



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE NÚCLEO DE SUCRE  
HOSPITAL UNIVERSITARIO "ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ"  
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**DIAGNOSTICO CLÍNICO, ECOGRÁFICO E HISTOPATOLÓGICO EN PACIENTES  
CON HIPERPLASIA ENDOMETRIAL.**

(Trabajo Especial de Investigación como Requisito parcial para Optar al Título de  
Especialista en ginecología y obstetricia)

Monitor:

Dra. Karla Rivero

C.I. 14.125.656

Autor:

Dra. Karen Salazar Sánchez

C.I.: 25.657 895

**Cumaná, enero 2025.**



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE NÚCLEO DE SUCRE  
HOSPITAL UNIVERSITARIO "ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ"  
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**DIAGNOSTICO CLÍNICO, ECOGRÁFICO E HISTOPATOLÓGICO EN PACIENTES  
CON HIPERPLASIA ENDOMETRIAL.**

(Trabajo Especial de Investigación como Requisito parcial para Optar al Título de  
Especialista en ginecología y obstetricia)

---

Dra. Karla Rivero  
Tutor.

---

Dr. Reinaldo Patiño  
Jurado Principal.

---

Dr. Fernando Boada  
Jurado Principal.

Cumaná, enero 2025



VICERRECTORADO ACADEMICO  
CONSEJO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Núcleo de: SUCRE

POSTGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CEPNS - Nº 006/2025

**ACTA DE DEFENSA DE TRABAJO DE GRADO**

Nosotros, **Dra. Karla Rivero, Dra. Fernando Boada, Dra. Reinaldo Patiño**, integrantes del Jurado Principal designado por la Comisión Coordinadora del Programa de Postgrado en **POSTGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**, para examinar el Trabajo de Grado intitulado: **DIAGNÓSTICO CLÍNICO, ECOGRAFICO E HISTOPATOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERPLASIA ENDOMETRIAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO "ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ", EDO. SUCRE, MARZO - SEPTIEMBRE 2024**, Presentado por la **Dra. Karen Salazar Sánchez**, cédula de identidad Nº **25.657.895**, para optar al grado de **ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**, hacemos constar que hemos examinado el mismo e interrogado al postulante en sesión privada celebrada hoy, **16/01/2025** a las **10:40 am**, en el **Auditorium de Ginecología y Obstetricia (5to. PISO)**.

Finalizada la defensa del trabajo por parte del postulante, el Jurado decidió **APROBARLO** por considerar, sin hacerse solidario de las ideas expuestas por el autor, que el mismo se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Institución.

En fe de lo anterior se levanta la presente Acta, que firmamos conjuntamente con el Coordinador de Postgrado en Ginecología Y Obstetricia.

En la ciudad de **CUMANÁ** a los **DIECISÉIS** del mes de **ENERO** de **DOS MIL VEINTICINCO**

Prof. Dr. Karla Rivero

Prof. Dra. Fernando Boada

Prof. Dra. Reinaldo Patiño

Coordinador del Programa de Postgrado:

Dra. Dianery Boada



(Tutor)   
Dra. Karla Rivero Salazar  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
M.P.P.S. 69552 / C.M. 2879  
R.F. V-14125650-0  
Dr. Reinaldo Patiño  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
M.P.P.S. 13029-7

## CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS .....	iii
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
TÍTULO DEL TRABAJO DE GRADO .....	vi
RESUMEN .....	vi
TÍTULO DEL TRABAJO DE GRADO .....	vii
ABSTRAC .....	vii
INTRODUCCIÓN .....	1
OBJETIVOS.....	5
<b>General</b> .....	<b>5</b>
<b>Específicos</b> .....	<b>5</b>
METODOLOGÍA .....	6
<b>Población y Muestra</b> .....	<b>6</b>
<b>Criterios de Inclusión</b> .....	<b>6</b>
<b>Criterios de Exclusión</b> .....	<b>6</b>
<b>Técnicas y Procedimientos</b> .....	<b>7</b>
RESULTADOS.....	8
DISCUSIÓN.....	14
CONCLUSIONES .....	17
RECOMENDACIONES .....	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	19
ANEXOS.....	21
METADATOS .....	24

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Edad de las pacientes con diagnóstico de hiperplasia endometrial .....	8
Tabla 2: Edad de la menarquía de las pacientes con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial .....	8
Tabla 3: Número de gestas de pacientes diagnosticadas Hiperplasia Endometrial .....	9
Tabla 4: Pacientes diagnosticadas con Hiperplasia Endometrial que consumieron anticonceptivos .....	9
Tabla 5: Pacientes diagnosticadas con Hiperplasia Endometrial que han sido tratadas con terapia de reemplazo hormonal .....	10
Tabla 6: Síntomas presentados en pacientes con diagnóstico Hiperplasia Endometrial .....	11
Tabla 7: Hallazgos histológicos relacionados con la incidencia de pacientes diagnosticadas con hiperplasia endometrial basadas en clasificación internacional OMS .....	11
Tabla 8: Relación de hallazgos clínicos y ecográficos (grosor endometrial) en las pacientes con diagnóstico de hiperplasia endometrial basada en la opinión consensuada del grupo IETA .....	12
Tabla 9: Relación de hallazgo ecográficos e histopatológico en las pacientes con diagnóstico de patologías endometriales basada en la opinión consensuada del grupo IETA .....	13

## **DEDICATORIA**

A Dios ante todo, a la Virgen Del Valle por conducirme hasta aquí a pesar de las dificultades.

A mi Abuela Iris por estar allí como una segunda madre atenta ante todas mis necesidades diarias desde que inicie mi carrera de medicina, por sanar mis heridas y reanimarme ante el dolor.

A mis Padres: Enrique y Karenly que me hicieron un ser humano con valores éticos y morales indeclinables, por ser fieles compañeros y conductores de ternura.

A mi hermano Jesús Frank por su beso de cada día y su impulso con una consulta de cuanto te falta.

A mi compañero de vida José Elías por tu paciencia durante casi toda mi carrera, por decirme que si puedo seguir cada día.

A mi Abuela Francis por estar allí en mi enfermedad y en la salud.

A mi tía Yaritza por estar allí apoyándome en las emociones y por recibirme en tu hogar cuando más lo necesité.

A mi tía Johanna por ser impulso teórico de todos mis años de estudio

**Dra. Karen Salazar Sánchez**

## AGRADECIMIENTO

A Dios en mi primer lugar, a mi Virgen Del Valle por darme paciencia y sabiduría.

A mi familia por estar en cada momento a mi lado y brindarme su apoyo cada día. A mis compañeros de estudio y trabajo que me brindaron una mano amiga cuando la necesite y me acompañaron cuando decaí y cuando renací.

A mi antigua casa de estudios U.C.S: “Hugo Chávez Frías” y a mi nueva casa de estudios Universidad de Oriente Núcleo Sucre, al Postgrado de Ginecología y Obstetricia por recibirme con los brazos abiertos.

A mi tutora, que con su guía y consejos me ayudaron a lograr esta meta: Dra. Karla Rivero, por ser fuente de orientación e instrucción y por dedicar parte de su tiempo pacientemente, en la realización de esta meta.

A nuestra Coordinadora académica Dra. Dianery Boada, Especialistas en Ginecología

Al servicio de sala de parto, personal obrero, administrativo, enfermeras, a mis Profes, mentores, guías, R3 antiguos Dr. Deivis Rivas, Dra. Claudelys Quijada, que con cariño nos guiaron hasta esta meta.

A la Dra. Karyelis Maestre y Dr. Rivas por ser impulso en la realización de mi estudio así como apoyarme en el diagnóstico de las pacientes e impulsar a las mismas a la consignación de los estudios histopatológicos.

A mis compañeros de año, Dra. Omaira, amiga, gracias por gritarme: claro que puedes, te admiro, valió la pena dormir sobre escritorios, y romper muchas páginas juntas, Luis, Dora, Gabriela, Mileidys, mi compañera de grupo que con cariño fue mi apoyo cada cuatro días y vimos juntas salvar muchas vidas, a mi R2 Viviana que logró brindarme su apoyo desde sus inicios como RA, y a mis R1 Dra. Ingrid, Dra. Edibeth, gracias por su apoyo, no desmayen, a mi RA. Dra. Ángela, siempre serás una R1 para mí.

**Dra. Karen Salazar Sánchez**



## TÍTULO DEL TRABAJO DE GRADO

### DIAGNOSTICO CLÍNICO, ECOGRÁFICO E HISTOPATOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERPLASIA ENDOMETRIAL.

## RESUMEN

HALLAZGOS CLÍNICO, ECOGRÁFICO E HISTOPATOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERPLASIA ENDOMETRIAL.

**Introducción:** Para el estudio y diagnóstico de la patología endometrial se cuenta con el ultrasonido y la biopsia de endometrio. **Objetivo:** Determinar los hallazgos clínico, ecográfico e histopatológicos en pacientes con hiperplasia endometrial atendidas en el servicio de ginecología Del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá. Marzo-septiembre 2024. **Método:** Estudio prospectivo, de corte transversal. Se incluyeron 180 pacientes con patología endometrial que contaron con información completa en la historia clínica. Se utilizó estadística descriptiva. **Resultados:** El grupo etario más afectado fue el de 40 a 49 años, con el 50%, en el 62,22% la menarquia se presentó entre los 12-14 años, el 67,22% fueron multíparas, 91,67% fue consumidora de tratamiento hormonal, el motivo de consulta más frecuente fue el sangrado genital (69,44%). Ecográficamente el endometrio presentó un engrosamiento de 16,4mm - 21,3mm en el 63,89% de las pacientes. El resultado histopatológico reportó hiperplasia sin atipia en el 62,78%, 19,44% hiperplasia con atipia, 9,44% endometrio proliferativo y 8,34% endometrio secretor. **Conclusión:** La patología endometrial está afectando a las mujeres en edades más tempranas, aún cuando la presencia de atipias no predominó, resulta importante el seguimiento de las mismas.

**Palabras clave:** Sangrado uterino anormal, hiperplasia, endometrio, gestación, anticoncepción





## TÍTULO DEL TRABAJO DE GRADO

# DIAGNOSTICO CLÍNICO, ECOGRÁFICO E HISTOPATOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERPLASIA ENDOMETRIAL.

## ABSTRAC

CLINICAL, ULTRASOUND AND HISTOPATHOLOGICAL FINDINGS IN PATIENTS WITH ENDOMETRIAL HYPERPLASIA.

**Introduction:** Endometrial pathology is studied and diagnosed using ultrasound and endometrial biopsy. **Objectives:** To determine the clinical, ultrasound, and histopathological findings in patients with endometrial hyperplasia treated in the gynecology department of the Antonio Patricio de Alcalá University Hospital. March-September 2024. **Method:** Prospective, cross-sectional study. 180 patients with endometrial pathology who had complete information in their medical history were included. Descriptive statistics were used. **Result:** The most affected age group was 40 to 49 years, with 50%, in 62.22% menarche occurred between 12-14 years, 67.22% were multiparous, 91.67% were users of hormonal treatment, the most frequent reason for consultation was genital bleeding (69.44%). Ultrasonographically, the endometrium showed a thickening of 16.4 mm -21.3 mm in 63.89% of the patients. The histopathological result reported hyperplasia without atypia in 62.78%, 19.44% hyperplasia with atypia, 9.44% proliferative endometrium and 8.34% secretory endometrium. **Conclusion:** Endometrial pathology is affecting women at earlier ages, even when the presence of atypia did not predominate, it is important to follow them up.

**Keywords:** Abnormal uterine bleeding, hyperplasia, endometrium, pregnancy, contraception

## INTRODUCCIÓN

El sangrado uterino anormal se define como una alteración del volumen, temporalidad y cantidad, que ha estado presente durante la mayor parte de los últimos seis meses de la paciente, es de gravedad suficiente para requerir la intervención inmediata y especializada para prevenir una mayor pérdida sanguínea, a su vez, es un problema que podría a largo, mediano y corto plazo alertarnos de la presencia de patologías que afectan el endometrio, Como es el caso de las patologías de esta índole, donde encontramos la hiperplasia endometrial, que es una enfermedad común que implica proliferación de glándulas endometriales, que resultan en una proporción mayor de lo normal en relación glándula estroma. (1)

La Organización Mundial de la salud señala que la hiperplasia endometrial es considerada un problema común en ginecología, se estima que aproximadamente cada 1 de 1000 mujeres tendrán en su vida una patología endometrial, a su vez en el mundo occidental se han estimado 200.000 nuevos casos de hiperplasia endometrial por año, junto con sus diversos grados arquitectónicos, El endometrio es el revestimiento más interno del útero y tiene capas funcionales y basales, la capa funcional es sensible a las hormonas y se desprende de manera cíclica durante la menstruación de mujeres en edad reproductiva, Esta capa consta de un epitelio y de una lámina propia que contiene glándulas tubulares simples, Las células que recubren la cavidad uterina se organizan en un epitelio columnar simple formado por células ciliadas y células secretoras. Las células secretoras a su vez presentan microvellosidades en su extremo apical y están cubiertas por un glucocáliz cuyo espesor y composición varían según la etapa del ciclo menstrual. (2,3)

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) propone una clasificación para delimitar la razón del sangrado uterino anormal, estableciendo causas estructurales y causas funcionales. El signo principal de la hiperplasia endometrial es el sangrado uterino anormal (SUA) que es causa frecuente de consultas ginecológicas, aunque puede también cursar de manera asintomática, logrando su diagnóstico

utilizando un método de corte internacional denominado PALM-COEIN, Este sistema de clasificación está estratificado en nueve categorías básicas que se ordenan de acuerdo con el acrónimo (pahm-koin): donde a su vez nos divide este estudio en patologías premaligno y maligno donde corresponde mencionar a la Hiperplasia, esta se clasifica en: Hiperplasia endometrial atípica simple: su riesgo de progresión a carcinoma endometrial es de un 8% si no es tratado de forma adecuada; La Hiperplasia endometrial atípica compleja que es la forma precursora del carcinoma endometrial, este tipo de hiperplasia suele progresar a cáncer endometrial en un 29% de los casos, De esta manera se infiere que cuando la evaluación de una mujer en edad reproductiva con sangrado uterino anormal identifica un proceso hiperplásico premaligno o maligno, se clasificaría como categoría Maligna y luego se subclasificaría por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el sistema FIGO. (4,5,6)

La hiperplasia en sus diversas variedades histológicas causa síntomas como: sangrado menstrual, tanto en cantidad como en duración, ciclos menstruales cortos inferiores a 21 días, Sangrados entre periodos, Hemorragia uterina después de la menopausia, El diagnóstico definitivo se realiza a través de diversos estudios descartando patologías u otras posibles causas de sangrado uterino asociados al sistema PALM COEIN, A la llegada de la paciente al consultorio debe ser examinada de forma cefalocaudal y con un examen ginecológico minucioso, se debe realizar especuloscopia, tacto bimanual, así como Citología cervical, teniendo en cuenta que la ecografía transvaginal es el estudio complementario, dependiendo de edad y ciclo de la mujer, de ahí la importancia de realizar la ecografía en la primera fase del ciclo y en concordancia con el sistema IETA. (3,7)

A su vez el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda evaluar el endometrio a través de una Biopsia en cualquier mujer mayor de 45 años con Hiperplasia Endometrial y en menores de 45 años con antecedente de exposición no controlada a estrógenos, o con patologías como: Obesidad o Síndrome de Ovario poliquístico (SOP), falla terapéutica y sangrado persistente, La Histeroscopia es otro de los procedimientos que se pueden realizar, un procedimiento fácil, seguro y

eficaz para la valoración intrauterina, proporcionando resultados inmediatos, pudiéndose realizar biopsias dirigidas de lesiones sospechosas focales y resolver directamente algunos trastornos, siendo considerada como la prueba Gold standard para diagnósticos de patología intrauterina. (8)

Posterior al diagnóstico histopatológico y complementado con ecosonograma y en el mejor de los casos Histeroscopia, nuestra paciente debe cumplir con tratamiento, ya sea médico, donde se mencionan Inductores de ovulación, Estrógenos + progestágenos (ACO combinados), Análogos de GnRH y Progestágenos, o en dado caso tratamiento quirúrgico, dentro los que encontramos: Ablación o resección endometrial: extirpación del endometrio e Histerectomía, a su vez, es importante mencionar que la Hiperplasia endometrial sin atipias se tratará médicamente y la Hiperplasia Endometrial atípica mediante la histerectomía, aunque habrá algunas excepciones, como es el caso de mujeres con deseos genésicos o aquellas en las que el tratamiento quirúrgico está contraindicado. (9)

Como en cualquier otra patología, existen factores de riesgo que hacen aumentar la probabilidad de que aparezca hiperplasia endometrial en la mujer como: Persistencia folicular, quistes ováricos, y como complicación el Síndrome de Ovario poliquístico (SOP), obesidad, Diabetes mellitus, Cirrosis hepática, Tumores suprarrenales, Pólipos en el cuello uterino, y presencia de miomas en el útero, así como endometriosis. (10)

La hiperplasia endometrial ha ido en ascenso en Venezuela, según los últimos datos de OMS 2020 las muertes causadas por este flagelo han llegado a 563 (0,36% de todas las muertes), siendo la tasa de mortalidad por edad 3,74 por cada 100,000 mujeres, Ocupando nuestro país el lugar número 119 en el mundo, La hiperplasia endometrial es un problema de salud que en los últimos años ha adquirido mayor importancia debido a las altas tasas de mujeres que se han diagnosticado con esta patología. (11)

En el Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, Centro de salud con alta incidencia de pacientes ginecológicos, no existen cifras oficiales de diagnósticos

asociados a hiperplasia endometrial, sin embargo, es de conocimiento que en el servicio ginecológico la incidencia de esta patología ha aumentado en los últimos años. Lo que ha permitido determinar los factores de riesgo que servirá para dirigir las estrategias de prevención y tamizaje oportuno a ese gran grupo de mujeres que tienen una mayor probabilidad de desarrollar cáncer de endometrio.

La atención por parte del personal que hace vida en el área de desarrollo experimental es directa para la población femenina, la mayoría de las visitas de nuestras pacientes son por síntomas principales como sangrado uterino anormal, que ya previamente visitaron un servicio de emergencia pero que no ha resuelto dicho síntoma, lo que desmejora la calidad de vida de las pacientes.

Por tanto, dicho planteamiento nos permite avanzar en las siguientes interrogantes ¿cuál es la incidencia clínica del sangrado uterino anormal en el Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”?, ¿Cuál es la relación entre los factores clínicos, ecográficos e histopatológicos de la hiperplasia endometrial?

Debido a esto se plantea determinar el diagnóstico clínico ecográfico e histopatológicos en pacientes con hiperplasia endometrial, La investigación servirá para determinar la correlación de los hallazgos clínicos, ecográficos e histopatológicos, resaltando la importancia de unificar criterios diagnósticos con el fin de mejorar la calidad de vida de las pacientes, disminuyendo el número de complicaciones a futuro, resaltando el papel de la mujer ante la sociedad.

# OBJETIVOS

## General

Determinar el diagnóstico clínico, ecográfico e histopatológico en pacientes con hiperplasia endometrial en el servicio de ginecología del HUAPA durante el período marzo-septiembre 2024

## Específicos

1. Reflejar la incidencia y prevalencia de la Hiperplasia Endometrial en el servicio de ginecología del HUAPA.
2. Describir las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes con Hiperplasia Endometrial
3. Establecer la correlación entre los tipos de Hiperplasia Endometrial encontradas con las características clínicas y resultados histopatológicos.
4. Evaluar la correlación ecográfica con los hallazgos histopatológicos en pacientes con Hiperplasia Endometrial

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo de corte transversal, con el objetivo de determinar el diagnóstico clínico, ecográfico e histopatológico en pacientes con hiperplasia endometrial, Huapa, Marzo-Septiembre 2024.

### **Población y Muestra**

El Universo fueron 2500 mujeres que acudieron a la consulta externa, de las cuales 700 pacientes fueron diagnosticadas con sangrado uterino anormal y 180 pacientes con diagnóstico de hiperplasia endometrial arrojado posterior al estudio histopatológico, atendidas en el servicio de ginecología, en el Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, durante el periodo marzo – septiembre 2024. Se seleccionó el 100% de la muestra con diagnóstico de hiperplasia.

### **Criterios de Inclusión**

- Pacientes que acuden a la consulta ginecológica con diagnóstico de sangrado uterino anormal en edades comprendidas de 40 a 65 años que sustenten los criterios internacionales del sistema PALM COEIN.
- Pacientes que posean criterios imageneológicos e histopatológicos que sustenten la clasificación internacional IETA.

### **Criterios de Exclusión**

- Pacientes que incumplían con uno o más de los criterios de inclusión
- Pacientes que presentaron algún tipo de contraindicación para ser tratadas bajo los lineamientos de este estudio.

## **Técnicas y Procedimientos**

La recolección de información se desarrollara mediante la entrevista clínica diseñada por el investigador, a través de la anamnesis, examen físico, clínica y la realización de estudios complementarios, como la ecografía, teniendo en cuenta los criterios internacionales *OMS*, *IETA*, y posterior resultados de estudios biopsicos. Las variables deberán ser registradas en una base de datos digital y los resultados obtenidos, se expresaran en gráficos, con expresiones absolutas y porcentuales, con moda, media aritmética, varianza, y desviación estándar para contexto epidemiológico.

El estudio estará fomentado bajo la aplicación de normas bioética, cumpliendo con los principios de respeto, beneficencia, no maleficencia y el de justicia, manejando todo resultado analizado, en el anonimato y bajo la aprobación de un consentimiento informado de paciente.



## RESULTADOS

**Tabla 1: Edad de las pacientes con diagnóstico de hiperplasia endometrial**

VARIABLE	INDICADORES	FRECUENCIA	VALOR PORCENTUAL
EDAD DE LA PACIENTE	40 años – 49 años	90	50
	50 años – 60 años	50	27,78
	Mayores de 61 años	40	22,22
<b>TOTALES</b>		<b>180</b>	<b>100</b>

Instrumento aplicado marzo – septiembre 2024

La tabla 1 se observa en los resultados que las pacientes que acuden al servicio de ginecología durante el período marzo – septiembre de 2024 en el HUAPA , tienen la edad comprendida entre los 40 y 49 años de edad representando el 50% de la población representada por 90 pacientes. Mientras el 27,78 %, las cuales son 50 de las pacientes se encuentran entre las edades de los 50 años y 60 años de edad y 40 pacientes que conforman el 22,22% tiene más de 61 años de edad.

**Tabla 2: Edad de la menarquía de las pacientes con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial**

VARIABLE	INDICADORES	FRECUENCIA	VALOR PORCENTUAL
EDAD DE LA MENARQUIA DE LA PACIENTE	9 años – 11 años	17	9,44
	12 años – 14 años	112	62,22
	15 años o más	51	28,34
<b>TOTALES</b>		<b>180</b>	<b>100</b>

Instrumento aplicado marzo – septiembre 2024

Los resultados de la aplicación del instrumento se evidencian en la tabla 2, 112 pacientes quienes representan el 62,22% de la población objeto de estudio presentó la menarquía en la edad comprendida entre los 12 años y 14 años. Mientras el 28,34% de la población que son 51 mujeres expresaron que la menarquía estuvo entre los períodos de edad de los 15 años o más de edad, observándose, además, que el 9,44%

en las mujeres (17) manifestaron que su menarquía estuvo entre los 9 años y 11 años de edad.

**Tabla 3: Número de gestas de pacientes diagnosticadas Hiperplasia Endometrial**

VARIABLE	INDICADORES	FRECUENCIA	VALOR PORCENTUAL
<b>NÚMERO DE GESTAS DE LA PACIENTE</b>	<b>I Gesta</b>	24	13,34
	<b>II Gestas</b>	35	19,44
	<b>III Gestas o más</b>	121	67,22
<b>TOTALES</b>		<b>180</b>	<b>100</b>

Instrumento aplicado marzo – septiembre 2024

La tabla 3 Señala en los resultados que el número de pacientes que se encontraban dentro de la investigación y en relación a la paridad, 121 pacientes señalaron que 67,22% han tenido más de tres hijos, el 19,44% representado por 35 mujeres señalaron en el instrumento haber tenido dos hijos, mientras 24 pacientes que simbolizan el 13,34% ha tenido sólo un hijo.

**Tabla 4: Pacientes diagnosticadas con Hiperplasia Endometrial que consumieron anticonceptivos**

VARIABLE	INDICADORES	FRECUENCIA	VALOR PORCENTUAL
<b>ADMINISTRACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS</b>	<b>SI</b>	165	91,67
	<b>NO</b>	15	8,33
	<b>TOTALES</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

Instrumento aplicado marzo – septiembre 2024

Los resultados de la tabla número 4 refleja que el 91,67% de las mujeres que determinaron la muestra de estudio en 165 pacientes expresaron que si consumieron anticonceptivos y 15 pacientes que su valor porcentual es el 8,33% manifestaron no haber tenido consumo de anticonceptivos.

**Tabla 5: Pacientes diagnosticadas con Hiperplasia Endometrial que han sido tratadas con terapia de reemplazo hormonal**

<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>VALOR PORCENTUAL</b>
<b>TIPO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL</b>	<b>Píldoras</b>	0	-
	<b>Parches</b>	0	-
	<b>Cremas Vaginales</b>	129	71,67
	<b>Dispositivo Intrauterino liberador de Levonorgestrel</b>	51	28,33
	<b>Supositorios Vaginales</b>	0	-
	<b>TOTALES</b>	180	100

Instrumento aplicado marzo – septiembre 2024

En la tabla 5 se determina que las pacientes con diagnóstico de hiperplasia endometrial cursaron con un periodo de consumo de terapia de reemplazo hormonal, se manifiesta que el 71,67% determinada por 129 mujeres pacientes involucradas en la investigación usan cremas vaginales, mientras que 51 pacientes que representan el 28,33% se coloca Dispositivos Intrauterinos (DIU) liberador de levonorgestrel, los tratamientos hormonales como píldoras, parches y supositorios vaginales no formaron parte del uso habitual de nuestra población objeto de estudio.

**Tabla 6: Síntomas presentados en pacientes con diagnóstico Hiperplasia Endometrial**

VARIABLE	INDICADORES	FRECUENCIA	VALOR PORCENTUAL
<b>SÍNTOMAS</b>	<b>Vómitos</b>	0	-
	<b>Dolor abdominal</b>	55	30,56
	<b>Pérdida de peso</b>	0	-
	<b>Sangrado abundante</b>	125	69,44
<b>TOTALES</b>		180	100

Instrumento aplicado marzo – septiembre 2024

En relación a los aspectos clínicos visualizados en la tabla 6 se reflejó que cuando la paciente acude al servicio de ginecología 125 pacientes que determina el 69,44% expone que acudieron al servicio por presentar sangrado, el 30,56% de las pacientes (55 mujeres) señalaron que presentaron síntomas relacionados con dolor pélvico, mientras ninguna de las pacientes objeto de estudio manifestaron presentar vómitos y pérdida de peso.

**Tabla 7: Hallazgos histológicos relacionados con la incidencia de pacientes diagnosticadas con hiperplasia endometrial basadas en clasificación internacional OMS**

VARIABLE	INDICADORES	FRECUENCIA	VALOR PORCENTUAL
<b>ASPECTOS HISTOLÓGICO</b>	<b>Sin atipia</b>	145	80,56
	<b>Con atipia</b>	35	19,44
	<b>TOTALES</b>	180	100

Instrumento aplicado marzo – septiembre 2024

La tabla 7 se presentan los tipos de hallazgos relacionados con la incidencia de pacientes diagnosticadas con hiperplasia endometrial basadas en clasificación internacional OMS que el 80,56% identificadas por 145 pacientes presentaron hallazgos sin atípia, mientras el 19,44% que simbolizan 5 pacientes presentaron hallazgos con atípia.

**Tabla 8: Relación de hallazgos clínicos y ecográficos (grosor endometrial) en las pacientes con diagnóstico de hiperplasia endometrial basada en la opinión consensuada del grupo IETA**

<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>VALOR PORCENTUAL</b>
<b>ASPECTOS CLÍNICOS</b>	<b>6,4 mm – 11,3 mm</b>	15	8,33
	<b>11,4 mm – 16,3 mm</b>	20	11,11
	<b>16,4 mm – 21,3 mm</b>	115	63,89
	<b>21,4 mm – 26,3 mm</b>	30	16,67
	<b>TOTALES</b>	180	100

Instrumento aplicado marzo – septiembre 2024

En Relación a los hallazgos clínicos y ecográficos (grosor endometrial) en las pacientes con diagnóstico de hiperplasia endometrial basada en la opinión consensuada del grupo IETA, representados en la tabla 8, se tiene como resultado que 63,89% de las mujeres (115) tienen un endometrio con un espesor entre 16,4mm a 21,3mm, 30 pacientes que representan el 16,67% el espesor de su endometrio oscila entre 21,4 mm – 26,3 mm, otras pacientes (20) presentaron un grosor de endometrio entre 11,4 mm – 16,3 mm que representan el 11,11% de las mujeres objeto de estudio y el 8,33% caracterizadas por 15 pacientes tienen un espesor de 6,4 mm – 11,3 mm.

**Tabla 9: Relación de hallazgo ecográficos e histopatológico en las pacientes con diagnóstico de patologías endometriales basada en la opinión consensuada del grupo IETA**

<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>VALOR PORCENTUAL</b>
<b>ASPECTOS HISTOPATOLÓGICO</b>	<b>Proliferativo sin atipias</b>	17	9,44
	<b>Secretor sin atipias</b>	15	8,34
	<b>Sin atipias</b>	113	62,78
	<b>Hiperplasia con atipia</b>	35	19,44
	<b>TOTALES</b>	180	100

Instrumento aplicado marzo – septiembre 2024

En tabla 9 se reflejan los resultados de la investigación señalando la Relación de hallazgo ecográficos e histopatológico en las pacientes con diagnóstico de patologías endometriales basada en la opinión consensuada del grupo IETA, donde se obtuvo que 113 pacientes que se describen porcentualmente en 62,78% de la población objeto de estudio tiene un diagnóstico de hiperplasia sin atipia, 19,44 % que están determinadas en 35 pacientes presentaron Hiperplasia con atipia, 17 mujeres que porcentualmente es 9,44% se les diagnóstico Proliferativo sin atipias, mientras el 8,34% (15 pacientes) presentaron secretor sin atipias.

## DISCUSIÓN

Las características de las pacientes que acuden al servicio de ginecología presentan diferencias en cuanto a edad y patología de riesgo para hiperplasia endometrial las cuales fueron significativas, y los hace comparables. Un estudio realizado en 2018 se señala que en relación a la edad de las mujeres el rango de mayor frecuencia fueron las que se encontraban entre los 40 a 49 años (39%), edad en la que se presenta la hiperplasia endometrial a consecuencia del estímulo estrogénico a nivel del endometrio que incide mayormente en mujeres obesas o con ovarios poliquísticos patologías que suelen diagnosticarse en este rango de edad. (11)

Se infiere de esta manera que la edad es un factor que presenta algún grado de importancia para las mujeres que puedan padecer de hiperplasia endometrial ginecológica, Muchos estudios realizados han considerado que la menarquia temprana es un factor de riesgo para el cáncer de endometrio más aún que la menopausia tardía. En este orden de ideas, En investigaciones consultadas el promedio de aparición de la menarquía fue de 12.5 años, con una edad mínima de 10 años y una edad máxima de 16 años, el factor de la menarquia en el grupo de estudio se observó que las mujeres con hiperplasia atípica presentaron similar porcentaje en los casos de menarquia temprana y menarca tardía, pero al compararlo en mujeres sin hiperplasia en los reportes de biopsia, se observó que estas mujeres presentaron mayor frecuencia de menarquia tardía, lo que aumenta el riesgo de padecer de la patología de hiperplasia endometrial.(11)

Analizando el factor con relación a la vida reproductiva de la mujer donde se menciona el número de gestas de las pacientes que se diagnosticaron con Hiperplasia endometrial, para el 2017 en estudios reflejan que a diferencia de lo reportado en algunos estudios en los que refieren que mujeres con dos o menos hijos tienen mayor riesgo de presentar hiperplasia endometrial, al compararlas con mujeres que han tenido mayor número de hijos. (11)

La relación del número de gestas que ha tenido una mujer no es un indicador relevante para determinar la aparición de hiperplasia endometrial ginecológico. Por lo que se infiere en análisis de investigación que no se logró demostrar asociación entre la paridad baja (menos de 3 hijos) para el desarrollo de patologías de endometrio. (12)

Generalmente, la proliferación excesiva de las células endometriales se asocia a niveles elevados de estrógenos en las mujeres en combinación con una disminución de los valores de progesterona, Según un artículo publicado por la Revista Médica Reproducción Asistida, denominado: Hiperplasia Endometrial, señalan, que las hormonas, estrógenos y progesteronas, actúan sobre el ciclo menstrual de la mujer, El objetivo de los estrógenos es provocar el crecimiento celular del endometrio, mientras que la progesterona indica el momento del desprendimiento endometrial. (13)

La hiperplasia endometrial suele estar causada por un exceso de estrógenos pero no de progesterona. El endometrio puede seguir creciendo en respuesta al estrógeno. Las células que forman el revestimiento pueden aglomerarse y convertirse en células anormales, De esta manera se infiere que si existe un desequilibrio en los valores de estrógenos y progesterona puede ser la causa de la proliferación excesiva y anormal de células endometriales.

Las evidencias en estudios realizados han demostrado que la terapia hormonal sin oposición aumenta el riesgo de desarrollo de hiperplasia endometrial. De acuerdo a autores señalan que la terapia hormonal secuencial se asocia de manera constante con la duración y la intensidad de la dosis, presentándose, además, sangrado irregular y desarrollo de hiperplasia endometrial. (14)

La principal manifestación clínica de la hiperplasia endometrial es la hemorragia uterina anormal en pacientes con historia de hemorragia uterina anormal, investigaciones expresan que en relación a los factores asociados a la hiperplasia endometrial se encontró que el sangrado uterino anormal fue referido en el 85% de las pacientes con engrosamiento endometrial. En algunos casos, la hiperplasia del endometrio puede cursar con fiebre, dolor abdominal intenso, pero también puede ser asintomático. (11)



Es así como se considera que el signo patognomónico de la patología es el sangrado uterino anormal, a su vez dentro del estudio diagnóstico se debe realizar histeroscopia y biopsia para excluir la hiperplasia anormal. Según investigaciones consultadas, la hiperplasia sin atipias se presentó en un 49,1% de la población estudio, teniendo en cuenta que la prueba Gold standard considerado como diagnóstico de dicho estudio fue la histeroscopia. (14) <sup>15</sup>

La hiperplasia endometrial ha adquirido valor diagnóstico por vía transvaginal, a través de ella se logran precisar las características y grosor del órgano afecto útero, y a su vez del grosor endometrial, así como su vascularización, la presencia de tumores benignos como miomas uterinos o presencia de pólipos que forman parte de la clasificación internacional PALM COEIN. Para 1990 propusieron la medición del grosor endometrial, mediante la ultrasonografía transvaginal en mujeres que presentaban sangrado uterino anormal. (15,16)

Teniendo en cuenta la clasificación internacional IETA la ecografía de las pacientes es un estudio complementario de la patología, a través de este trabajo se logró determinar que existe una relación marcada entre el estudio imageneológicos (ecosonograma) y los diversos hallazgos histológicos, en este sentido: “El diagnóstico definitivo de la hiperplasia endometrial es histológico”, estudio que nos hará determinar que conducta futura se tomara con las pacientes. (17)

## CONCLUSIONES

- Se evaluó 180 pacientes que acudieron al área de atención a la mujer consulta de ginecología que fueron diagnosticadas con hiperplasia endometrial.
- Se logró determinar que el grupo etario más frecuente en este estudio fue en el rango entre 40 a 60 años con una media de 40 a 49.
- Se evidencio entre los factores Clínicos, ecográficos e histopatológicos que las pacientes con sangrado uterino anormal presentaban engrosamiento del endometrio, de las cuales se logró diagnosticar un alto porcentaje con hiperplasia endometrial, los estudios diagnósticos utilizados fueron ecosonograma transvaginal, y biopsia de endometrio.
- Se demostró que el 84,5% de las pacientes estudiadas su síntoma con mayor frecuencia era el sangrado uterino anormal, seguido de dolor pélvico.

## RECOMENDACIONES

- Promover una mayor concienciación sobre la asistencia anual al control ginecológico.
- Plantear intervenciones educativas que nos permitan orientar a la paciente sobre su ciclo menstrual diferenciándolo de un ciclo menstrual regular de uno irregular.
- Promover a entes gubernamentales la presencia de herramientas y equipos de altas tecnologías que nos ayuden al diagnóstico preciso de esta y otras patologías.
- Promover un registro de datos únicos ginecológicos de las pacientes que visitan el servicio de ginecología, con la finalidad de conocer la incidencia real de ésta y otras patologías que afectan a las mujeres en edad reproductiva.
- Esta investigación queda abierta al estudio y aporte científico de otros aspectos relacionados al tratamiento quirúrgico no abordados por el investigador.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cotran RS, Kumar V, Collins T, Robbins BS. Patología estructural y funcional. 6a ed. Madrid: Interamericana McGraw -Hill; 1999.
2. Eynard AR, Valentich M, Rovasio RA. Histología y embriología del ser humano. Bases celulares y moleculares. 4a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2008.
3. Ronnett BM, Kurman RJ. Precursor lesions of endometrial carcinoma. Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract. 2021
4. FIGO 6th annual report on the results of treatment in gynecological cancer. Int J GynecolObstet. 2006
5. Ayala, EG, Mastrascusa, LC, Sandoval Martínez, D., Mayorga Anaya, H. HIPERPLASIA ENDOMETRIAL: ANÁLISIS DE SERIE DE CASOS DIAGNOSTICADOS EN BIOPSIA ENDOMETRIAL Rev. chil. obstet. ginecol.v.75n.3 Santiago 2010
6. Coraspe Ruiz, JA y Nucete Méndez, MF HIPERPLASIA ENDOMETRIAL: ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO MÉDICO Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Obstetricia y Ginecología. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA FACULTAD DE MEDICINA HOSPITAL "MIGUEL PÉREZ CARREÑO". 2017
7. Mariani , Dowdy SC, Keeney GL et al.. High risk endometrial cancer subgroups: candidates for target-based adjuvant therapy. Gynecol Oncol 2019
8. Sofía, B. . Hiperplasia Endometrial. Rev. Peruana Ginecología y Obstetricia. 2006

9. ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologist Engrosamiento endometrial asintomático 2009
10. AEDO Sócrates, A. C. Engrosamiento endometrial asintomático. Rev de Obstet y Ginecol, 2017 Vol; 12 (Pag1).
11. Sánchez, O. Factores de riesgo asociado a la hiperplasia endometrial de alto grado y adenocarcinoma en mujeres con diagnóstico de engrosamiento endometrial, 2017. Hospital Aleman Nicaraguense de Managua.
12. Álvaro, G. Carcinoma de endometrio: Análisis de la supervivencia libre de enfermedad, Identificación de los valores pronósticos, 2017, Managua: ICM.
13. Pinacho, JP, Gómez, MB, et al, ¿Que es la Hiperplasia Endometrial y por qué se produce?, Reproducción Asistida, 2023, Vol 12, (Pag 2,3) <https://www.reproduccionasistida.org/hiperplasiandometrial/>
14. Espinoza, B, et al, Correlación clínica, imagenológica e histológica en patología endometrial. Experiencia en el hospital Dr. Francisco Antonio Rísquez, Rev Digit, 2019 8(3):e171. Disponible en: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_dp/article/view/17079](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_dp/article/view/17079)
15. Monterrosa A. Anticonceptivos orales de sólo progestina. Rev. colomb. obstet. ginecol. 2025; 57(1):45-53. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/536>
16. Fernández P, González P, et al, Alteración ecográfica del endometrio en mujeres menopaúsicas sin metrorragia. 2020, Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.
17. Bernardo. Hiperplasia endometrial. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2019 Vol: 44(3); 183-90.

## ANEXOS



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO SUCRE  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SERVICIO AUTONOMO  
HOSPITAL UNIVERSITARIO "ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ"  
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

### **REGISTRÓ DIGITAL DE DATOS**

#### **HALLAZGOS CLÍNICO, ECOGRÁFICO E HISTOPATOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERPLASIA ENDOMETRIAL.**

Dra. Karen Salazar

FECHA: MARZO- SEPTIEMBRE 2024  
PARTICIPANTE N°: \_\_\_\_\_

#### **PREGUNTAS:**

##### **1. EDAD:**

- 40 a 49
- 50 a 60
- Mayores de 61

##### **2. EDAD DE MENARQUIA**

1. 9 a 11 años
2. 12 a 14
3. 15 o más

### 3. NUMERO DE GESTAS:

(Según cuantos embarazos hayas tenido responde y marca con una X)

1. I gesta: \_\_\_\_\_
2. II gesta: \_\_\_\_\_
3. Más de III gestas \_\_\_\_\_

### 4. SEGÚN LA CLASIFICACION INTERNACIONAL IETA DONDE SE CLASIFICA SU CASO?

(Parte del formulario que será llenado por investigador)

VARIABLES		INDICADOR			
INCIDENCIA Y PREVALENCIA		DIAGNOSTICO DE HIPERPLASIA ENDOMETRIAL			
CLASIFICACIÓN ECOGRÁFICA		IETA			
1	CUANTITATIVA	Medición de 2 capas.	1. Hiperecogenico 2. Isoecogenico 3. hipoecogenico	<b>Homogéneo:</b> 1. Área quística regular 2. Área quística irregular	
		Medición de mayor grosor			
Medición con lesión intracavitaria					
2	CUALITATIVA	No medible			
		Ecogeneidad del endometrio		1. Heterogéneo sin área quística.	
3	LÍNEA MEDIA ENDOMETRIAL	1. Lineal 2. No lineal 3. irregular			
4	BORDE ENDOMETRIAL	1. Presente 2. No presente			
CLASIFICACIÓN ECOGRÁFICA					

	5	UNIÓN ENDOMETRIO Y MIOMETRIO	1. Si 2. No			
	6	SINEQUIAS	3. Si 4. No			
	7	FLUIDO INTRACAVITARIO	1 Anecogenico o baja ecogenecidad 2 Vidrio esmerilado 3 Ecogenecidad mixta			
	8	DOPPLER	1.Si 2. No			

**5. HAZ TENIDO CONSUMO, ADMINISTRACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

1. Si
2. No

**6. QUE SINTOMAS TIENES AHORA MISMO?**

(Marcar con una "X" según sea la pregunta dada, atendiendo a las siguientes clasificaciones)

1. Dolor abdominal: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. Sangrado uterino anormal \_\_\_\_\_
4. Pérdida de peso \_\_\_\_\_
5. Otros...



## METADATOS

### Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	<b>Diagnóstico clínico, ecográfico e histopatológico en pacientes con hiperplasia endometrial.</b>
Subtítulo	

#### Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
<b>SALAZAR SÁNCHEZ KAREN DEL VALLE</b>	<b>ORCID</b>	
	e-mail	<b>salazarsanchezkar@gmail.com</b>
	e-mail	
	<b>ORCID</b>	
	e-mail	
	e-mail	
	<b>ORCID</b>	
	e-mail	
	e-mail	

#### Palabras o frases claves:

<b>sangrado uterino anormal</b>
<b>hiperplasia</b>
<b>endometrio</b>
<b>gestación</b>
<b>anticoncepción</b>

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

### Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Sub área
CIENCIAS DE LA SALUD	Gineco- obstetricia

Resumen (abstract):

### Resumen

**Introducción:** Para el estudio y diagnóstico de la patología endometrial se cuenta con el ultrasonido y la biopsia de endometrio. **Objetivo:** Determinar los hallazgos clínico, ecográfico e histopatológicos en pacientes con hiperplasia endometrial atendidas en el servicio de ginecología Del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá. Marzo-septiembre 2024. **Método:** Estudio prospectivo, de corte transversal. Se incluyeron 180 pacientes con patología endometrial que contaron con información completa en la historia clínica. Se utilizó estadística descriptiva. **Resultados:** El grupo etario más afectado fue el de 40 a 49 años, con el 50%, en el 62,22% la menarquia se presentó entre los 12-14 años, el 67,22% fueron multíparas, 91,67% fue consumidora de tratamiento hormonal, el motivo de consulta más frecuente fue el sangrado genital (69,44%). Ecográficamente el endometrio presentó un engrosamiento de 16,4mm -21,3mm en el 63,89% de las pacientes. El resultado histopatológico reportó hiperplasia sin atipia en el 62,78%, 19,44% hiperplasia con atipia, 9,44% endometrio proliferativo y 8,34% endometrio secretor. **Conclusión:** La patología endometrial está afectando a las mujeres en edades más tempranas, aún cuando la presencia de atipias no predominó, resulta importante el seguimiento de las mismas.

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

### Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / ROL / Código ORCID / e-mail	
Rivero Karla	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input checked="" type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/>
	<b>ORCID</b>	
	e-mail	<b>kalinarivero@gmail.com</b>
	e-mail	
Patiño Reinaldo	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	<b>ORCID</b>	
	e-mail	<b>reinaldojpgonzalez25@gmail.com</b>
	e-mail	
Boada Fernando	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	<b>ORCID</b>	
	e-mail	<b>Boadafernando75@gmail.com</b>
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año	Mes	Día
16	01	2025

Lenguaje: SPA

**Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6**

**Archivo(s):**

<b>Nombre de archivo</b>
<b>NSUTES_SSKD2025</b>

**Alcance:**

Espacial: \_\_\_\_\_ (Opcional)

Temporal: \_\_\_\_\_ (Opcional)

**Título o Grado asociado con el trabajo:**  
**ESPECIALISTA: Ginecología y Obstetricia**

**Nivel Asociado con el Trabajo: POSTGRADO**

**Área de Estudio: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado: UNIVERSIDAD DE ORIENTE**

# Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Letdo el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
SISTEMA DE BIBLIOTECA  
RECIBIDO POR *Martínez*  
FECHA 5/8/09 HORA 5:30

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

*Juan A. Bolaños Cunele*  
JUAN A. BOLAÑOS CUNELE  
Secretario



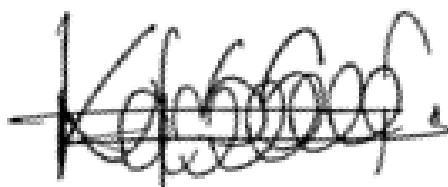
C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Apartado Correos 094 / Telfs: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso- 5/5

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009): "los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización".



---

**Dra. Karen del Valle Salazar Sánchez**  
**AUTOR**



---

**Dra. Karla Rivero**  
**TUTOR**

