

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA**

**UNAN – MANAGUA**

**RECINTO UNIVERSITARIO “ RUBEN DARIO”**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA**

UNAN - MANAGUA

**Tesis Monográfica para Optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía**

**MIOMATOSIS UTERINA COMO CAUSA DE HISTERECTOMÍA EN PACIENTES  
INGRESADAS AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL BERTHA  
CALDERÓN ROQUE, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE ABRIL A  
JUNIO DEL AÑO 2017**

**AUTORAS:**

**Bra. María José Rizo Eugarríos**

**Bra. Hellen Mariela Talavera Núñez**

**TUTOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO:**

**M.S.C M.D José de los Ángeles Méndez**

**Especialista en Ginecología y Obstetricia**

**Managua, Marzo del 2019**

## **DEDICATORIA**

A Dios y nuestros padres quienes son el pilar fundamental y más valioso tesoro, por creer siempre en nuestra capacidad para alcanzar nuestras metas propuestas, y sobre todo por su inmenso amor, apoyo y sacrificio a lo largo de todo éste tiempo.

A los señores docentes de la facultad por enseñarnos sus sabios conocimientos durante nuestra formación profesional.

A nuestro Tutor Dr. José de los Ángeles Méndez quien con su paciencia y sus conocimientos nos ha guiado en el trascurso del presente trabajo y de esta manera culminar el mismo.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por habernos permitido llegar hasta este punto y por darnos salud para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A nuestros padres que gracias a ellos hemos llegado a ser personas de bien, que con sus consejos y ejemplos de perseverancia nos motivaron a seguir luchando, y en especial gracias a su apoyo incondicional en el transcurso de nuestra vida y preparación académica.

A la Universidad estatal de Managua, en especial a la facultad de Medicina por ser parte de nuestra formación en nuestra vida profesional, donde obtuvimos grandes conocimientos científicos y morales.

A Dr. José de los Ángeles Méndez por la amabilidad de aceptar ser nuestro tutor en esta investigación y por el tiempo, paciencia y asesoramiento para realizar éste proyecto.

## **OPINION DEL TUTOR**

Investigar sobre causas que afectan el nivel de salud de las mujeres considero que es un evento de gran importancia ya que muchas de ellas terminan en situaciones difíciles y de mutilación.

La Miomatosis Uterina es un problema de salud pública que se tiene que investigar; esto ha motivado a las investigadoras a realizar este trabajo para identificar las indicaciones de histerectomía.

Con sus resultados basados en conocimientos y aplicación de rigor científico lo han logrado; sus resultados servirán de mucho para un cambio en el comportamiento de esta patología.

Reciban felicitaciones sinceras.

Atentamente:

---

**M.S.C M.D José de los Ángeles Méndez**

**Especialista en Ginecología y Obstetricia**

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la Miomatosis Uterina como causa de histerectomía en pacientes ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017.

**Material y Método:** Estudio descriptivo, de corte transversal – retrospectivo. Cuyo universo es el total de las pacientes ingresadas al servicio de Ginecología con el diagnóstico de Miomatosis Uterina durante el periodo estipulado, para un total de 300 casos. La muestra estuvo constituida por 40 pacientes a las cuales se les realizó histerectomía por presentar Miomatosis Uterina.

**Resultados:** Dentro de los datos más relevantes tenemos que el grupo de edad fue entre las edades de 41-52 años en un 60%, estudiaban primaria en un 47.5%, sector urbano en un 95% y eran amas de casa en un 85%. Entre los antecedentes Gineco-Obstétricos se encontró una menarca entre las edades de 11-13 años en un 65%, eran multíparas en un 90% y eran Post- Menopáusicas en un 47.5%. En relación a la clasificación clínica corresponde a miomas de grandes elementos en un 65%, intramurales en un 97.5% y en base al número de miomas eran múltiples en un 72.5%. Dentro de las indicaciones para realizar la histerectomía fue por útero aumentado de tamaño en un 55%. En relación a la evolución de las pacientes referente a la histerectomía fue satisfactoria ya que no presentaron ningún tipo de complicaciones Trans- Quirúrgicas ni Post- Quirúrgica.

## INDICE

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION .....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
OBJETIVOS .....	4
OBJETIVO GENERAL .....	4
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	4
MARCO TEORICO.....	5
GENERALIDADES.....	5
FISIOPATOLOGÍA.....	5
ETIOPATOGENIA .....	6
FACTORES DE RIESGOS .....	7
CLASIFICACIÓN.....	9
PRESENTACIÓN CLÍNICA .....	10
DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	12
TRATAMIENTO MÉDICO .....	13
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO .....	16
COMPLICACIONES TRANS-QUIRÚRGICAS .....	20
COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS.....	21
DISEÑO METODOLOGICO.....	23
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	23
ÁREA DE ESTUDIO.....	23
UNIVERSO .....	23
MUESTRA .....	23
TIPO DE MUESTREO .....	23
CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	23
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	23
PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.....	23
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	24
PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	24
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	25
ENUNCIADO DE LAS VARIABLES POR OBJETIVOS .....	26

<b>OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....</b>	<b>27</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>32</b>
<b>ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>35</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>39</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>40</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>43</b>

## INTRODUCCION

Los Miomas Uterinos también conocidos como fibromiomas o leiomiomas son neoplasias benignas del musculo liso del útero y ocurre en 20 a 40% de mujeres en edad reproductiva, se estima que aproximadamente una de cada cinco mujeres de más de 35 años de edad padecerán de este tipo de tumor durante su edad fértil. Pueden ser únicos o múltiples, y por su localización se clasifican en subserosos, intramurales y submucosos.

La mayoría de los miomas no producen síntomas, solo del 20 al 40% de ellos son sintomáticos. Los síntomas más frecuentes son sangrado uterino anormal, dolor pélvico, síntomas compresivos y alteración de la fertilidad.

La Miomatosis Uterina puede ser tratada mediante dos tipos de intervenciones terapéuticas. Una de ellas es a través de un tratamiento médico, generalmente a base de la combinación de estrógenos y progestágenos y el otro tipo de intervención es mediante la extirpación quirúrgica del útero denominado histerectomía.

La histerectomía continúa siendo el tratamiento más común para la miomatosis uterina debido a que es el único que cura y elimina la posibilidad de recurrencia. Existe una morbilidad significativa en 3% de los casos, con mortalidad en 1-2 por 1,000 histerectomías. Otros factores que pueden justificar la realización de histerectomía por miomatosis uterina incluyen relajación del piso pélvico, endometrio anormal o la intolerancia al tratamiento hormonal estimado hasta en 40 a 50%.

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.



## JUSTIFICACIÓN

La Miomatosis Uterina es la neoplasia benigna ginecológica más común, apareciendo en el 20 - 40 % de las mujeres en edad reproductiva y casi el 70% de mujeres con 50 años a nivel mundial. Es muy difícil establecer la frecuencia real de esta patología debido a que en nuestro país no existen registros de datos de prevalencia por lo tanto, no se cuenta con estudios acerca de este tema. Sin embargo se conoce que en los últimos años ha venido en ascenso el porcentaje de pacientes que cursan con esta enfermedad.

La mayoría de los miomas son asintomáticos y no requieren tratamiento, excepto si son de gran tamaño o causan síntomas que no ceden con tratamiento médico, los cuales deben ser extraído quirúrgicamente y es en Hospital de referencia de la mujer Bertha Calderón Roque donde se realiza este procedimiento quirúrgico llamado Histerectomía ,siendo la cirugía de elección en las pacientes que tienen más de un mioma, útero aumentado de tamaño o que presenten síntomas que comprometan la vida de la paciente. En nuestro país, este procedimiento es uno de los más comunes para la miomatosis uterina porque con este se ha logrado eliminar la posibilidad de recurrencias y es el único que cura.

Además de ello, la Miomatosis Uterina constituye un problema de salud pública que merece especial atención, debido a las repercusiones, tanto para la paciente como para la sociedad, al generar trastornos menstruales y de fertilidad, riesgos quirúrgicos y gastos hospitalarios, problema a lo que no se escapa la población femenina nicaragüense; es por tal razón y teniendo en cuenta que no existen estudios específicos sobre este tema y dada la importancia del mismo que consideramos la necesidad de realizar nuestro proyecto investigativo para obtener la información adecuada que sirva de base y así se pueda realizar un protocolo que sirva de guía para los médicos y estudiantes en formación y lograr de esta manera un manejo eficiente para las pacientes que padecen esta enfermedad.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cómo la Miomatosis Uterina es la causa de histerectomía en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar la Miomatosis Uterina como causa de histerectomía en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Determinar los Datos Generales de las mujeres en estudio.
2. Señalar los Datos Gineco-Obstétricos de las mujeres en estudio.
3. Describir las Bases de la Clasificación de la Miomatosis Uterina.
4. Enumerar las Causas de Indicación de Histerectomía en las mujeres en estudio.
5. Describir la evolución de las pacientes.

## MARCO TEÓRICO

### GENERALIDADES

Los Miomas Uterinos también se conocen como leiomioma (del griego leio: liso, mio: músculo, oma: tumor), fibroma, escleroma fibroide o miofibroma son tumores benignos monoclonales derivado de células de músculo liso con elementos conectivos fibrosos que afecta el cuerpo uterino. Son tumores bien circunscritos, no encapsulados , pero limitados por una delgada capa de tejido conectivo, separados, firmes, de color blanco grisáceo con un aspecto arremolinado característico y cuyo tamaño varía desde nódulos pequeños fácilmente visibles a tumores masivos que pueden abarcar toda la pelvis y provocar síntomas compresivos; rara vez se maligniza (< 1%) transformándose en un leiomiosarcoma.

Constituyen la tumoración benigna más frecuente en las mujeres, presentándose en un 30%, es decir; en 3 de cada 10 mujeres entre los 30 a 50 años de edad que presentan esta enfermedad. Estas tumoraciones habitualmente se presentan entre la cuarta y la quinta década de la vida, aunque en ocasiones puede presentarse en edades más tempranas. A pesar de que se reconocen como los tumores más comunes de todo el organismo femenino y probablemente el tumor benigno más frecuente en las mujeres mayores de 35 años, no se ha podido establecer con exactitud la incidencia real porque es una enfermedad asintomática en la mayoría de los casos, sin embargo se acepta que afecta al 20% de las mujeres en edad reproductiva. Se ha calculado que hasta 75% de las mujeres presentan miomas desde milimétricos hasta gigantes, de los cuales menos de 30% eran clínicamente observables.

### FISIOPATOLOGÍA

Los Miomas Uterinos son tumores monoclonales en cuya fisiopatología están involucradas mutaciones somáticas de células miometriales y la interacción de esteroides sexuales con factores de crecimiento.

Estos tumores tienen una gran diversidad en su comportamiento: pueden ser únicos o múltiples, tienen alta dispersión en su potencial de crecimiento y variaciones en sus características celulares.

Las células miometriales tienen receptores de estrógenos (RE) y de progesterona (RP). Éstos últimos son inducidos por estímulo estrogénico; el estímulo progestativo, en cambio, los inhibe.

En el endometrio la expresión RP alcanza el máximo en las fases folicular tardía y lútea precoz (se refleja la inducción de receptores de progesterona por estrógenos), declinando hasta llegar a niveles indetectables en la mitad de la fase secretora (donde se refleja la inhibición de RP por el estímulo progestativo).

Los Miomas Uterinos responden al estímulo hormonal, hecho avalado por la observación clínica de su desarrollo durante la edad reproductiva y su involución en la postmenopausia y en estados hipogonádicos, y su posibilidad de crecer durante el embarazo. La interrelación entre estrógenos y progesterona sería la que determina esta respuesta, no la acción estrogénica o progestativa aislada. De hecho, los miomas muestran aumento de receptores de estradiol y de progesterona.

## **ETIOPATOGENIA**

El leiomioma es el resultado conjunto de la acción de los esteroides ováricos, insulina y factores del crecimiento. Se sabe que los estrógenos, intervienen activamente en el aumento de tamaño de los miomas y que un estado hipoestrogénico se asocia a la disminución del volumen del tumor, de la misma manera se ha apreciado un aumento en el número de mitosis durante la fase lútea lo cual sugiere un papel mitógeno de la progesterona (elevando la expresión o alterando la función de los factores de crecimiento involucrados en este proceso: factor de crecimiento epitelial (EGF), factores de crecimiento similar a insulina (IGF) tipo I y tipo II, factor de crecimiento derivado de las plaquetas (PDGF) y de sus receptores específicos.

Los miomas responden a los diferentes niveles de esta hormona, ya que suelen presentar una concentración de receptores de progesterona más alta que el tejido muscular uterino que los rodea. La progesterona incrementa los factores de crecimiento tisular y estimulan el gen Bal-2, el cual evita la muerte celular; es por esta combinación de anomalías celulares que pueden llegar a tamaños increíbles.

También se ha encontrado asociación con los genes supresores de tumores (BRCA1 y BRCA2), así como patrones hereditarios. Los miomas representan neoplasias y no hiperplasias del miometrio, que se desarrollan a partir de una mutación unicelular, con frecuentes alteraciones genéticas (redisposición 6p y delección 7q). Townsend demostró en 1970 que los miomas sólo contienen una de las dos isoenzimas (A o B) de la glucosa-6- fosfato deshidrogenasa, pero nunca las dos, aunque el tipo puede variar de un tumor a otro dentro del mismo útero, como sucede en el resto del miometrio, a modo de un mosaicismo. Estas isoenzimas tienen su producción controlada por el cromosoma X. Diferentes miomas suelen tener cada uno un cariotipo distinto.

## **FACTORES DE RIESGOS**

### ➤ Escolaridad

El grado de educación, es un motivo de análisis y un parámetro absolutamente objetivo y medible en casi todas las personas. La escolaridad es un parámetro de gran influencia en el comportamiento de autocuidado que debe llevar cada persona, las mujeres con escolaridad por debajo del nivel promedio tienen mayor índice de presentar complicaciones ginecológicas (miomatosis uterina) debido a la falta de conocimiento que están teniendo en las debidas acciones para prevenir y tratar esta afección correspondientemente.

### ➤ Alfabeta

Son todas las mujeres que saben leer y escribir, poseen mayor conocimiento y capacidad de reflexionar a través de ellos, ya sea en las medidas que adopten para prevenir esta patología o en las medidas que ejercen en su autocuidado una vez diagnosticada dicha patología.

➤ Analfabeta

Se les denominan a las personas que no saben leer ni escribir, también para definir a los que carecen de los conocimientos más básicos de alguna disciplina. Las mujeres con esta particularidad tienen un mayor índice de afectación y repercusión ya que se limitan a la información, no poseen muchos conocimientos en relación a las afecciones ginecológicas ni mucho menos en su autocuidado.

➤ Edad

La mayor edad está asociada con aumento de miomas hasta la menopausia, en la cual, dado el descenso de los estrógenos, hay menos miomas y de menor tamaño. La edad más común es entre los 30 y los 40 años. Siendo tumores estrógeno-dependiente, su crecimiento está facilitado por la acción de los estrógenos y la progesterona, las hormonas sexuales femeninas producidas en los ovarios y por eso en la menopausia suelen reducirse de tamaño. Son muy raros antes de los 20 años, y excepcionales antes de la pubertad.

➤ Lugar de residencia

Urbana: Las mujeres del área urbana tienen menor probabilidad de padecer enfermedades ginecológicas posean o no factores de riesgo, ya que, solo con el simple hecho de vivir en un área urbana, tienen mayor accesibilidad a información pública y acceso a las unidades de salud, reduciendo esto en medida a través de la prevención y reducción de complicaciones que estas puedan presentar.

Rural: Afectadas por la localización geográfica, las mujeres tienen menor acceso a las unidades de salud esto influye significativamente en la información que estas puedan recibir y la detección temprana respectivamente de cualquier eventualidad ginecológica que estas pueden presentar.

➤ Paridad

Nuliparidad: La nuliparidad es un factor de riesgo, ya que las mujeres nulíparas tienen una alta exposición prolongada a niveles de estrógenos endógenos,

necesarios para que el crecimiento del fibroma se lleve a cabo. Con la falta de hijos en la mujer se considera que este hecho representa un estímulo estrogénico inadecuado y persistente.

Multiparidad: Durante la gestación, la incidencia de miomas detectados por ecografía es baja. El embarazo tiene un efecto variable e impredecible sobre el crecimiento de los miomas, probablemente dependiente de las diferencias individuales en la genética, los factores de crecimiento circulantes y los receptores localizados en los miomas. Sin embargo, la mayoría no aumentan su tamaño durante la gestación.

➤ Factores hormonales endógenos

A menor edad de presentación de la menarquia existe más riesgo de padecer un mioma uterino, después de la menopausia por lo general el tamaño de los leiomiomas disminuye y rara vez se forma un tumor nuevo, al parecer la mayor parte del riesgo o de factores protectores depende de las circunstancias que modifican en forma crónica la concentración de estrógenos, progesterona o ambos, en la posmenopausia disminuye el riesgo en un 70 - 90%

En las mujeres que han tenido un hijo el riesgo disminuye en 20 – 50% en relación con las que no tuvieron hijos, así como también el número de hijos disminuye el riesgo, algunas observaciones que apoyan este fenómeno son las mujeres que tienen hijos más jóvenes, quienes tienen mayor paridad y aquellas con un embarazo más reciente, en las que la frecuencia de leiomiomas es menor.

## **CLASIFICACIÓN**

Los diferentes miomas uterinos pueden afectar la vida reproductiva de la mujer, y los resultados de las intervenciones quirúrgicas para cada tipo pueden variar.

Los miomas se pueden clasificar por su clínica, localización y número.

Por su Clínica:

- ❖ Pequeños: Tamaño uterino equivalente a 6-8 SG.



- ❖ Medianos: Tamaño uterino equivalente a 10-12 SG.
- ❖ Grandes: Tamaño uterino equivalente a >12 SG.

Por su localización:

- ❖ Submucosos: un mioma submucosos es aquel que distorsiona la cavidad uterina. La sociedad Europea de Histeroscopia clasifica a los miomas submucosos en 3 subtipos: Tipo 0 mioma pediculado sin extensión intramural; Tipo I, es sésil con extensión intramurales mioma menor al 50% y Tipo II, es sésil con extensión intramural del 50% o más. El grado de extensión intramural se puede evaluar por medio de ultrasonido o por histeroscopia observando el ángulo el mioma y el endometrio unido a la pared uterina.
- ❖ Intramural (intersticial): es un mioma que no distorsiona la cavidad uterina y menos de un 50 % de estos miomas sobresalen en la superficie serosa del útero.
- ❖ Subserosos: un mioma es considerado subserosos si más del 50% del mioma sobresale de la superficie serosa del útero, estos pueden ser sésiles o pediculados.

## **PRESENTACIÓN CLÍNICA**

Se estima que sólo 20 a 50% de las mujeres con un mioma o más experimentan síntomas que pueden atribuirse directamente al mioma en sí. Los síntomas varían e incluyen sangrado uterino anormal, dolor pélvico, presión pélvica, capacidad reducida de la vejiga, constipación y disfunción reproductiva.

El síntoma más común es el sangrado uterino anormal. Los síntomas usualmente se correlacionan con su localización, número, tamaño o con algún cambio degenerativo concomitante.

Sangrado Uterino Anormal: La menorragia y la hipermenorrea son el patrón más común de sangrado.

Los miomas submucosos e intracavitarios tienden a producir con mayor frecuencia sangrado.

A continuación se comentan algunos de los mecanismos propuestos:

- ✓ Incremento del tamaño del área de superficie endometrial.
- ✓ Incremento de la vascularidad y flujo vascular del útero.
- ✓ Interferencia con la contractilidad uterina normal.
- ✓ Ulceración endometrial del mioma submucoso.
- ✓ Compresión del plexo venoso con el miometrio.

Los miomas sufren regresión posterior a la menopausia, lo que se acompaña de atrofia del endometrio y con lo que cesa el sangrado uterino.

Síntomas de Tumoración Pélvica: Los miomas subserosos son los más relacionados con este síntoma.

El tamaño del útero miomatoso se describe en semanas menstruales, así como en un útero gestante. Un útero miomatoso de 12 a 20 semanas de tamaño puede palparse en la exploración abdominal. La presión pélvica aparece cuando el útero incrementa de tamaño. Al crecer el útero, la presión sobre órganos adyacentes, especialmente el tracto urinario y recto sigmoides, se acentúa. Las manifestaciones asociadas al tracto urinario incluyen frecuencia urinaria, obstrucción de salida y obstrucción ureteral con hidronefrosis. La constipación o tenesmo puede ser secundario a un mioma en la pared posterior, que ejerce presión en el recto sigmoides.

Dolor: No es un síntoma frecuente, y se asocia usualmente con la torsión de un mioma pediculado, dilatación cervical por un mioma submucoso, protruyendo del segmento uterino inferior.

Infertilidad: La miomatosis uterina se asocia a infertilidad en 5 a 10% de los casos. Los miomas intramurales y subserosos tienden a producir mayor disfunción reproductiva.

Los mecanismos sugeridos mediante los cuales disminuyen la fertilidad incluyen:

- ✓ Alteración del contorno endometrial que interfiere con la implantación.
- ✓ Agrandamiento y deformidad de la cavidad uterina que interfiere con el transporte espermático.
- ✓ Distorsión anatómica que reduce el acceso al cérvix del espermatozoide.
- ✓ Contractilidad uterina alterada.
- ✓ La persistencia de sangrado intrauterino o coágulos interfieren con la implantación.
- ✓ Miomas posteriores pueden interferir con la relación anatómica tubo-ovárica, y el ostium tubario puede estar distorsionado u obstruido.

Tumor Abdominal Palpable: Es una forma de presentación frecuente en mujeres que no se realizan controles periódicos. La paciente refiere que su cintura y su abdomen inferior aumentan de tamaño, otras mujeres refieren presentar una masa dura a nivel de hipogastrio. Estas manifestaciones se asocian con miomas subserosos o intramurales. Cuando la masa es muy grande y no presentan ningún otro síntoma se trata de un mioma subseroso.

### **DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

Habitualmente puede realizarse por el cuadro clínico y el examen físico, a veces como un hallazgo en mujeres que consultan por otras causas o al realizar el examen preventivo ginecológico.

El examen físico puede determinar el tamaño, forma y consistencia del útero y los nódulos, así como su localización.

El ultrasonido abdominal o transvaginal tienen una sensibilidad hasta del 85% para detectar miomas de 3 o más centímetros, es el medio diagnóstico más útil en el momento actual e identifica muy tempranamente tumores muy pequeños y otros de localización muy difícil así como descarta el diagnóstico diferencial del embarazo y tumores sólidos de ovario.

El uso de otras pruebas puede proveer más información sobre los miomas:

- La histerosalpingografía es un examen especial de radiografía. Este examen puede detectar alteraciones anormales en el tamaño y la forma del útero y las trompas de Falopio.
- La ecohisterografía es un examen donde se introduce un líquido en el útero a través del cuello uterino y se utiliza la ecografía para ver el interior del útero. Este líquido brinda una imagen clara del revestimiento del útero.
- En la laparoscopia se visualiza la cavidad abdominal. El laparoscopio se introduce por una pequeña incisión que se hace justamente debajo o a través del ombligo, con el cual se puede ver miomas en el exterior del útero.
- La histeroscopia es un método auxiliar que permite diagnosticar pólipos o miomas submucosos de pequeños elementos.
- La tomografía axial computarizada y la resonancia magnética (RM). Tiene una mayor sensibilidad y especificidad que el resto de los exámenes de imagenología para el estudio de los miomas. Se recomienda usar la resonancia magnética, en casos justificados (con dificultad diagnóstica o de investigación).

## **TRATAMIENTO MÉDICO**

El objetivo de la terapia médica es aliviar la sintomatología. Para las mujeres que prefieren manejo conservador, existen múltiples terapias médicas. Tiene como ventaja evitar las complicaciones del manejo quirúrgico y permitir la conservación del útero.

Estas terapias deben ser tomadas como la primera línea de tratamiento. Las terapias disponibles son:

- ✓ Estrógenos y progestina

La combinación de estrógenos y progestina o progestina sola, son a menudo la primera línea de tratamiento de estas pacientes. A pesar de que esta terapia produce atrofia endometrial y estabilización, no han mostrado disminuir el tamaño del mioma.

✓ Inhibidores de la síntesis esteroidea

Agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (análogos de GnRH): Es la terapia actual más exitosa para el manejo médico de los miomas. Estos medicamentos hacen una regulación a la baja de los receptores de GnRH a nivel de la hipófisis, causando una reducción profunda de hormona folículo estimulante (FSH), hormona luteinizante (LH) y esteroides ováricos y, por lo tanto, causan un incremento repentino inicial, causando hiperestrogenismo y posteriormente producen un estado de hipoestrogenismo. Esto ocasiona amenorrea y declinación en el tamaño del mioma de 35 a 65%; la disminución del tamaño se hace más evidente a los tres meses de terapia.

Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) además se consideran de valor en la terapia preoperatoria para pacientes con anemia o miomas de gran tamaño. Los efectos colaterales debidos al hipoestrogenismo son: bochornos, cefalea, sequedad vaginal, depresión, desmineralización ósea que ocasiona osteoporosis. Algunos de estos agentes son la nafarelina, goserelina, leuprolide, buserelina y latriptorelina.

✓ Antagonista de la hormona liberadora de gonadotropinas

Estos medicamentos inhiben los receptores hipofisarios de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) y causan una declinación inmediata de hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH); esto debido a una modificación adicional de la molécula de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), lo que origina un análogo sin actividad intrínseca, pero que compite con la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) por el mismo sitio receptor. El efecto rápido provoca una duración corta del tratamiento y efectos colaterales relacionados.

El grado de reducción en el tamaño del mioma es comparable con el antes mencionado por los agonistas de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). Algunos efectos adversos son los bochornos y cefalea.

✓ Inhibidores de la aromatasa

Inhiben directamente la síntesis de estrógenos y producen rápidamente un estado hipoestrogénico. Los niveles de estrógeno sérico disminuyen después del primer día de tratamiento. Se sabe que los miomas sobre expresan aromatasa, una enzima que produce estrógeno a partir de un estrógeno sintético, lo cual sugiere que los miomas producen su propio estrógeno, y que los inhibidores de la aromatasa pueden tener como blanco esta fuente de estrógenos.

Éstos son una prometedora terapia debido a su rápido efecto hipoestrogénico, y a la posibilidad de iniciar la terapia en cualquier momento del ciclo menstrual.

✓ Moduladores de los receptores esteroideos

Moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (SERM): Son agentes no esteroideos que se unen a los receptores de estrógenos y exhiben un efecto agonista o antagonista estrogénico, dependiendo del tejido blanco.

El tamoxifeno es un modulador selectivo de los receptores de estrógenos (SERM), su acción agonista en el endometrio causa un incremento en el riesgo de hiperplasia endometrial y cáncer. El raloxifeno a diferencia del tamoxifeno, no tiene actividad agonista en el endometrio.

✓ Moduladores de los receptores de progesterona (mifepristona)

Son antiprogestinas con una acción antagonista primaria. Esta clase de agentes reduce el número de receptores de progesterona, y produce amenorrea y supresión del mioma. La mifepristona también inhibe el ciclo ovárico, mantiene un estado hormonal similar a la fase folicular temprana, y afecta el aporte vascular de los miomas.

✓ Moduladores selectivos de los receptores de progesterona (asoprisnil)

Estos agentes exhiben una actividad agonista y antagonista, con un alto grado de especificidad para los receptores de progesterona y selectividad por el tejido.

Esta terapia causa una supresión directa de la proliferación del endometrio, pero no provoca cambios en la concentración basal de estrógenos, no afecta la ovulación y no interrumpe el ciclo menstrual.

✓ Terapia androgénica

El danazol es un derivado de la 19-nortestosterona que inhibe la secreción de gonadotropinas en la hipófisis, la producción de esteroides ováricos y suprime el crecimiento endometrial.

El efecto del danazol es esencialmente androgénico, con propiedad progestínica, antiprogestágeno y antiestrogénica moderadas. Disminuye efectivamente el volumen del mioma. La gestrinona es un derivado de la etinil-nortestosterona, y tiene propiedades antiestrogénicas y antiprogestogénicas.

Esta terapia induce de manera efectiva amenorrea y disminuye el tamaño del mioma. Una ventaja de la gestrinona es el efecto duradero que deja en el mioma después de la discontinuación del medicamento. Los efectos más comunes asociados con el danazol incluyen: ganancia de peso, edema, disminución del tamaño de glándulas mamarias, acné, piel grasa, hirsutismo, voz grave, cefalea, bochornos, alteración en la libido y calambres musculares.

## **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, en algunos casos se indica conducta conservadora. En los leiomiomas pequeños y asintomáticos se mantiene bajo vigilancia, realizando revisiones periódicas con exploración clínica y ecografía transvaginal, si empieza a presentar sintomatología se abandona la expectación y se recurre a la cirugía.

La historia de la histerectomía es larga y variada, los primeros intentos para realizar histerectomías por vía abdominal se efectuaron debido al hallazgo de leiomiomas que habían sido confundidos con quiste de ovario. Langenbeck intentó la primera histerectomía por vía abdominal en 1825, la operación realizada debido a un cáncer cervical avanzado duró siete minutos y provocó la muerte de la

paciente varias horas después. Durante las primeras décadas del siglo XX, la histerectomía se convirtió en el tratamiento empleado con mayor frecuencia para tratar enfermedades y síntomas ginecológicos.

La histerectomía puede ser total si se extirpa el útero con el cérvix y subtotal si no se extirpa el cérvix, según la vía de abordaje puede ser abdominal, vaginal y laparoscópica.

La histerectomía abdominal se caracteriza por extraer el útero de una mujer a través de un corte abdominal. El especialista hace una incisión en la pared abdominal que exhibe los ligamentos y vasos sanguíneos que rodean al útero, estos últimos deben ser ligados para que cicatricen y no sangren. Posteriormente extrae el útero efectuando un corte en la parte que se conecta con la vagina y repara la parte superior de la vagina para evitar orificios.

En la histerectomía de tipo vaginal se realiza una incisión vaginal por donde se extrae el útero. El especialista debe hacer un corte a través de la pared abdominal alcanzando así los ligamentos y los vasos sanguíneos que rodean al útero, luego los separa del útero y liga los vasos sanguíneos. Después, el doctor hace un corte en la parte superior de la vagina para separar al útero y lo remueve por está. Una vez terminada la extracción, se fijan los ligamentos uterinos a la vagina.



A continuación se presenta las ventajas de las diferentes vías de abordaje:

Histerectomía Abdominal	Histerectomía Laparoscópica	Histerectomía Vaginal
<p>1) Permite una mejor visión y una inspección anatómica más detallada de la cavidad abdominal en caso de patología maligna.</p> <p>2) Menor tiempo quirúrgico frente a la histerectomía laparoscópica.</p>	<p>1) Menor estancia hospitalaria.</p> <p>2) Mínima invasividad frente a la histerectomía abdominal.</p> <p>3) Menos dolor postoperatorio.</p> <p>4) Poca pérdida de sangre.</p> <p>5) Menor infección de la herida.</p>	<p>1) Reducción de la estancia hospitalaria.</p> <p>2) Menor formación de adherencias.</p> <p>3) Menor dolor en la herida.</p> <p>4) Menos tiempo quirúrgico.</p> <p>5) Poca pérdida de sangre.</p>

Desventajas de las diferentes vías de abordaje:

Histerectomía Abdominal	Histerectomía Laparoscópica	Histerectomía Vaginal
<p>1) Mayor estancia hospitalaria.</p> <p>2) Mayores complicaciones intraoperatorias y postoperatorias.</p>	<p>1) Lesión ureteral, vejiga.</p> <p>2) Mayor experiencia y habilidades quirúrgicas.</p> <p>3) Mayor tiempo quirúrgico.</p>	<p>1) Riesgo de lesión vesical.</p> <p>2) Contraindicado cuando se sospecha patología anexial.</p>

El tratamiento del mioma uterino ha sido clásicamente la intervención quirúrgica denominado histerectomía por medio de la cual se extrae el útero. Cuando una mujer requiere una histerectomía puede ser por diversas causas, por lo tanto se debe considerar que para algunas causas existen alternativas de tratamiento médico y no siempre se requiere una histerectomía.

La histerectomía continúa siendo el tratamiento más común para la miomatosis uterina debido a que es el único que cura y elimina la posibilidad de recurrencia, la extirpación del útero es la solución más radical y definitiva para la miomatosis. Es la segunda intervención quirúrgica, después del parto por cesárea, que se realizan con mayor frecuencia. La probabilidad de que una mujer se someta a histerectomía depende de varios factores como edad, sintomatología, paridad entre otros.

Otros factores que pueden justificar la histerectomía por miomatosis uterina incluyen asociación con otras condiciones, como relajación del piso pélvico, endometrio anormal o la intolerancia al tratamiento hormonal.

Las ventajas de la histerectomía incluye el alivio del dolor continuo causados por los fibromas, corrige la anemia por sangrado vaginal prolongado y profuso e irregular. Es el único tratamiento quirúrgico que impide la regeneración de los fibromas. Puede corregir fugas de orina (incontinencia urinaria) que es causada por la presión fibroide sobre los órganos internos.

Las indicaciones para el manejo quirúrgico, incluyen:

- ✓ Sangrado uterino anormal que no responde a tratamiento conservador.
- ✓ Alto nivel de sospecha de malignidad.
- ✓ Crecimiento posterior a la menopausia.
- ✓ Infertilidad cuando existe distorsión de la cavidad endometrial u obstrucción de la trompa uterina.
- ✓ Presión y dolor pélvico que interfieran con la calidad de vida.
- ✓ Síntomas del tracto urinario, como frecuencia y/o obstrucción.
- ✓ Deficiencia de hierro y anemia secundaria a pérdida sanguínea crónica.

Entre los datos de alarma que sugieren intervención quirúrgica inminente se encuentran:

- ✓ Hemorragia con repercusiones hemodinámicas, como hemoglobina menor a 10 g/dl o anemia sintomática.
- ✓ Diámetro del mioma > a 10 cm o crecimiento global del útero equivalente a 12 a 14 semanas de gestación.
- ✓ Síntomas graves de compresión a órganos vecinos.
- ✓ El dolor por sí mismo podría indicar cirugía por degeneración aguda, torsión o prolapso de miomas submucosos pediculados.

Las complicaciones a largo plazo posterior a este procedimiento incluyen el desarrollo de prolapso de cúpula vaginal. Es así que la histerectomía es una opción aceptable para los miomas sintomáticos en pacientes con sangrado significativo, dolor, presión, o anemia, que es refractaria a la terapia y para mujeres con paridad satisfecha.

El tamaño, la ubicación y el número de los miomas determinan que tipo de histerectomía es la más apropiada a realizarse.

## **COMPLICACIONES TRANS-QUIRÚRGICAS**

### ❖ Lesión del Tracto Genitourinario

Son las complicaciones más comunes que se presentan durante la cirugía. Se estiman que ocurren lesiones del tracto genitourinario en una tasa de 1 a 2% en todas las cirugías ginecológicas y se calcula que el 75% de estas lesiones se producen durante la histerectomía.

La lesión ureteral se presenta con menos frecuencia que la vesical. Los estudios han demostrado que, en promedio, dos tercios de las lesiones ureterales no se reconocen en el momento de la cirugía. Estas lesiones tienen más probabilidades de ocurrir durante la disección a lo largo de la pared pélvica lateral, especialmente en la disección a lo largo del ligamento infundíbulo- pélvico.

#### ❖ Hemorragia

La hemorragia intraquirúrgica es consecuencia del fracaso de una ligadura de un vaso, del aflojamiento de una ligadura colocada previamente o del escape de tejido después de pinzarlo. La mayor parte de los sangrados durante la cirugía pueden evitarse con un buen campo y una excelente técnica quirúrgica.

### **COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS**

#### ❖ Infecciosas

La lista de complicaciones infecciosas después de una histerectomía es variable; las tasas informadas son de 10.5% para la histerectomía abdominal, 13.0% para la histerectomía vaginal y 9.0% para la histerectomía laparoscópica. Estas tasas se establecen en varios factores, incluyendo la profilaxis antimicrobiana preoperatoria, nivel socioeconómico, índice de masa corporal, procedimientos concurrentes, experiencia del médico cirujano y sitio de estudio.

Las infecciones más comunes incluyen celulitis del manguito vaginal, hematoma infectado o absceso, infección de la herida, infección del tracto urinario y morbilidad febril.

Los factores que pueden aumentar el riesgo de infección postoperatoria incluyen paciente inmune deprimido, obesidad, varios días de hospitalización, abundante pérdida de sangre, comorbilidades como diabetes mellitus y tabaquismo, falta de antibióticos profilácticos, y presencia de un sitio quirúrgico infectado.

Una de las complicaciones infecciosas más comunes después de la histerectomía es la celulitis del manguito vaginal. Esto suele ocurrir al final de la estancia hospitalaria o poco después del alta. La incidencia varía de 1 a 8.3% después de la histerectomía. Los síntomas pueden incluir fiebre, secreción vaginal purulenta y dolor pélvico, abdominal o de la espalda baja. El examen físico puede revelar sensibilidad o induración del manguito vaginal y secreción purulenta.

#### ❖ Hematoma Pélvico Infectado o Absceso

Suele presentarse después del alta hospitalaria; las estimaciones de la incidencia de una acumulación de fluido después de la histerectomía van desde 19.4% hasta 90% con estimados de incidencia de hematoma de 14.6%.

#### ❖ Infección de la Herida

Suele ocurrir ya sea al final de la estancia hospitalaria o poco después del alta. La mayoría de las histerectomías se clasifican como procedimientos “limpios – contaminados” con entrada controlada hacia el tracto genitourinario.

La histerectomía puede ser un procedimiento “contaminado” si está presente una infección en el momento de la cirugía, ya sea en forma de una infección del trato urinario o como una infección por vaginosis bacteriana. Es poco común que se considere un procedimiento sucio o infectado, con una perforación en el intestino y contaminación fecal o una infección bacteriana aguda con secreción purulenta. La incidencia de la infección de la herida después de histerectomía oscila en 22.6%.

#### ❖ Infecciones del tracto urinario

Se presenta por lo general en etapa temprana del periodo posoperatorio. La incidencia de infección en el tracto urinario después de una histerectomía va desde 13%, pero es responsable de hasta 40% de las infecciones nosocomiales.

## **DISEÑO METODOLOGICO**

### **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Según los objetivos del presente estudio, es descriptivo. De acuerdo a la ocurrencia de los hechos en el tiempo, el estudio es de corte transversal – retrospectivo.

### **ÁREA DE ESTUDIO**

Servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque.

### **UNIVERSO**

Todas aquellas pacientes que fueron ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Abril a Junio del 2017, con diagnóstico de Miomatosis Uterina, el cual fue conformado por 300 pacientes.

### **MUESTRA**

Todas aquellas pacientes que fueron ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Abril a Junio del 2017, en donde se le indicó realizarle la Histerectomía por Miomatosis Uterina, encontrando un total de 40 pacientes.

### **TIPO DE MUESTREO**

No probabilístico por conveniencia.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Expedientes completos de las pacientes en estudio.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Expedientes incompletos de las pacientes en estudio.

### **PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN**

Para la obtención de los datos se solicitara autorización escrita a las autoridades del SILAIS, a fin de que el departamento de estadísticas permita la revisión de expedientes clínicos dentro de las instalaciones del HBCR.

La técnica para la recolección de la información será la revisión documental de los expedientes clínicos archivados en el departamento de estadísticas. El instrumento a utilizar para la revisión de los expedientes clínicos, será una lista de chequeo previamente y validada para la obtención de los datos, la cual contendrá los siguientes ítems:

1. Datos Generales
2. Datos Gineco- Obstétricos
3. Clasificación de la Miomatosis Uterina
4. Indicaciones de Histerectomía
5. Evolución de las pacientes

La validación de la ficha de recolección será con expedientes clínicos de los archivos del servicio de Ginecología del hospital Alemán Nicaragüense y se validara con un 5% del tamaño muestral.

### **PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

La información obtenida se procesara en una base de datos elaborada en programa estadístico SPSS versión 20, posteriormente se utilizaran los programas de Microsoft Word 2016, Microsoft Power Point 2016, Excel 2016, para la presentación en tablas y graficas de los datos obtenidos.

### **PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

Las variables en estudio se tabularan en cuadros de frecuencia simple, frecuencias relativas y graficas elaboradas en programa Microsoft Word 2016, Excel 2016.

Luego de realizar el procesamiento de la información, los datos que se obtendrán serán agrupados y presentados en tablas de frecuencias, en el siguiente orden:

1. Datos Generales
2. Datos Gineco- Obstétricos
3. Clasificación de la Miomatosis Uterina

4. Indicaciones de Histerectomía
5. Evolución de las pacientes

Para la presentación y análisis de los resultados obtenidos se utilizaran los valores en porcentaje correspondiente a cada ítem. Los resultados serán analizados utilizando como referencia el marco teórico.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente protocolo se realiza con fines académicos y científicos, cuyos resultados obtenidos son estrictamente confidenciales sin exponer la identidad de los pacientes y se respetaran los principios de la bioética.



## ENUNCIADO DE LAS VARIABLES POR OBJETIVOS

**Objetivo N°1:** Determinar los Datos Generales de las mujeres en estudio.

1. Edad
2. Estado Civil
3. Escolaridad
4. Procedencia
5. Ocupación

**Objetivo N°2:** Señalar los Datos Gineco-Obstétricos de las mujeres en estudio.

1. Menarquia
2. Inicio de vida sexual activa
3. Gesta
4. Para
5. Menopausia

**Objetivo N°3:** Describir las Bases de la Clasificación de la Miomatosis Uterina.

1. Clasificación clínica de los miomas
2. Clasificación anatómica de los miomas
3. Clasificación según el número de miomas

**Objetivo N°4:** Enumerar las Causas de Indicación de Histerectomía en las mujeres en estudio.

1. Número de miomas de gran tamaño
2. Útero aumentado de tamaño
3. Miomas de pequeños elementos sangrante

**Objetivo N°5:** Describir la evolución de las pacientes.

1. Complicaciones Trans-Quirúrgicas
2. Complicaciones Post-Quirúrgicas

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

<b>Objetivo N°1:</b> Determinar los Datos Generales de las mujeres en estudio.			
<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/valor</b>
<b>Edad</b>	Tiempo vivido en años reportada en expediente clínico	Expediente Clínico	35-40 años 41-46 años 47-52 años ≥53 años
<b>Estado Civil</b>	Relación conyugal de la paciente reportada en expediente clínico	Expediente Clínico	Soltera Casada Acompañada Viuda
<b>Escolaridad</b>	Grado de instrucción académica de la paciente reportado en expediente clínico	Expediente Clínico	Analfabeta Primaria Secundaria Universidad
<b>Procedencia</b>	Área de residencia reportado en expediente clínico	Expediente Clínico	Urbana Rural
<b>Ocupación</b>	Labor que desempeña para vivir reportado en expediente clínico	Expediente Clínico	Ama de casa Doméstica Comerciante Profesional

**Objetivo N°2:** Señalar los Datos Gineco-Obstétricos de las mujeres en estudio.

Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
<b>Antecedentes Gineco- Obstétricos</b>	Historial de la paciente acerca de su vida reproductiva e historial ginecológico	Expediente Clínico	<10 años 11 -13 años 14 – 16 años ≥ 17 años
		Expediente Clínico	10 - 15 años 16 - 20 años ≥21 años
		Expediente Clínico	Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta
		Expediente Clínico	Nulípara Multípara
		Expediente Clínico	Pre -menopáusica Post –menopáusica No Aplica

**Objetivo N°3:** Describir las Bases de la Clasificación de la Miomatosis Uterina.

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/valor</b>
<b>Clasificación clínica de los miomas</b>	Tipo de mioma según semanas de gestación	Expediente Clínico	Pequeños elementos Medianos elementos Grandes elementos
<b>Clasificación anatómica de los miomas</b>	Tipo de mioma en base a localización adentro o afuera del cuerpo uterino	Expediente Clínico	Submucoso Intramural Subseroso
<b>Clasificación según el número de miomas</b>	Número de miomas	Expediente Clínico	Únicos Múltiples

**Objetivo N°4:** Enumerar las Causas de Indicación de Histerectomía en las mujeres en estudio.

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/valor</b>
<b>Número de miomas de gran tamaño</b>	Lo que llevo a la toma de la decisión para la realización de la histerectomía	Expediente clínico	Si No
<b>Útero aumentado de tamaño</b>		Expediente clínico	Si No
<b>Miomas de pequeños elementos sangrante</b>		Expediente clínico	Si No

**Objetivo N°5:** Describir la evolución de las pacientes.

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/valor</b>
<b>Complicaciones Trans-Quirúrgicas</b>	Problemas causados durante la realización de la histerectomía	Expediente clínico	Sin complicaciones Lesión vesical Hemorragia
<b>Complicaciones Post-Quirúrgicas</b>	Problemas causados después de la realización de la histerectomía	Expediente clínico	Sin complicaciones Infección de la herida operatoria Hemorragia Contaminación en campo quirúrgico

## RESULTADOS

**En el estudio sobre Miomatosis Uterina como causa de Histerectomía en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017 se encontró:**

**Objetivo N°1: Determinar los Datos Generales de las mujeres en estudio.**

En base a los resultados obtenidos tenemos que la edad promedio fue entre las edades de 41-52 años con un número de 24 casos que corresponde al 60%, seguidas con un total de 9 casos (22.5%) en las edades de 35-40 años y en menor frecuencia en edades  $\geq 53$  años con un total de 7 casos (17.5%). (Ver tabla N°1)

En relación al estado civil se encontró un total de 21 casos (52.5%) estaban casadas, en 11 casos (27.5%) estaban acompañada, ambos en 4 casos (10%) se encuentran solteras y viudas. (Ver tabla N°1)

La distribución de las pacientes en relación al nivel educativo fue un total de 19 casos (47.5%) estudiaban primaria, 17 casos (42.5%) correspondían a secundaria y ambos 2 casos (5%) eran analfabetas y universitarias. (Ver tabla N°1)

En cuanto a la procedencia, la mayoría provenían del sector urbano con un total de 38 casos (95%) y en 2 casos (5%) corresponde al sector rural. (Ver tabla N°1)

En lo referente a la ocupación la mayoría con un total de 34 casos (85%) eran ama de casa, seguido de 4 casos (10%) que se desempeñaban como comerciante y ambas con 1 caso (2.5%) trabajaban como profesional y doméstica respectivamente. (Ver tabla N°1)

**Objetivo N°2: Señalar los Datos Gineco-obstétricos de las mujeres en estudio.**

De acuerdo a los Datos Gineco-Obstétrico, la mayoría presentaron una menarca entre 11-13 años con un total de 26 casos (65%) seguido de 14-16 años con un total de 10 casos (25%) y <10 años con un total de 4 casos (10%).(Ver tabla N°2)

En lo que respecta el inicio de vida sexual activa, la mayoría de las pacientes tuvo su primera relación sexual entre 16- 20 años de edad con un total de 24 casos (60%) seguido entre 10-15 años con un total de 14 casos (35%) y ≥21 años con un total de 2 casos (5%). (Ver tabla N°2)

En cuanto al número de las gestaciones que las pacientes tuvieron, se encontró que la mayoría eran Multigesta con un total de 18 casos (45%), le sigue las Bigesta y Trigesta con un total de 8 casos (20%) cada una respectivamente y las Primigesta con un total de 6 casos (15%).(Ver tabla N°2)

En lo que respecta al número de partos la mayoría eran multíparas con un total de 36 casos (90%) y solo 4 casos (10%) eran nulíparas. (Ver tabla N°2)

En base a los resultados obtenidos la mayoría de las pacientes eran Post-Menopaúsicas con un total de 19 casos (47.5%), seguidas las Pre- Menopaúsicas con un total de 12 casos (30%) y en 9 casos (22.5%) no pertenecían a ningún grupo de los anteriores mencionado. (Ver tabla N°2)

**Objetivo N°3: Describir las Bases de la Clasificación de la Miomatosis Uterina.**

En base a la clasificación clínica de los miomas se encontró que la mayoría corresponde a miomas de grandes elementos con un total de 26 casos (65%), seguido de miomas de medianos elementos con un total de 13 casos (32.5%) y miomas de pequeños elementos con un total de 1 caso (2.5%). (Ver tabla N°3)



En relación a la clasificación anatómica de los miomas la mayoría corresponde con un total de 39 casos (97.5%) a los intramurales seguido con 1 caso (2.5%) a los subseroso. (Ver tabla N°3)

En cuanto a la clasificación según el número de miomas lo más frecuentes son los múltiples con un total de 29 casos (72.5%) y los únicos con un total de 11 casos (27.5%). (Ver tabla N°3)

**Objetivo N°4: Enumerar las Causas de Indicación de Histerectomía en las mujeres en estudio.**

A las pacientes que se le realizó histerectomía se observó que un total de 22 casos (55%) fue indicada por útero aumentado de tamaño, seguido con un total de 17 casos (42.5%) por números de miomas de gran tamaño y 1 caso (2.5%) por miomas de pequeños elementos sangrantes. (Ver tabla N°4)

**Objetivo N°5: Describir la evolución de las pacientes.**

Dentro de las complicaciones Trans-Quirúrgicas ninguna de las pacientes presentó complicaciones con un total de 40 casos (100%). (Ver tabla N°5)

De las complicaciones Post- Quirúrgicas la mayoría de las pacientes no presentaron complicaciones con un total de 39 casos (97.5%) y con 1 caso (2.5%) sufrió contaminación en campo quirúrgico. (Ver tabla N°5)

## **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

### **Datos Generales de las mujeres con Histerectomía por Miomatosis Uterina**

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio podemos determinar que las mujeres que se sometieron a histerectomía por miomatosis uterina se encontró con mayor frecuencia entre las edades de 41-52 años con un número de 24 casos que corresponde al 60%; datos que coinciden por artículo publicado por el sitio web [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx) en donde detalla que el pico de mayor presentación tiene lugar en la cuarta a quinta década de la vida; ya que es en esta etapa en la que hay mayor tiempo de exposición a un estímulo estrogénico para su crecimiento razón por la cual los fibromas tienen altas concentraciones de estrógeno, tienen más receptores de estrógeno, y convierten el estradiol (una forma más activa de estrógeno) a estrona (una forma menos activa de estrógeno) más lentamente que el miometrio normal.. En relación al estado civil se encontró que la mayoría de las pacientes estaban casadas con un total de 21 casos que corresponde al 52.5%; este tipo de escenario es común en Nicaragua según el sitio web [www.diariometro.com.ni](http://www.diariometro.com.ni) en donde detalla que según un informe realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) en 2014, Nicaragua es el primero de los cinco países con mayor número de menores de edad casadas, junto a Honduras, Guatemala, El Salvador y México lo cual impide el desarrollo de la pareja a nivel personal y profesional, principalmente para la mujer, que si además de esposa es madre, por lo general debe interrumpir sus estudios. Con respecto al nivel educativo se encontró que la mayoría estudiaban primaria con un total de 19 casos que corresponde a 47.5% lo cual nos indica que son mujeres con escolaridad por debajo del nivel promedio trayendo consigo un mayor índice de presentar enfermedades ginecológicas; en este caso la Miomatosis Uterina debido a la falta de conocimiento que ellas tienen en las debidas acciones para prevenir y tratar esta enfermedad. En cuanto a la procedencia la mayoría provenían del sector urbano con un total de 38 casos que corresponde al 95%. En la ocupación la mayoría eran amas de casa con un total de 34 casos que corresponde al 85%, esto nos confirma que ellas están dedicadas por tiempo completo a las labores del hogar; un trabajo tan arduo como exigente lo que con

lleva a que no se preocupen de su estado de salud ante un primer signo clínico como son los periodos menstruales dolorosos, abundantes y prolongados debido a que ellas consideran este signo normal como un proceso fisiológico de la menopausia por lo que trae como consecuencia que ellas busquen atención médica cuando observan el aumento del útero; cabe mencionar que está establecido en la literatura internacional que las mujeres son vulnerables de padecer ciertas enfermedades principalmente las de carácter ginecológico siendo la miomatosis uterina una de las enfermedades que más afectan a las mujeres.

### **Datos Gineco-Obstétricos de las mujeres con Histerectomía por Miomatosis Uterina**

De acuerdo a los datos Gineco-Obstétricos se encontró que la mayoría presentaron una menarca entre 11-13 años con un total de 26 casos que corresponde al 65%, lo cual coincide con la literatura internacional en donde establece que el riesgo es mayor para desarrollar Miomatosis Uterina en las mujeres que tuvieron una menarca a edad temprana. En lo que respecta el inicio de vida sexual activa, la mayoría de las pacientes tuvo su primera relación sexual entre 16- 20 años de edad con un total de 24 casos que corresponde al 60%. En cuanto a la paridad, llama la atención que con mayor frecuencia se presenta en las pacientes Multigesta con un total de 18 casos que corresponde al 45% lo cual resulta contradictorio ya que es bien conocida la relación entre miomatosis uterina e infertilidad además se sabe que el riesgo en mujeres que han tenido hijos es menor que en las que son nulíparas. En lo que respecta al número de partos la mayoría eran multíparas con un total de 36 casos que corresponde al 90%. En base a los resultados obtenidos la mayoría de las pacientes eran Post-Menopaúsicas con un total de 19 casos que corresponde al 47.5% lo cual si corresponde con lo que plantean la literatura internacional y en especial la guía de manejo especializada de Gineco- Obstetricia de Colombia en la que detalla que es poco frecuente que se presente en la Post- menopausia en donde su presencia se ha relacionado con el uso de terapia hormonal sustitutiva o degeneración sarcomatosa. Lo más frecuente encontrar según la literatura internacional es que

la mayoría de los casos de miomatosis uterina disminuyen su tamaño e incluso pueden desaparecer después de la menopausia.

### **Bases de la Clasificación de la Miomatosis Uterina de las mujeres en estudio**

En base a la clasificación clínica de los miomas se encontró que la mayoría corresponde a miomas de grandes elementos con un total de 26 casos que corresponde al 65%, lo cual coincide con lo que publicó Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social en donde informa que la leiomiomatosis uterina de grandes elementos se presenta en mujeres en edad fértil; siendo en nuestro estudio las pacientes Multigesta. De acuerdo a la clasificación anatómica de los miomas la mayoría corresponde con un total de 39 casos que corresponde al 97.5% a intramurales lo cual coincide con lo establecido por el sitio web [dspace.ucacue.edu.ec](http://dspace.ucacue.edu.ec) en donde detalla que aproximadamente el 95% de los fibromas son de localización intramurales lo que hace que crezca considerablemente el tamaño del útero además de que interfieren con la contractilidad uterina, comprimen los plexos venosos y arteriales y, a la larga condicionan la presencia de menstruaciones prolongadas y abundantes, sangrado intermenstrual y dolor durante la menstruación, además de estar relacionados en muchos casos con esterilidad e infertilidad. Respecto al número de miomas en su mayoría fueron múltiples con un total de 29 casos que corresponde al 72.5% lo cual coincide con lo que establece el sitio web [www.tratamiento.de/miomatosis-uterina](http://www.tratamiento.de/miomatosis-uterina) en donde detalla que los miomas pueden crecer como un nódulo solitario o en grupos y pueden variar en tamaño desde 1 mm hasta más de 20 cm de diámetro además de que son los tumores más frecuentemente diagnosticado de la pelvis de la mujer y la razón más común para que una mujer se deba realizar una histerectomía.

### **Causas de Indicación de Histerectomía en las mujeres en estudio**

A las pacientes que se le realizó histerectomía se observó que la mayoría fue indicada por útero aumentado de tamaño con un total de 22 casos que corresponde al 55% lo cual coincide con lo que reporta el sitio web

dspace.ucacue.edu.ec en donde da a conocer que los miomas uterinos es una de las causas comunes y principales del útero aumentado de tamaño presentando como síntoma la presión pélvica, la presión sobre órganos adyacentes, especialmente en el tracto urinario y recto sigmoides y manifestaciones asociadas al tracto urinario como frecuencia urinaria, obstrucción de salida y obstrucción ureteral con hidronefrosis por tales circunstancias a evitar se recomienda la realización de histerectomía cuando existe un crecimiento rápido en la pared del útero.

### **Evolución de las pacientes con Histerectomía por Miomatosis Uterina**

En relación a las complicaciones Trans-Quirúrgicas que presentaron las pacientes que fueron sometidas a histerectomía por miomatosis uterina se pudo establecer que un total de 40 casos que es 100% de las mujeres no presentaron complicaciones. Las complicaciones que se presentan durante la histerectomía son pocas frecuentes y esto va a depender del tipo de histerectomía que se realice y de la experiencia del cirujano. De las complicaciones Post- Quirúrgicas la mayoría de las pacientes no presentaron complicaciones con un total de 39 casos que corresponde al 97.5%. Los factores que pueden aumentar el riesgo de infección postoperatoria incluyen paciente inmune deprimido, obesidad, varios días de hospitalización, abundante pérdida de sangre, comorbilidades como diabetes mellitus y tabaquismo, falta de antibióticos profilácticos, y presencia de un sitio quirúrgico infectado. La complicación más frecuente es la infección de la herida que constituye la causa más común de morbilidad posoperatoria grave que incrementa el tiempo de estancia y los costos hospitalarios, suele ocurrir ya sea al final de la estancia hospitalaria o poco después del alta. La mayoría de las histerectomías se clasifican como procedimientos “limpios – contaminados” con entrada controlada hacia el tracto genitourinario aunque en este estudio la mayoría de las pacientes no presentaron complicaciones después de la cirugía. La histerectomía es una operación que trae más beneficios que complicaciones a las mujeres que se someten a ella debido a graves enfermedades en el órgano reproductor femenino.

## **CONCLUSIONES**

Se realizó el estudio con una muestra de 40 expedientes de mujeres que se le realizó histerectomía por Miomatosis Uterina que estuvieron ingresadas en el servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo comprendido de abril a junio del año 2017, cuyas conclusiones son:

La mayoría se caracterizaron entre 41-52 años de edad, casadas, estudiaban primaria, sector urbano y amas de casa.

Respecto a los Datos Gineco- Obstétricos se caracterizaron por presentar menarca entre las edades de 11-13 años, con inicio de vida sexual activa entre los 16-20 años de edad, multigesta, múltiparas y se encontraban post-menopaúsicas.

En base a la clasificación corresponden a miomas de grandes elementos, son más frecuente los intramurales y en relación al número de miomas son múltiples.

A las pacientes que se le realizó histerectomía se observó que la mayoría fue indicada por útero aumentado de tamaño.

Ninguna de las pacientes que se le realizó histerectomía presentó complicaciones Trans-Quirúrgicas ni Post- Quirúrgicas en donde se concluye que tuvieron una evolución satisfactoria durante y después de la realización del procedimiento quirúrgico.

## RECOMENDACIONES

- 1) A las autoridades del MINSA junto a Directores de SILAIS y Gineco-Obstetras a que elaboren un protocolo que sirva de guía para los médicos tratantes, ya que de esta forma se le facilitará brindar un oportuno y adecuado manejo de esta enfermedad.
- 2) A las autoridades del MINSA para que garanticen de forma gratuita y periódicamente las ferias de salud a nivel urbano y rural, donde se brinden información acerca de la Miomatosis Uterina y sus repercusiones si no se detecta a tiempo además de la realización de ultrasonidos que como ya se sabe es el medio diagnóstico disponible con que cuentan los hospitales para poder detectar esta patología con el objetivo de poder detectar a tiempo la incidencia de esta enfermedad.
- 3) A las autoridades de salud junto al equipo de trabajo del Gobierno Central, crear una campaña masiva por todos los medios de difusión a concientizar a las mujeres con inicio de vida sexual activa, en edad reproductiva, pre- menopaúsicas, post-menopaúsicas a que se realicen periódicamente su chequeo ginecológico ya que de esta esta manera se podrá obtener un diagnóstico precoz y brindar información durante la consulta a las mujeres sobre los factores que influyen en la aparición de la Miomatosis Uterina y así de tratar de disminuir su incidencia.
- 4) A las autoridades hospitalarias junto a los jefes de servicios, crear un mecanismo concreto de supervisión de las medidas de Bioseguridad a todo el personal médico que realiza intervenciones ginecológicas en estas pacientes con el objetivo de evitar complicaciones durante o después de la cirugía que pongan en riesgo la vida de las pacientes que padecen de Miomatosis Uterina.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/082\\_GPC\\_Miomatosisuterina/MIOMATOSIS\\_RR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/082_GPC_Miomatosisuterina/MIOMATOSIS_RR_CENETEC.pdf)

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25335/1/TESIS.pdf>

<http://miomatosisuterina.org/histerectomia/>

<http://www.sciencedirect.com>

<http://visionsalud.net/miomatosis-uterina-es-obligatoria-la-histerectomia/>

<http://infertilidadnicaragua.blogspot.com/2011/09/miomatosis-uterina-en-infertilidad.html>

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18826/1/TESIS%20ROGER%20RODRIGUEZ.pdf>

[http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2223/1/mejia\\_jc.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2223/1/mejia_jc.pdf)

<http://cidbimena.desastres.hn/RMP/pdf/2000/pdf/Vol5-3-2000-8.pdf>

<http://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/5049/3/9BT2013-MTI25.pdf>

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2229/1/tesis%20causas%20y%20complicaciones%20de%20histerectomias%202010%201.pdf>

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21031/1/TESIS.pdf>

<http://www.redalyc.org/pdf/3716/371637122003.pdf>

<http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2009/bc094h.pdf>

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3852/1/Fernandez\\_pi.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3852/1/Fernandez_pi.pdf)

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322016000100002](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322016000100002)

<http://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/5049/3/9BT2013-MTI25.pdf>



<http://www.emol.com/noticias/Tendencias/2012/01/08/736362/Vivir-sin-utero-mujeres-enfrentadas-a-una-nueva-realidad.html>

Montiel-Jarquín, Á., & García-Ramírez, U., & Morales-Castillo, J., & Bobadilla-Valenzuela, R., & Mendoza-García, A., & López-Hernández, A. (2008). Leiomiomatosis uterina de grandes elementos en una paciente joven. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46 (6), 677-680.

# ANEXOS

Tabla N°1: Datos Generales de pacientes que se le realizaron Histerectomía por Miomatosis Uterina ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017

n: 40

<b>Datos Generales</b>			
<b>Edad</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	35-40 años	9	22.5%
	41-46 años	12	30%
	47-52 años	12	30%
	≥53 años	7	17.5%
	Total	40	100%
<b>Estado Civil</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	Soltera	4	10%
	Casada	21	52.5%
	Acompañada	11	27.5%
	Viuda	4	10%
	Total	40	100%
<b>Escolaridad</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	Analfabeta	2	5%
	Primaria	19	47.5%
	Secundaria	17	42.5%
	Universidad	2	5%
	Total	40	100%
<b>Procedencia</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	Urbano	38	95%
	Rural	2	5%
	Total	40	100%
<b>Ocupación</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	Ama de casa	34	85%
	Domestica	1	2.5%
	Comerciante	4	10%
	Profesional	1	2.5%
	Total	40	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla N°2: Datos Gineco-Obstétricos de pacientes que se le realizaron Histerectomía por Miomatosis Uterina ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017

n: 40

<b>Datos Gineco-Obstétricos</b>			
<b>Menarca</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	<10 años	4	10%
	11-13 años	26	65%
	14-16 años	10	25%
	Total	40	100%
<b>Inicio de vida sexual activa</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	10-15 años	14	35%
	16-20 años	24	60%
	≥ 21 años	2	5%
	Total	40	100%
<b>Gesta</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	Primigesta	6	15%
	Bigesta	8	20%
	Trigesta	8	20%
	Multigesta	18	45%
	Total	40	100%
<b>Para</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	Nulípara	4	10%
	Multípara	36	90%
	Total	40	100%
<b>Menopausia</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	Pre-Menopausia	12	30%
	Post-Menopausia	19	47.5%
	No aplica	9	22.5%
	Total	40	100%

Fuente: Expediente Clínico

**Tabla N°3: Clasificación de Miomatosis Uterina en las pacientes que se le realizaron Histerectomía por Miomatosis Uterina ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017**

n: 40

<b>Clasificación de Miomatosis Uterina</b>			
<b>Clasificación clínica de los miomas</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	Pequeños elementos	1	2.5%
	Medianos elementos	13	32.5%
	Grandes elementos	26	65%
	Total	40	100%
<hr/>			
<b>Clasificación anatómica de los miomas</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	Intramural	39	97.5%
	Subseroso	1	2.5%
	Total	40	100%
<hr/>			
<b>Clasificación según el número de miomas</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	Únicos	11	27.5%
	Múltiples	29	72.5%
	Total	40	100%

Fuente: Expediente Clínico

**Tabla N°4: Causas de Indicación de Histerectomía en Miomatosis Uterina en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017**

**n: 40**

<b>Causas de Indicación de Histerectomía en Miomatosis Uterina</b>			
<b>Indicación de Histerectomía</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	Número de miomas de gran tamaño	17	42.5%
	Útero aumentado de tamaño	22	55%
	Miomas de pequeños elementos sangrantes	1	2.5%
	Total	40	100%

**Fuente: Expediente Clínico**

**Tabla N°5: Evolución de las pacientes que se le realizó Histerectomía por Miomatosis Uterina que estuvieron ingresadas en el servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017**

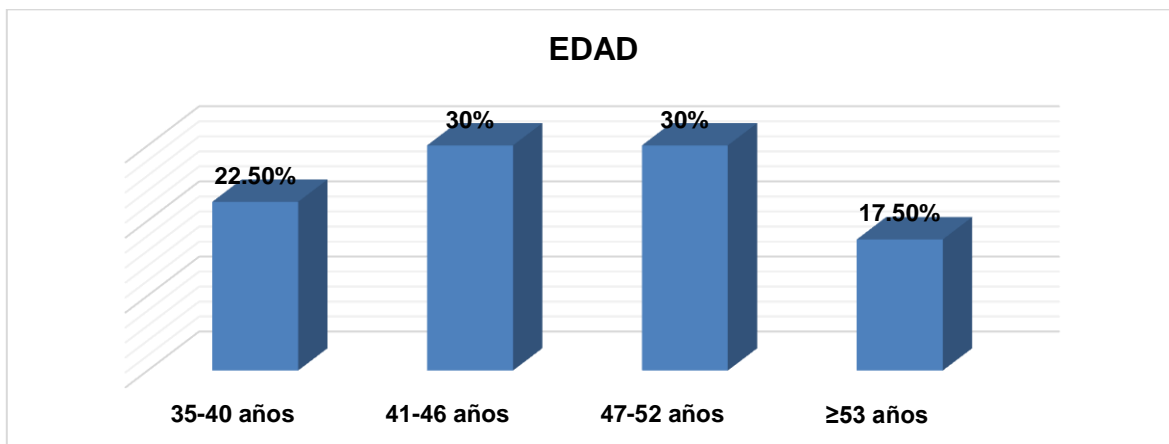
**n: 40**

<b>Evolución de las pacientes que se realizó Histerectomía</b>			
<b>Complicaciones Trans-Quirúrgicas</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	Sin complicaciones	40	100%
	Total	40	100%
<hr/>			
<b>Complicaciones Post-Quirúrgicas</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	Sin complicaciones	39	97.5%
	Contaminación en campo quirúrgico	1	2.5%
	Total	40	100%

**Fuente: Expediente Clínico**

**Grafico N°1: Datos Generales de las pacientes que se le realizó Histerectomía por Miomatosis Uterina ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017.**

**n: 40**

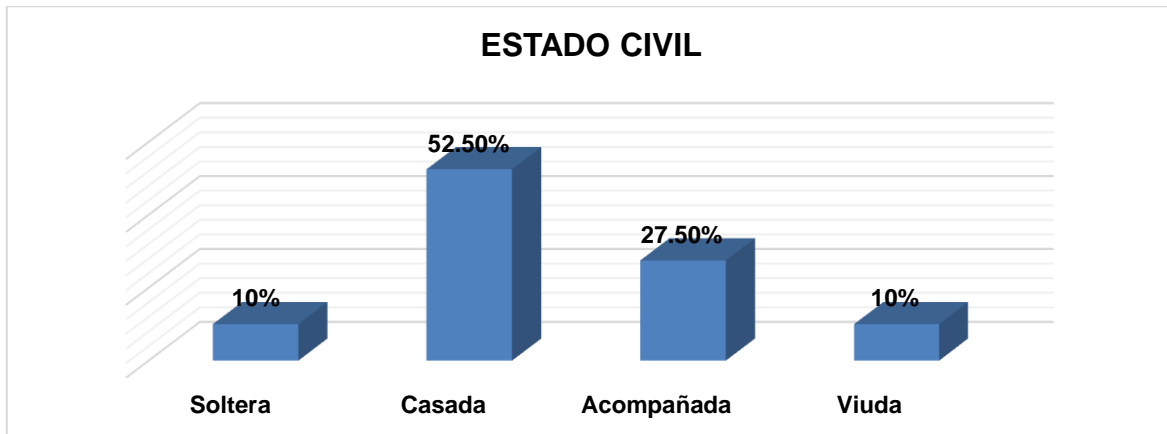


**Fuente: Tabla N°1**



**Grafico N°2: Datos Generales de las pacientes que se le realizó Histerectomía por Miomatosis Uterina ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017.**

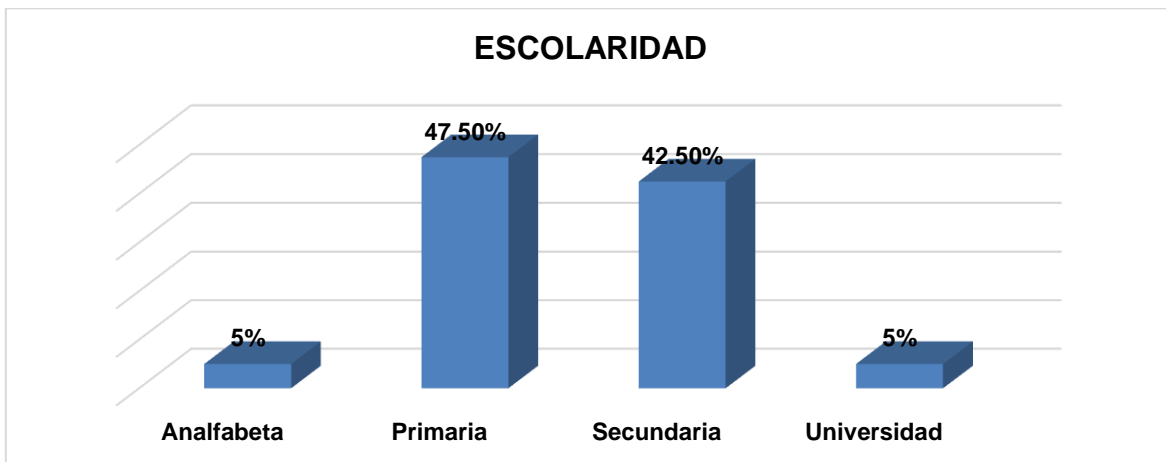
**n: 40**



**Fuente: Tabla N°1**

**Grafico N°3: Datos Generales de las pacientes que se le realizó Histerectomía por Miomatosis Uterina ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017.**

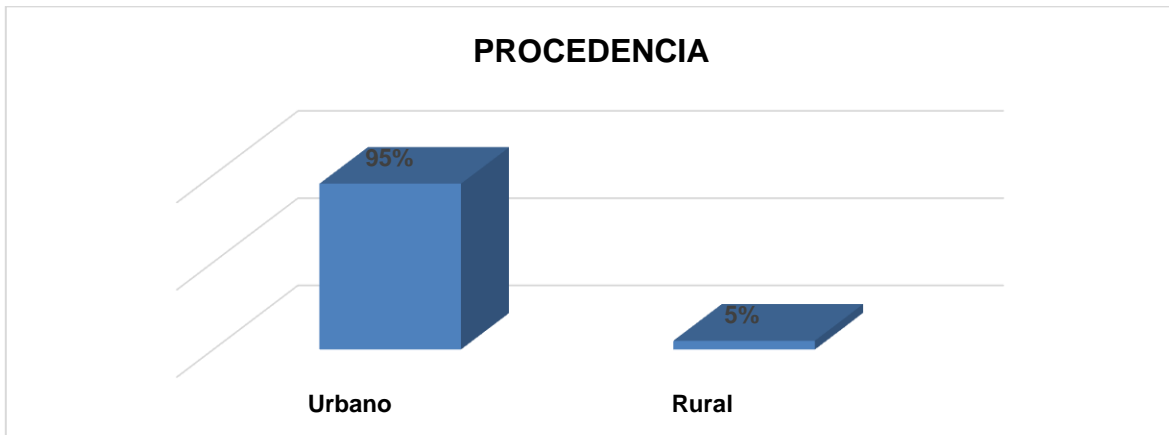
**n:40**



**Fuente: Tabla N°1**

**Grafico N°4: Datos Generales de las pacientes que se le realizó Histerectomía por Miomatosis Uterina ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017.**

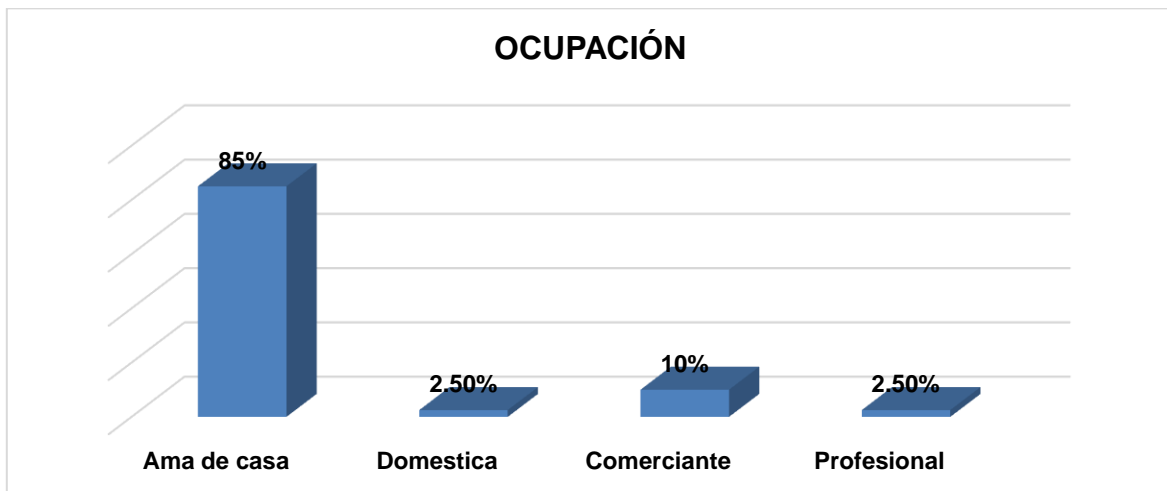
**n:40**



**Fuente: Tabla N°1**

**Grafico N°5: Datos Generales de las pacientes que se le realizó Histerectomía por Miomatosis Uterina ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017.**

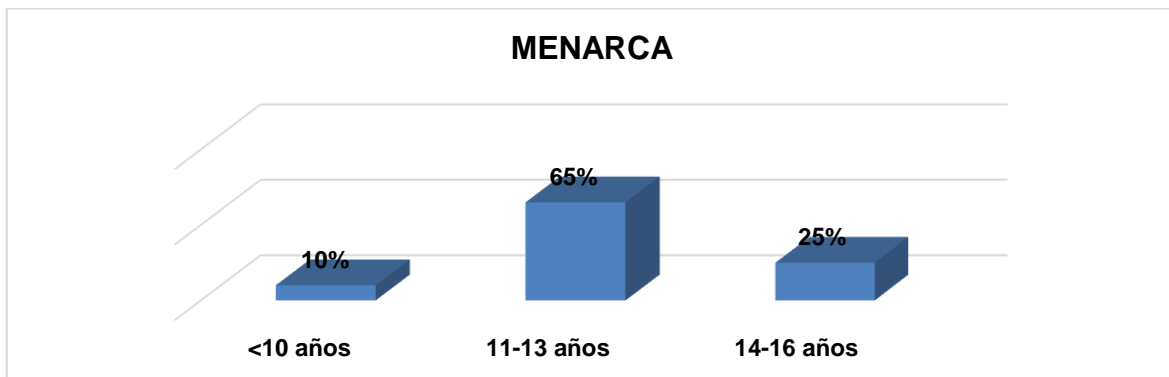
**n:40**



**Fuente: Tabla N°1**

**Grafico N°6: Datos Gineco-Obstétricos de las pacientes que se le realizó Histerectomía por Miomatosis Uterina ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017**

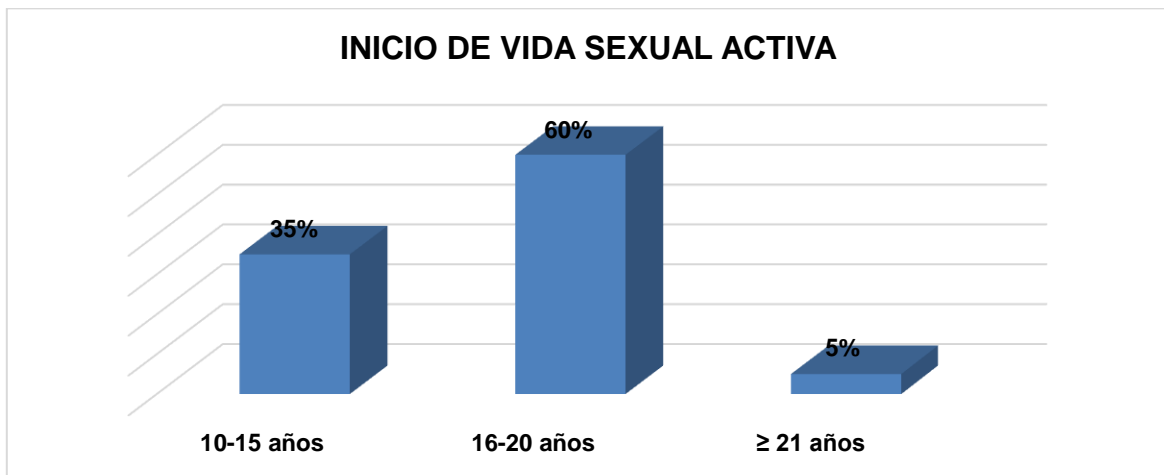
**n:40**



**Fuente: Tabla N°2**

**Grafico N°7: Datos Gineco-Obstétricos de las pacientes que se le realizó Histerectomía por Miomatosis Uterina ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017**

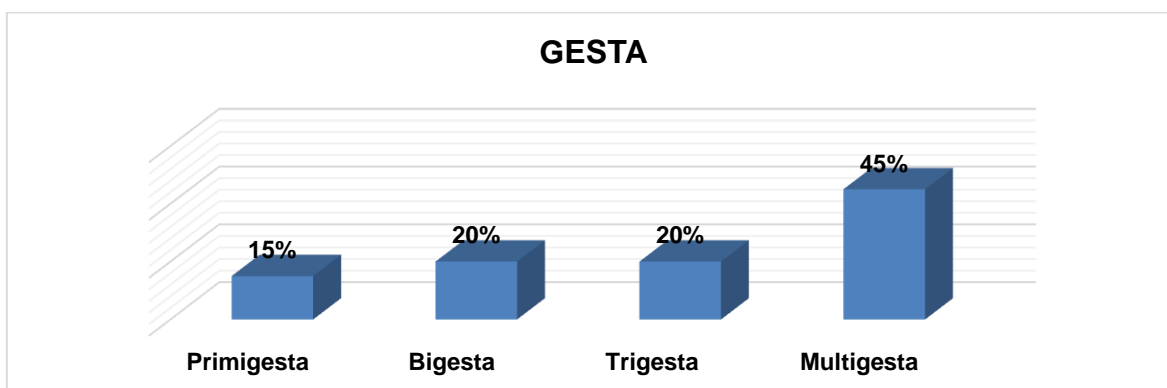
**n:40**



**Fuente: Tabla N°2**

**Grafico N°8: Datos Gineco-Obstétricos de las pacientes que se le realizó Histerectomía por Miomatosis Uterina ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017**

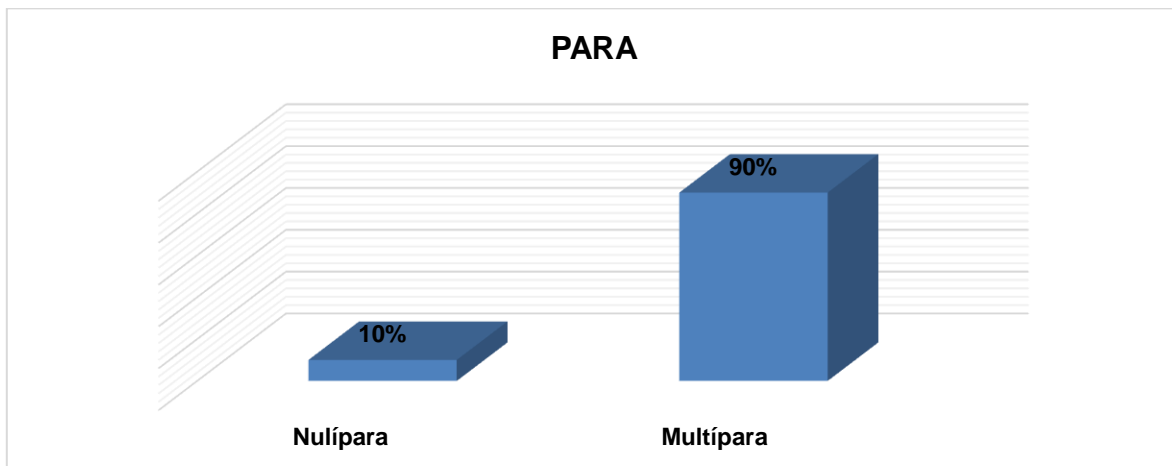
**n:40**



**Fuente: Tabla N°2**

**Grafico N°9: Datos Gineco-Obstétricos de las pacientes que se le realizó Histerectomía por Miomatosis Uterina ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017**

**n:40**

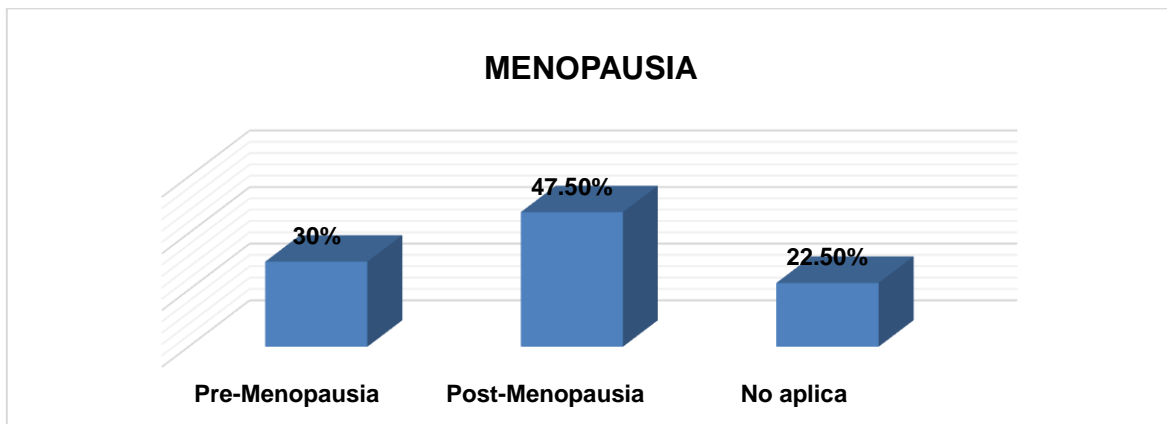


**Fuente: Tabla N°2**



**Grafico N°10: Datos Gineco-Obstétricos de las pacientes que se le realizó Histerectomía por Miomatosis Uterina ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017**

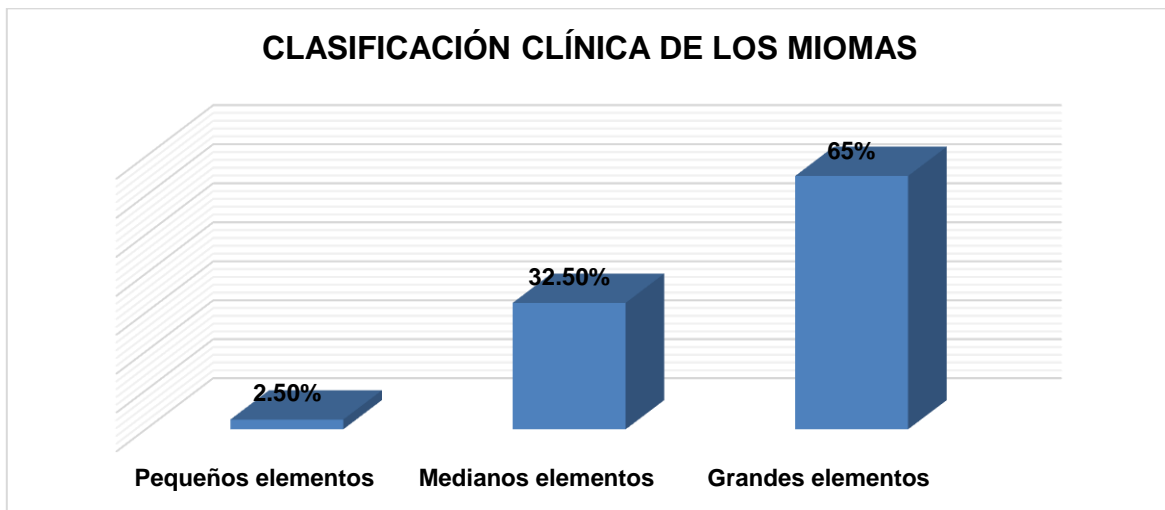
**n:40**



**Fuente: Tabla N°2**

**Grafico N°11: Clasificación de Miomatosis Uterina en las pacientes que se le realizaron Histerectomía por Miomatosis Uterina ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017**

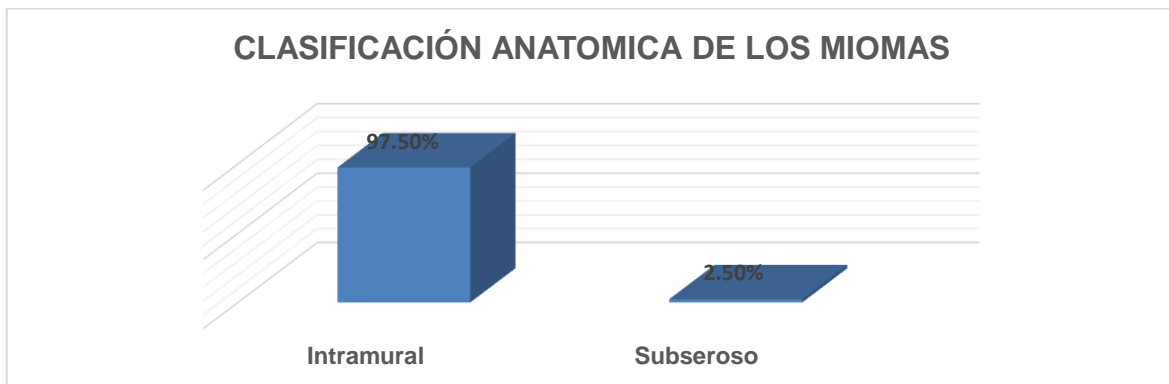
**n: 40**



**Fuente: Tabla N°3**

**Grafico N°12: Clasificación de Miomatosis Uterina en las pacientes que se le realizaron Histerectomía por Miomatosis Uterina ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017**

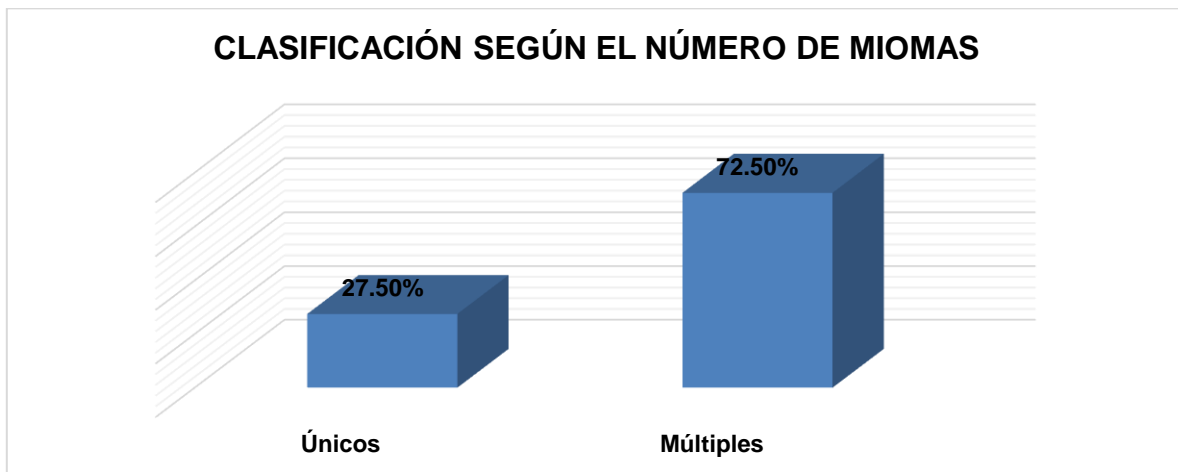
**n: 40**



**Fuente: Tabla N°3**

**Grafico N°13: Clasificación de Miomatosis Uterina en las pacientes que se le realizaron Histerectomía por Miomatosis Uterina ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017**

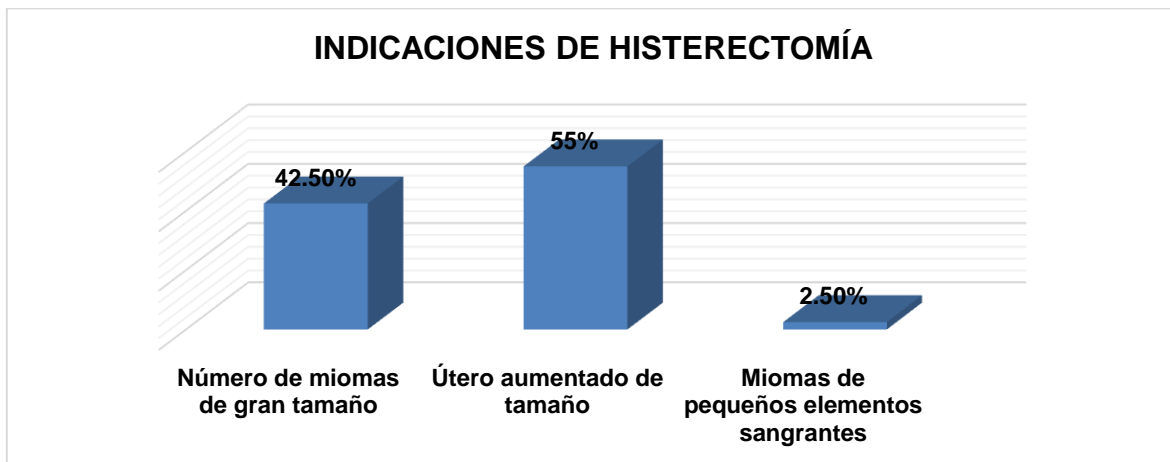
**n: 40**



**Fuente: Tabla N°3**

**Grafico N°14: Causas de indicación de Histerectomía en Miomatosis Uterina en pacientes ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017**

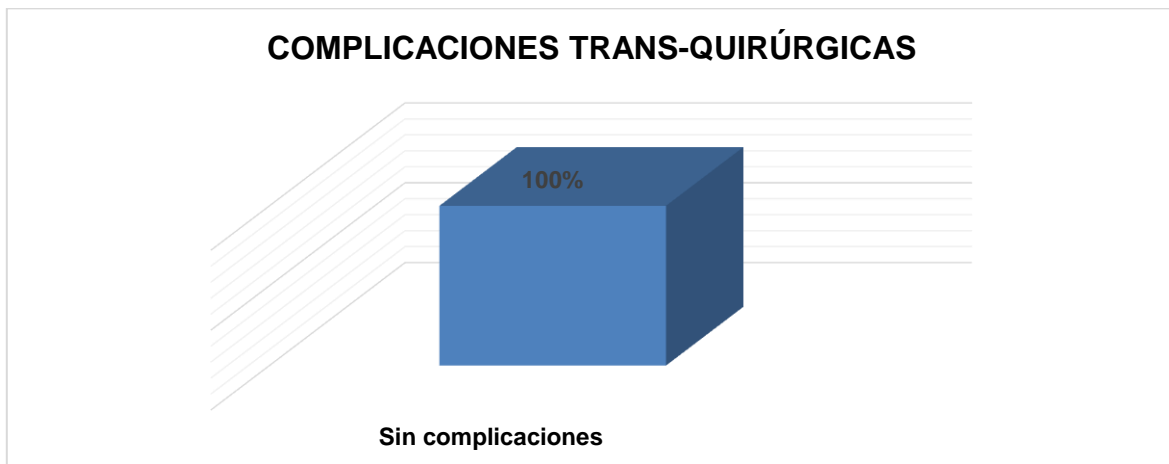
n: 40



Fuente: Tabla N°4

**Grafico N°15: Evolución de las pacientes que se le realizó Histerectomía por Miomatosis Uterina que estuvieron ingresadas en el servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017**

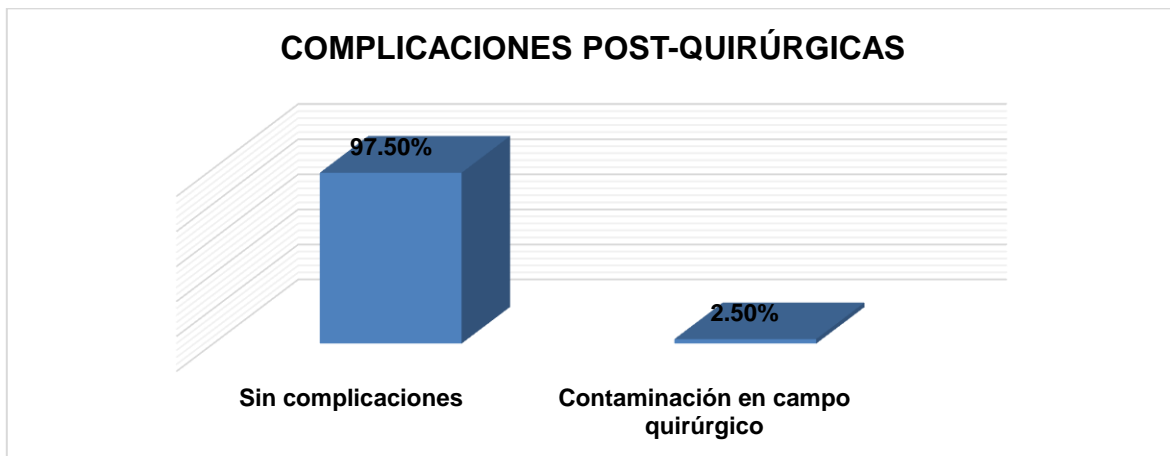
**n: 40**



**Fuente: Tabla N°5**

**Grafico N°16: Evolución de las pacientes que se le realizó Histerectomía por Miomatosis Uterina que estuvieron ingresadas en el servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de Abril a Junio del año 2017**

**n: 40**



**Fuente: Tabla N°5**



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN – Managua

Facultad de Ciencias Medicas

**DATOS GENERALES:**

**Edad:**

35 – 40  41 – 46  47 – 52  ≥53 años

**Estado Civil:**

Soltera  Casada  Acompañada  Viuda

**Escolaridad:**

Analfabeta  Primaria  Secundaria  Universidad

**Procedencia:**

Urbano  Rural

**Ocupación:**

Ama de Casa  Domestica  Comerciante  Profesional

**ANTECEDENTES GINECO – OBSTETRICOS:**

**Menarca:**

<10 años  11 – 13 años  14 – 16 años  ≥17 años

**Inicio de vida sexual activa:**

10 – 15 años  16 – 20 años  ≥21 años



**Gesta:**

Primigesta  Bigesta  Trigesta  Multigesta

**Para:**

Nulipara  Multipara

**Menopausia:**

Pre – menopausica  Post - menopausica  No Aplica

**CLASIFICACION DE LA MIOMATOSIS UTERINA:**

➤ **Clasificación clínica de los miomas:**

Pequeños elementos  Medianos elementos  Medianos elementos

➤ **Clasificación anatómica de los miomas:**

Submucoso  Intramural  Subseroso

➤ **Clasificación según el número de miomas:**

Únicos  Múltiples

**INDICACION DE HISTERECTOMIA:**

Números de miomas de gran tamaño Si  No

Útero aumentado de tamaño Si  No

Miomas de pequeños elementos sangrante Si  No

**COMPLICACIONES TRANS-QUIRÚRGICAS:**

Sin complicaciones  Lesión Vesical  Hemorragia

**COMPLICACIONES POST-QUIRÚRGICAS:**

Sin complicaciones  Infección de la herida  Hemorragia

Contaminación en campo quirúrgico