



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**Proyecto De Investigación Previa A La  
Obtención Del Título De Médica**

**MIOMATOSIS UTERINA: FRECUENCIA Y CARACTERISTICAS CLINICO-  
ECOGRAFICAS EN EL "HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO", PERIODO  
2010-2014.**

**AUTORAS:**

Jenny Elizabeth Cedeño Acosta  
Ana Gabriela Cornejo Narváez

**DIRECTORA:**

Dra. Cumandá Patricia Abril Matute

**ASESOR:**

Dr. Jorge Victoriano Mejía Chicaiza

**CUENCA – ECUADOR**

2016



## RESUMEN

**Antecedentes:** La miomatosis es la neoplasia benigna más común en ginecología, presentándose en 20-30% en mujeres en edad fértil, es indicación frecuente de histerectomía entre los 35 y 54 años y puede producir infertilidad, coexistir con un embarazo y causar complicaciones en el mismo. Son tumores de fibras musculares lisas y tejido conectivo con manifestaciones clínicas variables dependiendo del tamaño, posición y número, aunque la mayoría son asintomáticos, es un diagnóstico común en ginecología y generan importantes gastos en salud.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia y las características clínico-ecográficas de la miomatosis uterina en las pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2010- 2014

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo. El universo de estudio estuvo conformado por las historias clínicas de pacientes hospitalizadas en el departamento de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2010-2014, los datos fueron analizados en la base de datos Excel 2010 y SPSS 20, los resultados fueron presentados en cuadros y gráficos, para las variables cualitativas se utilizó medidas de frecuencia absolutas y relativas; y para las variables cuantitativas medidas de tendencia central y dispersión.

**Resultados:** Se obtuvieron 303 casos, se observó que el mayor número de casos (90.1%) se presentó en mujeres que tenían una edad mayor a 35 años con una media de 43.31 años y DS de 6.96. Los miomas más frecuentes fueron los intramurales (50.8 %); El síntoma de consulta más frecuente fue el sangrado transvaginal (74.6%).

**Palabras clave:** MIOMA, ULTRASONOGRAFIA, EPIDEMIOLOGIA, FACTORES DE RIESGO, HEMORRAGIA UTERINA.



## ASBTRACT

**Background:** miomatosis is the most common benign tumor in gynecology, occurring in 20-30% of women of childbearing age, frequent indication for hysterectomy is between 35 and 54 years and can lead to infertility, coexist with a pregnancy and cause complications in the same. They are tumors of smooth muscle fibers and connective tissue with variable clinical manifestations depending on the size, position and number, although most are asymptomatic, it is a common diagnosis in gynecology and generate significant health expenditures. (1,2,3,4)

**Objective:** To determine the frequency and clinical-sonographic features of uterine fibroids in patients treated at the Hospital Vicente Corral Moscoso, period 2010-2014

**Methodology:** A descriptive, retrospective study. The study group consisted of the medical records of hospitalized patients in the department of gynecology at the Hospital Vicente Corral Moscoso, 2010-2014, the data were analyzed on the basis of Excel 2010 and SPSS 20 data, the results were presented in tables and graphics, for qualitative variables measured absolute and relative frequency was used; and measures of central tendency and dispersion quantitative variables.

**Results:** 303 cases were obtained, it was observed that the highest number of cases (90.1%) occurred in women who had more than 35 years with a mean of 43.31 years and standard swerved 6.96. The most frequent were the intramural myomas (50.8%); The most common symptom of consultation was the vaginal bleeding (74.6%).

**Keywords:** MYOMA, ULTRASONOGRAPHY, EPIDEMIOLOGY, RISK FACTORS, UTERINE HEMORRHAGE.



## INDICE

Resumen.....	2
Abstract.....	3
1.1 Introducción.....	13
1.2 Planteamiento del problema .....	15
1.3 Justificación .....	17
2. Marco Teórico .....	18
2.1.1 GENERALIDADES .....	18
2.1.2 ETIOPATOGENIA.....	18
2.1.3 CLASIFICACIÓN.....	19
2.1.4 MANIFESTACIONES CLINICAS.....	21
3. Objetivos.....	27
3.1. Objetivo General.....	27
3.2. Objetivos Específicos .....	27
4. Diseño metodológico.....	28
4.1. Tipo de estudio .....	28
4.2. Área de estudio.....	28
4.3. Universo y Muestra .....	28
4.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	28
4.5. Variables.....	29
4.6. Métodos, técnicas e instrumentos.....	29
4.7. Procedimientos .....	29
4.8. Plan de tabulación y análisis .....	30
4.9. Aspectos Éticos .....	30
5. Resultados .....	31
6. Discusión.....	40
7. Conclusiones .....	41
8. Recomendaciones: .....	42
9. Bibliografía.....	43
9.1. Referencias Bibliográficas .....	43
10. ANEXOS.....	47



## DERECHO DE AUTOR

Yo, Jenny Elizabeth Cedeño Acosta con C.I: 0106813405, autora del trabajo de investigación titulado MIOMATOSIS UTERINA: FRECUENCIA Y CARACTERISTICAS CLINICO-ECOGRAFICAS EN EL “HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO”, PERIODO 2010-2014.; reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al artículo 5, literal C de su Reglamento de Propiedad intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 15 de julio del 2016.

---

Jenny Elizabeth Cedeño Acosta  
C.I: 0106813405



## DERECHO DE AUTOR

Yo, Ana Gabriela Cornejo Narváz con C.I.:0105882559, autora del trabajo de investigación titulado MIOMATOSIS UTERINA: FRECUENCIA Y CARACTERISTICAS CLINICO-ECOGRAFICAS EN EL “HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO”, PERIODO 2010-2014.; reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al artículo 5, literal C de su Reglamento de Propiedad intelectual; de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 15 de julio del 2016.

**Srta. Ana Gabriela Cornejo Narváz**

**0105882559**



## RESPONSABILIDAD

Yo, Jenny Elizabeth Cedeño Acosta, autora de la tesis “Miomatosis uterina: frecuencia y características clinico-ecograficas en el “Hospital Vicente Corral Moscoso”, periodo 2010-2014”. certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 15 de julio del 2016

---

Jenny Elizabeth Cedeño Acosta  
C.I: 0106813405



## RESPONSABILIDAD

Yo, Ana Gabriela Cornejo Narváz, autora de la tesis “Miomatosis uterina: frecuencia y características clinico-ecograficas en el “Hospital Vicente Corral Moscoso”, periodo 2010-2014”. certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 15 de julio del 2016

Srta. Ana Gabriela Cornejo Narváz

0105882559





## **DEDICATORIA**

A mi familia quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento; depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi capacidad.

A mi madre con mucho amor y cariño sin ella, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ella un gran ejemplo a seguir y destacar.

Jenny Cedeño.



## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi familia quienes han sido a lo largo de mi vida un pilar fundamental ya que sin su apoyo incondicional no hubiese podido lograr todas las metas obtenidas hasta el día de hoy.

Especialmente quiero agradecer a mi directora y asesor de tesis, Dra. Cumandá Abril y Dr. Jorge Mejía respectivamente por su esfuerzo y dedicación, quienes, con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación han hecho posible la culminación de este proyecto de investigación con éxito.

Por ultimo quiero agradecer a una persona muy importante Paul Bravo Guzmán por toda la ayuda, la paciencia y el apoyo brindado durante este tiempo.

Jenny Cedeño



## **DEDICATORIA**

En primer lugar, dedicar la culminación de esta meta a Dios por la salud y la sabiduría otorgada durante este periodo de tiempo.

A todos mis familiares entre ellos mis padres, por toda la comprensión, amor, perseverancia y las enseñanzas brindadas.

Mis tíos por ser un apoyo incondicional en los momentos de flaqueza.

Y a todos quienes han sabido ser una mano amiga durante todo mi tiempo de estudio, demostrándome su cariño y apoyo.

Con afecto:

Ana Cornejo.



## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer a mis padres, abuelos, hermanos, tíos por brindarme su apoyo absoluto en todo momento.

Un agradecimiento particular a nuestra directora y asesor de trabajo de investigación, por la guía y el conocimiento impartido para que logremos desarrollar con éxito nuestro trabajo.

A mi compañera de trabajo por su amistad y la paciencia para cumplir esta meta.

Y a quienes siempre me estuvieron apoyando y motivando para que consiga este logro importante en mi vida.

Ana Cornejo



## **1.1 Introducción**

Los miomas uterinos también conocidos como fibromiomas o leiomiomas, son los tumores benignos más frecuentes del útero; son tumores monoclonales de músculo liso del miometrio y contienen grandes agregados de matriz extracelular. (1)

Aunque rara vez se asocian a mortalidad, los miomas uterinos son una causa importante de morbilidad y su sintomatología es diversa produciendo sangrado anómalo, dolor o síntomas urinarios, pueden disminuir considerablemente la calidad de vida de la mujer y ser causa importante de infertilidad y esterilidad, es frecuente que los miomas sean un hallazgo por medio de un ultrasonido realizado durante el embarazo. La posibilidad de desarrollar complicaciones parece estar relacionado con el tamaño, la localización y el número de miomas. (1,2)

Los factores de riesgo para el desarrollo de miomas uterinos en estudios realizados indican que hay mayor prevalencia en mujeres de raza negra, personas expuestas al aumento de estrógenos y progesterona, mujeres con edades comprendidas entre 40 y 50 años, menarquia temprana y obesidad. Por otro lado, hay menor incidencia entre las mujeres que se dedican a la actividad física, fuman, cursan la menopausia y que comen más frutas, verduras y pescados. (1,3)

El estudio histopatológico de 100 úteros de histerectomía en pacientes consecutivas reveló la presencia de miomas en un 77% en una muestra al azar de pacientes con edades comprendidas entre 35 y 49 años, sin embargo, solo el 20 a 25 % de ellas eran sintomáticas. Además, constató que en las mujeres de raza negra de 35 años de edad la incidencia de miomas fue del 60% y superior al 80 % en mayores de 50 años por lo que se le atribuye mayor incidencia a la raza negra que a la caucásica y edades mayores a los 35 años. Sin embargo, se han encontrado casos en la pubertad y menopausia; el número y la localización de los miomas se correlacionan con los síntomas y la fertilidad de la paciente. (1,4,5,6)



Los miomas uterinos son un problema de salud relevante por su elevada prevalencia; provocan un importante impacto en la calidad de vida de la mujer, aumentando la demanda de consultas ginecológicas y por ende produciendo un gran impacto en los costos de los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento de esta patología.



## 1.2 Planteamiento del problema

La miomatosis uterina es una patología muy frecuente en el área ginecológica, se estima que en la mujer en edad reproductiva varía del 20 al 30%. Aunque en nuestro país no existen estudios sobre los aspectos clínicos y epidemiológicos de esta patología; es una causa importante de morbilidad en las mujeres en edad fértil aunque no es excluyente de otras edades, su clínica es variable presentándose la mayoría asintomáticos y siendo hallazgos en estudios por otras causas, otros miomas en cambio causan importante morbilidad dependiendo del tamaño, la posición y el número, son una causa frecuente de metrorragias y polimenorrea siendo las formaciones neoplásicas intramurales y submucosas las que más sangrado producen esto se explica porque las intramurales producen un agrandamiento del útero por lo tanto mayor superficie de sangrado mientras que las submucosas producen rotura de los vasos sanguíneos a nivel de la implantación. (4,7,8)

Un estudio realizado sobre el diagnóstico y manejo de miomatosis uterina en el Instituto Hondureño de Seguridad Social demostró que el signo más frecuente en estas pacientes fue el aumento del tamaño del útero en el 83% de los casos, y los síntomas más frecuentes el sangrado en el 29% de los casos y dolor pélvico en el 17 %. (9)

Además de los síntomas que producen se los ha asociado a infertilidad en un 5 a 10% de los casos, porque disminuye la tasa de fertilidad y la tasa de implantación embrionaria, así mismo aumenta la tasa de aborto y parto pretérmino. (6)

Cabe recalcar que debido a la frecuencia con la que se presenta, anualmente se gastan millones de dólares para el diagnóstico y tratamiento de esta patología por ejemplo se estima que en Estados Unidos se gastan 3 a 5 billones de dólares para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con miomas, además que se realizan aproximadamente 200.000 histerectomías al año por esta entidad representando un importante gasto en servicios de salud. (7)

Por lo citado anteriormente y por la frecuencia en el diagnóstico de esta patología tanto a nivel privado como público nos planteamos la siguiente pregunta:



¿Cuál es la frecuencia y las principales características clínico-ecográficas de la miomatosis uterina en las pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo 2010-2014?





### 1.3 Justificación

Debido a la alta prevalencia a nivel mundial de miomas uterinos y considerando que en nuestro país no existen datos suficientes que permitan establecer cuál es la situación actual de esta enfermedad, nuestro trabajo de investigación pretende brindar pautas claras acerca de la epidemiología de los miomas uterinos ya que son una patología frecuente y que pueden repercutir en la calidad de vida de las pacientes por las variadas manifestaciones clínicas y las complicaciones que puede presentar. Además, tomando en cuenta que es uno de los diagnósticos más comunes en la consulta ginecológica se investigó cuál es la frecuencia en nuestro medio para que así se puedan buscar mejores alternativas de tratamiento y prevenir posibles complicaciones en especial asociados al embarazo y fertilidad. Esta investigación puede servir de guía para evaluar los gastos que acarrea el diagnóstico y tratamiento de esta patología en nuestro medio. (7)

Además, se requiere conocer cuál es la sintomatología que presentan las pacientes con esta patología para que así se pueda evaluar la repercusión la calidad de vida de las mujeres, teniendo en cuenta que también son un factor importante para decidir el tratamiento. Otro aspecto importante es la localización más frecuente pues esto se relaciona directamente con la sintomatología, complicaciones y el posible tratamiento.

Con esta investigación se ha obtenido información que puede servir de base para otras investigaciones sobre el tema. La información obtenida se dará a conocer para que se evalúen estrategias para el diagnóstico precoz y el tratamiento más adecuado de acuerdo a las necesidades de cada paciente y a la realidad de nuestro medio.



## **2. Marco Teórico**

### **2.1.1 GENERALIDADES**

Los miomas uterinos también denominados fibromas o leiomiomas constituyen los tumores benignos de mayor frecuencia en el útero, son tumores de músculo liso del endometrio y contienen grandes agregados de matriz extracelular compuestos de colágeno, elastina, fibronectina y proteoglucanos. (1,5)

Se estima que a nivel mundial el 20 a 40% de las mujeres entre 30 y 35 años de edad padecen esta patología. Sin embargo, la prevalencia exacta se desconoce debido a que la gran mayoría de ellas son asintomáticos, son raros antes de la menarquía y por lo general sufren algún grado de involución luego de la menopausia. (5,10)

Pueden ser únicos, pero generalmente son múltiples en un 66% y varían de tamaño entre unos milímetros y 20 a 25 cm de diámetro, su peso varía en unos cuantos gramos hasta varios kilogramos por lo tanto los síntomas dependen del número, tamaño y localización pudiendo causar hemorragia uterina excesiva, sensación de opresión pélvica, dolor e infertilidad. Puede estar presente junto con un embarazo y producir complicaciones en 1 a 4 % de los casos, y constituyen la primera indicación de histerectomía en mujeres premenopáusicas. (5,10,11,12)

Aunque son muy frecuentes y pueden alcanzar gran tamaño su potencial maligno es mínimo, aproximadamente menos de 1 de cada 1000 úteros desarrollan cambios sarcomatosos. (12)

### **2.1.2 ETIOPATOGENIA**

Aunque se desconocen las causas específicas de los miomas, se ha avanzado en el conocimiento de la biología molecular de estas tumoraciones sus factores hormonales, genéticos y de crecimiento. (1)

Son de consistencia firme y se originan en las células musculares lisas del miometrio, las anomalías cromosómicas no son primarias en el desarrollo del tumor y se encuentran en los cromosomas 6,7,12,14, los esteroides sexuales



ováricos son importantes para su crecimiento, la progesterona es más mitógena y disminuye la apoptosis, los estrógenos también lo son pero en menor proporción, por lo tanto las situaciones que aumentan la exposición de estrógenos a lo largo de la vida incrementan su incidencia. Los leiomiomas también tienen niveles más altos de factores de crecimiento que incrementan la producción de fibronectina y colágeno, que componen la matriz extracelular características de estas lesiones. (1,10,12)

### 2.1.3 CLASIFICACIÓN

Los miomas se clasifican según la localización mediante el sistema de clasificación de los miomas de la FIGO en:

SM SUBMUCOSO	0	<b>Intracavitario-Pedunculado</b>
	1	Menos del 50 % intramural
	2	Mayor o igual al 50% intramural
OTRO	3	Contactos endometrio; 100% intramural
	4	Intramural
	5	Subsero, menor o igual al 50% intramural
	7	Subsero pedunculada
	8	Otro (especifique, por ejemplo: cuello uterino, parásitos)
Leiomiomas híbridos (impacto tanto en endometrio y serosa)	Dos números separados por un guion. De acuerdo a la convención, el primero se refiere a la relación con el endometrio mientras que el segundo se refiere a la relación con la serosa. Ejemplo:	
	2-5	Submucosa y subserosa, cada uno con menos de la mitad del diámetro en las cavidades endometriales y peritoneales, respectivamente

FUENTE: (1)



- Miomas intramurales: se desarrollan dentro de la pared uterina y alcanzan un tamaño suficiente como para distorsionar la misma. Corresponden a los tipos 3,4,5 según FIGO. Algunos pueden extenderse desde la serosa a la superficie mucosa llamados transmurales. (13)
- Miomas submucosos: derivados de las células del miometrio, ubicadas por debajo del endometrio sobresalen a la cavidad uterina, siendo un dato importante para la clasificación. FIGO tipo 0, 1, 2
  - ✓ tipo 0: totalmente intracavitario
  - ✓ tipo I: menos del 50% de su volumen en la pared.
  - ✓ tipo II: corresponde al menos el 50% de su volumen en la pared.

Los tipos 0 y I pueden ser resecables por histeroscopia. (13)

- Miomas subserosos: se originan en la superficie serosa, tiene base amplia pueden ser pediculados o intraligamentosos. Se refiere a los tipos 6, 7 según FIGO. (13)
- Miomas cervicales: localizados en el cuello uterino FIGO tipo 8. (13)

## **FACTORES DE RIESGO**

- Raza: las mujeres de raza negra tienen un riesgo de 2.9 veces mayor de presentar miomas que las de raza caucásica, en un estudio realizado en Brasil en el 2013 se encontró que las mujeres de raza negra presentaron miomas uterinos en un 32.8% en comparación con las mujeres de raza blanca y mestizas que presentaron este diagnóstico en un 19.4 y 22.9 % respectivamente (3)
- Edad: La incidencia de miomas uterinos aumenta con la edad, además las mujeres de raza negra desarrollan miomas a edades más tempranas. (1)
- Historia familiar: las familiares de primer grado de pacientes con miomas tienen un riesgo de 2.5 veces mayor de presentarlos (1)



- **Peso:** El riesgo de presentar miomas aumenta un 21% por cada 10 kg de peso corporal, así como con el incremento del IMC (1)
- **Factores hormonales endógenos:** la mayor exposición a hormonas endógenas aumenta el riesgo de padecer miomas esto se observa en mujeres con menarquia temprana. (1)
- **Dieta:** una dieta rica en carnes rojas aumenta su incidencia, mientras que una dieta rica en hortalizas la disminuye
- **Ejercicio:** las mujeres con mayor actividad física son menos propensas a desarrollar miomas
- **Tabaquismo:** fumar reduce la incidencia porque disminuyen la biodisponibilidad de estrógenos
- **Embarazo:** el aumento de la paridad disminuye la incidencia y el número de miomas clínicamente evidentes
- **Tratamiento hormonal posmenopáusico**
- **Anticonceptivos orales**

#### **2.1.4 MANIFESTACIONES CLINICAS**

- **Sangrado Anómalo:** De todos los síntomas que presenta estos tumores el más frecuente es la alteración menstrual que puede aparecer en forma de metrorragias, menorragias (el más frecuente), hipermenorrea o polimenorrea. Los miomas submucosos e intramurales son los que producen mayor sangrado, la hemorragia excesiva puede causar anemia, debilidad, disnea e incluso insuficiencia cardíaca (12,14)
- **Dolor:** Aparece cuando el mioma alcanza el tamaño suficiente para comprimir algún órgano o cuando se produce torsión, además puede existir dolor intenso en caso de degeneración que se produce cuando el mioma crece y supera el aporte sanguíneo produciéndose muerte celular. Los tipos de degeneración son hialina, quística, hemorrágica y calcificación. (1,14)



- **Compresión:** Las mujeres sintomáticas tienen sensación de presión pélvica, congestión, distensión, sensación de pesadez en el abdomen inferior y dolor lumbar, la compresión de los miomas se ejerce sobre todo en vejiga, uréteres y recto produciendo estreñimiento, dificultad para la defecación, polaquiuria con disminución del volumen de depleción de la vejiga, e hidronefrosis. Además, si el mioma crece hacia la pelvis menor como ocurre en los miomas del cuello del útero puede producir incarceration. (12,14)
- **Leucorrea:** Se presenta frecuentemente en mujeres con miomas, aunque no es constante ni específica de esta entidad y se debe a la irritación de las glándulas del cuello y la irritación de la vagina por el aumento del tamaño del útero. (14)

Aunque muchas mujeres se embarazan y su embarazo llega a término, los leiomiomas submucosos se han relacionado con una mayor incidencia de infertilidad por dificultades para la placentación. (12)

## **DIAGNOSTICO**

Este se lo puede realizar por diversos métodos entre los principales tenemos el diagnóstico clínico, la exploración bimanual y el diagnóstico por imágenes. (6)

### **Exploración pélvica**

Los miomas subserosos e intramurales pueden ser diagnosticados mediante la exploración pélvica, en la cual podemos encontrar un útero agrandado, de forma irregular, de superficie firme e indolora. (1)

### **Estudios de imagen**

Los estudios de imagen nos facilitan la correcta evaluación del tamaño, el número y la posición de los miomas, para así elegir el tratamiento acorde con las necesidades de cada paciente.

- **Ecografía:** La ecografía es la técnica de imagen más accesible y con menor costo para diferenciar los miomas de otras alteraciones pélvicas, la apariencia de los miomas puede ser variable, pero a menudo pueden ser tumoraciones simétricas, bien definidas, hipocóicas y heterogéneas.



Los tumores pequeños generalmente menos de 2 cm pueden pasar desapercibidos, en este estudio la identificación de miomas pedunculados que se extienden hasta el ligamento ancho es difícil al igual que la diferenciación entre mioma y leiomiosarcoma; se han encontrado estudios normales en el 22% de los casos. (1,5)

- Ultrasonografía transvaginal: Nos permite diferenciar e identificar los pequeños miomas intramurales y submucosos. Además, nos ofrece la ventaja de visualizar la relación que tiene los miomas con la cavidad endometrial. (2)
- Histerosalpingografía: Utiliza solución salina dentro de la cavidad uterina como contraste, pudiendo así diagnosticar miomas submucosos y pólipos, es útil en el estudio de las pacientes con miomatosis que concomitantemente presentan infertilidad. (1,2,5)
- Resonancia Magnética: Esta nos permite evaluar el número, el tamaño y la posición de los miomas submucosos, intramurales y subserosos, así como valorar su proximidad con la vejiga, el recto y la cavidad endometrial. (1)
- Laparoscopia diagnóstica: útil ante la presencia de masas que ocupan fosas ilíacas para el diagnóstico diferencial entre miomas pedunculados y masas anexiales. (5)
- Histeroscopia: recurso que permite valorar una hemorragia uterina anormal, detecta tumores submucosos con precisión y permite definir si la intervención quirúrgica será por vía vaginal o abdominal. (5)

### **2.1.5 TRATAMIENTO**

Para tomar la decisión correcta acerca del tratamiento se deberá tomar en cuenta los síntomas que la paciente presenta y los deseos de fertilidad de la misma, además la mayoría no requieren tratamiento sobre todo si son asintomáticos o si la paciente se acerca a la menopausia. (5,6)

Los tratamientos se los ha clasificado como clínico y quirúrgico.



## TRATAMIENTO CLINICO

### Conducta expectante

Este tipo de conducta se puede realizar en los siguientes casos:

- Miomas pequeños que no produzcan síntomas y que sean verificados con controles periódicos cada 6-12 meses mediante examen ginecológico y una ecografía pélvica. (2,5)
- Miomas pequeños y que produzcan síntomas en mujeres con proximidad a la menopausia, pues tras esta el sangrado se detiene y los miomas disminuyen de tamaño. (1,2)

Un estudio no aleatorizado de 106 mujeres con tamaño uterino compatible con 8 semanas de embarazo o mayor, que eligieron la conducta expectante, se concluyó que el 77% no presentaron cambios significativos en sus manifestaciones clínicas mientras que el 23% optó por la histerectomía en el curso de un año. (1)

### Tratamiento farmacológico

Los objetivos de este tratamiento son: (2)

- Alivio de los síntomas
- Reducción del tamaño del tumor.

**Agonistas de la gonadolibarina:** Los análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRh) producen un estado de hipogonadismo hipogonadotropo y niveles de estradiol similares a los de la menopausia, reducen significante el tamaño de los miomas hasta 35 al 60% tras 3 a 6 meses de tratamiento, siendo máxima durante el primer mes, pero tienen importantes efectos secundarios derivados del hipoestrogenismo, los beneficios de su uso son mayores si se usan en mujeres con síntomas y que estén próximas a la menopausia y previo a intervenciones quirúrgicas como miomectomía pues reduce el tiempo quirúrgico y facilita la cirugía. (15,16)

Un estudio publicado en el 2011 sobre el tratamiento preoperatorio con análogos de GnRH antes de la histerectomía o la miomectomía para los fibromas uterinos reporto





que la hemoglobina y el hematocrito pre y postoperatorios mejoraron significativamente debido al tratamiento con análogos de GnRH antes de la cirugía, y el volumen uterino, y el volumen del fibroma se redujeron además de los síntomas pélvicos. (17)

**Antiinflamatorios no esteroides:** Disminuyen la síntesis de prostaglandinas por lo que pueden controlar la menorragia, además, si se administra dos días antes de la menstruación produce alivio de los síntomas como dismenorrea, dolor pélvico y menorragia. (5)

### **Progestágenos y sistemas intrauterinos que liberan progestágeno**

Entre los progestágenos podemos nombrar al acetato de medroxiprogesterona de liberación lenta el cual es una hormona administrada por vía muscular que podría inhibir el crecimiento de los miomas, por otro lado, existe un sistema intrauterino liberador de levonorgestrel que es una hormona capaz de inhibir el endometrio (18)

**Mifepristona:** Es un esteroide sintético con actividad antiprogesterona, con dosis de 5 o 10 mg diarios por 3 meses, se puede obtener mejoría clínica, aunque el tamaño del mioma no se reduce notoriamente. Una revisión realizada en el 2012 que incluyó tres ensayos y 112 mujeres con miomas uterinos que recibieron tratamiento con mifepristona encontró que el tratamiento con dicho fármaco disminuyó la menorragia sin embargo no redujo el tamaño del mioma. (15, 16)

## **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

Para el tratamiento quirúrgico lo fundamental es conocer los deseos de fertilidad que tenga la paciente, las técnicas conservadoras como la miomectomía, la resección histeroscópica, se pueden utilizar en pacientes que tengan deseos de conservar su fertilidad, estas técnicas además presentan menos riesgos y complicaciones, para mujeres con paridad satisfecha la técnica de elección es la histerectomía, esta también es de primera elección en caso de sospecha de otras patologías asociadas. (2)

**Miomectomía:** es un procedimiento realizado básicamente en pacientes con paridad insatisfecha, esta técnica está indicada principalmente en miomas medianos y grandes elementos, entre los tipos tenemos: la miomectomía vaginal



la cual se prefiere en miomas cervicales pediculados, por otro lado, pudiendo considerarse a la miomectomíahisteroscópica con primera línea para el manejo quirúrgico conservador en miomas intracavitarios sintomáticos. Sin embargo, bibliografía a nivel mundial reportan un riesgo de recurrencia cerca del 10% a los 5 años y un 14 % a largo plazo, teniendo la necesidad de una cirugía mayor. (7)

**Embolización de arterias uterinas:** consiste en un procedimiento con el cual se pueda manejar patologías hemorrágicas ginecológicas y obstétricas de manera conservadora y mínimamente invasiva. Se usan partículas de alcohol polivinílico superior a 500 ug y su indicación es el tratamiento de la menorragia y el dolor causado por el mioma. (5,19)

**Ablación de endometrio:** se conoce como la destrucción del epitelio endometrial quirúrgicamente, por medio de dos técnicas:

- La de primera generación: esta comprende la ablación endometrial bajo la visualización directa con instrumental electroquirúrgico.
- La de segunda generación: también llamada ciegas dependen de un dispositivo que se inserta en la cavidad uterina, el cual proporciona la energía para destruir uniformemente el endometrio.

La ablación es considerada una opción terapéutica con un bajo riesgo quirúrgico en pacientes con miomatosis uterina de pequeños elementos, los cuales presentan hemorragia uterina anormal. (20)

**Histerectomía laparoscópica:** se ha ido desarrollando rápidamente durante las últimas décadas, pudiendo incluso sustituir la cirugía abierta, convirtiéndose en el procedimiento más frecuente en cirugía ginecológica; esta consiste en la disección completa del útero (21)



### **3. Objetivos**

#### **3.1. Objetivo General**

Determinar la frecuencia y las características clínico-ecográficas de la miomatosis uterina en las pacientes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo 2010- 2014.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

1. Establecer la frecuencia de miomatosis uterina en el grupo de estudio.
2. Caracterizar a la población de estudio de acuerdo a edad, residencia, paridad y etnia.
3. Obtener la frecuencia de los diferentes tipos de miomas.
4. Determinar los signos y síntomas más frecuentes que presentan las pacientes con miomas uterinos en la población de estudio.



## **4. Diseño metodológico**

### **4.1. Tipo de estudio**

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo.

### **4.2. Área de estudio**

El estudio se realizó en el área de ginecología en el Hospital Vicente Corral Moscoso, en la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay.

### **4.3. Universo y Muestra**

El universo fue constituido por todas las historias clínicas de las pacientes con cuadro de miomatosis uterina que fueron hospitalizadas en el área de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo comprendido desde el 1 de enero del 2010 hasta el 31 de diciembre del 2014.

### **4.4. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión**

- Todas las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina hospitalizadas en el área de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso entre el 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014.
- Todas las historias clínicas de pacientes con miomatosis uterina como diagnóstico primario

#### **Criterios de exclusión**

- Todas las historias clínicas de las pacientes que no cuenten con los datos requeridos para completar el formulario de recolección de datos.
- Todas las historias clínicas de pacientes cuyo diagnóstico primario no fue miomatosis uterina.



#### **4.5. Variables**

1. Edad
2. Estado civil
3. Residencia
4. Paridad
5. Etnia
6. Síntoma de consulta
7. Tipo de miomas
8. Síntomas y signos

#### **4.6. Métodos, técnicas e instrumentos**

##### **4.6.1. Método**

Se obtuvo la información de las historias clínicas de las pacientes previa autorización del director del Hospital Vicente Corral Moscoso, el análisis de datos se realizó en el programa excel 2010, SPSS 20.

##### **4.6.2. Técnicas**

Se procedió al llenado del formulario para la recolección de datos. Adjunto como Anexo 1.

##### **4.6.3. Instrumento**

Se utilizó el formulario que consta en el Anexo 2, historias clínicas completas y exámenes complementarios necesarios para el diagnóstico de las pacientes incluidas en el estudio.

#### **4.7. Procedimientos**

**AUTORIZACIÓN:** Se presentó la solicitud (Anexo 3) al Dr. Javier Peralta Coordinador de Docencia e Investigación del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, y se obtuvo la autorización para la revisión de información contenida en las historias clínicas de las pacientes mayores de 15 años hospitalizadas durante el período del 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014 en el área de ginecología.



## **SUPERVISIÓN**

El presente trabajo fue supervisado por la Doctora Cumandá Abril y el Doctor Jorge Mejía, directora y asesor del proyecto, respectivamente.

### **4.8. Plan de tabulación y análisis**

Los datos recogidos fueron introducidos en la base de datos, para su posterior análisis la información fue resumida y presentada en tablas y gráficos, para lo que se utilizó el programa informático SPSS 20 para Windows y el programa Microsoft Excel 2010.

Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de frecuencia absolutas, relativas y porcentajes para las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y dispersión (desvío estándar) para las variables cuantitativas.

### **4.9. Aspectos Éticos**

Se cumplió con el código de ética de la práctica médica, se solicitó las autorizaciones correspondientes a la Dra. Lourdes Huiracocha decana de la universidad y al Dr. Javier Peralta Coordinador de Docencia e Investigación del Hospital “Vicente Corral Moscoso”

Las historias clínicas fueron tratadas con la confidencialidad requerida; obteniéndose únicamente la información concerniente al estudio.

La recolección de datos se llevó a cabo por parte de las autoras en un ambiente privado y posteriormente recopilados para la condensación de los datos los cuadros fueron revisados por autoras, director y asesor de tesis.



## 5. Resultados

El número de pacientes hospitalizadas en el área de ginecología durante el periodo 2010-2014 fue de 7262 de las cuales 2309 pacientes (31.7%) correspondieron a patología obstétrica como: partos y cesáreas, por lo que no se incluyeron dentro del estudio.

De las 4953 pacientes con patología ginecológica se encontraron que 389 (7.8%) fueron diagnosticadas de miomatosis uterina entre el periodo 2010-2014, de los cuales se excluyeron los casos cuyo diagnóstico primario fueron otras patologías y los casos en los que no se contaban con los datos suficientes para el llenado del formulario.

El grupo de estudio con el que se trabajó estuvo conformado por 303 pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina, que cumplieron con los criterios de inclusión y se distribuyeron de la siguiente manera:

**TABLA 1.** Distribución de 303 pacientes con diagnóstico de Miomatosis uterina por año en el periodo 2010-2014. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016.

AÑO	N°	%
2010	48	15,84%
2011	71	23,43%
2012	58	19,14%
2013	51	16,83%
2014	75	24,75%
Total	303	15,84%

\*Fuente: Formulario de recolección de datos

\*Elaboración: las autoras

Se observó que el mayor porcentaje de casos de miomatosis uterina se presentaron durante el año 2014 (24,75%), mientras que el menor porcentaje se registró en el año 2010 (15.84%).



**TABLA 2.** Distribución de 303 pacientes con diagnóstico de Miomatosis uterina en el periodo 2010-2014 según grupos de edad. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016

<b>EDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
15-24	5	1,7
25-34	25	8,3
35-44	135	44,6
≥ 45	138	45,5
Total	303	100,0

\*Fuente: Formulario de recolección de datos

\*Elaboración: las autoras

El 45.5 % de los casos de miomatosis uterina del grupo de estudio correspondieron a pacientes con edades iguales o mayores de 45 años seguidas del 44.6 % con edades entre 35 y 44 años. Es decir, el 90.1 % de las pacientes tenían una edad igual o mayor a 35 años con una media de 43.31 años y desvió estándar de 6.96





**TABLA 3.** Distribución de 303 pacientes con diagnóstico de Miomatosis uterina en el periodo 2010-2014 según estado civil. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016

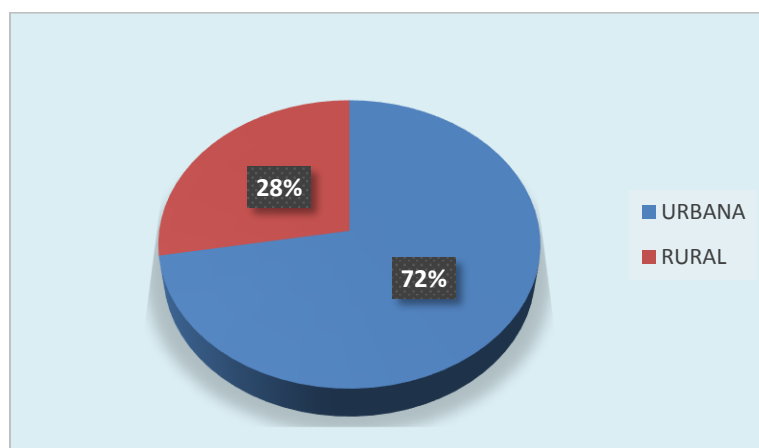
ESTADO CIVIL	N°	%
SOLTERA	55	18,2
CASADA	183	60,4
DIVORCIADA	20	6,6
VIUDA	8	2,6
UNION LIBRE	37	12,2
TOTAL	303	100,0

\*Fuente: Formulario de recolección de datos

\*Elaboración: las autoras

De los casos encontrados el 60.4 % correspondía a mujeres casadas.

**GRÁFICO 1.** Distribución de 303 pacientes con diagnóstico de Miomatosis uterina en el periodo 2010-2014 según residencia. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016



\*Fuente: Formulario de recolección de datos.

\*Elaboración: las autoras

El 72% de las pacientes con miomatosis uterina del grupo de estudio reside en el área urbana.



**TABLA 4.** Distribución de 303 pacientes con diagnóstico de Miomatosis uterina en el periodo 2010-2014 según etnia. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016.

<b>ETNIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
MESTIZA	297	98,0
AFROAMERICANA	3	1,0
BLANCA	1	0,3
SHUAR	2	0,7
Total	303	100

\*Fuente: Formulario de recolección de datos

\*Elaboración: las autoras

La mayoría de casos encontrados correspondieron a pacientes de etnia mestiza con el 98%.

**TABLA 5.** Distribución de 303 pacientes con diagnóstico de Miomatosis uterina en el periodo 2010-2014 según paridad. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016.

<b>PARIDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
NULIPARA	46	15,2
PRIMIPARA	17	5,6
MULTIPARA	197	65,0
GRAN MULTIPARA	43	14,2
Total	303	100,0

\*Fuente: Formulario de recolección de datos

\*Elaboración: las autoras

En el grupo de estudio se observó que el 65 % de pacientes diagnosticadas con miomas uterinos eran multíparas, definiéndose este grupo como mujeres que han tenido entre 2 y 6 partos



**TABLA 6.** Distribución de 303 pacientes con diagnóstico de Miomatosis uterina en el periodo 2010-2014 según el tipo mioma. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016.

<b>TIPO DE MIOMA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
INTRAMURAL	154	50,8
SUBMUCOSO	45	14,9
SUBSEROZO	38	12,5
CERVICAL	10	3,3
MIXTO	53	17,5
OTROS	3	1,0
Total	303	100,0

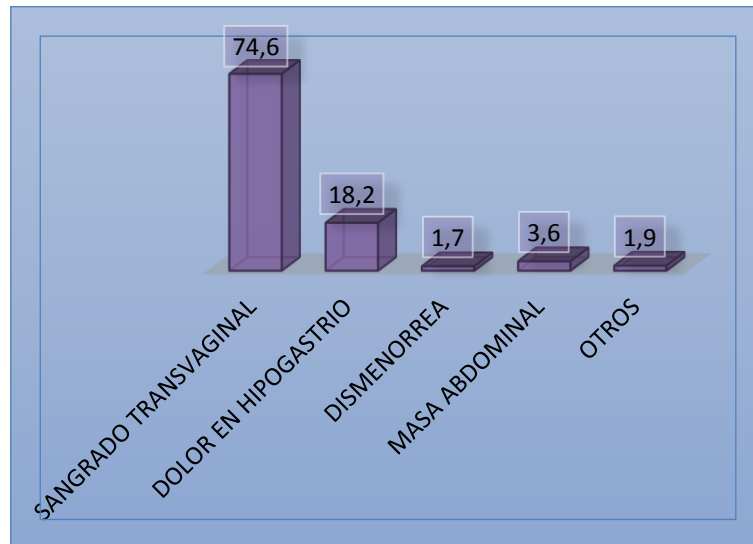
\*Fuente: Formulario de recolección de datos.

\*Elaboración: las autoras

En relación al tipo de mioma se observó que los miomas intramurales se presentaron en 154 pacientes constituyendo los más frecuentes con 50.8 % del total de los casos y se encontraron 3 casos de localización no frecuente (intra ligamentarios y pedunculado) que representaban el 1% de los casos, además se encontró un 17.3 % de localizaciones mixtas.



**GRAFICO 2.** Distribución de 303 pacientes con diagnóstico de Miomatosis uterina en el periodo 2010-2014 según el síntoma de consulta. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016.



\*Fuente: Formulario de recolección de datos.

\*Elaboración: las autoras

El síntoma más frecuente por el que las pacientes acudieron fue el sangrado transvaginal con 74.6% de los casos entre lo que se observó menometrorragias y polimenorrea seguido del 18.2 % de los casos que consultaron por dolor abdominal.



**TABLA 7.** Distribución de 303 pacientes con diagnóstico de Miomatosis uterina en el periodo 2010-2014 según el sangrado transvaginal y el tipo de mioma. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016.

TIPO DE MIOMA	SANGRADO IRREGULAR					
	NO		SI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
INTRAMURAL	32	20,8%	122	79,2%	154	50,8%
SUBMUCOSO	5	11,1%	40	88,9%	45	14,9%
SUBSEROSO	9	23,7%	29	76,3%	38	12,5%
CERVICAL	3	30%	7	70%	10	3,3%
OTROS	0	0%	3	100%	3	1,0%
MIXTO	20	37,7%	33	62,3%	53	17,5%
Total	69	22,8%	234	77,2%	303	100%

\*Fuente: Formulario de recolección de datos.

\*Elaboración: las autoras

El 79,2% de miomas intramurales, el 88,9 % de los submucosos, y el 76,3 % de los miomas subserosos presentaron sangrado irregular.



**TABLA 8.** Distribución de 303 pacientes con diagnóstico de Miomatosis uterina en el periodo 2010-2014 según tipo de mioma y la edad. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016.

EDAD	TIPO DE MIOMA						Total
	INTRAMURAL	SUBMUCOSO	SUBSEROSO	CERVICAL	OTROS	MIXTO	
15-24	1,9%	2,2%	2,6%	0%	0%	0%	1,7%
25-34	7,1%	13,3%	7,9%	20%	0%	5,7%	8,3%
35-44	43,5%	33,3%	55,3%	30%	33,3%	52,8%	44,6%
IGUAL O MAYOR A 45	47,4%	51,1%	34,2%	50%	66,7%	41,5%	45,5%

\*Fuente: Formulario de recolección de datos.

\*Elaboración: las autoras

EL mayor porcentaje de los miomas intramurales (47.4%), submucosos (51.1%) y cervicales (50%) se presentó en pacientes con edad mayor o igual a 45 años, mientras que de los miomas subserosos (55.3%) el mayor porcentaje correspondía a pacientes con edades entre 35 y 44 años.



**TABLA 9.** Distribución de 303 pacientes con diagnóstico de Miomatosis uterina en el periodo 2010-2014 según la clínica presentada. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2016

SINTOMA	SI		NO		TOTAL
	N°	%	N°	%	
SANGRADO TRANSVAGINAL	234	77,2	69	22,8	303
DOLOR HIPOGASTRIO	155	51,2	148	48,8	303
SENSACION DE PRESION/MASA	22	7,3	281	92,7	303

\*Fuente: Estadísticas del Hospital Vicente Corral Moscoso.

\*Elaboración: las autoras

Se observó además que del total de pacientes el 77.2% refirieron presentar sangrado transvaginal, así mismo el 51.2% refirieron dolor en hipogastrio y un 7.3% de pacientes presentaron sensación de masa abdominal; constituyendo estos los síntomas más frecuentes de miomatosis uterina en el grupo de estudio.



## 6. Discusión

Se encontraron 389 casos de miomatosis uterina entre el periodo 2010-2014, del total de los casos 67 eran diagnóstico secundario por lo que se excluyeron del estudio y 19 casos no contaron con los datos suficientes para el llenado del formulario de recolección.

Un estudio realizado en Caracas en el año 2005 sobre la frecuencia de miomatosis uterina en el Hospital Universitario Central reportó que la mayoría de los casos (57,61 %) se presentó en mujeres con edades entre 36 a 45 años; en esta investigación se estudiaron 303 casos de miomatosis uterina de los cuales el 45.5% correspondieron a pacientes con edad igual o mayor a 45 años, sin embargo del total de los casos la mayoría (90.1 %) se presentó en pacientes con edad igual o mayor a 35 años con una media de 43.31 años y desvío estándar de 6.96. (22) coincidiendo con las estadísticas de dicho estudio.

Sorto y Espinal en su estudio realizado en el año 2000 sobre Perfil epidemiológico de la miomatosis uterina, diagnóstico y tratamiento encontraron que el 74.9% de las pacientes con esta patología eran multíparas y un 12.1% nulíparas, en nuestro estudio los casos de pacientes multíparas constituyeron el 65% y de mujeres nulíparas el 15.2% porcentajes similares con el estudio comparado. (23)

El mismo estudio antes citado reportó que el principal síntoma por el que consultaron las pacientes fue el sangrado transvaginal con un 69% de los casos, similar a los datos obtenidos en nuestra investigación pues 74.6% de las pacientes del grupo de estudio consultó por el mismo síntoma.

En cuanto al tipo de mioma en esta investigación se encontró que los miomas intramurales eran los más frecuentes con el 50.8% de los casos, esto coincide con un estudio realizado en el año 2011 en el Hospital "Dr. José María Carabaño"; Venezuela; sobre la frecuencia de miomatosis uterina donde el porcentaje de miomas intramurales fue del 50%. (24)





## 7. Conclusiones

- La frecuencia de miomatosis uterina entre el periodo 2010-2014 fue de 6.1% lo que representa 303 casos en dicho periodo.
- Las características de la población son mujeres mayores de 45 años, casadas, multíparas que se reconocen de etnia mestiza cuyo signo más frecuente fue el sangrado transvaginal y síntoma que se manifestó fue el dolor en hipogastrio.
- El motivo de consulta de las pacientes con miomatosis uterina en un 74.6% fueron el sangrado transvaginal, y el dolor en hipogastrio con un 18.2%.
- Los reportes ecográficos de las pacientes demuestran que el mioma intramural es de mayor frecuencia presentándose en el 50,8% de los casos, seguido del submucoso con un 14.9% y el subserosos con 12.5%



## **8. Recomendaciones:**

Debido a la alta frecuencia que obtuvimos en esta investigación:

- Recomendamos que se realice más investigaciones acerca del tema con el fin de que en un futuro nos pueda servir para la elaboración de guías clínicas orientadas al tratamiento como en la detección precoz de la miomatosis uterina.
- Recomendamos la realización de talleres en los servicios de atención primaria de salud para brindar información acerca de la patología, así como de los factores asociados a la misma.
- Recomendamos más énfasis en cuanto al examen físico de las pacientes que acuden a la consulta por cualquiera de los síntomas descritos anteriormente teniendo en cuenta que los exámenes complementarios como la ecografía en varias ocasiones son operador dependiente lo cual nos disminuye la especificidad y sensibilidad.



## 9. Bibliografía

### 9.1. Referencias Bibliográficas

1. Parker W. Miomas Uterinos. Berk J, Ginecología de Novack. 15° ed. México: McGraw Hill; 2012. Pag 438-465
2. Guía de manejo Consulta especializada Ginecobstetricia, Miomatosis [Internet]. Colombia; 2012. [citado 20 de mayo 2015]. Disponible en: [http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS\\_MEDICINA\\_ESPECIALIZADA/GUIAS%20CONSULTA%20ESPECIALIZADA/GINECOOBSTETRICIA/10%20MIOMATOSIS%20\\_adaptada\\_.pdf](http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_MEDICINA_ESPECIALIZADA/GUIAS%20CONSULTA%20ESPECIALIZADA/GINECOOBSTETRICIA/10%20MIOMATOSIS%20_adaptada_.pdf)
3. Sírío K, Faerstein E. La prevalencia de diagnóstico médico de auto-reporte de los leiomiomas uterinos en una población brasileña: Demografía y patrones socioeconómicos en el Pro Saúde-Estudio. Rev. bras. Epidemiol. [Internet]. 2013. [citado 20 de mayo 2015]. vol.16 (2). Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-687405>
4. Ramirez K, Torres G, Frutos Y. Diagnóstico ecográfico de mioma uterino en mujeres con síntomas ginecológicos. [Internet]. 2012. [citado 20 de mayo 2015]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_16\\_9\\_12/HTM/san03912.html](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_9_12/HTM/san03912.html)
5. Botero J, Júbizha A, Henao G. editores. Obstetricia y ginecología. 7ma ed. Colombia: Ediciones Tinta Fresca; 2004. cap. 36. P. 463-466.
6. Ginecología y Obstetricia de México. Diagnóstico y tratamiento de la miomatosis uterina. GinecolObstetMex [Revista en línea] 2011. [último acceso 20 de mayo 2015]; 79(11) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom1111f.pdf>
7. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Miomatosis Uterina. Secretaria de Salud de México; 2009. [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/082\\_GPC\\_Miomatosisuterina/MIOMATOSIS\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/082_GPC_Miomatosisuterina/MIOMATOSIS_EVR_CENETEC.pdf) (último acceso 20 de mayo 2015).
8. Ginecología y Obstetricia de México. Miomatosis uterina y miomectomíatranscervical. [Internet].2012.[citado 20 de mayo 2015];



80(10):654-658

Disponible

en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom1210f.pdf>

9. Figueroa A, Lezama S. Miomatosis uterina, diagnóstico y manejo en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). RevMed Post Unah. [Revista en línea] 2001. [último acceso 20 de mayo 2015]; 6(3). Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/RMP/pdf/2001/pdf/Vol6-3-2001.pdf#page=97>
10. Bailón R, Decálogos y algoritmos en ginecología y obstetricia. México: Editorial Alfil; 2008. [Internet]. [citado 20 de mayo 2015]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/ucuencasp/reader.action?docID=10625597>
11. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. eds. Williams Obstetricia. 23° ed. México: McGraw-Hill; 2011.
12. Hacker F, Gambone C, Hobel J. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore. México: Editorial El Manual Moderno; 2011. [Internet]. [citado 20 de mayo 2015]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/ucuencasp/reader.action?docID=10831947>
13. Guía de Práctica Clínica, Miomas Uterinos [Internet]. 2014. [citado 20 de mayo 2015]. Disponible en: [http://www.osecac.org.ar/documentos/guias\\_medicas/GPC%202008/Ginecologia/Gin-70%20Miomas%20Uterinos\\_v0-14.pdf](http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/GPC%202008/Ginecologia/Gin-70%20Miomas%20Uterinos_v0-14.pdf)
14. Botella J, Clavero J. Tratado de ginecología. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2008. [Internet]. [citado 20 de mayo 2015]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/ucuencasp/reader.action?docID=10224068>
15. Claiden A, Childs J, Arceo S, Guerra J, Arceo M, Fernández R. Mioma uterino: Un trastorno frecuente en mujeres en edad fértil. Revista 16 de Abril. 2015; 54(257): 59 – 70. [Internet]. [citado 02 de marzo 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2015/abr15257f.pdf>
16. González A, GALLO J, Fernández J. Tratamiento hormonal del mioma. Actualización Ginecología y Obstetricia. 2011; 1(1):1-10. [Internet]. [citado 02 de marzo 2016]. Disponible en: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obste](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obste)



tricia/ficheros/curso2011\_gine\_04\_tto\_hormonal\_del\_mioma.pdf

17. Lethaby A, Vollenhoven B, Sowter M. Tratamiento preoperatorio con análogos de GnRH antes de la histerectomía o la miomectomía para los fibromas uterinos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011. [Internet]. [citado 06/03/16 de marzo 2016]. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD000547/tratamiento-preoperatorio-con-analogos-de-gnrh-antes-de-la-histerectomia-o-la-miomectomia-para-los>
18. Sangkomkamhang U, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Mol B. Progestágenos o sistemas intrauterinos que liberan progestágeno para los miomas uterinos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 2. Art. No.: CD008994. [Internet]. [citado 02 de marzo 2016]. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD008994/progestagenos-o-sistemas-intrauterinos-que-liberan-progestageno-para-los-miomas-uterinos>
19. GUZMAN R, et al. Embolización selectiva de arterias uterinas en la resolución de patologías ginecológicas y emergencias obstétricas. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2011, vol.76, n.2 [citado 2016-03-09], pp. 76-85. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262011000200004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000200004)
20. Scarella. A, Chamy. V, Sovino. H, Ablación endometrial por histeroscopia: resultados, prevención y manejo de complicaciones, REV CHIL OBSTET GINECOL [Internet]. 2011, Vol 76(6) [citado 2016-03-09], pág. 439 – 448. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v76n6/art12.pdf>
21. Ayala. R, Landa. C, Coeto. C, López. C, Salazar.R, Histerectomía total laparoscópica: estudio descriptivo de la experiencia institucional con 198 casos, GinecolObstetMex [Internet]. 2010;Vol 78(11), [citado 2016-03-09], pag 605-611, Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsMex/gom-2010/gom1011e.pdf>
22. Mata, M; Jaramillo S; Mata E, Martínez, T. Frecuencia de miomatosis uterina en pacientes de consulta externa. Hospital universitario central



- tipo iv "dr. Antonio maría pineda". Barquisimeto, estado lara. Rfm [online]. 2005, vol.28, n.2, pp. 114-119. ISSN 0798-0469. [Internet]. [citado 2 de marzo 2016]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-04692005000200002](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692005000200002)
23. Murilío O, Rodríguez J. perfil epidemiológico de la miomatosis uterina, diagnóstico y tratamiento. Revmed POST UNAH. Diciembre, 2000 Vol. 5 No. 3 septiembre. [Internet]. [citado 2 de marzo 2016]. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/RMP/pdf/2000/pdf/Vol5-3-2000-8.pdf>
24. Quintero T, Mederos R. Frecuencia de miomatosis uterina en pacientes atendidas en la consulta de ginecología del Hospital IVSS “José, M. CarabañoTosta” – Maracay, período enero –junio 2011. [Internet]. 2014. [citado 2 de marzo 2016]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3704/1/Frecuencia-de-miomatosis-uterina-en-pacientes-atendidas-en-la-consulta-de-ginecologia-.html>
25. Jijón A, Sacoto M, Córdova A eds. Alto Riesgo Obstétrico. Quito: Ecuafset; 2006.
26. Bailón R, Decálogos y algoritmos en ginecología y obstetricia. México: Editorial Alfil; 2008. [Internet]. [citado 20 de mayo 2015]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/ucuencasp/reader.action?docID=10625597>
27. Parker W. Miomas Uterinos. Berk J, Ginecología de Novack. 15° ed. México: McGraw Hill; 2012.
28. Botero J, Júbizha A, Henao G. editores. Obstetricia y ginecología. 7ma ed. Colombia: Ediciones Tinta Fresca; 2004.
29. Botella J, Clavero J. Tratado de ginecología. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2008. [Internet]. [citado 20 de mayo 2015]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/ucuencasp/reader.action?docID=10224068>
30. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. editors. Williams Obstetricia. 23° ed. México: McGraw-Hill; 2011.



## 10. ANEXOS

### ANEXO 1

#### Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES				
VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADO R	ESCALA
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio	Tiempo	Años cumplidos	15 – 24 25– 34 35 - 44 45 o más
<b>Estado civil</b>	Grado de vínculo entre dos personas determinado por la ley		historia clínica	a. soltero b. casado c. divorciado d. viudo e. unión libre
<b>residencia</b>	Área geográfica de donde vive el individuo	Urbana rural	Área geográfica	Urbana Rural
<b>Etnia</b>	factores biológicos de un grupo humano, como los factores morfológicos (color de piel etc.) desarrollados en su proceso de adaptación a determinado espacio geográfico y ecosistema a lo largo de varias generaciones	etnia	Color de piel	a. Afroamericana b. blanca c. mestiza
<b>Paridad</b>	Clasificación de una mujer según el número	cantidad	Número de hijos	a. nulípara b. primípara



	de hijos nacidos vivos y de nacidos muertos con un periodo de más de 28 semanas de gestación.			<ul style="list-style-type: none"> <li>c. múltipara</li> <li>d. gran múltipara</li> </ul>
<b>Síntoma de consulta</b>	Principal afección por la que la mujer acudió a consulta ginecológica	Síntoma de consulta	Historia clínica	Cualitativa
<b>Tipo de mioma</b>	Clase de mioma de acuerdo a su localización	Tipo de mioma	Ecografía	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mioma intramural</li> <li>b. mioma submucoso</li> <li>c. mioma subseroso</li> <li>d. mioma cervical</li> <li>e. otro.....</li> </ul>
<b>Síntomas y signos</b>	Problemas que presenta la paciente como consecuencia de la miomatosis uterina	Síntomas asociados	Historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. dolor</li> <li>b. sangrado irregular</li> <li>c. estreñimiento</li> <li>d. sensación de presión</li> <li>e. polaquiuria</li> <li>f. incarceration</li> <li>a. Leucorrea</li> <li>b. otro</li> <li>c. ninguno</li> </ul>





**ANEXO 2**



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**PREVALENCIA, TIPOS MAS FRECUENTES Y SINTOMAS ASOCIADOS A  
MIOMATOSIS UTERIANA EN EL HVCM. 2011-2015**

FORMULARIO NÚMERO: \_\_\_\_\_

Nº de Historia Clínica \_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_

**DATOS DE FILIACION**

**A. Edad:** \_\_\_\_\_

**B. Estado civil**

- 1. soltero
- 2. casado
- 3. divorciado
- 4. viudo
- 5. unión libre

**C. Residencia**

- 1. urbana
- 2. rural

**D. Etnia**

- 1. mestiza
- 2. afroamericana
- 3. blanca
- 4. otra



**DATOS**

**E. Paridad**

- 1. nulípara
- 2. primípara
- 3. múltipara
- 4. gran múltipara

**F. SINTOMA DE**

**CONSULTA.....**

**G. TIPO DE MIOMA**

- 1. Mioma intramural
- 2. mioma submucoso
- 3. mioma subseroso
- 4. mioma cervical
- 5. otro.....

**H. CUADRO CLINICO**

- 1. dolor
- 2. sangrado irregular
- 3. estreñimiento
- 4. sensación de presión
- 5. polaquiuria
- 6. incarceration
- 7. Leucorrea
- 8. otro.....
- 9. Ninguno



### ANEXO 3

Doctor  
Javier Peralta  
Director de la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso

Su Despacho

De mi consideración:

Yo, Doctora Cumanda Abril informo que se ha procedido en calidad de director a la revisión de los contenidos teóricos, diseño metodológico, ortografía, redacción, referencias bibliográficas y se procedió a revisar en el programa URKUND el protocolo de tesis "MIOMATOSIS UTERINA: FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-ECOGRAFICAS EN EL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", PERIODO 2010-2014" realizado por las estudiantes Jenny Elizabeth Cedeño Acosta y Ana Gabriela Cornejo Narváez previa a la obtención del título de Médico.

Considero que es un valioso aporte para el campo de la medicina por lo que solicito muy comedidamente se conceda el permiso requerido para la recolección de datos.

Por la favorable acogida que usted de a la presente anticipo mis agradecimientos.

Cuenca 6 de agosto del 2015

Dra. Cumanda Abril