



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Complicaciones maternas de la miomatosis uterina
durante la gestación y parto en pacientes atendidas en el
Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé : año 2012-
2013**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

AUTOR

Martín José Beltrán Zevallos

LIMA – PERÚ
2014

INDICE

	Pág.
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. PLANTEAMIENTO DE ESTUDIO	6
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: FORMULACIÓN.....	6
2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	7
2.3 MARCO TEORICO.....	9
2.4 HIPOTESIS	15
2.5 OBJETIVOS	15
2.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	15
2.5.2 OBJETIVO ESPECIFICO	16
3. MATERIAL Y METODOS	17
3.1 TIPO DE ESTUDIO	17
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	17
3.3 UNIVERSO Y POBLACIÓN A ESTUDIAR.....	17
3.4 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL	17
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	17
3.6 CRITERIOS DE EXCLUSION	18
3.7 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	18
3.8 TAREAS ESPECÍFICAS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS; RECOLECCIÓN DE DATOS U OTROS	19
3.9 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS	20
4. RESULTADOS	21
5. DISCUSIONES	31
6. CONCLUSIONES	34
7. RECOMENDACIONES	36
8. BIBLIOGRAFIA	37
9. GLOSARIO	40
10. ANEXOS	41

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las complicaciones maternas de la miomatosis uterina durante la gestación y parto en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre –Niño San Bartolomé. Año 2012-2013.

METODOLOGÍA: Estudio observacional, descriptivo – comparativo, retrospectivo de corte transversal, realizado en una muestra de 100 pacientes con el diagnóstico de miomatosis uterina durante el embarazo cuyas gestaciones y partos fueron atendidos en el Hospital Docente Madre – Niño San Bartolomé. Año 2012 – 2013.

RESULTADOS: Las características maternas más importantes de las pacientes con miomatosis uterina respecto a aquellas sin miomatosis, fueron en mayor porcentaje una edad de 20 a 34 años (52.9% vs 80.0%), educación secundaria (64.7% vs 20.0%), partos a término (82.4% vs 60.0%), antecedente de cirugía pélvica (29.4% vs 40.0%), antecedente de amenaza de aborto (17.6% vs 0.0%) e IMC adecuado (41.2% vs 40.0%), el resto de gestantes fueron catalogadas con sobrepeso u obesidad pregestacional, para ambos grupos. La frecuencia de miomatosis uterina durante el periodo de estudio fue de 51 casos. Entre las principales complicaciones maternas de la miomatosis uterina respecto a gestantes sin esta patología se encontró: anemia (47.1% vs 20.0%), dolor pélvico (5.9% vs 0.0%), Placenta previa (5.9% vs 0.0%) y parto prematuro (5.9% vs 0.0%); encontrándose a la cesárea en mayor porcentaje como medio de culminación del embarazo en gestantes con miomatosis (52.9%), respecto a aquellas gestantes sin miomatosis (20.0%). Asimismo, la mala presentación fetal (17.6%) y el trabajo de parto disfuncional (5.9%) fueron las principales complicaciones maternas durante el parto en gestantes con miomatosis, aunque no se presentaron en mayor porcentaje en este grupo respecto a aquellas sin miomatosis uterina. Por último, los resultados perinatales mas importantes de los recién nacidos de gestantes con miomatosis fueron: sexo masculino (58.8%), peso adecuado al nacer (88.2%), APGAR al minuto ≤ 5 (5.9%), 6 – 7 (35.3%) y ≥ 8 (58.8), mientras que las puntuaciones del APGAR a los 5 minutos fueron en el 100% de casos ≥ 8 puntos.

CONCLUSIONES: Las principales complicaciones maternas de la miomatosis uterina durante la gestación y parto fueron: anemia (47.1%), dolor pélvico (5.9%), placenta previa (5.9%), parto prematuro (5.9%), mala presentación fetal (17.6%) y trabajo de parto disfuncional (5.9%).

PALABRAS CLAVES: Parto, Gestación, Miomatosis

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determine maternal complications of uterine fibroids during pregnancy and delivery in patients treated at the Mother-Child Teaching Hospital San Bartolomé. Year 2012-2013.

METHODOLOGY: Observational, descriptive study - comparative, retrospective cross-sectional, conducted on a sample of 100 patients with a diagnosis of uterine fibroids during pregnancy whose pregnancies and deliveries were attended in the Teaching Hospital Mother - Child Saint Barthelemy. Year 2012 – 2013.

RESULTS: The most important of patients with uterine fibroids compared to women without fibroids, maternal characteristics were a higher percentage aged 20 to 34 years (52.9% vs 80.0%), secondary education (64.7% vs 20.0%) term deliveries (82.4% vs 60.0%), history of pelvic surgery (29.4% vs 40.0%), history of threatened abortion (17.6% vs 0.0%) and adequate BMI (41.2% vs 40.0%), the rest of pregnant women were classified overweight or prepregnancy obesity, for both groups. The frequency of uterine fibroids during the study period was 51 cases. The main maternal complications of uterine fibroids compared to pregnant women without this pathology was found: anemia (47.1 % vs 20.0 %), pelvic pain (5.9 % vs 0.0 %), placenta previa (5.9 % vs 0.0 %) and preterm (5.9 % vs 0.0 %); finding a higher percentage caesarean section as a means of termination of pregnancy in pregnant women with fibroids (52.9 %) compared to those pregnant women without fibroids (20.0 %). Likewise, fetal malpresentation (17.6 %) and dysfunctional labor (5.9 %) were the major maternal complications during delivery in pregnant women with fibroids, although not presented in greater percentage in this group compared to those without uterine fibroids. Finally , the most important perinatal outcomes of newborns of pregnant women with fibroids were male (58.8 %) sex, appropriate birth weight (88.2 %) , the minute Apgar ≤ 5 (5.9 %) , 6-7 (35.3 %) and ≥ 8 (58.8) , while APGAR scores at 5 minutes were in 100% of cases ≥ 8 points.

CONCLUSIONS: Major maternal complications of uterine fibroids during pregnancy and delivery were: anemia (47.1%), pelvic pain (5.9%), placenta previa (5.9%), preterm birth (5.9%), fetal malpresentation (17.6%) and dysfunctional labor (5.9%).

KEYWORDS: Childbirth, Pregnancy, Fibroids.

1. INTRODUCCIÓN

La miomatosis uterina es la causa más común de tumoraciones pélvicas durante la edad reproductiva, reportándose prevalencias que van del 17 al 30%, pudiendo entonces complicar una posible gestación ⁽²⁶⁾; y se estima que un 10% de las complicaciones producidas durante la gestación son debidas a la presencia de un mioma uterino ⁽³⁾, aunque su crecimiento, durante el embarazo es limitado, incrementa la probabilidad de presentar complicaciones en algún momento del embarazo y parto. ⁽³⁾. Así, en hospital San Bartolomé la miomatosis uterina representa el 3.81% de casos, de los cuales el 1.43% han complicado la gestación. Se describen como complicaciones más frecuentes del embarazo y parto: ruptura prematura de membranas, mala presentación fetal, parto prematuro, trabajo de parto disfuncional, etc y resultados perinatales como bajo peso al nacer y bajas puntuación de APGAR etc. sin embargo es debatible el hecho que son causa de aborto espontáneo. Además de incrementar de 2 a 3 veces el riesgo de parto por cesárea, debido a complicaciones como la mala presentación fetal ⁽²⁷⁾. Asimismo el hospital Nacional docente Madre niño san Bartolomé es una de las principales instituciones de referencia de patología obstétricas que tiene por obligación procurar el bienestar de la madre y el niño basándose principalmente en cumplir los objetivos del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas tales como reducir la mortalidad materna, así como reducir la mortalidad infantil, por lo que busca mejorar de manera preventiva las diversas complicaciones obstétricas que se presentan en la gestación parto y puerperio incorporando programas sobre Salud Materno Perinatal así como desarrollando Normas y Guías técnicas Materno Neonatal, de ahí la necesidad de realizar diversos estudios acerca de diversas patologías durante la gestación en este caso sobre las consecuencias de la miomatosis uterina durante el embarazo; finalmente el conocimiento de la magnitud de este problema en nuestra institución, por lo que resulta importante el estudio de las principales complicaciones maternas así como posibles resultados perinatales, a fin de contribuir a establecer los parámetros para el manejo de este tipo de patologías.

2. PLANTEAMIENTO DE ESTUDIO

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: FORMULACIÓN

La Miomatosis uterina es un hallazgo común en mujeres en edad reproductiva ⁽¹⁾, que frecuentemente están asociados a la gestación y que pueden influir en el desarrollo y termino del embarazo, siendo factores de riesgo de aborto, partos prematuros, mala presentación fetal u obstrucción del canal de del parto, ante la posible existencia de importantes complicaciones agregadas. ⁽²⁾

La mayoría de miomas no cambia de tamaño durante el embarazo, pero un tercio puede crecer en el primer trimestre aunque su crecimiento no es mayor de 25% de su tamaño original, aumentando la frecuencia de complicaciones en un 20 y 30%. Se estima que un 10% de las complicaciones durante la gestación se produce por la presencia de un mioma uterino, siendo la complicación más frecuente los abortos (5%), pues diversos estudios reportan mayor riesgo de aborto espontaneo en las pacientes con miomas ($p < 0.05$), así como mayor frecuencia de aborto séptico en pacientes con miomas múltiples en comparación con los pacientes que presentan un solo mioma (23.6 vs 8% $p < 0.05$). ⁽³⁾

Los casos de Miomatosis en el hospital San Bartolomé representan el 3.81% de los cuales el 1.43% se han complicado en la gestación y generalmente los hallazgos son intraoperatorios mucho después de la presencia de la complicación.

Los casos de miomas subserosos son raros pero se han presentado dentro de los servicios de ginecología y obstetricia caracterizándose por ser grandes generando complicaciones como dolor, sangrado (degeneración roja), aborto recurrente entre otros, de los cuales muy pocos han sido definidos en muchas pacientes, complicando la fertilidad a posterior de nuestras gestantes. La escasa estadística, el manejo no protocolizado en el servicio son parte del problema que se asocia a lo anteriormente enunciado es por ello que se busca conocer la principales complicaciones que acarrea la Miomatosis uterina en la gestación dentro de nuestra institución para así realizar un manejo preventivo y poder contribuir al cambio de actitud de los profesionales de salud frente a este problema y para la toma de decisión.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales complicaciones maternas de la miomatosis uterina durante la gestación y parto en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre –Niño San Bartolomé. Año 2012-2013?

2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Con la finalidad de sustentar la presente investigación se realizó la respectiva revisión de un conjunto de estudios relacionados con el tema, previa revisión de buscadores como Lilacs, Pubmed, Scielo, etc. A continuación se enunciarán diferentes estudios:

Deveer M. et al. En su estudio obtuvieron que los fibromas localizados en la pared posterior del útero de más de 30 mm de diámetro se asociaron con más dolor pélvico ($p = 0,001$) en comparación con los de la pared anterior. Así mismo mencionan que los embarazos con miomas uterinos están en mayor riesgo de complicaciones. ⁽⁴⁾

Zeghal D. y col realizaron un estudio retrospectivo acerca de los miomas y las complicaciones durante el embarazo, obteniendo como principales complicaciones al parto prematuro, ruptura prematura de membranas y la placenta previa durante el tercer trimestre del embarazo. Las presentaciones distócicas son más frecuentes que en la población general, responsable de una mayor tasa de cesáreas. Durante el puerperio, la hemorragia constituye la complicación más frecuente y el pronóstico fetal es bueno, solo que en algunos casos puede condicionar a restricción de crecimiento, pero no hay riesgo de mortalidad. ⁽⁵⁾

Noor S. y asociados hicieron una investigación donde vieron que el embarazo con fibromas lleva a un aumento en la tasa de cesárea debido a trabajo de parto disfuncional y mala presentación, como la presentación de nalgas (4, 19,04%) y prolapso de cordón (3, 14,28%). También se ha evidenciado casos de restricción de crecimiento intrauterino, aborto, histerectomía debido a placenta de baja altitud y sangrado abundante. Asimismo hay una mayor incidencia de hemorragia postparto como complicación asociada a la anemia, anestesia y cirugía. ⁽⁶⁾

Conti N. et al. Observaron que las mujeres con fibromas uterinos antes del embarazo eran frecuentemente mayores de 35 años de edad y en su historia clínica antes del embarazo mostraron más dolor pélvico, polaquiuria, cirugía pélvica previa, hipermenorrea y dismenorrea, que las mujeres control ($p < 0,0001$). Durante la gestación, las pacientes con fibromas uterinos al momento del nacimiento se mostraron más amenazadas de prematuridad, aumento de peso, hiperémesis, hipertensión gestacional, siendo estos parámetros clínicos relacionados significativamente con el resultado de un embarazo desfavorable, ya que desencadenaban la hemorragia post-parto y más a menudo la necesidad de cesárea de emergencia ($p < 0,0001$).⁽⁷⁾

Laughlin SK. Y asociados vieron que la proporción de mujeres con leiomiomas aumenta con la edad mucho más pronunciada para las mujeres afroamericanas (95% CI 13-25), que entre las mujeres blancas (95% IC: 7-11).⁽⁸⁾

Morgan y col. Observaron en su investigación que la amenaza de aborto, el riesgo de pérdida del embarazo en el segundo trimestre, los nacimientos prematuros, ruptura prematura de membranas y la presentación fetal anormal fue significativamente mayor en los pacientes con fibromas uterinos en comparación con los pacientes sin miomas. La atonía uterina fue más frecuente en los pacientes con fibromas que en pacientes sin miomas (12,3 vs 4,2%, RR = 2,9, IC 95% 1,2-7,6, $p = 0,036$). No hubo diferencias en los resultados perinatales entre los grupos.⁽⁹⁾

Kellal I. y asociados en su estudio retrospectivo de casos y controles en mujeres con y sin leiomiomas vieron mediante el análisis multivariado que la presencia de leiomiomas se asoció significativamente con la edad de las mujeres mayores de 35 años (odds ratio ajustada [AOR] 2,48, intervalo de confianza del 95% (CI) [1.31-4.67]), el tabaquismo (AOR = 4,3, [1.82-10.13]), cistitis (AOR = 6,55, [2,12-20,16]), hidramnios (AOR = 5,12 [1,57-16,65]), amenaza de trabajo de parto pretermino (AOR = 3,99 [1,66-9,56]), sangrado en el primer trimestre (AOR = 3,92 , [1,62-13,26]), la anemia durante el embarazo (AOR = 2,97, [1,30-6,78]), el trabajo distócico (AOR = 11,79, [2,80-49,56]), retención de placenta (AOR = 4,25 [1,49-12,11] y cuidados intensivos pediátricos (AOR = 4,44 [1,19-16,60]). En cuanto a la cesárea, en el análisis multivariado se encontró que las mujeres con leiomiomas sufrió 8,48 veces más cesáreas que las mujeres con un solo leiomioma ($p = 0,001$).⁽¹⁰⁾

Tchente Nguefack C. et al. Con el objetivo de comparar la incidencia de complicaciones del embarazo en mujeres con fibromas y sin fibromas, efectuaron este estudio obteniendo como resultados que la amenaza de aborto (51,3% versus 18,8%, RR: 2,7 [1,7-4,5], $p = 0,00002$), amenaza de parto prematuro (26,3% versus 10%; RR: 2,6 [1,2-5,6], $p = 0,008$), parto prematuro (22,5% frente a 7,9%; RR: 2,9 [1,2-6,9]), el tratamiento tocolítico (48,8% versus 20,0%, RR: 2,4 [1,5-4,0], $p = 0,0001$) y cesárea (40% frente a un 13,8% ; RR: 3,1 [1,6-5,9], $p = 0,0001$) fueron significativamente superiores en el grupo de mujeres con fibromas que en el grupo de mujeres sin fibromas. También hay un moderado aumento de la incidencia de abortos (11,3% versus 5%; RR: 2,3 [0,7-7,0]), la presentación de nalgas (11,3% versus 5%, $p = 0,3$), sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa en estos dos grupos. ⁽¹¹⁾

Morgan y col. Evaluaron la repercusión del mioma uterino durante el embarazo encontrando que la frecuencia de amenaza de aborto, riesgo de pérdida gestacional del segundo trimestre, nacimientos pretérmino, rotura prematura de membranas y presentaciones fetales anómalas fue significativamente mayor en las pacientes con miomas uterinos en comparación con las que no tenían miomas. Durante el seguimiento no se demostró que los miomas crecieran; incluso, existió una tendencia hacia la reducción de tamaño conforme avanzó el embarazo y hasta el momento de su terminación. No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de cesárea entre ambos grupos (52.3% vs 47.9%; RR: 1.09; IC 95%: 0.82-1.45; $p=0.646$). La atonía uterina fue más frecuente en las pacientes con miomas que en las que no tenían miomas (12.3% vs 4.2%, RR: 2.9; IC 95%: 1.2-7.6; $p=0.036$). ⁽³⁾

2.3 MARCO TEÓRICO

Los miomas uterinos también llamados leiomiomas, miofibromas, fibromioma o leiomiofibroma son tumores benignos del útero o matriz, conformados por músculo liso que deforman e incrementan el tamaño y peso del útero, generalmente son un fenómeno muy común en mujeres en edad reproductiva, son responsables de infertilidad y abortos en una pequeña pero significativa proporción (5%).

Se cree que son causados por una excesiva estimulación de los estrógenos (hormonas que se producen en los ovarios, y en menor cantidad por el tejido graso). Según su localización y tamaño suelen dar mayor o menor sintomatología, además no existe una

edad de aparición aunque es más frecuente en la tercera y cuarta década de la vida y frecuentemente es un hallazgo en la revisión ginecológica por medio del ultrasonido.

Según Ruiz, los diferentes leiomiomas pueden afectar el resultado reproductivo en diferente extensión, y los resultados de las intervenciones quirúrgicas para cada tipo pueden variar. Según la clasificación como: en submucosos (hacia adentro de la cavidad uterina), intra-murales (dentro de la pared muscular del útero), o subserosos (hacia adentro de la cavidad uterina) e intra-ligamentarios (dentro de los ligamentos de sostén del útero). También los podemos clasificar por tamaño en: grandes elementos (Diámetro mayor a 6 cm. Hasta 20 cm), medianos elementos (Diámetro entre 2 y 6 cm), pequeños elementos (Diámetro igual o menor de 2 cm).⁽¹³⁾

Miomas uterinos y complicaciones en el Embarazo

Los fibromas son relativamente comunes en las pacientes en edad reproductiva y son exclusivamente responsables de infertilidad y abortos. Aproximadamente el 50% de las mujeres con infertilidad y miomas uterinos se embarazan después de miomectomía. Una proporción relativamente alta de mujeres con historia de abortos recurrentes se embaraza después miomectomía. Lo más importante, hay una disminución significativa en la tasa de abortos en el primer y segundo trimestre. La evidencia sugiere que la mayoría de mujeres que desean embarazarse son capaces de hacerlo en el primer año, con una caída de estas tasas en forma aguda después de este tiempo.⁽¹⁵⁾

A pesar de que los datos sobre los síntomas de los miomas en el embarazo no son contundentes en lo relativo a sus complicaciones durante la gestación y parto, los estudios y la experiencia medica sugieren que los miomas están asociados con un aumento en la tasa de aborto involuntario espontaneo, parto prematuro, desprendimiento de la placenta, mala presentación, distocia en el trabajo de parto, parto por cesárea y hemorragia postparto.

El diagnóstico de los miomas en el embarazo no es una tarea sencilla, pues solo el 42% de los miomas de gran tamaño (mayores a 5 cm) y el 12% de los más pequeños (de 3 a 5 cm) se pueden diagnosticar con examen físico y la capacidad de la ecografía para detectar miomas en el embarazo es aún más limitada debido principalmente a la dificultad de diferenciar los fibromas del engrosamiento fisiológico del endometrio

(membrana de útero) durante la gestación, por lo que la prevalencia de los miomas en el embarazo es por lo tanto probablemente subestimada.

Los estudios realizados utilizando ultrasonido para efectuar seguimiento al tamaño de los miomas en el embarazo, han demostrado que la mayoría de los fibromas (60% al 78%) no muestran ningún cambio significativo en su volumen pero por otra parte en los casos en que tienen un incremento en su volumen (del 22% al 78%) esto está limitado casi exclusivamente al primer trimestre, especialmente durante las 10 primeras semanas de gestación y con muy poco o ningún crecimiento en el segundo y tercer trimestre.

Algunos estudios han demostrado que los fibromas pequeños tienen la misma probabilidad de crecimiento que los fibromas grandes, mientras que otros estudios sugieren que los miomas en el embarazo tienen diferentes patrones de crecimiento durante el segundo trimestre, siendo los fibromas pequeños los que crecen más respecto los fibromas grandes los cuales generalmente permanecen sin cambios, pero invariablemente todos disminuyen en el tercer trimestre.

La mayoría de miomas no muestran ningún cambio durante el puerperio, (cuarentena o dieta después del parto) aunque un 7.8% disminuye su volumen hasta en un 10%.⁽¹⁹⁾

Complicaciones de los miomas en el embarazo en mujeres mayores de 30 años

- *Embarazo Tardío*

Las mujeres con miomas en el embarazo son significativamente más propensas a desarrollar trabajo de parto prematuro que las mujeres que no tienen miomas en este estado.

Los miomas múltiples en contacto con la placenta parecen ser un factor de riesgo en el parto prematuro y por el contrario no parece ser un factor de riesgo en la ruptura temprana de las membranas, de hecho una reciente revisión sistemática parece sugerir que los fibromas se asocian con un menor riesgo en la rotura temprana de las membranas.

- *Desprendimiento de la placenta*

Los datos acumulados al respecto sugieren que el riesgo de desprendimiento de la placenta se incrementa 2.5 veces en mujeres con miomas en el embarazo. Un estudio informo que el desprendimiento de la placenta ocurre en el 54% de las

mujeres que presentan fibromas retro placentarios en contraste con el 2.1% de mujeres con fibromas ubicados en otras partes del útero.

Un mecanismo probable que interviene en el desprendimiento de la placenta puede ser la disminución del flujo sanguíneo al fibroma y tejidos adyacentes, lo que da lugar a la muerte celular parcial de los tejidos placentarios.

- *Placenta Previa*

La relación entre los miomas en el embarazo y la placenta previa se ha examinado en solo tres estudios los cuales sugieren que la presencia de miomas en el embarazo se asocia con un riesgo 2 veces mayor de presentar placenta previa incluso después de una miomectomía.

- *Anomalías del feto y restricción del su crecimiento*

El crecimiento fetal no parece verse afectado por la presencia de miomas en el embarazo, sin embargo los datos acumulativos y un estudio basado en la población sugieren que las mujeres con fibromas tienen un riesgo ligeramente mayor de tener un bebé con restricción de crecimiento; estos resultados no se ajustaron por edad de la madre o tiempo gestacional.

En raras ocasiones los miomas grandes pueden comprimir y distorsionar la cavidad uterina lo que puede conducir a deformidades fetales, se saben de casos reportados de deformaciones fetales incluyendo hundimiento lateral del cráneo fetal, torceduras anormales del cuello, y defectos de miembros o reducción de estos en mujeres con grandes fibromas submucosos.

- *Parto y Nacimiento*

Mala presentación, distocia del trabajo de parto y cesárea.

Se registra un aumento de mala presentación fetal en mujeres con miomas en el embarazo en comparación con aquellas que no los tienen, especialmente si se tiene fibromas grandes, fibromas múltiples y fibromas ubicados en la parte baja del útero. Numerosos estudios han demostrado que la presencia de fibromas son un importante factor de riesgo de parto por cesárea ya que en una revisión de casos se encontró que las mujeres con miomas en el embarazo tienen un riesgo 3.7 veces mayor de tener un parto por cesárea, esto se debe en gran parte a un aumento de distocia en el trabajo de parto el cual se puede incrementar hasta dos veces en las mujeres con fibromas.

Los fibromas múltiples grandes, submucosos y los ubicados en el segmento inferior del útero son considerados factores de riesgo relevantes para el parto por cesárea, sin embargo su presencia no debe considerarse como una contraindicación para una prueba de parto normal

- *Hemorragia post parto*

Debido a que los miomas en el embarazo pueden alterar la arquitectura del útero estos pueden interferir en las contracciones del miometrio lo que conduce a una alteración de la anatomía uterina y hemorragia postparto, esto también explica porque las mujeres con fibromas presentan un mayor riesgo de tener que hacerse histerectomía después del parto

- *Placenta Retenida*

La placenta retenida es más común en mujeres con fibromas y más si este se ubica en el segmento inferior del útero, sin embargo la placenta retenida sigue siendo más común en todas las mujeres con fibromas en comparación con los sujetos de control independientemente de la ubicación del fibroma en una relación del 1.4% al 0.6% respectivamente.

- *Rotura Uterina Después de la Miomectomia*

La rotura del útero durante el parto después de una miomectomia es extremadamente rara, en un estudio realizado a 100 mujeres que tuvieron partos después de una miomectomia abdominal no se registraron datos de rotura uterina.

Los datos recientes indican que estas rupturas uterinas ocurren antes del inicio del trabajo de parto en el lugar donde se efectuó la miomectomia, afortunadamente el riesgo absoluto de rotura del útero después de una miomectomia sigue siendo bajo entre el 0.6% y el 1.1%.

Complicaciones de los miomas en el embarazo en mujeres entre 18 y 30 años

- *Embarazo Temprano*
- *Aborto espontaneo*

Comparativamente las tasas de aborto espontaneo son mucho mayores en mujeres que presentan miomas en el embarazo que aquellas que no los presentan con una diferencia del 14% frente al 7% respectivamente.

La evidencia en la literatura médica sugiere sin embargo que el tamaño del fibroma no afecta la tasa de aborto involuntario pero en cambio el número de fibromas si lo afecta en una relación del 23.6% al 8%.

La ubicación del fibroma también es importante ya que la frecuencia de aborto involuntario es mayor en los casos en que estos están ubicados en el segmento inferior del útero y en mujeres con miomas intra-murales y submucosos.

El mecanismo por el cual los miomas en el embarazo causan abortos espontáneos es poco claro pero se sospecha que el aumento en la irritabilidad y contractibilidad uterina, el aumento de la compresión de los fibromas y el compromiso en el suministro de sangre de la placenta al feto en desarrollo pueden ser las causas implicadas.

- *Sangrado temprano durante el embarazo*

La ubicación del fibroma determina al riesgo de sangrado durante el embarazo ya que este es significativamente más común si el fibroma se implanta cerca de la placenta y el feto. ⁽¹⁷⁾

Síntomas más Comunes y diagnóstico:

El 25% de las pacientes no refiere ningún síntoma, aunque en ocasiones se presenta:

- Sensación de plenitud.
- Presión en bajo vientre.
- Cambios en el sangrado menstrual en cuanto a cantidad y duración. Con frecuencia se presenta sangrado menstrual excesivo y presencia de coágulos.
- Dolor e inflamación en bajo vientre durante la menstruación. En ocasiones en pacientes que no presentaban dolor durante los períodos previos.
- Sangrados o manchados no relacionadas con la menstruación o asociados a la menopausia
- Anemia (disminución de los glóbulos rojos) que se acompaña de molestias como fatiga, cansancio pronto al subir escaleras, sueño, dolor de cabeza, angustia y sensación de incremento en la frecuencia cardíaca.
- Infertilidad.

Autores sugieren que es preferible el diagnóstico a través de historia clínica, exploración ginecológica y corroborar con un ultrasonido, el cual mostrara el tamaño, localización y si existe alguna degeneración de los miomas. El laboratorio apoya para valorar el estado hemodinámico de la paciente. ⁽¹²⁾

Durante el embarazo la conducta debe ser expectante, interviniéndose solo en caso de fuerza mayor, siempre de manera conservadora, es decir, de la forma menos invasiva posible, para no afectar a la evolución de la gestación.

En el parto hay un incremento del número de cesáreas debido a alteraciones en la dinámica uterina (es decir, a las contracciones), al aumento de placentas previas y alteraciones en la posición del feto y a obstrucciones del canal del parto. ⁽¹⁶⁾. El tratamiento va a depender de la localización, el tamaño y la sintomatología de cada paciente:

- **Miomectomía:** Consiste en retirar únicamente los tumores sin quitar el útero. siempre existe la posibilidad de retirar solamente los miomas para no ser sometida a la histerectomía.
- **Histerectomía:** Consiste en retirar el útero incluyendo los miomas. en ocasiones es lo más recomendado de acuerdo a la sintomatología de los miomas y a la edad de la paciente
- **Tratamiento Hormonal:** Reduce el crecimiento de los miomas. El tratamiento es temporal. El éxito de este tratamiento es menor del 10%. ^(12, 14)

2.4 HIPOTESIS

No amerita hipótesis por ser de carácter descriptivo.

2.5 OBJETIVOS

2.5.1 Objetivo General:

- Determinar las complicaciones maternas de la miomatosis uterina durante la gestación y parto en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre –Niño San Bartolomé. Año 2012-2013.

2.5.2 Objetivos Específicos:

- Describir las características maternas de las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina y gestación.
- Determinar las principales complicaciones maternas de la miomatosis uterina durante la gestación.
- Determinar las principales complicaciones maternas de la miomatosis uterina durante el parto.
- Determinar la frecuencia de miomatosis uterina durante la gestación.
- Determinar los resultados perinatales de las pacientes con diagnóstico de miomatosis uterina.

3. MATERIAL Y METODOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio es observacional

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El diseño es descriptivo comparativo, retrospectivo y de corte transversal.

3.3 UNIVERSO Y POBLACIÓN A ESTUDIAR

Total de gestantes atendidas en el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé.

3.4 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

Unidad de análisis:

Gestante atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé, durante el periodo 2012- 2013.

Tipo de muestreo:

Para la selección de la muestra no aplica un tipo de muestreo, puesto que estará conformada por todas las pacientes obstétricas que fueron gestantes y que cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión.

Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra estará conformado por el total de pacientes que tuvieron el diagnóstico de miomatosis uterina y que estuvieron gestando. Aproximadamente se registrarán 100 pacientes.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes con diagnóstico de miomatosis uterina.
- Historia clínica accesible.
- Pacientes que pertenezcan a la institución

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestantes con enfermedades crónicas o metabólicas.
- Diagnóstico de malformaciones congénitas.
- Historia clínica no disponible.
- Pacientes que sean referidas a otra institución.

3.7 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Listado de Variables:

Características Maternas:

- Edad materna
- Nivel educativo
- Estado civil
- Edad gestacional
- Antecedente de cirugía pélvica
- Antecedente de Amenaza de aborto
- Antecedente de mioma uterino
- Peso
- Talla
- IMC
- Paridad
- Consumo de sustancia nocivas

Complicaciones Obstétricas:

- Dolor pélvico.
- Polaquiuria
- dismenorrea
- Parto prematuro
- RPM
- Placenta Previa
- Cesáreas
- Hemorragias postparto.

- Trabajo de parto disfuncional
- Mala presentación fetal.
- Aborto
- Prolapso de cordón
- Histerectomía.
- Anemia
- ICP
- Atonía Uterina
- Hidramnios
- Retención placentaria

Resultados perinatales

- Sexo
- Peso
- Talla
- Apgar
- Presencia de RCIU

3.8 TAREAS ESPECÍFICAS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS; RECOLECCIÓN DE DATOS U OTROS

En la realización del presente trabajo de investigación se siguieron diferentes pautas como:

- Previa aprobación del Trabajo de investigación por la universidad, se buscó conseguir la autorización de los Jefes del departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé.
- Posteriormente se procedió a la ubicación del número de las historia clínica de las gestantes con diagnóstico de Miomatosis uterina que ingresaron durante el periodo que comprende el estudio (2012-2013), utilizando para esto los datos estadísticos donde refieran la cantidad de casos.

- Para afianzar los datos que se obtengan de las historias clínicas se recurrió al libro de ingresos que se encuentra en el servicio de obstetricia y se seleccionó a los pacientes según los criterios de inclusión.
- Se solicitó el permiso y autorización del jefe de la Unidad de Archivo de esta institución para la búsqueda de las historias clínicas y así obtener los datos que se requieren.
- Se recolectaron los datos según las variables a buscar en el presente estudio.

3.9 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Para el procesamiento en Excel y el análisis descriptivo se utilizó como herramienta un software estadístico.

Análisis descriptivo o univariado: Las variables cuantitativas se determinó mediante medidas de tendencia central (mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar). Para las variables cualitativas: se determinó frecuencias absolutas y relativas (%), se utilizó las herramientas graficas: diagrama de barras y/o diagrama de torta, diagrama de cajas.

4. RESULTADOS

A continuación se presentan los principales resultados de las gestantes con y sin miomatosis uterina atendidas en el Hospital Docente Madre – Niño San Bartolomé. Año 2012-2013.

Tabla N°1: Características sociodemográficas generales de las gestantes con y sin miomatosis uterina atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé, 2012 – 2013.

Características Sociodemográficas.	N	%
Edad.		
20-34 años	63	59.1%
>35 años	43	40.9%
Estado civil.		
Soltera	24	22.7%
Casada	24	22.7%
Conviviente	58	54.5%
Grado de instrucción.		
Secundaria	63	59.1%
Técnico	14	13.6%
Universitario	24	22.7%
Otro	5	4.5%
Total	106	100.0%

Las características generales de las 21 gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé, el mayor porcentaje de ellas se encontraron en el rango de edad de 20 a 34 años (59,1%), seguido de aquellas con edades mayores de 35 años (40,9%), no encontrándose gestante alguna con edades menores a 19 años. El 54.5% de ellas tuvo por estado civil, ser conviviente; en segundo lugar se encontraron las casadas (22,7%) y solteras (22,7%). La mayoría de ellas tuvo por grado de instrucción, secundaria (59,1%); un 22,7% fueron universitarias, 13,6% fueron tuvieron estudios técnicos, 4,5% de ellas refirió tener otro tipo de estudio y por último, ninguna de ellas tuvo por grado de instrucción, estudios primarios. (Ver Tabla N° 1 y Grafico N° 1, 2 y 3).

Gráfico N°1: Edad de las gestantes con y sin miomatosis uterina atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé, 2012 – 2013.

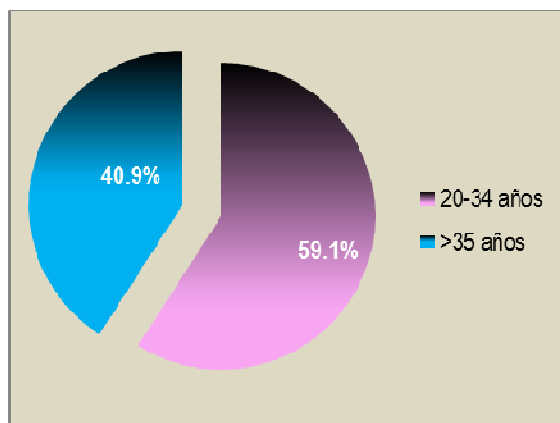


Gráfico N°2: Estado civil de las gestantes con y sin miomatosis uterina atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé, 2012 – 2013.

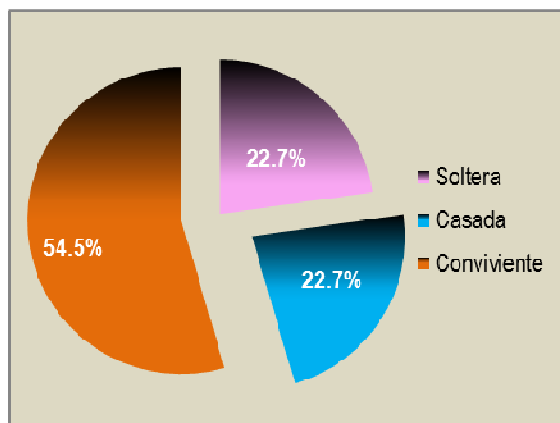


Gráfico N°3: Grado de instrucción de las gestantes con y sin miomatosis uterina atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé, 2012 – 2013.

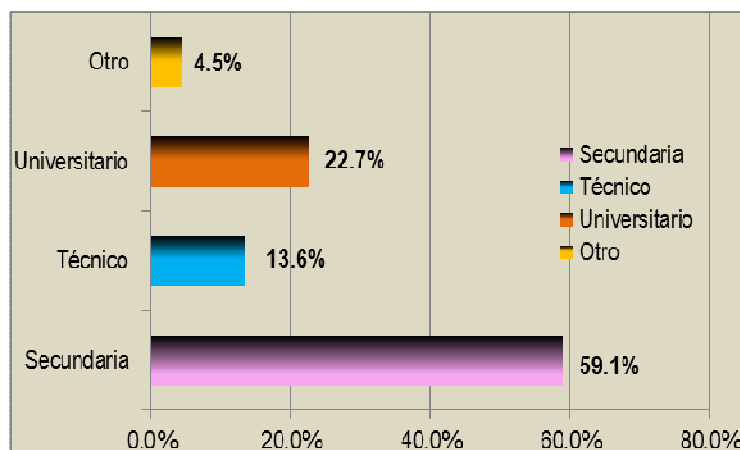


Tabla N°2: Características sociodemográficas de las gestantes con y sin miomatosis uterina atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé, 2012 – 2013.

Características Sociodemográficas.	Tipo de estudio.			
	Grupo estudio		Grupo comparativo	
	N	%	N	%
Edad.				
20-34 años	27	52.9%	44	80.0%
>35 años	24	47.1%	11	20.0%
Estado civil.				
Soltera	6	11.8%	33	60.0%
Casada	12	23.5%	11	20.0%
Conviviente	33	64.7%	11	20.0%
Grado de instrucción.				
Secundaria	33	64.7%	22	40.0%
Técnico	6	11.8%	11	20.0%
Universitario	9	17.6%	22	40.0%
Otro	3	5.9%	-	-
Total	51	100.0%	55	100.0%

En mayor porcentaje, las pacientes incluidas en el estudio tuvieron edades que oscilaron entre 20 a 34 años, tanto para el grupo de estudio (52.9%) como para el grupo comparativo (80.0%), seguidamente estuvieron aquellas con edades mayores a 35 años, 47.1% para el grupo de estudio y 20.0% para el grupo comparativo, por último no se hubo pacientes con edades menores a 19 años para ambos grupos. Asimismo, el 64.7% de las pacientes del grupo de estudio tuvo por estado civil, el ser conviviente, seguido de aquellas casadas (23.5%) y solteras (11.8%). Por otro lado el mayor porcentaje de las pacientes del grupo comparativo tuvo por estado civil el ser soltera (60.0%), seguido de aquellas casadas (20.0%) y solteras (20.0%). En cuanto al grado de instrucción, en el grupo de estudio la mayoría de ellas tuvo por grado de instrucción el haber cursado secundaria (64.7%), mientras que para el grupo comparativo en primer lo ocuparon aquellas con grado de instrucción el tener estudios universitarios (40.0%) y el haber cursado secundaria (40.0%) seguido de aquellas con estudio técnicos (20.0%); mientras que en segundo lugar en el grupo de estudio lo ocuparon aquellas con estudio universitarios (17.6%), seguido de aquellas con estudio técnicos (11.8%), mientras que un 5.9% refirió tener otro tipo de estudios. (Ver Tabla N° 2 y Gráfico N° 4, 5 y 6)

Gráfico N°4: Edad de las gestantes con y sin miomatosis uterina atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé, 2012 – 2013.

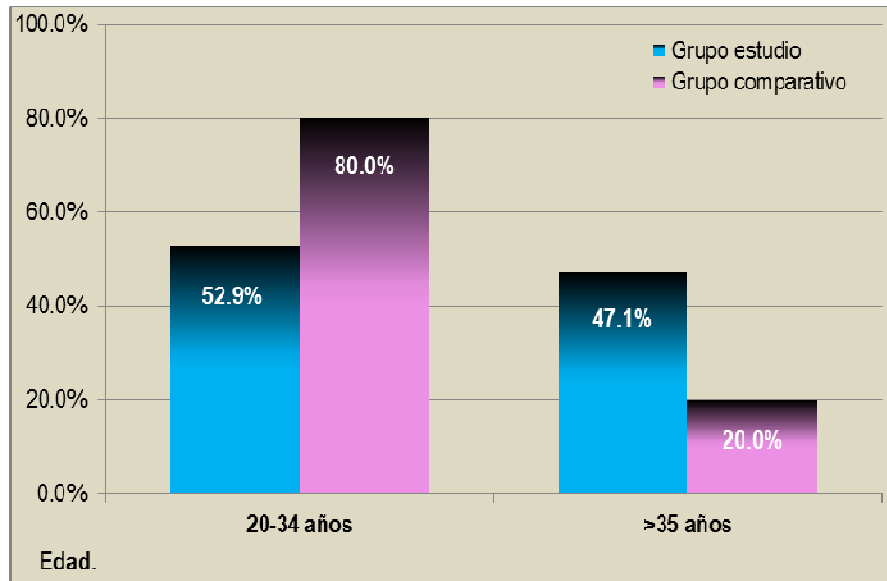


Gráfico N°5: Estado civil de las gestantes con y sin miomatosis uterina atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé, 2012 – 2013.

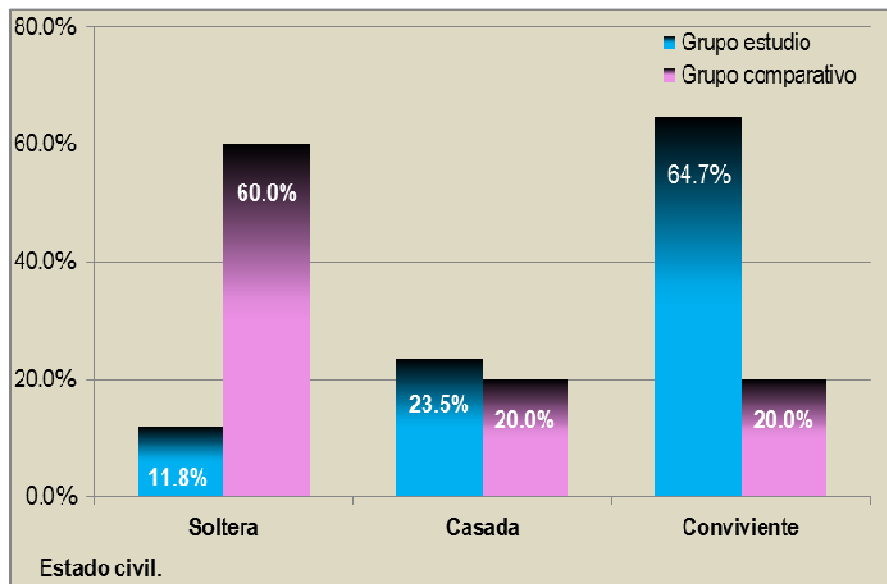


Gráfico N°6: Grado de instrucción en las gestantes con y sin miomatosis uterina atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé, 2012 – 2013.

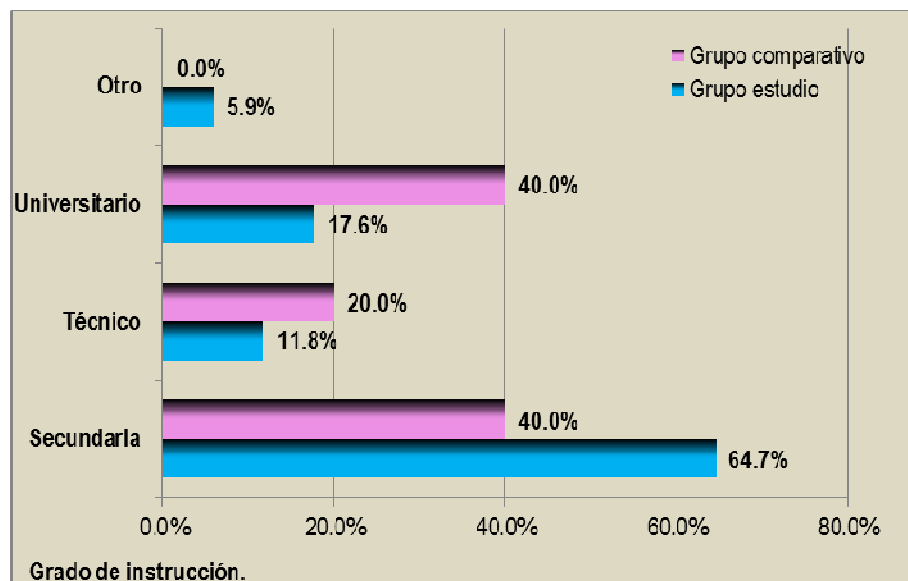


Tabla N°3: Características maternas de las gestantes con y sin miomatosis uterina atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé, 2012 – 2013.

Características maternas.	Tipo de estudio.			
	Grupo estudio		Grupo comparativo	
	N	%	N	%
Edad gestacional (según FUR)				
Pretérmino	9	17.6%	11	20.0%
A término	42	82.4%	33	60.0%
Postérmino	-	-	11	20.0%
Antecedente de cirugía pélvica.				
Si	15	29.4%	22	40.0%
No	36	70.6%	33	60.0%
Antecedente de amenaza de aborto.				
Si	9	17.6%	-	-
No	42	82.4%	55	100.0%
Índice de Masa Corporal				
Normal	21	41.2%	22	40.0%
Sobrepeso	18	35.3%	-	-
Obesidad	12	23.5%	33	60.0%
Total	51	100.0%	55	100.0%

El 82.4% de pacientes con diagnóstico de miomatosis tuvieron partos que llegaron a ser a término; paralelamente el mayor porcentaje de pacientes sin miomatosis uterina tuvieron partos a término (60.0%), seguidamente el 17% de pacientes de pacientes con miomatosis tuvieron partos pretérmino, no registrándose ningún nacimiento postérmino; mientras en el grupo de pacientes sin miomatosis, el segundo lugar lo ocuparon aquellas

que tuvieron partos pretérmino (20.0%) y postérmino (20.0%). Del grupo con miomatosis uterina un 29.4% tuvo antecedentes de cirugías pélvicas y un 70.6% no los tuvo; por otro lado, en el grupo sin miomatosis uterina este antecedente estuvo presente en el 60% de ellas y un 40.0% no lo tuvo. En cuanto a antecedente de amenaza de aborto, un 82.4% del grupo con miomatosis tuvo este antecedente y 17.6% no lo tuvo; mientras que este antecedente estuvo ausente en el 100% del grupo de pacientes sin miomatosis. También se encontró que tanto en el grupo de pacientes con miomatosis y sin miomatosis, el 100% carecía del antecedente de consumo de sustancias nocivas. Por último, el mayor de pacientes con miomatosis tuvo un IMC adecuado (41.2%), seguido de aquellas con sobrepeso (35.3%) y aquellas con obesidad (25.3%); mientras que en el grupo de pacientes sin miomatosis, el 60% fueron catalogadas con obesidad y solo un 40% tuvo un IMC adecuado. (Ver Tabla N°3 y gráfico N° 7, 8 y 9)

Gráfico N°7: Edad gestacional de las gestantes con y sin miomatosis uterina atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé, 2012 – 2013.

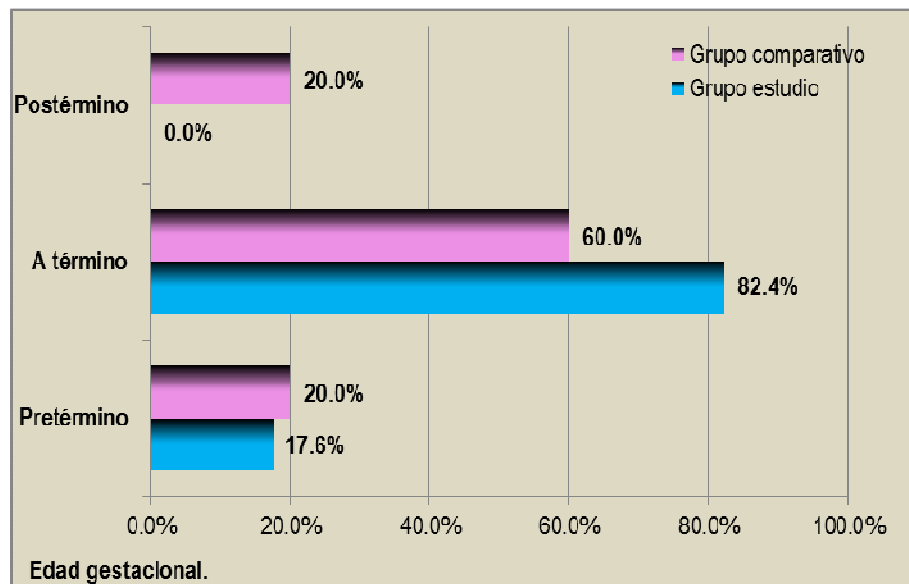


Gráfico N°8: Antecedente de cirugía pélvica y amenaza de aborto de las gestantes con y sin miomatosis uterina atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé, 2012 – 2013.

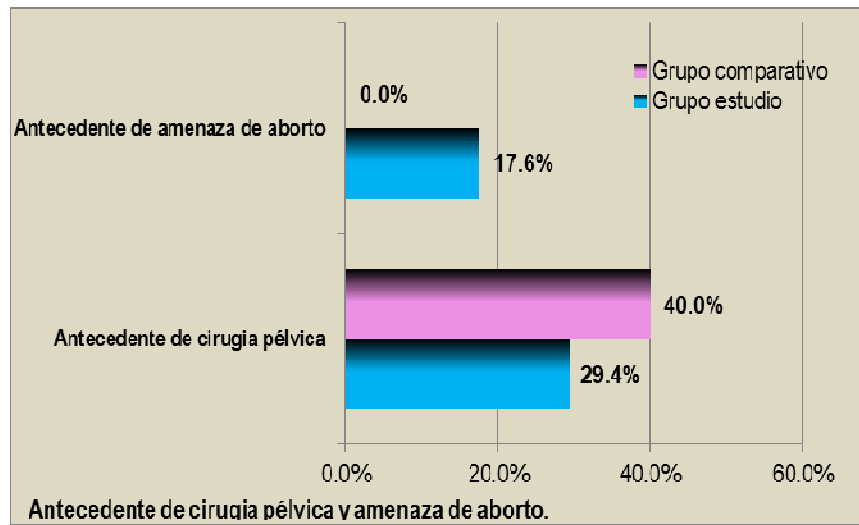


Gráfico N°9: Índice de Masa Corporal de las gestantes con y sin miomatosis uterina atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé, 2012 – 2013.

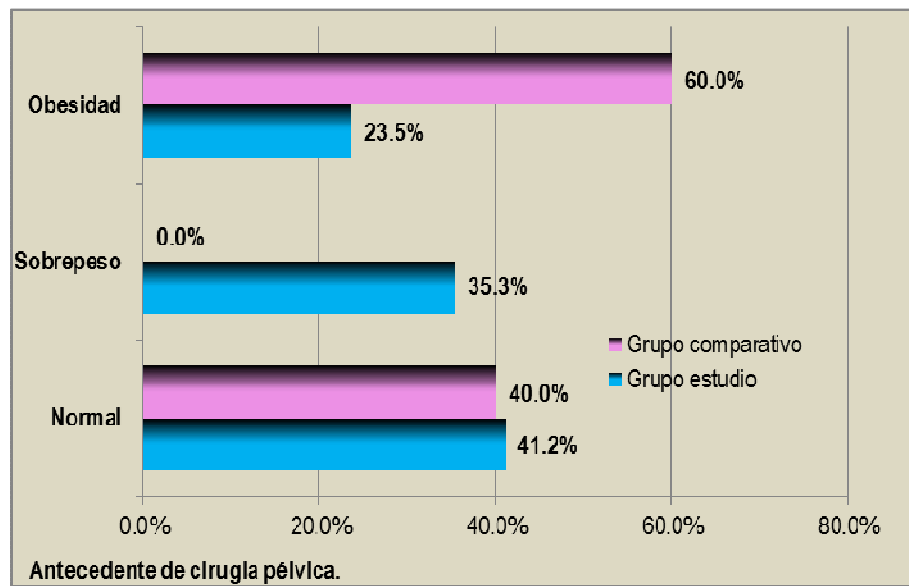


Tabla N°4: Complicaciones obstétricas de las gestantes con y sin miomatosis uterina atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé, 2012 – 2013.

Complicaciones obstétricas	Tipo de estudio.			
	Grupo estudio		Grupo comparativo	
	N	%	N	%
Cesárea.	27	52.9%	11	20.0%
Anemia.	24	47.1%	11	20.0%
Mala presentación fetal.	9	17.6%	11	20.0%
Dolor pélvico.	3	5.9%	-	-
Placenta previa.	3	5.9%	-	-
Hidramnios.	3	5.9%	11	20.0%
Parto prematuro.	3	5.9%	-	-
Trabajo de parto disfuncional.	3	5.9%	11	20.0%
ICP.	-	-	11	20.0%

La cesárea ocupó en primer lugar, en cuanto a complicaciones obstétricas para el grupo de pacientes con miomatosis con un 52.9% de casos; resultado similar a los encontrados para el grupo de pacientes sin miomatosis (20.0%). Seguidamente se encontraron como complicaciones para el grupo de pacientes con miomatosis, la anemia (47.1%), mala presentación fetal (17.6%) y por último, la placenta previa, el trabajo de parto disfuncional, el parto prematuro, y el hidramnios, con un 5.9% de casos para cada uno de ellos. Mientras que en el grupo de pacientes sin miomatosis, las complicaciones que se encontraron fueron trabajo de parto disfuncional, anemia, mala presentación fetal, hidramnios e Incompatibilidad céfalo-pélvica, con un 20% de casos para cada una de ellas. (Ver Tabla N°4 y Gráfico N°10)

Gráfico N°10: Complicaciones obstétricas de las gestantes con y sin miomatosis uterina atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé, 2012 – 2013.

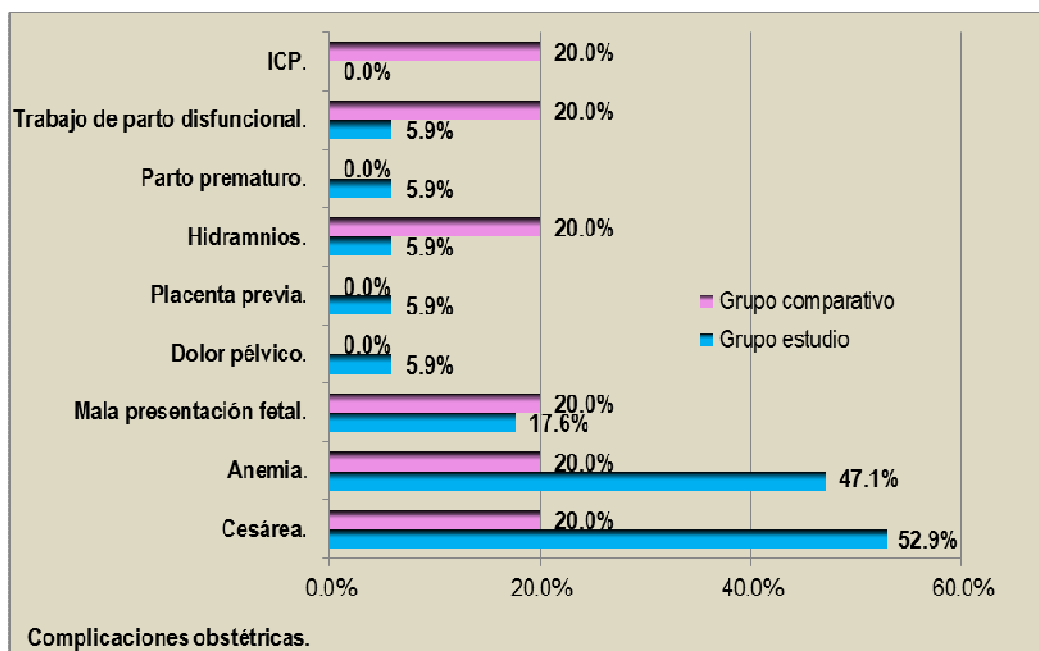


Tabla N°5: Resultados perinatales de las gestantes con y sin miomatosis uterina atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé, 2012 – 2013.

Resultados perinatales.	Tipo de estudio.			
	Grupo estudio		Grupo comparativo	
	N	%	N	%
Sexo del RN.				
Masculino	30	58.8%	44	80.0%
Femenino	21	41.2%	11	20.0%
Peso del RN.				
RN Peso adecuado	45	88.2%	44	80.0%
RN Macrosómico	6	11.8%	11	20.0%
Apgar al minuto.				
<=5	3	5.9%	-	-
6 a 7	18	35.3%	11	20.0%
>=8	30	58.8%	44	80.0%
Apgar a los 5 minutos.				
>=8	51	100.0%	55	100.0%

En cuanto a resultados perinatales, el mayor porcentaje de recién nacidos fueron de sexo masculino, tanto el grupo de estudio (58.8%) como para el grupo comparativo (80.0%). Seguidamente, un 88.2% de recién nacidos de madres con miomatosis tuvieron un peso adecuado al nacer y solo un 11.8% fue catalogado como recién nacido macrosómico; mientras que en el grupo de recién nacidos de gestantes sin miomatosis un 80.0% de recién nacidos fueron catalogados con pesos adecuados. Finalmente, puntuaciones más

bajas de APGAR se registraron al primer minuto, ya que un 5.9% de recién nacidos de madres con miomatosis uterina tuvieron puntuaciones de apgar menores y/o iguales a 5 puntos, seguido de un 35.3% con puntuaciones de 6 a 7 y un 58.8% con puntuaciones mayores o iguales a 8; mientras que en recién nacidos de madres sin miomatosis no se observaron puntuaciones de APGAR menores y/o iguales a 5, un 20.0% tuvo puntuaciones de 6 a 7 y un 80% tuvo puntuaciones mayores y/o iguales a 8. Por otro lado el 100% de pacientes, tanto en el grupo de estudio como en el grupo comparativo tuvieron puntuaciones de APGAR mayores y/o iguales a 8 puntos. (Ver tabla N°5 y Gráfico N°11 y 12)

Gráfico N°11: Sexo del Recién Nacido de las gestantes con y sin miomatosis uterina atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé, 2012 – 2013.

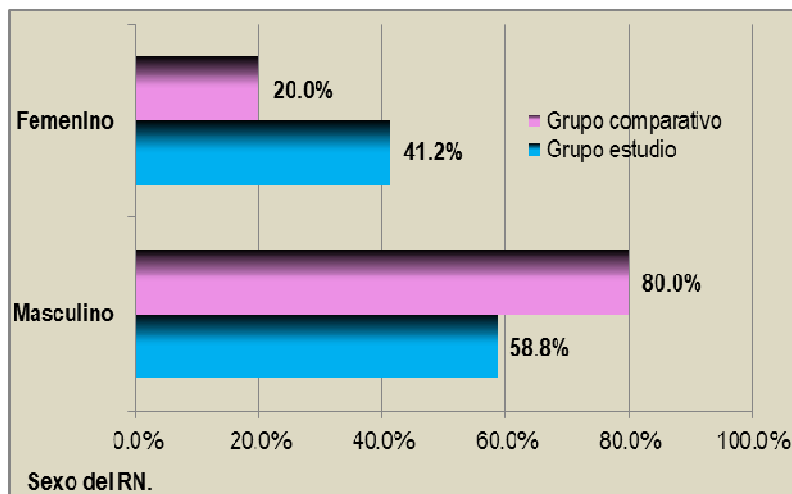
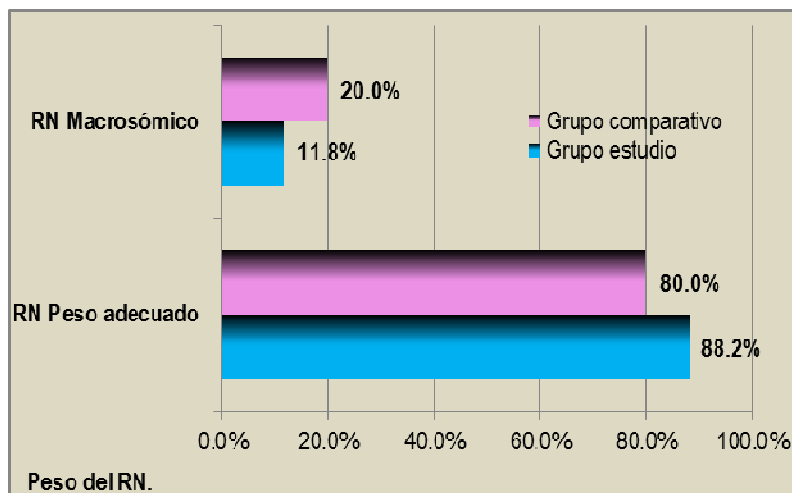


Gráfico N°12: Peso del Recién Nacido de las gestantes con y sin miomatosis uterina atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño – San Bartolomé, 2012 – 2013.



5. DISCUSIONES

La asociación de leiomioma uterino y embarazo tiene una frecuencia variable entre 0.09 y 3.9%(4) de los embarazos, esta frecuencia muestra en la actualidad un aumento, debido a la ligera tendencia a retrasar la primera gestación lo que eleva el riesgo de padecer miomatosis uterina conforme avanza la edad de la mujer , pudiendo afectar así en muchos casos el embarazo, es así que diversos investigadores sugieren que es preferible realizar un correcto diagnóstico en base a la elaboración minuciosa de una historia clínica ⁽¹²⁾; Teniendo en cuenta datos como edad, estado civil, antecedentes relevantes (abortos e infertilidad), etc. ⁽¹⁵⁾. Siguiendo estos lineamientos se tuvo como resultados principalmente que el 59.1% tuvieron edades que oscilaron entre 20 a 34 años; que al distribuirse por grupos, un 52.9% pertenecieron al grupo de pacientes con miomatosis y un 20.0% al grupo de pacientes sin esta patología, hallazgo que concuerda de los encontrados por Conti N. et al. ⁽⁷⁾, Laughlin SK y Cols ⁽⁸⁾ y Kellal I y Cols. ⁽¹⁰⁾ quienes además de encontrar una mayor incidencia en este grupo de edad, encuentran cierta relación entre los mismos. Sin embargo Deever M. et al. como parte de sus hallazgos no encuentra diferencia alguna entre una mayor edad y el padecer esta patología. ⁽⁴⁾ Seguidamente el ser conviviente (64.7%) y el haber cursado estudios de secundaria (64.7%) fueron las características que en mayor porcentaje se observaron en el grupo de pacientes con miomatosis, mientras que en pacientes sin esta patología lo que predominó fue el ser soltera (60%) y el haber cursado estudios de secundaria (40.0%) o universitarios (40.0%).

Se encuentra descrito en la literatura médica, que la miomatosis uterina se encuentra asociada a ciertas características maternas como un alto porcentaje de mujeres con historia de abortos recurrentes, una menor edad gestacional al momento del parto, etc. Así, se tuvo que las características observadas mas relevantes en gestantes con miomatosis respecto a aquellas sin miomatosis en el presente estudio fueron: tener gestaciones pretérmino (17.6% vs 20.0%), antecedente de cirugías pélvicas previas (29.4% vs 40.0%), antecedente de amenaza de aborto (17.6% vs 0.0%) e ÍMC dentro de rangos normales (41.2% vs 40.0%). Hallazgos que difieren de los encontrados por Tchente C. et al ⁽¹¹⁾, quien encuentra en gestantes con miomatosis uterina respecto a aquellas sin esta patología, el antecedente de amenaza de aborto (51.3% vs 18.8%), así

como una relación significativa entre la incidencia de amenaza de aborto y la presencia de miomatosis uterina.

Se estima que un 10% de las complicaciones durante la gestación se produce por la presencia de un mioma uterino ^{(3) (25)}. Es así que como complicaciones maternas del embarazo en pacientes con miomatosis uterina respecto a aquellas sin esta patología se observó en mayor porcentaje: dolor pélvico (5.9% vs 0.0%), placenta previa (5.9% vs 0.0%), anemia (47.1% vs 20.0%) y parto prematuro (5.9% vs 0.0), resultados similares a los encontrados por muchos investigadores ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾, los cuales adicionalmente encuentran en mayor proporción ruptura prematura de membranas ⁽⁵⁾⁽⁹⁾, excesivo incremento de peso ⁽⁷⁾, hiperémesis ⁽⁷⁾, hipertensión gestacional ⁽⁷⁾, hidramnios ⁽¹⁰⁾ y amenaza de aborto ⁽¹¹⁾⁽³⁾. Observándose una frecuencia absoluta de casos de gestantes con miomatosis uterina durante el periodo de estudio de 51 de las cuales un 52.9% tuvieron a la cesárea, frente a un 20.0% de cesáreas realizadas en el grupo de gestantes sin miomatosis, resultado similar al encontrado por Tchente C. et al. quien encuentra un 40.0% cesáreas realizadas en gestantes con miomatosis vs un 13.8% de cesáreas realizadas en gestantes sin esta patología ⁽¹¹⁾. Coincidiendo con Conti N. et al. quien encuentra una mayor utilización de cesáreas en gestantes con miomatosis uterina ⁽⁷⁾; sin embargo se difiere ligeramente de Noor S. y Cols, quien encuentra que un 70% de las cesáreas fueron empleadas como medio de culminación del embarazo en gestantes con miomatosis uterina, en respuesta a complicaciones como trabajo de parto disfuncional y mala presentación ⁽⁶⁾. Asimismo Kellal I. y Cols. encuentran que la culminación del embarazo mediante cesárea se da en 8.48 veces más en gestantes con miomatosis uterina que en aquellas sin esta patología ⁽¹⁰⁾.

Por otro lado la mala presentación fetal (17.6%) y trabajo de parto disfuncional (5.9%) fueron las principales complicaciones maternas observadas en mayor porcentaje durante el parto en gestantes con miomatosis; aunque no necesariamente estas complicaciones del parto se presentaron en mayor porcentaje en gestantes con miomatosis respecto a aquellas sin miomatosis, hallazgos que concuerdan con diversas investigaciones. ⁽³⁾⁽⁶⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾, que adicionalmente encuentran a la hemorragia posparto ⁽⁷⁾⁽⁶⁾⁽⁵⁾ y la atonía uterina ⁽³⁾⁽⁹⁾ como complicaciones observadas en mayor porcentaje en el posparto.

Finalmente, el mayor porcentaje de recién nacidos de gestantes con miomatosis respecto a aquellas sin miomatosis tuvo un peso adecuado (88.2% vs 80.0%), en menor porcentaje se registraron recién nacidos macrosómicos (11.8% vs 20.0%), no se encontró recién nacidos con bajo peso al nacer; difiriendo de otras investigaciones que encuentran cierta repercusión de la miomatosis sobre el peso al nacer, ya encuentran recién nacidos con bajo peso al nacer ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾, las mayores variaciones del APGAR se dieron al minuto, así los recién nacidos de gestantes con miomatosis respecto a aquellas sin esta patología tuvieron puntuaciones de APGAR menores o iguales a 5 (5.9% vs 0.0%), de 6 a 7 puntos (35.3% vs 20.0%) y mayor igual a 8 puntos (58.8% vs 80.0%), mientras que a los 5 minutos, el 100% de las puntuaciones del APGAR para ambos grupos fueron mayores o iguales a 8, resultados que muestran una estrecha diferencia en cuanto a resultados perinatales en ambos grupos; Por último, estos hallazgos perinatales concuerdan con la investigación de Morgan O. y cols. quienes no encuentran diferencias en cuanto a los resultados perinatales de gestantes con miomatosis y sin miomatosis uterina ⁽⁹⁾.

6. CONCLUSIONES

- De manera general las principales características sociodemográficas de las gestantes incluidas en el estudio fueron: el tener edades de 20 a 34 años (59.1%), de estado civil conviviente (54.5%) y de grado de instrucción secundaria (59.1%).
- Sociodemográficamente predominaron en gestantes con miomatosis uterina edades entre 20 a 34 años (52.9%), estado civil conviviente (64.7%) y grado de instrucción secundaria (64.7%), similar a las gestantes sin miomatosis en las cuales el estado civil soltera (60.0%) y además de tener estudios secundarios, el haber cursado estudios universitarios (40.0%) fueron las características que en mayor porcentaje se observaron.
- Las características maternas mas importantes observadas en el grupo de gestantes con miomatosis fueron: gestación a término al momento del parto (82.4%), antecedente de cirugía pélvica (29.4%), antecedente de amenaza de aborto (17.6%) y solo 41.2% tuvo un IMC adecuado, similar al grupo comparativo en cuanto a ser gestaciones a término (60.0%), tener antecedente de cirugía pélvica (40.0%) e IMC adecuado en solo un 40.0% a excepción de tener el antecedente de amenaza de aborto (0%).
- Anemia (47.1%), dolor pélvico (5.9%), placenta previa (5.9%) y parto prematuro (5.9%), fueron las principales complicaciones maternas observadas durante la gestación en gestantes con miomatosis.
- Cesárea (52.9%), trabajo de parto disfuncional (5.9%) y mala presentación fetal (17.6%) fueron las principales complicaciones maternas observadas durante el parto en gestantes con miomatosis.
- La frecuencia absoluta de casos de gestantes con miomatosis uterina durante el periodo de estudio del 2012 y 2013 fue de 51 casos
- Los principales resultados perinatales obtenidos de gestantes con miomatosis fueron: recién nacidos de sexo masculino (58.8%), con un peso adecuado

(88.2%), con un APGAR al minuto mayor y/o igual a 8 puntos en el 58.8%, sin embargo esto mejora a los 5 minutos ya que el 100% tuvo una puntuación y/o mayor igual a 8 puntos.

- Las complicaciones maternas que durante la gestación se presentaron en mayor proporción en gestantes con miomatosis respecto a aquellas sin miomatosis son: anemia (47.1% vs 20.0%), dolor pélvico (5.9% vs 0.0%), placenta previa (5.9% vs 0.0%) y parto prematuro (5.9% vs 0.0%).
- La única complicación materna que se presentó durante el parto en mayor proporción en gestantes con miomatosis respecto a aquellas sin miomatosis es: la cesárea (52.9% vs 20.0%)

7. RECOMENDACIONES

- Considerar los resultados de esta investigación como un aporte para protocolos de manejo de patologías como la miomatosis uterina durante la gestación a partir de los hallazgos presentados en este estudio.
- Por los hallazgos encontrados se recomienda realizar un control prenatal minucioso debido a que nos permitirá identificar y prevenir las complicaciones maternas inherentes de esta complicación.
- En este tipo de complicación recomendar a las gestantes los tipos de alimentos que deben ser priorizados y consumidos en la etapa gestacional ya que como se ha encontrado en el presente estudio, la anemia en pacientes con miomatosis estuvo presente en el 47,1%.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Gonzales L. Mioma Uterino Gigante y embarazo. Rev. Obstet Ginecol Venez v.69 n.2 Caracas jun. 2009.
2. Brañez C., Espinoza J., Gutiérrez V., Camacho Cl. Miomectomía. Miomectomia en el Embarazo. Gac. Med Bol v.30 n.2 Cochabamba 2007.
3. Morgan F., Piña B., Elorriaga E., Baez J., Quevedo E., Peraza F. Miomas uterinos durante el embarazo y su repercusión en el resultado Obstétrico. Ginecol Obstet Mex 2011; 79 (8):467-473.
4. Deveer M, Deveer R, Engin-Ustun Y, Sarikaya E, Akbaba E, Senturk B, Danisman N. Comparison of pregnancy outcomes in different localizations of uterine fibroids. Clin Exp Obstet Gynecol. 2012; 39(4):516-8.
5. Zeghal D, Ayachi A, Mahjoub S, Boulahya G, Zakraoui A, Ben Hmid R, Zouari F. Fibroids and pregnancy: complications. Tunis Med. 2012 Apr; 90(4):286-90.
6. Noor S, Fawwad A, Sultana R, Bashir R, Qurat-ul-ain, Jalil H, Suleman N, Khan A. Pregnancy with fibroids and its and its obstetric complication. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2009 Oct-Dec; 21(4):37-40.
7. Conti N, Tosti C, Pinzauti S, Tomaiuolo T, Cevenini G, Severi FM, Di Tommaso M, Petraglia F. Uterine fibroids affect pregnancy outcome in women over 30 years old: role of other risk factors. J Matern Fetal Neonatal Med. 2013 Apr; 26(6):584-7. doi: 10.3109/14767058.2012.745504. Epub 2012 Nov 28.
8. Laughlin SK; Baird DD; Savitz DA; Herring AH; Hartmann KE. Prevalence of uterine leiomyomas in the first trimester of pregnancy: an ultrasound-screening study. Obstet Gynecol; 113(3): 630-5, 2009 Mar.
9. Morgan Ortiz F, Piña Romero B, Elorriaga García E, Báez Barraza J, Quevedo Castro E, Peraza Garay Fde J. Uterine leiomyomas during pregnancy and its impact on obstetric outcome. Ginecol Obstet Mex. 2011 Aug; 79(8):467-73.
10. Kellal I, Haddouchi NE, Lecuyer AI, Body G, Perrotin F, Marret H. Leiomyoma during pregnancy: which complications. Gynecol Obstet Fertil. 2010 Oct; 38(10):569-75. doi: 10.1016/j.gyobfe.2010.08.001. Epub 2010 Sep 22.

11. Tchente Nguetack C, Fogaing AD, Tejiokem MC, Nana Njotang P, Mbu R, Leke R. Pregnancy outcome in a group of Cameroonian women with uterine fibroids. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2009 Oct; 38(6):493-9. doi: 10.1016/j.jgyn.2009.04.016. Epub 2009 Jul 2.
12. Ruiz Medina J. Miomatosis Uterina. Año 2012.
13. Guia de Manejo Consulta Especializada de Ginecoobstetricia. Miomatosis. Colombia Año Junio 2012.
14. New Zealand Guidelines Group An evidence-Based Guideline for the Management of Uterine Fibromas April 2000. <http://www.nzgg.org.nz/index>.
15. Saavedra J., M. D. Miomatosis uterina e Infertilidad: Indicaciones de Tratamiento Convencional.– *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* •Año 2003. Vol. 54 N° 2.
16. Ginecología y Obstetricia de México. Diagnóstico y Tratamiento de la miomatosis uterina. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79(11):711-718.
17. Rosati P, Bellati U, Exacoustos C, Angelozzi P, Mancuso S. Uterino myoma in pregnancy: ultrasound study. *Int J Gynecol Obstet* 1989; 28: 109-117.
18. Danforth. *Tratado de Obstetricia y Ginecología.- Capitulo 7 Trabajo de Parto, Parto y puerperio normales.* Farrington y Ward.-8ª. Edición, Editorial Mc Graw Hill. 1999.
19. Lee HJ, Errol R. Norwitz ER, Shaw J MD. Contemporary management of fibroids in pregnant. *Rev Obstet Gynecol* 2010; 3(1):20-7.
20. Schawarcz RL. *Obstetricia.* Editorial El Ateneo Quinta Edición. Buenos Aires 1995. Pág.: 261- 267.
21. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstétrica y perinatología INMP- Año 2010.
22. OMS. ODM 4- 5: reducir la mortalidad infantil y la mortalidad materna. Visitada en Enero del 2012. Disponible: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/index.html.

- 23.** Ministerio de salud. Definiciones operacionales y criterios de programación de los programas estratégicos: articulado nutricional y salud materna neonatal correspondiente a la estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva. Visitada en Mayo del 2012. Disponible: http://www.minsa.gob.pe/portada/esnsr_normatividad.asp#.
- 24.** Stout MJ, Odibo AO, Graseck AS, Macones GA, Crane JP, et al. Leiomyomas at routine second-trimester ultrasound examination and adverse obstetric outcomes. *Obstet Gynecol* 2010; 116:1056-1063.
- 25.** Coronado GD, Marshall LM, Schwartz SM. Complications of pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: a population-based study. *Obstet Gynecol* 2000; 95:764-769.
- 26.** Verkauf BS. Myomectomy for fertility enhancement and preservation. *Fertil Steril* 1992;58:1-15.
- 27.** Coronado GD, Marshall LM, Schwartz SM. Complications of pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: a population-based study. *Obstet Gynecol*. 2000;95: 764–769.

9. GLOSARIO

MIOMATOSIS UTERINA: Los leiomiomas uterinos (fibromas) son los tumores más comunes encontrados en la mujer. Su ocurrencia se incrementa con la edad; y se encuentran presentes entre un 20% a 50% de las mujeres mayores de 30 años de edad. ⁽³⁾

PARTO: Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que desencadenados al final de la gestación, que tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural (o canal del parto en la mujer). ⁽¹⁸⁾

GESTACIÓN: Proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto.

10. ANEXOS

INDICE

I.	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	42
II.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	43

I. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“COMPLICACIONES MATERNAS DE LA MIOMATOSIS UTERINA DURANTE LA GESTACION Y PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DOCENTE MADRE –NIÑO SAN BARTOLOME. AÑO 2012-2013”

TIPO DE ESTUDIO:() GRUPO CASO

() GRUPO COMPARATIVO

CARACTERÍSTICAS MATERNAS

- 1) EDAD: () <19AÑOS
() 20 – 34 AÑOS
() >35 AÑOS
- 2) ESTADO CIVIL: () SOLTERA
() CASADA
() CONVIVIENTE
() SEPARADA
() OTRO:.....
- 3) GRADO DE INSTRUCCIÓN: () PRIMARIA
() SECUNDARIA
() TÉCNICO
() UNIVERSITARIO
() OTRO:.....
- 4) EDAD GESTACIONAL (SEGÚN FUR):.....
- 5) GESTA:..... P:.....
- 6) ANTECEDENTE DE CIRUGÍA PÉLVICA SI () NO ()
- 7) ANTECEDENTE DE AMENAZA DE ABORTO SI () NO ()
- 8) ANTECEDENTE DE MIOMA UTERINO SI () NO ()
- 9) ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS SI () NO ()
- 10) PESO:.....
- 11) TALLA:.....
- 12) IMC:.....

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

- 13) DOLOR PÉLVICO SI () NO ()
- 14) POLAQUIURIA SI () NO ()
- 15) DISMENORREA SI () NO ()
- 16) RPM SI () NO ()
- 17) PLACENTA PREVIA SI () NO ()
- 18) TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL SI () NO () ESPECIFICAR: _____
- 19) RETENCIÓN DE PLACENTA SI () NO ()
- 20) ABORTO SI () NO ()
- 21) ANEMIA SI () NO ()
- 22) PARTO PREMATURO SI () NO ()
- 23) CESÁREA SI () NO ()
- 24) MALA PRESENTACIÓN FETAL SI () NO () ESPECIFICAR: _____
- 25) PROLAPSO DE CORDÓN SI () NO ()
- 26) HIDRAMNIOS SI () NO () ESPECIFICAR: _____
- 27) ICP SI () NO ()
- 28) HISTERECTOMÍA SI () NO ()
- 29) RETENCIÓN PLACENTARIA SI () NO ()
- 30) ATONÍA UTERINA SI () NO ()
- 31) HEMORRAGIA POSTPARTO SI () NO ()

RESULTADOS PERINATALES

- 32) SEXO DEL RN M () F ()
- 33) PESO DEL RN:.....
- 34) TALLA DEL RN:.....
- 35) PUNTAJACION DEL APGAR: < de 5() 6-7() => a 8()

II. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

DIMENSION	DEFINICIÓN O CONCEPTO OPERACIONAL	VARIABLES	TIPOS	GRADO DE ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES DE VARIABLES		
CARACTERÍSTICAS MATERNAS	Datos generales y obstétricos de las gestantes.	Edad Materna	Cualitativa	Ordinal	< 19 años. 20 – 34 años. > de 35 años		
		Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltera = 1 Casada = 2 Conviviente = 3 Separada = 4 Otro = 5		
		Nivel Educativo	Cualitativa	Nominal	Primaria = 1 Secundaria = 2 Superior técnico = 3 Superior universitario = 4 Otro = 5		
		Edad gestacional según FUR	Cualitativa	Nominal	29 a 34 = 1 37 a 41 = 2 Más de 42 ss.= 3		
		Número de gestaciones	Cuantitativa	Razón	En números		
		Número de partos a término	Cuantitativa	Razón			
		Número de partos prematuros	Cuantitativa	Razón			
		Número de abortos	Cuantitativa	Razón			
		Número de hijos vivos	Cuantitativa	Razón			
		Antecedente de Cirugía pélvica	Cualitativa	Nominal	Si No		
		Antecedentes de Amenaza de Aborto	Cualitativa	Nominal	Si No		
		Antecedente de Mioma Uterino	Cualitativa	Nominal	Si No		
		Antecedente de consumo de sustancia nocivas	Cualitativa	Nominal	Si No		
		Peso	Cuantitativa	Razón	En números		
		Talla	Cuantitativa	Razón	En números		
		IMC	Cualitativa	Ordinal	Bajo peso=1 Normal=2 Sobrepeso=3 Obesidad=4		
		COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	Son aquellas consecuencias que se presentan en la duración y parto	Dolor Pélvico	Cualitativa	Nominal I	Si No
				Polaquiuria	Cualitativa	Nominal	
				Dismenorrea	Cualitativa	Nominal	
				RPM	Cualitativa	Nominal	
Placenta Previa	Cualitativa			Nominal			
Trabajo de parto disfuncional	Cualitativa			Nominal			
Retención de placenta	Cualitativa			Nominal			
Aborto	Cualitativa			Nominal			
Anemia	Cualitativa	Nominal					

		Parto prematuro	Cualitativa	Nominal	
		cesárea	Cualitativa	Nominal	
		Mala presentación fetal	Cualitativa	Nominal	
		Prolapso de cordón	Cualitativa	Nominal	
		Hidramnios	Cualitativa	Nominal	
		ICP	Cualitativa	Nominal	
		Histerectomía	Cualitativa	Nominal	
		Retención Placentaria	Cualitativa	Nominal	
		Atonía Uterina	Cualitativa	Nominal	
		Hemorragia postparto	Cualitativa	Nominal	
RESULTADOS PERINATALES	Son aquellas consecuencias presentes en el recién nacido.	Sexo	Cuantitativa	Nominal	Masculino= 1 Femenino = 2
		Peso	Cualitativa	Ordinal	Menos de 3500 gr
					3 500- 3999 gr
					4.000- 4500 gr.
					Mayor de 4500 gr
		Talla	Cuantitativa	Razón	En números
		Puntuación del Apgar	Cualitativa	Ordinal	= > a 8
					6-7-
< de 5					
Presencia de RCIU	Cualitativa	Nominal	Si No		