



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Medicina Humana

**Características clínicas de pacientes hysterectomizadas
con diagnóstico histopatológico de adenomiosis.**

Hospital Arzobispo Loayza 2016-2019

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujana

AUTOR

Daysi Sandy MATTOS ORTIZ

ASESOR

Dr. José del Carmen SANDOVAL PAREDES

Lima, Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Mattos D. Características clínicas de pacientes histerectomizadas con diagnóstico histopatológico de adenomiosis. Hospital Arzobispo Loayza 2016-2019 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2023.

Metadatos complementarios

| Datos de autor | |
|----------------------------------|---|
| Nombres y apellidos | Daysi Sandy Mattos Ortiz |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 77297745 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0009-0009-7920-1262 |
| Datos de asesor | |
| Nombres y apellidos | José del Carmen Sandoval Paredes |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número de documento de identidad | 10190682 |
| URL de ORCID | https://orcid.org/0000-0002-4073-5699 |
| Datos del jurado | |
| Presidente del jurado | |
| Nombres y apellidos | Pedro Arnaldo Mascaro Sánchez |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 10043049 |
| Miembro del jurado 1 | |
| Nombres y apellidos | Elsy Haydeé Mini Díaz de Medina |
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 07519407 |
| Miembro del jurado 2 | |
| Nombres y apellidos | Edith Maritza Paz Carrillo |

| | |
|--|---|
| Tipo de documento | DNI |
| Número de documento de identidad | 25638918 |
| Datos de investigación | |
| Línea de investigación | No aplica. |
| Grupo de investigación | No aplica. |
| Agencia de financiamiento | Sin financiamiento |
| Ubicación geográfica de la investigación | Universidad Nacional Mayor de San Marcos Latitud -12.05819215 Longitud -77.0189181894387 |
| Año o rango de años en que se realizó la investigación | Enero del 2022 a Junio del 2023 |
| URL de disciplinas OCDE | Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02 |



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA



ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Firmado digitalmente por
FERNÁNDEZ GIUSTI VDA DE PELLA
Alicia Jesus FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18.08.2023 08:53:04 -05:00

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANA**

Siendo las 13:00 horas del diecisiete de agosto del año dos mil veintitrés, en el Aula 2C del Pabellón de Aulas de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los Doctores: Pedro Arnaldo Mascaro Sánchez (Presidente), Elsy Haydeé Mini Díaz (Miembro), Edith Maritza Paz Carrillo (Miembro) y José Del Carmen Sandoval Paredes (Asesor).

Se realizó la exposición de la tesis titulada: **“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS CON DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS. HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA 2016 - 2019”**, presentado por la Bachiller **Daysi Sandy Mattos Ortiz**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujana habiendo obtenido el calificativo de **DI. EG. OCHO** (**18**).

Dr. Pedro Arnaldo Mascaro Sánchez
Presidente

Mg. Elsy Haydeé Mini Díaz
Miembro

Mg. Edith Maritza Paz Carrillo
Miembro

Dr. José Del Carmen Sandoval Paredes
Asesor

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
Escuela Profesional de Medicina Humana

DRÁ. ANA ESTELA DELGADO VÁSQUEZ
Directora



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Vicerrectorado de Investigación y Posgrado



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo **José del Carmen Sandoval Paredes** en mi condición de asesor acreditado con la Resolución Decanal N° **0002462-2023-D-FM/UNMSM** de la tesis, cuyo título "**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS CON DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS. HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA 2016-2019**", presentado por la bachiller **Daysi Sandy Mattos Ortiz** para optar el Título Profesional de Médico Cirujana.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de **8%** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional**.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título correspondiente.

Firma del Asesor _____ DNI: 10190682

José del Carmen Sandoval Paredes

07/08/2023.



Huella digital

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme cumplir el sueño que tenía desde pequeña. Agradezco a mis padres: Hugo y Rocío por su apoyo desde la academia hasta este último paso. Agradezco a mi hermano Jhon por su comprensión y aliento a lo largo de mi carrera de pregrado. Agradezco a mi hermana del alma Yuly por su apoyo y compañía en todos los altibajos en estos 7 años de estudio, por su motivación y apoyo en esta meta de titularnos. Agradezco de manera especial a mi asesor, el Dr. José del Carmen Sandoval Paredes, por su apoyo incondicional en la realización de este trabajo y por su asesoría permanente.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a las personas que ya no están físicamente, pero si en mi mente y corazón; a mis abuelos: Eliciano Ortiz, Ciria Medrano, Ela Velasquez e Iván Díaz. Gracias por todo el amor que me dieron en vida.

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| Formulación del problema | 3 |
| Objetivos..... | 3 |
| Justificación | 4 |
| Limitaciones..... | 4 |
| Bases teóricas | 5 |
| Antecedentes..... | 8 |
| Glosario de Términos | 10 |
| METODOLOGÍA | 12 |
| Diseño de Estudio | 12 |
| Población..... | 12 |
| Muestra..... | 12 |
| Unidad de análisis | 12 |
| Criterios de inclusión | 13 |
| Criterios de exclusión | 13 |
| Variables de Estudio..... | 13 |
| Operacionalización de Variables | 14 |
| Técnica y Ficha de recolección de datos..... | 16 |
| Plan de recolección de datos..... | 16 |
| Plan de análisis de datos..... | 16 |
| Consideraciones Éticas | 17 |
| RESULTADOS..... | 18 |
| DISCUSIÓN | 23 |
| CONCLUSIONES | 26 |
| RECOMENDACIONES..... | 27 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 28 |
| ANEXOS..... | 33 |
| Anexo 1: Ficha de Recolección de datos..... | 33 |
| Anexo 2: Comité de Ética | 35 |
| Anexo 3: Permiso del Nosocomio..... | 36 |
| Anexo 4. Permiso del investigador Principal..... | 37 |
| Anexo 5: Resolución Decanal..... | 38 |
| Anexo 6: Resolución Decanal para corrección en la escritura del nombre de la tesista | 39 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| <i>Tabla 1.</i> Sintomatología de las mujeres con diagnóstico histopatológico de adenomiosis..... | 18 |
| <i>Tabla 2.</i> Adenomiosis según uno o más síntomas..... | 19 |
| <i>Tabla 3:</i> Diagnóstico histopatológico de adenomiosis según Grupo etario | 19 |
| <i>Tabla 4</i> Adenomiosis según lugar de procedencia | 20 |
| <i>Tabla 5.</i> Prevalencia de la adenomiosis en el año 2016 al 2019 | 20 |
| <i>Tabla 6.</i> Adenomiosis según el diagnósticos Pre-operatorios | 21 |
| <i>Tabla 7.</i> Adenomiosis según el antecedentes ginecologicos de importancia | 22 |

RESUMEN:

Introducción: La adenomiosis uterina es una enfermedad ginecológica caracterizada por la presencia de glándulas endometriales y estroma en el espesor del miometrio. La presentación clínica de esta enfermedad es variable, siendo más frecuente la presencia de hemorragia uterina anormal, dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia e infertilidad. **Objetivo:** Describir las características clínicas de las pacientes con diagnóstico histopatológico de adenomiosis en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. **Metodología:** se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal donde se encontró 43 mujeres hysterectomizadas con diagnóstico histopatológico de adenomiosis tratadas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre el año 2016 al 2019. **Resultado:** De las mujeres hysterectomizadas con diagnóstico histopatológico de adenomiosis el 60.5% presento dolor pélvico crónico, el 34.9% presento hemorragia uterina anormal, el 32.6% presento dismenorrea, el 18.6% presento dispareunia y el 9.3% presento infertilidad. El 20.9% de la población estudiada fue asintomática. **Conclusiones:** Las mujeres con diagnóstico histopatológico de adenomiosis tratadas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza presentan en su mayoría dolor pélvico crónico, hemorragia uterina anormal, dismenorrea, dispareunia e infertilidad.

Palabras clave: Adenomiosis, clínica, mujeres hysterectomizadas, dolor pélvico crónico, hemorragia uterina anormal, dismenorrea, dispareunia, infertilidad.

ABSTRACT

Introduction: Uterine adenomyosis is a gynecological disease characterized by the presence of endometrial glands and stroma in the thickness of the myometrium. The clinical presentation of this disease is variable, being more frequent the presence of abnormal uterine bleeding, chronic pelvic pain, dysmenorrhea, dyspareunia and infertility. **Objective:** To describe the clinical characteristics of patients with a histopathological diagnosis of adenomyosis at the Arzobispo Loayza National Hospital. **Methodology:** A descriptive, retrospective, cross-sectional study was carried out, in which 43 hysterectomized women with histopathological diagnosis of adenomyosis and treated at the Arzobispo Loayza National Hospital between 2016 and 2019 were found. **Result:** Of the hysterectomized women with histopathological diagnosis of adenomyosis, 60.5%, 34.9% present chronic pelvic pain, 34.9% present abnormal uterine bleeding, 32.6% present dysmenorrhea, 18.6% present dyspareunia and 9.3% present infertility. 20.9% of the population studied was asymptomatic. **Conclusions:** Most of the women with a histopathological diagnosis of adenomyosis treated at the Arzobispo Loayza National Hospital present chronic pelvic pain, abnormal uterine bleeding, dysmenorrhea, dyspareunia and infertility.

Key words: Adenomyosis, clinic, hysterectomized woman, chronic pelvic pain, abnormal uterine bleeding, dysmenorrhea, dyspareunia, infertility.

INTRODUCCIÓN

La adenomiosis es una enfermedad ginecológica dependiente de hormonas, caracterizada por la existencia de glándulas endometriales y estroma en el espesor del miometrio, así como la hiperplasia e hipertrofia de las fibras músculo liso uterino. ¹ Esta patología se encuentra dentro de la Clasificación PALM- COEIN de la FIGO como una de las causas estructurales del sangrado uterino anormal ²

La prevalencia de esta enfermedad oscila entre 5 al 70%, este amplio margen se debe a los diferentes métodos de diagnóstico usados por los estudios de investigación. El diagnóstico histopatológico obtenido por histerectomía es la única forma de confirmar el diagnóstico de adenomiosis; de esta manera se obtiene la prevalencia adecuada.³

La patogénesis de esta enfermedad no está definida, se cuenta con diversas teorías que explican cómo se originaría la migración de las células endometriales hacia el miometrio. Una de las teorías más aceptadas es la teoría del microtrauma, esta explica que la interfase endometrio-miometrio sufre pequeños traumas durante la actividad peristáltica del útero, generando una brecha por donde migrarían las células del endometrio al miometrio.⁴ Respecto al papel que juegan las hormonas en el desarrollo de la adenomiosis; el estado hiperestrogénico favorece la migración de las células del endometrio hacia el miometrio, debido a que el aumento de estrógeno lleva al aumento de liberación de oxitocina generando un aumento en el peristaltismo del útero, lo cual incrementa la disrupción en la interfase endometrio-miometrio.⁵

La literatura menciona factores de riesgo para el desarrollo de la adenomiosis, entre ellos destaca la exposición al estrógeno como lo son ciclos menstruales cortos, menarquía temprana; la multiparidad, el antecedente de cirugía uterina previa, el antecedente de aborto espontáneo.⁶ No obstante, existen mujeres con diagnóstico de adenomiosis que no presentan estos factores de riesgo, dichas pacientes presentan otras patologías ginecológicas asociadas a la adenomiosis como la endometriosis.⁷

Dentro de la presentación clínica; los síntomas usuales son el dolor pélvico, ya sea como dismenorrea, dispareunia y/o dolor pélvico crónico; el sangrado uterino anormal y problemas de fertilidad. Resaltando así la diversidad de la presentación clínica de la adenomiosis. Además, está puede estar acompañada de otras entidades ginecológicas como la miomatosis uterina y la endometriosis, lo que hace más complejo el diagnóstico clínico; siendo necesario el uso de imágenes para una aproximación diagnóstica.⁸

El diagnóstico de la adenomiosis categóricamente ha sido histopatológico; es decir, a través del estudio histológico de piezas patológicas obtenidas mediante una histerectomía.⁹ Sin embargo, en la actualidad diversas investigaciones buscan llegar a un diagnóstico confiable por medio de estudios no invasivos, como la ecografía transvaginal, la resonancia magnética nuclear.¹⁰

El tratamiento de la adenomiosis ha sido tradicionalmente la histerectomía en mujeres que no desean preservar su fertilidad. Sin embargo, existen otros tratamientos médicos y menos invasivos que están en desarrollo para aquellas mujeres que no deseen un tratamiento radical.¹¹ Dentro del tratamiento médico se tiene el tratamiento hormonal con anticonceptivos orales que inhiben la liberación de estrógeno, disminuyen la liberación de prostaglandinas y COX-2 disminuyendo la inflamación; este es el tratamiento de primera línea para las pacientes que presenta dismenorrea y hemorragia uterina anormal.¹² Dentro de las técnicas de inducción a la necrosis de la adenomiosis está la embolización de la arteria uterina, la terapia de ultrasonido focalizado de alta intensidad.¹³ Dentro del tratamiento quirúrgico se encuentra el tratamiento histeroscópico, la ablación endometrial y la cirugía citorreductora.¹⁴ Los tratamientos descritos son empleados para el manejo de la sintomatología y su eficacia aún está en estudio.¹⁵

Este estudio descriptivo busca conocer la presentación clínica más frecuente en las pacientes con diagnóstico definitivo de adenomiosis uterina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza del año 2016 al 2019, con la finalidad de caracterizar la clínica de la adenomiosis en nuestra población contribuyendo al diagnóstico y tratamiento oportuno de dicha enfermedad.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son las características clínicas de las pacientes con diagnóstico histopatológico de adenomiosis uterina en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre el año 2016 al 2019?

Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres con diagnóstico histopatológico de adenomiosis atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre el año 2016 al 2019?
- ¿Con qué prevalencia se encuentra la adenomiosis en mujeres hysterectomizadas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre el año 2016 al 2019?
- ¿Cuál es el diagnóstico pre-operatorio de las mujeres con diagnóstico histopatológico de adenomiosis atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre el año 2016 al 2019?
- ¿Con qué frecuencia se presenta la hemorragia uterina anormal, el dolor pélvico crónico, la dispareunia, la dismenorrea y la infertilidad en mujeres con diagnóstico histopatológico de adenomiosis atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre el año 2016 al 2019?

Objetivos

Objetivo General

Describir las características clínicas de las pacientes con diagnóstico histopatológico de adenomiosis uterina en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre el año 2016 al 2019.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de las mujeres con diagnóstico histopatológico de adenomiosis atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre el año 2016 al 2019

- Conocer la prevalencia de la adenomiosis en mujeres histerectomizadas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre el año 2016 al 2019
- Conocer el diagnóstico pre-operatorio de las mujeres con diagnóstico histopatológico de adenomiosis atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre el año 2016 al 2019.
- Describir la frecuencia se presenta la hemorragia uterina anormal, el dolor pélvico crónico, la dispareunia, la dismenorrea y la infertilidad en mujeres con diagnóstico histopatológico de adenomiosis atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre el año 2016 al 2019

Justificación

Teórica

Este estudio brinda información importante sobre una patología subdiagnosticada causante de la hemorragia uterina anormal, aportando información sobre la presentación clínica de la adenomiosis. Además, de brindar detalle sobre la sintomatología de las mujeres con adenomiosis diagnosticadas en un nosocomio de referencia nacional de nuestro país.

Práctica

Este estudio brinda información valiosa para la disquisición diagnóstica de la adenomiosis, permitiendo un diagnóstico oportuno de dicha enfermedad. Lo cual favorece al paciente, pues recibirá un manejo médico temprano y adecuado.

Limitaciones

El presente estudio incluye las siguientes limitaciones:

- Población de estudio: la información obtenida de una población específica no puede ser universalizada, ni aplicable a otra población con diferentes características clínicas ni demográficas.
- Cambios en la población: los rasgos sociodemográficos de una población pueden variar en el transcurso del tiempo, esto afecta la

- atribución de información antigua a la población actual. Además, la población estudiada pertenece a una etapa pre-pandémica (SarsCov2).
- Calidad de datos: la información recabada podría ser defectuosa en los informes histopatológicos o en las historias clínicas, pudiendo contener datos equívocos o incompletos.
 - Sesgo de selección: al basarnos en el uso de las historias clínicas e informes patológicos para la recolección de datos, es probable que dichos documentos no se encuentren disponibles en su totalidad o que se encuentren incompletos, ocasionando un sesgo de selección.
 - Tamaño de muestra: una muestra insuficiente podría alterar la validez estadística de los resultados.

Bases teóricas

La adenomiosis es una patología benigna crónica dependiente de estrógeno que afecta al útero, se caracteriza por la presencia de glándulas endometriales y estroma dentro de la musculatura uterina, a esto se añade la hiperplasia e hipertrofia del miometrio que se da de forma compensatoria a la presencia de tejido endometrial. Cabe resaltar el papel del estrógeno en la invasión de células endometriales hacia el miometrio.¹⁶

La prevalencia de la adenomiosis es cambiante, de acuerdo a la literatura que se revise oscila del 5% al 70%, esto se debe a la dificultad del diagnóstico clínico por la presencia de comorbilidades como la endometriosis, miomatosis uterina. La adenomiosis es más frecuente en la mujer climatérica teniendo como clínica principal la metrorragia; además en estas pacientes existe una cercana relación con la miomatosis uterina, por lo que el diagnóstico se vuelve más complicado. Se ha reportado que, de 100 mujeres en edad reproductiva, 20 padecerían de adenomiosis. Y que, de 100 mujeres en terapia de reproducción asistida, 20 a 25 de ellas padecerían de esta enfermedad.¹⁷

Dentro de los factores de riesgo se tiene la edad mayor a 40 años debido a que es más frecuente en mujeres climatéricas; mayor paridad; el antecedente de embarazo ectópico, de uno a más abortos no inducidos, de cirugía uterina previa como parto por cesárea, miomectomía, ablación endometrial, dilatación y evacuación, y dilatación y curetaje.^{3, 17, 18,19}

La patogénesis de la adenomiosis aún no es clara, pero existen diversas teorías que explican cómo se desarrollaría esta patología.^{20, 21}

- La teoría del microtrauma de la interface endometrio-miometrio señala que el disturbio de las células miometriales y las disrupciones de la membrana nuclear del miometrio se debe al microtrauma que sufren dichas estructuras durante la actividad peristáltica del útero de forma cíclica y continua a lo largo del ciclo reproductivo de la mujer. ²⁰
- La teoría de la invasión del endometrio al miometrio sugiere que grupos celulares endometriales alterados irrumpen el miometrio, estos atravesarían por un área alterada de la interfase endometrio-miometrio fijándose como lesiones ademonióticas, de esta forma se explicaría la hipotrofia y anomalía de las células miometriales. ²¹
- La teoría de Metaplasia de las células madre en el miometrio esta se basa en reportes de pacientes con síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser que no presentaban endometrio funcional desarrollan adenomiosis. ²¹
- La teoría de invasión de afuera hacia adentro planteada por Chapron propone un efluente menstrual retrograda que infiltraría celular endometriales incluso células madres desde la base del endometrio hacia la profundidad del miometrio. ²¹
- Las alteraciones de hormonas esteroides: Los pacientes con adenomiosis cursan con un estado de hiperestrogenismo debido al incremento de la biosíntesis de estrógeno y disminución de progesterona. Dicho estado promueve la invasión de células endometriales en el miometrio; ya que el estrógeno induce la acción de la Oxitocina, por lo cual provoca hiperperistaltismo uterino generando microtraumas. ^{20,21}
- Existencia de alteraciones genéticas y epigenéticas que influyen en la acción del estrógeno, la disrupción de la interfase endometrio-miometrio. Las cuales generan las condiciones para el desarrollo de la adenomiosis. ²¹

La manifestación clínica de la adenomiosis es variable, no presenta síntomas patognomónicos.²² Se estima que 3 de cada 10 mujeres con esta patología no presentan síntomas. ²³ Los síntomas más frecuentes son el dolor pélvico, la hemorragia uterina anormal y problemas de fertilidad. ^{22,23} Dos de cada tres mujeres con sintomatología presentan hemorragia uterina anormal, de estas el 60% presenta menorragia, la mitad presenta hipermenorragia y la cuarta parte metrorragia.²⁰ El dolor pélvico se manifiesta principalmente como dismenorrea, dispareunia o como dolor pélvico crónico.²³ Los trastornos de fertilidad que presentan las mujeres sintomáticas abarca la disminución de aproximadamente a la mitad de la probabilidad de un embarazo clínico, se triplica el riesgo de aborto espontáneo. ¹⁹

El diagnóstico categórico de la adenomiosis es mediante la histopatología donde se evidencia la presencia de glándulas endometriales y estroma dentro del miometrio. ²⁴ En cuanto los criterios histológicos para el diagnóstico, en estos aún no hay consenso; estudios realizados toman

como criterios la profundidad mínima de invasión de 1 a 4mm, que las glándulas endometriales comprometan al menos la cuarta parte del espesor miometral o una invasión que equivalga a 0.5 a 2 campos de bajo aumento de la interfase endometrio- miometrio.²⁵ Avances en el estudio de esta enfermedad buscan realizar el diagnóstico de forma no invasiva, por lo cual se ha optado por la ecografía y la resonancia magnética para logra una aproximación diagnóstica. Según diversos estudios, la ecografía transvaginal tiene una sensibilidad de 65% al 81% y una especificidad de 65% al 100% mientras que la ecografía transabdominal presenta una sensibilidad del 30% y una especificidad del 95%⁸; cabe resaltar que la ecografía es un estudio de imagen operador dependiente por lo cual el personal médico debe estar capacitado.²⁶ La resonancia magnética permite obtener una imagen de mejor resolución, por lo cual presenta una sensibilidad del 70% al 93% y una especificidad del 86 % al 93%; además, de no ser operador dependiente.²⁵

Al ser la presentación clínica variable, el tratamiento depende de la existencia o no de síntomas, de la edad en la que se encuentre la paciente y su deseo reproductivo.²⁷ El tratamiento definitivo es la histerectomía, pero este debe realizarse en pacientes con clínica franca de menorragias severas y que tengan paridad satisfecha.²⁰

Nuevos estudios buscan un manejo quirúrgico menos invasivo, claro está que igual presenta efectos potenciales sobre la reproducción. Entre estos tenemos a la ablación endometrial, la resección histeroscópica del endometrio-adenomioma, la resección laparoscópica de la adenomiosis, la ultrasonografía enfocada de alta densidad y la embolización de la arteria uterina.²⁸ Posterior a este tratamiento se debe tener un control sobre la aparición de nuevas masas, el incremento de tamaño de la lesión residual para sospechar la recidiva de esta enfermedad.²⁹

El tratamiento médico se centra en disminuir la formación endógena de estrógeno e inducir con progestágenos la diferenciación del endometrio²⁸. Dentro de los tratamientos farmacológicos se tiene al tratamiento hormonal supresor con altas dosis de progestágeno, anticonceptivos orales, DIU de levonogestrel, agonistas de GnRH, inhibidores de la aromatasas, moduladores selectivos del receptor de estrógeno, y moduladores selectivos del receptor de progesterona. Se debe mencionar que dichos fármacos se usan para disminuir la sintomatología y no existe un tratamiento farmacológico específico que resuelva la adenomiosis.³⁰

Antecedentes

Chávez et al., en el 2022 realizaron un estudio descriptivo donde se buscó la prevalencia de adenomiosis en pacientes histerectomizadas por hemorragia uterino anormal entre el año 2017 al 2019 en la base de datos extraída de los censos del Servicio de Ginecología de un hospital nacional de México, encontrando una prevalencia del 29.8% de adenomiosis.³

Nelson Blanco J.P et al., en el 2020 realizaron una investigación con el objetivo de conocer los factores asociados de mujeres histerectomizadas por adenomiosis en el hospital de alta especialidad de Veracruz entre julio del 2014 a julio del 2019; siendo el factor más asociado la edad mayor de 40 años, seguido por la mayor paridad. Dentro de la sintomatología de las pacientes reportan en primer lugar la hemorragia uterina anormal seguida por la dismenorrea. Además, refieren que las patologías ginecológicas asociadas a la adenomiosis fueron la miomatosis y la endometriosis. Por último, reportan que la prevalencia de adenomiosis fue 21%.¹⁷

Arrellano E. et al., en el 2018 realizaron un estudio retrospectivo donde busca conocer la prevalencia y factores asociados de la adenomiosis en mujeres histerectomizadas en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el año 2014. Dicha investigación reporta que la prevalencia de adenomiosis uterina fue 33,33%, resaltando que ninguna de las pacientes con diagnóstico histopatológico de adenomiosis tenían este mismo diagnóstico previo a la operación. Además, reporta como factores de riesgos asociados el antecedente de embarazo mayor de 22 semanas con un OR de 9.904, el antecedente de aborto con un OR de 3.088 y el antecedente de cirugía uterina con un OR de 3.08.³¹

Martinez R. en el 2015 publico un estudio retrospectivo sobre los factores epidemiológicos relacionados a la adenomiosis en mujeres climatéricas histerectomizadas en el Hospital Docente Gineco-Obstétrico de Guanabacoa en Cuba entre enero del 20090 a enero del 2014. Encontrando que la edad más frecuente fue entre los 49 a 54 años, el síntoma más frecuente fue la menorragia con una prevalencia de 65.3%. Además, el 62,6% de las mujeres con diagnóstico histopatológico de adenomiosis uterina tenían como diagnóstico preoperatoria miomatosis uterina. Y la comorbilidad ginecológica más frecuente es la miomatosis uterina.³²

Naftalina et al. en el 2014 realizo un estudio observacional prospectivo que busco conocer si la presencia de adenomiosis está asociada con la menorragia. El diagnóstico de adenomiosis se realizó mediante una ecografía transvaginal. Y la menorragia se determinó de forma subjetiva mediante preguntas directas y de forma objetiva mediante

gráficos pictóricos de análisis de pérdida de sangre. Este estudio no encontró asociación significativa entre la adenomiosis y la menorragia, pero si una correlación positiva significativa entre la gravedad de la adenomiosis en la ecografía y la cantidad de pérdida menstrual estimada.³³

Li et al. en el 2014 realizaron una investigación en mujeres hysterectomizadas con diagnóstico de adenomiosis para determinar la frecuencia de varios síntomas y las características asociadas. Concluyeron que el síntoma más frecuente es la dismenorrea, que esta se acompaña muchas veces por la menorragia. Además, señalan que la adenomiosis a menudo coexiste con la endometriosis y miomatosis uterina. Además, refiere que no se encontró diferencias significativas en la aparición clínica de hipermenorragia, menorragia, dismenorrea ni dispareunia entre los tres grupos de estudio. Reportan también que las mujeres con solo adenomiosis tenían más frecuencia de antecedente de cirugía uterina previa que los otros dos grupos.³⁴

Taran et al. en el 2012 realiza un estudio retrospectivo donde compara las características clínicas y sociodemográficas de pacientes hysterectomizadas con diagnóstico de adenomiosis, adenomiomatosis y miomatosis uterina. Reportando que las mujeres con solo adenomiosis presentaban menor edad comparada con el resto de la población de estudio.³⁵

Merino O P. et al., en el 2009 publican un estudio retrospectivo sobre los hallazgos patológicos en mujeres hysterectomizadas en el Hospital Clínico de Chile entre los años 1991 y 2005 mediante la revisión de los registros de biopsias del servicio de Patología de la Universidad Pontificia de Chile. Donde la prevalencia de adenomiosis fue el 28,5% y las mujeres con diagnóstico histopatológico de adenomiosis el 56% presentaba también miomatosis uterina.³⁶

Ben HS et al. en el 2007 realizaron un estudio descriptivo que tiene como finalidad reportar las características sociodemográficas y clínicas de la adenomiosis en mujeres hysterectomizadas. Expone que la prevalencia de adenomiosis fue 15%, que le principal factor de riesgo de la población estudiada fue la multiparidad.³⁷

Martínez-Payo C. et al., en el 2006 realizaron un estudio retrospectivo en mujeres hysterectomizadas con diagnóstico histopatológico de adenomiosis en el Hospital del Hierro de España entre el año 1997 y junio del 2004. Reportando asociación entre la cirugía uterina previa y la adenomiosis. Refieren que el síntoma principal fue la menometrorragia y que solo el 9% de las pacientes con diagnóstico histopatológico de adenomiosis presentaron una detección ecográfica de la misma.³⁸

Pineros J. et al., en el 2005 realizaron una investigación sobre las indicaciones de hysterectomía realizadas en mujeres perimenopáusicas en el Hospital Donostia en España en el año 2002, con especial énfasis de las

mujeres que tenían diagnóstico de hemorragia uterina disfuncional, esto lo define que el sangrado no cedía al tratamiento médico. Encontraron que la indicación de histerectomía más frecuente fue la miomatosis uterina, seguida de la distopia genital. Además, reportan que el 14% del total de piezas quirúrgicas estudiadas presentaban adenomiosis y esto fue un hallazgo, ya que dichas pacientes no tenían ese diagnóstico preoperatorio. Mencionan además que la clínica más frecuente en las pacientes con adenomiosis fue la hemorragia uterina anormal.³⁹

Bergholt T et al., en el 2001 publicaron un estudio sobre la prevalencia y factores de riesgo asociados a la adenomiosis. Por lo cual se estudió a mujeres histerectomizadas que contaban con historias clínicas completas atendidas en el Hospital universitario de Gentofte de Dinamarca en el año 1990 al 1991. Encontrando una prevalencia de 10% al 18,2% de adenomiosis, esto varía a la falta de consenso en los criterios diagnósticos histopatológicos. Además, encontraron una asociación significativa entre la presencia de hiperplasia endometrial con la presencia de adenomiosis. Este estudio no encontró asociación significativa entre la adenomiosis y el antecedente de cirugía uterina. Esta investigación hace hincapié en la necesidad de uniformizar el diagnóstico de adenomiosis.⁴⁰

Las investigaciones antes mencionadas son internacionales, no se cuenta con estudios nacionales respecto al tema de investigación.

Glosario de Términos

- Adenomiosis: es una patología ginecológica benigna, caracterizada por la existencia de glándulas endometriales y estroma en el espesor del miometrio.¹
- Histerectomía: es el retiro quirúrgico total o parcial del útero. Lo cual provoca infertilidad.²⁵
- Aborto Espontaneo: es la pérdida de un embarazo clínico antes de las 20 semanas de gestación o de un producto que pese menos de 500g sin intervención de terceros.¹⁹
- Infertilidad: se define cuando una pareja no logra engendrar luego de doce meses de mantener relaciones sexuales sin método anticonceptivo.¹⁹
- Cirugía Uterina: todo proceso que implique la manipulación quirúrgica del útero. Como lo son el parto por cesárea, miomectomía, ablación endometrial, dilatación y evacuación; y dilatación y curetaje.^{3,17,18,19}
- Hemorragia Uterina Anormal: es el sangrado uterino que no corresponde en frecuencia, volumen, duración ni periodicidad al sangrado menstrual.³¹

- Dispareunia: Es el dolor en la región genital de forma recurrente y/o persistente presente en el coito. ⁴¹
- Dismenorrea: es la presencia de dolor cuando se menstrual de carácter tipo cólico ubicado en el abdomen inferior. ³⁰
- Dolor Pélvico Crónico: es el dolor referido al abdomen inferior presente más de seis meses de forma continua o no, que no guarda relación con el ciclo menstrual. ⁴²
- Paridad: número de embarazos después de las 20 semanas. ¹⁹
- Nulípara: mujer que no ha parido. ¹⁹
- Primípara: mujer que ha parido 1 vez. ¹⁹
- Multípara: mujer que ha parido más de 1 vez. ¹⁹
- Gran Multípara: Mujeres que ha parido más de 5 veces
- Legrado Uterino: es el procedimiento realizado en una sala quirúrgica de raspar y extraer el contenido uterino. ^{17,18,19}

METODOLOGÍA

Diseño de Estudio

- Descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal

Población

- Son todas las mujeres histerectomizadas con diagnóstico histopatológico de adenomiosis entre el año 2016 al 2019 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Muestra

- Es una muestra censal, porque el estudio comprende toda la población en un periodo de tiempo del 2016 al 2019 atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Unidad de análisis

- Son todas las mujeres histerectomizadas con diagnóstico histopatológico de adenomiosis entre el año 2016 al 2019 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Mujeres histerectomizadas con histopatológico de adenomiosis entre el año 2016 al 2019 en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza
- Mujeres histerectomizadas entre el año 2016 al 2019 en el hospital Nacional Arzobispo Loayza que cuenten con historia clínica ginecológica.

Criterios de exclusión

- Mujeres con presunción diagnóstica de adenomiosis que no cuenten con diagnóstico histopatológico
- Mujeres histerectomizadas con histopatología de adenomiosis más otros diagnósticos como miomatosis
- Mujeres histerectomizadas con histopatológico de adenomiosis con historias clínicas incompletas.

Variables de Estudio

- Características Clínicas:
 - Hemorragia uterina anormal
 - Dispareunia
 - Dismenorrea
 - Dolor pélvico crónico
- Características sociodemográficas:
 - Edad
 - Lugar de Procedencia
- Antecedentes ginecológicos de importancia
 - Aborto espontáneo
 - Paridad
 - Cirugías uterinas previas

Operacionalización de Variables

| VARIABLES | | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | CRITERIO DE MEDICIÓN | IMEDIO DE VERIFICACIÓN |
|--------------------------|----------------------------|--|--|------------------|--------------------|----------------------|------------------------|
| CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS | HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL | Sangrado uterino que no corresponde a las características habituales | Paciente operada de histerectomía con diagnóstico patológico de adenomiosis y presenta como antecedente sangrado uterino anormal | cualitativa | Nominal | 1: SI 2: NO | Historia clínica |
| | DISPAREUNIA | Dolor Durante El Coito | paciente operada de histerectomía con diagnóstico patológico de adenomiosis que presentaba como clínica dispareunia | cualitativa | Nominal | 1: SI 2: NO | Historia clínica |
| | DISMENORREA | Dolor durante la menstruación | paciente operada de histerectomía con diagnóstico patológico de adenomiosis que presentaba como clínica dismenorrea | cualitativa | Nominal | 1: SI 2: NO | Historia clínica |
| | DOLOR PELVICO CRONICO | dolor en abdomen inferior mas | paciente operada de histerectomía con diagnóstico patológico de adenomiosis con clínica de dolor pélvico de más de 6 meses | cualitativa | Nominal | 1: SI 2: NO | Historia clínica |
| | INFERTILIDAD | no concebir con relaciones sexuales sin anticonceptivos | paciente operada de histerectomía con diagnóstico patológico de adenomiosis que no | cualitativa | Nominal | 1: SI 2: NO | Historia clínica |

| | | | | | | | |
|---|---------------------------------|---|--|--------------|---------|-----------------------------------|------------------|
| | | | logra concebir manteniendo relaciones sexuales sin anticonceptivos por más de 12 meses | | | | |
| ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS DE IMPORTANCIA | ABORTO ESPONTANEO | pérdida de gestación clínica | paciente operada de histerectomía con diagnóstico patológico de adenomiosis con antecedente de pérdida de producto de menos de 22 semanas de gestación o 500 g | cualitativa | Nominal | 1: SI 2: NO | Historia clínica |
| | PARIDAD | número de partos más de las 20 semanas | número de partos | cuantitativa | Razón | 0,1,2,3.. | Historia clínica |
| | ANTECEDENTES DE CIRUGIA UTERINA | Intervención Quirúrgica Del Útero | Paciente operada de histerectomía que tiene como antecedentes cesárea miomectomía Ablación endometrial Legrado uterino | cualitativa | Nominal | 1: SI 2: NO | Historia clínica |
| CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS | EDAD | número de años vividos | número de años vividos al momento de la operación | Cuantitativa | Razón | 10,11,12...80 | Historia clínica |
| | LUGAR DE PROCEDENCIA | Distrito o provincia donde reside la paciente | Distrito o provincia de residencia que figura en la historia clínica | cualitativa | Nominal | Comas, Carabayllo, Ate, Ica, Etc. | Historia Clínica |

Técnica y Ficha de recolección de datos

Esta investigación se basó en la técnica de análisis de documento. Recopilando la información encontrada en la ficha de recolección de datos elaborada por Arrellano et al., la cual se encuentra en el Anexo I.

Plan de recolección de datos

En primer lugar, se solicitó el permiso a la Oficina de Docencia del Hospital Arzobispo Loayza, área encargada de los proyectos de investigación haciendo la petición formal de los permisos y solicitudes necesarios; dicho permiso se encuentra en el anexo 3. En segundo lugar, se dirigió al servicio de Patología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza solicitando los informes histopatológicos del año 2016 al 2019. Aquí se realizó la revisión de los mismos, obteniendo la información de todas aquellas mujeres histerectomizadas con diagnóstico histopatológico de adenomiosis entre el año 2016 al 2019. Por último, con esta información se dirigió al archivo de historias clínicas recabando información de las mismas mediante la ficha de recolección de datos.

Plan de análisis de datos

La información recabada en las fichas de recolección de datos fue consignada en una base de datos en un archivo del programa Excel y se realizó el análisis estadístico mediante el programa estadístico SPSS versión 26.0.

Se llevó a cabo el análisis descriptivo de las variables numéricas, que son la edad y paridad, calculando las medidas de tendencia central y dispersión (promedio y desviación estándar).

Para el análisis de las variables cualitativas, que son las características clínicas (la hemorragia uterina anormal, la dispareunia, la dismenorrea, el dolor pélvico crónico, la infertilidad), dos de los antecedentes ginecológicos de importancia (antecedente de aborto espontáneo, el antecedente de cirugías uterinas previas) y el lugar de procedencia (una de las características sociodemográficas) se describió por medio de frecuencias absolutas y relativas.

Consideraciones Éticas

La presente investigación no tiene contacto con pacientes, pues se basa en la recolección de datos a través de informes patológicos e historias clínicas; por lo cual, no requiere de un consentimiento informado por parte de los pacientes. Asimismo, esta investigación respeta el principio de confidencialidad, al no presentar datos que puedan comprometer la identidad al público. Y como una forma de prevenir la filtración de información no se guarda ni almacena los datos recabados en equipos de cómputo ajenos al grupo de investigación.

Además, durante toda la investigación se respetó los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, pilares de la bioética.

Por último, se recalca que este estudio tiene fines netamente académicos y no se encuentra financiada por algún grupo o institución.

RESULTADOS

Se revisó 43 historias clínicas de aquellas pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión de esta investigación. Analizando las características clínicas y sociodemográficas, la prevalencia de la adenomiosis, los diagnósticos pre-operatorios de las pacientes y detallando la frecuencia de los síntomas encontrados.

Tabla 1. Sintomatología de las mujeres con diagnóstico histopatológico de adenomiosis

| Síntomas | Frecuencia | |
|----------------------------|----------------|----------------|
| | Valor Absoluto | Porcentaje (%) |
| Dolor pélvico crónico | 26 | 60.5% |
| Hemorragia uterina anormal | 15 | 34.9% |
| Dismenorrea | 14 | 32.6% |
| Dispareunia | 8 | 18.6% |
| Infertilidad | 4 | 9.3% |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1 se observa los síntomas presentes en las pacientes con diagnóstico histopatológico de adenomiosis. Siendo el síntoma más frecuente el dolor pélvico crónico.

Tabla 2. Adenomiosis según uno o más síntomas

| SÍNTOMAS | | FRECUENCIA | |
|--------------------------|---|----------------|----------------|
| | | Valor Absoluto | Porcentaje (%) |
| Asintomática | | 9 | 20.9% |
| Presenta solo 1 síntoma | Dolor pélvico crónico | 8 | 18.6% |
| | Dispareunia | 4 | 9.3% |
| | Hemorragia uterina anormal | 1 | 2.3% |
| Presenta solo 2 síntomas | Dolor pélvico crónico y Dismenorrea | 4 | 9.3% |
| | Hemorragia uterina anormal y dolor pélvico crónico | 3 | 7% |
| | Hemorragia uterina anormal y Dismenorrea | 2 | 4.7% |
| | Dolor pélvico crónico y Infertilidad | 2 | 4.7% |
| | Dolor pélvico crónico y dispareunia | 1 | 2.3% |
| | Hemorragia uterina anormal y Dispareunia | 1 | 2.3% |
| Presenta solo 3 síntomas | Hemorragia uterina anormal + Dolor pélvico crónico + Dismenorrea | 3 | 7% |
| | Hemorragia uterina anormal + Dismenorrea + Infertilidad | 1 | 2.3% |
| | Dolor pélvico crónico + Dismenorrea + Dispareunia | 1 | 2.3% |
| Presenta solo 4 síntomas | Hemorragia uterina anormal + Dolor pélvico crónico + Dismenorrea + Dispareunia | 2 | 4.7% |
| | Hemorragia uterina anormal + Dolor pélvico crónico + Dismenorrea + Infertilidad | 1 | 2.3% |
| TOTAL | | 43 | 100% |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 se detalla la presencia de síntomas, siendo la presentación de un solo síntoma la más frecuente, seguida por la presentación de dos síntomas. Ninguna paciente presentó síntomas que no estuvieran contenidas en esta tabla.

Tabla 3: Diagnóstico histopatológico de adenomiosis según Grupo etario

| Grupo de Edad (en años) | Número de casos | Porcentaje (%) |
|-------------------------|-----------------|----------------|
| 31-35 | 1 | 2.3% |
| 36-40 | 0 | 0% |
| 41-45 | 9 | 20.9% |
| 46-50 | 8 | 18.6% |
| 51-55 | 7 | 16.3% |
| 56-60 | 7 | 16.3% |
| 61-65 | 5 | 11.6% |
| 66-70 | 3 | 7% |
| > 71 | 3 | 7% |
| TOTAL | 43 | 100% |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3 se observa las edades en grupos quinquenales, siendo el grupo de 41 a 46 años el que presenta mayor frecuencia de adenomiosis. Las medidas de tendencia central de la edad son las siguientes: la media es 54.1, la desviación estándar es 9.58, la moda es 54 y la mediana 54.

Tabla 4 Adenomiosis según lugar de procedencia

| Lugar de Procedencia | | Pacientes con Diagnóstico Histopatológico de Adenomiosis | | | |
|----------------------|------------------------|--|----|----------------|--------|
| | | Valor Absoluto | | Porcentaje (%) | |
| Lima Metropolitana | San Martín de Porres | 9 | 29 | 20.93% | 67.44% |
| | Cercado de Lima | 4 | | 9.30% | |
| | Los Olivos | 3 | | 6.98% | |
| | San Juan de Lurigancho | 3 | | 6.98% | |
| | Breña | 2 | | 4.65% | |
| | Chaclacayo | 2 | | 4.65% | |
| | Chorrillos | 2 | | 4.65% | |
| | Comas | 2 | | 4.65% | |
| Independencia | 2 | 4.65% | | | |
| Lima Provincia | | 12 | | 27.90% | |
| chiclayo | | 1 | | 2.33% | |
| Ica | | 1 | | 2.33% | |
| TOTAL | | 43 | | 100% | |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4 se observa que dentro de la población estudiada se encuentra pacientes de Lima provincia y otras 2 provincias, lo cual concuerda con lo esperado ya que el Hospital Nacional Arzobispo Loayza es de referencia nacional en nuestro país.

Tabla 5. Prevalencia de la adenomiosis en el año 2016 al 2019

| Año | Pacientes con Diagnóstico Histopatológico de Adenomiosis | Pacientes Histerectomizadas | Prevalencia | |
|--------------|--|-----------------------------|----------------|----------------|
| | | | Valor Absoluto | Procentaje (%) |
| 2016 | 10 | 78 | 0.128 | 12.8% |
| 2017 | 12 | 102 | 0.118 | 11.8% |
| 2018 | 9 | 74 | 0.121 | 12.1% |
| 2019 | 12 | 93 | 0.129 | 12.9% |
| TOTAL | 43 | 347 | 0.124 | 12.4% |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5 se observa que la prevalencia de la adenomiosis fue en los 4 años estudiados, siendo el año 2019 que reporta una mayor prevalencia.

Tabla 6. Adenomiosis según el diagnósticos Pre-operatorios

| Diagnóstico Pre-operatorio | Frecuencia | |
|----------------------------|----------------|----------------|
| | Valor Absoluto | Porcentaje (%) |
| Distopia Genital | 27 | 63% |
| Miomatosis | 9 | 21% |
| Hemorragia Uterina Anormal | 4 | 9% |
| Adenomiosis | 3 | 7% |
| TOTAL | 43 | 100% |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 6 se muestra los diagnósticos preoperatorios de las pacientes estudiadas, siendo el motivo más frecuente de operación la distopia genital seguido por la miomatosis.

Tabla 7. Adenomiosis según el antecedentes ginecológicos de importancia

| Antecedentes Ginecológicos de Importancia | | | Frecuencia | | |
|---|--------------------------------------|---|----------------|----------------|-------|
| | | | Valor Absoluto | Porcentaje (%) | |
| Cirugía uterina | Con Cirugía uterina | Legrado uterino | 9 | 20.9% | 34.9% |
| | | Cesárea | 5 | 11.6% | |
| | | Laparotomía exploratoria con abordaje uterino | 1 | 2.3% | |
| | Sin Antecedente de Cirugía Uterina | | 28 | 65.1% | |
| | TOTAL | | 43 | 100% | |
| Aborto espontáneo | Con antedecente de Aborto espontáneo | más legrado uterino | 9 | 20.9% | 46.5% |
| | | sin legrado uterino | 11 | 25.6% | |
| | Sin Antecedente de aborto espontáneo | | 23 | 53.5% | |
| | TOTAL | | 43 | 100% | |
| Paridad | Nulípara | | 3 | 7% | |
| | Primípara | | 5 | 11.6% | |
| | Multípara | | 20 | 46.5% | |
| | Gran Multípara | | 15 | 34.9% | |
| | TOTAL | | 43 | 100% | |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 6 se observa los antecedentes ginecológicos de importancia, destacando que estos no se encuentran de forma frecuente en la población estudiadas.

DISCUSIÓN

La prevalencia de la adenomiosis en pacientes histerectomizadas, teniendo como diagnóstico definitivo al histopatológico, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza fue de 12.4% en los 4 años de estudio, cifra que se encuentra dentro de los rangos reportados por diversos estudios como el de Ben HS et al. que reporta una prevalencia de 15% ³⁷ hasta el de Arrellano et al. que reporta una prevalencia de 33.3%. ³¹ Este margen entre las prevalencias reportadas podrían explicarse por el subdiagnóstico de la adenomiosis, ya que diversos estudios concuerdan en el olvido de esta patología en el análisis clínico.³⁹

Tal como lo señala diversas publicaciones, la presentación clínica de la adenomiosis es muy variada ¹¹. En este estudio se encontró que el dolor pélvico crónico está presente en el 60.5% de las mujeres estudiadas, siendo este el síntoma más frecuente, seguido de la hemorragia uterina anormal, la dismenorrea, la dispareunia y la infertilidad. Lo cual difiere a lo reportado por Nelson Blanco et al.¹⁷ en el 2020 que menciona como síntoma más frecuente a la hemorragia uterina anormal, seguida por la dismenorrea. Mientras que Li et al.³³ en su investigación publicada en el 2014 menciona que es más frecuente la dismenorrea y esta suele acompañarse comúnmente con la menorragia. Otros estudios; Martínez R et al ³², Martínez-Payo et al. ³⁸ y Pineros et al. ³⁹; reportan como síntoma más frecuente la hemorragia uterina anormal. Como se puede evidenciar en las diversas investigaciones mencionadas no hay una concordancia de que síntoma es el que predomina, pero si la existencia de dicha sintomatología en las pacientes con adenomiosis. Un hallazgo igualmente relevante de esta investigación fue que el 20.9% de las pacientes con diagnóstico histopatológico de adenomiosis eran asintomáticas; la indicación de la histerectomía de estas pacientes fue por distopia genital.

En este trabajo se detalla cual es la sintomatología mixta que se presenta. Dentro de las mujeres que solo presentan un síntoma, estas representan el 30.2% del total de mujeres estudiadas; en este grupo el síntoma más frecuente fue el dolor pélvico crónico. El 30.3% de las mujeres estudiadas presentaron dos síntomas, el binomio más frecuente en este grupo fue la presencia de dolor pélvico crónico más dismenorrea. El 11.6% de la población de estudio presento tres síntomas, siendo la triada más frecuente la hemorragia uterina anormal, el dolor pélvico crónico y la dismenorrea. El 7% de las mujeres incluidas en esta investigación presento cuatro síntomas, siendo la presentación más frecuente dentro de este grupo la presencia de hemorragia uterina anormal, dolor pélvico crónico, dismenorrea y dispareunia. Ninguna de las mujeres estudiadas presento los cinco síntomas juntos. Respecto a esta precisión en la presentación clínica no

se ha encontrado estudios que cuenten con el mismo detalle para realizar la comparación correspondiente.

Dentro de los antecedentes ginecológicos de importancia se tiene que el 46.5% de mujeres histerectomizadas con diagnóstico histopatológico de adenomiosis tenía como antecedente gineco-obstétrico al aborto espontáneo. Este resultado guarda similitud al reportado en el estudio de Arrellano et al publicado en el 2018; el cual encontró que el 43.75% de mujeres histerectomizadas con diagnóstico histopatológico de adenomiosis tenía antecedente de aborto espontáneo.³¹ En el presente estudio se encontró que el 20.9% de mujeres tenía el antecedente de aborto espontáneo más legrado uterino como manejo de dicho aborto, ya que se trataba de un aborto incompleto; y el 25.6% de las mujeres estudiadas tenían el antecedente de aborto espontáneo sin necesidad de legrado uterino como parte de su manejo al tratarse de un aborto completo.

Respecto al antecedente ginecológico de cirugía uterina previa, el 34.9% de nuestra población de estudio presentó antecedente de cirugía uterina. Aquí se tiene 2 estudios que se contraponen respecto a la asociación del antecedente de cirugía uterina previa con la adenomiosis. El estudio de Martínez –Payo et al. publicado en el 2006 refiere que dicho antecedente está asociado al desarrollo de adenomiosis;³⁶ mientras que el estudio de Bergholt et al. publicado en el 2001 no encuentra asociación entre dicho antecedentes y la patología estudiada.⁴⁰ Por lo cual, se concluye que falta mayores estudios sobre el grado de asociación entre el antecedente de cirugía uterina previa con la adenomiosis. Se remarca que nuestro estudio se limita a describir la presencia o no de dicho antecedente, no brinda información sobre la asociación. Respecto a cuál es la cirugía uterina previa más frecuentes en la población, nuestro estudio encontró que la intervención quirúrgica más frecuente es el legrado uterino, seguido por la cesárea y en última instancia a la laparotomía exploratoria con abordaje uterino; no se encontró casos de ablación endometrial, ni miomectomías previas. Este detalle de cuál es la cirugía más frecuente no se puede comparar debido a que no existe estudios que brinden dicha información.

El último antecedente ginecológico de importancia estudiado en esta investigación fue la paridad. Se ha encontrado que es más frecuente el antecedente de ser multíparas, seguido por el antecedente de ser gran multípara. Además, la paridad promedio de las mujeres con adenomiosis fue 3.9. En este estudio no se busca asociar el antecedente de mayor paridad con el posterior desarrollo de adenomiosis, ya que para esto se debería tener un grupo control (sin adenomiosis) y un grupo de casos (con adenomiosis) y buscar en ambos grupos el antecedente de paridad y dar como resultado el OR; como es el caso del estudio de Arrellano et al. que refiere a la multiparidad como un factor de riesgo reportando un OR de 9.904.³¹

Con respecto a los diagnósticos pre-operatorios, solo el 7% coincidió tanto en el diagnóstico pre-operatorio como el histológico en adenomiosis. El resto de pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente con otros diagnósticos. Esto es similar a lo reportado por varios estudios como el de Arrellano et al. donde ninguna de las pacientes con adenomiosis fue intervenida por esta patología;³¹ Martínez et al. reporta que el 62.6% de las mujeres con adenomiosis fue intervenida quirúrgicamente por miomatosis uterina; Martínez-Payo et al. refiere que solo el 9% de las pacientes con adenomiosis fue operada por este motivo; y Pineros et al. reporta que todas las mujeres diagnosticadas de adenomiosis en su población de estudios (14%) fue un hallazgo de este diagnóstico. Esto se explica por la dificultad al momento de realizar el diagnóstico clínico e incluso diagnóstico ecográfico de la adenomiosis.¹⁰

Respecto a las edades en las cuales se realizó el diagnóstico histopatológico de adenomiosis en mujeres histerectomizadas, el grupo etario con mayor frecuencia de dicha enfermedad fue el de 41 a 46 años, las medidas de tendencia central fueron las siguientes: la media fue 54.1, la desviación estándar fue 9.58 y la mediana fue de 54 años. Los resultados encontrados fueron mayores a lo reportado por Taran et al. que refiere que la media de las edades fue 44.3, la desviación estándar fue 5.5 y la mediana 44.7 años. Esto puede explicarse por el subdiagnóstico de la enfermedad en adultos jóvenes.³⁵

El presente estudio contribuye a mejorar el diagnóstico clínico de adenomiosis al dar a conocer la alta frecuencia en pacientes con la sintomatología descrita y a pensar en esta presunción diagnóstica cuando tenemos pacientes con dolor pélvico crónico, sangrado vaginal, dispareunia o con alguno de los antecedentes mencionados.

Algunas limitaciones del estudio es la de utilizar datos de historias clínicas antiguas, puede disminuir la calidad de los datos recogidos lo que puede sesgar la interpretación de los datos. Por ello recomendamos realizar un estudio de cohorte o prospectivo que nos permita controlar mejor la información.

Consideramos una fortaleza del estudio ser innovador en la investigación nacional sobre adenomiosis, es una patología que ha tomado mayor relevancia a partir de ser incluida en la clasificación FIGO denominada PALM – COEIN, como una causa de hemorragia uterina de tipo estructural.

Se recomienda como futuras líneas de investigación realizar estudios controlados para que mediante una estadística inferencial nos permita encontrar factores de riesgo y otros datos que nos permitan conocer mejor esta patología.

CONCLUSIONES

1. Las características clínicas de las pacientes con adenomiosis es variable, predomina la presencia del dolor pélvico crónico, la hemorragia uterina anormal, dismenorrea, dispareunia e infertilidad.
2. Las características sociodemográficas de las mujeres con diagnóstico histopatológico de adenomiosis son variables. Siendo el grupo etario con mayor frecuencia entre los 41 a 46 años y el lugar de procedencia de mayor frecuencia fue San Martín de Porres.
3. La prevalencia de la adenomiosis encontrada en la población de estudio es similar a lo reportado por otras investigaciones.
4. Las mujeres con diagnóstico histopatológico de adenomiosis en su mayoría suelen ser intervenidas quirúrgicamente por otra patología, siendo el diagnóstico pre-operatorio más frecuente la distopia genital, seguida por la miomatosis uterina
5. El síntoma con mayor frecuencia en la población estudiada fue el dolor pélvico crónico seguido por la hemorragia uterina anormal.

RECOMENDACIONES

1. Desarrollar investigaciones sobre la presentación clínica de la adenomiosis en presencia de otra comorbilidad ginecológica
2. Realizar estudios de asociación, a fin de conocer si los factores de riesgo descritos en las bases teóricas de este trabajo se asocian de forma significativa al desarrollo de la adenomiosis
3. Indagar sobre las diferencias clínicas de la adenomiosis y miomatosis. mediante investigaciones analíticas.
4. Averiguar sobre el grado de conocimiento de la adenomiosis respecto a sus características clínicas y sus diagnósticos diferenciales en los médicos a través de estudios descriptivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alcalde AM, Martínez-Zamora MA, Carmona F. Adenomyosis. Una gran desconocida: ¿Qué debemos saber? *Clin Invest Ginecol Obstet* [Internet]. 2021;48(2):184–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2020.08.007>
2. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, el Comité de Trastornos Menstruales de FIGO. Los dos sistemas FIGO para síntomas de sangrado uterino normal y anormal y clasificación de causas de sangrado uterino anormal en los años reproductivos: revisiones de 2018. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2018;143(3):393–408. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12666>
3. Chávez Loranca M de LÁ, Arvizu Armenta JA, Espinosa Hernández LE, González Aldeco PM, Woog Castañón A, Juárez Tabares JC. Prevalencia de adenomyosis en pacientes postoperadas de histerectomía con diagnóstico de sangrado uterino anormal. *Acta Médica Grupo Ángeles* [Internet]. 2022;20(1):30–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35366/103553>
4. Kunz G, Beil D, Huppert P, Noe M, Kissler S, Leyendecker G. Adenomyosis in endometriosis—prevalence and impact on fertility. Evidence from magnetic resonance imaging. *Hum Reprod* [Internet]. 2005 [citado el 11 de agosto de 2023];20(8):2309–16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15919780/>
5. Vannuccini S, Tosti C, Carmona F, Huang SJ, Chapron C, Guo S-W, et al. Pathogenesis of adenomyosis: an update on molecular mechanisms. *Reprod Biomed Online* [Internet]. 2017 [citado el 11 de agosto de 2023];35(5):592–601. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28693952>
6. Struble J, Reid S, Bedaiwy MA. Adenomyosis: una revisión clínica de una condición ginecológica desafiante. *J Minim Invasive Gynecol* [Internet]. 2016 [citado el 11 de agosto de 2023];23(2):164–85. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26427702/>
7. Puente JM, Fabris A, Patel J, Patel A, Cerrillo M, Requena A, et al. Adenomyosis in infertile women: prevalence and the role of 3D ultrasound as a marker of severity of the disease. *Reprod Biol Endocrinol* [Internet]. 2016 [citado el 11 de agosto de 2023];14(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12958-016-0185-6>

8. Chapron C, Vannuccini S, Santulli P, Abrão MS, Carmona F, Fraser IS, et al. Diagnóstico de adenomiosis: un enfoque clínico y de imagen integrado. *Actualización de Hum Reprod* [Internet]. 2020;26(3):392–411. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/humupd/dmz049>
9. Tellum T, Nygaard S, Lieng M. Noninvasive diagnosis of adenomyosis: A structured review and meta-analysis of diagnostic accuracy in imaging. *J Minim Invasive Gynecol* [Internet]. 2020 [citado el 11 de agosto de 2023];27(2):408-418.e3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31712162/>
10. Andres MP, Borrelli GM, Ribeiro J, Baracat EC, Abrão MS, Kho RM. Transvaginal ultrasound for the diagnosis of adenomyosis: Systematic review and meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol* [Internet]. 2018 [citado el 11 de agosto de 2023];25(2):257–64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28864044>
11. Yun BH, Jeon YE, Seo SK, Park JH, Yoon SO, Cho S, et al. Effects of a levonorgestrel-releasing intrauterine system on the expression of steroid receptor coregulators in adenomyosis. *Reprod Sci* [Internet]. 2015;22(12):1539–48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1933719115589411>
12. Bradley LD, Gueye N-A. The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2016 [citado el 11 de agosto de 2023];214(1):31–44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26254516/>
13. De Bruijn AM, Smink M, Lohle PNM, Huirne JAF, Twisk JWR, Wong C, et al. Uterine artery embolization for the treatment of adenomyosis: A systematic review and meta-analysis. *J Vasc Interv Radiol* [Internet]. 2017 [citado el 11 de agosto de 2023];28(12):1629-1642.e1. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29032946/>
14. McCausland V. The response of adenomyosis to endometrial ablation/resection. *Hum Reprod Update* [Internet]. 1998 [citado el 11 de agosto de 2023];4(4):350–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9825850/>
15. Grimbizis GF, Mikos T, Tarlatzis B. Uterus-sparing operative treatment for adenomyosis. *Fertil Steril* [Internet]. 2014 [citado el 11 de agosto de 2023];101(2):472-487.e8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24289992/>
16. Investigación RS. El gran desafío diagnóstico de la adenomiosis [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado el 19 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-gran-desafio-diagnostico-de-la-adenomiosis/>
17. Nelson Blanco J. Pacientes postoperadas de histerectomía total abdominal por adenomiosis y sus factores asociados en el Hospital de Alta Especialidad de Veracruz- Mexico, Universidad Veracruzana 2020.
18. Panganamamula UR, Harmanli OH, Isik-Akbay EF, Grotegut CA, Dandolu V, Gaughan JP. ¿La cirugía uterina previa es un factor de riesgo para la

- adenomiosis? *Obstet Gynecol* [Internet]. 2004;104(5 parte 1):1034–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000143264.59822.73>
19. Buggio L, Dridi D, Barbara G. Adenomyosis: Impact on fertility and obstetric outcomes. *Reprod Sci* [Internet]. 2021;28(11):3081–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s43032-021-00679-z>
 20. Maternidad, Sotomayor EC, Chedraui Alvarez P, Proaño Landín C, San G, Casanova M. Adenomyosis: Ayer y Hoy [Internet]. *Edu.ec*. [citado el 19 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/7.1/RM.7.1.14.pdf>
 21. Zhai J, Vannuccini S, Petraglia F, Giudice LC. Adenomyosis: Mechanisms and pathogenesis. *Semin Reprod Med* [Internet]. 2020;38(2–03):129–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1716687>
 22. Santos MSB, Fraga ALG, Marinho M de O, Trambaioli VS, Santos KS dos, Venito L da S, et al. Análise das características da Adenomyose e Miotatose Uterina: uma revisão narrativa. *Acervo Médico* [Internet]. 2022;19:e11167. Available from: <http://dx.doi.org/10.25248/reamed.e11167.2022>
 23. Lacheta J. Uterine adenomyosis: pathogenesis, diagnostics, symptomatology and treatment. *Ceska Gynekol*. 2019 Spring;84(3):240–6.
 24. Habiba M, Benagiano G. Classifying adenomyosis: Progress and challenges. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(23):12386. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph182312386>
 25. Tan J, Yong P, Bedaiwy MA. A critical review of recent advances in the diagnosis, classification, and management of uterine adenomyosis. *Curr Opin Obstet Gynecol* [Internet]. 2019;31(4):212–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/GCO.0000000000000555>
 26. Van den Bosch T, de Bruijn AM, de Leeuw RA, Dueholm M, Exacoustos C, Valentin L, et al. Sonographic classification and reporting system for diagnosing adenomyosis: Ultrasound characteristics for diagnosing adenomyosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2019;53(5):576–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/uoq.19096>
 27. Vannuccini S, Petraglia F. Recent advances in understanding and managing adenomyosis. [Internet]. 2019;8:283. Available from: <http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.17242.1>
 28. Dueholm M. Minimally invasive treatment of adenomyosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2018;51:119–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.01.016>
 29. Oliveira MAP, Brollo LC, Soares T, Pereira TD, de Souza RJ. Surgical treatment of adenomyosis. *Curr Obstet Gynecol Rep* [Internet]. 2022;11(3):180–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s13669-022-00335-6>
 30. H. Krentel , RL. De Wilde. How to Diagnose and Treat Adenomyosis in Patients with Endometriosis. *J Reproduktionsmed Endokrinol* [Internet]. 2018; 15 (5–6)
 31. Arellano Pichardo Edgar Iván, Labastida Torres Jacobo. Prevalencia de adenomiosis en piezas quirúrgicas de histerectomía y factores de riesgo

- clínicos relacionados. *Acta méd. Grupo Ángeles* [revista en la Internet]. 2018 Mar [citado 2023 Mayo 03] ; 16(1): 15-22. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000100015&lng=es..
32. Martínez Camilo Rodolfo Valentín. Adenomyosis en la mujer climatérica. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2015 Sep [citado 2023 Mayo 23] ; 41(3): 234-240. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000300005&lng=es
 33. Naftalin J, Hoo W, Pateman K, Mavrellos D, Foo X, Jurkovic D. Is adenomyosis associated with menorrhagia? *Hum Reprod* [Internet]. 2014 [citado el 11 de agosto de 2023];29(3):473–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24408315/>
 34. Li X, Liu X, Guo S-W. Clinical profiles of 710 premenopausal women with adenomyosis who underwent hysterectomy: Clinical profiles of adenomyosis. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. 2014 [citado el 11 de agosto de 2023];40(2):485–94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24148010/>
 35. Taran FA, Wallwiener M, Kabashi D, Rothmund R, Rall K, Kraemer B, et al. Clinical characteristics indicating adenomyosis at the time of hysterectomy: a retrospective study in 291 patients. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2012 [citado el 11 de agosto de 2023];285(6):1571–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22193824/>
 36. Merino O P, Doren A V, Sáez O N, Valenzuela M P, Etchegaray B A, Gejman E R, et al. Distribución DE la patología quirúrgica Del Cuerpo uterino en mujeres chilenas sometidas a histerectomía en Un hospital clínico universitario. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2009;74(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262009000100004>
 37. Ben HS, Ouerdiane N, Ben ZH, Masmoudi A, Ennine I, Bouguerra B, et al. Adenomyosis at hysterectomy. *Tunis Med* [Internet]. 2007 [citado el 11 de agosto de 2023];85(7). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18064986/>
 38. Martínez-Payo, C; Ruiz de Azúa B, Savirón C, Iglesias G. Afectación por adenomyosis en pacientes sometidas a histerectomía. *Cienc. ginecol ; 10(5): 258-263, sept.-oct. 2006.*
 39. Pineros J, Rivero B, Fernández-Calleja M. Histerectomía en la perimenopausia. Adenomyosis. *Prog Obstet Ginecol (Internet)* [Internet]. 2005;48(11):513–20. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0304-5013\(05\)72447-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0304-5013(05)72447-x)
 40. Bergholt T, Eriksen L, Berendt N, Jacobsen M, Hertz JB. Prevalence and risk factors of adenomyosis at hysterectomy. *Hum Reprod* [Internet]. 2001;16(11):2418–21. Available from: Ben HS, Ouerdiane N, Ben ZH, Masmoudi A, Ennine I, Bouguerra B, et al. Adenomyosis at hysterectomy. *Tunis Med* [Internet]. 2007 [citado el 11 de agosto de 2023];85(7). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18064986/>
 41. Devesa Balaguer A, Ruiz Muñoz R. Conocimiento, percepción y perspectiva social de la dispareunia y la fisioterapia en mujeres jóvenes.

2022 [cited 2023 May 22]; Available from:
<https://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/4330>
42. Cid J.. Dolor Pélvico crónico. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2006 Ene
[citado 2023 Mayo 22] ; 13(1): 29-39. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000100006&lng=es

ANEXOS

Anexo I: Ficha de Recolección de datos

- Código de paciente:
- Edad:
- Lugar de procedencia:
- Año de histerectomía
 - () 2016
 - () 2017
 - () 2018
 - () 2019
 - () otro año
- Diagnóstico Pre- operatorio: (especifique) _____
- Diagnostico histopatológico de pieza uterina obtenida por histerectomía:
 - () Adenomiosis
 - () Miomatosis
 - () endometriosis
 - () otros
- Presenta alguno de los siguientes síntomas o problemas
 - () hemorragia uterina anormal
 - () dolor pélvico crónico
 - () Dismenorrea
 - () Dispareunia
 - () infertilidad
- Marque de forma precisa la presentación de el o los síntomas presentes en la paciente

| SÍNTOMAS | | |
|--|--|--|
| Asintomática | | |
| Presenta solo 1 síntoma | Hemorragia uterina anormal | |
| | Dolor pélvico crónico | |
| | Dismenorrea | |
| | Dispareunia | |
| | Infertilidad | |
| Presenta solo 2 síntomas | Hemorragia uterina anormal y dolor pélvico crónico | |
| | Hemorragia uterina anormal y Dismenorrea | |
| | Hemorragia uterina anormal y Dispareunia | |
| | Hemorragia uterina anormal Y Infertilidad | |
| | Dolor pélvico crónico y Dismenorrea | |
| | Dolor pélvico crónico y dispareunia | |
| | Dolor pélvico crónico y Infertilidad | |
| | Dismenorrea y Dispareunia | |
| | Dismenorrea y Infertilidad | |
| Dispareunia y Infertilidad | | |
| Hemorragia uterina anormal + Dolor pélvico crónico + Dismenorrea | | |

| | | |
|--------------------------|---|--|
| Presenta solo 3 síntomas | Hemorragia Uterina anormal +Dolor pélvico crónico + Dispareunia | |
| | Hemorragia uterina anormal + Dolor pélvico crónico + Infertilidad | |
| | Hemorragia uterina anormal + Dismenorrea + Dispareunia | |
| | Hemorragia uterina anormal + Dismenorrea + Infertilidad | |
| | Hemorragia uterina anormal + Dispareunia + Infertilidad | |
| | Dolor pélvico crónico + Dismenorrea + Dispareunia | |
| | Dolor pélvico crónico + Dismenorrea + Infertilidad | |
| | Dolor pélvico crónico + Dispareunia + Infertilidad | |
| Presenta solo 4 síntomas | Dismenorrea + Dispareunia + Infertilidad | |
| | Hemorragia uterina anormal + Dolor pélvico crónico + Dismenorrea + Dispareunia | |
| | Hemorragia uterina anormal + Dolor pélvico crónico + Dismenorrea + Infertilidad | |
| | Hemorragia uterina anormal + Dolor pélvico crónico + Dispareunia + Infertilidad | |
| | Hemorragia uterina anormal + Dismenorrea + Dispareunia + Infertilidad | |
| Presenta los 5 síntomas | Dolor pélvico crónico + Dismenorrea + Dispareunia + Infertilidad | |
| | Hemorragia uterina anormal + Dolor pélvico crónico + Dismenorrea + Dispareunia + Infertilidad | |

- Antecedente aborto espontáneo
 - () No
 - () Sí más legrado uterino
 - () sí sin necesidad de legrado uterino
- Paridad:
- Antecedente de cirugía uterina previa:
 - () Si, especifique : _____
 - () No

* Ficha de recolección de datos sacada de Arellano Pichardo Edgar Iván, Labastida Torres Jacobo. Prevalencia de adenomiosis en piezas quirúrgicas de histerectomía y factores de riesgo clínicos relacionados. Acta méd. Grupo Ángeles [revista en la Internet]. 2018 Mar [citado 2023 Mayo 03] ; 16(1): 15-22. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000100015&lng=es.

Anexo 2: Comité de Ética



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"



ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

CÓDIGO DE ESTUDIO N°: 0131-2023

En Lima, a los veintidós días del mes de julio, en Sesión del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN, previa evaluación del Proyecto de Tesis Titulado: "Características clínicas de pacientes histerectomizadas diagnóstico histopatológico de adenomiosis Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2016 – 2019" presentada por **Daysi Sandy Mattos Ortiz** con código 16010064 de la escuela profesional de medicina humana, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

ACUERDA:

Dar por **APROBADO** dicho Proyecto, considerando que se ha cumplido satisfactoriamente con las recomendaciones en aspectos Científicos Técnicos y Éticos para la investigación en seres Humanos.

"El presente documento tiene vigencia a partir de la fecha y expira el 21 de julio de 2024"

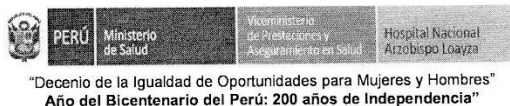
Lima, 22 de julio de 2023



JUAN CARLOS OCAMPO ZEGARRA
PROFESOR DE LA FACULTAD DE
MEDICINA DE SAN FERNANDO
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
CEDRILLO BOCA N°: 042019
CMI- 42040 N°: 29764

Dr. Juan Carlos Ocampo Zegarra
Presidente del CEI/FM/UNMSM

Anexo 3: Permiso del Nosocomio



Lima, 29 de octubre del 2021

CARTA N° 238 -DG - HNAL/2021

Doctor
JOSE SANDOVAL PAREDES
Investigador Principal
Presente. -

Asunto: Aprobación de Proyecto de Investigación

Ref.: "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE ADENOMIOSIS UTERINA VERSUS LEIOMIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2017-2020".

Expediente N° 12357 -2021

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted para saludarlo cordialmente y acusar recibo de vuestra solicitud de autorización para ejecución del Proyecto de Investigación, titulado: "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE ADENOMIOSIS UTERINA VERSUS LEIOMIOMATOSIS UTERINA EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2017-2020".

Al respecto informamos que teniendo la opinión favorable del Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación-HNAL (CONSTANCIA 041 -2021, de fecha 28 de octubre del 2021), V°B° del Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia -HNAL, del Comité de Investigación Institucional-HNAL (INFORME DE EVALUACIÓN No 031 -CII-HNAL/2021, de fecha 13 de octubre del 2021), y de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación-HNAL (NOTA INFORMATIVA N° 081 -CII- OADel- HNAL/2021, de fecha 28 de octubre del 2021), esta Dirección autoriza la realización del Proyecto de Investigación antes mencionado.

Se le informa que la vigencia de esta aprobación es por el período de un año a partir de la fecha, luego de lo cual, de ser necesario, tendría que solicitar una renovación de Extensión de Tiempo y que los trámites deben realizarse dos meses antes de su vencimiento.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarles mi especial consideración.

Muy Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"

Dr. JUAN MIRKO TELLO VINCES
Director General (e)
C.M.P. N° 31153 R.N.E. N° 19005

JCVG/SCSA/ALTM
g.a.c.
c.c Archivo

www.hospitalloayza.gob.pe

Av. Alfonso
Ugarte 848
Lima 01, Perú
T (511) 614-4646

N°PC 39 2021 CII

EL PERÚ PRIMERO

*El presente permiso es emitido a la investigación principal de la cual se desprende esta investigación propia. El permiso fue usado desde enero a agosto del 2022 para la recolección de la base de datos.

Anexo 4. Permiso del investigador Principal

“Año de la unidad, la paz y desarrollo”

Lima 25 de Julio del 2023

Señora directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana:

Dra. Ana Delgado Vásquez

Quien suscribe Dr. José del Carmen Sandoval Paredes, Ginecólogo-Obstetra del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, profesor principal de la UNMSM, con código OA0842, investigador RENACYT.

Por la presente debo dejar constancia que con los siguientes tesis:

- Mattos Ortiz Daysi Sandy

He realizado el levantamiento de la información en los archivos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza para la ejecución del trabajo de investigación “Características clínicas de adenomiosis uterina vs Leiomiomatosis uterina en pacientes hysterectomizadas Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2016-2019” cuyo investigador principal es el suscrito, para ello hemos contado con la autorización de la Dirección General y del Comité de ética del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

De la investigación general se ha desprendido la tesis de la mencionada bachiller de Medicina Humana.

Agradeceré agilizar los tramites administrativos de la aprobación de dicho trabajo, de tal manera estamos cumpliendo con lo sugerido por su persona.

Atte.



José del Carmen Sandoval Paredes
Código: OA0842

*Permiso otorgado por el investigador principal y asesor de este trabajo para la utilización de la base de datos.

Anexo 5: Resolución Decanal



Firmado digitalmente por
FERNANDEZ GIUSTI VDA DE PELLA
Alicia Jesus FAJ.20148002282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 27.06.2023 10:46:13 -05:00

Lima, 27 de Junio del 2023

RESOLUCIÓN DECANAL N° 002462-2023-D-FM/UNMSM

Visto el expediente digital N° UNMSM-20230040392, de fecha 08 de mayo de 2023 de la Facultad de Medicina, sobre aprobación de Proyecto de tesis

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Decanato N° 1569-D-FM-2013 ratificada con Resolución Rectoral N° 01717-R-2016 de fecha 19 de abril de 2016, se aprueba el Reglamento para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina, que en su **Capítulo I. Introducción, Art. 2:** establece que: *"La tesis debe ser un trabajo inédito de aporte original, por la cual se espera que los estudiantes adquieran destrezas y conocimientos que los habiliten para utilizar la investigación como un instrumento de cambio, cualquiera sea el campo del desempeño"* así mismo, en su **Capítulo VI: Del Asesoramiento de la tesis:** Art. 28 establece que: *"La Dirección de la EAP con la opinión favorable del Comité de Investigación, solicitará a la Dirección Académica la Resolución Decanal respectiva para proceder a su ejecución"*;

Que, mediante Oficio N°000802-2023-EPMH-FM/UNMSM, la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana; eleva el Informe del Dr. Pedro Arnaldo Mascaró Sánchez, docente principal del Departamento Académico de Ginecología y Obstetricia, referente al Proyecto de Tesis titulado **"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS CON DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS. HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA 2016-2019"** presentado por Srta. Daisy Sandy Mattos Ortiz con código de matrícula 15010064, egresada de la Escuela Profesional de Medicina Humana, para optar el Título Profesional de Médico Cirujana; informa que el Proyecto de Tesis mencionado se encuentra APTO para ser ejecutado; por lo que, solicita autorizar la emisión de la Resolución de Decanato respectiva incluyendo el nombre del asesor de la tesis Dr. José del Carmen Sandoval Paredes con código 0A0842, docente principal del Departamento Académico de Ginecología y Obstetricia; y,

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N°30220;

SE RESUELVE:

1° Aprobar el Proyecto de Tesis, según detalle:

| | |
|--|--|
| Egresada: Daisy Sandy Mattos Ortiz Código de matrícula N° 15010064 E.P. de Medicina Humana | Título del Proyecto de Tesis: "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS CON DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS. HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA 2016-2019" |
| Asesor: Dr. José del Carmen Sandoval Paredes Código docente: 0A0842 | |

2° Encargar a la Escuela Profesional de Medicina Humana el cumplimiento de la presente resolución.



Regístrese, comuníquese, archívese.

DRA. ALICIA J. FERNÁNDEZ GIUSTI VDA. DE PELLA
VICEDECANA ACADÉMICA

DRA. ALICIA J. FERNÁNDEZ GIUSTI VDA. DE PELLA
DECANA (E)

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ GIUSTI VDA DE
PELLA, Alicia Jesus FAJ.
20148002282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 27.06.2023 10:45:07 -05:00

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://spsgd.unmsm.edu.pe/verificar/inicio.do> e ingresando el siguiente código de verificación: **BBJABOH**



Anexo 6: Resolución Decanal para corrección en la escritura del nombre de la tesista



Firmado digitalmente por POEETA
GAVILANO Luis Enrique FAU
20146092292.pdf
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 07.07.2023 14:39:25 -05:00

Lima, 07 de Julio del 2023

RESOLUCIÓN DECANAL N° 002574-2023-D-FM/UNMSM

Visto el expediente digital, N° F01B1-20230000657 de fecha 28 de junio de 2023 de la Facultad de Medicina, sobre rectificación de la Resolución Decanal N° 002462-2023-D-FM/UNMSM

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el Texto Único Ordenado de la Ley N°27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General – Decreto Supremo N°004-2019-JUS, Art. 212.1: Rectificación de errores: “Los errores material o aritmético en los actos administrativos pueden ser rectificadas con efecto retroactivo, en cualquier momento, de oficio o a instancia de los administrados, siempre que no se altere lo sustancial de su contenido ni el sentido de la decisión”;

Que, mediante Resolución Decanal N° 002462-2023-D-FM/UNMSM de fecha 27 de junio de 2023 aprueba el proyecto de tesis de la Bachiller Daysi Sandy Mattos Ortiz con código de matrícula N° 15010064 perteneciente a la Escuela Profesional de Medicina Humana titulado: **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS CON DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE ADENOMIOSIS. HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA 2016-2019;**

Que, mediante Oficio N°000862-2023-EPTM-FM/UNMSM, la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana, solicita rectificación de la Resolución Decanal N° 002462-2023-D-FM/UNMSM, en lo concerniente a la denominación de su grado académico actual y escritura de su nombre.; y,

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N°30220;

SE RESUELVE:

1° Rectificar la Resolución Decanal N° 002462-2023-D-FM/UNMSM de fecha 27 de junio de 2023; en lo concerniente a la denominación de su grado académico actual y escritura de su nombre; de acuerdo a lo detallado:

DICE:

Egresada

Daisy Sandy Mattos Ortiz

Debe decir:

Bachiller



UNMSM Daysi Sandy Mattos Ortiz

Firmado digitalmente por
FERNANDEZ CRISTINI VIDA DE
POLLA Alicia Jesus FAU
20146092292.pdf
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 07.07.2023 10:41:15 -05:00

Quedando vigente todo lo demás que ella contiene.

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://spsgd.unmsm.edu.pe/verifica/inicio.do> e ingresando el siguiente código de verificación: **YJRPFWT**



A
16



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América
FACULTAD DE MEDICINA
DECANATO

2° Encargar a la Escuela Profesional de Medicina Humana el cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese, archívese.

DRA. ALICIA J. FERNÁNDEZ GIUSTI VDA. DE PELLA
VICEDECANA ACADÉMICA
LPG/mmb

DR. LUIS ENRIQUE PODESTÁ GAVILANO
DECANO

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://spsgd.unmsm.edu.pe/verifica/inicio.do> e ingresando el siguiente código de verificación: **YJRPFWT**



*Esta Resolución Decanal corrige los errores en la escritura del nombre de la tesista.