

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN-HUANUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA**



TESIS

**FACTORES PREDISPONENTES A
HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO
DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
AMAZÓNICO, PUCALLPA- 2017**

**Para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en Alto
Riesgo en Obstetricia**

TESISTA: Obsta. ROCIO M. VILLAVICENCIO CUENCA

ASESORA: Dra. DIGNA A. MANRIQUE DE LARA SUAREZ

HUANUCO-PERU

2019

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso

*Padre celestial y divina
pureza que guía y bendice
los pasos que doy.*

A mis padres

*Personas ejemplares y pilares en vida
que inculcaron buenos valores en mí.
Por su apoyo, motivación y amor
incondicional en mi formación como
persona y profesional, a quienes debo
y agradezco cada uno de mis logros.*

A mis hijos

*Por los momentos de atención perdidos
En la realización del estudio y valor para
seguir adelante en mi realización
profesional.*

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios el todo poderoso por brindarme la vida y buena salud.

A mis padres quienes me dieron la vida y me permitieron mediante muchos esfuerzos a superarme en mis estudios, con todo el apoyo incondicional que me brindaron.

A mis hijos quienes son el motivo de mi superación y quienes cada día alegran mi existencia.

A la Universidad Hermilio Valdizán de Huánuco por darnos la oportunidad de la segunda especialización.

A mi asesora quien pese a la distancia logro cumplir su trabajo en la culminación de la asesoría de este trabajo de investigación.

INDICE

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	vi
Abstract	vii
Introducción	viii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Fundamento del problema	9
1.2. Formulación del problema: General y Específicos	10
1.3. Objetivos: General y Específicos	11
1.4. Justificación e importancia	12
1.5. Limitaciones	12
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	13
2.1.1 Internacionales	13
2.1.2 Nacionales	16
2.1.3 Locales	18
2.2. Bases Teóricas	19
2.3. Definición de términos básicos	26
CAPITULO III: ASPECTOS OPERACIONALES	
3.1. Hipótesis: General y Específicas	27
3.2. Sistema de Variables-Dimensiones e Indicadores	27
3.3. Operacionalización de variables	28
CAPITULO IV: MARCO METODOLÓGICO	
4.1. Ámbito de estudio	29
4.2. Tipo de Investigación	29
4.3. Diseño de Investigación	29
4.4. Población	30
4.5. Muestra	30
4.6. Fuentes, Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
4.7. Técnica de recolección, procesamiento, análisis de datos y	31

presentación de datos

CAPITULO V: RESULTADOS

5.1. Resultados 33

5.2. Discusión 41

5.3. Conclusión 43

5.4. Recomendación 44

VI. Referencias Bibliográficas 45

Anexos

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores predisponentes a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Amazónico en el año 2017. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo correlacional de corte transversal y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 31 gestantes atendidas que culminaron en histerectomía. La técnica utilizada fue el análisis documental y el instrumento fue la Ficha de Recolección de Datos. El estadígrafo utilizado fue el Chi cuadrado. **RESULTADOS:** De las características generales y obstétricas: mayoritariamente: edad 20-24 años (29%), estado civil conviviente (83.80%, grado de instrucción secundaria incompleta (32.20%), ama de casas (96.7%), residencia urbana (48.4%); multigestas (48.4%), con ecografía obstetricia (93.3%, con atención prenatal (96.7%). Enfermedades durante el embarazo: mayoritariamente: anemia leve (29%) y severa (13%), e infecciones del tracto urinario (19.3%). Complicaciones obstetricias: preeclampsia leve (13%) y preeclampsia severa (16.10%). Factores maternos predisponentes a histerectomía: atonía uterina (64.5%) y acretismo placentario (29%). **CONCLUSIONES:** Se acepta la Hi, que afirma: los factores maternos predisponen significativamente a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de ginecobstetricia del hospital Amazónico -2017.

PALABRAS CLAVE: factores maternos, histerectomía, paciente atendida

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the predisposing factors to obstetric hysterectomy in patients treated in the Gynecology Obstetrics service of the Amazon Hospital in 2017. **MATERIAL AND METHODS:** Correlational descriptive study of cross-sectional and retrospective. The sample consisted of 31 pregnant women who had a hysterectomy. The technique used was the documentary analysis and the instrument was the Data Collection Sheet. The statistician used was Chi square. **RESULTS:** Of the general and obstetric characteristics: mostly: age 20-24 years (29%), cohabiting marital status (83.80%, degree of incomplete secondary education (32.20%), housewife (96.7%), urban residence (48.4 %); multigests (48.4%), with obstetric ultrasound (93.3%, with prenatal care (96.7%). Diseases during pregnancy: mostly: mild (29%) and severe anemia (13%), and urinary tract infections (19.3%) Obstetric complications: mild preeclampsia (13%) and severe preeclampsia (16.10%) Maternal factors predisposing to hysterectomy: uterine atony (64.5%) and placental accretion (29%) **CONCLUSIONS:** It is accepted, which states : Maternal factors predispose significantly to obstetric hysterectomy in patients treated in the gynecobstetrics service of the Amazon Hospital -2017.

KEY WORDS: maternal factors, hysterectomy, patient attended

INTRODUCCION

La hemorragia obstétrica ha sido una de las principales causas de histerectomía obstétrica alternativa en situaciones donde las medidas conservadoras no logran detener la hemorragia postparto.

El periodo que sucede al parto y las primeras horas del posparto se consideran cruciales para la prevención, el diagnóstico y el manejo del sangrado, ya que una hemorragia severa puede tornarse con rapidez en una amenaza de muerte.

La investigación se centró al análisis de los resultados de los factores maternos que predisponen a la histerectomía obstétrica como alternativa de emergencia postparto; desarrollándose en 5 capítulos:

El primer capítulo referido al problema de la investigación, donde se describe y formula el problema general y los específicos; así como también se describen los objetivos, la hipótesis de estudio, variables, justificación del estudio, viabilidad y limitaciones.

El segundo capítulo corresponde al marco teórico donde se presentó los antecedentes de estudio, las bases teóricas y definiciones conceptuales.

El tercer se refiere a los aspectos operacionales.

El cuarto el marco metodológico, donde se especifica el tipo y diseño de investigación, la población y la muestra de estudio, los instrumentos y técnicas de recolección y procesamiento de datos.

En el quinto Capítulo se refiere a los resultados con su respectivo análisis e interpretación, discusión, conclusiones y sugerencias según objetivos planteados.,

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del Problema

La histerectomía obstétrica es una intervención que, generalmente se usa, ante complicaciones severas o falla de otros métodos, como último recurso para salvar vidas. Representa un dilema tomar la decisión entre terminar con la reproducción de la paciente o poder salvar su vida, procedimiento que se usa desde hace muchas décadas.¹

La posibilidad de perder el útero es más frecuente en los partos por cesárea que en los vaginales, ya que el 0.49% de las cesáreas terminan en histerectomía ya sea en el mismo acto operatorio o posteriormente (puerperio), a diferencia de solo el 0.09% de los partos vaginales.²

La incidencia de histerectomías obstétricas se han incrementado ligeramente, en la actualidad por el incremento de intervenciones quirúrgicas uterinas por cesáreas previas que favorecen la placentación anormal, por lo que para evitar esta grave complicación, que pone en riesgo la vida de la madre, es necesario un buen control prenatal y pensar en esta complicación ante pacientes con factores de riesgo.³

Las principales indicaciones son las complicaciones que provocan hemorragia, como: trastornos placentarios (placenta previa o acreta), atonía, rotura uterina y procesos infecciosos. Es importante señalar que la probabilidad de histerectomía aumenta, incluso, 10 a 12 veces cuando existen antecedentes de cesárea.^{4,5}

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se producen cerca de 14 millones de casos de hemorragias asociadas al embarazo y al menos 128,000 de estas mujeres se desangran y mueren. La mayor parte de estos fallecimientos ocurren

dentro de las cuatro primeras horas posparto. Es así que, la razón de mortalidad materna reportada al 2016 en Perú fue de 93, cifras elevadas que corresponde a mortalidad materna alta.⁶

La causa más común de la hemorragia grave que prosigue al posparto es la atonía uterina. Otros factores que también son causa directa de este sangrado excesivo son la placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.⁷

El periodo que sucede al parto y las primeras horas del posparto se consideran cruciales para la prevención, el diagnóstico y el manejo del sangrado, ya que una hemorragia severa puede tornarse con rapidez en una amenaza de muerte.

Las causas de histerectomías obstétricas son: la atonía uterina, el acretismo placentario, la ruptura y perforación uterina y los cuadros sépticos puerperales.⁸⁻¹⁰

En el hospital Amazónico, donde se pretende realizar el estudio, el trauma de tejido blando representa la principal etiología de la hemorragia posparto con el 74.5% (79 casos) de pacientes con hemorragia posparto y una incidencia de hemorragia post parto fue de 1.35%,¹⁰ siendo una inquietud conocer los factores que guardan relación directa a histerectomía obstétrica en mujeres atendidas en este nosocomio, que de una forma u otra afectara su salud sexual y reproductiva.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. General

¿Cuáles son los factores maternos predisponentes que se relacionan a la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Amazónico en el año 2017?

1.2.2. Específicos

1. ¿Cuáles son las características obstétricas de las pacientes en estudio que terminan en histerectomía obstétrica en el Hospital

Amazónico?

2. ¿Qué enfermedades durante el embarazo presentaron las pacientes en estudio que terminan en histerectomía?
3. ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas durante el embarazo de las pacientes en estudio que terminan en histerectomía?
4. ¿Cuáles son los factores maternos predisponentes que se relacionan a la histerectomía obstétrica de las pacientes en estudio en el Hospital Amazónico?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores maternos predisponentes que se relacionan a la Histerectomía Obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Amazónico en el año 2017.

1.3.2. Específicos

1. Conocer las características obstétricas de las pacientes en estudio que terminan en histerectomía.
2. Valorar la presencia de enfermedades durante el embarazo de las pacientes en estudio que terminan en histerectomía.
3. Valorar las complicaciones obstétricas durante el embarazo de las pacientes en estudio que terminan en histerectomía.
4. Identificar los factores maternos predisponentes que se relacionan a la histerectomía obstétrica de las pacientes en estudio.

1.4. Justificación e Importancia

1.4.1. Justificación

Por su implicancia práctica y relevancia social, porque, la presencia de histerectomía obstétrica como un procedimiento que potencialmente busca preservar la vida de una mujer, y la hemorragia posparto incoercible es la causa directa para su realización, usualmente es efectuada como último recurso en el manejo de una

hemorragia obstétrica masiva toda vez que la mayoría de las muertes maternas ocurren dentro de las 24 horas posteriores al parto, siendo la causa más frecuente el sangrado excesivo.

Por su aporte teórico, corrobora los principios teóricos y los estudios previos sobre las causas o factores que lo predisponen.

1.4.2. Importancia

Los resultados obtenidos del presente estudio permiten enriquecer los conocimientos previos y consecuentemente adoptar una actitud positiva en la atención de la salud reproductiva y conducta obstétrica apropiada con bases científicas ayudando a brindar una mejor atención en el binomio madre-bebe y preservando la vida de la madre.

1.5. Limitaciones

Para el desarrollo del presente estudio, fue la demora en la aprobación del proyecto y la aceptación para su ejecución en la institución de estudio.

Otra limitación fueron historias clínicas con datos incompletos que no permitió tener una muestra mayor.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios

2.1.1. Antecedentes Internacionales

1. Vega M. Genaro y Col. (México, 2017). En la investigación sobre *Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México*; con resultados durante el periodo de estudio, se atendieron 37 308 eventos obstétricos, efectuándose histerectomía obstétrica a 153 pacientes que representan el 0.57%, es decir, una HO por cada 243 embarazos. La edad promedio de quienes se les efectuó la histerectomía fue de 34 años de edad, siendo más frecuente en el grupo de mayores de 35 años, que habían tenido dos o tres embarazos previos. El antecedente de cesárea previa fue del 69.2%. La vía de interrupción del embarazo actual fue de cesárea en el 72.1%. La principal indicación fue la atonía uterina en 51 casos (33.3%). La complicación más frecuente fue la anemia aguda en el 83%. Hubo 1 muerte materna (0.6%); concluyendo que la Histerectomía obstétrica es una cirugía de urgencia, por lo que se deben de identificar durante el control prenatal los factores asociados a las principales indicaciones de esta complicación. ¹²

2. Calderón Vallejos, Tamauritania Belén (Nicaragua, 2015). En la investigación sobre *Comportamiento epidemiológico de la operación histerectomía obstétrica en el hospital Alemán Nicaraguense, Managua enero 2013 –diciembre 2014*; La mayoría de pacientes tenían entre 20-34 años, urbanos, multigestas, embarazos a término y CPN insuficiente. Más del 50% tenían una cesárea anterior. La principal indicación de la histerectomía obstétrica en el presente estudio fueron la

hemorragia postparto (atonía uterina) con el 56%, seguido de la Endometriometritis en un 20% y el acretismo placentario con un 13%. En cuanto a la vía de terminación del embarazo el 80% fueron cesáreas, y 20% partos vaginales. De las cuales el 51% fueron cesáreas de emergencias. El 93.2 % de las pacientes fueron remitidas a un servicio de cuidados intensivos y 2 de las pacientes fallecieron por diversas causas en su estancia. En 28,8 % se presentaron complicaciones post histerectomía de las cuales la más frecuente fue la anemia, y el shock. y un 76,3% de las pacientes requirió transfusión de glóbulos rojos. Se recomienda Insistir en la captación precoz al control prenatal, disminuir el índice de cesárea a nivel hospitalario, y promover la aplicación de protocolos de manejo de hemorragia post parto, orientados al manejo conservador, tales como ligadura de las hipogástricas, sutura de B-Lynch y embolización arterial selectiva.¹³

3. Montoya, Claudia y Claudino, Carlos (Honduras, 2014). En el estudio sobre “Histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital Regional de occidente: incidencia y factores asociados”; los resultados fueron: La Frecuencia de HO en los cinco años fue de 0.11% en un total 36 HO en 31,898 eventos obstétricos. Las características obstétricas relevantes fueron: el 72% de las pacientes tenían historia de cesárea, en el 56% de los casos se practicó una cesárea -histerectomía, el 62% de las HO practicadas en el puerperio fue posterior a una cesárea, el riesgo de HO cesárea vrs. parto fue de OR 11.78 (4.78 – 29.76), IC 95%, p 0.00000000, las tres principales indicaciones fueron rotura uterina, atonía uterina y acretismo placentario; el 64% de las pacientes habían sido manipuladas por un médico previo al ingreso al hospital, multíparas en más del 50% de los casos, el 53% sin control prenatal, la mitad de los casos consumieron cuatro unidades de sangre o más, las complicaciones más frecuentes fueron anemia,

infección respiratoria y lesión de la vía urinaria y la letalidad fue del 6%, inferior a la observada en otros países de Latinoamérica.

14

- 4. Núñez Rodríguez, José Juan (México, 2014).** Realizo el estudio sobre “*Factores de riesgo para histerectomía obstétrica y complicaciones de la misma en el Hospital de la mujer Zacatecana en el periodo en el periodo 01 de marzo del 2008 al 30 de octubre 2013*”; con resultados: que las principales indicaciones de la histerectomía fueron la atonía uterina (66 por ciento), acretismo placentario (14.2 por ciento) y desgarros o traumas obstétricos (7.5 por ciento). Los factores de riesgo encontrados en el estudio corresponden al antecedente de cirugía uterina previa, incluyendo la operación cesárea además de la multiparidad y la placenta previa, sin embargo, hay que resaltar que en el 8.5 por ciento de los casos no se logró encontrar ningún factor de riesgo. La hemorragia obstétrica y en consecuencia el choque hipovolémico son las complicaciones más frecuentes que se pueden esperar en este procedimiento quirúrgico y son las que potencialmente ponen en riesgo la vida de la paciente. La mayoría de pacientes en las que se llevó a cabo una histerectomía obstétrica se encontraban entre la tercera y cuarta década de vida. Concluyendo: Reforzar la aplicación de protocolos de manejo de atonía uterina y hemorragia post parto, orientados al manejo conservador. Enfatizar sobre el adecuado llenado de reporte quirúrgico que describa la indicación de la intervención quirúrgica realizada. Se debe mejorar la educación en la mujer en edad reproductiva para enseñar las ventajas de limitar el número de embarazos, especialmente con el antecedente de cesárea previa; la edad recomendada para concebir y llevar un adecuado control prenatal, con la finalidad de detectar precozmente los problemas potenciales. Se debe promover, vigilar y mejorar el manejo activo del tercer periodo para evitar la atonía uterina. ¹¹

5. Suárez González Juan Antonio, Gutiérrez Machado Mario, Corrales Gutiérrez Alexis, Cairo González Vivian, Pérez Viera Susley (Cuba 2012). En la investigación sobre “La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave”; cuyos resultados indica que se realizó una histerectomía obstétrica cada 463 partos. El promedio de edad de las pacientes fue de $33,8 \pm 6,78$ años. El 78,6 % tenía antecedentes de cesárea. Predominó la histerectomía total abdominal en el 63,3 % de la muestra y en 27 pacientes se realizaron ligaduras de las arterias hipogástricas, 38 %. Se requirió el ingreso en la terapia intensiva en un 69 % de las pacientes histerectomizadas. No se reportaron muertes maternas vinculadas con las histerectomías obstétricas en estos tres años en la provincia. Concluyendo: la histerectomía obstétrica es una opción terapéutica asociada a la morbilidad obstétrica extremadamente grave, donde el accionar oportuno, con dominio técnico y cumpliendo las indicaciones pertinentes se convierte en una herramienta que garantiza la vida de muchas pacientes en momentos críticos.¹⁵

2.1.2. Antecedentes Nacionales

1. Ramírez Cabrera J, Cabrera Ramos S, Campos Siccha G, Peláez Chomba M, Poma Morales C. (Lima, 2016). En el estudio sobre *Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 – 2015*; con resultados: donde la tasa de histerectomía obstétrica fue 0,69/1 000. El 82,6% consistió en parto por cesárea (1,94/1 000), OR cesárea/parto vaginal 19,91. El 65,2% fue realizada en multípara de 35 años o menos de edad, 78,2% con control prenatal. Los diagnósticos principales fueron placenta previa (27,5%) y cesárea anterior (15,9%). Las principales indicaciones clínicas para realizar una HO fueron atonía uterina y acretismo placentario (ambas 39,1%). En 47,8% de los casos se

practicó cesárea histerectomía, y la HO supracervical representó el 55%. Ingresó a la unidad de cuidados intensivos el 84%, necesitó transfusión sanguínea el 91,3%. Se reportó complicaciones durante el acto quirúrgico en 18,7%, siendo reintervenida el 15,9%. No hubo muerte materna. Concluyendo que la histerectomía obstétrica (HO), aunque de baja incidencia (0,69/1 000 eventos obstétricos), sigue siendo una circunstancia crítica y mutilante. La cesárea tuvo 19,9 veces más riesgo de histerectomía obstétrica que el parto vaginal (OR: 19,9; IC95%, 8,6 a 46,2). No hubo casos de muerte materna.⁹

2. Rubio Ocampo, Milagros del Rosario (Iquitos, 2015). En la investigación sobre *“Factores de riesgo relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante los años 2011-2014”*, con resultados: Se encontraron 62 casos de Histerectomía obstétrica 44 de ellos se dieron en pacientes que tuvieron cesárea, 15 en pacientes que tuvieron parto eutócico y 3 en pacientes a quienes se les realizó legrado uterino por aborto incompleto. En las pacientes cesareadas sometidas a histerectomía obstétrica se encontró relación relativamente significativa ($\text{Chi}^2= 7.404$; $p=0.0.060$), teniendo como factor de riesgo la paridad (IC al 95%): OR nulíparas - primíparas = 1.49, OR nulíparas - multíparas = 3.2, OR nulíparas – gran multíparas = 2.42; las mujeres con cicatriz de cesárea previa tienen un riesgo 1.63 veces mayor de tener Histerectomía que aquellas sin cicatriz de cesárea previa. (OR= 1.63, IC al 95%); aquella mujer con CPI tiene un riesgo 1.11 mayor a ser histerectomizada que aquella sin atención prenatal; que la gestación pretérmino presentaría 1.49 veces mayor riesgo frente a un embarazo a término. Y a la edad gestacional posttérmino 1.12 veces mayor frente a un embarazo a término. (IC 95%).). Teniendo como factor de riesgo el embarazo multifetal con Histerectomía Obstétrica (OR=3.315, IC 95%) Se encontró como principal

indicación de Histerectomía Obstétrica la Atonía Uterina en 65.9%, en segundo lugar, la miomatosis 6.8%, seguida de Inminencia de Rotura Uterina, Hemorragia, Acretismo Placentario, Útero de Couvelaire, Shock Hemorrágico en 4.5%. Se encontró relación estadísticamente significativa ($\chi^2= 72.854$; $p=0.000$) entre Hemorragia Obstétrica e Histerectomía Obstétrica (OR= 52.071, IC al 95%). Concluyendo que: La histerectomía obstétrica se relaciona con algunos factores clínicos y patologías de la gestación.¹⁶

2.1.3. Antecedentes Locales

- 1. Del Águila Picón, Tessy Gimiko A. (Pucallpa, 2014).** En la investigación sobre “Etiología de la hemorragia posparto en pacientes atendidas en el hospital Amazónico. Periodo 2010-2012”; donde concluye que: el trauma de tejido blandió representa la principal etiología de la hemorragia posparto con el 74.5% (79 casos) de pacientes con hemorragia posparto atendidas en el Hospital Amazónico. La incidencia de hemorragia posparto en el periodo de estudio 2010-2012 fue de 1.35% siendo una cifra por inferior comparado con las fichas nacionales. La característica sociodemográfica que predominó en el estudio fue la nuliparidad y primaridad con el 77.3% La macrosomía fetal representó el principal factor predisponente de la hemorragia posparto en el presente estudio con el 12.3% respectivamente. La anemia representó el factor asociado más significado con el 46.2% de pacientes que la padecieron, debido al alto índice de gestantes que cursan el embarazo con esta patología. La complicación más frecuente en las pacientes atendidas con hemorragia posparto es el desgarro cervical con el 32.1% de casos.¹⁰

2.2. Bases Teóricas

Histerectomía Obstétrica

Es la extirpación del útero tras el nacimiento del niño, tanto si ha nacido por vía vaginal como por vía abdominal ^{17,18}.

Existen dos tipos:

a) **Histerectomía post parto abdominal**

Es una intervención mediante la cual, una vez extraído el feto por histerotomía, se extirpa el útero⁸. No se considera cesárea-histerectomía a la extirpación del útero en bloque con el feto en su interior, que es una intervención rara hoy día. La frecuencia varía de 0.15-1.7/1000 partos.

Indicaciones. Se dividen en indicaciones de urgencia o electivas.

1. De urgencia: en el transcurso de una cesárea y una vez extraído el feto es necesario la histerectomía para solucionar un problema grave. Suele ser total, aunque en algunos casos, por la urgencia del cuadro, puede ser subtotal.

- Rotura uterina de difícil reparación.
- Hemorragia incoercible.
- Prolongación de la incisión histerotomía hasta los vasos uterinos.
- Útero de Couvelaire en abruptio placentae.
- Acretismo placentario.

2. Electivas: son las que se plantean antes de la intervención.

- Carcinoma de cérvix.
- Otros carcinomas genitales.
- Mioma uterino.
- Torsión de útero grávido en grado avanzado.
- Afección uterina no tumoral (adherencias inflamatorias, prolapso uterino)

- Algunos casos de corioamnionitis grave.

b) **Histerectomía postparto vaginal**

Es la que se realiza un tiempo después de acabada la expulsión fetal o después de terminado el alumbramiento. El parto puede haber terminado por vía vaginal o por vía abdominal (en este último caso no es cesárea-histerectomía porque la intervención supone realizar otra laparotomía, es decir, no se realiza en el curso de la cesárea). Está indicado cuando en el alumbramiento es imposible despegar una placenta acreta o en problemas hemorrágicos tras la expulsión de la placenta.

En ambas histerectomías se prefiere realizar una histerectomía total siempre que sea posible para evitar el ulterior desarrollo de un carcinoma de cerviz. Otros defienden la histerectomía subtotal conservando el cuello y el retinaculum uteri porque ofrece mejor sustrato anatómico a las relaciones sexuales. Deben conservarse los ovarios si es posible.

Clasificación de la Histerectomía¹⁷

- **La histerectomía parcial** (o supracervical) es la extirpación de sólo la parte superior del útero. El cuello uterino se deja en su lugar.
- **La histerectomía total** es la extirpación total del útero y del cuello Uterino.
- **La histerectomía radical** es la extirpación del útero, del tejido en ambos lados del cuello uterino (parametrio) y de la parte superior de la vagina. Ésta se hace principalmente cuando hay presencia de algunos tipos de cáncer.

Causas más frecuentes de Histerectomía Obstétrica⁸

Atonía uterina

Es responsable del 50% de las hemorragias del alumbramiento y del 4% de las muertes maternas. Ocurre cuando luego de la salida de la placenta, el útero no se contrae por lo que hay pérdida continua de sangre desde el lugar donde estaba implantada la placenta. Aunque no siempre se encuentran, las causas predisponentes son: embarazo múltiple, hidramnios, macrosomía fetal, multiparidad, parto prolongado, mala dirección del alumbramiento o administración no controlada de oxitócicos.

Las indicaciones de la histerectomía posparto de urgencia son variadas. Sin embargo, la causa principal es la atonía uterina, seguida de anomalías de inserción de la placenta y rotura uterina⁸.

Es raro tener que realizar una laparotomía después de un parto vaginal, normalmente se realiza una histerectomía después de una cesárea. Usualmente han fallado las medidas previas conservadoras como la utilización de oxitócicos, prostaglandinas y ergóticos. Se han de valorar técnicas como la ligadura de arteria uterina u ovárica, ligadura de hipogástricas o suturas de B-Lynch y variantes para preservar la fertilidad, pero no son útiles en pérdidas sanguíneas masivas, en las que se ha de optar por la histerectomía

Retención de placenta

La ausencia del alumbramiento tras un periodo de 15-30 min. Puede deberse:

Encarcelación de la placenta desprendida que permanece en cavidad uterina o parcialmente en vagina, por espasmo del istmo, generalmente por tracciones intempestivas o falta de contracciones uterinas.

Adherencia patológica de la placenta. Las diferentes formas de placentas adherentes tienen una característica básica común: ausencia de decidua basal. Por ello la placenta se adhiere directamente al miometrio. Hay distintos grados de penetración.

Acretismo placentario

El acretismo placentario es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anormalidad

De la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio. Es una de las principales causas de hemorragia obstétrica, principalmente del post parto inmediato, y que condiciona un importante riesgo de morbilidad materna, por la patología misma, como también por el tratamiento aplicado. El principal tratamiento es la histerectomía obstétrica total, debido a su frecuente asociación con placenta previa y cicatrices de cesáreas previas. Este procedimiento es un desafío a las habilidades quirúrgicas del médico obstetra, por lo que es necesario conocer otras alternativas de tratamiento.

Clasificación de acretismo

Existen tres variedades de adherencia anormal de la placenta:

- **Placenta acreta:** es la adherencia anormal de una parte o de la totalidad de la placenta a la pared uterina, sin que las vellosidades coriales penetren el miometrio.
- **Placenta increta:** las vellosidades coriales penetran el miometrio.
- **Placenta percreta:** es la penetración de los elementos coriales hasta sobrepasar la serosa del útero, pudiendo alcanzar órganos vecinos.

Por su extensión se reconocen tres tipos:

- **Focal:** solo involucra pequeñas áreas de la placenta.

- **Parcial:** uno o más cotiledones se involucran en el proceso.
- **Total:** la superficie completa de la placenta esta anormalmente adherida.

Importancia clínica del acretismo placentario

El acretismo placentario puede llevar a hemorragia obstétrica masiva, y como consecuencia alteraciones de la coagulación por pérdida, y por Coagulación intravascular diseminada. La necesidad de realizar histerectomía total, especialmente cuando se asocia a placenta previa e inserta en cicatrices de cesáreas previas, La incidencia de placenta acreta está aumentando, especialmente por la mayor incidencia de operación cesárea

Fisiopatología Se piensa que el acretismo placentario es debido a una ausencia o deficiencia de la capa de Nitabuch, que es una capa de fibrina que se ubica entre la decidua basal y el corion frondoso. Benirschke y Kaufman sugieren que esta situación es consecuencia de una falla en la reconstitución del endometrio/decidua basal, especialmente después de la reparación de una operación cesárea.

Inversión Uterina⁸

Es la invaginación del útero dentro de su propia cavidad. El fondo del útero se invagina en la cavidad y puede descender arrastrando sus paredes, atravesar el cuello y asomar por vulva⁸. Luego de ocurrir esto, con frecuencia el cuello y el segmento uterino inferior forman un anillo de constricción que fija la porción invertida ocasionando edema y congestión vascular, lo que agrava más la constricción inicial. Es una causa rara de hemorragia del alumbramiento, aunque potencialmente muy grave. Sólo un diagnóstico rápido y una conducta adecuada permiten evitar sus complicaciones, por ello debe formar parte del diagnóstico diferencial de todas las hemorragias posparto.

Según su severidad, se clasifican:

- **Primer Grado:** inversión incompleta, el fondo invaginada llega al orificio cervical sin sobrepasarlo,
- **Segundo Grado:** llega a orificio cervical y a vagina,
- **Tercer Grado:** el fondo uterino prolapsado sobrepasa el plano de vulva.

La causa exacta es desconocida, pero hay una serie de factores de riesgo como son: implantación Fúndica, placenta previa, acretismo placentario, así como algunas maniobras que la favorecen, como son la expresión del fondo (maniobra de Credé) y la tracción excesiva del cordón umbilical, ambas para facilitar el alumbramiento.

Rotura Uterina⁸

Es la pérdida de la continuidad de la pared uterina. De acuerdo a su clasificación etiológica, ellas pueden ser pasivas (por traumatismos), activas (por hiperdinamias), y espontaneas (por debilidad del endometrio) estas últimas pueden presentarse por acretismo placentario, por multiparidad y por otras alteraciones.

Las roturas uterinas espontaneas se presentan debido a la existencia de un lugar, en el útero de una menor resistencia ante una contracción normal estas zonas de menor resistencia pueden deberse a la presencia de cicatrices, procesos degenerativos por la presencia de tumoraciones, presencia de placentas adherentes, malformaciones congénitas genitales. Aquí, la solución de continuidad está en un lugar cualquiera del miometrio, allí donde la pared está debilitada.

En este tipo de rotura uterina no se presentan los signos de rotura amenazantes y generalmente son completas.

La sintomatología es aguda con dolor abdominal y generales de hemorragia, anemia y shock hipovolemico. Su pronóstico es muy grave y su tratamiento no será siempre quirúrgico

Útero de Couvelaire⁸

Proceso hemorrágico de la musculatura uterina que puede acompañar al desprendimiento de placenta grave. La sangre extravasada discurre entre las fibrillas musculares y por debajo del peritoneo uterino y el útero no se contrae bien

El útero de Couvelaire se produce por la infiltración del miometrio por la sangre retroplacentaria, es un útero, blando, de color púrpura con equimosis que dislaceran las fibras musculares, peritoneo petequiado y puede haber extravasación de sangre a la cavidad peritoneal. Tiene capacidad contráctil disminuida originando metrorragia en el posparto.

El tratamiento no siempre es la histerectomía, la mayoría de las veces se recupera, debe reservarse cuando no responde a dosis máximas de oxitocina. Si existe coagulopatía debe intentarse primero la ligadura de las hipogástricas antes de decidirse por la histerectomía.

2.3. Definición de Términos Básicos

- **Atonía uterina.** Es un término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero y un consecuente retraso en la involución del útero.
- **Cesárea.** Es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen y el útero de la madre para extraer uno o más fetos. Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas.

- **Factores Predisponentes**

Todo aquello que facilite o condicione a que la paciente pueda ser intervenido quirúrgicamente con el procedimiento de Histerectomía Obstétrica.

- **Histerectomía.** Es la cirugía para extirpar el útero de una mujer y se puede hacer a través de una incisión (corte) ya sea en el abdomen o la vagina
- **Histerectomía obstétrica.** Es un procedimiento quirúrgico de urgencia que puede practicarse desde el primer trimestre del embarazo hasta el puerperio con el propósito de prevenir o contrarrestar posibles Complicaciones.
- **Hemorragia post parto.** Consiste en la pérdida de sangre por encima de los 500 ml en un parto vaginal y mayor de los 1000 ml en un parto por cesárea, se modificó en una definición más amplia. Actualmente se define como todo sangrado que provoca signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica si no se trata. o al decrecimiento en los niveles de hematocrito posparto superiores al 10% del valor prenatal
- **Útero de couvelaire.** Proceso hemorrágico de la musculatura uterina que puede acompañar al desprendimiento de placenta grave. La sangre extravasada discurre entre las fibrillas musculares y por debajo del peritoneo uterino y el útero no se contrae bien.

CAPITULO III

ASPECTOS OPERACIONALES

3.1. Hipótesis:

Hi: Los factores maternos predisponen significativamente a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Amazónico- 2017.

Ho: Los factores maternos No predisponen significativamente a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Amazónico - 2017.

3.2. Sistema de variables

Variable independiente

Factores maternos

Variable dependiente

Histerectomía obstétrica

Variables intervinientes

- Edad
- Cirugía pélvica previa

3.3. Dimensiones e Indicadores

Variable	Dimensión	Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Indicador	Tipo de Variable		
Variable Independiente: FACTORES MATERNO S	Factores Maternos	Alteraciones de la Hemorragia Obstétrica	Complicaciones causadas por la Hemorragia Obstétrica	Atonía uterina	Cualitativa / Categórica		
				Acretismo placentario			
				Útero de Couvaliere			
Variable Dependiente: "HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA"	Parto	Vía de Parto	Vía de termino de parto	Cesárea	Cualitativa / Categórica		
				Vaginal			
	Acto Quirúrgico	Histerectomía	Es la cirugía para extirpar el útero de una mujer y se puede hacer a través de una incisión (corte) ya sea en el abdomen o la vagina	Total	Cualitativa / Categórica		
				Parcial			
				Complicaciones post Histerectomía	Son las diferentes complicaciones que puede presentar una mujer posterior al procedimiento de Histerectomía	Anemia	Cuantitativa / Categórica
						Shock Hipovolémico	
Variable Interviniente	Características Obstétricas	Edad	Años cumplidos de la madre	Por intervalos	Cuantitativa / intervalo		
		Cirugía Pélvica Previa	Procedimiento invasivo que se realiza a nivel de zona pélvica.	Con Cirugía Previa Sin Cirugía Previa	Cuantitativa / Categórica		

CAPITULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. Dimensión Espacial y Temporal

El estudio se realizó en el “HOSPITAL AMAZONICO”, ubicado en el Jr. Aguaytía N° 605 - del distrito de Yarinacocha, provincia de Coronel Portillo, departamento de Ucayali en el periodo comprendido de enero a diciembre 2017.

4.2. Tipo de Investigación

El estudio es de tipo no experimental y nivel descriptivo correlacional; porque se describen el comportamiento de las variables y al mismo tiempo se relaciona los factores maternos con la histerectomía obstetricia. ⁽¹⁸⁾

Transversal: porque los datos de la variable independiente y dependiente fueron recolectados en un sólo momento, haciendo un corte en el tiempo.

Es retrospectivo: la información registrada de los hechos de ambas variables corresponde a hechos pasados, es decir del año 2017.

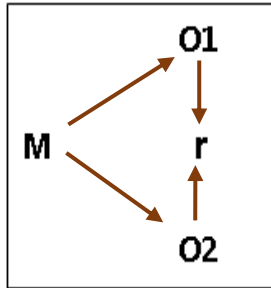
4.3. Nivel de Investigación

Es descriptivo correlacional: porque se relacionaron los fenómenos clínicos de los factores predisponentes maternos e histerectomía obstétrica.

4.4. Diseño de Investigación

Corresponde al descriptivo correlacional.

Diagrama:



Donde:

M = Muestra.

O1 = Observación de la variable independiente.

r = Relación entre variables

O2 = Observación de la variable dependiente.

4.5. Determinación del Universo/Población

4.5.1. Universo muestral

Conformado por todos los partos vía vaginal o abdominal atendidos en el Hospital Amazónico en el periodo de enero a diciembre 2017.

4.5.2. Población

La población son todas las mujeres que acudieron a la atención de su parto vía vaginal o abdominal que suman 2675 en el periodo de enero a diciembre 2017.

4.5.3. Muestra

Se realizó a través del muestreo no probabilístico tipo intencional, considerando a todas las mujeres que culminaron en histerectomías y según criterios de selección haciendo un total de 31 pacientes.

Características de selección

Criterios de inclusión:

- ✓ Historia clínica de gestante que acudió al hospital Amazónico para atención del parto.

- ✓ Historia clínica de puérpera que luego del parto en el hospital Amazónico le realizaron Histerectomía Obstétrica.

Criterios de exclusión:

- ✓ Historia clínica de puérpera con histerectomía, cuyo parto fue en otro nosocomio ajeno al hospital Amazónico.

4.6. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

4.6.1. Fuentes

Se consideró las fuentes secundarias entre ellos: registros de datos de la historia clínica, SIP2000 (sistema informático perinatal), Libro de partos y cesárea (centro obstétrico) y Libro de cirugía mayor (sala de operación) de pacientes con ingreso para parto y culminaron en histerectomía.

4.6.2. Técnicas

En el estudio se utilizó el análisis documental de los datos registrados en las fuentes secundarias de cada una de las puérperas que culminaron con histerectomía obstétrica.

4.6.3. Instrumento

En el recojo de datos en el estudio se utilizó la Ficha de Recolección de datos que consta de 18 ítems, elaborado por la investigadora, validado a través de una prueba piloto y por juicio de expertos antes de su aplicación, (ver anexo 3) distribuido de la manera siguiente:

- I. Características generales: 6 ítems
- II. Características obstetricias de último embarazo: 9 ítems
- III. Características de pacientes con histerectomía: 5 ítems

4.7. Técnicas de Procesamiento, Análisis de Datos y Presentación de Datos

En el procesamiento de la información fue a través del uso del programa estadístico informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versión 25).

La confiabilidad del instrumento se obtuvo mediante la aplicación del Coeficiente “Alfa de Cronbach” (estadístico de fiabilidad) de la manera siguiente:

ESTADISTICA DE FIABILIDAD	
α de Cronbach	N° de elementos
0.74	31

Por tanto: El valor promedio del instrumento del instrumento presente en el estudio tiene alta confiabilidad de alfa 0.74.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó la distribución de frecuencias, aplicando el porcentaje para determinar algunas características de la población. Los datos obtenidos para su interpretación y análisis son presentados en tablas y gráficos con la interpretación respectiva, que permiten apreciar los resultados obtenidos.

El estadígrafo apropiado para el análisis inferencial es mediante el uso de la estadística No Paramétrica a través de significancia de Chi Cuadrado. ⁽¹⁹⁾

CAPITULO V RESULTADOS

5.1. Análisis descriptivo

Tabla N° 1
Características generales de pacientes con histerectomía

Categoría	Fe	%
Edad		
< 19	2	6.40
20-24	9	29.00
25-29	7	22.50
30-34	4	12.90
35-40	6	19.30
41-45	2	6.40
mayor 45	1	3.30
Estado Civil		
Soltera	3	9.60
Casada	2	6.40
Conviviente	26	83.80
Grado de Instrucción		
Primaria Inc.	3	9.60
Primaria comp.	4	12.90
Sec. Incomp.	10	32.20
Sec. Compl.	9	29.00
Sup no Univ. Incomp.	2	6.40
Sup. No univ comp.	2	6.40
Sup.Univ. Comp.	1	3.30
Ocupación		
Estudiante	1	3.30
Ama de casa	30	96.70
Total	31	100

Fuente: ficha de Recolección de datos- Elaboración propia

Análisis de resultados:

En la Tabla N° 1, se observa, números válidos n=31; sobre características generales: mayoritariamente corresponde: edad [29% (20-24) años], estado civil [83.8% conviviente], grado instrucción [32.2% secundaria incompleta] y ocupación [96.7% ama de casa].

Tabla N° 2
Características generales de pacientes con histerectomía

Categoría	Fe	%
Procedencia		
Periurbana	7	22.50
Urbana	15	48.40
Rural	9	29.00
Residencia		
Yarinacocha	13	41.90
Aguayíia	2	6.40
Monzón	1	3.30
Masisea	1	3.30
P.S. San José	1	3.3
Curimana	1	3.30
Campo Verde	2	6.40
Constitución	2	6.40
Manantay	3	9.60
P.S. Zorrillos	1	3.3
C.S. Husáres del Perú	1	3.3
Neshuya	1	3.3
Irazolla	1	3.3
Nueva Jerusalén	1	3.3
Total	31	100

Fuente: ficha de Recolección de datos- Elaboración propia

Análisis de resultados:

En la Tabla N° 2, se observa, números válidos n=31; sobre características generales: mayoritariamente corresponde: procedencia urbana [48.4% urbana], lugar de residencia [41.9% Yarinacocha].

Tabla N° 3

Características obstétricas de pacientes con histerectomía

Categoría	Fe	%
Paridad		
Primigesta	8	25.80
Multigesta	15	48.40
Gran multigesta	8	25.80
Edad gestacional FUM		
28-31 sem	6	19.30
32-34 sem	2	6.40
35-37 sem	1	3.30
38-40 sem	3	9.60
mayor 40 sem	2	6.40
Con ecografía		
Si	26	83.80
No	5	16.10
Edad gestacional por ecografía		
27-30 sem	2	6.4
31-34 sem	4	12.9
35-37 sem	8	25.8
38-40 sem	11	35.4
Mayor 40 sem	1	3.3
Sin ECO	5	16.1
Atención prenatal		
Si	30	96.7
No	1	3.3
Sem. Primera atención prenatal		
1-14 sem	16	51.6
15-28 sem	13	41.8
29-40 sem	1	3.3
No APN	1	3.3
Total	31	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos- Elaboración propia

Análisis de resultados:

En la Tabla N° 3, se observa, números válidos n=31; sobre características obstétricas: mayoritariamente corresponde: paridad [48.40% multigestas], edad gestacional por FUM [19.30% (28-31 sem)], con ECO [83.80%], edad gestacional por ECO [35.4% (38-40 SEM.)], con APN [96.7%] y semana de primera APN [51.6%(1-14 sem.)].

Tabla N° 4

Enfermedades durante el embarazo previo histerectomía

Categoría	Fe	%
Anemia		
Leve	9	29.00
Moderada	3	9.60
Severa	4	12.90
APPT	2	6.40
PPT	3	9.60
ITU	6	19.30
Oligoamnios	1	3.30
Obesidad mat.	1	3.30
Condilomatosis	2	6.40
Total	31	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos- Elaboración propia

En la Tabla N° 4, se observa, números válidos n=31; sobre enfermedades durante el embarazo previo a la histerectomía donde: mayoritariamente corresponde: anemia [29% (leve)] e infección del tracto urinario [19.30%].

Tabla N° 5

Vía de parto de pacientes que culminan con histerectomía

Vía parto	Fe	%
Cesárea	30	96.7
Vaginal	1	3.3
Total	31	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos- Elaboración propia

En la Tabla N° 5, se observa, números válidos n=31; sobre vía de parto de pacientes que culminan con histerectomía donde: mayoritariamente corresponde: cesárea [96.7%].

Tabla N° 6
Complicaciones obstétricas previo histerectomía

Categoría	Fe	%
Placenta previa	1	3.3
Preeclampsia leve	4	12.90
Preeclampsia severa	5	16.10
Ninguna	21	67.70
Total	31	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos- Elaboración propia

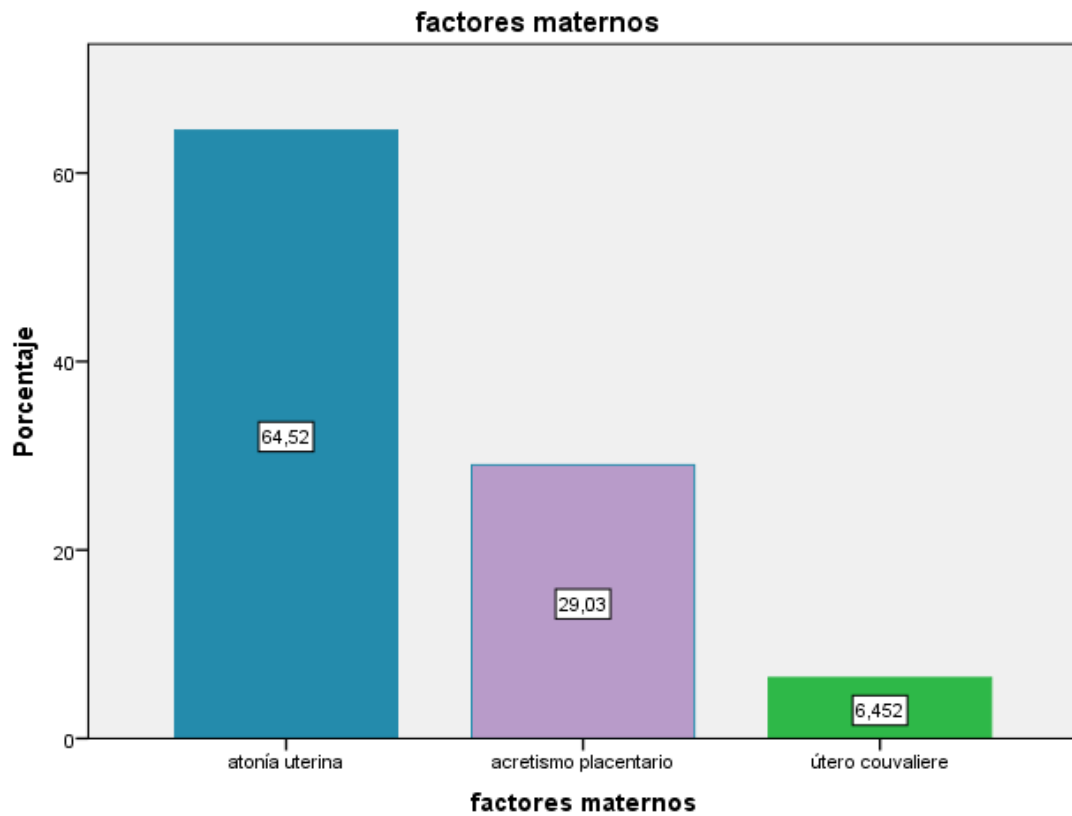
En la Tabla N° 6, se observa, números válidos n=31; sobre complicaciones obstétricas previo a histerectomía donde: mayoritariamente corresponde: preeclampsia [16.10%], preeclampsia leve [12.90%] y ninguna complicación obstétrica [67.70%].

Tabla N°7
Factores maternos predisponentes a histerectomía

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Atonía uterina	20	64,5	64,5	64,5
Acretismo placentario	9	29,0	29,0	93,5
útero Couvaliere	2	6,5	6,5	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos- Elaboración propia

Figura 1



En la Tabla N° 7 y Figura 1, se observa, números válidos n=31; sobre factores maternos predisponentes a histerectomía donde: mayoritariamente corresponde: atonía uterina [64.5%] y acretismo placentario [29.10%].

Tabla N°8

Complicaciones post histerectomía

Categoría	Fe	%
ITU	2	6.4
Anemia		
Leve	17	54.80
Moderada	8	25.80
Severa	2	6.4
Ninguna	2	6.4
Total	31	100

Fuente: Ficha de Recolección de Datos- Elaboración propia

En la Tabla N° 8, se observa, números válidos n=31; sobre complicaciones pos histerectomía donde: mayoritariamente corresponde: anemia [54.8% (leve) y 25.8% (moderada)] e ITU [6.4%].

5.2. Análisis inferencial

Contrastación y prueba de hipótesis mediante la estadística no paramétrica a través de la significancia del Chi- Cuadrado:

$$\chi^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Donde:

χ^2 : ¿ ?

\sum : Sumatoria

F_o: Frecuencia observada

F_e: Frecuencia esperada

Factores	Histerectomía		Total
	Cesárea	Vaginal	
Atonía uterina	19	1	20
Acretismo placentario	9	0	9
Útero de Couvaliere	2	0	2
Total	30	1	31

La tabla responde a 3 x 2 (3 – 1 = 2) (2 – 1 = 1) = 2 grados de libertad a alfa $\chi^2_c = 5.99$ (0.05) = F_o

Para el cálculo estadístico se realizó la operación siguiente:

- Atonía uterina	20	0.65
- Acretismo placentario	9	0.29
- Útero de Couvaliere	<u>2</u>	<u>0.06</u>
	31	1.00

Para estimar la frecuencia esperada (Fe), se realizó la operación siguiente:

30 x 0.65 = 19.5	1 x 0.65 = 0.65
30 x 0.29 = 8.7	1 x 0.29 = 0.29
30 x 0.06 = 1.8	1 x 0.06 = 0.06

Para facilitar el cálculo de X² a partir de la formula se utiliza la siguiente tabla de trabajo:

RELACION	F _o	F _e	(F _o - F _e) ²	$\frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$
A. Uter. - Cesarea	19	19.5	0.25	0.013
A. Plac. - Cesarea	9	8.7	0.09	0.010
U.Couv. - Cesarea	2	1.8	0.04	0.022
A. Uter. - Vaginal	1	0.65	0.12	0.188
A. Plac. - Vaginal	0	0.29	0.08	0.290
U.Couv. - Vaginal	0	0.06	0.004	0.060
Total	31	31	0	0.584

De los cuales: $X^2 = 0.05 < X^2 = 0.0584$ por tanto se rechaza la *H_o* y se acepta la *H_i*, que afirma: Los factores maternos predisponen significativamente a histerectomía obstetricia en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Amazónico – 2017.

5.3. DISCUSIÓN

Por factores maternos se ve alterada el proceso del embarazo con una serie de enfermedades y complicaciones que se presentan durante el embarazo, parto o puerperio con resultados que afectan la salud sexual y reproductiva de la mujer e incluso la muerte de ella o del feto.

Las complicaciones obstétricas más comunes que afectan la salud de la mujer figura la anemia durante el embarazo como señala en su estudio Vega (2017) como un factor, posteriormente se ve afectada su desarrollo personal, social, económico y político como integrante de una familia, siendo esto una preocupación para el equipo de salud, la gestante y familia; en la cual la gestante no valora los resultados de laboratorio de tener anemia y al momento del parto y puerperio se presentan complicaciones que la vía del parto es la cesárea con altos porcentajes (80%) como indica Calderón (2015).

El estudio realizado sobre factores predisponentes a histerectomía obstetricia, presenta características generales relevantes de las pacientes en estudio según Tabla 1 y 2, que culminaron en histerectomía obstétrica, entre ellos la edad de 20- 24 años en 29% coincidiendo en parte con Suárez (2012)¹⁵ más no con los estudios de Ramírez, Nuñez, Vega y Calderón,^(9,11-13) convivientes 83% y de ocupación ama de casa 96.7% y residir en zona urbana en 41.9%.

La paridad es otra característica relevante, toda vez que ser multigestas es lo que más predomina en el grupo de estudio con 48.4% según la Tabla N° 3, resultados que se coincide con lo estudiado por Ramírez⁹ y Montoya¹⁴ quienes señalan que la mayoría de las pacientes eran multíparas en más del 50%.

Hay enfermedades que se presentan durante el embarazo y ponen en riesgo la salud de la gestante como sucede entre ellas la anemia,

como se muestra en la Tabla N°4, predominando la anemia en más del 50% de los casos estudiados, coincidiendo con los estudios de Vega, Calderón y Montoya,¹²⁻¹⁴ seguido de infecciones del tracto urinario en 19% que se coincide con Montoya,¹⁴ estos resultados son alarmantes toda vez que al final el embarazo culmina por cesárea en el estudio fue de 96.7% estos resultados permiten que se deben abordar desde la etapa prenatal con educación sanitaria de los cuidados en el embarazo la importancia de las atenciones prenatales, adecuada alimentación y no llegar a la anemia gestacional.

El proceso del parto con sus diferentes fases puede verse alterada por enfermedades o complicaciones que presente la gestante que pone en riesgo la vida y salud materna en la etapa del puerperio entre ellos por causas de hemorragias del tercer trimestre siendo los factores más predisponentes que son de cuidado para el equipo de salud, gestante y familia que hace de cuidado el puerperio por complicaciones maternas de atonía uterina, rotura uterina, acretismo placentario entre otros problemas más como se muestra en la Tabla N° 7, el 64.5% presento atonía uterina de las pacientes coincidiendo con Ramirez⁹ y Rubio¹⁶ que al final su parto fue por vía cesárea en 96.7%, por lo tanto en el estudio la cesárea es una alternativa de solución terapéutica asociada a la morbilidad obstétrica de la pacientes, por lo que se debe analizar los protocolos de la atención obstetricia durante la etapa prenatal así mismo en el puerperio para decidir por una histerectomía obstétrica.¹¹

Por lo tanto, los factores maternos son los causantes para llegara a la histerectomía obstétrica como opción terapéutica y salvar la vida de la paciente; y se acepta la Hi, que afirma: los factores maternos predisponen significativamente a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de ginecobstetricia del hospital Amazónico -2017.

5.4. CONCLUSIONES

1. De las características generales y obstétricas: mayoritariamente: edad 20-24 años (29%), estado civil conviviente (83.80%, grado de instrucción secundaria incompleta (32.20%), ama de casas (96.7%), residencia urbana (48.4%); multigestas (48.4%), con ecografía obstetricia (93.3%, con atención prenatal (96.7%).
2. Enfermedades durante el embarazo: mayoritariamente: anemia leve (29%) y severa (13%), e infecciones del tracto urinario (19.3%).
3. Complicaciones obstetricias: preeclampsia leve (13%) y preeclampsia severa (16.10%).
4. Factores maternos predisponentes a histerectomía: atonía uterina (64.5%) y acretismo placentario (29%).
5. Se acepta la Hi, que afirma: los factores maternos predisponen significativamente a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de ginecobstetricia del hospital Amazónico -2017.

5.5. SUGERENCIAS

1. A los directivos del servicio de obstetricia del Hospital Amazónico: mejorar la atención obstétrica dando énfasis en la anamnesis de la historia clínica de las gestantes referente a los datos generales y obstétricos con el llenado completo y claro para tratamiento específico y estudios posteriores. Así mismo fortalecer la Atención Pre Natal.
2. A la Dirección del Hospital Amazónico: mejorar los protocolos de atención y tratamiento obstétrico para el descarte y tratamiento de los factores maternos concomitantes que conllevan a la histerectomía obstétrica.
3. A la Dirección de Salud de Ucayali empoderar al personal de salud de obstetricia en la Atención Pre Natal, así como en el manejo adecuado de las enfermedades y complicaciones maternas a través de capacitaciones con especializaciones en salud materna y evitar morbilidad materna perinatal.
4. A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán continuar con la investigación en el área de obstetricia y buscar soluciones en la atención materna perinatal con estudios prospectivos y muestras mayores.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caro M José, Bustos M Luis, Ríos S Álvaro, Bernaldes M Joaquín, Pape C Neumann. HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL DE PUERTO MONTT, 2000-2005. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2006 [citado 2018 Mayo 24];71(5):313-319. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000500004>.
2. Briceño Pérez, Carlos, Briceño Sanabria, Liliana, Briceño Sanabria, Carlos y Histerectomía obstétrica: análisis de 15 años en el periodo de 1993 – 2008. Revista de obstetricia y ginecología departamento de obstetricia y ginecología de Venezuela 69(2):89-96, junio 2009.
3. Castro, Cirilo. Factores de riesgo más frecuentes causales de histerectomía obstétrica y complicaciones de la misma Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda Barquisimeto Estado Lara. Universidad Centro occidental Lisandro Alvarado. Venezuela 2010. Disponible en: docplayer.es/66717751-Universidad-centrooccidental-lisandro.
4. Béjar Cuba, Julio. Histerectomía de emergencia durante la gestación en el instituto materno perinatal: incidencia y factores asociados (enero 1999 - diciembre 2000). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/Tesis/Salud/Bejar_C_J/Bejar_C_J.htm
5. García Armas, Fernando Antonio y Donayre, Abelardo. Cesárea-histerectomía en el hospital Nacional Guillermo Almenara. Revista ginecología & obstetricia 45(4):280-5, oct. 1999. Disponible en: bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/.
6. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores

- Básicos 2017. Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2017. (Internet) Consultado 22 de mayo del 2018. Disponible http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34330/IndBasicos2017_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Schwarcz Ricardo, Fescina, Ricardo y Duverges, Carlos. Obstetricia. 6ta ed. Buenos Aires: El Ateneo 2005, Argentina
 8. Pérez Sánchez, A. y Donoso Siña, E. Obstetricia. Obstetricia 3ra edición. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. 2004, Chile.
 9. Ramírez Cabrera J, Cabrera Ramos S, Campos Siccha G, Peláez Chomba M, Poma Morales C. Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 – 2015. Rev Perú Ginecol Obstet. 2017;63(1):27-33. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n1/a04v63n1.pdf>
 10. Del Águila Picón, Tessy Gimiko A. (Pucallpa, 2014). Etiología de la hemorragia posparto en pacientes atendidas en el hospital Amazónico. Periodo 2010-2012. Repositorio de la Universidad Alas Peruanas [Internet].2014 [citado 2018 Mayo 24]; Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/1056>
 11. Núñez Rodríguez, José Juan. Factores de riesgo para histerectomía obstétrica y complicaciones de la misma en el Hospital de la mujer Zacatecana en el periodo en el periodo 01 de marzo del 2008 al 30 de octubre 2013. Universidad Autónoma de Zacatecas. [Internet]. 2014 [citado 2018 mayo 24]. Disponible en: <https://prezi.com/8hajyq4iitca/tesis-para-obtener-el-titulo-de-gin..>
 12. 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. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2017 Oct [citado 2018 mayo 23]; 82(4):408-415. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000400408&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000400408>

13. Calderón Vallejos, Tamauritania Belén. Comportamiento epidemiológico de la operación histerectomía obstétrica en el hospital Alemán Nicaraguense, Managua Enero 2013 –Diciembre 2014.Repositorio de la Universidad Nacional de Nicaragua. [Internet]. 2015 [citado 2018 Mayo 24].Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/6177/1/66147.pdf>
14. Montoya, Claudia y Claudino, Carlos (Honduras, 2014). Histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital Regional de occidente: incidencia y factores asociados. Rev.Med. Hondur. [Internet]. 2014 abril [citado 2018 mayo 24]; 82 (2). Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2014/pdf/Vol82-1-2014-4.pdf>
15. Suárez González Juan Antonio, Gutiérrez Machado Mario, Corrales Gutiérrez Alexis, Cairo González Vivian, Pérez Viera Susley. La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Dic [citado 2018 mayo 24]; 37(4): 481-488. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400005&lng=es
16. Rubio Ocampo, Milagros del Rosario. Factores de riesgo relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante los años 2011-2014. (Internet) 2015. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Consultado el 22 de mayo del 2018. Disponible en <https://core.ac.uk/download/pdf/54211162.pdf>
17. The American College of Obstetricians and Gynecologists. La histerectomía. Disponible en: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/La-histerectomia>
18. Cunningham, J. Leveno, L. Bloom, & Spong. Williams Obstetrics 23° ed. Cap 17. Mc GrawHill 2011.
19. Hernández S. R., Fernández C. C. y Baptista L. P. “Metodología de la Investigación” 5° Ed. Mc Graw Hill / Interamericana Editores, S. A. México 2010.

ANEXOS

Anexo 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS/VARIABLES	POBLACION/MUESTRA	TIPO INVESTIGACION	TECNICAS/ INSTRUMENTO									
<p>Problema general: ¿Cuáles son los factores predisponentes a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia en el Hospital Amazónico en el año 2017?</p> <p>Problemas específicos: 1. ¿Cuáles son las características obstétricas de las pacientes en estudio que terminan en histerectomía obstétrica? 2. ¿Cuáles son los factores maternos predisponentes a histerectomía obstétrica de las pacientes en estudio? 3. ¿Cuál es la vía de parto más frecuente en las pacientes que terminan en el procedimiento quirúrgico de histerectomía obstétrica? 4. ¿Cuál son las complicaciones frecuentes de las pacientes en estudio con post histerectomía obstétrica?</p>	<p>Objetivo General: Determinar los factores predisponentes a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia en el Hospital Amazónico en el año 2017</p> <p>Objetivos Específicos 1. Conocer las características obstétricas de las pacientes en estudio que terminan en histerectomía obstétrica. 2. Identificar los factores maternos predisponentes a histerectomía obstétrica de las pacientes en estudio. 3. Identificar la vía de parto más frecuente en las pacientes que terminan en el procedimiento quirúrgico de histerectomía obstétrica. 4. Conocer las complicaciones frecuentes de las pacientes en estudio con post histerectomía obstétrica.</p>	<p>Hi: Los factores maternos si predisponen a histerectomía obstétrica significativamente en pacientes atendidas.</p> <p>Ho: Los factores maternos no predisponen a histerectomía obstétrica significativamente en pacientes.</p> <p>Variable independiente Factores predisponentes</p> <p>Variable dependiente Histerectomía obstétrica</p> <p>Variables intervinientes - Edad - Cirugía pélvica previa</p>	<p>Población: Todas las mujeres que acudirán a la atención de su parto vía vaginal o abdominal que suman 2675 en el año de 2017.</p> <p>Muestra. Se halla mediante el cálculo muestral para estudios transversales: 31</p> <p>Criterios de inclusión: _ Gestantes que acudieron al Hospital para la atención de su parto y le realizaron Histerectomía Obstétrica.</p> <p>Criterios de exclusión: _ Gestantes que no acudieron al Hospital para la atención de su parto y le realizaron Histerectomía Obstétrica.</p>	<p>Básico, no experimental y de tipo descriptivo. Para el recojo de datos y ocurrencias de hechos será: - Transversal - Retrospectivo</p> <p>Nivel de investigación: Correlacional</p> <p>Esquema:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <table style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;">O1</td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">M</td> <td style="width: 20px;">r</td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;">O2</td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table> </div>		O1		M	r			O2		<p>Técnica: Análisis documental</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos</p>
	O1													
M	r													
	O2													



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS *anexo 3*
FACTORES PREDISPONENTES A HISTERECTOMÍA OBSTETRICA EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA
DELHOSPITAL AMAZÓNICO- 2017

N° Ficha: _____

N° HC: _____

I. CARACTERISTICAS GENERALES:

1. Edad: _____ años
2. Grado de instrucción:
Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior ()
3. Estado civil
Soltera () Conviviente () Casada () Viuda ()
4. Ocupación: _____
5. Lugar de procedencia: Rural () Urbana () Urbano marginal ()
6. Lugar de residencia: _____

II. CARACTERISTICAS OBSTÉTRICAS DE ÚLTIMO EMBARAZO:

7. FO: G__ P_____
8. Edad gestacional por FUM: _____
9. Edad gestacional por ECO: _____
10. Atención prenatal: SI__ NO__
11. Semana de primera atención prenatal
I TRIM () II TRIM () III TRIM ()
12. Número de atención prenatal:
a) No APN
b) Menos de 6 APN
c) ≥6 APN

13. Enfermedad del embarazo actual:
a) Hipertensión arterial
b) Infección del tracto urinario
c) Anemia
d) Ruptura prematura de membranas
e) Desprendimiento prematuro de membranas
f) Oligoamnios
g) Otro: _____
14. complicación del parto (dilatación y expulsivo)
a) rotura uterina
b) expulsivo prolongado

15. Vía de parto:
Vaginal () Cesárea ()

16. Complicación puerperal:
SI () NO ()

III. CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES CON HISTERECTOMIA:

17. Tipo de histerectomía:

