



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MIOMATOSIS UTERINA
EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL SANTA ROSA, LIMA-PERÚ, DURANTE EL AÑO 2023-2024

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano

Autor

García Huaranga, Gustavo Manuel

Asesor

Aliaga Chávez, Máx

ORCID: 0000-0002-6745-3843

Jurado

Gallardo Vallejo, Duber Odilon

Orrego Velasquez, Manuel Anibal

Ramirez Alvizuri, Edward

Lima - Perú

2025



PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SANTA ROSA, LIMA-PERÚ, DURANTE EL AÑO 2023-2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	Submitted to Universidad Tecnológica Centroamericana UNITEC Trabajo del estudiante	2%
3	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	tesis.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	<1%

Submitted to Universidad TecMilenio



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MIOMATOSIS UTERINA EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL SANTA ROSA, LIMA-PERÚ, DURANTE EL AÑO 2023-2024

Línea de investigación:

Salud Pública

Tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano

Autor:

García Huaranga, Gustavo Manuel

Asesor:

Aliaga Chávez, Máx

(ORCID: 0000-0002-6745-3843)

Jurado:

Gallardo Vallejo, Duber Odilon

Orrego Velasquez, Manuel Anibal

Ramirez Alvizuri, Edward

Lima – Perú

2025

Dedicatoria

A mis familiares, los cuales me han apoyado, a las personas que Dios puso en mi camino, los cuales hicieron más llevadero estos últimos siete años.

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
I. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Descripción y formulación del problema	10
1.1.1. Descripción del problema	10
1.1.2. Formulación del problema.....	10
1.2. Antecedentes.....	11
1.2.1. Antecedentes Internacionales.....	11
1.2.2. Antecedentes nacionales	13
1.3. Objetivos	14
1.3.1. Objetivo general.....	14
1.3.2. Objetivos específicos	15
1.4. Justificación.....	15
1.5. Hipótesis.....	16
1.5.1. Hipótesis alternativa	16
1.5.2. Hipótesis nula.....	16
II. MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	17
2.1.1. Concepto	17
2.1.2. Etiología.....	17
2.1.3. Fisiopatología	17
2.1.4. Epidemiología	18
2.1.5. Factores de riesgo.....	18
2.1.6. Factores protectores.....	18

	4
2.1.7. Cuadro clínico.....	18
2.1.8. Clasificación de miomatosis uterina.....	18
2.1.9. Clasificación de la Federación Internacional de Gineco-obstetricia (FIGO) ...	19
2.1.10. Diagnóstico	20
2.1.11. Manejo.....	21
2.1.12. Signos de alarma.....	22
2.1.13. Criterios de alta	22
III. MÉTODO	23
3.1. Tipo de investigación	23
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	23
3.3. Variables	23
3.3.1. La miomatosis uterina (variable dependiente).....	23
3.3.2. La menarquia temprana (variable independiente).....	23
3.3.3. Antecedente familiar de leiomiomatosis (variable independiente)	23
3.3.4. Obesidad (variable independiente)	23
3.3.5. Edad (variable independiente)	23
3.3.6. Raza negra (variable independiente)	23
3.3.7. Paridad (variable independiente)	24
3.4. Población y muestra	24
3.4.1. Población	24
3.4.2. Criterios de inclusión.....	24
3.4.3. Criterios de exclusión.....	24
3.4.4. Muestra	25
3.5. Instrumentos	25
3.6. Procedimientos	25

	5
3.7. Análisis de datos	26
3.8. Consideraciones éticas	26
IV. RESULTADOS	27
4.1. Análisis descriptivo	27
4.2. Análisis analítico	31
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	36
VI. CONCLUSIONES	38
VII. RECOMENDACIONES.....	39
VIII. REFERENCIAS.....	40
IX. ANEXOS.....	43
Anexo A. Matriz de consistencia	43
Anexo B. Instrumento de investigación.....	47
Anexo C. Operacionalización de variables.....	48
Anexo D. Autorización para la realización del presente proyecto de investigación.....	50
Anexo E. Aspectos administrativos	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Análisis descriptivo de factores de riesgo asociados a miomatosis uterina28

Tabla 2 Análisis analítico de factores de riesgo asociados a miomatosis uterina32

RESUMEN

Objetivo: Investigar los principales elementos de riesgo asociados a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del hospital Santa Rosa Lima-Perú durante el año 2023-2024. **Método:** Observacional, analítico, casos y controles, retrospectivo, cuantitativo. **Resultados:** Las féminas con precedente hereditario de miomatosis uterina (84.6%), OR: 17.91 presentan una mayor prevalencia y propensión a desarrollar fibromatosis uterina. Aquellas femeninas con adiposidad excesiva (58.6%); OR: 8.73, exhiben una frecuencia incrementada y un mayor riesgo de dicha patología. En cuanto al segmento etario comprendido entre 31 y 40 primaveras (73.3%); OR: 19.9, se observa una tendencia superior y un aumento de la vulnerabilidad hacia la fibromatosis uterina. Las mujeres nulíparas (66.7%); OR: 4.75, también evidencian una elevada incidencia y un riesgo significativo de padecer esta condición. **Conclusiones:** El antecedente genético, la presencia de obesidad, la franja de edad entre 31 y 40 años, y la ausencia de partos previos representan los principales detonantes asociados al desarrollo de fibromatosis uterina en las pacientes tratadas en la unidad de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa.

Palabras clave: miomatosis uterina, antecedente familiar, obesidad, edad, nuliparidad.

ABSTRACT

Objective: To identify the primary risk factors linked to uterine myomatosis in patients attending the gynecology-obstetrics service of Santa Rosa Hospital, Lima-Peru, during 2023-2024. **Method:** Observational, analytical, case-control, retrospective, quantitative study. **Results:** Women with a familial predisposition to uterine myomatosis (84.6%), OR: 17.91, show increased incidence and risk. Obese women (58.6%), OR: 8.73, also exhibit higher rates and susceptibility. Those aged 31-40 years (73.3%), OR: 19.9, demonstrate elevated prevalence and risk. Nulliparous women (66.7%), OR: 4.75, are similarly more affected. **Conclusions:** Family history, obesity, age 31-40 years, and nulliparity are the leading risk factors associated with uterine myomatosis in patients managed in the gynecology-obstetrics unit of Santa Rosa Hospital.

Keywords: uterine myomatosis, family history, obesity, age, nulliparity.

I. INTRODUCCIÓN

La miomatosis uterina es una condición que perjudica a una gran magnitud a féminas en la etapa fértil en todo el mundo y constituye una preocupación importante para la salud pública; los miomas o tumores del miometrio provienen cada uno de un miocito diferente los cuales tienen receptores estrogénicos anormales que producen una hipersensibilidad del mismo a esta hormona lo cual deriva finalmente un mioma uterino; por otro lado, tenemos al aumento de aromatasa la cual va a generar que los andrógenos se conviertan en estrógenos, generando así un estado de hiperestrogenismo y derivando en aparición de miomas uterinos por lo que en esta investigación se requiere saber cuáles son los principales elementos de amenaza para el origen de miomas en el útero planteando los siguientes: menarquia temprana, edad, raza, obesidad, antecedente familiar de miomatosis uterina, nuliparidad; a los cuales se le atribuye la mayor probabilidad diagnóstica de miomatosis uterina.

A nivel mundial, aproximadamente 1 de cada 4 a 5 mujeres mayores de treinta y cinco años sufre de este tipo de tumores. En Estados Unidos, se estima que 3000 y 5000 millones de dólares se destinan anualmente al diagnóstico y tratamiento de los miomas uterinos, con alrededor de 200 mil histerectomías realizadas cada año. (Rodríguez, 2018)

En el continente americano, la frecuencia de miomatosis uterina muestra diferencias notables. En Norteamérica, el porcentaje de mujeres afroamericanas con miomatosis uterina es del sesenta por ciento a los treinta y cinco años y del ochenta por ciento a los cincuenta años. En comparación, las mujeres de origen europeo que tienen una incidencia del cuarenta por ciento a los treinta años y cerca del 70% a los 50 años. La preponderancia acumulativa incrementa conforme avanza la longevidad, pero declina ulteriormente al climaterio, lo cual sugiere que el órgano uterino durante el cese de la etapa fértil es menos susceptible al surgimiento o proliferación de fibromas, estableciendo así un significativo escollo por sortear en el ámbito sanitario. (Dávila, 2018)

En el territorio peruano, la prevalencia de la fibromatosis uterina resulta destacable, afectando a una de cada dos féminas que superan las cuatro décadas de existencia. Si bien es menos habitual, incluso damiselas con menos de dos decenios de vida pueden manifestar signos vinculados a estas neoplasias benignas. Los fibromas son detectados entre el vigésimo y vigesimoquinto por ciento de las féminas en etapa fecunda, con un pico de incidencia en el intervalo etario de cuarenta a cincuenta primaveras. Constituyendo así un desafío de salud pública en nuestro país. (Rodríguez, 2018).

1.1. Descripción y formulación del problema

1.1.1. Descripción del problema

En la nación peruana, así como en todo el mundo, recae sobre las mujeres diversas patologías relacionadas con su género, tal como patología mamaria, vaginal o uterina. De estas últimas la más frecuente es la miomatosis uterina cuyos factores de riesgo mencionados están asociados a dicha patología. El común denominador de individuos con este mal va a la consulta de ginecología por dolor pélvico o sangrado, y muchas veces se realiza el diagnóstico de miomatosis uterina avanzado, ya sea porque los pacientes no tienen una buena educación por parte del sector de atención primaria de salud o no se identifican los factores de riesgo precozmente, hechos que se reflejan en la alta incidencia de esta patología que sigue siendo un problema de salud pública

1.1.2. Formulación del problema

✓ ¿Cuáles son los principales factores de riesgo asociados a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa, Lima-Perú durante el año 2023-2024?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Internacionales

Villagran (2019) en un escrutinio descriptivo y retrospectivo publicado en 2019 en Guatemala, titulado “Caracterización de pacientes con miomatosis uterina” se analizó una población con 321pacientes, se tuvo como objetivo describir las características de su población diagnosticada con miomatosis uterina. “Los hallazgos revelaron que los factores relacionados a miomatosis uterina fueron; la etnia ladina es la más prevalente (83%), la edad entre 14-45 años (36%), la edad media de esta fue de 12 años (26%), paciente múltipara (76%)”.

Genecy (2024) en un estudio descriptivo, cuantitativo y retrospectivo publicado en 2024 en Brasil, titulado “Mioma uterino no Brasil: Panorama epidemiológico e desafios para a saúde da mulher”, se analizó la tasa de morbilidad de la miomatosis uterina entre 2019 y 2023, registrando 409,502 hospitalizaciones por esta condición. “Los hallazgos revelaron que la población más afectada eran las personas de raza mestiza (54%), y las pacientes con mayor prevalencia de este mal se encontraban en el conjunto de 40 a 49 años (57%)”.

Subramaniyam (2019) en un estudio transversal publicado en 2019 en India, titulado “Prevalencia de factores de riesgo de fibromas uterinos en el hospital universitario de atención terciaria: un estudio transversal” Se planteó como propósito escrutar la frecuencia de los elementos de riesgo vinculados a la miomatosis uterina, donde de un universo de 137 individuos examinados, se descubrió que la edad promedio de las personas afectadas por esta condición oscilaba entre los 36 y 50 años (63%), y el índice de masa corporal (IMC) más sobresaliente fue de 27.5 kg/m² (54%), arribando a la conclusión de que la prevalencia de los fibromas guardaba una relación estadísticamente relevante con la edad y el IMC. Se dedujo que una detección precoz y una reducción del peso corporal podrían mitigar la aparición de los miomas uterinos.

Marcelo (2018) en un estudio observacional, descriptivo publicado en 2018 en Ecuador, titulado “Incidencia y factores de riesgo de miomatosis uterina en mujeres de edad 30 a 50 años atendidos en consulta externa de ginecología del hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda” Se llevó a cabo un análisis de una cohorte conformada por 67 expedientes médicos de pacientes, cuyo propósito consistió en discernir los elementos de riesgo vinculados a la miomatosis uterina en este conjunto poblacional. Los hallazgos de los factores relacionados con la miomatosis uterina, extraídos de las historias clínicas, revelaron los siguientes: una edad promedio de 41 a 45 años (40%), predominancia de etnia mestiza (53%), multiparidad (52%), sobrepeso (37%), menarquia a los 13 años (38%), ausencia de antecedentes familiares de miomatosis uterina (65%) y mioma intramural (46%). En consecuencia, el investigador sugiere la implementación de directrices orientadas a optimizar el manejo terapéutico en las pacientes diagnosticadas con miomatosis uterina.

Valencia (2021) en un estudio cuantitativo, retrospectivo, de diseño no experimental, analítico, corte transversal publicado en 2021 en Ecuador, titulado “Factores de Riesgos asociados a la aparición de miomas uterinos en mujeres de 35 a 55 años que fueron atendidas en el Hospital IESS Ceibos” Se llevó a cabo un escrutinio sobre un colectivo compuesto por 132 individuos, de los cuales se extrajo una submuestra de 100 sujetos. La finalidad primordial del estudio fue esclarecer la vinculación existente entre los determinantes de riesgo y la patología conocida como miomatosis uterina. Como resultado, se constató que los factores con mayor prevalencia fueron los siguientes: inicio precoz de la menarquia (9-10 años) con un 42%, ascendencia mestiza con un 46%, etnia negra con un 43%, y una franja etaria predominante de 46 a 50 años, seguida por las cohortes de 41 a 45 años, 35 a 40 años y, por último, de 51 a 55 años con una incidencia considerablemente inferior. Así, se deduce que la miomatosis uterina guarda una relación estrecha con la menarquia precoz, la ascendencia mestiza y negra, y con el rango etario comprendido entre los 46 y 50 años.

1.2.2. Antecedentes nacionales

Holguin (2022) en un estudio de casos y controles, observacional, analítico, retrospectivo publicado en 2022 en Perú, titulado “Factores asociados a miomatosis uterina en pacientes que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019” Se realizó un escrutinio de una cohorte de 261 individuos, de los cuales se extrajeron 87 casos y 174 controles. La finalidad primordial de la investigación fue dilucidar los determinantes de riesgo vinculados con la manifestación de la miomatosis uterina. Los resultados obtenidos indicaron que la media etaria asociada osciló entre los 40 y 50 años, con una razón de probabilidad (OR) de 6.8; el adelanto en la menarquia temprana se asoció con una OR de 2.105, y la nuliparidad se correlacionó con una OR de 3.122. Igualmente, se establecieron factores obstétricos como determinantes de riesgo, mientras que, como factor patológico, se identificó una asociación con la obesidad, con una OR de 6.121.

Hidalgo (2022) en un estudio de casos y controles, explicativo publicado en 2022 en el Perú, titulado “Factores asociados y tratamiento de la miomatosis uterina en pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue año 2018-2019” Se llevó a cabo un análisis sobre una muestra de 80 casos y 80 controles, con el propósito primordial de discernir las características vinculadas y las opciones terapéuticas para la patología de los miomas uterinos. Los resultados arrojaron que el 76.3% de los sujetos afectados se encontraban en el intervalo de edad comprendido entre los 40 y 50 años ($p < 0.001$; OR = 3.05). Apenas un 6.3% presentó antecedentes hereditarios relacionados con la afección. La prevalencia de la obesidad fue del 35%, sin alcanzar una significancia estadística notable; en cuanto a la paridad, se observó en un 10% de los casos, mientras que la menarquia tardía, en el rango de 13 a 16 años, se vinculó con el 77.5% de los casos, actuando como un factor protector con una OR de 0.43.

Lopez (2017) en un estudio analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles publicado en 2017 en el Perú, titulado “Obesidad asociada a miomatosis uterina en mujeres de

edad fértil del hospital Belén de Trujillo, 2011 a 2015” se analizó una población con 135 mujeres según los criterios de exclusión e inclusión con y sin miomatosis uterina. Se tuvo como resultado que “el odds ratio de obesidad vinculado al mal fue de 8.5 ($p < 0.05$)”.

Dávila (2018) en un estudio analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles publicado en 2018 en el Perú, titulado “Menarquia Temprana Asociada al Desarrollo de Miomatosis Uterina. Hospital Santa Isabel de El Porvenir Trujillo 2015-2017” se examinó un total de 142 situaciones y 284 observaciones de referencia, hallándose un cociente de probabilidades de 2.28, con un margen de certidumbre que abarca de 1.04 a 4.99. Se dictaminó que la instauración precoz de la menarquia constituye un elemento de vulnerabilidad para la génesis de miomatosis en el útero.

Villasante (2024) en un estudio analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles publicado en 2024 en el Perú, titulado “Factores asociados y abordaje de la miomatosis uterina en el servicio de gineco obstetricia del hospital base III Essalud Juliaca en el año 2023” se analizó 120 pacientes, 50% con miomatosis uterina y 50% sin miomatosis uterina donde se determina que los elementos vinculados fueron la franja etaria de 40 a 50 años, con un cociente de probabilidades de 4.7; mientras que para el rango de 20 a 40 años, el cociente fue de 0.7. La menarquia que ocurrió entre los 10 y 12 años presentó un OR de 0.4. Además, se identificaron como factores de riesgo asociados a la miomatosis uterina la irregularidad del ciclo menstrual, la primiparidad y la obesidad, con un OR de 3.3. El procedimiento quirúrgico más común resultó ser la histerectomía, realizada por acceso abdominal.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

✓ Investigar los principales factores de riesgo asociados a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa

1.3.2. Objetivos específicos

- ✓ Identificar si la menarquia temprana es factor de riesgo asociado a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa
- ✓ Determinar si tener antecedente familiar de miomatosis uterina es factor de riesgo asociado a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa
- ✓ Determinar si la obesidad es factor de riesgo asociado a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa
- ✓ Analizar si la edad es un factor de riesgo asociado a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa
- ✓ Determinar si la raza es factor de riesgo asociado a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa
- ✓ Determinar si la nuliparidad es factor de riesgo asociado a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa

1.4. Justificación

Esta indagación nos brindará los elementos de peligro más significativos asociados a la fibromatosis uterina, por lo que emplearemos dichos datos para examinar a cada una de nuestras consultantes y determinar si presentan alguno de los parámetros de susceptibilidad identificados. De esta manera, será factible anticipar un eventual dictamen temprano y proporcionar monitoreo y abordaje terapéutico adecuado en el momento oportuno, por otro lado la observación de estos factores de riesgo no genera un gasto en el presupuesto nacional por lo que es de amplia accesibilidad para las pacientes en edad fértil; de esta manera ayudaremos a disminuir la incidencia de patología avanzada, inicialmente a nivel local y a posteriori reducir también la incidencia nacional de miomatosis uterina.

En el análisis de la literatura no se han hallado estudios previos que se hayan realizado en este centro asistencial, por ese motivo creo necesario determinar los factores de riesgo más importantes, lo que podrá constituir a un mayor acervo con respecto a los factores asociados a la aparición de miomas en el útero.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis alternativa

H₁: Existen asociaciones significativas entre al menos uno de los factores de riesgo identificados (como la menarquia temprana, antecedente familiar de miomatosis uterina, la obesidad, la edad, la raza, la nuliparidad) y la presencia de miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa, Lima-Perú, durante el año 2023-2024

1.5.2. Hipótesis nula

H₀: No existe una asociación significativa entre los factores de riesgo identificados (como la menarquia temprana, antecedente familiar de miomatosis uterina, la obesidad, la edad, la raza, la nuliparidad) y la presencia de miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa, Lima-Perú, durante el año 2023-2024.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Concepto*

Son tumores benignos del musculo liso que se originan a partir del miometrio (leiomioma), estos presentan una pseudocápsula y pueden clasificarse según su localización anatómica. (Hospital Nacional Cayetano Heredia [HNCH], 2019)

2.1.2. *Etiología*

Se tiene constancia de que cada mioma se origina a partir de un único miocito progenitor, por lo cual "las diversas formaciones dentro del útero pueden poseer orígenes citogenéticos autónomos. Aunque la mutación primaria sigue siendo incierta, en aproximadamente el 40% de los casos se detectan anomalías en los cariotipos, particularmente en los cromosomas 6, 7, 12 y 14, con una menor incidencia en los cromosomas 1, 3, 10 y 13". (HNCH, 2019)

2.1.3. *Fisiopatología*

Los fibromas "son neoplasias susceptibles a los estrógenos y la progesterona; por ende, se desarrollan durante el periodo fértil. Es factible que las hormonas esteroideas sexuales potencien o restrinjan la transcripción y la síntesis de factores de proliferación celular. Las células que componen los miomas uterinos presentan una densidad elevada de receptores estrogénicos. En consecuencia, estos tumores transforman una cantidad inferior de estradiol en estrona, una hormona de menor potencia". Otro proceso implicado involucra niveles elevados de "aromatasa en los miomas; esta isoenzima citocrómica especializada facilita la conversión de andrógenos en estrógenos". Los efectos de la progesterona permanecen inciertos, ya que se han observado tanto efectos promotores como inhibitorios. "Se ha comprobado que los progestágenos externos limitan la expansión de los miomas". (HNCH, 2019)

2.1.4. Epidemiología

La incidencia es entre 30-70% en mujeres en edad fértil y esto se incrementa con la edad, la mayoría de las pacientes con leiomioma son asintomáticas, cerca del 25% de mujeres en edad fértil son sintomáticas. “A los 50 años se encuentran miomas en el 70% en mujeres de raza blanca y en más de 80% en mujeres de raza negra. Representan el 40% de las indicaciones de histerectomía”. (HNCH, 2019)

2.1.5. Factores de riesgo

“Menarquia temprana, mujer en edad fértil, índice de masa corporal (IMC) elevado, antecedente familiar de miomatosis uterina, raza negra, nuliparidad”, entre otros como el síndrome de ovario poliquístico, etc. (Hidalgo, 2022)

2.1.6. Factores protectores

Postmenopausia, mayor paridad, anticonceptivos orales combinados, tabaquismo. (HNCH, 2019)

2.1.7. Cuadro clínico

Muchos pacientes con diagnóstico de miomatosis uterine son asintomáticas, los síntomas dependen de su localización, tamaño y numero, en general cuanto más grande es, más síntomas provocará. Así tenemos a la hemorragia vaginal que es el signo más frecuente, entre otros tenemos al dolor pélvico, polaquiuria, incontinencia, estreñimiento, infertilidad, perdida del embarazo. (HNCH, 2019)

2.1.8. Clasificación de miomatosis uterina

De acuerdo con su ubicación en el útero, los miomas se clasifican en las siguientes categorías: submucosos, intramurales e intraserosos. (HNCH, 2019)

2.1.8.1. Miomas Submucosos. Son aquellos que alteran la cavidad uterina.

Según Wamsteker (1993), se dividen en tres tipos:

- A. **Tipo 0.** Mioma pediculado, sin extensión intramural.
- B. **Tipo I.** Sésil con extensión intramural menor al 50%.
- C. **Tipo II.** Sésil con extensión intramural mayor o igual al 50%.

2.1.8.2. Miomas Intramurales (Intersticiales). Estos no afectan la cavidad uterina, y menos del 50% sobresale de la superficie serosa del útero.

2.1.8.3. Miomas Subserosos. Sobresalen más del 50% de la superficie serosa uterina. Pueden ser sésiles o pediculados.

2.1.8.4. Miomas Cervicales. Se encuentran localizados en el cuello del útero.

2.1.9. Clasificación de la Federación Internacional de Gineco-obstetricia (FIGO)

La FIGO propone una clasificación basada en la ubicación de los miomas uterinos:

2.1.9.1. FIGO 0,1,2 (Submucosos). Estos miomas provienen de las células del miometrio y sobresalen en la cavidad uterina.

- A. **FIGO 0.** Mioma pediculado, sin extensión intramural.
- B. **FIGO I.** Sésil con extensión intramural menor al 50%.
- C. **FIGO II.** Sésil con extensión intramural mayor o igual al 50%.

2.1.9.2. FIGO 3,4,5 (Intramurales). Se desarrollan dentro de la pared uterina, pudiendo crecer y distorsionar tanto la cavidad uterina como la superficie serosa.

- A. **FIGO III.** 100% intramural, pero en contacto con el endometrio.
- B. **FIGO IV.** Totalmente intramural.
- C. **FIGO V.** Subseroso, con al menos el 50% intramural.

2.1.9.3. FIGO 6,7 (Subserosos). Se originan de la superficie serosa uterina. Pueden tener una base amplia o pediculada, o incluso ser intraligamentarios.

A. FIGO VI. Subseroso con menos o igual al 50% intramural.

B. FIGO VII. Subseroso pediculado.

2.1.9.4. FIGO 8 (cervicales). Se localizan en el cérvix. (Hernández-Valencia, 2017)

A. FIGO VIII. Otro tipo de leiomiomas como los cervicales, parasitario, etc

Leiomiomas clasificados mediante el sistema de la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). El tipo 3, aunque completamente intramural, ahora se considera que se superpone con el grupo submucoso debido a su contacto con el miometrio. El tipo 8 que no se muestra, define los miomas que no se relacionan con el miometrio e incluyen leiomiomas cervicales, del ligamento ancho, parasitarios. Las lesiones transmurales, un ejemplo etiquetado aquí como “2-5”, se clasifican por sus componentes endometriales y serosos. En estos casos la superficie endometrial se describe primero”. (Hoffman et al., 2020)

2.1.10. Diagnóstico

En el examen físico puede haber aumento de tamaño uterino asociado a contorno irregular. Se mide la B-HCG en orina o suero para excluir embarazo de la paciente.

Se lleva a cabo una sonografía para delinear la morfología pélvica, en la que, según los tipos, “la sonografía transvaginal otorga una definición más nítida, pero en ocasiones el tamaño del útero es tan voluminoso que resulta imperativo recurrir a una sonografía transabdominal para capturar representaciones de toda la estructura uterina”. Los miomas presentan configuraciones vasculares que pueden ser analizadas mediante ultrasonido Doppler en su modalidad cromática o Doppler de alta potencia. En mujeres que padecen infertilidad, las cavidades pueden ser inspeccionadas a través de histerosalpingografía, sonografía histerosalpingográfica con medio radiopaco o mediante histeroscopia. En casos de alteraciones estructurales que dificultan la visualización con técnicas de imagen, puede ser necesario

recurrir a la resonancia magnética. La tomografía axial computarizada no se emplea con frecuencia para caracterizar los miomas. (Hoffman et al., 2020)

2.1.11. Manejo

- Las medidas generales y preventivas se basan en la observación en pacientes con miomas que son asintomáticos y control cada 6 meses por consultorio externo de ginecología,
- Aines adecuados para dismenorrea debido al papel de las prostaglandinas como mediadores inflamatorios y del dolor.
- Anticonceptivos orales combinados como fármacos de primera línea, pueden controlar la hemorragia y el dolor, no se recomienda anticonceptivos solo de progesterona por resultados contradictorios.
- Los dispositivos intrauterinos de levonorgestrel reducen la hemorragia.
- Los agonistas de GnRH como leuprolida, que causan amenorrea reversible, “provocan reducción del tamaño de los miomas hasta en 65% en los primeros tres meses de iniciado el tratamiento, utilizados en mujeres con miomas grandes próximos a cirugía”.
- Los inhibidores de la aromatasa, quienes bloquean la producción de estrógenos ováricos y periféricos, reducen los niveles de estradiol desde el primer día de tratamiento.
- Los antiprogéstágenos como mifepristona, son medicamentos que reducen el tamaño del útero hasta en el 74% en los primeros 6 meses de iniciado el tratamiento, disminuye crecimiento recurrente tras su suspensión.
- Tratamiento no quirúrgico en el que utilizan la miomectomía histeroscópica, ideal en miomas submucosos.
- La miomectomía es útil en pacientes que desean la fertilidad o rechazan la histerectomía, se realiza vía laparoscópica o por laparotomía y si es paciente gestante se hace

cesárea a las 37-38 semanas. La histerectomía es el tratamiento definitivo con una tasa de satisfacción de más del 90%. (HNCH, 2019)

2.1.12. Signos de alarma

Sangrado vaginal excesivo, anemia severa, dolor abdominal intenso, síntomas obstructivos. (HNCH, 2019)

2.1.13. Criterios de alta

Paciente no anémica y afebril en su día posoperatorio dos. (HNCH, 2019)

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Es un estudio observacional porque no influye el indagador, la data se precisa de forma usual a los hechos; analítico de casos y controles, porque establece asociación entre variables; retrospectivo, porque los datos se recogen cuando ya han sucedido; y cuantitativo, porque posee un enfoque objetivo, enfocado a los resultados. Siendo los casos las pacientes mujeres de 21 a 50 años con leiomiomatosis diagnosticada y los controles las pacientes mujeres de 21 a 50 años sin leiomiomatosis diagnosticada.

3.2. Ámbito temporal y espacial

Servicio de gineco-obstetricia del hospital Santa Rosa Lima-Perú durante el año 2023-2024.

3.3. Variables

3.3.1. *La miomatosis uterina (variable dependiente)*

Son tumores del musculo liso y tienen origen a partir del tejido miometrial.

3.3.2. *La menarquia temprana (variable independiente)*

Se trabaja con aparición de menstruación antes de los 12 años.

3.3.3. *Antecedente familiar de leiomiomatosis (variable independiente)*

Antecedente de familiar con el diagnóstico de miomatosis uterina.

3.3.4. *Obesidad (variable independiente)*

Obteniéndose por índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 30.

3.3.5. *Edad (variable independiente)*

Se establece la edad fértil en grupos etarios de 21 a 30 años; 31 a 40 años; 41 a 50 años.

3.3.6. *Raza negra (variable independiente)*

Terminología empleada para referirse a un conjunto de personas que comparten características somáticas, tales como el tono dérmico o los rasgos faciales distintivos.

3.3.7. Paridad (variable independiente)

Cantidad de nacimientos ocurridos después de las 20 semanas de gestación. Se clasifica como nulípara (sin partos previos), múltipara (1 a 3 partos) o gran múltipara (más de 3 partos).

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

Los pacientes con diagnóstico de leiomiomatosis, en el servicio de gineco-obstetricia del hospital Santa Rosa Lima-Perú durante el año 2023-2024.

3.4.2. Criterios de inclusión

- Paciente mujer de 21 a 50 años.
- Pacientes con diagnóstico de leiomiomatosis.
- Pacientes del servicio de gineco-obstetricia del hospital Santa Rosa Lima-Perú

durante el año 2023-2024.

3.4.3. Criterios de exclusión

- Pacientes mujer menores de 21 años y mayores de 50 años.
- Pacientes con diagnóstico de otras enfermedades ginecológicas graves:

Pacientes que presenten otras patologías ginecológicas graves que puedan interferir con el diagnóstico o tratamiento de la miomatosis uterina, como cáncer ginecológico o infecciones ginecológicas agudas.

- Pacientes con diagnóstico de embarazo: La miomatosis uterina y sus tratamientos pueden tener implicaciones en el embarazo, por lo que se podría excluir a las mujeres embarazadas, para evitar variables confusas.

- Pacientes con antecedentes de enfermedades graves o crónicas que puedan afectar los resultados (por ejemplo, enfermedades autoinmunes o cardiovasculares graves): Estas patologías pueden influir en la respuesta del organismo al tratamiento, por lo que podrían ser excluidas para evitar interferencias en los resultados del estudio.

3.4.4. Muestra

Paciente con diagnóstico de miomatosis uterina

3.4.4.1. Volumen muestral.

- La estimación del tamaño de la muestra se llevará a cabo empleando la siguiente fórmula: $n = Z\alpha^2 \cdot Pq / P^2$

- Donde: $Z\alpha$ = Coeficiente de confiabilidad con un nivel de confianza del 95%, que corresponde a 1,96

- p = Proporción anticipada a partir de la revisión bibliográfica, 40% (Dávila, 2018)

- $q = (1 - p)$.

- P = Precisión o magnitud del error, fijado en 5% (0,05)

Al sustituir en la fórmula:

3.4.4.2. Método de muestreo.

No probabilístico, intencional; tomando en cuenta la duración del estudio.

- $n = Z\alpha^2 \cdot Pq / P^2 = 104,95$, lo que se redondea a 104 participantes

- Así, se asignan 52 casos y 52 controles, con una proporción de 1:1 entre casos y controles.

- La misma cantidad de 52 casos y 52 controles fue determinada usando el programa OpenEpi.

3.5. Instrumentos

Ficha de recolección de datos. (anexo 6.2)

3.6. Procedimientos

Los datos se recogerán de las historias clínicas de las pacientes.

3.7. Análisis de datos

- Se solicitará al director del hospital Santa Rosa, la autorización para la realización del presente trabajo de tesis en el servicio de gineco-obstetricia (anexo 6.4).
- Se recolectarán los datos de las historias clínicas según la ficha de recolección de datos. (anexo 6.2).
- Se elaborará la base de datos en Excel.
- Para el análisis estadístico y pruebas de correlación se va utilizar el software PSPPIRE.
- Se presentarán los resultados en tablas y gráficos.

3.8. Consideraciones éticas

Se respetará la confidencialidad de todos los pacientes, utilizando códigos al recolectar los datos de las historias clínicas, evitando así dar a conocer sus identidades.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

Según la tabla 1, las pacientes con el factor de riesgo menarquia precoz que cursan con miomatosis uterina representa el 47.9% frente al 52.1% de las que no cursan con dicha patología. Mientras que las pacientes sin dicho factor de riesgo que cursan con miomatosis uterina representan el 51.8% frente al 48.2% de las pacientes que no cursan con dicha patología. El recuento corregido es de 1.00 (<1.96), lo que nos refiere que no es significativa la relación de dichas variables.

Las pacientes con antecedente familiar de miomatosis uterina que cursan con dicha enfermedad son el 84.6% frente al 15.4% de las que no cursan con la enfermedad. Mientras que las pacientes sin dicho factor de riesgo que cursan con la enfermedad representan el 51.8% frente al 48.2% de las que no cursan con miomatosis uterina. El recuento corregido es de 9.00 (>1.96), lo que nos refiere significancia en la relación de variables, por lo que podemos decir que tener antecedente familiar de miomatosis uterina se relaciona positivamente con el diagnóstico de miomatosis uterina.

Las pacientes con índice de masa corporal $18 - 25 >$ que cursan con miomatosis uterina representan el 25.9% frente al 74.1% de las que no cursan con dicha patología. Mientras que las pacientes con índice de masa corporal $25 - 30 >$ que cursan con la enfermedad representan el 58.3% frente al 41.7% que no cursan con la enfermedad. Además, las pacientes con índice de masa corporal ≥ 30 que cursan con la enfermedad representan el 58.6% frente al 41.4% de las que no cursan con la enfermedad. El recuento corregido es de 6.50 (>1.96) lo que nos refiere significancia en la relación de variables, por lo que podemos decir que el $IMC > 25$ se relaciona positivamente con el diagnóstico de miomatosis uterina.

Las pacientes del grupo etario de 21-30 años que cursan con miomatosis uterina representan el 11.1% frente al 88.9% que no cursan con la enfermedad. Mientras que las

pacientes del grupo etario de 31-40 años que cursan con la enfermedad representan el 73.3% frente al 26.7% de las que no cursan con la enfermedad. Además, las pacientes del grupo etario de 41-50 años que cursan con la enfermedad representan el 50% frente al 50% de las que no cursan con la enfermedad. El recuento corregido es de 7.00 (>1.96) lo que nos refiere significancia en la relación de variables, por lo que podemos decir que el grupo etario de 31-40 años se relaciona positivamente con el diagnóstico de miomatosis uterina.

Las pacientes de etnia mestiza que cursan con miomatosis uterina representan el 50% frente al 50% de las que no cursan con la enfermedad. El recuento corregido es de 0.00 (<1.96), lo que nos refiere que no es significativa la relación de dichas variables.

Las pacientes nulíparas que cursan con diagnóstico de miomatosis uterina representan el 66.7% frente al 33.3% de las que no cursan con la enfermedad. Mientras que las pacientes no nulíparas que cursan con la enfermedad representan el 43.2% frente al 56.8% de las que no cursan con dicha patología. El recuento corregido es de 5.00 (>1.96) lo que nos refiere significancia en la relación de variables, por lo que podemos decir que contar con el factor de riesgo de nuliparidad se relaciona positivamente con el diagnóstico de miomatosis uterina.

Tabla 1

Análisis descriptivo de factores de riesgo asociados a miomatosis uterina

		Miomatosis uterina		Total	
		Sí	No		
Menarquia temprana	Sí	Recuento	23	25	48
		% Fila	47.9%	52.1%	100.0%
		Residual	1.00	1.00	
	No	Recuento	29	27	56
		% Fila	51.8%	48.2%	100%
		Residual	1.00	1.00	

Total	Recuento		52	52	104
	%Fila		50.0%	50.0%	100.0%
			Miomatosis uterina		Total
			Sí	No	
Antecedente familiar	Sí	Recuento	22	4	26
		% Fila	84.6%	15.4%	100.0%
		Residual	9.00	9.00	
	No	Recuento	30	48	78
		% Fila	38.5%	68.5%	100.0%
		Residual	-9.00	9.00	
Total	Residual		52	52	104
	Fila		50.0%	50.0%	100.0%
			Miomatosis uterina		Total
			Sí	No	
IMC	18-25>	Recuento	7	20	27
		% Fila	25.9%	74.1%	100.0%
		Residual	-6.50	6.50	
	25-30>	Recuento	28	20	48
		% Fila	58.3%	41.7%	100.0%
		Residual	4.00	4.00	
	>=30	Recuento	17	12	29
		% Fila	58.6%	41.4%	100.0%
		Residual	2.50	-2.50	
Total	Residual		52	52	104

			50.0%	50.0%	100.0%
			Miomatosis uterina		Total
			Sí	No	
Fila					
Edad	21-30 años	Recuento	2	16	18
		% Fila	11.1%	88.9%	100.0%
		Residual	-7.00	7.00	
	31-40 años	Recuento	22	8	30
		% Fila	73.2%	26.7%	100.0%
		Residual	7.00	-7.00	
	41-50 años	Recuento	28	28	56
		% Fila	50.0%	50.0%	100.0%
		Residual	.00	.00	
Total	Residual		52	52	104
	Fila		50.0%	50.0%	100.0%
			Miomatosis uterina		Total
			Sí	No	
Raza mestiza	Recuento		52	52	104
	% Fila		50.0%	50.0%	100.0%
	Residual		.00	.00	
Total	Residual		52	52	104
	Fila		50.0%	50.0%	100.0%
			Miomatosis uterina		Total
			Sí	No	
Nuliparidad	Sí	Recuento	20	10	30

	% Fila	66.7%	33.3%	100.0%
	Residual	5.00	-5.00	
No	Recuento	32	42	74
	% Fila	43.2%	56.8%	100.0%
	Residual	-5.00	5.00	
Total	Recuento	52	52	104
	% Fila	50.0%	50.0%	100.0%

4.2. Análisis analítico

La tabla 2, muestra resultados significativos de asociación y probabilidad positiva en cuatro de los seis factores de riesgo, mientras que los otros dos no muestran relación con la variable dependiente.

Antecedentes hereditarios de miomatosis uterina: con un valor p de 0.000 ($p < 0.05$) y una prueba exacta de Fisher de 0.000. Esto sugiere que debemos desechar la hipótesis nula (H_0), lo que implica que existe una correlación relevante entre el antecedente familiar de miomatosis uterina y la manifestación de dicha patología. El odds ratio (OR) es de 17.91 y el estimador de probabilidad se sitúa en 8.80, lo que incrementa la posibilidad de desarrollar esta afección.

- **Obesidad:** con un valor p de 0.015 ($p < 0.05$). Esto implica que se debe rechazar la hipótesis nula (H_0), lo que señala una relación notable entre la obesidad y la presencia de miomatosis uterina. El OR es de 8.73, lo que favorece un incremento en la probabilidad de padecer la enfermedad.

- **Edad:** con un valor p de 0.000 ($p < 0.05$). Esto indica que se debe descartar la hipótesis nula (H_0), evidenciando una asociación significativa entre la edad y la presencia de

miomatosis uterina. El OR es de 19.19, lo que eleva considerablemente las probabilidades de manifestar esta patología.

- **Nuliparidad:** con un valor p de 0.030 ($p < 0.05$) y prueba exacta de Fisher de 0.025. Esto nos lleva a rechazar la hipótesis nula (H_0), por lo que podemos afirmar que existe una relación significativa entre la nuliparidad y la aparición de miomatosis uterina. El OR es de 4.75 y el estimador de riesgo se establece en 2.63, lo que incrementa la posibilidad de padecer esta condición.

- **Menarquia precoz:** con un valor p de 0.694 ($p > 0.05$) y prueba exacta de Fisher de 0.700. Esto señala que no se debe rechazar la hipótesis nula (H_0), lo que implica que no hay una asociación considerable entre la menarquia temprana y la aparición de miomatosis uterina. El estimador de riesgo con un intervalo de confianza entre 0.4-1.85 presenta un valor de 0.86 y un OR de 0.15.

- **Raza:** no se observa vínculo entre las variables, dado que el 100% de la población analizada pertenecía a la raza mestiza.

Tabla 2

Análisis analítico de factores de riesgo asociados a miomatosis uterina

Contrastes Chi-cuadrado	valor	df	Sign. Asintótica (2- colas)	Sig. Exacta (2-colas)	Sig. Exacta (1- cola)
MENARQUIA TEMPRANA					
Chi-cuadrado de Pearson	.15	1	.694		
Razón de Semejanza	.15	1	.694		
Prueba exacta de Fisher				.700	.422
N de casos válidos	104				
Estimador de riesgo	valor	Interval de confianza del 95%			

	inferior		superior		
Razón de diferencias para	.86	.40	1.85		
MENARQUIA TEMPRANA					
(sí/no)					
N de casos válidos	104				
Contrastes Chi-cuadrado	valor	df	Sign. Asintótica (2-colas)	Sig. Exacta (2-colas)	Sig. Exacta (1- cola)
ANTECEDENTE FAMILIAR					
Chi-cuadrado de Pearson	16.62	1	.000		
Razón de Semejanza	17.91	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
N de casos válidos	104				
Estimador de riesgo	valor	Interval de confianza del 95%			
		inferior	superior		
Razón de diferencias para	8.80	2.76	28.04		
ANTECEDENTE FAMILIAR					
(sí/no)					
N de casos válidos	104				

Contrastes Chi-cuadrado	valor	df	Sign.		
			Asintótica (2- colas)		
OBESIDAD					
Chi-cuadrado de Pearson	8.45	2	.015		
Razón de Semejanza	8.73	2	.013		
N de casos válidos	104				
Contrastes Chi-cuadrado	valor	df	Sign.		
			Asintótica (2- colas)		
EDAD					
Chi-cuadrado de Pearson	17.42	2	.000		
Razón de Semejanza	19.19	2	.000		
N de casos válidos	104				
Contrastes Chi-cuadrado	valor	df	Sign. Asintótica (2-colas)	Sig. Exacta (2-colas)	Sig. Exacta (1- cola)
RAZA MESTIZA					
N de casos válidos	104				
NULIPARIDAD					
Chi-cuadrado de Pearson	4.68	1	.030		
Razón de Semejanza	4.75	1	.029		
Prueba exacta de Fisher			.050		.025

N de casos válidos	104		
---------------------------	-----	--	--

Estimador de riesgo	valor	Interval de confianza del 95%	
		Inferior	Superior
Razón de diferencias para	2.63	1.08	6.38

NULIPARIDAD (sí/no)

N de casos válidos	104		
---------------------------	------------	--	--

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La miomatosis uterina constituye una patología prevalente y de notable seriedad, reconocida por la OMS y la FIGO como la condición ginecológica más extendida entre las mujeres en edad reproductiva, siendo responsable de manera prominente de la menorragia y la dismenorrea. En el ámbito nacional, el Ministerio de Salud la considera un reto de gran envergadura, identificándola como un asunto de salud pública relevante.

En cuanto a la variable relacionada con antecedentes familiares de miomatosis uterina, se observó que la mayoría (84.66%) de los pacientes con este factor de riesgo presentaban la patología. Estos resultados difieren de los obtenidos en investigaciones previas, como las de Marcelo (2018) con un 35% e Hidalgo (2022) con un 6.3% en su grupo de estudio. La correlación entre las variables resultó ser significativa. Este fenómeno podría explicarse teóricamente a través de la implicación de cromosomas específicos en el desarrollo de la miomatosis uterina, los cuales pueden ser heredados de los progenitores.

Respecto a la variable obesidad, encontramos que el mayor porcentaje (58.6%) y OR:8.73, coincide con miomatosis uterina. Estos resultados coinciden fuertemente con los estudios de Holguin (2022) OR: 6.121; Lopez (2017) OR:8.5; Villasante (2024) OR:3.3 quienes también asociaron la obesidad a la miomatosis uterina. Este hallazgo se puede ser explicado con base teórica de la enzima aromatasa la cual genera que incremente el estrógeno periférico.

Respecto a la variable edad 31-40 años, encontramos que el mayor porcentaje (73.3%) y OR:19.9, coincide con miomatosis uterina. Estos resultados coinciden fuertemente con los estudios de Subramaniyam (2019) (63% en grupo etario 36-50 años) mientras que los resultados de los estudios de Genecy (2024) (57%); Marcelo (2018) (40%); Hidalgo (2022) (76.3%, OR: 3.05); Villasante (2024) (OR: 4.7) nos refieren mayor porcentajes y riesgos a partir de los 40 años en adelante. El grado de asociación entre variables fue significativo. Este

hallazgo puede ser explicado con la base teórica que dice que la mujer en edad fértil genera mayores ciclos hormonales que las mujeres que ya están dejando esta etapa; produciendo así más estados estrogénicos.

Respecto a la nuliparidad, encontramos que el mayor porcentaje (66.7%) y OR:4.75, coincide con miomatosis uterina. Estos resultados coinciden fuertemente con los estudios de Holguin (2022) (OR: 3.122). Mientras que contrasta con los resultados de Villagran (2019) (76%) y Marcelo (2018) (52%) quienes refieren que la multiparidad está asociada con la miomatosis uterina. El grado de asociación entre variables fue significativo. Este hallazgo puede ser explicado con la base teórica al aumento de estados hiperestrogénicos al no gestar.

VI. CONCLUSIONES

- Se concluye cuatro de las seis variables independientes son los principales factores de riesgo asociados a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del HSR.
- El antecedente familiar de miomatosis uterina se relaciona positivamente (RC: recuento corregido: 9.00) y significativamente ($p < 0.05$) con el diagnóstico de miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del HSR.
- La obesidad se relaciona positivamente (RC: recuento corregido: 13.5) y significativamente ($p < 0.05$) con el diagnóstico de miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del HSR.
- La edad se relaciona positivamente (RC: recuento corregido: 7.00) y significativamente ($p < 0.05$) con el diagnóstico de miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del HSR.
- La nuliparidad se relaciona positivamente (RC: recuento corregido: 5.00) y significativamente ($p < 0.05$) con el diagnóstico de miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del HSR.
- La menarquia temprana no se relaciona positivamente (RC: recuento corregido: 1.00) ni significativamente ($p > 0.05$) con el diagnóstico de miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del HSR.
- La raza no pudo ser relacionada con el diagnóstico de miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del HSR, déficit en data.
- Los principales factores de riesgo asociados a miomatosis uterina son independientes uno de otro y representan un factor predictor fuerte para presentar dicha patología.

VII. RECOMENDACIONES

- A nivel nacional es crucial abarcar todos los centros de salud de atención primaria cuenten personal médico y no médico capacitado para poder reconocer los principales factores de riesgo asociados a miomatosis uterina y así tener un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
- Hacer promoción de salud en todas las comunidades para poder realizar un buen análisis situacional de salud haciendo énfasis en los principales factores de riesgo y evaluar a una gran masa poblacional a nivel nacional.
- Generar campañas de salud a los lugares menos accesibles para que las personas de los lugares más alejados tengan mayor accesibilidad al sector salud, con énfasis en las personas que cumplan los principales factores de riesgo asociados a miomatosis uterina.
- A nivel local es importante reconocer los principales factores de riesgo asociados a miomatosis uterina citando a los pacientes que cumplan los factores de riesgo descritos.
- Realizar más estudios complementando con diferentes factores de riesgo como uso de anticonceptivos combinados, síndrome de ovario poliquístico, etc. Para mayor acervo médico.
- Generar tipos de estudio más sofisticados con los factores de riesgo descritos, como estudios de cohorte.

VIII. REFERENCIAS

- Castro D. (2021). *Factores de riesgos asociados a miomatosis uterina en pacientes de 35 a 55 años atendidas en la consulta externa del Hospital IESS Ceibos* [Tesis de pregrado, Universidad de Guayaquil]. Repositorio Institucional UG. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/63210>
- Catherino, W., Eltoukhi, H. y Al-Hendy, A. (2013). Racial and ethnic differences in the pathogenesis and clinical manifestations of uterine leiomyoma. *Seminars in reproductive medicine*, 31(5), 370–379. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1348896>
- Dávila, A. (2018). *Menarquia Temprana Asociada al Desarrollo de Miomatosis Uterina. Hospital Santa Isabel de El Porvenir Trujillo 2015-2017*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/25314>
- Genecy, A. (2024). Mioma uterino no Brasil: Panorama epidemiológico e desafios para a saúde da mulher. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(5), 2462-2471. <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/download/2251/2459/5191>
- Guachi, M. (2018). *Incidencia y factores de riesgo de miomatosis uterina en mujeres de edad 30 a 50 años atendidos en consulta externa de ginecología del hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda*. [Tesis de pregrado, Universidad Regional Autónoma de los Andes]. Repositorio Institucional UNIANDES. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/9375>
- Hernández-Valencia, M., Valerio-Castro, E., Tercero-Valdez-Zúñiga, C., Barrón-Vallejo, J. y Luna-Rojas, R. (2017). Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(9), 611-633. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000900611&lng=es&tlng=es.

- Holguin, K., (2022). *Factores asociados a miomatosis uterina en pacientes que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio Institucional UNAP. <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/19292>
- Li, Q., Zhong, J., Yi, D., Deng, G., Liu, Z. y Wang, W. (2021). Assessing the risk of rapid fibroid growth in patients with asymptomatic solitary uterine myoma using a multivariate prediction model. *Annals of translational medicine*, 9(5), 1-10. <https://doi.org/10.21037/atm-20-4559>
- Lopez, K. (2017). *Obesidad asociada a miomatosis uterina en mujeres de edad fértil del hospital Belén de Trujillo, 2011 a 2015*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/128742>
- Maria, V. (2019). *Caracterización de pacientes con miomatosis uterina del Hospital Roosevelt*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Carlos de Guatemala]. Repositorio Institucional USAC. <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2019/121>
- Navaneetha, K. (2020). Prevalence of Risk Factors for Uterine Fibroids at Tertiary Care Teaching Hospital: A Cross-sectional Study. *Journal of Young Pharmacists*, 12(1), 86-89. <https://jyoungpharm.org/article/1426>
- Ramos, N. (2022). *Factores predisponentes y tratamiento de la miomatosis uterina en pacientes del hospital nacional Hipólito Unanue año 2018-2019*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio Institucional UPSJB. <https://hdl.handle.net/20.500.14308/3615>
- Rodriguez, G. (2018). *Dislipidemia como factor asociado a miomatosis uterina en pacientes del Hospital Belén de Trujillo*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio Institucional UPAO. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/3948>

Villasante, S. (2024). *Factores asociados y abordaje de la miomatosis uterina en el servicio de gineco obstetricia del hospital base III Essalud Juliaca en el año 2023*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio Institucional UNAP. <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/22045>

IX. ANEXOS

Anexo A. Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
¿Cuáles son los principales factores de riesgo asociados a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa, Lima-Perú, durante el año 2023-2024?	<p>Objetivo general:</p> <p>Investigar los principales factores de riesgo asociados a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>Determinar si la menarquia temprana es factor de riesgo asociado a miomatosis uterina en pacientes</p>	<p>Hipótesis Alternativa: H₁:</p> <p>Existen asociaciones significativas entre al menos uno de los factores de riesgo identificados (edad, obesidad, antecedentes familiares, menarquia temprana, raza, nuliparidad) y la presencia de miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital</p>	<p>La miomatosis uterina</p> <p>Son tumores del musculo liso y tienen origen a partir del tejido miometrial.</p> <p>La menarquia temprana</p> <p>Se trabaja con la aparición de menstruación antes de los 12 años.</p> <p>Mujer en edad fértil</p>	<p>Observacional</p> <p>No existe intervención del investigador, los datos reflejan la evolución natural de los hechos.</p> <p>Analítico</p> <p>Establece asociación entre variables.</p> <p>Transversal</p>

<p>atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa</p> <p>Determinar si el síndrome de ovario poliquístico es factor de riesgo asociado a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa</p> <p>Determinar si tener antecedente familiar de miomatosis uterina es factor de riesgo asociado a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa</p> <p>Determinar si la obesidad es factor de riesgo asociado a.</p>	<p>Santa Rosa, Lima-Perú, durante el año 2023-2024</p> <p>Hipótesis nula: H₀: No existe una asociación significativa entre los factores de riesgo identificados (edad, obesidad, antecedentes familiares, menarquia temprana, raza, nuliparidad) y la presencia de miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa, Lima-Perú, durante el año 2023-2024</p>	<p>Se establece la edad fértil de las personas en estudio entre 15-49 años.</p> <p>Obesidad</p> <p>Obteniéndose por índice de masa corporal mayor o igual de 30.</p> <p>Raza negra</p> <p>Término que se usa para describir a un grupo de personas que comparten características físicas, como el color de la piel o los rasgos faciales</p> <p>Paridad</p>	<p>Las variables son medidas en una ocasión.</p> <p>Retrospectivo</p> <p>Los datos se recogen a medida que ya hayan sucedido.</p> <p>Cuantitativo</p> <p>Posee un enfoque objetivo, enfocado a los resultados.</p>
--	--	--	--

	<p>miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa</p> <p>Determinar si la edad es factor de riesgo asociado a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa.</p> <p>Determinar si la nuliparidad es factor de riesgo asociado a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa.</p> <p>Determinar si la raza es factor de riesgo asociado a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el</p>		<p>La paridad es el número de partos después de las 20 semanas.</p> <p><i>Antecedente familiar de miomatosis uterina</i></p> <p>Antecedente de familiar con el diagnóstico de miomatosis uterina.</p>	
--	--	--	--	--

	servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa			
--	---	--	--	--

Anexo B. Instrumento de investigación

Ficha de recolección de datos:

“Principales factores de riesgo asociados a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa, Lima-Perú, durante el año 2023-2024”

- Fecha: __/__/__
- Hora: __: __hrs
- Código de paciente: XXXXXXXX
- Diagnóstico: MIOMATOSIS UTERINA / NO MIOMATOSIS UTERINA

1.	fecha de última admisión:	__/__/__			
2.	Edad de la paciente	MEF :21-30 años	MEF: 31-40 años	EF 41-50 años	M
3.	Antecedente de familiar con diagnóstico de miomatosis uterina:	SÍ		NO	
4.	Edad de menarquia:	<=12a		>12a	
5.	Peso, talla: IMC.	W	T	IM C<30	I MC>=30
6.	Paridad:	nulíp ara	m ultípara	gran múltipara	
7.	Raza: blanca, negra, mestiza, amarilla.	BLA NCA	N EGRA	AM ARILLA	M ESTIZA

- FACTORES DE RIESGO DEL PACIENTE:

Ficha de recolección de datos creada por el tesista Gustavo Manuel Garcia Huaranga.

Anexo C. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Tipo	Indicadores	Escala de medición	Instrumento de recolección de datos: FICHA (palotes)	Ítems
Variable dependiente	No Dependiente del paciente	Cualitativa nominal	Miomatosis uterina	Sí		1
				No		
Variable independiente (Principales factores de riesgo)	No dependiente del paciente	Cualitativa nominal	Menarquia precoz	Sí		2
				No		
				No		
	No Dependiente del paciente	Cualitativa nominal	Antecedente familiar de miomatosis	Sí		3
				No		
	Dependiente del paciente	Cualitativa ordinal	IMC	IMG<30 kg/m ²		4
				IMG>30 kg/m ²		
	Dependiente del paciente	Cualitativa ordinal	Edad	21-30 años		5

				31-40 años		
				41-50 años		
				No		
	No Dependiente del paciente	Cualitativa nominal	Raza	Blanca		6
				Amarilla		
				Negra		
				Mestizo		
	Dependiente del paciente	Cualitativa ordinal	Paridad	nulípara		7
				Múltipara		
				Gran múltipara		

Anexo D. Autorización para la realización del presente proyecto de investigación**SOLICITO: Permiso para realizar proyecto de Investigación**

DR. RAUL NALVARTE TAMBINI

DIRECTOR HOSPITAL SANTA ROSA

Yo, GUSTAVO MANUEL GARCIA HUARINGA, identificado con DNI N° 46164350, CU N° 2018007995 con domicilio UV. Santa marina sur block 19-114 Callao. Ante Ud. respetuosamente me presento y expongo:

Que, cursando el séptimo año de medicina en la Universidad Nacional Federico Villarreal, solicito a Ud. permiso para realizar este proyecto de tesis en la Institución que usted dirige, sobre “Principales factores de riesgo asociados a miomatosis uterina en pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa Rosa, Lima-Perú, durante el año 2023-2024”

para optar por el título de médico cirujano en la Universidad Nacional Federico Villarreal.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Lima, 28 de diciembre del 2024

Gustavo Manuel Garcia Huaranga
DNI:46164350

Anexo E. Aspectos administrativos

- Cronograma

Actividades	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
Revisión de la bibliografía	x			
Elaboración del proyecto	x			
Identificar un hospital nivel III-I	x			
Conseguir sustento económico para comprar recursos tecnológicos	x			
comprar una impresora Epson	x			
Comprar una computadora de escritorio con sistema core i.7	x			
Instalar red wifi de alta velocidad	x			
Comprar papel bond y lapiceros	x			
Investigar acerca del hospital nivel III-I de preferencia	x			
Llamar al hospital nivel III-I para coordinar visita presencial		x		
Calendarizar nuevas citas con autoridades de hospital nivel			x	

III-I o de la universidad			
UNFV			
Presentación ante las autoridades	x		
Selección de la muestra		x	x
Recolección de datos			x
Tabulación de datos			x
Análisis e interpretación			x
Redacción informe final			x
Impresión informe final			x

- Presupuesto

Recursos utilizados	Cantidad	Importe por unidad (S/.)	importe total (S/.)
Asesor	1	0	0
Analista estadístico	1	500	500
Papel Bond A4	1	20	20
Tinta EPSON	5	20	100
Cuaderno de 100 hojas	2	5.50	11
Engrapador	1	90	90
Paquete de grapas	1 caja	10	10
Corrector	12	3.50	42
Folder Manila A4	100	1	100
Lapiceros	50	1	50
Movilidad	24	15	360

refrigerio	24	15	360
TOTAL			1643
