



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA**

**ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES**

**Resultados perinatales adversos en mujeres embarazadas con  
miomatosis uterina vs mujeres embarazadas sin miomatosis uterina**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA  
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

**DR. EMMANUEL FLORES GUDIÑO**

**DR. TOMÁS HERRERÍAS CANEDO**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**DR. ENRIQUE REYES MUÑOZ**

DIRECTOR DE TESIS Y ASESOR CLÍNICO



**MÉXICO D.F. 2013**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

**Resultados perinatales adversos en mujeres embarazadas con miomatosis  
uterina vs mujeres embarazadas sin miomatosis uterina**



DRA. VIRIDIANA GORBEA CHÁVEZ

Directora de Enseñanza

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"



DR. TOMÁS HERRERÍAS CANEDO

Profesor Titular del Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"



DR. ENRIQUE REYES MUÑOZ

Director de Tesis

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"

## RESUMEN

**Introducción.** Los miomas se presentan con alta frecuencia en la etapa reproductiva de la mujer, se asocian a varias complicaciones en el transcurso del embarazo y parto, sin embargo, la información en población mexicana es limitada.

**Objetivo.** Comparar los resultados perinatales adversos en mujeres mexicanas con miomatosis uterina vs mujeres sin miomas.

**Material y Métodos.** Estudio de cohorte histórica, se incluyeron mujeres embarazadas atendidas en nuestra institución de Enero 2005 a Diciembre 2007. Grupo1 mujeres con miomatosis uterina (miomas >3cm de diámetro mayor), grupo2 mujeres sin miomatosis uterina, pareadas 1:2 por edad, índice de masa corporal, semanas de gestación al momento del primer ultrasonido y paridad. Se excluyeron mujeres con patología agregada (diabetes, hipertensión crónica, lupus, nefropatías, cardiopatías, hepatopatías). Se calculó el riesgo de resultados perinatales adversos, riesgo relativo (RR IC 95%).

**Resultados.** Se incluyeron 161 mujeres en el grupo 1 y 329 en el grupo 2. Los resultados perinatales adversos fueron RR (IC95%): amenaza de aborto RR 1.97 (1.2-3.1), parto pretérmino RR 1.7 (1.01-3.02), ruptura prematura de membranas RR 3.3 (1.1-9.9), amenaza de parto pretérmino RR 3.1 (1.6-5.8), hemorragia obstétrica RR 4.5 (1.62-12.9), transfusión sanguínea, RR 6.9 (1.93-24.8), atonía uterina RR 18.7 (2.39-146.6). No hubo diferencias en otras complicaciones como aborto, presentación anormal y restricción del crecimiento intrauterino.

**Conclusiones.** La presencia de miomatosis uterina durante el embarazo se asoció con mayor riesgo de amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, atonía uterina, hemorragia obstétrica y transfusión sanguínea.

**Palabras Clave:** Resultados perinatales, embarazo, miomatosis uterina, hemorragia obstétrica.

## **Adverse perinatal outcomes in pregnant women with fibroids vs. pregnant women without fibroids.**

### **ABSTRACT**

**Background.** Fibroids occur with high frequency in the female reproductive age and are associated with several complications during pregnancy and childbirth, however, the information in the Mexican population is limited.

**Objective.** To compare adverse perinatal outcomes in Mexican women with uterine fibroids vs women without fibroids.

**Material and methods.** Historical cohort study included pregnant women attending our institution from January 2005 to December 2007. Group 1 women with fibroids (> 3 cm in diameter). Group 2 women without fibroids, matched 1:2 for age, body mass index, weeks of gestation at the first ultrasound and parity. We excluded women with any pathology (diabetes, chronic hypertension, lupus, kidney disease, heart disease, liver disease). We calculate the risk of adverse perinatal outcomes, relative risk (RR confidence interval to 95%).

**Results.** 161 women were included in group 1 and 329 in group 2. Adverse perinatal outcomes were RR (95%): Threatened abortion RR 1.97 (1.2-3.1), preterm birth RR 1.7 (1.01-3.02), premature rupture of membranes RR 3.3 (1.1-9.9), preterm labor RR 3.1 (1.6-5.8), obstetric hemorrhage RR 4.5 (1.62-12.9), blood transfusion, RR 6.9 (1.93-24.8), uterine atony RR 18.7 (2.39-146.6). No differences in other complications such as abortion, abnormal presentation and intrauterine growth restriction.

**Conclusions.** The presence of fibroids during pregnancy was associated with an increased risk of threatened abortion, preterm labor, preterm birth, uterine atony, obstetric hemorrhage and blood transfusion.

**Keywords:** Perinatal outcomes, pregnancy, fibroids, obstetric hemorrhage.

## INTRODUCCIÓN

Los miomas uterinos, llamados también leiomiomas o fibromas uterinos, son los tumores benignos más frecuentes del tracto genital femenino.<sup>(1)</sup> Aproximadamente 20-40% de las mujeres desarrollarán miomas uterinos durante su etapa reproductiva.<sup>(2)</sup>

La obesidad y la menarca temprana incrementan su incidencia por un mayor tiempo de exposición a estrógenos.<sup>(1)</sup> La edad es el factor de riesgo más común, siendo más frecuente en mujeres mayores de 35 años.<sup>(2)</sup> El estudio con ultrasonido (USG) permite una evaluación adecuada de los miomas.<sup>(3)</sup>

Los miomas durante el embarazo se asocian a varias complicaciones en el transcurso del mismo y durante el parto.<sup>(4)</sup>

La prevalencia de miomas uterinos en mujeres embarazadas se ha reportado en 2.7 a 12.6%.<sup>(4,5)</sup> La mayoría de los miomas uterino son asintomáticos durante el embarazo, sin embargo, la incidencia de complicaciones obstétricas por miomas en el embarazo es del 10-40%.<sup>(6)</sup>

El dolor es la complicación más común de los miomas durante el embarazo, 5-15% de las mujeres llegan a requerir hospitalización en algún momento, sobre todo en los mayores de 5 cm de diámetro.<sup>(2)</sup>

La degeneración roja es la complicación mas especifica de los miomas en el embarazo, ocurre en alrededor de 5% de los casos, más comúnmente en el primero y principios del segundo trimestre, esto en relación con la etapa de crecimiento de los miomas. La degeneración e isquemia de los miomas submucosos durante el puerperio provee un medio de cultivo ideal para microorganismos anaerobios.<sup>(2)</sup>

Los miomas submucosos grandes o múltiples pueden distorsionar la cavidad uterina y provocar una situación o presentación anormal (13% presentación pélvica [con miomas] y 8% [sin miomas]), parto pretérmino (19% con miomas y 13% sin miomas),<sup>(7)</sup> generalmente 2-3 semanas antes del término, aumento de cesáreas (49% con miomas y 21% sin miomas) y riesgo de hemorragia posparto (8% con miomas y 3% sin miomas).<sup>(7)</sup> Otros estudios reportan resultados similares; incremento en el riesgo de alteraciones en la presentación OR 2.9 (95% CI 2.6-3.2), de cesárea OR 3.7 (95% CI 3.5-3.9), parto pretérmino OR 1.5 (95% CI 1.3-1.7), aborto OR 1.6 (95% CI 1.3-2.0).<sup>(4,5,8)</sup> Existen reportes de alta incidencia en complicaciones del tercer periodo de trabajo de parto como retención placentaria (1.4% con miomas y 0.6% sin miomas), y hemorragia posparto >1000 ml (OR 4.0 [95%CI 2.2-6.7) sobre todo con miomas grandes.<sup>(2)</sup>

La ruptura prematura de membranas (RPM) se relaciona con el tamaño y número de miomas, se presenta en el 100% de los embarazos con tres miomas mayores de 5 cm, en el 25% con dos miomas mayores de 5 cm, 8.3% con un mioma mayor de 5 cm, 1.9% sin ningún mioma.<sup>(7)</sup>

Los miomas localizados cerca de la placenta se asocian con incremento en el riesgo de sangrado, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI) y RPM, principalmente en aquellos mayores de 7 cm, submucosos y retroplacentarios.<sup>(5)</sup>

Si bien existen estudios que reportan las complicaciones asociadas a miomatosis uterina y embarazo, la mayoría de estudios no controlan variables como edad, índice de masa corporal (IMC) al ingreso, paridad y semanas de gestación (SDG) al momento de realizar el ultrasonido, así mismo la información sobre resultados perinatales adversos en mujeres mexicanas con miomatosis uterina es limitada. El objetivo del presente

estudio es comparar los resultados perinatales adversos en mujeres mexicanas con miomas uterinos mayores de 3cm en comparación con mujeres sin miomas, pareadas por edad, IMC, SDG y paridad.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio de cohorte histórica, realizado en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), de Enero de 2005 a Diciembre de 2007. Grupo 1 mujeres embarazadas con miomatosis uterina (casos) y grupo 2 mujeres embarazadas sin miomatosis uterina (controles), pareadas por edad, peso, paridad, y edad gestacional al realizar el primer ultrasonido, con resolución del embarazo en el INPer. Se incluyeron mujeres con los siguientes criterios: grupo1 mujeres sin otra patología agregada con diagnóstico de miomatosis uterina (miomas  $\geq 3$  cm) diagnosticadas por USG antes de las semanas 26 de gestación de enero 2005 a diciembre 2007, que acudieron a control prenatal y la resolución del embarazo haya sido en el INPer; por cada caso se asignaron dos controles, las cuáles fueron mujeres embarazadas sanas, sin miomatosis uterina. Se excluyeron mujeres con embarazos múltiples, con patología materna como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus pregestacional, lupus eritematoso sistémico, enfermedad renal crónica, VIH (+), cardiopatías, y se eliminaron aquellas con expediente incompleto.

Se identificaron a todas las mujeres embarazadas con diagnóstico de miomatosis uterina por medio de revisión de las libretas de registro del servicio de Ultrasonido, durante el tiempo de estudio; las mujeres seleccionadas con miomatosis uterina fueron



pareadas con mujeres sin miomatosis uterina, obteniendo los datos de las mismas libretas y durante el mismo periodo.

La información se recabó del expediente clínico. Los datos se obtuvieron en el instrumento de recolección, posteriormente se vaciaron en una hoja de Excel, se codificaron y se utilizó el programa SPSS versión 15 para el procesamiento de los datos, estadística y presentación de los resultados, que se presentan en cuadros.

Se calculó un tamaño de muestra para encontrar una diferencia de proporciones del 10% para el desenlace de parto pretérmino, mayor en mujeres con miomatosis uterina vs controles, con un alfa de 0.5 y beta de 0.20, se calculó en 157 mujeres por grupo, más 10% de posibles pérdidas: en total 173 mujeres por grupo. Con un tipo de muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Las variables analizadas fueron: parto pretérmino, presentación anormal, DPPNI, RPM, aborto, amenaza de aborto, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), amenaza de parto pretérmino (APP), preeclampsia, hemorragia obstétrica, atonía uterina, transfusión e histerectomía obstétrica. Los resultados perinatales analizados fueron edad gestacional a la resolución, peso, talla y destino del recién nacido (RN).

Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar a ambos grupos y estadística bivariada para comparación de ambos grupos (T de student para variables cuantitativas y prueba de Chi cuadrada para variables cualitativas) y finalmente regresión logística para calculo de riesgo relativo e IC al 95%.

## RESULTADOS

Se incluyeron en total 490 mujeres: Grupo1 n=161 mujeres con diagnóstico de miomatosis (casos) y grupo2 n=329 mujeres sin miomatosis (controles).

Las características clínicas al momento del primer ultrasonido en ambos grupos de estudio se muestran en el *Cuadro 1*. Las semanas de gestación al momento del primer ultrasonido en promedio fue  $18 \pm 4.6$  y  $17.1 \pm 4.6$  ( $p=0.06$ ) para el grupo 1 y 2 respectivamente. El diámetro promedio de los miomas en las mujeres del grupo 1 fue de  $6.1 \pm 3$  cm. No se observaron diferencias en edad, número de gestaciones, semanas de gestación al ingreso a control prenatal, ni en el IMC al momento del primer ultrasonido.

Las mujeres que ingresaron al estudio con embarazo menor de 20 SDG fueron: grupo 1 n=107 y Grupo 2 n=226, de este subgrupo presentaron amenaza de aborto 28 (26.1%) vs 30 (13.2%) para el grupo 1 y 2 respectivamente, RR 1.97 (IC 95% 1.2-3.1), y aborto 5 (4.6%) vs 4 (1.76%), grupo 1 y 2 respectivamente, RR 1.3 (IC 95% 0.7-9.6).

El riesgo de resultados perinatales adversos en mujeres con resolución del embarazo mayor a 20 SDG en el grupo 1 vs grupo 2 se muestran en el *Cuadro 2*, expresados como RR con intervalo de confianza al 95%. El parto pretérmino fue el resultado perinatal mas frecuente con 21 (13.04%) mujeres con miomas y 25 (7.6%) en mujeres sin miomas, RR 1.7 (IC 95% 1.01-3.02).

Las principales complicaciones que se presentaron durante la resolución del embarazo fueron: hemorragia obstétrica en 11 (6.83%) mujeres con miomas a diferencia de 5 (1.52%) mujeres sin miomas, RR 4.5 (IC 95% 1.62-12.9), la transfusión fue necesaria en 10 (6.21%) mujeres con miomas a diferencia de 3 (0.91%) mujeres sin miomas con

un RR de 6.9 (IC 95% 1.93-24.8) y atonía uterina n=9 (5.59%) mujeres con miomas vs n=1 (0.30%) mujeres sin miomas, con RR de 18.7 (IC 95% 2.39-146.6). No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en relación a óbito, RCIU, preeclampsia, presentación anormal e histerectomía obstétrica.

En el grupo 1 se presentó un caso de degeneración del mioma durante el embarazo en una mujer con 4 miomas, el mayor de ellos de 18.1x14.9 cm y el menor de 5.4x3.3 cm, con resolución del embarazo por cesárea a las 37.4 SDG, cursando con hemorragia obstétrica (3 000 ml) y ameritando transfusión e histerectomía obstétrica, sin resultados neonatales adversos. Se presentó también un caso de retención placentaria en mujer con 2 miomas de 13x7.5 cm y otro de 6.2x5.9 cm, fúndico y segmentario respectivamente, presentó muerte fetal a las 23.5 SDG, con resolución vaginal, presentando hemorragia obstétrica (700 ml) y necesidad de transfusión, con alumbramiento espontáneo al siguiente día y desarrollo de endometritis. Hubo un caso de degeneración séptica en el puerperio en una mujer con un mioma de 16.1x12.8 cm, que cursó embarazo sin alteraciones, resolución a las 40.1 SDG vía vaginal sin complicaciones y que reingreso en el puerperio tardío por probable endometritis, se realizó histerectomía y se corroboró degeneración séptica del mioma por estudio patológico. No se encontraron en ninguno de los grupos casos de placenta previa o DPPNI.

Las características de los recién nacidos se muestran en el *Cuadro 3*, las semanas de gestación al momento de la resolución del embarazo fue significativamente menor en mujeres con miomatosis uterina ( $p=0.03$ ). El peso promedio del recién nacido fue

significativamente menor en mujeres con miomatosis uterina ( $p=0.01$ ). La talla promedio no mostro diferencia significativa entre ambos grupos ( $p=0.88$ ).

En el *Cuadro 4* se muestra el destino de los RN, 68 (42.24%) de los RN de las mujeres con miomas tuvieron la posibilidad de pasar a alojamiento conjunto vs 184 (55.93%) de los RN de las mujeres sin miomas, RR de 0.77 (IC 95% 0.62-0.94). Los RN de mujeres con miomas tuvieron 23% menos de posibilidad en pasar a alojamiento conjunto que los RN de mujeres sin miomatosis. Los RN de mujeres con miomas tuvieron mayor riesgo de ingresar al servicio de cunero con un numero de 70 (43.48%) RN vs 119 (36.6%) RN de mujeres sin miomas con un RR de 1.3 (IC95% 1.03-1.63). No se observó diferencia significativa entre el ingreso a la unidad de cuidados intermedios del RN (UCIREN) y unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

## **DISCUSIÓN**

En el presente estudio se demostró que las mujeres mexicanas con miomatosis uterina tienen mayor riesgo de presentar amenaza de aborto, APP, parto pretérmino, RPM, hemorragia obstétrica, atonía uterina, resolución del embarazo a menor edad gestacional y por lo tanto menor peso del recién nacido, en comparación con mujeres sin miomatosis uterina pareadas por edad, IMC, paridad y semanas de gestación al primer ultrasonido.

Nuestros resultados son similares en algunos resultados perinatales adversos a los reportados por Morgan y Cols., que compararon 65 mujeres con miomas vs 165 mujeres sin miomas y reportaron un mayor riesgo de amenaza de aborto RR 6.9 (IC 95% 3.6-12.9), riesgo de perdida en el segundo trimestre RR 2.6 (1.5-4.6), parto

pretérmino RR 4.2 (1.6-11.1), RPM RR 2.5 (1.1-5.5), atonía uterina RR 2.9 (1.2-7.6),<sup>(4)</sup> sin embargo en el estudio de Morgan y Cols., las mujeres con miomatosis uterina fueron significativamente mayores en comparación con mujeres sin miomas de  $30.8 \pm 5.9$  años vs  $25.1 \pm 6.3$  años a diferencia de nuestro estudio donde al parear la edad fue similar en ambos grupos  $33.1 \pm 4.6$  vs  $32.2 \pm 4.9$ , lo cuál elimina el posible efecto de la edad sobre los resultados perinatales adversos, otra diferencia importante fue el tamaño de muestra que le brinda mayor poder estadístico a nuestro estudio. Adicionalmente Morgan y Cols., reportan un incremento de riesgo para presentación anormal similar a otros estudios,<sup>(2,6)</sup> que en nuestro estudio no fue significativo, probablemente atribuido al tamaño de muestra y al hecho de haber pareado los grupos. En otro estudio Stout y Cols., compararon un grupo de mujeres con miomas (n=2,058) y otro grupo sin miomas (n=61,989) y reportaron que las mujeres con miomas presentaron mayor riesgo de presentación anormal RR 1.7 (IC95% 1.4-2.1), placenta previa RR 2.7 (IC95% 1.8-3.9), cesárea RR 1.4 (IC95% 1.3-1.5), DPPNI RR 2.2 (IC95% 1.4-3.0) y preeclampsia RR 1.4 (IC95% 1.2-1.6) y RPM RR 1.4 (IC95% 1.1-1.8), dichos resultados difieren considerablemente con nuestros hallazgos y solo coincidimos en el riesgo incrementado de RPM. Dichas discrepancias las podemos atribuir a las diferencias en las características basales de los grupos de estudio, Stout y Cols., incluyeron mujeres con condiciones clínicas como tabaquismo, alcoholismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial y malformaciones uterinas.<sup>(2)</sup> Así mismo, la edad e IMC fueron mayores en el grupo de mujeres con miomas. En nuestro estudio las características de ambos grupos fueron similares en edad, IMC, paridad, edad gestacional al momento del primer USG y se excluyeron mujeres con patología

agregada para evitar el sesgo de dichas variables sobre los resultados perinatales adversos.

Nuestros resultados neonatales son similares a los reportados por Stout y Cols.<sup>(2)</sup>

Tanto Klatsky et al, como Shavell y Cols., reportan en sus resultados un mayor riesgo para hemorragia obstétrica durante la resolución del embarazo en las mujeres con miomatosis, OR 1.8 (IC95% 1.4-2.2) en los resultados de Klatsky et al y 17.9% en el grupo de miomas vs 3.2% en el grupo sin miomas ( $p= 0.12$ ) según Shavell y cols., este último sin diferencia significativa. Nuestros resultados también muestra un mayor riesgo de hemorragia obstétrica en las mujeres con miomatosis, de atonía uterina y de transfusión, debido probablemente a una disminución de la contractilidad uterina en mujeres con miomatosis.<sup>(5,6)</sup>

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio podemos mencionar que no fue posible evaluar el riesgo de aborto durante el primer trimestre asociado a miomatosis uterina, debido a que para ingresar a nuestra institución es requisito que presenten un ultrasonido con vitalidad, por lo tanto, la mayoría de mujeres ingresaron después del primer trimestre del embarazo donde podría estar incrementada la probabilidad de aborto.

Se requieren estudios de cohorte prospectivos donde se puedan evaluar el efecto del tamaño y localización de los miomas, así como, los cambios del mismo durante el embarazo.

Debido al incremento del riesgo perinatal adverso, idealmente se sugiere realizar miomectomía previo al embarazo,<sup>(9,10)</sup> en mujeres con miomatosis y embarazo se deben explicar los riesgos en base a los resultados en nuestra población.

## **CONCLUSIONES**

Los miomas uterinos asociados al embarazo incrementan el riesgo de amenaza de aborto, RPM, amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, atonía uterina, hemorragia obstétrica, transfusión sanguínea y menor edad gestacional a la resolución, en mujeres mexicanas.

## REFERENCIAS

1. Zaima A and Ash A. Fibroid in pregnancy: characteristics, complications, and management. *Postgrad Med J* 2011; 87: 819-828.
2. Stout MJ, Odibo AO, Graseck AS, Macones GA, Crane JP and Cahill AG. Leiomyomas at Routine Second-Trimester Ultrasound Examination and Adverse Obstetric Outcomes. *Obstet Gynecol* 2010; 116 (5): 1056-1063.
3. Valentin L. Imaging in gynecology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2006; 20 (6): 881-906.
4. Morgan F, Piña B, Elorriaga E, Báez J, Quevedo E y Peraza FJ. Miomas uterinos durante el embarazo y su repercusión en el resultado obstétrico. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79 (8): 467-473.
5. Vivo A, Mancuso A, Giacobbe A, Maggio L, Dominici R, Dugo N et al. Uterine myomas during pregnancy: a longitudinal sonographic study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011;37 : 361-365.
6. Klatsky P, Tran N, Caughey A and Fujimoto V. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008.
7. Shavell VI, Thakur M, Sawant A, Kruger ML, Jones TB, Singh M et al. Adverse obstetric outcomes associated with sonographically identified large uterine fibroids. *Fertility and Sterility* 2012; 97: 107-110.
8. Stovall DW. Clinical Symptomatology of Uterine Leiomyomas. *Clinical Obstet Gynecol* 2001; 44 (2): 364-371.
9. Practice Committee, American Society for Reproductive Medicine. Myomas and reproductive function. *Fertility and Sterility* 2008; 90: 125-130.
10. Cheng MH, Chao HT and Wang PH. Medical Treatment for Uterine Myomas. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2008; 47 (1): 18-23.



## APÉNDICE

Cuadro 1. Características clínicas al momento del primer ultrasonido de mujeres con miomatosis uterina vs mujeres sin miomatosis.

Características	Grupo 1	Grupo 2	<i>p</i> *
	Con miomas n=161	Sin miomas n=329	
Edad	33.1 ± 4.6	32.2 ± 4.9	0.06
Número de gestaciones	2.2 ± 1.3	2.4 ± 2	0.33
<sup>a</sup> SDG ingreso	13.2 ± 4.6	13.0 ± 4.4	0.52
SDG primer <sup>b</sup> USG	18.0 ± 4.6	17.1 ± 4.6	0.06
Diámetro mayor de mioma	6.1 ± 3	0	
Peso ingreso	67.4 ± 11.6	65.3 ± 11.5	0.06
	n (%)	n (%)	
Peso normal ( <sup>c</sup> IMC 18.5-24.9)	36 (22.4)	102 (31.0)	0.06
Sobrepeso (IMC 25-29.9)	81 (50.3)	147 (44.7)	0.28
Obesidad (IMC ≥30)	44 (27.3)	80 (24.3)	0.54

\*T de student o prueba de Chi cuadrada.

<sup>a</sup>Semanas de gestación. <sup>b</sup>Ultrasonido. <sup>c</sup>Índice de masa corporal.

Cuadro 2. Riesgo de resultados perinatales adversos en mujeres con miomatosis uterina vs mujeres sin miomatosis con resolución del embarazo >20 SDG.

	Grupo 1 Con miomas n=156 n (%)	Grupo 2 Sin miomas n=325 n (%)	RR (IC 95%)
Complicaciones			
Óbito	4 (1.86)	1 (0.30)	6.2 (0.65-59.6)
<sup>a</sup> RCIU	3 (1.86)	4 (1.22)	1.5 (0.3-6.8)
<sup>b</sup> RPM	8 (4.97)	5 (1.52)	3.3 (1.1-9.9)*
<sup>c</sup> APP	21 (13.04)	14 (4.3)	3.1 (1.6-5.8)**
Preeclampsia	11 (6.83)	15 (4.56)	1.5 (0.71-3.2)
Parto pretérmino	21 (13.04)	25 (7.6)	1.7 (1.01-3.02)**
Presentación anormal	8 (4.97)	8 (2.43)	2.08 (0.7-5.4)
Atonía uterina	9 (5.59)	1 (0.30)	18.7 (2.39-146.6)*
Hemorragia obstétrica	11 (6.83)	5 (1.52)	4.5 (1.62-12.9)*
Histerectomía obstétrica	4 (2.56)	2 (0.61)	2.8 (0.5-15.5)
Transfusión	10 (6.21)	3 (0.91)	6.9 (1.93-24.8)*

\* $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.005$  (Prueba de Chi cuadrada).

<sup>a</sup>Restricción del crecimiento intrauterino, <sup>b</sup>Ruptura prematura de membranas, <sup>c</sup>Amenaza de parto pretérmino.

Cuadro 3. Características de los recién nacidos de mujeres con miomas uterinos vs sanas.

	Grupo 1 Con miomas n=151	Grupo 2 Sin miomas n=321	$p^*$
<sup>a</sup> SDG resolución	37.2 ± 4.8	38 ± 3.5	0.03
Peso	2826 ± 793.6	3006 ± 610.5	0.01
Talla	47.2 ± 8.3	48.5 ± 5.8	0.88

T de student <sup>a</sup>Semanas de Gestación

Cuadro 4. Destino de los recién nacidos de mujeres con miomas uterinos vs sanas.

Destino	Grupo 1 Con miomas n=151 n (%)	Grupo 2 Sin miomas n=321 n (%)	RR (IC)
Alojamiento conjunto	68 (42.24)	184 (55.93)	0.77 (0.62-0.94)
Cunero	70 (43.48)	119 (36.6)	1.3 (1.03-1.63)
<sup>a</sup> UCIREN	10 (6.21)	14 (4.30)	1.48 (0.67-3.27)
<sup>b</sup> UCIN	4 (2.48)	3 (0.91)	2.7 (0.62-12.26)
Patología	4 ( 2.56)	5 (1.53 )	1.6 (0.45-6.1)

<sup>a</sup>Unidad de cuidados intermedios del recién nacido, <sup>b</sup>Unidad de cuidado intensivos neonatales.