



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

“Prevalencia de complicaciones por miomatosis uterina en la gestación, parto y puerperio en las pacientes atendidas en el Hospital de baja complejidad Vitarte, durante el periodo 2019 – 2020.”

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

AUTOR

Trujillo Bashi, Johan Karina
(0000-0002-2493-7899)

ASESOR

Marimon Álvarez, José Luis
(0000-0001-5768-7024)

Lima, Perú

2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Trujillo Bashi, Johan Karina

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 40388227

Datos de asesor

Marimón Álvarez, José Luis

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 09998810

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Paredes Ayala, Benjamín

DNI: 06254175

Orcid:0000-0003-3048-8468

SECRETARIO: Ramírez Castro, Fernando Luis

DNI: 07844105

Orcid: 0000-0003-1491-9977

VOCAL: Flores Ragas, Carlos Alberto

DNI: 09563607

Orcid: 0000-0003-0469-0988

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.02

Código del Programa: 912399

Índice

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 1.1 Descripción de la realidad problemática
- 1.2 Formulación del problema
- 1.3 Objetivos
- 1.4 Justificación
- 1.5 Limitaciones
- 1.6 Viabilidad

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

- 2.1 Antecedentes de la investigación
- 2.2 Bases teóricas
- 2.3 Definiciones conceptuales
- 2.4 Hipótesis

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

- 3.1 Diseño
- 3.2 Población y muestra
- 3.3 Operacionalización de variables
- 3.4 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos
- 3.5 Técnicas para el procesamiento de la información
- 3.6 Aspectos éticos

CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

- 4.1 Recursos
- 4.2 Cronograma
- 4.3 Presupuesto

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

- 1. Matriz de consistencia
- 2. Instrumentos de recolección de datos

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1 Descripción de la realidad del Problema

La población del Perú supera en junio los 29 millones 700 mil habitantes, esta cifra representa un incremento de 335.761 personas respecto a junio del año 2021, la población censada por sexo es de 50.3 el sexo femenino, 13 789 517 mujeres, la tasa de crecimiento promedio anual en Lima es de 2 por 100 habitantes, la tasa global de fecundidad en Lima es de 2.1 hijos por mujer. Entre los años 2013 y 2018, Lima, callao, Tacna y Moquegua, tuvieron la tasa bruta de natalidad entre 1.8 y 15.4 de nacimientos por cada mil habitantes (1).

No es fácil definir exactamente la incidencia real de los miomas ya que frecuentemente son asintomáticos. Mayormente en la población estos se encuentran en una de cada cuatro mujeres en un rango en edad reproductiva, en las necropsias han sido detectados en más de la mitad de úteros analizados. Estos mayormente se diagnostican a través de estudios pélvicos por algún otro motivo o como alguno de los hallazgos por una laparotomía. En el noventa por ciento de situaciones se v diagnosticar entre los treinta y cinco y cincuenta y cuatro años, pero en otros casos persistirá y serán descubiertos en una edad avanzada (1,2).

Al surgir la palabra mioma en los diagnósticos, varias pacientes se deprimen, además de sentir un gran miedo por esa razón, ya que eso va implicar la presencia de al menos un tumor que se formó y ubicó en el útero. Este tipo de tumor benigno surge según algunos investigadores científicos, de las células de la zona muscular lisa uterina, aunque aún no se determina las causas que los originan, es sabido que en cierta parte es debido a una causa genética (2).

Estos son muy comunes ya que cerca de la cuarta parte de mujeres con edades mayores a los 35 años tendrán uno, siendo actualmente fáciles de ser detectados a través de ecografías transvaginales, aunque también los avances de la ciencia hoy en día ofrecen diferentes soluciones a este problema, como las miomectomías laparoscópicas que son una gran alternativa al ser indicada y llevada a cabo de forma correcta. La amplia experiencia en esta clase de

intervenciones muestra un resultado ventajoso en lo que respecta a los procedimientos convencionales tanto a mediano como a largo plazo, respecto a la rapidez para recuperarse, menos dolor post operatorio y menos adherencias formadas (2,3).

Gran parte de los fibromas no son sintomáticos y no van a requerir alguno de los tratamientos rutinarios, simplemente deben ser observados y controlados, no obstante, una parte de ellos en algunos casos causará algún tipo de trastorno debido su tamaño o por la zona donde va ubicarse, este tipo de molestia mayormente son sangrados de forma excesiva e irregular y dolores, molestia en algún órgano adyacente como vejiga y recto debido a la compresión de tales, sensación de masas pélvicas e infertilidad (3,4).

Los efectos de los miomas en la fertilidad y en la gestación son:

Los pequeños en algunos casos no influyen al momento de embarazarse, pudiendo llevarse a cabo este con total normalidad; si no hay alteración alguna en el útero y trompas de Falopio. En algunos casos otros se manifiestan durante los primeros tres meses de embarazo a través de sangrados y un incremento de probabilidad de aborto, al imposibilitar la implantación debido a distorsión en la cavidad uterina (4).

Si el embarazo va progresando normalmente, se observará un útero más grande que el que se espera debido a la amenorrea. De igual forma son frecuentes las alteraciones de la estática del feto (debido a la distancia entre el mioma y el feto) siendo más frecuente la posición transversa y la manifestación podálica, los miomas en algunos casos impedirán el parto vaginal, lo cual hará que sea imprescindible una cesárea, es más común una distocia dinámica, debido a la deficiente contracción del útero, también se pueden observar más situaciones de placentas previas si los miomas distorsionan la cavidad, finalmente Después del alumbramiento, es más probable una hemorragia en el alumbramiento a causa de atonía uterina; la hemostasia va dificultarse al no contraerse la cavidad uterina de forma normal (4).

Se debe considerar que un mioma o leiomioma en algunos casos será causante además de infertilidad, de abortos y/o alguna complicación variada durante el periodo de gestación, dependiendo de la clase y tamaño de este, Por ejemplo, un feto mal presentado al final de la gestación, partos pre términos, así como también en algunos casos dificulta la contracción uterina posterior al parto causando a las pacientes hemorragias puerperales, o aumento de cesáreas (5).

1.2 Formulación del Problema

“¿Cuál es la prevalencia de complicaciones por miomatosis uterina en la gestación, parto y puerperio en las pacientes atendidas en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte, durante el periodo 2019 – 2020?”

1.3 Objetivos

1. 3. 1 Objetivo General

- Determinar la prevalencia de complicaciones por miomatosis uterina en la gestación, parto y puerperio en las pacientes atendidas en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte, durante el periodo 2019 – 2020.

1. 3. 2 Objetivos Específicos

- Estimar la prevalencia de miomatosis uterina en las gestantes, parturientas y puérperas atendidas en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte, durante el periodo 2019 – 2020.
- Identificar las características generales de las gestantes, parturientas y puérperas con miomatosis uterina atendidas en el hospital de baja complejidad vitarte, durante el periodo 2019-2020.
- Identificar las características gineco- obstétricas de las gestantes, parturientas y puérperas con miomatosis uterina atendidas en el hospital de baja complejidad vitarte, durante el periodo 2019-2020.

- Identificar la vía más frecuente de culminación del embarazo en las gestantes con miomatosis uterina atendidas en el hospital de baja complejidad Vitarte, durante el periodo 2019-2020.
- Identificar las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio en las gestantes con miomatosis uterina atendidas en el hospital de baja complejidad Vitarte, durante el periodo 2019-2020.

1.4 Justificación

Justificación teórico científico

Dentro de los tumores de origen benigno de mayor frecuencia en las pacientes, se encuentra los leiomiomas o miomas uterinos, los que se presentan aproximadamente, en casi un veinticinco por ciento de pacientes de sexo femenino con edades por encima a los treinta y cinco años.

Actualmente la maternidad se ha visto postergada en un grupo grande de mujeres, por factores socioeconómicos, culturales y de superación, sobre todo en el rubro de las profesionales, es que nos encontramos con esta enfermedad intercurrente en el embarazo que podría influir en el bienestar tanto del embarazo, parto, puerperio, en el feto y el recién nacido.

Preocupados por la posibilidad de riesgos de abortos, partos pre términos, hemorragias puerperales, óbitos, insuficiencia placentaria y sufrimiento fetal, así como el incremento de las cesáreas es que es importante identificar la influencia de esta enfermedad intercurrente en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte y poder tomar las medidas preventivas y correctivas en beneficio del binomio madre niño.

Justificación legal

Se justifica en que esta información será impartida en las unidades médicas en los departamentos de docencia médica, y gracias a esto, se podrá actuar con mejor eficiencia al momento de abordar los casos venideros. Asimismo, esto

promoverá una mejor evaluación y establecimiento de plan de tratamiento en la historia clínica, la cual es un documento médico-legal.

1.5. Limitaciones

En nuestro medio existen muy pocas investigaciones sobre este tema, por lo que sugerimos hacer realidad esta investigación, ya que, al momento de evaluar investigaciones en la institución, no encontramos trabajos jerarquizados en revistas nacionales.

1.6. Viabilidad

El estudio se realizará del 2019 al 2020, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia con autorización previa del Hospital Baja Complejidad Vitarte. El seguimiento y evaluación de la aplicación de la encuesta estará a cargo del autor, quien aplicará el cronograma de recolección de datos para el período correspondiente al estudio.

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Lam S-J, una investigación observacional retrospectiva realizada en el año dos mil diecinueve, realizaron la evaluación de cómo influye un fibroma en todo resultado adverso durante la etapa de embarazo, donde obtuvieron ciento veintinueve participantes, logrando encontrar que los partos prematuros fueron más probables en mujeres con fibromas múltiples a comparación de aquellas con fibromas simples (dieciocho por ciento vs seis por ciento; $P=0.05$). La ubicación de los fibromas de igual forma tuvieron efectos importantes en la tasa de cesáreas, donde fue mayor para aquellos ubicados en la parte inferior de la cavidad uterina que aquellos ubicado en el cuerpo uterino (86 por ciento vs cuarenta por ciento; $P=0.01$) (6).

En una investigación llevada a cabo en Estados Unidos por Carol B. Benson, I de casos y controles en la que se evaluaron los resultados de los embarazos en pacientes con un miomas uterinos hallados a través de ecografías en los primeros 3 meses de la etapa de gestación, la población a estudiar consistió en ciento cuarenta y tres pacientes de sexo femenino con miomas donde se realizó la comparación de la tasa de embarazos perdidos y el modo de parto con un grupo control de pacientes con úteros normales, reportaron que la tasa de embarazos perdidos espontáneamente en pacientes con miomas fue el 100% a comparación de aquellas con úteros normales (14 por ciento versus siete y medio por ciento%; $p < 0.05$), de igual forma se pudo observar que la tasa de pérdidas fue más elevada en pacientes con fibromas de forma múltiple que en aquellas con un solo leiomioma (23 por ciento versus ocho por ciento; $p < 0.05$) (7).

En el año dos mil veinte, un estudio retrospectivo aplicado a doscientos diecinueve mujeres con al menos un fibroma uterino, llevado a cabo por Ciavattini A., estimó de qué manera impactan los fibromas múltiples o de gran tamaño en el resultado obstétrico durante la etapa de gestación, donde se logró encontrar que los fibromas múltiples en lugar de los de gran tamaño se van a asociar a un riesgo mayor de forma significativa de los partos prematuros y partos por cesáreas,

mientras que en el caso de los fibromas grandes van a encontrarse asociados a un mayor riesgo de ruptura prematura previa o desprendimiento placentario prematuro (8).

Shavell V. en el 2017, en un trabajo retrospectivo llevado a cabo en el hospital de Michigan, EE.UU, realizaron la valoración del impacto de los fibromas de origen uterino de gran tamaño, que se identificaron ecográficamente (> cinco centímetros de diámetro), respecto a los resultados obstétricos a través de la comparación de pacientes femeninas con y sin fibromas uterinos que fueron sometidas a ecografías obstétricas detalladas, posteriormente se llevaron a cabo análisis de forma univariada y de regresión logística multivariable. El resultado fue que las pacientes con fibromas de gran tamaño (mayores a los cinco centímetros) tuvieron alumbraron de forma más temprana (38.6 vs. 38.4 vs. 36.5 semanas). El cuello uterino corto, las rupturas prematuras de membranas y los partos prematuros también tuvieron una mayor frecuencia de forma significativa en la agrupación de fibromas de gran tamaño y fueron asociados con la cantidad de fibromas mayores a los cinco centímetros de diámetro. La cantidad de sangre que se perdió en el parto fue mayor de forma significativa en la agrupación de fibromas grandes (486.8 mililitros frente a 535.6 mililitros frente a 645.1 mililitros), como fue importante en la transfusión sanguínea posterior al parto (1.1 frente a 0.0 frente al 12.2 por ciento) (9).

Beltrán M. en el 2019 en Perú, llevó a cabo un estudio retrospectivo transversal con el objetivo de llevar a cabo la evaluación de cada complicación materna a causa de la miomatosis uterina durante la etapa del embarazo y parto en mujeres que fueron atendidas en el Hospital Docente Madre – Niño San Bartolomé, que se realizó en una muestra de cien pacientes diagnosticadas de miomatosis uterina en la etapa de gestación, se concluyó que las principales complicaciones maternas de miomatosis uterina en el embarazo y alumbramiento fueron: anemia (47.1%), D.P.P (5.9%), placenta previa (5.9%), partos prematuros (5.9%), deficiente presentación fetal (17.6%) y trabajo de parto disfuncional (5.9%) (10).

Patricia G. et al. En una investigación se emplearon análisis para observar la caracterización relacionada al peso uterino, mayor cantidad de miomas y el

tamaño más grande de estos, concluyendo que las mujeres de origen afroamericano poseen más miomas con respecto a mujeres de origen americano (9.9 vs. 4.5) con un peso uterino promedio mayor de cuatrocientos setenta y siete gramos frente a doscientos sesenta y siete gramos. También se logró demostrar que las mujeres de origen afroamericano poseen una mayor prevalencia de factores de riesgo para la presencia de estos. La relación encontrada con lo que respecta al peso uterino fueron la raza, pues fue menor el peso uterino en las mujeres caucásicas comparado con las de origen Afroamericano y la cantidad de embarazos treinta y nueve por ciento, I.C 95% 22.2% -52.7%, reducción del peso uterino durante 1 a 2 embarazos y 59.6%, 95% IC 46.9% -69.3%, para tres o más periodos de gestación comparados con pacientes nulíparas. Se hallaron pocos factores asociados de forma significativa con los tamaños de los miomas más grandes. En otro análisis, el tamaño de los miomas más grandes fue mayores de forma significativa en las pacientes nulíparas comparado con las multíparas, del origen afroamericano, mientras que en las caucásicas y de origen americano los tamaños de los miomas eran más pequeños (11).

2.2. Bases teóricas

Un leiomioma es una neoplasia benigna de músculo liso que normalmente se origina en el miometrio. Por lo general se le llama mioma uterino y de igual forma recibe el nombre incorrecto de fibroma, ya que debido a la enorme cantidad de colágeno que tienen varios de estos logran generar una consistencia fibrosa.

Su frecuencia es de aproximadamente entre el veinte y veinticinco por ciento, pero se ha logrado demostrar que en algunos casos está comprendida entre el setenta y ochenta por ciento en estudios de tipo histopatológico o ecográfico. En varias pacientes los miomas no son de gran significancia desde el punto de vista clínico. De forma contraria, en otras, la cantidad, y/o ubicación en la cavidad uterina va originar varios síntomas.

A nivel macroscópico, un leiomioma es un tumor redondo, de color blanco aperlado, duro y ahulados que al ser cortados presentan un patrón espiralado. Un útero afectado contiene entre 6 y 7 de estos en tamaños variables. Un leiomioma

posee una anatomía diferente a la del miometrio que lo rodea debido a una capa de tejido conjuntivo presente. Esta disposición va ser de gran importancia clínicamente, porque va permitir la enucleación de estos al momento de que la paciente sea intervenida quirúrgicamente.

Desde un enfoque a nivel patológico, un leiomioma contiene células de musculares lisas alargadas, que van a formar haces dispuestos en un ángulo recto. No obstante, la actividad mitótica va ser rara y va constituir un punto clave para que puedan ser distinguidos de un leiomiosarcoma.

El aspecto de un leiomioma va variar al momento que el tejido muscular normal es reemplazado por alguna sustancia degenerativa posterior a una hemorragia o necrosis. Esto se va denominar en conjunto como degeneración y el cambio macroscópico debe ser reconocido como una variante normal. Los leiomiomas se van a degenerar frecuentemente por su irrigación de forma limitada. Un leiomioma va poseer una densidad arterial inferior a la del miometrio circundante. Además, no va existir ningún tipo de organización vascular intrínseca y esto va dejar a este tipo de tumor vulnerable a la hipoperfusión e isquemia, en algunos casos esta degeneración va ir acompañada de dolores agudos.

Un leiomioma uterino es un tumor sensible a los estrógenos y a la progesterona, por lo tanto, se manifiestan en la etapa reproductiva y causan regresión tanto en tamaño como en frecuencia posterior a la etapa menopaúsica. Desde el punto de vista conceptual esto es de gran importancia para que se comprendan varios factores de riesgo de estos tipos de tumor y para la formulación del plan terapéutico para estos. Probablemente los esteroides sexuales regulen los efectos al estimular o inhibir la transcripción y producción de cada factor de crecimiento a nivel celular.

Un leiomioma genera un ambiente hiperestrogénico, que va constituir uno de los requisitos para que este se desarrolle y se mantenga. Comenzando por un miometrio sano, un leiomioma va contener una alta densidad de receptores estrogénicos, lo cual va resultar en una mayor fijación de estradiol. En segundo lugar, este tipo de tumor va convertir una menor cantidad de estradiol en estrona,

que es más débil. Un tercer mecanismo va comprender concentraciones más altas de aromatasa de citocromo P-450 en cada leiomioma comparados con cada miocito sano. Esta iso-forma específica del citocromo va catalizar la conversión de andrógenos en estrógenos en varios tejidos.

Diversas situaciones se acompañan de una mayor producción estrogénica que va fomentar la formación de cada leiomioma, tomando como ejemplo, el gran número de años de exposición estrogénica a causa de la menarquía precoz y con un alto IMC, va significar un mayor riesgo de que se padezca de leiomiomas. Las pacientes con obesidad tienen una mayor producción estrogénica debido a la gran conversión adiposa de andrógenos en estrógenos y van a manifestar una alta producción de origen hepático de globulina que va transportar las hormonas sexuales.

La contribución de la progesterona al crecimiento de los leiomiomas es menos clara y de hecho se ha observado efectos tanto estimulantes como inhibidores. Por ejemplo, en varios estudios clínicos se han observado que los progestágenos exógenos van a limitar el desarrollo de los leiomiomas, Asimismo algunas investigaciones epidemiológicas han vinculado el uso de medroxi-progesterona de larga acción con una menor frecuencia de leiomiomas, al contrario, en otras investigaciones se encontró que los progestágenos influyen de forma que estimulan sobre el desarrollo de los leiomiomas.

Durante la etapa fértil de la mujer la frecuencia de este tipo de tumor se incrementa con los años de edad. La frecuencia acumulada a los cincuenta años fue prácticamente el setenta por ciento en pacientes de origen caucásico y de más del ochenta por ciento en pacientes estadounidenses afroamericanas posterior a la menopausia, normalmente el porte de los leiomiomas se reduce y extrañamente se vuelve a formar un tumor nuevo.

Los leiomiomas se van a clasificar dependiendo en donde se ubican y la dirección en que van a crecer, los leiomiomas subserosos suelen originarse a partir de los miocitos adyacentes a la serosa de origen uterino y se desarrollan en dirección al exterior. Al encontrarse adheridos solo por un pedículo al miometrio,

se le llama leiomioma pediculado. Un leiomioma parasitario es una variedad subserosa que se va unir a alguna estructura pélvica cercano a partir de las que se va a obtener su irrigación y puede o no desprenderse del miometrio.

Los leiomiomas intramurales crecen dentro de las paredes uterinas. Por último, los leiomiomas submucosos se encuentran próximo al endometrio. Sólo 0.4% de los leiomiomas se forman en el cuello del útero, también se han encontrado algunos leiomiomas en los ovarios, trompas de Falopio, ligamento ancho, vagina y vulva.

En mujeres con leiomiomas uterinos en algunos casos se llegan a formar tumores extra uterinos de músculo liso de origen benigno, aunque infiltrantes. Esta patología se denomina Leiomiomatosis y se describe más adelante. En estos casos es importante excluir que cause metástasis maligna de un leiomiosarcoma.

La leiomiomatosis intravenosa es uno de los tumores benignos y raros del músculo liso que va invadir las venas uterinas y otras venas pélvicas, la vena cava e incluso las cavidades cardíacas, Si bien es benigno desde el punto de vista histológico, el tumor puede ser letal por obstrucción venosa o daño cardíaco, Los leiomiomas metastásico benigno se derivan a partir del leiomiomas uterinos benigno desde el punto de vista morfológico que se disemina por vía hematogena, Se han encontrado lesiones pulmonares, digestivas, óseas en la columna vertebral y cerebrales. Se observa en mujeres con antecedentes reciente o antigua de cirugía pélvica.

La leiomiomatosis peritoneal diseminada corresponde a la presencia nodular pequeña en la superficie peritoneal del abdomen, en los órganos abdominales o ambos. Casi siempre se observa en mujeres de edad fértil y 70% acompaña a un embarazo o al uso de anticonceptivo orales. El tratamiento de estas enfermedades benignas comprende histerectomía con ooforectomía, tumorectomía y más reciente, administración de agonista de GnRH, inhibidores de la aromatasa y moduladores selectivos de los receptores estrogénicos.

La mayoría de las mujeres con leiomiomas cursa asintomática. Sin embargo, algunas manifiestan hemorragia, dolor sensación de presión o infertilidad.

Hemorragia: Este es el síntoma más común y por lo general se manifiesta en forma de menorragia; la fisiología del fondo en algunos casos está vinculada a la dilatación venular: Se cree que los tumores de gran tamaño van a ejercer presión sobre los sistemas venosos uterinos, causando dilatación de las vénulas en el miometrio y endometrio. De esta forma se llegó a demostrar que todo tumor intramural y subseroso tiende a provocar menorragia al igual que aquel submucoso.

También se cree que la disregulación de los factores de crecimiento vaso activos locales promueven la vasodilatación. Cuando las venas ingurgitadas se estropean al momento de la descamación menstrual, las hemorragias que provienen de este tipo de vénulas dilatadas va superar todo mecanismo hemostático habitual. El útero suficientemente grande provoca sensación de presión, polaquiuria incontinencia urinaria y estreñimiento. En otros casos los leiomiomas se van a extender lateralmente hasta que causen compresión en los uréteres, obstruyéndolos así y provocando hidronefrosis. Aunque la dismenorrea es frecuente, en un estudio transversal de población, encontraron que las mujeres con leiomiomas manifiestan más dispareunia o dolor pélvico no cíclico que dismenorrea.

Aunque los mecanismos aun no son conocidos, se sabe que un leiomioma se va ver acompañado mayormente de esterilidad. Se ha calculado que entre dos y tres por ciento de mujeres estériles es a causa de leiomiomas. Algunos de sus efectos causales van a comprender obstrucción de cada orificio tubario y contracciones uterinas alteradas que van a impulsar a los espermatozoides u óvulos. La distorsión de la cavidad endometrial reduce la implantación y el transporte de espermatozoides. Es importante señalar que los leiomiomas se acompañan de inflamación endometrial y cambios vasculares que dificultan la implantación. Existe una gran relación entre la subfertilidad y los leiomiomas submucosos que con otro tipo de tumor. La evidencia indirecta más considerable de esta relación es que el índice de embarazo va mejorar después de la resección histeroscópica;

La relación existente entre la subfertilidad y los leiomiomas intramurales y subserosos que no distorsionan la cavidad endometrial es más tenue. Los leiomiomas uterinos y los abortos espontáneos son frecuentes pero no se ha demostrado que exista una relación entre ambos. La evidencia indirecta proviene de un estudio que cita un índice mucho menor de aborto después de la resección. Menos del 0.5% de las mujeres con leiomiomas desarrollan el síndrome de eritrocitosis miomatosa.

Este fenómeno va a ser una de las consecuencias de eritropoyetina producida en exceso en los riñones o en los mismos leiomiomas. En cualquiera de los casos, las masas eritrocitarias se van a restablecer posteriormente a la histerectomía. En ocasiones los leiomiomas generan un pseudo síndrome de Meigs como ascitis y derrame pleural con miomas ováricos de origen benigno. Sin embargo, cualquiera de los tumores pélvicos puede llegar a causar este tipo de problema, incluso aquellos de gran tamaño y quísticos u otros quistes ováricos benignos. Supuestamente la causa es la discordancia entre la irrigación arterial y el drenaje venoso linfático de los leiomiomas. Posterior a la histerectomía tanto la ascitis como el hidrotórax se van a resolver.

De forma seguida van a identificarse a través de la exploración de la pelvis al encontrar crecimiento del útero, todo contorno irregular o estos dos; Inicialmente se va a realizar una ecografía para que se pueda definir la anatomía pélvica. El aspecto ecográfico de un leiomioma va a corresponder a una estructura hipoeoica e hiperecoica dependiendo de la proporción de los músculos lisos, tejidos conjuntivos y de la degeneración presente. La calcificación y la degeneración quística van a ser fenómenos que van a crear los cambios ecográficos de mayor caracterización. Un leiomioma va a poseer patrones vasculares característicos que van a poderse identificar a través de un estudio con Doppler a color, en la mayoría de casos se van a observar bordes periféricos de vascularidad a partir de los cuales se van a originar algunos vasos que van a penetrar hasta la zona céntrica del tumor, toda imagen con doppler va a poder ser utilizada en la diferenciación de un leiomioma extrauterino con algún otro tipo de tumoración de origen pélvico.

El tratamiento, en los leiomiomas de tipo asintomático mayormente se puede mantener bajo observación realizando una exploración pélvica anual o antiinflamatorios no esteroideos, tratamiento hormonal, andrógenos, agonistas de GnRH, embolización de la arteria uterina y el tratamiento quirúrgico: Histerectomía, Miomectomía, miomectomía laparoscópica, histeroscopia, ablación endometrial, miolisis.

Clasificación según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) propuso un esquema de clasificación de acuerdo con la ubicación del mioma.

Submucosos (F.I.G.O tipo 0, 1, 2): Van a derivar de las células del miometrio exactamente en la parte inferior del endometrio. Estas neoplasias van a sobresalir en la cavidad uterina.

Intramurales (F.I.G.O tipos 3, 4, 5): Crecen en el interior de la pared uterina y van a poderse ampliar lo suficiente como para que se distorsione la cavidad o la superficie serosa.

Algunos fibromas serán transmurales y se extenderán desde la serosa hasta la superficie mucosa.

Subserosos (F.I.G.O tipo 6, 7): Se van a originar en la superficie serosa uterina y en algunos casos tendrán una base amplia, pediculada o ser intraligamentarios.

Cervicales (FIGO tipo 8): Se van a localizar en el cuello uterino, en lugar del cuerpo de este.

2.3. Definiciones conceptuales

Miomatosis uterina: Tumor benigno que aparece frecuentemente en mujeres fértiles. Gran parte son de estos no tienen síntomas; no obstante, según su ubicación y tamaño llegan a provocar hemorragias uterinas anormales, sintomatología por compresión pélvica e infertilidad.

Complicaciones Prenatales y Perinatales: Tipo de complicación que se puede dar durante el embarazo que se va relacionar con la manifestación de miomas.

Factores de riesgo: Circunstancia/s o situación/es que va aumentar la probabilidad de que se dé un evento.

Edad gestacional: Tiempo en semanas desde el día de la última regla o realizado a través de ultrasonido.

2.4 Hipótesis

Ho: “La Miomatosis uterina no altera la prevalencia de complicaciones de la gestación, parto y puerperio en las pacientes atendidas en el Hospital de baja complejidad Vitarte, durante el periodo 2019-2020.”

H1: “La Miomatosis uterina si aumenta la prevalencia de complicaciones de la gestación, parto y puerperio en las pacientes atendidas en el Hospital de baja complejidad Vitarte, durante el periodo 2019-2020.”

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Estudio

Descriptivo, de corte transversal

3.2 Diseño de Investigación

El estudio tiene un diseño observacional

3.3 Población y muestra de Estudio.

3.3.1 Población

Todas las gestantes, parturientas y puérperas con miomatosis atendidas en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte, durante el periodo 2019-2020.

Criterios de inclusión

- Gestantes, parturientas y puérperas que contengan en la Historias clínica con los datos requeridos en el instrumento.
- Gestantes con miomatosis uterina, cuyo embarazo terminó en aborto, parto pre término y a término.
- Gestantes con miomatosis cuyas edades fluctúan entre 12 a 50 años.
Gestantes con miomatosis con fetos únicos.
- Gestantes con miomatosis cuya vía de culminación, fueron: aborto, parto vaginal o cesáreas.

Criterios de exclusión

- Gestantes cuyas Historias clínicas no contengan datos legibles o incompletos en los datos requeridos en el instrumento

3.3.2 Tamaño de la muestra

Considerando que estamos trabajando con la totalidad de la población, es decir con el 100% de gestantes, parturientas y puérperas con miomatosis, es necesario

señalar que los resultados obtenidos son mucho más aproximados con un margen de error inexistente pues no se trabajan con estimaciones sino con datos exactos.

3.3.3 Selección de la muestra

No probabilístico

3.2.2 Unidad de muestreo

Informe ecográfico e historia clínica.

3.4 Variable de Estudio

3. 4. 1 independiente

- Miomatosis uterina

3. 4. 2 dependiente

- Gestación, parto y puerperio

3. 4. 3 intervinientes

- . Complicaciones

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA	INSTRUMENTO
MIOMA (Independiente)	Presencia de mioma en el útero	Tumor más frecuente del aparato reproductor femenino benigno, de origen muscular liso, también denominado fibroma, leiomioma o fibromioma.	Diagnostico ecográfico	Nominal	si	Ficha de recolección de datos
					no	
Número	Cantidad de miomas visualizados en el miometrio	Los miomas uterinos pueden ser únicos o múltiples.	Numero de miomas	Razón	1-2	
					>2	
Ubicación	Localización del mioma en el útero	La ubicación del mioma uterino puede estar en cualquier parte del útero.	Ubicación del mioma	Nominal	Fondo	
					Anterior	
					Posterior	
					Cérvix	
Tamaño	Medición en centímetros del mioma por ecografía	El tamaño de los miomas uterinos van desde milímetros hasta grandes tumores que ocupan toda la cavidad abdominal.	Medida por ecógrafo	Razón	< ó =4 cm	
					>4 cm	
Tipos de miomas	División de miomas de acuerdo a su localización	Los miomas se clasifican de acuerdo con su localización en el útero.	Localización del mioma	Nominal	Intramural	
					Subseroso	
					Sub mucoso	
GESTANTE (dependiente)	Mujer embarazada en cualquier edad gestacional	Período que transcurre entre la concepción y el parto.	Gestación	Nominal	Si	Ficha de recolección de datos
					No	
Paridad	Recopilación de información sobre el número de partos	Número de partos por vía vaginal o cesárea con uno o más nacidos vivos o muertos, con un peso mayor de 500 g o más de 20 semanas de gestación.	Número de partos	Nominal	Nulípara	
					Múltipara	
Edad materna	Número de años cumplidos por la paciente al momento de realizar el estudio	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento	Números de años de la gestante	Razón	12 a 20 años	
					21 a 25 años	
					26 a 30 años	
					31 a 35 años	
					> 36 años < 50 años	

Altura uterina	Medición de altura uterina con un centímetro.	Medida que se define como la distancia en centímetros del hueso púbico al fondo uterino	Medición	Intervalo	< 30 cm	Ficha de recolección de datos
					31-32 cm	
					33-34 cm	
					> 35 cm	
Presentación fetal	Presentación fetal con respecto al canal vaginal	Parte del feto que se exhibe o está más avanzada dentro del conducto del parto	Presentación fetal	Nominal	Cefálico	
					Podálico	
					Otra	
Edad gestacional de Culminación de embarazo	Semanas de embarazo en que se culmina la gestación	Semanas de embarazo en que se culmina la gestación	Semanas de embarazo en que se culmina la gestación	Intervalo	< 12 sem	
					13-20 sem	
					21-28 sem	
					29-34 sem	
					35-36 sem	
					37-40 sem	
> 41 sem						
Termino de gestación	Procedimiento por el cual culmina la gestación	Procedimiento por el cual se culmina el embarazo sea viable, pre termino o termino	Procedimiento	Nominal	Aborto	
					Parto vaginal	
					Cesárea	
Distocias de la dinámica uterina	Alteración en la dinámica uterina	Es el conjunto de fenómenos que perturban el funcionamiento del músculo uterino durante las contracciones del trabajo de parto	Dinámica uterina alterada	Nominal	Hipodinamia	
					Hiperdinamia	
Expulsivo prologando	Tiempo del segundo trabajo de parto alterado	Trabajo de parto de duración en nulíparas mayor de 2 horas y en multíparas más de 1 hora	Tiempo	Nominal	SI	
					No	
Retención de membranas ovulares	Expulsión de la placenta incompleta	La retención de una porción o la totalidad de la placenta en la cavidad uterina después de su expulsión	Restos ovulares retenidos	Nominal	SI	
					NO	
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA	

Hemorragia post parto	Cuantificación de sangrado postparto	Sangrado postparto mayor de lo esperado y/o hemorragia posparto que produce alteraciones en los signos vitales	Sangrado postparto	Intervalo	Parto vaginal < ó = 500 ml	
					Parto vaginal > 500 ml	
					Cesárea < ó =1000 ml	
					Cesárea >1000 ml	

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Recolección de información de las historias clínicas perinatales y del carnet perinatal, el cual se vaciarán los datos a una ficha de recolección de datos.

3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos

Informarse en el departamento de estadística sobre las historias clínicas de las gestantes con miomatosis.

Acudir archivo para recolector las historias clínicas para obtener los datos

Fuentes:

- Historias clínica
- Archivos históricos del departamento de ginecoobstetricia

Una vez obtenidos los datos serán vaciados en el sistema de SPSS v.15, que nos permitirá realizar los análisis de los datos obtenidos y poder realizar los gráficos correspondientes para el análisis de los mismos con las posibles soluciones y sugerencias para la mejora de la atención a gestantes con patología intercurrente como la miomatosis.

3.7 Aspectos éticos de la investigación

Este proyecto de investigación se apega a normas éticas para promover el respeto y los derechos de todos los seres humanos, así como para proteger su salud, con el único objetivo de realizar prácticas similares. y no representa un peligro o daño para su salud. participar en ella. Determinar que la persona objeto de estudio no presenta dificultades, problemas psicológicos u otros problemas que puedan dificultar el desarrollo del proyecto de investigación.

CAPITULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

El investigador dispone de recursos académicos como acceso a fuentes de información en plataformas científicas y repositorios; clínicos, pues, puede acceder a las historias clínicas que se requieren para el estudio; administrativos, ya que posee los permisos necesarios y económicos, ya que se dispone del presupuesto adecuado para el estudio.

4. 1. 1 Recursos Humanos

- Investigador

4. 1. 2 Recursos Materiales

Insumos	Cantidad	Costo unit. S/.	Costo total s/.
Papel bond 80 g	1 millar	24	24
CD 700 MB	02	2	4
Lapiceros	01caja	10	10
USB	01	10	10
Fotocopias	1000 copias	0.05	50
Búsqueda Bibliográfica, vía Internet (en horas)	180 horas	2	360
Impresiones	1000	0.20	200
Encuadernación de informe final	04	5	20

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beltrán Zevallos M. Complicaciones maternas de la miomatosis uterina durante la gestación y parto en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre-Niño San Bartolomé : año 2016 – 2017.[tesis de especialidad]. Peru: UNMSM;2019
2. Cifuentes RB. Obstetricia de alto riesgo. Sexta edición. Editorial Médica 2021; Colombia.
3. Gabbe, Niebyl & Simpson. Obstetricia. Cuarta edición. Marban libros. Edición en español 2017; Madrid- España.
4. Brandon J, Bankowski MD. Johns Hopkins Ginecología y Obstetricia. Edición en español. Marban libros, S.L. 2020; España.
5. ACOG. The American College of Obstetrician and Gynecologists, women's Health Care Physicians. Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 102, March 2019.
6. Lam S.-J., Best S., Kumar S. El impacto de las características de los fibromas en el resultado del embarazo. American Journal of Obstetrics & Gynecology . 2019; 211 (4): 395–395.
7. Benson C, Chow J, Chang-Lee W., Hill J. y Doubilet P. Resultado de los embarazos en mujeres con leiomiomas uterinos identificados por ecografía en el primer trimestre. Diario de ultrasonido clínico, (2001). 29 (5), 261-264.
8. Ciavattini A., Clemente N., Delli Carpini G., Di Giuseppe J., Giannubilo S. R., Tranquilli A. L. Number and size of uterine fibroids and obstetric outcomes. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. 2020;28(4):484–488
9. Shavell V., Thakur M., Sawant A. Resultados obstétricos adversos asociados con fibromas uterinos grandes identificados ecográficamente. Fertilidad y esterilidad.2017; 97 (1):107–110.
10. Cifuentes RB. Ginecología y Obstetricia Basadas en las Evidencias. Editorial Lincoln 2017; Bogota-Colombia.
11. "Comparison of characteristics of fibroids in African American and white women undergoing premenopausal hysterectomy. Patricia G. Moorman, Phyllis Leppert, Evan R. Myers, and Frances Wang. 2018. American Society for Reproductive Medicine (14)."
12. Williams Obstetricia. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 22° Edición; 2018.

13. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC. Fundamentos de Obstetricia SEGO 2017. Madrid.
14. Coronado GD, Marshall LM, Schwartz SM. Complications of pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: a population- based study. *Obstet Gynecol.* 2020;95: 764-769.
15. Benagiano G. Uterine fibroids: Literature review and summary of posters. *Horm Res* 2019; 32 Suppl 1: 120.
16. Greenberg MD, Kazamel T. Medical and socioeconomics impact of uterine fibroids. In: Hutchins FL, Greenberg MD editors. *Uterine fibroids. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 2020; 22: 625-36
17. Entman S. Miomatosis uterina y adenomiosis. *Tratado de Ginecología de Novak* 2021: 391-400.
18. S. G. Gabbe, J. R. Niebyl, J. L. Simpson. Tumores uterinos :miomatosis y embarazo. *Tratado de Obstetricia.* Marban 2019.
19. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno et. *Al Obstetricia de William* 22 Edición Mexico D.F. McGraw Hill, 2021
20. Gabbe Niebyl & Simpson. *Ginecologia y Obstetricia* 1era. Edición Madrid (España) MARBAN, 2021
21. Madrid L, Palencia F. Miomectomia en el embarazo: reporte de un caso. (en línea) 2017. (accesado el 13 de febrero de 2014). (5 páginas disponibles). 76(3): 156-160. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-1-2012-7.pdf>
22. Pérez P, Arias M.. Patología tumoral Uterina (en línea). 2018. (accesado el 16 de febrero de 2019). 32 (2): 123-128. Disponible en: http://www2.univadis.net/microsites/area_salud_mujer/pdfs/32-Patologia_tumoral_benigna_del_cuerpo_uterino_Mioma_uterino_y_patologia_endometrial.pdf
23. Centro de diagnóstico Guttemberg. Histeroscopia y manejo de los miomas uterinos. (accesado el 16 de febrero del 2018) Disponible en: <http://www.histeroscopia.es/Nosotros.htm>
24. Sarwar I, Un Nisa A, Islam A. Abruptio placentae and its complications at Ayub Teaching Hospital Abbottabad. (en línea). 2021. (accesado el 16 de febrero de 2011). (4 páginas disponibles). 18(1). Disponible en: <http://www.ayubmed.edu.pk/JAMC/PAST/18-1/07Iram18-1.pdf>

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título de la investigación	Pregunta de la investigación	Objetivo de la investigación	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección de datos
<p>“PREVALENCIA DE COMPLICACIONES POR MIOMATOSIS UTERINA EN LA GESTACION, PARTO Y PUERPERIO EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD VITARTE, DURANTE EL PERIODO 2019 – 2020.”</p>	<p>Problema principal</p> <p>“¿Cuál es la prevalencia de complicaciones por miomatosis uterina en la gestación, parto y puerperio en las pacientes atendidas en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte, durante el periodo 2019 – 2020?”</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la prevalencia de complicaciones por miomatosis uterina en la gestación, parto y puerperio en las pacientes atendidas en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte, durante el periodo 2019 – 2020.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimar la prevalencia de miomatosis uterina en las gestantes, parturientas y puérperas atendidas en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte, durante el periodo 2019 – 2020. • Identificar las características generales de las gestantes, parturientas y puérperas con miomatosis uterina atendidas en el hospital de baja complejidad vitarte, durante el periodo 2019-2020. 	<p>Hipótesis</p> <p>Ho: “La Miomatosis uterina no altera la prevalencia de complicaciones de la gestación, parto y puerperio en las pacientes atendidas en el Hospital de baja complejidad Vitarte, durante el periodo 2019-2020.”</p> <p>H1: “La Miomatosis uterina si aumenta la prevalencia de complicaciones de la gestación, parto y puerperio en las pacientes atendidas en el Hospital de baja complejidad Vitarte, durante el periodo 2019-2020.”</p>	<p>Observacional, descriptivo de corte transversal.</p>	<p>Población universal</p> <p>Pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital de baja complejidad Vitarte durante el periodo de estudio.</p> <p>Población de estudio</p> <p>Todas las gestantes con miomatosis atendidas en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte durante el periodo de estudio.</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características gineco-obstétricas de las gestantes, parturientas y puérperas con miomatosis uterina atendidas en el hospital de baja complejidad vitarte, durante el periodo 2019-2020. • Identificar la vía más frecuente de culminación del embarazo en las gestantes con miomatosis uterina atendidas en el hospital de baja complejidad vitarte, durante el periodo 2019-2020. • Identificar las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio en las gestantes con miomatosis uterina atendidas en el hospital de baja complejidad vitarte, durante el periodo 2019-2020. 				
--	--	--	--	--	--	--

2. Instrumento de recolección de datos:

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE RESIDENTADO MEDICO Y ESPECIALIZACION

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1. APELLIDOS Y NOMBRES:

2. N° DE HISTORIA CLINICA: _____

3. DIRECCION ACTUAL:

4. EDAD:

12-18 AÑOS _____

19-20 AÑOS _____

21-30 AÑOS _____

31-40 AÑOS _____

➤ 40 AÑOS _____

5. NUMERO DE CELULAR: _____

6. INFORME ECOGRAFICO

A. TAMAÑO:

	SI	NO
< o = 4 CM	_____	_____
➤ 4 CM	_____	_____

B. NUMERO:

	SI	NO
1 – 2 LEIOMIOMAS	_____	_____
➤ 2 LEIOMIOMAS	_____	_____

C. UBICACIÓN:

	SI	NO
FONDO	_____	_____
ANTERIOR	_____	_____
POSTERIOR	_____	_____
CERVIX	_____	_____

D. TIPOS:

	SI	NO
INTRAMURAL	_____	_____
SUBSEROZO	_____	_____
SUBMUCOSO	_____	_____

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE RESIDENTADO MEDICO Y ESPECIALIZACION
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

7. PARIDAD:

	SI	NO
MULTIPARAS	_____	_____
NULIPARAS	_____	_____

8. EXAMEN FISICO DE INGRESO:

ALTURA UTERINA:

< 30 cm	_____	_____
31-32	_____	_____
33-34	_____	_____
➤ 35 cm	_____	_____

9. PRESENTACION FETAL:

	SI	NO
CEFALICO	_____	_____
PODALICO	_____	_____
OTRO	_____	_____

10. EDAD GESTACIONAL DE INGRESO:

< 12 SEM	_____	_____
13-20 SEM	_____	_____
21-28 SEM	_____	_____
29-34 SEM	_____	_____
35-36 SEM	_____	_____
37-40 SEM	_____	_____
>41 SEM	_____	_____

11. TERMINO DE GESTACION

	SI	NO
ABORTO	_____	_____
PARTO VAGINAL	_____	_____
CESAREA PRETERMINO	_____	_____

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE RESIDENTADO MEDICO Y ESPECIALIZACION
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

12. COMPLICACIONES DEL PARTO:

	SI	NO
DISTOCIA EN LA DINAMICA	_____	_____
EXPULSIVOS PROLONGADOS	_____	_____
RETENCION DE MENBRANAS	_____	_____

13. HEMORRAGIAS POST PARTO:

	SI	NO
PARTO VAGINAL		
< ó = 500 ML	_____	_____
> 500 ML	_____	_____
CESAREA:		
< ó = 1000 ML	_____	_____
> 1000 ML	_____	_____



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por **Turnitin**. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: **Johan Karina Trujillo Bashi**
Título del ejercicio: **Proyectos de investigación Residentado**
Título de la entrega: **Prevalencia de complicaciones por miomatosis uterina en la ...**
Nombre del archivo: **Trujillo_Bashi.doc**
Tamaño del archivo: **277.5K**
Total páginas: **32**
Total de palabras: **7,050**
Total de caracteres: **38,882**
Fecha de entrega: **18-nov.-2022 08:42a. m. (UTC-0500)**
Identificador de la entrega... **1957753074**



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

"Prevalencia de complicaciones por miomatosis uterina en la gestación, parto y puerperio en las pacientes atendidas en el Hospital de baja complejidad Vinate, durante el periodo 2019 - 2020."

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

AUTOR

Trujillo Bashi, Johan Karina
(0000-0002-2493-7899)

ASESOR

Marimon Álvarez, José Luis
(0000-0001-5768-7024)

Lima, Perú
2022

Prevalencia de complicaciones por miomatosis uterina en la gestación, parto y puerperio en las pacientes atendidas en el Hospital de baja complejidad Vitarte, durante el periodo 2019 - 2020

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%	15%	0%	4%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	4%
3	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	3%
4	accessmedicina.mhmedical.com Fuente de Internet	2%
5	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
6	americalatinagenera.org Fuente de Internet	< 1%
7	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	< 1%

repositorio.upch.edu.pe

8

Fuente de Internet

<1%

9

ri.ujat.mx

Fuente de Internet

<1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo