UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FACTORES RELACIONADOS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, PERÍODO 2018 - 2022

Tesis para optar el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

ALEXANDER TARAZONA ADAMA

Pucallpa, Perú

2024

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los ...06... días del mes de NOVIEMBRE. del dos mil veinticuatro, siendo las ...18... horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominada **"FACTORES RELACIONADOS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, PERÍODO 2018-2022"**, elaborado por el Bachiller en Medicina Humana **ALEXANDER TARAZONA ADAMA.**

El Jurado Calificador de Tesis está conformado por los siguientes docentes:

Dr. WALTER ROMAN LEVEAU BARTRA	(Presidente)
Dra. ARLENE ROSARIO FALCON GUERRA	(Miembro)
M.C. ANGEL MARTTI RONCAL JIMENEZ	(Miembro)

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de ..APROBADO..... por .UNANIMIDAD. con el calificativo de .DIECISIETE.(17)..... Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Pucallpa, ...06.... de .NOVIEMBRE. del 2024.

Dr. Walter Román Leveau Bartra
Presidente del Jurado Evaluador

Dra. Arlene Rosario Falcón Guerra
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. Angel Martti Roncal Jiménez
Miembro del Jurado Evaluador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

Dr. WALTER ROMAN LEVEAU BARTRA
Presidente del Jurado Evaluador

Dra. ARLENE ROSARIO FALCON GUERRA
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. ANGEL MARTTI RONCAL JIMENEZ
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. Mg. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL
ASESOR DE TESIS

BACH. ALEXANDER TARAZONA ADAMA
TESISTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Nº **V/0530-2024**.

La Dirección de Producción Intelectual de la Universidad Nacional de Ucayali, hace constar por la presente, que el trabajo académico de investigación, titulado:

"**FACTORES RELACIONADOS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, PERÍODO 2018 - 2022**"

Autor(es)	:	**TARAZONA ADAMA, ALEXANDER**
Facultad	:	**MEDICINA HUMANA**
Escuela	:	**MEDICINA HUMANA**
Asesor(a)	:	**Mg. RUIZ SOLSOL, LUIS ENRIQUE**

Presenta un **porcentaje de similitud de 5%,** verificado en el Sistema Antiplagio COMPILATIO,

De acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO, el cual indica que todo trabajo de investigación no debe superar el 10%. **En tal sentido, se declara, que el presente trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud,** procediéndose a emitir la presente Constancia de Originalidad de Trabajo de Investigación (COTI) a solicitud del asesor.

En señal de conformidad se firma y sella el presente documento.

Fecha: 04/10/2024

Mg. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Repositorio de la Universidad Nacional de Ucayali

Yo, ALEXANDER TANAZONA ADAMA

Autor de la tesis titulada : FACTORES RELACIONADOS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, PERÍODO 2018 - 2022

Sustentada el año: 2024

Asesor(a): LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL

Facultad: MEDICINA HUMANA

Escuela Profesional: MEDICINA HUMANA

Autorizo la publicación:

PARCIAL [ ] TOTAL [X]

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 06 / 11 / 2024

Email: alexis414@hotmail.com Firma:

Teléfono: 938151999 DNI: 42282257

DEDICATORIA

A Dios por guiarme en cada paso que doy y permitirme lograr una meta en mi vida.

A mi madre y a mis hermanos por su apoyo incondicional durante mi formación profesional, a quienes debo y agradezco cada uno de mis logros.

A mi hija Kathaleya por ser mi motivación para seguir creciendo profesionalmente.

Alexander Tarazona Adama.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por brindarme la vida y gozar de buena salud.

A mi madre quien me dio la vida, quien además fue mi ejemplo de esfuerzo y superación, quién me inculco principios y valores, y por todo el apoyo incondicional que me brindo.

A mis hermanos Yuliana y Jean Peer por su apoyo incondicional.

A la Universidad nacional de Ucayali por darme la oportunidad de mi formación profesional como médico.

A mi Asesor, por el apoyo, paciencia y dedicación brindada en la realización de este trabajo investigativo.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA ..... **VI**
AGRADECIMIENTOS ..... **VII**
ÍNDICE GENERAL ..... **VIII**
ÍNDICE DE TABLAS ..... **X**
ÍNDICE DE ANEXOS ..... **XI**
RESUMEN ..... **XII**
ABSTRACT ..... **XIII**
INTRODUCCIÓN ..... **XIV**
CAPÍTULO I **1**
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN **1**
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA **1**
1.2.1 PROBLEMA GENERAL **2**
1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS **2**
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN **3**
1.3.1 OBJETIVO GENERAL **3**
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS **3**
1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA **3**
CAPÍTULO II **5**
MARCO TEÓRICO **5**
2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA **5**
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES **5**
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES **6**
2.1.3 ANTECEDENTES LOCALES **8**
2.2 PLANTEAMIENTO TEÓRICO DEL PROBLEMA **10**
2.3 HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES **26**
2.3.1 HIPÓTESIS **26**
2.3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL **26**
CAPÍTULO III **31**
METODOLOGÍA **31**
3.1 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN **31**

3.1.1 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN 31
3.1.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 31
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA 31
3.2.1 POBLACIÓN 31
3.2.2 MUESTRA 31
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 32
3.3.1 TIPO DE TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN 32
3.3.2 INSTRUMENTO 32
3.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS 33
3.5 PROCESAMIENTO Y TRATAMIENTO DE DATOS 33
CAPÍTULO IV 34
RESULTADOS Y DISCUSIÓN 34
4.1 RESULTADOS 34
CAPÍTULO V 43
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 43
5.1 CONCLUSIONES 43
5.2 RECOMENDACIONES 44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 45
ANEXOS 48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de las variables 29
Tabla 2 Características sociodemográficas 34
Tabla 3 Características obstétricas 35
Tabla 4 Patologías previas de las pacientes 36
Tabla 5 Características de las complicaciones intraoperatorias 37
Tabla 6 Normalidad de las variables estudiadas mediante la prueba de K-S 38
Tabla 7 Relación entre el factor sociodemográfico y la histerectomía obstétrica . 39
Tabla 8 Relación entre el factor obstétrico y la histerectomía obstétrica 40
Tabla 9 Relación entre el factor patología previa y la histerectomía obstétrica ... 41
Tabla 10 Relación entre las complicaciones intraoperatorias y la histerectomía obstétrica 42
Tabla 11 Característica de la histerectomía obstétrica 42

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Matriz de consistencia de la investigación 49
Anexo 2 Instrumento de recolección de datos 50
Anexo 3 Autorización para la aplicación de instrumento 51
Anexo 4 Prueba de coeficiente de correlación de Kendall 52
Anexo 5 Ficha de validación técnica del instrumento - Promedio de valoración .. 53
Anexo 6 Oficio de aprobación de proyecto de investigación por el comité de grados y títulos de la facultad 57

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Periodo 2018 – 2022. **Materiales y métodos**: La investigación es cuantitativa de tipo descriptivo - relacional, retrospectivo y de corte transversal. **Resultados esperados** son las siguientes: Características sociodemográficas el grupo etario más representativo fue el de 19 a 35 años con 73,24%, la procedencia urbana con 88,03% y el grado académico fue el nivel secundario con un 60,56%. En relación con los factores obstétricos, La edad gestacional de 37 a 40 semanas con un 77,46%, el tener menor de 6 CPN con 75,35%, la multiparidad con 61,27%, el periodo Intergenésico mayor a 2 años con un 81,69% y la finalización del parto por vía cesárea con un 73,24%. En relación con las patologías previas las gestantes con hipertensión gestacional con un 9,15%, el diagnóstico de preeclampsia con un 26,76%, eclampsia con un 7,04%, síndrome de HELLP con un 5,63% y la corioamnionitis con un 11,97%. En relación a las complicaciones intraoperatorias, se puede apreciar las siguientes características: La presencia del acretismo placentario en 14,08%, la atonía uterina con un 87,32%, la rotura uterina en 10,56% y la miomatosis coexistente con un 4,23%. La histerectomía subtotal se evidencio con un 72,91%. Las variables que presentaron relación significativa fueron: Grupo etario, preeclampsia, atonía uterina, acretismo placentario y rotura uterina (valor p= <0,05). **Conclusión:** Existen variables de tipo sociodemográfico, patología previa y complicaciones intraoperatorias que se asociaron con el desarrollo de histerectomías obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha.

Palabras clave: Factores de riesgo, factor obstétrico, histerectomía y pacientes (Decs).

ABSTRACT

Objective: To determine the factors related to obstetric hysterectomy in patients treated at the Amazon Hospital of Yarinacocha, Period 2018 - 2022. **Materials and methods**: The research is quantitative, descriptive - relational, retrospective and cross-sectional. **Expected results** They are the following: Sociodemographic characteristics the most representative age group was 19 to 35 years with 73.24%, urban origin with 88.03% and the academic degree was secondary level with 60.56%. In relation to obstetric factors, gestational age of 37 to 40 weeks with 77.46%, having less than 6 CPN with 75.35%, multiparity with 61.27%, intergenital period greater than 2 years with 81.69% and completion of delivery by cesarean section with 73.24%. In relation to previous pathologies, pregnant women with gestational hypertension with 9.15%, diagnosis of preeclampsia with 26.76%, eclampsia with 7.04%, HELLP syndrome with 5.63% and chorioamnionitis with 11.97%. Regarding intraoperative complications, the following characteristics can be observed: the presence of placental accreta in 14.08%, uterine atony in 87.32%, uterine rupture in 10.56% and coexisting myomatosis in 4.23%. Subtotal hysterectomy was seen in 72.91%. The variables that presented a significant relationship were: age group, preeclampsia, uterine atony, placental accreta and uterine rupture (p value = <0.05). **Conclusion:** There are sociodemographic variables, previous pathology and intraoperative complications that were associated with the development of obstetric hysterectomies at the Amazon Hospital of Yarinacocha.

Keywords: Risk factors, obstetric factor, hysterectomy and patients (Decs).

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, La histerectomía obstétrica es una de las intervenciones quirúrgicas utilizadas para controlar las complicaciones hemorrágicas dependientes del útero que presenten algún problema de salud gineco obstétrico, considerándose una solución importante a esta afección. Está relacionado con diferentes factores como: partos previos por cesárea, edad mayor de 35 años, multiparidad, hemorragias previas. (1), por lo cual se presenta la siguiente investigación titulada "Factores relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Periodo 2018 – 2022.". Por ende y en base a los escasos estudios encontrados en el área de salud materna con respecto a los factores relacionados a la histerectomía obstétrica, se propuso la investigación sobre la relación que existe entre ambas variables. Esta investigación está elaborada en base a la estructura de la universidad, se conforma de la siguiente forma:

Primer Capítulo: descripción del problema, objetivos y tipos de justificación.

Segundo Capítulo: Marco Teórico: antecedentes, fundamento teórico y conceptos

Tercer Capítulo: Metodología: se describe el tipo, el diseño, la población, muestra, técnica e instrumento.

Cuarto Capítulo: Resultados obtenidos de la base de datos y su comparación con los antecedentes seleccionados.

Quinto Capítulo: Se obtendrán las conclusiones solicitadas y las recomendaciones apropiadas para mejoras del estudio.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

La histerectomía obstétrica es una de las intervenciones quirúrgicas utilizadas como medida de control de mayor jerarquía cuando se haya agotado otras medidas para el control de la hemorragia post parto como el masaje uterino bimanual, administración de oxitocina, colocación de balón de bakri, empaquetamiento uterino y/o técnica quirúrgica de b-lynch con el fin de prevenir complicaciones dependientes del útero como el shock hipovolémico y está a la vez puede conllevar a daño renal, daño cerebral, falla cardiaca y por ultimo causar la muerte. Por tal motivo se considera a la histerectomía como una solución importante a esta afección.

Está relacionado con diferentes factores como: partos previos por cesárea, edad mayor de 35 años, multiparidad, hemorragias previas. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identificó que a diario 800 mujeres pierden la vida por alguna complicación del embarazo o parto; y de estas muertes maternas el 99% pertenecen a países en desarrollo como el nuestro. La mortalidad materna es lamentablemente alta. Durante el 2020, 287 000 mujeres murieron durante el embarazo o el parto.

El 95% de todas las muertes maternas en el 2020 se produjeron en países de ingresos bajos donde la mayoría de estas muertes podrían haberse evitado. (2)

En un estudio realizado en la ciudad de Querétaro, México, se descubrió que la incidencia de las histerectomías era de 4.1 por cada 1000 embarazadas lo que equivale a un 0.57%. Mientras que, en la ciudad de Lima, las tasas varían entre 0.79 y 1.4 por cada mil partos. Por otro lado, en Ecuador la incidencia de histerectomías es de 2.42%. (3)

En el Perú, los casos de histerectomía post cesárea, post parto vaginal varía de acuerdo con la entidad hospitalaria, no se cuenta con cifras exactas de histerectomías que se realizan anualmente a nivel nacional; sin embargo, algunos hospitales publican diferentes artículos que nos dan un aproximado de 10 a 20 casos por cada 1000 partos, por año aproximadamente. (4)

Actualmente en nuestro país, muchas de las gestantes son intervenidas

quirúrgicamente por múltiples factores que ponen en peligro tanto la vida de la madre como del feto.

Complicaciones que se pueden resolver con una cesárea; sin embargo, existen otros casos que luego de haberse sometido a dicha intervención, la madre puede presentan otras complicaciones que requiera una intervención quirúrgica más radical, como la histerectomía obstétrica (5).

Las principales indicaciones para realizar una histerectomía postparto son condiciones agudas (emergencias) como hemorragia por atonía uterina, acretismo, rotura uterina, corioamnionitis o mioma coexistente. (6).

Los estudios sobre histerectomías obstétricas solo se han realizado en los hospitales nivel II y III de nuestro país, pero no en nuestra localidad.

En base a estos antecedentes, surge la investigación sobre los factores relacionados a histerectomía obstétrica en el hospital Amazónico de Yarinacocha.

Siendo el objetivo de este estudio identificar los factores relacionados a histerectomía obstétrica del Hospital Amazónico de Yarinacocha, periodo 2018 – 2022.

Esta grave y muchas veces inesperada situación pone en riesgo la vida de la madre y una solución inmediata seria la histerectomía obstétrica ya que condiciona una mayor posibilidad de morbimortalidad materna con graves consecuencias.

1.2 Formulación del problema de investigación

1.2.1 Problema general

- ¿Cuáles son los factores relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, periodo 2018 – 2022?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre los factores sociodemográficos y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, periodo 2018 – 2022?
- ¿Cuál es la relación entre los factores obstétricos y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, periodo 2018 – 2022?
- ¿Cuál es la relación entre las patologías previas y la histerectomía obstétrica en

pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, periodo 2018 – 2022?

- ¿Cuál es la relación entre las complicaciones intraoperatorias y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, periodo 2018 – 2022?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

- Determinar los factores relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Periodo 2018 – 2022.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar la relación entre los factores sociodemográficos y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, periodo 2018 – 2022.
- Identificar la relación entre los factores obstétricos y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo 2018 – 2022.
- Identificar la relación entre las patologías previas y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, periodo 2018 – 2022.
- Identificar la relación entre las complicaciones intraoperatorias y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, periodo 2018 – 2022.

1.4 Justificación e importancia

Se justifica la histerectomía postparto porque ayuda a preservar la vida de una mujer y la hemorragia posparto incoercible es la causa directa para su realización, eliminando de este modo el foco de alto riesgo de morbimortalidad materna.

La histerectomía postparto se realiza como último recurso en el manejo de una hemorragia obstétrica. La mayoría de las muertes maternas ocurren dentro de las primeras 24 horas postparto, siendo la causa más frecuente la hemorragia.

La hemorragia postparto es la principal causa de muerte materna a nivel mundial,

para evitar el alto índice de mortalidad materna es importante identificar oportunamente a las gestantes con factores de riesgo obstétrico, patologías previas que puedan llevar a una complicación intraoperatoria que termine en histerectomía obstétrica.

El presente estudio pretende contribuir en la importancia de la identificación de la relación entre los factores asociados y las prácticas de histerectomías obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Periodo 2018 – 2022.

Los resultados que se obtengan del producto final del estudio servirán de manera positiva para la elaboración de estrategias y esquemas que permitan identificar los principales factores relacionados con las prácticas de histerectomías obstétricas.

El presente trabajo tiene una utilidad metodológica, que va ayudar para comparar y analizar resultados con futuras investigaciones relacionados con los casos de histerectomías obstétricas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

2.1.1 Antecedentes internacionales

María Rene de Fátima Flores et al. (Nicaragua, 2023). Realizaron un estudio titulado: "Factores de mal pronóstico para histerectomía obstétrica en pacientes con hemorragia postparto, Unidad de Cuidados Intensivo, Hospital Amistad Japón Nicaragua, Granada, 2019-2023". Identifico que a nivel de Nicaragua fue la hemorragia post parto la primera causa de ingreso hospitalario, además en sus resultados encontró que tanto la hemorragia después del parto y el trastorno hipertensivo gestacional fueron las principales causas de muerte en la madre, dentro de ellas la segunda con más índice de letalidad; de tal manera que el 7 % de las hemorragias post parto culminaron en histerectomía, específicamente a consecuencia de atonía uterina refractario al tratamiento recibido; identificando además un rango de edad entre 21 – 25 años que representa el 30.3% de las histerectomizadas (1).

Icaza de Luca et al. (Cuba, 2021). Realizaron un estudio titulado: Factores de riesgo asociados a histerectomía de emergencia en el Hospital Martín Icaza período 2020-2021. El objetivo de este estudio fue determinar las características de las madres que requirieron con urgencia histerectomía en el contexto de su gestación, metodológicamente se trata de un estudio descriptivo con una población de 37, durante los años 2013 al 2015; dentro de las variables que el autor analizo fue la edad materna, tiempo de la gestación, paridad, eventualidades ocurridas durante la gestación y el trabajo de parto, tipo de parto que se produjo y tipo de histerectomía que le realizaron. Los resultados obtenidos fueron que las madres que se encontraban en el rango de edad de 31 a 35 años represento un 40.5% del total, además se encontró que un 73% de las pacientes histerectomizadas tenían antecedente de paridad y el 27% se encontraba en el grupo de nulíparas; dentro de las patologías que fueron indicación de histerectomía se encontraron a la atonía uterina con 45.9%, lo siguieron la rotura uterina y el acretismo placentario; El autor concluyo que de la población de estudio la atonía uterina fue la causa principal de indicación de histerectomía, resultado que coincide con estudios similares, además agrego que el parto

por cesárea aumenta el riesgo de histerectomía relativamente(3).

Hernández CY, Martínez et al. (Cuba, 2018). Realizaron un estudio titulado: Caracterización de pacientes que requirieron histerectomía obstétrica de urgencia. Cienfuegos, 2013-2015". El objetivo del estudio fue conocer las características de las pacientes que requirieron histerectomía obstétrica de urgencia relacionadas con el embarazo o el parto en Cienfuegos. Método: se realizó un estudio descriptivo, de todas las pacientes a quienes se realizó histerectomía obstétrica en el Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, periodo 2013-2015. Cuyas variables fueron: edad de la paciente, edad gestacional, paridad, patologías previas al embarazo y el parto, tipo de parto y tipo de histerectomía obstétrica.

Resultados**:** el grupo de etario de 31-35 años fue el más numeroso con un 40,5 % de total. El 73% de las mujeres histerectomizadas tenían partos previos y 27 % pacientes eran nulíparas. La atonía uterina fue la principal causa con 45,9%, seguida por la rotura uterina y el acretismo placentario. El tipo de histerectomía más utilizado fue la total. En conclusión**:** los embarazos llegaron a término, y la atonía fue, como en la mayoría de los estudios similares la indicación que predominó. También se corroboró que la cesárea eleva el riesgo de histerectomía. (7).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Álvarez C, Gabriela A. (Perú, 2022). Realizo un estudio con el título de: Factores de riesgo Gineco obstétricos relacionados a histerectomía obstétrica en mujeres con hemorragia postparto en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2014-2022. Metodológicamente se trata de un estudio observacional, analítico tipo casos y controles, la población de estudio fueron aquellas madres que culminaron en histerectomía obstétrica por hemorragia post parto, la relación fue 2:1 que corresponde a 35 casos y 70 controles. Dentro de las variables estudiadas se consideró a la edad de la madre, el tipo de parto, presencia de gestación múltiple, poli hidramnios, paridad, presencia de acretismo placentario, trastornos hipertensivos de la gestación, patología uterina como miomatosis y endometriosis; se obtuvo como resultados que del total de pacientes histerectomizadas la multiparidad represento el 46.8%, acretismo placentario un 11.4%, así como los trastornos hipertensivos de la gestación un 40%, por lo tanto el autor concluye que la multiparidad,

así como el acretismo placentario y la presencia de trastornos hipertensivos en la gestación se encuentran dentro de los factores de riesgo que se relacionan con histerectomía en pacientes con hemorragia post parto en el hospital de estudio (8)

Altamirano Enciso J. (Perú, 2020). Realizaron un estudio titulado: Factores de riesgo relacionados a histerectomía obstétrica en el Hospital Nacional Arzobispo durante los años 2017 – 2019. Metodológicamente se trata de un estudio analítico tipo casos y controles en un periodo de estudio de dos años, cuyo objetivo del autor fue determinar la presencia de factores de riesgo que se relacionaron con histerectomía obstétrica. En los resultados el autor evidencio que la variable edad materna avanzada presento un OR: 5,76 con un IC 95%, el ser multigesta un OR: 11.946, periodo intergenesico corto un OR: 8.59, cesárea previa un OR: 9.1, atonía uterina presento un OR: 15.62, acretismo placentario presento un OR: 6.4, todos con un intervalo de confianza del 95% y diferente a 1; sin embargo, el autor no encontró relación de histerectomía con las variables paridad, grado de instrucción, numero de control pre natales, rotura uterina. Por lo tanto, el autor concluyo que la presencia de hemorragia post parto, edad materna avanzada, el tener un periodo Intergenésico corto, presentar antecedente de cesárea, gestación múltiple, así como la atonía uterina y el acretismo placentario son factores de riesgo que se asocian a histerectomía (10).

Medina T, Yasmine L. (Perú, 2021). Realizó un estudio titulado: Factores asociados para histerectomía obstétrica en mujeres de un Hospital Nivel II de La Libertad. 2011- 2021. En este estudio se analizó los diferentes factores que estuvieron asociados a histerectomía durante el tiempo de estudio, su enfoque fue analítico de casos y controles con una relación de 1:1 conformado por 65 casos y 65 controles. En los resultados obtenidos se observó que el 47.7% de las pacientes histerectomizadas presentaron edad avanzada; 46.9% eran multíparas con una edad gestacional mayor de 39 semanas, el 33.8% tuvieron más de 6 controles prenatales; el 20.8% presentaron trastornos hipertensivos del embarazo, seguido de un 9.2% de desprendimiento prematuro de placenta y un 3.8% de placenta previa. Los resultados demuestran que la edad avanzada, la paridad y la presencia de patologías durante el embarazo se encuentran asociadas a la histerectomía. Por lo tanto, se concluyó que dentro de los factores que estuvieron

asociados a histerectomía se encuentran los factores socio biológico, obstétrico y las complicaciones del parto (11).

Marleni Diaz, CH (Perú, 2018). Realizo un estudio titulado: "Histerectomía Obstétrica De Emergencia: Características Hospital II 1 Minsa Moyobamba Julio 2012 a junio 2018". El estudio fue de enfoque cuantitativo, observacional descriptivo, el autor obtuvo resultados donde muestra que la gestación múltiple y la multiparidad forman parte de los antecedentes que tienen alta predominancia; Así mismo se identificó que dentro de las complicaciones en la gestación los trastornos hipertensivos fue un 21.4%, seguido de la macrostomia fetal con un 19%, el desprendimiento prematuro de placenta con un14.3% y la placenta previa con un 9.5%; Además las complicaciones en el intraparto fueron: parto obstruido (11.9%), retención de placenta y rotura uterina ambas presentaron un 4.8%; dentro del periodo de puerperio las complicaciones que se observo fue la hemorragia post parto con un alto porcentaje del 90.5% ; Llegando a la Conclusión que la multiparidad es uno de los factores predisponentes para las complicaciones obstétricas que conllevan a una hemorragia postparto motivo por el cual se realiza una histerectomía obstétrica para salvaguardar la vida de la paciente (12).

2.1.3 Antecedentes locales

Villavicencio C, Rocio Manuela. (Perú, 2019). Realizo un estudio titulado: Factores predisponentes a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Amazónico, Pucallpa en el año 2017. En dicho estudio se planteó el objetivo de poder determinar aquellos factores que predisponen a histerectomía en las pacientes que se atendieron en el servicio de ginecología y obstetricia, se trata de un estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, conformada por una muestra de 31 madres que terminaron en histerectomía. Dentro de los resultados se observó que la edad materna entre el rango de 20 a 24 años represento un 29%, madres con estado civil conviviente fue de un 83%, solo el 32% tenían secundaria incompleta, un alto porcentaje del 96.7% eran ama de casas, un 48.4% tenían residencia en zona urbana, el 48.4% fueron multigestas, un porcentaje alto del 93.3% contaban con ecografía obstétrica previa, y el 96.7% tenían atención prenatal; Dentro del grupo de enfermedades intercurrentes fueron la patología de anemia tanto leve y severa con 29% y 13%

respectivamente, las infecciones de vías urinarias estuvo presente en un 19.3%; Referente a las complicaciones obstétricas la presencia de preeclampsia leve y severa se observó en el 13% y 16% respectivamente. Para los factores que predispusieron a histerectomía se evidencio como principal causa a la atonía uterina con un 64.5% seguido del acretismo placentario con un 29%; Por lo tanto, se concluyó que existen factores maternos que predisponen estadísticamente significativa a histerectomía (13).

Solsol - Garcia, ME (Perú, 2018). Realizo un estudio titulado: Histerectomía Obstétrica En Gestantes Atendidas En El Hospital Amazónico De Yarinacocha Periodo 2013- 2017. Se trata de un estudio descriptivo donde el autor se planteó el objetivo de determinar cuáles son las causas que conducen a la indicación de histerectomía obstétrica durante un periodo de estudio de 4 años

La muestra lo conformaron 87 pacientes, donde los datos se obtuvieron a través de una ficha de recolección de datos. Los resultados que se obtuvieron fueron que el rango de edad que predomino es el de 20 a 34 años con un 68%, el 72% de gestantes tuvieron más de 6 atenciones prenatales. Las complicaciones que conllevaron a Histerectomía obstétrica a estas pacientes fueron: la atonía uterina en un 85%, desgarro cervical 6%, placenta previa 3% y el acretismo placentario en un 3%. 45% se encontraba entre las 37-38 semanas de gestación y un 39% entre las 39-40 semanas. El momento de intervención quirúrgica en que se procede a realizar la histerectomía obstétrica fue en el 72% de los casos durante la cesárea (14).

Pérez S, Doris E. (Perú, 2023). Realizo un estudio titulado: Características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que requirieron histerectomía de emergencia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2019 - 2021. El objetivo del estudio fue determinar aquellas características tanto sociodemográficas como obstétricas que culminaron en histerectomía obstétrica, el estudio es de enfoque cuantitativo analítico relacional, con una muestra de 182 pacientes. Dentro de los resultados se observó que el grupo de adultas predomino con un 51.7% y las adolescentes (menores de 18 años) con un 48.3%, en cuanto al grado de instrucción se observó un 55% correspondieron a técnico superior, en el ámbito demográfico las que procedieron de zona urbana fue el 76%. En cuanto a la paridad el 43% correspondieron a primíparas, así como un 39% a multíparas,

un 54% presento antecedente de aborto, un 51% antecedente de cesárea y 46% presentaron obesidad. El autor concluyo que las variables edad materna, antecedente de aborto y paridad está asociado a histerectomía obstétrica (15).

2.2 Planteamiento teórico del problema

Histerectomía obstétrica

La histerectomía obstétrica se define como la exéresis del útero después de la extracción fetal en puérperas que presentan alguna condición que agravan la situación de salud como: atonía postparto, rotura uterina, acretismo placentario, corioamnionitis y la miomatosis coexistente. Que se puede llevar a cabo inmediatamente después de una cesárea o de un parto vaginal.

En la mayoría de los casos se debe a hemorragias postparto que amenazan la vida de la mujer o por infecciones severas que conllevan a una sepsis que no responda a los antibióticos. (16)

Con menor frecuencia se produce en Noruega (0,24%), Irlanda (0,30%), Holanda (0,33%), Israel (0,50%) y Arabia Saudíta con (0,63%). En los Estados Unidos la histerectomía obstétrica varía desde 1,2 hasta 2,7 por cada mil nacimientos. Se observa una gran diferencia entre la histerectomía obstétrica que se realiza a continuación de parto vaginal y la que se realiza tras una cesárea. La incidencia de la intervención tras parto vaginal va desde 0,10 hasta 0,30%, y la incidencia de histerectomía obstétrica tras cesárea varía entre 0,17 y 8,70%. Esto se atribuye principalmente al incremento de mujeres con cesárea previa y el concomitante riesgo de alteraciones placentarias y de rotura uterina. (16)

El incremento de histerectomías obstétricas se puede atribuir al aumento de las cifras de cesáreas, lo que aumenta a su vez la incidencia de casos de placentación anómala, placenta previa, y úteros cicatriciales. La incidencia de la histerectomía obstétrica en la literatura varía entre el 0,2% al 1,5% por 1000 partos. (16)

Hemorragia obstétrica

La pérdida sanguínea normal tras el parto es muy variable, dependiendo de la vía de este: vaginal o cesárea (Aproximadamente 500 y 1000 ml respectivamente).

La clásica definición de hemorragia postparto precoz, como pérdida sanguínea

mayor a 500 ml en las primeras 24 horas, es muy ambigua, por lo que es más frecuente basar el diagnóstico en: la clínica (aparición de signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica o necesidad de transfusión sanguínea). Las causas de hemorragia postparto pueden deberse a:

- Atonía uterina
- Placenta previa
- Acretismo placentario
- Rotura uterina
- Mioma coexistente
- Corioamnionitis

Atonía uterina

El 50% de las hemorragias y el 4% de las muertes maternas son por atonía uterina. Este ocurre después de la expulsión de la placenta, donde el útero no se contrae correctamente lo que ocasiona pérdida continua de sangre desde el lecho placentario.

La contracción de la musculatura uterina en el post parto es el mecanismo fisiológico más efectivo para controlar la hemorragia. Cualquier situación que altere la contracción adecuada del musculo uterino va provocar el sangrado continuo desde el lecho placentario. (21).

Etiología

Existe una serie de factores relacionados a atonía uterina, entre ellas tenemos:

- Sobre distención uterina. (Embarazo múltiple, hidramnios, macrosomía fetal).
- Multiparidad.
- Parto prolongado.
- Placenta previa.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Miomatosis.
- Mala dirección del alumbramiento. (19)

Diagnóstico

Generalmente, la atonía y la consecuente hemorragia se presentan inmediatamente después del alumbramiento, pero a veces lo hacen más tardíamente. Y

suelen ser secundarias a retención de restos. Un sangrado por atonía uterina suele incrementar al comprimir el fondo uterino, y se diagnostica cuando palpamos un útero blando y que no haya descendido hacia la pelvis menor, descartando primero desgarros en el canal vaginal, cérvix y la existencia de restos endouterinos.

Siendo la causa más frecuente de la hemorragia obstétrica la incapacidad del útero para contraerse lo suficiente después del parto y así poder detener el sangrado de los vasos donde estuvo insertado la placenta (21).

Tratamiento

- Medidas físicas:
    - Masaje uterino bimanual.
    - Taponamiento uterino.
- Medidas farmacológicas:
    - Oxitocina.
    - Ergóticos.
    - Derivados de Prostaglandinas.

Medidas quirúrgicas

- Ligadura bilateral de las hipogástricas.
- Ligadura bilateral de las arterias uterinas.
- Técnica de B-Lynch.

La indicación de histerectomía obstétrica de urgencia son varias. Sin embargo, el principal motivo es la atonía uterina, seguida por anomalías de inserción placentaria y rotura uterina.

Placenta previa

En latín “Previa” significa ir antes por lo tanto en este sentido, la placenta previa va antes del feto en el canal del parto.

Los casos de placenta previa han aumentado en los últimos años, se estima 1/200 gestaciones. La placenta previa representa el 20% de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo y conlleva una elevada morbimortalidad materna como fetal. Actualmente se considera como la segunda causa más frecuente de histerectomía obstétrica. (22)

Clasificación

Placenta previa. Cuando el orificio cervical interno está cubierto en forma parcial o en su totalidad por la placenta. Clasificados como placenta previa parcial o placenta previa total.

Placenta baja. Es cuando la placenta se implanta en el segmento uterino inferior, el borde placentario no cubre el orificio interno y se encuentra dentro de un perímetro de 2 cm de ancho al rededor del orificio. Anteriormente conocido como placenta previa marginal.

La clasificación de algunos casos de placenta previa dependerá de la dilatación cervical en el momento de la evaluación. Por ejemplo, una placenta baja en una dilatación de 2 cm puede convertirse en una placenta previa parcial. Debido a que el cuello uterino se ha abierto para exponer el borde de la placenta. A la inversa, una placenta previa total antes de la dilatación cervical puede volverse parcial a una dilatación de 4 cm porque la abertura cervical se va extendiendo más allá del borde placentario a medida que se dilata el cuello uterino generalmente causan sangrado. (22)

Factores asociados.

Varios factores demográficos pueden contribuir a este mayor riesgo de placenta previa. Primero, la edad materna aumenta la frecuencia de la placenta previa. En el ensayo de evaluación de riesgo del primer y segundo trimestre (FASTER, Firstand Second-Trimester Evaluation of Risk), que incluyó a más de 36 000 mujeres, la frecuencia de la placenta previa fue del 0.5% para las mujeres < 35 años en comparación con 1.1% en las ≥ 35 años.

La multiparidad también eleva el riesgo de placenta previa. Obviamente, los efectos del avance de la edad materna y la paridad son confusos. Aun así, Babinszki y sus colegas (1999) informaron que la incidencia del 2.2% en mujeres con paridad de cinco o más fue significativamente mayor que la de mujeres con paridad más baja. El intervalo entre embarazos no afecta esta tasa, mientras tanto los leiomiomas uterinos son un factor de riesgo para presentar placenta previa.

En primer lugar, las mujeres con cesárea previa tienen un mayor riesgo de trastornos placentarios posteriores que incluyen placenta previa, desprendimiento

prematuro de placenta o placenta con adherencia mórbida.

Los riesgos acumulados para la placenta previa que resultan con el número creciente de partos por cesárea son extraordinarios. El riesgo aumenta aún más si hubo un parto por cesárea previo al parto.

La probabilidad de que se produzca una placenta previa aumenta en más de ocho veces en mujeres con paridad mayor a cuatro y que tienen más de cuatro partos por cesárea previas. (22)

Características clínicas.

El sangrado indoloro es el signo característico de la placenta previa. Que por lo general no se desarrolla hasta cerca del final del segundo trimestre o más tarde, pero puede presentarse incluso en la primera mitad del embarazo. Incluso algunos abortos tardíos son a causa de inserción anómala de la placenta. El sangrado de una placenta previa comienza sin previo aviso y sin dolor ni contracciones, por lo general, cesa sólo para reaparecer en cualquier momento de la gestación. (22)

Diagnóstico.

Todo sangrado uterino después de la mitad del embarazo, se sospecha de placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta. La placenta previa no debe ser descartada hasta que la ecográfica haya demostrado su ausencia. No se debe hacer un examen digital a menos que se va terminar la gestación. Se puede realizar un examen digital cervical con la mujer en el quirófano y con los preparativos para el parto por cesárea. Incluso el examen por más delicado que se realice puede causar una hemorragia abundante. La localización rápida y precisa de la placenta se puede lograr con el uso de técnicas ecográficas estándar. Esto por lo general se hace con ecografía trans abdominal. Si la placenta se superpone claramente al cuello uterino o si se encuentra alejada del segmento uterino inferior, el examen tiene una excelente sensibilidad, Las mujeres obesas pueden tener limitaciones para visualizar el segmento uterino inferior. una vejiga llena puede ayudar alargar artificialmente el cuello uterino y de esta manera comprimir el segmento uterino inferior para dar la impresión de que la placenta se superpone al cuello uterino, la ecografía transvaginal es el método de evaluación más preciso. Es seguro, incluso cuando hay sangrado. Si el borde de la placenta está a menos de 2 cm del orificio

cervical interno, pero sin cubrirlo, se considera placenta baja. (22)

Manejo.

Las gestantes con placenta previa se manejan según sus características clínicas particulares. Valorando tres factores importantes que incluyen la edad, madurez fetal, el parto y la gravedad del sangrado.

Los partos de emergencia en mujeres con placenta previa varían entre e l 25 a 40%. Pero, en los pacientes hospitalizados por largo periodo de tiempo no parece agregar beneficios en comparación con el manejo ambulatorio. Para las mujeres que están cerca del término de la gestación y que no están sangrando, se hacen planes para una cesárea electiva. La Sociedad de Medicina Materno-Fetal (2017) recomienda terminar la gestación entre 34 y 37 semanas. Prácticamente todas las gestantes con placenta previa terminan en cesárea electiva, muchos Gineco obstetras recomiendan una incisión de laparotomía vertical para proporcionar una entrada rápida en casos de sangrado torrencial o si se requiera mayor espacio si se requiriera una histerectomía obstétrica. (22)

El manejo se basa en:

- Estabilización hemodinámica.
- Control del bienestar fetal.
- Maduración pulmonar con corticoides en fetos ≤ 34 semanas.
- Reposo.
- Evitar los tactos vaginales.
- Mantener el hematocrito materno > o = 30% y la hemoglobina > o = 10 g/l.

Con este manejo conservador se intenta alcanzar la madurez pulmonar fetal Vigilando cualquier signo de alarma que comprometa el estado hemodinámico de la madre y con vigilancia estricta del bienestar fetal. Si el sangrado pone en riesgo la vida de la madre o del feto, el tratamiento será la finalización de la gestación sin importar la edad gestacional. (21)

Acretismo placentario

Es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, puede haber ausencia total o parcial de la decidua basal. (19)

La penetración de las vellosidades coriales hacia el miometrio. Es una de las

principales causas de hemorragia obstétrica, principalmente en el postparto inmediato, y que representa un importante riesgo de morbimortalidad materna, por la magnitud de la patología, como también por el tratamiento necesario para el manejo de este.

El tratamiento de un acretismo placentario por lo general es la histerectomía obstétrica, debido a su frecuente asociación con la placenta previa y cicatriz de cesárea anterior. (19)

Clasificación de acretismo

- Placenta acreta. Es la inserción anormal de una parte o de toda la placenta a la pared uterina, donde las vellosidades coriales no penetren el miometrio.
- Placenta increta. Inserción anormal de la placenta donde las vellosidades coriales penetran el miometrio.
- Placenta percreta. Inserción anormal de la placenta, las vellosidades coriales penetran hasta sobrepasar la serosa del útero, pudiendo llegar hasta órganos vecinos.

El acretismo placentario puede causar una hemorragia obstétrica masiva, y como consecuencia Coagulopatías por pérdida, y por Coagulación Intravascular diseminada. La necesidad de una histerectomía obstétrica se da especialmente cuando se asocia a placenta previa y a cicatrices de cesáreas previas, La incidencia de acretismo placentario está aumentando debido al incremento de cesáreas. (19)

Fisiopatología

Se cree que el acretismo placentario se debe a una ausencia o deficiencia de la capa de Nitabuch, esta es una capa de fibrina que se encuentra entre la decidua basal y el corion frondoso. Benirschke y Kaufman sugieren que esta situación se debe a una falla en la reconstitución del endometrio y decidua basal, especialmente después de una cesárea.

Se desconoce la causa exacta, pero hay una serie de factores de riesgo asociados como son: implantación Fúndica, placenta previa, así como algunas maniobras que la favorecen, como la maniobra de Credé y la tracción excesiva del cordón umbilical, ambas usadas para facilitar el alumbramiento. (19)

Rotura uterina

La ruptura uterina frecuentemente es catastrófica. Puede ser una ruptura primaria,

definida como aquella que ocurre en un útero intacto o sin cicatrices previamente, o puede ser secundaria y asociada con una incisión, lesión o anomalía preexistente del miometrio como puede ser una cesárea, histerotomía, rotura uterina reparada previamente, traumatismos penetrantes o no penetrantes.

Es importante destacar que la contribución de cada una de estas causas subyacentes ha cambiado notablemente durante los últimos 50 años. Específicamente, antes de 1960, cuando la tasa de partos por cesárea era mucho menor y las mujeres de gran paridad eran numerosas, predominaba la ruptura uterina primaria.

A medida que aumentaba la incidencia de cesárea y especialmente cuando una prueba posterior de trabajo de parto en estas mujeres llegó a prevalecer a lo largo de la década de 1990, la ruptura uterina a través de la cicatriz de la histerotomía por cesárea se convirtió en la causa principal. Sin embargo, al mismo tiempo que disminuyó el entusiasmo por una prueba de trabajo de parto en mujeres con un parto por cesárea anterior, las tendencias de incidencia para los dos tipos de ruptura han cambiado nuevamente.

Los riesgos adicionales para la ruptura incluyen otras operaciones o manipulaciones previas que traumatizan el miometrio. Algunos ejemplos son el legrado o perforación uterina, la ablación endometrial, la miomectomía o la histeroscopia quirúrgica.

En los países desarrollados, la incidencia de ruptura es de 1 en 4 800 partos. Durante un periodo de 40 años en Noruega, la tasa de ruptura uterina aumentó significativamente alrededor de 1 en 1 560 partos.

La ruptura uterina primaria se presenta 1 en 10 000 a 15 000 nacimientos. Como se discutió, una de las razones es la disminución en la incidencia de mujeres de gran paridad. Otra es que la estimulación uterina excesiva o inapropiada con oxitocina, que antes era la causa frecuente ha desaparecido en su mayoría.

Patogénesis

La rotura uterina previamente intacta durante el parto, con mayor frecuencia se da a nivel del segmento uterino inferior adelgazado y cuando la lesión está en las inmediaciones del cuello uterino, con frecuencia esta se extiende de forma transversal u oblicua. Cuando la laceración se ubica en la porción del útero adyacente al ligamento

ancho, el desgarro generalmente va ser longitudinal. Aunque estas laceraciones se desarrollan por lo general en el segmento uterino inferior, puede ampliarse hacia arriba en el segmento activo o también puede extenderse hacia abajo a través del cuello uterino hasta la vagina. (22)

En algunos casos, puede haber laceración vesical. Si la rotura uterina es de un tamaño considerable, el contenido uterino generalmente escapa a la cavidad peritoneal. El pronóstico del feto va depender en gran medida del grado de la separación placentaria y de la magnitud de la hemorragia.

Manejo

Con la rotura uterina y la expulsión del feto en la cavidad peritoneal, las posibilidades de supervivencia fetal son desalentadoras, y las tasas de mortalidad reportadas varían entre 50 y 75%. La condición fetal depende del grado en que la implantación de la placenta permanece intacta, aunque esto puede cambiar en minutos. Con la rotura, la única posibilidad de supervivencia para el feto es el parto inmediato la mayoría de las veces por laparotomía de lo contrario la hipoxia es inevitable. Si la rotura es seguida por una separación placentaria total, serán rescatados muy pocos fetos neurológicamente intactos.

Las muertes maternas por rotura uterina son infrecuentes. De los 2.5 millones de mujeres que dieron a luz en Canadá entre 1991 y 2001, hubo 1 898 casos de rotura uterina y cuatro de ellos, 0.2%, provocaron la muerte materna. Sin embargo, en otras regiones del mundo los cocientes de mortalidad materna son mucho más altos. En la India rural la fracción de mortalidad materna asociada con la rotura uterina fue de 30%. (22)

En las roturas uterinas, la laparotomía exploratoria y reparación del defecto puede resolver el cuadro en la mayoría de los casos. Cuando las lesiones son irreparables con inestabilidad hemodinámica, obligan a hacer una histerectomía de emergencia (17).

Miomas uterinos

También conocidos como leiomiomas o fibromiomas son tumores sólidos más frecuentes en las mujeres. De hecho, se estima que el 70% de mujeres desarrollan miomas a lo largo de su vida. La probabilidad de presentar miomas incrementa con la edad, Siendo máxima su incidencia en la quinta década de la vida. Los miomas son

tumores benignos que derivan del miometrio. Además, las hormonas como el estrógeno y la progesterona están relacionadas con su desarrollo y crecimiento. En la mayoría de los casos los miomas son asintomáticos, y solo el 25% causan síntomas en mujeres de edad fértil (21).

Los miomas se clasifican según su localización en:

- Subserosos ocupan la superficie uterina, deformando la serosa
- Intramurales se ubican en el espesor de la pared muscular
- Transmurales ocupan la pared muscular y la mucosa endometrial.
- Submucosos se desarrollan bajo el endometrio, desplazándose en la cavidad uterina.

La clasificación de Wamsteker de 1993 divide los submucosos en:

- Tipo 0. se encuentra en su totalidad dentro de la cavidad uterina.
- Tipo I. extensión intramural menor al 50%.
- Tipo II. extensión intramural mayor al 50%

La FIGO clasifica a los miomas de la siguiente manera:

- Submucosos. tipo 0, 1, 2.
- Intramurales. tipo 3, 4, 5.
- Subserosos. 6, 7.
- Cervicales. tipo 8.

Las gestantes que presentan miomas, independientemente del tamaño y su localización, tienen mayor riesgo de presentar complicaciones durante el embarazo y el parto. El riesgo aumenta si estos son de localización submucosa y retroplacentaria que puede causar un desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia posparto. (21)

Corioamnionitis

Viene a ser la inflamación aguda del amnios y corion, en general de origen infeccioso que conlleva a la infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico, la corioamnionitis es causa importante de morbilidad materna como fetal, incluyendo los partos prematuros y la sepsis neonatal.

La infección intraamniótica es un cuadro clínico que se caracteriza por la presencia de fiebre >38ºC y dos o más de los siguientes criterios clínicos: taquicardia

materna (>100 latidos/minuto); taquicardia fetal (>160 latidos/minuto); leucocitos materna (>15000 leucocitos/mm3); irritabilidad uterina y flujo maloliente.

Vías de entrada de la infección intraamniotica

Existen cuatro vías principales de acceso de los microorganismos en la infección intraamniótica:

- Vía ascendente microorganismos de la vagina y el cérvix (más frecuente).
- Vía hematógena diseminación a través de la placenta.
- Vía retrógrada desde la cavidad peritoneal hacia la cavidad uterina.
- Vía iatrogénica secundaria a procedimientos invasivos en la cavidad uterina.

Etapas en la patogenia de la infección intraamniotica

- 1º etapa: cambios en la flora vaginal y/o cervical o infección por microorganismos patógenos en el cérvix.
- 2º etapa: ascenso de microorganismos a la decidua provocando un cuadro de tipo inflamatorio conocido como deciduitis.
- 3º etapa: el microorganismo invade el corion, el amnios o los vasos fetales provocando una infección del espacio intraamniótico.
- 4º etapa: el microorganismo infecta al feto provocando un cuadro de sepsis.

Tratamiento

El tratamiento clásico de la infección intraamniótica clínica es la finalización de la gestación bajo cobertura antibiótica de amplio espectro, en gestantes con corioamnionitis y neonatos con sepsis, la combinación de ampicilina 1g/6h más gentamicina 80 mg/8h endovenosos, sigue siendo una muy buena opción terapéutica ya que cubre más del 80% de las cepas, principalmente aerobias que son las que causan mayores problemas en el feto/recién nacido y en la madre. (21)

Trastornos Hipertensivos

La Organización Mundial de la Salud revisa sistemáticamente la mortalidad materna en el mundo, en los países desarrollados el 16% de muertes maternas fueron por trastornos hipertensivos. En los Estados Unidos, de 2011 a 2013, 7.4% de las muertes maternas asociadas a un embarazo fue causada por preeclampsia o eclampsia. Una tasa similar se presentó en Francia con el 10%, desde 2003 hasta 2007. Es importante

destacar que más de la mitad de estas muertes maternas relacionadas con la hipertensión gestacional se consideraron como prevenibles. (22)

Para actualizar y clasificar los trastornos hipertensivos del embarazo, un Grupo de Trabajo del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos en el 2013 han proporcionado recomendaciones basadas en evidencia para mejorar la práctica clínica. La clasificación describe cuatro tipos de enfermedades hipertensivas:

- Preeclampsia y eclampsia.
- Hipertensión crónica.
- Preeclampsia sobreagregada a hipertensión crónica.
- Hipertensión gestacional.

Diagnóstico de trastornos hipertensivos

El diagnostico se da cuando la presión arterial tomada adecuadamente supera los 140 mm Hg la sistólica o 90 mm Hg la diastólica medida por lo menos en dos ocasiones y con un intervalo de por lo menos de cuatro horas. Antes se recomendaba utilizar un incremento de la presión arterial sistólica o diastólica de 30 y 15 mm Hg respectivamente como un criterio diagnostico incluso cuando los valores absolutos eran <140/90 mm Hg. Estos cambios progresivos ya no se usan para definir la hipertensión, pero se recomienda que estas pacientes sean observadas de cerca, debido a que pueden desarrollar convulsiones eclámpticas con presión arterial por debajo de 140/90 mm Hg. Además, un aumento repentino en la presión arterial media, pero todavía en un intervalo normal puede significar preeclampsia. (22).

Preeclampsia

Es un síndrome específico del embarazo que puede comprometer prácticamente a todos los órganos. Además, aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares más tarde durante la vida. La preeclampsia es más que la simple hipertensión gestacional con proteinuria. La proteinuria es un marcador objetivo y indica la fuga endotelial de todo el sistema que caracteriza al síndrome de preeclampsia. Algunas pacientes con el síndrome de preeclampsia, no presentan proteinuria ni restricción del crecimiento intrauterino debido a esto, el Grupo de Trabajo en el 2013 sugiere otros criterios diagnósticos como: plaquetopenia, disfunción renal, necrosis hepatocelular, alteraciones del sistema nervioso

central o edema pulmonar.

Diagnóstico precoz de la preeclampsia

Es tradicional que la frecuencia de las visitas prenatales aumente durante el tercer trimestre, lo que ayuda a la detección temprana de la preeclampsia. Las mujeres sin hipertensión manifiesta, pero en las que se sospecha la aparición temprana de preeclampsia durante las visitas prenatales de rutina, se ven con más frecuencia. Durante muchos años en Parkland Hospital, las pacientes con una presión arterial diastólica de inicio reciente > 80 mm Hg, pero < 90 mm Hg, o con un aumento de peso anormal repentino de más de 2 libras por semana, han regresado a la visita a intervalos de 7 días como mínimo. La vigilancia ambulatoria continúa a menos que aparezcan de forma inesperada hipertensión manifiesta, proteinuria, cefalea, trastornos visuales o dolor epigástrico. (22)

Eclampsia

La preeclampsia complicada por convulsiones tónico-clónicas generalizadas aumenta el riesgo, tanto para la madre como para el feto. Las principales complicaciones maternas incluyen desprendimiento de placenta 10%; déficits neurológicos 7%; neumonía por aspiración, 7%; edema pulmonar 5%; paro cardiopulmonar 4%; insuficiencia renal aguda 4%. Por otra parte 1% de estas mujeres murió. Varios informes posteriores describieron de manera similar las tasas excesivas de morbilidad y mortalidad maternas con eclampsia, que también incluían el síndrome de HELLP, embolia pulmonar y accidente cerebrovascular. En los Países Bajos hubo tres muertes maternas entre 222 mujeres eclámpticas (Zwart, 2008). Los datos de Irlanda y Australia son similares (O'Connor, 2013; Tornton, 2013). En perspectiva, esto es un aumento mil veces superior a las tasas generales de mortalidad materna de estos países. (22)

Casi sin excepción, pero a veces inadvertida la preeclampsia precede al inicio de la convulsión. La eclampsia es más común en el último trimestre, y se hace cada vez más frecuente a medida que se acerca el parto. En años más recientes la incidencia de la eclampsia posparto ha disminuido. Se presume que esto se relaciona con un mejor acceso a la atención prenatal, la detección temprana de la preeclampsia antes del parto, y el uso profiláctico del sulfato de magnesio (Chames, 2002). Es importante destacar que se

deben considerar otros diagnósticos en mujeres con convulsiones a más de 48 horas después del parto, o en mujeres con déficit neurológico focal, coma prolongado o eclampsia atípica (22).

Preeclampsia sobreañadida a la hipertensión crónica

Independientemente de su causa, cualquier trastorno de hipertensión crónica predispone a la gestante a desarrollar preeclampsia sobreagregada. La hipertensión crónica se diagnostica en aquellas con presión arterial documentada >140/90 mm Hg antes de las 20 semanas de gestación. Los trastornos hipertensivos pueden ser difíciles de diagnosticar y tratar en mujeres que no son atendidas antes de la primera mitad del embarazo. Debido a que la presión arterial disminuye durante el segundo y al inicio del tercer trimestre, en todas las pacientes normotensas e hipertensas crónicas. Por tanto, una paciente con enfermedad vascular crónica sin diagnóstico previo, que se consulta antes de las 20 semanas, con frecuencia tiene la presión arterial dentro del rango normal. Sin embargo, durante el tercer trimestre, cuando la presión arterial vuelve a sus niveles originalmente hipertensos, puede ser difícil determinar si es hipertensa crónica o inducida por la gestación. (22)

Algunas gestantes con hipertensión crónica, la presión arterial incrementa, por lo general después de las 24 semanas. La hipertensión inicial se acompaña de proteinuria de comienzo reciente u otros hallazgos como: trombocitopenia, edema pulmonar y/o daño hepático, se diagnostica la preeclampsia sobreagregada. En comparación con la preeclampsia pura, la preeclampsia sobreagregada suele desarrollarse antes del embarazo. Por lo general suele ser más grave, y a menudo presentan restricción del crecimiento intrauterino. (22)

Hipertensión gestacional

El diagnóstico se realiza en pacientes cuya presión arterial es > 140/90 mm Hg o por primera vez durante el embarazo después de las 20 semanas, pero que no presentan proteinuria. Casi el 50% de estas gestantes desarrollan posteriormente preeclampsia. Aun así, cuando la presión arterial incrementa apreciablemente, es muy peligroso para la madre como para el feto, no se puede ignorar el incremento de la presión arterial sólo porque la paciente no presenta proteinuria. Como enfatizó Chesley en 1985, el 10% de las

eclámpticas se desarrolla antes de detectar una proteinuria manifiesta. Por otro lado, la hipertensión gestacional conocido por algunos como hipertensión transitoria, cuando no presenta evidencia de preeclampsia y la presión arterial vuelve a la normalidad a las 12 semanas post parto. (22).

Síndrome de HELLP

El síndrome de HELLP fue descrito como tal en 1982 por Weinstein (1). HELLP es el acrónimo de los hallazgos bioquímicos del síndrome: hemólisis, elevación de los enzimas hepáticos y disminución de plaquetas. Es importante señalar que el síndrome de HELLP traduce las complicaciones sistémicas de la preeclampsia y que se trata de la misma entidad, por tanto y en general la fisiopatogenia, la clínica y el manejo del síndrome de HELLP son los descritos para la preeclampsia. No obstante, la presencia de HTA no es una constante. Un 20 % de las pacientes afectadas de Síndrome de Hellp, cursan con TA normal. La incidencia de síndrome de HELLP en las mujeres con preeclampsia oscila entre el 4-12%. En las pacientes con preeclampsia grave la incidencia de síndrome de HELLP es de alrededor del 20-25%. La incidencia es mayor en pacientes de raza blanca, añosas y multíparas. El 30% de los casos se desarrolla postparto, habitualmente en las siguientes 48 horas (22).

Fisiopatología

Es importante señalar que el síndrome de HELLP traduce las complicaciones sistémicas de la preeclampsia y que se trata de la misma entidad, por tanto y en general la fisiopatología y el manejo del síndrome de HELLP es igual como para la preeclampsia. La hemólisis, se manifiesta con una anemia hemolítica microangiopática este es el factor determinante del síndrome de HELLP. En una hemólisis Intravascular se encuentran esquistocitos más reticulocitos en un frotis de sangre periférica, también se observa un aumento de la bilirrubina y de la LDL (láctica deshidrogenasa) y disminución por consumo de la haptoglobina. La afectación hepática del síndrome de HELLP se debe a depósitos de material fibrinoide en el espacio parenquimatoso o peri portal. Estos depósitos de fibrina en las sinusoides hepáticas provocan la obstrucción del flujo sanguíneo con isquemia celular, y finalmente, distensión de la cápsula hepática, posiblemente el responsable de los síntomas clásicos en el síndrome de HELLP como son la epigastralgia y el dolor en el

hipocondrio derecho, además de la elevación de los enzimas hepáticos. La disminución de las plaquetas se debe al estado de microangiopatía generalizada característica de la preeclampsia, con una activación de la actividad plaquetaria que da lugar a un desequilibrio entre el tromboxano A2 y la prostaciclina, con un aumento relativo de la secreción de tromboxano A2 y serotonina. La liberación de tales factores por parte de las plaquetas activadas conlleva al vasoespasmo, la hiperagregabilidad plaquetaria, perpetuando y agravando el daño endotelial presente en la preeclampsia. La disminución de las plaquetas es secundaria a un incremento del consumo y a su destrucción Intravascular, que concuerda con el aumento de megacariocitos en la médula ósea de estas pacientes (21).

Manejo y tratamiento del Síndrome de HELLP

El curso clínico del síndrome de HELLP se caracteriza por el progresivo y muchas veces rápido deterioro de la condición materna. Por lo tanto, una vez se establece el diagnóstico de síndrome de HELLP se debe considerar la finalización de la gestación. Existe consenso en que la terminación de la gestación por encima de las 34 semanas. Por debajo de las 34 semanas se indica la terminación inminente de la gestación en el caso de falla multiorgánica, CID, infarto o hemorragia hepática, insuficiencia renal, sospecha de desprendimiento de placenta o sospecha de pérdida del bienestar fetal. En tales situaciones, el tratamiento debe ser el de estabilizar a la paciente mediante antihipertensivos, sulfato de magnesio, transfusión de derivados de plaquetas o hematíes si así lo requiere y la finalización de la gestación. Por debajo de las 34 semanas, algunos autores recomiendan la administración de corticoides (betametasona 12 mg IM) con el objetivo de acelerar la maduración pulmonar fetal y mejorar el pronóstico neonatal (21).

Definición de términos básicos

- **Alumbramiento.** El alumbramiento es el tercer período del parto que comprende la salida de los anexos ovulares, es decir, la placenta y la bolsa de las aguas.
- **Atonía uterina.** Se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero y por consecuente un retraso en la involución uterina.
- **Cesárea.** Parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen hasta el útero para extraer uno o más fetos.

- **Corioamnionitis.** Inflamación aguda de las membranas placentarias (corion y amnios) por lo general de origen infeccioso, y se acompaña de infección del contenido amniótico.
- **Factores Predisponentes.** Todo aquello que antecede, condicione o aumenta el riesgo para presentar una afección.
- **Histerectomía.** Es la extirpación el útero ya sea vía abdominal o vaginal.
- **Histerectomía obstétrica.** Es la extirpación del útero en una grávida o puérpera cuando su vida está en peligro por alguna complicación obstétrica y puede practicarse en cualquier momento del embarazo hasta el puerperio.
- **Hemorragia postparto.** Se considera cuando la pérdida sanguínea está por encima de los 500 cc en un parto vaginal o mayor de los 1000 cc en una cesárea. Actualmente se define como todo sangrado que provoca signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica si es que no se trata a tiempo. o al descenso del hematocrito superiores al 10% del valor prenatal.
- **Parto.** Es la terminación del embarazo en la cual se expulse el producto de la concepción desde el útero atreves la vagina hacia el exterior.
- **Puérpera.** mujer que se encuentra en el periodo posterior al alumbramiento durante el cual sus órganos y sistemas retornan al estado previo a la gestación, la cual tiene una duración de seis semanas, posterior al evento obstétrico.
- **Puerperio.** Es la etapa que comienza después del parto hasta la normalización de todos los sistemas y aparatos. Es un periodo largo, de aproximadamente seis semanas de duración o hasta la aparición de la primera menstruación.

2.3 Hipótesis, variables y operacionalización de variables

2.3.1 Hipótesis

2.3.1.1 Hipótesis general

- **Hi:** Existen factores relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo 2018 – 2022.
- **Ho:** No existen factores relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo 2018 – 2022.

2.3.1.2 Hipótesis específicas

- **Hi1.** Existe relación entre los factores sociodemográficos y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Periodo 2018 – 2022.
- **Ho1.** No existe relación entre los factores sociodemográficos y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Periodo 2018 – 2022.
- **Hi2.** Existe relación entre los factores obstétricos y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Periodo 2018 – 2022.
- **Ho2.** No existe relación entre los factores obstétricos y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Periodo 2018 – 2022.
- **Hi3.** Existe relación entre las patologías previas y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Periodo 2018 – 2022.
- **Hi3.** No existe relación entre las patologías previas y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Periodo 2018 – 2022.
- **Hi4.** Existe relación entre las complicaciones intraoperatorias y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Periodo 2018 – 2022.
- **Ho4.** No existe relación entre las complicaciones intraoperatorias y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Periodo 2018 – 2022.

2.4 Variables

2.4.1 Variable Independiente:

- Factores relacionados

  Dimensiones

  - Factores sociodemográficos

- Factores obstétricos
- Patologías previas
- Complicaciones intraoperatorias

2.4.2 Variable Dependiente:

- Histerectomía obstétrica

Dimensión

- Salud

2.5 Operacionalización de variables

Se describe a continuación en la siguiente página.

Tabla 1
Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	CRITERIOS DE DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Variable independiente: Factores relacionados	Sociodemográficos	Grupo etario	( ) < 18 años ( ) 19 -35 años ( ) > 35 años	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
		Procedencia	( ) Urbano ( ) Rural	Cualitativa	Nominal	
		Grado académico	( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior universitario / técnico ( ) Iletrada	Cualitativa	Ordinal	
	Obstétricos	Edad gestacional	( ) < 37 ss. ( ) 37 a 40 ss. ( ) 41 a 42 ss.	Cualitativa	Ordinal	
		Paridad	( ) Primípara ( ) Multípara ( ) Gran multípara	Cualitativa	Ordinal	
		Control prenatal	( ) < de 6 CPN ( ) ≥ 6 CPN	Cualitativa	Ordinal	
		Período Intergenésico	( ) ≤ 2 años ( ) > 2 años	Cualitativa	Ordinal	
		Tipo de finalización	( ) Vía vaginal ( ) Vía cesárea	Cualitativa	Nominal	
		Cesárea previa	( ) SI ( ) NO	Cualitativa	Nominal	

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	CRITERIOS DE DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
	Patologías previas	Hipertensión gestacional	( ) SI ( ) NO	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
		Preeclampsia	( ) SI ( ) NO	Cualitativa	Nominal	
		Eclampsia	( ) SI ( ) NO	Cualitativa	Nominal	
		HELLP	( ) SI ( ) NO	Cualitativa	Nominal	
	Complicaciones intraoperatorias	Corioamnionitis	( ) SI ( ) NO	Cualitativa	Nominal	
		Acretismo	( ) SI ( ) NO	Cualitativa	Nominal	
		Atonía uterina	( ) SI ( ) NO	Cualitativa	Nominal	
		Ruptura uterina	( ) SI ( ) NO	Cualitativa	Nominal	
		Mioma coexistente	( ) SI ( ) NO	Cualitativa	Nominal	
Variable dependiente: Histerectomía obstétrica	Salud	Histerectomía obstétrica	( ) Histerectomía parcial ( ) Histerectomía total	Cualitativa	Nominal	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación

3.1.1 Tipo de la investigación

El presente estudio es no experimental y de nivel descriptivo correlacional porque se describen las características de las variables con la finalidad de conocer el grado de relación o asociación que existe entre los factores maternos y la histerectomía obstétrica.

3.1.2 Diseño de la investigación

La investigación presento un enfoque cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo correlacional.

- **Observacional:** solo se recogerán datos a partir de las historias clínicas
- **Retrospectivo:** se buscará medir la relación entre los factores relacionados a histerectomía obstétrica en tiempo pasado 2018 al 2022.
- **Transversal:** solo se realizará una sola medición de los datos en un tiempo determinado.
- **Descriptivo Correlacional:** se recopilará información sin realizar cambios, con el objetivo de describir los factores maternos relacionados a histerectomía obstétrica.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

Estará Conformada por 228 pacientes que presentaron hemorragia post parto en el servicio de Gineco – Obstetricia del hospital amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2018 - 2022

3.2.2 Muestra

La muestra está constituida por 142 historias clínicas que cumplieron los criterios de inclusión, para lo cual se aplicó la fórmula muestral para población finita.

Z= Valor que resulta de la curva normal. Un valor de 1.96

E= Error máximo permitido

P= Probabilidad de aciertos

Q= Probabilidad de no aciertos

N= Universo= 228

n= Muestra

Error máximo permitido es igual a 0,05.

Según el tipo de muestreo tenemos reemplazando la fórmula:

$$n = \frac{Z2.\ p.\ q.\ N}{E2(N-1) + Z2.\ p.\ q}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 228}{(0,05)^2 \times (228 - 1) + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

n= 142 pacientes

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Se incluirán a los pacientes que acudieron para la atención de parto y que luego presentaron hemorragia postparto por diferentes causas obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2018 - 2022.

Criterios de exclusión

Se excluirán a los pacientes que fueron atendidos fuera del periodo de estudio.

Historias clínicas de puérperas post histerectomía obstétrica, realizado en otro hospital.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.3.1 Tipo de Técnica de investigación

Los datos se recolectaron de las historias clínicas de pacientes que fueron hospitalizados en el servicio de Gineco obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, periodo 2018 - 2022.

3.3.2 Instrumento

Se utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos que presenta cuatro componentes:

Características generales.

Características obstétricas.

Complicaciones intraoperatorias.

Característica de la histerectomía obstétrica.

3.4 Procedimiento para la recolección de datos

Entre los procedimientos para la recolección de datos se consideró los siguientes pasos:

- Se solicitó la autorización del nosocomio para la recolección de los datos por medio de las historias clínicas.
- Se coordinó con las autoridades del servicio
- Se procedió a recoger y elaborar la base de información.

3.5 Procesamiento y tratamiento de datos

Finalizada la recolección de la información, se utilizó el programa hoja de cálculo Microsoft Excel y los datos fueron procesados en el programa estadístico Stata 15, que permite conocer en porcentajes los resultados de una forma ordenada y segura. También se utilizó la prueba de Kolmogorov para determinar la normalidad.

El análisis de la información se efectuó mediante pruebas de hipótesis. Para la comparación entre grupos se utilizó a prueba chi2.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Tabla 2

Características sociodemográficas

Dimensión	VARIABLES	Ítems	N	%
Sociodemográficas	**Grupo etario**	< 18 años.	13	09,15
		19- 35 años.	104	73,24
		>35 años.	25	17,61
	Procedencia	Urbano	125	88,03
		Rural	17	11,97
	Grado académico	Primaria	29	20,42
		Secundaria	86	60,56
		Técnico – superior	27	19,01

Fuente: base de datos

En la tabla 2, se identificó a una población de 142 pacientes que fueron atendidos en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha.

Se pudo apreciar las siguientes características: el grupo etario más representativo fue de 19 a 35 años con 73,24%, observándose mayor incidencia de embarazo en la población a esta edad, por otro lado, podemos observar que en el grupo etario con menor incidencia de embarazo fueron las menores de 18 años con un 09,15%. La procedencia urbana con 88,03%, se consideró pacientes procedentes de lugares de mayor densidad geográfica y dejando el resto a la zona rural y el grado académico fue el nivel secundario con un 60,56% demostrando que gran parte de nuestra población femenina solo estudia hasta el nivel secundario y solo un 19,01% llega a estudiar una carrera técnica o profesional.

Tabla 3
Características obstétricas

Dimensión	VARIABLES	Ítems	N	%
Características obstétricas	**Edad gestacional**	< 37 ss.	26	18,31
		37 a 40 ss.	110	77,46
		41 a 42 ss.	6	4,23
	Control prenatal	< de 6 CPN	107	75,35
		> o = De 6 CPN.	35	24,65
	Paridad	Primípara	34	23,94
		Multípara	87	61,26
		Gran multípara	21	14,78
	Periodo Intergenésico	< o = de 2 años.	26	18,31
		> De 2 años.	116	81,69
	Finalización de parto	Vía vaginal	38	26,76
		Vía cesárea	104	73,24
	Cesárea previa	No presenta	85	59,85
		Si presenta	57	40,14

Fuente: base de datos

En la tabla 3, se pudo apreciar las siguientes características: la edad gestacional de 37 a 40 semanas con un 77,46%, observándose mayor índice en pacientes a término sin menospreciar el 18% de prematuros. El tener menor de 6 CPN con 75,35%, demostrando que gran porcentaje de gestantes no cumplen adecuadamente con el número de controles prenatales que establece el MINSA. La multiparidad con un 61,26%, demostrando ser un factor de riesgo para alguna complicación durante el embarazo o el parto. El periodo Intergenésico mayor a 2 años con un 81,69%, esto nos demuestra que no solo el periodo Intergenésico corto es factor de riesgo para alguna complicación obstétrica. La finalización del parto por vía cesárea con un 73,24%, demostrando que la cesárea es un factor de riesgo que eleva la probabilidad de una histerectomía obstétrica. La cesárea previa el 40,14%, siendo este un antecedente que eleva el riesgo de presentar alguna complicación durante el embarazo parto o puerperio.

Tabla 4

Patologías previas de las pacientes

Dimensión	VARIABLES	Ítems	N	%
	Hipertensión gestacional	No presenta	129	90,85
		Si presenta	13	9,15
	Preeclampsia	No presenta	104	73,24
		Si presenta	38	26,76
	Eclampsia	No presenta	132	92,96
		Si presenta	10	7,04
	Corioamnionitis	No presenta	125	88,03
		Si presenta	17	11,97
	HELLP	No presenta	134	94,36
		Si presenta	8	5,63

Fuente: base de datos

En la tabla 4, se pudo apreciar las siguientes características: el tener hipertensión gestacional con un 9,15%, el desarrollar preeclampsia con un 26,76%, el desarrollar eclampsia con un 7,04%, demostrando que los trastornos hipertensivos del embarazo se encuentran dentro de los factores de riesgo que se relacionan con la histerectomía obstétrica en pacientes con hemorragia post parto. La corioamnionitis con un 11,97%, observándose esta patología en pacientes que acudieron con ruptura prematura de membranas y el síndrome de HELLP con un 5,63%, demostrando que este porcentaje de embarazos complicados con preeclampsia con criterios de severidad o eclampsia son afectados con este síndrome.

Tabla 5

Características de las complicaciones intraoperatorias

Dimensión	VARIABLES	Ítems	N	%
Complicaciones Intraoperatorias	**Acretismo**	No presenta	122	85,91
		Si presenta	20	14,08
	Atonía uterina	No presenta	18	12,67
		Si presenta	124	87,32
	Rotura uterina	No presenta	127	89,43
		Si presenta	15	10,56
	Mioma	No presenta	136	95,77
		Si presenta	6	4,23

Fuente: base de datos

En la tabla 5, se pudo apreciar las siguientes características: la atonía uterina se hizo presente con un 87,32%, siendo esta la principal causa de hemorragia post parto coincidiendo con el resultado de muchos estudios, contrastando con el estudio de Solsol García cuyo objetivo fue determinar las causas que conllevan a histerectomía obstétrica en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha período 2013 - 2017 encontró que el 85% de la población que estudió presento atonía uterina. El acretismo placentario con un 14,08% siendo esta la segunda causa de hemorragia post parto, contrastando con Catacora Alvares, Andrea Gabriela cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo ginecobstétricos relacionados a histerectomía obstétrica en mujeres con hemorragia postparto en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2014-2022 encontró que el 11.4% presento acretismo placentario. La rotura uterina con un 10,56% teniendo estas pacientes como antecedente una cesárea previa lo cual eleva el riesgo de histerectomía obstétrica y el mioma coexistente con un 4,23% demostrando que son casos muy infrecuentes pero en casos necesarios se puede realizar una cesárea corporal y una miomectomía.

Tabla 6

Normalidad de las variables estudiadas mediante la prueba de K-S

VARIABLES	Std. Dev.	Valor p
Grupo etario	0.4424	< 0.0001
Procedencia	0.5180	< 0.0001
Grado académico	0.2857	< 0.0001
Edad gestacional	0.4293	< 0.0001
Control prenatal	0.4577	< 0.0001
Paridad	0,6177	<0.0001
Periodo Intergenésico	0.5086	< 0.0001
Finalización de parto	0.4577	< 0.0001
Cesárea previa	0,4416	<0.0001
Hipertensión	0,5315	<0.0001
Preeclampsia	0,5405	<0.0001
Eclampsia	0,5345	< 0.0001
Corioamnionitis	0,5291	< 0.0001
Acretismo	0,5210	< 0.0001
Atonía uterina	0,5337	< 0.0001
Rotura uterina	0,5357	< 0.0001
Mioma coexistente	0,5126	< 0.0001
HELLP	0,5144	<0.0001

Fuente: base de datos

En la tabla 6, se identificó la normalidad en las variables del presente estudio. Se identificó que todas las variables presentaron una normalidad < 0,0001. Por consiguiente, se determina que las variables utilizaran para herramienta de análisis el chi2.

Tabla 7

Relación entre el factor sociodemográfico y la histerectomía obstétrica

		Histerectomía obstétrica		
		No presenta	Si presenta	Valor p
VARIABLES	**Ítems**			
Grupo etario	< 18 años.	7	6	
	19- 35 años.	76	28	0,002
	>35 años.	11	14	
Procedencia	Urbano	82	43	
	Rural	12	5	0,683
Grado académico	Primaria	19	10	
	Secundaria	53	33	0,163
	Técnico – superior	22	5	

Fuente: base de datos.

En la tabla 7, se aplicó la prueba estadística chi2, encontrándose significancia estadística (valor p=<0,05), lo cual indica rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna. La variable grupo etario presento asociación con los casos de histerectomía dentro del estudio (valor p =0,002). Las variables grado académico y procedencia no presentaron asociación significativa.

Tabla 8

Relación entre el factor obstétrico y la histerectomía obstétrica

		Histerectomía obstétrica		
		No presenta	Si presenta	Valor p
VARIABLES	**Ítems**			
Edad gestacional				0,710
	< 37 ss.	19	7	
	37 a 40 ss.	71	39	
	41 a 42 ss.	4	2	
Control prenatal	< de 6 CPN	75	32	
	> o = De 6 CPN.	19	16	0.086
Paridad	Primípara	21	13	
	Multípara	55	32	
	Gran multípara	18	3	0,121
Periodo	< o = de 2 años.	9	17	
Intergenésico	> De 2 años.	85	31	
				0.923
Finalización de	Vía vaginal	24	14	
parto	Vía cesárea	70	34	0.735
Cesárea previa	No presenta	52	33	
	Si presenta	42	15	0,056

Fuente: base de datos.

En la tabla 8, se aplicó la prueba estadística chi2, encontrándose significancia estadística (valor p=<0,05) lo cual nos indica rechazar la hipótesis nula y aceptar nuestra hipótesis alterna. Las variables como la edad gestacional, el periodo Intergenésico, los controles prenatales, paridad, tipo de finalización del parto y Cesárea previa no presentaron asociación significativa.

Tabla 9

Relación entre el factor patología previa y la histerectomía obstétrica

		Histerectomía obstétrica		
		No presenta	**Si presenta**	**Valor p**
VARIABLES	**Ítems**			
Hipertensión	No presenta	83	46	
	Si presenta	11	2	0.141
Preeclampsia	No presenta	84	20	0.001
	Si presenta	10	28	
Eclampsia	No presenta	85	47	
	Si presenta	9	1	0.099
Corioamnionitis	No presenta	81	44	
	Si presenta	13	4	0.340
HELLP	No presenta	91	43	
	Si presenta	3	5	0,208

Fuente: base de datos.

En la tabla 9, se aplicó la prueba estadística chi2, encontrándose significancia estadística (valor p=<0,05) lo cual indica rechazar nuestra hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna. La variable preeclampsia (p=0,001) presenta asociación con los casos de histerectomía obstétrica dentro del estudio. Las variables como la hipertensión gestacional, la eclampsia, el síndrome de HELLP y la corioamnionitis no presentaron asociación.

Tabla 10

Relación entre las complicaciones intraoperatorias y la histerectomía obstétrica

		Histerectomía obstétrica		
		No presentaron	Si presentaron	Valor p
VARIABLES	**Ítems**			
Acretismo	No presenta	86	36	
	Si presenta	8	12	
				0,016
Atonía uterina	No presenta	5	13	
	Si presenta	89	35	0,028
Rotura uterina	No presenta	92	35	
				0,026
	Si presenta	2	13	
Mioma coexistente	No presenta	90	46	
	Si presenta	4	2	0.336

Fuente: base de datos.

En la tabla 10, se aplicó la prueba estadística chi2, encontrándose significancia estadística (valor p=<0,05) lo cual indica rechazar nuestra hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna. La variable acretismo (0,016), la variable atonía uterina (valor p= 0,028) y rotura uterina (p=0,026) presentaron asociación con los casos de histerectomía dentro del estudio. El mioma uterino no presento asociación con la presencia de histerectomía.

Tabla 11

Característica de la histerectomía obstétrica

Dimensión	VARIABLES	Ítems	N	%
Tipo de histerectomía	Histerectomía total	Presenta	13	27,08
	Histerectomía subtotal	Presenta	35	72,91

Fuente: base de datos.

En la tabla 11, se pudo apreciar las siguientes características: la histerectomía subtotal se hizo presente con un 72,91% y la histerectomía total con un 27,08%.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Primera. Existen factores relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el hospital amazónico de Yarinacocha, periodo 2018 – 2022.
- Segunda. Existe la presencia de factores de tipo sociodemográfico que se relacionaron de forma significativa con la variable histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el hospital amazónico de Yarinacocha, periodo 2018 – 2022. Como la edad entre 19 a 35 años con un 73.24% que obtuvo un valor de p = 0,002.
- Tercera. No existe la presencia de factores de tipo obstétrico que se relacionaron de forma significativa con la variable histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el hospital amazónico de Yarinacocha, periodo 2018 – 2022. Ya que presentaron un valor de p > 0,05 lo cual indica aceptar nuestra hipótesis nula.
- Cuarta. Existe la presencia de patologías previas que se relacionaron de forma significativa con la variable histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el hospital amazónico de Yarinacocha, periodo 2018 – 2022. Como la preeclampsia con un 26.76% que obtuvo un valor de p = 0.001.
- Quinta: Existe la presencia de complicaciones intraoperatorias que se relacionaron de forma significativa con la variable histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el hospital amazónico de Yarinacocha, periodo 2018 – 2022. Siendo la atonía uterina la principal causa de histerectomía obstétrica con 87,32% y un valor de p = 0.028, seguido del acretismo placentario con 14,08% con un valor de p = 0.016 y la rotura uterina con 10,56% y un valor de p = 0.026.

5.2 Recomendaciones

- Para un mejor seguimiento de los casos, se recomienda realizar estudios tipo cohorte. y todos los profesionales de la salud estar preparados para detectar oportunamente factores de riesgo en las gestantes que puedan conllevar a una hemorragia y así evitar la histerectomía obstétrica.
- Para mejorar la calidad de la atención obstétrica y por ende la salud materna, se recomienda realizar capacitación y evaluación continua al profesional de salud.
- Para comprender mejor la situación actual de este procedimiento y para poder abordar este problema de manera efectiva, se propone realizar investigaciones a nivel nacional.
- Para reducir el impacto que pueda tener en sus vidas, también se recomienda la implementación de terapias psicológicas para las pacientes que han sufrido histerectomía obstétrica.
- Capacitación permanentemente al profesional de salud en emergencias obstétricas particularmente en el manejo de la clave roja debido a que es una de las principales causas de muertes maternas, el mismo que se evidenció en el presente estudio con un 87,32% de atonías uterinas y que fue la principal causa de histerectomía obstétrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Punina Melanie, Paredes Allison, Modumba-Martinez Josselyn de Lourdes, Ramos-Villacís Ruth Alexandra. Histerectomía en la obstetricia: Complicaciones antes y después del embarazo, Sana Ana de Coro, Venezuela, 2022[citado el 18 de octubre de 2023]; Disponible en. http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v6i3.2234

2. OMS. Mortalidad materna [Internet]. Who.int. [citado el 5 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

3. Icaza-De Luca Analy Nicholle, Castro-Silva Ángel Daniel. Factores de riesgo asociados a histerectomía de emergencia en el Hospital Martín Icaza período 2020-2021. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina, 2022. Disponible en: https://repositorio.ug.edu.ec/items/50d828ce-c8e7-4936-aea8-74c0fe4222a0

4. Ronceros-Santa Cruz Josabel M. Factores de riesgo relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes postcesareadas atendidas en el Hospital Santa Rosa durante los años 2014 – 2017. Universidad Ricardo Palma; 2020. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2979

5. Vega-M. Genaro, Bautista-G. Luis Nelson, Rodríguez-N. Lucia Denice, Loredo-A. Fátima, Vega-M. Jesús, Becerril S. Alma et al. Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. Revista chilena de Obstetricia-Ginecología. [Internet]. 2017 Nov; 82(5): 526-533. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717752620170005

6. Murga-López Luis Alberto, Izaguirre-Lucano Héctor, Carpio-Guzmán Luis et al. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Ginecología. Instituto Nacional Materno Perinatal. Perú, 2020. Histerectomía Abdominal; 265 – 269. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/12076/Factores_PereiraDocumet_Gabriela.pdf?sequence=1

7. Hernández-Martinez Carlos. Caracterización de pacientes que requirieron histerectomía obstétrica de urgencia. Cienfuegos, 2013-2015. Medisur. 2018;16(2):301-322. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81603

8. Alvarez-Catacora Gabriela Andrea. Factores de riesgo ginecoobstetricos relacionados a histerectomía obstétrica en mujeres con hemorragia postparto en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2014-2022. Universidad Ricardo Palma; 2023. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/6925

9. Ruiz-Estrada Elena María. Perfil epidemiológico de la paciente con histerectomía obstétrica en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer SESEQ en el periodo enero 2017-junio 2018. 2023alvarez c aal. Disponible en: https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/9408

10. Altamirano-Enciso Jackelyne. Factores de riesgo relacionados a histerectomía obstétrica en el hospital nacional Arzobispo durante los años 2017 – 2019. Universidad Privada San Juan Bautista; 2023. Disponible en: https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/3023

11. Medina-Tineo, Yasmine Luz. Factores asociados para histerectomía obstétrica en mujeres de un Hospital Nivel II de La Libertad. 2011- 2021. Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/87911

12. Diaz-Chamoli M. Histerectomía obstétrica de emergencia: características Hospital II 1 MINSA Moyobamba julio 2012 a junio 2018. Universidad de San Martín de Porres; 2022. Disponible en: https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3288266

13. Villavicencio-Cuenca Rocio Manuela. Factores predisponentes a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Amazónico, Pucallpa en el año 2017. Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2019. Disponible en: https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/5579

14. Solsol-García, María Esperanza. Histerectomía Obstétrica En Gestantes Atendidas En El Hospital Amazónico De Yarinacocha Periodo 2013 - 2017. 2018. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UAPI_a3db5ac7b7d04f219168d3bcc22db2b9

15. Pérez-Sedano, Doris Elizabeth. Características sociodemográficas y obstétricas de puérperas que requirieron histerectomía de emergencia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, 2019 - 2021. Universidad Nacional de Ucayali; 2023. Disponible en: http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/5985

16. Sornoza-Zavala Raúl, Ordóñez-Betancourth Manuel Adrián, Velásquez-Pazmiño Norka Johanna, Espinoza Intriago MR. Hemorragias obstétricas. RECIAMUC [Internet]. 2jun.2022 [citado 9nov.2022];6(2):287-95. Available from: https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/857

17. Ramos-Gutiérrez. Mortalidad materna, ¿cambiando la causalidad el 2021?. Rev. Perú. Ginecología obstetricia. [Internet]. 2022 Ene [citado 2022 Nov 09] ; 68(1): 00018. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322022000100018&lng=es.

18. Hernández-Morales Mayra Alejandra, García-De la Torre Jose Ignacio. Factores de riesgo de hemorragia obstétrica. Ginecológica Obstetricia Mex. 2016 dic;84(12):757-764

19. Calvo-Aguilar O., Vásquez-Martínez J., Hernández-Cuevas J. Histerectomía obstétrica en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca, México. Rev Chilena Obstetricia Ginecológica 2016; 81(6): 473 - 479 18

20. Pérez Sánchez, A. y Donoso Siña, E. Obstetricia. Obstetricia 4ta edición. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. 2004, Chile. Disponible en: https://toaz.info/doc-view-3

21. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2007). Fundamentos de Obstetricia.

22. Cunningham G, Kenneth J, Steven L.Bloom, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Catherine Y. Spong. Williams Obstetricia. 25 ed. Buenos Aires: Editorial MC GRAW HILL 2019.

23. Pereira-Document, Gabriela Del Pilar. Factores De Riesgo Relacionados A La Presencia De Histerectomía En Mujeres Fértiles Atendidas En El Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2021. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/12076/Factores_PereiraDocumet_Gabriela.pdf;jsessionid=CA2D6AE071214F105349420DB5DEB66B?sequence=1

24. Rafael Orestes Vanegas Estrada; Avelina Sotolongo Falero; Ana Maria Suarez Reyes; Milagros Muñiz Rizo. Histerectomía obstétrica de urgencia. Rev cubana obstet ginecol. Sep. 2009 vol35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=0138-600X&lng=es&nrm=iso

ANEXOS

Anexo 1

Matriz de consistencia de la investigación

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Problema principal ¿Cuáles son los factores relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, periodo 2018 – 2022? Problemas específicos ¿Cuál es la relación entre los factores obstétricos y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, periodo 2018 – 2022? ¿Cuál es la relación entre las patologías previas y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, periodo 2018 – 2022? ¿Cuál es la relación entre las complicaciones intraoperatorias y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, periodo 2018 – 2022?	Objetivo General Determinar los factores relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo 2018 – 2022. Objetivos Específicos Identificar la relación entre los factores obstétricos y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Periodo 2018 – 2022. Identificar la relación entre las patologías previas y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo 2018 – 2022. Identificar la relación entre las complicaciones intraoperatorias y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Periodo 2018 – 2022.	Hipótesis General Hi: Existen factores relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Periodo 2018 – 2022. Ho: No existen factores relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Periodo 2018 – 2022. Hipótesis Específicas Hi1. Existe relación entre los factores obstétricos y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Periodo 2018 – 2022. Hi2. Existe relación entre las patologías previas y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Periodo 2018 – 2022. Hi3. Existe relación entre las complicaciones intraoperatorias y la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Periodo 2018 – 2022.	Variable Independiente (V1): Factores relacionados Variable Dependiente(V2): Histerectomía obstétrica

Anexo 2
Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
Carretera Federico Basadre Km 6200 - Pucallpa - Ucayali

N° de historia clínica. ……..

1. **Características generales:**

Edad Materna
- < 18 años. ( )
- 19- 35 años. ( )
- >35 años. ( )

Procedencia
- Urbano. ( )
- Rural. ( )

Grado De Instrucción
- Primaria. ( )
- Secundaria. ( )
- Superior universitario/técnico. ( )
- Iletrada. ( )

2. **Características Obstétricas**
   - Formula obstétrica: G_P_ _ _ _
   - Edad gestacional. ……
   - Control prenatal: < de 6 CPN. ( ) > De 6 CPN. ( )
   - Periodo Intergenésico: < de 2 años. ( ) > De 2 años. ( )
   - Tipo De Finalización De Parto: vía vaginal. ( ) Vía cesárea. ( )
   - Cesárea previa: SI ( ) NO ( )

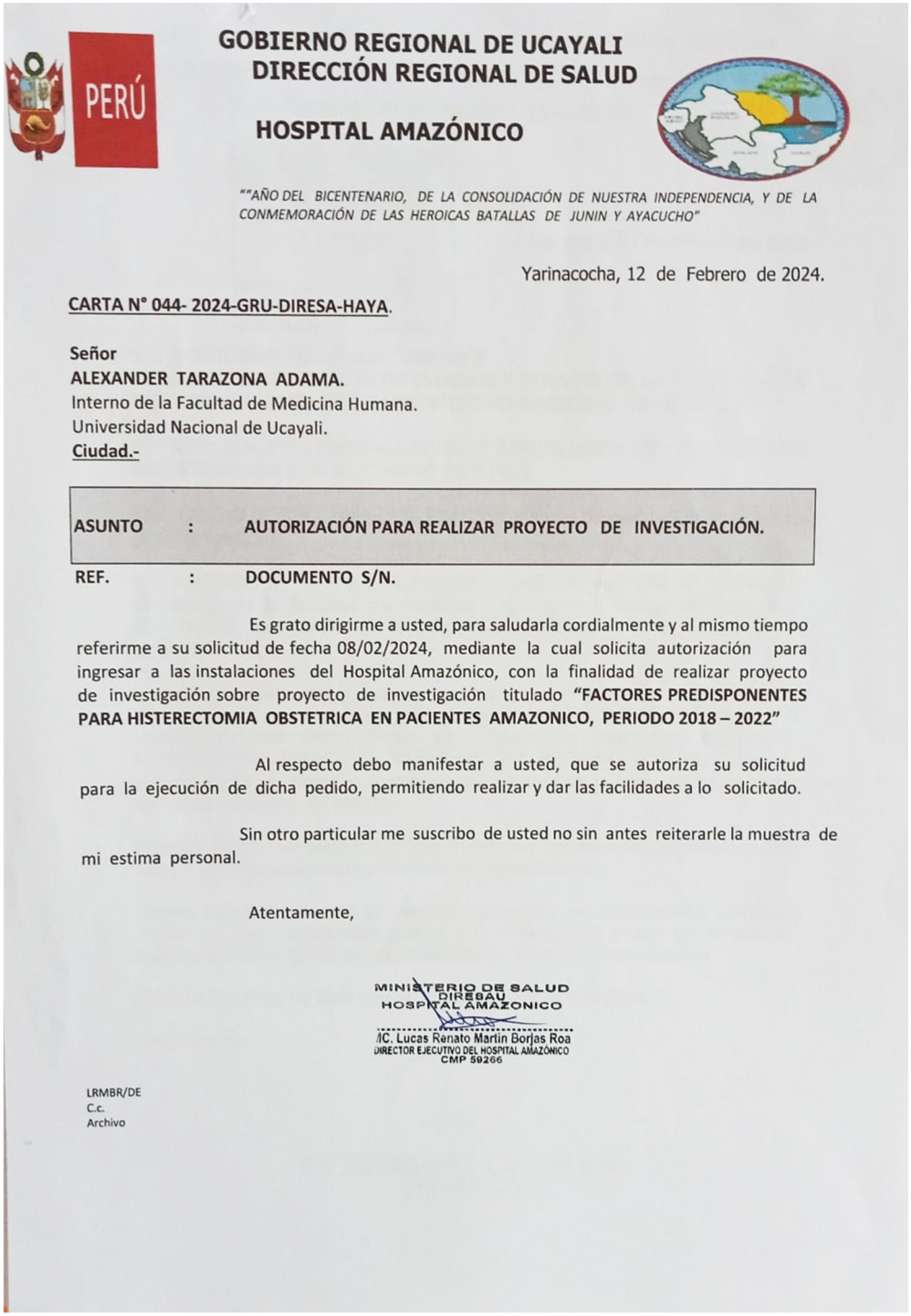
Patologías previas:
- Hipertensión gestacional. SI ( ) NO ( )
- Preeclampsia. SI ( ) NO ( )
- Eclampsia. SI ( ) NO ( )
- HELLP. SI ( ) NO ( )
- Corioamnionitis SI ( ) NO ( )

3. **Complicaciones intraoperatorias**

- Acretismo placentario SI ( ) NO ( )
- Atonía uterina SI ( ) NO ( )
- Rotura uterina SI ( ) NO ( )
- Mioma coexistente SI ( ) NO ( )

4. **Características De La Histerectomía Obstétrica**
   - Histerectomía total. ( )
   - Histerectomía parcial. ( )
   - Motivo de la histerectomía. ……

Anexo 3
Autorización para la aplicación de instrumento



GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

HOSPITAL AMAZÓNICO

""AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

Yarinacocha, 12 de Febrero de 2024.

CARTA N° 044- 2024-GRU-DIRESA-HAYA.

Señor
ALEXANDER TARAZONA ADAMA.
Interno de la Facultad de Medicina Humana.
Universidad Nacional de Ucayali.
Ciudad.-

ASUNTO	:	**AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.**
REF.	:	**DOCUMENTO S/N.**

Es grato dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y al mismo tiempo referirme a su solicitud de fecha 08/02/2024, mediante la cual solicita autorización para ingresar a las instalaciones del Hospital Amazónico, con la finalidad de realizar proyecto de investigación sobre proyecto de investigación titulado **"FACTORES PREDISPONENTES PARA HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN PACIENTES AMAZONICO, PERIODO 2018 – 2022"**

Al respecto debo manifestar a usted, que se autoriza su solicitud para la ejecución de dicha pedido, permitiendo realizar y dar las facilidades a lo solicitado.

Sin otro particular me suscribo de usted no sin antes reiterarle la muestra de mi estima personal.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
DIRESAU
HOSPITAL AMAZONICO
MC. Lucas Renato Martin Borjas Roa
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL AMAZÓNICO
CMP 59266

LRMBR/DE
C.c.
Archivo

Anexo 4

Prueba de coeficiente de correlación de Kendall

NUMERO DE PROFESIONALES	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9
Experto N°1 Gineco-obstetricia: Jorge Isaac Silva Reategui	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Experto N°2 Gineco Obstetra: Cesar Becerra Rojas	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Experton°3 Gineco Obstetra: Reynaldo Mitma Vasquez	4	4	5	5	5	4	4	4	5
TOTAL	14	14	15	15	15	14	14	14	15
Promedio	4.6	4.6	5	5	5	4.6	4.6	4.6	5

Cuando la concordancia de Kendall tiende a acercarse al 0 se representa como ausencia de concordancia. Si la concordancia de Kendall se aproxima a 1 existe presencia de concordancia en la evaluación emitida por los expertos.

$$\textbf{PRUEBA DE CORRELACION W KENDALL} = \frac{\text{SUMATORIA } (Ri - R)^2}{N(N^2-1) / 12}$$

$$\textbf{PRUEBA} = \frac{(4,6 - 4,7)^2 + (4,6 - 4,7)^2 + (5 - 4,7)^2 + (5 - 4,7)^2 + (5 - 4,7)^2 + (4,6 - 4,7)^2 + (4,6 - 4,7)^2 + (4,6 - 4,7) + (5 - 4,7)^2}{3(3^2 - 1) / 12}$$

PRUEBA DE KENDALL= 0,41/2= 0,205

Anexo 5
Ficha de validación técnica del instrumento - Promedio de valoración

NUMERO DE EXPERTOS	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Promedio
Experto N°1	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100%
Experto N°2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100%
Experto N°3	80	80	100	100	100	80	80	80	100	88.8%

$$\textbf{Promedio de valoración} = \frac{\text{SUMATORIA DE PROMEDIOS}}{\text{NUMERO DE EXPERTOS}}$$

$$\textbf{Promedio de valoración} = \frac{100\% + 100\% + 88{,}8\%}{3}$$

$$\textbf{Promedio de valoración} = \frac{280{,}8\%}{3}$$

Promedio de valoración: 96,26%

Universidad Nacional de Ucayali

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO – APROBACIÓN POR EXPERTOS

INFORME DE OPINION DEL EXPERTO

I. DATOS GENERALES

I.1 Apellidos y nombre del Informante: Jorge Isaac Silva Reategui

I.2 Cargo e institución donde labora: Gineco Obstetra

I.3 Tipo de experto: Metodólogo ☐ Especialista ☒

Estadístico ☐

I.4 Autor(a) del instrumento: _____

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy bueno 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulada con un lenguaje claro					✓
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuesta					✓
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances, la teoría sobre la relación entre las variables.					✓
ORGANIZACIONAL	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					✓
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para determinar las variables del estudio.					✓
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos					✓
COHERENCIA	Entre los índices de indicadores					✓
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación					✓

I. OPINION DE LA APLICABILIDAD

II. PROMEDIO DE VALORACION

Firma: _____

MINISTERIO DE SALUD
DIRESA - GRU
HOSPITAL AMAZÓNICO
JORGE ISAAC SILVA REATEGUI
GINECO-OBSTETRA

Universidad Nacional de Ucayali

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO – APROBACIÓN POR EXPERTOS

INFORME DE OPINION DEL EXPERTO

I. DATOS GENERALES

I.1 Apellidos y nombre del Informante: Cesar Becerra Rojas

I.2 Cargo e institución donde labora: Gineco obstetra

I.3 Tipo de experto: Metodólogo ☐ Especialista ☒

Estadístico ☐

I.4 Autor(a) del instrumento: _____

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy bueno 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulada con un lenguaje claro					✓
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuesta					✓
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances, la teoría sobre la relación entre las variables.					✓
ORGANIZACIONAL	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					✓
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para determinar las variables del estudio.					✓
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos					✓
COHERENCIA	Entre los índices de indicadores					✓
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación					✓

I. OPINION DE LA APLICABILIDAD

II. PROMEDIO DE VALORACION

Firma: _____

MINISTERIO DE SALUD DIRESA-UCAYALI HOSPITAL AMAZÓNICO

CESAR BECERRA ROJAS
MÉDICO GINECO-OBSTETRA
C.M.P.N° 814 R.N.E. N° 7150

Universidad Nacional de Ucayali

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO – APROBACIÓN POR EXPERTOS

INFORME DE OPINION DEL EXPERTO

I. DATOS GENERALES

I.1 **Apellidos y nombre del Informante:** Reinaldo G. Mitma Vasquez

I.2 **Cargo e institución donde labora:** Gineco obstetra

I.3 **Tipo de experto: Metodólogo** [ ] **Especialista** [X]

Estadistico [ ]

I.4 **Autor(a) del instrumento:** _____

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy bueno 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulada con un lenguaje claro				X	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuesta				X	
ACTUALIDAD	Esta de acuerdo con los avances, la teoría sobre la relación entre las variables.					X
ORGANIZACIONAL	Existe una organización lógica y coherente de los ítems					X
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para determinar las variables del estudio				X	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos				X	
COHERENCIA	Entre los índices de indicadores				X	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación					X

I. OPINION DE LA APLICABILIDAD

II. PROMEDIO DE VALORACION

Firma:

REINALDO G. MITMA VASQUEZ
MEDICO CINECO OBSTETRA
CMP N° 25453 - RNE 16162

Anexo 6

Oficio de aprobación de proyecto de investigación por el comité de grados y títulos de la facultad



"Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la conmemoración de Heroicas Batallas de Junin y Ayacucho"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
COMISIÓN DE GRADOS Y TÍTULOS

Pucallpa, 29 de Abril del 2024

OFICIO N° 142-2024- UNU- FMH- CGyT

Señor
ALEXANDER TARAZONA ADAMA.
Presente -

ASUNTO : REMITO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APROBADO

Ref. : Oficio N° 068-2024-UNU-FMH-CEI

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente, y en mérito al documento de referencia, el Presidente de la Comisión de Grados y Títulos, le hace llegar su Proyecto de Investigación **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad, para su conocimiento y trámite correspondiente

Titulo del Proyecto: "FACTORES RALACIONADOS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN PACIENTES GINECOLÓGICAS DEL HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCHA, PERIODO 2018 - 2022".

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi consideración y estima

Atentamente,

M.C. Angel Martti Roncal Jiménez
Presidente de la Comisión de Grados y Títulos-FMH

C.c.
AAPT/KGWT
Archivo