

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro. CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, Asesor del trabajo de investigación/tesis titulada: FACTORES ASOCIADOS AL LEIOMIOMA UTERINO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2022-2024

Presentado por: JHON CONTRERAS SOTOMAYOR DNI N° 76690204

presentado por: DNI N°:

Para optar el título profesional/grado académico de MEDICO CIRUJANO

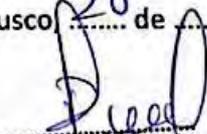
Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del *Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC* y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 9%.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto las primeras páginas del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco 20 de MAYO de 2025


Dra. Roxana I. Quispe Chalco
GINECOLOGO - OBSTETRA
CNP: 33733 RNE: 17755

Firma

Post firma ROXANA ISABEL QUISPE CHALCO

Nro. de DNI 23892868

ORCID del Asesor 0000-0002-1983-5660

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: oid: 27259:451636597 ✓

Jhon Contreras Sotomayor

FACTORES ASOCIADOS A LEIOMIOMA UTERINO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:451636597

Fecha de entrega

22 abr 2025, 8:37 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

22 abr 2025, 8:40 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

FACTORES ASOCIADOS A LEIOMIOMA UTERINO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA D....pdf

Tamaño de archivo

5.6 MB

92 Páginas

28.407 Palabras

146.277 Caracteres

9% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- ▶ Bibliography
- ▶ Quoted Text
- ▶ Cited Text
- ▶ Small Matches (less than 18 words)

Top Sources

- 2%  Internet sources
- 0%  Publications
- 9%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios por iluminar mi camino y llegar a bendecir a todos mis seres queridos. A la Virgen Asunta, patrona de Tambobamba que siempre nos llegó a cubrir con su manto.

A mi madre, Octaviana Sotomayor Pacco, que es el motor de mi vida, que estuvo presente en cada etapa de mi formación estudiantil, en los momentos más icónicos de mi vida. Gracias madre por alentarme en los momentos más necesitados, por darme ese amor incondicional de madre.

A mi padre, Johnny Contreras Calle, gracias por darme los mejores consejos, por saber como encaminar a tus hijos. Gracias por darnos el ejemplo de como ser una buena persona tanto en la familia y el trabajo.

A mis hermanos: Johnatan, quien es mi segundo padre, gracias por apoyarme en todos esos buenos y malos momentos, siempre estuviste para toda la familia; Shamir, gracias por darme ese cariño y saberme encaminar en la formación estudiantil, Mayumi, la mujer que a diario me da una sonrisa, que con todas sus ocurrencias me alegra el día.

A mis sobrinos Jhon, Valentina, Meleck, Thiago y Aurora quienes son mi motivo de superación.

A mi Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, que junto con la Facultad de Medicina Humana y sus docentes llegaron a inculcar los conocimientos, valores y formarme en la parte humanística.

A mi asesora Dra. Roxana Isabel Quispe Chalco, por estar presente en todo el proceso de formación de interno del Hospital Antonio Lorena y acompañare en el proceso del desarrollo de la tesis.

JURADO A

M.C. WILBERT SEGUNDO CARDENAS ALARCON
MGT. FRANKLIN MIRANDA SOLIS
M.C. GIOVANA VILLA PALOMINO

JURADO B

M.C. YURI LEONIDAS PONCE DE LEÓN OTAZU
M.C. WILBERT SEGUNDO CARDENAS ALARCON
M.C. BETTY LUZ CARO DE MAURICIO

CONTENIDO

CONTENIDO.....	iv
RESUMEN.....	vi
INTRODUCCION.....	viii
CAPITULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Fundamentación del problema	1
1.2. Antecedentes teóricos	3
1.3. Formulación del problema	9
1.3.1. Problema general	9
1.3.2. Problemas específicos	9
1.4. Objetivo de la investigación	9
1.4.1. Objetivo general	9
1.4.2. Objetivo específico	9
1.5. Justificación de la investigación.....	10
1.6. Limitaciones de la investigación	11
1.7. Consideraciones éticas	11
CAPITULO II. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	13
2.1. Marco Teórico	13
2.2. Definición de términos básicos.....	30
2.3. Hipótesis.....	31
2.3.1. Hipótesis general	31
2.3.2. Hipótesis específica	31
2.4. Variables.....	32
2.5. Definiciones Operacionales	33
CAPITULO III. METODOS DE INVESTIGACION	36
3.1. Tipo de investigación.....	36
3.2. Diseño de investigación.....	36
3.3. Población y muestra	37
3.2.1. Definición de la población	37
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	37
3.3.3 Muestra: Tamaño de muestra y métodos de muestreo	38
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	39

3.4. Análisis de datos.....	40
CAPITULO IV. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	42
4.1. Resultados.....	42
4.2. Discusión	58
4.3. Conclusiones	64
4.4. Recomendaciones	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS.....	72
ANEXO 1. Matriz de consistencia	72
ANEXO 2. Instrumento de investigación.....	74
ANEXO 3. Cuadernillo de validación.....	75
ANEXO 4. Validación del instrumento de investigación	82
ANEXO 5. Permiso y aceptación de proyecto de investigación	84

RESUMEN

“FACTORES ASOCIADOS A LEIOMIOMA UTERINO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2022-2024”

Antecedentes: El leiomioma uterino es una de las patologías más frecuentes del tracto reproductor femenino, siendo una de las causas principales de hemorragia uterina anormal, produciendo indirectamente morbilidad y mortalidad, con mayor frecuencia entre la edad de 40-50 años. A nivel global puede llegar a afectar hasta el 60% de las mujeres, en la ciudad del Cusco en el año 2022 fue la quinta enfermedad más frecuente atendida por el servicio de ginecología.

Objetivo: Determinar factores sociodemográficos, de comportamiento, comorbilidad y ginecológicos asociados a leiomioma uterino en mujeres del servicio Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024.

Métodos: Estudio analítico, observacional, de tipo casos y controles con relación de uno a uno. Donde se recolectaron datos de 198 historias clínicas del servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Antonio Lorena. Los datos se transfirieron de Microsoft Excel 2020 al programa de IBM-SPSS Statistics para ser recodificados, donde se halló la frecuencia, para el análisis bivariado y multivariado usamos la prueba de Chi Cuadrado, U de Mann-Whitney y regresión logística.

Resultados: El 53.03% (n=105) de las pacientes tenía una edad de 40-49 años, de las cuales el 57.14% (n=60) tuvieron leiomioma uterino. Los factores asociados son el consumo de alcohol con un ORa= 2.84, con IC del 95% (1.48-5.43), tener sobrepeso con un ORa= 2.92 con IC del 95% (1.22-6.98), ser obeso con un ORa= 3.43 con IC del 95% (1.36-8.63) y tener antecedente de aborto con un ORa= 0.43 con IC del 95% (0.21-0.8).

Conclusiones: Los factores asociados a leiomioma uterino en el servicio Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024 fueron: consumo de alcohol, sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial y antecedente de aborto.

Palabras clave: Factor de riesgo, infertilidad, hipertensión, obesidad y menarquia.

ABSTRACT

“FACTORS ASSOCIATED WITH UTERINE LEIOMYOMA IN PATIENTS OF THE GYNECOLOGY SERVICE OF THE ANTONIO LORENA HOSPITAL OF CUSCO, 2022-2024”

Background: Uterine leiomyoma is one of the most common pathologies of the female reproductive tract, one of the main causes of abnormal uterine bleeding, indirectly causing morbidity and mortality, most frequently between the ages of 40 and 50. Globally, it can affect up to 60% of women. In the city of Cusco, in 2022, it was the fifth most common disease treated by the gynecology service.

Objective: To determine sociodemographic, behavioral, comorbidity, and gynecological factors associated with uterine leiomyoma in women in the Gynecology-Obstetrics Service of the Antonio Lorena Hospital in Cusco, 2022-2024.

Methods: An analytical, observational, case-control study with a one-to-one relationship. Data were collected from 198 medical records from the Gynecology-Obstetrics Service of the Antonio Lorena Hospital. The data were transferred from Microsoft Excel 2020 to the IBM-SPSS Statistics program to be recoded, where the frequency was found. For the bivariate and multivariate analysis we used the Chi Square test, Mann-Whitney U test and logistic regression.

Results: 53.03% (n=105) of the patients were aged 40–49 years, of whom 57.14% (n=60) had uterine leiomyoma. Associated factors included alcohol consumption (aOR=2.84, 95% CI (1.48–5.43); being overweight (aOR=2.92, 95% CI (1.22–6.98); being obese (aOR=3.43, 95% CI (1.36–8.63); and having a history of miscarriage (aOR=0.43, 95% CI (0.21–0.8).

Conclusions: Factors associated with uterine leiomyoma in the Gynecology-Obstetrics Department of the Antonio Lorena Hospital in Cusco, 2022-2024, were: alcohol consumption, overweight, obesity, high blood pressure, and a history of miscarriage.

Keywords: Risk factor, infertility, hypertension, obesity, and menarche.

INTRODUCCION

El leiomioma Uterino (LU), es una de las patologías más frecuentes del útero, teniendo un impacto de hasta el 68% en las mujeres de edad fértil, generando una de las principales causas de comorbilidad, llegando hasta la mortalidad. De acuerdo con el Instituto Nacional Materno Perinatal, indican que el LU representa el 6.7% de las consultas externas por el servicio de Ginecología-obstetricia, el Hospital Antonio Lorena del Cusco no cuenta con datos estadísticos, pese a ser una enfermedad frecuente y es una de las patologías que produce años vividos con discapacidad.

Los principales factores de riesgo para la patología de LU son: los sociodemográficos, dentro de ellos se encuentra la raza y tener una edad en rango de 30-50 años; comorbilidades como hipertensión arterial, diabetes mellitus y tener un índice de masa corporal mayor a 30 Kg/m²; los factores de comportamiento como el consumo de alcohol y tabaco; patologías ginecológicas, siendo el más relevante el antecedente familiar.

La investigación en cuestión se llega a componer de cuatro capítulos clave.

Capítulo I: Se abordó con el planteamiento del problema, donde se tratará el impacto de la patología sobre la salud de las mujeres, posteriormente se describieron los antecedentes teóricos a nivel global, nacional y local que apoyarán a tener más consistencia al proyecto de investigación, para llegar a tener el planteamiento del problema desde la parte general hasta lo más específico, cada uno con su determinado objetivo. En este mismo capítulo se describieron las limitaciones que tendrá el estudio.

Capítulo II: Iniciamos con el marco teórico, en el cual se llegó a describir, la historia natural de la enfermedad, epidemiología, los factores relacionados a LU, diagnóstico y tratamiento, con el cual tendremos una idea global de como se relaciona cada factor con dicha patología, para poder llegar a plantear la hipótesis general y las específicas. En este capítulo se terminó con la operacionalización de las variables.

Capítulo III: Describimos con el tipo y diseño de investigación que se utilizó en la investigación, para posteriormente se llegue a calcular el tamaño de la muestra con sus criterios de inclusión y exclusión, y por último se describió sobre el instrumento que se utilizó en la recolección de datos.

Capítulo IV: Se llegó a detallar los resultados obtenidos tras el desarrollo de la investigación, los cuales fueron analizados críticamente mediante un apartado de discusión que permitió contrastarlos con estudios previos y el marco teórico planteado. Finalmente, se expuso las conclusiones obtenidas del análisis.

CAPITULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema

Los leiomiomas uterinos (LU) son los tumores no cancerosos más frecuentes en el útero. Se forman a partir de células del músculo liso de la pared uterina (miometrio) y crecen en ese tejido, dentro de su composición tienen abundante matriz extracelular, siendo los principales componentes de esta patología como proteoglicanos y el colágeno. Es un tumor dependiente de hormonas ováricas como el estrógeno y la progesterona que participan en el crecimiento de dicha patología (1).

El LU suponen una grave amenaza para la salud mundial, son responsables de aproximadamente el 29% de las hospitalizaciones en servicios de ginecología en mujeres de entre 15 y 54 años. Asimismo, las histerectomías realizadas por LU tiene un porcentaje elevado de un 40% al 60% y las mujeres jóvenes de una edad de 18 a 44 años de edad que fueron histerectomizadas por esta patología es del 30% (2). En el país de Estados Unidos se realizaron aproximadamente 200 000 histerectomías y 30 000 miomectomías anualmente para aliviar las graves complicaciones de salud asociadas con el LU (3), los gastos en un año directos e indirectos asociados a LU ascienden a 34.4 mil millones de dólares en los Estados Unidos, y los gastos totales asociados con las admisiones hospitalarias son de 348 millones de dólares en Alemania, 120 millones de dólares en Francia y 86 millones de dólares en Inglaterra (4).

Aproximadamente el 30% que tiene LU presentarán síntomas graves que pueden incluir anemia, dolor y presión pélvico, dolor de espalda, incremento en la frecuencia urinaria y estreñimiento el cual requerirán intervención médica o quirúrgica. Entre el 25% y el 50% experimentan menstruaciones abundantes y problemas reproductivos (4).

A nivel mundial se reporta según los estudios realizados, la incidencia llegó a incrementar en un 6.87% que en el año 1990 de 225 67 por 100 000 y en el 2019 es de 241 18 por 100 000 habitantes (5), en Reino Unido la incidencia bruta de LU basada en el diagnóstico de médicos de atención primaria mediante ecografía, histeroscopia, laparoscopia o examen pélvico fue de 5,8 por 1000 mujeres-año (6). En Estados Unidos a los 50 años en mujeres blancas es del 70% y supera el 80% en mujeres negras (7). Ecuador según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) aproximadamente el 9 084 de mujeres fueron atendidas por LU, el número mayor de casos se presentó en mujeres de 35 a 45 años con un total de 4 315 de mujeres en edad fértil en el año 2016 (8).

La prevalencia de LU en el Perú, según el Instituto Nacional Materno Perinatal refieren que en el Departamento de Ginecología-obstetricia constituyó el 6.7% de la consulta externa y el 19.3% de los egresos hospitalarios en el año 2018 (9). En un estudio realizado en el Hospital Regional de Huacho en el periodo del 2016 al 2020, el periodo con mayor frecuencia de casos de LU fue el 2018 con 23.51%, seguido por el año 2019 con un 23.08%, el 2017 con 21.05%, el 2016 con un 16.19% y por último el 2020 con un 14.17% de pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por LU (10). Según el análisis situacional de los servicios hospitalarios el Hospital Regional del Cusco en el año 2019 el LU fue la cuarta enfermedad más frecuente atendida por consultorio externo en el servicio de Ginecología, representado el 4.35%, y para el 2022 represento la quinta enfermedad más frecuente, con un valor de 3.65% (11,12).

En el trabajo realizado por Francesca Chiaffarino y colaboradores, un estudio de metanálisis, donde se incluyó estudios de casos y controles, observó la comparación que se realizó de las mujeres que nunca fumaron con las los que alguna vez consumieron llegando a obtener datos contradictorios, como el de Lumbiganon y cols encontró el consumir tabaco [OR= 0.63, IC del 95% (0.40-0.99)] o el de Bidgoli y cols [OR= 2.09, IC del 95% (1.29-3.37)] para el desarrollo de LU (13). Demostrándose que el consumo de tabaco aún no es una variable bien estudiada, puede actuar como factor protector o de riesgo. Motivo por el cual se necesita determinar como interviene el consumo de esta sustancia con el LU en la ciudad del Cusco.

Con todos estos datos epidemiológicos, se llega a demostrar que el LU es una patología que tiene un impacto social, psicológico y económico, causando en la ciudad del Cusco años de vida perdida por discapacidad, produciendo en mayor frecuencia morbilidad y en menor frecuencia mortalidad. Con esta investigación se tendrá datos verídicos de como se relacionan los factores de riesgo al LU en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, el cual ya será un antecedente muy importante para futuras investigaciones y con el cual ya se pueden tomar decisiones de salud pública.

1.2. Antecedentes teóricos

1.2.1. Antecedentes internacionales

Huang D y cols (California – Estados Unidos, 2023) en su estudio titulado **“Presencia de fibromas en la ecografía transvaginal en una cohorte diversa basada en la comunidad de 996 participantes femeninas en edad reproductiva”** el propósito fue establecer el grado de asociación de la raza con el LU en un grupo variado de mujeres. Método de estudio que se realizó fue de cohorte longitudinal tipo observacional, donde la muestra fue de 996 féminas, los datos fueron recolectados desde el año 2006 hasta el año 2012, el establecimiento de la etnia exigió que ambos progenitores pertenecieran a un mismo grupo racial, dentro los criterios de inclusión fueron mujeres que tenían ciclos menstruales de tipo regular o que no consumían métodos anticonceptivos orales en los últimos 3 meses, mientras los criterios de exclusión fueron pacientes que buscaban terapia de tipo reproductiva o tengan alguna patología médica. Los hallazgos indicaron que el 28,2% eran blancos (10.7% con LU y 89.3% sin LU), ser negro 25% (12.7% con LU y 87.3% sin LU), ser latino 23.8% (21.8% con LU y 78.2% sin LU), pertenecer a la raza asiática 23% (21.8% con LU y 78.2% sin LU), respecto a la paridad el 56.9% era nulípara y 43.1% ser parusía, respecto a educación tener escuela y secundaria 18.8%, universidad incompleta 24.9%, colega 35.7% y profesional 20.6%; 8.1% consumía tabaco y 91.9% no. La probabilidad de desarrollar LU comparando con la raza blanca fue ser negro [OR= 4.72, IC del 95% (2.72-8.18)], latino [OR= 1.40, IC del 95% (0.74-2.64)] y asiático [OR= 3.35, IC del 95% (1.95-5.76)]. Conclusión, el propósito de los futuros médicos será detectar los LU que están relacionados con resultados reproductivos adversos en mujeres de edad fértil (14).

Adebamowo C y cols (Nigeria-2023) es su estudio titulado **“Estudio poblacional de los factores de riesgo reproductivo para los fibromas uterinos diagnosticados por ecografía transvaginal en mujeres nigerianas”** el objetivo de este estudio fue obtener un mejor entendimiento sobre las relaciones entre los LU y los factores ginecológicos. En el estudio que se llevó a cabo fue de tipo cohorte, donde se registraron 11 700 mujeres, los criterios de inclusión fueron tener una edad mayor de 18 años y los de exclusión fue tener enfermedades de transmisión sexual. La recolección de datos se realizó mediante un instrumento elaborados por los propios investigadores, al cual también se le llegó a validar de forma interna. La muestra que se llegó a tener fue de 486 mujeres. Los hallazgos más relevantes en este estudio respecto a edad el 23.7% tuvo de 18-29 años (43.8% con LU y 56.2% sin LU), 36.3% de 30-39 años (48.5% con LU y 51.5% sin LU), 30.7% de 40-49 años

(39.8% con LU y 60.2% sin LU) y el 9.3% tenía de 50 años a más (48.8% con LU y 51.2% sin LU). El estado civil de las participantes el ser soltera 17.8% (54.6% con LU y 45.4% sin LU), ser casada 82.2% (42.9% con LU y 57.1% sin LU). La probabilidad de desarrollar LU con la cantidad de tener número de herederos [OR = 0.85, IC 95% (0.76–0.94)] e historial de haber tenido una pérdida de un producto menor de 20 semanas [OR = 0.45, IC del 95% (0.27–0.77)]. La conclusión que se llegó a obtener en este estudio fue que los factores ginecológicos en esta población actúan como protección, teniendo en cuenta que las mujeres africanas sufren mayor riesgo de LU (15).

Mohammad A y cols (2023) en su estudio titulado “**Factores de riesgo ambientales relacionados con el leiomioma uterino: una revisión general**” cuyo objetivo fue determinar el grado de asociación entre los factores de riesgo ambientales y la presencia de LU. El estudio de revisión sistemática realizó una indagación en las bases de datos como PubMed, Web Scienes y Scopus hasta el periodo de 2022. Los criterios de inclusión que tuvo fue estudios tipo caso y controles, cohorte y ensayos aleatorizados o no aleatorizados; los criterios de exclusión fueron publicaciones de resúmenes o cartas al autor, en el análisis de evaluación de calidad del estudio se realizó mediante AMSTAR2 el cual contenía 16 ítems de interrogantes, en total se incluyeron 51 artículos con todas las características mencionadas. Los resultados más importantes que se llegaron a encontrar en el estudio relacionado con el LU fue la obesidad [OR= 1.19, IC del 95% (1.09-1.29)], presentar un estrés psicológico crónico [OR= 1.24, IC del 95% (1.15-1.34)], ser fumadores [OR= 0.93, IC del 95% (0.88-0.99)] y consumo de bebidas alcohólicas [OR= 1.33, IC del 95% (1.01-1.76)]. La conclusión respecto a la formación del LU existen factores de riesgo como ser obeso, tener estrés psicológico crónico y ser bebedores y el de protector es consumir tabaco (16).

Muawad R y cols (Riad - Arabia Saudita, 2022) en su estudio titulado “**Asociación de factores de salud y estilo de vida con fibromas uterinos entre mujeres sauditas: un estudio de casos y controles**” donde buscaron cuantificar la relación y grado de asociación de miomas con sus factores de riesgo. Para este trabajo se desarrolló una investigación descriptiva, retrospectivo de tipo casos y controles con relación de uno a uno, con una muestra de 478 donde las féminas que llegaron a participar fueron de la ciudad Médica (Riad) en el año 2019, uno de los criterios de inclusión fue tener una edad mayor de 18 años, los casos eran pacientes que tenían una ultrasonografía abdominal el cual confirmaba la presencia de la masa abdominal de LU. Los resultados más importantes fueron tener una edad mayor o igual a 40

años representado el 58.7% (62.9% con LU y 37.1% sin LU) y tener una edad menor de 40 años el 41.3% (31.4% con LU y 68.6% sin LU), respecto la probabilidad de sufrir LU fueron el tener una edad mayor de 40 años [OR = 4.24, IC del 95 % (2.63-6,85)], consiguiente de ello si algún de sus familias tenía antecedente de LU [OR = 1.69, IC del 95 % (1.02-2.81)], el tener un IMC mayor de 30 Kg/m² [OR = 1.74, IC del 95 % (1.00-2.59)], tener la patología de hipertensión arterial [OR = 1.25, IC del 95 % (0.73-2.15)], tener antecedente de diabetes mellitus [OR = 0.89, IC del 95 % (0.49-1.60)], ser fumador [OR = 0.31, IC del 95 % (0.12-0.76)] e historia de aborto [OR = 0.77, IC del 95 % (0.49-1.21)]. Conclusión, los factores de riesgo más importante son la edad mayor de 40 años y tener antecedentes familiares para desarrollar LU, para realizar un diagnóstico temprano y evitar complicaciones es necesario educar a las mujeres sobre los principales factores de riesgo identificados (17).

Kejuan S y cols (Hebei - China, 2019) en su estudio titulado “**Estudio de casos y controles sobre la relación entre la grasa visceral y el desarrollo de fibromas uterinos**” cuyo objetivo fue determinar el grado de asociación que existe entre la grasa visceral en mujeres con presencia de LU. Se realizó un estudio retrospectivo observacional, donde participaron 89 casos y 81 controles, el lugar de estudio fue el Hospital de la Universidad Medica de Hebei y que se atendieron en el periodo de abril 2016 hasta abril del 2018. Los criterios de inclusión era tener una edad de 18 a 65 años y no tener alguna alteración psicológica; dentro de los criterios de exclusión era tener patología cardiaca, hepática o renal. La recolección de datos se realizó mediante encuestas realizada por profesionales. Los resultados más relevantes de esta investigación era que el grupo casos tenía un promedio de IMC de 25.3 y de su control de 23.25 Kg/m², respecto a la probabilidad de tener LU con un sobrepeso u obesidad [OR= 2.76, IC del 95% (1.44-5.11)] y una elevada relación de cintura cadera [OR= 7.70, IC del 95% (3.50-16.96)] fueron los que más se relacionaron con una asociación estadísticamente significativa. En conclusión en este trabajo de investigación se observó que el tener un IMC elevada se relaciona de forma directa con la aparición de LU (18).

Dabo B y cols (Accra - Ghana, 2016) en su estudio titulado “**Factores asociados con los fibromas uterinos en mujeres ghanesas sometidas a ecografías pélvicas con sospecha de fibroma uterino**” cuyo objetivo fue determinar el grado de asociación que hay entre los factores y el LU. El tipo de estudio que se empleo fue transversal por conveniencia, la muestra a participar fue 244 mujeres que pertenecían a los centros de atención de Accra y Ghana, esto se realizó en el periodo de noviembre del 2011 y febrero del 2012. Los criterios de inclusión era mujeres que

contaban con ecografía pélvico-abdominal y de sospecha de LU, y los de exclusión fueron pacientes que no llegaron a la menarquia o pasada la menopausia. En el análisis de datos se utilizó una de las pruebas de Chi cuadrado de Pearson. Los resultados más relevantes del estudio fueron que del total de los participantes 124 mujeres con diagnóstico de LU estaban entre la edad de 35-44 años, representando el mayor porcentaje; 90 mujeres tenían un IMC mayor de 30 y en el análisis de asociación para la formación de LU se determinó la obesidad ($\chi^2 = 17.3$, valor $p = 0.001$), el tener alguna gestación > 20 semanas ($\chi^2 = -10.169$, $p = 0.001$) y tener una edad incrementada ($\chi^2 = 47.4$, valor $p = 0.001$). La conclusión que llegó este estudio fue que las mujeres ghanesas desarrollan LU a mayor edad e IMC (19).

1.2.2. Antecedentes Nacionales

Cubas R y cols (Cajamarca - Perú, 2024) en su estudio titulado “**Factores asociados a miomatosis uterina en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital General de Jaén, 2021- 2022**” cuyo objetivo fue determinar los factores epidemiológicos, antecedentes personales y las características asociadas a LU. El estudio que se llegó a realizar fue de tipo transversal analítico, donde tuvo una muestra de 100 historias clínicas que fueron atendidas en el servicio de Ginecología-Obstetricia en el periodo de 2021 al 2022, los criterios de inclusión fueron pacientes diagnosticadas con LU y se llegaron a excluir las historias clínicas incompletas. La información fue registrada en fichas de recolección de datos realizada por el propio investigador. Los resultados más importantes fueron que el 1% tenía una edad de 20-30 años, 80% de 31-40 años, 10% de 41-50 años y 6% de 51-60 años; respecto a la paridad un 53% era nulípara, 18% primípara y 29% multípara; respecto a la raza el 8% blanca, 14% negra y 78% mestiza. Los pacientes que tenían LU fueron la obesidad se relacionaba con 83%, uso de anticonceptivos con 67%, antecedentes familiares 40%, hipertensión arterial con 15%. Conclusión, uno de los factores más importantes para el desarrollo de LU fue la obesidad (20).

Ramos N y cols (Lima - Perú, 2022) en su estudio titulado “**Factores predisponentes y tratamiento de la miomatosis uterina en pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue año 2018-2019**” cuyo objetivo fue identificar los factores personales, familiares, gineco-obstétricos y el tipo de tratamiento en el LU. El tipo de estudio que se llegó a realizar fue de casos y controles a proporción de uno a uno, donde la muestra que participo fue de 160 pacientes que se llegaron a atender en el servicio de Ginecología-obstetricia en el periodo de 2018 al 2019; los criterios de inclusión fueron pacientes con diagnóstico de LU y los de exclusión historias clínicas que llegaban a tener información incompleta, pacientes gestantes o con

alguna alteración psicológica. Los resultados más importantes fueron el 76.3% de los que tenían LU tenían una edad de 40-50 años de vida y la probabilidad para la aparición de LU respecto a la variable edad [OR= 3.05, IC del 95% (1.55-6.06)], el 65% tenía obesidad, el consumo de tabaco y los antecedentes no fueron factores predisponentes para el desarrollo de LU. Conclusión, el factor más relevante para el desarrollo de LU es la edad en un rango de 40-50 años de vida (21).

Francia F y cols (Lima - Perú, 2021) en su estudio titulado “**Factores clínicos y epidemiológicos asociados a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo enero 2016 a diciembre 2018**” cuyo objetivo fue determinar los factores clínicos y epidemiológicos asociados a LU. El tipo de estudio que se llegó a realizar fue de casos y controles, por cada caso dos controles, la muestra fue de 447 pacientes que se llegaron a atender en el servicio de Ginecología-Obstetricia el periodo 2016-2018, donde se llegaron a revisar historias clínicas y la información fue registrada en una ficha de recolección de datos elaboradas por el propio investigador. El criterio de inclusión fue pacientes con diagnóstico de LU, y se llegaron a excluir historias clínicas que no contaban con toda la información necesaria. Los resultados más importantes que se relacionaron con el LU fueron tener menarquia temprana [OR= 4.79, IC del 95% (3.18-7.20)], nulípara [OR= 6.26, IC del 95% (3.77-10.39)], primípara [OR= 1.54, IC del 95% (0.91-2.62)], sobrepeso [OR= 1.96, IC del 95% (1.15-3.34)] y obesidad [OR= 5.93, IC del 95% (3.56-9.87)]. Conclusión, los factores clínicos y epidemiológicos están directamente relacionados con la formación de LU (22).

Chacón A y cols (Lima - Perú, 2019) en su estudio titulado “**Factores asociados a miomatosis uterina en pacientes del Hospital de Vitarte, 2014-2018**” cuyo propósito fue establecer los elementos que tienen relación con el LU. Se llevó a cabo un análisis transversal y analítico, donde se revisaron 274 historias clínicas que fueron atendidos en el periodo 2014 al 2018, los criterios de inclusión fueron pacientes que se llegaron a atender en el servicio de Ginecología-Obstetricia; el de exclusión los que tenían una edad menor de 15 años y mayor de 100 años. Para la recopilación de los datos se empleó un formulario que fue creada por el mismo investigador. Los resultados más importantes que se llegó a obtener para la formación de LU es tener una edad incrementada [OR= 1.05, IC del 95% (1.02-1.08)], un IMC mayor o igual de 30 Kg/m² [OR= 2.15, IC del 95% (1.3-3.56)] y las demás variables que se llegó a estudiar no tuvieron una relación estadísticamente significativa con la aparición de LU. Conclusión, el estudio indica que los factores más importantes para LU son la edad y obesidad (23).

Martinez S y col (Lima - Perú, 2018) en su trabajo titulado “**Hipertensión arterial como factor de riesgo para miomatosis uterina en pacientes de 30 a 50 años en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2013 – 2017**” cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre la hipertensión arterial y la formación de LU. El estudio que se llegó a realizar fue de casos y controles con un tamaño muestral de 668 con una proporción de uno a uno, donde se llegaron a revisar historias clínicas que fueron atendidas en el periodo 2013 al 2017 en el servicio de Ginecología-Obstetricia. Para la recopilación de datos se utilizó un formulario creado por el mismo investigador. El resultado que se llegó a obtener respecto a la paridad el 34.8% era nulípara (73.8% con LU y 26.2% sin LU), 23.2% primípara (35.4% con LU y 64.6% sin LU) y el 42% múltipara (38.2% con LU y 61.8% sin LU); con respecto a la raza el 23.5 era blanca, 16.7% era negra, 57.9% era mestiza y el 1.9% era asiática. Con la variable educación se obtuvieron que el 1.4% indicó ser analfabeta, 33.5% tener primaria, 49.7% tener secundaria y 15.4% tener educación superior. La probabilidad de desarrollar LU con la hipertensión arterial se relacionó con [OR= 1.66, IC del 95% (1.42-1.95)] teniendo el mayor porcentaje en la edad de 35-45 años de vida, representando aproximadamente el 46% de toda la población. Conclusión, la hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo más importante para el desarrollo de LU (24).

1.2.3. Antecedentes locales

Ticona y cols (Cusco - Perú, 2020) en su trabajo titulado “**Factores asociados a desarrollo de leiomioma uterino, usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital Regional de Cusco, 2019**” cuyo objetivo fue determinar los factores sociodemográficos, hereditarios, endocrinos, reproductivos y metabólicos que participaban en el desarrollo de LU. Se llevó a cabo una investigación transversal retrospectivo, donde la población fue de 204 pacientes que tenían el diagnóstico de LU y que se atendieron el Hospital Regional del Cusco en el año 2019; se llegó a excluir a 56 pacientes por no cumplir con los criterios de inclusión llegando a tener una muestra de 148 y se almacenó la información en fichas de recolección de datos elaboradas por el propio investigador. Los resultados más importantes fue la mayoría de las pacientes que tenían dicha patología se encontraban entre una edad de 30-50 años representando el 85.81% del total de los casos, el 58.78% tenía antecedente familiar, 62.84% uso de anticonceptivos orales, tener ciclos menstruales irregulares con 54.73%, ser nulípara o primípara con 52.03%, tener sobrepeso u obesidad con 67.57%, el tener diabetes mellitus con 56.76%, antecedente de hipertensión arterial

con 62.16%. Se llegó a la conclusión de que existe factores de riesgo para el desarrollo de LU como el tener diabetes mellitus e hipertensión arterial (25).

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

- ¿Cuáles son los factores asociados a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la principal característica sociodemográfico asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024?
- ¿Cuál es la principal característica de comportamiento asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024?
- ¿Cuál es la principal característica de comorbilidad asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024?
- ¿Cuál es la principal característica ginecológica asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024?

1.4. Objetivo de la investigación

1.4.1. Objetivo general

- Identificar los factores asociados a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024.

1.4.2. Objetivo específico

- Precisar la principal característica sociodemográfico asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024.
- Identificar la principal característica de comportamiento asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024.
- Precisar la principal característica de comorbilidad asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024.

- Identificar la principal característica ginecológica asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024.

1.5. Justificación de la investigación

El LU es una de las patologías que más se presenta en mujeres en edad fértil a nivel global, el Perú no tiene datos estadísticos verídicos con respecto a la prevalencia de LU, según el Instituto Nacional Materno Perinatal informa que del Departamento de Ginecología para el 2018 esta patología tuvo el 6.7% de la consulta externa y el 19.3% de los egresos hospitalarios (9), y en el Hospital Antonio Lorena del Cusco también sigue siendo una de las patologías principales de hemorragia uterina anormal.

El estudio de los factores que se asocian a los LU es esencial debido al efecto que produce en la salud, psicológico y la vida social de las personas afectadas. En términos de salud, los LU se asocian con malestar como dolor pélvico, sangrado menstrual intenso y complicaciones en la fertilidad, lo que afecta significativamente la calidad de vida y puede resultar en cuidados médicos o quirúrgicos. Si bien los miomas es una de las patologías más frecuentes en el entorno de las mujeres pasado los 20 años es un verdadero problema de salud pública, deben estar mejor comprendidos desde una perspectiva multidisciplinaria.

Desde el aspecto psicológico de vivir con miomas puede desencadenar ansiedad, estrés y preocupación. Dependiendo de los casos, los intentos de quedar embarazada o la necesidad de intervenciones invasivas generan mucha tensión en términos de la evolución futura y las inevitables complicaciones que pueden suceder. Por esta razón, es importante que los pacientes con miomas sean tratados de manera integral.

En términos de sociedad, el estudio de los miomas también aborda la conexión de esta afección con la vida cotidiana de los individuos afectados. Por ejemplo, los síntomas pueden disminuir su rendimiento laboral, académico y personal. Además, la disponibilidad es una cuestión discutible y ultralimitada en lo que respecta al diagnóstico. Al mismo tiempo, los tratamientos pueden no estar disponibles para los indiferenciados y, en algunos casos, incluso pueden ser totalmente inaccesibles.

Por todo lo expuesto anteriormente con esta investigación se tendrá como antecedente de datos estadísticos verídicos, que servirán para futuras investigaciones, con el cual se podrá tomar medidas preventivas en la salud pública con los factores más importantes que se asocian a LU.

1.6. Limitaciones de la investigación

Al ser un estudio casos y controles fue de tipo retrospectivo donde se llegó a cometer el sesgo de información, donde algunas de las historias clínicas que se llegaron a revisar no contaban con todos los datos necesarios, dado que la información fue recolectada por el médico especialista, también se observó de que algunos diagnósticos no han sido consignados correctamente o que ciertos síntomas no se documentaron con precisión, limitando la validez y representatividad de los hallazgos, las cuales esas historias clínicas fueron excluidas del estudio. En este estudio se llegó a revisar historias clínicas con una antigüedad de 3 años desde el año 2022-2024.

El sesgo de selección: En el desarrollo de esta investigación, se llevó a cabo un estudio no probabilístico en el que se seleccionaron historias clínicas de pacientes con diagnóstico confirmado de LU. Sin embargo, este enfoque introduce un sesgo de selección conocido como la falacia de Neyman o sesgo de incidencia-prevalencia. Este sesgo ocurre porque se excluyen aquellos casos que no han sido diagnosticados, ya sea porque los pacientes no han buscado atención médica, han recibido un diagnóstico tardío o han fallecido antes de ser registrados en la base.

Como consecuencia, ya que la muestra está compuesta únicamente por personas que lograron acceder a un diagnóstico y tratamiento, lo que no pudo reflejar con precisión la realidad de la enfermedad en la población general. Esto, a su vez, nos llevó a incrementar el error tipo I (error alfa), haciendo que se sobreestimen las asociaciones entre factores de riesgo y la presencia de LU.

El Sesgo de confusión: En este estudio, se reconoce la posibilidad de sesgo de confusión, el cual ocurre cuando un tercer factor, denominado factor de confusión, distorsiona la relación entre los factores de riesgo analizados y la presencia de LU. Este sesgo puede llevar a conclusiones erróneas si no se identifica y controla adecuadamente. En este estudio realizado no se llegó a encontrar el sesgo de confusión.

1.7. Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó con los principios éticos de la declaración Helsinki, declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, de donde destacan la privacidad y confidencialidad (este estudio resguardo la intimidad y la confidencialidad de la información personal de los participantes) y no fue necesario el consentimiento informado al ser un estudio retrospectivo donde se revisó historias clínicas (26).

Asimismo, como se consigna en el informe de Belmont el estudio se basó en el respeto (este estudio mantuvo en reserva la información de los pacientes y esta información fue usada solo con fines académicos), beneficencia (al revisar historias clínicas no se ocasionó daño al paciente y se maximizará el beneficio para los pacientes con leiomioma uterino al publicar los resultados de esta investigación) y justicia (la selección de los participantes del estudio fue de forma aleatoria, por lo que todos los pacientes atendidos en el servicio de Ginecología del Cusco tuvieron la misma oportunidad de participar en el estudio) (27).

Para el cumplimiento y garantizar los principios se informó todos los procedimientos que se realizaron al comité de ética y para la revisión de datos de las historias clínicas al área de capacitación del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

CAPITULO II. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1. Marco Teórico

2.1.1. Fibroma uterino

2.1.1.1. Definición

Los LU, denominados también como miomatosis, fibromas o miomas, son enfermedades benignas que son ricas en matriz extracelular y están formadas por fibroblastos y células musculares lisas. Se produce generalmente durante la menarquia y la menopausia, el LU parece desarrollarse y estar controlada por la expresión genética en respuesta al ciclo menstrual de la mujer, que está influenciado principalmente por los esteroides gonadales (estrógeno y progesterona) (28).

2.1.1.2. Epidemiología

Los LU son las neoplasias benignas más frecuentes del tracto reproductivo femenino y representan uno de los principales desafíos de salud pública en las mujeres de edad reproductiva (29). Se manifiesta que la incidencia colectiva de LU supera el 77% en mujeres premenopáusicas a la edad de 45 años (30). Sin embargo, en algunos grupos de la población, esta proporción puede ascender a un 70%. Aunque un gran porcentaje de las mujeres con LU son asintomáticas, más del 30% de ellas presentarán diversos síntomas (29).

2.1.1.3. Fisiopatología

2.1.1.3.1. Proliferación de células del músculo liso

2.1.1.3.1.1. Estrógeno

Los LU exhiben una sensibilidad significativa a varios estrógenos del entorno, siendo estos reguladores fundamentales en el crecimiento y la operación celular. El estrógeno actúa mediante dos clases de receptores, el receptor alfa ($RE\alpha$) y el receptor beta ($RE\beta$), que estimulan diferentes respuestas biológicas. Específicamente, $RE\alpha$ tiene preponderancia en el tejido del útero, lo que significa que la mayoría de los efectos estrogénicos detectados en el útero se encuentran principalmente en la mitad de este receptor. Este predominio de $RE\alpha$ en el útero indica su papel crucial en los procesos celulares que controlan procesos como la proliferación celular y la diferenciación de tejidos en este órgano, subrayando la relevancia de su activación para su funcionamiento (31).

Mientras se realizó un estudio in vitro, se observó que los $RE\beta$, parecen tener una función de modulación de los $RE\alpha$ (32), el estradiol hace que incremente la

sensibilidad del tejido uterino a la progesterona al aumentar la cantidad de disponibilidad de los receptores de progesterona (PR) (33). Otro hallazgo implica que el estrógeno actúa sobre los factores de crecimiento, las citoquinas, la histamina y la heparina para promover la proliferación celular (31).

Los niveles de progesterona y estrógenos en la sangre de mujeres con y sin LU son prácticamente idénticas, lo que indica que los niveles totales de estas hormonas no se ven notablemente modificados por la existencia de estos tumores benignos. No obstante, se ha demostrado que la concentración de estradiol en los LU es mayor en relación con el miometrio normal sin cambios. En los LU se encontró una disminución de las enzimas que transforman el estradiol a estrona, entonces pueden llegar a favorecer en el acumulo de estradiol dentro de las células llevando a una regulación positiva de los receptores de estrógeno y progesterona, hiperreactividad al estrógeno y desarrollo de los miomas (34).

2.1.1.3.1.2. Progesterona

A lo largo de mucho tiempo, no se ha comprendido totalmente el mecanismo de acción de las hormonas ováricas, como la progesterona y el estrógeno en la creación de formaciones benignas. Desde poco más de años, recién sé llegó a conocer su mecanismo de acción de los estrógenos, siendo el principal factor para el desarrollo y crecimiento para los miomas uterinos. Recientemente, se ha aceptado que ambas hormonas desempeñan un papel en este crecimiento (32).

Los pacientes que recibieron el fármaco de mifepristona por un tiempo de 3 meses, donde llegaron observar una reducción en el 49% de volumen del mioma uterino. Esto se asoció con una reducción en la concentración de los receptores de progesterona (31). Por otro lado, el estrógeno incrementa la expresión del factor de crecimiento epidérmico (EGF-R) en el LU y la expresión de Bcl-2, que reduce la apoptosis (35).

2.1.1.3.1.3. Ciclo menstrual

A lo largo del ciclo menstrual, la proliferación mitótica de las células del músculo liso en los miomas aumenta considerablemente, con una intensificación que va desde la fase secretora hasta la fase menstrual. Este fenómeno sugiere que la progesterona es una hormona fundamental en la regulación del ciclo menstrual, tiene una influencia significativa en la división y el crecimiento de las células musculares lisas en los miomas. Parece que la progesterona tiene una función

clave en la estimulación de la mitosis, ayudando así a la expansión celular y al desarrollo de estos tumores no malignos (31).

Estos hallazgos han sido confirmados por diversos estudios preclínicos en modelos animales, que proporcionaron evidencia adicional de la fuerte vinculación entre la actividad proliferativa en los miomas y los niveles hormonales fluctuantes durante el ciclo menstrual. Se ha constatado que en la fase lútea, durante la cual los niveles de progesterona y estrógeno aumentan, representa un momento clave para la intensa actividad proliferativa de las células del miometrio y los miomas. Los resultados sugieren que los cambios hormonales relacionados con el ciclo menstrual, en particular los picos de progesterona, son cruciales para el crecimiento y desarrollo de los miomas. Esto podría tener implicaciones para su tratamiento y manejo (31).

El estudio realizado por Mauro y colaboradores demostró que durante el periodo de la fase secretora y proliferativa las células de miometrio no llega a tener una división mitótica significativa al igual que en los LU (31).

2.1.1.3.1.4. Embarazo

Los resultados de la literatura revisada han demostrado que el embarazo podría afectar de manera diferente el desarrollo de los LU. Por ejemplo, según estudios con ultrasonido, durante la gestación, la mayoría de los LU disminuyen de tamaño. La causa estaría relacionada a que se produce cambios isquémicos secundarios a la cual se denomina “degeneración roja”. Según estudios diferentes en ratas realizado por Eker y colaboradores, el embarazo en lugar de ser el problema de etiología mencionado anteriormente también tiene un efecto protector contra el desarrollo de los LU (31).

2.1.1.3.1.5. Menopausia

Según la revisión que realizó Fleischer y colaboradores indican que la proliferación celular en el musculo liso del LU en mujeres post menopáusicas es menor, se demostró que las féminas que recibían tratamiento con anticonceptivos orales combinados tenían mayor crecimiento de los LU, mientras las mujeres que no recibían el mismo tratamiento se observó un deterioro del LU (31).

2.1.1.3.2. Factores de crecimiento

2.1.1.3.2.1. Factor de crecimiento epidérmico (EGF-R)

El factor de crecimiento epidérmico (EGF-R) es una proteína formada por una serie de polipéptidos, cuyo papel es crucial en la estimulación de la división celular (efectos mitogénicos) en varios tejidos, incluyendo los tejidos reproductivos y LU. Esta hormona regula positivamente este factor, lo que indica que, al incrementar los niveles de esta hormona, se promueve la proliferación de las células musculares lisas (CML) en dichos tejidos. En resumen, la progesterona funciona como un agente regulador esencial que fomenta la proliferación celular en zonas determinadas, como el útero, durante determinados procesos fisiológicos. Esto resalta la importancia de la interacción entre las hormonas y los factores de crecimiento en la regulación de la función y la estructura del LU. El estrógeno tiene efecto potenciador sobre la expresión del EGF-R, esto indica que las 2 hormonas participan en la formación del LU (36).

2.1.1.3.2.2. Factor de crecimiento transformante beta (TGF- β)

El TGF- β (transformante beta del factor de crecimiento) es una citoquina que cumple varias funciones en el cuerpo y juega un papel crucial en diversos procesos biológicos, tales como el crecimiento y diferenciación celular, la inflamación, la apoptosis (muerte celular programada) y la regeneración de los tejidos. Esta citoquina desempeña un papel crucial en la homeostasis celular y en la reacción ante diversos estímulos ambientales. Además, se ha sugerido que las hormonas ováricas podrían ejercer una influencia indirecta en la proliferación de las células musculares lisas. Esto se realizaría mediante el control positivo del TGF- β , lo que a su vez impulsaría el crecimiento de estas células, intensificando su actividad y proliferación. En conclusión, tanto el TGF- β como las hormonas ováricas tienen un papel fundamental en la regulación de procesos celulares vinculados a la salud y la función (37).

Se demostró que otras citoquinas, como el factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF), IL-13 e IL-15 promueven la transición de miofibroblastos, la formación de tejido de granulación y la respuesta inflamatoria, pueden mediante sus acciones directa o indirectamente mediante la inducción de la expresión de TGF- β para el crecimiento del LU (37).

2.1.1.3.2.3. Factor de crecimiento similar a la insulina I (IGF-I)

Es una secuencia de aminoácidos generada por un gen cuyo funcionamiento se controla por los estrógenos, hormonas esenciales para el desarrollo y la función de diversos tejidos corporales. El IGF-I juega un rol esencial en procesos tales como el crecimiento, la proliferación y la diferenciación celular. Su función

mitogénica, o sea, la habilidad para fomentar la división celular, se consigue principalmente incrementando la producción de ADN, lo que facilita que las células progresen con mayor rapidez a lo largo de su ciclo celular (38).

Específicamente su mecanismo de acción es facilitar la transición de la fase G1 a la fase S del ciclo celular, lo que significa que las células se organizan y se dividen con mayor rapidez. Además, IGF-I ejerce un efecto de protección al evitar la apoptosis, el proceso de muerte programada de las células, lo que favorece la supervivencia de las células bajo condiciones determinadas. Es un mitógeno en una amplia línea de células neoplásicas, incluidas las células clásicas sensibles a los estrógenos como la próstata, mama, ovario y útero (38).

2.1.1.3.2.4. Factor de crecimiento de fibroblastos básico (bFGF)

El factor de crecimiento de fibroblastos básico (bFGF), es una proteína formada por una serie de polipéptidos, desempeña un rol crucial en el estímulo de la proliferación de células musculares lisas (CML), especialmente en los LU. Se ha notado que los niveles de bFGF son superiores en los LU en comparación con el miometrio, lo que indica que el bFGF podría tener una mayor concentración debido a su acumulación en la matriz extracelular, un elemento esencial que envuelve las células y les brinda apoyo estructural (31).

Esta gran acumulación de bFGF en la matriz extracelular almacenado podría sugerir que una expresión excesiva de este factor de crecimiento estaría vinculada con un incremento en la proliferación celular de los LU. Este descubrimiento subraya la relevancia de controlar la expresión de bFGF para regular el crecimiento y la proliferación celular en el entorno uterino (31).

2.1.1.3.3. Promotores e inhibidores angiogénicos en LU

El proceso de angiogénesis se refiere a la creación de nuevos microvasos a partir de los ya existentes. En los adultos, este fenómeno ocurre de manera natural únicamente en el sistema reproductor femenino y durante el proceso las algunas fases de la cicatrización de la herida. En la mujer ocurre durante la menstruación para la reparación, en la fase proliferativa para el rápido crecimiento endometrial y la etapa secretora cuando las arteriolas espirales exhiben un crecimiento y enrollamiento significativos (39).

En la angiogénesis se desarrolla en un contexto de promotores e inhibidores. Este delicado equilibrio decide si se formarán nuevos vasos sanguíneos o si estos se degenerarán. Uno de los elementos más importantes en este proceso es el factor

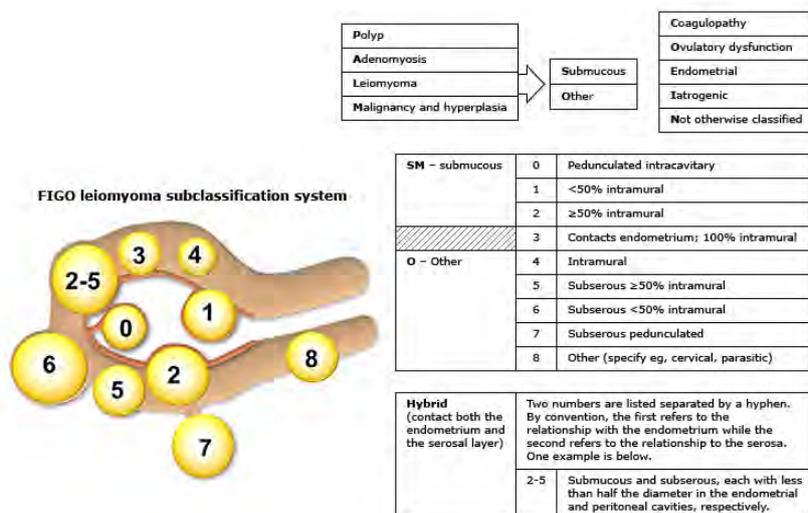
de crecimiento endotelial vascular (VEGF) el cual desempeña un papel crucial en la angiogénesis, sus niveles son iguales o están incrementados en LU. Se ha demostrado que la proteína 61 rica en cisteína (CYR61), es otro promotor que está disminuida en los fibromas, mientras que el factor de crecimiento de fibroblastos básico (bFGF) está elevado (31).

En experimentos que se realizaron por corrosión combinada por microscopía, se llegó a demostrar que en el proceso de la formación de LU los vasos sanguíneos preexistentes sufren degeneración, mientras las arterias y venas recién formadas invaden el LU, donde se llega a formar una capsula de tipo vascular y es el principal responsable del crecimiento del LU. Las células tumorales están rodeadas por células inflamatorias como linfocitos, neutrófilos, macrófagos y mastocitos; estas células se comunican mediante unas vías de señalización intercelular, mediadas por moléculas de adhesión superficial, citoquinas y sus receptores (40).

2.1.1.4. Clasificación

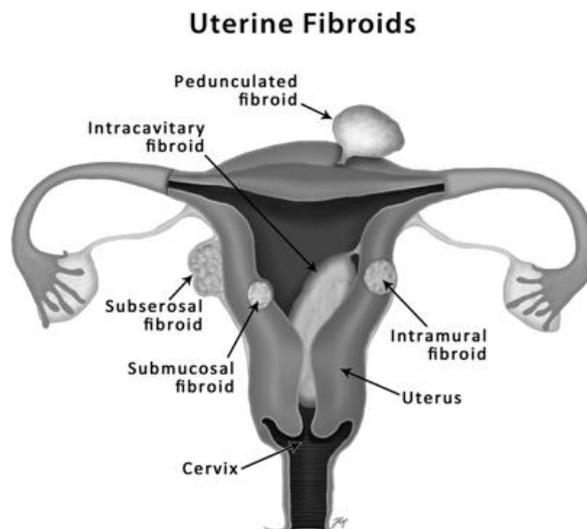
Los LU se clasifican en función de su ubicación específica dentro del útero. La “Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia” (FIGO) ha establecido un sistema de clasificación para describir y categorizar la posición de estos LU dentro del útero, lo cual es esencial para comprender mejor su distribución y relación con diversas condiciones ginecológicas. Este sistema de clasificación tiene en cuenta diferentes factores anatómicos del útero, permitiendo una evaluación más precisa y estandarizada de la localización de los LU. La organización de esta clasificación facilita tanto el diagnóstico como el tratamiento (41).

Figura 1: clasificación FIGO



Los miomas, pueden manifestarse de forma individual, aunque en la mayoría de las situaciones suelen presentarse en varias formas. Estos tumores benignos uterinos se organizan y categorizan según su localización particular dentro de las distintas capas del útero, haciendo que la clasificación sea de forma más sencilla al momento de realizar una ultrasonografía. Hay cuatro clases fundamentales de leiomiomas, cada uno caracterizado por su ubicación en relación al tejido uterino, dentro de ellos se tiene el tipo seroso el que está ubicado en la capa más externa del útero; intramural, en la capa media del órgano reproductor; mucoso que está ubicado en la capa más interna y por último se añade a los que tienen una posición cervical (42).

Figura 2: clasificación tradicional



2.1.1.5. Factores asociados

2.1.1.5.1. Edad

Es una variable de riesgo relevante para la generación del mioma. Su frecuencia de aparición de estos tumores aumenta con la edad, como lo demuestra la evidencia obtenida a través de diagnósticos patológicos. A medida que las mujeres envejecen, especialmente durante y después de la menarquia, la incidencia de LU tiende a incrementarse, lo que sugiere que participan los cambios hormonales y biológicos, alcanzando su mayor incidencia y un pico máximo a la edad de los 40-50 años. Se observó que la incidencia de LU a los 35 años de vida era del 60% en las féminas afroamericanas, incrementando a mayor de 80% a los

50 años; mientras que las féminas caucásicas tenían una incidencia del 40% a los 35 años (2).

En la investigación llevada a cabo por Muawad R y colaboradores en su estudio realizado en mujeres sauditas encontró que las mujeres de 40 años o más tenían cuatro veces más probabilidades de sufrir LU que las féminas menores de 40 años [OR= 4.24, IC del 95 % (2.63-6.85)]. Estos hallazgos señalan que la edad avanzada representa un factor de riesgo considerable para el surgimiento de LU, lo que resalta la relevancia de tener en cuenta la edad como un factor crucial en la valoración y gestión de estas condiciones (17).

2.1.1.5.2. Raza

Huang y colaboradores, en su trabajo de investigación titulado “Presencia de fibromas en la ecografía transvaginal en una cohorte comunitaria diversa de 996 participantes femeninas en edad reproductiva”. El análisis se realizó en San Francisco, California, involucrando a una variada cohorte de mujeres en edad fértil, que abarcó a participantes de ascendencia asiática-China, afroamericana, latina y caucásica. La incorporación de diferentes grupos étnicos facilitó un estudio comparativo sobre la prevalencia y las características clínicas de la condición en cuestión, ofreciendo una visión completa acerca de las posibles diferencias relacionadas. Obteniendo resultados de que la raza afroamericana tiene un [OR: 4.65, IC del 95% (2.94-7.36)], ser asiático [OR: 2.34, IC del 95% [1.43-3.82] (14).

2.1.1.5.3. Consumo de tabaco

El consumo de esta sustancia es un fenómeno ajustable, llegando a modificar las concentraciones de varias hormonas, destacando el estrógeno como uno de los más importantes. El consumo de tabaco afecta los procesos hormonales del organismo, lo que puede provocar alteraciones en la generación y regulación de hormonas sexuales, especialmente el estrógeno. En las mujeres que consumen tabaco, se ha encontrado que los niveles de estrógeno en la orina son más bajos durante la fase lútea del ciclo menstrual, en comparación con aquellas mujeres que no consumen. La nicotina puede reducir la conversión de andrógenos en estrona secundaria a la inhibición de la aromatasa. En conclusión, el consumir tabaco produce deficiente y niveles bajos de estrógenos endógenos circulantes (13).

Las investigaciones epidemiológicas sobre el impacto del tabaquismo presentan resultados inconsistentes. Algunos estudios han identificado una asociación inversa entre el consumo de tabaco y la formación de miomas uterinos, mientras

que otros sugieren que aumenta el riesgo, y en los estudios que se realizaron de tipo cohortes no se ha observado una relación significativa con la formación de miomas. En el estudio de metanálisis realizado por Chiaffarino F y colaboradores, encontraron resultados significativos al comparar a los exfumadores con aquellos que nunca habían fumado [OR= 0.85, IC del 95% (0.88-0.99)], los fumadores actuales en comparación con los que nunca fumaron fueron de [OR= 0.83, IC del 95% (0.65-1.04)]. Estos resultados sugieren una disminución en el riesgo asociado en ambas comparaciones, destacando la influencia del historial de consumo de tabaco (13).

2.1.1.5.4. Consumo de alcohol

Kin y colaboradores en su trabajo titulado “Consumo de alcohol y riesgo de aparición de leiomiomas uterinos: un estudio poblacional a nivel nacional en 2,5 millones de mujeres coreanas de entre 20 y 39 años” concluyó que el beber alcohol por más de 2 años se asoció significativamente con la aparición de LU entre el 12% y el 16% de las nuevas apariciones (43).

Nagata C. y colaboradores en su trabajo titulado “Asociación de la ingesta de grasas, fibra dietética, isoflavonas de soja y alcohol con los miomas uterinos en mujeres japonesas” llegó a concluir que las mujeres que llegan a consumir alcohol en moderada cantidad (g/dl) para desarrollar LU [OR = 1.32, IC del 95% (0.59-2.97)] y un consumo elevado [OR=2.62, IC del 95% (1.26-5.44)] (44).

2.1.1.5.4. Obesidad

Sigue un problema de salud que impacta a millones de individuos a nivel global y se considera una enfermedad de gran envergadura por su efecto en la salud global. Esta situación no solo transforma el escenario de las enfermedades en general, sino que también eleva significativamente la prevalencia de varias afecciones crónicas, tales como la diabetes mellitus, las afecciones cardiovasculares, la apnea del sueño y la osteoartritis. Estos desórdenes están vinculados con la obesidad a causa de una serie de procesos biológicos y metabólicos complejos que inciden en cómo la obesidad afecta al cuerpo, en particular al sistema reproductivo de las mujeres (45).

El exceso de grasa en el cuerpo puede modificar varias funciones metabólicas y hormonales, lo que impacta tanto en la fertilidad como en el balance hormonal en las mujeres, incrementando la probabilidad de sufrir problemas reproductivos y otras dificultades de salud. Otro mecanismo por el cual se llega a explicar, es con la participación del hígado, donde en la obesidad hay una producción disminuida

de la proteína globulina transportadora de hormonas sexuales, esto en consecuencia hay mayor proporción de estrógenos no unidos a proteínas. La interacción entre estos mecanismos puede generar un entorno más propenso para el desarrollo y crecimiento de LU, lo que lleva a una mayor prevalencia de su aparición en mujeres que experimentan dichos factores (45).

La investigación realizada a cabo por Qin H y colaboradores señaló una relación positiva entre la obesidad y el riesgo de desarrollar LU [OR= 1.19, IC del 95% (1.09-1.29)]. Este hallazgo sugiere que la obesidad podría ser un factor significativo que incrementa la probabilidad de aparición de LU, destacando la importancia de comprender cómo el exceso de peso impacta la salud de la mujer (45).

2.1.1.5.5. Estrés psicológico crónico

Se define estrés psicológico crónico (EPC) cuando los factores estresantes emocionales, como los acontecimientos de la vida y el estrés laboral persisten durante un prolongado periodo, es un proceso patológico resultante de una respuesta del cuerpo a las fuerzas externas y estados anormales que tienden a afectar la homeostasis, el cual puede casuar una amplia gama de problemas relacionados con la salud, incluido los LU. Asimismo, las mujeres presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos emocionales en comparación con los hombres (46).

En la investigación llevada a cabo por Quin H y su grupo, se detectó una correlación estadísticamente relevante entre el EPC y el peligro de desarrollar LU, siendo esta relación especialmente destacada en mujeres de raza negra no hispana. El estudio mostró una relación de probabilidades negros no hispanos [OR= 1.24, IC del 95% (1.14-1.34)]. Estos hallazgos indican que el EPC podría representar un factor de riesgo significativo para el surgimiento de LU en este grupo particular (46).

2.1.1.5.6. Hipertensión arterial

El útero y el corazón son dos órganos que comparten una similar estructura, funcionabilidad de contractibilidad, y la propiedad de remodelación donde hay una hipertrofia debido a una mayor producción de material extracelular, dentro de ellos resalta en mayor proporción el colágeno. La hipótesis planteada sostiene que la manifestación de ciertos factores, tales como el factor de crecimiento transformante beta (TGF- β) y los factores de crecimiento derivados de los trombocitos (PDGF), juegan un rol importante en la regulación del crecimiento y

proliferación de los LU a escala local. Estos mediadores bioquímicos participan en varios procesos celulares, entre ellos la diferenciación, proliferación y remodelación del tejido. La angiotensina-II (AT-II) tiene receptores, son el AT-1 y AT-2 que está presente en varios tejidos como el útero y en las células del músculo liso vascular. La estimulación mediada por AT-II en el receptor AT 1 en el músculo liso vascular induce proliferación e hipertrofia (47).

Los efectos fisiológicos de la AT-II están sujetos a una modulación significativa por parte de las hormonas sexuales, en particular los estrógenos y la progesterona. Estas hormonas influyen en la expresión y sensibilidad de los receptores de AT-II, lo que puede alterar su función en diversos procesos biológicos. Durante la gestación y el uso de ACO, hay una regulación positiva del receptor AT-1, mediando así la hipertrofia y la hiperplasia del útero, lo que facilita el crecimiento de LU (47).

Faerstein E y colaboradores en su estudio titulado “Factores de riesgo del leiomioma uterino: un estudio de casos y controles basado en la práctica. II. Factores de riesgo aterogénicos y fuentes potenciales de irritación uterina” obtuvo los resultados que tenían mayores riesgos entre los participantes con cualquier historial de hipertensión [OR= 1.7, IC del 95% (1.0–2.8)], hipertensión que requería medicación [OR= 2.1, IC del 95% (1.1- 4.1)], hipertensión diagnosticada en edades menores de 35 años [OR= 2.7, IC 95% (1.0- 7.6)] e hipertensión de 5 o más años de duración [OR= 3.1, IC del 95% (1.2-8.2)] indicando con estos datos verídicos que tener la presión elevada es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo de LU (48).

2.1.1.5.7. Diabetes mellitus

La incidencia y prevalencia de la patología está llegando a incrementar en las últimas décadas, y más en mujeres jóvenes, el cual conlleva a una mayor probabilidad de LU. La teoría más aceptada es que el síndrome metabólico produce resistencia a la insulina, produciendo la hiperinsulinemia siendo uno de los desencadenantes para el desarrollo de LU. Aún no se conoce todos los procesos de como actúa la hiperinsulinemia, pero diferentes estudios indican que llega a producirse en mayor cantidad el factor de crecimiento similar a la insulina-1 y del factor de crecimiento epidérmico. Estos dos últimos factores participan en una elevada secreción de hormonas ováricas (49).

2.1.1.5.8. Menarquia precoz

Diversos estudios han evidenciado la existencia de diferencias raciales en la edad de aparición de la menarquía, el primer ciclo menstrual en las mujeres. En particular, se ha observado que las mujeres afroamericanas tienden a experimentar la menarquía a una edad más temprana en comparación con otros grupos étnicos. Por otro lado, las mujeres de ascendencia caucásica presentan una edad de menarquía más tardía. En el caso de las niñas mexico-americanas su edad de menarquía se sitúa en un punto intermedio entre ambos grupos. Estas diferencias sugieren que factores genéticos, ambientales y socioeconómicos podrían influir en la regulación del inicio de la pubertad, lo que resalta la importancia de considerar la diversidad racial y étnica (50).

Las mujeres que experimentan menarquía precoz o menopausia retrasada suelen tener en promedio una mayor duración de exposición a ciclos ovulatorios a lo largo de su vida. Esto se debe a que la actividad mitótica en el miometrio es mayor durante la fase lútea el periodo menstrual, entonces incrementa el riesgo de desarrollar LU con una menarquía temprana (51).

Uno de los datos más significativos de la investigación fue la correlación relevante entre la menarquía temprana y un incremento en el riesgo de la variable estudiada. Los hallazgos mostraron una relación de probabilidades [OR= 4.79, IC del 95% (3.18-7.20)]. Esta información indica que el surgimiento precoz de la menarquía podría constituir un factor de riesgo significativo, subrayando la relevancia de estudiar los factores biológicos, genéticos y ambientales que inciden en el comienzo del desarrollo puberal y sus potenciales repercusiones en la salud a largo plazo (22).

2.1.1.5.9. Paridad

El LU se presenta con una mayor prevalencia en féminas que nunca llegaron a tener hijos (nulíparas), es decir, aquellas que no han tenido embarazos a término. Además, diversos estudios han evidenciado que el riesgo relativo de desarrollar LU disminuye de manera proporcional al aumento en el número de embarazos llevados a término. Este fenómeno sugiere que los cambios hormonales y estructurales que ocurren durante la gestación podrían ejercer un efecto protector sobre la formación y proliferación de LU, destacando la influencia de factores reproductivos en la susceptibilidad a esta condición (52).

Se ha postulado que la correlación entre la nuliparidad y los fibromas se debe muy probablemente a la secreción continua de estrógenos en la nuliparidad,

interrumpida por el embarazo y la lactancia, durante un número relativamente alto de ciclos menstruales en la vida reproductiva de una mujer (52).

En el primer trimestre del embarazo, varias investigaciones han demostrado que los fibromas uterinos pueden experimentar un incremento en su tamaño, probablemente a causa del impacto hormonal y el aumento en la vascularización del útero. No obstante, durante los dos trimestres subsiguientes, se ha notado una tendencia hacia la disminución de su tamaño. Como consecuencia de estas modificaciones dinámicas durante la gestación, el volumen total de los LU suele reducirse en general. Este fenómeno indica que las alteraciones hormonales y mecánicas relacionadas con el embarazo pueden afectar el registro. Por lo tanto, parece que las interacciones de las hormonas endógenas durante el embarazo actúan para inhibir el crecimiento de los LU, independientemente de la hipertrofia celular reversible asociada al embarazo en el útero (52).

Muawad R y colaboradores en su estudio “Asociación de factores de salud y estilo de vida con fibromas uterinos entre mujeres sauditas: un trabajo de casos y controles” tuvo como resultado que tener un nacido vivo anterior se asoció con menores probabilidades de desarrollar LU [OR = 0.38; IC del 95 % (0.19- 0.75)] (17).

2.1.1.6. Clínica

2.1.1.6.1. Dolor

El dolor de tipo ginecológico está fuertemente vinculado con la existencia de LU, constituyendo un síntoma habitual en pacientes diagnosticados con esta afección. Específicamente, se ha notado que considerable porcentaje de mujeres con dolor pélvico crónico necesitan una intervención quirúrgica como parte de su tratamiento clínico. La persistencia de este síntoma puede estar vinculada a procesos inflamatorios, cambios en la estructura uterina o la compresión de órganos cercanos, lo que subraya la relevancia de un análisis completo de la patología para identificar la causa raíz y definir una solución adecuada (53).

Lippman S y colaboradores en su estudio titulado “Miomas uterinos y síntomas de dolor ginecológico en un estudio poblacional” se llegó a diagnosticar 96 mujeres con LU, donde observó que las pacientes con esta condición tenían una mayor probabilidad de experimentar clínica de dispareunia moderada a grave [OR ajustada = 2.8, IC del 95% (0.9-8.3)] y dolor pélvico no cíclico moderado o grave [OR ajustada = 2.6, IC del 95% [0.9–7.6]]. La dismenorrea moderada a grave no

tuvo una asociación con los LU, al igual que el número y el volumen total de los LU (53).

2.1.1.6.2. Sangrado anormal

Se define como una desviación en los patrones normales del ciclo menstrual, alterándose en número de días o volumen de sangrado. Este sangrado puede llegar a ser agudo, llegando a requerir una intervención inmediata, pero lo más frecuente es que sea de tipo crónico que llega a durar varios meses (54).

Es el síntoma que más frecuente se llega a manifestar en mujeres con LU premenopáusicas, llegando a tener impactos económicos como: atención médica, pérdida de trabajo laboral, y la compra de toallas higiénicas; y a nivel individual genera los impactos como: tener inadecuadas actividades sociales, a nivel sexual, pérdida de tiempo dedicado a buscar un buen tratamiento. El impacto médico es el desarrollo de la anemia. Se ha postulado que la ubicación, tamaño y la cantidad de leiomioma determinan el riesgo de hemorragia (55).

Los LU de tipo submucoso, son una de las ubicaciones más frecuentes para producir síntomas como menorragia, menometrorragia, anemia y sangrado intermenstrual. Esto debido a este tipo de miomas uterinos generan alto impacto sobre las arterias espirales del endometrio. Los LU es una de las patologías más frecuentes en presentarse en el útero, pero tienen una baja probabilidad de producir síntomas, especialmente si son pequeños. Mientras los subserosos una probabilidad casi nula de producir alguna manifestación clínica. Los LU pediculados tienen riesgo de torsión del pedículo y pueden presentarse con dolor pélvico intenso, debido a un infarto, que puede simular una torsión ovárica (42).

Wegienka G y cols en su estudio "sangrado abundante autoinformado asociado con leiomiomas uterinos" donde a 910 mujeres se les hizo ecografía y se diagnosticaron a 564 con fibromas, los resultados que obtuvo fue que presentarían sangrado abundante los LU de pequeños (menos de 2 cm) [RR= 1.4, IC del 95 % (1.1- 1.8)], para LU medianos (2-5 cm) [RR= 1.6, IC del 95 % (1.3- 2.0)], para LU grandes (más de 5 cm) [RR=1.9, IC del 95 % (1.5 -2.5)] (55).

2.1.1.6.3. Infertilidad

Se considera que los LU, especialmente los que tienen una ubicación anatómica de tipo submucoso e intramural, pueden alterar la anatomía de la cavidad uterina, lo que dificulta la concepción y aumenta la pérdida del producto antes de las 20 semanas. La miomectomía no aumenta significativamente las probabilidades de

quedar embarazada, pero los datos de los estudios realizados son escasos para llegar a esta conclusión (56).

2.1.1.6.4. Problemas del tracto urinario

El mioma puede provocar una compresión en los órganos más cercanos al útero, dentro de ellos se tiene a los uréteres pélvicos, lo cual puede poner en riesgo el flujo de orina y, por ende, causar un deterioro gradual de la función renal. En ciertas situaciones este cambio puede presentarse con hidronefrosis, una dilatación patológica del sistema pielocalicial causada por la acumulación de orina (57).

La mayoría de estos casos se identifican incidentalmente a través de investigaciones de imagen, como la ultrasonografía, en el proceso de evaluación de otras afecciones ginecológicas. En circunstancias excepcionales, la existencia de un LU puede provocar retención de orina aguda cuando su desarrollo causa el desplazamiento de la uretra, ocasionando una obstrucción considerable. La mayoría de estos pacientes son asintomáticos, y solo generarían clínica si los 2 uréteres están gravemente obstruidos (57).

2.1.1.7. Diagnóstico

2.1.1.7.1. Ultrasonografía

La ultrasonografía transvaginal (ETV) es la técnica de imagen estándar, ya que nos llega a ofrecer una visualización más detallada del útero y sus anexos en comparación con la ecografía abdominal. Tiene una utilidad para diagnosticar LU submucosos y para monitorear el tamaño de los LU en el tratamiento (58).

Los LU suelen tener una forma redonda u ovalada y son bien definidas, aunque su ecotextura puede variar. En la mayoría de los casos, presentan una apariencia homogénea y son hipocóicos en comparación con el tejido circundante. Los LU de mayor tamaño, que son superiores a 3-5 cm de diámetro, pueden presentar una ecotextura heterogénea esto se debe a que se presentan áreas de degeneración quística, que se observan en la ecografía como anecoicas (42).

En el Doppler color se puede observar un borde periférico, cuando se proyecte una vascularización interna, que generalmente son inusuales que nos debe hacer sospechar en algo maligno (42).

La sonohisterografía con infusión salina, es un procedimiento mínimamente invasivo que distiende la cavidad endometrial con solución salina, permitiendo

delimitar mejor las patologías endometriales como los pólipos, sinequias hiperplasias y los LU submucosos (59).

2.1.1.7.2. Resonancia magnética

Es un tipo de estudio avanzada, el cual tiene una alta precisión diagnóstica para la evaluación de LU, y se recomienda como el método de elección para una valoración detallada de los LU. Sin embargo, su alto costo y su poca disponibilidad limita su uso y hace que sea una opción restringida en la práctica clínica (58).

En el estudio realizado por Dueholm y colaboradores, se comparó la eficacia de dos tipos de imagen como la resonancia magnética (RMN) y la ecografía transvaginal (ETV) en el diagnóstico de LU. Los resultados mostraron que ambos métodos presentaron una precisión similar, con la RMN teniendo una sensibilidad de 99% y una especificidad de 86%, mientras que la ETV tuvo una sensibilidad de 99% y una especificidad de 91%. Pero su capacidad para mapear los LU con exactitud es más preciso la RMN que la ETV, especialmente en úteros grandes (>375 ml) con miomas múltiples (58).

2.1.1.8. Tratamiento

2.1.1.8.1. Los anticonceptivos orales combinados

Las píldoras que contiene progesterona y estrógeno, también conocidos como “anticonceptivos orales combinados” (AOC) contribuyen a regular el ciclo menstrual y reducir la intensidad del sangrado. Sin embargo, su aplicación clínica presenta ciertas limitaciones, ya que su efectividad puede variar según la etiología subyacente de la hemorragia uterina anormal y las características individuales de cada paciente (60).

Su mecanismo de acción nos lleva a inhibir la proliferación endometrial, lo que resulta en un endometrio más delgado, y por lo tanto menos sangrado. En un estudio, se demostró que el uso de AOC redujo el sangrado uterino anormal en un 62% durante los primeros seis meses. Sin embargo, después de suspender su uso, el sangrado reapareció, lo que indica que su eficacia es solo a corto plazo. Esto es debido a que los LU son dependientes de estrógeno y progesterona, entonces con el uso de AOC no se espera una reducción significativa de los LU (60).

2.1.1.8.2. Ácido tranexámico

La pérdida de sangre menstrual, es una de las principales causas de una mala salud en las mujeres, llegando a una prevalencia de 4%-51%, estimándose que la

pérdida de sangre menstrual representa hasta el 5% de las consultas en una edad de 30-49 años (61).

El ácido tranexámico, es un agente antagonista de la fibrinólisis utilizado para prevenir la disolución prematura de coágulos sanguíneos. No obstante, uno de sus efectos secundarios es el aumento del riesgo de formación de trombos, especialmente en áreas críticas como los pulmones o las extremidades inferiores, donde su aparición puede resultar particularmente peligrosa, llegando hasta producir la muerte. En el estudio "Antifibrinolíticos para el sangrado menstrual abundante" realizado por Alison C. y colaboradores, publicado en 2018 llegaron a la conclusión que el ácido tranexámico es más efectivo que el uso de los antiinflamatorios no esteroideos (61).

2.1.1.8.3. Sistema intrauterino de levonorgestrel

Es un dispositivo anticonceptivo con forma de "T" diseñado para ser insertado dentro de la cavidad uterina, este fármaco se libera de forma continua y constante. Su principal efecto es inducir la atrofia del endometrio, sin llegar a interferir con la ovulación. El anticonceptivo reduce la proliferación endometrial y de esta forma favorece un aumento en la apoptosis de las glándulas endometriales(60).

Este medicamento disminuye considerablemente la duración y el volumen del flujo menstrual en mujeres con hemorragias uterinas anormales. No obstante, no se ha registrado una reducción considerable en el tamaño de los LU. Posterior a un año de uso de observo que el 40% llegó a una amenorrea secundaria y 95% llegó a salir de la anemia (60).

2.1.1.8.4. Miomectomía

Este método está recomendado para pacientes que buscan mantener la fertilidad o preservar la integridad del útero, constituyendo una de las alternativas terapéuticas más destacadas de carácter conservador para el control LU. El procedimiento de esta cirugía puede realizarse a través de un enfoque laparoscópico o histeroscópico, en función de la ubicación y particularidades del LU. Específicamente, los casos categorizados de acuerdo a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) como de tipo 0, tipo 1 y tipo 3 son los que con mayor regularidad satisfacen los criterios para esta intervención, o cuando tienen un tamaño igual o menor a 2 cm. Además, en estas situaciones, el procedimiento generalmente se lleva a cabo de forma ambulatoria, lo que disminuye el periodo de internación y favorece una recuperación más rápida (60).

Los LU mayores de 2 cm pueden requerir procedimientos mayores, y determinar si un paciente es un candidato potencial para una miomectomía abdominal laparoscópica en lugar de una abierta depende de la ubicación, el tamaño y la cantidad de LU (60).

2.1.1.8.5. Histerectomía

Este tratamiento es definitivo, ya que alivia de manera permanente los síntomas como sangrado uterino anormal, dolor, polaquiuria y estreñimiento con una sola intervención. La recurrencia de los LU es extremadamente baja o casi nula posterior a realizar este procedimiento. Está indicado para sangrado uterino anormal en pacientes que no desean tener hijos en un futuro o no desean conservar su útero (62).

La histerectomía vaginal es el método preferido, debido a su menor comorbilidad en comparación con otras técnicas. Pero más del 75% de todas las histerectomías se llevan a cabo por vía abierta abdominal. Las complicaciones más frecuentes son la infección del tracto urinario y las alteraciones superficiales de las heridas, las más graves son la trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, celulitis pélvica por anaerobios y neumonía (62).

2.2. Definición de términos básicos

- **Leiomioma uterino:** “Tumor benigno derivado del tejido muscular liso, conocido también como tumor fibroide, raramente aparecen fuera del útero y del tracto gastrointestinal, pero pueden desarrollarse en la piel y en el tejido subcutáneo, originándose en estos tejidos probablemente a partir del músculo liso de los vasos sanguíneos pequeños (63).”
- **Factor de riesgo:** “Un aspecto del comportamiento o estilo de vida personal, exposición ambiental, característica innata o hereditaria que, según la evidencia epidemiológica, se sabe que está asociada con una condición relacionada con la salud y que se considera importante prevenir (63).”
- **Infertilidad:** “Capacidad disminuida o ausente de una mujer de lograr la concepción (63).”
- **Hipertensión:** “Presión sanguínea arterial sistémica persistentemente elevada. en base a múltiples lecturas (determinación de la presión sanguínea), habitualmente se considera hipertensión cuando la presión sistólica es mucho mayor a 140 mm hg o cuando la presión diastólica (presión sanguínea) es de 90 mm hg o más (63).”

- **Obesidad:** “Estado en el que el peso corporal está muy por encima de los estándares recomendados, generalmente se debe a la acumulación de exceso de grasas en el cuerpo. los estándares pueden variar según la edad, el sexo, los antecedentes genéticos o culturales. en el índice de masa corporal, un IMC superior a 30,0 kg / m² se considera obeso y un IMC superior a 40,0 kg / m² se considera obesidad mórbida (obesidad mórbida) (63).”
- **Menarquia:** “Primer ciclo menstrual, marcado por la iniciación de la menstruación (63).”

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

- Los factores asociados a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024, se asocian a características sociodemográficas, comorbilidad, de comportamiento y ginecológicas

2.3.2. Hipótesis específica

- Las principales características sociodemográficas asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024 se asocian a edad, grado de instrucción, raza y estado civil.
- Las principales características de comportamiento asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024 se asocian a consumo de alcohol y tabaco.
- Las principales características de comorbilidad asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024 se asocian a obesidad, estrés psicológico crónico, diabetes mellitus e hipertensión arterial.
- Las principales características ginecológicas asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024 se asocian a menarquia precoz, historia familiar de LU, paridad y antecedente de aborto.

2.4. Variables

2.4.1.1. Variable dependiente

Leiomioma uterino

- Presente
- Ausente

2.4.1.2. Variable(s) independiente(s)

Factores sociodemográficos

- Edad
- Raza
- Grado de instrucción
- Estado civil

Factores de comportamiento

- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol

Factores de comorbilidad

- Obesidad
- Estrés psicológico crónico
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus

Factores ginecológicos

- Menarquia precoz
- Paridad
- Historia familiar de LU
- Antecedente de aborto

2.5. Definiciones Operacionales

Variable	Definición conceptual	Naturaleza de la variable	Forma de medición	Indicador	Escala de medición	Instrumento	Expresión final de la variable	Ítems	Definición operacional de la variable
Edad	Se define como: Periodo de vida de un individuo expresado en años.	Variable cuantitativa	Medición indirecta	Cantidad de años alcanzados, hasta el momento donde se realizó el diagnóstico.	Escala de razón	Documento de recopilación de datos, a través de la revisión de los registros clínicos del hospital H.A.L.	_____ años cumplidos	Punto 1 de la ficha de recolección de datos	La variable se representará como el número de años que la paciente ha cumplido.
Grado de instrucción	Se define como: Superioridad de una persona en los estudios se hayan concluido o estén en curso.	Variable cualitativa	Medición indirecta	Nivel de comprensión e intelecto adquirido en el transcurso de vida	Escala ordinal	Documento de recopilación de datos, a través de la revisión de los registros clínicos del hospital H.A.L.	Nivel de instrucción: a. Primaria b. Secundaria c. Superior d. Ninguno	Punto 2 de la ficha de recolección de datos	La variable nivel de enseñanza se establecerá como el nivel más alto de estudios llevados a cabo y se manifestará en cuatro parámetros que son: primaria, secundaria superior y ninguno.
Raza	Se define como: Concepto social basado en características físicas que pertenece a una Casta o calidad del linaje u origen genético.	Variable cualitativa	Medición indirecta	Persona que generalmente por sus características físicas y genéticas se atribuyen a algún linaje	Escala nominal	Documento de recopilación de datos, a través de la revisión de los registros clínicos del hospital H.A.L.	Raza a la que pertenece: a. Blanca b. Mestizo c. Afroamericana	Punto 3 de la ficha de recolección de datos	La raza será una variable que exprese el linaje de las pacientes estudiadas, el cual será recolectado de las historias clínicas.
Estado civil	Se define: Sistema de circunstancias individuales, según el registro civil, que establecen los derechos y responsabilidades.	Variable cualitativa	Medición indirecta	Características de una persona, el cual indicará el estado de una persona con su acompañante	Escala nominal	Documento de recopilación de datos, a través de la revisión de los registros clínicos del hospital H.A.L.	Su estado civil es: a. Soltera b. Conviviente c. Casada d. Divorciada e. Viuda	Punto 4 de la ficha de recolección de datos	El estado civil representará en 5 puntos, los cuales iniciaran el estado de una persona con su acompañante.
Consumo de alcohol	Se define: patología crónica primaria, su evolución y expresiones son influenciadas por factores genéticos, psicosociales y factores ambientales. Se distingue por cambios en la regulación del hábito de consumir alcohol.	Variable cualitativa	Medición indirecta	Volumen de bebida alcohólica que consume una persona al día	Escala nominal	Documento de recopilación de datos, a través de la revisión de los registros clínicos del hospital H.A.L.	Usted consume alcohol a. si b. no	Punto 5 de la ficha de recolección de datos	Esta variable de consumo de alcohol se expresa de forma dicotómica, si o no, no habrá respuesta intermedia
Consumo de tabaco	Se define: Acto de inhalar o ingerir productos derivados	Variable cualitativa	Medición indirecta	Cantidad de tabaco que consume una	Escala nominal	Documento de recopilación de datos,	Usted consume tabaco a. si	Punto 6 de la ficha de	La variable de consumir tabaco se expresará en forma

	de la planta de tabaco, como cigarrillos, cigarros, pipas o tabacos para máscara. Este hábito puede implicar tanto el fumar como el uso de otras formas de tabaco, como el rapé o el tabaco sin humo.			persona, ya sea en forma de cigarro o pipas		a través de la revisión de los registros clínicos del hospital H.A.L.	b. no	recolección de datos	dicotómica, de modo que solo habrá una sola respuesta.
Índice de masa corporal	Se define: herramienta utilizada para calcular el peso corporal en relación a la altura de una persona. El resultado se logra al dividir el peso en kilogramos entre el cuadrado de la altura en metros (kg/m ²) para obtener el resultado.	Variable cuantitativa	Medición indirecta	Variable que expresará el peso en Kg en proporción de su altura (m ²), para poder determinar una razón, y así poder llegar a clasificar en tablas correspondientes	Escala de razón	Documento de recopilación de datos, a través de la revisión de los registros clínicos del hospital H.A.L.	a. Talla: ____m b. Peso: ____Kg c. IMC: ____Kg/m ²	Punto 7 de la ficha de recolección de datos	La variable de IMC se terminará expresando en normopeso, sobrepeso y obesidad, datos que serán obtenidos de las historias clínicas.
Estrés psicológico crónico	Se define: El estrés crónico, también conocido como estrés psicológico crónico, es una reacción prolongada del organismo ante circunstancias o elementos estresantes que se mantienen durante un extenso lapso de tiempo.	Variable cualitativa	Medición indirecta	Variable que llegará a indicar a reacción del cuerpo u organismo, frente a situaciones adversas o patologías de forma crónica	Escala nominal	Documento de recopilación de datos, a través de la revisión de los registros clínicos del hospital H.A.L.	Estrés psicológico crónico: a. Si b. No	Punto 8 de la ficha de recolección de datos	La variable tendrá una expresión final en forma dicotómica, por tener solo 2 respuestas
Hipertensión arterial	Se define: Condición médica donde la presión sanguínea en las arterias es constantemente alta. Se establece cuando las mediciones de presión arterial exceden los niveles habituales, usualmente 140/80 mm Hg o superiores.	Variable cuantitativa	Medición indirecta	La variable indicará con cuanta presión llega a impactar la sangre sobre los vasos sanguíneos, que será medido en mmHg	Escala de razón	Documento de recopilación de datos, a través de la revisión de los registros clínicos del hospital H.A.L.	Presión arterial a.Sistole:____mmHg b.Diastole:____mmHg	Punto 9 de la ficha de recolección de datos	La variable se expresará en mmHg, el cual terminaremos expresando en una forma dicotómica, como tener o no tener hipertensión arterial.
Diabetes mellitus	Se define: Es una patología donde no hay regulación adecuada de la glucosa en el torrente sanguíneo, teniendo efectos adversos de forma aguda y crónica.	Variable cualitativa	Medición indirecta	La variable indicará la presencia de la patología cuando en la medición sérica tenga una glucosa > 126 mg/dL	Escala de nominal	Documento de recopilación de datos, a través de la revisión de los registros clínicos del hospital H.A.L.	Presencia de diabetes a. Si b. No	Punto 10 de la ficha de recolección de datos	La variable expresará la alteración de la glucosa en la sangre el cual será medido en mg/dl, finalmente será expresado de forma dicotómica.
Menarquia	Se define: El primer ciclo menstrual de una mujer, señala el comienzo de su habilidad para reproducirse. Normalmente se presenta entre los 10 y 16 años, aunque puede fluctuar	Variable cuantitativa	Medición indirecta	La variable indicará a la edad que una mujer tuvo su primer ciclo menstrual, indicando de forma indirecta el inicio de reproducirse	Escala de razón	Documento de recopilación de datos, a través de la revisión de los registros clínicos del hospital H.A.L.	Edad se su primera menstruación a. ----- años	Punto 11 de la ficha de recolección de datos	La variable se terminará expresando en edad en que la paciente llegó a tener su menarquia, expresado en años.

	dependiendo de factores genéticos, nutricionales y de salud								
Paridad	Se define: la cantidad de embarazos que una mujer ha experimentado que han alcanzado una duración adecuada para que el feto pueda sobrevivir fuera del útero, usualmente a las 20 semanas de gestación o más.	Variable cuantitativa	Medición indirecta	Variable que indicara, número de gestaciones que ha tenido una mujer, pero que sean mayor a 20 semanas	Escala de razón	Documento de recopilación de datos, a través de la revisión de los registros clínicos del hospital H.A.L.	Numero de gestaciones: a. -----	Punto 12 de la ficha de recolección de datos	La variable se terminará expresando no tener gestación (nulipara), tener una gestación (primípara) y tener múltiples gestaciones (multipara).
Antecedente de aborto	Se define: Hace referencia al relato de una mujer que ha sufrido uno o varios abortos espontáneos (también conocidos como pérdidas gestacionales) o abortos inducidos en embarazos anteriores, es decir, la interrupción de un embarazo antes de la semana 20 de gestación.	Variable cualitativa	Medición indirecta	La variable indicará el número de pérdida de gestaciones que ha tenido una mujer antes de 20 semanas	Escala nominal	Documento de recopilación de datos, a través de la revisión de los registros clínicos del hospital H.A.L.	Antecedente de aborto a. Si b. No	Punto 13 de la ficha de recolección de datos	La variable se terminará expresando en forma dicotómica, llegando a tener solo 2 respuestas.
Historia familiar de LU	Se define: presencia de LU en algún pariente consanguíneo anteceda con esta patología.	Variable cualitativa	Medición indirecta	La variable indicará un antecedente en algún familiar, generalmente de primer grado (madre)	Escala nominal	Documento de recopilación de datos, a través de la revisión de los registros clínicos del hospital H.A.L.	Historia de familiar de LU a. Si b. No	Punto 14 de la ficha de recolección de datos	La variable terminará expresando la presencia o ausencia de la patología de LU en algún familiar, que será recolectado de las historias clínicas.
Leiomioma uterino	Tumor no maligno que aparece a partir de las células del músculo liso del miometrio.	Variable cualitativa	Medición indirecta	La variable indicará la presencia de masa muscular en el útero	Escala nominal	Documento de recopilación de datos, a través de la revisión de los registros clínicos del hospital H.A.L.	Presencia de LU a. Si b. No	Punto 15 de la ficha de recolección de datos	La variable se terminará expresando de forma dicotómica, como presencia o usencia, que será recolectado de las historias clínicas.

CAPITULO III. METODOS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación

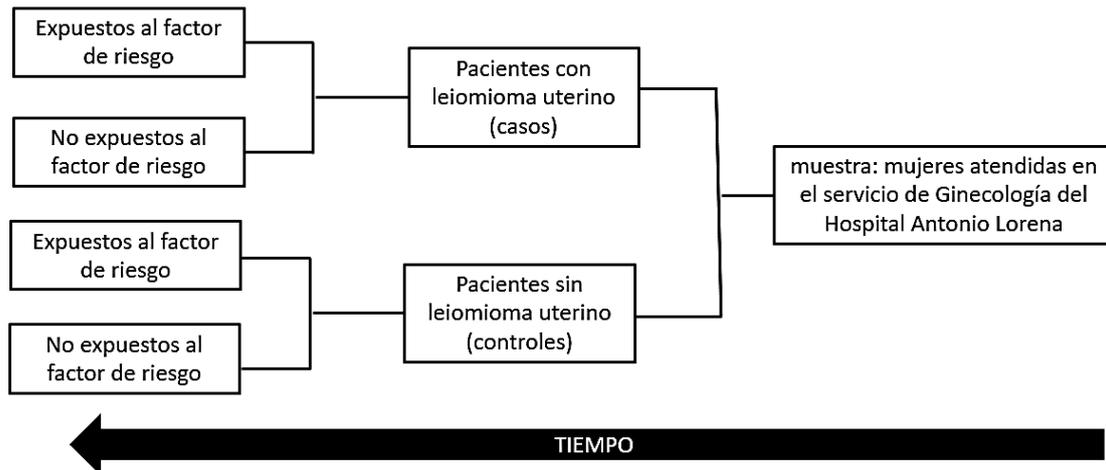
El presente trabajo de investigación tuvo un enfoque cuantitativo, en el que la recolección de datos se basó en la medición de las variables implicadas en el estudio y los datos obtenidos en la medición se representaron en forma de números con los que posteriormente se realizó un análisis estadístico con el objeto de probar o desechar la hipótesis planteada y así generar conocimiento (64).

Asimismo, el presente trabajo tuvo un alcance asociativo porque buscó establecer la relación o el grado de asociación estadística existente entre dos o más variables (64).

En esta investigación los datos recolectados serán categóricamente representados y sometidos a un análisis estadístico con el objetivo de valorar la asociación entre los factores relacionados y la existencia de LU en pacientes que fueron atendidos en el Hospital Antonio Lorena de Cusco durante el periodo 2022-2024. Este método permitirá determinar el nivel de relación entre las variables analizadas, ofreciendo un fundamento cuantitativo para interpretar los posibles factores de riesgo y su influencia en la incidencia de LU.

3.2. Diseño de investigación

Esta investigación adopta un enfoque observacional, lo que significa que no se realizó intervenciones ni modificaciones en las variables en estudio, lo que posibilita evaluar los fenómenos en su ambiente natural sin modificaciones. En este método, los análisis de casos y controles se distinguen por su observación, longitudinalidad y retrospectión. En esta modalidad de estudio, se elige un conjunto de personas que presentan la condición de interés (casos) y se contrasta con un conjunto de individuos que no la sufren la patología (controles), luego se examinan ambos grupos basándose en la frecuencia con la que anteriormente estuvieron expuestos a un factor de riesgo específico, el cual se propone como una posible variable vinculada al desarrollo de la enfermedad. Este diseño permite identificar asociaciones entre factores de riesgo y la aparición de la patología, proporcionando una base para futuras investigaciones (64).



3.3. Población y muestra

3.2.1. Definición de la población

La población de estudio está constituida por mujeres que recibieron atención en el departamento de Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco durante el período comprendido 2022 a 2024. A estos pacientes se les realizaron evaluaciones diagnósticas mediante ultrasonografía, ya sea por vía transvaginal o abdominal, con el propósito de identificar posibles alteraciones ginecológicas.

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Casos

Criterios de inclusión

- Pacientes del departamento de Ginecología-obstetricia que acudieron al consultorio, emergencia o sean una referencia, en el 2022-2024.
- Mujeres que cuenten con una ecografía abdominal o transvaginal.
- Mujeres con diagnóstico de leiomioma uterino
- Mujeres con una edad mayor de 18 años y menor de 60 años
- Tener historias clínicas completas

Criterios de exclusión

- Mujeres con patologías cardíacas
- Mujeres que consumen anticoagulantes
- Mujeres con hemorragia uterina anormal de etiología a determinar
- Mujeres con diagnóstico de neoplasia maligna en el tracto reproductor femenino
- Mujeres que tengan IMC menor de $< 18.5 \text{ Kg/m}^2$

Controles

Criterios de inclusión

- Pacientes del departamento de Ginecología-obstetricia que acudieron al consultorio, emergencia o sean una referencia, en el 2022-2024.
- Mujeres que cuenten con una ecografía abdominal o transvaginal.
- Mujeres sin diagnóstico de leiomioma uterino
- Mujeres con una edad mayor de 18 años y menor de 60 años
- Tener historias clínicas completas
- Mujeres que tengan IMC menor de $< 18.5 \text{ Kg/m}^2$

Criterios de exclusión

- Mujeres con patologías cardiacas
- Mujeres que consumen anticoagulantes
- Mujeres con hemorragia uterina anormal de etiología a determinar
- Mujeres con diagnóstico de neoplasia maligna en el tracto reproductor femenino
- Mujeres que tengan IMC menor de $< 18.5 \text{ Kg/m}^2$

3.3.3 Muestra: Tamaño de muestra y métodos de muestreo

3.3.3.1. Tamaño de muestra

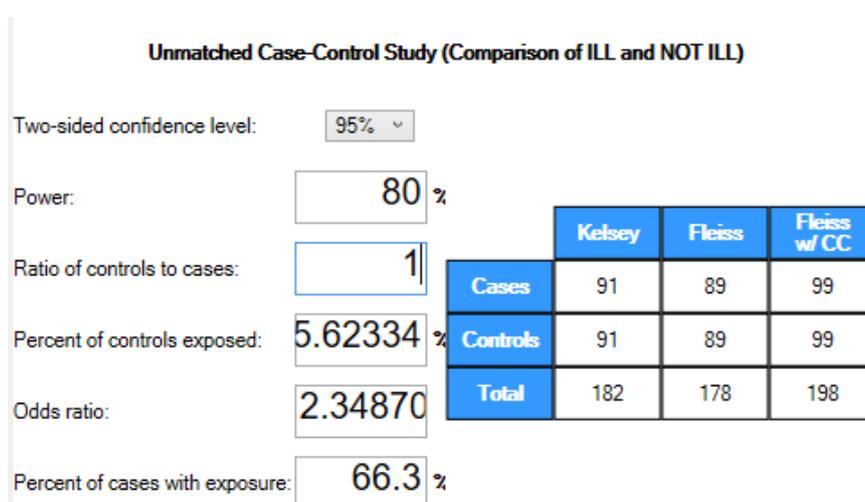
Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó datos de un estudio original previo titulado “Asociación de factores de salud y estilo de vida con los fibromas uterinos en mujeres saudíes: un estudio de casos y controles” publicado el 11 de julio del 2022 (17), donde se utilizó la variable obesidad para estimar el tamaño adecuado de la muestra que representa a la población. Se utilizó el software EPI INFO versión 7.2.6 de la CDC de Estados Unidos.

Nivel de confianza	95%
Potencia	80%
Proporción de controles y casos	1 a 1
Porcentaje de controles expuestos	45.62334 %
Odds Ratio	2.3487

Tabla tretracórica

	Con leiomioma uterino	Sin leiomioma uterino	Total
Expuestos: obesidad	205	172	337
No expuestos: Sin obesidad	34	67	101
Total	239	239	

FIGURA 3



Después de recolectar e introducir la información en el software estadístico adecuado, se estableció un tamaño muestral de 198 pacientes, el cual será a una relación de uno a uno entre casos y controles que se atendieron en el Hospital Antonio Lorena de Cusco.

3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

3.4.1. Técnicas

La metodología de recolección de datos que fue empleada en el estudio se basó en la recopilación sistemática de información a través de la revisión exhaustiva de las historias clínicas de los pacientes incluidos en la investigación, atendidas en el Hospital Antonio Lorena en el periodo 2022-2024.

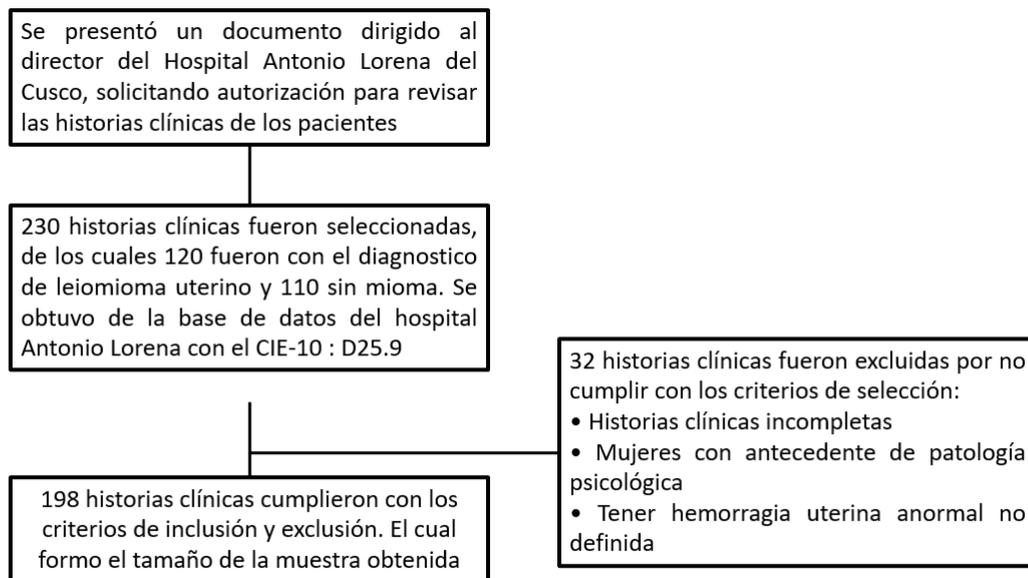
3.4.2. Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos que se empleó en el estudio consistió en una ficha estructurada diseñada específicamente en función de las variables establecidas para la investigación. Dicha ficha de recolección de datos ha sido elaborada con el

objetivo de sistematizar la recopilación de información de manera precisa y uniforme, garantizando la adecuada clasificación.

La ficha de recolección de datos está conformada por cuatro categorías importantes, dentro de ellos implicó las variables como: factores sociodemográficos, comportamiento, comorbilidad y por último las ginecológicas.

Este instrumento de recolección de datos estará validado por 5 expertos en el tema de investigación, doctores de Gineco-obstetricia, los cuales darán su puntaje en la ficha de calificación, por último, tienen la opción de colocar sugerencias.



3.4. Análisis de datos

Los datos recolectados en las fichas previamente elaboradas, que fueron validados por 5 expertos en el tema, se llegó a pasar la información obtenida a Microsoft Excel 2020 para posteriormente transferir todos los datos a SPSS versión 25.0 (Statistical Package for the Social Sciences - IBM) el cual cada variable será recodificado en distintas variables para su análisis univariado, bivariado y multivariado.

Análisis univariado: En este análisis se halló las medidas de frecuencia en las variables categóricas, para las variables cuantitativas o numéricas se realizó las pruebas de hipótesis de normalidad de Kolmogórov-Smirnov, en el cual también se determinó las medidas de tendencia central como media, mediana y desviación estándar.

Análisis bivariado: En este análisis se halló la asociación entre la variable independiente con la dependiente, en el cual se utilizó la prueba de Chi Cuadrado

y U Mann Whitney considerando un valor de $p > 0.05$ donde indica que no hay una asociación estadísticamente significativa o $p < 0.05$ indicándonos una asociación significativa. Se realizó las tablas tetracóricas para cada variable independiente con el supuesto efecto "leiomioma uterino", donde se determinó los OR crudos como tener un $OR_c < 1$ siendo factor protector, $OR_c = 1$ no hay asociación y $OR_c > 1$ donde actúa como factor de riesgo.

Análisis multivariado: Se realizó una regresión logística para las variables independientes y dependientes y poder hallar los OR ajustados.

CAPITULO IV. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo

4.1.1.1. Factores sociodemográficos

TABLA N° 1

Factores sociodemográficos		Frecuencia	Porcentaje
		n= 198	43.01 (7.68) ^a
Edad	18-29 años	13	6.57%
	30-39 años	48	24.24%
	40-49 años	105	53.03%
	50-60 años	32	16.16%
Raza	Mestizo	131	66.16%
	Blanca	35	17.68%
	Afroamericana	32	16.16%
Estado civil	Soltera	43	21.72%
	Conviviente	128	64.65%
	Casada	21	10.60%
	Viuda	6	3.03%
Grado de instrucción	Ninguno	34	17.17%
	Primaria	55	27.78%
	Secundaria	85	42.93%
	Superior	24	12.12%

^a Variable expresada en función de media y desviación estándar

FUENTE: Elaboración propia a partir de base de datos-HAL

El análisis univariado mostrado en la TABLA N° 1 da detalles que la edad de la población total de estudio (n=198) presentó una media de 43.01 años siendo, además más del 93% pertenecer a la etapa de ser adulta, y en menor prevalencia con un 6.57% ser joven.

Así mismo, respecto a la variable de estudio raza, se sabe que la etnia mestiza tuvo ventaja clara sobre la raza blanca y afroamericana (66.16% vs 17.68% y 16.16%, respectivamente).

Respecto a estado civil y grado de instrucción, solo 10.60% refirió estar casado mientras la mayoría, es decir, 128 pacientes manifestaron estar en condición de convivencia; sin embargo, llama la atención que aproximadamente 1 de cada 5 pacientes que asiste al Servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena fueran pacientes que refirieron no recibir ningún tipo de instrucción básica educativa.

4.1.1.2. Factores de comportamiento

TABLA N° 2

factores de comportamiento			
		Frecuencia	Porcentaje
Consumo de alcohol	No	139	70.20%
	Si	59	29.80%
Consumo de tabaco	No	165	83.33%
	Si	33	16.67%

FUENTE: Elaboración propia a partir de base de datos-HAL

Entre los considerados factores de comportamiento, se incluyeron en estudio las variables independientes consumo de alcohol y consumo de tabaco. Los hallazgos muestran porcentajes distintas entre ambas variables, por ejemplo, hay mayor probabilidad de que una mujer llegue a consumir bebidas alcohólicas, que a consumir tabaco en féminas que acuden al servicio de ginecología con porcentaje de 36.87% y 16.67% respectivamente.

4.1.1.3. Factores de comorbilidad

TABLA N° 3

Factores de comorbilidad			
		Frecuencia	Porcentaje
IMC (Kg/m2)	Normopeso	32	16.16%
	Sobrepeso	99	50.00%
	Obesidad grado I	50	25.25%
	Obesidad grado II	12	6.06%
	Obesidad grado III	5	2.53%
EPC	No	93	46.97%
	Si	105	53.03%
HTA	No	163	82.32%
	Si	35	17.68%
DM	No	165	83.33%
	Si	33	16.67%

IMC: índice de masa corporal

EPC: estrés psicológico crónico

HTA: hipertensión arterial

DM: diabetes mellitus

FUENTE: Elaboración propia a partir de base de datos-HAL

Los resultados respecto a la interrogante: ¿Cuáles son los principales factores de comorbilidad que caracterizan a las pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Antonio Lorena durante el periodo de estudio? Lo encontramos en resumen en la TABLA N° 3. En ella se describe que el 50.00% de los mismos tuvieron un

índice de masa corporal (IMC) en rangos de sobrepeso. Otro detalle importante que resaltar es que el 33.84% registraron un IMC por encima de los 30 Kg/m² con 67 casos diagnosticados.

Por otro lado, respecto a las demás variables clínicas (estrés psicológico crónico, hipertensión arterial y diabetes mellitus) las incidencias obtenidas fueron afines entre sí. Se infiere que de aproximadamente de cada 2 pacientes que acudían al servicio de Ginecología 1 refería estar expuesta a situaciones de estrés de larga data; mientras que por el lado de los considerados “factores de riesgo cardiovasculares”, la prevalencia de la hipertensión arterial fue ligeramente mayor a la de la diabetes mellitus alcanzando niveles de hasta 17.68% (n=35) respecto al 16.67% (n=33) registrado por la otra comorbilidad.

4.1.1.4. Factores ginecológicos

TABLA N° 4

		Factores Ginecológicos	
		Frecuencia	Porcentaje
			12.36 (1.10) ^a
Menarquia	Menarquia precoz	2	1.01%
	Menarquia normal	196	98.99%
Historia familiar de LU	No	142	71.72%
	Si	56	28.28%
			1.91 (1.35) ^a
Paridad	Nulípara	33	16.67%
	Primípara	48	24.24%
	Múltipara	117	59.09%
Antecedente de aborto	No	150	75.76%
	Si	48	24.24%

^a Variable expresada en función de media y desviación estándar.

FUENTE: elaboración propia a partir de base de datos-HAL

Seguidamente, dentro del estudio de los considerados factores ginecológicos, la información recopilada nos muestra estadísticas sobresalientes respecto a la variable paridad, en éste, el 83.33% de los 198 pacientes incluidos en el estudio fueron pacientes con registro de 2 o más hijos vivos, valor prácticamente superior de las catalogadas como nulíparas (n=33). El antecedente familiar previo de LU fue el segundo factor ginecológico obtenido en orden de incidencia con un 28.28% seguido del registro de eventos relacionados a hemorragias de la segunda mitad del embarazo con 24.24%.

Por último y no menos importante, la TABLA N° 4 también nos indica que media de la menarquia de las pacientes que se atendieron en el servicio de ginecología donde el 1.01% tuvo menarquia precoz, llegando a no ser un dato significativo.

4.1.2. Análisis bivariado

4.1.2.1. Frecuencia de asociación entre factores sociodemográficos y LU

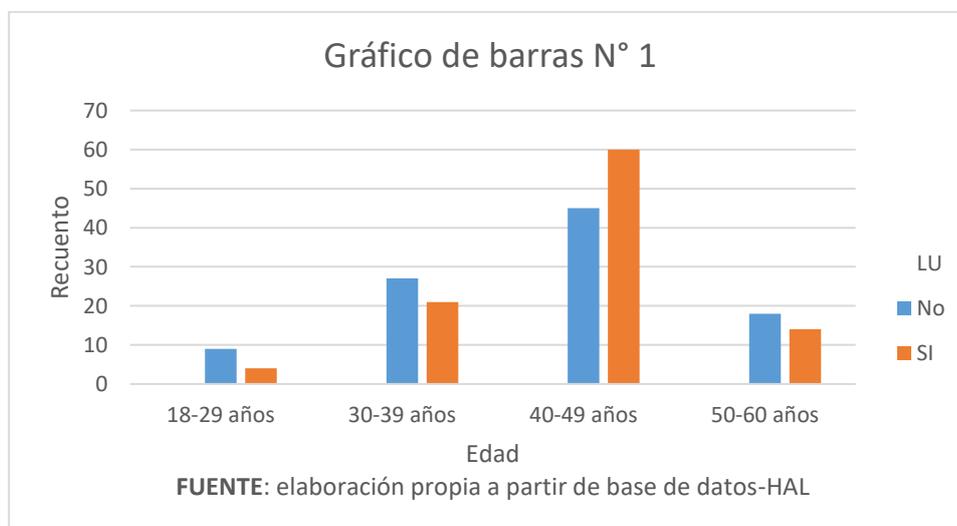
TABLA N° 5

		Factores sociodemográficos				total	p
		No LU		Si LU			
		n	%	n	%		
Edad	18-29 años	9	69.23%	4	30.77%	13	0.150 ^a
	30-39 años	27	56.25%	21	43.75%	48	
	40-49 años	45	42.86%	60	57.14%	105	
	50-60 años	18	56.25%	14	43.75%	32	
Raza	Mestizo	60	45.80%	71	54.20%	131	0.020 ^a
	Blanca	25	71.43%	10	28.57%	35	
	Afroamericana	14	43.75%	18	56.25%	32	
Estado civil	Soltera	26	60.47%	17	39.53%	43	0.093 ^a
	Conviviente	57	44.53%	71	55.47%	128	
	Casada	14	66.67%	7	33.33%	21	
	Viuda	2	33.33%	4	66.67%	6	
Grado de instrucción	Ninguno	14	41.18%	20	58.82%	34	0.026 ^a
	Primaria	37	67.27%	18	32.73%	55	
	Secundaria	38	44.71%	47	55.29%	85	
	Superior	10	41.67%	14	58.33%	24	

^a Valor de "p" calculado mediante el Test de Chi Cuadrado

FUENTE: elaboración propia a partir de base de datos-HAL

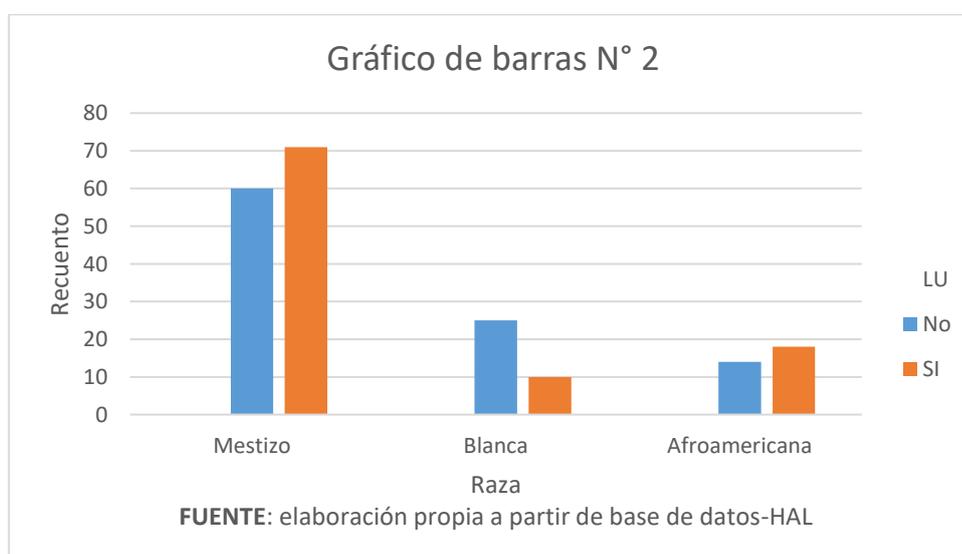
4.1.2.1.1. Edad



En las mujeres de 18-29 años los controles representan el 69.23% (n= 9) el cual no desarrollaron LU, comparado con los casos que representan el 30.77% (n= 4) los cuales si desarrollaron LU. Respecto a las mujeres de 30-39 años los controles representan el 56.25% (n= 27) el cual no desarrollaron LU, comparado con los casos que representan el 43.75% (n= 21) los cuales si desarrollaron LU. En el rango de 40-49 años de edad los controles representan el 42.86% (n= 45) el cual no desarrollaron LU, comparado con los casos que representan el 57.14% (n= 60) los cuales si desarrollaron LU. Por último, en el rango de edad de 50-60 años de edad los controles representan el 56.25% (n= 18) el cual no desarrollaron LU, comparado con los casos que representan el 43.75% (n= 14) los cuales si desarrollaron LU.

La variable edad al ser cuantitativa se llegó a categorizar para poder hallar la asociación con la variable independiente, mediante la prueba estadística de Test de Chi Cuadrado, resultándonos una $p= 0.150$ ($p > 0.05$) indicándonos que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la presencia de LU (véase tabla N° 5).

4.1.2.1.2. Raza

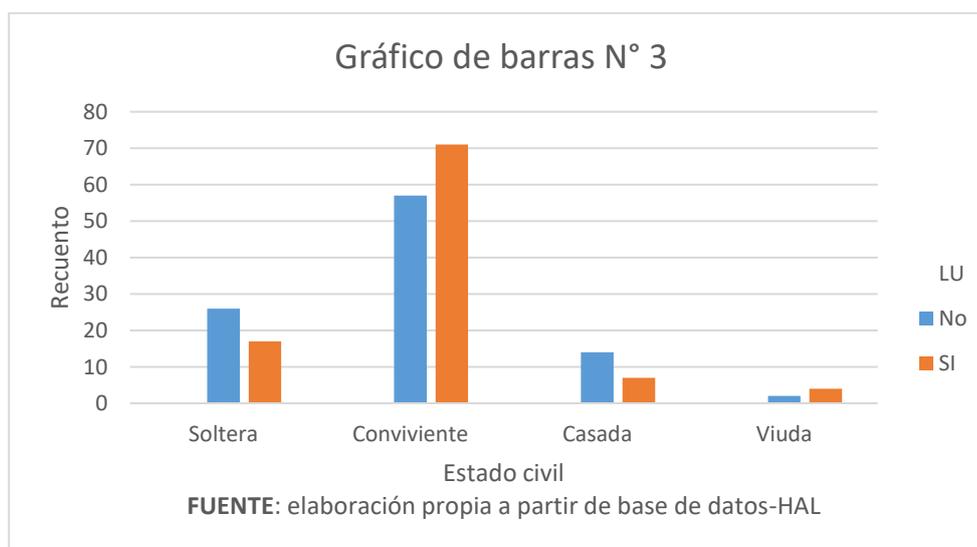


La variable raza se categorizo en 3 grupos obteniéndose en los mestizos, los controles o grupo no expuesto representan el 45.80% (n= 60) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 54.20% (n= 71) los cuales si desarrollaron LU. En los de raza blanca, los controles o grupo no expuesto representan el 71.43% (n= 25) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 28.57% (n= 10) los cuales si desarrollaron LU. Por último, los de raza afroamericana los controles

o grupo no expuesto representan el 43.75% (n= 14) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 56.25% (n= 18) los cuales si desarrollaron LU.

La variable raza al ser de tipo cualitativa o categórica se utilizó la prueba estadística de Test de Chi Cuadrado, para hallar la asociación, donde se obtuvo un valor de $p= 0.020$ ($p < 0.05$) indicándonos de que si existe una asociación estadísticamente significativa entre la raza y la aparición de LU (véase tabla N° 5).

4.1.2.1.3. Estado civil

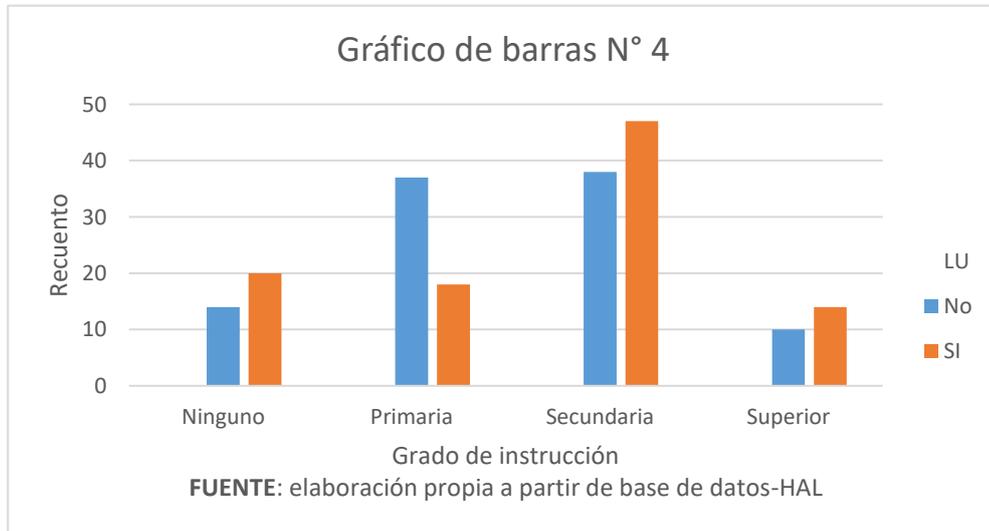


Esta variable se llegó a categorizar en 4 grupos, en las pacientes solteras sus controles o grupo no expuesto representan el 60.47% (n= 26) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 39.53% (n= 17) los cuales si desarrollaron LU. El ser conviviente, los controles o grupo no expuesto representan el 44.53% (n= 57) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 55.47% (n= 71) los cuales si desarrollaron LU. Ser casada, los controles o grupo no expuesto representan el 66.67% (n= 14) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 33.33% (n= 7) los cuales si desarrollaron LU. Por último, las pacientes que tienen un estado civil de ser viudas, los controles o grupo no expuesto representan el 33.33% (n= 2) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 66.67% (n= 4) los cuales si desarrollaron LU.

La variable estado civil es una variable cualitativa, para poder hallar el grado de asociación con la patología estudiada se utilizó la prueba estadística de Test de Chi Cuadrado, donde se obtuvo un valor de $p= 0.093$ ($p < 0.05$) indicándonos de

que si existe una asociación estadísticamente significativa con el estado civil y la aparición de LU (véase tabla N° 5).

4.1.2.1.4. Grado de instrucción



El grado de instrucción se categorizó en 4 grupos teniendo el primer grupo a pacientes que no llegaron a tener ningún tipo de educación, observándose que los controles o grupo no expuesto representan el 41.18% (n= 14) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 58.82% (n= 20) los cuales si desarrollaron LU. El segundo grupo fueron los que tuvieron estudios de primaria, los controles o grupo no expuesto representan el 67.27% (n= 37) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 32.73% (n= 18) los cuales si desarrollaron LU. El tercer grupo estuvo formado por tener una educación de secundaria, los controles o grupo no expuesto representan el 44.71% (n= 37) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 55.29% (n= 47) los cuales si desarrollaron LU. El último grupo fue conformado por pacientes que tuvieron el grado académico más alto que es tener una educación superior, los controles o grupo no expuesto representan el 41.67% (n= 10) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 58.33% (n= 24) los cuales si desarrollaron LU.

La variable grado de instrucción al ser de tipo cualitativa o categórica se utilizó la prueba estadística de Test de Chi Cuadrado, para hallar la asociación, donde se obtuvo un valor de $p= 0.026$ ($p < 0.05$) indicándonos de que si existe una asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y la aparición de LU (véase tabla N° 5).

4.1.2.2. Frecuencia de asociación entre factores de comportamiento y LU

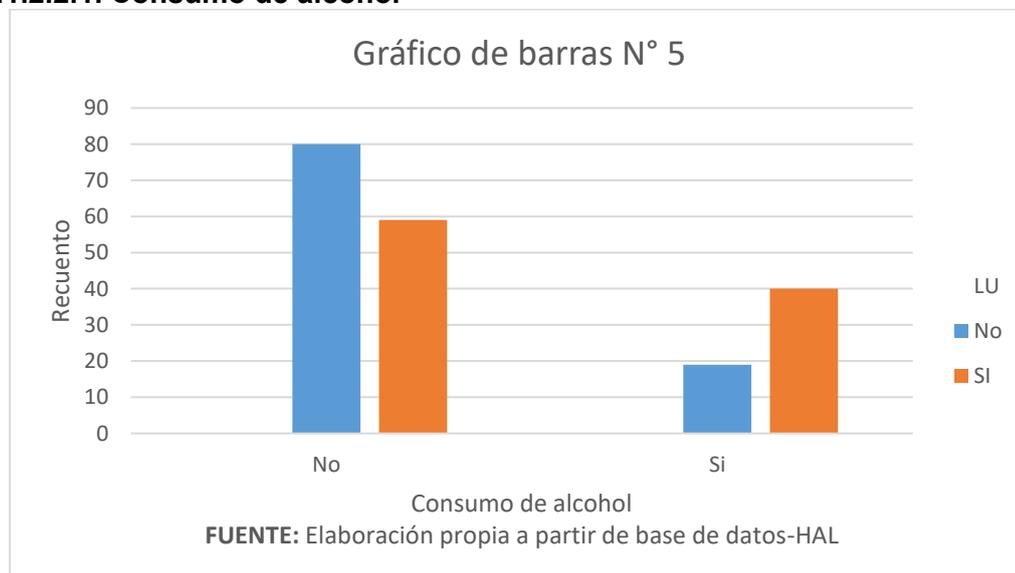
TABLA N° 6

		Factores de comportamiento				Total	OR	IC (95%)	p
		No LU		Si LU					
		n	%	n	%				
Consumo de alcohol	No	80	57.60%	59	42.40%	139		Ref.	---
	Si	19	32.20%	40	67.80%	59	2.85	1.53-5.42	0.001 ^a
Consumo de tabaco	No	84	50.91%	81	49.09%	165		Ref.	---
	Si	15	45.45%	18	54.55%	33	1.24	0.58-2.63	0.567 ^a

^a Valor de "p" calculado mediante el Test de Chi Cuadrado

FUENTE: Elaboración propia a partir de base de datos-HAL

4.1.2.2.1. Consumo de alcohol

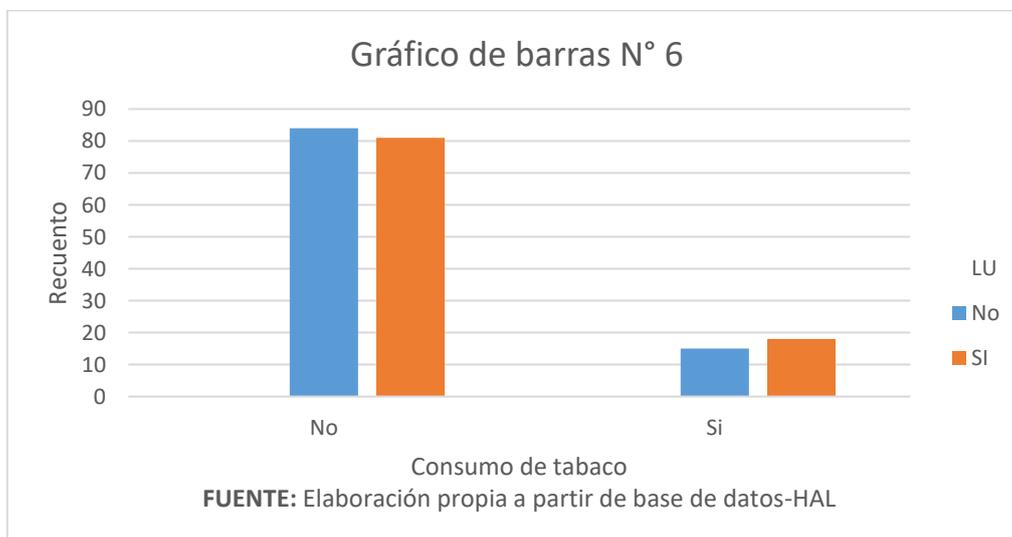


El consumo de alcohol se agrupó en 2 grupos, en los pacientes que no consumían esta bebida donde se observó que sus controles o grupo no expuesto representan el 57.60% (n= 80) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 42.40% (n= 59) los cuales si desarrollaron LU. El segundo grupo fueron pacientes que si consumían alcohol, los controles o grupo no expuesto representan el 32.20% (n= 19) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 67.80% (n= 40) los cuales si desarrollaron LU.

La variable consumo de alcohol es una variable cuantitativa, para el análisis estadístico se llegó a categorizar. Para ver el grado de asociación estadística se utilizó el Test de Chi Cuadrado, obtuvimos el valor de p= 0.001 (p< 0.05) indicándonos de que si existe una asociación estadísticamente significativa entre la variable consumo de alcohol y la aparición de LU. El OR crudo= 2.85 con un IC

del 95% (1.53-5.42), indicándonos de que el consumir produce 2.85 veces más de probabilidad de padecer la enfermedad (véase tabla N° 6).

4.1.2.2.2. Consumo de tabaco



El consumo de tabaco se clasifico en dos grupos, el primer grupo estuvo conformado por los que no consumían dicha sustancia, donde sus controles o grupo no expuesto representan el 50.91% (n= 84) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 49.09% (n= 81) los cuales si desarrollaron LU. El segundo grupo fueron pacientes que si consumían tabaco, los controles o grupo no expuesto representan el 45.45% (n= 15) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 54.55% (n= 18) los cuales si desarrollaron LU.

Respecto al consumo de tabaco en el estudio resulto ser un dato no significativo, obteniendo un valor de $p=0.567$ ($p > 0.05$) realizado con el Test de Chi Cuadrado, pero tuvimos que actúa como un factor de riesgo con OR crudo= 1.24 con el IC del 95% (0.58-2.63), dándonos de que una persona tiene 1.24 veces más de probabilidad de tener la patología estudiada, o 24% más de riesgo (véase tabla N° 6).

4.1.2.3. Frecuencia de asociación entre factores de comorbilidad y LU

TABLA N° 7

		Factores de comorbilidad						OR	IC (95%)	P
		No LU		Si LU		Total				
		n	%	n	%					
IMC (m2/Kg)	Normopeso	23	71.88%	9	28.12%	32	Ref.	---		
	Sobrepeso	46	46.46%	53	53.54%	99	2.94	1.23-7.00	0.012 ^a	
	Obesidad	30	44.78%	37	55.22%	67	3.15	1.27-7.82	0.011 ^a	
EPC	No	51	54.84%	42	45.16%	93	Ref.	---		
	SI	48	45.71%	57	54.29%	105	1.44	0.82-2.52	0.200 ^a	
HTA	No	88	53.99%	75	46.01%	163	Ref.	---		
	SI	11	31.43%	24	68.57%	35	2.56	1.17-5.56	0.015 ^a	
DM	No	86	52.12%	79	47.88%	165	Ref.	---		
	Si	13	39.39%	20	60.61%	33	1.67	0.78-3.58	0.182 ^a	

^a Valor de "p" calculado mediante el Test de Chi Cuadrado

IMC: índice de masa corporal

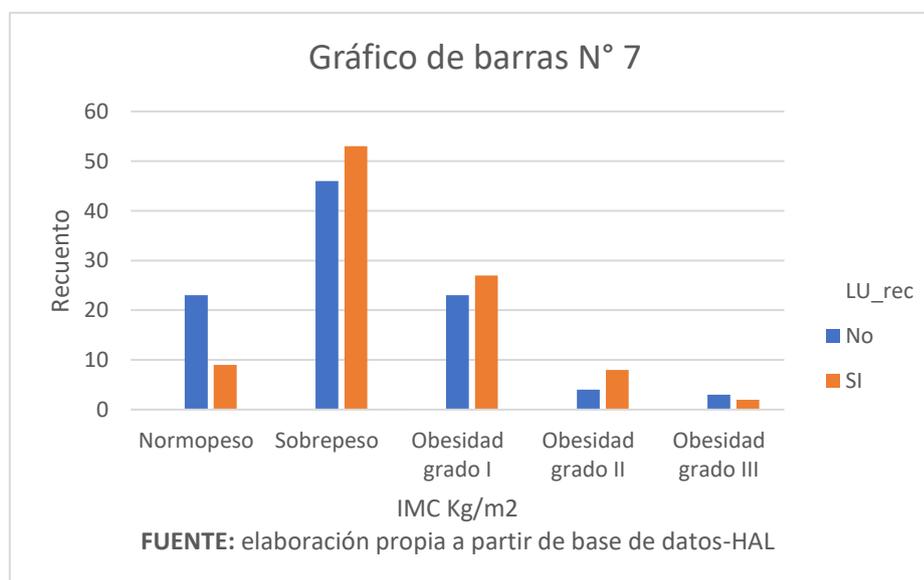
EPC: estrés psicológico crónico

HTA: hipertensión arterial

DM: diabetes mellitus

FUENTE: elaboración propia a partir de base de datos-HAL

4.1.2.3.1. IMC

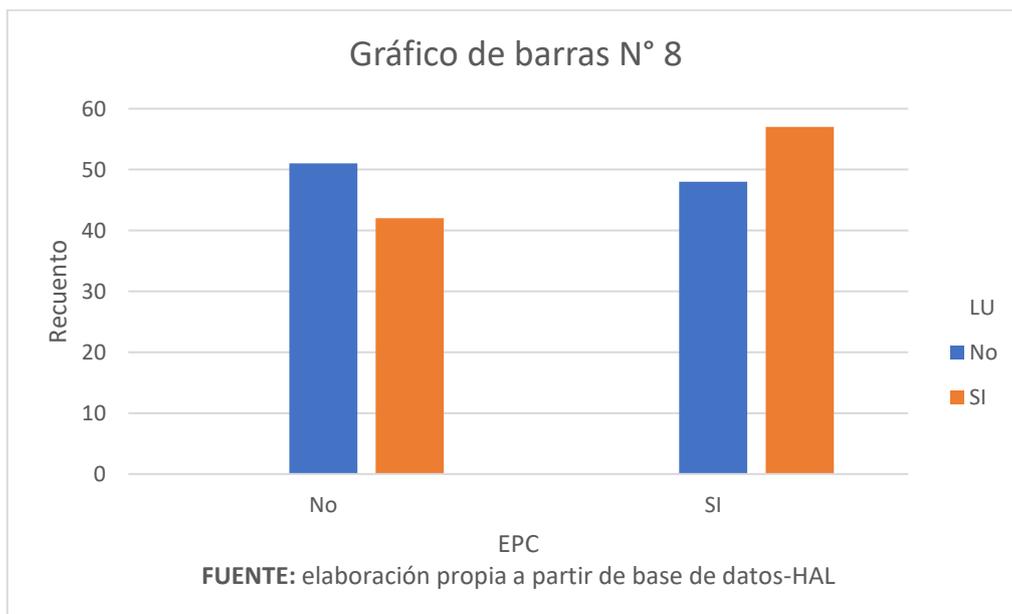


El IMC se categorizó en 3 grupos, el primer grupo conformado por los normopesos (IMC < 25 Kg/m²), donde sus controles o grupo no expuesto representan el 71.88% (n= 23) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 28.12% (n= 9) los cuales si desarrollaron LU. El segundo grupo fueron pacientes que tenían sobrepeso (IMC de 25-29.9 Kg/m²),

los controles o grupo no expuesto representan el 46.46% (n= 46) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 53.54% (n= 53) los cuales si desarrollaron LU. El tercer grupo fueron pacientes que tenían obesidad (IMC> 30 Kg/m²), los controles o grupo no expuesto representan el 44.78% (n= 30) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 55.22% (n= 37) los cuales si desarrollaron LU.

Los factores de comorbilidades subyacentes arrojaron también un perfil de impacto entre el diagnóstico de LU en las pacientes del servicio de Ginecología, el IMC si tuvo una asociación estadísticamente significativa con la patología estudiada, esta variable al ser politómica se tomó como referencia el normopeso para poder hallar el valor de p y el OR crudo; el tener un sobrepeso con IMC entre 25-29.9 Kg/m² tiene una asociación estadísticamente significativa con el LU, teniendo un valor p= 0.012 (p< 0.05). Se obtuvo el OR crudo= 2.94 con un IC del 95% (1.23-7.00), indicándonos que el tener sobrepeso incrementa en 2.94 veces más de probabilidad de desarrollar la patología, de forma similar también el tener una obesidad con IMC mayor o igual a 30 Kg/m² nos dio un valor de p= 0.011 (p< 0.05), el cual indica que hay una asociación estadísticamente significativa entre la variable independiente y dependiente con un OR crudo= 3.15 con IC del 95% (1.27-7.82), indicándonos que existe 3.15 veces más de probabilidad de padecer LU con solo ser obeso (véase tabla N° 7).

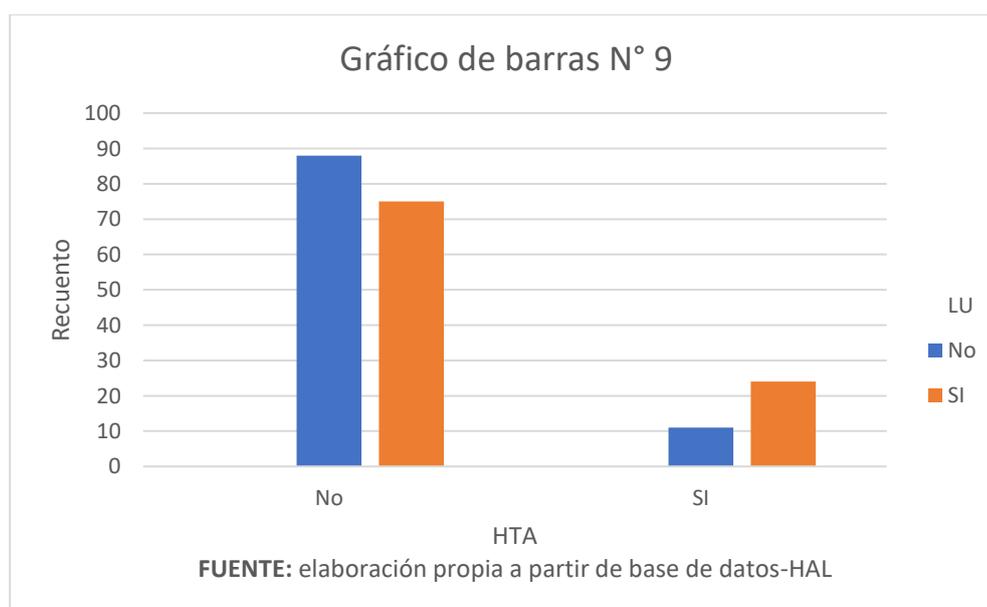
4.1.2.3.2. Estrés psicológico crónico



La variable EPC se llegó a categorizar en 2 grupos donde se obtuvieron los resultados, para el primer grupo estuvo conformado por pacientes que no tenían EPC, donde sus controles o grupo no expuesto representan el 54.84% (n= 51) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 45.16% (n= 42) los cuales si desarrollaron LU. El segundo grupo fueron pacientes que si tenían EPC, los controles o grupo no expuesto representan el 45.71% (n= 48) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 54.29% (n= 57) los cuales si desarrollaron LU.

El padecer de EPC en el estudio que se realizó no se asoció significativamente con la patología $p= 0.200$ ($p > 0.05$), pero si actúa como un factor de riesgo teniendo un OR crudo=1.44, indicándonos de que si existe 1.44 veces más de probabilidad de desarrollar LU si tenemos EPC o un 44% más de riesgo que una persona que no padezca de EPC (véase tabla N° 7).

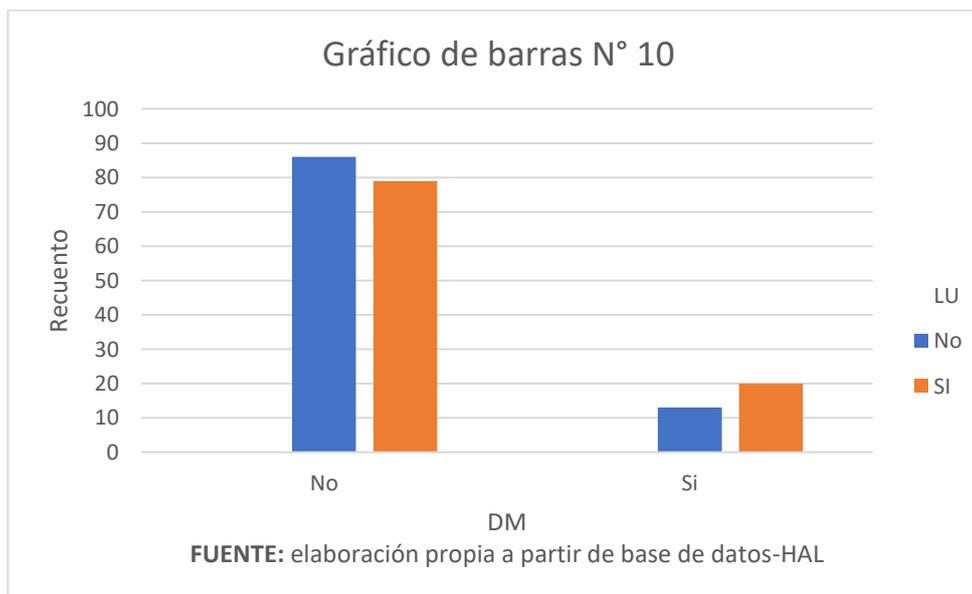
4.1.2.3.3. Hipertensión arterial



La variable hipertensión arterial se llegó a categorizar en 2 grupos, el primer grupo conformado por pacientes que no presentaban hipertensión arterial, donde sus controles o grupo no expuesto representan el 53.99% (n= 88) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 46.01% (n= 75) los cuales si desarrollaron LU. El segundo grupo fueron pacientes que si tenían hipertensión arterial, los controles o grupo no expuesto representan el 31.43% (n= 11) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 68.57% (n= 24) los cuales si desarrollaron LU.

Hipertensión arterial en el estudio realizado demostró tener una asociación estadísticamente significativa con el LU, con un valor de $p=0.015$ ($p < 0.05$), con un OR crudo= 2.56 con el IC del 95% (1.17-5.56), indicándonos de que existe 2.56 veces más de probabilidad de desarrollar LU si contamos con dicha patología (véase tabla N° 7).

4.1.2.3.4. Diabetes mellitus



La variable diabetes mellitus al ser una variable categórica se llegó a clasificar en 2 grupos, el primero conformado por pacientes que no tenían diabetes mellitus, donde sus controles o grupo no expuesto representan el 52.12% ($n= 86$) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 47.88% ($n= 79$) los cuales si desarrollaron LU. El segundo grupo fueron pacientes que si tenían diabetes mellitus, los controles o grupo no expuesto representan el 39.39% ($n= 13$) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 60.61% ($n= 20$) los cuales si desarrollaron LU.

Al realizar su análisis de asociación obtuvimos un valor de $p= 0.182$ ($p > 0.05$), en el cual no hay una asociación estadísticamente significativa, con OR crudo= 1.67 con IC del 95% (0.78-3.58), el cual indica tener 67% más probable de desarrollar LU que una persona sin diabetes mellitus (véase tabla N° 7).

4.1.2.4. Frecuencia de asociación entre factores ginecológicos y LU

TABLA N° 8

		Factores ginecológicos							
		No LU		Si LU		Total	OR	IC (95%)	p
		n	%	n	%				
Menarquia*		12 (1.08)		12 (1.13)					0.910 ^a
Historia familiar de LU	No	74	52.11%	68	47.89%	142		Ref.	---
	Si	25	44.64%	31	55.36%	56	1.34	0.72-2.51	0.344 ^b
Paridad	Múltipara	63	53.84%	54	46.26%	117		Ref.	---
	Primípara	22	45.83%	26	54.17%	48	1.37	0.70-2.70	0.350 ^b
	Nulípara	14	42.42%	19	57.58%	33	1.58	0.72-3.45	0.240 ^b
Antecedente de aborto	No	68	45.33%	82	54.67%	150		Ref.	---
	Si	31	64.58%	17	35.42%	48	0.45	0.32-0.89	0.020 ^b

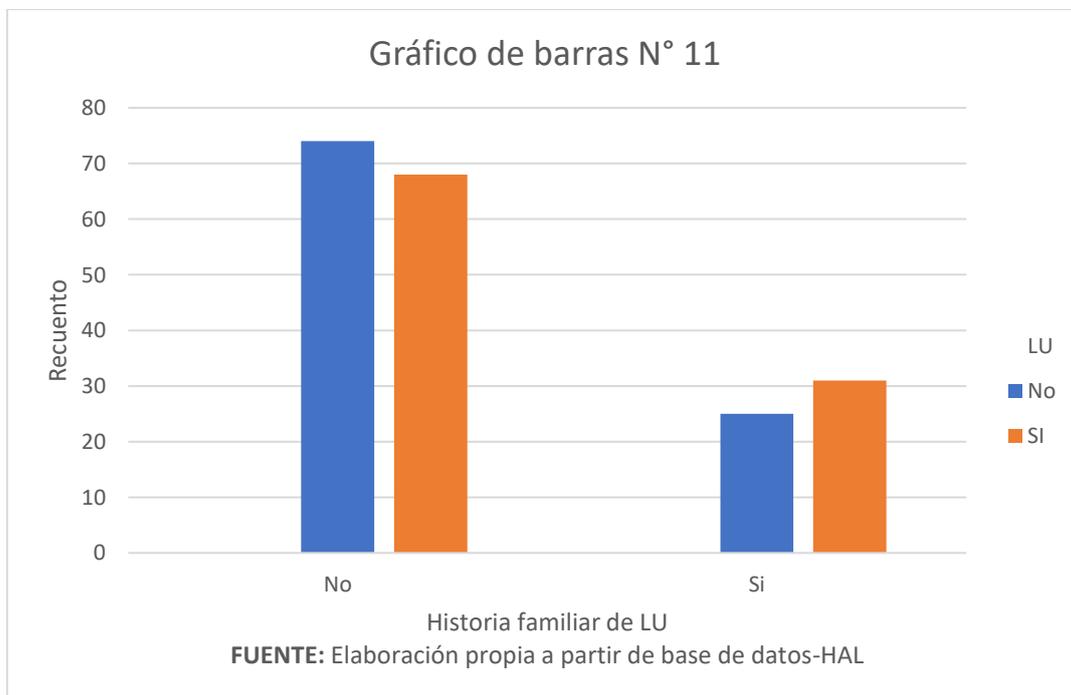
* valor expresado en mediana y desviación estándar

a Valor de "p" calculado mediante U de Mann-Whitney

b Valor de "p" calculado mediante el Test de Chi Cuadrado

FUENTE: Elaboración propia a partir de base de datos-HAL

4.1.2.4.1. historia familiar de LU

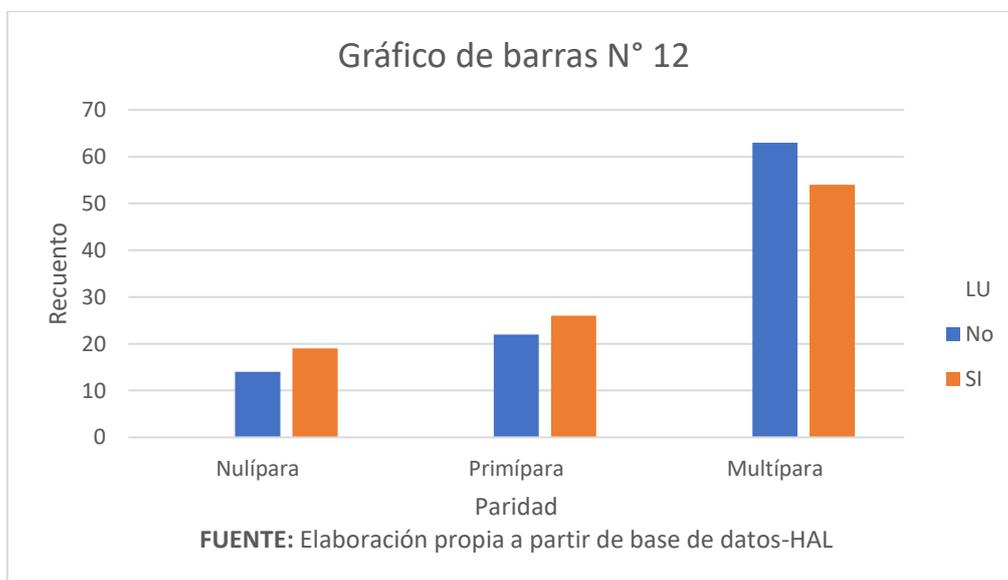


La variable historia familiar de LU al ser de tipo categórica se clasificó en 2 grupos el primero conformado por pacientes que no tenían historia familiar de LU, donde sus controles o grupo no expuesto representan el 52.11% (n= 74) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 47.89% (n= 68)

los cuales si desarrollaron LU. El segundo grupo fueron pacientes que si tenían historia familiar de LU, los controles o grupo no expuesto representan el 44.64% (n= 25) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 55.36% (n= 31) los cuales si desarrollaron LU.

Respecto a historia familiar de LU nos resultó un valor de $p= 0.344$ ($p> 0.05$), dándonos una asociación estadística no significativa, con OR crudo= 1.34 con el IC del 95% (0.72-2.51), indicándonos de que existe 1.34 veces más de probabilidad de padecer la enfermedad o 34% más de riesgo que una persona que no tiene el antecedente (véase tabla N° 8).

4.1.2.4.2. Paridad

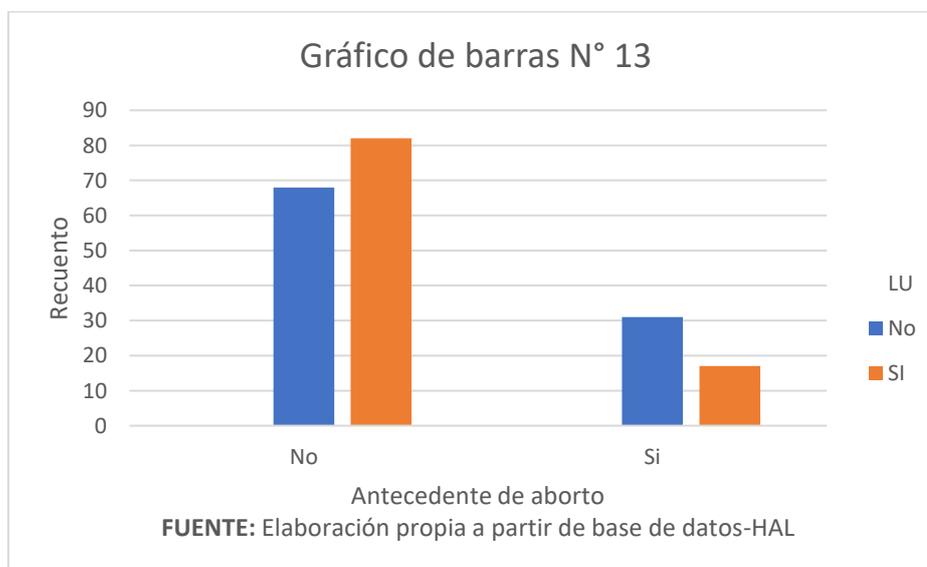


La variable paridad se llegó a categorizar en 3 grupos el primero conformado por las mujeres nulíparas, donde sus controles o grupo no expuesto representan el 42.42% (n= 14) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 57.58% (n= 19) los cuales si desarrollaron LU. El segundo grupo fueron pacientes primíparas, los controles o grupo no expuesto representan el 45.83% (n= 22) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 54.17% (n= 26) los cuales si desarrollaron LU. El tercer grupo fueron pacientes que tenían más de un hijo, los controles o grupo no expuesto representan el 53.84% (n= 63) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 46.26% (n= 54) los cuales si desarrollaron LU.

La variable paridad al ser expresada de forma politómica llegamos a tomar como referencia al factor protector (multípara) que se encontró al revisar la bibliografía, entonces el ser primípara nos dio un valor de $p=0.350$ ($p> 0.05$) el cual es un dato

que nos llega a indicar que no existe una asociación estadística entre la variable independiente y dependiente, pero obtuvimos un OR crudo= 1.37 con un IC del 95% (0.70-2.70) el cual indica que existe 1.37 veces más de riesgo de padecer la enfermedad o 37% más de probabilidad que las multíparas. En las nulíparas obtuvimos un valor de $p= 0.240$ ($p > 0.05$) igual que el anterior no se llegaron a asociar, pero si actúa como un factor de riesgo mucho más elevado con OR crudo= 1.58 con IC del 95% (0.72-3.45), indicándonos de que existe 58% más probable de desarrollar LU con respecto a las multíparas (véase tabla N° 8).

4.1.2.4.3. Antecedente de aborto



La variable antecedente de aborto se llegó a categorizar, donde el primer grupo estuvo conformado por mujeres que no tenían ninguna pérdida de una gestación menor de 20 semanas, donde sus controles o grupo no expuesto representan el 45.33% ($n= 68$) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 54.67% ($n= 82$) los cuales si desarrollaron LU. El segundo grupo fueron pacientes que si tuvieron alguna pérdida de menor de 20 semanas de gestación, los controles o grupo no expuesto representan el 64.58% ($n= 31$) el cual no desarrollaron LU; comparado con los casos o grupo expuesto que representan el 35.42% ($n= 17$) los cuales si desarrollaron LU.

Por último, con la variable antecedente de aborto, nos resultó un valor de $p= 0.020$ ($p < 0.05$), indicándonos de que existe una asociación estadísticamente significativa, con un OR crudo= 0.45 con un IC del 95% (0.32-0.89), el cual refiere que hay 55% menos riesgo que una persona que no tuvo pérdida menor de 20 semanas de gestación, actuando esta variable como un factor protector (véase tabla N° 8).

4.1.3. Análisis multivariado

TABLA N° 9

		ORc	IC(95%)	p	ORa	IC(95%)	p
Consumo de alcohol	No		Ref.	---		Ref.	---
	Si	2.85	1.53-5.42	0.001	2.84	1.48-5.43	0.002
IMC: Kg/m2	Normopeso		Ref.	---		Ref.	---
	Sobrepeso	2.94	1.23-7.00	0.012	2.92	1.22-6.98	0.016
	Obesidad	3.15	1.27-7.82	0.011	3.43	1.36-8.63	0.009
HTA	No		Ref.	---		Ref.	---
	Si	2.56	1.17-5.56	0.01	2.40	1.12-5.74	0.030
Antecedente de aborto	No		Ref.	---		Ref.	---
	Si	0.45	0.32-0.89	0.02	0.43	0.21-0.86	0.010

ORc: Odds Ratio Crudo

IC: intervalo de confianza

ORa: Odds Ratio ajustado para las variables consumo de alcohol, IMC, HTA y antecedente de aborto

FUENTE: Elaboración propia a partir de base de datos-HAL

El cálculo de los respectivos Odds Ratio crudos y ajustados (OR_c y OR_a), es decir, de la verdadera aproximación de dicha asociación/relación entre las variables en cuestión, fue posible gracias al empleo del modelo de regresión logística, que cumplieron para ello criterios estadísticos estrictos de multicolinealidad, factor de inflación de varianza entre otros.

4.2. Discusión

4.2.1. Factores sociodemográficos

4.2.1.1. Edad

En el estudio realizado se encontró los resultados que el 6.57% tenía de 18-29 años (30.77% con LU y 69.23% sin LU), 24.24% de 30-39 años (43.75% con LU y 56.25% sin LU), 53.03% de 40-49 años (57.14% con LU y 42.86% sin LU) y por último 16.16% de 50-60 años (43.75% con LU y 56.25% sin LU). Se asemeja al trabajo realizado por Cubas R y cols, donde encontró que la edad de la población de estudio el 1% tenía una edad de 20-30 años, 80% de 31-40 años, 10% de 41-50 años y 6% de 51-60 años (20).

Se asemeja al trabajo realizado por Adebamowo C y cols, donde encontró que la edad de la población tenía un 23.7% de 18-29 años (43.8% con LU y 56.2% sin LU), 36.3% de 30-39 años (48.5% con LU y 51.5% sin LU), 30.7% de 40-49 años (39.8% con LU y 60.2% sin LU) y el 9.3% tenía de 50 años a más (48.8% con LU y 51.2% sin LU) (15).

Se asemeja al trabajo realizado por Muawad R y cols, donde encontró que la edad de la población tenía mayor o igual a 40 años representado el 58.7% (62.9% con

LU y 37.1% sin LU) y tener una edad menor de 40 años el 41.3% (31.4% con LU y 68.6% sin LU) (17).

4.2.1.2. Raza

En el estudio realizado se encontró que el 17.68% era de raza blanca (28.57% con LU y 71.43% sin LU), 66.16% mestizo (54.20% con LU y 45.80% sin LU) y 16.16% afroamericano (56.25% con LU y 43.75% sin LU), al cual se asemeja a la estudios previos realizado por Cubas R y cols, donde encontró respecto a la raza el 8% blanca, 14% negra y 78% mestiza (20) y Martínez S y col, el 23.5 era blanca, 16.7% era negra, 57.9% era mestiza y el 1.9% era asiática (24).

Difiere al estudio realizado por Huang D y cols en su investigación encontró que 28,2% eran blancos (10.7% con LU y 89.3% sin LU), ser negro 25% (12.7% con LU y 87.3% sin LU), ser latino 23.8% (21.8% con LU y 78.2% sin LU), pertenecer a la raza asiática 23% (21.8% con LU y 78.2% sin LU) (14).

4.2.1.3. Estado civil

En el estudio realizado se encontró respecto al estado civil que 21.72% era soltera (39.53% con LU y 60.47% sin LU), 64.65% conviviente (55.47% con LU y 44.53% sin LU), 10.60% casada (33.33% con LU y 66.67% sin LU) y viuda 3.03% (66.67% con LU y 33.33% sin LU), no se encontró antecedente muy relevantes, el estudio más similar que se encontró difiere con los resultados obtenidos, como el de Adebamowo C y cols en su estudio titulado "Estudio poblacional de los factores de riesgo reproductivo para los fibromas uterinos diagnosticados por ecografía transvaginal en mujeres nigerianas" encontró que el estado civil de los participantes ser soltero 17.8% (54.6% con LU y 45.4% sin LU), ser casado 82.2% (42.9% con LU y 57.1% sin LU) (15).

4.2.1.4. Grado de instrucción

En el estudio realizado se encontró respecto al grado de educación que 17.17% no tenía ningún tipo de estudio, 27.78% contaba solo con tener primaria, el 42.93% llegó a tener secundaria y 12.12% siendo la menor cantidad indicó tener un estudio superior. Donde difiere a los estudios realizado previamente, ya sea que intervienen temas culturales u otras circunstancias, se encontró en el trabajo realizado por Martínez S y col, la educación de la población el 1.4 era analfabeta, 33.5% tener primaria, 49.7% tener secundaria y 15.4% tener educación superior (24). Al igual que el trabajo realizado por Huang D y cols en su investigación encontró, respecto

a la educación tener escuela y secundaria 18.8%, universidad incompleta 24.9%, colega 35.7% y profesional 20.6% (14).

4.2.2. Factores de comportamiento

4.2.2.1. Consumo de alcohol

En el estudio realizado, en el análisis univariado y bivariado se encontró respecto al consumo de bebidas alcohólicas que 36.87% si consume (56.16% con LU y 43.84% sin LU) y 63.13% no llega a consumir (46.40% con LU y 53.60% sin LU). Se halló el valor de $p= 0.002$ ($p < 0.05$) llegando a darnos de que, si existe una posible asociación y estadísticamente significativo entre la patología estudiada y el factor de riesgo, donde esta variable también se llegó a analizar de forma multivariada con OR ajustado= 2.84 IC del 95% (1.48-5.43), indicando que existe 2.48 veces más de sufrir esta patología en mujeres que consumen con respecto con los que no consumen, estos resultados se asemejan con la literatura revisada como el de Mohammad A y cols, donde consumo de bebidas alcohólicas [OR: 1.33, IC del 95% (1.01-1.76)] (16).

4.2.2.2. Consumo de tabaco

En el estudio realizado, en el análisis univariado y bivariado se encontró respecto al consumo de tabaco el 16.67% si consumía (54.55% con LU y 45.45% sin LU) y 83.33% no llega a consumir (49.09% con LU y 50.91% sin LU). Hallando la asociación encontramos un valor de $p= 0.567$ ($p > 0.05$) indicándonos de que no existe una posible asociación estadísticamente significativo entre dicha patología y el factor de riesgo mencionado, el OR crudo= 1.24 con IC de 95% (0.58-2.63), indicando que una paciente tiene un 24% más de riesgo de tener LU. Este OR no concuerda con algunas literaturas, donde el consumo de tabaco actúa como factor protector y en otras bibliografías como factor de riesgo. En el estudio realizado por Huang D y cols en su investigación encontró que el 8.1% consumía tabaco y 91.9% no consumía (14), según Muawad R y cols en su estudio encontró ser fumador [OR = 0.31, IC del 95 % (0.12-0.76)] (17) y Mohammad A y cols encontró [OR: 0.93, IC del 95% (0.88-0.99)](16), actuando en estos dos últimas revisiones como factor protector.

4.2.3. Factores de comorbilidad

4.2.3.1. Índice de masa corporal

En el estudio realizado, en el análisis univariado y bivariado se encontró respecto al IMC que el 16.16% ser normopeso (28.12% con LU y 71.88% sin LU), 50.00%

tener sobrepeso (53.54% con LU y 46.46% sin LU) y el 33.84% tener obesidad (55.22% con LU y 44.78% sin LU). En el análisis multivariado se realizó su prueba estadística para ver el grado de asociación entre la patología y IMC obtuvimos un valor de $p < 0.012$ para el sobrepeso y $p < 0.011$ ($p < 0.05$) para obesidad, indicándonos ambos valores una asociación estadísticamente significativa, el OR se halló teniendo como referencia el tener un IMC menor de 25 Kg/m², en el sobrepeso tuvimos un OR ajustado= 2.92 con IC del 95% (1.22-6.98), indicando que hay 2.92 veces más de riesgo de padecer la patología de LU con un IMC en sobrepeso. Respecto a tener un IMC mayor de 30 Kg/m² nos dio resultados de riesgo más elevados con un OR ajustado= 3.43 con IC del 95% (1.36-8.63), indicándonos que existe 3.43 veces más de sufrir esta patología en mujeres con obesidad.

Estos resultados obtenidos se asemejan con la bibliografía revisada, como Muawad R y cols en su estudio encontró que tener el tener un IMC > 30 Kg/m² [OR = 1.74, IC del 95 % (1.00-2.59)] (17), Kejuan S y cols el tener un sobrepeso u obesidad [OR: 2.76, IC del 95% (1.44-5.11)] (18), Chacón A y cols tener una IMC mayor o igual de 30 Kg/m² [OR= 2.15, IC del 95% (1.3-3.56)] (23) y Francia F y cols sobrepeso [OR= 1.96, IC del 95% (1.15-3.34)] y obesidad [OR= 5.93, IC del 95% (3.56-9.87)] (22).

4.2.3.2. Estrés psicológico crónico

En el estudio realizado, en el análisis univariado y bivariado se encontró respecto al estrés psicológico crónico que 53.03% si padece de este factor de riesgo (54.29% con LU y 45.71% sin LU) y 46.97% no sufre (46.16% con LU y 54.84% sin LU). Hallamos la asociación donde se encontró el valor de $p = 0.20$ ($p > 0.05$) dándonos una asociación estadísticamente no significativa entre las dos variables mencionadas con un OR crudo= 1.44 con IC del 95% (0.82-2.52), indicándonos que hay 1.44 más veces de riesgo o 44% más de padecer esta patología, estos valores se asemejan a los resultados revisadas en las bibliografías como el de Mohammad A y cols que presentar un estrés psicológico crónico [OR: 1.24, IC del 95% (1.15-1.34)] (16) y Quin H et al. en su estudio obtuvo los resultados de una asociación estadísticamente significativa en los negros no hispanos [OR= 1.24, IC del 95% (1.14- 1.34)] (46).

4.2.3.3. Hipertensión arterial

En el estudio realizado, en el análisis univariado y bivariado se encontró respecto a hipertensión arterial que el 17.68% si padece de esta patología (68.57% con LU y

31.43% sin LU) y el 82.32% no (46.01% con LU y 593.99% sin LU). En el análisis multivariado se obtuvo un valor de $p=0.015$ ($p < 0.05$) indicándonos de que existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, con un OR ajustado= 2.40 con IC del 95% (1.15-5.74), indicándonos de que existe 2.40 veces más de riesgo de tener LU cuando se tiene hipertensión arterial, estos resultados se asemejan con las literaturas revisadas como el Martínez S y cols tener hipertensión arterial se correlaciona con [OR= 1.66, IC del 95% (1.42-1.95)] (24), Muawad R y cols en su estudio la patología de hipertensión arterial [OR = 1.25, IC del 95 % (0.73-2.15)] (17). En todos los estudios revisados se demuestra que la hipertensión arterial actúa como un factor de riesgo.

4.2.4.4. Diabetes Mellitus

En el estudio realizado, en el análisis univariado y bivariado se encontró respecto a la diabetes mellitus que el 16.67% si tiene la enfermedad (60.61% con LU y 39.39% sin LU) y el 83.33% no sufre de dicha patología (47.88% con LU y 52.12% sin LU). Se halló la asociación, donde se obtuvo un valor de $p=0.18$ ($p > 0.05$), indicándonos que no existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables estudiadas, se determinó el OR crudo= 1.67 con IC del 95% (0.78-3.58), dándonos resultado de factor de riesgo, el cual la persona que tiene diabetes mellitus tiene 1.67 veces más de probabilidad desarrollar dicha patología o 67% más de riesgo. Estos resultados no se asemejan con literaturas mencionadas como el de Muawad R y cols en su estudio tener antecedente de diabetes mellitus [OR = 0.89, IC del 95 % (0.49-1.60)] (17).

4.2.4. Factores ginecológicos

4.2.4.1. Menarquia Precoz

En el estudio realizado, en el análisis univariado y bivariado se encontró respecto a la menarquía el estudio nos arrojó que la mediana es de 12 con una desviación estándar de 1.10 al realizar su prueba estadística nos dio que el valor de $p= 0.910$ ($p > 0.05$), indicándonos que no existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Dichos resultados no coinciden con la literatura revisada como el de Francia F y cols donde tener una menarquia temprana [OR= 4.79, IC del 95% (3.18-7.20)] actúa como factor de riesgo (22).

4.2.4.2. Historia familiar de LU

En el estudio realizado, en el análisis univariado y bivariado se encontró que el 28.28% si tiene como antecedente LU (55.36% con LU y 44.64% sin LU) y el 71.72%

no tiene este antecedente (47.89% con LU y 52.11% sin LU). Se halló la asociación donde se encontró que el tener dicha patología como antecedente tiene un valor de $p=0.344$ ($p > 0.05$), indicándonos de que no existe una asociación estadísticamente significativa entre las 2 variables mencionadas, con un OR crudo= 1.34 con IC del 95% (0.72-2.52), indicándonos de que existe 1.34 veces más de probabilidad de desarrollar LU o un 34% más de riesgo. Estos resultados concuerda con la literatura revisada como el de Muawad R y cols en su estudio encontró que tener dicha patología como antecedente familiar de LU [OR = 1.69, IC del 95 % (1.02-2.81)] actúa como factor de riesgo (17).

4.2.4.3. Paridad

En el estudio realizado, en el análisis univariado y bivariado se encontró que respecto a paridad el 16.67% son nulípara (57.58% con LU y 42.42% sin LU), el 24.24% son primípara (54.17% con LU y 45.83% sin LU) y el 59.09 son multípara (46.15% con LU y 53.85% sin LU). Se halló la asociación, donde se tomó como referencia al factor protector (multípara) para llegar a comprar, donde el ser primípara y nulípara tuvieron un $p= 0.350$ y $p= 0.240$ ($p > 0.05$) respectivamente indicándonos de que no existe una relación estadísticamente significativa entre dichas variables. El ser primípara tuvo un OR crudo= 1.37 con IC del 95% (0.70-2.70), indicándonos de que el tener un una solo gestación tiene 1.37 veces más de probabilidad de desarrollar LU o un 37% más de riesgo, y el ser nulípara un OR crudo= 1.58 con IC del 95% (0.72-3.45), indicándonos de que el tener ninguna gestación tiene 1.58 veces más de probabilidad de desarrollar LU o un 58% más de riesgo.

Los resultados de la población estudiada coinciden con trabajos realizados como el de Martinez S y col paridad el 34.8% era nulípara (73.8% con LU y 26.2% sin LU), el 23.2% primípara (35.4% con LU y 64.6% sin LU) y el 42% multípara (38.2% con LU y 61.8% sin LU) (24), Cubas R y cols respecto a la paridad un 53% era nulípara, 18% % son primípara y 29% multípara (20). Al igual como Muawad R y cols en su estudio tuvo como resultado que tener un nacido vivo anterior se asoció con menores probabilidades de LU (OR = 0.38; IC del 95 % [0.19- 0.75]) (17) y Francia F y cols en su estudio la nulíparidad [OR= 6.26, IC del 95% (3.77-10.39)], primípara [OR= 1.54, IC del 95% (0.91-2.62)] (22).

4.2.4.4. Antecedente de aborto

En el estudio realizado, en el análisis univariado y bivariado se encontró que respecto a antecedente de aborto el 24.24% si tuvo (35.42% con LU y 64.58% sin

LU) y el 75.76% no llegó a tener (54.67% con LU y 45.33% sin LU). En el análisis multivariado se obtuvo un valor de $p=0.010$ ($p < 0.05$), indicándonos de que existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, un OR ajustado = 0.43 con IC del 95% (0.21-0.86), indicándonos de que existe una probabilidad de 57% menos de padecer la patología estudiada. En la bibliografía estudiada se asemeja con Adebamowo C y cols en su estudio encontró que el historial de haber tenido una pérdida de producto menor de 20 semanas [OR = 0.45, IC del 95% (0.27–0.77)] (15) y Muawad R y cols en su estudio encontró que historia de aborto [OR = 0.77, IC del 95 % (0.49-1.21)] (17).

4.3. Conclusiones

4.3.1. Los factores sociodemográficos asociados a leiomioma uterino, en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024: es pertenecer a una raza específica y el tener algún grado de educación. Estas 2 variables se asociaron con un valor $p < 0.05$, teniendo una asociación estadísticamente significativa.

4.3.2. El factor de comportamiento asociado a leiomioma uterino, en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024: fue el consumo de alcohol con un ORa=2.84 con IC del 95% (1.48-5.43) y un valor de $p= 0.002$.

4.3.3. El factor de comorbilidad asociado a leiomioma uterino, en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024: fue el tener HTA con un ORa= 2.40 con IC del 95% (1.12-5.47), un sobrepeso con un ORa= 2.92 con IC del 95% (1.22-6.98) y un $p= 0.016$ y el ser obeso con un ORa=3.43 con IC del 95% (1.36-8.63) y un valor de $p < 0.009$.

4.3.4. El factor ginecológico asociado a leiomioma uterino, en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024: fue el tener antecedente de aborto, con un ORa= 0.43 con IC del 95% (0.21-0.86), con un valor de $p < 0.010$.

4.4. Recomendaciones

1. Al Hospital Antonio Lorena del Cusco se sugiere registrar adecuadamente los CIE-10 de las patologías, para poder generar datos estadísticos más verídicos.
2. Al Hospital Antonio Lorena del Cusco se sugiere que desarrolle estrategias multidisciplinarias para poder manejar el consumo de alcohol, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad. De esta manera generar más calidad de vida y futuras complicaciones en pacientes ginecológicas
3. Al Hospital Antonio Lorena del Cusco se sugiere que desarrolle sus propios protocolos sobre leiomioma uterino, para hacer un adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes.

4. A lo comunidad científica, se sugiere seguir desarrollando investigaciones sobre factores que siguen interviniendo en el desarrollo del leiomioma uterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donnez J, Dolmans MM. Uterine fibroid management: from the present to the future. Human Reproduction Update [Internet]. noviembre de 2016;22(6):665-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5853598/>
2. Pavone D, Clemenza S, Sorbi F, Fambrini M, Petraglia F. Epidemiology and Risk Factors of Uterine Fibroids. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 1 de enero de 2018;46(8):3-11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693417301372>
3. Iizuka T, Yin P, Zuberi A, Kujawa S, Coon JS, Björvang RD, et al. Mono-(2-ethyl-5-hydroxyhexyl) phthalate promotes uterine leiomyoma cell survival through tryptophan-kynurenine-AHR pathway activation. Proc Natl Acad Sci U S A [Internet]. 22 de noviembre de 2022;119(47):1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9704719/>
4. Giuliani E, As-Sanie S, Marsh EE. Epidemiology and management of uterine fibroids. Int J Gynecol Obstet [Internet]. abril de 2020;149(1):3-9. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13102>
5. Li B, Wang F, Chen L, Tong H. Global epidemiological characteristics of uterine fibroids. Arch Med Sci AMS [Internet]. 30 de octubre de 2023;19(6):1802-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10696973/>
6. Morhason-Bello IO, Adebamowo CA. Epidemiology of uterine fibroid in black African women: a systematic scoping review. BMJ Open [Internet]. 3 de agosto de 2022;12(8):1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9353014/>
7. Kim YA, Kho Y, Chun KC, Koh JW, Park JW, Bunderson-Schelvan M, et al. Increased Urinary Phthalate Levels in Women with Uterine Leiomyoma: A Case-Control Study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. diciembre de 2016;13(12):1247. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937823002272>
8. Tixi B, Alexandra P. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con miomas uterinos Hospital General Docente Riobamba, 2018-2020 [Internet]. [Riobamba]: Universidad de Chimborazo; 2022. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8793>
9. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en ginecología [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
10. Dickman GMR. Leiomiomatosis uterina: tratamiento quirúrgico, aspectos clínico epidemiológicos. hospital regional de Huacho. periodo 2016 - 2020 [Internet]. [Huacho]: Universidad Nacional Jose Faustino Sanchez Carrion; 2021. Disponible en: <https://repositorio.unifsc.edu.pe/handle/20.500.14067/4738>
11. Hospital Regional del Cusco. Análisis Situacional de los Servicios Hospitalarios (ASISHO) 2023 [Internet]. Cusco; 2024 abr p. 395. Disponible en: <https://hrcusco.gob.pe/wp-content/uploads/2024/05/ASISHO2023.pdf>

12. Hospital Regional Cusco. Análisis Situacional de los Servicios Hospitalarios (ASISHO) - 2020 [Internet]. Cusco; 2020 p. 339. Disponible en: https://hrcusco.gob.pe/wp-content/uploads/2022/09/HRC_ASISHO_2020_OIS.pdf
13. Chiaffarino F, Ricci E, Cipriani S, Chiantera V, Parazzini F. Cigarette smoking and risk of uterine myoma: systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 1 de febrero de 2016;197:63-71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26706924/>
14. Huang D, Magaoay B, Rosen MP, Cedars MI. Presence of Fibroids on Transvaginal Ultrasonography in a Community-Based, Diverse Cohort of 996 Reproductive-Age Female Participants. *JAMA Netw Open* [Internet]. 10 de mayo de 2023;6(5):11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10173016/>
15. Adebamowo CA, Adebamowo SN. Population-based study of the reproductive risk factors for Transvaginal Ultrasound diagnosed Uterine Fibroids in Nigerian women. *Res Sq* [Internet]. 18 de mayo de 2023;18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10246270/>
16. Salehi AM, Jenabi E, Farashi S, Aghababaei S, Salimi Z. The environmental risk factors related to uterine leiomyoma: An umbrella review. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 1 de enero de 2023;52(1):102517. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468784722001994>
17. Muawad R, Dabbagh R, Sabr Y. Association of health and lifestyle factors with uterine fibroids among Saudi women: A case-control study. *J Taibah Univ Med Sci* [Internet]. 11 de julio de 2022;17(6):1039-46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36212583/>
18. Sun K, Xie Y, Zhao N, Li Z. A case-control study of the relationship between visceral fat and development of uterine fibroids. *Exp Ther Med* [Internet]. julio de 2019;18(1):404-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6566109/>
19. Sarkodie BD, Botwe BO, Adjei DN, Ofori E. Factors associated with uterine fibroid in Ghanaian women undergoing pelvic scans with suspected uterine fibroid. *Fertil Res Pract* [Internet]. 1 de mayo de 2016;2(1):9. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40738-016-0022-9>
20. Cubas Aguilar, R. Factores asociados a miomatosis uterina en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital General de Jaén, 2021-2022 [Internet]. [Cajamarca]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2024. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/6487>
21. Ramos Hidalgo, N. Factores predisponentes y tratamiento de la miomatosis uterina en pacientes del hospital nacional Hipólito Unanue año 2018-2019 [Internet]. [Lima]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2022. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/f30f83a1-6384-4721-bcd9-fc0d18125a6f>
22. Francia Osis, F. Factores clínicos y epidemiológicos asociados a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo enero 2016 a diciembre 2018 [Internet]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2021. Disponible en:

<https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/8176406b-be3d-4e8e-bdf2-d28d7bd9d33b>

23. Chacón de Velasco, J. Factores asociados a mioatosis uterina en pacientes del Hospital de vitarte, 2014-2018 [Internet]. [Lima]: Universidad Nacional Federico Villareal; 2019. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/2963>
24. Martínez Ugarte, S. Hipertensión arterial como factor de riesgo para miomatosis uterina en pacientes de 30 a 50 años en el Servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2013 – 2017 [Internet]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2018. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/7ad4bc51-0062-4a1f-bb2b-d4c9665fcec2>
25. Ticona Ccahuantico, E. Factores asociados a desarrollo de leiomioma uterino, usuarias del servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital regional de Cusco, 2019 [Internet]. [Cusco]: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2020. Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/5391>
26. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2024 [citado 3 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
27. Informe de Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento [Internet]. 1979 abr p. 11. Disponible en: <https://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
28. Weston G, Trajstman AC, Gargett CE, Manuelpillai U, Vollenhoven BJ, Rogers PAW. Fibroids display an anti-angiogenic gene expression profile when compared with adjacent myometrium. *Mol Hum Reprod* [Internet]. 1 de septiembre de 2003;9(9):541-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/molehr/gag066>
29. Cetin E, Al-Hendy A, Ciebiera M. Non-hormonal mediators of uterine fibroid growth. *Curr Opin Obstet Gynecol* [Internet]. octubre de 2020;32(5):361-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8314923/>
30. Banerjee S, Xu W, Chowdhury I, Driss A, Ali M, Yang Q, et al. Human Myometrial and Uterine Fibroid Stem Cell-Derived Organoids for Intervening the Pathophysiology of Uterine Fibroid. *Reprod Sci* [Internet]. 18 de mayo de 2022;29(9):2607-19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9444830/>
31. Fleischer R, Weston GC, Vollenhoven BJ, Rogers PAW. Pathophysiology of fibroid disease: angiogenesis and regulation of smooth muscle proliferation. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 1 de agosto de 2008;22(4):603-14. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693408000187>
32. Valladares F, Frías I, Báez D, García C, López FJ, Fraser JD, et al. Characterization of estrogen receptors alpha and beta in uterine leiomyoma cells. *Fertil Steril* [Internet]. 1 de diciembre de 2006;86(6):1736-43. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028206030615>

33. Reis FM, Bloise E, Ortiga-Carvalho TM. Hormones and pathogenesis of uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. julio de 2016;34:13-24. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693415002291?via%3Dihub>
34. Parker WH. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. *Fertil Steril* [Internet]. 1 de abril de 2007;87(4):725-36. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001502820700221X>
35. Maruo T, Matsuo H, Samoto T, Shimomura Y, Kurachi O, Gao Z, et al. Effects of progesterone on uterine leiomyoma growth and apoptosis. *Steroids* [Internet]. 1 de octubre de 2000;65(10):585-92. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039128X00001719>
36. Flake GP, Andersen J, Dixon D. Etiology and pathogenesis of uterine leiomyomas: a review. *Environ Health Perspect* [Internet]. junio de 2003;111(8):1037-54. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1241553/>
37. Luo X, Ding L, Xu J, Chegini N. Gene Expression Profiling of Leiomyoma and Myometrial Smooth Muscle Cells in Response to Transforming Growth Factor- β . *Endocrinology* [Internet]. 1 de marzo de 2005;146(3):1097-118. Disponible en: <https://doi.org/10.1210/en.2004-1377>
38. Swartz CD, Afshari CA, Yu L, Hall KE, Dixon D. Estrogen-induced changes in IGF-I, Myb family and MAP kinase pathway genes in human uterine leiomyoma and normal uterine smooth muscle cell lines. *Mol Hum Reprod* [Internet]. 1 de junio de 2005;11(6):441-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/molehr/gah174>
39. Gargett CE, Lederman F, Heryanto B, Gambino LS, Rogers PAW. Focal vascular endothelial growth factor correlates with angiogenesis in human endometrium. Role of intravascular neutrophils. *Hum Reprod* [Internet]. 1 de junio de 2001;16(6):1065-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/humrep/16.6.1065>
40. Ribatti D, Belloni AS, Nico B, Salà G, Longo V, Mangieri D, et al. Tryptase- and leptin-positive mast cells correlate with vascular density in uterine leiomyomas. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1 de mayo de 2007;196(5):470.e1-470.e7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937807001561>
41. Munro MG, Critchley HOD, Broder MS, Fraser IS, Disorders for the FIGO on M. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2011;113(1):3-13. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2010.11.011>
42. Early HM, McGahan JP, Scoutt LM, Revzin M, Lamba R, Corwin M, et al. Pitfalls of Sonographic Imaging of Uterine Leiomyoma. *Ultrasound Q* [Internet]. junio de 2016;32(2):164. Disponible en: https://journals.lww.com/ultrasound-quarterly/fulltext/2016/06000/pitfalls_of_sonographic_imaging_of_uterine.11.aspx
43. Chiaffarino F, Ricci E, Cipriani S, Chiantera V, Parazzini F. Cigarette smoking and risk of uterine myoma: systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 1 de febrero de 2016;197:63-71. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211515004145>

44. Kim S, Han K, Choi SY, Yang SY, Choi SH, Yim JY, et al. Alcohol consumption and the risk of new-onset uterine leiomyomas: a nationwide population-based study in 2.5 million Korean women aged 20 to 39 years. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1 de julio de 2023;229(1):45.e1-45.e18. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937823002272>
45. Nagata C, Nakamura K, Oba S, Hayashi M, Takeda N, Yasuda K. Association of intakes of fat, dietary fibre, soya isoflavones and alcohol with uterine fibroids in Japanese women. *Br J Nutr* [Internet]. mayo de 2009;101(10):1427. Disponible en: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0007114508083566
46. Qin H, Lin Z, Vásquez E, Luan X, Guo F, Xu L. Association between obesity and the risk of uterine fibroids: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 1 de febrero de 2021;75(2):197-204. Disponible en: <https://jech.bmj.com/content/75/2/197>
47. Qin H, Lin Z, Vásquez E, Xu L. The association between chronic psychological stress and uterine fibroids risk: A meta-analysis of observational studies. *Stress Health J Int Soc Investig Stress* [Internet]. diciembre de 2019;35(5):585-94. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/smi.2895>
48. Silver MA, Raghuvir R, Fedirko B, Elser D. Systemic Hypertension Among Women With Uterine Leiomyomata: Potential Final Common Pathways of Target End-Organ Remodeling. *J Clin Hypertens* [Internet]. 25 de mayo de 2007;7(11):664-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8109386/>
49. Faerstein E, Szklo M, Rosenshein NB. Risk Factors for Uterine Leiomyoma: A Practice-based Case-Control Study. II. Atherogenic Risk Factors and Potential Sources of Uterine Irritation. *Am J Epidemiol* [Internet]. 1 de enero de 2001;153(1):11-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/aje/153.1.11>
50. Adams Hillard PJ. Menstruation in adolescents: what's normal, what's not. *Ann NY Acad Sci* [Internet]. 2008;1135:29-35. Disponible en: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1196/annals.1429.022>
51. Wise LA, Laughlin-Tommaso SK. Epidemiology of Uterine Fibroids – From Menarche to Menopause. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. marzo de 2016;59(1):2-24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4733579/>
52. Okolo S. Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. agosto de 2008;22(4):571-88. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S152169340800062X?via%3Dihub>
53. Lippman SA, Warner M, Samuels S, Olive D, Vercellini P, Eskenazi B. Uterine fibroids and gynecologic pain symptoms in a population-based study. *Fertil Steril* [Internet]. 1 de diciembre de 2003;80(6):1488-94. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028203022076>
54. Brennan A, Hickey M. Abnormal uterine bleeding: managing endometrial dysfunction and leiomyomas. *Med J Aust* [Internet]. 5 de febrero de 2018;208(2):90-5. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/mja17.00726>

55. Wegienka G, Day Baird D, Hertz-Picciotto I, Harlow SD, Steege JF, Hill MC, et al. Self-reported heavy bleeding associated with uterine leiomyomata. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1 de marzo de 2003;101(3):431-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029784402031216>
56. Pritts EA, Parker WH, Olive DL. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. *Fertil Steril* [Internet]. 1 de abril de 2009;91(4):1215-23. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028208001465>
57. Fletcher HM, Wharfe G, Williams NP, Gordon-Strachan G, Johnson P. Renal impairment as a complication of uterine fibroids: a retrospective hospital-based study. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol* [Internet]. mayo de 2013;33(4):394-8. Disponible en: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(08\)00146-5/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(08)00146-5/fulltext)
58. Dueholm M, Lundorf E, Hansen ES, Ledertoug S, Olesen F. Accuracy of magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography in the diagnosis, mapping, and measurement of uterine myomas. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1 de marzo de 2002;186(3):409-15. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937802691227>
59. Makary, Mina, Zane, Kylie, Hwang, Gloria, Kim, Charles. ACR Appropriateness Criteria® Fibroids – ClinicalKey [Internet]. 2024;21(6):203-18. Disponible en: <https://www-clinicalkey-es.pbidi.unam.mx:2443/#!/content/journal/1-s2.0-S1546144022006536>
60. Vannuccini S, Petraglia F, Carmona F, Calaf J, Chapron C. The modern management of uterine fibroids-related abnormal uterine bleeding. *Fertil Steril* [Internet]. 1 de julio de 2024;122(1):20-30. Disponible en: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(24\)00275-9/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(24)00275-9/fulltext)
61. Bryant-Smith AC, Lethaby A, Farquhar C, Hickey M. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 15 de abril de 2018;2018(4):CD000249. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494516/>
62. Haynes JW, Tsaltas T. Uterine Leiomyoma. Elsevier [Internet]. 31 de enero de 2024;1271-3. Disponible en: <http://medi-guide.meditool.cn/ympdf/721FE5EC-6E17-2BBD-52C9-C25DC185AFE1.pdf>
63. DeCS – Descriptores em Ciências da Saúde [Internet]. [citado 1 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/>
64. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1a ed. Vol. 1. Mexico: Editorial Mc Graw Hill Education; 2018. 37–223 p.

ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de consistencia

TITULO DE LA INVESTIGACION: “FACTORES ASOCIADOS A LEIOMIOMA UTERINO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2022-2024”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS
<p>•P.G: ¿Cuáles son los factores asociados a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024?</p> <p>P.E1 ¿Cuál es la principal característica sociodemográfico asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024?</p> <p>P.E2 ¿Cuál es la principal característica de comportamiento asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024?</p>	<p>O.G: Identificar los factores asociados a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024.</p> <p>O.E1 Precisar la principal característica sociodemográfico asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024.</p> <p>O.E2 Identificar la principal característica de comportamiento asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024.</p> <p>O.E3 Precisar la principal característica de comorbilidad asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento</p>	<p>H.G: Los factores asociados a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024, se asocian a características sociodemográficos, comportamiento, comorbilidad y ginecológicas.</p> <p>H.E1 Las principales características sociodemográficas asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024 se asocian a edad, grado de instrucción, raza y estado civil.</p> <p>H.E2 Las principales características de comportamiento asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024 se asocian a consumo de alcohol y tabaco.</p> <p>H.E3 Las principales características de comorbilidad asociado a leiomioma uterino en</p>	<p>Variable dependiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - leiomioma uterino <p>Variable(s) independiente(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores sociodemográficos - Edad - Raza - Grado de instrucción - Estado civil • Factores de comportamiento - Consumo de alcohol - Consumo de tabaco • Factores de comorbilidad - Obesidad - Estrés psicológico crónico 	<ul style="list-style-type: none"> • Ecografía: submucoso, intramural, subseroso • años cumplidos • A que raza pertenece • Grado de instrucción • ¿Cuántos cigarrillos fuma a la semana? • ¿cuántos gramos de alcohol consume por día? • IMC en kg/m² • Como se encuentra usted psicológicamente • Presión arterial <p>Sistólica..... mmHg</p>	<p>Naturaleza del estudio:</p> <p>Cuantitativo</p> <p>Según finalidad del estudio:</p> <p>Asociativo</p> <p>Según el rol del investigador:</p> <p>Observacional</p> <p>Según el momento de recolección de los datos respecto al estudio:</p> <p>Retrospectivo.</p>	<p>Se aplicará la ficha de recolección de datos de las variables a investigar.</p> <p>Se realizará un análisis univariado donde se describirá de manera general las características de la población estudiada, utilizándose para las variables cualitativas la distribución de frecuencia y porcentajes; mientras que para las variables cuantitativas normales se utilizará la media y la desviación estándar, mientras que para las variables cuantitativas no normales se utilizará la mediana y los rangos intercuartílicos. Para el análisis bivariado se halla el Odds Ratio (OR), a partir de la base de datos creada en el programa Excel 2016, la cual será copiada al programa Stata versión</p>

<p>P.E3 ¿Cuál es la principal característica de comorbilidad asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024?</p> <p>P.E4 ¿Cuál es la principal característica ginecológica asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024?</p>	<p>Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024.</p> <p>O.E4 Identificar la principal característica ginecológica asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024.</p>	<p>mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024 se asocian a obesidad, estrés psicológico crónico, diabetes mellitus e hipertensión arterial.</p> <p>H.E4 Las principales características ginecológicas asociado a leiomioma uterino en mujeres del departamento Ginecología-obstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2022-2024 se asocian a menarquia precoz, historia familiar de LU, paridad y antecedente de aborto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión arterial - Diabetes mellitus <p>Factores ginecológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menarquia precoz - Paridad - Historia familiar de leiomioma uterino - Antecedente de aborto 	<p>Diastólica.. mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padece de diabetes mellitus • Tiene historia familiar de LU • ¿a qué edad llegó a tener el primer ciclo menstrual? Años • Número de paridad • ¿Tuvo antecedente de aborto? 	<p>Según el número de veces que se recolecta la información: Casos y controles</p> <p>Muestra: 198 pacientes atendidos en el servicio de Ginecología</p>	<p>25.0. Para el análisis bivariado se utilizará la prueba estadística de Chi cuadrado para la evaluación de la existencia o no de asociación con el evento de interés, asimismo se calculará con sus respectivos intervalos de confianza al 95% y considerando a $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.</p>
--	---	--	--	---	--	---

ANEXO 2. Instrumento de investigación

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FACTORES ASOCIADOS A LEIOMIOMA UTERINO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2022-2024

Número:		Historia clínica:	
1. Presencia de LU a. Si b. No			
Sociodemográficos			
2. Edad	a. ____ años cumplidos	3. Grado de instrucción	a. Primaria b. Secundaria c. Superior d. Ninguno
4. Raza	a. Blanca b. Mestizo c. Afroamericana	5. Estado civil	a. Soltera b. Conviviente c. Casada d. Divorciada e. Viuda
Comportamiento			
6. Consumo de alcohol	a. Si b. No	7. Consumo de tabaco	a. ____ / día
Comorbilidades			
8. Índice de masa corporal	a. Talla: ____ m b. Peso: ____ Kg c. IMC: ____ Kg/m ²	9. Estrés psicológico crónico	a. Si b. No
10. Hipertensión arterial	a. Sístole: ____ mmHg b. Diástole: ____ mmHg	11. Diabetes mellitus	a. Si b. No
Ginecológicos			
12. Menarquia	a. ____ años cumplidos	13. Historia familiar de LU	a. Si b. No
14. Paridad	a. ____ hijos	15. Antecedente de aborto	a. Si b. No

ANEXO 3. Cuadernillo de validación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

CARTA DE PRESENTACIÓN

SOLICITUD

Estimado(a) Dr(a):

Previo un cordial saludo, yo Contreras Sotomayor Jhon identificado con DNI: 76690204, estudiante del decimocuarto semestre de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, con código: 140320. Me dirijo a usted con debido respeto.

Motiva la presente el solicitar su valiosa colaboración en la revisión del instrumento anexo, el cual tiene como objeto obtener la validación del cuestionario, que se aplicará para el desarrollo del tema, denominado:

“FACTORES ASOCIADOS A LEIOMIOMA UTERINO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO, 2022-2024”

Acudo a usted, debido a sus conocimientos y experiencias en la materia, los cuales aportarían una útil y completa información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su colaboración

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN
“FACTORES ASOCIADOS A LEIOMIOMA UTERINO EN PACIENTES DEL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO,
2022-2024”**

En las respuestas de las escalas tipo Likert, por favor, marque con una “X” la respuesta escogida dentro de las 5 opciones que se presentan en los casilleros siendo:

1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo
3. Indeciso 4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que Cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que si en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares? obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todas y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tienen mismos Objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado y aplicable para el tipo y objeto de estudio?	1	2	3	4	5
9. ¿Estima Ud. que las puntuaciones de medición son pertinentes para lograr objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?
.....
.....
.....

Agradecemos anticipadamente su colaboración
Contreras Sotomayor Jhon

.....
Firma y sello del validador del instrumento

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN
"FACTORES ASOCIADOS A LEIOMIOMA UTERINO EN PACIENTES DEL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO,
2022-2024"**

En las respuestas de las escalas tipo Likert, por favor, marque con una "X" la respuesta escogida dentro de las 5 opciones que se presentan en los casilleros siendo:

1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo
3. Indeciso 4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Considera Ud. que Cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
3. ¿Considera Ud. que preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Considera Ud. que si en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares? obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Considera Ud. que todas y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tienen mismos Objetivos?	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado y aplicable para el tipo y objeto de estudio?	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>
9. ¿Estima Ud. que las puntuaciones de medición son pertinentes para lograr objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5 <input checked="" type="checkbox"/>

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?
.....
.....
.....

Agradecemos anticipadamente su colaboración
Contreras Sotomayor Jhon



 Firma y sello de validación del instrumento
 C.M.P. 28063 HUIE 1876

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN
"FACTORES ASOCIADOS A LEIOMIOMA UTERINO EN PACIENTES DEL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO,
2022-2024"**

En las respuestas de las escalas tipo Likert, por favor, marque con una "X" la respuesta escogida dentro de las 5 opciones que se presentan en los casilleros siendo:

- | | |
|----------------------|------------------|
| 1. Muy en desacuerdo | 2. En desacuerdo |
| 3. Indeciso | 4. De acuerdo |
| 5. Muy de acuerdo | |

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?					5
2. ¿Considera Ud. que Cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?					5
3. ¿Considera Ud. que preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					5
4. ¿Considera Ud. que si en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares? obtendremos también datos similares?					5
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada de ellos propios de las variables de estudio?					5
6. ¿Considera Ud. que todas y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tienen mismos Objetivos?					5
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?				4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado y aplicable para el tipo y objeto de estudio?					5
9. ¿Estima Ud. que las puntuaciones de medición son pertinentes para lograr objetivos materia de estudio?					5

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....

.....

.....

Agradecemos anticipadamente su colaboración

Contreras Sotomayor Jhon



Firma y sello del validador del instrumento

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN
 “FACTORES ASOCIADOS A LEIOMIOMA UTERINO EN PACIENTES DEL
 SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO,
 2022-2024”**

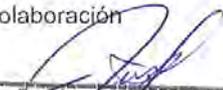
En las respuestas de las escalas tipo Likert, por favor, marque con una “X” la respuesta escogida dentro de las 5 opciones que se presentan en los casilleros siendo:

1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo
 3. Indeciso 4. De acuerdo
 5. Muy de acuerdo

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?					X
2. ¿Considera Ud. que Cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?					X
3. ¿Considera Ud. que preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					X
4. ¿Considera Ud. que si en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares? obtendremos también datos similares?					X
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada de ellos propios de las variables de estudio?					X
6. ¿Considera Ud. que todas y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tienen mismos Objetivos?				X	
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					X
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado y aplicable para el tipo y objeto de estudio?					X
9. ¿Estima Ud. que las puntuaciones de medición son pertinentes para lograr objetivos materia de estudio?					X

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

Agradecemos anticipadamente su colaboración
 Contreras Sotomayor Jhon



 Firma y sello del validador del instrumento

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN
"FACTORES ASOCIADOS A LEIOMIOMA UTERINO EN PACIENTES DEL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO,
2022-2024"**

En las respuestas de las escalas tipo Likert, por favor, marque con una "X" la respuesta escogida dentro de las 5 opciones que se presentan en los casilleros siendo:

1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo
3. Indeciso 4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?					<input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Considera Ud. que Cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
3. ¿Considera Ud. que preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Considera Ud. que si en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares? obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Considera Ud. que todas y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tienen mismos Objetivos?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado y aplicable para el tipo y objeto de estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
9. ¿Estima Ud. que las puntuaciones de medición son pertinentes para lograr objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?
.....
.....
.....

Agradecemos anticipadamente su colaboración

Contreras Sotomayor Jhon



 Firma y sello del validador del instrumento

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN
“FACTORES ASOCIADOS A LEIOMIOMA UTERINO EN PACIENTES DEL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO,
2022-2024”**

En las respuestas de las escalas tipo Likert, por favor, marque con una “X” la respuesta escogida dentro de las 5 opciones que se presentan en los casilleros siendo:

- | | |
|----------------------|------------------|
| 1. Muy en desacuerdo | 2. En desacuerdo |
| 3. Indeciso | 4. De acuerdo |
| 5. Muy de acuerdo | |

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?					X
2. ¿Considera Ud. que Cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?					X
3. ¿Considera Ud. que preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					X
4. ¿Considera Ud. que si en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares? obtendremos también datos similares?					X
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada de ellos propios de las variables de estudio?					X
6. ¿Considera Ud. que todas y cada una de las preguntas contenidas en este instrumento tienen mismos Objetivos?					X
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					X
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado y aplicable para el tipo y objeto de estudio?					X
9. ¿Estima Ud. que las puntuaciones de medición son pertinentes para lograr objetivos materia de estudio?					X

10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

.....
Ninguno

Agradecemos anticipadamente su colaboración
 Contreras Sotomayor Jhon


 Firma y sello del validador del instrumento

ANEXO 4. Validación del instrumento de investigación

VALIDEZ A JUICIO DE EXPERTOS, UTILIZANDO EL MÉTODO DPP (DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO)

Procedimiento

1. Se construirá la tabla adjunta, donde se colocarán los puntajes por ítems y sus respectivos promedios, brindados por los cinco médicos expertos.

N° ITEM						PROMEDIO
1	A	B	C	D	E	
2	5	5	5	5	5	5
3	5	5	5	5	5	5
4	5	5	5	5	5	5
5	5	5	5	5	5	5
6	5	5	4	5	5	4.8
7	5	4	5	5	5	4.8
8	5	5	5	5	5	5
9	5	5	5	5	5	5
10	5	5	5	5	5	5

2. Con los promedios hallados se determinará la distancia del punto medio (DPP) mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_{10})^2}$$

Donde:

X= Valor máximos en la escala.

Y= Promedio de cada ítem.

DPP =

$$\sqrt{(5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4.8)^2 + (5 - 4.8)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 5)^2}$$

Resultado: 0.2828

3. Se determinará la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + \dots + (x_n - 1)^2}$$

Donde:

X= Valor máximo en la escala concedido para cada ítem

Y=1

D (máx.) =

$$\sqrt[2]{(5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2}$$

D (máx.) = 12

4. La D (máx.) se dividirá entre el valor máximo de la escala: Resultado = $12/5=2.4$
5. Con ese último valor hallado se construirá una escala valorativa a partir de cero, hasta llegar al valor D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí denominados de la siguiente manera:

A	Adecuación total	0 – 2.4
B	Adecuación en gran medida	2.4 – 4.8
C	Adecuación promedio	4.8 – 7.2
D	Escasa adecuación	7.2 – 9.6
E	Inadecuación	9.6 – 12

6. El punto DPP se localizó en las zonas A

Conclusión

El valor hallado del DPP en nuestro estudio fue 0.28 encontrándose en la zona A lo cual significa adecuación total del instrumento de para la recolección de datos.

ANEXO 5. Permiso y aceptación de proyecto de investigación

Exp. 736
23101125

	<p>HOSPITAL ANTONIO LORENA</p>	<p>N°: _____</p>														
DISTRIBUCION GRATUITA																
FORMULARIO MULTIPLE DE TRAMITES ADMINISTRATIVOS																
<p>SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO: YO, SEÑOR(A):</p>																
<p><i>Contreras</i></p> <p>APELLIDO PATERNO</p>	<p><i>Solamano</i></p> <p>APELLIDO MATERNO</p>	<p><i>Jho</i></p> <p>NOMBRES</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>HOSPITAL ANTONIO LORENA SELO DE RECEPCION DIRECCION EJECUTIVA MESA DE PARTES RECIBIDO: 22 ENE 2025 REGISTRO: 662 HORA: 11:10 am FIRMA: _____</p> </div>													
<p>D.N.I. N°: <u>76690204</u></p>		<p>N° CELULAR: <u>96227</u></p>														
<p>DOMICILIO: <u>San Sebastián - Los Linceños</u></p>																
<p>PETICIONA (Marcar en el casillero que corresponda con un aspa (x)).</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Certificado Medico</td> <td><input type="checkbox"/> Constancia de Practica Pre Profesionales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Constancia de Atencion Medica</td> <td><input type="checkbox"/> Certificado de Pagos y Descuentos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Resumen de Historia Clínica</td> <td><input type="checkbox"/> Regularizacion de Asistencia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Record Operatorio</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Otros: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Constancia de Nacimiento</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Constancia de Fallecimiento</td> <td>_____</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Certificado Medico	<input type="checkbox"/> Constancia de Practica Pre Profesionales	<input type="checkbox"/> Constancia de Atencion Medica	<input type="checkbox"/> Certificado de Pagos y Descuentos	<input type="checkbox"/> Resumen de Historia Clínica	<input type="checkbox"/> Regularizacion de Asistencia	<input type="checkbox"/> Record Operatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Constancia de Nacimiento	_____	<input type="checkbox"/> Constancia de Fallecimiento	_____
<input type="checkbox"/> Certificado Medico	<input type="checkbox"/> Constancia de Practica Pre Profesionales															
<input type="checkbox"/> Constancia de Atencion Medica	<input type="checkbox"/> Certificado de Pagos y Descuentos															
<input type="checkbox"/> Resumen de Historia Clínica	<input type="checkbox"/> Regularizacion de Asistencia															
<input type="checkbox"/> Record Operatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Otros: _____															
<input type="checkbox"/> Constancia de Nacimiento	_____															
<input type="checkbox"/> Constancia de Fallecimiento	_____															
<p>Datos de la peticion más específico (Adjuntar Requisitos Adicionales) Opcional</p> <p><i>Solicito Revisión de Historias Clínicas para realización de Proyecto de investigación (tesis) en el servicio de Ginecología</i></p>																
<p>FIRMA: _____</p> <p>FECHA: _____</p>																



UNIDAD EJECUTORA
**HOSPITAL ANTONIO LORENA
 CUSCO**
 Plazoleta Belén 1353 - Santiago
 CUSCO - PERU

R.U.C. 20527287112

RECIBO POR SERVICIOS

001 - **Nº 06771**

Señor (es) *Jhon Pantufias Satamagui*

FECHA *22 01 25*

CONCEPTO	TOTAL
<i>Tramite documentario</i>	<i>30.00</i>

Girado por:

TOTAL *30.00*

USUARIO

