



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**FACTORES RELACIONADOS A MIOMATOSIS UTERINA EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL  
CARLOS MONGE MEDRANO  
JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

**Bach. ALONSO VICTOR MONZON CALIZAYA**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
**MÉDICO CIRUJANO**

**JULIACA – PERÚ**  
**2025**



**UNIVERSIDAD ANDINA**

**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**FACTORES RELACIONADOS A MIOMATOSIS UTERINA EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL  
CARLOS MONGE MEDRANO  
JULIACA 2024**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**Bach. ALONSO VICTOR MONZON CALIZAYA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
MÉDICO CIRUJANO**

**APROBADA POR EL JURADO REVISOR:**

**PRESIDENTE**

:   
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

**PRIMER MIEMBRO**

:   
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

**SEGUNDO MIEMBRO**

:   
Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

**ASESORA DE TESIS**

:   
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

: MEDICINA HUMANA- P09



RESOLUCIÓN DECANAL N° 929 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 17 de octubre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 8048 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **FACTORES RELACIONADOS A MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE:

**PRIMERO:** Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** del (la) bachiller: **MONZON CALIZAYA ALONSO VICTOR** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- \* **Presidente** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
- \* **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- \* **2do. Miembro** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
  
- \* **Asesor (a)** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

**SEGUNDO:** Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

**DIA** : LUNES 20 DE OCTUBRE DEL 2025  
**HORA** : 15:00 HORAS  
**LOCAL** : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

**TERCERO:** Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

**CUARTO:** La Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



**DISTRIBUCIÓN:**  
 - Jurados (3)  
 - Interesado (1)  
 - Asesor de Tesis (1)  
 - Archivo FCS 2025(1)



**RESOLUCIÓN N° 011-2025-UI-FCS-UANCV-J**

Juliaca, 15 de agosto del 2025

**Visto:** el Expediente N° 5799 de fecha 17 de julio del 2025, Presentado Por el Bach. **MONZON CALIZAYA ALONSO VICTOR**, quien solicita Revisión de Informe Final de la Investigación (Borrador de Tesis) titulado: **FACTORES RELACIONADOS A MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**, por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de **MEDICINA HUMANA**

**CONSIDERANDO:**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- \* **Presidente** : Dra. **MARYLUZ CRUZ COLCA**
- \* **1er. Miembro** : Dra. **SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- \* **2do. Miembro** : Dra. **MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA**
- \* **Asesor** : Dra. **GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

Estando, la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud; asimismo fue aprobado para su ejecución de informe final con **RESOLUCIÓN N° 136-2025-D-FCS-UANCV-J**, conducente para optar el Título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** APROBAR EL INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN para la REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITIN, del tema titulado **FACTORES RELACIONADOS A MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**, presentado por el (la) Bach. **MONZON CALIZAYA ALONSO VICTOR**, para optar el Título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**, en virtud de los considerandos expuestos.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** RATIFICAR como ASESOR(a) a la: **DRA. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

**ARTICULO TERCERO.** - **DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la Facultad de ciencias de la Salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

**DISTRIBUCIÓN:**  
- Interesados (1)  
- Archivo (1)



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*Maria Concepción Figueroa Vilca*  
Dra. **Maria Concepción Figueroa Vilca**  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



**RESOLUCIÓN N° 065-2025-CF-FCS-UANCV**

Juliaca, 11 de agosto del 2025

**VISTOS:**

El Informe N° 001-2025-D-UI-FCS-UANCV-J, presentado por la Dra. María Concepción Figueroa Vilca, Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” de Juliaca; y,

**CONSIDERANDO:**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” de Juliaca; con el documento visto, ha solicitado autorización para que se determine quién firme en reemplazo de los docentes suspendidos y en cese de actividades docentes, que estén programados en todos los procesos de investigación de las Escuelas Profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Que, el pleno del Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” de Juliaca, en su sesión ordinaria de fecha 07 de agosto del 2025, teniendo en cuenta lo manifestado en el documento del vistos; **ACORDÓ** autorizar que la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, Dra. **GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE** y la Directora de la Unidad de Investigación Dra. **MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA**, reemplacen a los docentes que han sido suspendidos y que se encuentren en cese de actividades académicas, que estén programados en todo los procesos de sustentaciones y otros, de las Escuelas Profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud,

Estando, al acuerdo del Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” de Juliaca, de conformidad a lo establecido por la Ley Universitaria N° y la Resolución 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738, y modificatoria N° 24661, y la Resolución N° 219-2025 UANCV -CU -R y las facultades que le otorga a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez.

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** **AUTORIZAR** que la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, Dra. **GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE** y la Directora de la Unidad de Investigación Dra. **MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA** **REEMPLACEN** a los docentes que han sido suspendidos y que se encuentren en cese de actividades académicas, que estén programados en todos los procesos de investigación y otros, que involucran a los estudiantes y egresados, para que puedan continuar con sus trámites correspondientes, por los considerandos expuestos en la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** **DISPONER**, que la Decana de la Facultad, la Comisión de Grados y Títulos y la Comisión de Investigación y la Secretaría Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” de Juliaca, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Distribución: Decanato, Comisión de Grados y Títulos, Archivo  
GBAL/pct



UNIVERSIDAD ANDINA  
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
*[Signature]*  
Dra. Gabriela Betty Arias Luque  
DECANA (o)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**RESOLUCIÓN DECANAL N° 136 -2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 03 de abril del 2025

**VISTOS:**

El Informe N° 008-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de propuesta de Investigación de fecha 01 de abril de la E.P. de Medicina Humana folio 000048;

**CONSIDERANDO:**

Que, el (la) egresado (a) **MONZON CALIZAYA ALONSO VICTOR** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES RELACIONADOS A MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** Correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA HUMANA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- \* **Presidente** : Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
- \* **1er. Miembro** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAFORA
- \* **2do. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 563-2025-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación del proyecto de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO.-** APROBAR, la PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a) **MONZON CALIZAYA ALONSO VICTOR**, para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** titulado: **FACTORES RELACIONADOS A MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

La Propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**ARTICULO SEGUNDO.-** RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, **Mgr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

**ARTICULO TERCERO.-** DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y el director de la Escuela Profesional de Medicina Humana, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

UNIVERSIDAD ANDINA  
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
DECANATO  
Dra. Gabriela Betty Arias Luque  
DECANA (e)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distribución: Decanato, EP: Medicina Humana Secretaría Académica, Archivo.



# 14% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

## Fuentes principales

- 10% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 12% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.


Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



## Metadatos Complementarios

<b>FACTORES RELACIONADOS A MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024</b>	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	ALONSO VICTOR MONZON CALIZAYA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	46298433
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0005-2629-7169">https://orcid.org/0009-0005-2629-7169</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29344129
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-4559-141X">https://orcid.org/0000-0002-4559-141X</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29590767
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506



Datos de investigación	
Línea de investigación	MEDICINA HUMANA - P09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>País: Perú</p> <p>Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca</p> <p>Latitud: -15.48178 Longitud: -70.12074 <a href="https://maps.app.goo.gl/xAsTdEHesg5KYWeg6">https://maps.app.goo.gl/xAsTdEHesg5KYWeg6</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Abril 2025 - Agosto 2025
URL de disciplinas OCDE	<p><b>Cirugía</b> <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.11">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.11</a></p> <p><b>Medicina clínica</b> <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00</a></p>



UNIVERSIDAD ANA NESTOR CACERES VELASQUEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*Figueras*  
Dra. María Concepción Figueras Vilca  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



### DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo ALONSO VICTOR MONZON CALIZAYA, identificado con DNI Nro. 72399151, en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

#### MEDICINA HUMANA

informo que he elaborado el/la  Tesis o  Trabajo de Investigación,  Trabajo Académico denominada:

**FACTORES RELACIONADOS A MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

Asesorado por: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca \_\_23\_\_ de octubre del 2025

Firma del Asesor  
(obligatoria)

Firma del Estudiante  
(obligatoria)



Huella



## DEDICATORIA

A Dios, cuya presencia y guía he sentido en cada uno de estos años, agradezco por permitirme arribar a este significativo umbral.

A mis padres y a mis hermanos, les debo mi gratitud; su continuo ejemplo y su apoyo incondicional han sido desde siempre el fermento que ha potenciado mi formación y las bases sobre las que se ha ido construyendo mi carrera. Sin su amor, su 'remedio a mis máximas debilidades y su estimulación a mis máximas aspiraciones, esta etapa no habría sido posible.



## AGRADECIMIENTO

Expreso mi gratitud a la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez por haberme brindado la oportunidad de completar la formación académica en Medicina Humana. Reconozco además, y de manera especial, a la doctora Gabriela Betty Arias Luque, mi asesora, por las acertadas recomendaciones y la constante guía que hicieron posible la conclusión exitosa de mi trabajo de investigación.



**ÍNDICE GENERAL**

DEDICATORIA..... iii

AGRADECIMIENTO..... iv

ÍNDICE GENERAL ..... v

INDICE DE TABLAS..... viii

INDICE DE FIGURAS..... ix

RESUMEN..... x

ABSTRACT ..... xi

INTRODUCCION ..... xii

**CAPITULO I**

**ASPECTOS GENERALES**

1.1.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 1

1.2. JUSTIFICACION..... 4

1.3.-OBJETIVOS ..... 5

1.4. HIPOTESIS ..... 6

1.5. VARIABLES ..... 7

**CAPITULO II**

**MARCO TEORICO**

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION..... 10

2.2. MARCO TEORICO ..... 23



2.3. MARCO CONCEPTUAL..... 57

**CAPITULO III**

**PROCEDIMIENTO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION**

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:..... 59  
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN: ..... 59  
3.3. METODOS APLICADOS A LA INVESTIGACION ..... 60  
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS ..... 61  
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS ..... 62  
3.7. CONTRASTACION DE HIPOTESIS..... 62  
3.8. CONFIABILIDAD Y VALIDACION DEL INSTRUMENTO..... 63

**CAPITULO IV**

**RESULTADOS Y DISCUSION**

4.1.RESULTADOS.....51  
4.2.CONCLUSIONES ..... 106  
4.3. RECOMENDACIONES.....108  
4.4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....88  
ANEXOS.....93  
ANEXO 1: MATRIZ DE DATOS.....93  
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....95  
ANEXO 3: INSTRUMENTO.....97



ANEXO 4: VALIDACION DEL INSTRUMENTO.....	99
ANEXO 5:AUTORIZACION INSTITUCIONAL.....	103



INDICE DE TABLAS

viii

Tabla 1	Edad relacionada a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024.....	66
Tabla 2	Grado de instrucción relacionado a la miomatosis uterina en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024.....	69
Tabla 3	Hemorragia uterina anormal relacionado a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024.....	72
Tabla 4	Dolor pélvico relacionado a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024.....	75
Tabla 5	Sensación de masa relacionado a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024.....	78
Tabla 6	Menarquia relacionada a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024.....	81
Tabla 7	Uso de anticonceptivos relacionado a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024.....	84
Tabla 8	Paridad relacionada a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024.....	87
Tabla 9	Obesidad relacionada a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024.....	99
Tabla 10	Diabetes mellitus relacionado a miomatosis en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024.....	102
Tabla 11	Tipo de mioma uterino más frecuente en el HCMM-J 2024.....	105



**INDICE DE FIGURAS**

Figura 1 Edad relacionada a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024..... 67

Figura 2 Grado de instrucción relacionado a la miomatosis uterina en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024..... 70

Figura 3 Hemorragia uterina anormal relacionado a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024..... 73

Figura 4 Dolor pélvico relacionado a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024..... 76

Figura 5 Sensación de masa relacionado a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024..... 79

Figura 6 Menarquia relacionada a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024..... 82

Figura 7 Uso de anticonceptivos relacionado a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024..... 83

Figura 8 Paridad relacionada a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024..... 88

Figura 9 Obesidad relacionada a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024..... 100

Tabla 10 Diabetes mellitus relacionado a miomatosis en pacientes atendidas en el HCMM-J 2024..... 103



## RESUMEN

El estudio tuvo como **objetivo:** Identificar los factores sociodemográficos, clínicos, gineco-obstétricos y patológicos relacionado a la miomatosis uterina en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024. **Material y métodos:** Se empleó un estudio de tipo básico, nivel relacional con un diseño no experimental, transversal, de enfoque cuantitativo y retrospectiva. Para hallar los resultados se empleó como técnica el análisis documental, recabando los datos en la ficha de recolección de datos utilizado como instrumento. La población fue de 69 pacientes, muestra de 67 pacientes. **Resultados:** A través de los resultados se identificó, los factores sociodemográficos significativamente asociadas con la miomatosis uterina, donde el 80.6 % son de 40 a 50 años ( $p=0.025$ ) y el 55.2% tienen un grado de instrucción de nivel secundaria( $p=0.040$ ), los factores clínicos donde el 85.1% presentó metrorragia ( $p=0.005$ ), el 61.2% presentó un dolor pélvico no cíclico ( $p=>0.025$ ), respecto de los factores gineco-obstétricos el 62.7% tuvo menarquia normal con ( $p=0.025$ ). **Conclusiones:** Se determinó que existe una asociación significativa entre los factores sociodemográficos, clínicos, gineco-obstétricos y patológico y la miomatosis uterina en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca del 2024.

**Palabras clave:** Miomatosis uterina, factores sociodemográficos, clínicos, gineco-obstétricos.



## ABSTRACT

The study **aimed to** identify sociodemographic, clinical, gynecological-obstetric, and pathological factors related to uterine myomatosis in patients treated at the Carlos Monge Medrano Hospital, Juliaca 2024. **Materials and methods:** A basic, relational study was carried out with a non-experimental, cross-sectional, quantitative, and retrospective design. Documentary analysis was used to obtain the results, collecting data from the data collection form used as an instrument. The population consisted of 69 patients, with a sample of 67. **Results:** Through the results, the sociodemographic factors significantly associated with uterine myomatosis were identified, where 80.6% are 40 to 50 years old ( $p = 0.025$ ) and 55.2% have a secondary education level ( $p = 0.040$ ), the clinical factors where 85.1% have metrorrhagia ( $p = 0.005$ ), 61.2% have non-cyclic pelvic pain ( $p \Rightarrow 0.025$ ), regarding gynecological-obstetric factors, 62.7% had normal menarche with ( $p = 0.025$ ). **Conclusions:** It is determined that there is a significant association between sociodemographic, clinical, gynecological-obstetric and pathological factors and uterine myomatosis in patients treated at the Carlos Monge Medrano Hospital, Juliaca in 2024.

**Keywords:** Uterine myomatosis, sociodemographic, clinical, gynecological-obstetric factors.



## INTRODUCCIÓN

La miomatosis uterina constituye la neoplasia benigna más representativa del contexto uterino, y su progresión a carcinoma maligno resulta extraordinaria. Los miomas están considerados como tumores sólidos derivados del miometrio. El examen histológico pone de manifiesto un marcante depósito de matriz extracelular, circunscrito específicamente por una finísima envoltura de tejido conectivo y fibras musculares, donde la fibronectina y los proteoglicanos son las macromoléculas mayoritarias.

Dentro del aparato reproductor femenino, este tipo de neoplasias ostenta la mayor prevalencia. Se estima que su frecuencia alcanza un 25 % en la población en edad fértil, cifra que se eleva a cerca del 40 % en cohortes que no han rebasado los 49 años.

Su presentación puede ser silente, aunque la forma más común implica alteraciones del ciclo menstrual, tales como hipermenorrea e intermenorrea, así como dolor en hipogastrio y sintomatología por compresión de estructuras adyacentes. La literatura refiere que, en el 30 % de los casos, se perciben características específicas como: hemorragias uterinas, dolor pélvico que, deterioran significativamente la calidad de vida. Adicionalmente, los miomas se han relacionado con algunas enfermedades como la anemia, infertilidad, abortos, parto prematuro e incontinencia urinaria.

La investigación pretende describir los determinantes que intervienen en el desarrollo de miomatosis uterina en el conjunto de pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, con corte de datos a diciembre de 2024



## CAPITULO I

### ASPECTOS GENERALES

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

##### 1.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Alrededor del 60% de las mujeres a nivel internacional presenta miomatosis en algún momento de su historia reproductiva, observándose un incremento progresivo que culmina en un auge de los 50 años de vida, etapa en la que la prevalencia asciende hasta el setenta por ciento en el segmento de edad correspondiente.

La etiología de los miomas, o fibromas, permanece sin esclarecerse. Sin embargo, aumentos en los niveles de estrógenos y, de manera posiblemente menos significativa, de progesterona parecen acelerar su crecimiento. Su tamaño incrementa durante el embarazo, cuando las concentraciones de estas hormonas se elevan, y se reduce generalmente tras la menopausia, cuando los niveles de ambos esteroides disminuyen drásticamente.

Algunos autores sustentan que toda presentación sintomática puede considerarse en estricto sentido secundarias a la localización y el crecimiento de los miomas, y no como secuelas inevitables de su mera presencia. A



pesar de ello, el signo clínico prevalente es la alteración menstrual, especialmente la hipermenorrea y la metrorragia, que aparece en aproximadamente el 30% de las mujeres con miomas.

Los miomas uterinos son considerados neoplasias pélvicas parcialmente benignas que se desarrollan a partir de las células musculares lisas del miometrio, y representan en las mujeres los tumores uterinos comúnmente diagnosticados durante la etapa fértil de la mujer. En Perú, se estima que entre un 20% y un 30% de mujeres que todavía no han llegado al límite de la menopausia sufren de miomas uterinos.

Estos tumores también representan cerca del 30% de las histerectomías programadas y el 60% de las laparotomías empleadas para abordar el dolor en la pelvis. Se ha registrado que la mayor incidencia de miomas en mujeres embarazadas se observa la edad en rangos de 34-42 años. A pesar de su gran prevalencia, la causa de los miomas aún no está clara y los factores de riesgo relacionados son poco comprendidos. Los casos en su mayoría pueden identificarse a partir a los 30 años.

Se ha observado una relación con determinados factores hormonales internos, como la edad de inicio de la menarquia, así como con el uso prolongado de anticonceptivos. Del mismo modo, se ha reconocido que el sobrepeso representa un factor de riesgo, mientras que tener múltiples partos se asocia con una menor incidencia en el diagnóstico de miomas.

Los hallazgos revelaron que los factores identificados como determinantes en el desarrollo de la enfermedad incluyeron, entre otros, tener más de 40 años, la aparición temprana de la menarquia y la obesidad. En nuestra área



todavía existen lagunas en la información que impiden una caracterización adecuada del estado actual de la miomatosis uterina. Para este propósito, se realiza este estudio con la finalidad de determinar y evaluar los factores asociados con la manifestación de la enfermedad dentro de la población de interés.

## 1.1.2. FORMULACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### PROBLEMA GENERAL:

**PG.** Cuáles son los factores sociodemográficos, clínicos, gineco-obstétricos y patológicos relacionados a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024?

### PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

**PE1.-** ¿Cuáles son los factores sociodemográficos relacionados a miomatosis uterina atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano?

**PE2.** ¿Cuáles son los factores clínicos relacionados a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano?

**PE3.** ¿Cuáles son los factores gineco-obstétricos relacionados con la miomatosis uterina en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano?

**PE4.** ¿Cuáles son los factores patológicos que se relacionan con la miomatosis uterina en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano?



**PE5.** ¿Cuál es el tipo de mioma más frecuente en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano?

## 1.2. JUSTIFICACIÓN

### JUSTIFICACIÓN TEORICA

La miomatosis uterina constituye en estos tiempos una de las patologías ginecológicas más frecuentes a nivel mundial, afectando a una porción significativa de la población femenina. Los miomas, o leiomiomas, son neoplasias benignas que surgen en la capa muscular del endometrio, donde muestran gran heterogeneidad tanto en dimensiones como en número. La diversidad de síntomas que pueden presentarse altera, en muchos casos, la calidad de vida de las afectadas. Por tanto, evidencia epidemiológica y clínica exige un conocimiento detallado de los determinantes asociados a esta afección, lo que aseguran la práctica diaria de los servicios de salud y la investigación de que esta condición represente un reto habitual.

### JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Resulta imperativo dotarse y utilizar herramientas de salud pública en el ámbito ginecológico. Los hallazgos derivados del presente análisis aportarán a los equipos clínicos y epidemiológicos evidencia para la formulación de dispositivos preventivos y de cribado precoces más sofisticados. Asimismo, la categorización pormenorizada de los factores de riesgo permitirá una repartición más eficiente de los recursos limitados que el sistema sanitario debe destinar a la atención a esta problemática, así como la minimización de complicaciones. Tal precisión en los protocolos de atención hará posible un



manejo individualizado, garantizando una atención de calidad y centrada en las necesidades específicas de cada mujer afectada.

## JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

El propósito de esta investigación es analizar la asociación de las variables. Con este propósito, se establece como población de estudio a todos los pacientes con diagnóstico confirmado de miomatosis uterina que fueron atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024. Para el procesamiento y análisis de los datos, se empleará la técnica de análisis estadístico como herramienta fundamental.

### 1.3.-OBJETIVOS

**OG:** Identificar los factores sociodemográficos, clínicos, gineco-obstétricos y patológicos relacionados a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**OE1:** Identificar los factores sociodemográficos asociadas a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano

**OE2.** Describir los factores clínicos asociadas a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano

**OE3.** Describir los factores gineco-obstétricos asociados a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.

**OE4.** Describir los factores patológicos relacionados a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano



**OE5.** Identificar el tipo de mioma más frecuente en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.

## 1.4. HIPÓTESIS

### HIPÓTESIS GENERAL

**HG.** - Existe asociación entre los factores sociodemográficos, clínicos, gineco-obstétricos y patológicos con la miomatosis uterina pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca del 2024.

### HIPÓTESIS ESPECIFICAS

**HE1.-** Los factores sociodemográficos como: la edad y el grado de instrucción están relacionados a la miomatosis uterina en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano.

**HE2.-** Los factores clínicos como: la hemorragia uterina anormal, el dolor pélvico y la sensación de masa están relacionados a la miomatosis uterina en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano.

**HE3.-** Los factores gineco-obstétricos como: menarquia, uso de anticonceptivos orales, y la paridad están relacionados a miomatosis uterina en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano.

**HE4.-** Los factores patológicos como: obesidad y diabetes mellitus están relacionados a miomatosis uterina en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano.

**HE5.-** El mioma intramural es el tipo más frecuente en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.



## 1.5. VARIABLES

Variable 1: Factores

Variable 2: Miomatosis uterina



### 1.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA DE VALORACION
1. Factores relacionados	1.1. Factores sociodemográficos	1.1.1. Edad	a) <40 años b) 40- 50 años c) >50 años
		1.1.2. Grado de instrucción	a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Superior
	1.2. Factores clínicos	1.2.1. Hemorragia uterina anormal	a) Menorragia b) Metrorragia c) No presenta
		1.2.2. Dolor pélvico	a) Dismenorrea b) No cíclico c) Dispareunia
		1.2.3. Sensación de masa en región pélvica	a) Si presenta b) No presenta
	1.3. Factores Gineco-Obstétricos	1.3.1. Menarquia	a) Menarquia normal b) Menarquia precoz c) Menarquia tardía
		1.3.2. Uso de anticonceptivos hormonales	a) De barrera b) Hormonales c) Ninguno
		1.3.3. Paridad	a) Nulípara b) Primípara c) Multípara



	1.4. Factores Patológicos	1.4.1. Obesidad	a) Si presenta b) No presenta
		1.4.2. Diabetes mellitus	a) Si presenta b) No presenta
2.Miomatosis Uterina		Tipo de mioma	a) Submucoso b) Intramural c)Subseroso



## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

##### A NIVEL INTERNACIONAL

Bonilla (6) objetivo consiste en describir el perfil clínico-epidemiológico de las mujeres atendidas con miomas en esa institución. El trabajo adoptó un diseño descriptivo, retrospectivo, no experimental y de corte transversal, empleando como población 132 pacientes diagnosticadas con miomatosis atendidas. La recolección se basó en el examen de los registros clínicos de las pacientes. Los hallazgos evidencian que el 65,91% de las mujeres atendidas presentaron miomas uterinos. Entre las características clínicas, el 56,06% de los casos se destacó por registrar menorragia, mientras que el 70,76% evidenció anemia, considerada como la complicación más frecuente. Estos resultados concuerdan con las cifras de la AGO de México, que documentó una prevalencia aproximada del 60% y una anemia del 69% en pacientes con miomas, corroborando la relevancia clínica de la patología en el contexto estudiado. Conclusión: El examen comprensivo de las variables



evaluadas permitió describir las particularidades epidemiológicas de las mujeres con diagnóstico de miomatosis uterina, identificándose como manifestación más relevante y prevalente la menorragia, que origina la exigencia de atención en los servicios de ginecología y obstetricia de la institución.

Castro (7) El objetivo consistió en caracterizar los determinantes la asociación de las variables. Se empleó una metodología cuantitativa de diseño retrospectivo, no experimental, mediante la recolección de datos a partir de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico. Los hallazgos más relevantes indican que la menarquia precoz constituyó el factor de riesgo más frecuente, observándose que 42 pacientes iniciaron su menstruación entre los 9-10 años. La mayoría de la muestra fue de etnia mestiza (46 pacientes); las de raza negra ascendieron a 43. La franja etaria de mayor presentación fue la de 46 a 50 años; adicionalmente, se documentaron complicaciones urinarias en 42 de las integrantes del estudio, las cuales fueron recogidas y analizadas en el marco del proyecto de titulación. Conclusiones: Los principales determinantes de riesgo identificados fueron la pertenencia a las etnias mestiza-negra; la menarquia precoz, particularmente en el rango de 9 a 10 años; y el antecedente de patología ginecológica en familiares directas. El rango de edad que concentró la mayor frecuencia de casos fue de 46 a 50 años, le siguió la franja de 41-45 años, luego la de 35-40 años, y 51-55 años presentó la menor incidencia. Dentro de las complicaciones asociadas a la miomatosis uterina, la ITU se presentó con mayor frecuencia en el grupo de pacientes analizadas.



Young (8), Objetivos: analizar cómo las particularidades del mioma impactan en los resultados de una cesárea con miomectomía y evidenciar sus beneficios clínicos. Métodos: se obtuvo una cohorte retrospectiva de 292 mujeres con miomas que se intervinieron en el Kangnam Sacred Heart Hospital entre 2007 y 2019. Se formaron grupos de acuerdo con tipo, peso, número y diámetro de los miomas. Se compararon en los subgrupos los niveles de hemoglobina pre- y posoperatoria, el tiempo quirúrgico, la pérdida de sangre estimada, y la frecuencia de transfusión, embolización de la arteria uterina, ligadura, histerectomía y otros eventos adversos postquirúrgicos. Resultados: 119 pacientes se practicaron por cesárea; en las restantes 173 se realizó únicamente la cesárea. Se constató un aumento significativo hospitalario y en el tiempo quirúrgico en el grupo de miomectomía asociada a cesárea en comparación con el grupo que recibió cesárea aislada, con una diferencia media de 0,7 días ( $p = 0,01$ ) y de 13,5 minutos ( $p < 0,001$ ) respectivamente. La hemorragia quirúrgica estimada, las variaciones de hemoglobina y la tasa de transfusión fueron también superiores en el grupo de miomectomía.

Sin embargo, no se observaron discrepancias en las complicaciones posoperatorias, incluyendo fiebre, lesión vesical y trastornos de la motilidad intestinal, entre ambos grupos. En el colectivo de miomectomía no se reportaron casos de histerectomía. En el análisis estratificado, el riesgo hemorrágico se incrementó con el aumento del tamaño y del peso del mioma, evidenciando que la pérdida sanguínea, la diferencia en hemoglobina y la proporción de transfusiones se correlacionaron directamente con las



dimensiones del mioma. Adicionalmente, se registró un incremento notable en la estancia hospitalaria en las pacientes que presentaron miomas de mayor volumen y peso. Sin embargo, no se halló diferencia significativa entre los tres subtipos de mioma. Conclusión: En el contexto de una miomectomía concomitante a la cesárea, los miomas de mayor dimensión ( $\geq 10$  cm) y, particularmente, los que exceden los 500 g se relacionan con un incremento en los resultados adversos posquirúrgicos, mientras que el número y la clasificación histológica de los miomas no mostraron correlación relevante. Se concluye que la miomectomía en este contexto quirúrgico mantiene un perfil de seguridad comparable a la cesárea aislada, con el valor añadido de disminuir síntomas ginecológicos, así como de prevenir la necesidad de un segundo acto quirúrgico.

Andrade (9), objetivo general de establecer si existía una asociación entre variables de los pacientes de edad fértil que se atendieron en dicha institución. La investigación adoptó un diseño cuantitativo, de tipo descriptivo, no experimental, transversal, correlacional y retrospectivo, ya que se buscaba caracterizar la población y correlacionar variables sin intervenir en su evolución. La población se evaluó mediante el examen de historias clínicas, empleando un formulario validado para agilizar la recolección de datos de mujeres en edad reproductiva con diagnóstico de miomas uterinos. La muestra 50 pacientes seleccionadas de forma intencional. Al aplicar Chi-cuadrado ( $X^2$ ) para cada variable obstétrica, se constató una asociación estadísticamente significativa, destacándose la



edad, la paridad y el índice de masa corporal como los factores de mayor riesgo.

García (10), Se analizó una Cohorte similar, mediante una metodología que permitía caracterizar e interpretar las variables clínicas y la miomatosis. La investigación tiene como propósito establecer los factores vinculantes a la miomatosis uterina en mujeres. Para alcanzar esta meta, se desarrolló un estudio transversal-analítico en el que se incluyeron 246 mujeres atendidas en dicho servicio. La confirmación diagnóstica se efectuó mediante ultrasonido, y los datos se procesaron SPSS.V.22. La significación estadística ( $p < 0,05$ ), y se calcularon razones de prevalencia para establecer las asociaciones. La evaluación indicó que los fibromas uterinos se encontraron en 43.1% de la muestra, desglosándose a 25.0% en individuos de 30 a 35 años, 44.6% en aquellos de 36 a 45 años y 56.7% entre aquellos mayores de 45. Una evaluación de elementos que incluyen el inicio temprano de la menstruación, la falta de partos, el sobrepeso u obesidad, un estilo de vida sedentario y los niveles de actividad física no encontraron correlaciones notables. Se observó una correlación estadística notable entre los antecedentes maternos de fibromas uterinos y el desarrollo de la enfermedad, indicado por una razón de prevalencia de 2.19 (IC del 95%: 1.69–283,  $p = 0002$ ). Los resultados indican una alta prevalencia de fibromas uterinos dentro del grupo de estudio, con los antecedentes maternos señalados como un factor de riesgo clave.



## A NIVEL NACIONAL

Timana (11) El propósito del estudio fue identificar la asociación de las variables. El estudio empleó un diseño de casos y controles, reclutando a pacientes con diagnóstico confirmado de miomatosis (grupo caso) y a un grupo de referencia sin la patología (grupo control). Se recogieron datos sobre características sociodemográficas, antecedentes patológicos y antecedentes gineco-obstétricos. Entre los hallazgos más relevantes, se observaron asociaciones estadísticamente significativas con la miomatosis uterina que incluyeron la franja etérea de 36-60 años ( $p=0.024$ ), el antecedente de miomatosis en la familia ( $p=0.03$ ) y la aparición de la menarquia antes de los 12 años. De acuerdo con las conclusiones extraídas, tres factores se relacionan de manera significativa con la miomatosis uterina: la edad avanzada, los antecedentes táticos caso en la familia y la menarquia precoz que se presenta antes de los 12 años.

Abarca (12) Su objetivo fue determinar las características de las variables. Se adoptó un diseño observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo, considerando 182 pacientes con miomas uterinos, y se estudió en profundidad a 124 mujeres. Las características epidemiológicas fundamentales de los miomas uterinos observadas en el hospital incluyeron una mayor incidencia en mujeres menores de 50 años, en quienes estaban en su primer embarazo y en personas con un IMC que sugería sobrepeso u obesidad. Además, se observó una notable presencia de dislipidemias específicas y DM2 entre estas pacientes. Clínicamente, los síntomas



presentados incluyeron dismenorrea, metrorragia y anemia. La forma predominante de mioma fue la intramural, seguida de la submucosa.

Cubas (13) Objetivo de identificar los determinantes de la miomatosis uterina. La investigación, de diseño observacional, descriptiva, retrospectiva, de corte transversal, recopiló, a partir de registros clínicos, variables sociodemográficas, clínicas y antecedentes gineco-obstétricos. Al analizar la población, los factores de riesgo más representativos fueron: etnia mestiza (78 %), grupo etario de 31 a 40 años (80 %), obesidad (83 %), uso de anticonceptivos hormonales (67 %), historia familiar (40 %), nuliparidad (53 %), menarquia temprana (53 %), hipertensión arterial (15 %) y alcoholismo (15 %). La evaluación de la sintomatología del sangrado vaginal estuvieron presentes en el 82% y 81%, respectivamente. Además, 38 % de las pacientes desarrollaron complicaciones, siendo la anemia la más frecuente (21 %). El análisis reveló que el 69% de los miomas presentados fueron de tipo intramural y que el 19% de los tumores se localizaron en el endometrio en la forma submucosa. Asimismo, la mayoría de los pacientes mostraron miomas de diámetro menor o igual a 5 cm. En cuanto a los determinantes epidemiológicos, los hallazgos indican que la cohorte de pacientes del Hospital General de Jaén exhibe como factores de riesgo significativos la pertenencia a ciertas etnias, el rango de edad, la exposición a anticonceptivos hormonales, la edad de menarquía temprana y el estado de nuliparidad. Los antecedentes familiares, hipertensión arterial, y consumo excesivo de alcohol se asocian en menor grado. Se concluye que la



morfología predominante es el mioma intramural, y que los tumores se presentan con frecuencia en el rango menor de 0 a 5 cm de diámetro.

Saguma (14) dentificar qué factores contribuyen a la miomatosis uterina entre mujeres. Estudio de carácter observacional, descriptivo, cuantitativo, con un diseño no experimental y un enfoque transversal. La población y la muestra corresponden a 30 mujeres con diagnóstico. Se concluyó que el grupo mayoritario de pacientes con miomatosis está en el intervalo de 20 a 30 años, alcanzando el 56,7 % de la muestra. El 60,0 % se clasifica como mestizo, lo que le otorga predominancia étnica. Respecto a la educación sexual, el estudio revela que el 70,0 % de las encuestadas no ha recibido instrucción formal en temas de salud sexual. Finalmente, el 53,3 % de las pacientes presenta un IMC que se categoriza como sobrepeso. El ingreso promedio familiar es de S/.800, valor declarado por un 53,3% de las encuestadas. Cuando se examina la ocupación actual, un 66,7% de las participantes presenta educación secundaria como nivel de escolaridad. En lo que concierne al origen geográfico, el 53,3% se identificó como procedente de un área urbana. En cuanto a los antecedentes biológicos, el 63,3% reportó contar con antecedentes familiares de miomatosis uterina. Respecto al consumo de cigarrillos, un 60,0% de las participantes respondió que no fuma, mientras que el 76,7% rehúsa el consumo de bebidas alcohólicas. De igual forma, el 60,0% de las encuestadas reconoció la presencia de hipertensión, diabetes o infecciones vaginales. Por último, el 63,3% de la muestra indicó mantener un patrón de menstruación irregular.



Silva (15) Objetivo; identificación la asociación de las variables. Metodología, se diseñó un estudio analítico, observacional y de cohorte retrospectiva. Se extrajeron, de la base de datos obstétrica del Hospital La Caleta, 144 historias de gestantes atendidas entre enero de 2014 y diciembre de 2018 y se dividieron en grupo expuesto (miomatosis) y grupo no expuesto, cada uno con 72 gestantes. Resultados: La tasa de complicaciones obstétricas fue del 31,90 %, en comparación con el 12,50 % en el grupo no expuesto. En mujeres embarazadas con miomas, se observó placenta previa en el 10,40 % de los casos, mientras que la rotura prematura de membranas se presentó en el 8,30 %, lo que hace que estas dos complicaciones sean bastante frecuentes. Además, el mayor porcentaje de las gestantes con miomatosis se concentró en el rango de 34 a 42 años, y el riesgo relativo en esta subpoblación se calculó en 2,9 (IC 95%: 1,72-4,90,  $p < 0,001$ ). En definitiva, la evidencia obtenida permite establecer que la mujer gestante con miomatosis uterina está expuesta a un riesgo significativamente elevado de complicaciones obstétricas, confirmándose esta afirmación a través de datos estadísticos sólidos y confiables.

Rojas (16), El objetivo general consistió en delinear el perfil epidemiológico, la presentación clínica, los hallazgos diagnósticos, así como el abordaje terapéutico de los miomas uterinos. Utilizó un diseño observacional, descriptivo y retrospectivo, seleccionando una población de 420 historias clínicas diagnosticadas de miomas uterinos. Posteriormente, 190 historias que llenaron los criterios de inclusión se constituyeron en la muestra final. El muestreo se llevó a cabo mediante procedimientos probabilísticos, y se



aplicaron métodos estadísticos descriptivos para la presentación de los resultados. Los datos demográficos indican que la edad media de las pacientes fue de 41,83 años; el 58,9% de ellas resultó ser multipara; un 90,5% no presentó historia de menarquía precoz, y el 94,2% no refirió antecedente familiar significativo. Casi la mitad (46,3%) presentó un IMC en el rango de 26 a 30 kg/m<sup>2</sup>. En cuanto al sangrado uterino anormal emergió como la manifestación más frecuente, afectando al 92,1% de las pacientes. Otras manifestaciones reportadas incluyeron dolor pélvico (60,5%), sensación de presión pélvica (34,4%) y, en un 13,4%, repercusiones en la función reproductiva. En el análisis ecográfico el mioma uterino único observó una prevalencia de 60,5%, mientras que el tipo intramural se presentó en 44,2%, determinándose un diámetro promedio de 4,9 cm para el conjunto de lesiones. En cuanto a los tratamientos, 44,7% recibió enfoque médico, seguido de 35,2% que se sometió a histerectomía. Corolario: La cohorte analizada presentó una edad media de 41,83 años, con predominancia de pacientes con sobrepeso, multiparas, ausencia de antecedentes familiares, amenorrea temprana y regulada. La manifestación clínica predominante fue el sangrado uterino anormal, complementada por dismenorrea e incontinencia urinaria. El estudio ecográfico reveló miomas intramurales, únicos, con un diámetro mayor promedio de 4,9 cm. El enfoque terapéutico de elección fue el médico, en el que se anticipó y controló el recurso quirúrgico.

García (17) El objetivo fue detallar las características de las variables.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, con



un enfoque cuantitativo. La investigación se centró en un total de 339 pacientes, de los cuales se eligieron 247 conforme a los criterios de inclusión definidos. Se utilizó un formulario de datos y análisis estadístico con el software STATA MP. Los resultados incluyeron hemorragia uterina anormal (74,90 %), dolor pélvico (68,42 %) y anemia (50,20 %). Además, el tipo de leiomioma más frecuente fue el intramural, presentándose en un 51,42 % de los casos. El grupo de edad más representado fue el de 30 a 59 años, abarcando el 93.93 % de los casos. En el análisis obstétrico, se observó que las pacientes que habían tenido dos partos (30,36 %) y las que habían tenido múltiples partos (28,34 %) mostraron una mayor prevalencia. Solo se registraron 2 complicaciones intraoperatorias (0,81%) y, entre las complicaciones postoperatorias, la infección del sitio quirúrgico (4,45%) resultó ser la más prevalente. La técnica quirúrgica más realizada fue la histerectomía abdominal total (77,73%). Las conclusiones indican que los síntomas predominantes en la serie de casos evaluados. Asimismo, el leiomioma intramural fue el subtipo más frecuente. El rango de edad con mayor presentación se situó entre los 30 y 59 años, y la histerectomía abdominal total se constituyó en el abordaje quirúrgico más habitual de acuerdo al tipo de tratamiento recibido.

Herrera (18), Objetivo del trabajo fue identificar la asociación de las variables. Para lograrlo, se empleó un diseño observacional, analítico y retrospectivo de tipo casos y controles. Resultados: La incidencia de hipermenorrea en los casos de tumoraciones uterinas sin esta manifestación es del 12.58%, mientras que en aquellas que sí la presentan asciende al 20.75%. La



metrorragia se observa en el 19.50% de los casos, y en el 13.84% no se documenta; la dismenorrea aparece en el 16.14%, y en el 17.19% no se presenta. Respecto al dolor abdominal, se registra un 24.53%, mientras que en un 8.81% no se establece. La percepción de masa abdominal se documenta en el 17.19% de las pacientes, y no se reporta en el 16.14%; el diagnóstico de anemia se presenta en el 19.71%, sin anemia en el 13.63%. La menarquía temprana se observa en el 21.8%, mientras que se ausenta en el 11.53%. Un ritmo menstrual alterado se documentó en el 7.40%, y el 55.93% no reporta esta alteración. respecto al uso de reemplazo hormonal, el grupo que recibió estrógenos y progestágenos presentó un 20.96%, en contraste con un 12.37% que no recibió dichos fármacos. Conclusiones: La hipermenorrea se identifica como un factor clínico relevante en el diagnóstico de tumoraciones uterinas. Al analizar los factores clínicos y epidemiológicos, la multiparidad se erige como la única variable con un riesgo notable, con un cociente de cinco veces más de tendenciar al desarrollo de tumoraciones uterinas.

## **A NIVEL REGIONAL**

Holguín (19) Objetivo de determinar la asociación de las variables. Metodología, estudios de casos, diseño observacional, analítico, retrospectivo y no experimental. La muestra incluyó a 261 pacientes. El análisis y tratamiento de los datos estadísticos se llevó a cabo utilizando la versión 22 del software SPSS. Resultados: El análisis reveló que la principal variable sociodemográfica asociada a la miomatosis uterina fue la edad comprendida entre 40 y 50 años, con una odds ratio (OR) de 6.800, un intervalo de confianza (IC) de 3.81-12.15 y un valor de p de 0.000. Entre los



factores obstétricos, la menarquia precoz presentó una OR de 2.105 ( $p=0.005$ ) y la paridad reveló un predominio significativo de las nulíparas ( $p=0.000$ ). Respecto a los factores patológicos, la obesidad demostró una asociación muy marcada, con una OR de 6.121 (IC: 3.35-11.18,  $p=0.000$ ). Conclusión: Se consignaron significativas asociaciones entre la miomatosis uterina y tres grupos de factores: sociodemográficos ( $p=0.000$ ), obstétricos ( $p=0.005$ ) y patológicos ( $p=0.000$ ).

Villasante (18), Persigue como objetivo determinar la asociación de las variables. La investigación adopta un enfoque observacional, analítico, retrospectivo y de diseño no experimental. La población está conformada por las pacientes que acudieron al servicio de gineco-obstetricia. No se estableció un tamaño de muestra independiente, incorporándose las 60 pacientes que evidenciaron miomatosis uterina; esta selección se realizó mediante conveniencia no probabilística. Se incorporaron 60 pacientes adicionales sin miomatosis, seleccionadas a través de un muestreo aleatorio simple. Para la recolección de datos, se realizó un análisis de los historiales médicos. Resultados: Revela que la franja de edad entre 40 y 59 años es el único factor demográfico relacionado con la miomatosis uterina en la muestra estudiada. Entre los antecedentes obstétricos, se registró menarquia a los 13 a 16 años, ciclos menstruales irregulares y primiparidad. El único antecedente patológico destacado fue la obesidad. La forma operatoria más común en la serie fue la histerectomía abdominal, la cual se practicó en 33 pacientes, lo que permite un análisis pormenorizado de la miomatosis uterina y su tratamiento. En conclusión, los determinantes epidemiológicos y clínicos más relevantes fueron la edad de la mujer entre 40 y 59 años, los síntomas



referidos, los antecedentes menstruales, la primiparidad y la obesidad. El abordaje quirúrgico que mayor aplicación tuvo en la población estudiada fue la histerectomía con vía abdominal.

## 2.2. MARCO TEÓRICO

### MIOMATOSIS UTERINA

Los leiomiomas constituyen neoplasias benignas derivadas de músculo liso que se desarrollan principalmente dentro del miometrio. Comúnmente se denominan miomas uterinos y poseen una consistencia fibrosa a causa del elevado contenido de colágeno que los caracteriza, lo que ha dado lugar a su denominación incorrecta de fibroma (1).

Los miomas uterinos se encuentran entre los problemas ginecológicos más frecuentes que enfrentan las mujeres en edad fértil. Estos tumores benignos surgen del músculo liso del útero y, si bien no son dañinos, pueden causar diversas complicaciones según su tamaño, ubicación y cantidad. Si bien en algunas mujeres suelen pasar desapercibidos, en otras pueden provocar síntomas graves como sangrado menstrual abundante, molestias pélvicas, presión sobre órganos adyacentes o dificultades para concebir, lo que en última instancia afecta su calidad de vida en general.

Diversos estudios señalan que la aparición de los miomas está relacionada con factores hormonales, genéticos, ambientales y reproductivos, lo que explica por qué no todas las mujeres tienen el mismo riesgo de desarrollarlos. De igual manera, la edad, la obesidad, la nuliparidad y los



antecedentes familiares suelen mencionarse como factores que aumentan la probabilidad de presentar esta condición.

En Perú, los miomas uterinos frecuentemente motivan visitas a clínicas de ginecología y a menudo conducen a intervenciones quirúrgicas, incluida la miomectomía o la histerectomía. En regiones como Puno y en hospitales de referencia como el Carlos Monge Medrano de Juliaca, este problema cobra especial relevancia, ya que la atención de estas pacientes implica no solo un reto médico, sino también social y económico, debido a las implicancias que trae para la salud reproductiva de las mujeres y para el sistema sanitario en general.

Por consiguiente, investigar los elementos asociados con la aparición de miomas uterinos en pacientes de este hospital durante 2024 ofrecerá una comprensión más completa del contexto local. Esta información facilitará la formulación de estrategias de prevención, métodos de detección temprana y enfoques de manejo adecuados, adaptados a las necesidades específicas de la población femenina.

Su desarrollo se produce en el miometrio uterino, donde se constituyen de fibras musculares lisas y tejido conectivo. Los miomas se presentan como lesiones únicas o múltiples, rodeadas por una pseudocápsula(1).

### **Clasificación:**

-Leiomioma submucoso.

-Leiomioma intramural.



-Leiomioma subseroso.

-Leiomioma sin otra especificación.

### **Clasificación FIGO:**

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) propuso un sistema de clasificación específico para los miomas uterinos, con el fin de estandarizar su descripción y facilitar tanto el diagnóstico como el tratamiento. Antes de esta propuesta, existía cierta dificultad para uniformizar la forma de reportar los hallazgos clínicos e imagenológicos, lo que generaba confusiones en la práctica médica.

La clasificación FIGO organiza los miomas según su localización en relación con la cavidad uterina y la pared del útero, asignándoles números que van del 0 al 8. De esta manera, se diferencian los submucosos, intramurales y subserosos, además de aquellos con localizaciones especiales como los cervicales o los parasitarios. Este sistema ha sido ampliamente aceptado porque permite una mejor comunicación entre especialistas, orienta la toma de decisiones y favorece la comparación de resultados en estudios clínicos.

En la práctica, conocer la clasificación FIGO resulta fundamental, ya que los síntomas y el manejo de los miomas dependen de su ubicación. Por ejemplo, los miomas submucosos suelen relacionarse con sangrados abundantes e infertilidad, mientras que los subserosos pueden ocasionar presión en órganos vecinos. Por ello, esta clasificación no solo representa una herramienta descriptiva, sino también una guía para planificar el tratamiento más adecuado en cada paciente.



FIGO establece un sistema de categorización según la localización del mioma (21).

**Miomas submucosos** (FIGO tipos 0, 1, 2) Se desarrollan en las células miometriales que se encuentran justo debajo del endometrio. Estas anomalías se extienden a la cavidad uterina (21).

Los miomas submucosos son un tipo de tumor benigno que se desarrolla dentro de la cavidad uterina, justo debajo de la superficie endometrial. Aunque constituyen una proporción menor dentro de la clasificación de leiomiomas, a menudo son más problemáticos y sintomáticos debido a su ubicación y sus efectos fisiológicos en la superficie endometrial. Al alterar la cavidad, estas lesiones modifican la arquitectura endometrial, lo que lleva a sangrado uterino anormal, infertilidad o abortos espontáneos recurrentes, lo que les confiere una importancia clínica significativa (Stewart, 2017).

Su diagnóstico a menudo se realiza mediante estudios de imagen, especialmente ecografía transvaginal y histeroscopia, que demuestran con precisión el tamaño, número y ubicación de los nódulos. Desde una perspectiva terapéutica, los miomas submucosos tienden a ser más sintomáticos y, por lo tanto, requieren intervenciones más agresivas, ya que impactan directamente en la calidad de vida de las pacientes. Las opciones incluyen miomectomía histeroscópica y, en algunos casos, control de síntomas con tratamiento farmacológico, aunque la elección se determina por factores como la edad, intención reproductiva y severidad de los síntomas (Catherino et al., 2018).



En cuanto a su salud, comprender su naturaleza y el impacto de los miomas submucosos es imprescindible para la práctica clínica, especialmente por los efectos que tienen en la salud reproductiva de la mujer y los efectos que tienen en su bienestar físico y emocional.

**Miomas intramurales** (FIGO tipos 3, 4, 5) se desarrollan dentro de la pared del útero, pudiendo expandirse y modificar la cavidad o la superficie serosa.

Un determinado número de leiomiomas se presenta como lesiones transmurales que se extienden de la serosa a la mucosa (21).

Dentro de la clasificación de los leiomiomas uterinos, los miomas intramurales son los más frecuentes. Se localizan en la capa muscular del útero, el miometrio, donde pueden crecer hacia la excavación uterina o hacia la porción externa en la superficie. Su evolución tiende a asociarse con un incremento en el tamaño global del útero, lo que en muchas pacientes los hace detectar a partir de síntomas relacionados con el volumen tumoral, como el dolor pélvico, la presión en el abdomen, dismenorrea o un incremento en el flujo menstrual (Baird & Dunson, 2018).

Los miomas intramurales, a diferencia de los submucosos, tienden a ser asintomáticos durante largos períodos de tiempo, lo que demora su diagnóstico. Sin embargo, en algunos casos, a pesar de sus características asintomáticas, se les asocia con problemas reproductivos, en parte por la alteración de la contractilidad uterina, distorsionando la cavidad endometrial (Parker, 2017).



En cuanto a su tratamiento, las opciones van desde el manejo clínico con medicamentos hormonales hasta intervenciones quirúrgicas como la miomectomía, o en casos más severos, la histerectomía. La selección de un tratamiento particular está sujeta a la particularidad de cada paciente que incluya el tamaño del mioma, la edad, si presenta o no síntomas y la preferencia de conservación de la fertilidad.

Por lo tanto, los miomas intramurales constituyen un cuadro clínico que no solamente afecta la salud ginecológica de la mujer, sino el bienestar integral, lo que los convierte en un diagnóstico de suma importancia.

**Miomas subserosos** (FIGO tipos 6, 7) se originan en la superficie serosa del útero, pudiendo ser de base amplia, en pedículo o intraligamentarios(21).

Los miomas subserosos son aquellos que se desarrollan en la parte externa del útero, justo debajo de la serosa, proyectándose hacia la cavidad pélvica. A diferencia de otros tipos de leiomiomas, estos y su desarrollo son menos alterantes en el ciclo menstrual, ya que no se involucran al endometrio. No obstante, su crecimiento puede dar lugar a síntomas por el efecto de masa como dolor pélvico, presión y distensión abdominal, estreñimiento o dificultad urinaria, todo esto por la compresión a órganos adyacentes (Stewart, 2017).

En la mayor parte de los casos, los miomas subserosos son asintomáticos y se descubren de manera fortuita durante estudios de imagen, como ecografías o resonancias magnéticas. Sin embargo, en algunos casos, pueden llegar a afectar la calidad de vida de la paciente e inclusive provocar



complicaciones como la torsión del pedículo en los miomas subserosos pediculados, que se considera una emergencia ginecológica (Bulun, 2019).

El tratamiento a seguir se basa en la sintomatología y en la historia clínica de la paciente. En casos moderados, la intervención médica suele ser conservadora, no obstante, en casos de síntomas moderados a severos o en caso de un crecimiento considerable, se deben realizar procedimientos quirúrgicos que varían desde miomectomías a histerectomías, siempre y cuando se respete la preservación de la fertilidad y las expectativas de la paciente.

En resumen, aunque los miomas subserosos no invasivos son indiferentes a la cavidad uterina, su consecuencia clínica está relacionada de manera preponderante a su tamaño y la tensión que ejercen sobre las estructuras adyacentes, lo que los convierte en una condición que demanda monitoreo y atención personalizada.

**Los miomas cervicales** (FIGO tipo 8) se sitúan en el cuello uterino en lugar de en el cuerpo uterino (21).

Los miomas cervicales son un tipo de leiomioma que es relativamente raro ya que se sitúan en la región cervical. Su ocurrencia es mucho menor que la de los tipos submucosos, intramurales y subserosos, ya que comprenden una fracción mucho más pequeña de los casos diagnosticados. No obstante, la prevalencia relativamente rara de estos miomas cervicales, su ubicación anatómica les confiere características únicas, ya que pueden causar síntomas asociados con la obstrucción del canal cervical, canal y



comprimiendo estructuras adyacentes, y en algunos casos, pueden causar dificultades en el proceso de parto o en la colocación de dispositivos intrauterinos (Dueholm, 2017).

Los miomas están típicamente asociados con sangrado genital anormal, dolor pélvico y una sensación de presión en la región abdominal inferior. Si estos miomas alcanzan un tamaño significativo, pueden alterar la anatomía normal del canal cervical y llevar a algunas complicaciones mecánicas como dificultades en el vaciado de la vejiga y el recto debido a su proximidad (Stewart, 2017).

Los hallazgos incidentales de la ecografía transvaginal y la resonancia magnética han permitido determinar el tamaño, la ubicación de la lesión y sus relaciones con otras estructuras pélvicas. En cuanto al tratamiento, el enfoque quirúrgico y su estrategia terapéutica siguen el espectro sintomático, la edad de la paciente y sus deseos reproductivos. Es común recurrir a la miomectomía o, en casos más complejos, a la histerectomía debido a las dificultades del enfoque quirúrgico técnico que presentan estos casos (Bulun, 2019).

Para resumir, aunque los miomas cervicales son raros, su ubicación puede complicar el diagnóstico y el tratamiento, planteando considerables implicaciones clínicas en la salud ginecológica de la mujer. Por lo tanto, esta condición requiere atención meticulosa.



## Fisiopatología

Se ha visto factores de crecimiento que contribuyen a la formación de estas lesiones, en particular la activina, la miostatina y, especialmente, el estrógeno y la progesterona, junto con sus receptores específicos, que son cruciales para el crecimiento y desarrollo tumoral. Se trata de tumores monoclonales que surgen de un único miocito maduro dentro de la capa muscular del útero, conocida como miometrio. Desde la perspectiva histológica, los miomas se definen como neoplasias benignas que exhiben una organización predominantemente muscular, en la que se interpone un incremento de matriz extracelular. Resulta, por lo tanto, que los miomas presentan un comportamiento casi siempre benigno. (21).

El origen celular de los fibromas uterinos permanece indeterminado; no obstante, un conjunto coherente de datos indica que surgen de la transformación de una única célula madre del miometrio, cuyo cambio parece ser potenciado por las hormonas ováricas. En consecuencia, los análisis genómicos recientes de estos tumores han llevado a la clasificación de los fibromas como neoplasias monoclonales. Cabe destacar que en la porción miometrial se localizarían células madre somáticas multipotenciales (21).

El análisis comparativo de células miometriales fibromatosas y normales reveló que la subpoblación de células madre fibroides tiene un nivel significativamente reducido de receptores de estrógeno y progesterona. La expansión de estas células madre del fibroma se torna dependiente de la presencia simultánea de células miometriales que contienen un elevado



número de receptores y derivados de ambos esteroides, que ofrecen así un microambiente apropiado. Complementariamente, el efecto de los esteroides sobre las células madre se desarrolla a través de un mecanismo paracrino dirigido por las propias células miometriales (21).

La proliferación de los leiomiomas guarda una estricta relación con los estrógenos y sus receptores correspondientes. Múltiples investigaciones han evidenciado que el ARN mensajero y la expresión proteica de los receptores ER- $\alpha$  y ER- $\beta$  se hallan en niveles significativamente elevados en los leiomiomas, en comparación con las muestras de miometrio sano, lo que refuerza su papel mediador en la fisiopatología de estos tumores (21).

La evidencia sugiere que los estrógenos representan el principal mediador del crecimiento de los fibromas, fenómeno que se produce durante la fase reproductiva y que se revierte tras la menopausia. Éste resulta reforzado durante el embarazo, mientras que el hipoestrógeno derivado de la administración de agonistas y antagonistas de la GnRH desencadena involutiva a la formación (21).

La fisiopatología de la miomatosis uterina es un proceso complejo en el que intervienen diversos factores hormonales, genéticos, celulares y ambientales. Aunque los miomas son tumores benignos, su desarrollo no es casual, sino resultado de una interacción continua entre el entorno hormonal de la mujer y las características propias del tejido uterino.

El estrógeno / progesterona desempeñan un rol preponderante en la estimulación del crecimiento de las células musculares lisas del útero, así



como en la producción de la matriz extracelular, elementos que influyen en la formación de miomas. Asimismo, las alteraciones genéticas podrían incrementar la vulnerabilidad de algunas mujeres a la enfermedad, así como también modificar los factores de crecimiento y las citoquinas que favorecen el crecimiento tumoral.

Por otro lado, la angiogénesis (es decir, la formación de nuevos vasos sanguíneos) también participa en la fisiopatología, proporcionando el soporte necesario para que los miomas aumenten de tamaño. De igual manera, la inflamación local y la interacción con células del sistema inmune contribuyen a mantener el ambiente favorable para su progresión.

Comprender este proceso resulta fundamental, ya que no solo ayuda a explicar por qué algunas mujeres presentan síntomas más severos que otras, sino que también abre la posibilidad de diseñar terapias dirigidas que actúen sobre los mecanismos específicos que impulsan el crecimiento de los miomas.

## **FACTORES ASOCIADOS A LA MIOMATOSIS UTERINA**

### **Factores Sociodemográficos**

Las variables sociodemográficas influyen significativamente en la aparición y el desarrollo de diversas enfermedades, incluyendo los miomas uterinos. Diversos factores; influyen significativamente en la salud de la mujer y pueden afectar su probabilidad de desarrollar ciertas afecciones ginecológicas.



En el caso de la miomatosis, se ha observado que suele ser más frecuente en mujeres en edad reproductiva avanzada, especialmente después de los 35 años, etapa en la que los cambios hormonales favorecen la formación de miomas. Del mismo modo, la nuliparidad, el retraso en la maternidad y ciertos estilos de vida asociados al entorno urbano se han reconocido como elementos que elevan la probabilidad de padecer la enfermedad.

Por otra parte, el nivel de educación y la situación económica también influyen en la detección temprana y el acceso a los servicios de salud. Mujeres con menor escolaridad o recursos limitados pueden presentar un diagnóstico tardío, lo que complica el tratamiento y prolonga el impacto de los síntomas en su vida cotidiana.

Estudiar los factores sociodemográficos en la población local no solo permite identificar los grupos más vulnerables, sino que también contribuye a diseñar estrategias de prevención y educación en salud, enfocadas en mejorar la calidad de vida de las mujeres y disminuir las complicaciones asociadas a la miomatosis uterina.

El estudio de distintas patologías tiene en consideración los factores sociodemográficos, dado que estos revelan de forma más clara las características personales generando problemas de salud. El lugar de residencia son determinantes para comprender la incidencia y el comportamiento de esta patología en la mujer. Además, estos factores condicionan no solo la exposición a ciertos riesgos, sino que también determinan el nivel de utilización de los servicios de salud y las políticas que se toman en relación al diagnóstico y tratamiento (OMS, 2020).



La edad, para el caso, se reconoce como uno de los principales predictores en el desarrollo de miomas, considerando que su prevalencia aumenta en mujeres de la edad reproductiva, y alcanza su mayor prevalencia alrededor de los 35 a 50 años. En términos de clase, la condición socioeconómica y el nivel educativo también se relacionan directamente con el interés que poseen las mujeres respecto a la enfermedad, con su disponibilidad para buscar atención en el momento adecuado, y la adherencia a los tratamientos. Asimismo, la cultura y la condición de vivir en un área urbana o rural también pueden introducir diferencias relevantes que influyen en la atención ginecológica y en la identificación temprana de la patología (Baird et al., 2017).

En este sentido, el estudio de los factores sociodemográficos en cuestión permite abordar el problema no solo desde un ángulo clínico, sino también desde la dimensión social y de salud pública. Abordarlos en la investigación aumenta la comprensión sobre la distribución de la miomatosis uterina y, por lo tanto, permite diseñar intervenciones de prevención y tratamiento que se ajusten a las particularidades de la población estudiada.

## **Edad**

La prevalencia observada en mujeres de etnia caucásica es del 40% en torno a los 35 años y se eleva a 70% a los 50 años, con datos que se corroboran a escala internacional, incluyendo los reportes de nuestro contexto nacional. A su vez, se estima que hasta el 25% de la población en edad reproductiva presenta leiomiomas de carácter asintomático (1).



La literatura documenta un incremento en la aparición de nuevos casos de leiomiomatosis a medida que avanza la edad. Asimismo, el grupo étnico de color tiende a desarrollar fibromas uterinos a una edad relativamente precoz (14).

Considerando el incremento de casos, se puede establecer que el contexto etario, se constituye en uno de los factores más pertinentes en el desarrollo de la miomatosis uterina, en virtud de que se observa una particular relación entre el ciclo reproductivo de la mujer y la aparición de quistes benignos. Diferentes investigaciones consultadas muestran que la incidencia de los miomas sigue una progresión conforme se va avanzando en edad, observándose su mayor incidencia entre los 40 y 50 años, que coincide con el periodo en que ocurren las hiperemias cíclicas acompañadas de variaciones marcadas en la progesterona y hormona esteroidea, en especial los estrógenos, que son decisivas para el crecimiento de estas lesiones (Stewart, 2017).

En mujeres menores de 40 años de edad, la presencia de miomas, aunque menos frecuente, no es completamente ausente, especialmente en aquellas mujeres con antecedentes familiares o antecedentes de factores de riesgo. En esta franja de edad los miomas son más frecuentemente diagnosticados de forma incidental durante evaluaciones ginecológicas de rutina o en estudios de infertilidad. En contraste, de 40 a 50 años de edad, con esta franja etaria se asocia la mayor carga de la enfermedad con sintomatología más marcadas como; menorragia, dolor pélvico, y aumento del volumen uterino. En mujeres de más de 50 años, con la menopausia y disminución de



la producción hormonal, los miomas tienden a estabilizarse o en algunos casos, a reducirse de tamaño, aunque persisten los riesgos de sufrir complicaciones por lesiones miomatosas de otros miomas menopáusicos (Bulun, 2019).

Así, el estudio por cohortes de edad en los cuales se agrupan las mujeres permite elucidar de mejor forma la historia natural de los miomas, ofrecer un mayor entendimiento con relación a la carga que estos representan en la salud de la mujer, en esta, en especial, para el diseño de políticas de prevención, diagnóstico, y tratamiento que se adapten a la edad y etapa de vida de la mujer.

### **Grado de instrucción**

Se entiende, el nivel máximo de formación alcanzado por una persona, independientemente de que el programa de estudios hubiere sido cerrado o se halle pendiente de conclusión. Se clasifican en instrucción primaria, secundaria, superior y en analfabeto, siendo esta última una categoría que prescribe la falta de alfabetización en cualquiera de los sistemas convencionales. Cabe resaltar que el nivel de instrucción guarda una relación de interdependencia ciertamente acusada con el estado de salud, dado que una formación más amplia tiende a mediar la adopción de hábitos más protectores y la adecuada búsqueda de los servicios asistenciales de salud, mientras que la salud deficiente puede, a su vez, limitar la capacidad de continuar formación profesional o académica. La progresión instruccional financia la interiorización de habilidades, principios y comportamientos que propician a la colectividad un estado de salud



sostenido, capacitándola para efectuar elecciones entendidas. Poseer conocimientos sobre nutrición, actividad física y autocuidado es, en última instancia, una prerrogativa para la vida laboral, lo que valora la posible reducción en la incidencia de trastornos y el saneamiento de costos asistenciales (22).

El grado de instrucción es un indicador sociodemográfico de gran interés en el marco de la salud de la mujer, porque, en el caso de educación, influye el nivel que se haya alcanzado en el conocimiento, en la percepción y en las decisiones de salud. En el caso de la miomatosis uterina, la instrucción de la paciente puede influir en la temporalidad en la que los síntomas son identificados, la atención médica es buscada, y el diagnóstico y tratamiento son (Organización Panamericana de la Salud-OPS, 2019).

Las mujeres que no disponen de educación formal o que la de la primaria, tienen limitaciones en reconocer la enfermedad y comprender la importancia del seguimiento médico, lo que puede retrasar la detección temprana y agravar las complicaciones. En el grupo con educación secundaria se observa un mayor grado de conciencia en la necesidad de control ginecológico, aunque, en este grupo, también se puede contar con barreras culturales o socioeconómicas que obstaculizan la atención a los servicios de salud. En el caso de mujeres a las que se les reconoce educación superior, estas tienen un mayor grado de facilidad a la información, a las decisiones de tratamiento y a los recursos médicos (Baird et al., 2017).



En este sentido, el análisis sobre el nivel educativo arroja luz sobre cómo las desigualdades educativas afectan la salud reproductiva y la prevalencia de fibromas uterinos. Además, este análisis ayuda a desarrollar estrategias de prevención dirigidas y campañas de alfabetización en salud adaptadas a los diversos estratos educativos de la población femenina.

## **FACTORES CLÍNICOS**

Uno de los indicadores clínicos clave de la miomatosis uterina es el sangrado uterino anormal, que es el síntoma más común y a menudo impulsa a las pacientes a buscar atención ginecológica. Este sangrado irregular puede presentarse en forma de menstruaciones abundantes, periodos prolongados o sangrados intermenstruales, que en muchos casos afectan de manera significativa la salud física y emocional de la mujer.

La hemorragia uterina anormal se explica por varios mecanismos fisiopatológicos asociados a la aparición de los miomas. Estos factores abarcan la deformación de la cavidad endometrial, una mayor superficie de sangrado, modificaciones en la contractilidad uterina y variaciones en el suministro de sangre local. Estas modificaciones interfieren con el ciclo menstrual normal y generan pérdidas sanguíneas excesivas que, si no se controlan, pueden conducir a anemia ferropénica y a un deterioro importante de la calidad de vida.

Este síntoma, además de tener repercusiones clínicas, implica consecuencias sociales y económicas, ya que muchas pacientes ven limitadas sus actividades laborales, académicas o familiares. Por ello, la



hemorragia uterina anormal no solo debe entenderse como una manifestación clínica, sino también como un indicador que orienta al diagnóstico y al tratamiento oportuno de la miomatosis uterina.

Los factores clínicos constituyen literalmente un conjunto de componentes que se refieren a la ocurrencia y progresión de fibromas uterinos y, por lo tanto, moldean la salud de una mujer y ayudan a idear la estrategia médica apropiada para abordarlos. Estos factores incluyen algunas de las características clínicas más comunes, como sangrado uterino anormal, dolor pélvico, dismenorrea, infertilidad y distensión abdominal. Estas manifestaciones, aunque con una amplia variedad de variabilidad en intensidad y frecuencia, son los motivadores más comunes para buscar consulta médica y son importantes para el diagnóstico oportuno de esta condición (Stewart, 2017).

El sangrado uterino, a menudo el más impactante, ya que puede desencadenar anemia y afectar significativamente la calidad de vida de una paciente. Además, el dolor pélvico y la presión abdominal están asociados con el tamaño y la ubicación de los miomas, y la infertilidad, junto con la pérdida recurrente del embarazo, emergen como complicaciones en mujeres en edad fértil. Tales signos y síntomas clínicos no solo indican la presencia del tumor, sino que también demuestran la gravedad de la enfermedad y la necesidad de una medicina oportuna y a menudo intervencionista (Bulun, 2019).

Así, el estudio clínico de una población específica es particularmente importante para definir las características de la miomatosis uterina dentro de



un grupo demográfico definido. Este estudio también ayuda a diferenciar a las pacientes en función de su sintomatología y la respuesta posterior al tratamiento, lo cual es crítico para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de las pacientes.

## **Hemorragia uterina anormal**

Bajo el principio de la fisiología menstrual, la integración temporal entre el endometrio y un repertorio de estímulos hormonales es el componente nuclear en el que se funda el cese de la vida tisular. Un desplazamiento en la cadencia endometrial, en el que el epitelio o la capa funcional no regresan a la basalis, o en la que el conjunto de mediadores hormonales se expone a estímulos disratados, culminan en un aumento de vascularidad y en la disrupción de la molécula. Aquellos desequilibrios son, a su vez, fuentes primarias de la hemorragia uterina anormal, que se describen en la nomenclatura clínica como metrorragia o como menorragia. Independientemente de la causativa, la evacuación anormal de hemacias desde el útero se ha homologado a una de las presentaciones más frecuentes en pediatrias ginecológicas, entre las de prime y en la premenopáusica o en la que surgen las neoplasias intraepitelial<sup>231</sup>.

La hemorragia uterina anormal presenta diversas morfologías que resultan de variaciones en la intensidad o la duración del sangrado. Se denomina menorragia a la menstruación que es cíclica, pero persistente y abundante. Los criterios objetivos son que la hemorragia persista más de siete días o que exceda los 80 ml por ciclo. Por otra parte, la metrorragia corresponde a un sangrado que ocurre en intervalos intermenstruales.



**El dolor pélvico** que puede asociarse a los miomas es, por lo general, de origen no neoplásico. Los fibromas generalmente no causan dolor; sin embargo, cualquier molestia que pueda ocurrir generalmente se debe a efectos de presión resultantes del tamaño y la posición del tumor. El dolor abdominal que se puede asociar al mioma, en su lugar, es consecuencia de complicaciones que pueden asociarse, como la torsión de un mioma subseroso que presenta un pedículo, la degeneración necrobiótica de un mioma intramural o la expulsión de un mioma submucoso que ha desarrollado un pedículo. Por su parte, los datos sintomatológicos de compresión son específicos del lugar de origen y de la colocación del componente fibroso.

Las complicaciones que involucran el aparato intestinal son infrecuentes en el contexto de los miomas, en tanto que los síntomas de tipo urinario son más corrientes y se encuentran condensados en fenómenos como polaquiuria y tenesmo al abordarse un mioma en la cara anterior del miometrio. Para tumores que se desarrollan en la cara anterior del cérvix, pueden presentarse retenciones urinarias simples o, en el contexto de una incarceration pélvica del útero miomatoso, retenciones urinarias agudas.

La obstrucción ureteral secundaria a hidronefrosis por la presencia de miomas cervicales, así como a aquellos fibromas voluminosos que se desarrollan dentro del ámbito del ligamento ancho, debe constituir una de las complicaciones a considerar sistemáticamente en la evaluación de la paciente.



La paciente puede referir una sensación de masa en la región abdominopélvica, signo que debe documentarse en la historia clínica a fin de completar el examen físico y de orientar la actitud complementaria.

La hemorragia uterina anormal continúa siendo uno de los síntomas más nocivos en la vida diaria de mujeres con miomatosis uterina, y en la mayor parte de los casos, es la principal razón de búsqueda de atención médica. Este déficit se observa por medio de los cambios en la cantidad, el tiempo y la regularidad en el sangrado menstrual, lo cual reduce la calidad de vida y la salud en la vida cotidiana de las pacientes (Munro et al., 2018).

Una de sus formas más habituales es la menorragia, la cual se distingue por la atención tanto en la cantidad como en la duración del sangrado menstrual, que habitualmente se asocia con anemia ferropénica, además de un deterioro en el estado de salud general de la paciente.

También existe la metrorragia que se caracteriza por la aparición de sangrados de forma irregular entre los ciclos menstruales, lo que resulta muy angustiante para la mujer y requiere una valoración ginecológica de forma urgente. Sin embargo, hay un grupo de pacientes que no presenta hemorragia uterina anormal, lo que demuestra que la sintomatología de los miomas es bastante más variada en su presentación y, en algunos casos, puede ser asintomática (Stewart, 2017).

Reconocer estas manifestaciones es esencial para dirigir un diagnóstico oportuno y formular estrategias de tratamiento apropiadas. Además, su



análisis ayuda a entender la magnitud del impacto psicosocial que la miomatosis uterina tiene en la vida de una mujer.

La sensación de masa en la región pélvica es un síntoma que se puede observar en féminas que padecen de miomatosis uterina, especialmente cuando los tumores son de un tamaño considerable. Esto se relaciona con la evolución de los miomas, los cuales aumentan el volumen de útero y, por tanto, la percepción de presión o distensión en la parte baja del abdomen. Aunque en algunas mujeres esta sensación puede ser discreta y soportable, en otras se transforma en un motivo de atención médica por el discomfort que provoca (Stewart, 2017).

Las mujeres que sí presentan esta sensación la describen como un peso o presión pélvica constante. Esta puede acentuarse con la bipedestación prolongada o esfuerzos físicos. Este síntoma se puede también presentar con otras quejas como la dificultad de evacuar el intestino, aumento de la frecuencia urinaria, o dificultad para vaciar la vejiga, que resultan por la presión que los miomas hacen sobre los órganos adyacentes. Por el contrario, quienes no presentan este síntoma, en su mayoría, presentan miomas de menor tamaño o de ubicación que no compromete de manera importante la anatomía pélvica (Bulun, 2019).

Identificar la sensación de masa es crítico durante la evaluación clínica, ya que guía al médico hacia una sospecha diagnóstica y ayuda en la decisión de obtener estudios de imagen complementarios. Además, el análisis permite medir el impacto de la miomatosis uterina no solo desde una perspectiva ginecológica, sino también en términos de la calidad de vida del



paciente, ya que refleja el grado de impacto funcional y físico que causa la patología.

Entre los síntomas clínicos de relevancia en la miomatosis uterina, es necesario considerar el dolor pélvico, cuya intensidad y presentación están relacionadas con el tamaño, número y ubicación de los miomas. Este síntoma constituye una fuente de malestar para estas pacientes debido a su impacto en su funcionamiento físico y psicosocial. Algunas de las expresiones más comunes incluyen dismenorrea, dolor pélvico no cíclico y dispareunia, todos los cuales tienen características clínicas distintivas que requieren atención separada (Bulun, 2019).

La dismenorrea se manifiesta como menstruación dolorosa digna de sufrimiento. Esta condición a menudo se vincula a contracciones uterinas aumentadas en combinación con la presión de fibromas intramurales o submucosos. El dolor no cíclico, en contraste, es intermitente o constante. Puede ocurrir independientemente del ciclo menstrual y suele deberse al crecimiento tumoral o compresión de estructuras pélvicas. Finalmente, el dolor durante las relaciones sexuales, comúnmente referido como dispareunia, se asocia con fibromas submucosos e intramurales que distorsionan el contorno uterino. La condición afecta la vida emocional y social de las mujeres (Stewart, 2017).

El estudio de estas manifestaciones clínicas no solo ayuda a describir la gravedad del dolor pélvico asociado en los fibromas uterinos. También ayuda a refinar los criterios de diagnóstico y optar por intervenciones terapéuticas más precisas. Además, estas observaciones enfatizan la necesidad de un



enfoque multidisciplinario que aborde no solo la gestión física y de síntomas, sino también los efectos psicológicos de la enfermedad en la mujer.

## **FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS**

Los factores gineco-obstétricos han demostrado tener una relación estrecha con el desarrollo de la miomatosis uterina, ya que influyen directamente en la exposición hormonal y en la fisiología del aparato reproductor femenino. De particular interés entre estos factores están la edad de la menarquia, el uso de métodos anticonceptivos y la paridad, ya que han sido documentados anteriormente por su impacto en el riesgo de desarrollo y crecimiento de los fibromas.

La menarquia precoseada conduce a una exposición más prolongada a los estrógenos y progesterona, lo que incrementa de manera los riesgos de desarrollar fibromas debido al crecimiento de las células musculares del útero. El uso de anticonceptivos hormonales también puede tener un efecto protector de riesgo; sin embargo, esto variará por el tipo, la dosis, y el tiempo de uso, lo que evidencia la complejidad de la interacción hormonal en esta patología.

Por el contrario, la paridad se considera un factor importante, y numerosos estudios demuestran que las mujeres con más embarazos tienden a tener un menor riesgo de desarrollar fibromas. Esto probablemente se deba a las transformaciones hormonales y estructurales que experimenta el útero durante la gestación. En contraste, la nuliparidad o el retraso en la maternidad parecen incrementar la susceptibilidad a la enfermedad.



Analizar estos factores gineco-obstétricos resulta esencial, pues no solo permite comprender mejor la fisiopatología de la miomatosis uterina, sino también identificar a los grupos de mujeres con mayor riesgo, contribuyendo a implementar medidas de prevención, diagnóstico temprano y estrategias de manejo más adecuadas.

Los factores gineco-obstétricos como concepto se centran en un conjunto determinado de variables de la historia reproductiva y ginecológica de las mujeres que contribuyen a la generación y desarrollo de fibromas uterinos. Aspectos como la edad de la menarquia, el uso de métodos anticonceptivos y la paridad han sido estudiados exhaustivamente en consideración de los factores de riesgo hormonales y relacionados con la edad, así como la fisiología endocrina del sistema reproductivo, que condicionan el riesgo de desarrollar esta patología (Baird et al. 2017).

La literatura indica que el desarrollo de la menarquia a una edad temprana efectivamente plantea un riesgo para el desarrollo de tumores fibromatosos como resultado de la exposición prolongada a los estrógenos y la progesterona. Además, los anticonceptivos hormonales, dependiendo de la formulación utilizada, incluyendo la duración del uso, pueden tener un efecto protector, o en algunos casos, estimular el crecimiento tumoral. Además, la paridad es un determinante plano ya que un gran número de estudios muestran que las mujeres con un mayor número de embarazos tienden a tener un menor riesgo de fibromas uterinos, probablemente debido a los cambios hormonales y estructurales que el útero experimenta durante el embarazo (Stewart, 2017).



El análisis de los factores gineco-obstétricos contemporáneos ofrece una mayor comprensión de lo que impulsa la variabilidad individual en la incidencia y progresión de la miomatosis uterina. Además, permite el desarrollo de medidas preventivas integrales y estrategias proactivas de salud reproductiva dirigidas al diagnóstico temprano y la gestión efectiva de esta condición en la población femenina.

## **Menarquia**

El establecimiento de la menarquia constituye el primer proceso de variación hormonal cíclica, y una instauración precoz prolonga el tiempo de exposición a los estrógenos, incrementando la probabilidad de aparición de fibromas así como de otras neoplasias, incluida la neoplasia maligna de endometrio; la asociación entre menarquia temprana, retraso en la primera concepción y aparición de miomas se ha corroborado, en estricta relación con el tiempo de liberación del estímulo estrogénico.

La menarquia, que se traduce como el primer período menstrual en la vida de una mujer, marca un hito muy importante en su ciclo de vida reproductiva. Además, es un factor gineco-obstétrico notable en el desarrollo de varios trastornos, incluida la miomatosis uterina. La edad en la que ocurre el evento determina la exposición acumulativa a hormonas como los estrógenos y la progesterona, que es crítica en el desarrollo de los miomas (Marshall & Tanner, 2018).

La aparición normal de la menarquia, entre los 12 y 14 años, se considera un inicio dentro de los parámetros fisiológicos, con un riesgo medio de



desarrollar cambios hormonales dependientes. En el caso de la menarquia precoz, la mujer está en riesgo con más ciclos ovulatorios a lo largo de su vida, incrementando la posibilidad de formación de miomas, mientras que en la menarquia tardía después de los 15, se asocia con menor exposición hormonal acumulada y, por tanto, un menor riesgo relativo de miomatosis uterina (Baird et al., 2017).

La menarquia, en combinación con otros datos, permite establecer relaciones entre los ciclos hormonales y la evolución de los miomas. Esta información resulta fundamental para la identificación de los factores de riesgo. Adicionalmente, se integra al contexto ginecológico de la mujer y permite una justificada prevención y diagnóstico precoz de la enfermedad.

### **Uso de anticonceptivos**

La revisión muestra que, aun la evidencia no ha alcanzado consenso sobre el eventual efecto promotor del fibroma a partir de anticonceptivos orales, no obstante, la exposición temprana a estas formulaciones hormonalmente activas ha mostrado una asociación con mayor frecuencia de miomatosis; por el contrario, el uso de progestágenos como anticonceptivos inyectables se ha relacionado de manera significativa con disminución del riesgo y no existen datos suficientes que califiquen el eventual efecto de los dispositivos intrauterinos (DIU).

Los anticonceptivos etológicos son de alta relevancia en la investigación de la miomatosis uterina, porque influyen en la regulación hormonal y en el funcionamiento del sistema reproductor femenino y del aparato reproductor.



Los métodos anticonceptivos se dividen principalmente en de barrera y hormonales, cada uno con mecanismos de acción distintos y efectos diferenciales en la salud ginecológica de la mujer (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Los métodos de barrera tales como los condones o el diafragma no modifican la actividad hormonal del cuerpo, por lo que su mecanismo de acción es puramente físico, dificultando la entrada de los espermatozoides. A esta misma razón, los métodos de barrera no contribuyen de manera directa en la aparición ni en la evolución de los miomas. No obstante, son útiles en la prevención de infecciones de transmisión sexual o de embarazos no planificados. Por otro lado, los anticonceptivos de tipo hormonal, ya sean orales, inyectables o en implantes, alteran los niveles de estrógeno y progesterona, lo que posiblemente afecta el crecimiento de los miomas. Algunos autores indican que el uso prolongado de anticonceptivos combinados puede ejercer un efecto protector al regular los ciclos menstruales y disminuir el sangrado, aunque en otras situaciones se ha señalado un posible estímulo al crecimiento tumoral, dependiendo de la dosis y el tiempo de uso (Bulun, 2019).

El uso de anticonceptivos en la planificación familiar y reproductiva ayuda a entender la salud ginecológica, y en particular la incidencia de miomatosis uterina. También, esta información es un elemento importante para ayudar a las pacientes en la predicción y la selección de métodos que se adapten a sus necesidades.



## Paridad

Es el número de partos electrónicos de una mujer: el primer parto terapéutico clasifica a la mujer como primípara, mientras que dos o más partos la clasifican como múltipara. Se ha observado una asociación de miomas y la nuliparidad, así como una relación inversa en la multiparidad. La franja de edad de veinte a veinticinco años se considera un factor protector, ya que en mujeres gestantes dentro de este rango de edad la incidencia de miomas es menor. Por el contrario, la dilatación de la paridad más allá de la tercera década se correlaciona con un incremento en la proporción de miomas. Por otro lado, las nulíparas tienen un riesgo incrementado de miomatosis en virtud de la no resorción del tejido fibroso que tiene lugar en los miomas durante el período posparto. Por su parte, las mujeres con historia de infertilidad y/o abortos espontáneos presentan también una prevalencia superior de miomas.

La paridad es un aspecto de la gineco-obstetría que tiene un papel esencial en la salud reproductiva de la mujer, dado que se refiere al número de partos que ha tenido durante el ciclo reproductivo de su vida. Este hecho no solo permite estratificar a las mujeres en nulíparas (aquellas que no han dado a luz), primíparas (con un parto) y múltiparas (con dos o más partos), sino que también se asocia a diferentes problemas de salud ginecológica y obstétrica. En efecto, la paridad podría modificar el riesgo de sufrir patologías del aparato reproductor, el equilibrio hormonal, así como la evolución de ciertos cuadros clínicos que involucran al útero y los ovarios. También es un hecho que la cantidad de gestaciones culminadas tiene influencia como factor de



riesgo o protector en patologías como el cáncer ginecológico, los trastornos menstruales o la miomatosis uterina. Este es un claro ejemplo que demuestra la importancia de realizar el análisis de paridad dentro de la evaluación integral de la mujer, ya que aporta elementos claves para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de diversas alteraciones ginecológicas.

## **FACTORES PATOLÓGICOS**

La obesidad y la diabetes mellitus son afecciones particularmente significativas dentro de este grupo, ya que provocan cambios metabólicos y hormonales que inciden directamente en el crecimiento de los miomas. La obesidad se asocia con un incremento en la producción periférica de estrógenos a partir del tejido adiposo, lo que prolonga la estimulación hormonal sobre el útero y favorece la proliferación celular.

Por su parte, la diabetes mellitus no solo altera el metabolismo de la glucosa, sino que también se relaciona con desequilibrios hormonales y aumento de factores de crecimiento que estimulan la formación de miomas. Asimismo, esta enfermedad incrementa el riesgo de complicaciones durante el tratamiento quirúrgico y el manejo clínico de las pacientes afectadas.

En conjunto, las variables representan factores de riesgo que no deben pasarse por alto, ya que no solo impactan en la prevalencia de la miomatosis uterina, sino que también condicionan su evolución y tratamiento. Estudiarlos en la población local permitirá reconocer la magnitud de su influencia y



plantear estrategias de prevención orientadas a mejorar la salud integral de las mujeres.

Conjunto de factores patológicos recoge aquellas circunstancias médicas y patologías que pueden modificar el riesgo, la evolución o incluso la complicación de diversos problemas de salud, lo que incluye patologías ginecológicas. Estos factores son de carácter patológico, ya que afectan el equilibrio fisiológico al provocar un desequilibrio biológico sistémico y propenso a desarrollar disrupciones. Dentro de los más relevantes se encuentran la obesidad, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y los trastornos metabólicos. Estos, según la literatura, sufren en torno a la obesidad un componente central en la predisposición a trastornos hormonales, reproductivos, así como a enfermedades crónico-degenerativas (García et al., 2021).

De esta manera, la obesidad se asocia a un exceso de tejido adiposo que durante la diabetes se observa un estado de resistencia a la insulina y desequilibrios metabólicos que se traducen en un descontrol en múltiples sistemas. Otros trastornos aumentan el riesgo de sufrir complicaciones a la salud de manera global, así como en sistemas reproductores. A lo largo de los años y en el intento de comprender el fenómeno, se ha intentado abarcar los problemas dentro de la patología, lo que causa mayor historia, ya que permite no solo identificar un determinado riesgo, sino también establecer medidas, ya que para la prevención, control y tratamiento de estos se debe tener que contar con una respuesta médica que favorezca la salud global de los pacientes (López & Ramírez, 2020).



## Obesidad

La relación entre obesidad y miomatosis uterina es robusta: el riesgo de desarrollar miomas se intensifica de manera significativa en mujeres cuyo índice de masa corporal excede 30 kg/m<sup>2</sup>. El tejido adiposo agrandado mejora la transformación de los andrógenos suprarrenales en estrona, acompañado de una reducción de la globulina transportadora de hormonas sexuales, lo que aumenta la disponibilidad de estrógenos libres en el torrente sanguíneo. El resultado de este proceso es un ambiente endócrino caracterizado por un hiperestrogenismo persistente, que se ha demostrado ser un promotor crítico del crecimiento de miomas en el miometrio (19).

Se caracteriza por la acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que representa un riesgo para la salud y generalmente se evalúa a través de la escala del IMC. Desde una perspectiva ginecológica, la obesidad presenta riesgos significativos ya que promueve el desarrollo de desequilibrios hormonales y metabólicos que conducen a una serie de irregularidades menstruales y aumenta el riesgo de enfermedades, como fibromas uterinos, síndrome de ovario poliquístico y ciertos tipos de malignidades.

Este factor puede clasificarse en dos categorías: "sí" cuando la paciente cumple con los criterios establecidos de obesidad y "no" cuando tiene un IMC dentro del rango normal. La identificación de esta condición es crucial en la evaluación clínica porque ayuda a establecer asociaciones causales entre el exceso de peso y las complicaciones gineco-obstétricas y ayuda en la formulación de estrategias preventivas y terapéuticas.



## Diabetes mellitus

La diabetes mellitus se ha identificado como un determinante adicional en la patogénesis de la miomatosis, un hallazgo que ratifica la necesidad de intervenciones preventivas que incluyan manejo del peso corporal y modificación de la dieta. Se ha documentado que la insulina actúa sobre el ovario mediante el receptor del factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1, lo que amplifica la síntesis esteroidal al disminuir la asociación de hormonas con globulinas de transporte, resultando en un aumento de la fracción libre de andrógenos y estrógenos. Experimentos en cultivo celular han evidenciado que la insulina incrementa tanto la abundancia de células endoteliales como la mitosis mediante la activación de vías de señalización mediadas por tirosina quinasa, lo que proporciona un mecanismo celular que puede perpetuar el crecimiento de miomas uterinos en condiciones hiperinsulinémicas (19).

La diabetes mellitus es considerada como enfermedades metabólicas crónicas que más impacta la salud pública a nivel mundial. Su aparición se relaciona con el defecto en la producción de insulina, que conlleva a una hiperglucemia sostenida. Se han asociado con diabetes diversas complicaciones que afectan a diferentes sistemas del organismo, de las cuales se pueden mencionar las complicaciones obstétricas y ginecológicas que pueden favorecer el desarrollo de enfermedades como la miomatosis uterina. Desde la práctica clínica, el hecho de saber si una mujer tiene o no esta condición es importante dado que el estado metabólico de la mujer puede predisponer a cambios hormonales en el tejido reproductor y en el



tejido de soporte. La clasificación de las mujeres con o sin diabetes permite evaluar comparativamente el impacto de la enfermedad en el desarrollo y progresión de las alteraciones ginecológicas, constituyéndose en un factor patológico bioquímico importante dentro del abordaje integral de la salud de la mujer (American Diabetes Association, 2023).

**DIAGNOSTICO:** El aumento del tamaño del útero a la exploración bimanual—que se acompaña de movilidad restringida y contornos irregulares—constituyen hallazgos cardinales a partir de los cuales se establece el diagnóstico. La asociación de dolor a la palpación puede orientar al clínico sobre la severidad del cuadro. En pacientes con reglas abundantes y sospecha de miomas, la cuantificación de la hemoglobina sérica es un paso diagnóstico no menor, dado que revela la posible existencia de una deficiencia de hierro(1).

**Ultrasonografía.** Tanto la ecografía abdominal como la transvaginal siguen siendo el estándar de oro para diagnosticar y descartar la miomatosis uterina. Se caracteriza por su bajo costo, disponibilidad y por una sensibilidad que llega al 85% para miomas de 3 cm, cifra que se reduce cuando se consideran miomas menores o cuando el útero es voluminoso y múltiple. En estos casos, determinar la localización precisa de los nódulos es cada vez más problemático(1).

**Histerosonografía.** Esta modalidad se centra en la identificación de nódulos miomatosos que crecen hacia la cavidad, es decir, los submucosos. Además, el examen permite aproximar la relación de los nódulos intramurales hacia el endometrio. El aporte reciente de la imagen tridimensional ha enriquecido la



herramienta, pues permite cortes en plano coronal y elimina en buena medida la ambigüedad diagnóstica(1).

La histeroscopia constituye un procedimiento complementario de alta precisión que permite diferenciar, de manera directa, un mioma submucoso de un pólipo endometrial. Su ejecución se lleva a cabo en el contexto de una unidad ambulatoria, y se caracteriza por no requerir anestesia en casi todos los casos(1). Esto potencia su aplicabilidad en pacientes seleccionadas, dado el bajo riesgo y el excelente manejo de la anatomía endometrial en un solo acto.

La resonancia magnética nuclear se erige, por su parte, como la técnica de elección para la evaluación de miomas, ya que proporciona una imagen en tres planos de la totalidad de los nódulos, permitiendo una caracterización exhaustiva en términos de número, dimensión y localización. De entre los métodos de imagen, la resonancia presenta la más alta sensibilidad y especificidad, aunque su accesibilidad queda condicionada por el costo(1). Este método, adicionalmente, visualiza la vascularidad intralesional, esclareciendo la relación entre el mioma, la cavidad endometrial, la superficie serosa y el tejido endometrial sano.

### 2.3. MARCO CONCEPTUAL

**Diabetes:** Diabetes: Una afección caracterizada por niveles altos de glucosa en sangre (24).



**Hemorragia uterina anormal:** El sangrado uterino anormal se refiere al sangrado uterino que persiste más de lo habitual y ocurre fuera del ciclo menstrual regular (25).

**Menarquia:** La menarquia se refiere al primer ciclo menstrual de la mujer, que suele ocurrir entre los 10 y los 16 años (26).

**Mioma:** Miomas: Neoplasias que surgen en el aparato reproductor femenino (27).

**Obesidad:** La obesidad se identifica como una afección caracterizada por una acumulación excesiva de grasa corporal (28).

**Paridad:** La paridad se refiere al número total de hijos que una mujer ha tenido (29).

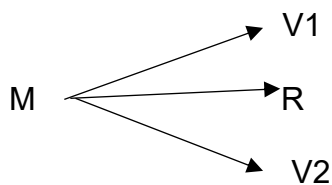


### CAPITULO III

#### METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

##### 3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Esta investigación es de naturaleza no experimental, centrándose únicamente en la recopilación de datos sobre un fenómeno en su contexto natural, sin manipulación de las variables. Además, es relacional porque las dos variables examinadas están vinculadas, y descriptiva, ya que busca caracterizar el fenómeno.



Donde:

M: muestra

V1: variable 1

R: tipo y grado de relación existente

V2: variable 2

##### 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Es un estudio de nivel básico y de tipo relacional, ya que las dos variables están interconectadas. Se considera transversal porque recoge datos de



una muestra en un momento específico, y también es retrospectivo, ya que analiza información sobre eventos que ya han ocurrido.

### **3.3. METODOS APLICADOS A LA INVESTIGACION**

Se aplica el método científico, deductivo-hipotético con enfoque cuantitativo.

### **3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **POBLACIÓN**

La investigación se enfocará en una muestra de 69 pacientes diagnosticadas con miomatosis uterina, quienes hayan recibido atención en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca entre enero y diciembre de 2024.

#### **MUESTRA**

Basándose en los criterios de inclusión y exclusión, se implementará un muestreo no probabilístico por conveniencia, abarcando el total de la población, que se limitará a 67 pacientes diagnosticadas con miomatosis uterina.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Se redefine la población objeto de estudio como aquellas pacientes que, en el transcurso del año 2024, acudan al Hospital y cuenten con un diagnóstico confirmado de miomatosis uterina.



## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Quedan excluidas las historias clínicas con información faltante o registros incompletos, así como aquellas que no sean de consultas realizadas en el año 2024.

## ÁMBITO DE ESTUDIO Y TEMPORALIDAD

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Carlos Monge Medrano, ubicado en el distrito de Juliaca, provincia de San Román, región Puno. Se prevé que este procedimiento concluya dentro de los 90 días calendario siguientes a la aprobación de la propuesta e incluirá la elaboración y presentación del informe final.

## 3.5. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN

### PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El enfoque para la recopilación de datos implicó examinar los registros médicos de los pacientes para extraer la información necesaria para completar el formulario de recopilación de datos.

**Variable 1:** Factores relacionados

**Técnica:** Análisis documental

**Variables 2:** Miomatosis uterina

**Técnica:** Análisis documental

### INSTRUMENTO

Se empleó una ficha de recolección de datos como herramienta, la cual facilita la anotación de la información necesaria y ofrece una visión clara y estructurada de los datos y las fuentes analizadas.



**Variable 1:** Factores relacionados

**Instrumento:** Ficha de recolección de datos

**Variables 2:** Miomatosis uterina

**Instrumento:** Ficha de recolección de datos

### 3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

- Una vez obtenido el visto bueno del proyecto de investigación, se gestionó la autorización del Hospital Carlos Monge Medrano, la cual fue otorgada y formalizada mediante la emisión del consentimiento institucional respectivo (consúltese el anexo 5).
- La investigación se utilizó SPSS, motivo por el cual las etapas del proceso se describen a continuación:
- Se efectuó una revisión exhaustiva de la documentación clínica para la extracción de datos, eligiendo únicamente aquellos registros que se ajustaban a los criterios de inclusión e exclusión predefinidos.
- Una vez aplicado el protocolo de extracción de datos, la información fue introducida en una hoja de trabajo de Excel; a continuación, dichos datos fueron importados al entorno de SPSS a fin de agilizar la aplicación de los cálculos estadísticos pertinentes.
- El procesamiento estadístico se ejecutó, a partir de los datos consolidados, con el objetivo de validar o refutar la hipótesis planteada en el planteamiento del estudio.

### 3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS

Para el análisis presentado en esta sección, se aplicó el estadístico Chi-cuadrado, ajustado a un nivel de confianza del 95 % y un nivel de significancia del 5 %. Así, se considera que se cumple el umbral de error cuando el valor p es igual a 0,05.

a. Sí p-valor <0.05, entonces se acepta la hipótesis planteada.



b. Si  $p$ -valor  $> 0.05$ . entonces se rechaza la hipótesis planteada.

### 3.8. CONFIABILIDAD Y VALIDACION DEL INSTRUMENTO

#### VALIDEZ

La validación del instrumento se realizó mediante evaluación de expertos, involucrando a tres profesionales con conocimiento especializado en metodología de investigación en el área de gineco-obstetricia, quienes coadyuvaron en su refinamiento para su uso futuro.

#### CONFIABILIDAD

Se utilizará el coeficiente alfa de Cronbach para evaluar la confiabilidad. Se determina que el límite mínimo que se considera aceptable es de 0,70; valores por debajo de este umbral indican una inconsistencia interna insatisfactoria en la escala utilizada. Por el contrario, se establece un límite superior deseado de 0,90; coeficientes que superen este umbral indican la posible redundancia o superposición de elementos en la evaluación.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.925	11

Nos muestra que el instrumento es excelente



## Tabla de valoración

ALFA DE CRONBACH	CONSISTENCIA INTERNA
$\alpha \geq 0,9$	Excelente
$0,8 \leq \alpha < 0,9$	Buena
$0,7 \leq \alpha < 0,8$	Aceptable
$0,6 \leq \alpha < 0,7$	Cuestionable
$0,5 \leq \alpha < 0,6$	Pobre
$\alpha < 0,5$	Inaceptable



## CAPITULO IV

### RESULTADOS

Este capítulo describe los resultados de un estudio realizado sobre los factores asociados con los miomas uterinos en pacientes que recibieron tratamiento en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024. Los hallazgos se han organizado de forma ordenada en tablas y figuras, lo que facilita una comprensión y evaluación más claras de los datos recopilados. Cada una de estas ayudas visuales resume información clave y mejora la comprensión de las tendencias y relaciones observadas en la población del estudio. De igual manera, los datos se analizaron estadísticamente utilizando el software SPSS, empleando el coeficiente de Chi-cuadrado para determinar la correlación entre las variables investigadas.

Cada resultado se acompaña de su correspondiente interpretación, lo que mejora la claridad y objetividad de los hallazgos. Este enfoque no solo muestra los valores estadísticos, sino que también aclara su importancia dentro del contexto de la investigación, permitiendo una comparación entre las hipótesis propuestas y la evidencia empírica recopilada.



**TABLA 1. EDAD RELACIONADO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HCMM-J 2024**

EDAD	TIPO DE MIOMA							
	SUBMUCOSO		INTRAMURAL		SUBSEROSO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<40 años	5	7.5	4	6.0	1	1.5	10	14.9
40-50 años	6	9.0	36	53.7	12	17.9	54	80.6
> 50 años	0	0.0	3	4.5	0	0.0	3	4.5
TOTAL	11	16.4	43	64.2	13	19.4	67	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2 C = 11.110$

$GL = 4$

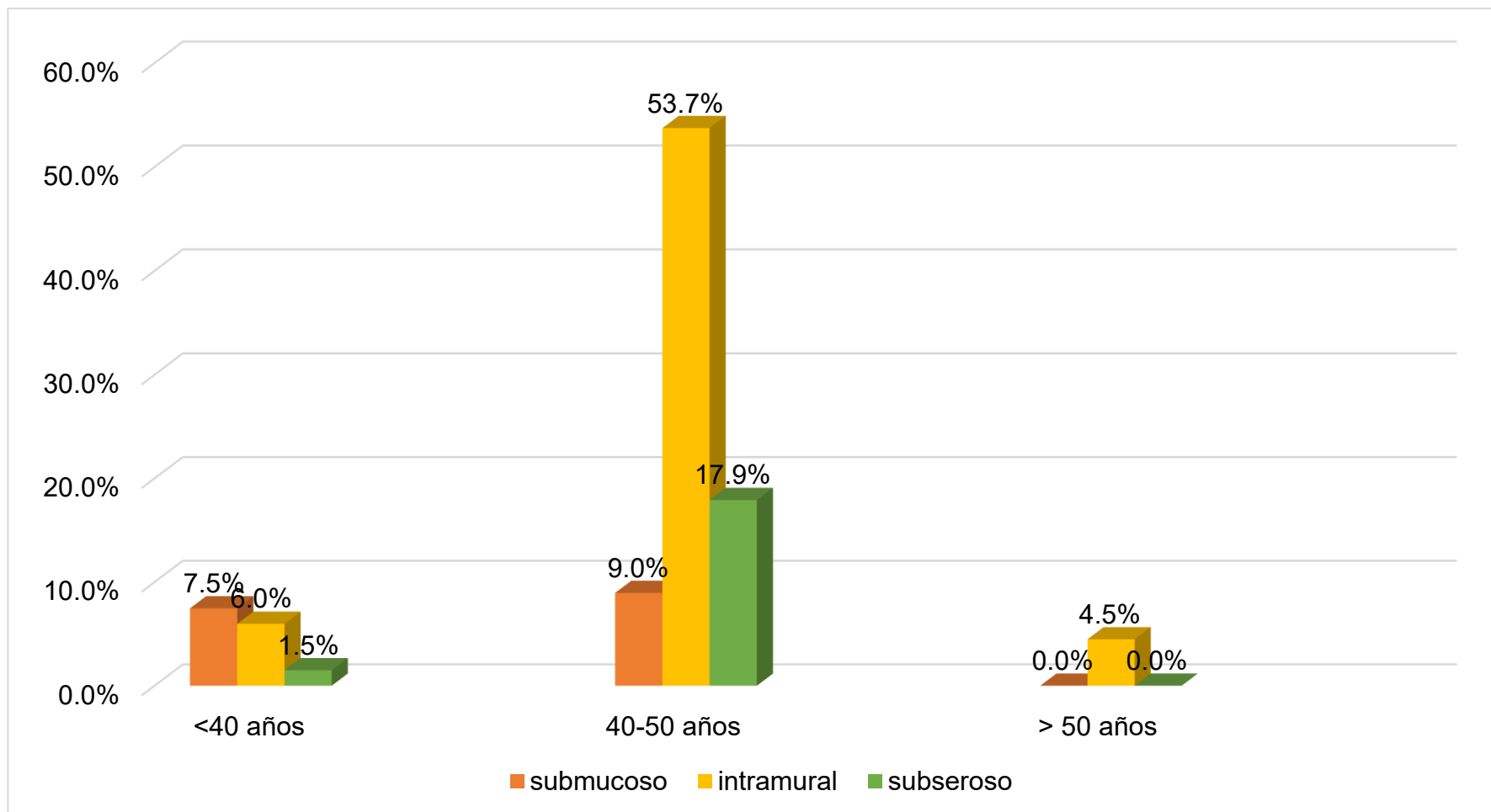
$X^2 T = 9.487$

$p = 0.025$

ES SIGNIFICATIVA



FIGURA 1. EDAD RELACIONADO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HCMM-J 2024



Fuente: tabla 1



La tabla y figura N.º 1 exhiben la distribución por edad de la miomatosis uterina en la cohorte estudiada. Del total de 67 pacientes, el 80.6 % pertenece al intervalo de 40 a 50 años, el 14.9 % es menor de 40 años y el 4.5 % es mayor de 50 años. En relación con la morfología de los miomas, se encontró que el 53.7 % de los casos corresponde a tipos intramurales, el 17.9 % a tipos subserosos y el 9 % a submucosos.

A través de la prueba chi cuadrado, se calculó un valor  $\chi^2$  de 11.110, que excede el umbral crítico de 9.87 con 4 grados de libertad y un valor p de 0.025. Estos datos permiten concluir la existencia de asociación estadísticamente significativa entre las variables en análisis. Complementariamente, el autor Holguin reporta que el intervalo de mayor frecuencia en su serie es el de 40 a 50 años ( $p=0.000$ ), hallazgo que guarda concordancia con el presente estudio, en el que el 80.6% de las pacientes con miomatosis uterina se encuentra dentro del mismo rango etario.

La revisión de la literatura revela un incremento en la prevalencia de miomatosis uterina a medida que avanza la edad, fenómeno que puede explicarse por la interacción de múltiples mecanismos hormonales y genéticos. Es común que el diagnóstico se establezca después de la cuarta década de la vida, dado que un alto porcentaje de las pacientes se presenta sin síntomas evidentes.



**TABLA 2. GRADO DE INSTRUCCIÓN RELACIONADO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HCMM-J 2024**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	TIPO DE MIOMA									
	SUBMUCOSO		INTRAMURAL		SUBSEROOSO		TOTAL			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%		
Analfabeta	0	0.0	2	3.0	1	1.5	3	4.5		
Primaria	8	11.9	9	13.4	4	6.0	21	31.3		
Secundaria	2	3.0	29	43.3	6	9.0	37	55.2		
Superior	1	1.5	3	4.5	2	3.0	6	9.0		
TOTAL	11	16.4	43	64.2	13	19.4	67	100.0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2 C = 13.172$

$GL = 6$

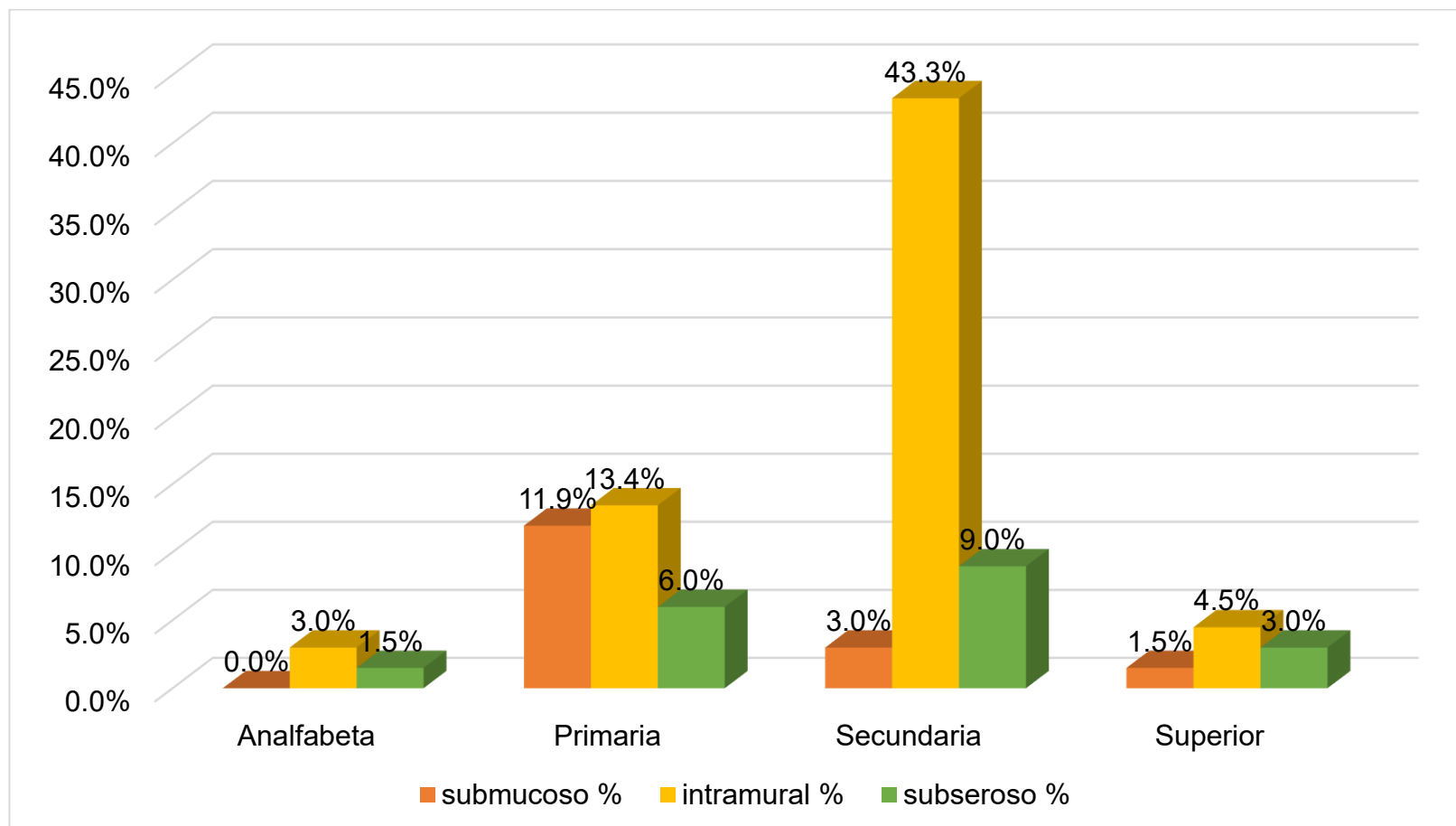
$X^2 T = 12.591$

$p = 0.040$

*ES SIGNIFICATIVA*



**FIGURA 2 . GRADO DE INSTRUCCIÓN RELACIONADO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HCMM-J202**



Fuente: tabla 2



La tabla y figura N° 2 exponen el indicador de grado de instrucción vinculado con la miomatosis uterina, correspondiente a la muestra del estudio. En el total de 67 pacientes, que representan el 100 % del caso, el 55,2 % posee instrucción de nivel secundaria, el 31,3 % instrucción primaria, el 9 % instrucción superior y el 4,5 % es analfabeta. Respecto a la clasificación del mioma, el 43,3 % corresponde a miomas intramurales, el 9 % a miomas subserosos y el 3 % a miomas submucosos. Mediante la prueba estadística de Chi cuadrado se obtuvo un  $\chi^2$  calculado de 13,172, valor que excede el  $\chi^2$  tabulado de 12,591 con 6 grados de libertad y un P de 0,040, identificándose así una asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas. La investigación de Saguma reportó que un 66,7 % de las pacientes con miomatosis uterina se capacitó hasta el nivel secundario, hallazgo que se corresponde con el presente estudio, donde el 55,2 % de la población estudiada presentó la misma nivel.

La interrelación entre el nivel educativo y la salud es demostrativamente robusta; la formación académica condiciona el estado de salud y, a la vez, la salud puede, a su vez, determinar la trayectoria educativa.



**TABLA 3. HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL RELACIONADO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HCMM-J 2024**

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL	TIPO DE MIOMA						TOTAL	
	SUBMUCOSO		INTRAMURAL		SUBSEROOSO		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Menorragia	2	3.0	2	3.0	5	7.5	9	13.4
Metrorragia	9	13.4	41	61.2	7	10.4	57	85.1
No presenta	0	0.0	0	0.0	1	1.5	1	1.5
TOTAL	11	16.4	43	64.2	13	19.4	67	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2 C = 14.907$

$GL = 4$

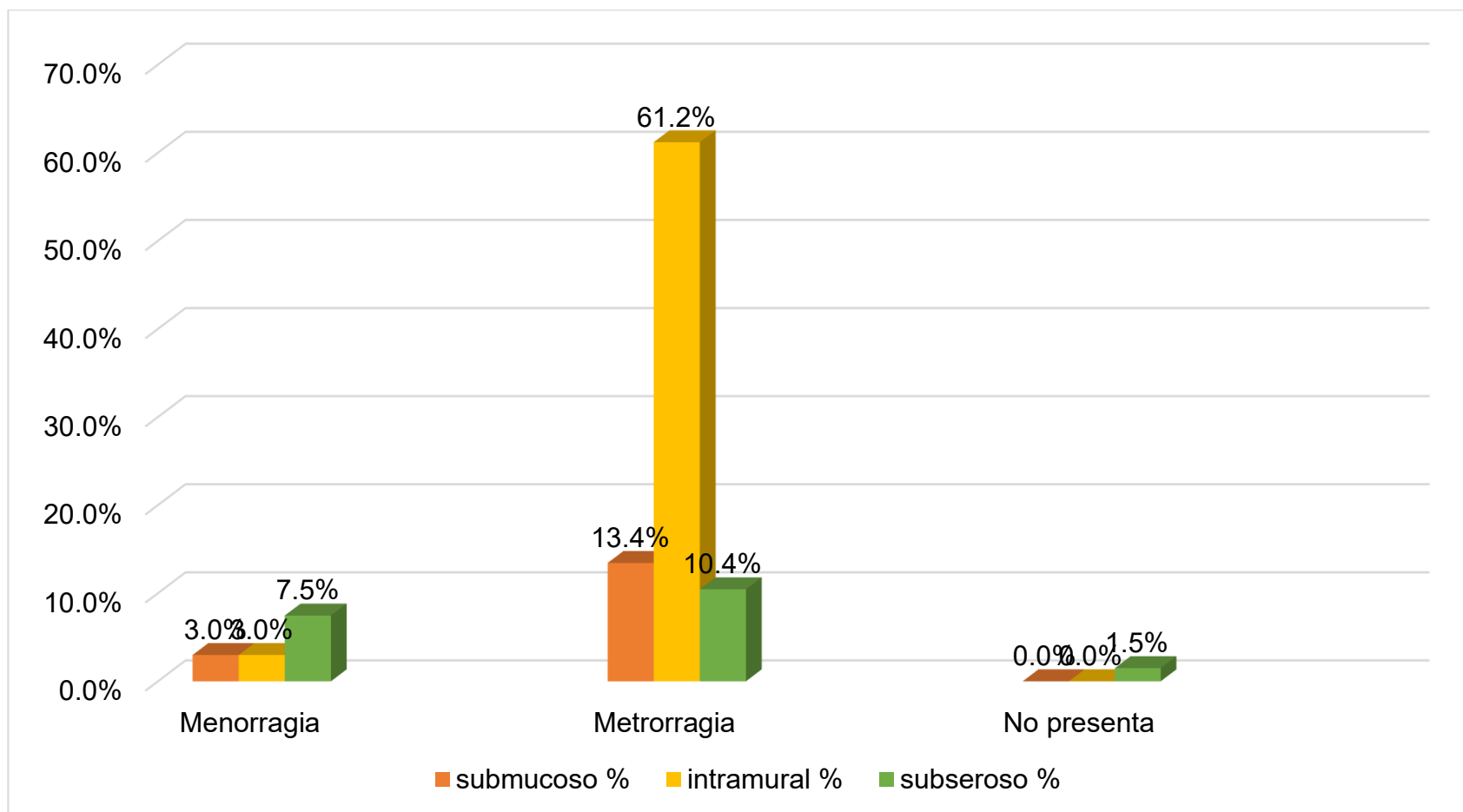
$X^2 T = 9.487$

$p = 0.005$

*ES SIGNIFICATIVA*



**FIGURA 3 HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL RELACIONADO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HCMM-J 2024**



Fuente: tabla 3



La tabla y figura N.º 3 condensan la distribución del síntoma hemorragia uterina anormal en el contexto de la miomatosis uterina. Sobre un total del 100 % de la población analizada, constituida por 67 mujeres, el 85.1 % manifiesta un patrón de metrorragia, el 13.4 % registra menorragia, mientras que el 1.5 % carece de hemorragia uterina anormal. Cuantificando la posición de los miomas, el 61.2 % corresponde a intramurales, el 13.4 % a submucosos y el 10.4 % a subserosos.

El contraste de estas variables fue sometido a la prueba estadística de chi-cuadrado, obteniendo un estadístico Chi<sup>2</sup> calculado de 14.907, superior al valor crítico Chi<sup>2</sup> tabulado de 9.487, fijado para 4 grados de libertad; el valor de P fue 0.005. Esta evidencia conduce a afirmar que existe una relación estadísticamente significativa entre las clases de hemorragia y la localización de los miomas.

El investigador Abarca, en un aporte que guarda consonancia con el presente trabajo, señala que la metrorragia constituye una manifestación clínica recurrente en la miomatosis uterina, hallazgo que se ve corroborado por el 85.1 % de la muestra actual, que registra el mismo síntoma.



**TABLA 4. DOLOR PELVICO RELACIONADO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HCMM-J 2024**

DOLOR PELVICO	TIPO DE MIOMA						TOTAL	
	SUBMUCOSO		INTRAMURAL		SUBSEROOSO		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Dismenorrea	1	1.5	12	17.9	1	1.5	14	20.9
No cíclico	8	11.9	27	40.3	6	9.0	41	61.2
Dispareunia	2	3.0	4	6.0	6	9.0	12	17.9
TOTAL	11	16.4	43	64.2	13	19.4	67	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2 C = 11.137$

$GL = 4$

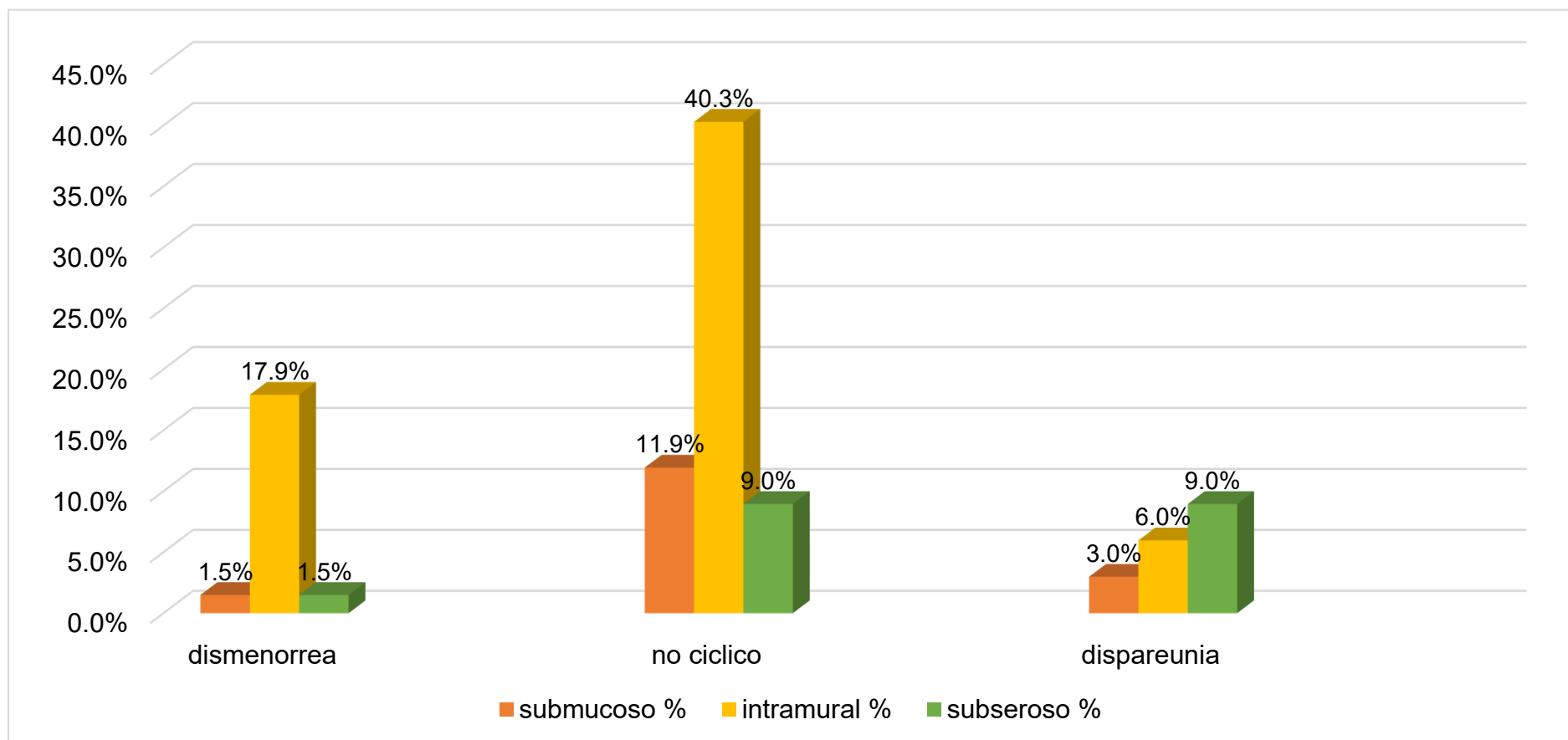
$X^2 T = 9.477$

$p = 0.025$

**ES SIGNIFICATIVA**



**FIGURA 4. DOLOR PELVICO RELACIONADO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HCMM-J 2024**



Fuente: tabla 4



La información consignada en la tabla y en la figura N.º 4 abordada presenta el indicador de dolor pélvico en pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina. Del total de 67 pacientes que constituyen el 100% de la serie analizada, 61.2 % refirió dolor pélvico de carácter no cíclico, el 20.9 % presentó dismenorrea, y el 17.9 % reportó dispareunia. En cuanto a la clasificación de los miomas, el 40.3 % de las pacientes presentó miomatosis de localización intramural, el 11.9 % de tipo submucoso, y el 9 % correspondió a miomatosis suberosa.

La evaluación de la hipotética relación entre la localización del mioma y el dolor fue sometida a la prueba de chi cuadrado, cuyo estadístico calculado fue 11.137, superior a la variante crítica de 9.477 con 4 grados de libertad, con un p-valor de 0.025. De tal modo, se acepta la existencia de un vínculo de significación estadística entre las variables tratadas.

Al contrastar el resultado con la literatura, se observa coincidencia con lo reportado por Rojas, quien halló una prevalencia del 60.5 % de dolor pélvico no cíclico en pacientes con miomatosis uterina; en el presente estudio el porcentaje fue 61.2 %, lo que refuerza la validez de los hallazgos.



**TABLA 5. SENSACION DE MASA RELACIONADO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HCMM-J 2024**

SENSACION DE MASA	TIPO DE MIOMA						TOTAL	
	SUBMUCOSO		INTRAMURAL		SUBSEROOSO			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si presenta	8	11.9	28	41.8	5	7.5	41	61.2
No presenta	3	4.5	15	22.4	8	11.9	26	38.8
TOTAL	11	16.4	43	64.2	13	19.4	67	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2 C = 3.724$

$GL = 2$

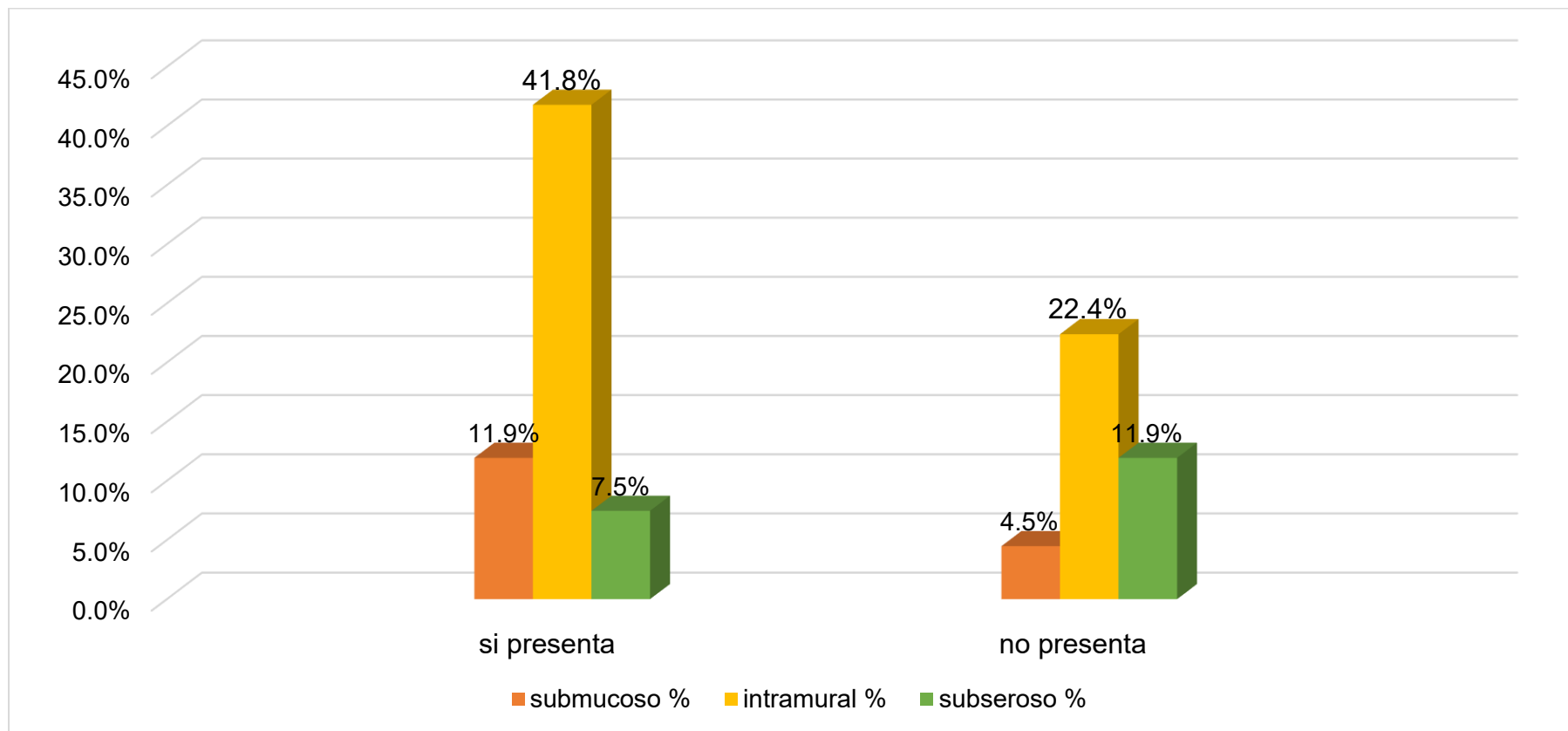
$X^2 T = 5.991$

$p = 0.155$

NO ES SIGNIFICATIVA



**FIGURA 5: SENSACION DE MASA RELACIONADO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HCMM-J 2024**



Fuente: tabla 5



La tabla y figura N.º 5 presentan el indicador “sensación de masa” en relación con la miomatosis uterina. De la muestra total de 67 pacientes, el 61.2% experimentó esta sensación, mientras que el 38.8% no la reportó. En función de la tipología del mioma, el 41.8% de las pacientes presentó miomatosis intramural, el 11.9% miomatosis submucosa y el 7.5% miomatosis subserosa. Con objeto de determinar la asociación entre las variables, se aplicó la prueba de chi-cuadrado, obteniéndose un valor calculado de 3.724, inferior al valor crítico tabulado de 5.991, con un nivel de significación de 2 grados de libertad y un P valor de 0.155, lo que indica ausencia de relación estadísticamente significativa. El autor Villasante, en un estudio previo, observa que la sensación de masa se correlaciona con la miomatosis uterina. Este hallazgo, al no confirmarse en el presente análisis, sugiere la necesidad de revisar las características específicas de la población y el contexto clínico, con el fin de esclarecer las discrepancias y orientar la interpretación diagnóstica.



**TABLA 6. MENARQUIA RELACIONADO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HCMM-J 2024**

MENARQUIA	TIPO DE MIOMA						TOTAL	
	SUBMUCOSO		INTRAMURAL		SUBSEROOSO		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Precoz	8	11.9	9	13.4	4	6.0	21	31.3
Normal	3	4.5	31	46.3	8	11.9	42	62.7
Tardía	0	0.0	3	4.5	1	1.5	4	6.0
TOTAL	11	16.4	43	64.2	13	19.4	67	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2 C = 11.104$

$GL = 4$

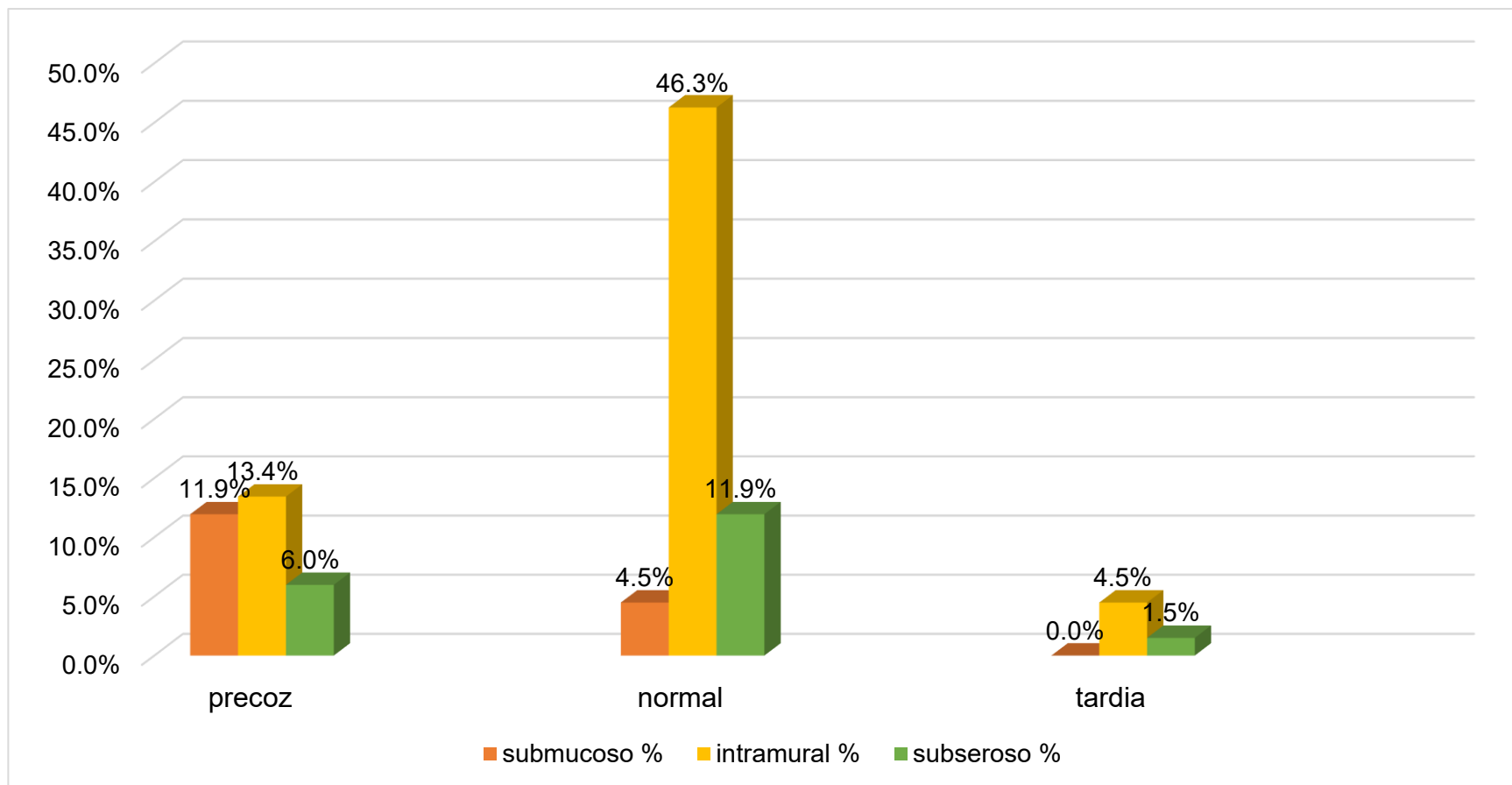
$X^2 T = 9.478$

$p = 0.025$

**ES SIGNIFICATIVA**



FIGURA 6 MENARQUIA RELACIONADO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HCMM-J 2024



Fuente: tabla 6



La tabla y figura N.º 6 presentan el indicador menarquia en el contexto de la miomatosis uterina. Entre el 100 % de la muestra, que comprende 67 pacientes, el 61.7 % mostró una menarquia considerada normal, el 31.3 % presentó una menarquia precoz y el 6 % experimentó menarquia tardía. En lo que respecta al tipo de miomatosis, se observó que el 46.3 % de las pacientes fue diagnosticada con miomatosis intramural, el 11.9 % con miomatosis subserosa y el 4.5 % con miomatosis submucosa. El análisis de la tabla y figura permitió un análisis de chi cuadrado que arrojó un valor  $\chi^2$  observado de 11.104, superior al valor crítico de 9.478 con 4 grados de libertad; el respectivo valor P fue de 0.025. Se concluye que las variables en estudio están asociadas de forma significativa. El investigador Holguin ya había observado que la menarquia precoz se asocia con la miomatosis uterina. Sin embargo, en esta serie, el 62.7 % presentó una menarquia que se siguió considerando normal, lo que sugiere la necesidad de análisis comparativos adicionales.



**TABLA 7. USO DE ANTICONCEPTIVOS RELACIONADO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HCMM-J 2024**

METODO ANTICONCEPTIVO	TIPO DE MIOMA							
	SUBMUCOSO		INTRAMURAL		SUBSEROOSO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
De barrera	2	3.0	7	10.4	2	3.0	11	16.4
Hormonales	4	6.0	5	7.5	2	3.0	11	16.4
Ninguno	5	7.5	31	46.3	9	13.4	45	67.2
TOTAL	11	16.4	43	64.2	13	19.4	67	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2 C = 4.240$

$GL = 4$

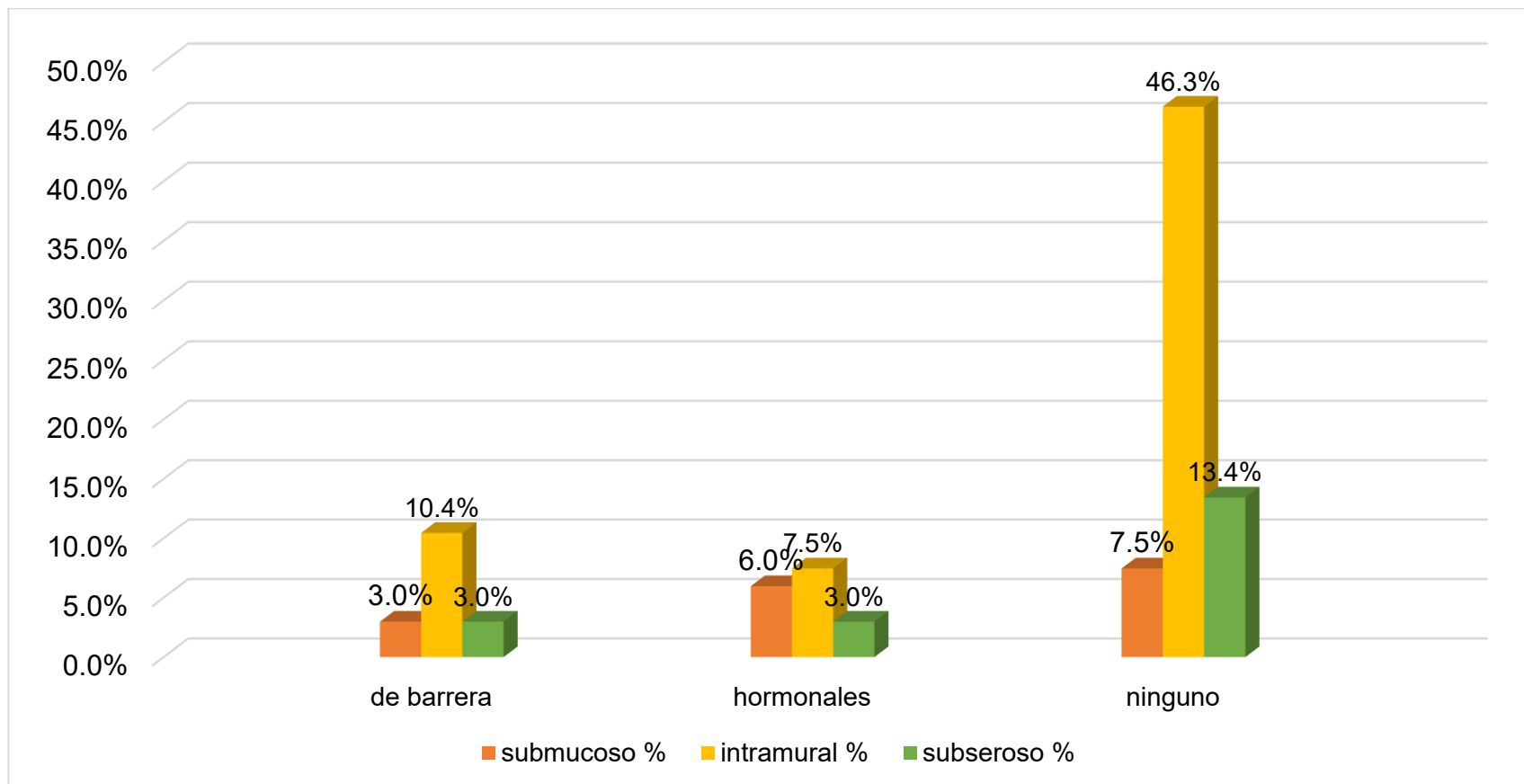
$X^2 T = 9.487$

$p = 0.374$

NO ES SIGNIFICATIVA



**FIGURA 7. USO DE ANTICONCEPTIVOS RELACIONADO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HCMM-J 2024**



Fuente: tabla 7



La Tabla y Figura N.º 7 presentan el indicador de menarquia y su posible asociación con la miomatosis uterina en el grupo de estudio.

Del 100 % de los pacientes analizados, la muestra de 67 mujeres, se observó que el 67.2 % no emplea ningún método anticonceptivo, el 16.4 % utiliza anticonceptivos de barrera y el 16.4 % emplea anticonceptivos hormonales.

A nivel de diagnóstico, se registró miomatosis intramural en el 46.3 % de las participantes, miomatosis subserosa en el 11.4 % y miomatosis submucosa en el 7.5 % del total.

La prueba de chi cuadrado, con un valor  $\chi^2$  calculado de 4.20 y un valor crítico  $\chi^2$  tabulado de 9.487 (4 grados de libertad), además de un P de 0.374, indica que no se establece asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas.

Cubas, en estudio anterior, reporta que los anticonceptivos hormonales presentan una correlación con la miomatosis (13), hallazgo que contrasta con los datos actuales, en los cuales el 67.2 % de la muestra no refiere uso de dicho tipo de anticonceptivos.



TABLA 8. PARIDAD RELACIONADO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HCMM-J 2024

PARIDAD	TIPO DE MIOMA							
	SUBMUCOSO		INTRAMURAL		SUBSEROOSO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Nulípara	2	3.0	6	9.0	2	3.0	10	14.9
Primípara	2	3.0	10	14.9	4	6.0	16	23.9
Múltipara	7	10.4	27	40.3	7	10.4	41	61.2
TOTAL	11	16.4	43	64.2	13	19.4	67	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2 C = 0.665$

$GL = 4$

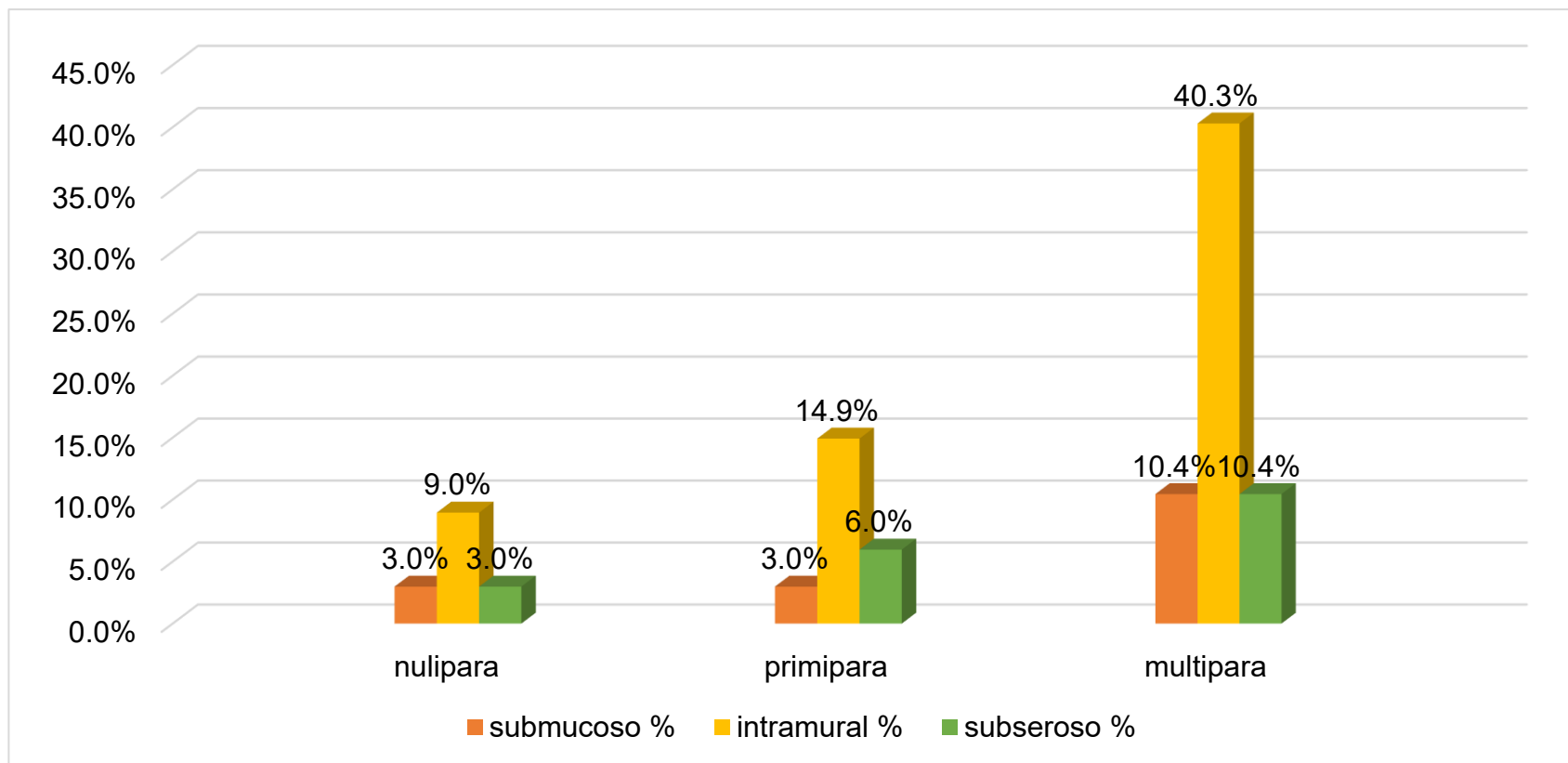
$X^2 T = 9.487$

$p = 0.956$

NO ES SIGNIFICATIVA



FIGURA 8: PARIDAD RELACIONADO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HCMM-J 2024



Fuente: tabla 8



La tabla y figura N.º 8 presentan el indicador de paridad vinculado a la miomatosis uterina.

De la cohorte total de 67 pacientes, el 61,2 % se identificó como múltipara, el 23,9 % como primípara y el 14,9 % como nulípara.

En cuanto a la clasificación de la miomatosis uterina, el 40,3 % de las pacientes mostró nódulos intramurales, el 10,4 % casos subserosos y el 10,4 % submucosos.

La prueba estadística de chi cuadrado reveló un valor calculado de 0,665, inferior al valor crítico tabulado de 9,487, con 4 grados de libertad y un valor de P de 0,956. Esta evidencia estadística indica que no se establece una asociación significativa entre las variables analizadas.

El investigador Villasante, en trabajos previos, señala que la primiparidad guarda relación con la miomatosis uterina; no obstante, la presente serie evidencia una predominancia de múltiparas, lo que contrasta con las observaciones previas.

Alrededor del 60% de las mujeres a nivel internacional presenta miomatosis en algún momento de su historia reproductiva, observándose un incremento progresivo que culmina en un auge de los 50 años de vida, etapa en la que la prevalencia asciende hasta el setenta por ciento en el segmento de edad correspondiente. La etiología de los miomas, o fibromas, permanece sin esclarecerse. Sin embargo, aumentos en los niveles de estrógenos y, de manera posiblemente menos significativa, de progesterona parecen acelerar su crecimiento. Su tamaño incrementa durante el embarazo, cuando las



concentraciones de estas hormonas se elevan, y se reduce generalmente tras la menopausia, cuando los niveles de ambos esteroides disminuyen drásticamente. Algunos autores sustentan que toda presentación sintomática puede considerarse en estricto sentido secundarias a la localización y el crecimiento de los miomas, y no como secuelas inevitables de su mera presencia. A pesar de ello, el signo clínico prevalente es la alteración menstrual, especialmente la hipermenorrea y la metrorragia.

Los hallazgos revelaron que los factores identificados como determinantes en el desarrollo de la enfermedad incluyeron, entre otros, tener más de 40 años, la aparición temprana de la menarquia y la obesidad. En nuestra área todavía existen lagunas en la información que impiden una caracterización adecuada del estado actual de la miomatosis uterina. Para este propósito, se realiza este estudio con la finalidad de determinar y evaluar los factores asociados con la manifestación de la enfermedad dentro de la población de interés. Resulta imperativo dotarse y utilizar herramientas de salud pública en el ámbito ginecológico. Los hallazgos derivados del presente análisis aportarán a los equipos clínicos y epidemiológicos evidencia para la formulación de dispositivos preventivos y de cribado precoces más sofisticados. Asimismo, la categorización pormenorizada de los factores de riesgo permitirá una repartición más eficiente de los recursos limitados que el sistema sanitario debe destinar a la atención a esta problemática, así como la minimización de complicaciones. Tal precisión en los protocolos de atención hará posible un manejo individualizado, garantizando una atención de calidad y centrada en las necesidades específicas de cada mujer afectada.



Sin embargo, no se observaron discrepancias en las complicaciones posoperatorias, incluyendo fiebre, lesión vesical y trastornos de la motilidad intestinal, entre ambos grupos. En el colectivo de miomectomía no se reportaron casos de histerectomía. En el análisis estratificado, el riesgo hemorrágico se incrementó con el aumento del tamaño y del peso del mioma, evidenciando que la pérdida sanguínea, la diferencia en hemoglobina y la proporción de transfusiones se correlacionaron directamente con las dimensiones del mioma. Adicionalmente, se registró un incremento notable en la estancia hospitalaria en las pacientes que presentaron miomas de mayor volumen y peso. Sin embargo, no se halló diferencia significativa entre los tres subtipos de mioma. Conclusión: En el contexto de una miomectomía concomitante a la cesárea, los miomas de mayor dimensión ( $\geq 10$  cm) y, particularmente, los que exceden los 500 g se relacionan con un incremento en los resultados adversos posquirúrgicos, mientras que el número y la clasificación histológica de los miomas no mostraron correlación relevante. Se concluye que la miomectomía en este contexto quirúrgico mantiene un perfil de seguridad comparable a la cesárea aislada, con el valor añadido de disminuir síntomas ginecológicos, así como de prevenir la necesidad de un segundo acto quirúrgico.

En cuanto a los determinantes epidemiológicos, los hallazgos indican que la cohorte de pacientes del Hospital General de Jaén exhibe como factores de riesgo significativos la pertenencia a ciertas etnias, el rango de edad, la exposición a anticonceptivos hormonales, la edad de menarquía temprana y el estado de nuliparidad. Los antecedentes familiares, hipertensión arterial, y consumo excesivo de alcohol se asocian en menor grado. Se concluye que



la morfología predominante es el mioma intramural, y que los tumores se presentan con frecuencia en el rango menor de 0 a 5 cm de diámetro. Resultados: La incidencia de hipermenorrea en los casos de tumoraciones uterinas sin esta manifestación es del 12.58%, mientras que en aquellas que sí la presentan asciende al 20.75%. La metrorragia se observa en el 19.50% de los casos, y en el 13.84% no se documenta; la dismenorrea aparece en el 16.14%, y en el 17.19% no se presenta. Respecto al dolor abdominal, se registra un 24.53%, mientras que en un 8.81% no se establece. La percepción de masa abdominal se documenta en el 17.19% de las pacientes, y no se reporta en el 16.14%; el diagnóstico de anemia se presenta en el 19.71%, sin anemia en el 13.63%.

Los miomas uterinos se encuentran entre los problemas frecuentes que enfrentan las mujeres en edad fértil. Estos tumores benignos surgen del músculo liso del útero y, si bien no son dañinos, pueden causar diversas complicaciones según su tamaño, ubicación y cantidad. Si bien en algunas mujeres suelen pasar desapercibidos, en otras pueden provocar síntomas graves como sangrado menstrual abundante, molestias pélvicas, presión sobre órganos adyacentes o dificultades para concebir, lo que en última instancia. En Perú, los miomas uterinos frecuentemente motivan visitas a clínicas de ginecología y a menudo conducen a intervenciones quirúrgicas, incluida la miomectomía o la histerectomía. En regiones como Puno y en hospitales de referencia como el Carlos Monge Medrano de Juliaca, este problema cobra especial relevancia, ya que la atención de estas pacientes implica no solo un reto médico, sino también social y económico, debido a



las implicancias que trae para la salud reproductiva y para el sistema sanitario en general.

En la práctica, conocer la clasificación FIGO resulta fundamental, ya que los síntomas y el manejo de los miomas dependen de su ubicación. Por ejemplo, los miomas submucosos suelen relacionarse con sangrados abundantes e infertilidad, mientras que los subserosos pueden ocasionar presión en órganos vecinos. Por ello, esta clasificación no solo representa una herramienta descriptiva, sino también una guía para planificar el tratamiento más adecuado en cada paciente. Aunque constituyen una proporción menor dentro de la clasificación de leiomiomas, a menudo son más problemáticos y sintomáticos debido a su ubicación y sus efectos fisiológicos en la superficie endometrial. Al alterar la cavidad, estas lesiones modifican la arquitectura endometrial, lo que lleva a sangrado uterino anormal, infertilidad o abortos espontáneos recurrentes, lo que les confiere una importancia clínica significativa (Stewart, 2017). Los miomas intramurales, a diferencia de los submucosos, tienden a ser asintomáticos durante largos períodos de tiempo, lo que demora su diagnóstico. Sin embargo, en algunos casos, a pesar de sus características asintomáticas, se les asocia con problemas reproductivos, en parte por la alteración de la contractilidad uterina, distorsionando la cavidad endometrial (Parker, 2017). En cuanto a su tratamiento, las opciones van desde el manejo clínico con medicamentos hormonales hasta intervenciones quirúrgicas como la miomectomía, o en casos más severos, la histerectomía. La selección de un tratamiento particular está sujeta a la particularidad de cada paciente que incluya el



tamaño del mioma, la edad, si presenta o no síntomas y la preferencia de conservación de la fertilidad.

Por lo tanto, los miomas intramurales constituyen un cuadro clínico que no solamente afecta la salud ginecológica de la mujer, sino el bienestar integral, lo que los convierte en un diagnóstico de suma importancia. A diferencia de otros tipos de leiomiomas, estos y su desarrollo son menos alterantes en el ciclo menstrual, ya que no se involucran al endometrio. No obstante, su crecimiento puede dar lugar a síntomas por el efecto de masa como dolor pélvico, presión y distensión abdominal, estreñimiento o dificultad urinaria, todo esto por la compresión a órganos adyacentes (Stewart, 2017). En casos moderados, la intervención médica suele ser conservadora, no obstante, en casos de síntomas moderados a severos o en caso de un crecimiento considerable, se deben realizar procedimientos quirúrgicos que varían desde miomectomías a histerectomías, siempre y cuando se respete la preservación de la fertilidad y las expectativas de la paciente.

En resumen, aunque los miomas subserosos no invasivos son indiferentes a la cavidad uterina, su consecuencia clínica está relacionada de manera preponderante a su tamaño y la tensión que ejercen sobre las estructuras adyacentes, lo que los convierte en una condición que demanda monitoreo y atención personalizada. Los miomas cervicales son un tipo de leiomioma que es relativamente raro ya que se sitúan en la región cervical. Su ocurrencia es mucho menor que la de los tipos submucosos, intramurales y subserosos, ya que comprenden una fracción mucho más pequeña de los casos diagnosticados. No obstante, la prevalencia relativamente rara de estos miomas cervicales, su ubicación anatómica les confiere características



únicas, ya que pueden causar síntomas asociados con la obstrucción del canal cervical, canal y comprimiendo estructuras adyacentes, y en algunos casos, pueden causar dificultades en el proceso de parto o en la colocación de dispositivos intrauterinos (Dueholm, 2017).

En cuanto al tratamiento, el enfoque quirúrgico y su estrategia terapéutica siguen el espectro sintomático, la edad de la paciente y sus deseos reproductivos. Es común recurrir a la miomectomía o, en casos más complejos, a la histerectomía debido a las dificultades del enfoque quirúrgico técnico que presentan estos casos (Bulun, 2019). Para resumir, aunque los miomas cervicales son raros, su ubicación puede complicar el diagnóstico y el tratamiento, planteando considerables implicaciones clínicas en la salud ginecológica de la mujer. Por lo tanto, esta condición requiere atención meticulosa.

Se trata de tumores monoclonales que surgen de un único miocito maduro dentro de la capa muscular del útero, conocida como miometrio. Desde la perspectiva histológica, los miomas se definen como neoplasias benignas que exhiben una organización predominantemente muscular, en la que se interpone un incremento de matriz extracelular. Resulta, por lo tanto, que los miomas presentan un comportamiento casi siempre benigno. (21). El análisis comparativo de células miometriales fibromatosas y normales reveló que la subpoblación de células madre fibroides tiene un nivel significativamente reducido de receptores de estrógeno y progesterona. La expansión de estas células madre del fibroma se torna dependiente de la presencia simultánea de células miometriales que contienen un elevado número de receptores y derivados de ambos esteroides, que ofrecen así un microambiente



apropiado. Complementariamente, el efecto de los esteroides sobre las células madre se desarrolla a través de un mecanismo paracrino dirigido por las propias células miometriales (21).

Comprender este proceso resulta fundamental, ya que no solo ayuda a explicar por qué algunas mujeres presentan síntomas más severos que otras, sino que también abre la posibilidad de diseñar terapias dirigidas que actúen sobre los mecanismos específicos que impulsan el crecimiento de los miomas. El estudio de distintas patologías tiene en consideración los factores sociodemográficos, dado que estos revelan de forma más clara las características personales generando problemas de salud. El lugar de residencia es determinante para comprender la incidencia y el comportamiento de esta patología en la mujer. Además, estos factores condicionan no solo la exposición a ciertos riesgos, sino que también determinan el nivel de utilización de los servicios de salud y las políticas que se toman en relación al diagnóstico y tratamiento (OMS, 2020).

En este sentido, el estudio de los factores sociodemográficos en cuestión permite abordar el problema no solo desde un ángulo clínico, sino también desde la dimensión social y de salud pública. Abordarlos en la investigación aumenta la comprensión sobre la distribución de la miomatosis uterina y, por lo tanto, permite diseñar intervenciones de prevención y tratamiento que se ajusten a las particularidades de la población estudiada. Diferentes investigaciones consultadas muestran que la incidencia de los miomas sigue una progresión conforme se va avanzando en edad, observándose su mayor incidencia entre los 40 y 50 años, que coincide con el periodo en que ocurren las hiperemias cíclicas acompañadas de variaciones marcadas en la



progesterona y hormona esteroídea, en especial los estrógenos, que son decisivas para el crecimiento de estas lesiones (Stewart, 2017). En esta franja de edad los miomas son más frecuentemente diagnosticados de forma incidental durante evaluaciones ginecológicas de rutina o en estudios de infertilidad. En contraste, de 40 a 50 años de edad, con esta franja etaria se asocia la mayor carga de la enfermedad con sintomatología más marcadas como; menorragia, dolor pélvico, y aumento del volumen uterino. En mujeres de más de 50 años, con la menopausia y disminución de la producción hormonal, los miomas tienden a estabilizarse o en algunos casos, a reducirse de tamaño, aunque persisten los riesgos de sufrir complicaciones por lesiones miomatosas de otros miomas menopáusicos (Bulun, 2019).

Se clasifican en instrucción primaria, secundaria, superior y en analfabeto, siendo esta última una categoría que prescribe la falta de alfabetización en cualquiera de los sistemas convencionales. Cabe resaltar que el nivel de instrucción guarda una relación de interdependencia ciertamente acusada con el estado de salud, dado que una formación más amplia tiende a mediar la adopción de hábitos más protectores y la adecuada búsqueda de los servicios asistenciales de salud, mientras que la salud deficiente puede, a su vez, limitar la capacidad de continuar formación profesional o académica. La progresión instruccional financia la interiorización de habilidades, principios y comportamientos que propician a la colectividad un estado de salud sostenido, capacitándola para efectuar elecciones entendidas. Poseer conocimientos sobre nutrición, actividad física y autocuidado es, en última instancia, una prerrogativa para la vida laboral, lo que valora la posible



reducción en la incidencia de trastornos y el saneamiento de costos asistenciales (22).



**TABLA 9. OBESIDAD RELACIONADO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HCMM-J 2024**

OBESIDAD	TIPO DE MIOMA							
	SUBMUCOSO		INTRAMURAL		SUBSEROOSO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
no presenta	10	14.9	28	41.8	11	16.4	49	73.1
si presenta	1	1.5	15	22.4	2	3.0	18	26.9
TOTAL	11	16.4	43	64.2	13	19.4	67	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2 C = 4.048$

$GL = 2$

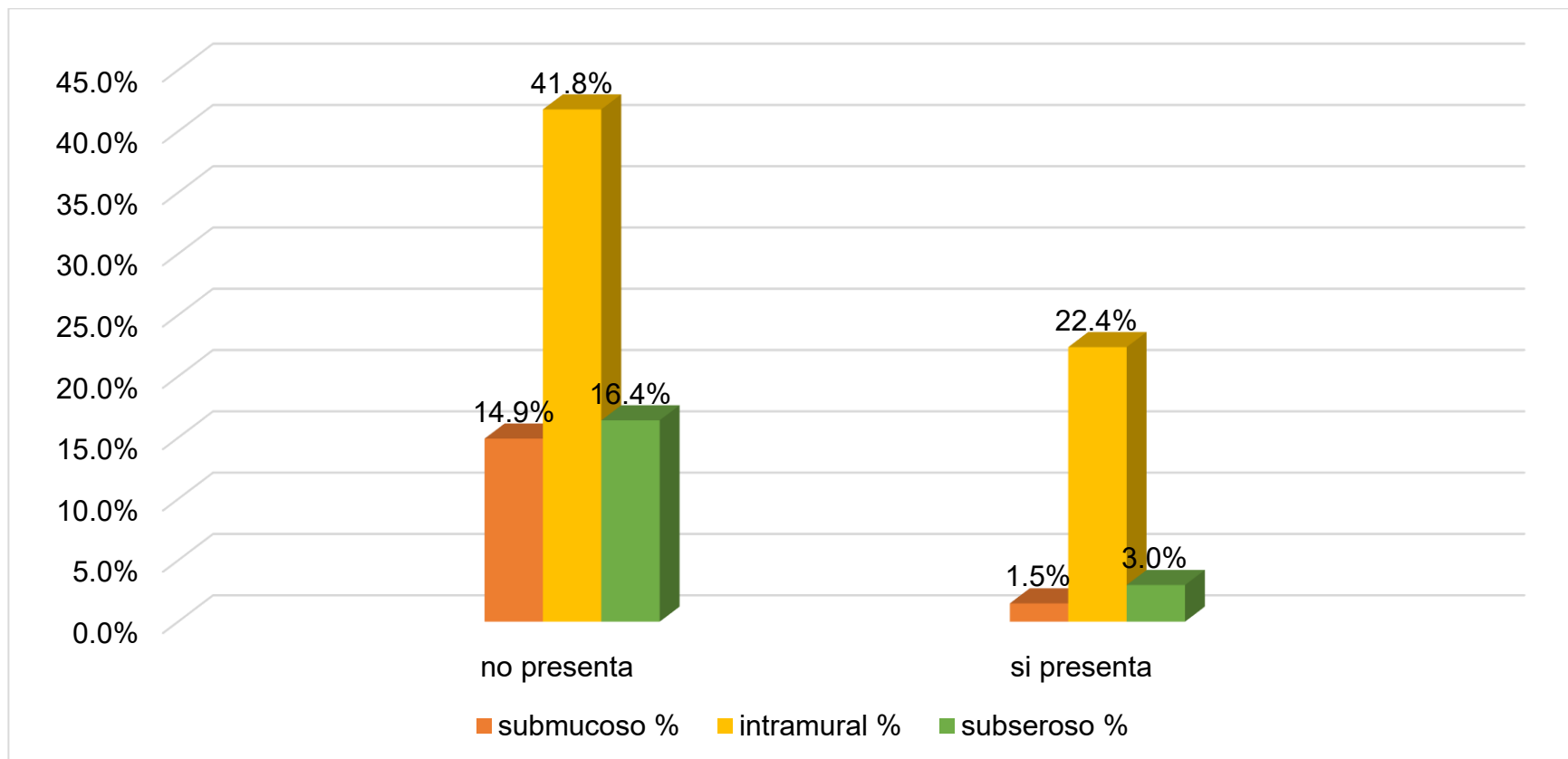
$X^2 T = 5.991$

$p = 0.132$

NO ES SIGNIFICATIVA



FIGURA 9 : OBESIDAD RELACIONADO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HCMM-J 2024



Fuente: tabla 9



La tabla y figura N.º 9 expone el indicador de obesidad en relación con la miomatosis uterina. De un total de 67 pacientes que conforma la muestra, el 73.1% no presenta obesidad, mientras que el 26.9% sí cumple con el criterio de obesidad.

En cuanto a la clasificación de la miomatosis, el 41.8% de las pacientes presenta miomas de tipo intramural, el 16.4% de tipo subseroso y el 14.9% de tipo submucoso.

La aplicación de la prueba estadística de chi cuadrado produce un valor calculado de 4.048, inferior al valor crítico de 5.991 en 2 grados de libertad; el valor de P es de 0.132. Estos resultados indican que no se establece una asociación estadística entre obesidad y tipo de miomatosis uterina en la muestra analizada.

La investigación de Cubas señala una asociación entre obesidad y miomatosis, reportando un 83% entre las pacientes analizadas; este dato contradice el presente estudio, en el que el 73.1% de las pacientes no se encontraban en el rango de obesidad.



**TABLA 10. DIABETES MELLITUS RELACIONADO A LA MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HCMM-J 2024**

DIABETES MELLITUS	TIPO DE MIOMA							
	SUBMUCOSO		INTRAMURAL		SUBSEROOSO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
no presenta	10	14.9	38	56.7	13	19.4	61	91.0
si presenta	1	1.5	5	7.5	0	0.0	6	9.0
TOTAL	11	16.4	43	64.2	13	19.4	67	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2 C = 1.656$

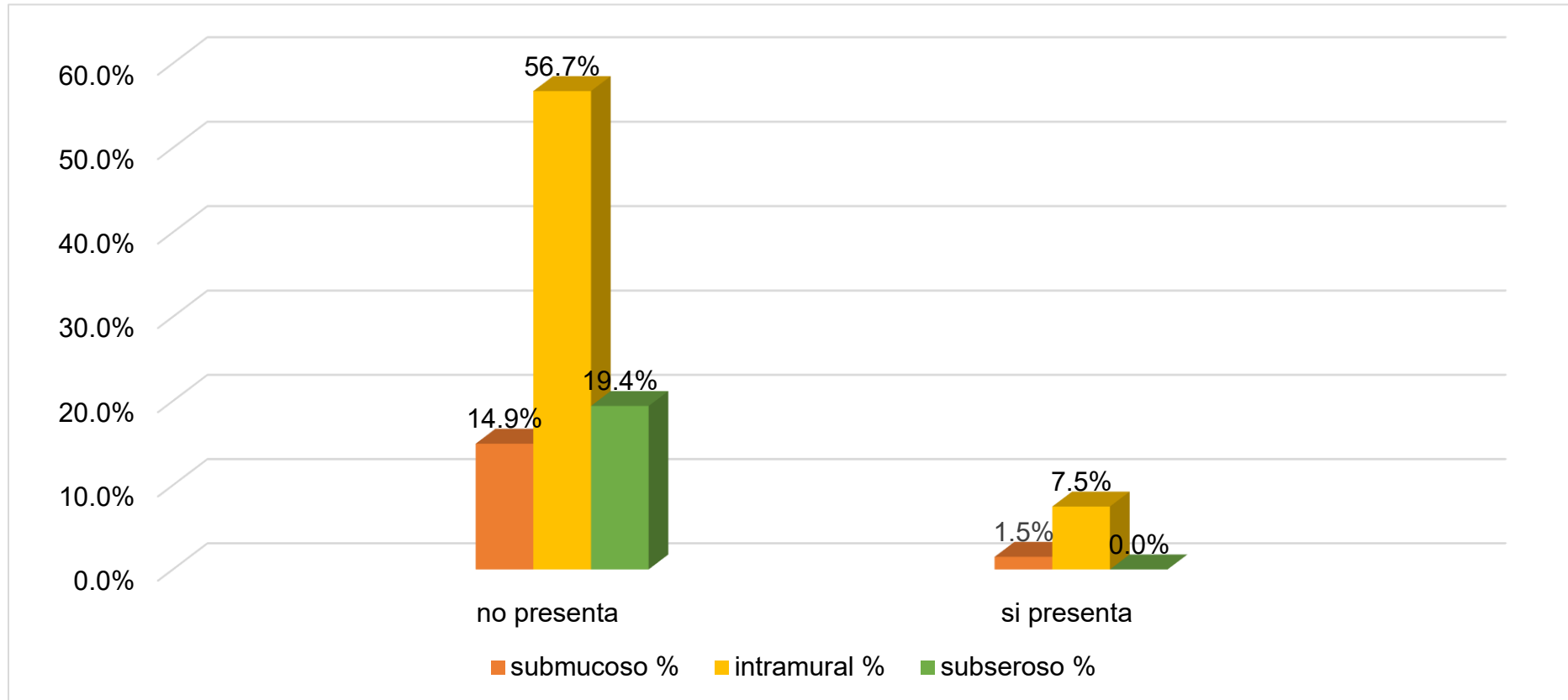
$GL = 2$

$X^2 T = 5.919$

$p = 0.437$

*NO ES SIGNIFICATIVA*

FIGURA 10:



Fuente: tabla 10



La tabla y figura N.º 10 presentan el escenario clínico de 67 pacientes estudiadas, contempladas inicialmente y completas como el 100% de la cohort. En la subpoblación total, el 91.0% de las mujeres carecían de diagnóstico previo de diabetes mellitus, en tanto que el 9.0% se clasificó con la patología. Este hallazgo se inscribe dentro del análisis de la tipología de la miomatosis uterina, que revela que el 56.7% correspondió a miomas intramurales, el 19.4% a subserosos y el 14.9% a submucosos, representando una distribución esperada en la práctica ginecológica. Con el propósito de establecer la posible asociación, se aplicó la prueba de chi cuadrado, que arrojó un estadístico de 1.656. Este se halla por debajo del límite crítico, 5.919, a 2 grados de libertad; además, un P valor de 0.437 refuerza la conclusión de que las variables en estudio no se asocian estadísticamente. Por ende, el hallazgo contradice la aseveración de Abarca, que pone en evidencia una relación entre las dos entidades. En nuestro análisis, por el contrario, el 91.0% de las pacientes no mostraba diabetes mellitus, lo que sugiere una discrepancia que puede estar correlacionada con la especificidad de la población muestral y las diferencias metodológicas. Este resultado se discute en la discusión del estudio a la espera de mayor corroboración.

**TABLA 11. TIPO DE MIOMA UTERINO MÁS FRECUENTE EN EL HCMM-J, 2024**

	TOTAL	
	fi	%
Intramural	43	64.2
Subseroso	13	19.4
Submucoso	11	16.4
TOTAL	67	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

El análisis de los datos consignados en la tabla N.º 10 permite determinar la morfología tumoral predominante en la cohorte asistida en el Hospital Carlos Monge Medrano a lo largo del año 2024. De un total de 67 pacientes sometidas a estudio, el 100 % de los casos se distribuye de la siguiente manera: el 64,2 % presenta mioma intramural, el 19,4 % corresponde a mioma subseroso y un 16,4 % a mioma submucoso. De entre estos subtipos, es el intramural el que exhibe la mayor frecuencia, constituyendo así el 64,2 % del grupo total.

Esta predominancia del mioma intramural se alinea con lo reportado por García (17), quien en su serie poblacional concluyó que la morfología intramural es la más representativa de los leiomiomas en su investigación.



## 4.2.- CONCLUSIONES

**Primera:** Se determinó que existe una relación significativa entre los factores sociodemográficos, clínicos, gineco-obstétricos y patológicos con la miomatosis uterina en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca del 2024. Aceptando parcialmente la hipótesis planteada.

**Segunda:** Se describió dentro los factores sociodemográficos relacionados con la miomatosis uterina, donde el 80.6 % son de 40 a 50 años ( $p=0.025$ ) y el 55.2% tienen un grado de instrucción de nivel secundaria( $p=0.040$ ).

**Tercera:** Se describió los factores clínicos relacionados con la miomatosis uterina, donde el 85.1% presento metrorragia ( $p=0.005$ ), el 61.2% presento un dolor pélvico no cíclico ( $p=>0.025$ ), sin embargo, el que no se asocio fue la sensación de masa ( $p=>0.05$ ).

**Cuarta:** Se describió los factores gineco-obstétricos relacionados a miomatosis uterina, donde el 62.7% presento una menarquia normal( $p=0.025$ ), sin embargo, los que no se asociaron fueron el 67.2% usan ningún método anticonceptivo ( $p=>0.05$ ) y la paridad el 61.2% fue múltipara ( $p=>0.05$ ).

**Quinta:** Se describió los factores patológicos no están relacionados a miomatosis uterina, donde el 73.1% no presento obesidad ( $p=>0.05$ ) y el 91% no presento diabetes ( $p=>0.05$ ).



**Sexta:** Se identificó que el tipo de mioma uterino más frecuente fue el intramural en un 64.2% en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024.



## 4.3. RECOMENDACIONES

**Primera:** Al director de la red de salud San Román coordinar con los jefes de los establecimientos de primer nivel de atención para realizar campañas con el fin de brindar promoción de salud sobre la miomatosis uterina sus síntomas y complicaciones para que tengan mayor control sobre sus determinantes de salud, para que puedan tomar decisiones informadas sobre su salud y estilo de vida.

**Segunda:** Al director del del Hospital Carlos Monge Medrano coordinar con el jefe de departamento de gineco-obstetricia realizar mayores investigaciones relacionadas a miomatosis uterina para tener una mejor información, tanto en los factores que lo desarrollan, el diagnóstico, tratamiento y la prevención para aplicarlo en el campo clínico.

**Tercera:** Al jefe del departamento de gineco-obstetricia del hospital Carlos Monge Medrano conjuntamente con el encargado del servicio de ginecología se recomienda realizar un diagnóstico temprano de la miomatosis uterina para evitar las complicaciones como la anemia, problemas en el embarazo, entro otras. Para lo cual es importante individualizar a cada paciente e ahondar más en la anamnesis al momento de la evaluación ginecológica, así como también apoyarse para el diagnóstico con la imagenología como a la ecografía.



**Cuarta:** Al encargado del servicio de Ginecología del hospital Carlos Monge Medrano conjuntamente con los médicos tener mayor énfasis en los factores sociodemográficos como la edad, los factores clínicos como la metrorragia y el dolor pélvico no cíclico ya que se encontró relevancia significativa.

**Quinta:** A la jefe del servicio de Ginecología del Hospital Carlos Monge Medrano trabajar conjuntamente con los médicos para instruir a las pacientes sobre los factores de riesgo relacionados a la miomatosis uterina, cuáles son los síntomas y sus posibles complicaciones, así como también sobre el diagnóstico y el tratamiento para que tenga una descripción clara de la enfermedad.

**Sexta:** Al jefe del servicio de Ginecología del Hospital Carlos Monge Medrano conjuntamente con los médicos del servicio realizar anamnesis más detalladas y apoyarse en exámenes imageneológicos para realizar diagnósticos certeros incluso en pacientes con miomatosis asintomática para que reciban tratamiento oportuno y evitar complicaciones en el futuro.



## 4.4.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hernández-Valencia M, Valerio-Castro E, Tercero-Valdez-Zúñiga CL, Barrón-Vallejo J, Luna-Rojas RM, Hernández-Valencia M, et al. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. Ginecol Obstet México. 2017;85(9):611-33.
2. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 10 de enero de 2025]. Miomas uterinos - Ginecología y obstetricia. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/miomas-uterinos/miomas-uterinos>
3. Manual MSD versión para público general [Internet]. [citado 10 de enero de 2025]. Fibromas uterinos - Salud femenina. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/fibromas/fibromas-uterinos>
4. Fábregues F, Peñarrubia J. Mioma uterino. Manifestaciones clínicas y posibilidades actuales de tratamiento conservador. Med Integral. 15 de septiembre de 2002;40(5):190-5.
5. Mejía JJ. Características clínicas de las pacientes con miomatosis uterina intervenidas quirúrgicamente en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central. 2014.
6. Bonilla PA. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con miomas uterinos Hospital General Docente Riobamba, 2018-2020 [Internet] [bachelorThesis]. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con miomas uterinos Hospital General Docente Riobamba, 2018-2020; 2022



[citado 10 de enero de 2025]. Disponible en:

<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8793>

7. Castro DY. Factores de riesgos asociados a miomatosis uterina en pacientes de 35 a 55 años atendidas en la consulta externa del Hospital IESS Ceibos [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia; 2021 [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/63210>

8. Lee YE, Park S, Lee KY, Song JE. Risk factors based on myoma characteristics for predicting postoperative complications following cesarean myomectomy. PloS One. 2023;18(3):e0280953.

9. Andrade KL, Menéndez NS. Miomatosis uterinas y su relación con los factores de riesgo obstétricos en mujeres de edad fértil, Hospital Universitario de Guayaquil 2018 [Internet] [bachelorThesis]. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2021; 2021 [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/5779>

10. García BA. Prevalencia y factores asociados a miomatosis uterina, en pacientes entre 30 a 50 años, Hospital José Carrasco Arteaga, 2017. 2019 [citado 10 de enero de 2025]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/31992>

11. Ayala JL. Factores asociados a miomatosis uterina en pacientes que acuden al Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2020. Factors associated with uterine myomatosis in patients attending the Arzobispo Loayza National Hospital, 2020 [Internet]. 2021 [citado 10 de enero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9671>



12. Abarca J. Características epidemiológicas y clínicas de la miomatosis uterina en el Hospital Regional de Ica 2018 al 2022. 2024 [citado 10 de enero de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4920>
13. Cubas RD. Factores asociados a miomatosis uterina en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital General de Jaén, 2021-2022. Univ Nac Cajamarca [Internet]. 2024 [citado 10 de enero de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/6487>
14. Saguma F, Gil Campos M del R. Factores de riesgo asociados a miomatosis uterina en pacientes de 20 a 40 años del hospital II-1 Rioja 2021-2022. Repos Inst - USS [Internet]. 2023 [citado 10 de enero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/10973>
15. Silva M. Miomatosis uterina durante la gestación asociada a complicaciones obstétricas. Univ Priv Antenor Orrego [Internet]. 2021 [citado 10 de enero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/8011>
16. Rojas KL. Características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y de tratamiento de los miomas uterinos en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el periodo 2018. Univ Nac Cent Perú [Internet]. 2020 [citado 10 de enero de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/5829>
17. Garcia RD. Leiomiomatosis uterina: tratamiento quirúrgico, aspectos clínico epidemiológicos. hospital regional de Huacho. periodo 2016 - 2020. 15 de julio de 2021 [citado 10 de enero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/4738>



18. Herrera OA. Miomatosis uterina: factores asociados; clínicos y epidemiológicos; hospital maría auxiliadora. 2017-2020. Repos Inst - UCV [Internet]. 2021 [citado 10 de enero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/74952>
19. Holguin KS. Factores asociados a miomatosis uterina en pacientes que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, 2019. Univ Nac Altiplano [Internet]. 21 de diciembre de 2022 [citado 10 de enero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/19292>
20. Villasante SN. Factores asociados y abordaje de la miomatosis uterina en el servicio de gineco obstetricia del hospital base III Essalud Juliaca en el año 2023. 22 de mayo de 2024 [citado 10 de enero de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/22045>
21. Hernández-Valencia M, Valerio-Castro E, Tercero-Valdez-Zúñiga CL, Barrón-Vallejo J, Luna-Rojas RM, Hernández-Valencia M, et al. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. Ginecol Obstet México. 2017;85(9):611-33.
22. Instituciones activas [Internet]. [citado 10 de enero de 2025]. ¿Cómo se relacionan la salud y educación? | EINASalut - Instituciones activas - EINASalut. Disponible en: <https://einasalut.caib.es/trabajo-en-el-area-de-educacion>
23. Dismenorrea - Ginecología y obstetricia - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y->



obstetricia/anomal%C3%ADas-

menstruales/dismenorrea#Etiolog%C3%ADa\_v1062419\_es

24. Hiperglucemia [Internet]. National Library of Medicine; [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/hyperglycemia.html>

25. Sangrado uterino anormal: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000903.htm>

26. Menarquía | CúdatePlus [Internet]. 2015 [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/sexualidad/diccionario/menarquia.html>

27. CDCespanol. Gynecologic Cancers. 2024 [citado 10 de enero de 2025]. Información básica sobre los cánceres ginecológicos. Disponible en: <https://www.cdc.gov/gynecologic-cancer/es/about/index.html>

28. Obesidad y sobrepeso [Internet]. [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

29. IG [Internet]. [citado 10 de enero de 2025]. Paridad (definición). Disponible en: <https://www.ig.com/latam/glosario-trading/definicion-de-paridad>



ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

Id	Edad	Grado_de_instruccion	Hemorragia_uterina_anormal	Dolor_pelvico	Sensacion_de_masa	Menarquia	Uso_de_Anticonceptivos	Paridad	Obesidad	Diabetes_mellitus	Tipo_de_mioma
1	2	2	1	2	2	1	3	3	1	1	1
2	2	3	2	2	1	2	3	3	2	1	2
3	3	1	2	2	1	2	3	3	1	1	2
4	2	3	2	2	1	1	3	3	2	1	2
5	2	3	2	2	1	1	3	2	2	1	2
6	2	3	1	3	2	2	3	3	1	1	3
7	2	3	2	2	1	2	3	3	2	1	2
8	2	3	1	2	2	1	3	3	1	1	3
9	2	3	2	2	1	2	3	3	1	1	2
10	3	1	2	2	1	1	3	3	1	1	2
11	2	3	1	2	1	2	3	3	1	1	2
12	2	3	2	2	1	1	2	3	1	1	1
13	2	4	2	2	1	1	3	3	1	1	1
14	2	2	2	2	1	2	3	3	1	1	2
15	2	3	2	1	1	2	1	2	1	1	2
16	2	3	2	2	2	2	3	1	1	1	3
17	2	3	2	2	1	2	1	3	2	1	2
18	2	3	2	2	1	2	3	2	1	1	2
19	2	3	2	2	1	2	3	3	1	1	2
20	2	3	2	1	1	2	1	3	1	1	2
21	2	3	2	1	1	2	2	3	1	1	2
22	2	2	2	3	1	2	3	2	1	1	3
23	2	2	2	2	1	1	2	3	1	1	2
24	3	3	2	2	1	2	3	3	1	1	2
25	2	3	2	2	2	2	3	3	2	1	2
26	2	3	1	2	1	1	2	3	1	1	3
27	2	2	2	3	2	2	3	3	1	1	1
28	2	2	2	3	1	2	3	2	2	1	2
29	2	2	2	3	2	2	3	3	1	1	3
30	2	4	2	3	2	2	2	2	2	1	3
31	2	3	2	2	1	2	3	3	2	1	2
32	2	3	2	1	2	1	3	3	1	1	2
33	2	4	2	1	2	2	2	1	1	1	2
34	2	2	2	1	2	3	3	3	1	1	2
35	2	3	2	2	1	2	1	2	1	2	2
36	2	2	2	2	2	2	3	3	1	1	2



37	2	3	2	1	1	2	3	3	1	1	3
38	2	4	2	1	2	1	3	1	2	1	2
39	1	4	2	3	2	2	1	1	2	1	2
40	2	2	2	2	1	2	3	1	1	1	2
41	2	2	2	2	2	3	1	2	1	1	3
42	1	2	2	1	1	1	3	3	1	1	1
43	2	3	2	1	2	3	3	3	1	1	2
44	1	2	2	2	1	1	3	3	1	1	1
45	2	3	2	3	2	2	3	3	1	1	2
46	2	3	2	2	1	2	1	3	1	1	2
47	1	3	2	2	2	1	3	1	2	1	2
48	2	3	2	2	2	1	3	3	2	1	2
49	2	3	2	3	2	2	3	3	1	1	3
50	2	2	2	3	1	2	2	2	1	1	1
51	2	3	2	2	1	2	3	1	1	1	2
52	1	2	2	3	1	2	2	2	1	2	2
53	1	3	2	2	2	1	2	1	1	1	1
54	2	3	2	1	1	2	3	3	1	1	2
55	2	4	3	3	1	1	3	2	2	1	3
56	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	3
57	2	2	1	2	2	2	3	2	1	1	2
58	2	2	2	2	1	1	3	2	2	1	2
59	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
60	2	3	2	1	2	3	3	3	1	1	2
61	2	3	2	2	1	2	2	2	1	2	2
62	2	2	2	2	1	2	2	3	1	2	1
63	2	3	2	1	1	2	3	3	2	2	2
64	1	3	2	2	2	2	1	2	1	2	2
65	2	2	1	2	2	2	3	1	1	1	3
66	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1
67	2	3	2	1	2	2	3	3	2	1	2



Base de datos en Excel

N°	EDAD	GR. INSTR	HEMORRA	DOLOR	SENSACIÓN	MENARQUIA	ANTICONCTV	PARIDAD	OBESIDAD	DM2	MIOMA
1	1	2	3	1	2	2	2	1	2	1	2
2	3	1	3	3	3	2	2	3	3	3	3
3	3	3	1	3	1	1	2	1	2	1	2
4	2	2	2	3	3	1	2	3	1	3	3
5	1	3	3	3	2	3	3	2	1	1	3
6	3	1	3	3	3	2	2	2	3	2	3
7	3	1	3	3	2	2	3	2	3	1	3
8	1	2	1	3	3	2	1	2	2	3	1
9	2	2	2	2	2	1	1	3	3	1	1
10	1	1	3	1	2	3	1	1	3	2	1
11	3	2	1	3	2	1	2	2	2	1	3
12	1	2	3	2	3	3	1	1	2	3	3
13	2	2	3	3	2	1	1	1	3	3	3
14	2	1	1	2	2	1	3	3	3	3	2
15	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1
16	3	2	1	1	3	2	2	3	1	3	3
17	1	3	2	1	2	1	1	3	1	1	1
18	2	2	3	1	3	2	2	2	3	3	3
19	3	2	2	1	3	1	1	1	1	1	1
20	2	1	2	3	1	3	2	1	3	1	3
21	2	3	1	1	2	1	2	2	2	2	1
22	2	2	1	2	3	1	3	2	3	3	2
23	1	3	3	1	3	2	2	2	3	2	3
24	1	2	2	3	3	2	3	1	1	2	3



25	1	3	2	3	1	1	3	3	3	3	3
26	3	2	3	1	2	2	2	1	1	1	3
27	3	3	2	3	2	1	1	3	2	3	1
28	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1	1
29	2	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2
30	1	2	3	3	3	1	3	2	2	1	1
31	1	1	3	1	1	2	3	2	2	1	2
32	2	3	1	1	1	2	2	1	2	2	2
33	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	2
34	3	3	3	1	3	3	1	2	1	3	2
35	3	3	1	3	3	1	3	3	2	3	2
36	2	3	2	3	2	2	1	1	3	1	1
37	3	2	1	1	1	3	3	3	2	2	1
38	1	3	1	1	2	2	1	2	1	1	2
39	1	3	1	2	2	2	1	2	2	1	3
40	3	2	1	2	2	3	2	1	1	1	3
41	1	3	3	3	1	3	2	2	2	3	3
42	2	1	1	3	2	2	1	3	3	2	3
43	3	1	2	1	1	3	1	1	3	3	3
44	2	1	3	3	2	2	2	1	3	1	2
45	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1	1
46	3	1	1	3	3	2	2	3	3	3	2
47	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	2
48	1	2	3	3	1	3	1	2	2	2	2
49	2	3	3	3	3	1	3	2	1	2	2
50	1	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3
51	3	2	2	1	3	2	1	2	1	3	3
52	3	3	1	1	2	1	2	2	3	3	1



53	2	1	3	2	2	1	2	3	2	3	1
54	1	1	2	3	2	1	2	2	3	3	3
55	2	2	3	2	1	3	3	3	3	2	2
56	2	1	1	2	3	3	2	2	3	3	3
57	3	3	2	2	3	1	3	1	3	1	3
58	2	3	1	1	1	2	2	3	1	2	3
59	1	2	2	3	2	2	1	3	2	3	3
60	2	3	1	1	3	3	3	3	2	2	1
61	1	1	3	1	1	2	1	2	3	2	2
62	3	1	3	1	3	2	3	2	2	1	2
63	3	3	2	2	2	2	2	2	1	2	3
64	1	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2
65	2	1	3	2	3	2	3	1	1	3	2
66	1	3	3	1	3	3	1	1	2	1	2
67	2	1	2	2	3	3	3	2	3	3	3



N°	EDAD	GR. INSTR	HEMORRA	DOLOR	SENSACIÓN	MENARQUIA	ANTICONCTV	PARIDAD	OBESIDAD	DM2	MIOMA
1	1	2	3	1	2	2	2	1	2	1	2
2	3	1	3	3	3	2	2	3	3	3	3
3	3	3	1	3	1	1	2	1	2	1	2
4	2	2	2	3	3	1	2	3	1	3	3
5	1	3	3	3	2	3	3	2	1	1	3
6	3	1	3	3	3	2	2	2	3	2	3
7	3	1	3	3	2	2	3	2	3	1	3
8	1	2	1	3	3	2	1	2	2	3	1
9	2	2	2	2	2	1	1	3	3	1	1
10	1	1	3	1	2	3	1	1	3	2	1
11	3	2	1	3	2	1	2	2	2	1	3
12	1	2	3	2	3	3	1	1	2	3	3
13	2	2	3	3	2	1	1	1	3	3	3
14	2	1	1	2	2	1	3	3	3	3	2
15	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1
16	3	2	1	1	3	2	2	3	1	3	3
17	1	3	2	1	2	1	1	3	1	1	1
18	2	2	3	1	3	2	2	2	3	3	3
19	3	2	2	1	3	1	1	1	1	1	1
20	2	1	2	3	1	3	2	1	3	1	3
21	2	3	1	1	2	1	2	2	2	2	1
22	2	2	1	2	3	1	3	2	3	3	2
23	1	3	3	1	3	2	2	2	3	2	3
24	1	2	2	3	3	2	3	1	1	2	3
25	1	3	2	3	1	1	3	3	3	3	3
26	3	2	3	1	2	2	2	1	1	1	3
27	3	3	2	3	2	1	1	3	2	3	1



28	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1	1
29	2	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2
30	1	2	3	3	3	1	3	2	2	1	1
31	1	1	3	1	1	2	3	2	2	1	2
32	2	3	1	1	1	2	2	1	2	2	2
33	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	2
34	3	3	3	1	3	3	1	2	1	3	2
35	3	3	1	3	3	1	3	3	2	3	2
36	2	3	2	3	2	2	1	1	3	1	1
37	3	2	1	1	1	3	3	3	2	2	1
38	1	3	1	1	2	2	1	2	1	1	2
39	1	3	1	2	2	2	1	2	2	1	3
40	3	2	1	2	2	3	2	1	1	1	3
41	1	3	3	3	1	3	2	2	2	3	3
42	2	1	1	3	2	2	1	3	3	2	3
43	3	1	2	1	1	3	1	1	3	3	3
44	2	1	3	3	2	2	2	1	3	1	2
45	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1	1
46	3	1	1	3	3	2	2	3	3	3	2
47	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	2
48	1	2	3	3	1	3	1	2	2	2	2
49	2	3	3	3	3	1	3	2	1	2	2
50	1	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3
51	3	2	2	1	3	2	1	2	1	3	3
52	3	3	1	1	2	1	2	2	3	3	1
53	2	1	3	2	2	1	2	3	2	3	1
54	1	1	2	3	2	1	2	2	3	3	3
55	2	2	3	2	1	3	3	3	3	2	2



56	2	1	1	2	3	3	2	2	3	3	3
57	3	3	2	2	3	1	3	1	3	1	3
58	2	3	1	1	1	2	2	3	1	2	3
59	1	2	2	3	2	2	1	3	2	3	3
60	2	3	1	1	3	3	3	3	2	2	1
61	1	1	3	1	1	2	1	2	3	2	2
62	3	1	3	1	3	2	3	2	2	1	2
63	3	3	2	2	2	2	2	2	1	2	3
64	1	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2
65	2	1	3	2	3	2	3	1	1	3	2
66	1	3	3	1	3	3	1	1	2	1	2
67	2	1	2	2	3	3	3	2	3	3	3



ANEXO 2 :MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES	METODOLOGIA
<p><b>Problema general</b> ¿Cuáles son los factores relacionados a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca del 2024?</p> <p><b>Problemas específicos</b> ¿Cuáles son los factores sociodemográficos relacionados a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca del 2024?</p> <p>¿Cuáles son los factores clínicos relacionados a miomatosis uterina en pacientes</p>	<p><b>Objetivo general</b> Identificar los factores relacionados a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024</p> <p><b>Objetivos específicos</b> -Describir los factores sociodemográficos asociadas a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano -Describir los factores clínicos asociadas a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el</p>	<p><b>Hipótesis general</b> Existe asociación entre los factores relacionados y la miomatosis uterina en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca del 2024.</p> <p><b>Hipótesis específicas</b> -Los factores sociodemográficos como: la edad y el grado de instrucción están relacionados a la miomatosis uterina en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano. -Los factores clínicos como: la hemorragia uterina anormal, el dolor pélvico y la sensación de masa están relacionados a la</p>	<b>1.FACTORES RELACIONADOS</b>	1.1. Sociodemográficos	1.1.1. Edad	a) <40 años b) 40- 50 años c) >50 años	<p><b>1.-Diseño:</b> No experimental</p> <p><b>2.-Tipo:</b> Retrospectivo, transversal y relacional</p> <p><b>3.-Enfoque:</b> Cuantitativo</p> <p><b>4.-Poblacion:</b> 69 pacientes con el diagnóstico de miomatosis uterina.</p> <p><b>5.-Muestra:</b> 67 pacientes con el diagnóstico de miomatosis uterina.</p>
					1.1.2. Grado de instrucción	a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Superior	
				1.2. Fetales	1.2.1. Hemorragia uterina anormal	a)Metrorragia b)Menorragia c) No presenta	
					1.2.2. Dolor pélvico	a) Dismenorrea b) No cíclico c) Dispareunia	
					1.2.3. Sensación de masa	a) Si presenta b) No presenta	
				1.3. Gineco-obstétricos	1.3.1. Menarquia	a) Menarquia normal b) Menarquia precoz c) Menarquia tardía	



<p>atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca del 2024?</p> <p>¿Cuáles son los factores gineco-obstétricos relacionados a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca del 2024?</p> <p>¿ Cuáles son los factores patológicos relacionados a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca del 2024?</p> <p>¿Cuál es tipo de mioma más frecuente en el Hospital Carlos Monge Medrano?</p>	<p>hospital Carlos Monge Medrano</p> <p>-Describir los factores gineco-obstétricos asociados a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.</p> <p>-Describir los factores patológicos relacionados a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano</p> <p>Identificar el tipo de mioma más frecuente en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.</p>	<p>miomatosis uterina en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano.</p> <p>-Los factores gineco-obstétricos como: menarquia, uso de anticonceptivos orales, y la paridad están relacionados a miomatosis uterina en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano.</p> <p>-Los factores patológicos como: obesidad y diabetes mellitus están relacionados a miomatosis uterina en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano</p> <p>El mioma intramural es el tipo más frecuente en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano.</p>			<p>1.3.2. Uso de anticonceptivos hormonales</p> <p>1.3.3. Paridad</p> <p>1.4. Factores Patológicos</p> <p>1.4.1. Obesidad</p> <p>1.4.2. Diabetes mellitus</p> <p>Tipo de mioma</p>	<p>a) de barrera b) hormonales c) ninguno</p> <p>a) Nulípara b) Primípara c) Multípara</p> <p>b) Si presenta b) No presenta</p> <p>a) Si presenta b) No presenta</p> <p>a) Submucoso b) Intramural c)Subseroso</p>	<p><b>6.-Técnica:</b> Análisis documental</p> <p><b>7.-Instrumento:</b> Ficha de recolección de datos</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



**ANEXO 3: INSTRUMENTO**

N° HCL	DIAGNÓSTICO
<b>FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS</b>	
Edad	a) <40 años b)40- 50 años c) >50 años
Grado de instrucción	a) Analfabeta b) Primaria c)Secundaria d)Superior
<b>FACTORES CLÍNICOS</b>	
Hemorragia uterina anormal	a) Metrorragia b) Menorragia c) No presenta
Dolor pélvico	a) Dismenorrea b) No cíclico c) Dispareunia
Sensación de masa en región pélvica	a) Si presenta b) No presenta
<b>FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS</b>	
Menarquia	a) Menarquia normal b) Menarquia precoz c) Menarquia tardía
Uso de anticonceptivos	a) De barrera b) Hormonales c) Ninguna
Paridad	a) Nulípara b) Primípara c) Multípara
<b>FACTORES PATOLÓGICOS</b>	
Obesidad	a) Si presenta      b) No presenta
Diabetes mellitus	a) Si presenta      b) No presenta
<b>TIPO DE MIOMA</b>	a) Submucoso b) Intramural c)Subseroso



ANEXO 4: VALIDACION DE INSTRUMENTO

ANEXO 03: VALIDACION DE INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: FACTORES RELACIONADOS A MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

NOMBRE DEL JUEZ: *Victor Angel Candia Mengoa*

ESPECIALIDAD: *Ginecología obstetra*

COLEGIATURA: *23481 - 18309*

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2
*se deben eliminar algunos ítems	2
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

- De acuerdo: 2 (Si)
- En desacuerdo: 1(No)

ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe *Dr. Victor Angel Candia Mengoa* identificado con DNI N° *61.345.178* y CMP N° *23481* certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por el Bach. *Alonso Victor Monzon Calizaya*

*Victor Candia Mengoa*  
 MEDICO CIRUJANO  
 GINECOLOGO - OBSTETRA  
 C.M.P. N° 23481 R.N.E. 18309

Juliaca *16* de *abril* del 2025



### VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS JUICIO DE EXPERTOS

**TÍTULO DE LA TESIS: FACTORES RELACIONADOS A MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

NOMBRE DEL JUEZ: Edison Nestor Paredes Mamani

ESPECIALIDAD: Ginecologo - Obstetra

COLEGIATURA: 67889 - 49592

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2
*se deben eliminar algunos ítems	2
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

- De acuerdo: 2 (Si)
- En desacuerdo: 1(No)

#### ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

#### CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe, Dr. Edison Nestor Paredes Mamani, identificado con DNI N° 44000179 y CMP N° 67889, certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por el Bach. Alonso Victor Monzon Calizaya

  
 Edison Nestor Paredes Mamani  
 GINECOLOGO - OBSTETRA  
 CMP. 67889 RNE. 49592

Juliaca 16 de abril del 2025



### VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS JUICIO DE EXPERTOS

**TÍTULO DE LA TESIS: FACTORES RELACIONADOS A MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

NOMBRE DEL JUEZ: Juan Vilca Callata  
ESPECIALIDAD: Ginecología - Obstetra  
COLEGIATURA: 42403 - 39907

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2
*se deben eliminar algunos ítems	2
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

- De acuerdo: 2 (Si)
- En desacuerdo: 1(No)

#### ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 - 12 puntos	12 - 14 puntos	14 - 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

#### CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe Dr. Juan Vilca Callata identificado con DNI N° 82043075 y CMP N° 42403 certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por el Bach. Alonso Victor Monzon Calizaya

Juan Vilca Callata  
GINECOLOGA - OBSTETRA  
CMP: 42403 - RNE 39907

Juliaca 16 de abril del 2025



## ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

Solicito: Revisión de historias clínicas de Ginecología  
para trabajo de investigación

Dr. Jose Mamani Vilca  
Director del Hospital Carlos Monge Medrano

Yo, Alonso Victor Monzon Calizaya, identificado con DNI N° 72399151,  
bachiller en Medicina Humana, ante Ud. Respetuosamente me presento y  
expongo.

Que en mi calidad de bachiller y habiendo culminado de manera satisfactoria tengo planeado de realizar el trabajo de investigación " Factores relacionados a miomatosis uterina en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024" por lo que solicito que se me pueda acceder a la revisión de historias clínicas del servicio de ginecología de mayo a julio del 2025

POR LO EXPUESTO

Ruego a Ud. Acceder a mi solicitud

Juliaca 25 de abril del 2025

  
Alonso Victor Monzon Calizaya  
DNI 72399151





"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

Juliaca, 28 de Abril del 2025

CARTA N° 296 - 2025 - J-UADI-HCMM-RED-S-SR/J

Señor(es):

Eco. MARTINA QUISPE OBLITAS  
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA DEL HCMM

PRESENTE.-

**ASUNTO** : PRESENTA A BACHILLER PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACION.

**SOLICITANTE** : Sr. ALONSO VICTOR MONZON CALIZAYA

REGISTRO N° 8441 - 2025

Mediante el presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente, así mismo presentarle al Bachiller de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA de la UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ, quien ejecutará el Proyecto de Investigación titulado "**FACTORES RELACIONADOS A MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**", contando con la opinión favorable de las instancias correspondientes, considera procedente para que el interesado obtenga información para el proyecto de investigación, solicito le brinde las facilidades para recabar información. La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Red de Salud San Román otorga la **OPINION FAVORABLE** para que la interesada realice lo solicitado dentro de la Institución a partir de la fecha, al concluir el proyecto deberá dejar un ejemplar para la biblioteca del Hospital.

Atentamente,

EUCG/ccf  
Cc. interesado

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO  
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
Dr. Frajo U. Carrasco Gonzalo  
JEFE UADI - CAPACITACION  
MEDICO - PEDIATRA  
CMP 44365 - RNE 31601

MINISTERIO DE SALUD  
RED SALUD SAN ROMAN - UANCV  
28 ABR 2025  
12



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital [X]

Fecha de entrega: 23/10/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: ALONSO VICTOR MONZON CALIZAYA

Dirección: Av. Manco Capac N° 237

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 72399151

Teléfono: 902048409 email: victor.hn.1123@gmail.com

Nombres y Apellidos:

Dirección:

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°:

Teléfono: email:

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: MEDICINA HUMANA

Título o Grado Académico a optar: MÉDICO CIRUJANO

Asesor: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación [ ] Tesis [X] Trabajo de Suficiencia Profesional [ ] Trabajo Académico [ ]

FACTORES RELACIONADOS A MIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Miomatosis uterina, factores sociodemográficos, clínicos, gineco-obstétricos.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV 1, 2?

1

1 Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

2 Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller  Título  2da Especialidad  Maestría  Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

**Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.**

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o autor (es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

**Autorizo su publicación (marque con una X)**

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

**¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?**

**Sí:** significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

**No:** significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



**Jurisdicción de su Licencia**

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

- Internacional Nacional
- Nacional

Línea de investigación: **MEDICINA HUMANA - P09**

Firma de Autor



huella digital

23 de octubre del 2025

Fecha