



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**LEIOMIOMATOSIS UTERINA HOSPITAL NACIONAL MADRE
NIÑO SAN BARTOLOMÉ 2016 - 2018**

**PRESENTADO POR
NATALIA MISHHELL DIAZ FALERO**

**ASESORA
ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**LIMA – PERÚ
2018**



Reconocimiento - No comercial
CC BY-NC

La autora permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**LEIOMIOMATOSIS UTERINA HOSPITAL NACIONAL MADRE NIÑO
SAN BARTOLOMÉ 2016 - 2018**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR
NATALIA MISHHELL DIAZ FALERO**

**ASESOR
ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**LIMA, PERÚ
2018**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	3
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos	5
1.4 Justificación	7
1.5 Viabilidad y factibilidad	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	9
2.2 Bases teóricas	23
2.3 Definiciones de términos básicos	39
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Formulación de la hipótesis	42
3.2 Variables y su operacionalización	43
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Tipos y diseño	45
4.2 Diseño muestral	45
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	46
4.4 Procesamiento y análisis de datos	49
4.5 Aspectos éticos	49
CRONOGRAMA	50
PRESUPUESTO	51
FUENTES DE INFORMACIÓN	52
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El leiomioma o mioma uterino es el tumor benigno más frecuente del útero y de la pelvis femenina. A nivel mundial, es una patología sin etiología definida y continua en investigación. Así mismo, es difícil determinar su incidencia. Es la principal indicación de tratamiento quirúrgico, siendo causa en Estados Unidos de cerca de 200 000 histerectomías anualmente. En la actualidad, se orienta a nuevas técnicas quirúrgicas menos invasivas. ⁽¹⁾

Según Brito LG, en 2014, en Brasil, describió que el sangrado uterino anormal y el dolor pélvico, representa experiencias negativas en las vidas de la mayoría de mujeres. Se considera un problema de salud pública a nivel mundial, porque acarrea costos en las urgencias, costos operatorios, sino que también comorbilidades como la anemia, es de vital importancia, la vigilancia oportuna y las medidas de prevención necesarias. ⁽²⁾

En el Perú, hay pocos reportes actualizados sobre su incidencia. Según Gómez, en 2012, en nuestro país, se informa que existe un 45.5%; de estos, son diagnósticos el 30% en la sierra, y que una de cada 5 mujeres tiene miomas, debido a factores asociados como paridad, raza, edad y obesidad. ⁽³⁾

El diagnóstico se realiza al 2.55% de la consulta externa y al 21.14% de los egresos hospitalarios. El 80% de los casos son asintomáticos. Y se presenta en más del 30% de mujeres en edad fértil, con tendencia a aumentar en incidencia y tamaño, entre los 45 a 50 años. ⁽⁴⁾

El Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé, creado en la época de la colonia, con fines de dar atención médica y albergue a negros liberados, en sus inicios, pasa a ser luego, en el año 1985, el Instituto Materno Perinatal, después de haber servido de atención a militares. Finalmente, después de un acuerdo con los pediatras, en el año 1993, se renombra como actualmente lo conocemos. Cuna de la primera

residencia de formación escolarizada de la especialidad en ginecología y obstetricia. En el servicio de Ginecología, se cuenta con aproximadamente 20 camas y para obstetricia 24. Así mismo, se diagnostican un promedio de 10 casos de leiomiomatosis uterina, por consultorios externos, y muy esporádicamente un caso por emergencia. Y un promedio de histerectomías abiertas al mes, diez procedimientos.

Se debería realizar el presente estudio para reportar valiosa información sobre casuística y ayudar a determinar prevalencia en nuestro país y, además, realizar investigación sobre un tema ginecológico en un nosocomio donde predomina la atención obstétrica, observar, describir, y correlacionar las etapas del preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio (con énfasis en este último) de una de las patologías con más indicación quirúrgica en nuestro medio. Asimismo, se debe incentivar a reflexionar e investigar, a las futuras generaciones de especialistas, para brindar nuevas alternativas no quirúrgicas.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las características de la leiomiomatosis uterina posterior al tratamiento quirúrgico en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, de enero 2016 a junio de 2018?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Evaluar las principales características de leiomiomatosis uterina posterior al tratamiento quirúrgico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, en el periodo comprendido entre enero de 2016 a junio de 2018.

Objetivos específicos

Determinar la prevalencia de Leiomiomatosis uterina en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

Describir las características sociodemográficas de las pacientes con

Leiomiomatosis uterina, en la etapa prequirúrgica.

Describir las características clínicas de las pacientes con leiomiomatosis uterina en la etapa prequirúrgica.

Describir las características quirúrgicas de las pacientes con leiomiomatosis uterina

Describir los resultados del estudio anatomopatológicos, de las piezas operatorias, y correlacionarlas con la presunción diagnóstico preoperatoria de leiomiomatosis uterina.

Determinar el tiempo de hospitalización de las pacientes con leiomiomatosis uterina.

1.4 Justificación

La ejecución del presente estudio es sustentable, porque aporta datos estadísticos que contribuyan a realizar una incidencia y prevalencia nacional, actualizada.

Reporta información con énfasis en las etapas perioperatorias y posoperatorias para la consiguiente correlación de análisis de acciones tomadas y reflexiones sobre criterio de manejo medico versus quirúrgicos, siendo material importante para futuros estudios.

Revisando unas las recomendaciones primarias, nivel B, sobre leiomiomatosis uterina. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia menciona que el crecimiento rápido de un leiomioma no ha demostrado predecir el riesgo de sarcoma uterino, y que no deberíamos usarlo como indicación única de miomectomía o histerectomía.

De realizar el anteproyecto, y entendiéndose la importancia de esta enfermedad, y sus comorbilidades, así como las complicaciones de un tratamiento quirúrgico, el análisis oportuno de una pieza operatoria y concretar el diagnóstico definitivo. Nos

orientaría a establecer nuevas alternativas de tratamiento y establecer intervenciones preventivas, ante una enfermedad crónica en nuestro país, como la anemia. Así mismo, se innovaría en temas, que antes se daban por concluidas y sobreentendidas, cuando a nivel mundial aún se sigue investigando.

1.5 Viabilidad y factibilidad

El estudio es viable, porque se cuenta el permiso respectivo de la Oficina de Capacitación y Docencia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para ejecutar el proyecto, el cual, a su vez, estará supervisado por la facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres.

Es factible, pues cuenta con los datos en los archivos de historias clínicas, de sala de operaciones y de los registros de anatomía patológica. También, contamos con los recursos humanos, recursos económicos y de transporte.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En el año 2016, Ahrendt HJ reportó que no hay datos confiables y disponibles sobre la prevalencia de miomas uterinos en Alemania. Se desarrolló un estudio de tipo prospectivo, que examinó la prevalencia de leiomiomatosis uterina en mujeres mayores de 30 años, a través de la ecografía transvaginal. De una población de 2296 mujeres, que dieron su consentimiento para el procedimiento, se detectaron miomas en un 41.6% del todas mujeres.

La prevalencia de miomas uterinos aumentó del 21.3% (30-35 años) al 62.8% (46-50 años). Más tarde, el número de miomas disminuyó nuevamente del 56.1% (51-55 años) al 29.4% en mujeres mayores de 55 años. No se pudo encontrar correlación entre la edad en el primer período menstrual o el índice de masa corporal y la aparición de miomas.

Los resultados de este estudio concluyen que más del 40% de las mujeres mayores de 30 años padecen de miomas y más del 50% de todas las mujeres en Alemania pueden desarrollar miomas uterinos en algún momento de su vida. ⁽⁵⁾

Ciarmela P, en 2014, refiere que los leiomiomas uterinos, son la principal indicación de histerectomía en los Estados Unidos. La incidencia aumenta con la edad, desde la menarquia hasta la perimenopausia. Así mismo, esta patología de carácter neoplásico benigno, tiende a ser responsables de morbilidad significativa en mujeres de edad fértil. Menciona que, como los leiomiomas uterinos generalmente retroceden después de la menopausia, la actitud general es evitar el tratamiento en mujeres cercanas a la perimenopausia, esperar menopausia y resolución espontánea. Cuando se decide que se necesita tratamiento, la opción para las mujeres peri y posmenopáusicas suele ser una histerectomía. ⁽⁶⁾

En 2015, Drayer SM, en los Estados Unidos, reporta que el leiomioma uterino es el tumor pélvico más común, pero que se desconoce la prevalencia real, motivo por

el cual realizan un estudio de prevalencia de dicha enfermedad, presentación de síntomas y el tratamiento médico. Concluyeron que las mujeres asintomáticas revelaron una tendencia similar a la de las mujeres sintomáticas y mostraron que los leiomiomas son más comunes en esta cohorte que los reconocidos previamente.

Las pacientes afectadas pueden presentar muchas quejas, pero no se ha demostrado que ningún síntoma sea específico para este tumor. Se necesita realizar más investigación sobre la prevalencia en mujeres asintomáticas. Las opciones actuales y futuras de gestión médica brindan resultados prometedores en la reducción de los síntomas. ⁽⁷⁾

Kadlecová J, en 2015, en Checoslovaquia, revisó la incidencia de variantes histológicas de fibromas uterinos de pacientes en edad reproductiva y postmenopausia. Realizaron un estudio retrospectivo en 2397 mujeres que se sometieron a una miomectomía o histerectomía.

El grupo A consistió en 235 pacientes con ciclos menstruales regulares, entre las edades de 18-40., y se eligió la miomectomía para estos pacientes. El grupo B estaba conformado por 433 pacientes posmenopáusicas de entre 50 y 65 años, en quienes se realizó histerectomía laparoscópica y abdominal. Se observó una diferencia estadísticamente significativa en la aparición del tipo de leiomioma epitelioides entre las mujeres de los grupos de edad de 18-40 y 50-65. En el grupo de mujeres posmenopáusicas, se registraron cuatro formas malignas de leiomioma, que no fueron estadísticamente relevantes.

El estudio concluyó que existe una diferencia estadísticamente significativa en el tipo epitelioides de leiomioma uterino. Se detectaron cuatro pacientes con variante maligna de leiomioma - leiomiosarcoma en el grupo de mujeres posmenopáusicas.⁽⁸⁾

Kashani BN, en 2016, en los Estados Unidos, reportó que los leiomiomas es el tumor benigno más común en mujeres en edad reproductiva. Las mujeres afectadas pueden permanecer asintomáticas o pueden informar síntomas relacionados con

sangrado uterino anormal, infertilidad o dolor y presión pélvica. Según la sintomatología del paciente y los planes reproductivos, las opciones de tratamiento incluyen el manejo expectante, el control médico (hormonal y no hormonal) o el tratamiento quirúrgico (miomectomía o histerectomía).

En aquellos que desean diferir el tratamiento quirúrgico, se ha demostrado que las terapias no hormonales, como los antiinflamatorios no esteroideos y el ácido tranexámico, disminuyen la pérdida de sangre menstrual. En pacientes con leiomiomas más sintomáticos, las terapias hormonales como los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina y los moduladores selectivos del receptor de progesterona son efectivos para reducir el volumen de leiomioma, el tamaño uterino y la pérdida de sangre menstrual.⁽⁹⁾

Kotani Y, en 2018, en Japón, desarrolló un estudio retrospectivo de la recurrencia del mioma mediante la comparación de miomectomía laparoscópica y miomectomía abierta. Un total de 474 pacientes se sometieron a miomectomía laparoscópica y 279 pacientes se sometieron a miomectomía abierta. Los pacientes fueron seguidos posoperatoriamente de seis meses a ocho años.

La recurrencia se confirmó cuando se detectó un mioma con un diámetro de ≥ 1 cm. Se investigaron las tasas de recidiva posmiomectomía laparoscópica, posmiomectomía abierta y acumulativa. Las tasas de recurrencia acumuladas entre los dos grupos fueron 76.2% miomectomía laparoscópica frente a 63.4% miomectomía abierta a los ocho años después de la operación.

La miomectomía laparoscópica arrojó una tasa de recurrencia más alta que la miomectomía abierta, probablemente como resultado de la eliminación manual del mioma en la miomectomía abierta, que es una extracción más exhaustiva de las masas de mioma más pequeñas que las realizadas en miomectomía laparoscópica. En conclusión, menos masas de miomas residuales después de la MA contribuyen a una menor tasa de recurrencia postoperatoria.⁽¹⁰⁾

Kulkarni MR, en 2016, en la India, desarrolló un estudio multicéntrico fue un intento de analizar el espectro clínico-patológico en casos de leiomioma del útero y conocer

el patrón de presentación, la correlación patológica, el tipo de fibroma y los cambios endometriales y ováricos. Se realizó un estudio clínico de 100 casos de útero fibroide. Los casos fueron seleccionados por asignación aleatoria. El leiomioma es el tumor benigno más común del útero y afecta comúnmente a las mujeres en edad fértil, más comúnmente en la tercera década, 55%.

El modo de presentación más común fue la alteración menstrual (76%), entre los que se observó menorragia en el 54% de los casos. La infertilidad primaria se observó en el 15% de los pacientes. Los fibromas intramurales fueron la variedad más común en el 60% de los casos. El patrón endometrial fue proliferativo en 66.3%. Los ovarios quísticos se observaron en el 8% de los pacientes, la adenomiosis en el 16% indica hiperestrogenismo.

El estudio concluyó que el fibromioma (leiomioma) es el tumor benigno más común de la pelvis. Comúnmente, afecta a las mujeres en edad fértil, principalmente en la tercera década y se ve más comúnmente en multípara. El modo de presentación más común son las alteraciones menstruales. El fibroma intramural es la variedad más común. El endometrio proliferativo e hiperplásico se informó comúnmente. La presencia de endometrio proliferativo, adenomiosis y ovarios quísticos son indicativos del estado hiperestrogénico asociado con el desarrollo de fibromas.⁽¹¹⁾

Lethaby A, en los Estados Unidos, en 2015, reportó que entre el 50% y el 77% de las mujeres pueden tener fibromas, según el método de diagnóstico utilizado. Evaluó sistemáticamente los efectos de los tratamientos radiológicos, quirúrgicos, en mujeres con fibromas. Se realizaron búsquedas en: Medline, Embase, The Cochrane Library y otras bases de datos importantes. Cinco estudios fueron incluidos.

En esta revisión sistemática, presentaron información relacionada con la efectividad y la seguridad de las siguientes intervenciones: cirugía de ultrasonido focalizada guiada por resonancia magnética versus otras intervenciones (histerectomía, miomectomía, resección histeroscópica, ablación endometrial, ablación con balón térmico, miólisis térmica con láser); embolización de la arteria uterina versus miomectomía. ⁽¹²⁾

Monleón J, en 2018, en España, realizó un estudio donde describe las características clínicas de los miomas uterinos sintomáticos en mujeres españolas, incluido el impacto en la calidad de vida y posibles factores de riesgo. Se hizo un estudio observacional, epidemiológico, no intervencionista y multicéntrico. Se recogieron datos de 569 pacientes (1022 miomas) en 56 hospitales y oficinas ginecológicas privadas en España. La mayoría de los pacientes (85%) presentaron entre 1 y 3 miomas, predominantemente intramurales y subserosos.

Los síntomas más comunes informaron sangrado menstrual abundante y dolor pélvico. Hasta el 60.5% de los pacientes tenían una indicación de cirugía (55.8% miomectomías, 40.4% histerectomías) para tratar sus miomas uterinos y 39.5% siguieron otras terapias, principalmente farmacológicas. Después de seis meses de tratamiento, todos los pacientes experimentaron una reducción significativa de los síntomas y una mejor calidad de vida.

El estudio concluyó que los síntomas más frecuentes reportados por las mujeres diagnosticadas con miomas uterinos fueron sangrado menstrual abundante, dolor pélvico o abdominal y dismenorrea. Descubrieron que la cirugía era el enfoque terapéutico principal para tratar los miomas uterinos en España. Tanto los tratamientos quirúrgicos como los no quirúrgicos logran mejoras relevantes en la gravedad de los síntomas y la calidad de vida. ⁽¹³⁾

Moroni RM, en 2015, en Brasil, refirió que el leiomioma uterino es el tumor ginecológico más común en los años reproductivos. Sin embargo, es extremadamente raro en la adolescencia (<1%), con pocos informes encontrados en la literatura. El objetivo del estudio fue describir el comportamiento biológico de tales tumores. Los resultados mostraron que la edad promedio fue 15.35 (14-17) años. El diámetro promedio del tumor fue 12.28 cm (3-30) y el diámetro medio fue de 10 cm.

La mayoría de los pacientes presentaron síntomas (87.5%), que incluían sangrado uterino anormal (10/18) y dolor pélvico / abdominal (6/18). Una masa pélvica fue el hallazgo más común. Dos pacientes requirieron transfusión, debido a anemia. Un

paciente se sometió a una histerectomía abdominal y los otros a una miomectomía. El seguimiento medio fue de 1 año y 8 meses, y solo un caso recurrió, después de 6 meses.

El estudio concluyó que el comportamiento biológico de los leiomiomas en adolescentes puede ser diferente del de las mujeres mayores, pero sus características moleculares aún no han sido analizadas. El tratamiento óptimo aún no está definido, pero la miomectomía tiene varias ventajas en esta población. Los leiomiomas deben ser recordados como un diagnóstico diferencial importante de la masa pélvica en adolescentes. ⁽¹⁴⁾

Puchar A., en 2016, en Francia, refirió que los fibromas, son tumores benignos de músculo liso de origen clonal, son los tumores ginecológicos más comunes que ocurren en aproximadamente 20 a 25% de las mujeres mayores de 30 años. Los síntomas más frecuentes son dolor pélvico y sangrado menstrual abundante que resulta en anemia. El papel de los fibromas en la infertilidad sigue siendo debatido, pero probablemente se relaciona principalmente con la ubicación de la submucosa debido al deterioro de la implantación.

Aunque la mayoría de las mujeres son asintomáticas (80%), los fibromas pueden tener un impacto considerable en la calidad de vida. Teniendo en cuenta este impacto y el costo asociado con su manejo, el tratamiento de los fibromas es un problema de salud pública. El tratamiento médico se basa principalmente en el uso de progestágenos, agentes antifibrinolíticos, fármacos antiinflamatorios no esteroideos, moduladores selectivos del receptor de progesterona análogos de la hormona liberadora de gonadotropina.

El tratamiento quirúrgico incluye la miomectomía, (histeroscópica, laparoscópica, laparotomía) y la histerectomía. La elección de la cirugía depende de varios factores: el número, la topografía y el tamaño de los miomas, la edad de la paciente y su deseo de fertilidad, historial de tratamiento y su deseo de mantener el útero. Las técnicas alternativas a la cirugía se basan principalmente en la embolización de la arteria uterina. ⁽¹⁵⁾

Sparic R, en Serbia, en 2016, realizó una revisión de los datos epidemiológicos relacionados con el desarrollo de miomas. Muchos factores epidemiológicos están relacionados con el desarrollo de miomas; sin embargo, muchos aún no se entienden completamente. Estos factores incluyen edad, raza, herencia, factores reproductivos, hormonas sexuales, obesidad, estilo de vida (dieta, consumo de cafeína y alcohol, tabaquismo, actividad física y estrés), ambientales y otras influencias, como la hipertensión y la infección.

El estudio concluyó que algunos de los datos epidemiológicos son contradictorios. Por lo tanto, se necesita más investigación para comprender todos los factores de riesgo que contribuyen a la formación del mioma y cómo exactamente influyen en su aparición y crecimiento. ⁽¹⁶⁾

Stewart EA, en los Estados Unidos, en 2016, refirió que los fibromas uterinos son neoplasias clonales comunes del útero. Los fibromas son extremadamente heterogéneos en su fisiopatología, tamaño, ubicación y sintomatología clínica. El riesgo de fibromas se asocia con la raza; las mujeres negras tienen un mayor riesgo de desarrollar fibromas a edades más tempranas que sus contrapartes blancas y también desarrollan formas más severas de la enfermedad.

Clínicamente, los fibromas representan entre un tercio y la mitad de todas las histerectomías y se asocian con una morbilidad sustancial y costos de atención médica para las mujeres en edad reproductiva. De hecho, los tratamientos actuales son principalmente quirúrgicos e intervencionistas; aproximadamente tres cuartas partes de todos los tratamientos con fibroides son histerectomías. Sin embargo, están surgiendo innovaciones clínicas en el uso de moduladores del receptor de progesterona como terapia médica.

Nueva información se está acumulando rápidamente sobre los subgrupos genéticos que conducen a la formación de fibroides, lo que podría ayudar a una mayor comprensión de la heterogeneidad clínica de esta enfermedad y conducir a tratamientos individualizados. ⁽¹⁷⁾

Vilos GA, en Inglaterra, en 2015, refirió que los tratamientos médicos efectivos para

mujeres con sangrado uterino anormal asociado con fibromas uterinos incluyen el sistema intrauterino de levonorgestrel, análogos de la hormona liberadora de gonadotropina, moduladores selectivos del receptor de progesterona, anticonceptivos orales, progestinas, y danazol.

Los tratamientos médicos efectivos para mujeres con síntomas masivos asociados con fibromas incluyen moduladores selectivos del receptor de progesterona y análogos de la hormona liberadora de gonadotropina.

El estudio concluye que la histerectomía es el tratamiento más efectivo para los fibromas uterinos sintomáticos. La miomectomía es una opción para las mujeres que desean preservar su útero o mejorar la fertilidad, pero conlleva el potencial de una mayor intervención. De los tratamientos de intervención conservadores actualmente disponibles, la embolización de la arteria uterina tiene la trayectoria más larga y se ha demostrado que es eficaz en pacientes seleccionados adecuadamente. ⁽¹⁸⁾

Foth D, en Alemania, en 2017, refirió que actualmente no hay datos confiables disponibles sobre el tipo y la frecuencia de los síntomas en mujeres premenopáusicas con miomas uterinos. Un total de 2296 mujeres fueron examinadas por medio de ultrasonido vaginal, 1314 mujeres premenopáusicas entre las edades de 30 y 55 años fueron evaluadas para determinar el tipo y la frecuencia de los síntomas relacionados con el mioma y su relación con factores anamnésticos, y el número, tamaño y ubicación de los miomas.

En mujeres premenopáusicas, un 48.6%, se diagnosticaron miomas uterinos. La frecuencia aumenta con la edad y fue más alta en mujeres entre 46 y 50 años, 65.2%. Se encontró que la edad misma era el principal factor de riesgo para la presencia de miomas en un 54.3% de las mujeres sufrían de síntomas relacionados con el mioma. Los cuatro síntomas principales se identificaron como: sangrado menstrual abundante (40.7%), dismenorrea (28.2%), dolor abdominal bajo (14.9%) y hemorragia intermenstrual (14.1%).

El estudio concluyó que, en la mayoría de los casos, los síntomas ocurrieron

simultáneamente. Los síntomas no siguieron una tendencia clara relacionada con la edad, mientras que el número y el tamaño de los miomas sí determinaron la presencia de síntomas. El principal factor de influencia para la presencia de hemorragia intermenstrual fue la ubicación de los miomas. La presencia de un solo mioma causa síntomas en el 46.5% y los miomas pequeños de hasta 2 cm de diámetro producen síntomas en el 39.5%. ⁽¹⁹⁾

Russo M, en Canadá, en 2016, reportó que la pérdida recurrente del embarazo afecta aproximadamente al 5% de las mujeres en edad reproductivas (MEF). El objetivo del estudio, fue evaluar la evidencia que asocia los miomas uterinos con pérdida recurrente del embarazo. Los criterios de inclusión incluyeron MEF con al menos 2 o más embarazos clínicos recurrentes y fallidos con miomas submucosos y/o intramurales que distorsionan la cavidad uterina en un histerosalpingografía, una ecografía con infusión de solución salina y/o histeroscópica.

La búsqueda electrónica arrojó 934 citas., 3 estudios cumplieron con los criterios de inclusión / exclusión preestablecidos y se incluyeron en la revisión. Se encontró que la prevalencia de miomas submucosos y que distorsionan la cavidad en mujeres con 2 o más pérdidas de embarazo era del 4.08. La prevalencia de miomas uterinos fue más alta en mujeres con 3 o más pérdidas recurrentes del embarazo (5.91%). En resumen, la asociación entre miomas uterinos y pérdida recurrente del embarazo sigue sin estar clara.

El estudio concluyó que se requieren estudios de alta calidad para afirmar el impacto de los miomas uterinos en los resultados del embarazo. Los pacientes con pérdida recurrente del embarazo y miomas uterinos deben ser debidamente asesorados con respecto a la evidencia existente antes de la consideración quirúrgica. ⁽²⁰⁾

Ekin M, en Turquía, en 2014, realizó un estudio diseñado para determinar la presencia de síntomas genitourinarios y sus efectos sobre la calidad de vida en mujeres con miomas uterinos. Un total de 145 mujeres con diagnóstico de ultrasonografía de mioma se dividieron en dos grupos de acuerdo con el tamaño del mioma: (1) los ≤ 5 cm (n = 75) y (2) aquellos > 5 cm (n = 70).

El grupo de control comprendía 94 mujeres emparejadas previamente con un útero de apariencia normal en los Estados Unidos. Las participantes del estudio respondieron el Inventario Urogenital de socorro (UDI-6) y el Cuestionario de Impacto de Incontinencia (IIQ-7). Se realizó un examen pélvico y se registraron los síntomas urinarios. La incontinencia urinaria de esfuerzo y la incontinencia urinaria mixta fueron los síntomas más comunes asociados con el tamaño del mioma.

Los puntajes de inventario urogenital asociados con incontinencia urinaria y síntomas obstructivos fueron más altos en mujeres con miomas > 5 cm que en otras mujeres. Las puntuaciones de Impacto de Incontinencia con respecto a la actividad física, los viajes y la salud emocional fueron significativamente más altas en mujeres con miomas > 5 cm que en otras mujeres.

El estudio concluyó que la disfunción del tracto urinario se asocia con miomas, que aumenta en asociación con el tamaño del mioma y afecta significativamente la calidad de vida. ⁽²¹⁾

El-Balat A, en Alemania, en 2018, reportó que los miomas son una característica específica de la especie humana. Ningún otro primate desarrolla fibromas. Hay conceptos teóricos interesantes que vinculan el desarrollo de miomas en humanos con el proceso altamente específico de parto desde una posición vertical y la consiguiente necesidad de fuerzas expulsivas altamente aumentadas durante el trabajo de parto. Los miomas podrían ser el precio que nuestra especie paga por nuestra existencia bípeda y altamente inteligente.

Los miomas afectan, con cierta variabilidad, a todos los grupos étnicos y aproximadamente al 50% de todas las mujeres durante su vida. Mientras que algunos permanecen asintomáticos, los miomas pueden causar sangrado uterino significativo y, a veces, potencialmente mortal, dolor, infertilidad y, en casos extremos, obstrucción ureteral y muerte. Tradicionalmente, más del 50% de todas las histerectomías se realizaban para los fibromas, lo que generaba una importante carga de atención médica. ⁽²²⁾

2.2 Bases teóricas

Leiomioma uterino

Conocido también en nuestro medio como miomatosis uterina, es un tumor sólido más común del aparato genital femenino, cuya prevalencia e incidencia a nivel nacional es aún insuficiente. Los datos de exámenes macroscópicos, informes anatomopatológicos, y el diagnóstico clínico, contribuyen a la incidencia de esta enfermedad.

Estudios observacionales, han identificado que la aparición de miomas aumenta con la paridad. En la sierra de nuestro país, la tendencia es que la mujer tenga más de 3 hijos., o que en niveles socioculturales básicos, también presenten dicha inclinación. Este comportamiento poblacional, correlacionado a esta patología, es valiosa información para formular estadísticas y estudios.

Son asintomáticos en su mayoría, sin embargo de acuerdo a su localización y tamaño puede causar síntomas de compresión pélvica, infertilidad y hemorragia uterina anormal. Esta última, es causa de cuadros anémicos crónicos, en nuestra población femenina y constituye un problema salud pública. El Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el 2015, reportó anemia en un 20.7% en mujeres de edad fértil, de 15 a 49 años., con propensión al aumento.

Los leiomiomas son tumores de músculo liso uterino que están formados por células inmaduras que envuelven los vasos (arterias) de los músculos; estas células crecen y forman los tumores, el nombre con el que comúnmente se les conoce, fibroma, está mal aplicado ya que éste es más bien el reemplazo del tejido muscular del útero por tejido fibroblástico, que hace que este órgano se ponga muy duro, si bien estos tumores no tienen una cápsula verdadera, sus bordes son definidos y no infiltrativos y el tumor ejerce presión, suelen estar separadas del miometrio por una pseudocápsula de tejido conectivo rica en colágeno que permite su enucleación con facilidad en el momento de la intervención quirúrgica, cada tumor suele tener un vaso sanguíneo importante.^(1,23)

Parecen tener dependencia hormonal debido a las siguientes características: Crecen durante el ciclo menstrual de la mujer, es decir durante todo el tiempo que la mujer menstrúa (etapa reproductiva), crecen gracias a las hormonas producidas durante el embarazo y disminuyen de tamaño con la menopausia (cese de la función hormonal).

De etiología aún desconocida, se continúa investigando sobre el rol del estrógeno, progesterona como factores de crecimiento, presentando algunas controversias, en resultados, de ciertos estudios.

Macroscópicamente, tienen color blanco grisáceo al corte con un aspecto arremolinado característico, el tamaño de estos tumores es variable, pudiendo alcanzar grandes dimensiones, se han descrito hasta de 60 kg. Microscópicamente está compuesta por células lisas (haces arremolinados) y células conectivas, las imágenes mitóticas son escasas y no se suelen visualizar células gigantes ni anaplásicas, la proporción de tejido conectivo es variable. ^(3,6)

Se informan cambios degenerativos en cerca de dos terceras partes de las muestras. Los leiomiomas con un número incrementado de figuras mitóticas pueden ocurrir en diversas formas durante el embarazo o en mujeres que toman progestágenos, con necrosis y con tumores de músculo liso de potencial maligno incierto (que se definen como tumores de células que tienen de cinco a nueve mitosis por cada 10 campos de alto poder que no ponen de manifiesto atipia nuclear o células gigantes , o con un recuento mitótico más bajo (dos a cuatro mitosis por 10 campos de alto poder) que no ponen de manifiesto aspectos nucleares atípicos o células gigantes). Los estudios efectuados sugieren que es extremadamente rara la degeneración maligna de un leiomioma preexistente, y que este fenómeno se produce en menos de 0.4% de los casos. ^(24,25)

Sin embargo, los anatomopatólogos no consensuan sobre los criterios diagnósticos, existiendo discrepancias entre la interpretación histológica, el grado mitótico.

Se llama leiomiosarcoma a una neoplasia maligna rara compuesta por células que

tienen diferenciación muscular lisa, la paciente típica de leiomiosarcoma se encuentra en la mitad del sexto decenio de la vida y experimenta hemorragia anormal. ^(7,8) En la mayor parte de los casos los diagnósticos se establecen (después de la operación) una vez que se examinado al microscopio el útero resecado a causa de sospecha de leiomiomas. Los sarcomas que tienen conducta maligna se caracterizan por 10 o más mitosis por campo de alto poder. ^(8,26)

Localización los leiomiomas

Intramural (dentro del músculo uterino).

Subseroso (por debajo del peritoneo), que pueden ser pediculados. Intraligamentario. Intracervical.

Submucoso (por debajo de la mucosa), dentro de la cavidad uterina pudiendo deformarla fácilmente, algunas veces son pediculados.

Síntomas

Depende del tamaño, numero, localización, o cambios degenerativos., pueden presentar como hipermenorrea, menometrorragia, anemia, masa pélvica, dolor pélvico, alteración en la fertilidad

De acuerdo a su ubicación, presentan la siguiente sintomatología

Submucosos

Meno o metrorragia. Dolor (ya que el tumor actuaría como un cuerpo extraño que el útero trata de expulsar contrayéndose. Infertilidad primaria o secundaria: al producir cambios en la cavidad uterina que impiden que se produzca el anidamiento o que hacen que se desprenda un huevo ya anidado. ^(9,27)

Intramural

Dismenorrea. Al examen se puede palpar una tumoración.

Subseroso

Se puede palpar tumor a la palpación del abdomen (según sus dimensiones). Disuria, polaquiuria, según haya comprensión a la vejiga. Dorsalgia, por depósito del tumor hacia el fondo del saco de Douglas. ^(14,15)

Diagnóstico

Los leiomiomas uterinos se diagnostican a menudo con base en los datos clínicos de un útero irregular aumentado de tamaño durante el exámen pélvico, además se pueden utilizar los siguientes procedimientos:

Ultrasonografía transvaginal, sensibilidad y especificidad en lesiones endometriales entre el 70 y 93 %.^(6,28)

USV – Histerosonografía (Gold Standard para imágenes de la pelvis femenina), eficacia dependiendo del observador entre el 65 y 99 %, no define bien entre leiomiomas, leiomiosarcomas y adenomiosis.^(7,8)

Tomografía computarizada, no se utiliza de rutina para investigación de leiomiomas, generalmente se identifican ocasionalmente, los hallazgos más comunes son útero aumentado de tamaño con bordes irregulares, la calcificación es el hallazgo más específico (presente en menos del 10 % de miomas).^(9,10)

Resonancia magnética nuclear; proporciona resolución espacial precisa en información con respecto a subtipos morfológicos y degeneraciones.^(11,29)

El diagnóstico diferencial de los leiomiomas es con las siguientes patologías:

Hiperplasia o carcinoma endometrial

Adenomiosis

Hemorragia uterina disfuncional

Endometriosis

Tumores ováricos

Enfermedad inflamatoria pélvica

Lesiones cervicales (pólipos, neoplasias)

Causas de vías urinarias (neoplasias de vejiga)

Causas gastrointestinales (dolor abdominal, constipación)

Causas musculoesqueléticas (dolor pélvico crónico de pared abdominal)

Causas de infertilidad y abortos recurrentes

Pólipos endometriales

El tratamiento de la leiomiomatosis uterina está de acuerdo a la presencia de síntomas (expectante), si da síntomas (médico y / o quirúrgico). (12,13)

Tratamiento expectante

Leiomiomas pequeños y asintomáticos, solo si diagnóstico es seguro, permanezcan asintomáticos, controles periódicos (cada 3 a 6 meses) debiendo salir de actitud expectante si leiomioma crece o se vuelve sintomático. (14,30)

La proximidad de la menopausia para leiomiomas pequeños y asintomáticos.
Durante la gestación, excepto mioma pediculado con signos de abdomen agudo.

Tratamiento médico

Fundamentado en situaciones como:

Para paliar sintomatología presentada por la paciente.

Para reducir volumen del mioma, en la etapa preoperatoria.

En mujeres en edad fértil con deseos de maternidad.

En mujeres que no aceptan una cirugía. (31)

En este último grupo, hacer énfasis, de tener una alternativa de tratamiento, ya que en muchos países, el criterio de manejo es, miomatosis uterina sinónimo de hysterectomía., sin tener muchas veces en cuenta, la opinión y deseos de la paciente.

Así mismo la mayoría de tratamiento médico, disponible, está enfocada más para tratamiento de la hemorragia uterina anormal y no comprobada para disminuir el tamaño y/o volumen del mioma.

Progestinas

Utilizadas para controlar hemorragias uterinas anormales con miomatosis uterina.

No ha sido confirmada que reduzca el volumen tumoral. (31)

Anticonceptivos orales, en bajas dosis, de progestina y estrógenos

También eficaz para el manejo de la hemorragia uterina, mas no para cambiar el

tamaño del mioma. Puede estabilizar el endometrio, a través de la atrofia endometrial que produce. ⁽³¹⁾

Inhibidores de la síntesis de esteroides (agonistas y antagonistas de la GNRH, inhibidores de la aromatasas). ⁽³⁰⁾ aquí tenemos el acetato de Leuprolide, como representante, aprobado en 1995. Indicado para tratamiento preoperatorio., pudiendo reducir el tamaño tumoral en un 50%. Sin embargo su efecto se suprime a penas se deja de tomar la ultima dosis., inmediatamente volumen del mioma y menstruación.

Se puede asociar su uso a terapia add-back, pero efectos colaterales como la osteoporosis, sugieren combinar con progestinas, estrógenos y tamoxifeno. Pero este último es ineficaz para la disminuir las oleadas de calor en frecuencia e intensidad. ⁽³¹⁾

En conclusión, el uso de análogos es una buena opción terapéutica en la etapa perioperatoria, pero con ciertas limitaciones, como la regresión de la sintomatología. Es así que también en experiencias quirúrgicas, se ha visto que produce hialinización y dificultad para encontrar los planos de clivaje. Por ende, es una propuesta con pruebas no suficientes, para su uso de rutina.

Moduladores selectivos de los receptores de progesterona (SPRMs)

Familia de ligandos, con propiedades duales agonistas-antagonistas., dependiendo del contexto celular y molecular. ⁽³¹⁾

Estudios reportan mejoría de calidad de vida con el uso de mifepristona, acetato de ulipristal, efectivos en la reducción del mioma como del volumen uterino. en comparación con los análogos de GnRH, después de dejar la medicación, mantienen su acción por los seis meses subsiguientes. ⁽³¹⁾

Hay una evidencia creciente del papel crucial de las vías de progesterona en la fisiopatología de los fibromas uterinos debido al uso de receptores de progesterona selectivos como el acetato de ulipristal (UPA). La eficacia del uso intermitente a largo plazo de UPA se demostró recientemente mediante estudios controlados

aleatorios. La necesidad de alternativas a la intervención quirúrgica es muy real, especialmente para las mujeres que buscan preservar su fertilidad. ⁽³²⁾

Finalmente en relación a los cambios endometriales asociados al uso de estos medicamentos, se ha refrendado con estudios la no alteración endometrial ni su progresión a cuadros hiperplásico, del cual no se halló correlación entre ecografía (imágenes similares a engrosamiento endometrial) y a hallazgos anatomopatológico.

Llegándose a considerar como una herramienta innovadora, segura y eficaz (cuatro estudios clínicos de fase III). Los objetivos esperados con el tratamiento de acetato de ulipristal son: normalizar el sangrado menstrual en un 90%, reducir el tamaño del mioma en un 30%, con efecto prolongado y con menores efectos secundarios., mejorar la calidad de vida de las mujeres evaluados por puntuación de test y que los efectos endometrial desaparecen en 02 meses y retorno a su menstruación y ovulación al mes de cesar tratamiento. ⁽³¹⁾

Moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (SERMs)

El tamoxifeno, este modulador más usado en cáncer de mama, con efectos antiestrogenicos en los fibromas uterinos. Disminuye la proliferación celular y no tiene actividad agonista endometrial. No recomendado por su limitada eficacia clínica, observada en estudios con mujeres perimenospausicas. ⁽³¹⁾

Inhibidores de aromatasa, fármacos que bloquean la transformación de andrógenos a estrógenos. Su uso en mujeres en premenospausia, ha demostrado elevación de estriol, lo que también no es muy conveniente su uso. Con letrozole, reduce el volumen del mioma en un 46% versus los análogos de GnRH, 32% respectivamente. Asi mismo no se confirman efectos beneficos sobre cuadros hemorragia vaginal anormal. ⁽³¹⁾

Otras opciones terapéuticas

Actualmente en fase II. Tenemos

Terapia herbal : epigalocatequina, que se encuentra en el te verde, que ha demostrado inhibir la proliferación de células miomatosas e induce la muerte programada, in vitro y en animales. ⁽³⁰⁾

In vitro la vitamina D reduce la proliferación celular del mioma. ⁽³¹⁾

Antagonistas de los receptores de factores de crecimiento, como AG1478 y TKSO50 que bloquean crecimiento endotelial, o SB525334. ⁽³¹⁾

Tratamiento quirúrgico

Histerectomía abdominal.

Histerectomía vaginal.

Manejo quirúrgico conservador miomectomía abdominal o laparoscópica, Histeroscopia.

Embolización o ligadura de arteria uterina.

Dentro de las estrategias actuales del manejo quirúrgico, la elección está guiada por la edad del paciente y el deseo de preservar la fertilidad o evitar una cirugía radical como la histerectomía. El manejo de los fibromas uterinos también depende del número, tamaño y ubicación de los fibromas. ⁽³²⁾

2.3 Definición de términos básicos

Adenomiosis: Invasión benigna del endometrio hacia el miometrio.

Biopsia endometrial: Estudio histológico del tejido endometrial, obtenido por curetaje.

Cáncer de cérvix: Patología maligna del cuello uterino, el carcinoma de células escamosas es el más frecuente 87 %, el adenocarcinoma y los carcinomas adenoescamosos mixtos son menos frecuentes.

Cáncer de endometrio: Tumor ginecológico maligno de las células endometriales

y que se presenta en mayor frecuencia en la mujer postmenopáusica y que debuta mayormente con sangrado vaginal.

Diagnóstico anatomía patológica: Se ocupa del estudio de los fundamentos y del desarrollo de los procesos de respuestas patológicas básicas, que van desde la adaptación celular a las modificaciones del entorno, las lesiones y la muerte celular, sus causas y sus consecuencias, los trastornos del crecimiento de las células, de los tejidos y de los órganos, así como las respuestas del individuo a las diversas lesiones causadas por agentes externos e internos y de los mecanismos de reparación de esas lesiones .

Diagnóstico ultrasonográfico de leiomiomatosis uterina: Nódulos hipocogénicos en relación con el miometrio, redondeados y bien delimitados y más o menos homogéneos dependiendo de su contenido en fibra muscular.

Histerectomía: Extirpación del útero, puede efectuarse por vía vaginal o abdominal.

Leiomiomatosis uterina: Tumores benignos de músculo liso uterino.

Paridad: Total de embarazos finalizados en una mujer, por cualquier vía (vaginal o por cesárea) y a cualquier edad gestacional (por lo tanto, se incluyen también los abortos).

Pólipo endometrial: Hiperplasias focales de la capa basal del endometrio y se convierten en sobre crecimientos localizados y benignos de tejido endometrial, habitualmente de tamaño pequeño.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis

El presente proyecto no tiene hipótesis, por ser de tipo descriptivo.

3.2 Variables y su operacionalización

Características sociodemográficas (edad, paridad)

Características clínicas (tiempo de enfermedad, sintomatología)

Características quirúrgicas (urgencia o electiva, complicaciones intraoperatorias, hallazgos intraoperatorios, diagnóstico preoperatorio y postoperatorio)

Características anatomopatológicas.

Estancia hospitalaria.

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Dimensiones	Indicador	Medio de verificación
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Cuantitativa	Razón	Mayor de 35 años Menor de 35 años	Años	Ficha de datos
Paridad	Número de partos	Cualitativa	Nominal	Nulípara, múltipara, gran múltipara	Número de hijos	
Tiempo de evolución de los síntomas	Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas	Cuantitativa	Razón	Meses, años	Meses, años	
Signos y síntomas	Datos referidos por el paciente	Cualitativa	Nominal	Síntomas propios de la enfermedad Síntomas propios de comorbilidad	Dolor pélvico, sensación de masa, hipermenorrea, otros	
Tipo de cirugía	Momento en el que se efectúa cirugía	Cualitativa	Nominal	Electiva, emergencia	Electiva, emergencia	
Diagnóstico pre y posquirúrgico	Diagnóstico antes y después de la cirugía	Cualitativa	Nominal	No tiene	Tumor, mioma	
Hallazgos operatorios	Referido al hallazgo quirúrgico	Cualitativa	Nominal	No tiene	tamaño del mioma forma peso	
Complicaciones operatorias	Eventos adversos ocurridos durante la cirugía	Cualitativa	Nominal	Sí No	Sí No	
Complicaciones posoperatorias	Eventos adversos ocurridos después de la cirugía	Cualitativa	Nominal	Sí No	Sí No	
Hallazgos histopatológicos	Hallazgos histológicos de los miomas	Cualitativa	Nominal	No tiene	Ubicación del mioma: Intramural, Subseroso, submucoso, otros (cervical, etc.) Otros diagnósticos.	
Estancia hospitalaria	Nº de días desde la admisión al hospital hasta el alta	Cuantitativa Discreta	De razón	NO tiene	Nº de días	

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

La investigación es de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

4.2 Diseño muestral

Universo: Pacientes operadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital San Bartolomé.

Población: Total, de pacientes con diagnóstico de leiomiomatosis Uterina atendidas entre enero del 2016 a junio del 2018, obtenidos del libro de registro de SOP (sala de operaciones) del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

Muestra: Pacientes con diagnóstico de leiomiomatosis Uterina que cumplen con los

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Paciente con diagnóstico de leiomiomatosis uterina, operada en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

Datos de filiación completos y legibles.

Criterios de exclusión

Historias clínicas con datos incompletos.

Tumores que no corresponden a la esfera ginecológica.

Ecografías realizadas extra institucionalmente

4.3 Procedimiento de recolección de datos

Se utilizará una hoja de recolección de datos que consiste en un cuestionario estructurado y elaborado en base a instrumentos validados por los médicos asistentes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Para la identificación de casos, destinado a la obtención de datos tanto de las Historias Clínicas y resultados de Anatomía Patológica (Anexo). La hoja de recolección de datos será llenada por el investigador utilizando para ello las Historias Clínicas y resultados de Anatomía Patológica de los pacientes que figuren con Diagnóstico pre quirúrgico de leiomiomatosis uterina en el registro de Sala de Operaciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, se ordenarán y procesarán en una computadora personal, valiéndonos del programa SPSS 23.0. Para las variables cuantitativas se determinará medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar). Para las variables como tipo de cesárea, complicaciones intraoperatorias, complicaciones postoperatorias, cesárea previa y paridad; se determinarán frecuencias y porcentajes. Se considerará significativo $p \leq 0.05$. Las variables categóricas serán comparadas con la prueba del Chi cuadrado y las continuas con la Prueba t de Student. Se considerará las pruebas de comparación de proporciones (prueba Z).

4.5 Aspectos éticos

El presente estudio no genera ningún conflicto ético ni de responsabilidad.

CRONOGRAMA

Pasos	2018		2019									
	NOVIEM BRE	DICIEMB RE	ENERO	FEBRER	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMB RE	
Redacción final del proyecto de investigación	X											
Aprobación del proyecto de investigación		X										
Recolección de datos			X	X								
Procesamiento y análisis de datos					X							
Elaboración de información						X	X					
Corrección del trabajo de investigación								X	X			
Aprobación del trabajo de investigación										X		
Publicación del artículo científico											X	

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	105.00
Soporte especializado	200.00
Empastado de tesis	60.00
Transcripción	150.00
Impresión	150.00
Logística	1050.00
Refrigerio y movilidad	300.00
TOTAL	2 015.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Carla P. Roberts. Jennifer F. Kawwass. Leiomiomas uterinos y miomectomía. Howard W. Jones. Te LINDE Ginecología Quirúrgica. 11ava edicion. Barcelona-España. Editorial Wolters Kluwer. 2017. p. 656-697
2. Brito LG et al. Uterine leiomyoma: understanding the impact of symptoms on womens' lives. *Reprod Health*;11(1):10. [Internet] 2014. Extraído 23 de agosto de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24476380>
3. Gómez, J.j. Miomas y complicaciones durante el embarazo en mujeres de 20 a 45 años de en el AAHH los eucaliptos del Distrito de Nuevo Imperial –Cañete durante el período octubre 2012-enero 2013. [Internet]. Extraído el 28 de octubre del 2018. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos94/miomas-embarazo/miomasembarazo.shtml>
4. MINSA-Instituto Nacional Maternoperinatal. Guía de Ginecología. Lima-Peru.2009.
5. Ahrendt HJ et al. Prevalence of uterine myomas in women in Germany: data of an epidemiological study. *Arch Gynecol Obstet*; 293(6):1243-53. [Internet] 2016. Extraído 23 de agosto de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26525701>
6. Ciarmela P et al. Management of leiomyomas in perimenopausal women. *Maturitas*; 78(3):168-73. [Internet] 2014. Extraído 23 de agosto de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24835002>
7. Drayer SM. Prevalence, morbidity, and current medical management of uterine leiomyomas. *Int J Gynaecol Obstet*; 131(2):117-22. [Internet] 2015. Extraído 23 de agosto de 2018. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729215004786>

8. Kadlecová J et al. Histological types of uterine fibroids in reproductive age and postmenopausal women. *Ceska Gynekol*; 80(5):360-4. [Internet] 2015. Extraído 23 de agosto de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26606122>
9. Kashani BN et al. Role of Medical Management for Uterine Leiomyomas. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*; 34:85-103. [Internet] 2016. Extraído 23 de agosto de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26796059>
10. Kotani Y et al. Recurrence of uterine myoma after myomectomy: Open myomectomy versus laparoscopic myomectomy. *J Obstet Gynaecol Res*; 44(2):298-302. [Internet] 2018. Extraído 23 de agosto de 2018. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jog.13519>
11. Kulkarni MR. Clinicopathological Study of Uterine Leiomyomas: A Multicentric Study in Rural Population. *J Obstet Gynaecol India*; 66(1):412-6. [Internet] 2016. Extraído 24 de agosto de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27651639>
12. Lethaby A et al. Fibroids (uterine myomatosis, leiomyomas). *BMJ Clin Evid*; 2015. [Internet] 2015. Extraído 24 de agosto de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26032466>
13. Monleón J et al. Epidemiology of uterine myomas and clinical practice in Spain: An observational study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 226:59-65. [Internet] 2018. Extraído 24 de agosto de 2018. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211518302495>
14. Moroni RM et al. Presentation and treatment of uterine leiomyoma in adolescence: a systematic review. *BMC Womens Health*; 15:4. [Internet] 2015. Extraído 24 de agosto de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25609056>

15. Puchar A. Therapeutic management of uterine fibroid tumors. *Minerva Ginecol*; 68(4):466-76. [Internet] 2016. Extraído 24 de agosto de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26698838>
16. Sparic R et al. Epidemiology of Uterine Myomas: A Review. *Int J Fertil Steril*; 9(4):424-35. [Internet] 2016. Extraído 24 de agosto de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4793163/>
17. Stewart EA et al. Uterine fibroids. *Nat Rev Dis Primers*; 2:16043. [Internet] 2016. Extraído 24 de agosto de 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27335259>
18. Vilos GA et al. The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can*; 37(2):157-78. [Internet] 2015. Extraído 24 de agosto de 2018. Disponible en: <https://sogc.org/wp-content/uploads/2015/02/gui318CPG1502ErevB1.pdf>
19. Foth D et al. Symptoms of uterine myomas: data of an epidemiological study in Germany. *Arch Gynecol Obstet*; 295(2):415-26. [Internet] 2017. Extraído 24 de agosto de 2018. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00404-016-4239-y>
20. Russo M et al. Prevalence of Uterine Myomas Among Women with 2 or More Recurrent Pregnancy Losses: A Systematic Review. *J Minim Invasive Gynecol*; 23(5):702-6. [Internet] 2016. Extraído 24 de agosto de 2018. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553465016300024>
21. Ekin M et al. Genitourinary symptoms and their effects on quality of life in women with uterine myomas. *Int Urogynecol J*; 25(6):807-10. [Internet] 2014. Extraído 25 de agosto de 2018. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-013-2295-4>
22. El-Balat A et al. Modern Myoma Treatment in the Last 20 Years: A Review of the Literature. *Biomed Res Int*; 2018:4593875. [Internet] 2018. Extraído 25 de

agosto de 2018. Disponible en:
<https://www.hindawi.com/journals/bmri/2018/4593875/>

23. Borah BJ. The impact of uterine leiomyomas: a national survey of affected women. *Am J Obstet Gynecol*; 209(4):319. [Internet] 2013. Extraído 25 de agosto de 2018. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4167669/>
24. Dagur G. Urological complications of uterine leiomyoma: a review of literature. *Int Urol Nephrol*; 48(6):941-8. [Internet] 2016. Extraído 25 de agosto de 2018. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11255-016-1248-5>
25. Dayal S. Clinicopathologic correlation of leiomyoma with clinical findings and secondary changes in a rural population of north India. *Am J Clin Pathol*; 141(2):275-9. [Internet] 2014. Extraído 25 de agosto de 2018. Disponible en: <http://paper.medlive.cn/literature/1055902>
26. Fernandez H . Uterine fibroids. *Rev Prat*; 64(4):540-4. [Internet] 2014. Extraído 26 de agosto de 2018. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24855792/>
27. Kaganov H. Uterine fibroids: Investigation and current management trends. *Aust Fam Physician*; 45(10):722-5. [Internet] 2016. Extraído 26 de agosto de 2018. Disponible en: <https://www.racgp.org.au/afp/2016/october/uterine-fibroids-investigation-and-current-management-trends/>
28. Khan AT. Uterine fibroids: current perspectives. *Int J Womens Health*; 6:95-114. [Internet] 2014. Extraído 26 de agosto de 2018. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3914832/>
29. Shen Y. Environmental exposure and risk of uterine leiomyoma: an epidemiologic survey. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*; 17(23):3249-56. [Internet] 2013. Extraído 26 de agosto de 2018. Disponible en:
<https://www.europeanreview.org/article/6120>

30. Vitale SG. Management of uterine leiomyomas in pregnancy: review of literature. *Updates Surg*; 65(3):179-82. [Internet] 2013. Extraído 26 de agosto de 2018. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13304-013-0198-z>

31. Ivonne Diaz Yamal, et al. Manejo medico de la miomatosis uterina 2015. *Boletín de la federación latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología (FLASOG)*; 3(4):5-11. [Internet] 2015. Extraído 26 de agosto de 2018. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/images/BOLETIN_FLASOG_dic15.pdf

32. Donnez J. Uterine fibroid management: from the present to the future. *Hum Reprod Update*; 22(6):665-86. [Internet] 2016. Extraído 26 de agosto de 2018. Disponible en: <https://academic.oup.com/humupd/article/22/6/665/2420585>

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Titulo	Pregunta de Investigación	Objetivos	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Leiomiotosis uterina Hospital Madre Niño San Bartolomé 2016 - 2018	¿Cuáles son las características de la leiomiotosis uterina posterior al tratamiento quirúrgico en el Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé, de enero de 2016 a junio de 2018?	<p>Objetivo general. Evaluar las principales características de leiomiotosis uterina posterior al tratamiento quirúrgico en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, en el periodo comprendido entre enero del 2016 a junio de 2018.</p> <p>Objetivos específicos Determinar la prevalencia de Leiomiotosis uterina en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Describir las características sociodemográficas de las pacientes con Leiomiotosis uterina, en la etapa pre quirúrgica. Describir las características clínicas de las pacientes con Leiomiotosis uterina en la etapa pre quirúrgica. Describir las características quirúrgicas de las pacientes con Leiomiotosis uterina Describir los</p>	La investigación es de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo., basada en la revisión de historias clínicas.	<p>Población Total, de pacientes con diagnóstico de leiomiotosis Uterina de Enero del 2016 a junio del 2018, obtenidos del libro de registro de SOP (sala de operaciones) del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.</p> <p>Procesamientos de datos Los datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, se ordenarán y procesaran en una computadora personal, valiéndonos del programa SPSS 23.0.se procesará estadísticamente, se observará y analizará los resultados y la posible aparición de relaciones entre ellos utilizando el Chi cuadrado de Pearson(X²), y para las variables cuantitativas se usará la prueba T de Student.</p>	Ficha de recolección de datos

		<p>anatomopatológicos, de las piezas operatorias, y correlacionarlas con la presunción diagnóstico preoperatoria de leiomiomatosis uterina.</p> <p>Determinar el tiempo de hospitalización de las pacientes con leiomiomatosis uterina.</p>			
--	--	---	--	--	--

2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N.º de ficha: Fecha

Datos sociodemográficos:

Edad: Paridad:.....

Datos clínicos

Tiempo de evolución de los síntomas:

Signos y síntomas:

Dolor pélvico Metrorragia Masa

Otros

Datos de la cirugía:

Tipo de cirugía: electiva: Emergencia:.....

Diagnóstico preoperatorio:

Diagnóstico posoperatorio:.....

Hallazgos operatorios:.....

Peso: Forma: Tamaño:

Complicaciones quirúrgicas:.....

Hallazgos histopatológicos

Leiomioma: Ubicación

Subseroso: Intramural: Submucoso:

Otras ubicaciones:

Otros diagnósticos:

Adenomiosis _____ Leiomiosarcoma: Cáncer de cérvix _____

Cáncer de endometrio _____ Pólipo _____

Otros _____

Estancia hospitalaria: días.