



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**Miomatosis uterina: factores asociados; clínicos y
epideiológicos; hospital maría auxiliadora. 2017-2020**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

Herrera Paz, Omar Abel (ORCID: 0000-0001-8637-2830)

ASESOR:

DR. Bazan Palomino Edgar Ricardo (ORCID: 0000-0002-7973-2014)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no trasmisibles

**PIURA - PERÚ
2021**

DEDICATORIA

Dedicado para mi madre quien jamás dejo de darme las oportunidades de pelear por este sueño que quizás no al inicio las aprovechaba pero nunca me dio la espalda y sacrifico mucho por mi pero al final le pude dar una pequeña alegría a su vida.

Dedicado a mi padre que siempre confió en mí, que aunque no demostrara mejoras o algún cambio de bien, él seguía dándome toda su confianza, quizás no me pudo ver mientras me titulaba por su fallecimiento, yo se que este donde este él está orgulloso de mi y esta que infla el pecho diciendo ese es mi hijo.

Dedicado a mi hermana que aunque la hice renegar muchas veces y no demostrarle que era lo que quería con resignación y cólera, llego a aceptarlo, ayudarme y a siempre estar para mi, se que ella esta siempre orgullosa de mi y quiero seguir llenándola de orgullo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por mostrarme el camino que debía seguir y seguir dándome oportunidades para terminar este capítulo en mi vida, a mi familia que jamás dudo de mi y jamás dejo que me rinda siempre estuvieron ahí para mi, a mis amigos con los que peleamos hasta el final porque nos apoyábamos entre sí para seguir adelante y a los docentes que se tomaran el tiempo y dedicación en darnos los conocimientos y enseñanzas practicas para nuestro futuro.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| Carátula..... | i |
| Dedicatoria..... | ii |
| Agradecimiento..... | iii |
| Página del Jurado..... | iv |
| Índice..... | v |
| RESUMEN..... | vii |
| ABSTRACT..... | viii |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 9 |
| 1.1 Realidad problemática..... | 9 |
| 1.2 Trabajos previos..... | 10 |
| 1.3 Teorías relacionadas al tema..... | 14 |
| 1.4. Formulación del problema..... | 19 |
| 1.5 Justificación..... | 19 |
| 1.6 Objetivos..... | 20 |
| II.MÉTODOS | 21 |
| 2.1 Diseño de estudio de investigación..... | 21 |
| 2.2 Variables Operacionalización..... | 21 |
| 2.3 Población y muestra..... | 21 |
| 2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad..... | 22 |
| 2.5 Métodos de análisis..... | 23. |
| 2.6 Aspectos éticos..... | 23 |

| | |
|---------------------------------|----|
| III.RESULTADOS | 24 |
| IV. Discusión..... | 28 |
| V. Conclusiones..... | 30 |
| VI. Recomendaciones..... | 31 |
| VII. Referencias bibliográficas | |

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de esta investigación ha sido Identificar que factores clínicos y epidemiológicos se relacionan a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el servicio de gineco- obstetricia del Hospital María Auxiliadora, entre enero 2017 a diciembre del 2020.

Métodos: En cuanto a los métodos se utilizó Observacional, Analítico, Retrospectivo, de tipo casos y controles.

Resultados: En cuanto a los resultados, la hipermenorrea se establece en el 12.58% para la tumoraciones uterinas que no presentan esta manifestación, y si presenta hipermenorrea en el 20.75%, la metrorragia está presente en el 19.50% y no lo está en el 13.84%, la dismenorrea está presente en el 16.14% y no lo está en el 17.19%, en cuanto al dolor abdominal el 24.53% y no se establece en el 8.81%, la sensación de una masa a nivel abdominal está presente en el 17.19% y no lo está en el 16.14%, mujeres que presentan anemia se encuentran presente en el 19.71% y no lo están en el 13.63%, la menarquía temprana está presente en el 21.8% y no está presente en el 11.53%, ritmo menstrual alterado está presente que le dé 7.40% y no se encuentra presente en el 55.93%, en cuanto al uso de estrógenos y progestágenos está presente en el 20.96% y no está presente en el 12.37%.

Conclusiones: Se concluyó que la hipermenorrea es un factor clínico asociado a tumoraciones uterinas así como la metrorragia el dolor pélvico la anemia la menarquía temprana la multiparidad el uso de estrógenos y progesterona el índice de masa corporal, en cuanto a los factores estudiados tanto clínicos como epidemiológicos la única variable que presenta mayor riesgo es la multiparidad un riesgo de 5 veces más de producir tumoraciones uterinas.

Palabras clave: Hipermenorrea, menarquía, tumoración.

ABSTRACT

Objective: The objective of this research has been to identify which clinical and epidemiological factors are related to uterine myomatosis in patients treated in the gynecological-obstetric service of the María Auxiliadora Hospital, between January 2017 and December 2020.

Methods: Regarding the methods, Observational, Analytical, Retrospective, case and control type were used.

Results: Regarding the results, hypermenorrhea is established in 12.58% for uterine tumors that do not present this manifestation, and if hypermenorrhea is present in 20.75%, metrorrhagia is present in 19.50% and it is not in 13.84 %, dysmenorrhea is present in 16.14% and not in 17.19%, as for abdominal pain in 24.53% and it is not established in 8.81%, the sensation of a mass at abdominal level is present in 17.19% and it is not present in 16.14%, women with anemia are present in 19.71% and are not present in 13.63%, early menarche is present in 21.8% and is not present in 11.53%, altered menstrual rhythm is present that gives 7.40% and is not present in 55.93%, regarding the use of estrogens and progestogens it is present in 20.96% and is not present in 12.37%.

Conclusions: It was concluded that hypermenorrhea is a clinical factor associated with uterine tumors as well as metrorrhagia, pelvic pain, anemia, early menarche, multiparity, the use of estrogens and progesterone, and body mass index, in terms of both clinical and epidemiological factors studied. Epidemiologically the only variable that presents a greater risk is multiparity, a risk of 5 times more of producing uterine tumors.

Keywords: Hypermenorrhea, menarche, mass.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

Los trastornos o alteraciones a nivel uterino o también denominados miomas de origen uterino son hoy en día unas de las patologías muy frecuente en las mujeres y esto consecuentemente equivale del 18 a 20% aproximadamente de los tumores de tipo benigno que se presentan en las mujeres que se encuentran en la edad fértil y según las estadísticas esta patología corresponde del 70 hasta el 80% de la patología que afecta a las mujeres lo cual lo convierte en un problema de la salud tipo publica en la actualidad a nivel mundial.(1,2)

Se estima que esta patología además de ser muy frecuente en mujeres que se encuentran en la edad fértil. Según la organización mundial en Salud se conoce que entre el 20 hasta el 40% aproximadamente de los miomas provocan sintomatología que influye en la vida diaria de la mujer que la padece, estos síntomas pueden ir desde un dolor hasta sangrado abundante y de manera anormal incluso estos síntomas pueden llegar a ser tan intolerantes que requieren de un tratamiento para que puedan ser tolerados por la persona que lo padece. (3, 4,5)

Hoy en día a nivel nacional, según diversos estudios realizados se llegó a la conclusión que aquellas mujeres que presentan esta patología a nivel uterino poseen factores de peligro para que esta patología se esté presentando que van desde el ser obesa, ser de raza negra, además poseer antecedentes de tener familiares con este tipo de patologías o incluso el uso de anticonceptivos y también en algunos casos el consumo de cigarrillos rutinariamente. (6,7)

En esta patología la regularidad con la que se presenta en las mujeres depende principalmente de algunos factores tales como la edad de la paciente o su raza. Por lo tanto se considera que la edad con mayor prevalencia para que se presente esta patología es durante la edad de fertilidad y a partir de los 40 años a más. Tomando en cuenta la raza, la que mayor prevalencia tiene es la raza negra ya que es en esa raza donde se han presentado una mayor

frecuencia y probabilidad de que las mujeres presenten este tipo de patologías a nivel uterino con respecto a otras razas donde la frecuencia de presentación es mucho menor con comparación con la raza negra. (8, 9,10)

1.2. Trabajos previos

Antecedentes Internacionales

Salazar, en Managua en Nicaragua en el año 2020, se realizó una investigación de tipo observacional y retrospectivo además de analítico e incluso longitudinal, titulado: “Frecuencia de la presentación de miomatosis en el útero después de una miomectomía y sus factores que están asociados.” (11) Esta investigación se llevó a cabo con la finalidad de reconocer con que regularidad de recurrencia se presenta componentes relacionados a miomatosis uterina en el primer año después de que la paciente ha sido sometida a una intervención quirúrgica denominada miomectomía en las mujeres, para este estudio se contó con la participación de 25 a 26 mujeres que fueron sometidas a una miomectomía de tipo abierta y que además cumplieron con los criterios de tipo inclusión y se incorporaron criterios de tipo exclusión . En este estudio se llegó a la conclusión que existe un vínculo entre la cantidad de miomas y la forma recurrente de miomatosis en un 47% aproximadamente y sin embargo no se ha observado que exista vínculo alguno entre las medidas del mioma y la frecuencia con la que se presenta la miomatosis ya que solo tuvo un 27% aproximadamente de presentación en los casos estudiados. (11)

Cedeño, en Cuenca en el Ecuador en el 2016, se ejecutó una investigación que fue de tipo descriptivo y retrospectivas tituladas “La patología de miomatosis uterina, su frecuencia y las características de forma clínica y ecográficas”. (12) Este estudio se ejecutó con la finalidad de definir cuál es la recurrencia y las particularidades de forma clínica y ecográficas de la patología de miomatosis uterina en pacientes mujeres que han sido atendidas en el nosocomio, para esta investigación se contó con la participación de 301 a 303 pacientes que han sido diagnosticadas con esta patología y que además cumplieron con los criterios de tipo inclusión y con los criterios de tipo exclusión. En este estudio se

llegó a la conclusión que la mayor prevalencia con un 90 a 90,1% aproximadamente se presenta entre las edades que son mayores a 35 años de edad y que los miomas con mayor prevalencia que se presentan con un 50 a 50,8% aproximadamente son los miomas intramurales manifestando que el síntoma más común por el cual una paciente mujer acude al nosocomio es el sangrado de origen transvaginal con un 74 a 74,6% aproximadamente. (12)

Espinoza, en Quito en el Ecuador en el año 2015, se llevó a cabo una investigación de tipo documental además descriptivo y a la vez retrospectivo titulado: “Componentes de peligro que influyen en la prevalencia de casos de fibromiomatosis uterina en las mujeres de edad fértil que han sido atendidas en dicho hospital” (13). Este estudio tuvo la finalidad de llegar a conocer cuáles son los factores o componentes de peligro que contribuyen en la recurrencia de dicha patología en las mujeres en edad fértil que oscilan entre las edades de 30 hasta los 49 años. En este estudio se llegó a la conclusión que los componentes de peligro que están estrechamente relacionados con la presentación de miomatosis en el útero corresponden a las edades que oscilan entre las edades que van desde 41 hasta los 49 años con un 66 a 68% aproximadamente, además que el factor correspondiente a tener hijos en un 91 a 93% aproximadamente sumándole que el índice de masa con respecto a lo corporal tiene una frecuencia de 60 a 62% aproximadamente, la raza mestiza tiene una influencia del 78 a 80% aproximadamente y que con respecto al tratamiento elegido para esta patología es del 85 hasta el 87% aproximadamente y solo en un 10 a 12% aproximadamente se realizó la técnica de intervención quirúrgica de miomectomía y que solo en un 3 a 3,3% aproximadamente de los casos se optó por recibir tratamiento farmacológico. (13)

Hernández, en la Ciudad de México en México en el año 2017, se realizó un estudio de tipo retrospectiva además observacional e incluso correlacional titulado: “La patología de miomatosis uterina y su implicancia en la salud de tipo reproductiva” (14) Esta investigación se realizó con el fin de reconocer cuales es la frecuencia con la se presenta este tipo de patología, además de su fisiopatología y el cuadro clínico que es característico de una miomatosis a

nivel uterino además del tratamiento que debería ser de elección para este tipo de patología y para ocasionar las menores complicaciones posibles en las pacientes que han sido diagnosticadas con este tipo de patología. En esta investigación se llegó a la conclusión que entorno al tratamiento farmacológico decidido para este tipo de patología es el uso del fármaco conocido como leuprolide y acetato de ulipristal ya que estos fármacos no producen síntomas a nivel vasomotor en un 92% aproximadamente. Además que el fármaco acetato de ulipristal tiene una mayor ventaja en un 87% aproximadamente ya que al usarse este medicamento se disminuye la probabilidad de cirugía en las pacientes que reciben este tratamiento. (14)

Briones, en Managua en Nicaragua durante el año 2017, se realizó un análisis de tipo cuantitativo además de descriptivo y a la vez retrospectivo e incluso de tipo transversal titulado “Componentes de peligro y cuidados adecuados en pacientes que han sido diagnosticadas con miomatosis de tipo uterina que han ingresado al área de ginecología” (15). Esta investigación se realizó con la finalidad de reconocer y definir cuáles son los componentes de peligro y cuáles deberían ser los adecuados cuidados para las pacientes que han sido diagnosticadas con miomatosis de tipo uterina y que además han ingresado al área de ginecología. En este análisis se llegó a la conclusión que los componentes de riesgo o peligro de nivel social y demográfico que se presentan frecuentemente es la condición laboral siendo la desempleada en un 57% aproximadamente, la escolaridad de tipo alfabeta en un 35% aproximadamente y además las edades en las que se presenta con mayor frecuencia es entre los 41 a los 55 años con un 75% aproximadamente y además que la raza mestiza es donde mayormente se presenta esta patología en un 62% aproximadamente. (15)

Antecedentes Nacionales

Francia, en Lima en el Perú en el año 2021, se realizó una investigación de tipo observacional además analítico también retrospectivo y de tipo casos y a la vez de controles titulado: “Componentes de forma clínica y epidemiológica que están asociados a la patología de miomatosis uterina en las pacientes que son atendidas en el área de ginecoobstetricia” (16). Este estudio de investigación se

realizó con la finalidad de definir cuáles son los componentes clínicos y la vez de epidemiología que se asocian a el diagnóstico de miomatosis en el útero en las pacientes que son atendidas en el área de ginecología, para este estudio se contó con la participación de 475 a 477 mujeres con edades que van desde os 20 hasta los 60 años y que además cumplen los criterios de tipo inclusión y los criterios de tipo exclusión. En este estudio se llegó a la conclusión que los componentes de tipo clínico y de epidemiología son la hipermenorrea en un 57% aproximadamente, metrorragia en un 47% aproximadamente, el dolor pélvico en un 38% aproximadamente, la anemia en un 25% aproximadamente y por último la menarquía de tipo temprana en un 15% aproximadamente. (16)

Martínez, en Lima en el Perú en el año 2018, se realizó una investigación de tipo observacional además analítico a la vez retrospectivo e incluso de tipo casos y de controles de titulado: “La enfermedad de hipertensión arterial como componente de peligro para desarrollar miomatosis en el útero en los pacientes en edades de 30 hasta los 50 años en el área de ginecología y obstetricia” (17). Esta investigación se realizó con la finalidad de definir cuál es el vínculo existente entre la enfermedad de hipertensión arterial con el diagnostico de miomatosis en el útero en las mujeres que se encuentran entre las edades de 30 hasta los 50 años en el área de ginecología y obstetricia, para esta investigación se contó con la participación de 666 a 668 mujeres que cumplían con los criterios de tipo inclusión y que a la vez cumplían con los criterios de tipo exclusión. En esta investigación se llegó a la conclusión que la patología de hipertensión arterial se encuentra en relación con la miomatosis del útero en un 78% aproximadamente, siendo este un componente de peligro en mujeres que se encuentran entre las edades de 30 hasta 50 años.(17)

Chacón, en Lima en el Perú durante el año 2018, se ejecutó un estudio que fue de tipo analítico y a la vez transversal titulado: “Componentes relacionados a la patología de miomatosis en el útero en los pacientes” (18) Este análisis de investigación se ejecutó con la finalidad de definir los componentes relacionados a miomatosis en el útero en los pacientes del área de ginecología, en este estudio se contó con la participación de 272 a 274 pacientes mujeres que cumplieron con los criterios de tipo inclusión y además con los criterios de

tipo exclusión. En este estudio de investigación se llegó a la conclusión que la edad en un 70 a 72% aproximadamente y la obesidad en un 57 a 57,5% son componentes relacionados con la presencia del diagnóstico de miomatosis en el útero en las mujeres (18)

Ayala, en Lima en el Perú durante el año 2021, se llevó a cabo una investigación de tipo descriptiva para casos y para controles titulado: "Definir los componentes que están relacionados con la patología de miomatosis en el útero en los pacientes que acuden al hospital." (19). Este análisis se ejecutó con el fin de definir los componentes que están relacionados con la patología de miomatosis en el útero en dicho nosocomio donde se llevó a cabo la investigación, para esta investigación se contó con la participación de 272 a 274 pacientes mujeres con diagnóstico de miomatosis en el útero y que cumplieron con los criterios de tipo inclusión y a la vez con los criterios de tipo exclusión. En este estudio se llegó a la conclusión que los componentes de peligro con respecto a lo personal son el índice de masa en lo corporal cuando este es mayor a 30 en un 75% aproximadamente, además de no realizar actividad física en un 57% aproximadamente y con respecto a la alimentación cuando en esta prevalece las carnes que son rijas en un 47% aproximadamente además de los componentes de peligro en el área ginecológica como los antecedentes familiares de que algún familiar haya padecido de esta patología o que haya presentado la paciente esta patologías en años anteriores en un 76% aproximadamente.(19)

1.3. Teorías relacionadas con el tema

La patología a nivel del útero metabolismo o diabetes mellitus

La patología como mayor trascendencia a nivel del útero son los fibromas o también denominados como fibroides, e incluso también se le puede denominar como leiomiomas o incluso miomas, e incluso tumores de tipo monoclonales a nivel del musculo liso siendo esta clasificación los tumores de tipo benigno que se presente de forma más común. Estos tumores están formados de forma importante por matriz de tipo extracelular además de colágeno, de fibronectina e incluso de proteoglicanos. (20,21)

Esta patología puede generar como una posible secuela infertilidad en un 2 hasta un 3% en los casos en los que ha sido diagnosticados , e incluso pueden originar anemia en un 37% aproximadamente de los casos además también puede originar trastorno en la implantación a nivel embrionario, e incluso en la mujer que se encuentra en proceso de gestación puede desembocar la pérdida de la gestación y si esta llega a completarse originar un parto antes del término de la gestación e incluso aunque en muy pocos casos produce incontinencia urinaria. En muchos casos existe la posibilidad de generar consecuencias que estén estrechamente relacionadas con las dimensiones, el sitio y la cantidad de miomas existentes. (22, 23,24)

Las patologías que se originan a nivel del útero o también llamados miomas del útero son aquellas neoplasias de tipo benigno que se localizan en el útero, estos tumores de tipo benigno se originan del tejido de tipo muscular que se encuentra en el mismo. A la vez estos tumores están formados por fibras musculares de tipo lisas con cantidades diversas de tejido del tipo fibroso. (25)

Esta patología se considera como unas de las neoplasias de tipo benigno que tienen una mayor frecuencia y factor predisponente en aquellas mujeres que se encuentran en la edad fértil mayormente, e incluso se considera el factor que desencadena en su mayoría la intervención quirúrgica de histerectomía , siendo esta la única opción para su tratamiento.(26,27)

Estas patologías a nivel del útero a pesar de ser una neoplasia de tipo benigna, es el principal desencadenante de mortalidad en las mujeres que son diagnosticada con esta patología y que se encuentran en una edad fértil. Los componentes asociados a esta mortalidad no son bien conocidos a pero se conoce la existencia de componentes que la pueden desencadenar tales como la edad de la paciente que suele ser en mujeres menores de 45 años , la existencia de alguna alteración o trastorno de tipo hormonal que puede ser endógena e incluso también exógena, la existencia de un índice de masa en lo corporal que sea mayor a 30 por lo tanto un índice de obesidad, que la paciente

no haya tenido ninguna gestación , la dieta basada principalmente en la elección de carnes del tipo rojas y el consumo recurrentes de cigarrillos.(28,29)

Factores o componentes de riesgo para desarrollar esta patología

Dentro de los principales componentes de riesgo para desarrollar esta patología es e l tener antecedentes familiares de este tipo de patologías es decir que algún familiar cercano haya padecido de este tipo de patología o que la paciente haya diagnosticada en años anteriores con este tipo de patología lo cual aumenta el riesgo de 2 a 2,5 veces cuando el familiar que ha padecido esta patología es familiar de primer grado y aumenta de 5 a 5,7 las veces cuando este familiar que ha padecido de esta tumor de tipo de benigno debuto con la patología cuando tenía una edad menor a los 45 años. (30)

Estos antecedentes de tipo ginecológico y obstétrico poseen incluso una relación de tipo directa, cuando el periodo en que se debuta con la menarquía es en una edad menor de los 10 años de edad en la paciente y este peligro aumenta aún más cuando se han consumido fármacos como el dietilestilbestrol durante la vida intrauterina.(29)

E incluso diversas investigaciones describen que existe una influencia del número de embarazos que ha tenido la paciente es decir si la paciente ha tenido una mayor cantidad de embarazos su probabilidad disminuyen en un 15 a 20% la probabilidad de presentar la neoplasia benigna denominada miomatosis de útero. Además de estos componentes de peligro el ser madre a una edad temprana además de tener periodos de tipo intergenésicos de forma corta, el uso de hormonas tales como el uso de estrógeno e incluso el uso de progesterona, están estrechamente relacionados con que se desencadenan y progrese de forma rápida este tipo de patología del útero es decir la neoplasia de tipo benigna en el útero y que está estrechamente relacionada con la cantidad administrada de estas hormonas y de manera trascendental el tiempo durante el cual estas hormonas fueron administradas y utilizadas por la paciente, siendo estos factores trascendentales para desencadenar la patología. (31,32)

Clasificación de las neoplasias de tipo benigno

Las neoplasias de tipo benigno o miomas en el útero según la federación de tipo internacional en el área de ginecología y obstetricia se pueden clasificar en cuatro tipos. El primero se denomina submucoso que según FIGO es el tipo cero, uno y conjuntamente con el dos van a ser originados de las células a nivel del miometrio particularmente y de manera específica en la zona que se encuentra debajo a nivel del mi metro, el segundo se denomina intramurales que según FIGO son del tipo tres, del tipo cuatro y del tipo cinco se desencadenan dentro de la pared del útero y estos a la vez si se amplían de una forma distorsionada con lo que distorsionan la cavidad de la pared del útero o también llamada superficie de la serosa. En algunos casos estos fibromas pueden ser llamados transmurales y se extienden de la serosa hasta la superficie de la mucosa. (33,34)

En tercer lugar existen los de tipo subserosos que según FIGO corresponden al tipo 6 y al tipo 7, los cuales se originan principalmente en la superficie de tipo seroso del útero y que suelen poseer una base de forma amplia, además pediculada o incluso intraligamentarios y por último en cuarto lugar están los de tipo cervical que según FIGO corresponden al tipo 8 que se ubican en el cuello del útero en vez de ubicarse típicamente en el cuerpo del útero. (33,34)

Cuadro clínico característico de la neoplasia benigna

En esta patología o neoplasia benigna del útero también denominada miomas a nivel del útero se caracteriza por presentar síntomas específicos que van desde un cambio en el sangrado menstrual en un 75% aproximadamente de los casos caracterizado por una mayor cantidad del sangrado en un 45% aproximadamente de los casos además de una mayor duración en un 30% aproximadamente o incluso se puede dar el caso que presenten ambas alteraciones pero en un porcentaje bajo del 15% aproximadamente. (35)

En otras pacientes también se presenta el dolor durante la menstruación en un 57% aproximadamente de los casos además de sangrado que se presenta en periodos intermensuales en un 67% aproximadamente de los casos, incluso

dolor que se presenta en la zona de la pelvis o se localiza en la parte baja en la espalda en un 37% aproximadamente de los casos además de esto incluso se asocia con dolor durante el acto sexual en un 74% aproximadamente de los casos. (36)

Además este tipo de neoplasia de tipo benigno suele acompañarse de un cuadro clínico característico porque el tumor comprime a órganos que se encuentran próximos al útero es por ello que puede ocasionar que la paciente orine de manera frecuente pero en pequeña cantidad debido a que comprime la vejiga, puede ocasionar dificultad al momento de orinar, al mismo tiempo de estreñimiento crónico y sin patología de origen anorectal, además de polaquiruia e incluso dolor al momento de orinar. Sin embargo también puede desencadenar de manera transcendental consecuencias a nivel del útero como dificultad para embarazarse o incluso que la paciente tenga abortos espontáneos a consecuencia de esta patología. (35)

Diagnóstico de esta neoplasia benigna

Con respecto al diagnóstico de esta patología de tipo benigna se debe realizar una exploración física de forma detallada y precisa además de un examen de tipo pélvico que consta en un tacto de tipo bimanual. Para el diagnóstico confirmativo se hace uso de pruebas diagnósticas auxiliares tales como el uso de la ecografía de tipo pélvica siendo esta el mejor método para el diagnóstico con una sensibilidad mucho mayor a 80 hasta el 85% aproximadamente y además permite conocer con exactitud cuál es la localización y cuáles son las dimensiones del tumor. Sin embargo en aquellos tumores de tipo benigno que suelen medir menos de un centímetro no es el mejor medio para el diagnóstico ya que no se suelen visualizar con claridad. (36)

También se conoce otro método de diagnóstico denominada la histeroscopia esta es una técnica que suele ser muy útil para el diagnóstico preciso de las neoplasias de tipo benigno o miomas de tipo submucoso ya que pueden definir las dimensiones, la ubicación precisa y hasta donde se ha extendido este

tumor. Incluso se suele utilizar la resonancia magnética ya que esta es la prueba que tiene una mayor sensibilidad con un 98 a 100% aproximadamente y una especificidad que va desde el 90 hasta el 91% aproximadamente. También se conoce que con respecto al pronóstico de esta patología este suele ser bueno ya que corresponde a una patología que es benigna casi en la totalidad de los casos en los que se presentan. (36)

1.4. Formulación del problema

¿Qué factores clínicos y epidemiológicos están asociados a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, entre enero del 2017 a diciembre de 2020?

1.5. Justificación

1.6. Objetivos

Objetivo general

Identificar que factores clínicos y epidemiológicos se relacionan a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el servicio de gineco- obstetricia del Hospital María Auxiliadora, entre enero 2017 a diciembre del 2020.

Objetivos específicos

- Identificar que factores clínicos están asociados a miomatosis uterina
- identificar la asociación de factores epidemiológicos con miomatosis uterina

II. METODOLOGÍA

2.1. Diseño de estudio de Investigación

Observacional, Analítico, Retrospectivo, de tipo casos y controles.

2.2. Operacionalización de variables

Ver anexo: 01

2.3. Población y muestra

Población

La totalidad de pacientes que acuden al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de tiempo de 2017 a 2020, cuya edad este comprendida entre 20 y 60 años.

Caso, mujer entre 20 y 60 años de edad con diagnóstico de miomatosis uterina.

Control, mujer entre 20 y 60 años de edad sin diagnóstico de miomatosis uterina

Muestra

La muestra se obtuvo aplicando la fórmula para casos y controles,

El tamaño de muestra total fue de 954, dividido en 318 casos y 636 controles.

La proporción entre casos y controles estuvo determinada de 1 a 2

Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes que presentaron el diagnóstico de miomatosis uterina cuya edad fluctúe entre 20 y 60 años, del servicio de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora. Durante el periodo de estudio.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas con información incompleta o de difícil legibilidad
- Historias clínicas que hayan tenido algún problema médico legal con el hospital.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Se obtuvo datos los que fueron recolectados dentro de la ficha de recolección de datos, la selección de historias clínicas se realizó en el departamento de estadística, quien nos proporcionó la información correspondiente según diagnóstico.

Se realizaron los trámites pertinentes por el investigador, para cumplir con los requisitos para la ejecución de esta investigación.

2.5. Método de Análisis

Se procesó la información obtenida y fue procesada por paquetes estadísticos convencionales para investigaciones biomédicas, en este caso usamos estadístico IBMSPSS en español versión 25 para Windows 10,

Los análisis, descriptivos en tablas univariadas y bivariadas, chi cuadrado de Pearson, se calculó el OR y se ajustó a los intervalos de confianza.

Aspectos éticos

Se han cumplido irrestrictamente los principios éticos para las investigaciones bioéticas, la información recabada de las historias clínicas se han mantenido guardando la confidencialidad de los datos obtenidos y sin ocasionar algún tipo de daño a los pacientes del servicio durante el periodo 2017 - 2020

Por la naturaleza de la investigación no ha sido necesaria la firma de consentimiento informado.

III. RESULTADOS

Tabla 1

| Variables | | MIOMATOSIS UTERINA | | | | | | p | OR | IC-OR95 | |
|--------------------------|----|--------------------|--------|-----|-------|-------|-------|------|------|---------|------|
| | | Si | | NO | | Total | | | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | | | | |
| Hipermenorrea | no | 120 | 12.58% | 400 | 41.9% | 520 | 54.5% | 0.00 | 0.36 | 0.29 | 3.22 |
| | si | 198 | 20.75% | 236 | 24.7% | 434 | 45.5% | | | | |
| metrorragia | no | 132 | 13.84% | 428 | 44.9% | 560 | 58.7% | 0.00 | 0.34 | 0.28 | 3.79 |
| | si | 186 | 19.50% | 208 | 21.8% | 394 | 41.3% | | | | |
| dismenorrea | no | 164 | 17.19% | 326 | 34.2% | 490 | 51.4% | 0.97 | 1.01 | 0.81 | 1.13 |
| | si | 154 | 16.14% | 310 | 32.5% | 464 | 48.6% | | | | |
| dolor | no | 84 | 8.81% | 376 | 39.4% | 460 | 48.2% | 0.00 | 0.25 | 0.20 | 0.28 |
| | si | 234 | 24.53% | 260 | 27.3% | 494 | 51.8% | | | | |
| sensación de masa | no | 154 | 16.14% | 366 | 38.4% | 520 | 54.5% | 0.01 | 0.69 | 0.62 | 7.62 |
| | si | 164 | 17.19% | 270 | 28.3% | 434 | 45.5% | | | | |
| Anemia | no | 130 | 13.63% | 444 | 46.5% | 574 | 60.2% | 0.00 | 0.30 | 0.24 | 5.38 |
| | si | 188 | 19.71% | 192 | 20.1% | 380 | 39.8% | | | | |

Respecto a los factores clínicos psicológicos asociados a miomatosis uterina pacientes atendieron el servicio de ginecología del hospital. Establecemos que la hipermenorrea se establece en el 12.58% para la tumoraciones uterinas que no presentan esta manifestación, y si presenta hipermenorrea en el 20.75% ambas variables están relacionadas entre sí pero no presenta mayor riesgo por otro lado en la metrorragia está presente en el 19.50% y no lo está en el 13.84% ambas variables están relacionadas entre sí pero no representa un riesgo significativo y en el caso de la dismenorrea está presente en el 16.14% y no lo está en el 17.19% ambas variables no presenta relación.

Tabla 2

| Variables | | MIOMATOSIS UTERINA | | | | | | p | OR | IC-OR95 | |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|--------|-----|-------|-------|-------|------|-------------|---------|------|
| | | Si | | NO | | Total | | | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | | | | |
| Menarquía temprana | no | 110 | 11.53% | 456 | 47.8% | 566 | 59.3% | 0.00 | 0.21 | 0.17 | 2.30 |
| | si | 208 | 21.80% | 180 | 18.9% | 388 | 40.7% | | | | |
| ritmo menstrual | no | 152 | 15.93% | 348 | 36.5% | 500 | 52.4% | 0.04 | 0.76 | 0.61 | 6.06 |
| | si | 166 | 17.40% | 288 | 30.2% | 454 | 47.6% | | | | |
| Paridad | Nulípara | 176 | 18.45% | 126 | 13.2% | 302 | 31.7% | 0.00 | 5.02 | 4.52 | 5.62 |
| | Múltipara | 142 | 14.88% | 510 | 53.5% | 652 | 68.3% | | | | |
| Aborto | no | 170 | 17.82% | 374 | 39.2% | 544 | 57.0% | 0.12 | 0.80 | 0.72 | 8.85 |
| | si | 148 | 15.51% | 262 | 27.5% | 410 | 43.0% | | | | |
| Estrógenos y progestágenos | no | 118 | 12.37% | 422 | 44.2% | 540 | 56.6% | 0.00 | 0.30 | 0.27 | 3.29 |
| | si | 200 | 20.96% | 214 | 22.4% | 414 | 43.4% | | | | |
| IMC | Normal | 58 | 6.08% | 280 | 29.4% | 338 | 35.4% | 0.00 | 0.28 | 0.26 | 3.69 |
| | obesidad-sobrepeso | 260 | 27.25% | 356 | 37.3% | 616 | 64.6% | | | | |

Por otro lado el dolor abdominal que presentan los pacientes con tumoraciones uterinas se establece en el 24.53% y no se establece en el 8.81% a las variables están relacionadas entre sí pero el riesgo no es significativo asimismo la sensación de una masa a nivel abdominal está presente en el 17.19% y no lo está en el 16.14% ambas variables están relacionadas entre sí pero el riesgo no es significativo por otro lado en los casos que las mujeres presentan anemia se encuentran presente en el 19.71% y no lo están en el 13.63% ambas variables están relacionadas entre sí pero no presentan riesgo significativo.

Para los casos de la miomatosis uterina la menarquía temprana está presente en el 21.8% y no está presente en el 11.53% ambas variables están relacionadas entre sí sin embargo no existe relación significativa en la prueba de Odd ratio. En el caso del ritmo menstrual alterado está presente que le dé

7.40% y no se encuentra presente en el 55.93% a las variables están relacionadas entre sí pero no presenta riesgo significativo asimismo la paridad las mujeres nulíparas son del 18.45% que presentan tumoraciones uterinas y de las multíparas se presenta en el 14.88% andas variables están entre sí y presentan un riesgo de 5 veces más en tener mayor de gestaciones con las tumoraciones uterinas.

Para el caso de uso de estrógenos y progestágenos está presente en el 20.96% y no está presente en el 12.37% de las mujeres que presentan tumoraciones uterinas ambas variables están relacionadas entre sí pero no existe un riesgo significativo debido al intervalo de confianza que incluye a la unidad.

En caso del índice de masa corporal presentan obesidad y sobrepeso en el 27.25% y se encuentran con índice de masa corporal las normales en el 6.1% a las variables están relacionadas entre sí pero no presenta un mayor riesgo estadístico.

IV. DISCUSIÓN

En una investigación presentada por Salazar en Nicaragua en el año 2020 evalúa la frecuencia de la presentación de tumoraciones uterinas después del proceso quirúrgico y sus factores que están relacionados estableciéndose entre ellas la edad que fueron sometidas así como la recurrencia sin embargo esas variables no estuvieron comprendidas dentro de los objetivos planteados en nuestra investigación pero por otro lado la miomatosis uterina se presenta en el 38% de los casos a nivel del estudio el cual configura un valor muy superior al 47% establecido por el trabajo nicaragüense por lo cual se entiende que existen problemas serios a nivel de estas mujeres.

Cedeño en un trabajo de investigación realizada en el hermano país de Ecuador establece que la patología de las tumoraciones uterinas su frecuencia y característica de las formas clínicas y ecográficas en donde menciona un grupo muestral grande de 300 pacientes inferior al nuestro que el 90% se encuentran en personas adultas mayores y presentaron miomas intramurales sangrantes teniendo en cuenta que las alteraciones del ritmo menstrual en nuestra investigación llega al 17.40% para las tumoraciones un valor inferior a lo encontrado por el hermano país por otro lado el sangrado transvaginal se da en el 74.6% y la metrorragia encontramos en un 19%. Por estas condiciones se presenta un menor número de pacientes que tengan este problema de sangrado.

Espinoza en un trabajo realizado en Ecuador a nivel de Quito establece un estudio sobre los componentes de peligro que influyen en la prevalencia de casos de tumoraciones uterinas En dónde se observa que el 68% precede en adultas haciendo un hincapié sobre la índice de masa corporal que se ve alterado en el 62%, sin embargo las alteraciones asociadas al índice de masa corporal se establecen en el 27.25% por tanto a pesar de que son factor de riesgo relacionado presentamos menor incidencia en cuanto a ver si hay sobrepeso para las gestantes con tumoraciones uterinas.

Hernández en una investigación realizada en el año 2017 establece que en una investigación el 92% produce síntomas asociados a los vasos sanguíneos con pérdida de sangre y que utiliza tratamiento farmacológico que puede ser de utilidad para la cirugía sin embargo estos objetivos no son los esbozados estableciéndose factores epidemiológicos y clínicos en el sentido del sangrado este se presenta con una mayor instancia con metrorragias en el 19.50% por lo cual es un valor inferior a lo establecido por Hernández.

Por otro lado Briones en el año 2017 menciona que la edad es un factor importante en el 75% de los casos así como la raza sin embargo estos factores no tuvieron consideración dentro de los objetivos y la investigación teniendo en cuenta que en la mayor parte de nuestra población es de raza mestiza.

Por otro lado Francia en un trabajo realizado a nivel de la capital del Perú establece que un grupo muestra de 477 mujeres realiza aproximadamente metrorragia en el 57 por ciento dolor y 38% anemia los cuales son superiores a los encontrados con un nivel de metrorragia en el 19.5% dolor en el 24% y anemia en el 19% valores inferiores a los encontrados a nivel de la capital del Perú.

Martínez en una investigación realizada en el 2018 establece que el grupo muestra 668 mujeres muy superior a nuestra investigación encuentra que las miomatosis uterina se correlacionan con hipertensión arterial y se relacionan con la edad sin embargo ambas variables no estuvieron relacionadas vida que estas variables no están configuradas dentro de nuestros objetivos.

Ayala en una investigación realizada en la capital del Perú establece un grupo muestra el pequeño de 274 pacientes que 75% tenía alteración del índice de masa corporal sin embargo en comparación a nuestra investigación las pacientes con sobrepeso presenta un riesgo de presentar mayores tumoraciones uterinas en el 27.25% por lo cual es un valor inferior encontrado por Ayala.

V. CONCLUSIONES

La hipermenorrea es un factor clínico asociado a tumores uterinos así como la metrorragia el dolor pélvico la anemia la menarquía temprana la multiparidad el uso de estrógenos y progesterona el índice de masa corporal.

De los factores estudiados tanto clínicos como epidemiológicos la única variable que presenta mayor riesgo es la multiparidad un riesgo de 5 veces más de producir tumores uterinos.

VI. RECOMENDACIONES

Se debe remitir los resultados al jefe de piso del servicio de ginecoobstetricia para que pueda difundir entre los trabajadores los resultados de esta investigación tratando siempre determinar los factores de riesgo que se atienden a nivel de los consultorios externos del hospital por otro lado se debe hacer seguimiento a la estos pacientes para que no presenten complicaciones relacionadas anemia y otros factores asimismo se debe remitir esta información a los jefes de los centro de salud que realiza en atención primaria para que puedan realizar un tamizaje las mujeres que presentan diagnóstico de tumoraciones uterinas estableciéndose los riesgos que puede tener tanto para la concepción como también para los casos de complicaciones como la anemia.

Se debe realizar un mayor énfasis en el llenado de los expedientes clínicos especialmente dentro de los antecedentes ginecológicos y se debe capacitar a los médicos especialistas para el reconocimiento temprano de los factores epidemiológicos y clínicos para miomatosis uterina.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta, C., Elizabeth, J., Narváez, C., & Gabriela, A. Miomatosis uterina: frecuencia y características clínico-ecográficas.2016
2. Bizjak, T., Turkanović, A. B., & But, I. (2016). Prevalence and Risk Factors of Uterine Fibroids in North-East Slovenia. *Gynecology & Obstetrics*, 2016
3. Brito, L. G. O., Panobianco, M. S., Sabino-de-Freitas, M. M., Barbosa, H. de F., de Azevedo, G. D., Brito, L. M. O., & Candido-Dos-Reis, F. J. 2015
4. Monleon J, Cañete M, Caballero V, del Campo M, Doménech A, Losada M, et al. Epidemiology of uterine myomas and clinical practice in Spain: An observational study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2018
5. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y procedimientos en ginecología. Leiomioma del Útero. Lima: CMP 2015
6. Stewart EA. Uterine fibroids. *Lancet Lond Engl*.2016
7. Coscia, A. N., & Chillik, C. (2013). Miomatosis Uterina. Manual de Ginecología Quirúrgica.2018
8. Chen, S., Pitre, E., Kaunelis, D., & Singh, S. Uterine-Preserving Interventions for the management of symptomatic uterine fibroids: A systematic review of clinical and costeffectiveness.2016
9. Flors Catalán, G. Guía asistencial para el manejo de las pacientes con miomas uterinos.2018
- 10.Khan, A. T., Shehmar, M., & Gupta, J. K. Uterine fibroids: current perspectives. *International journal of women's health*.2015
- 11.Jahaira S. Recurrencia de miomatosis uterina posterior a miomectomía y sus factores asociados, servicio de Ginecología, Hospital Bertha Calderón, enero 2017 a diciembre 2018.2020
- 12.Elizabeth C. Miomatosis uterina: frecuencia y características clinicoecograficas en el “Hospital Vicente Corral Moscoso”, periodo 2010-2014.2016
- 13.Alexandra E. Factores de riesgo que influyen en la incidencia de fibromiomatosis uterina en mujeres en edad fértil atendidas en el hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán período junio a diciembre del 2015.2015
- 14.Marcos H. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva.2017

15. Reyna B. Factores de riesgo y cuidados de enfermería en pacientes con miomatosis uterina que ingresaron en el servicio de ginecología, Hospital Gaspar García Laviana Rivas, II semestre 2016.2017
16. Fernando F. Factores clínicos y epidemiológicos asociados a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo Enero 2016 a Diciembre 2018.2021
17. Shirley M. “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 Unanue, 2013 – 2017”.2018
18. Alejandro Ch. Factores asociados a miomatosis uterina en pacientes del hospital de vitarte, 2014-2018.2019
19. Luis A. Factores asociados a miomatosis uterina en pacientes que acuden al Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2020
20. Corrales ACJ, Vargas JKC, Guerra JM, Espinosa MA, Leiva RF. Mioma uterino, un trastorno frecuente en mujeres de edad fértil.2015
21. Vargas-Hernández VM, Vargas-Aguilar VM, Tovar-Rodríguez JM, Flores Barrios K, Acosta-Altamirano G, Moreno-Eutimio MA. Leiomiomatosis uterina. Aspectos epidemiológicos, fisiopatogénicos, reproductivos, clínicos y terapéuticos.2017
22. Anchaya M, Julio J. Características clínicas de las pacientes con miomatosis uterina intervenidas quirúrgicamente en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central. 2015
23. Haan Y., DeLange M.E., Suhoodi H.J.M., Ankum W.M., Timmermans T.A., Limpens J., et al. The Association between hipertension and uterine fibroids: A Systematic review and meta-analysis. Journal of Hypertension. setiembre de 2015
24. Tak YJ, Lee SY, Park SK, Kim YJ, Lee JG, Jeong DW, et al. Association between uterine leiomyoma and metabolic syndrome in parous premenopausal women: A case–control study. Medicine (Baltimore). noviembre de 2016
25. Stewart E, Cookson C, Gandolfo R, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. BJOG Int J Obstet Gynaecol. septiembre de 2017

26. Uimari O, Auvinen J, Jokelainen J, Puukka K, Ruokonen A, Järvelin M-R, et al. Uterine fibroids and cardiovascular risk. *Hum Reprod.* diciembre de 2016
27. Moorman PG, Leppert P, Myers ER, Wang F. Comparison of characteristics of fibroids in African American and white women undergoing premenopausal hysterectomy. *Fertil Steril.* 2017
28. Hussam H, Zwain ZM. A comparative study of premenopausal women with fibroids and Lipid profile. *Tikrit Med J.* 2016
29. Sarkodie BD, Botwe BO, Adjei DN, Ofori E. Factors associated with uterine fibroid in Ghanaian women undergoing pelvic scans with suspected uterine fibroid. *Fertil Res Pract* 2016
30. Wallace K, Chatman K, Porter J, Scott J, Johnson V, Moseley J, et al. Endothelin 1 Is Elevated in Plasma and Explants From Patients Having Uterine Leiomyomas. *Reprod Sci.* 2016
31. Islam S., Protic O., Stortoni P, Grechi G., Lamanna, Petraglia F., et al. Complex networks of multiple factors in the pathogenesis of uterine leiomyoma. 2016
32. Wise LA, Laughlin-Tommaso SK. Epidemiology of Uterine Fibroids: From Menarche to Menopause. *Clin Obstet Gynecol.* 2016
33. Styer AK, Rueda BR. The Epidemiology and Genetics of Uterine Leiomyoma. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017
34. Sepúlveda J, Alarcón MÁ. Manejo médico de la miomatosis uterina: Revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016
35. Manta L, Suciú N, Toader O, Purcărea RM, Constantin A, Popa F. The etiopathogenesis of uterine fibromatosis. *J Med Life.* 2016
36. Wu B-J, Shao C-Y, Zhu Y, Huang K, Wei W, Zhang X-J, et al. Effects of menarche, parity, primiparous age, and reproductive diseases on uterine fibroids of rural women in China. 2016

ANEXO N°01 : OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICIÓN | TIPO DE VARIABLE RELACIÓN Y NATURALEZA | CATEGORÍA O UNIDAD |
|---------------------------|--|---|--------------------|--|--|
| Miomatosis Uterina | Tumores benignos del músculo liso del útero. | Diagnóstico por informe ecográfico independiente del tamaño y localización del mioma. | Nominal | Dependiente Cualitativa | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |
| FACTORES CLÍNICOS | | | | | |
| Dolor pélvico | Manifestación de malestar en zona de hipogastrio y aledaña no relacionado con la menstruación, que aumenta a la palpación durante el examen pélvico. | Presencia o no de dolor | Nominal | Independiente Cualitativa | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |
| Hipermenorrea | Menstruaciones donde el intervalo es normal, pero con sangrado excesivo | Presencia o no de hipermenorrea | Nominal | Independiente Cualitativa | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |
| Dismenorrea | Dolor abdominal y/o pélvico intenso que aparece antes de la menstruación o coincidiendo con ésta y dura | Presencia o no de Dismenorrea | Nominal | Independiente Cualitativa | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |

| | | | | | |
|---|--|--|---------|------------------------------|--|
| | aproximadamente unas 24 horas. | | | | |
| Metrorragia | Sangrados acíclicos que no tienen relación con el ciclo menstrual. | Presencia o no de Metrorragia | Nominal | Independiente Cualitativa | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |
| Sensación de masa abdomino-pélvica | Sensación de percibir una masa a nivel abdomino-pélvico. | Sensación de percibir una masa a nivel abdomino-pélvico que haya sido referido por la paciente y que esté indicado en la historia clínica. | Nominal | Independiente Cualitativa | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |

| | | | | | |
|---------------------------------|--|--|----------|-------------------------------|---|
| Anemia | Caída de la hemoglobina, a nivel de los eritrocitos que circulan en la sangre, por debajo de los valores normales. Estos valores varían de acuerdo a la edad o sexo. | Nivel de hemoglobina encontrada en la historia clínica. Normal: 12.1 a 17.2 g/dl Leve: 11 a 12 g/dl Moderada: 8 a 10g/dl Severa: < 7 g/dl | Ordinal | Independiente Cualitativa | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |
| FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS | | | | | |
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el momento del estudio | Número de años indicado en la historia clínica | De razón | Independiente Cuantitativa | <ul style="list-style-type: none"> • Años cumplidos |
| Menarquia Temprana | Primera menstruación de la mujer, que ocurre antes de los 11 años de edad. | Menarquia precoz: previo a los 11 años. | Nominal | Independiente Cualitativa | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |
| Ritmo menstrual | Sangrado transvaginal presentado en un determinado tiempo, como consecuencia de los cambios hormonales. | Regular: Sangrado menstrual que presenta: duración 5 a 7 días, pérdida hemática 20 a 80ml e intervalo de 21 a 37 días. Irregular: No tiene un ritmo menstrual normal. | Nominal | Independiente Cualitativa | <ul style="list-style-type: none"> • Regular • Irregular |
| Paridad | Total de embarazos previos que hayan finalizado en parto (Con feto >20 sem). | Número de partos | Ordinal | Independiente Cualitativa | <ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • Primípara |

| | | | | | |
|--|--|--|---------|------------------------------|--|
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Multípara |
| Aborto | Total de embarazos que hayan finalizado en pérdida del producto (Feto <20 sem) | Número de abortos previos | Nominal | Independiente Cualitativa | <ul style="list-style-type: none"> • Tuvo aborto • No tuvo aborto |
| Uso de Estrógenos y/o Progestágenos | Técnicas o procedimientos que tienen como objetivo prevenir el embarazo, y que tienen diferentes formas de presentación. | Método anticonceptivo que haya usado la paciente y esté indicado en la historia clínica. | Nominal | Independiente Cualitativa | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |
| Obesidad | Problema de salud caracterizado por una acumulación excesiva de grasa y un IMC ≥ 30 . | Normal: <25 IMC. Sobrepeso: 25 - 29.9 IMC. Obeso: ≥ 30 IMC | Ordinal | Independiente Cualitativa | <ul style="list-style-type: none"> • Normal • Sobrepeso • Obeso |

ANEXO 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADO

N° DE HISTORIA CLINICA:

DIAGNÓSTICO DE MIOMATOSIS: (SI) (NO)

| EDAD | |
|--------------------------------------|--|
| 20 – 30 | |
| 31 – 40 | |
| 41 – 50 | |
| 51 – 60 | |
| MENARQUIA TEMPRANA | |
| Si | |
| No | |
| RITMO MENSTRUAL O RÉGIMEN CATAMENIAL | |
| Regular | |
| Irregular | |
| PARIDAD | |
| Nulípara | |
| Primípara | |
| Múltipara | |
| ABORTO | |
| Tuvo aborto | |
| No tuvo aborto | |
| USO DE ESTRÓGENOS Y/O PROGESTÁGENOS: | |
| Si | |
| No | |
| IMC | |
| Normal | |
| Sobrepeso | |
| Obesidad | |

| TRASTORNO MENSTRUAL | |
|-----------------------------------|--|
| Hipermenorrea | |
| Metrorragia | |
| Dismenorrea | |
| DOLOR PÉLVICO | |
| Si | |
| No | |
| SENSACIÓN DE MASA ABDOMINOPÉLVICA | |
| Si | |
| No | |
| ANEMIA | |
| Si | |
| No | |