



Tesis para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia

**Complicaciones de Miomatosis Uterina en pacientes gestantes en el
servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Carlos Roberto
Huembés, periodo 2018-2020**

**Autora: Dra. Yulmilitzy Darlenis Ferguson Largaespada
Residente IV año Ginecobstetricia**

Tutor Científico: Dr. Francisco Sequeira

Managua, septiembre 2021.

Carta aval del tutor científico

Por este medio, hago constar que la Tesis para la especialidad de Gineco-obstetricia titulada **“Complicaciones de Miomatosis uterina en pacientes gestantes en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés, periodo 2018-2020”** elaborado por la **Dra. Yulmilitzy Darlenis Ferguson Largaespada** cumple los criterios de Coherencia Metodológica de un trabajo Tesis, guardando correctamente la correspondencia necesaria entre Problema, Objetivos, Hipótesis de Investigación, Tipo de Estudio, Conclusiones y Recomendaciones, cumple los criterios de Calidad y Pertinencia, abordó en profundidad un tema complejo y demostró las hipótesis propuestas para este estudio, cumple con la fundamentación Bioestadística, que le dan el soporte técnico a la Coherencia Metodológica del presente trabajo, cumpliendo de esta manera con los parámetros de calidad necesarios para su defensa, como requisito parcial para optar al grado de **“Especialista de Gineco-obstetricia”**, que otorga la **Facultad de Ciencias Médicas, de la UNAN-Managua**.

Se extiende el presente **Aval del tutor científico**, en la ciudad de Managua, a los 20 días del mes de julio del año dos mil veinte y uno.

Atentamente

Dr. Francisco Sequeira
Gineco-obstetra
Hospital Carlos Roberto Huembés

Dedicatoria

A mis padres Elba Luisa Largaespada y Roberto Ferguson, seres maravillosos que estuvieron conmigo desde el primer instante de mi vida y que hoy en día jamás me han abandonado, continúan apoyándome y han luchado por brindarme la mejor vida y la mejor educación posible, sin la ayuda de ambos no sería la persona y la profesional que soy.

A mis hermanas por todos los sacrificios que tuvieron que hacer, por las restricciones que todos tuvieron que pasar únicamente para concederme la profesión que tanto anhelaba desde pequeña, no fue fácil todo lo que pasamos, pero como familia lo logramos.

Agradecimientos

A Dios, nuestro ser Supremo, gracias por darme el don de la vida, gracias por regalarme a los padres y a la familia tan maravillosa que escogiste para mí, gracias por escuchar todas mis plegarias y regalarme sabiduría cuando más lo necesitaba, porque sin ti no sería la persona que soy hoy en día, porque cuando sentía que no podía mas siempre dejabas entrar un rayo de luz en la oscuridad que visualizaba.

A Dra. Ondina Espinal por ayudarme en la realización de mi trabajo en la parte metodológica.

A mis maestros porque con sus enseñanzas y exigencias me fueron ayudando a ver que la medicina además de ser un oficio, una carrera, es un verdadero arte donde la mayor satisfacción es el ayudar a los demás; el cual poco a poco fueron transmitiendo sus grandes conocimientos para formar en mí una verdadera especialista, muchísimas gracias.

Resumen

Con el objetivo de analizar las complicaciones de la Miomatosis uterina en pacientes gestantes en el servicio de ginecoobstetricia del hospital Escuela Carlos Roberto Huembés en el periodo 2018-2020, se realizó un estudio observacional, con 50 pacientes donde fueron analizados edad, antecedentes patológicos de las pacientes, clasificación, localización y complicaciones de la miomatosis uterina en las gestantes, correlación sobre complicaciones con localización del mioma y correlación sobre complicaciones maternas con las complicaciones fetales. Los análisis estadísticos efectuados fueron: descriptivos, prueba de coeficiente de correlación Phi, coeficiente V de Cramér. Del análisis y discusión de los resultados obtenidos, se alcanzaron las siguientes conclusiones: la edad que predominó fue 30 años, la localización más frecuente de los miomas era de tipo intramural, localizado en cara anterior y de medianos elementos el cual la complicación que más se observó fue la hemorragia postparto en 42% de los casos estudiados, la prueba V de Cramér demostró que no existe una respuesta significativa entre las complicaciones maternas y la localización del mioma, al igual que no se demostró correlación entre las complicaciones maternas y fetales según la prueba de correlación Phi (0.000).

Palabras claves: Miomatosis uterina, gestante, complicaciones.

Abstract

With the aim of analyzing the complications of uterine myomatosis in pregnant patients in the obstetrics and gynecological service of the Carlos Roberto Huembés School hospital in the period 2018-2020, An observational study was carried out with 50 patients where age, pathological history of the patients, classification, location and complications of uterine myomatosis in pregnant women, correlation of complications with location of the myoma and correlation of maternal complications with fetal complications were analyzed. The statistical analyzes carried out were: descriptive, Spearman's Non-Parametric Correlation tests, Phi correlation coefficient, Cramer's V coefficient. From the analysis and discussion of the results obtained, the following were reached conclusions: the predominant age was 30 years, the most frequent location of the fibroids was intramural, located in the anterior face and of medium elements, the complication that was most observed was postpartum hemorrhage in 42% of the cases studied, Cramer's V test showed that there is no significant response between maternal complications and myoma location. Correlation between maternal and fetal complications was demonstrated according to the Spearman test (0.01).

Key words: uterine myomatosis, pregnant, complications

Indice general

Carta aval del tutor científico	1
Dedicatoria	2
Agradecimientos	3
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Indice general.....	6
Índice de gráficos	8
Índice de tablas	9
1. Introducción	10
2. Antecedentes	12
3. Justificación	14
4. Planteamiento del problema	15
5. Objetivos	17
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos	17
6. Marco teórico	18
7. Hipótesis de investigación	30
8. Diseño metodológico	31
8. 8.4 Matriz de operacionalización de variables e indicadores (MOVI)	33
8.5.1 Técnicas cuantitativas de investigación	49
8.5.2 Técnicas cualitativas de investigación	50
Plan de análisis estadístico	51
9. Resultados	52
10. Discusión de los resultados	60
10.1 Principales hallazgos a partir de los resultados obtenidos.....	60
10.2 Limitaciones del estudio.....	60
10.3 Relación de resultados obtenidos con las conclusiones de otras investigaciones.	60
10.4 Aplicaciones e implicaciones de los resultados obtenidos.	62
11. Conclusiones	63

12.	Recomendaciones	64
a.	Al hospital:	64
b.	Al servicio de gineco-obstetricia.....	64
13.	Bibliografía	65
	Anexos	67

Índice de gráficos

Grafico #1: Caja de bigote edad de los pacientes con miomatosis uterina en gestantes..	52
Grafico #2: Gesta de las pacientes con miomatosis uterina gestantes.....	53
Grafico #3: Índice de masa corporal de los pacientes gestantes con miomatosis uterina.. ...	53
Grafico #4: Antecedente personal patológico de los pacientes gestantes con miomatosis uterina.....	54
Grafico #5: Antecedente personal patológico de los pacientes gestantes con miomatosis uterina.....	54
Grafico #6: Clasificación del mioma uterino en las pacientes gestantes.....	55
Grafico #7: Localización del mioma uterino en las pacientes gestantes.	55
Grafico #8: Complicaciones maternas de la miomatosis uterina en las pacientes gestantes.	56
Grafico #9: Tamaño de los miomas uterino en las pacientes gestantes.....	56
Grafico #10: Complicaciones fetales de las pacientes gestantes con miomas uterinos.....	57

Índice de tablas

Tabla 1: Correlación entre complicaciones maternas y locación del mioma uterino en las pacientes gestantes con miomatosis uterina.....	58
Tabla 2: Correlación entre complicaciones maternas y fetales de las pacientes.	59
Tabla 3: Edad de pacientes estudiadas	70
Tabla 4: Gesta de las pacientes con miomatosis uterina gestantes.....	70
Tabla 5: Índice de masa corporal de los pacientes gestantes con miomatosis uterina..	70
Tabla 6: Antecedente personal patológico de las pacientes gestantes con miomatosis uterina.....	71
Tabla 7: Antecedente familiar patológico de las pacientes gestantes con miomatosis uterina	71
Tabla 8: Clasificación del mioma uterino en las pacientes gestantes.....	71
Tabla 9: Localización del mioma uterino en las pacientes gestantes.	72
Tabla 10: Complicaciones maternas de la miomatosis uterina en las pacientes gestantes... ..	72
Tabla 11: Tamaño de los miomas uterino en las pacientes gestantes.....	72
Tabla 12: Complicaciones fetales de las pacientes gestantes con miomas uterinos.....	73

1. Introducción

La miomatosis uterina es una patología que tiene una alta prevalencia, por lo que en ocasiones se asocia con la gestación en una frecuencia variable entre 0.09 y 3.9% de los embarazos, debido a la tendencia de las parejas a retrasar la primera gestación después de los 30 años de edad, lo que eleva el riesgo de padecer esta patología conforme avanza la edad de la mujer. (Ortiz, 2015). El grado de afección depende del tamaño y de su localización. A pesar de que se desconoce el comportamiento de crecimiento durante la gestación, los miomas incrementan el riesgo de morbilidad durante el embarazo, no solamente para la madre sino también para el producto. (Sánchez, 2014)

Su incidencia en el embarazo es desconocida, aunque se han publicado cifras como 12%. En gestantes con miomas se pueden presentar riesgos tales como presentaciones anómalas del producto (5.3 vs 3.1%), placenta previa (1.4 vs 0.05%), cesárea (33.1 vs 24.2%), desprendimiento de placenta (1.4 vs 0.7%), obstrucción del canal del parto (RM 1.85), rotura prematura de membranas pretérmino, nacimiento pretérmino y muerte fetal intrauterina. Existen estudios prospectivos utilizando ultrasonografía para realizar el seguimiento sobre el tamaño del útero miomatoso en el periodo de gestación los cuales han demostrado que un 60-70% de los fibromas no realizan ningún cambio significativo en su tamaño durante la etapa de gestación. (Díaz, 2009)

La presente investigación, se realizó en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés, en pacientes embarazadas con miomatosis uterina en el periodo del año 2018 al 2020, indagamos sobre las complicaciones que se presentan en estas pacientes, observando si hay correlación entre la localización del mioma y las complicaciones que se presentan durante el transcurso de la gestación, parto y puerperio y si debido a estas complicaciones alguna de las pacientes terminan en histerectomías posterior al evento obstétrico, llámese, parto o cesárea. Este estudio se consideró de mucha importancia ya que se pretendió presentar la asociación de miomatosis uterina y embarazo, así como su progresión al final de la gestación en el cual se pueden tener complicaciones tanto maternas como hemorragias postparto, partos

pretérmino y fetales como Prematurez, realizando esta investigación detalladamente podemos establecer estrategias preventivas de complicaciones obstétricas en pacientes embarazadas con miomatosis uterina.

2. Antecedentes

Internacionales

Pulecio y Maruri en el periodo de junio 2017- a mayo 2018 reportan a 120 pacientes con miomas uterinos durante la gestación, en el centro obstétrico del Hospital General del Norte de Guayaquil Ceibos en Ecuador observándose un predominio entre las edades de 31 a 35 años con un 43% y a su vez en estas edades se presentaron el mayor número de complicaciones; Según los resultados de esta investigación la complicación más frecuente fue el dolor abdomino pélvico con un 39% el cual se vincula con la necrobiosis o torsión del mioma uterino, seguida de aborto espontaneo en un 22%. Estadísticamente los miomas submucosos e intramurales son los principales en producir las complicaciones más letales durante la gestación tales como la hemorragia ante parto y los abortos espontáneos, en este estudio se reportó que 35% correspondían a miomas submucosos y el 28% miomas intramurales en la población estudiada (Pulecio, 2018).

Morgan Ortiz y Colaboradores en el hospital civil de Culiacán, Sinaloa, México en el 2011, observaron 65 pacientes con miomas uterinos y 165 pacientes embarazadas sin miomas, se realizó ultrasonido de seguimiento en las semanas 20 a la 24, 30 a la 32 y 36 a la 40. Se analizaron las siguientes variables: amenaza de aborto, pérdida gestacional, nacimiento pretérmino, rotura prematura de membranas, anomalía en la presentación fetal, vía de terminación del embarazo, atonía uterina, hemorragia posparto y resultados perinatales el cual en los resultados la frecuencia de amenaza de aborto, riesgo de pérdida gestacional del segundo trimestre, nacimiento pretermino, rotura prematura de membranas, y presentaciones fetales anómalas fue significativamente mayor en las pacientes con miomas uterinos en comparación con las que no tenían miomas. Durante el seguimiento no se demostró que los miomas crecieran, incluso existió una tendencia hacia la reducción de tamaño conforme avanzó el embarazo y hasta el momento de su finalización; No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de cesárea entre ambos grupos (52.3% vs 47.9%; RR: 1.09; IC 95%: 0.82-1.45; p=0.646). La atonía uterina fue más frecuente en las pacientes con miomas

que en las que no tenían miomas (12.3% vs 4.2%, RR: 2.9; IC 95%: 1.2-7.6; p=0.036). No hubo diferencias en los resultados perinatales entre ambos grupos (Ortiz, 2015).

Sáenz y Sánchez en el 2014 realizan reporte de dos casos de miomatosis uterina durante la gestación en centro hospitalario de Aguas Caliente, México, en el caso 1 paciente de 6 semanas de gestación se realiza una ecografía donde se encuentra útero aumentado de tamaño, con dimensiones de 18 x 9.1 x 10.3 cm, afectado por la presencia de una masa donde los resultados fueron interpretados como leiomiomatosis uterina de grandes elementos. Debido al dolor abdominopelvico y sangrado transvaginal se plantea a la paciente la posibilidad de ruptura uterina en el caso de que el embarazo sea cornual aunado a la miomatosis, contemplándose la necesidad de la realización de una histerectomía total en bloque, datos consistentes con una miomatosis uterina intramural corporal, además a nivel del cuerno uterino derecho se encontraba presente el saco gestacional in situ con embrión de tamaño consistente con las semanas de amenorrea. Caso 2 el cual reportan paciente de 36 semanas de gestación el cual le realizan cesárea programada dentro del acto quirúrgico se visualiza segmento uterino invadido por miomas en su grosor, Se decide realizar histerectomía por hemorragia incoercible a través de pared uterina y ausencia de contracción debido a que la incisión involucró elementos de la miomatosis difusa intramural y submucosa. (Sánchez, 2014)

Nacional

Se realizaron investigaciones en el repositorio de la UNAN, encontrándose estudios de forma general sobre miomatosis uterina pero no se encontraron estudios de miomatosis uterina asociada con el embarazo.

En nuestra institución, hospital Escuela Carlos Roberto Huembés se consulta en los archivos y base de datos de la biblioteca el cual no se han encontrado estudios de miomatosis uterina asociada con el embarazo, siendo este último de interés para la realización de este protocolo.

3. Justificación

Originalidad: Después de una búsqueda exhaustiva en el repositorio de la Unan-Managua y el departamento de docencia de nuestro hospital, no se encontró con un estudio que relacionara la miomatosis uterina en el embarazo y las complicaciones que esta puede conllevar durante la gestación.

Conveniencia institucional: En el Hospital Carlos Roberto Huembés se cuenta con el servicio de Ginecobstetricia y la presencia de miomatosis uterina en el embarazo es una asociación poco estudiada pero que puede llegar a tener un impacto negativo sobre el bienestar del binomio feto-materno por lo que es importante destacar el rol de conocer sobre estas complicaciones para poder incidir de una manera positiva en esta población.

Relevancia social: el conocimiento de las complicaciones de la miomatosis uterina en el embarazo, es una herramienta útil para la prevención de la misma antes que se presenten los síntomas, conllevando así a una disminución de instauración de medidas agresivas en la gestante que pueden poner en riesgo el binomio materno-fetal

Valor teórico: Este estudio servirá para enriquecer los protocolos que existen en el manejo de la miomatosis uterina al tener resultados propios de los tipos de complicaciones, manejo y seguimiento de esta patología.

4. Planteamiento del problema

Caracterización

La asociación de miomatosis uterina y embarazo estima una frecuencia variable entre 0.09 y 3.9 % de los embarazos, pero esta frecuencia va en aumento en la actualidad, por la tendencia existente de planificar el primer embarazo después de los 30 años de edad, lo cual tiende a aumentar el riesgo de la formación de miomas al avanzar la edad de la mujer (Ortiz, 2015).

La miomatosis uterina está incrementado en las pacientes embarazadas. Estudios registran la relación, en la tendencia de los miomas a aumentar su tamaño durante el periodo de gestación y el alto índice de complicaciones que por lo general tienden a alterar el desarrollo del embarazo y el trabajo de parto, todo esto se convierte en una entidad importante, que depende de la velocidad de actuación en el manejo médico para así poder incidir de una manera positiva con la adecuada recuperación de la paciente o tener una respuesta negativa que contribuya a la mortalidad de la misma (Odibo, 2010)

Delimitación

El hospital Escuela Carlos Roberto Huembés, cuenta con el servicio de Ginecobstetricia y sus diferentes modalidades consulta externa, hospitalización y emergencia, a través de cualquiera de estas rutas las pacientes gestantes con miomatosis uterina son identificadas y derivados para seguimiento.

Formulación

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesta, se plantea la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es el comportamiento de las complicaciones de la Miomatosis Uterina en pacientes gestantes en el incremento de complicaciones maternas en el servicio de Gineco-Obstetricia?

Sistematización

- 1- ¿Cuál es la edad, antecedentes personales y patológicos de las pacientes gestantes con miomatosis uterina?
- 2- ¿Cuál es la clasificación, localización de los miomas y sus complicaciones que se presentan en pacientes gestantes con miomatosis uterina?
- 3- ¿Qué Correlación tienen las complicaciones con la localización del mioma durante el embarazo y el parto en gestantes con miomatosis uterina?
- 4- ¿Qué Correlación tienen las complicaciones maternas con las complicaciones fetales que presentan las gestantes con miomatosis uterina?

5. Objetivos

Objetivo general

Analizar el comportamiento de las complicaciones de la Miomatosis Uterina en pacientes gestantes en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés, periodo 2018-2020.

Objetivos específicos

- 1- Describir la edad y antecedentes personales patológicos de las pacientes gestantes con miomatosis uterina en el hospital Escuela Carlos Roberto Huembés 2018-2020.
- 2- Describir la clasificación, localización de los miomas y las complicaciones que se presentan en pacientes gestantes atendidas en el hospital Escuela Carlos Roberto Huembés 2018-2020.
- 3- Correlacionar las complicaciones con la localización del mioma durante el embarazo y el parto en gestantes con miomatosis uterina en el hospital Escuela Carlos Roberto Huembés 2018-2020.
- 4- Correlacionar las complicaciones maternas con las complicaciones fetales que presentan las gestantes con miomatosis uterina en el hospital Escuela Carlos Roberto Huembés 2018-2020.

6. Marco teórico

La miomatosis uterina es la causa más común de tumores pélvicos sólidos en mujeres, representan la patología benigna más frecuente encontrada en el útero y generalmente coexiste con el embarazo. Su incidencia es de un 20 a un 50% en mujeres en edad reproductiva y de un 70% en mujeres en edad peri menopáusica; teniendo mayor prevalencia en las mujeres de origen afro-americano Pueden ser clínicamente evidentes en el 20 a 25% de los casos (Angélica Díaz, 2009). Durante la gestación tienen una prevalencia variable del 0.1-10.7%, La asociación de miomas uterinos durante la gestación se encuentra en incremento a medida de que más mujeres deciden aplazar su embarazo después de los 30 años de edad. (Sánchez, 2014)

Están compuestos por grandes cantidades de matriz extracelular (colágeno, fibronectina y proteoglicanos). El colágeno tipo I y II están presentes en cantidades abundantes, pero las fibras de colágeno se forman de manera irregular y desordenada (valencia, 2017).

La etiología de los mismos es desconocida, aparentemente surgen como una alteración genética de una única célula o de unas pocas células del músculo liso uterino, es decir por cada mioma que se forma, es una sola célula la que inicia su división sin control, lo que se conoce como expansión monoclonal (Sánchez, 2014)

El estímulo estrogénico es el principal factor de crecimiento para los miomas, sin embargo cuando una paciente presenta un estado hipoestrogénico, los leiomiomas pueden continuar su crecimiento a expensas de la conversión de los andrógenos ováricos o suprarrenales por la actividad aromatasa presente en el propio tejido tumoral. También crecen por acción de la progesterona y de diferentes factores de crecimiento de liberación local. A pesar de que la mayoría de las mujeres con miomas uterinos no presentan síntomas, en algunos casos estos pueden ser muy significativos y comprometer su salud y calidad de vida (Gibbs, 2011).

Factores de riesgo

Edad y paridad: El riesgo de miomatosis uterina incrementa con la menarca temprana. En las mujeres postmenopáusicas el riesgo disminuye 70 a 90%. En las primíparas el riesgo disminuye hasta 20 a 50%, y entre más hijos hayan tenido es mucho menor (Ortiz Ruiz, 2009).

Etnicidad: Son más comunes en mujeres de raza negra en las que se encuentra entre tres y nueve veces más frecuentemente que en las de raza blanca; adicionalmente, en ellas tienen un ritmo de crecimiento más acelerado (Rios, 2017)

Peso: La obesidad incrementa la conversión de los andrógenos adrenales a estrona y disminuye la globulina fijadora de hormonas sexuales, por lo que en mujeres con índice de masa corporal (IMC) mayor a 30 este riesgo es mayor (Pulecio, 2018)

Dieta: Existe poca evidencia de la asociación con la dieta, pero se ha reportado en la literatura que las carnes rojas y el jamón incrementan la incidencia, mientras que los vegetales verdes la disminuyen.

Ejercicio: Las atletas tienen 40% menos de riesgo comparado con las mujeres sedentarias. No está claro el porqué de esta diferencia, si es por los efectos del ejercicio o las bajas tasas de conversión de andrógenos a estrógenos debido al IMC.

Historia familiar: Los familiares de primer grado de pacientes con miomatosis tienen 2.5 veces más riesgo de presentar miomatosis uterina que aquellos que no tienen historia familiar (valencia, 2017)

Embarazo: Se ha sugerido que los altos niveles de esteroides sexuales asociados al embarazo comúnmente causan crecimiento de los miomas uterinos, así como su sintomatología. De hecho los miomas comparten ciertas características del miometrio normal durante el embarazo, como el incremento en la producción de matriz extracelular y la expresión

aumentada de los receptores para péptidos y hormonas esteroideas. Éstos se presentan en 1.4 a 8.6% de los embarazos (Arthur Fleischer, 2010)

Gestas: Las mujeres multíparas tienen un menor número de incidencia de miomas uterinos debidos a que el proceso de remodelación de miometrio en el posparto, resultado de la apoptosis y la de diferenciación puede ser responsable de la involución de los miomas. Existen otras teorías las cuales señalan que los vasos sanguíneos de los miomas involucionan con el útero privándolo de su aporte nutricional. (Rios, 2017)

Tabaquismo: El tabaquismo disminuye el riesgo de desarrollar miomas uterinos debido a la disminución de la conversión de andrógenos a estrona, secundaria a la inhibición de la aromatasas por la nicotina, así como el incremento de 2-hidroxilación del estradiol, o la estimulación de los altos niveles de la globulina fijadoras de hormonas sexuales.

Uso de anticonceptivos orales: Parecen no tener una relación definitiva, pero en algunos estudios hay una relación inversa entre los anticonceptivos orales y el riesgo de desarrollar miomatosis uterina.

Terapia de reemplazo hormonal: Para la mayoría de las mujeres con miomatosis uterina, la terapia hormonal no estimula el crecimiento uterino. Si el útero crece, se relaciona más bien con la dosis de progesterona. Las mujeres con miomas preexistentes no presentan regresión de los miomas como se esperaría en la menopausia, y ocasionalmente estos miomas pueden crecer (Gibbs, 2011)

Factores hormonales endógenos: La menarca temprana (< 10 años) se ha visto que incrementa en 1.24 el riesgo relativo de desarrollar miomas.

Lesión del tejido: Es posible que la formación del mioma sea una respuesta a la lesión, parecido a una placa aterosclerótica que se forma en respuesta a la hipoxia del músculo arterial. La hipoxia de las células miometriales durante la menstruación puede promover la

transformación de los miocitos normales y la subsecuente formación de los miomas. (Ortiz Ruiz, 2009)

Clasificación de los miomas

Los miomas se clasifican de acuerdo con su localización en el útero:

Submucosos. Son los que distorsionan la cavidad uterina. La Sociedad Europea de Endoscopia Ginecológica (ESGE) adopta la clasificación de Wamsteker de 1993 que clasifica los miomas submucosos en tres subtipos:

Tipo 0: mioma pediculado sin extensión intramural.

Tipo I: sésil con extensión intramural del mioma menor de 50%.

Tipo II: sésil con extensión intramural de 50% o más.

Intramurales (intersticial). Son los que no distorsionan la cavidad uterina y menos de 50% sobresale a la superficie serosa del útero.

Subserosos. Son los que sobresalen más de 50% de la superficie serosa del útero. El mioma subserosos puede ser sésil o pedunculado.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) propuso un esquema de clasificación de acuerdo con la ubicación del mioma.

Submucosos (FIGO tipo 0, 1, 2): derivan de las células del miometrio exactamente debajo del endometrio. Estas neoplasias sobresalen en la cavidad uterina.

Intramurales (FIGO tipos 3, 4, 5): crecen dentro de la pared uterina y pueden ampliarse lo suficiente como para distorsionar la cavidad o la superficie serosa. Algunos fibromas pueden ser transmurales y extenderse desde la serosa hasta la superficie mucosa.

Subserosos (FIGO tipo 6, 7): se originan en la superficie serosa del útero y pueden tener una base amplia o pediculada o ser intraligamentarios.

Cervicales (FIGO tipo 8): se localizan en el cuello uterino, en lugar del cuerpo. (valencia, 2017)

La mayoría de los miomas causan pocos o ningún síntoma en el 75-80% de las ocasiones. La sintomatología es dependiente principalmente de su ubicación. Los miomas pueden encontrarse inmediatamente debajo del revestimiento endometrial (submucosos), debajo de la serosa uterina (suberoso), o pueden hallarse confinados al miometrio (intramurales). Tanto los miomas submucosos y suberosos pueden estar pediculados y experimentar una torsión con la ulterior necrosis. Los miomas durante el embarazo pueden experimentar degeneración roja, en la cual existe una necrosis del tejido a falta de oxígeno, acompañándose de dolor muy intenso (Costa Benavente, 2005). La evidencia clínica y ultrasonografía de la degeneración de los miomas ocurre en cerca del 5% de los casos, es una condición que requiere hospitalización. Entre los diagnósticos diferenciales de una degeneración del mioma se incluyen la apendicitis, el desprendimiento prematuro de placenta y pielonefritis. Las técnicas de imagen resultan de utilidad para la diferenciación (Callen, 2008)

Efectos del embarazo sobre los miomas

Se podría esperar dentro de la historia natural de la miomatosis uterina que el incremento en las concentraciones séricas de los esteroides sexuales se asocie con el crecimiento de los mismos. Sin embargo estos tumores tienen una respuesta variable en las pacientes debido a las diferencias genéticas y a los factores de crecimiento circulantes, es por ello que es muy complicado predecir de forma exacta su crecimiento (Alvarez, 2000) . Estudios se han encargado de analizar el crecimiento de los miomas uterinos durante los trimestres de la gestación, obteniéndose resultados discordantes. Actualmente, gracias al control ultrasonográfico se puede observar que el tamaño de la mayor parte de los miomas se modifica poco durante la gestación; el volumen del 20-30% de los miomas se incrementa, generalmente este incremento no supera el 25%, el restante 80% no se modifica y en algunos casos se reduce (Arthur Fleischer, 2010)

En varios estudios longitudinales que fueron diseñados para la medición de estos tumores durante el embarazo rechazan la teoría de que los miomas continúan creciendo a través de la gestación. Algunos estudios sugieren que los miomas crecen comúnmente durante el primer trimestre, y durante los siguientes dos trimestres del embarazo se asocian con un pequeño incremento o una reducción en su tamaño. Se han asociado factores locales para el crecimiento como la edad materna, el índice de masa corporal preconcepcional y la paridad (Odibo, 2010)

La miomatosis uterina en el embarazo está relacionado con complicaciones materno-fetal incluyendo abortos, amenaza de parto pre término, desprendimiento prematuros de placenta, obstrucciones de canal del parto, aumento de cesáreas, presentaciones pélvicas, mal posiciones y hemorragias post parto severa. Los miomas uterinos gigantes pueden estar asociados con restricción del crecimiento intrauterino y síndrome de compresión fetal. (Sánchez, 2014)

Regresión de los miomas

Se ha reportado que el 36% de los miomas llegan a desaparecer después del embarazo. El 79% de los miomas que son medidos en el periodo postparto mediante ultrasonografía han resultado más pequeños que el tamaño inicial medido durante la gestación. La reducción en el tamaño de los miomas se ha observado 4 semanas después del parto. No se han encontrado asociaciones entre el tipo de mioma, su tamaño inicial y su localización en relación con la resolución de los mismos. La isquemia del miometrio y de los miomas en el momento del parto se ha propuesto como mecanismo para la regresión de los miomas. La isquemia puede continuar durante la involución uterina en el período postparto, involucrando un mayor remodelamiento de la vasculatura uterina, favoreciendo la regresión (Gonzalez Merlo, 2003)

Las mujeres con miomatosis uterina con frecuencia son nulíparas, y cuando se llegan a embarazar por lo general lo hacen a edades mayores de 35 años. Hay una alta incidencia de aborto espontáneo (18-25%) e influyen en el mal pronóstico un mioma mayor de 5 cm y localización en fondo uterino o submucosos (Sánchez, 2014). Se ha reportado embarazo ectópico por obstrucción de las trompas de Falopio y complicaciones obstétricas en el 37%,

que incluyen abrupto placentario, sangrado en el primer trimestre del embarazo, contracciones uterinas prematuras, parto pretermino, ruptura prematura de membranas, presentaciones anormales y limitación del crecimiento del feto, esto último debido a la falta de espacio y alteraciones de la circulación materno-fetal cuando los miomas tienen localización retro placentaria (Ouyang, 2016)

Efectos de los miomas sobre la gestación

La presencia de miomatosis durante la gestación se asocia con complicaciones en un rango de 10-40%, Los eventos por los cuales los miomas incrementan el riesgo de un evento obstétrico adverso se podrían explicar por una interferencia con la distensibilidad del útero, alterando el patrón de contracciones y la morfología endometrial además de producir inflamación local. Existen dos variables importantes para la determinación de la morbilidad de los miomas dentro del embarazo, el tamaño y la ubicación del mioma. Se sugiere que aquellas mujeres con miomas de más de 5 cm de diámetro sean altamente supervisadas por el incremento en la cantidad de eventos obstétricos desfavorables (Ortiz, 2015)

A pesar de que mayoría de las gestaciones evolucionan normalmente ante una miomatosis uterina coexistente, su presencia al momento de la ultrasonografía prenatal no significa que se encuentren asociados causalmente con las complicaciones obstétricas, de esta forma se sobrestiman las complicaciones que son atribuidas a la miomatosis. (Sánchez, 2014)

En pacientes con miomas y embarazo existe mayor riesgo de presentaciones anómalas (5.3 vs 3.1%), placenta previa (1.4 vs 0.05%), cesárea (33.1 vs 24.2%), desprendimiento de placenta (1.4 vs 0.7%), parto obstruido, rotura prematura de membranas pretérmino, nacimiento pretérmino y muerte fetal intrauterina

Es debatible que los leiomiomas sean causa de aborto espontáneo, aunque casi todos los estudios reportan mayor riesgo de aborto espontáneo en el grupo de miomas y embarazo (14 vs 7.6%) y existe mayor frecuencia de aborto espontáneo en pacientes con miomas múltiples en comparación con las pacientes con mioma único (23.6vs 8%). (Ortiz, 2015)

Complicaciones

Dolor asociado a miomatosis

El dolor abdominal durante la gestación asociado a miomas uterinos es la complicación más frecuente. La degeneración del mioma y la torsión pedicular son causas por sí solas de dolor abdominal. Este riesgo se incrementa con el tamaño uterino (especialmente en aquellos mayores a 5 cm de diámetro). El dolor puede resultar de una reducción en la perfusión en el escenario de un crecimiento rápido que deriva en isquemia y degeneración con liberación de prostaglandinas. Esta hipótesis se apoya por las observaciones de que el dolor asociado a miomas típicamente se presenta de manera tardía en el primer trimestre y de forma temprana durante el segundo, que corresponde al periodo de mayor tasa de crecimiento uterino (Costa Benavente, 2005)

El diagnóstico clínico de la degeneración de un mioma se sospecha ante el dolor abdominal localizado, leucocitosis leve, fiebre, náusea y vómito. El cuadro suele auto limitarse y su curso puede modificarse con el reposo, la hidratación y la analgesia con antiinflamatorios no esteroideos o si es necesario con narcóticos (Diaz, 2009)

Sangrado uterino

Muchos estudios reportan que el sangrado preparto es significativamente más común en embarazos con miomatosis, para ello la localización del mioma en relación a la implantación de la placenta puede ser un determinante importante. El 72% de las pacientes que presentaron un mioma retro placentario presentaron sangrado transvaginal en comparación con el 9% de las pacientes con miomatosis no retro placentaria (Perez-Allaga, 2010),

Pérdida del producto

La literatura sugiere que los miomas uterinos incrementan el riesgo de aborto espontáneo y que son una causa de pérdida fetal recurrente. Los miomas submucosos grandes que distorsionan la cavidad uterina se han asociado consistentemente con esta complicación. Los abortos tempranos son más comunes en mujeres con miomas localizados en el cuerpo uterino. Probablemente esto se explique por la compresión del endometrio subyacente y derive en una disfunción endometrial o puede causar una distorsión de la arquitectura vascular que

irriga y drena el endometrio. En algunos estudios el tamaño de los miomas no se ha asociado directamente con la pérdida espontánea del producto, sin embargo la presencia de múltiples miomas ha representado un predictor significativo de pérdida fetal (Rios, 2017)

Ruptura prematura de membranas

El factor de riesgo más importante para la ruptura prematura de membranas en mujeres con miomatosis parece ser el contacto directo de los miomas con la placenta. Otros estudios han reportado que no existe un incremento en la ruptura prematura de membranas en mujeres con miomatosis uterina

Desprendimiento de placenta

Análisis sugieren que los miomas retro placentarios submucosos y los miomas con más de 8 centímetros de diámetro, implican mayor riesgo para que se lleve a cabo el desprendimiento placentario. Los casos de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta se observan con mayor frecuencia cuando los miomas se localizan junto al sitio de inserción placentaria en comparación con otros sitios fuera de la misma inserción (57% contra 2.5%). La explicación del incremento en la frecuencia del desprendimiento placentario en el escenario de la miomatosis uterina probablemente esté relacionado con isquemia placentaria y necrosis decidua (Ouyang, 2016)

Parto pretérmino

El riesgo de amenaza de parto pretérmino y de los nacimientos pretérmino se incrementa en los embarazos con miomatosis. Se han reportado partos pretérmino con la presencia de miomas desde 3 a 6 cm de diámetro. Algunos investigadores sugieren que el útero miomatosis es menos distensible que el útero normal, y esto favorece el parto pretérmino.

Alteraciones en la presentación

Los miomas grandes pueden provocar la modificación de la estática fetal, haciendo más frecuente las situaciones transversas, las presentaciones pélvicas y las deflexiones cefálicas. Otros estudios han denotado un incremento en la prevalencia de alteraciones en la presentación fetal sólo si el útero tiene múltiples miomas o si existe un mioma retro placentario o en el segmento uterino inferior

Restricción del crecimiento fetal intrauterino y otras anomalías fetales:

No existe una relación probable con los miomas, pero se pueden presentar cuando hay existencia de miomas de gran tamaño los cuales restringen el espacio intrauterino ocasionando alteraciones fetales como la displasia caudal, torticollis o dolicocefalia (Jazmín lai, 2012).

Alteraciones en el trabajo de parto

Se ha postulado que los miomas disminuyen la fuerza uterina para las contracciones o que altera la coordinación de la diseminación de la onda contráctil, es por ello que deriva en un trabajo de parto disfuncional. El alumbramiento también puede dificultarse por falta de contracción del miometrio que predispone al sangrado postparto (Gibbs, 2011)

Riesgo de cesárea

La elección de la vía vaginal para el parto es recomendable cuando no se ha dañado la cavidad endometrial a través de la miomectomía. La evidencia apoya que los miomas se asocian con altas tasas de cesáreas, particularmente en mujeres con miomas grandes. La causa más común de las cesáreas parece ser que se debe a las alteraciones en la presentación fetal. Algunos estudios han investigado la asociación entre los miomas uterinos y las tasas de cesárea, sin embargo estos poseen una cantidad importante de sesgos. La más notable fuente de los errores se encuentra en un sesgo de detección, en donde los miomas son encontrados por primera ocasión al momento de la cesárea. En uno de esos estudios, 72.5% de las pacientes que se sometieron a cesárea tuvieron el diagnóstico de miomatosis al momento de la intervención, comparado con el 5% de las mujeres que tuvieron parto por vía vaginal (Ouyang, 2016)

Hemorragia postparto

Se ha referido también que los miomas, cualquiera que fuese su ubicación y tamaño pueden determinar la presentación de graves hemorragias post parto, lo que obliga a que cada paciente tenga un control estricto, en el puerperio (Sánchez, 2014). Esta complicación puede

ser diagnosticada de manera clínica con la presencia de excesivo sangrado que origina síntomas que se vinculan con la disminución de hemoglobina y la presencia de hipotensión. Así también puede ir seguida de intenso dolor el cual es referido por la paciente siendo este provocado por la compresión que ejerce el mioma según su localización. Su principio teórico se basa en la contracción de menor intensidad que repercute a atonía uterina; por lo cual se aconseja mantener los niveles de hemoglobina en el tercer trimestre de la gestación, por encima de 10 en mujeres con mayor riesgo de hemorragia postparto en casos más severos. (Alvarez, 2000)

La localización y el tamaño de los fibromas en el útero son determinantes para las manifestaciones clínicas; los miomas submucosos se localizan en la cavidad uterina en donde alteran la integridad endometrial, la implantación y la capacidad contráctil del miometrio; todo esto se asocia con hemorragia uterina anormal excesiva, infertilidad y pérdida gestacional recurrente. En contraste, los fibromas subserosos crecen hacia la cavidad peritoneal en donde, dependiendo del tamaño, pueden comprimir los órganos pélvicos y originar dolor. Los fibromas intramurales que se encuentran en la capa miometrial representan un grupo intermedio que, dependiendo de su tamaño y localización, puede tener efectos moleculares paracrinos en el endometrio adyacente y ocasionar hemorragia uterina excesiva o alteraciones en la implantación (Ouyang, 2016).

Los miomas que se ubican de manera cercana a la placenta se hallan asociados a sangrados y abortos espontáneos durante el primer trimestre de gestación. No es contradictoria la evidencia en la literatura sobre el impacto de los miomas durante el embarazo. Los fibromas que se ubican en el segmento uterino inferior pueden aumentar la probabilidad de mala presentación fetal, cesárea y hemorragia postparto

La localización de los miomas en relación con la placenta parece ser más importante que su tamaño. Los miomas intramurales o subserosos menores de 3 cm suelen considerarse de poca significación clínica (Odibo, 2010)

El alumbramiento puede generar dificultad por deficiencias en su mecanismo, y en el post alumbramiento inmediato es más frecuente que se produzcan hemorragias, sobre todo en los fibromas intramurales o submucosos, debido a la deficiente retracción que determinan.

En el puerperio inmediato los miomas intramurales o subserosos pueden ser apreciados de modo claro en toda su magnitud al ser fácilmente individualizables en el útero retraído (Ortiz Ruiz, 2009)

La actitud ante un mioma durante la gestación o finalización de la misma debe ser conservadora, interviniendo cuando aparezca alguna complicación obstétrica y efectuando monitorización, En pocas ocasiones es necesario el tratamiento quirúrgico. (valencia, 2017)

7. Hipótesis de investigación

La severidad de las complicaciones de la Miomatosis uterina en pacientes gestantes podría estar relacionada con el sitio anatómico y el tamaño del mioma. Siempre y cuando las pacientes tengan un reporte previo con la descripción del mioma.

8. Diseño metodológico

8.1 Tipo de estudio.

De acuerdo al método de investigación es observacional, y según el propósito del diseño metodológico el tipo de estudio es descriptivo (Dr. Piura 2006). De acuerdo a la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista 2014, el tipo de estudio es correlacional. De acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio es: retrospectivo; por el periodo y secuencia del estudio es **transversal**

8.2 Área de estudio.

Se realizó en el servicio de hospitalización de Gineco-obstetricia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés, Managua, Nicaragua.

8.3 Universo y muestra.

8.3.1 Universo.

La población objeto de estudio está definida por las 50 pacientes embarazadas diagnosticadas con miomatosis uterina, que son atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Roberto Huembés durante el periodo 2018-2020.

8.3.2 Muestra.

El tamaño de la muestra correspondió a 50 pacientes que cumplieron el criterio de censo para la selección de la muestra de criterio de inclusión y exclusión

Unidad de análisis.

Pacientes embarazadas diagnosticadas con miomatosis uterina, que son atendidas en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés.

Criterios de inclusión.

- 1- Embarazadas que se realicen los controles prenatales en esta unidad hospitalaria.
- 2- Controles ecográficos que reporten tamaño y localización del mioma uterino.
- 3- Embarazadas cuyo parto o cesárea hayan sido atendidas en nuestra unidad hospitalaria.
- 4- Embarazadas que hayan presentado o no algún tipo de complicación.
- 5- Pacientes gestantes que además de la miomatosis uterina tuvieron otras comorbilidades (diabetes, hipertensión arterial, infecciones de vías urinarias)

Criterios de exclusión.

- 1- Pacientes que presenten vaginosis bacteriana
- 2- Pacientes embarazadas que durante el embarazo se les haya practicado miomectomía.

8. 8.4 Matriz de operacionalización de variables e indicadores (MOVI)

Objetivo general: Analizar el comportamiento de las complicaciones de la Miomatosis Uterina en pacientes gestantes en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés, periodo 2018-2020.

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa o Indicador	Tipo de Variable Estadística (Columna)	Categorías Estadísticas
<p><u>Objetivo específico</u></p> <p>1) Describir la edad, antecedentes personales y patológicos de las pacientes gestantes con miomatosis uterina en el hospital Escuela Carlos Roberto Huembés 2018-2020.</p>	<p>Edad</p> <p>Antecedentes personales y patológicos</p>	<p>1. 1. Edad</p> <p>1.2. Gestas</p>	<p>1.1 Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento del estudio.</p> <p>1.2 Número de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.</p>	<p>Cuantitativa discreta</p> <p>Cualitativa nominal</p>	<p>Primigesta</p> <p>Multigesta</p>

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa o Indicador	Tipo de Variable Estadística (Columna)	Categorías Estadísticas
Continuación objetivo 1		<p>1.3 Índice de masa corporal</p> <p>1.4 antecedente familiar de miomatosis uterina</p>	<p>Parámetro utilizado frecuentemente para clasificar el sobrepeso y la obesidad en adultos.</p> <p>Familiar de primer grado que presente misma patología</p>	<p>Cualitativa ordinal</p> <p>Cualitativa dicotómica</p>	<p>Bajo peso</p> <p>Normal</p> <p>Sobrepeso</p> <p>Obesidad grado I</p> <p>Obesidad grado II</p> <p>Obesidad grado III</p> <p>Si</p> <p>No</p>

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa o Indicador	Tipo de Variable Estadística (Columna)	Categorías Estadísticas
Continuación objetivo 1		<p>1.5 Lupus</p> <p>1.6 Diabetes gestacional</p>	<p>Enfermedad crónica que el sistema inmunitario ataca diferentes órganos</p> <p>Condición a la que las células del cuerpo no responden a la insulina</p>	<p>Cualitativa dicotómica</p> <p>Cualitativa dicotómica</p>	<p>Si No</p> <p>Si No</p>

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa o Indicador	Tipo de Variable Estadística (Columna)	Categorías Estadísticas
Continuación objetivo 1		1.7 hipertensión arterial	Alteración de cifras tensionales el cual es de nueva aparición o en el embarazo o ya se tenía conocimiento sobre la patología	Cualitativa dicotómica	Si No
		1.8 Infección de vías urinarias	Proceso infecciosos a nivel tracto urinario	Cualitativa dicotómica	Si No

Objetivo General: Analizar el comportamiento de las complicaciones de la Miomatosis Uterina en pacientes gestantes en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés, periodo 2018-2020.

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa O Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<p><u>Objetivo Especifico</u> 2- Describir la clasificación, localización de los miomas y sus complicaciones que se presentan en pacientes gestantes con miomatosis uterina en el hospital Escuela Carlos Roberto Huembés 2018-2020</p>	<p>Clasificación Localización y Complicaciones más frecuentes</p>	<p>2.1 intramural</p> <p>2.2 subserosos</p>	<p>Son los que se encuentran en la parte más central de la capa muscular del útero, sin alcanzar la parte más interna ni la externa</p> <p>Son los que se encuentran en la capa más externa del útero</p>	<p>Cualitativa nominal</p> <p>Cualitativa nominal</p>	<p>Cara anterior Cara posterior Fondo uterino Segmento inferior</p> <p>Cara anterior Cara posterior Fondo uterino Segmento inferior</p>

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa o Indicador	Tipo de Variable Estadística (Columna)	Categorías Estadísticas
Continuación objetivo 2		2.3 submucoso 2.4 perdida gestacional	Son los que crecen bajo las capas internas del útero Expulsión del producto de la concepción	Cualitativa nominal Cualitativa dicotómica	Cara anterior Cara posterior Fondo uterino Segmento inferior Si No

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa o Indicador	Tipo de Variable Estadística (Columna)	Categorías Estadísticas
Continuación objetivo 2		2.5 Ruptura prematura de membranas	Solución de continuidad de las membranas ovulares	Cualitativa dicotómica	Si No
		2.6 Parto pretermino	Nacimiento que se produce entre las 22 y 36 6/7 semanas de gestación	Cualitativa dicotómica	Si No

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa o Indicador	Tipo de Variable Estadística (Columna)	Categorías Estadísticas
Continuación objetivo 2		2.7 hemorragia postparto	Perdida sanguínea mayor de 1000 ml; tanto en parto como en cesárea	Cualitativa dicotómica	Si No
		2.8 distocia de presentación	Parte del feto que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis materna el cual altera el mecanismo de trabajo de parto	Cualitativa dicotómica	Si No

Objetivo General: Analizar el comportamiento de las complicaciones de la Miomatosis Uterina en pacientes gestantes en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés, periodo 2018-2020.

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa O Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<p><u>Objetivo Especifico</u></p> <p>3- Correlacionar las complicaciones con la localización del mioma que se presentan durante el embarazo y el parto en gestantes con miomatosis uterina en el hospital Escuela Carlos Roberto Huembés 2018-2020.</p>	<p>Complicación Localización</p>	<p>3.1 pérdida gestacional</p> <p>3.2 Ruptura prematura de membranas</p> <p>3.3 Parto pretermino</p>	<p>Expulsión del producto de la concepción</p> <p>Solución de continuidad de las membranas ovulares</p> <p>Nacimiento que se produce entre las 22 y 36 6/7 semanas de gestación</p>	<p>Cualitativa dicotómica</p> <p>Cualitativa dicotómica</p> <p>Cualitativa dicotómica</p>	<p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa o Indicador	Tipo de Variable Estadística (Columna)	Categorías Estadísticas
Continuación objetivo 3		3.4 hemorragia postparto	Perdida sanguínea mayor de 1000 ml; tanto en parto como en cesárea	Cualitativa dicotómica	Si No
		3.5 distocia de presentación	Parte del feto que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis materna el cual altera el mecanismo de trabajo de parto	Cualitativa dicotómica	Si No

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa o Indicador	Tipo de Variable Estadística (Columna)	Categorías Estadísticas
Continuación objetivo 3		3.6 intramural	se encuentran en la parte más central de la capa muscular del útero, sin alcanzar la parte más interna ni la externa	Cualitativa nominal	Cara anterior Cara posterior Fondo uterino Segmento inferior
		3.7 subserosos	Son los que se encuentran en la capa más externa del útero	Cualitativa nominal	Cara anterior Cara posterior Fondo uterino Segmento inferior

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa o Indicador	Tipo de Variable Estadística (Columna)	Categorías Estadísticas
Continuación objetivo 3		3.8 submucoso	Son los que crecen bajo las capas internas del útero	Cualitativa nominal	Cara anterior Cara posterior Fondo uterino Segmento inferior

Objetivo General: Analizar el comportamiento de las complicaciones de la Miomatosis Uterina en pacientes gestantes en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés, periodo 2018-2020.

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa O Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<p><u>Objetivo Especifico</u></p> <p>4- Correlacionar las complicaciones maternas con las complicaciones fetales que presentan las gestantes con miomatosis uterina en el hospital Escuela Carlos Roberto Huembés 2018-2020.</p>	<p>Complicaciones maternas. Complicaciones fetales.</p>	<p>4.1 perdida gestacional</p> <p>4.2 Ruptura prematura de membranas</p>	<p>Expulsión del producto de la concepción</p> <p>Solución de continuidad de las membranas ovulares</p>	<p>Cualitativa dicotómica</p> <p>Cualitativa dicotómica</p>	<p>Si No</p> <p>Si No</p>

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa o Indicador	Tipo de Variable Estadística (Columna)	Categorías Estadísticas
Continuación objetivo 4		4.3 Parto pretermino	Nacimiento que se produce entre las 22 y 36 6/7 semanas de gestación	Cualitativa dicotómica	Si No
		4.4 hemorragia postparto	Perdida sanguínea mayor de 1000 ml; tanto en parto como en cesárea	Cualitativa dicotómica	Si No

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa o Indicador	Tipo de Variable Estadística (Columna)	Categorías Estadísticas
Continuación objetivo 4		4.5 distocia de presentación	Parte del feto que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis materna el cual altera el de trabajo de parto	Cualitativa dicotómica	Si No
		4.6 anemia en neonatal	Reducción de masa de los glóbulos rojos, concentración de hemoglobina o hematocrito	Cualitativa dicotómica	Si No

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa o Indicador	Tipo de Variable Estadística (Columna)	Categorías Estadísticas
Continuación objetivo 4		4.7 Prematurez	Recién nacido que nace antes de las 37 semanas de gestación.	Cualitativa dicotómica	Si No
		4.8 Bajo peso	Peso inferior a 2500 gramos al nacimiento	Cualitativa dicotómica	Si No

8.5 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

En cuanto al enfoque de la presente investigación, por el uso de y análisis de datos cuantitativos e información cualitativa, así como su integración y discusión holística y sistémica de diversos métodos y técnicas cuali-cuantitativas de investigación, esta investigación se realizó mediante la aplicación del Enfoque Filosófico Mixto de Investigación (Hernández, Fernández , & Baptista, 2014).

En cuanto al nivel de compromiso de investigador, la investigación se adhiere al Paradigma Socio-Crítico, de acuerdo a esta postura, todo conocimiento depende de las prácticas de la época y de la experiencia. No existe, de este modo, una teoría pura que pueda sostenerse a lo largo de la historia. Por extensión, el conocimiento sistematizado y la ciencia se desarrollan de acuerdo a los cambios de la vida social. La praxis, de esta forma, se vincula a la organización del conocimiento científico que existe en un momento histórico determinado. A partir de estos razonamientos, la teoría crítica presta especial atención al contexto de la sociedad (Pérez Porto, 2014).

A partir de la integración metodológica antes descrita, en el presente estudio se aplicaron las siguientes técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación.

8.5.1 Técnicas cuantitativas de investigación

Técnicas descriptivas

1. Las estadísticas descriptivas para variables de categorías (nominales u ordinales).
2. Las estadísticas descriptivas para variables numéricas. IC=95% para variables discretas o continuas.
3. Gráficos para variables dicotómicas, individuales o en serie.
4. El análisis de frecuencia por medio del análisis de contingencia.

Técnicas de Correlación

1. Prueba V de Cramér
2. Correlación de Phi como variable dicotómica

8.5.2 Técnicas cualitativas de investigación

1. Observación clínica
2. Análisis de contenido

8.6 Procedimientos para la recolección de datos e información

Se procedió a pedir permiso al departamento de estadísticas para hacer revisión de expediente como fuente secundaria de la información, para llenar la ficha de recolección de datos acorde a los objetivos planteados.

Los análisis estadísticos antes referidos, descriptivos, de asociación, según el compromiso definido en los objetivos específicos de la presente investigación, se realizaron de acuerdo a los procedimientos descritos en (Pedroza Pacheco & Dicoyskiy , 2006.).

8.7. Plan de tabulación y análisis estadístico

Para el diseño del plan de tabulación que responde a los objetivos específicos de **tipo descriptivo**, se limitó solamente a especificar los cuadros de salida que *se presentaron según el análisis de frecuencia y descriptivas de las variables a destacarse*. Para este plan de tabulación se determinaron primero aquellas variables que ameritaron ser analizadas individualmente o presentadas en cuadros y gráficos.

Para el diseño del plan de tabulación que responde a los objetivos específicos de tipo correlacional, se realizaron los Análisis de Contingencia que correspondieron a la naturaleza de las variables estudiadas, por lo tanto, la Prueba de Correlación y Medidas de Asociación que se realizó fue la prueba de Cramér y correlación de Phi Para este plan de tabulación se determinó aquellas variables que se relacionaron por medio del Análisis de Contingencia, para esto se definió los cuadros de salida, según el tipo de variable y las escalas de clasificación predefinidas.

Plan de análisis estadístico

A partir de los datos recolectados, se diseñó la base datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v. 24 para Windows. Una vez realizado el control de calidad de los datos registrados, fueron realizados los análisis estadísticos pertinentes.

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables (cuantitativas o cualitativas) y guiados por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos. Fueron realizados los análisis descriptivos correspondientes a: (a) para las variables nominales transformadas en categorías: El análisis de frecuencia, (b) para las variables numéricas (continuas o discretas). Además, se realizaron gráficos del tipo: (a) pastel o barras de manera univariados para variables de categorías en un mismo plano cartesiano, (b) barras de manera univariados para variables dicotómicas, que permitan describir la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano, (c) gráfico de cajas y bigotes, que describan en forma clara y sintética, la respuesta de variables numéricas, discretas o continuas.

Se realizaron los Análisis de Contingencia para estudios correlacionales, definidos por aquellas variables de categorías que sean pertinentes, a las que se les aplico Coeficiente de Correlación de Cramér (V) y correlación Phi la cual permite demostrar la correlación lineal entre variables de categorías, mediante la comparación de la probabilidad aleatoria del suceso, y el nivel de significancia pre-establecido para la prueba entre ambos factores, de manera que cuando $p \leq 0.05$ se estará rechazando la hipótesis nula planteada de $\rho = 0$. Los análisis estadísticos antes referidos, se realizarán de acuerdo a los procedimientos descritos en Pedroza y Dicoskiy, 2006.

Consideraciones éticas.

Puesto, que los datos obtenidos fueron a través del expediente clínico, se considerara como una investigación sin riesgo. Como toda investigación médica, no se divulgará nombre ni número de expediente, prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de las pacientes de acuerdo a la Ley General de Salud.

9. Resultados

En el gráfico, se presentan la edad, quienes tienen un promedio de 30, con Límite Inferior (L.I.) de 20 y un Límite Superior (L.S.) de 42 años. En la figura, se presenta el gráfico de caja y bigotes, que permite interpretar un rango intercuartílico (Q3 - Q1) que acumula el 50 % del paciente en el servicio de Gineco-obstetricia, entre 20 y 42 años.

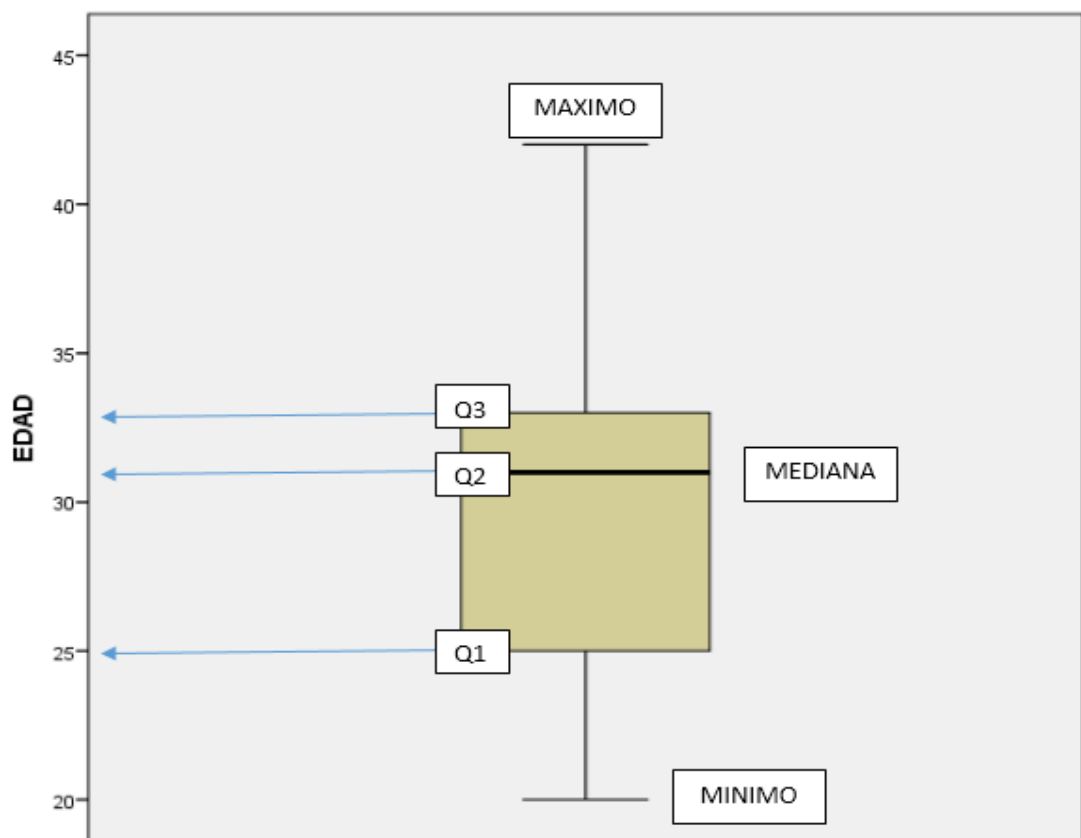


Grafico #1: Caja de bigote edad de los pacientes con miomatosis uterina en gestantes. N: 50.

Se evaluaron 50 pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina en embarazo, el 54 % eran pacientes nulíparas a diferencia de las multíparas con un 46%. (Grafico #2)

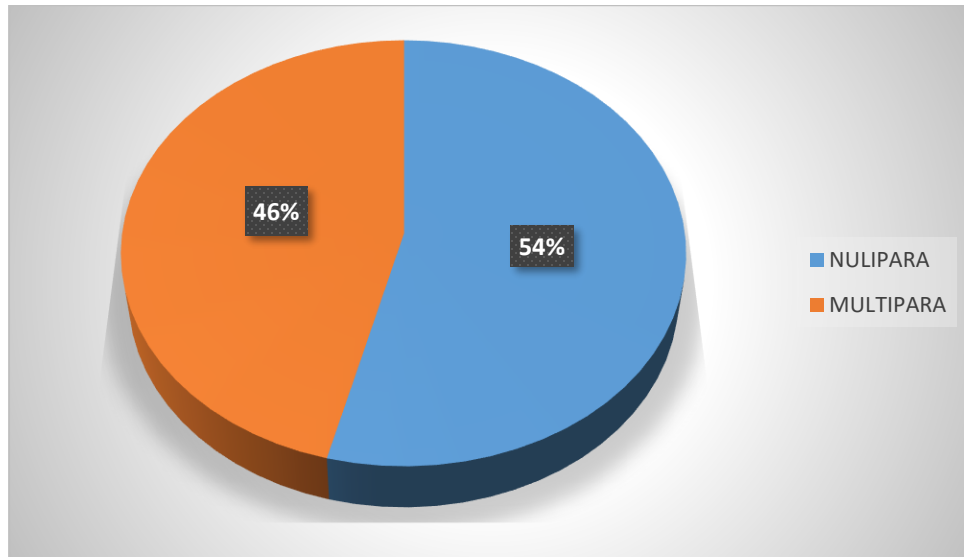


Grafico #2: Gesta de las pacientes con miomatosis uterina gestantes. N: 50.

En relación al índice de masa corporal de las pacientes estudiadas, el 40% presento sobrepeso. (Grafico 3)

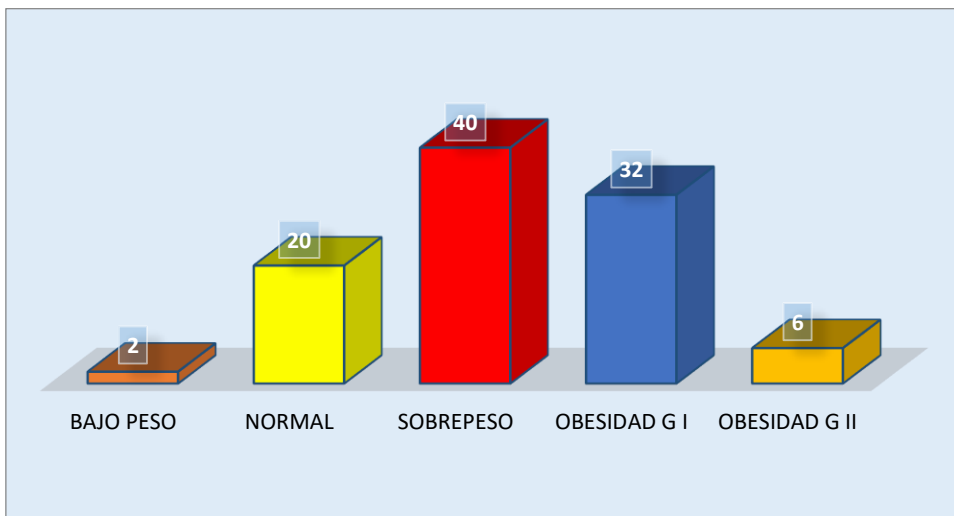


Grafico #3: Índice de Masa Corporal de los pacientes gestantes con miomatosis uterina. N: 50.

En cuanto a los antecedentes personal patológico el 78% no presentaban ninguna enfermedad crónica, a diferencia del 8% presentaron ya sea hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo 2.

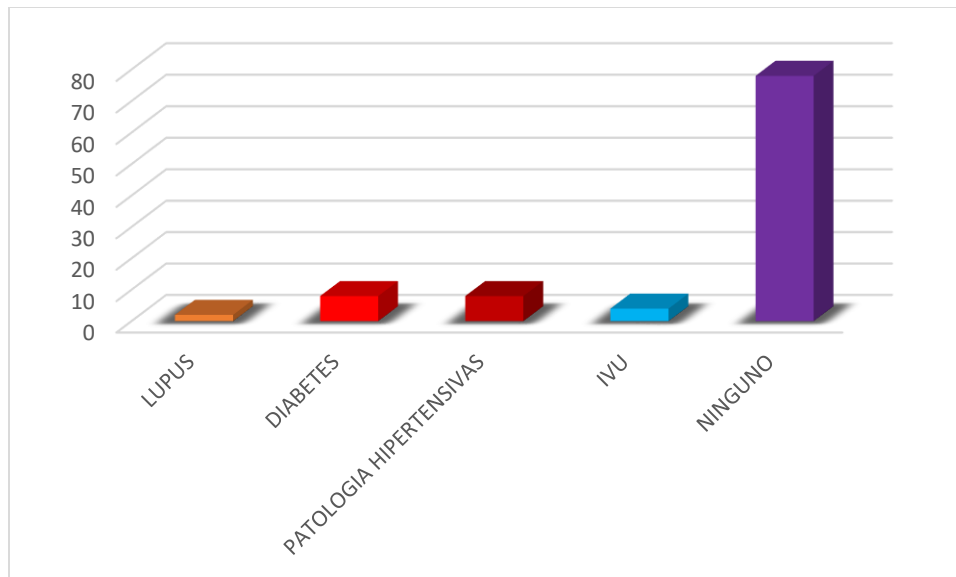


Grafico #4: Antecedente personal patológico de los pacientes gestantes con miomatosis uterina. N: 50.

En relación a los antecedentes familiares de miomatosis uterina, el 44% de las pacientes estudiadas tienen antecedentes de primer grado.

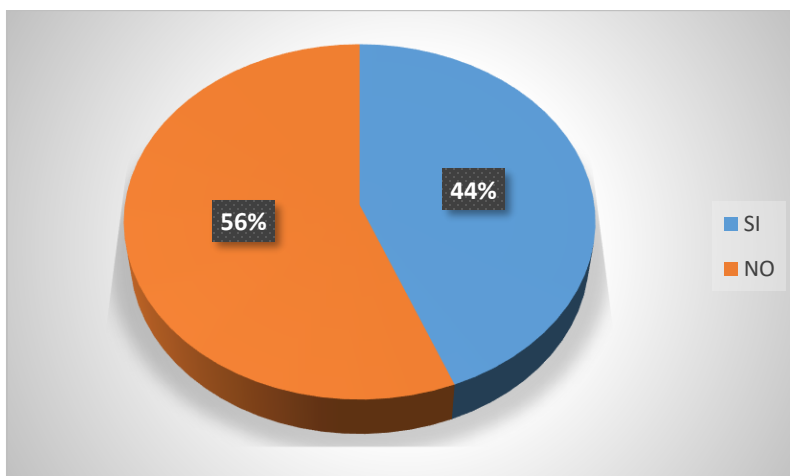


Grafico #5: Antecedente familiar de miomatosis uterina de los pacientes gestantes. N: 50.

En relación a la clasificación del mioma uterino de las pacientes estudiadas, el 62% se encuentran intramural, seguido de los submucosos 26%. (Grafico #6)

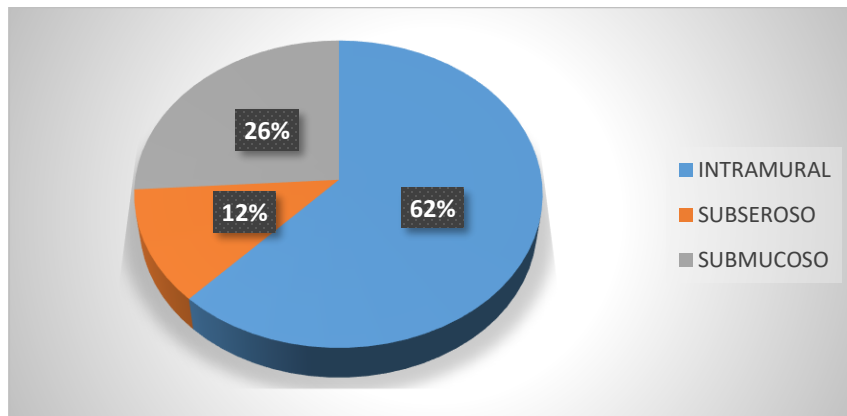


Grafico #6: Clasificación del mioma uterino en las pacientes gestantes. N: 50.

En relación a la localización del mioma uterino en las pacientes gestantes, el 46% se encontraba en la cara anterior, seguido del 20% encontrándose en el segmento inferior, grafico #7.

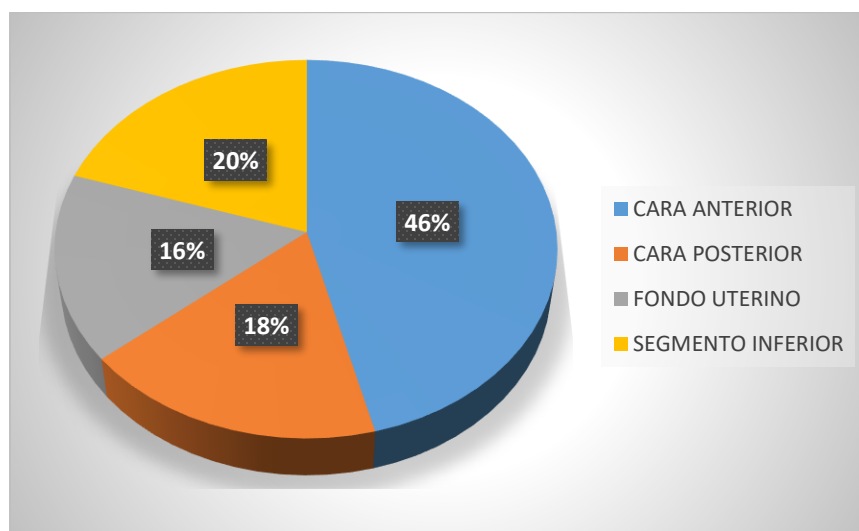


Grafico #7: Localización del mioma uterino en las pacientes gestantes.

En relación a las complicaciones de la miomatosis uterina en pacientes gestantes, predomino hemorragia postparto con un 42% (21 pacientes), seguido de distocia de presentación.

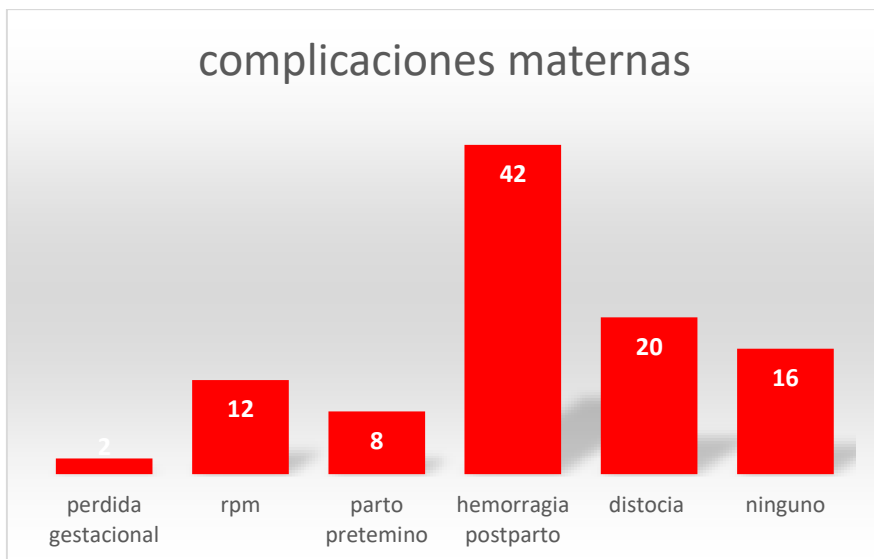


Grafico #8: Complicaciones maternas de la miomatosis uterina en las pacientes gestantes.

De las 50 pacientes gestantes con miomatosis uterina, el 70% (35 pacientes) corresponde a miomatosis de medianos elementos. (Grafico #9)

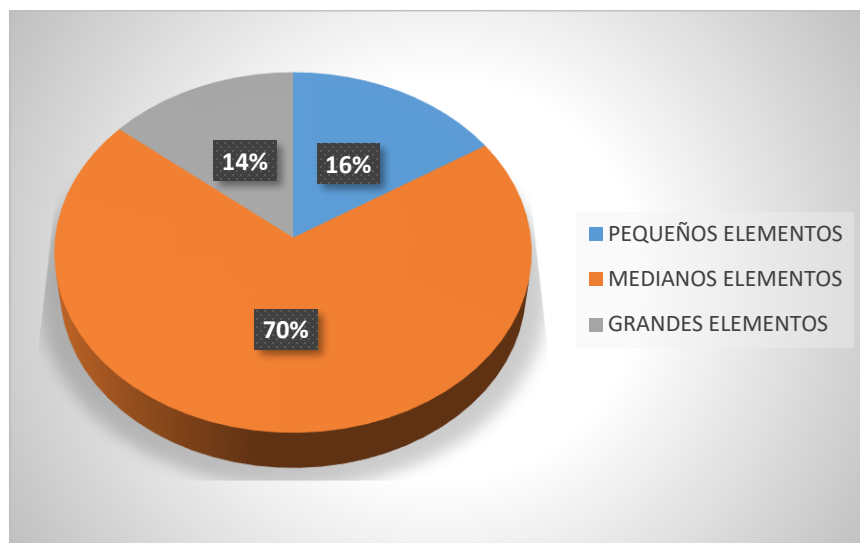


Grafico #9: Tamaño de los miomas uterino en las pacientes gestantes.

En relación a las complicaciones fetales, el 90% (45 pacientes) no presentaron complicaciones y en relación a las complicaciones la única que predominó fue la Prematurez en el 10% (5 pacientes) (Grafico #10)

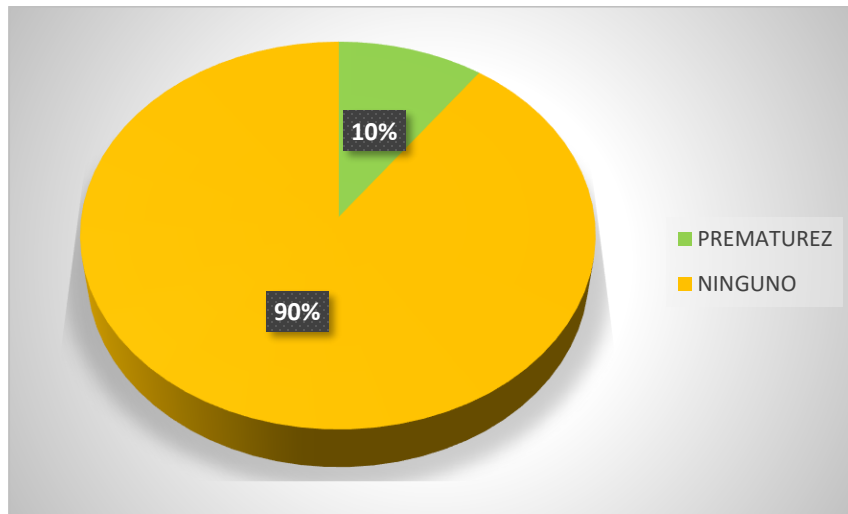


Grafico #10: Complicaciones fetales de las pacientes gestantes con miomas uterinos.

La prueba V de Cramér aportó la evidencia estadísticas de un Valor de P=.099, el cual es mayor al nivel crítico de comparación $\alpha= 0.05$, esto indica que no se obtuvo una respuesta estadística significativa. Por lo tanto, la prueba de asociación de Cramér demostró que no existe asociación significativa entre la localización del mioma uterino y las complicaciones maternas.

Tabla 1: Correlación entre complicaciones maternas y locación del mioma uterino en las pacientes gestantes con miomatosis uterina.

		CARA ANTERIOR	CARA POSTERIOR	FONDO UTERINO	SEGMENTO INFERIOR	TOTAL
M A T E R N A S	Perdida gestacional	0	0	1	0	1
	Rpm	2	0	1	3	6
	Parto pretermino	2	0	0	2	4
	Hemorragia postparto	13	3	2	3	21
	Distocias	3	4	1	2	10
	Ninguno	3	2	3	0	8
	Total	23	9	8	10	50

Correlación		Valor	Significación aproximada
Nominal por nominal	Phi	.669	.099
	V de Cramér	.386	.099
N de casos válidos		50	

La prueba de asociación Rho de Phi, apporto las evidencias estadísticas de un Valor de 0.000, esto indica que se obtuvo una respuesta estadística significativa. Por lo tanto, la prueba de asociación Rho de Phi demostró que existe correlación significativa entre las complicaciones maternas y fetales.

Tabla 2: Correlación entre complicaciones maternas y fetales de las pacientes.

Tabla cruzada COMPLICACIONES*COMPLICACIONES FETALES

Recuento

		Complicaciones fetales		Total
		Prematurez	Ninguno	
COMPLICACIONES	Perdida gestacional	0	1	1
	Rpm	1	5	6
	Parto pretermino	4	0	4
	Hemorragia postparto	0	21	21
	Distocia	0	10	10
	Ninguno	0	8	8
Total		5	45	50

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	.903	.000
	V de Cramér	.903	.000
N de casos válidos		50	

10. Discusión de los resultados

10.1 Principales hallazgos a partir de los resultados obtenidos.

En este estudio se encontró que la edad predominante fue de 30 años, 54% (27 pacientes) nulíparas, 40% (20 pacientes) con sobrepeso, 56% (28 pacientes) no tenían antecedentes familiares de miomatosis uterina, 78% (39 pacientes) no presentan comorbilidades asociadas.

Dentro de la clasificación de los miomas se encontró que el predominante en el estudio fue del tipo intramurales en un 62% (31 pacientes) localizado en el 46% (23 pacientes) en la cara anterior, produciendo como mayor complicación hemorragia postparto el 42% (21 pacientes) de los casos.

La prueba V de Cramér demostró no existe una respuesta estadísticamente significativa entre las complicaciones maternas y la localización del mioma.

La asociación de phi presenta una significancia igual a 0.000, menor a 0.05 por lo que es significativa en relación a las complicaciones maternas con las complicaciones fetales.

10.2 Limitaciones del estudio.

Dentro de las limitaciones que se encontraron al realizar este estudio, una muestra pequeña debido a que los años en que se realizó hubieron múltiples factores sociales y epidemiológicos en donde las pacientes no acudían en tiempo y forma para la realización del ultrasonido del primer trimestre.

10.3 Relación de resultados obtenidos con las conclusiones de otras investigaciones.

Según la literatura revisada refiere que la incidencia de los miomas aumenta con la edad, debido a la tendencia de las parejas de retrasar la primera gestación después de los 30 años

de edad, Las edades de mayor incidencia oscilan de los 25-29 años (Ortiz, 2015). En el presente estudio podemos observar que la edad que más predominó fue de 30 años.

Las mujeres multíparas tienen un menor número de incidencia de miomas uterinos debido a que el proceso de remodelación de miometrio en el posparto, resultado de la apoptosis y la desdiferenciación puede ser responsable de la involución de los miomas. Existen otras teorías las cuales señalan que los vasos sanguíneos de los miomas involucionan con el útero privándolo de su aporte nutricional (Rios, 2017), en el trabajo realizado 54% de las pacientes eran nulíparas.

La obesidad, aumentan la exposición de estrógeno, el riesgo de presentar mioma aumenta por cada 10kg del peso corporal en un 21%, así como el IMC mayor a 25 (Pulecio, 2018) podemos observar que esta teoría en nuestro estudio se cumple ya que el 40% de la población estudiada se encontraban en sobrepeso.

Si se presentan familiares en primer grado con miomatosis uterina aumenta el riesgo de padecer miomas uterinos en un 2,5 % y 5.7 veces cuando un familiar los tuvo antes de los 45 años (Valencia, 2017), sin embargo en el estudio 56% de la población no tenía antecedentes familiares en primer grado de miomatosis uterina o no estaba descrito adecuadamente en la historia familiar de la paciente.

En nuestro medio se observó que el 78% de las pacientes no presentan comorbilidades y no se encuentran estudios claros donde se observe que la presencia de comorbilidades modifique la historia natural de presentación de la miomatosis uterina en el embarazo.

Los leiomiomas, Los cuales suelen tener tamaños variables, desde milímetros hasta pesar varios kilogramos. Estos generalmente crecen dentro de las paredes uterinas, la mayoría de los miomas son intramurales o subserosos sólo el 5% son submucosos (Sánchez, 2014), en el estudio realizado se observa que el mioma intramural es el que prevalece en la población de estudio en un 62% localizado en cara anterior. Los fibromas submucosos y retroplacentarios grandes parecen impartir un mayor riesgo de complicaciones, como dolor (degeneración), sangrado vaginal, desprendimiento de placenta, RCIU y trabajo de parto y parto prematuros. (Ouyang, 2016), en el estudio realizado en la unidad la complicación que frecuentemente se presentó fue la hemorragia postparto.

Los miomas pueden producir diversas complicaciones durante la gestación, siendo la más frecuente el aborto. En presencia de miomas submucosos La tasa de abortos espontáneos es alta cuando la implantación ocurre sobre la superficie de estos. Los miomas que se ubican de manera cercana a la placenta se hallan asociados a sangrados y abortos espontáneos durante el primer trimestre de gestación. Los fibromas que se ubican en el segmento uterino inferior pueden aumentar la probabilidad de mala presentación fetal, cesárea y hemorragia postparto (Odibo, 2010), en presente estudio no existe una respuesta estadísticamente significativa entre las complicaciones maternas y la localización del mioma ya que la localización de los miomas uterino no coinciden con nuestra localización.

Estudio realizado sobre resultados neonatales en pacientes con leiomiomas mediante análisis univariados y multivariados, la presencia de leiomiomas se asoció con un aumento de los riesgos estadísticamente significativos de parto prematuro (odds ratio ajustado (AOR) 1,7, intervalo de confianza (IC) del 95%: 1,1-2,6) (Jazmín lai, 2012), en el estudio realizado se evidencio la asociación de phi de 0.000 donde demuestra que si existe una asociación entre las complicaciones maternas con las complicaciones fetales por lo tanto se evidencio una respuesta estadísticamente significativa.

10.4 Aplicaciones e implicaciones de los resultados obtenidos.

Esta investigación sirvió para respaldar la importancia de la miomatosis uterina en las pacientes gestantes, lo que permitirá tener un mejor conocimiento de la patología y con ello, un mejor abordaje para evitar complicaciones en las pacientes y sus bebés, e incidir en su evolución y manejo óptimo, que es el objetivo final de la prestación de servicios de salud a la población, logrando optimizar recursos lo cual es un aspecto importante en nuestro país.

11. Conclusiones

Del estudio realizado a 50 pacientes gestante con miomatosis uterina en el periodo 2018-2020 en Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés se concluye lo siguiente:

1. La edad media que predominó en el estudio fue de 30 años, con un límite inferior de 20 años y límite superior de 42 años. El 54% son nulíparas. El 40% se encontraban en sobrepeso según IMC, 78% no presentaban enfermedades crónicas ni comorbilidades asociadas, 44% presentaban antecedentes familiares de miomatosis uterina de primer grado.
2. En relación a la clasificación de miomatosis uterina en pacientes gestante estudiada el 62% corresponden al mioma intramural, 46% se localizaban en la cara anterior y la complicación que predominó fue la hemorragia postparto en un 42%.
3. La prueba V de Cramér demostró que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la localización del mioma uterino y las complicaciones, con un valor de $P = .099$.
4. Según la prueba de asociación Rho de phi, demuestra que existe una asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones maternas y fetales con valor de 0.000

12. Recomendaciones

a. Al hospital:

- 1- Concientizar mediante consejería o charlas educativas, la implementación de adecuados estilos de vida para disminuir y modificar los factores que se encontró en la población y que influye negativamente en el embarazo.
- 2- Promover adecuadamente chequeos ginecológicos completos previos a la gestación, para así minimizar aún más las complicaciones de este tipo de patología.

b. Al servicio de gineco-obstetricia

1. Se recomienda al personal médico la realización de una adecuada historia clínica completa con el objetivo de captar todos los puntos de interés que nos conciernen respecto a las pacientes embarazadas ya que durante el estudio se observó escasa información.
2. Se recomienda que además de la realización del ultrasonido en los tres trimestres de embarazo, se realice un adecuado tamizaje para el diagnóstico precoz de miomatosis uterina y dar el adecuado seguimiento con respecto a la localización y tamaño del mioma en cada trimestre para poder prevenir complicaciones en la gestación.
3. Activar siempre los protocolos de atención y vigilancia al momento de finalizar el embarazo tomando las medidas adecuadas desde la confirmación de insumos básicos para brindar atención de calidad y calidez.

13.Bibliografía

- Alvarez, B. (2000). miomatosis uterina, un enfoque endocrinológico. revista de endocrinologia y nutricion.
- Arthur Fleischer, F. M. (2010). Ecografía en obstetricia y ginecologia. Tennessee.
- Callen, P. (2008). Ecografía en obstetricia y ginecologia . Barcelona : Elsevier .
- Costa Benavente, B. (2005). Mioma uterino gigante. Medigraphic mexico .
- Diaz, V. (2009). mioma uterino y embarazo. revista obstetrica Hospitalsantiago Oriente DR. Luis Brousse .
- Gibbs, K. (2011). Obstetricia y ginecologia de Danforth .
- Gonzalez Merlo, G. B. (2003). Ginecologia de Merlo. BARCELONA.
- Hernández, R., Fernández , C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación (Sexta ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Hirsch, K. (2008). Cirugia ginecologica. GERMANY.
- Jaime saavedra, M. (2003). Miomatosis uterina e infertilidad. Revista colombiana de obstetricia y Ginecologia .
- Jazmín lai, A. B. (2012). Resultados neonatales en mujeres con leiomiomas uterinos identificados ecográficamente. J Matern Fetal Neonatal Med.
- JHON A. ROCK, H. J. (2000). TE LINDE. LOUISIANA: PANAMERICANA .
- Jhon Rock, J. (2010). Te Linde operative gynecology . Thenth edittion .
- Jose Botella, C. N. (2000). Tratado de ginecologia . MADRID: Diaz de Santos .
- Madrid Castro, p. F. (2012). Miomectomia durante el embarazo. revista medica honduras.
- Odibo, M. J. (2010). Leiomiomas en el examen ecográfico de rutina del segundo trimestre y resultados obstétricos adversos. pubmed.
- Ortiz Ruiz, M. L. (2009). miomatosis uterina. Anales Medicos .

- Ortiz, F. M. (AGOSTO de 2015). Miomas uterino durante el embarazo y su repercucion en el resultado obstetrico. revista ginecologia y obstetricia, 79(8), 467-472.
- Ouyang, D. W. (2016). complicaciones obstetricas de los fibromas . Obstet Gynecol Clin North Am, 153-169.
- Pedroza Pacheco , M. E., & Dicoyskiy , R. (2006.). Sistema de Análisis Estadístico, con SPSS.
- Perez-Allaga. (2010). Hemorragia en la segunda mitad del embarazo. revista peruana de ginecologia y obstericia.
- Pulecio, M. (2018). Deteccion de complicacion en gestantes con miomas . Guayaquil, Ecuador.
- Rigol, O. (2004). Obstetricia y ginecologia Orlando Rigol . La Habana: Ciencias medica .
- Rios, J. L. (2017). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la miomatosis uterina en Clínica Colsanitas. Revista medica sanitas , 20(1), 30-39.
- Rumack, C. (2014). Diagnóstico por ultrasonido 4ta edición. Mexico: Marban.
- Sánchez, S. (2014). miomatosis uterina durante la gestacion. revista de la escuela de medicina “DR. José Sierra Flores”.
- valencia, M. H. (septiembre de 2017). Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. revista mexicana de obstetricia, 611-633.

Anexos

Ficha de recolección de datos

Complicaciones de Miomatosis Uterina en pacientes gestantes en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés, periodo 2018-2020

I- Antecedentes personales relevantes que presentan las pacientes, previo a su gestación, en relación con el diagnóstico de miomatosis uterina

Nombre Número de expediente

Edad

Menarca

Gestas previas

Número de controles prenatales

IMC: <18.5 18.5-24.9 25-29.9 >30

Antecedente familiar de primer grado con miomas uterino: SI NO

Uso de tabaco: SI NO

Uso de anticonceptivos orales: SI NO

Terapia de reemplazo hormonal: SI NO

II- Señalar el tipo de mioma que presentan las pacientes gestantes

III- Indicar la localización del mioma uterino que presentan las pacientes del estudio

IV- Encierre las complicaciones más frecuentes que se presentan en pacientes gestantes con miomatosis uterina

Sangrado uterino

Desprendimiento de placenta

Dolor pélvico

Abortos

uterino

Ruptura prematura de membranas

Hemorragia postparto

Parto pretermino

Restricción del crecimiento

otros especifique

V- Indique la localización del mioma y el tipo de complicación que se presentó durante la gestación.

Intramural- subserosos-submucoso / perdida de la gestación

Intramural- subserosos-submucoso / hemorragia postparto

Intramural- subserosos-submucoso / Amenaza de parto pretermino

Intramural- subserosos-submucoso / Ruptura prematura de membranas

VI- Señale las complicaciones fetales que se presentan en las pacientes en estudio.

Tablas de resultados

Tabla 3: Edad de pacientes estudiadas

N	Válido	50
Media		30.52
Mediana		31.00
Moda		33
Suma		1526

Tabla 4: Gesta de las pacientes con miomatosis uterina gestantes.

	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	27	54.0
Múltipara	23	46.0
Total	50	100.0

Tabla 5: Índice de masa corporal de los pacientes gestantes con miomatosis uterina.

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	1	2.0
Normal	10	20.0
Sobrepeso	20	40.0
Obesidad G I	16	32.0
Obesidad G II	3	6.0
Total	50	100.0

Tabla 6: Antecedente personal patológico de las pacientes gestantes con miomatosis uterina.

	Frecuencia	Porcentaje
Lupus	1	2.0
Diabetes	4	8.0
Patología hipertensiva	4	8.0
Ivu	2	4.0
Ninguno	39	78.0
Total	50	100.0

Tabla 7: Antecedente familiar de miomatosis uterina en las gestantes con miomatosis uterina.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	44.0
No	28	56.0
Total	50	100.0

Tabla 8: Clasificación del mioma uterino en las pacientes gestantes.

	Frecuencia	Porcentaje
Intramurales	31	62.0
Subserosos	6	12.0
Submucoso	13	26.0
Total	50	100.0

Tabla 9: Localización del mioma uterino en las pacientes gestantes.

	Frecuencia	Porcentaje
Cara anterior	23	46.0
Cara posterior	9	18.0
Fondo uterino	8	16.0
Segmento inferior	10	20.0
Total	50	100.0

Tabla 10: Complicaciones maternas de la miomatosis uterina en las pacientes gestantes.

	Frecuencia	Porcentaje
Perdida gestacional	1	2.0
Rpm	6	12.0
Parto pretermino	4	8.0
Hemorragia postparto	21	42.0
Distocia	10	20.0
Ninguno	8	16.0
Total	50	100.0

Tabla 11: Tamaño de los miomas uterino en las pacientes gestantes.

	Frecuencia	Porcentaje
Pequeños elementos	8	16.0
Medianos elementos	35	70.0
Grandes elementos	7	14.0
Total	50	100.0

Tabla 12: Complicaciones fetales de las pacientes gestantes con miomas uterinos.

	Frecuencia	Porcentaje
Prematurez	5	10.0
Ninguno	45	90.0
Total	50	100.0