 18 (7.29%) padecían de hipertensión arterial, 10 (4.05%) de Diabetes Mellitus, sin embargo, la mayor frecuencia se encontró en la categoría “otros” con un total de 52 (21.05%) pacientes que padecían de enfermedades como Hipotiroidismo, Artrosis, Gastritis, Tuberculosis pulmonar, Artritis reumatoide entre otros. En cuanto al IMC, se encontró que la mayor frecuencia con 100 (43.72%) pacientes se encontraron en el rango de obesidad seguido por 92 (37.25%) en el rango de sobrepeso. Sobre la variable edad de menarquía se encontró que 154 (62.35%) de pacientes la tuvo entre el rango de 11 a 13 años de edad. Siguiendo con la descripción de la variable uso de anticonceptivos orales, se encontró a 45 (18.22%) pacientes con este antecedente, siendo el 2019 el año con una mayor frecuencia con 12 (4.86%) pacientes. En lo que respecta al consumo del tabaco se encontró que solo 6 (2.43%) tenían este antecedente. Además, vale indicar que solo 5 (2.02%) pacientes tuvieron el antecedente familiar de Leiomiomatosis Uterina durante nuestro periodo de estudio.

4.1.3. Complicaciones médico-quirúrgicas de pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho, 2016 – 2020.

Tabla 3

Complicaciones médico-quirúrgicas de pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho, 2016 – 2020.

Complicaciones médico-quirúrgicas	Años					Total (N = 247)
	2016 (N = 40, 16.19%)	2017 (N = 52, 21.05%)	2018 (N = 63, 23.51%)	2019 (N = 57, 23.08%)	2020 (N = 35, 14.17%)	
Complicaciones intraoperatorias						
Lesiones vasculares	0	1	0	0	0	1 (0.4%)
Lesiones ureterales - vesicales	0	1	0	0	0	1 (0.4%)
Lesiones intestinales	0	0	0	0	0	0 (0%)
Lesiones uretrales	0	0	0	0	0	0 (0%)
Lesiones rectovaginales	0	0	0	0	0	0 (0%)
Complicaciones postoperatorias						
Infección del sitio quirúrgico	5	2	2	2	0	11 (4.45%)
Seroma	0	4	1	3	0	8 (3.24%)
Granuloma de la cúpula vaginal	3	2	3	0	0	8 (3.24%)
Hematoma de la cúpula vaginal	1	1	1	1	0	4 (1.62%)
Dehiscencia de la cúpula vaginal	0	2	0	1	0	3 (1.21%)
Absceso de la cúpula vaginal	0	2	1	0	0	3 (1.21%)
Prolapso de cúpula vaginal	0	0	0	0	0	0 (0%)
Fistula interna ureterovaginal	0	0	0	0	0	0 (0%)
Fistula interna vesiculovaginal	0	0	0	0	0	0 (0%)
Fistula interna rectovaginal	0	0	0	0	0	0 (0%)

Fuente: Datos recopilados de las historias clínicas del HRH, durante el 2016 al 2020.

En la tabla 3 se puede apreciar las complicaciones médico-quirúrgicas en nuestra población de estudio. Dentro de la variable complicaciones intraoperatorias se encontró que 1 (0.4%) paciente presentó lesiones vasculares y 1 (0.4%) lesiones ureterales-vesicales, no se encontró datos de lesiones intestinales, uretrales ni rectovaginales. Pasando a la variable de complicaciones postoperatorias encontramos que la infección del sitio quirúrgico (ISQ) fue la

más frecuente, encontrado 11 (4.45%) pacientes, seguido por seroma y granuloma de la cúpula vaginal, ambas complicaciones con 8 (3.24%) pacientes, también se encontró hematoma (1.62%), dehiscencia (1.21%) y absceso de la cúpula vaginal (1.21%), no se encontraron datos sobre prolapso de la cúpula vaginal ni fistulas internas.

4.1.4. Frecuencia de pacientes con Leiomiomatosis Uterina según el tratamiento quirúrgico que recibieron en el Hospital Regional de Huacho, 2016 – 2020.

Tabla 4

Frecuencia de pacientes con Leiomiomatosis Uterina según el tratamiento quirúrgico que recibieron en el Hospital Regional de Huacho, 2016 – 2020.

Tipo de procedimiento operatorio	Años					Total (N = 247)
	2016 (N = 40, 16.19%)	2017 (N = 52, 21.05%)	2018 (N = 63, 23.51%)	2019 (N = 57, 23.08%)	2020 (N = 35, 14.17%)	
Miomectomía abdominal	2	6	9	9	5	31 (12.55%)
Miomectomía histeroscópica	0	0	1	0	1	2 (0.81%)
Miomectomía laparoscópica	0	0	0	0	0	0 (0%)
Histerectomía abdominal total	36	42	52	39	23	192 (77.73%)
Histerectomía laparoscópica	0	0	1	4	3	8 (3.24%)
Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia	0	0	0	4	2	6 (2.43%)
Histerectomía abdominal subtotal	1	2	0	1	1	5 (2.02%)
Histerectomía vaginal	1	2	0	0	0	3 (1.21%)
Histerectomía laparoscópica total	0	0	0	0	0	0 (0%)
Otros	0	0	0	0	0	0 (0%)

Fuente: Datos recopilados de las historias clínicas del HRH, durante el 2016 al 2020.

En la tabla 4 se puede apreciar el tipo de tratamiento quirúrgico que recibieron todas las pacientes operadas en el Hospital Regional de Huacho, se encontró que la Histerectomía Abdominal Total (HAT) fue la más frecuente con 192 (77.73%) pacientes, siendo el año 2018 el año con mayor afluencia de intervenciones con 52 (21.05%) pacientes; la segunda intervención más frecuente fue la Miomectomía abdominal con 31 (12.55%) pacientes

intervenidas, además se encontró otras intervenciones como Histerectomía laparoscópica (3.24%), Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (2.43%), Histerectomía abdominal subtotal (2.02%) y Miomectomía histeroscópica (0.81%).

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

5.1. Discusión de resultados

El presente estudio fue realizado en el Hospital Regional de Huacho, con el objetivo de describir los aspectos clínico epidemiológicos y complicaciones de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiomatosis uterina durante el periodo 2016-2020.

Se tuvo como población a 247 pacientes y se encontró que las manifestaciones clínicas más prevalentes fueron la hemorragia uterina anormal (74.90%), el dolor pélvico (68.42%) y la anemia (50.21%), resultados similares a los presentados por Rojas (2020) en el Hospital Nacional Ramiro Priale en Huancayo quien encontró un mayor porcentaje de hemorragia uterina anormal (92.1%), de dolor pélvico (60.5%) y una cifra considerable de infertilidad (13.4%) la cual difiere con nuestro estudio donde solo se encontró en un 3.64%, por su parte Riveros (2018) en el Hospital Regional de Loreto encontró dolor pélvico en un 42.1%, sensación de tumor abdominal en el 56.3% y polaquiuria en el 48.1% de las pacientes, esta incongruencia puede ser debido a que estas ciudades se encuentran en regiones con características diferentes en su población, lo que podría influir en la aparición de los síntomas. Dentro de la localización se encontró que los leiomiomas intramurales fueron los de mayor prevalencia (51.42%) en nuestra población, estos resultados coinciden con los hallados por Rojas (2020) que obtuvo una frecuencia del 44.2%, resultado muy similar al hallado por Mejía (2014) quien en el Hospital Militar en Lima encontró una frecuencia del 57%, estas cifras posiblemente sean elevadas también porque es el leiomioma intramural, el más frecuentemente intervenido mediante laparotomía o laparoscopia. (Hoffman et al, 2016). En cuanto al tamaño de leiomioma se encontró que el más frecuente estuvo en la categoría 2.1-5 cm, categoría que se encontró en el 44.94% de pacientes, estos datos coinciden con los hallados por Mejía (2014) quien también encontró que un 42% de los miomas se encontraban

entre 2.1-5 cm, sin embargo, Arqueros (2016) en su investigación en la ciudad de Trujillo encontró un promedio de 5.9 cm.

En cuanto a los aspectos epidemiológicos, se clasificó a la edad en adulto joven (18 - 29 años), adulto (30 - 59 años) y adulto mayor (más de 60 años), siendo la categoría adulta la más frecuente con un 93.93% de los casos, Cedeño y Cornejo (2016) encontró una media de 43.31 años mientras que Riveros (2018) encontró que la población más afectada fue entre 41 a 50 años con un 67.2%. Siguiendo con la variable paridad se encontró que la secundiparidad (30.36%) y la multiparidad (28.34%) fueron las más frecuentes, sin embargo, Riveros (2018) encontró que la multiparidad se encontró en un 86.3% al igual que Cedeño y Cornejo (2016) quienes evidenciaron un 65% de pacientes con antecedentes de multiparidad. En cuanto a los antecedentes patológicos se encontró que la categoría otros (Hipotiroidismo, gastritis, tuberculosis pulmonar, entre otros) (21.05%) e hipertensión arterial (7.29%) fueron las más frecuentes, nuestros resultados estuvieron muy por debajo de los hallados por Chacón de Velasco (2019) quien encontró que un 50% tenía antecedente de hipertensión arterial y un 56% de diabetes, además Martínez (2018) encontró una asociación entre Hipertensión arterial y leiomiomatosis uterina sin embargo en tal estudio no se consideró variables confusoras que podrían influenciar en los resultados. En cuanto al antecedente de Leiomiomas solo se encontró un 2.02% de pacientes, resultados que no coinciden por los propuestos por Chacón de Velasco (2019) quien encontró un 77.7%.

En cuanto a las complicaciones intraoperatorias solo se encontró 01 (0.4%) caso de lesión vascular y 01 (0.4%) caso de lesión ureteral-vesical en este periodo de tiempo, sin embargo, Morales & Pérez (2017) encontraron que un 1.4% de su población, mujeres sometidas a histerectomía por leiomiomatosis uterina, tuvieron lesiones ureterales. De las complicaciones postoperatorias, se encontró que la infección del sitio quirúrgico fue la más frecuente (4.45%), seguido por el seroma y el granuloma de la cúpula vaginal (3.24%),

hematoma (1.62%), absceso (1.21%) y dehiscencia de la cúpula vaginal (1.21%), estos resultados se asemejan a los hallados por Hollman–Montial & Rodríguez (2014) en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México, donde reportaron entre el 2011-2013 que la complicación más frecuente fue la de categoría infecciosa (3.7%) seguida de la dehiscencia de herida quirúrgica (3.2%); mientras que Clarke-Pearson & Geller (2013), en Estados Unidos, manifestaron que las complicaciones postquirúrgicas más comunes pueden ser de categoría infecciosa (10.5%), tromboembólico venoso, por lesiones de la vía urinaria y gastrointestinal, hemorragia (rango de 238-660.5 ml), lesiones neurológicas y la dehiscencia de la cúpula vaginal (0.39%).

5.2. Limitaciones

El presente estudio tuvo limitaciones, tales como que los datos no fueron consignados correctamente en las historias clínicas, fuente que se tuvo para la recolección de datos, además, debido la situación actual de la pandemia por el COVID-19, muchas historias clínicas no se encontraron en el área de registros.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

1. La mediana en meses del tiempo de enfermedad fue de 9 meses con un rango intercuartílico de 3 a 24 meses en las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho durante el 2016 al 2020.
2. La hemorragia uterina anormal, el dolor pélvico y la anemia fueron las manifestaciones clínicas más frecuentes en las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho durante el 2016 al 2020.
3. Los leiomiomas intramurales, únicos y con un tamaño entre 2.1 a 5 cm fueron los más comunes en las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho durante el 2016 al 2020.
4. El rango de edad más frecuente fue la de adulto entre los 30 a 59 años en pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho durante el 2016 al 2020.
5. Dentro de las características epidemiológicas, la procedencia Huachana, la multiparidad y el antecedente de hipertensión arterial fueron las características más frecuentes en pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho durante el 2016 al 2020.
6. La secundiparidad y la multiparidad fueron las más frecuentes en pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho durante el 2016 al 2020.
7. La edad de menarquía más frecuente fue entre los 11 a 13 años en las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho durante el 2016 al 2020.

8. Se presentó 02 complicaciones intraoperatorias (lesión vascular y lesión ureteral-vesical) en pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho durante el 2016 al 2020.
9. La infección del sitio quirúrgico, el seroma y el granuloma de la cúpula vaginal fueron las complicaciones postoperatorias más frecuentes en pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho durante el 2016 al 2020.
10. La histerectomía abdominal total fue la intervención más frecuente seguida por la miomectomía abdominal en pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho durante el 2016 al 2020.

6.2. Recomendaciones

1. Frente a las limitaciones que se tuvo al no encontrar un correcto llenado de las historias clínicas se recomienda capacitar al personal asistencial mediante la NTS N° 139 MINSA/2018/DGAIN “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”, para cumplir con el correcto llenado y registro de las historias clínicas, la cual permitirá tener datos más precisos, concisos y nos brindará una mayor información para futuras investigaciones como también para el manejo de la paciente.
2. Concientizar a las mujeres mediante promoción y educación en salud a reconocer las manifestaciones clínicas y epidemiológicas más frecuentes de esta patología para así llegar a un diagnóstico y tratamiento oportuno, tales charlas se pueden realizar mediante campañas extramurales, talleres o durante la consulta gineco-obstétrica.
3. Incentivar el correcto lavado de manos y las buenas prácticas quirúrgicas que aseguren un procedimiento adecuado y así evitar complicaciones intra y post quirúrgicas.

4. Continuar esta línea de investigación para determinar si existe o no asociación como también la fuerza de esta entre las manifestaciones evaluadas, además de desarrollar a futuro un protocolo de atención o guía de práctica clínica para el manejo adecuado de esta condición en las pacientes.

CAPÍTULO VII. REFERENCIAS

7.1. Fuentes documentales

- Arqueros, H.L. (2016). Características clínicas, epidemiológicas y ecográficas de los miomas uterinos en el Hospital Regional Docente de Trujillo periodo 2011 – 2015. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Universidad Nacional Federico Villareal. Lima. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/3595>
- Cedeño, J.E., y Cornejo, A.G. (2016). Miomatosis uterina: Frecuencia y características clínico-ecográficas en el “Hospital Vicente Corral Moscoso”, periodo 2010 – 2014. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico]. Universidad de Cuenca. Ecuador. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/25335>
- Chacón de Velasco, J.A. (2019). Factores asociados a miomatosis uterina en pacientes del Hospital de Vitarte, 2014-2018. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Universidad Nacional Federico Villareal. Lima. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe>
- Martínez, S. (2018). Hipertensión arterial como factor de riesgo para miomatosis uterina en pacientes de 30 a 50 años en el servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Nacional Hipólito Unánue, 2013 – 2017. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Universidad Ricardo Palma. Lima. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe>
- Mejía, J.J. (2014). Características clínicas de las pacientes con miomatosis uterina intervenidas quirúrgicamente en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar. [Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano]. Universidad San Martín de Porres, Lima. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2223>

Morales, M.A., y Pérez, H.A. (2017). Complicaciones transoperatorias más frecuentes en mujeres sometidas a histerectomía por miomatosis uterina en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo Julio-Diciembre del 2016. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional Autónoma de Managua. Nicaragua. Disponible en:
<https://repositorio.unan.edu.ni/9688/>

Riveros, L.S. (2018). Factores clínicos y epidemiológicos asociados al mioma uterino en el Hospital Regional de Loreto en el periodo enero 2012 a diciembre 2014. [Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Iquitos. Disponible en:
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/5512>

Rojas, K. (2020). Características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y de tratamiento de los miomas uterinos en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2018. [Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano]. Universidad Nacional del Centro del Perú. Huancayo. Disponible en:
<http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/5829>

Salazar P. (2017). Obesidad como factor de riesgo para leiomiomatosis uterina. [Tesis para obtener el Grado de Bachiller en Medicina]. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/>

7.2. Fuentes bibliográficas

Berek, J. (2012). *Berek y Novak: Ginecología* (15ª Ed.). Estados Unidos: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Farreras, P., Rozman, C. y Cardellach, F. (2016). *Farreras-Rozman: Medicina interna* (18ª Ed.). España: Editorial Elsevier.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª Ed.). México: McGraw-Hill Global Education.

Hoffman, B., Schorge, J., Bradshaw, K., Halvorson, L., y Schaffe, J. (2016). *Williams: Ginecología* (3ª Ed.). Estados Unidos: McGraw-Hill Global Education.

Mosby. (2003). *Diccionario Mosby de medicina, enfermería y ciencias de la salud*. España: Elsevier.

7.3. Fuentes hemerográficas

Ahrendt, H. J., Tylkoski, H., Rabe, T., Szczes, A., Friedrich, C., Roehl, F. W., Kitay, A., Roemer, T., & Foth, D. (2016). Prevalence of uterine myomas in women in Germany: data of an epidemiological study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 293(6), 1243–1253. doi: 10.1007/s00404-015-3930-8

Arcos, B., Arcos, D., & Flores, G.A. (2018). Histerectomía total laparoscópica por miomatosis uterina. Diferencias entre la cirugía abierta vs laparoscópica. A propósito de un caso. *Rev Fac Med UNAM*, 61(2), 29-36. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.ph>

Bulun, S.E. Uterine Fibroids. (2013). *N Engl J Med*, 369, 1344-1355. doi: 10.1056/NEJMra1209993

Calaf, J., Palacios, S., Cristóbal, I., Cañete, M.L., Monleón, J., Fernández, J., Hernández, A, & Vázquez, F. (2020). Validation of the Spanish version of Quality the Uterine Fibroid Symptom and of Life (UFS-QoL) questionnaire in women with uterine myomatosis. *Med. clín (Barc)*, 154(6), 207-213. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2387020620300437>

Clarke-Pearson, D.L., & Geller, E.J. (2013). Complications of Hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 121, 654-673. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182841594

- Díaz, E. (2016). Filosofía de la medicina: la necesidad de una perspectiva crítica em Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(1), 102-123. doi: 10.18359/rlbi.2018.
- Donnez, J., & Dolmans, M.M. (2016). Uterine fibroid management: from the present to the future. *Human Reproduction Update*, 1-22. doi:10.1093/humupd/dmw023
- Foth, D., Röhl, F. W., Friedrich, C., Tylkoski, H., Rabe, T., Römer, T., Kitay, A., & Ahrendt, H. J. (2017). Symptoms of uterine myomas: data of an epidemiological study in Germany. *Archives of gynecology and obstetrics*, 295(2), 415–426. doi: 10.1007/s00404-016-4239-y
- Giuliani, E., As-Sanie, S., & Marsh, E. E. (2020). Epidemiology and management of uterine fibroids. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 149(1), 3–9. doi: 10.1002/ijgo.13102
- Hernández-Valencia, M., Valerio-Castro, E., Tercero-Valdez-Zúñiga, C.L, Barrón-Vallejo, J., & Luna-Rojas, R.M. (2017). Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. *Ginecol Obstet Mex*, 85(9), 611-633.
- Hollman-Montiel, J.P., y Rodríguez, G. (2014). Complicaciones de la histerectomía total abdominal ginecológica por patología benigna. *Archivos de Investigación materno infantil*, 6(1), 25-30. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=55362>
- Instituto Nacional Materno Perinatal. (2020). *Guías de práctica clínica y de procedimientos en ginecología*. Perú, Lima. Recuperado de <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>

- Metwally, M., Raybould, G., Cheong, Y., & Horne, A. (2020). Surgical treatment of fibroids for subfertility. *Cochrane Database Syst Rev*, 1: CD003857. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003857>.
- Ministerio de Salud. (2020). *Documento técnico: Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI)*. Perú, Lima. Recuperado de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1050369/mci.pdf>
- Monet, Y.E., Cora, J., Hernández del Sol, C., & Fundora, G. (2020). Histerectomía videolaparoscópica. *Rev. Cub. Cir.*, 59(3): e925. Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/925>
- Monleón, J., Cañete, M. L., Caballero, V., Del Campo, M., Doménech, A., Losada, M. Á., Calaf, J., & EME Study Group (2018). Epidemiology of uterine myomas and clinical practice in Spain: An observational study. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 226, 59–65. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.05.026
- Munro, M. G., Critchley, H. O., Fraser, I. S., & FIGO Menstrual Disorders Working Group (2011). The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Fertility and sterility*, 95(7), 2204–2208.e22083. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.03.079
- Recari, E., Oroz, L.C., & Lara, J.A. (2009). Complicaciones de la cirugía ginecológica. *An. Sist. Sanit. Nava*, 32(1), 65-79. Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200008
- Sparic, R., Mirkovic, L., Malvasi, A., & Tinelli, A. (2016). Epidemiology of uterine myomas: a review. *International journal of fertility & sterility*, 9(4), 424–435. doi: 10.22074/ijfs.2015.4599

Stewart, E. A., Cookson, C. L., Gandolfo, R. A., & Schulze-Rath, R. (2017). Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, *124*(10), 1501–1512. doi: 10.1111/1471-0528.14640

Stewart, E.A., & Laughlin-Tommaso, S.k. (2021a). Uterine fibroids (leiomyomas): histology and pathogenesis. En R. Barbieri & A. Chakrabarti (Ed), *UpToDate*. Recuperado el 17 de junio de 2021, desde <https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-histology-and-pathogenesis>

Stewart, E.A., & Laughlin-Tommaso, S.k. (2021b). Uterine fibroids (leiomyomas): epidemiology, clinical features, diagnosis, and natural history. En R. Barbieri, D. Levine & A. Chakrabarti (Ed), *UpToDate*. Recuperado el 17 de junio de 2021, desde <https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-natural-history>

Wise, L.A., & Laughlin-Tommaso, S.K. (2016). Epidemiology of uterine fibroids: from menarche to menopause. *Clin Obstet Gynecol*, *59*(1), 2-24. doi: 10.1097/GRF.0000000000000164.

Yano, M., Katoh, T., Nakajima, Y., Iwanaga, S., Kin, R., Kozawa, E., & Yasuda, M. (2020). Uterine intravenous leiomyomatosis with an isolated large metastasis to the right atrium: a case report. *Diagn Pathol*, *15*(1), 4. doi: 10.1186/s13000-019-0913-2

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número: _____ Año de atención: _____ Historia Clínica N°: _____

Aspectos clínicos:

Tiempo de enfermedad: _____ meses

Manifestaciones clínicas: () Asintomático () Hemorragia uterina anormal
() Alteraciones menstruales () Dolor pélvico () Sensación de masa pélvica
() Anemia () Disfunción intestinal () Dispareunia () Aborto recurrente
() Infertilidad

Localización de los leiomiomas: () Submucosos () Intramurales () Subserosos
() Híbridos () Otros

Tamaño de los leiomiomas: () 2 cm () 2.1 – 5 cm () 5.1 – 7 cm () 7.1 cm

Cantidad de leiomiomas: () Único () Múltiple

Aspectos epidemiológicos:

Edad: _____ años

Raza: () Blanca () Negra () Mestiza () Caucásica

Procedencia: () Huacho () Huaura () Santa María () Hualmay () Carquín
() Vegueta () Otros: _____

Paridad: () Nulípara () Primípara () Secundípara () Multípara () Gran multípara

Antecedentes patológicos: () Hipertensión arterial () Diabetes mellitus

() Asma bronquial () Cáncer () Otros: _____

Índice de Masa Corporal: () Bajo peso () Peso normal () Sobrepeso () Obesidad

Edad de la menarquia: () Menos 10 años () 11 – 13 años () 14 – 16 años

Uso de anticonceptivos orales: () No () Si

Consumo de tabaco: () No consume () Sí consume

Antecedente familiar de leiomiomatosis uterina: () No () Sí

Tratamiento quirúrgico:

Procedimiento Operatorio: () Miomectomía abdominal () Miomectomía histeroscópica
() Miomectomía laparoscópica () Histerectomía abdominal total () Histerectomía abdominal subtotal () Histerectomía vaginal () Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia () Histerectomía laparoscópica () Histerectomía laparoscópica total
() Otro _____

Complicaciones Intraoperatorias: () Ninguna () Lesiones vasculares () Lesiones intestinales () Lesiones ureterales-vesicales () Lesiones uretrales () Lesiones rectovaginales

Complicaciones Postoperatorias: () Ninguna () Prolapso de la cúpula vaginal
() Dehiscencia de la cúpula vaginal () Absceso de la cúpula vaginal () Hematoma de la cúpula vaginal () Granuloma de la cúpula vaginal () Seroma () Infección del sitio quirúrgico () Fístula interna: fístula ureterovaginal, vesicovaginal, rectovaginal

ANEXO 2: AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO PARA REALIZACIÓN DE TESIS


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRAS
"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA	
DOC.	2919899
EXP.	1854755

Huacho, 07 de Junio del 2021

OFICIO N° 144-2021-GRL-DIRESA-HHHO-SBS-DE/UDEIN

DRA. BURGA UGARTE INDIRA GIOVANNA
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
Presente.-

ASUNTO : RESPUESTA A LO SOLICITADO
REF. : DOC N° 2878585- EXP. 1854755



De nuestra consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, para saludarla cordialmente y a su vez remitirle la opinión favorable en la revisión de las Historias Clínicas del Proyecto de Investigación del estudiante **GARCIA MARIN ROGER DICKMAN** para la realización de Tesis.

Las coordinaciones se harán directamente con el interesado sobre los días viables para la revisión de historias clínicas.

Sin otro particular, es todo cuanto informo a Usted para su conocimiento y fines que estime pertinentes.

Atentamente,


ING. SIST. MILTON CHUMBES CHAFALOTE
C.E.I. N° 88552
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL HUACHO - RED HUACHAYOCAN
DRA. INDIRA C. BURGA UGARTE
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

RECIBIDO
06 JUN 2021

ANEXO 3: ASESORIA ESTADISTICA DE TESIS

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

INFORME

De : ING. EDWIN IVAN FARRO PACIFICO
Asunto: **ASESORÍA ESTADÍSTICA DE TESIS**
Fecha : Huacho, 03 de Julio de 2021.

Por medio de la presente, hago mención que yo: EDWIN IVAN FARRO PACIFICO identificado con DNI: 15735619 de profesión INGENIERIO INFORMATICO con CIP 91782 declaro haber brindado asesoría estadística al tesista don: ROGER DICKMAN GARCIA MARIN, identificado con DNI: 70430843, sobre el trabajo de investigación titulado: **“LEIOMIOMATOSIS UTERINA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, ASPECTOS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICOS. HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO. PERIODO 2016 – 2020”**.

Los datos se codificaron en todas sus variables y se digitaron en Microsoft Excel, dicha información fue exportada al Software estadístico STATA MP V14.1 para su proceso y análisis de la información por el tesista.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente




EDWIN IVA FARRO PACIFICO
ING. INF. INFORMATICO
Nº Colegiado de Ingeniería N° 81782

ANEXO 4: BASE DE DATOS EN MICROSOFT EXCEL

The screenshot shows a Microsoft Excel spreadsheet with a data table. The table has 7 columns: 'Modelo', 'Marca', 'Año', 'Precio', 'Consumo', 'Emissiones', and 'Potencia'. The rows list various car models such as Renault, Peugeot, Opel, and others. The data is color-coded: yellow for the first three columns and green for the last four. The interface includes the Excel ribbon with tabs like 'Inicio', 'Insertar', 'Referencias', 'Datos', 'Revisar', and 'Vistas'. The status bar at the bottom shows 'Hoja1' and 'FORMULARIOS'.

This screenshot shows another Microsoft Excel spreadsheet with a similar data table structure. The columns are 'Modelo', 'Marca', 'Año', 'Precio', 'Consumo', 'Emissiones', and 'Potencia'. The rows list different car models, including Renault, Peugeot, Opel, and others. The data is color-coded: yellow for the first three columns and green for the last four. The interface includes the Excel ribbon with tabs like 'Inicio', 'Insertar', 'Referencias', 'Datos', 'Revisar', and 'Vistas'. The status bar at the bottom shows 'Hoja1' and 'FORMULARIOS'.

ANEXO 5: BASE DE DATOS EN STATA MP V14.1

The screenshot shows the Stata Data Editor interface. The main window contains a data grid with columns for variables and rows for observations. The 'Properties' panel on the right is expanded for the variable 'diabetes', showing its data type as 'float' and its label as 'diabetes'. The status bar at the bottom indicates 'View: All Data - Dataset' and 'Obs: 347'.

This screenshot shows a different view of the same Stata dataset. The data grid displays a range of observations, and the 'Properties' panel for 'diabetes' remains visible on the right. The status bar at the bottom shows 'View: All Data - Dataset' and 'Obs: 347'.

ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuáles son los aspectos clínico epidemiológicos y las complicaciones de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico de la Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho, durante el periodo 2016 – 2020?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar los aspectos clínico epidemiológicos y las complicaciones de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico de la Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho, durante el periodo 2016 – 2020.</p>	<p>Según el tipo de estudio, no corresponde plantear una hipótesis.</p>	<p>Aspectos clínicos</p> <p>Tiempo de enfermedad</p> <p>Manifestaciones clínicas</p> <p>Localización</p> <p>Tamaño</p> <p>Cantidad</p> <p>Aspectos epidemiológicos</p> <p>Edad</p> <p>Raza</p> <p>Procedencia</p> <p>Paridad</p> <p>Consumo de tabaco.</p> <p>Ant. Patológicos</p> <p>Uso de anticonceptivos orales</p> <p>Índice de Masa Corporal</p> <p>Edad de la menarquia</p> <p>Antecedente familiar</p> <p>Tratamiento quirúrgico</p> <p>Procedimiento operatorio</p>	<p>Diseño metodológico</p> <p>Tipo: observacional, descriptivo, retrospectivo.</p> <p>Enfoque: cuantitativo</p> <p>Población</p> <p>Mujeres con diagnóstico de leiomiomatosis uterina sometidas a tratamiento quirúrgico durante el periodo 2016 al 2020.</p> <p>Muestra</p> <p>100% de pacientes que cumplan criterios de inclusión.</p> <p>Mujeres de 18 años a más con diagnóstico de Leiomiomatosis uterina que hayan sido sometidas a tratamiento quirúrgico en el servicio de Ginecología del</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuáles son los aspectos clínicos de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico de Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2016 – 2020?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar los aspectos clínicos de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico de la Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2016 – 2020.</p>			

¿Cuáles son los aspectos epidemiológicos de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico de Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2016 – 2020?	Describir los aspectos epidemiológicos de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico de la Leiomiomatosis Uterina en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2016 – 2020.	Complicaciones médico-quirúrgicas intraoperatorias Complicaciones médico-quirúrgicas postoperatorias	Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2016 – 2020. Mujeres cuyas historias clínicas contenían los datos completos y necesarios para el estudio y análisis de las variables.
¿Qué complicaciones se presentan en las pacientes con Leiomiomatosis Uterina que han sido sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2016 – 2020?	Establecer las complicaciones que presentan las pacientes con Leiomiomatosis Uterina que han sido sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2016 – 2020.		Técnica Observación documental Instrumentos Ficha de recolección de datos Procesamiento y análisis de información Estadística descriptiva
¿Cuál es la frecuencia de pacientes con Leiomiomatosis Uterina según el tratamiento quirúrgico que recibieron en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2016 – 2020?	Precisar la frecuencia de pacientes con Leiomiomatosis Uterina según el tratamiento quirúrgico que recibieron en el Hospital Regional de Huacho durante el periodo 2016 – 2020.		

DR. VASQUEZ ESTELA DARIO ESTANISLAO

Asesor

MG. PALACIOS SOLANO JACINTO JESUS

Presidente

M(O). CUEVAS HUARI EDGARDO WASHINGTON

Secretario

DR. SUAREZ ALVARADO EDWIN EFRAIN

Vocal