

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN

UNAN-LEON

AREA DE CONOCIMIENTO DE CIENCIAS MÉDICAS

AREA DE CONOCIMIENTO ESPECÍFICA MEDICINA



Fundada en 1812

Tesis para optar al título de:

“Médico General”

Perfil clínico y epidemiológico de mujeres con diagnóstico de leiomiomatosis uterina, atendidas en la sala de Ginecología del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello, en enero - diciembre 2020.

Autor:

Br. Moisés Ramón Molina Lumbí

Tutora: Dra. Claudia Vanessa López Aguilar

Gineco-Obstetra.

2025: 46/19 ¡Siempre más allá, avanzamos en la revolución!

León, Nicaragua 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN

UNAN-LEON

AREA DE CONOCIMIENTO DE CIENCIAS MÉDICAS

AREA DE CONOCIMIENTO ESPECÍFICA MEDICINA



Fundada en 1812

Tesis para optar al título de:

“Médico General”

Perfil clínico y epidemiológico de mujeres con diagnóstico de leiomiomatosis uterina, atendidas en la sala de Ginecología del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello, en enero - diciembre 2020.

Autor:

Br. Moisés Ramón Molina Lumbí _____

Tutora: Dra. Claudia Vanessa López Aguilar

Gineco-Obstetra.

2025: 46/19 ¡Siempre más allá, avanzamos en la revolución!

Dedicatoria

A mis padres, por su amor incondicional, su apoyo constante y por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia.

A mis docentes y mentores, por compartir su conocimiento y guiarme en este camino académico.

Agradecimientos

A Dios, por darme la vida y la fortaleza para culminar esta etapa académica.

A la Universidad, por brindarme la formación académica y las herramientas necesarias para crecer profesionalmente.

A mis asesores, por su valiosa orientación, paciencia y exigencia durante el desarrollo de esta tesis.

A mi familia, por ser mi pilar en todo momento. Gracias por su amor, sacrificio y constante motivación.

A mi novia, por su paciencia, comprensión y apoyo incondicional.

Resumen

Los leiomiomas uterinos son los tumores benignos más frecuentes en mujeres en edad reproductiva. Aunque no todos los casos son sintomáticos, la sintomatología de éstos, como el dolor pélvico y el sangrado transvaginal puede afectar la calidad de vida de las pacientes. El tratamiento radical como la histerectomía transabdominal ha sido el tratamiento de elección no solo en mujeres con paridad satisfecha, sino también en nulíparas. Considerando que, el hecho de tener un tumor en el útero puede generar temor en las pacientes, se hace necesario explicarles su condición, y el tratamiento propicio. Con el objetivo de conocer las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes con leiomiomatosis uterina, en la presente investigación se llevó a cabo la revisión de 109 expedientes de pacientes con este diagnóstico. Se empleó una ficha de recolección de datos con las variables de interés, que luego fueron introducidos y analizados en IBM SPSS 22 y expuestos en tablas de porcentaje y medidas de tendencia central, obteniendo como resultados una población mayoritariamente entre los 40 y 49 años, predominante del área urbana y en su mayoría ama de casa. La mayoría asistió a la consulta por dolor pélvico y sangrado transvaginal, en general presentaron menarquia a una edad normal, entre los 12 y 13 años. El diagnóstico fue hecho por ultrasonido y la localización más frecuente la intramural. A todos los casos tratados se les realizó histerectomía, por consiguiente el problema fue resuelto y de estos, el 68% se confirmó el diagnóstico mediante el estudio histopatológico.

Palabras claves: *leiomiomatosis, sangrado transvaginal, mujeres en edad reproductiva, dolor pélvico, tumor benigno, histerectomía.*

Índice

Introducción	1
Justificación	4
Planteamiento del problema	5
Objetivos	6
Marco Teórico	7
El útero.....	7
Los leiomiomas uterinos.....	7
Tipos de leiomiomas uterinos según su localización	8
Prevalencia e incidencia	9
Síntomas	10
Factores de Riesgo.....	10
Diagnóstico.....	12
Tratamiento	13
Diseño Metodológico	15
Operacionalización de variables	16
Resultados	19
Discusión	25
Conclusiones	27
Recomendaciones	28
Bibliografía	29
Anexos	33

Introducción

La leiomiomatosis uterina es uno de los problemas de salud más comunes en mujeres en edad reproductiva, y representa la causa principal de tumores benignos en este grupo. Su incidencia varía entre el 20% y el 40%, aunque solo un 20% a 25% de los casos presentan síntomas significativos. Estos tumores, formados por células musculares lisas y abundante matriz extracelular, suelen afectar la estructura del útero, especialmente cuando crecen en cantidad o tamaño. ⁽¹⁾

Diversos factores pueden influir en la aparición de los leiomiomas, como la predisposición genética, la raza, y factores hormonales y reproductivos. Se ha observado que las mujeres afrodescendientes tienen una mayor tendencia a desarrollar estos tumores y que su crecimiento es más rápido en comparación con otras etnias. ^(2,3) Además, la menarca temprana y una edad reproductiva prolongada aumentan el riesgo, mientras que el uso de anticonceptivos y el número de embarazos pueden tener un efecto protector. ⁽⁴⁾

Esta investigación, enmarcada en la línea de enfermedades crónicas no transmisibles, tiene como objetivo principal determinar el perfil clínico y epidemiológico de las mujeres con diagnóstico de leiomiomatosis uterina atendidas en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello durante 2020. Para lograr esto, se analizaron aspectos sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos, se describirán las manifestaciones clínicas y las medidas terapéuticas empleadas, y se compararán los diagnósticos prequirúrgicos con los hallazgos histopatológicos.

Antecedentes

En Alemania (2016) estudiaron la prevalencia de miomas uterinos en 2296 mujeres mediante ultrasonido vaginal. Encontraron que el 41.6% tenía miomas, y que la prevalencia aumentaba con la edad, alcanzando un pico del 62.8% en mujeres de 46-50 años. No se halló relación entre la menarquia o el IMC con la formación de miomas, las mujeres nulíparas y aquellas con más de cuatro partos presentaron una mayor incidencia, se concluyó que más del 40% de las mujeres mayores de 30 años tienen miomas y que más del 50% podrían desarrollarlos durante su vida. ⁽⁵⁾

Un estudio en Veracruz, México, tuvo como objetivo conocer la frecuencia del diagnóstico anatomopatológico en pacientes sometidas a histerectomía total abdominal por miomatosis uterina. Se analizaron 171 expedientes de pacientes operadas entre 2012 y 2013. Los resultados mostraron que solo en el 52.6% de los casos se confirmó el diagnóstico de leiomiomatosis uterina, mientras que el 47.3% revelaron diagnósticos mixtos. La edad promedio de los participantes en esta investigación fue de 42.9 años, con una desviación estándar (DE) de ± 6.4 años. ⁽⁶⁾ En estudio similar en Ecuador, los diagnósticos clínico, ecográfico e histopatológico se correlacionan aproximadamente en un 60%. ⁽⁷⁾

En Indonesia (2015) Ganis M. llevó a cabo un estudio para investigar la relación de la menarquia temprana y leiomiomatosis uterina, mediante un estudio de casos y controles con una muestra de 498 mujeres, la mitad con miomas y la otra mitad sin ellos. El estudio mostró que las mujeres con menarquia antes de los 10 años tenían mayor riesgo de leiomiomatosis uterina, se encontró una relación significativa con (OR) de 2.49 con (IC95%): 3.9-21.6 y un valor $p < 0.05$. ⁽⁸⁾

Un estudio en Perú (2018) sobre factores clínicos y epidemiológicos asociados a la miomatosis uterina en 183 pacientes entre 2012 y 2014, el grupo más afectado estaba entre 41 a 50 años (67%), con un 86% de multíparas, el 56% presentó menarquia normal y 61% refirió no haber tenido abortos. Como principales características clínicas el 80% tuvo un ritmo menstrual regular, el trastorno menstrual más frecuente fue la menorragia (47.5%); además, el 56.3% presentó tumor abdominal no palpable y el 42.1% experimentó dolor pélvico moderado. ⁽⁹⁾

En un estudio realizado en Brasil (2015) se estudió la asociación del incremento de peso y leiomiomatosis uterina en una población de más de 1500 mujeres. Se encontró que el 47% de las participantes tenían entre 35 y 44 años y el 52% eran de raza blanca, el 73% cursaba con un IMC normal y el 58% presentó menarquia entre los 12 y 14 años. ⁽¹⁰⁾

En 2015 en Cuba se llevó a cabo una revisión de 25 artículos para describir los miomas uterinos, se encontró que entre los factores predisponentes para padecer miomas estaban la edad, nuliparidad y obesidad. Respecto al cuadro clínico dependía de la localización y el tamaño de estos, las manifestaciones clínicas más comunes fueron sangrado, dolor, tumoración y compresión. ⁽¹¹⁾

Un estudio en Honduras buscaba determinar la frecuencia de la miomatosis uterina como patología benigna y su manejo. Se realizó un estudio prospectivo y analítico con 84 pacientes mediante encuestas. Los resultados muestran que el grupo de edad más afectado es el de 31 a 50 años (48.8%), siendo más común en mujeres multíparas que aún menstruaban y usaban métodos de planificación. Las conclusiones resaltan que la miomatosis uterina es frecuente y que el tratamiento principal es quirúrgico. ⁽¹²⁾

En un estudio realizado en León-Nicaragua en el año 2000, sobre la correlación clínica e histopatológica de las mujeres histerectomizadas por miomatosis uterina. Se confirmó el diagnóstico por histopatología en el 75% de los casos, la edad promedio de las pacientes fue de 47 años con predominio en la zona urbana y bajo nivel de escolaridad. La mayoría eran multíparas y en edad fértil, con un promedio de IVSA de 18 años. Los métodos diagnósticos más utilizados fueron ultrasonido y examen bimanual. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron dolor pélvico y sangrado uterino anormal. En el 99% de los casos el tratamiento de elección fue histerectomía. ⁽¹³⁾

Justificación

La leiomiomatosis uterina es una de las enfermedades ginecológicas más frecuentes que afectan a las mujeres en edad reproductiva, provocando síntomas como sangrado uterino anormal y dolor pélvico, los cuales impactan considerablemente su calidad de vida. A pesar de la relevancia clínica de esta enfermedad, en Nicaragua no se cuenta con estudios recientes que proporcionen datos actualizados sobre el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes afectadas, pudiendo ser esta de vital importancia para el desarrollo de estrategias efectivas para su detección temprana y manejo adecuado que se adapte al contexto nacional e individual de cada paciente.

Por tanto, el presente trabajo investigativo se realiza con el propósito de aportar información a médicos generales y especialistas en gineco-obstetricia, mediante la determinación de las características clínicas y epidemiológicas de esta enfermedad, con el fin de diagnosticar su estado actual en la población que asiste a nuestro centro hospitalario.

Planteamiento del problema

La leiomiomatosis uterina es una de las patologías ginecológicas más comunes en mujeres en edad reproductiva. Se estima que entre el 20% y el 50% de las mujeres presenta leiomiomas, siendo una causa significativa de morbilidad. En la mayoría de los casos son tumores asintomáticos, pero frecuentes es que producen alteraciones menstruales, dolor abdominal y síntomas de compresión. Su relación con la fertilidad sigue siendo controvertida.

A pesar de la relevancia clínica de esta enfermedad, en Nicaragua no se cuenta con estudios recientes que proporcionen datos actualizados sobre el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes afectadas. Por lo tanto, se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con diagnóstico de leiomiomatosis uterina, atendidas en la sala de Ginecología del Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello”?

Objetivos

Objetivo General

Determinar el perfil clínico y epidemiológico de las mujeres con diagnóstico de leiomiomatosis uterina, atendidas en la sala de Ginecología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello” en enero – diciembre 2020.

Objetivos Específicos

1. Definir las características sociodemográficas y antecedentes gineco obstétricos.
2. Describir las manifestaciones clínicas.
3. Describir las medidas terapéuticas tomadas en los casos.
4. Comparar el diagnóstico prequirúrgico con el histopatológico.

Marco Teórico

El útero

El útero es un órgano fibromuscular de paredes gruesas, ubicado en el centro de la cavidad pélvica, cuya función principal es alojar al feto durante la gestación. Su forma y dimensiones varían según la estimulación hormonal y la paridad, adoptando una forma de cono truncado y aplanado en sentido dorsoventral. Se divide en tres partes: istmo, cuerpo y cuello, y está compuesto por tres capas: el endometrio, el miometrio y el perimetrio. ⁽¹⁾

El endometrio, es la capa mucosa interna, está constituido por un epitelio cilíndrico y sufre cambios durante el ciclo menstrual. El miometrio es la capa muscular lisa, es la más gruesa y compone la mayor parte de la estructura uterina, con un patrón complejo de fibras entrecruzadas que refleja su origen embrionario paramesonéfrico. El perimetrio, la capa más externa, es la capa serosa que también corresponde al peritoneo. ⁽¹⁾

El cuello uterino tiene una porción vaginal que sobresale en la vagina y una porción supra vaginal. Está formado principalmente por tejido conectivo fibroso con una pequeña cantidad de músculo liso que conecta el miometrio con el músculo de la pared vaginal. El útero recibe irrigación de las arterias uterinas, ramas de las ilíacas internas, y de las arterias ováricas y vaginales. ⁽¹⁾

Los leiomiomas uterinos

Son neoplasias benignas sólidas compuestas por células de músculo liso y fibroblastos, que se originan en el miometrio, también conocidos como miomas uterinos. Su consistencia fibrosa se debe a su alto contenido de colágeno, fibronectina y proteoglicanos. ⁽²⁾ En muchas mujeres los leiomiomas no tienen importancia clínica, ya que la mayoría son asintomáticos. Sin embargo, su número, tamaño y ubicación dentro del útero pueden inducir la aparición de síntomas muy diversos. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) ha creado un sistema de subclasificación para describir su ubicación en relación con las superficies endometrial y serosa del útero. ⁽³⁾

Tipos de leiomiomas uterinos según su localización

Este sistema de clasificación de la FIGO es considerado el enfoque más adecuado para describir la ubicación de los leiomiomas, y es clave para determinar el tratamiento quirúrgico adecuado.(1) La diferenciación de los miomas se basa en la capa del útero donde se formen, y a diferencia de la clasificación clásica, ahora se considera su relación con las superficies mucosas y serosas.(14) Dependiendo de cuál de estas zonas sufra la aparición del leiomioma pueden desarrollarse hacia la cavidad abdominal (leiomiomas subserosos), hacia la cavidad endouterina (leiomiomas submucosos), o mantenerse en el espesor del miometrio (leiomiomas intramurales).(15)

Leiomiomas submucosos

Los leiomiomas submucosos, están ubicados debajo del endometrio, son poco frecuentes (5% de prevalencia), pero suelen causar mayores problemas, como sangrado uterino anormal, infertilidad y abortos. Requieren tratamiento si se busca preservar la fertilidad, sin importar su tamaño, ya que anatómicamente se ubican debajo de la mucosa y se dividen en tres categorías según su profundidad intramural. (14)

Tipo 0

Se les denominan miomas pediculados ya que se localizan en la cavidad endometrial. Están adheridos al endometrio mediante un pedículo que contiene en sí el tallo vascular. Este tipo de miomas tienen mayor riesgo de prolapso a través del canal endocervical, produciendo lo que se conoce como "parto del mioma", dependiendo de su ubicación en el útero y la longitud del pedículo. (15)

Tipo 1 y 2

Si afecta >50% de la submucosa y el componente intramural es <50% son de tipo 1, mientras que, al contrario, si afecta <50% de la submucosa y tienen un componente intramural >50% son de tipo 2. La importancia de la diferenciación entre estos dos tipos radica en que ayuda a los ginecólogos comprender mejor la extensión intramural durante la extirpación histeroscópica. ⁽¹⁵⁾

Otros leiomiomas: tipos 3-8

En la clasificación FIGO, todos los leiomiomas que no tienen un componente submucoso han sido clasificados como “otros”. Incluye leiomiomas intramurales y subserosos, así como también lesiones intrauterinas como del cérvix y del ligamento ancho. ⁽¹⁵⁾ Los leiomiomas FIGO 3 son únicos en ser 100% intramurales y en estar en contacto con el endometrio sin extenderse a la cavidad endometrial. Los FIGO 4 también son 100% intramurales, pero sin contacto con el endometrio ni la serosa. Los fibromas subserosos se subdividen en los tipos FIGO 5, 6 y 7 según su extensión intramural. A menudo son asintomáticos; sin embargo, pueden provocar síntomas de masa cuando alcanzan un tamaño grande. ⁽¹⁴⁾

Leiomiomas híbridos

Esta clasificación se utiliza cuando un fibroma se extiende desde la submucosa hasta la serosa. Se indican dos números separados por un guion: el primero caracteriza la relación del fibroma con el endometrio y el segundo con la serosa. ⁽¹⁵⁾ La revisión de 2018 de la clasificación FIGO incluye dos características adicionales: una estimación del número de leiomiomas (uno, dos, tres, cuatro o más de cuatro) y una estimación del volumen total uterino según los hallazgos de imágenes. ⁽¹⁴⁾

Prevalencia e incidencia

Los leiomiomas uterinos representan el tumor pélvico más común en mujeres, su incidencia es difícil de determinar debido a la falta de estudios longitudinales y a que la mayoría de las investigaciones se han realizado en pacientes sintomáticas o después de una histerectomía. La incidencia y prevalencia de los leiomiomas aumenta con la edad

durante los años reproductivos. ⁽¹⁹⁾ No se han descrito leiomiomas en niñas prepuberales, aunque ocasionalmente se observan en adolescentes, y la mayoría de las pacientes experimentan una reducción de los leiomiomas después de la menopausia. ⁽¹⁶⁾

En un estudio de tamizaje con ecografía en grupos de alto riesgo, como mujeres afrodescendientes, se observaron tasas de incidencia específicas por edad, siendo más altas en los grupos de 30 a 39 años; además, una parte considerable de las participantes presentó leiomiomas en la evaluación inicial. ⁽¹⁷⁾

Síntomas

Entre el 50% al 70% son tumores asintomáticos, con frecuencia los síntomas son muy variables, en general no patognomónicos. Es común la aparición de alteraciones menstruales (hipermenorreas y hemorragias intermenstruales), dolor abdominal y síntomas de compresión. La aparición de síntomas puede estar influenciada por el número, tamaño y ubicación de los miomas en el útero. El síntoma más frecuente es la hipermenorrea, que se observa en el 30% de las mujeres con miomas, aunque no está definitivamente aclarado su mecanismo. ⁽¹⁸⁾

Factores de Riesgo

Factores reproductivos y endocrinos

La epidemiología de los leiomiomas está estrechamente relacionada con los cambios en el estrógeno y progesterona a lo largo de la vida. Los leiomiomas muestran un aumento en los receptores de progesterona y una sobreexpresión del receptor de estrógeno alfa, así como del receptor de estrógeno beta en ciertos grupos étnicos, junto con un leve incremento de la enzima 17-beta hidroxisteroide deshidrogenasa. ⁽¹⁶⁾ Las mujeres premenopáusicas tienen mayor riesgo de desarrollar leiomiomas uterinos sintomáticos, aproximadamente tres a cinco veces mayor que las mujeres posmenopáusicas. ⁽¹⁹⁾

Menarca temprana

La menarquia temprana (menor de 10 años) se asocia con un mayor riesgo de desarrollar leiomiomas, lo que podría explicar el inicio temprano de la enfermedad en mujeres negras, quienes suelen tener la menarquia antes que las mujeres blancas. En mujeres blancas, un polimorfismo específico en el factor de transcripción HMGA2, asociado a leiomiomatosis uterina y a una menor estatura en la adultez, sugiere que la menarquia temprana influye en ambos. La menarquia aumenta los niveles de estradiol, lo cual puede favorecer el crecimiento de leiomiomas y la fusión temprana de las epífisis de los huesos largos, resultando en menor estatura. ⁽¹⁹⁾

Paridad y período intergenésico

Tener uno o más embarazos que superan las 20 semanas de gestación reduce la probabilidad de formación de fibromas. Se sugiere que embarazos adicionales disminuyen aún más este riesgo. Incluso se ha encontrado asociación entre mayor edad al primer parto con menor riesgo en comparación con una edad más joven al primer parto. El período intergenésico de 5 años o más aumenta el riesgo de desarrollar leiomiomas uterinos entre dos y tres veces en mujeres que dieron a luz hace 5 años o más, en comparación con aquellas que tuvieron un nacimiento más reciente, tanto en mujeres de raza negra, como en mujeres blancas. ⁽¹⁹⁾

Uso de anticonceptivos hormonal

El uso de anticonceptivos orales estándar o de dosis baja no parece estar asociado con el crecimiento de leiomiomas uterinos, por lo que no están contraindicados en estas pacientes. Sin embargo, se ha encontrado un posible riesgo en aquellas mujeres que empezaron a usarlos entre los 13 y 16 años. ⁽¹⁹⁾ El uso de acetato de medroxiprogesterona de depósito parecen proteger contra los leiomiomas y promueven su regresión. ⁽²⁰⁾

Raza

Se han estudiado muestras de tejido de mujeres negras y blancas con leiomiomatosis uterina, y encontraron más diferencias en el miometrio que en el tejido fibroide. El

miometrio de mujeres negras mostró mayor expresión de genes relacionados con el estrés y los fibromas, así como distintos patrones de metilación del ADN. Uno de estos genes, el VWF, presentó mayor expresión y un patrón de metilación único en mujeres negras, lo que sugiere una posible mayor vascularización en su miometrio, favoreciendo el desarrollo de leiomiomas en esta población. ⁽²¹⁾

IMC

La relación entre el índice de masa corporal alto y el desarrollo de leiomiomas uterinos es compleja, es probable que sea afectada por otros factores como la paridad. ⁽¹⁶⁾ En un estudio epidemiológico los leiomiomas uterinos se asociaron con el índice de masa corporal actual, el cambio de peso desde los 18 años y la relación cintura-cadera. Sin embargo, hubo poca evidencia de su asociación con el índice de masa corporal a los 18 años, el tamaño corporal en la niñez o adolescencia, o la estatura en la adultez. ⁽²²⁾

Dieta, alcohol y tabaco

En un estudio italiano, se encontró que el consumo significativo de carne de res y otras carnes rojas (1.7 veces) o jamón (1.3 veces) se asoció con un mayor riesgo relativo de leiomiomas, mientras que el consumo de vegetales verdes (0.5 veces) y frutas (especialmente cítricas) se encontró como factor protector. ⁽²³⁾

En mujeres negras en EE. UU., el riesgo de leiomiomas uterinos se asoció positivamente con el consumo actual de alcohol, especialmente cerveza. El tabaquismo y el consumo de cafeína no mostraron relación con el riesgo en general. ⁽²⁴⁾

Diagnóstico

El diagnóstico de la leiomiomatosis uterina se basa en un enfoque clínico y de imágenes para confirmar la presencia de miomas y definir su localización y características. La ecografía transvaginal es el estudio inicial preferido (Gold standard) con una sensibilidad del 95-100%, es complementado en algunos casos por el ultrasonido abdominal, especialmente efectivo para detectar miomas de más de 3 cm con una sensibilidad del 85-94%. Para una caracterización precisa, se adopta la clasificación FIGO, que permite clasificar los miomas según su tipo, localización y tamaño. ⁽²⁵⁾

En casos donde se sospechen miomas submucosos, se sugiere la histerosonografía, y si los estudios iniciales no son concluyentes, la histeroscopia puede ser necesaria. La resonancia magnética se utiliza en casos donde la ecografía o la histerosonografía no permiten determinar claramente la ubicación o naturaleza de los miomas o para la planificación de un tratamiento quirúrgico. ⁽²⁵⁾

Tratamiento

Antes de seleccionar un manejo, se deben realizar evaluaciones clínicas y de laboratorio para descartar enfermedades concomitantes o secuelas graves, como la anemia causada por sangrado menstrual abundante (SMA). Los estudios de imagen ayudan en casos de sospecha de sarcoma uterino o para planificar tratamientos quirúrgicos. Las pacientes con riesgo de cáncer de endometrio deben someterse a una biopsia endometrial. Se debe también tomar en cuenta el deseo de la fertilidad, ya que ciertos tratamientos podrían afectarla. ⁽²⁵⁾

Para pacientes con deseo de fertilidad

El tratamiento en estas pacientes está enfocado en reducir síntomas, principalmente el sangrado menstrual abundante. Como primera opción, se recomienda la resección histeroscópica de miomas submucosos si la ubicación anatómica lo permite, esta vía es eficaz, tiene rápida recuperación y pocas complicaciones. ⁽²⁶⁾ Para quienes no pueden realizarse una resección, el manejo médico incluye anticonceptivos combinados de estrógeno-progestina, dispositivos intrauterinos de liberación de progestina, ácido tranexámico o progestinas orales de alta dosis. ⁽²⁷⁾

Los tratamientos de segunda línea para el sangrado menstrual abundante asociado a leiomiomas incluyen agonistas y antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), ayudan a reducir el SMA y el tamaño de los leiomiomas, aunque sus efectos secundarios limitan su uso. ⁽²⁸⁾

La embolización de arterias uterinas se realiza mediante angiografía percutánea y fluoroscopia, inyectando agentes embolizantes en la arteria uterina y así bloquear el flujo sanguíneo hacia los leiomiomas, estos se reducen en tamaño y se alivian los síntomas. Tiene como ventajas: menor estadía hospitalaria y rápida recuperación en comparación

con otras cirugías. Aunque mejora los síntomas en la mayoría de los pacientes, también puede tener efectos adversos como disfunción ovárica y reducción de la reserva ovárica.

(29)

Para pacientes sin deseo de fertilidad

La histerectomía, o la remoción completa del útero con leiomiomas, ofrecen una terapia definitiva y ha sido el pilar del tratamiento quirúrgico durante un siglo. En los Estados Unidos, un tercio a más de la mitad de las histerectomías se llevan a cabo por leiomiomas uterinos, lo que resulta en una prevalencia de histerectomía del 45 por ciento a lo largo de la vida. La histerectomía elimina tanto el riesgo de formación de nuevos leiomiomas, así como también todos los tipos de sangrado uterino anormal, y mejora la calidad de vida. Sin embargo, también se ha asociado con morbilidad a largo plazo. (30)

Para las pacientes que desean preservar su fertilidad y presentan sangrado menstrual abundante (SMA) junto con fibromas submucosos (FIGO tipo 0, 1, o algunos tipos 2), se recomienda la miomectomía histeroscópica. La cual es mínimamente invasiva y puede aliviar los síntomas al tiempo que optimiza la fertilidad. (31) La evidencia sobre la eficacia de la miomectomía histeroscópica en mejorar tasas de embarazo es limitada. Sin embargo, hay estudios que muestran tendencias hacia una mejoría en las tasas de embarazo clínico tras la extracción de leiomiomas. (32)

El tratamiento de los leiomiomas debe programarse cerca del momento de búsqueda activa de embarazo, dado que la formación de nuevos fibromas es común. A pesar de la opción de tratamientos menos invasivos como la embolización de la arteria uterina o la cirugía con ultrasonido focalizado, la miomectomía sigue siendo la preferida, excepto en casos específicos donde una recuperación más rápida sea prioritaria o el riesgo de histerectomía sea alto. (32)

Diseño Metodológico

Tipo de estudio:

Descriptivo de corte transversal, retrospectivo.

Área de estudio: Departamento de Ginecología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello”.

Periodo de estudio: Enero – diciembre de 2020.

Población en estudio: Mujeres ingresadas al área de ginecología del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello.

Criterios de inclusión:

1. Diagnóstico ultrasonográfico confirmado de leiomiomatosis uterina.
2. Mujeres cuyo diagnóstico a tratar sea leiomiomatosis uterina.

Criterios de exclusión: Todas las pacientes con diagnóstico de leiomiomatosis uterina con historia clínica incompleta, cuyos datos faltantes sean imprescindibles para el estudio.

Mujeres embarazadas

Fuente de información: secundaria

Se realizó una revisión del expediente clínico.

Proceso de recolección de datos

Se solicitó autorización a las autoridades correspondientes del HEODRA para tener acceso a los expedientes de las pacientes ingresadas al área de ginecología, con el permiso, se procedió a la revisión de estos y seleccionar los que tuvieran los datos necesarios para llenar el instrumento de recolección de datos.

Discusión del instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos consta de cuatro acápite que incluyen los datos sociodemográficos, los antecedentes ginecológicos y obstétricos, personales no patológicos y los datos acerca de la patología a investigar.

Plan de análisis

La información obtenida a través de la aplicación del instrumento de recolección se introdujo y analizó en el programa IBM SPSS 22.

Se exponen los resultados en tablas; las variables categóricas se describen usando frecuencias y porcentajes, mientras las variables cuantitativas se describen usando la media, mínimo y máximo.

Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Escala/valor
Características sociodemográficas		
Edad	Tiempo de existencia de la persona	Años
IMC	Índice de masa corporal	<18 18 – 24.9 ≥25
Origen	Lugar de nacimiento	Municipio
Procedencia	Lugar de residencia actual	Urbano – Rural
Raza	Grupo cultural	Negro Mestizo Blanco
Escolaridad	Nivel de instrucción alcanzado hasta el momento	Ninguna Primaria Secundaria

		Técnico Universidad
Ocupación	En qué trabaja la persona	Abierto
Estado civil	Estado civil de la persona al momento de la encuesta.	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión estable
Religión	Creencia o culto a algo sagrado	Católica Evangélica Adventista Mormón Testigo de Jehová Ninguna
Antecedentes gineco-obstétricos		
IVSA	Inicio de la vida sexual activa	Años
Menarca	Edad de la primera menstruación	Años
Menopausia	Cese de la menstruación	Si/No
Número de hijos	Hijos vivos	Número
Gesta	Veces que ha estado embarazada	Número
Para	Número de partos	Número
Abortos	Interrupción del embarazo	Número
Cesárea	Extracción quirúrgica del feto por una incisión en el abdomen	Número

Enfermedad del aparato reproductor	Enfermedades del aparato reproductor	Abierto
Otros antecedentes gineco-obstétricos	Otros antecedentes gineco-obstétricos	Abierto
Métodos anticonceptivos utilizados	Métodos anticonceptivos utilizados	Abierto
Diagnóstico	Método de diagnóstico	USG / palpación
Manifestaciones clínicas		
Dismenorrea	Dolor durante la menstruación	Si/No
Dispareunia	Coito doloroso	Si/No/ No aplica
Dolor pélvico	Molestia física en la pelvis causada por excitación de los nociceptores	Si/No
Metrorragia	Sangrado uterino no menstrual	Si/No
Disuria	Ardor al orinar	Si/No
Polaquiuria	Aumento de la frecuencia y disminución de la cantidad de diuresis	Si/No

Aspectos Éticos

En este estudio se mantiene la confidencialidad de la información recolectada, porque no se incluye la identificación de las participantes en estudio.

La información fue tomada de los expedientes clínicos del Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello”, con previa autorización, por tanto, no se realizó ningún procedimiento que pudo afectar la integridad física o emocional de las pacientes participantes. 

Resultados

Datos sociodemográficos

Se llevó a cabo la revisión de 109 expedientes (n=109) de mujeres atendidas en el servicio de ginecoobstetricia con diagnóstico de leiomiomatosis uterina, en el periodo de enero-diciembre 2020. Encontrándose que: La media de edad fue de 44 años; y la edad más frecuente fue de 47 años, la mínima de 30 y la máxima de 69 años.

En cuanto al IMC se encontró que más de la mitad de las pacientes estaban es sobrepeso. Con respecto al municipio de origen, el mayor número de casos se presentaban en la ciudad de león durante el período de estudio.

Los datos obtenidos acerca del nivel de escolaridad mostraron que, la mayor parte de las pacientes tenían estudios de primaria, y aproximadamente en igual porcentaje estudios de secundaria. Esto podríamos verlo reflejado con la ocupación de las pacientes, ya que con mayor frecuencia eran amas de casa, y en cuanto al estado civil la mayoría eran casadas. (**Ver tabla 1**)

Tabla 1. Datos sociodemográficos

	frecuencia	Porcentaje
Grupo etario	30-39	27
	40-49	63
	50-59	12
	60-69	7
Índice de masa corporal	sobrepeso	76
Municipio de origen	León	62
	otros municipios	42
	otros departamentos	5
Procedencia	urbano	76
	rural	33
Nivel escolar	analfabeta	7
	primaria	44
	secundaria	40
	universitaria	15
	técnico	3
Ocupación	ama de casa	91
	comerciante	12
	docente	6
Estado civil	casada	51
	soltera	23
	unión estable	31
	otros	4

Fuente:

Expedientes.

Datos gineco obstétricos

El inicio de vida sexual activa se presenta mayoritariamente en la adolescencia tardía, mientras que la menarquia en la pubertad temprana. La media de embarazos ronda los 3 y mayor proporción se dan por partos vaginales. La mayoría de las pacientes no ha experimentado abortos. **(Ver tabla 2)**

Tabla 2. Características gineco-obstétricas. (n=109)

	Inicio de vida sexual activa	Edad de primera menstruación	Veces que ha estado embarazada	Partos vaginales	Abortos	Cesáreas
<i>Media</i>	17	13	3	2	0	1
<i>Mediana</i>	17	13	3	2	0	0
<i>Moda</i>	16	12	3	0	0	0
<i>Mínima</i>	12	9	0	0	0	0
<i>Máxima</i>	26	17	9	8	5	3

Fuente:

Expediente

Solamente 12% de las pacientes (13 de 109) se encontraban en la menopausia, mientras que el 88% restante se encontraba en edad fértil. En cuanto a la confirmación de diagnóstico ultrasonográfico mediante patología, solamente en 68% de los casos se confirmó leiomiomatosis uterina, mientras que en el 32% restante se encontraron diagnósticos diferentes. **(Ver tabla 3)**

Tabla 3. Pacientes menopáusicas y diagnostico confirmado por patología. (n=109)

		Frecuencia	Porcentaje
<i>¿Es menopáusica?</i>	si	13	12
	no	96	88
<i>ultrasonido → patología</i>	positivo	74	68
	negativo	35	32
<i>total</i>		109	100

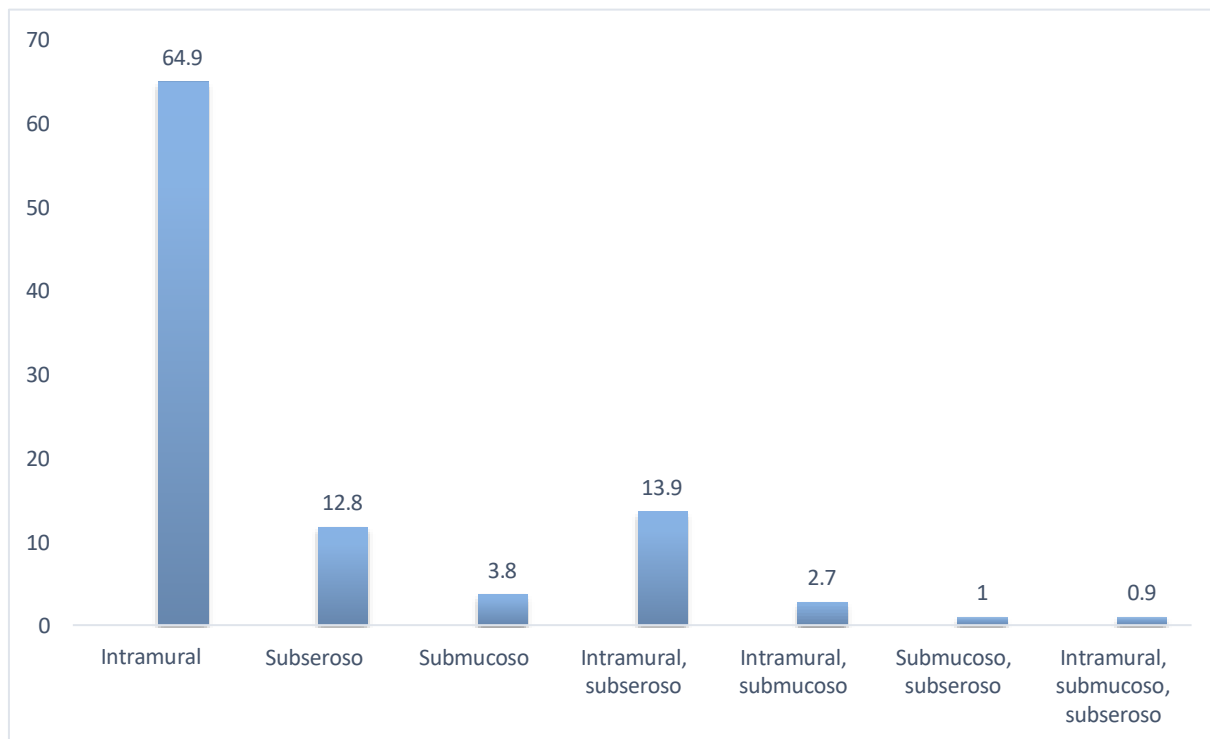
Fuente:

Expediente.

Enfermedad actual

Según los datos obtenidos, la localización más frecuente fue a nivel intramural con un porcentaje del 65%. Y los de carácter mixto con porcentajes por debajo del 14%. **(Ver gráfico 1)**

Gráfico 1. Distribución porcentual de localización del leiomioma. (n=109)



Fuente:

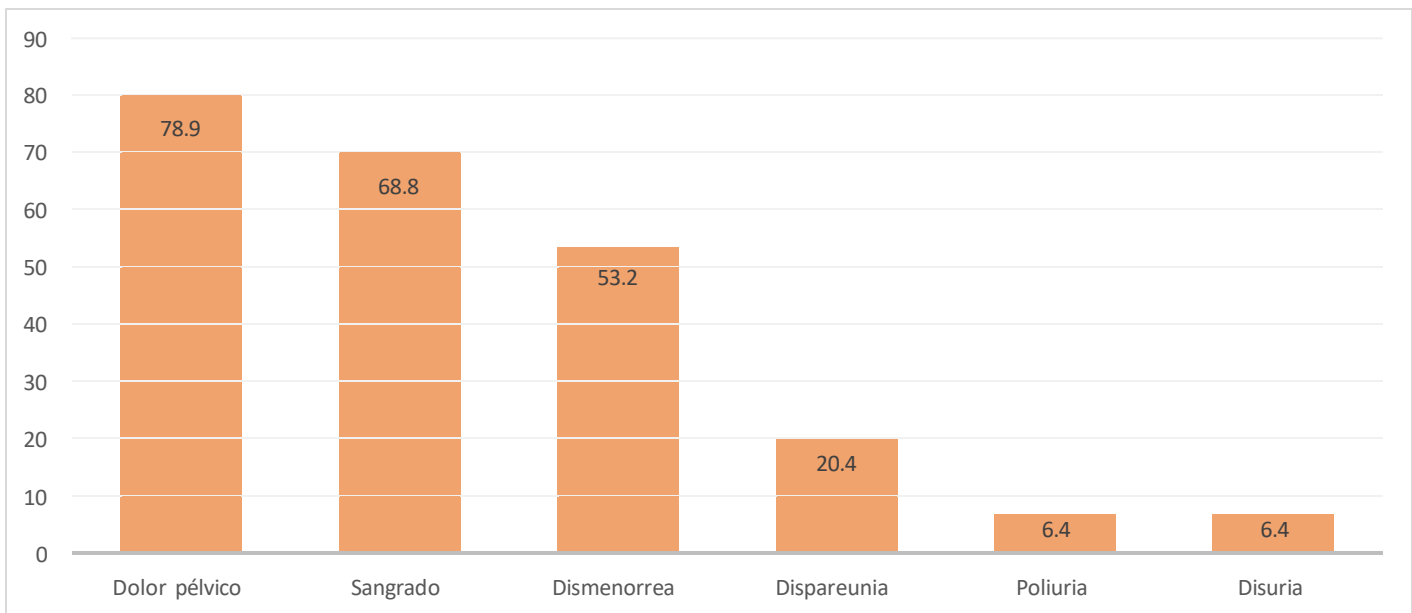
Expediente.

Con relación a los síntomas el 79 % de las pacientes presento dolor pélvico, mientras que solo el 6% manifestó disuria siendo éstos los de mayor y menor presencia respectivamente. **(Ver gráfico 2)**

Gráfico 2. Distribución porcentual de los síntomas presentados. (n=109)

Fuente:

expediente



Discusión

La leiomiomatosis uterina es una patología común en las mujeres en edad reproductiva, siendo uno de los tumores más frecuentes en ginecología y una causa importante de histerectomía. De acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio, se encontró que todas las mujeres estaban en el rango de edad de entre 30 y 69 años y con mayor frecuencia en mujeres en riesgo reproductivo (40 a 49 años), con un porcentaje de 58% del total, esto se corresponde con la bibliografía consultada que refiere que la patología se presenta en su mayoría entre los 30 y 50 años y la edad media al hacer el diagnóstico varía de 34.8 ± 7.6 . ^(5,9,10,12,13)

La mayoría de las pacientes provenía del área urbana del municipio de León, a pesar de que el acceso a la salud ha mejorado en los últimos años. La mayoría tiene un bajo nivel escolar, solamente el 36% cursó secundaria incompleta, con un índice de analfabetismo de 6%. El 83 % de las mujeres en estudio es ama de casa y en su mayoría casadas o en unión estable.

Respecto a factores epidemiológicos se encontró que la menarquia, en la mayoría de las pacientes en estudio se presentó en una media de edad de 13, por tanto, no se encuentra relación con el desarrollo de esta patología, lo cual se corresponde con estudios en Alemania y américa latina ^(5,9,10) sin embargo en otros estudios consultados sí se encuentra relación entre la menarquia temprana y leiomiomatosis uterina. ⁽⁸⁾ En cuanto al IVSA la edad mínima fue de 12 años, con una media de edad a los 17, lo cual corresponde con inicio relativamente temprano.

Por otra parte, se encontró que el 68% de las pacientes estaban en sobrepeso, el cual no corresponde con la literatura consultada, ya que algunos estudios refieren un IMC normal ^(5,10) y otros mencionan la obesidad como factor epidemiológico asociado ^(9,11). La mayoría de las mujeres eran multíparas con una media de 3 gestas, lo cual se corresponde con estudios realizados en nuestra región donde el mayor porcentaje de las mujeres en estudio eran multíparas ^(9,12,13) encontrando diferencias con estudios realizados en cuba y Europa, donde se diagnostica con mayor frecuencia en nulíparas.

(5,11) Esto podría estar asociado a los métodos de captación y diagnóstico temprano de la enfermedad.

La media de abortos encontrada fue relativamente baja, lo cual se corresponde con algunos de los estudios consultados (9,13) sin embargo en algunos estudios se relaciona la presencia de estos tumores con abortos únicos o repetidos, como lo es en el caso específico de los miomas submucosos.

Las pacientes posmenopáusicas representan el 12 % de los casos, lo que se corresponde con la bibliografía que refiere que en las posmenopáusicas hay menor secreción de estrógenos, lo que provoca disminución de la aparición y el tamaño de los leiomiomas.

La sintomatología de mayor presentación fue dolor pélvico, sangrado uterino anormal y dismenorrea, esto se corresponde con otros estudios (9,11) La bibliografía refiere que los casos son sintomáticos en el 20 al 25 y 40% de las pacientes, sin embargo, en el presente estudio todas las pacientes presentaban sintomatología, esto puede estar dado porque el problema a tratar era leiomiomatosis uterina a como indican los criterios de inclusión.

El tratamiento en el 100% de los casos fue la histerectomía abdominal. No se encontraron datos de otros tipos de tratamientos, como son los tratamientos médicos o la miomectomía conservadora. Esto concuerda con otros estudios donde el tratamiento de elección es la histerectomía ya que de esta forma se evitan las recidivas que se presentan como en el caso de la miomectomía. (9,12)

El diagnóstico de leiomiomatosis uterina fue confirmado en el 68 % de los casos por el reporte de histopatológico, mientras que en el porcentaje restante corresponde a diagnósticos mixtos; esto se relaciona con la bibliografía consultada donde menos del 70% de los casos se correspondían con el diagnóstico prequirúrgico mediante clínica y/o ultrasonografía. (6,7)

Conclusiones

La mayoría de las pacientes se encontraban en el rango de edad de entre 30 y 49 años, y más de la mitad se encontraban en las edades de entre 40 a 49 años.

Gran parte procede del área urbana de León y la minoría alcanzó estudios superiores, la ocupación principal es ama de casa y la mayoría son casadas y/o unión estable.

Un alto porcentaje de pacientes eran multigestas, con edad de primera menstruación en rango normal entre los 12 y 13 años e inicio de vida sexual activa precoz.

Las principales manifestaciones clínicas fueron dolor pélvico y sangrado uterino anormal.

La ubicación más frecuente de los leiomiomas fue intramural.

Todos los casos fueron tratados y resueltos mediante histerectomía abdominal.

El principal medio diagnóstico utilizado fue el ultrasonográfico y una amplia proporción de los diagnósticos fueron confirmados por patología.

Recomendaciones

Continuar con la promoción del examen ginecológico y ecografía en pacientes entre 30 y 50 años con historia de dolor pélvico y sangrado transvaginal.

Mantener las capacitaciones al personal de atención primaria para la detección temprana y seguimiento a las pacientes que cursen con esta patología.

Por parte de los ginecólogos fomentar el reconocimiento temprano de las características clínicas y epidemiológicas de leiomiomatosis uterina ya que estas son clave en el desarrollo de esta.

Mantener la consejería a las pacientes que cursan con leiomiomatosis uterina tanto en atención primaria como en hospitalaria, explicando su condición de benignidad del tumor y el tratamiento que más le convenga.

Promover el llenado adecuado y legibilidad del expediente clínico ya que es de suma importancia para la realización de nuevas investigaciones.

Bibliografía

1. Handa, Victoria L.; Van Le, Linda. Te Linde's Operative Gynecology, 12va edición, Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins; 2020
2. Hoffman. Williams Ginecología, 4a edición, Estados Unidos: McGraw-Hill; 2022
3. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins–Gynecology. Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas: ACOG Practice Bulletin, Number 228. Estados Unidos 2021
4. Wise LA, Laughlin-Tommaso SK. Epidemiology of uterine fibroids: from menarche to menopause. Clin Obstet Gynecol. 2016 Mar;59(1):2-24. doi: 10.1097/GRF.0000000000000164.
5. Ahrendt HJ, Tytkoski H, Rabe T, Szczes A, Friedrich C, Roehl FW, Kitay A, Roemer T, Foth D. Prevalence of uterine myomas in women in Germany: data of an epidemiological study. Arch Gynecol Obstet. 2016 Jun;293(6):1243-53. doi: 10.1007/s00404-015-3930-8. Epub 2015 Nov 2. PMID: 26525701.
6. Molina Solís BI. Reporte de patología en pacientes histerectomizadas por miomatosis uterina [tesis de posgrado]. Veracruz: Universidad Veracruzana; 2015. Director de tesis: Díaz Blanco FG; Asesor metodológico: Sánchez Valdivieso EA. No. Registro HAEV: 043/2014.
7. Vntimilla F, Rojas G, Colcha Llongo DD, Barba Espinoza ME. Concordancia clínica, ecográfica e histopatológica de la miomatosis uterina en mujeres diagnosticadas clínicamente en el Hospital Provincial General Docente Riobamba durante el periodo enero del 2009 a diciembre del 2010. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2010. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/48>.
8. Ganis M. Association between menarche age and menstrual disorder with the incidence of uterine fibroid in Medan, Indonesia: based on hospital data. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2015;4(4):1025-8. Disponible en: <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/2047>
9. Riveros L. Factores clínicos y epidemiológicos asociados al mioma uterino en el Hospital Regional de Loreto en el periodo enero 2012 a diciembre 2014 [tesis

- doctoral]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2018.
 Disponible en: <http://repositorio.unapikitos.edu.pe/handle/20.500.12737/5512>.
10. Boclin Kde L, Torres FP, Faerstein E. Body weight gain during adulthood and uterine myomas: Pró-Saúde Study. *Rev Saude Publica*. 2015;49:81.
 doi:10.1590/S0034-8910.2015049005898. Epub 2015 Nov 10. PMID: 26558353; PMCID: PMC4634530.
 11. Jeréz CAC, Chils VJK, de Quesada AS, et al. Mioma uterino: Un trastorno frecuente en mujeres en edad fértil. 16 de abril. 2015;54(257):59-70.
 12. Sorto-Murilío O, Espinal-Rodríguez J. Perfil epidemiológico de la miomatosis uterina, diagnóstico y tratamiento. *Rev Med Post UNAH*. 2000;5(3):[páginas 1-4].
 13. Cárdenas de Centeno N, Almendárez Peralta JR, Argüello Aráuz ME. Correlación clínica e histopatológica de los diagnósticos de pacientes histerectomizadas por miomatosis uterina [tesis]. León: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2000. Disponible en:
<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/8476>.
 14. Tu W, Yano M, et al. Smooth muscle tumors of the uterus at MRI: Focus on leiomyomas and FIGO classification. *Radiographics*. 2023;43(6):e220161.
 15. Gomez, E. Nguyen, ML.T., Fursevich, D. et al. MRI-based pictorial review of the FIGO classification system for uterine fibroids. *Abdom Radiol*. 2021
 16. Stewart EA, Laughlin-Tommaso SK. Uterine fibroids (leiomyomas): Epidemiology, clinical features, diagnosis, and natural history. *UpToDate*. 2024. Disponible en: <https://www.uptodate.com>.
 17. Wegienka G, Havstad S, Coleman C, Cooper T, Wesselink A, Upson K, et al. Ultrasound-confirmed, age-specific uterine leiomyoma incidence in a cohort of Black individuals. *Obstet Gynecol*. 2022;140(6):1042. Epub 2022.
 18. F. Fábreguesa, J. Peñarrubia. Mioma uterino. Manifestaciones clínicas y posibilidades actuales de tratamiento conservador. Instituto Clínico de Obstetricia, Ginecología y Neonatología Hospital Clínic de Barcelona. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. 2022
 19. Stewart EA, Cookson CL, Gandolfo RA, Schulze-Rath R. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review. *BJOG*. 2017;124(10):1501–12. Epub 2017 May 13.

20. Olvera-Maldonado AJ, Martínez-Urbe A, Rendón-Macías ME, Sangines-Martínez A. Tratamiento de los miomas uterinos con medroxiprogesterona en pacientes perimenopáusicas. *Ginecol Obstet Mex* 2015;83:41-47.
21. Paul EN et al. Transcriptome and DNA methylome analyses reveal underlying mechanisms for the racial disparity in uterine fibroids. en el contenido de Inglés Notificación de salida JCI Insight DOI: 10.1172/jci.insight.160274 (2022)
22. Terry KL, De Vivo I, Hankinson SE, Spiegelman D, Wise LA, Missmer SA Anthropometric characteristics and risk of uterine leiomyoma. *Epidemiology*. 2007;18(6):758.
23. Chiaffarino F, Parazzini F, La Vecchia C, Chatenoud L, Di Cintio E, Marsico S. Diet and uterine myomas. Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milan, Italy. *Obstet Gynecol*. 1999;94(3):395.
24. Wise LA, Palmer JR, Harlow BL, Spiegelman D, Stewart EA, Adams-Campbell LL, Rosenberg L. Risk of uterine leiomyomata in relation to tobacco, alcohol and caffeine consumption in the Black Women's Health Study. *Hum Reprod*. 2004;19(8):1746. Epub (2004) Jun 24.
25. Luna Rios J, Ortiz Ortiz N, Cáceres Ferro D, Zambrano C, Mendivelso Duarte F, Barrero L. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la miomatosis uterina en Clínica Colsanitas. *Rev Med Sanitas*. 2017;20(1):30–9.
26. Laughlin-Tommaso SK, Lu D, Thomas L, Diamond MP, Wallace K, Wegienka G, Vines AI, Anchan RM, Wang T, Maxwell GL, Jacoby V, Marsh EE, Spies JB, Nicholson WK, Stewart EA, Myers ER Short-term quality of life after myomectomy for uterine fibroids from the COMPARE-OF Fibroid Registry. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(4):345.e1. Epub 2019 Oct 31.
27. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of symptomatic uterine leiomyomas: ACOG practice bulletin, number 228. *Obstet Gynecol*. 2021;137(6):e100–15.
28. NICE guideline [NG88] Heavy menstrual bleeding: assessment and management. National Institute for Health and Care Excellence. March 2020

29. Sanne M van der Kooij, MD, PhD Wouter JK Hehenkamp, MD, PhD. Uterine fibroids (leiomyomas): Treatment with uterine artery embolization. UptoDate 2024
30. Anchan RM et al. Long-term health-related quality of life and symptom severity following hysterectomy, myomectomy, or uterine artery embolization for the treatment of symptomatic uterine fibroids. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;229(3):275.e1. Epub 2023 May 26.
31. Stewart EA. Clinical practice. Uterine fibroids. *N Engl J Med*. 2015;372(17):1646–55.
32. Bosteels J, van Wessel S, Weyers S, Broekmans FJ, D'Hooghe TM, Bongers MY, et al. Hysteroscopy for treating subfertility associated with suspected major uterine cavity abnormalities. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;12:CD009461. Epub 2018 Dec 5.

Anexos

Anexo I: Instrumento de recolección de datos

Ficha N.º _____ Fecha _____

1. Datos sociodemográficos

1.1. Edad _____ 1.2. IMC _____ 1.3. Origen _____
1.4. Procedencia: urbano _____ rural _____ 1.5. Raza _____
1.6. Escolaridad _____ 1.7. Ocupación _____
1.8. Estado civil _____ 1.9. Religión _____
1.10. N° hijos _____

2. Antecedentes ginecológicos y obstétricos

2.1. IVSA _____ 2.2. Menarca _____
2.3. Menopausia Sí ___ No ___ 2.3. G _____ 2.4. P _____ 2.5. A _____ 2.6. C _____
2.7. Enfermedades del aparato reproductor _____
2.8. Método de planificación familiar _____
2.9. Embarazo ectópico Sí ___ No ___

3. Antecedentes personales no patológicos

3.1. Alcohol Sí ___ No ___ 3.2. Tabaco Sí ___ No ___

4. Acerca de la enfermedad actual.

4.1. Motivo de consulta: _____
4.2. Método de diagnóstico: _____
4.3. Localización: _____

4.4. Síntomas:

4.4.1. Metrorragia Sí ___ No ___ 4.4.2. Dismenorrea Sí ___ No ___ No aplica ___
4.4.3. Dolor pélvico Sí ___ No ___ 4.4.4. Dispareunia Sí ___ No ___ No aplica ___ 4.4.5. Polaquiuria Sí ___ No ___ 4.4.6. Disuria Sí ___ No ___
4.5. Complicaciones: _____
4.6. Manejo: Médico ___ Quirúrgico ___
4.7. Evolución: Resuelto: Si ___ No ___
4.8. Correlación USG – reporte de patología: Se observó _____ No se observa _____



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2021
ESPERANZAS
VICTORIOSAS!
TODO CON AMOR!

CONSEJO DE DESARROLLO CIENTÍFICO FORMACIÓN Y DESARROLLO DE
RECURSOS HUMANOS
HOSPITAL ESCUELA DR. OSCAR DANILO ROSALES ARGUELLO

León, 2 de agosto del 2021

Br. Moisés Ramón Molina Lumbl

Investigadores

Estimado investigador:

Reciban Fraternos saludos.

Atreves de la presente le remito protocolo de investigación, Titulado: "Perfil clínico y epidemiológico de mujeres con diagnóstico de leiomiomatosis uterina, atendidas en sala de ginecología del hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Argüello", en Enero – Diciembre 2020. El cuál fue avalado por la Dra. Miurel Toruño García. Medico de Base, del departamento de Ginecología y Obstetricia. **Si cumple** con los objetivos para llevarlo a cabo debido a que se encuentra dentro de línea de investigación del departamento. Ginecología Y Obstetricia.

Sin más a que hacer referencia me despido de usted (es), deseándole éxito.

*Vamos
Adelante
CON AMOR
ESPERANZA
Y ALEGRÍA!*

21-1

Dr. Carlos López Carrillo
Coordinador Consejo de Desarrollo Científico.
HEODRA



Cc.:
• Archivo



CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
NOMBRE INSTITUCION DE GOBIERNO



**THE
GLOBAL
HEALTH
NETWORK**

Enabling research by sharing knowledge

Hereby Certifies that

**MOISÉS RAMÓN MOLINA
LUMBÍ**

has completed the e-learning course

**ESSENTIAL ELEMENTS OF
ETHICS**

with a score of

94%

on

11/09/2020

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by
the following organisations and institutions.



**MULTI-REGIONAL
CLINICAL TRIALS**

THE MRCT CENTER OF
BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL
and HARVARD

Global Health Training Centre
globalhealthtrainingcentre.org/elearning

Certificate Number 53811d2c-c2cf-44ab-bf40-83e9bc229c1e Version number 0



Jueves 10 de abril 2025

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

FUNDADA EN 1812

ÁREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS MÉDICAS

ÁREA DE CONOCIMIENTO ESPECÍFICA MEDICINA

CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO MONOGRÁFICO

Dra. Claudia Vanessa López Aguilar

Especialista en Gineco-Obstetricia

Tutor de trabajo monográfico.

Su oficina:

Por medio de la presente hago constar que la investigación realizada por el Br. Moisés Ramón Molina Lumbí, (15-15475-7) la cual lleva por título: **Perfil clínico y epidemiológico de mujeres con diagnóstico de leiomiomatosis uterina, atendidas en la sala de Ginecología del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello, en enero - diciembre 2020.**

Después de revisar, sí cumple con los criterios científico y metodológico. Doy por aprobado este estudio para ser entregado y defendido como trabajo monográfico para optar al título de Médico General.

Agradeciéndole su amable atención, me despido deseándole éxitos en sus labores diarias.

Atentamente

Dra. Claudia Vanessa López Aguilar
Especialista en Gineco-Obstetricia

Área de conocimiento específica ciencias médicas UNAN-LEÓN.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, León (UNAN-León)

FUNDADA EN 1812

DEPARTAMENTO DE ÁREA BÁSICA DE MEDICINA

CIENCIAS MÉDICAS

20 de febrero de 2024

Dra. Claudia Vanessa López Aguilar
Docente Dpto. Área Básica de Medicina
Área del Conocimiento de Ciencias Médicas
UNAN-León

Su despacho

Reciba cordiales saludos estimada Dra. López

La presente es para hacerle de su conocimiento que ha sido asignada como tutor de tesis del trabajo monográfico: PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE MUJERES CON DIAGNOSTICO DE LEIOMIOMATOSIS UTERINA, ATENDIDAS EN LA SALA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ESCUELA: OSCAR DANILO ROSALES ARGUELLO, EN ENERO- DICIEMBRE 2020.

El autor de este trabajo es: BR. MOISES RAMON MOLINA LUMBÍ.

Sin más a que referirme me despido de usted, deseándole éxitos en sus labores.

Cordialmente,


Dionys Francisco Zapata
Jefe Departamento
Área Básica Carrera de Medicina
Área del Conocimiento de Ciencias Médicas, UNAN-León

Dra. Claudia Vanessa López Aguilar
Bioanalista Clínico
Cód. MINSA 70301
UNAN - León

Correo electrónico: diony.zapata@cmunanleon.edu.ni

Cc.

- Archivo

León, 19 de febrero de 2024

Lic. Dyonis Zapata
Jefe de departamento de área básica de la carrera de medicina.

Asunto: Asignación de tutor para Tesis.

Reciba cordiales saludos.

El motivo de la presente es para hacer formal solicitud de tutor para llevar a cabo la revisión, corrección y posteriormente defensa final de mi tesis para optar al título de Medicina y Cirugía el cual lleva por nombre: Perfil clínico y epidemiológico de mujeres con diagnóstico de leiomiomatosis uterina, atendidas en la sala de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Argüello", en Enero-Diciembre 2020.

Sin más a qué referirme y deseándole éxitos en sus labores diarias, me suscribo.



Moisés Ramón Molina Lumbi
Carnet: 15-15475-7

Recibido
19-02-24
