



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Factores asociados a histerectomía en un hospital referencial de Piura, 2016-2021. Estudio de casos y controles.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Zapata Ojeda, Leslie Catherine (orcid.org/0000-0003-3049-3646)

ASESOR:

Dr. Bazan Palomino, Edgar Ricardo (orcid.org/0000-0002-7973-2014)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

PIURA – PERÚ

2022

DEDICATORIA

La presente tesis va dedicada a mis padres porque sin su apoyo no estaría aquí, gracias por brindarme la educación, por enseñarme valores, a ser fuerte, a ser perseverante.

A la mama Liliam Gallo, por siempre exigirme en todo momento, y inculcarme que siempre tengo que avanzar.

A mi tía Jacky Ojeda por inculcarme que todo lo que quiero lo puedo realizar, el ánimo en cada llamada que me daba.

Al papa Luis Zapata, por sentirte orgulloso de mí, me animabas en cada momento de ser perseverante, en todo momento y que Jehová siempre está conmigo, muchas gracias.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Jehová, por la sabiduría y por todo lo que me ha brindado, y nunca me ha dejado sola en cada situación que se me ha presentado. A mi madre Rina Ojeda, por brindarme todo el apoyo del mundo, la exigencia y el amor incondicional. A mi padre Janio Zapata por comprenderme, por confiar en mi en todo momento y darme animo cuando más lo necesitaba. A mi esposo Jesús Ramos, por escucharme en todo momento, por ayudarme emocionalmente, por estar a mi lado pese a cualquier circunstancia. A mi hijo Thiago André, por darme la alegría cada día y por entenderme el poco tiempo que te brindo, pero te lo doy de calidad. Por hacerme reír cada día, ese mal día me lo haces desaparecer en menos de un minuto me alegro cada vez que te veo crecer mi rey hermoso.

Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria _____	ii
Agradecimiento _____	iii
Índice de contenidos _____	iv
Índice de tablas _____	v
Resumen _____	vi
Abstract: _____	vii
I. INTRODUCCIÓN _____	1
II. MARCO TEÓRICO _____	4
III. METODOLOGÍA _____	11
3.1. Tipo y diseño de investigación _____	11
3.2. Variables y operacionalización _____	11
3.3. Población, muestra y muestreo _____	16
- Selección de la muestra: _____	16
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad _____	17
3.5. Procedimientos _____	17
3.6. Método de análisis de datos _____	18
3.7. Aspectos éticos _____	18
IV. RESULTADOS _____	20
V. DISCUSIÓN _____	24
VI. CONCLUSIONES _____	27
VII. RECOMENDACIONES _____	28
REFERENCIAS	29
ANEXOS	

Índice de tablas

Tabla 1: Tabla asociada en histerectomía con edad, grado de instrucción y estado civil. 20

Tabla 2: Tabla asociada en histerectomía con ocupación, procedencia, edad gestacional, control prenatal y paridad_____21

Tabla 3: Tabla asociada en histerectomía con embarazo múltiple, intervalo intergenésico largo, enfermedades diagnósticas en la ficha perinatal, indicadores de histectormia como atonía uterina, endometritis, deshicencia._____23

Resumen

Objetivo: Se identificó las características obstétricas en pacientes en las que fue necesaria la histerectomía de emergencia en pacientes post-cesáreas en el hospital Santa Rosa Piura.

Metodología: Este estudio tuvo un diseño cuantitativo no experimental, descriptivo, transversal y retrospectivo.

Resultados: En la edad gestacional, se establece el 0.73% representa un riesgo significativo para gestantes de 28 a 36 semanas con 1.6 veces más riesgo; los controles prenatales, se observa que el mayor riesgo se presenta con quienes tuvieron entre 1 a 6 controles prenatales; la paridad no evidencia riesgo significativo; el embarazo múltiple, representa un riesgo de 17.4 veces más riesgo de presentar extracción del útero; el periodo intergenésico largo no evidencia riesgo significativo; la placenta previa, presenta un riesgo de 1.51 veces más; la obesidad presenta un riesgo de 53 veces más; la preeclampsia no evidencia riesgo significativo.

Conclusiones: Se obtiene qué presenta en una edad gestacional de 37 a 41 semanas con controles prenatales de 1 a 6 veces durante toda la gestación con una paridad de más de 3 hijos con antecedente de la preeclampsia y obesidad en el 25% y 17.81%.

Palabras clave: histerectomía, atonía uterina, placenta previa, periodo intergenésico.

Abstract

Objective: Obstetric characteristics were identified in patients in whom emergency hysterectomy was necessary in post-cesarean patients at the Santa Rosa Piura Hospital.

Methodology: This study had a non-experimental, descriptive, cross-sectional and retrospective quantitative design.

Results: In gestational age, 0.73% is established represents a significant risk for pregnant women from 28 to 36 weeks with 1.6 times more risk; prenatal controls, it is observed that the highest risk occurs with those who had between 1 to 6 prenatal controls; parity does not show significant risk; multiple pregnancy, represents a risk of 17.4 times more risk of having uterus extraction; the long intergenesic period does not show significant risk; placenta previa has a 1.51-fold increased risk; obesity has a 53-fold increased risk; preeclampsia does not show significant risk.

Conclusions: It was obtained that it presents at a gestational age of 37 to 41 weeks with prenatal controls of 1 to 6 times during the whole gestation with a parity of more than 3 children with history of preeclampsia and obesity in 25% and 17.81%.

Keywords: Hysterectomy, uterine atonia, placenta previa, intergenesic period.

I. Introducción

La presente tesis titulada “Factores asociados a histerectomía en un hospital referencial de Piura, 2016-2021. Estudio de Casos y Controles”, es un tema de interés, ya que, en la actualidad en nuestro país, muchas mujeres embarazadas se someten a una cesárea por diversos factores que peligran la vida de la madre como del feto. La mayoría de estos casos pueden resolverse mediante cesárea sin complicaciones; pero hay otros casos en los que surgen complicaciones tras esta operación, que justifican otras medidas quirúrgicas, por ejemplo, la histerectomía.

En Perú, los casos de histerectomía son diferentes según el centro hospitalario. No hay un número exacto de histerectomías realizadas cada año a nivel nacional. En cambio, hay diferentes artículos de varios hospitales que dan cifras en torno de 10 - 20 casos por 1000 nacidos vivos al año.

La histerectomía es el procedimiento ginecológico más utilizado en los países desarrollados, a pesar de los avances en tecnología y medicina. Aunque la tasa de mortalidad de esta cirugía se ha reducido considerablemente, las complicaciones de esta cirugía aún pueden tener resultados sorprendentes para los pacientes. Cada año se realizan más de 600 000 histerectomías en los Estados Unidos, de las cuales el 20-30 % se deben a causas obstétricas, y el 60 % de las principales causas obstétricas de histerectomías son la atonía uterina, el 3 % por una ruptura uterina por laceración debido a la cesárea previa y 6 % por placenta accreta y placenta previa.

La Organización Mundial de la Salud refiere, que cada día mueren 830 mujeres a causa del embarazo y el parto. El 99 % de esa muerte materna proviene de países en vías de desarrollo como el nuestro. A nivel mundial, la mortalidad materna ahora ha disminuido en aproximadamente a un 44 % para 2015. Esto es gracias a diversas medidas preventivas que toman tanto los médicos como las madres antes, durante y después del embarazo para evitar estas muertes prematuras. En Perú se registraron 323 muertes maternas por complicaciones del embarazo hasta el 2017, una disminución significativa respecto a los años anteriores, cuando en el 2000 se registraron

hasta 605 muertes maternas. Por otro lado, el departamento de Piura está en segundo lugar en mortalidad materna con 31 casos en el año 2017.

Por lo cual, la problemática sería: ¿Determinar las características obstétricas en pacientes en las que fue necesaria la histerectomía de emergencia en pacientes post-cesáreas en el hospital Santa Rosa Piura desde el año 2016 – 2021?

La investigación se va a realizar en el hospital santa rosa, ya que, el Hospital Referencial del MINSA de la Región Piura, tiene un mayor incremento de la realización de este procedimiento y hasta la actualidad no hay estudios que los demuestren, considerando que las características de nuestra población tienen algunas variaciones con respecto a otras, donde si hay algunas investigaciones; para así poder actuar de manera preventiva en lo que respecta al manejo adecuado y oportuno de estas pacientes evitando el incremento de la mortalidad materna.

Aproximadamente el 10% de cada 100 cesáreas terminan con una histerectomía, por lo que esta es una complicación que no debería ocurrir. La morbilidad y la mortalidad materna suelen llegar a 68 por cada 100.000 nacidos vivos debido a complicaciones graves asociadas con el parto. Este es un porcentaje pequeño, pero proporcional al número de nacimientos. Con toda la tecnología y los avances que hemos desarrollado, no debería haber muertes maternas, pero todavía existen.

A pesar de las precauciones y los exámenes desde el inicio de la gestación, todavía se presentan muchos casos por falta de controles prenatales o porque las condiciones sanitarias son insuficientes e inadecuada.

Además, la mortalidad materna es un indicativo de pobreza nacional, y la histerectomía es uno de los factores indirectos que contribuyen a la mortalidad materna, por lo que es idóneo puntualizar por qué esta intervención es necesaria.

Otro elemento importante de esta investigación es el hecho de que los médicos podemos mejorar indirectamente la condición de las mujeres

embarazadas. Por ejemplo; prestando más atención a los aspectos sociales y clínicos de la gestante, escuchando su problemática y dedicándose a la par, tanto en la parte médica como emocional. También es importante considerar el impacto en la salud mental de la mujer después de esta cirugía. Muchas personas están en edad fértil, con o sin hijos(as), que posiblemente querrán procrear más en el futuro, pero, ya no se podrá y tienen que disputar con ello. Por lo tanto, necesitan ayuda no solo de un ginecoobstetro(a), sino también de un psicólogo y posiblemente de un psiquiatra debido a que las mujeres pueden llegar a deprimirse o suicidarse.

Tiene como objetivo principal identificar las características obstétricas en pacientes en las que fue necesaria la histerectomía de emergencia en pacientes post-cesáreas en el hospital Santa Rosa Piura.

Como objetivos específicos se tuvo determinar las características socio-demográficas de las pacientes puérperas sometidas a HO de emergencia post cesáreas en el Hospital Santa Rosa 2016-2021; determinar las características gineco-obstétricas de las pacientes puérperas sometidas a HO de emergencia post cesáreas en el Hospital Santa Rosa 2016-2021; determinar los antecedentes médico-quirúrgicos de las pacientes puérperas sometidas a HO de emergencia post cesáreas en el Hospital Santa Rosa 2016-2021; y identificar los motivos de histerectomía de emergencia post cesáreas en el Hospital Santa Rosa 2016-2021.

II. Marco teórico

A nivel internacional, se cita a Shaikh y colaboradores, Pakistán 2020, en su investigación cuyo objetivo fue evaluar la frecuencia, indicaciones, morbilidad y mortalidad materna asociadas a la histerectomía obstétrica. Se utilizó un método de estudio descriptivo / transversal, cuyo resultado fue que el total de partos durante el período de estudio fue de 17101. El número total de histerectomía obstétrica durante el período de estudio fue de 75 casos. Esto da una incidencia del 0,43%, es decir, 1 de cada 228 partos. Principalmente 38 (50,6%) los pacientes pertenecían al grupo de edad de 30 a 40 años. 64 (85%) mujeres eran multiparas y solo 11 (15%) eran primigrávidas. La indicación más común de histerectomía obstétrica fue adherencia mórbida de placenta (33,3%) que rotura de útero (30,6%), desprendimiento de placenta (18,6%), atonía uterina (16%) y HPP secundaria (1,3%). En cuanto a la complicación intraoperatoria, 2 (2,6%) presentaron lesión vesical, 1 (1,3%) paciente necesitaron repetir la laprotomía debido al sangrado, 32 (42,6%) pacientes desarrollaron pirexia posoperatoria, 12 (16%) desarrollaron infección de la herida, 10 (13,3%) pacientes desarrollaron íleo parálitico posoperatorio. 24 (32%) pacientes requirieron ingreso en UCI. 3 (4%) pacientes fallecieron por hemorragia excesiva. 1 (1,3%) desarrolló fístula vesicovaginal. Finalmente se llegó a la conclusión que la multiparidad es el factor de riesgo para la histerectomía obstétrica. Por otro lado, que la mórbida placenta es la indicación más común debido a las tendencias crecientes de la cesárea. Es necesario que el obstetra evite la cesárea innecesaria en las primigrávidas.⁴

Kallianidis y colaboradores, Escandinava 2020, en su investigación cuyo objetivo fue calcular la prevalencia y las indicaciones de la histerectomía periparto y su asociación con las tasas nacionales de cesáreas y el modo de nacimiento en nueve países europeos. Se utilizó un método de estudio descriptivo, multinacional y de base poblacional en mujeres sometidas a histerectomía periparto; cuyo resultado fue realizar un total de 1302 histerectomías periparto en 2 498 013 nacimientos, lo que dio lugar a una prevalencia de 5,2 por 10000 nacimientos que van desde 2,6 en Dinamarca a

10,7 en Italia. Las principales indicaciones fueron atonía uterina (35,3%) y placenta anormalmente invasiva (34,8%). El riesgo relativo de histerectomía después de una cesárea en comparación con el parto vaginal fue de 9,1 (IC del 95%: 8,0 a 10,4). El riesgo relativo de histerectomía para el nacimiento después de una cesárea anterior en comparación con el nacimiento sin una cesárea previa fue de 10,6 (IC del 95%: 9,4-12,1). Se observó una fuerte correlación entre la tasa nacional de cesáreas y la prevalencia de histerectomía periparto ($\rho = 0,67, p < 0,05$). Finalmente, se llegó a la conclusión que la prevalencia de la histerectomía periparto puede variar considerablemente entre países de ingresos altos. La atonía uterina y la placenta anormalmente invasiva son las indicaciones más comunes para la histerectomía. El nacimiento por cesárea y el nacimiento después de una cesárea anterior se asocian con un riesgo nueve veces mayor de histerectomía periparto.⁵

A. Heitkamp y colaboradores, Sudáfrica 2019, en su investigación cuyo objetivo es determinar la incidencia, los indicadores de riesgo y los resultados de la histerectomía periparto de emergencia (EPH) en Metro East, Ciudad del Cabo, Sudáfrica, utilizando un método de estudio descriptivo prospectivo y con resultados, que evidencian, de que, cincuenta y nueve mujeres experimentaron EPH con una incidencia general de 14,3 por 10000 mujeres: 32 procedimientos fueron por hemorragia posparto, 27 por sepsis puerperal. Murieron dos mujeres: una por sepsis; uno por hemorragia. En general, 51 (86%) mujeres dieron a luz por cesárea y 23/51 (45%) por cesárea repetida. En comparación con la hemorragia, la EPH para la sepsis involucró a mujeres mayores (edad media, 31,5 frente a 24,4 años) y aquellas con mayor gravidez (mediana, 3 frente a 1), y se asoció con un ingreso hospitalario más prolongado (mediana, 11,5 frente a 4 días), con ocurrencia más tarde posparto (mediana, 8 vs 0 días), y con mayor frecuencia con complicaciones. Finalmente, como conclusión, muestra que la incidencia de EPH por sepsis fue mayor de lo que se informó anteriormente y que la cesárea repetida se asoció fuertemente con EPH. Las características clínicas de la EPH relacionada con la sepsis se comparan desfavorablemente con las de la EPH relacionada con la hemorragia.⁶

Qatawneh A. y colaboradores, Jordania 2020, en su investigación cuyo objetivo fue revisar los casos manejados en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Jordania; utilizando un método de estudio retrospectivo y con resultados donde se manejaron 74 casos de EPH durante el período de estudio. La incidencia de EPH osciló entre 0,24 y 8,7 por 1000 partos. Se encontró que la EPH es más común después de las cesáreas que de los partos vaginales. La principal indicación fue placentación anormal, atonía uterina y rotura uterina. Los factores de riesgo incluyeron cesáreas previas, úteros con cicatrices, multiparidad, grupo de mayor edad. La morbilidad materna osciló entre el 26,5 y el 31,5% y la mortalidad entre el 0 y el 12,5% con una media del 4,8%. Finalmente, se llegó a la conclusión que la EPH es la cirugía obstétrica más exigente realizada en circunstancias muy agotadoras de hemorragia potencialmente mortal. La indicación de la EPH en los últimos años ha cambiado de una atonía uterina obsoleta a una placentación anormal. Ansiedad prenatal de los factores de riesgo, la absorción de obstetras competentes en una etapa temprana del tratamiento y una histerectomía inmediata después de una reanimación adecuada contribuirían en gran medida a reducir la morbilidad y la mortalidad.⁹

A nivel nacional, se cita el estudio de J. Ramírez y colaboradores, Lima 2017, una investigación cuyo objetivo, determinó la incidencia, los factores asociados y repercusiones de la histerectomía en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú. El estudio fue retrospectivo, descriptivo, analítico y transversal; cuyo resultado es que la tasa de histerectomía obstétrica fue 0,69/1 000. El 82,6% consistió en parto por cesárea (1,94/1 000). Los principales indicadores clínicos de HO fueron la atonía uterina y el acretismo placentario (ambos 39,1%). Se realizó cesárea en el 47,8% de los casos, complicaciones intraoperatorias en el 18,7% y reoperación en el 15,9%. No hubo muerte materna. Finalmente, se llegó a la conclusión que a pesar de su baja incidencia (0,69/1000 eventos obstétricos), la histerectomía obstétrica (HO) sigue siendo un escenario crítico. La cesárea se asoció con un riesgo 19,9 veces mayor de histerectomía obstétrica que de parto vaginal (OR, 19,9; IC del 95 %, 8,6 a 46,2). No hubo muertes maternas.¹⁰

M. Cruz Ronceros, Lima 2020, una investigación cuyo objetivo fue identificar los elementos de riesgo que se encuentran asociados a la histerectomía en pacientes poscesáreas atendidas en el hospital santa rosa durante los años 2014 al 2017. Se utilizó el método de investigación observacional, analítico, transversal de casos y controles; se analizaron los datos de resultados de 71 pacientes, 27 fueron casos y 44 controles. Como resultado, la frecuencia de placenta acreta en pacientes histerectomizadas fue de 18,52% con un valor significativo de $p = 0,017$ (OR 9,773 - IC 95% 1,07, 88,86). Finalmente, se concluyó que las adherencias placentarias están asociadas a la histerectomía obstétrica. De igual manera, se puede verificar que otras variables (la atonía uterina, el útero de couvelle, la ruptura uterina y la edad) no existe relación con el procedimiento quirúrgico en cuestión.¹¹

D. IZAGUIRRE, Lima 2020, una investigación cuyo objetivo, determinó los elementos de riesgo que se asocian a la histerectomía en pacientes con hemorragia postparto (HPP) en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el período 2014 al 2018. Lima, Perú. Utilizamos métodos de investigación observacionales, analíticos, de casos y controles, retrospectivos y de correlación. Los resultados incluyeron 111 pacientes, 37 caso y 74 controles. Los elementos de riesgo fueron parto múltiple (P: 007, OR: 4,20), cesárea previa (P: 000, OR: 6,84), legrado uterino previo (P: 004, OR: 3,43), y tuvo placenta previa. (P:000 o:7.48). La atonía uterina y la obstrucción placentaria fueron las principales causas de histerectomía por sangrado abdominal posparto (cesárea). Finalmente, se concluyó que los factores de riesgo asociados a la histerectomía en pacientes con sangrado abdominal posparto en este estudio fueron parto múltiple, cesárea previa, legrado previo y placenta previa. La atonía uterina es la principal causa de histerectomía por HPP.¹²

A nivel local, C. Molina, Piura 2020, una investigación fue cuyo objetivo fue identificar las características y los factores obstétricos asociados de las pacientes puérperas sometidas a histerectomía de emergencia en el hospital santa rosa del 2017 al 2019, Piura, Perú. Utilizó el método de un estudio analítico, observacional, de diseño casos y controles; cuyo resultado, encontraron 66 puérperas histerectomizadas, la histerectomía más

frecuente en 38 casos (57.58%) en total, y el motivo más frecuente de histerectomía en 21 casos (31.82%) con atonía uterina junto a la procedencia rural RP:1.53 IC 95%: (1.08-2.16), valor $p=0.016$, edad gestacional pretérmino RP: 1.65 IC 95%: (1.20-2.26), valor $p=0.002$, tener menos de 6 controles RP: 1.96 IC 95%: (1.38-2.78), $p<0.001$. Finalmente, los elementos asociados a la histerectomía en puérperas fueron principalmente atonía uterina, seguida de ruptura uterina y sepsis posparto, procedencia rural, prematuridad, deficiente control prenatal, período intergenésico corto, edad de cesárea, se concluyó el tipo de incisión y antecedente de cesáreas, y finalmente síndrome de ayuda en el embarazo.²⁷

La histerectomía (HO) se forma a partir de 2 raíces griegas: isteros (matriz, útero) y ectomía (extirpación) la extirpación del útero, esta puede ser total o parcial. Generalmente se refiere a 3 eventos, dependiendo del momento de la realización: 1) histerectomía posparto, 2) histerectomía por cesárea y 3) histerectomía en bloque.^{13,14}

La HO es la extirpación del útero, pudiendo ser parcial o total; se realiza como una emergencia por complicaciones durante la gestación, el parto o durante el alumbramiento, o por complicaciones de alguna enfermedad previa que peligra la vida de la paciente.¹⁰

Por tratarse de un procedimiento de urgencia para atender una situación grave de morbilidad materna importante, se realiza cuando todas las medidas conservadoras han fallado en lograr la hemostasia durante el sangrado obstétrico, es un procedimiento de rescate que no puede retrasarse o debe retrasarse si es necesario.

El procedimiento se justifica en casos de: aborto séptico, acretismo placentario y después de una cesárea, parto vaginal, legrado uterino o durante el puerperio mediato o tardío, por lo mismo, la prevención de HO va de la mano junto a la determinación del riesgo de la misma.¹³

Allam (2014) concluyó "Que los factores como la edad, la presencia de atonía uterina, la placenta acreta y la cesárea previa fueron fuertes predictores

independientes de HO a través del análisis de regresión logística multifactorial”.

De manera similar, se tiene que recordar que al disminuir el número de cesáreas, se disminuye paralelamente la incidencia de adherencias placentarias, tanto como: placenta acreta, increta o percreta.¹⁵

Tenemos indicaciones absolutas e indicaciones electivas; las indicaciones absolutas son aquellas durante el curso del parto vaginal y/o intraabdominal que requieren que el procedimiento finalice con la intervención quirúrgica como única técnica para resolver dicha situación. Comúnmente se elige la histerectomía total, aunque en algunos casos puede estar indicada la histerectomía subtotal debido a la urgencia requerida. Estos incluyen ruptura uterina que es difícil de reparar, sangrado no controlado, extensión a los vasos uterinos por histerotomía, desprendimiento de placenta, transferencia al útero dentro de la placenta acreta, inercia uterina no tratada e infección visceral posparto. Las indicaciones electivas, por otro lado, son indicaciones que ocurren antes de la intervención. Algunos ocurren en el momento de la cirugía y, como tales, no son indicaciones absolutas para la histerectomía.¹⁷

La técnica de HO se basa en realizar una incisión media infraumbilical, disecando por planos hasta llegar a la cavidad peritoneal. Antes de extraer el feto se realiza la histerotomía clásica, con pinzamiento del cordón umbilical. La placenta se deja in útero y luego se efectúa el pinzamiento, corte y ligadura del ligamento ancho y de los ligamentos útero-ováricos. Se corta y liga la arteria uterina hasta evidenciar el lecho placentario, desplazando el peritoneo vesicouterino. Se pinza, liga y corta el ligamento úterosacro, y enseguida se extrae la pieza quirúrgica y se da por terminado el evento obstétrico.¹⁶

Existen complicaciones obstétricas que no específicas de este procedimiento. Teniendo en cuenta, que algunos ocurren con más frecuencia en la cirugía ginecológica como: el sangrado postoperatorio, la ruptura vesical, las fístulas vesicovaginales, ureterovaginales y rectovaginales. También tromboembólicos, infecciones vesicales de cúpula e incluso hasta peritonitis.¹⁷

Para tener claro las definiciones de los términos básicos:

La OH es la extirpación del útero, está puede ser parcial o total; se realiza como procedimiento de emergencia por complicaciones durante la gestación, el parto o durante el alumbramiento, o alguna complicación previa que peligró la vida de la madre.¹⁸

La cesárea es una intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer al bebé a través de una laparotomía (abertura en el abdomen) y una incisión de la pared uterina. Sólo debería realizarse cuando el nacimiento no puede ser por vía vaginal.¹⁹

La atonía uterina se establece como la incapacidad del útero para contraerse después del parto, lo que resulta en la falta de hemostasia de la placenta, lo que resulta en un sangrado excesivo en el período posparto inmediato (más de 500 ml de sangre después del parto vaginal o más de 1000 ml después de una cesárea dentro de las 24 hrs).²⁰

El acretismo placentario es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anomalía de la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio.²¹

La placenta previa es cuando la placenta se inserta parcialmente o en su totalidad en el segmento inferior del útero. La prevalencia es del 0,25-0,5% en las gestaciones únicas.²²

Endometritis puerperal es la invasión de gérmenes patógenos a la cavidad uterina después del parto, comprendiendo la decidua con posibilidad de invadir la capa muscular y los parametrios.²³

Rotura uterina se considera al desgarro de la parte superior vaginal del cuello uterino, la parte inferior del cuerpo uterino, que es una de las complicaciones graves de la gestación y del parto.²⁵

III. Metodología

3.1. Tipo y diseño de investigación

Según CONCYTEC ³⁵, el presente trabajo de investigación fue una investigación básica, ya que, su finalidad fue identificar los factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas.

Según HERNÁNDEZ Y COL ³⁶, fue un estudio descriptivo porque nos permitió recolectar información de las pacientes post-cesáreas del Hospital Santa Rosa II-2 que presentaron factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica. Tuvo un diseño cuantitativo, no experimental, debido, a que no se manipularon las variables. Su corte fue transversal porque la evaluación y análisis de las variables de estudio se realizaron en un determinado tiempo. Y retrospectivo, porque todas las pacientes con indicación a una HO fueron diagnosticadas antes del estudio.

3.2. Variables y operacionalización

- **Variable Cuantitativa.** Edad ⁽³⁷⁾

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la paciente hasta el día de la cirugía.

Definición operacional: Es la edad registrada en la Historia Clínica.

Dimensión: Edad **Indicadores:** En años **Escala de medición:** Razón

Valores: < 15 años 15 - 20 años 20 - 35 años >35 años

- **Variable Cualitativa.** Grado de instrucción ⁽³⁸⁾

Definición conceptual: Indica los diferentes grados académicos de nuestro sistema de educación.

Definición operacional: El grado de instrucción que figura en el HistoriaClínica.

Dimensión: Grado de instrucción

Indicadores: Grado de instrucción

Escala de medición: Nominal

Valores: Sin estudios () Primaria () Secundaria () Superior ()

- **Variable Cualitativa.** Estado civil ⁽³⁹⁾

Definición conceptual: Situación o condición conyugal

Definición operacional: El estado civil que figura en la Historia clínica.

Dimensión: Estado Civil

Indicadores: El estado civil

Escala de medición: Nominal

Valores: Soltera () Casada () Conviviente ()

- **Variable Cualitativa.** Ocupación ⁽⁴⁰⁾

Definición conceptual: Tipo de trabajo que realiza la paciente.

Definición operacional: El tipo de trabajo que figura en la historia clínica dela paciente.

Dimensión: Ocupación

Indicadores: Su ocupación

Escala de medición: Nominal

Valores: Ama de casa () Trabajo independiente () Trabajo dependiente ()

- **Variable Cualitativa.** Procedencia ⁽⁴¹⁾

Definición conceptual: Se define como el lugar de residencia de la paciente.
No siempre es el lugar de nacimiento.

Definición operacional: Lugar de donde viene el paciente figurado en la historia clínica.

Dimensión: Procedencia

Indicadores: Lugar de procedencia.

Escala de medición: Nominal

Valores:

- **Variable Cuantitativa.** Edad Gestacional ⁽²⁸⁾

Definición conceptual: Tiempo cronológico medido en semanas desde el primer día de la última menstruación hasta el momento de la interrupción del embarazo.

Definición operacional: Su edad gestacional medido por semanas mostrado en la historia clínica.

Dimensión: Edad gestacional en semanas

Indicadores: Su edad gestacional medido en semanas.

Escala de medición: Razón

Valores: Pretérmino: 28 a 36 () Término: 37 a 41 () Postérmino: > 42 ()

- **Variable Cuantitativa.** Control Prenatal ⁽²⁹⁾

Definición conceptual: Conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de la madre e hijo.

Definición operacional: Número del control de la gestación mostrado en la historia clínica.

Dimensión: Número de controles prenatales

Indicadores: Número de controles prenatales.

Escala de medición: Intervalo.

Valores: 0 controles () 1-6 controles () 6 controles ()

- **Variable Cuantitativa.** Paridad

Definición conceptual: Número de Partos por vía vaginal o por cesárea. De fetos mayores de 23 semanas. ⁽³⁰⁾

Definición operacional: Los números de parto que presenta la paciente en la historia clínica.

Dimensión: Número de partos

Indicadores: Los números de partos.

Escala de medición: Intervalo

Valores: 0-1 () 2-3 () 3-6 () >6 ()

- **Variable Cualitativa.** Embarazo Múltiple ⁽³¹⁾

Definición conceptual: Un embarazo múltiple es la gestación en la que se desarrolla más de un feto, como resultado de la fecundación de dos o más óvulos o cuando un óvulo se divide.

Definición operacional: Presencia de 2 o más fetos dentro del útero registrado en la historia clínica.

Dimensión: Presencia de 2 o más fetos dentro del útero.

Indicadores: Presencia de 2 o más fetos dentro del útero.

Escala de medición: Nominal

Valores: Único () Múltiple ()

- **Variable Cuantitativa.** Intervalo Intergenésico largo ⁽³²⁾

Definición conceptual: Se define como el tiempo transcurrido desde el término de la última gestación (parto o aborto) y la actual)

Definición operacional: el tiempo transcurrido desde el término de la última gestación en años registrado en la historia clínica.

Dimensión: Años

Indicadores: En años

Escala de medición: Intervalo

Valores: < 2 años () 2- 6 años () 7 años ()

- **Variable Cualitativa.** Patologías durante la gestación ⁽³³⁾

Definición conceptual: Enfermedades que se pueden desarrollar durante el embarazo, complicando la gestación.

Definición operacional: Las enfermedades que se diagnosticaron a la paciente durante los controles prenatales.

Dimensión: Enfermedades

Indicadores: Sus enfermedades

Escala de medición: Nominal

Valores: Placenta previa () Trastorno hipertensivo del embarazo ()
Obesidad () Acretismo placentario () Diabetes gestacional () Polihidramnios
() Otras ()

- 3.2.1.1. **Variable Cualitativa.** Indicaciones de Histerectomía obstétrica

Definición conceptual: Causas por las cuales se indica la histerectomía obstétrica (34)

Definición operacional: La causa del porque le indicaron la HO registrada en la Historia Clínica.

Dimensión: Causas

Indicadores: Causas

Escala de medición: Nominal

Valores: Atonía uterina () Endometritis puerperal () Dehiscencia de histerorrafia () Acretismo placentario () Desgarros de ángulos de histerorrafia previa () Otros ()

3.3. Población, muestra y muestreo

Para el caso de esta investigación la población fue comprendida por todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico a indicadores concomitantes a histerectomía en post-cesáreas que se atendieron en el hospital santa rosa. Siendo el total de 480 pacientes post-cesáreas

Criterios de inclusión: Todas las historias clínicas de las pacientes post-cesárea, que contaron con los datos completos.

Criterios de Exclusión: Historias clínicas incompletas, con letra ilegible y las que no cumplieron los criterios de diagnóstico e indicadores asociados a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas.

Muestra: Los casos fueron pacientes posts-cesáreas que terminaron en histerectomía obstétrica. Los controles fueron las pacientes post cesáreas que no terminaron en Histerectomía obstétrica.

- Selección de la muestra:

Selección de casos: Las historias clínicas de las pacientes post- cesárea que terminaron en histerectomía obstétrica.

Selección de controles: La selección de los controles se realizó de manera aleatoria, usando el generador de números aleatorios y seleccionándose el mismo número de casos entre todas las pacientes post-cesárea, que no terminaron en histerectomía obstétrica.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnica: Por ser un estudio cuantitativo se usó técnica estandarizada, acorde con los objetivos, diseño de estudio y la operacionalización de las variables (indicadores validos). Se tuvo como fuente de información las historias clínicas de los pacientes seleccionados.

Instrumento: el instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos que fue elaborada para tal efecto, a la vez fue validada por juicio de expertos. Dicha ficha se confeccionó para la investigación con el fin de obtener información de los pacientes seleccionados. (Anexo N° 3).

3.5. Procedimientos

Validez de contenido y confiabilidad del instrumento de recolección de datos: Para el desarrollo de esta etapa, el instrumento de recolección de datos se validó mediante la técnica de “juicio de expertos”, donde se acudió a la experiencia de tres profesionales idóneos de las Ciencias de salud. 03 médicos ginecólogos que laboran en el área de emergencia del Hospital Santa Rosa II - 2. Los cuales acreditaron experiencia en el tema y contaban con maestría. Esto se realizó a través de la ficha proporcionada por la unidad de capacitación de dicho Hospital. (Anexo N° 2)

Por otro lado, al realizar el porcentaje de acuerdo entre los jueces, salió un resultado de un 90 % considerándose aceptable para su aplicación. (Anexo N° 4)

La confiabilidad del instrumento la hemos sacado de otra tesis realizada por Carlos Molina, se hizo a través del método de consistencia interna “coeficiente Alfa de Cronbach” esto fue procesado a través de programa informático estadístico SPSS 23.0 y se obtuvo un valor de 0.707, lo que significó que era

un instrumento altamente confiable por lo que tanto, se aplicó en esta investigación. (Anexo N° 5)

Los datos fueron recolectados de las historias clínicas de pacientes post-cesáreas con factores de riesgo asociado a histerectomía obstétrica. El estudio se realizó en el hospital Santa Rosa II – 2 ubicado en la provincia de Piura, departamento de Piura. (Anexo N°1)

3.6. Método de análisis de datos

Una vez que se completó la recolección de datos, se procesaron en una laptop a través del programa Microsoft Excel y SPSS versión 25.0 de la siguiente manera: Luego de ser considerados en el estudio, los datos fueron verificados, corregidos, procesados en la base de datos, procesados y presentados en tablas y gráficos estadísticos para facilitar el análisis. Luego analice las variables creando tablas de resumen y cuadros de comparación. Se toman medidas descriptivas en conteos, porcentajes y promedios, y se producen tablas simples y dobles, gráficos circulares y gráficos de barras. Para el procesamiento de datos se utilizó el software estadístico SPSS VERSION 25.0. Aquí, se midió la significación estadística (valor p).

3.7. Aspectos éticos

Una vez recibidos los datos anteriores, publicaremos los resultados obtenidos en este estudio con el fin de procesarlos y conocer los factores que influyen en la histerectomía obstétrica.

Al tratarse de un estudio observacional retrospectivo, no se manipularon variables y por lo tanto no existe riesgo para los participantes.

Las disposiciones sobre privacidad, derechos legales o derechos humanos no se ven afectadas cuando se utilizan datos de mujeres embarazadas que se someten a una histerectomía obstétrica.

Nuestras herramientas de recopilación están encriptadas para proteger su identidad y no revelan su nombre.

Por lo tanto, no hay violación ética, se solicitó aprobación con justificación razonable para la presente investigación, con la aprobación del director del hospital y de la oficina de archivo donde se conservan los registros médicos.

IV. Resultados

Tabla 1: TABLA ASOCIADA A HISTERECTOMÍA CON EDAD, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y ESTADO CIVIL.

Variable		Histerectomía						or	OR IC-95%	
		Si		No		Total				
		N	%	n	%	n	%			
Edad en años	<15	80	8.3%	75	7.81%	155	16.15%	1.28	1.09	1.73
	15-20	150	15.6%	180	18.75%	330	34.38%	0.80	0.68	1.08
	20-35	185	19.3%	178	18.54%	363	37.81%	0.75	0.64	1.01
	>35	65	6.8%	47	4.90%	112	11.67%	1.30	1.10	1.75
Grado de instrucción	Sin estudios	18	1.9%	16	1.67%	34	3.54%	1.05	0.89	1.42
	Primaria	155	16.1%	145	15.10%	300	31.25%	0.77	0.65	1.04
	Secundaria	285	29.7%	205	21.35%	490	51.04%	7.20	6.12	9.73
	Superior	22	2.3%	114	11.88%	136	14.17%	0.17	0.15	0.23
Estado Civil	Soltera	170	17.7%	130	13.54%	300	31.25%	1.40	1.19	1.89
	Convivientes	250	26.0%	268	27.92%	518	53.96%	1.27	1.08	1.72
	Casadas	60	6.3%	82	8.54%	142	14.79%	0.56	0.48	0.76

FUENTE: Elaborada por la autora

De acuerdo a la asociación en la tabla 1, en cuanto a las edades; las menores de 15 años representan un 16.15%; de 15 a 20 años con 34.38%, de 20 a 35 años con un 37.81% y mayores de 35 años se encuentra en 11.67%. Con respecto al riesgo es 1.28; 0.80; 0.75; 1.30 respectivamente; en este punto las mayores de 35 años presentan un riesgo significativo de 1.3 veces más a diferencia de las anteriores. En nivel de instrucción; las pacientes sin estudios es de 3.54%, cuentan con nivel primaria de 31.25%; y las de nivel secundario en 51.04%, con estudios superior es de 14.17%; existe un riesgo significativo para sufrir de histerectomía en torno al nivel secundario con 7.2 veces más riesgo de presentar este tipo de cirugía en el caso del estado civil soltera representan el 31.25% de los convivientes el 53.96% y las casadas en el 14.79% los riesgos significativos se establecen a nivel de las solteras y convivientes en 1.4 y 1.27 veces más riesgo de sufrir histerectomía.

Tabla 2: TABLA ASOCIADA EN HISTERECTOMÍA CON OCUPACIÓN, PROCEDENCIA, EDAD GESTACIONAL, CONTROL PRENATAL Y PARIDAD

Variable		Histerectomía						or	OR IC-95%	
		Si		No		Total				
		n	%	n	%	N	%			
Ocupación	ama de casa	250	26.0%	222	23.13%	472	49.17%	1.19	1.01	1.60
	Trabajador independiente	180	18.8%	190	19.79%	370	38.54%	0.87	0.74	1.17
	Trabajador dependiente	49	5.1%	45	4.69%	94	9.79%	25.04	21.29	33.81
	Otros	1	0.1%	23	2.40%	24	2.50%	0.04	0.03	0.05
Procedencia	Urbana	150	15.6%	222	23.13%	372	38.75%	0.53	0.45	0.71
	Rural	330	34.4%	258	26.88%	588	61.25%	0.82	0.70	1.11
Edad gestacional	28 -_36	25	2.6%	16	1.67%	41	4.27%	1.60	1.36	2.12
	37-41	450	46.9%	462	48.13%	912	95.00%	0.39	0.33	0.51
	>42	5	0.5%	2	0.21%	7	0.73%	0.30	0.26	0.40
Control prenatal	Ninguno	25	2.6%	3	0.31%	28	2.92%	6.67	5.67	9.00
	1-6.	445	46.4%	356	37.08%	801	83.44%	15.13	12.86	20.42
	>6	10	1.0%	121	12.60%	131	13.65%	2.40	2.04	3.24
Paridad	0-1	5	0.5%	145	15.10%	150	15.63%	0.03	0.02	0.04
	2-3.	154	16.0%	120	12.50%	274	28.54%	0.86	0.73	1.16
	>3	321	33.4%	215	22.40%	536	55.83%	0.12	0.10	0.16

FUENTE: Elaborada por la autora

Para la tabla 2, la asociación en histerectomía, establece que las amas de casa están presentando un total 49.17%, en pacientes independientes laboralmente, de 38.54% y las de trabajo dependiente es de 9.79%, en otros tipos de condiciones es un 2.50%; por lo tanto, riesgo significativo es de 1.19; 0.87; 25.04; 0.04 respectivamente. En procedencia urbana la representatividad es de 38.75% ; rural de 61.25%. En edad gestacional, el punto de corte es de: 28 a 36 semanas un 4.27%; de 37 a 41 semanas es 95%; y para mayores de 42 semanas es de 0.73%; representando un riesgo significativo de 1.6 veces más riesgo para presentar histerectomía, en el caso de los controles prenatales para los que no tienen ningún control en el 2.92%; control prenatal de 1 a 6 veces un 83.44% y más de 6 controles se presentaron en el 13.65%; se establece que existe mayor riesgo de

presentar histerectomía cuando las gestantes están controladas de 1 a 6 veces en 15 veces más riesgo de presentar histerectomía asimismo las que no presentan controles prenatales presenta un riesgo de 6.67 veces y para el caso de las pacientes que se encuentran con más controles esas establece con riesgo de 2.4 veces más riesgo por tanto en mayor riesgo se presenta con las gestantes que se encuentran entre 1 a 6 controles prenatales y con respecto a la paridad de la gestante se observa que de cero a un hijo se establece en 15.63% de dos a tres hijos en el 28.54% y más de 3 hijos en el 55.83% no se evidencia en riesgo significativo para histerectomía y ninguna de los niveles de paridad.

Tabla 3: TABLA ASOCIADA EN HISTERECTOMÍA CON EMBARAZO MÚLTIPLE, INTERVALO INTERGENÉSICO LARGO, ENFERMEDADES DIAGNÓSTICAS EN LA FICHA PERINATAL, INDICADORES DE HISTERECTOMÍA COMO ATONÍA UTERINA, ENDOMETRITIS, DESHICENCIA.

Variable		Histerectomía						or	OR IC-95%	
		Si		No		Total				
		n	%	n	%	N	%			
Embarazo múltiple	Si	148	15.4%	12	1.25%	160	16.67%	17.39	14.78	22.95
	No	332	34.6%	468	48.75%	800	83.33%			
Intervalo intergenésico largo	Si	48	5.0%	68	7.08%	116	12.08%	0.67	0.57	0.89
	No	432	45.0%	412	42.92%	844	87.92%			
Enfermedades	placenta previa	68	7.1%	15	1.56%	83	8.65%	1.51	1.28	2.04
	Preeclampsia	180	18.8%	60	6.25%	240	25.00%	0.29	0.25	0.39
	Obesidad	156	16.3%	15	1.56%	171	17.81%	53.37	45.36	72.05
	Otros	76	7.9%	390	40.63%	466	48.54%	0.04	0.04	0.06
indicadores de histerectomía	atonía	260	27.1%	0	0.00%	260	27.08%	nc		
	Endometritis	120	12.5%	0	0.00%	120	12.50%			
	Dehiscencia	50	5.2%	0	0.00%	50	5.21%			
	Otros	50	5.2%	0	0.00%	50	5.21%			

FUENTE: Elaborada por la autora

En cuanto, a la tabla 3, los embarazos múltiples; el total es de 16.67% y está representa un riesgo para histerectomía de 17.3 veces más riesgo de presentar extracción del útero; para el intervalo periodo intergenésico largo; es de 12.08% y no representa un riesgo significativo; por otro lado, placenta previa presenta un riesgo de histerectomía de 1.51 veces más riesgo; en preclamsia presenta un 25% de las historias clínicas y no representa mayor riesgo significativo. en el caso de la obesidad presenta un 17.81% con un riesgo de 53 veces más riesgo de establecer histerectomía, finalmente en otras enfermedades la representatividad en de 48.54% siendo esta mayor a las anteriores enfermedades. Dentro de las indicaciones de histerectomía se encuentra la atonía uterina con un 27%; la endometritis en 12.5% la dehiscencia de herida en 5.21% y otros causales en 5.21% .

V. Discusión

Observamos qué nivel internacional los trabajos de Shaik y colaboradores según la investigación realizada en Pakistán establece la frecuencia de evaluar ciertas características para histerectomía en dónde a través de un grupo muestra bastante amplio de maíz y 7000 historias clínicas se estableció que la incidencia aproximada del 43% siendo principalmente la relación con las mujeres de 30 a 40 años multíparas imprimí grabas sin embargo, sus resultados al ser revisados en la data establecida se observa pertinentemente que las edades con mayor tasa incidencia se establece a nivel de las gestantes con edades de 20 35 años por Lo tanto entrar en discrepancia con el estudio pakistaní sin embargo, al poder establecer sobre el nivel de paridad y del embarazo múltiple evidenciamos que existe mayor riesgo de histerectomía con riesgo de 17.39 veces más riesgo de presentar una histerectomía con embarazos múltiples y en cuanto la paridad no está clara su relación por tanto los resultados para ambos estudios no son concordantes entre sí.

Kallianidis y colaboradores según trabajo realizado en Escandinavia en el año 2020 establece que las indicaciones para histerectomía a nivel europeo fueron principalmente la atonía uterina y la placenta invasiva en el 35 y 34 por ciento sin embargo, a revisar los antecedentes observamos que la atonía uterina representa el 27% y la placenta invasiva es se encuentra en otros diagnósticos a nivel es 5.21% por tanto ambos estudios discrepantes y encontrando mayores tasas de atonía en el estudio dropeo europeo.

Heitkamp una investigación sudafricana realizada en el 2019 en Ciudad del Cabo establece que el 86% de mujeres dio a luz por cesárea y fue atendido de manera repetitiva en el 45% presentando indicadores de instancias hospitalarias prolongadas y complicaciones que están relacionadas al atonía uterina sin embargo, esas variables de corte gerencial no fueron evaluados en el estudio

teniendo en cuenta que la investigación presenta antecedentes médicos y clínicos y quirúrgicos que son importantes para analizar los factores de riesgo de atonía uterina.

Qatawneh una investigación publicada en Jordania evalúa en este caso una revisión a través del método retrospectivos de histerectomía de emergencia en donde la principal indicación fue la atonía uterina y la rotura uterina las cuales en este caso oscilaron en el 26 y 31% teniendo en cuenta esto y al compararlos con los resultados observamos que la atonía uterina se presenta en un total del 27% por lo cual en este caso son coincidentes los indicadores para ambos estudios entrando en concordancia la perspectiva de histerectomía de emergencia.

A nivel nacional Ramírez en una investigación realizada en la capital del Perú en el año 2017 en el hospital docente madre niño San Bartolomé se observa que el 82% presentó parto por cesárea de lo cual en este caso es coincidente debido a que todas las cesareadas que se evaluaron fueron a nivel del hospital Santa Rosa en el 100% pero por otro lado la cesárea anterior se relaciona con riesgo de 20 veces más de histerectomía obstétrica sin embargo, en este caso el antecedente de cesárea anterior no fue un factor en este caso estudiado en la investigación por tanto ambos estudios entran en discrepancia entre sí.

Para el caso de Cruz Ronceros en un trabajo de investigación publicado en Lima Perú realiza en este caso a través de un método analítico una evaluación de casos y controles de 71 pacientes encontrando que las adherencias placentarias están asociadas histerectomía lo cual en este caso está presente en el 18.52% sin embargo, este es un valor muy superior dentro de las causales de histerectomía encontrándose dentro de otros factores en el 5.21% por tanto ambos estudios discrepancia entre sí.

En el caso de Izaguirre en un trabajo publicado a nivel de Lima en el año 2020 en el hospital Arzobispo Loayza, se realiza una investigación donde se está relacionada la atonía uterina y la succión placentaria como causa en este caso de sangrado post parto cesárea en ese sentido estas causales no se encuentran establecidos en la investigación sin embargo, la atonía uterina está presente en la investigación a nivel del 27% por lo cual sería una causal importante para los indicadores de histerectomía de emergencia por lo cual ambas investigaciones entrega en concordancia.

Pero el trabajo de Molina realizado a nivel del departamento de Piura se estableció como título investigar las características y factores obstétricos en el hospital Santa Rosa, donde estableció que la atonía uterina se presenta como principal causa en el 31% de los casos de edad gestacional también presenta un valor de riesgo significativo y tener menos de 6 controles presenta un riesgo de 1.96 veces más riesgo en ese sentido y evaluando los riesgos pertinentemente la placenta previa presenta un riesgo de 1.51 veces más riesgo de presentar histerectomía de emergencia sin embargo, cuando evaluamos otros causales las edades gestacionales en este caso presenta mayor riesgo a nivel de los 28 a 30 semanas encontrando un riesgo significativo de 1.6 veces por lo tanto los trabajos serían concordantes en esos extremos.

VI. Conclusiones

Se identificó en las características sociodemográficas; una asociación significativa. en la las menores de 15 años; las que cursan estudios secundarios; en solteras; en trabajadoras dependientes; de procedencia rural.

Se determinó de las características gineco obstétricas; una asociación significativa en las que presentan, una edad gestacional de 28 a 36 semanas; las de controles prenatales, que acuden a sus controles de 1 a 6 veces durante toda la gestación; las que tienen una paridad de 2-3 hijos;

Los antecedentes médico quirúrgico de las pacientes púerperas sometidas a histerectomía de emergencia por cesáreas en el hospital Santa Rosa 2015 al 1021 fueron el embarazo múltiple en 16.67% el intervalo intergenésico largo en el 12.1% y las de antecedentes como: obesidad, seguido placenta previa.

En el caso de las historias y sus motivos a nivel de emergencia post-cesareadas del hospital Santa Rosa 2015-2021 se observa que principalmente fue la atonía uterina en el 27% endometritis 12% y la dehiscencia postoperatoria en 5% aproximadamente.

VII. Recomendaciones

Se debe remitir los resultados al jefe de servicio del hospital Santa Rosa de Piura a nivel del área de ginecología para que puedan tener en cuenta los principales factores de riesgo y hacer una búsqueda activa en las pacientes actuales y poder determinar menor complicaciones de histerectomía.

Se debe informar en este caso al decano de la facultad de medicina humana de la universidad César Vallejo para que esté pueda facilitar mayores investigaciones en el área ginecológica y poder inducir a mayores trabajos dentro de las complicaciones como la histerectomía en diferentes localidades y tener un mejor marco muestral a nivel de Piura.

Se debe hacer seguimiento por parte de los médicos ginecólogos de las pacientes en torno a los antecedentes de placenta previa preclamsia y obesidad y así mismo se debe tener en consideración los factores de riesgo con especial atención la cantidad de años de la gestante el nivel de estudio el estado civil de conviviente la ocupación de grado dependiente la edad gestacional es de 28 a 36 semanas los no controles prenatales y los embarazos múltiples entre otros.

Referencias

1. Dge.gob.pe. [Internet]. Control nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades.c2000 – 2017. [Minsa – Citado en el 2017] Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2017/SE44/mmaterna.pdf>
2. Who.int. (2018). Mortalidad materna. C2015 – 2019. [Organización mundial de la salud – Citado el 09 de Setiembre del 2019] Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. Huque, S., Roberts, I., Fawole, B. et al. Factores de riesgo de histerectomía periparto en mujeres con hemorragia posparto: análisis de datos del ensayo WOMAN. BMC Pregnancy Childbirth 18, 186 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1829-7>
4. Shaikh, AG, Sangri, AM , Lashari, KA , Unar, F. , Noor, B. , Parveen, S. Histerectomía obstétrica - Es una opción que salva vidas. Volumen 31, Número 3, marzo de 2020, páginas 20-22 https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85089921922&origin=inward&txGid=4533c208372527a12eb4a9f0cb9f83be&featureToggles=FEATURE_VIEW_PDF:1
5. Kallianidis, AF, Maraschini, A. , Danis, J. , Colmorn, LB , Deneux-Tharaux, C. , Donati, S. , Gissler, M. , Jakobsson, M. , Caballero, M. , Kristufkova, A. , Lindqvist, PG , Vandenberghe, G. , Van Den Akker, T. Análisis epidemiológico de la histerectomía periparto en nueve países europeos Volumen 99, Número 10, 1 de octubre de 2020, Páginas 1364-1373 https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85084976033&doi=10.1111%2faogs.13892&origin=inward&txGid=021bb04c78b84623625b86e25a23321f&featureToggles=FEATURE_VIEW_PDF:1
6. Heitkamp A, Seinstra J, van den Akker T, Vollmer L, Gebhardt S, van Roosmalen J, et al. A district-wide population-based descriptive study of emergency peripartum hysterectomy in a middle-income country. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2019;146(1):103–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12837>
7. Kaushalya Arulpragasam, Grace Hyanes, Mathias Epee-Bekima Histerectomía periparto de emergencia en una población de Australia Occidental:

análisis retrospectivo de notas de casos de diez años. Volumen 59, Páginas 533-537, Agosto de 2019 <https://doi.org/10.1111/ajo.12922>

8. Muna Abdulrazzaq Tahlak, Mahera Abdulrahman, Nawal Mahmood Hubaishi, Mushtaq Omar, Fátima Cherifi, Shazia Magray, Frederick Robert Carrick Histerectomía periparto de emergencia en el sistema de salud de Dubai: una experiencia de quince años. 2018 Mar; 15 (1): 1-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29662708/>

9. Qatawneh, A., Fram, KM, Thikerallah, F., Mhidat, N., Fram, FK, Fram, RK, Darwish, T., Abdallat, T. Histerectomía periparto de emergencia en el hospital de la Universidad de Jordania: una experiencia hospitalaria docente. Volumen 19, Número 2, 2020, Páginas 66-71 https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85090068609&doi=10.5114%2fpm.2020.97840&origin=inward&txGid=4b016db84d8a91e4385c29e88b72058b&featureToggles=FEATURE_VIEW_PDF:1

10. Juan Ramírez Cabrera^{1,a}; Santiago Cabrera Ramos^{1,b}; Gerardo Campos Siccha^{1,c}; Melissa Peláez Chomba^{1,d}; Clifford Poma Morales^{1,d} Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 – 2015 Rev. peru. ginecol. obstet. vol.63 no.1 Lima ene./mar. 2017 http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000100004

11. Martha Josabel Santa Cruz Ronceros. “Factores de riesgo relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes postcesareadas atendidas en el Hospital Santa Rosa durante los años 2014 – 2017” (2020) https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2979/TESIS_SANTA%20CRUZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12. Dora Mariella IZAGUIRRE VIRHUEZ, “Factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica en mujeres con hemorragia postparto. Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2014-2018” (2020) https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/14104/lzaguirre_vd.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. Patino-Peyrani LM, Valeria Jiménez-Baez M, Pérez-Silva S. Histerectomía obstétrica: caracterización epidemiológica en un hospital de segundo nivel. Emergency peripartum hysterectomy: epidemiological characterization in second

level hospital [Internet]. Gob.mx. [citado el 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://salud.groo.gob.mx/revista/revistas/28/2.pdf>

14. Histerectomía abdominal [Internet]. Mayoclinic.org. [citado el 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/abdominal-hysterectomy/about/pac-20384559>

15. Edu.pe. [citado el 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/87911/Tineo_MLY-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16. Herrera C, Eduardo L. Factores de riesgo de la histerectomía obstétrica y sus complicaciones en las mujeres atendidas en la Maternidad Mariana de Jesús. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia; 2018. [citado el 1 de diciembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31606>

17. Reyes Osorio E. Describir los resultados clínicos de las técnicas alternativas a la histerectomía usadas en hemorragia obstétrica en pacientes adolescentes. 2019 [citado el 1 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/10099>

18. Cuenca V, Manuela R. 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. [citado el 1 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/5579>

19. Cesárea [Internet]. Mayoclinic.org. [citado el 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/c-section/about/pac-20393655>

20. Atonía uterina – Clínica Pueyrredon [Internet]. Clinicapueyrredon.com. [citado el 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicapueyrredon.com/atonia-uterina/>

21. Acretismo placentario (placenta accreta) [Internet]. Msdmanuals.com. [citado el 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/acretismo-placentario-placenta-accreta>
22. Placenta previa [Internet]. Msdmanuals.com. [citado el 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/placenta-previa>
23. Endometritis puerperal [Internet]. Msdmanuals.com. [citado el 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-posparto-y-trastornos-asociados/endometritis-puerperal>
24. Melo-Cerda I. Importancia ginecológica del istmocele ¿cómo y cuándo tratar? Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2017 [citado el 1 de diciembre de 2022];85(2):55–63. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000200055
25. Moldenhauer JS. Rotura uterina [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado el 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-parto/rotura-uterina>
26. Lugo SMB. Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en el Hospital de Especialidades del Niño y La Mujer “Felipe Nuñez Lara” en el periodo enero 2014 a diciembre 2016. 2019 [citado el 1 de dic de 2022]; Disponible en: <http://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/1224>
27. Molina, C. CARACTERISTICAS OBSTETRICAS DE PACIENTES PUERPERAS SOMETIDAS A HISTERECTOMIA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SANTA ROSA, PIURA. [Internet]. Edu.pe. [citado el 15 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6105/1/REP_MEHU

28. Edad gestacional [Internet]. Versión manual MSD para profesionales. [citado el 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/edad-gestacional>
29. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: resumen [Internet]. Healthynewbornnetwork.org. [citado el 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/ANC-OverviewBriefing-letter-SP.pdf>
30. Embarazo normal y cuidados prenatales [Internet]. Mhmedical.com. [citado el 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1494§ionid=98123785>
31. Abanto C, Alexandra J. Hallazgos anatomopatológicos en histerectomía obstétrica de emergencia por hemorragia posparto en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2012-2020. Universidad Nacional de Cajamarca; 2021. [citado el 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4202>
32. Zavala-García A, Ortiz-Reyes H, Salomon-Kuri J, Padilla-Amigo C, Preciado Ruiz R. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2018 [citado el 1 de diciembre de 2022];83(1):52–61. Disponible en: <https://revistaschilenas.uchile.cl/handle/2250/68881>
33. Ruiz P, Kevin J. Indicaciones y factores asociados a histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital Apoyo Sullana II-2 durante el año 2017. Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO; 2018. [citado el 1 de dic de 2022]; Disponible en: <http://200.62.226.186/handle/20.500.12759/3998>
34. Vega M. G, Bautista G. LN, Rodríguez N. LD, Loredó A. F, Vega M. J, Becerril S. A, et al. Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [citado el 1 de diciembre de 2022];82(4):408–15. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000400408

35. Proyectos de Investigación Básica y Aplicada CONCYTEC [Internet]. Gob.pe. [citado el 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://siar.minam.gob.pe/ancash/novedades/proyectos-investigacion-basica-aplicada-concytec>

36. Universitaria E, María M, Müggenburg Rodríguez C, Iñiga M, Cabrera P. Los maestros escriben [Internet]. Redalyc.org. [citado el 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741821004.pdf>

37. Gov.co. Edad [Internet] [citado el 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>

38. Definición Nivel de instrucción (7 grupos) [Internet]. Eustat.eus. [citado el 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_1/tema_276/elem_11188/definicion.html

39. Estado civil [Internet]. Conceptos Jurídicos. 2021 [citado el 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.conceptosjuridicos.com/pe/estado-civil/>

40. Definición de ocupación — Definicion.de [Internet]. Definición.de. [citado el 1 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://definicion.de/ocupacion/>

41. Factores asociados al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano De Juliaca del año 2019. Repositorio.uoosevelt.edu.pe. 2022 [cited 1 diciembre 2022]. Available from: <https://repositorio.uoosevelt.edu.pe/bitstream/handle/ROOSEVELT/887/TESIS%20CELESTE%20-%20SANDRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

42. [Internet]. “Factores asociados para histerectomía obstétrica en mujeres de un Hospital Nivel II de La Libertad. 2011- 2021.”. 2021 [cited 1 diciembre 2022]. Available from:






https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/87911/Tineo_ML_Y-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

43. Indicaciones y factores asociados a histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital Apoyo Sullana II-2 durante el año 2017. [cited 1 diciembre 2022]. Autor : Palacios Ruiz, Junior Kevin
<http://hdl.handle.net/20.500.12759/3998>
44. Riera H, Soledad A. Factores sociodemográficos y antecedentes obstétricos maternos asociados a histerectomía obstétrica en mujeres atendidas en el Hospital Pablo Arturo Suárez durante el período de enero 2013 a diciembre de 2018. PUCE - Quito; 2020. [citado 2022 Dic 01] Disponible en:
<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/20515>
45. Villavicencio Cuenca, Roció Manuela. Factores Predisponentes a Histerectomía Obstétrica En Pacientes Atendidas En El Servicio De Gineco Obstetricia Del Hospital Amazónico, Pucallpa En El Año 2017. 2019 [citado 2022 Jul 03] <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/5579>
46. Monet Fernández Yadiel Esteban, Cora Abraham Jesús, Hernández del Sol Celina, Fundora Madruga Guillermo. Histerectomía video laparoscópica. Rev. Cubana Cir [Internet]. 2020 Sep. [citado 2022 Jul 03]; 59(3): e925. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0034
47. Fred Morgan-Ortiz, Fred Valentín Morgan-Ruiz, Cristhel Cervin-Báez, Josefina Báez-Barraza, Blanca Inés Esquivel Leyva et al. Comparación de la morbilidad operatoria entre histerectomía laparoscópica y abdominal. Rev. Med. UAS. [Internet]. 2019 [citado 2022 Jul 03]; Vol. 9: No. 3. Julioseptiembre 2019. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000600005>.
48. Leyva-Vázquez FY, García-Rodríguez M. Histerectomía vaginal convencional y vaginal asistida por laparoscopia en pacientes sin prolapso uterino. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2021 [citado 2022 Dic 01]; 25(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en:
<http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7848>
49. Soto A, Cvetkovich A. Estudios de casos y controles. Rev Fac Med Hum. [Internet].2020 Enero.[citado 2022 Dic 01]; 20(1):138-143. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i1.2555>

50. Castro M. Bioestadística aplicada en investigación clínica: conceptos básicos. Rev Med Clin Condes. 2019; 30(1):50-65. [citado 2022 Dic 01]
Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.12.002>

Anexos

Anexo N°1: Aprobación de hospital santa rosa

 UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO	FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA <i>Centros a la Accreditación...</i>	 GOBIERNO REGIONAL PIURA
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"		"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
CARTA N°097-2022-E.P/MEDICINA-UCV-PIURA		DOCUMENTO DE APROBACIÓN N° 23 - 2022 - COMITÉ - INVESTIGACIÓN - HPCSR-II-2
DR. Raúl González Navarro Director del Hospital de la Amistad Perú- Corea Santa Rosa II-2	Piura, 23 de noviembre del 2022	A: DRA. ADRIANA MONTOYA REATEGUI Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación ASUNTO: ACEPTACIÓN DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN
ATENCIÓN: JEFE DE UNIDAD DE CAPACITACIÓN, INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA.	ASUNTO : Solicito facilidades para ejecución de proyecto de tesis	Por medio del presente le saludo cordialmente y a la vez, se le comunica que habiendo revisado el proyecto del estudio de investigación titulado: "FACTORES ASOCIADOS A HISTERECTOMIA EN UN HOSPITAL REFERENCIAL DE PIURA, 2016 -2021. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES". Este comité OPINA la APROBACIÓN para su ejecución.
De mi consideración: Reciba el saludo institucional de la Escuela Académico Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo filial Piura, y a la vez presentar a la estudiante del XIV ciclo ZAPATA OJEDA LESLIE CATHERINE, identificada con C.U. N° 7000985988 quien viene realizando su Trabajo de Investigación de Tesis denominado " Factores asociados a histerectomía en un Hospital referencial de Piura, 2016-2021. Estudio de Casos y Controles" para continuar con el desarrollo de dicho trabajo requiere revisar historias clínicas de puérperas atendidas en el Hospital Santa Rosa desde el año 2016 al 2021, motivo por el cual acudo a su persona para solicitar tenga a bien brindar las facilidades correspondientes para que la estudiante realice el correcto desarrollo de su trabajo de investigación.	Sin otro particular, y agradeciendo la atención que le brinde a la presente me despido de usted no sin antes expresar mis sentimientos de consideración y estima personal.	Atentamente,
Atentamente;	 Dr. Marco Alvarez Carbonel Coordinador de la Escuela de Medicina Filial Piura - UCV	 Méd. FRANCO ERNESTO LEÓN JIMÉNEZ Presidente del Comité de Investigación HPCSR-II
c.c archiv		Av. Grau y Chulucanas s/n San Martín Telf. (073) 361509 WWW.hsantarosa.gob.pe uadisantarosa@hotmail.com

Anexo 02: Ficha de validación de instrumento de recolección de datos por criterio de jueces.



VALIDEZ DE CONTENIDO DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



**FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
POR CRITERIO DE JUECES.**

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del Juez:

..Dr. Ivan Pacheco Palacios.....

1.2. Cargo e institución donde labora:

..Médico Ginecólogo - Obstetra
..Hospital de la Amistad Perú - Corea Santa Rosa II -2.....

1.3. Nombre del instrumento evaluado:

..Cuestionario.....

1.4. Autor(a) del instrumento:

..Leslie Catherine Zapata Ojeda.....

II. DATOS DEL TESISISTA:

TÍTULO: "FACTORES GINECOOBSTETRICOS ASOCIADOS A HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ COREA SANTA ROSA II – 2. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES"	
DATOS DEL TESISISTA	
NOMBRE Y APELLIDOS	LESLIE CATHERINE ZAPATA OJEDA
ESCUELA PROFESIONAL	ESCUELA DE MEDICINA
INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN	CUESTIONARIO
OBJETIVOS DE INSTRUMENTO	
GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> Determinar los factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas atendidas en el hospital Santa Rosa durante los años 2018 – 2021
ESPECIFICOS	<ul style="list-style-type: none"> Determinar si la atonía uterina es un factor de riesgo asociado a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas;

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar si la ruptura uterina es un factor de riesgo relacionado a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas. • Determinar si el acretismo placentario es un factor de riesgo relacionado a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas. • Determinar si el útero de Couvelaire es un factor de riesgo relacionado a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas. • Identificar si la edad es un factor de riesgo relacionado a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas.
--	---

III. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

ITEMS	SI	NO	SUGERENCIAS
1. Las preguntas persiguen fines del objetivo general.	X		
2. Las preguntas persiguen los fines del objetivo específico.	X		
3. Las preguntas abarcan variables e indicadores.	X		
4. Los ítems permiten medir el problema de la investigación.	X		
5. Los términos utilizados son claros y comprensibles.	X		
6. El grado de dificultad o complejidad es aceptable.	X		
7. Los ítems permiten contrastar la hipótesis de la investigación.	X		
8. Los reactivos siguen un orden lógico.	X		
9. Se debe considerar otros ítems.		X	
10. Los ítems despiertan la ambigüedad en el encuestado.	X		

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el cuadro asociado).

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado <input type="checkbox"/>	0 – 3

Observado	<input type="checkbox"/>	4 – 7
Aprobado	<input checked="" type="checkbox"/>	8 – 10

Lugar y fecha: ..Pur. a. 10. de. Diciembre. del. 2021..


Ivan Pacheco Palacios
GINECÓLOGO - OBSTETRA
C.M.P. 41981 R.N.E. 31954
Firma del Juez

**FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
 POR CRITERIO DE JUECES.**

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del Juez:

..Dr. Francisco Zedano Carbajal.....

1.2. Cargo e institución donde labora:

..Médico Ginecólogo - Obstetra
 ..Hospital de la Amistad Perú - Corea Santa Rosa II - 2.....

1.3. Nombre del instrumento evaluado:

..Cuestionario.....

1.4. Autor(a) del instrumento:

..Leslie Catherine Zapata Ojeda.....

II. DATOS DEL TESISISTA:

TÍTULO: “FACTORES GINECOOBSTETRICOS ASOCIADOS A HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ COREA SANTA ROSA II – 2. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES”	
DATOS DEL TESISISTA	
NOMBRE Y APELLIDOS	LESLIE CATHERINE ZAPATA OJEDA
ESCUELA PROFESIONAL	ESCUELA DE MEDICINA
INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN	CUESTIONARIO
OBJETIVOS DE INSTRUMENTO	
GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> Determinar los factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas atendidas en el hospital Santa Rosa durante los años 2018 – 2021
ESPECIFICOS	<ul style="list-style-type: none"> Determinar si la atonía uterina es un factor de riesgo asociado a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas;

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar si la ruptura uterina es un factor de riesgo relacionado a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas. • Determinar si el acretismo placentario es un factor de riesgo relacionado a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas. • Determinar si el útero de Couvelaire es un factor de riesgo relacionado a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas. • Identificar si la edad es un factor de riesgo relacionado a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas.
--	---

III. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

ITEMS	SI	NO	SUGERENCIAS
1. Las preguntas persiguen fines del objetivo general.	X		
2. Las preguntas persiguen los fines del objetivo específico.	X		
3. Las preguntas abarcan variables e indicadores.	X		
4. Los ítems permiten medir el problema de la investigación.	X		
5. Los términos utilizados son claros y comprensibles.	X		
6. El grado de dificultad o complejidad es aceptable.	X		
7. Los ítems permiten contrastar la hipótesis de la investigación.	X		
8. Los reactivos siguen un orden lógico.	X		
9. Se debe considerar otros ítems.		X	
10. Los ítems despiertan la ambigüedad en el encuestado.	X		

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el cuadro asociado).

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado <input type="checkbox"/>	0 – 3

Observado	<input type="checkbox"/>	4 – 7
Aprobado	<input checked="" type="checkbox"/>	8 – 10

Lugar y fecha: ..Pinar. 10. de. Diciembre. del. 2021..


Dr. Francisco Zedano Carbajal
GINECÓLOGO - OBSTETRA
C.M.F. 37493 R.N.E. 27160

Firma del Juez

**FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
 POR CRITERIO DE JUECES.**

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del Juez:

...Dra. Jerlinne Ojeda Gallo.....

1.2. Cargo e institución donde labora:

...Médico Ginecólogo - Obstetra
 ...Hospital de la Amistad Perú - Corea Santa Rosa II -2.....

1.3. Nombre del instrumento evaluado:

...Cuestionario.....

1.4. Autor(a) del instrumento:

...Leslie Catherine Zapata Ojeda.....

II. DATOS DEL TESISISTA:

TÍTULO: “FACTORES GINECOOBSTETRICOS ASOCIADOS A HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ COREA SANTA ROSA II – 2. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES”	
DATOS DEL TESISISTA	
NOMBRE Y APELLIDOS	LESLIE CATHERINE ZAPATA OJEDA
ESCUELA PROFESIONAL	ESCUELA DE MEDICINA
INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN	CUESTIONARIO
OBJETIVOS DE INSTRUMENTO	
GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> Determinar los factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas atendidas en el hospital Santa Rosa durante los años 2018 – 2021
ESPECIFICOS	<ul style="list-style-type: none"> Determinar si la atonía uterina es un factor de riesgo asociado a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas;

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar si la ruptura uterina es un factor de riesgo relacionado a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas. • Determinar si el acretismo placentario es un factor de riesgo relacionado a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas. • Determinar si el útero de Couvelaire es un factor de riesgo relacionado a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas. • Identificar si la edad es un factor de riesgo relacionado a histerectomía obstétrica en pacientes post-cesáreas.
--	---

III. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

ITEMS	SI	NO	SUGERENCIAS
1. Las preguntas persiguen fines del objetivo general.	X		
2. Las preguntas persiguen los fines del objetivo específico.	X		
3. Las preguntas abarcan variables e indicadores.	X		
4. Los ítems permiten medir el problema de la investigación.	X		
5. Los términos utilizados son claros y comprensibles.	X		
6. El grado de dificultad o complejidad es aceptable.	X		
7. Los ítems permiten contrastar la hipótesis de la investigación.	X		
8. Los reactivos siguen un orden lógico.	X		
9. Se debe considerar otros ítems.		X	
10. Los ítems despiertan la ambigüedad en el encuestado.	X		

IV. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el cuadro asociado).

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado <input type="checkbox"/>	0 – 3

Observado	<input type="checkbox"/>	4 - 7
Aprobado	<input checked="" type="checkbox"/>	8 - 10

Lugar y fecha: ..Pinar. a. 10. de. Diciembre. del. 2021..


Jennyfer M. Ojeda Galindo
MEDICO CIRUJANO
GINECOLOGA-OBSTETRA
CIP 48286 RNE: 31955
Firma del Juez

Anexo 03: Ficha de recolección de datos.

“FACTORES QUE INFLUYEN A REALIZAR HISTERECTOMIA, A PACIENTES POSTCESAREA. HOSPITAL SANTA ROSA, PIURA 2016 - 2021”

Número de ficha.....

Características Socio- Demográficas:

1. Edad: <20 años () 20-35 años () > 35 años ()
2. Estado civil : Soltera ()
 Casada ()
 Conviviente ()
 Otros ()
3. Grado de instrucción: Sin estudios () primaria () secundaria ()
 Superior Técnica () Superior Universitaria ()
4. Lugar de procedencia: Piura () Castilla () 26 de Octubre ()
 Catacaos () La Arena () La Unión ()
5. Ocupación : Ama de casa () trabajo independiente ()
 Trabajo dependiente ()

Características Ginecobstetricias:

6. Edad Gestacional al momento del parto: Pre termino Extremo ()
 Pretérmino ()
 A termino ()
 Postérmino ()
7. Controles prenatales: 0 – 3 controles ()
 4 – 6 controles ()
 > 6 controles ()
8. Paridad: 0 ()
 1 ()
 2-5 ()
 Más de 5 ()
9. Embarazo Múltiple: Único () Múltiple ()
10. Intervalo intergenésico: < 2 años () 2 – 6 años() > 7 años ()

11. Número de Cesáreas Previas: 0 ()
 1 ()
 2 ()
 3 ()
 4 ()

12. Patologías durante la Gestación

PATOLOGÍA DURANTE LA GESTACION y	Si	No
Placenta previa		
Desprendimiento prematuro de placenta.		
Trastorno hipertensivo del embarazo		
Obesidad.		
Acretismo placentario		
Diabetes mellitus gestacional		
Polihidramnios		
Otras		

13. Indicaciones de histerectomía obstétrica

INDICACIONES DE HISTERECTOMIA OBSTETRICA	Si	No
Atonía uterina		
Endometritis puerperal		
Dehiscencia de histerorrafia.		
Desgarro de ángulos de histerorrafia previa		
Útero de Couvelaire		
Otras		

Anexo 04: Validación del instrumento de recolección de datos clínicos y epidemiológicos por juicio de expertos.

ITEMS	ESPECIALISTA 1	ESPECIALISTA 2	ESPECIALISTA 3	N° DE ACUERDOS
1	1	1	1	3
2	1	1	1	3
3	1	1	1	3
4	1	1	1	3
5	1	1	1	3
6	1	1	1	3
7	1	1	1	3
8	1	1	1	3
9	0	0	0	0
10	1	1	1	3
TOTAL	27	27	27	27

De acuerdo = 1 punto

Desacuerdo = 0 puntos

PORCENTAJE DE ACUERDO ENTRE LOS JUECES

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} * 100 \rightarrow b = \frac{27}{27 + 0} * 100 = 90$$

b = Grado de concordancia entre los jueces

Ta = N° total de acuerdos.

Td = N° total de desacuerdos.

Anexo 05: Confiabilidad del instrumento.

VALORES	ANALISIS COEF ALFA C
0.707	118

Validando instrumento

Anexo 06: Operacionalización de variables

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS					
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la paciente hasta el día de la cirugía.	Es la edad registrada en la Historia Clínica.	Edad	En años	Razón
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Indica los diferentes grados académicos de nuestro sistema de educación.	El grado de instrucción que figura en el Historia Clínica.	Grado de instrucción	Grado de instrucción	nominal
ESTADO CIVIL	Situación o condición conyugal	El estado civil que figura en la Historia clínica.	Estado civil	Estado civil	nominal
OCUPACIÓN	Tipo de trabajo que realiza la paciente	El tipo de trabajo que figura en la historia clínica de la paciente.	Ocupación	Su ocupación	nominal
PROCEDENCIA	Se define como el lugar de residencia de la paciente. No siempre es el lugar de nacimiento.	Lugar de donde viene el paciente figurado en la historia clínica.	Procedencia	Lugar de procedencia	nominal
CARACTERÍSTICAS GINECOOBSTETRICAS					
EDAD GESTACIONAL	Tiempo cronológico medido en semanas desde el primer día de la última menstruación hasta el momento de la interrupción del embarazo.	Su edad gestacional medido por semanas mostrado en la historia clínica.	Edad gestacional en semanas	Su edad gestacional medido en semanas.	Razón
CONTROL PRENATAL	Conjunto de actividades que se ejercen sobre las embarazada con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de la madre e hijo.	Número del control de la gestación mostrado en la historia clínica.	Número de controles prenatales	Número de controles prenatales	Intervalo
PARIDAD	Número de Partos por vía vaginal o por cesárea. De fetos mayores de 23 semanas.	Los números de parto que presenta la paciente en la historia clínica.	Número de partos	Número de partos	Intervalo

EMBARAZO MÚLTIPLE	Un embarazo múltiple es la gestación en la que se desarrolla más de un feto, como resultado de la fecundación de dos o más óvulos o cuando un óvulo se divide.	Presencia de 2 o más fetos dentro del útero registrado en la historia clínica.	Presencia de 2 o más fetos dentro del útero.	Presencia de 2 o más fetos dentro del útero.	Nominal
INTERVALO INTERGENESICO LARGO	Se define como el tiempo transcurrido desde el término de la última gestación (parto o aborto) y la actual.	Se define como el tiempo transcurrido desde el término de la última gestación (parto o aborto) y la actual.	años	En años	Intervalo
PATOLOGÍAS DURANTE LA GESTACIÓN	Enfermedades que se pueden desarrollar durante el embarazo, complicando la gestación.	Las enfermedades que se diagnosticaron a la paciente durante los controles prenatales.	enfermedades	Sus enfermedades	Nominal
INDICACIONES DE HISTERECTOMÍA OBSTETRICA	Causas por las cuales se indica la histerectomía obstétrica	La causa del porque le indicaron la HO registrada en la Historia Clínica.	causas	causas	Nominal





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, BAZAN PALOMINO EDGAR RICARDO, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesor de Tesis Completa titulada: "Factores asociados a histerectomía en un hospital referencial de Piura, 2016-2021. Estudio de Casos y Controles.", cuyo autor es ZAPATA OJEDA LESLIE CATHERINE, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 18.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis Completa cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 01 de Febrero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
BAZAN PALOMINO EDGAR RICARDO DNI: 18890663 ORCID: 0000-0002-7973-2014	Firmado electrónicamente por: EBASANPAL el 13- 03-2023 23:00:40

Código documento Trilce: TRI - 0530304