



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA PRESENCIA DE
HISTERECTOMÍA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL. HOSPITAL
VIRGEN DE FÁTIMA –CHACHAPOYAS. 2010- 2014**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

AUTORA:

ROJAS GUILLEN LIZSETH GENOVEVA

ASESORAS:

Dra. ANA VILMA PERALTA IPARRAGUIRRE

Dra. IRMA YUPARI AZABACHE

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

TRUJILLO-PERÚ

2016



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA PRESENCIA
DE HISTERECTOMÍA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL.
HOSPITAL VIRGEN DE FÁTIMA –CHACHAPOYAS. 2010- 2014**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

AUTORA:

ROJAS GUILLEN LIZSETH GENOVEVA

ASESORAS:

Dra. ANA VILMA PERALTA IPARRAGUIRRE

Dra. IRMA YUPARI AZABACHE

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

TRUJILLO-PERÚ

2016

PAGINA DEL JURADO

Dra. SUSANA EDITA PAREDES DÍAZ
PRESIDENTE

DRA. IRMA YUPARI AZABACHE
(SECRETARIA)

DRA. ANA VILMA PERALTA IPARRAGUIRRE
(VOCAL)

DEDICATORIA

***A Dios.** Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.*

***A mis padres Francisco y Lesvia,** Pilares fundamentales en mi vida, con mucho amor y cariño, les dedico todo mi esfuerzo, en reconocimiento a todo el sacrificio puesto para que yo pueda estudiar.*

Los amo

***A mis hermanos,** Ronaldo, Reynaldo y Yeison, quien con sus palabras de aliento me fortalecieron y nunca bajaron sus brazos para que yo tampoco lo haga.*

Los quiero.

***Mi amado Alfredo,** por su apoyo incondicional que me brinda día con día para alcanzar nuevas metas, tanto profesionales como personales.*

Te amo.

***A mi adora hija Aliz,** posiblemente en estos momentos no entiendas mis palabras, pero cuando seas capaz, quiero que te des cuenta de lo que significas para mí, eres mi razón mi fortaleza y eres mi motivación para esforzarme día a día.*

Te adoro hija mía.

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque sin él nada de esto hubiese sido posible.

A mis padres, que a todo lo largo de toda mi vida me han apoyado y motivado mi formación académica, su tenacidad y lucha interminable han hecho un gran ejemplo a seguir por mí y por mis hermanos y sin ellos jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora gracias por todo especialmente por su amor y comprensión.

A mis hermanos y familiares, por ser mi gran apoyo y fortaleza para seguir adelante

A mi amado Alfredo, gracias por tu apoyo y amor infinito

Agradezco a mi adorada hija Aliz, por su infinito amor y ternura brindada día a día y su comprensión.

Agradezco a mis formadores, personas de gran sabiduría, quienes se han esforzado por ayudarme en llegar al punto que me encuentro.

A todos ellos les expreso mi cariño

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Lizseth Genoveva Rojas Guillen con DNI N° 42603543, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de obstetricia, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

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 de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 06 de Diciembre del 2016

Lizseth Genoveva Rojas Guillen

DNI: 42603543

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos establecida por la Universidad César Vallejo; presento ante ustedes la Tesis titulada “FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA PRESENCIA DE HISTERECTOMÍA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE SE ATENDIERON EN EL HOSPITAL VIRGEN DE FÁTIMA – CHACHAPOYAS –2010- 2014”, la misma que someto a vuestra consideración y espero cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

Lizseth Rojas

ÍNDICE

| | |
|---|------|
| PAGINA DEL JURADO | ii |
| DEDICATORIA | iii |
| AGRADECIMIENTO | iv |
| DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD..... | v |
| PRESENTACIÓN | vi |
| ÍNDICE | vii |
| RESUMEN..... | viii |
| ABSTRACT | ix |
| I. INTRODUCCIÓN | 10 |
| II. MÉTODO | 23 |
| 2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 23 |
| 2.2.VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... | 23 |
| 2.3.POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO | 26 |
| 2.4.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 29 |
| 2.5.MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS | 30 |
| 2.6.ASPECTOS ETICOS | 31 |
| III. RESULTADOS: | 32 |
| IV. DISCUSIÓN | 36 |
| V. CONCLUSIONES..... | 40 |
| VI. RECOMENDACIONES | 41 |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 42 |
| ANEXOS | 47 |

RESUMEN

La presente investigación titulada “Factores de riesgo que se relacionan con la presencia de Histerectomía en mujeres en edad fértil que se atendieron en el Hospital Virgen de Fátima – Chachapoyas durante los años 2010 al 2014”, se realizó mediante un estudio cuantitativo, no experimental, de corte transversal, de casos y controles, analizándose 42 casos y 375 controles. Los factores de riesgo que se relacionan con la Histerectomía lo constituyen el estado civil como factor demográfico, los miomas o tumores, hemorragia vaginal y endometriosis uterina como factores gineco obstétricos y el Cáncer ginecológico y las Infecciones del Tracto Urinario como factores patológicos; la incidencia de la Histerectomía constituye el 0.28% de la población; la edad no se relaciona con la histerectomía; no existe relación entre el número de gestas y la Histerectomía, los miomas o tumores, la hemorragia vaginal y la endometriosis si se encuentran relacionadas con ésta, teniendo los miomas un alto ODDS Ratio (8.04); se ha identificado que el cáncer ginecológico y las ITU se encuentran relacionadas con la histerectomía mientras que las ITS no tienen relación con la histerectomía.

PALABRAS CLAVES: Factores de riesgo. Histerectomía. Edad fértil.

ABSTRACT

The present research entitled "Risk factors related to the presence of hysterectomy in women of childbearing age who were treated at Hospital Virgen de Fátima - Chachapoyas during the years 2010 to 2014" was performed through a quantitative, non-experimental study, Of cross-sectional cases and controls, with 42 cases and 375 controls being analyzed. Risk factors associated with Hysterectomy include marital status as a demographic factor, fibroids or tumors, vaginal bleeding and uterine endometriosis such as obstetric gynecological factors and gynecological cancer and urinary tract infections as pathological factors; The incidence of hysterectomy constitutes 0.28% of the population; Age is not related to hysterectomy; There is no relationship between the number of pregnancies and hysterectomy, myomas or tumors, vaginal bleeding and endometriosis if they are related to it, myomas having a high ODDS Ratio (8.04); It has been identified that gynecologic cancer and UTIs are related to hysterectomy while STIs are unrelated to hysterectomy.

KEYWORDS: Risk Factors. Hysterectomy. Childbearing age.

I. INTRODUCCIÓN

La Histerectomía es un procedimiento quirúrgico por medio del cual se extrae el útero, esta puede ser parcial, completa o radical. Se indica para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente al aumentar el riesgo de hemorragia, como atonía o laceración uterina. En ocasiones no es posible controlar estas complicaciones, pese a que se dispone de procedimientos o medicamentos uterotónicos, por lo que se prefiere terminar con la fertilidad de la paciente antes que arriesgar su vida¹.

Con el advenimiento de nuevas tecnologías y con el avance científico técnico en el campo de la Medicina, la histerectomía obstétrica ha ido disminuyendo en frecuencia como simultáneamente han mejorado sus resultados. A nivel internacional, en Europa la incidencia reportada en la actualidad por diferentes autores es muy baja, oscila entre 0,1 y 0,9 %².

En los siglos XVIII y XIX, Cavallini (1768), Michaelis (1809) y Bluender (1830), luego de realizar la histerectomía en animales, sugirieron que podía efectuarse en humanos después de una cesárea, cuando era necesario preservar la vida de la paciente. El 21 de mayo de 1876, en Pavia, Italia, Eduardo Porro realizó la primera cesárea-histerectomía con supervivencia de madre e hijo, desde entonces la operación de histerectomía se llama operación de Porro³.

La era moderna de la histerectomía se inicia en los años 40 del siglo pasado, donde mejoran la técnica quirúrgica y anestésica, en 1951 Davis sostiene que la cesárea-histerectomía era un adelanto lógico en la cirugía obstétrica actual⁴.

Como todo procedimiento quirúrgico, la histerectomía se asocia a ciertos riesgos y efectos secundarios, tales como complicaciones infecciosas, en tal sentido, las complicaciones infecciosas son probables después de una histerectomía, en

promedio es de 10.5%; tal es así que las que mas se presentan son la celulitis de la cúpula vaginal, hematoma infectado o absceso, infección de la herida, infección del tracto urinario, infección respiratoria, sepsis y morbilidad febril⁵.

La histerectomía obstétrica desde su aparición ha producido grandes controversias, en vista que el obstetra entra en el dilema de no equivocarse al decidir si sacrificar la capacidad reproductiva o salvar la vida de la madre. Por este motivo, se debe continuar con la lucha para disminuir la morbilidad y la mortalidad materna, ya que que cada vez que se logra que una mujer no tenga una complicación en el proceso reproductivo, se está cooperando con el bienestar de la madre así como el su hijo, así también la satisfacción personal del obstetra que brinda la capacitación científica para abordar este tipo de problemas problemas presentando un mejor indicador de la calidad en la atención a las mujeres en el embarazo, el parto y el puerperio así como el reconocimiento social a esta labor².

Al respecto se han encontrado los siguientes trabajos previos:

Colmenares C, Santana N, Márquez G, Guerra L,⁶ (México, 2010), realizaron un estudio con el objetivo de establecer los factores de riesgo asociados a complicaciones infecciosas en la cúpula vaginal, posterior a una histerectomía programada vaginal o abdominal, aplicando un diseño: estudio de casos y controles en el Departamento de Ginecología y Unidad de Sépticas de la Clínica San Pedro Claver de Mexico a una muestra de 565 pacientes (115 casos y 450 controles), a las cuales se les realizó histerectomía programada para alguna causa benigna o premaligna. En su estudio obtuvo como conclusiones que han encontrado diferentes factores de riesgo para morbilidad infecciosa poshisterectomía, entre ellos, la presencia de flujo vaginal previo a la cirugía, el hallazgo de inflamación en citología cervicovaginal y el uso de DIU, lo que concuerda con la patogenia descrita en la literatura médica, y los cuales pueden ser modificados y prevenidos preoperatoriamente. Otros factores continúan en controversia, como el cierre o no de la cúpula vaginal y del peritoneo, al igual que el tiempo quirúrgico y la cantidad de sangrado.

Indacochea R.⁷ (Ecuador 2010) en su investigación al evaluar el total de hysterectomías abdominales y por vía vaginal, causas y complicaciones en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, durante el año 2010, mediante un estudio de tipo descriptivo, correlacional; de diseño no experimental, longitudinal y retrospectivo, analizó 412 historias clínicas, obtenidas al azar; de todas las hysterectomías que tuvieron como indicación una patología benigna. Los resultados obtenidos presentaron, una edad media de 46.5 años. . La causa más frecuente para realizar hysterectomía, es el útero miomatoso, en un 70.38%; el abordaje quirúrgico fue realizado por vía abdominal en un 84.46%; entre las complicaciones más significativas se halló infección del sitio quirúrgico, 2.91%; absceso del muñón vaginal 0.24%; infección de vías urinarias 2.48%; reingreso hospitalario del 1.69%, necesitando transfusión sanguínea el 0.24% de las pacientes estudiadas; con los datos evaluados se espera mejorar los protocolos y procedimientos quirúrgicos que implican a la hysterectomía, para tener una mejor calidad de atención en esta importante Institución de Salud.

Arias, P. y Tenezaca, D.⁸ (Ecuador, 2014), en Incidencia, Prevalencia y causas de hysterectomía en mujeres atendidas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca en el año 2012, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, a una muestra de 218 pacientes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga durante el año 2012. Obtuvieron como resultados que la media de edad se ubicó en 47.53 años con una DS de 8.3. La prevalencia de hysterectomías fue del 5.36% del total de las pacientes con intervención quirúrgica. La patología más común encontrada corresponde a Miomatosis con el 55.96%; La patología obstétrica corresponde a placenta acreta con un solo caso equivalente al 0.45%; el tipo de abordaje más frecuente con 88.5% fue la hysterectomía total tipo abdominal. Concluyó que la hysterectomía es la segunda cirugía más frecuente realizada luego de la cesárea y su causa más frecuente es por miomatosis uterina.

Luna A, Huertas E.⁹ (Perú, 2010) en La Incidencia De La Histerectomía durante la gestación (Histerectomía Obstétrica) y los factores asociados estudio de investigación realizado en el instituto materno perinatal (ex-hospital maternidad de lima), con el objetivo de conocer a la misma, para lo cual se recurrió a la revisión del total de casos de este procedimiento (136 pacientes) ocurridos en los dos últimos años. Se registraron 43,559 partos de los cuales 14,004 (32.15%) fueron por cesárea y hubieron 3,229 admisiones por abortos. La edad promedio de las pacientes fue de 30.7 +/- 6.86 años (rango de 17 a 45 años), con una paridad promedio de 3.51 +/- 1.98 gestaciones (rango de 1 a 9). El 77.3% no tenía control prenatal, el 94.9% ingresaron por emergencia con edades gestacionales entre el 1er y 2do trimestre el 29.4% y el 3er trimestre y púerperas el 70.6%. La incidencia global fue de 3.12 histerectomías por cada 1000 partos y 12.39 histerectomías por cada 1000 abortos. Las principales indicaciones de Histerectomía Obstétrica fueron la sepsis (39.7%), seguido de la atonía uterina post-parto (28.7%), el acretismo (14%). Se practicó Histerectomía Abdominal Total en un 94.1%, el 17.6% fue cesárea histerectomía. La mortalidad alcanzó el 2.2% (3 casos) y el 91.2% fue dada de alta mejorada. Las complicaciones post-operatorias más frecuentes fueron la anemia (45.6%), CID (9.6%) y la infección de herida operatoria (8.1%).

Toledo G.¹⁰ (Perú 2011), al investigar las Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco, de Puente Piedra, Lima, durante los años 2005 al 2010., realizo un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en una población que total de 275 pacientes que fueron sometidas a histerectomía abdominal total por el Servicio de Ginecología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra de Enero 2005 a Diciembre 2010. Obtuvo como resultados que predominó el grupo de 41 a 45 años (31%), multíparas (96%), las principales características clínicas fueron: dolor pélvico asociado a sangrado vaginal (40%), sangrado vaginal (31%). La principal indicación fué: miomatosis uterina (85%), que predominó en multíparas (81%), hubo correlación con la ecografía en el 95% y con anatomía patológica en el

94%. La complicación más frecuente, fue: fiebre e infección del tracto urinario con un 6% e infección de herida operatoria (2%). Concluyó que la indicación más frecuente para histerectomía abdominal total fue la miomatosis uterina asociada a sangrado vaginal y dolor pélvico, en especial en mujeres premenopáusicas, existiendo correlación con la ecografía y la anatomía patológica. Presentándose una baja morbilidad (6%) asociada a ITU e infección de herida operatoria (2%).

La palabra etiología refiere en términos generales al estudio sobre las causas de las cosas y de las enfermedades y por esta razón es un término que observa una amplia utilización en los contextos médicos y filosóficos. En la medicina, la etiología es aquella rama que se ocupa exclusivamente de estudiar las causas de las distintas enfermedades que afectan a los seres humanos.¹¹ El concepto de etiología científica lo formuló el médico Robert Koch, quien enumeró una serie de postulados de Koch para probar, sin lugar a dudas, si un microbio determinado causaba una enfermedad específica. Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos, en tal sentido los factores etiológicos se definen como aquellos elementos que pueden condicionarlas causas de las distintas enfermedades que afectan a los seres humanos.¹²

Aunque son diversas las clasificaciones de Histerectomía, la mayoría de los autores coinciden en dividir las en función de la circunstancia que la motiva: Histerectomía de urgencia e Histerectomía electiva¹³.

La Histerectomía de urgencia puede ser por Hemorragia postparto, Lesión Traumática, Etiología Médica, Infección o Inversión Uterina; mientras que la Hemorragia postparto puede deberse a Atonía uterina, Placenta Previa, Placenta Accreta o Hematoma Retroplacentario; ante un útero de Couvelaire hay que plantearse la posibilidad de realizar una histerectomía¹³.

Por Lesión Traumática como Rotura Uterina o Desgarro del Tracto Vaginal, la Rotura Uterina es una cicatriz de cesárea anterior, postaborto tras legrado, o rotura

de embarazo ectópico cornual o cervical; gracias al tratamiento médico de los embarazos extrauterinos con metrotexate, la incidencia de gestaciones extrauterinas accidentadas ha disminuido, en las roturas uterinas, la laparotomía y sutura del defecto suele resolver el cuadro en la mayoría de los casos; en algunos casos de lesiones irreparables, gran inestabilidad hemodinámica o incluso infecciones, obligan a hacer una histerectomía; el Desgarro del Tracto Vaginal, cuando se produce con hemorragia intensa y serios trastornos de coagulación, aunque es indicación muy discutible¹³.

Por Etiología Médica, en caso de coagulopatias por síndrome de HELLP, esteatosis hepática gravídica, preeclampsia grave; ante una hemorragia importante puede desencadenarse una coagulopatía por consumo, agravando así la situación hemodinámica de la mujer¹³. Por Infección, en casos de estados infecciosos severos que llevan a una sepsis que no responda a antibioterapia y que precise desfocalización, endometritis postparto complicadas con pelvi-peritonitis, o bien de origen pélvico que sobreinfectan el útero, incluso tromboflebitis pelvianas que persisten a pesar de antibioterapia intensa, existe el riesgo de shock séptico materno, por lo que la mejor opción es la histerectomía^{14, 16}. Por Inversión Uterina, en este caso es excepcional realizar una histerectomía, pero puede ser necesaria cuando la inversión sea irreductible (fallo de la taxis y la cirugía reparadora) o curse con necrosis o infección¹³.

La Histerectomía electiva actualmente en controversia por el aumento de morbimortalidad. Dentro de este grupo los motivos más frecuentes son: - Causa oncológica y Causa benigna¹³

La neoplasia cervical es la causa oncológica más frecuente de histerectomía obstétrica. La histerectomía se realizará en las formas invasivas, al comienzo del embarazo. Al final del embarazo, se opta por realizar cesárea, evitando el riesgo de diseminación de las células malignas por un parto vaginal. La neoplasia de ovario es una causa rara de histerectomía obstétrica en la práctica clínica; la actitud

dependerá del estadio tumoral. Si es avanzado, se realizará histerectomía, anexectomía bilateral y omentectomía en cualquier momento del embarazo, pero ante un estadio precoz con tumor localizado, puede realizarse anexectomía bilateral durante el embarazo, esperar al término de éste y entonces completar la cirugía realizando generalmente una cesárea¹⁶. Causa benigna: La cirugía se reserva para síntomas refractarios a tratamiento médico o en casos de mioma complicado (degeneración, mioma gigante, necrosis, infección, atonía secundaria al mioma¹³.

Otras indicaciones descritas en la literatura, actualmente difíciles de encontrar en la práctica diaria son: trastornos menstruales, dolor pélvico crónico, placenta previa no acreta, corioamnionitis, esterilización¹⁴.

Las indicaciones absolutas tales como Ruptura uterina de difícil reparación, Útero de Couvelaire en Abruption Placentae, Acretismo placentario, Atonía uterina que no se resuelve con manejo médico o Infección puerperal de órganos internos, son aquellas que durante el transcurso de un nacimiento vía vaginal y/o abdominal, obligan a terminar la intervención con una histerectomía como único procedimiento para solucionar una situación grave. Generalmente se elige la histerectomía total, pero en determinados casos, por la urgencia que se requiere, puede estar indicada la histerectomía subtotal¹⁴⁻¹⁵.

Indicaciones Electivas son las que se plantean antes de la intervención; algunas surgen en el momento de la cirugía, sin ser por sí mismas indicación absoluta de histerectomía: Carcinoma invasor del cérvix, cáncer de ovario, cáncer de mama, Mioma uterino en pacientes con paridad satisfecha, Torsión de útero grávido en grado avanzado, Afección uterina no tumoral (adherencias inflamatorias, prolapso uterino), Algunos casos de corioamnionitis grave, Enfermedad concomitante que haga suprimir la función menstrual (talasemia, enfermedad de Werlhof, etc.)¹⁴.

Por otro lado, existen otras clasificaciones como: histerectomía abdominal total (HAT), histerectomía vaginal (HV), histerectomía total laparoscópica (HL),

histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL), histerectomía supracervical laparoscópica (HSL)¹⁴⁻¹⁵.

La histerectomía abdominal total permite al cirujano palpar los órganos pélvicos directamente. Sin embargo, puede aumentar la formación de adherencias y generalmente produce mayor dolor durante el postoperatorio. Además deja cicatriz en la pared abdominal. No necesariamente se obtiene una mejor visión de la cavidad abdomino-pélvica en algunas situaciones y patologías. En las grandes series se describe entre 9 y 41% de complicaciones. Si comparamos la técnica total con la subtotal por vía abdominal, esta última tienen una recuperación más rápida, estadía hospitalaria más corta y una menor posibilidad de complicaciones¹⁴.

La histerectomía vaginal permite abrir con facilidad el fondo de saco útero-vesical y el fondo de saco de Douglas. Además facilita la sección de los ligamentos úterosacros y cardinales, así como de ambas arterias uterinas. Las complicaciones fluctúan entre 7 y 8%¹⁴.

La histerectomía total laparoscópica permite y facilita el diagnóstico y tratamiento de patologías como endometriosis y adherencias. Facilita la remoción ovárica, la sección del ligamento ancho, la identificación de los uréteres, y permite realizar una hemostasia prolija. Las complicaciones fluctúan en alrededor de un 10%¹⁶.

La histerectomía vaginal asistida por laparoscopia permite conjugar las bondades de la histerectomía laparoscópica y la histerectomía vaginal, con complicaciones que llegan a un 5% aproximadamente¹⁶.

La histerectomía supracervical laparoscópica surge a partir de 1989 (23). Permite y facilita lo mismo que la histerectomía total laparoscópica, pero una de las principales ventajas es que mantiene la indemnidad del SP. Además permite acortar los tiempos operatorios, es un procedimiento mínimamente invasivo y se asocia a menos pérdida de la función sexual, menos posibilidad de complicaciones y menos lesiones y síntomas urinarios¹⁶.

Los miomas uterinos son tumores benignos que aparecen con frecuencia en mujeres de edad fértil. Muchas veces son asintomáticos pero pueden producir sangrados irregulares, dolor pélvico e infertilidad. De forma independiente a su tamaño inicial, los miomas existentes permanecerán sin cambios o se reducirán durante el tercer trimestre del embarazo por la retroalimentación negativa de los receptores de estrógenos. No se puede pronosticar con certeza el crecimiento de los miomas durante el embarazo; aun así las pacientes con miomas, independientemente de su tamaño y localización tienen mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto. Este riesgo aumenta si los miomas son de localización submucosa y retroplacentaria (desprendimiento de placenta y sangrado posparto). Se estima que 10% de las pacientes con miomas uterinos tendrá alguna complicación durante el embarazo¹⁷.

Los mecanismos por los que los miomas uterinos aumentan el riesgo de resultados obstétricos adversos son desconocidos, pero se especula que interfieren con la distensibilidad del útero, lo que ocasiona una obstrucción mecánica, altera el patrón de contracciones y la morfología endometrial al momento de la implantación o afecta el aporte de nutrientes y disminuye la superficie de adhesión placentaria en embarazos más avanzados y por producir inflamación local; en el caso específico de hemorragia puerperal se plantean como sustrato fisiopatológico para esta complicación los efectos mecánicos relacionados con la distensibilidad del útero así como un estado de inflamación subclínica localizado¹⁸.

El cáncer se identifican de acuerdo a la parte del cuerpo en que aparecen primero. Un cáncer ginecológico es cualquier cáncer que se origina en los órganos reproductores de la mujer. El cáncer ginecológico se origina en diferentes órganos reproductores ubicados en la zona pélvica, es decir, el área debajo del estómago y entre las caderas¹⁹. El cáncer de cuello uterino se origina en el cuello del útero, que es la parte más baja y estrecha del órgano reproductor femenino; el cáncer de ovario se origina en los ovarios, ubicados uno a cada lado del útero; el cáncer de útero se origina en el útero, un órgano con forma de pera situado en la zona pélvica, donde

se desarrolla el bebé cuando una mujer está embarazada; el cáncer de vagina se origina en la vagina, el canal hueco ubicado entre la parte inferior del útero y el área externa del cuerpo; el cáncer de vulva se origina en la vulva, la parte externa de los órganos genitales femeninos.

Cada tipo de cáncer ginecológico es diferente y presenta signos y síntomas específicos, así como factores de riesgo distintos y requiere de estrategias de prevención diferentes. Todas las mujeres tienen riesgo de contraer cáncer ginecológico y el riesgo aumenta con la edad¹⁹.

Los fibromas uterinos son tumores no cancerosos (benignos) que se forman dentro de la pared muscular del útero. Aunque los fibromas no siempre provocan síntomas, su ubicación y tamaño pueden ocasionar problemas en algunas mujeres, entre ellos, dolor y sangrado abundante. Generalmente mejoran después de la menopausia cuando disminuye dramáticamente el nivel de estrógenos, la hormona femenina que circula en la sangre. Sin embargo, es posible que las mujeres menopáusicas que consuman estrógenos suplementarios (hormonoterapia de reemplazo) no sientan alivio en los síntomas.

La mayoría de los fibromas no provocan síntomas y no se tratan. Cuando provocan síntomas, la terapia con fármacos es, a menudo, el primer paso en el tratamiento. Es posible que esto incluya una receta para pastillas anticonceptivas u otra terapia hormonal o el consumo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos como el ibuprofeno o el naproxeno sódico. En muchas pacientes, los síntomas se controlan con estos tratamientos y no se requiere ninguna otra terapia. Sin embargo, algunas terapias hormonales sí tienen efectos secundarios y otros riesgos cuando se utilizan en forma prolongada. Por lo tanto, se utilizan generalmente en forma temporal. A menudo, si se suspende la terapia, los fibromas vuelven a crecer. El siguiente paso es intentar una terapia más invasiva¹⁹.

La endometriosis consiste en la presencia de glándulas y estroma endometrial funcionantes fuera de la cavidad uterina, con ciertas características que lo hacen

funcionalmente similar al tejido endometrial presente dentro del útero. Estimaciones generales indican que la endometriosis es la entidad mas frecuentemente diagnosticada en ginecología y una de las condiciones quirúrgicas más comunes en mujeres jóvenes²⁰.

A principios del siglo XX Ivanoff propuso la teoría de la metaplasia para explicar la endometriosis extrauterina por transformación del epitelio peritoneal. Waldeyer pensó en 1870 que la endometriosis ovárica tenía su origen en la invasión del estroma ovárico por su epitelio superficial y Whitridge Williams apoyó esta teoría al comprobar la existencia de epitelio cilíndrico en la superficie del ovario de adultos. En su trabajo original Russell atribuyó la presencia de tejido endometrial en el ovario a inclusiones de restos müllerianos. En 1921 Sampson emitió su teoría de la implantación y en 1925 este mismo autor demostró la posibilidad de la invasión por embolia y contigüidad²¹.

La endometriosis a pesar de ser un padecimiento ginecológico benigno es un problema clínico difícil y de gran relevancia para el ginecoobstetra por la implicación en la calidad de vida por la sintomatología asociada y la alteración reproductiva asociada. Se estima que existen millones de mujeres afectadas por la endometriosis y millones más cursan asintomáticas. Los conocimientos actuales sobre la fisiopatología aún son limitados, sin embargo gracias a estos datos conocidos las terapéuticas farmacológicas se han ido enfocando cada vez mas a mecanismos específicos, evitando así menores efectos adversos. El establecimiento del diagnóstico aún es realizado sólo por procedimientos invasivos, sin embargo ya se encuentran en estudio múltiples marcadores que se espera, en un futuro, puedan servir para establecer el diagnóstico y dar un mejor seguimiento a las terapéuticas aplicadas. Aún no se encuentra un tratamiento que cure la endometriosis, la terapéutica actual limita los efectos de la endometriosis temporalmente, con grandes porcentajes de recurrencia de la enfermedad, y además con todos los efectos adversos ya conocidos²².

En tal sentido, se hace necesario plantearnos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores etiológicos que se relacionan a la Histerectomía en mujeres en edad fértil que se atendieron en el Hospital Virgen de Fátima – Chachapoyas durante los años 2010- junio 2014?

Pese a ser la histerectomía un recurso muy usual del gineco-obstetra para dar tratamiento definitivo a la patología de la paciente o salvar su vida, no existen datos fiables en nuestro país que nos indique su frecuencia y factores etiológicos que influyen en la toma de esta decisión que afecta la salud reproductiva a expensas de la solución del problema o enfermedad de la paciente, en tal sentido, este trabajo obtiene relevancia al obtener datos referentes a la solución del problema propuesto. Así mismo tendrá una relevancia social, al mejorar la calidad de vida de la mujer y no tratarse solamente de una solución terapéutica.

El desarrollo de la presente investigación se justifica, en la importancia que ella tiene para el desarrollo del conocimiento y la práctica de las medidas de prevención y determinación de los factores etiológicos asociados a las complicaciones a la histerectomía. La investigación permite una proyección social y académica hacia la solución de problemas de interés en salud pública, relacionados con atención del parto y post parto. Por tal motivo este proyecto es beneficioso para las gestantes porque conociendo los factores asociados a las complicaciones de la histerectomía se puede evitar estas etiologías logrando un mayor confort y menor riesgo a la mujer en general.

Para dar solución al problema de investigación se presenta la siguiente hipótesis alterna: H_1 : Los factores de riesgo demográficos, Ginecobstétricos y Patológicos, tal como la edad de las pacientes, el numero de gestas, miomatosis, sangrado vaginal, endometriosis, cancer ginecológico, infecciones del tracto urinario e infecciones de transmisión sexual se asocian a la Histerectomía en mujeres en edad fértil que se atendieron en el Hospital Virgen de Fátima –Chachapoyas –2010- 2014. Así mismo, para contrastar la hipótesis se presenta la siguiente hipótesis nula: H_0 : Los factores

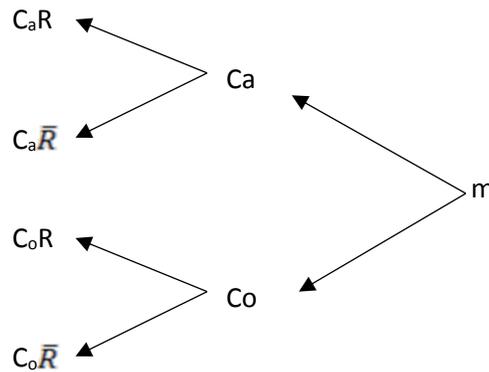
de riesgo demográficos, Ginecobstétricos y Patológicos, tal como la edad de las pacientes, el numero de gestas, miomatosis, sangrado vaginal, endometrosis, cancer ginecológico, infecciones del tracto urinario e infecciones de transmisión sexual no se asocian a la Histerectomía en mujeres en edad fértil que se atendieron en el Hospital Virgen de Fátima –Chachapoyas –2010- 2014.

Por lo que se propone el siguiente objetivo General: Determinar cuáles son los factores de riesgo que se relacionan con la presencia de Histerectomía en mujeres en edad fértil que se atendieron en el Hospital Virgen de Fátima – Chachapoyas durante los años 2010 al 2014 ; así mismo como objetivos específicos: Identificar la incidencia de la Histerectomía en mujeres en edad fértil que se atendieron en el Hospital Virgen de Fátima – Chachapoyas durante los años 2010 al 2014; Identificar si los factores de riesgo demográficos, tal como la edad de las pacientes se relacionan a la Histerectomía en mujeres en edad fértil que se atendieron en el Hospital Virgen de Fátima – Chachapoyas durante los años 2010 al 2014; Identificar si los factores de riesgo ginecobstétricos como el numero de gestas, miomatosis uterina, sangrado vaginal y la endometrosis se relacionan a la Histerectomía en mujeres en edad fértil que se atendieron en el Hospital Virgen de Fátima – Chachapoyas durante los años 2010 al 2014; Identificar si los factores de riesgo patológicos como el cancer ginecológico, infecciones del tracto urinario (ITU) e infecciones de transmisión sexual (ITS) se relacionan a la Histerectomía en mujeres en edad fértil que se atendieron en el Hospital Virgen de Fátima – Chachapoyas durante los años 2010 al 2014.

II. MÉTODO

2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental, de corte transversal, de casos y controles, representados por el siguiente gráfico: ^{23 -24}.



Donde:

m: Mujeres en edad fértil que asistieron al Hospital Virgen Fátima de Chachapoyas durante el periodo 2010 al 2014.

Ca: Casos mujeres en edad fértil con Histerectomía.

CaR: Casos con factores etiológicos relacionados a la Histerectomía.

CaR̄: Casos sin factores etiológicos relacionados a la Histerectomía.

Co: Controles mujeres en edad fértil sin Histerectomía.

CoR: Controles con factores etiológicos relacionados a la Histerectomía.

CoR̄: Controles sin factores etiológicos relacionados a la Histerectomía.

2.2. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES:

INDEPENDIENTES: Factores Etiológicos asociados a la Histerectomía.

DEPENDIENTE: Histerectomía.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLES | SUBVARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADORES | ESCALA DE MEDICIÓN |
|----------------------------------|--------------|--|---|--|--------------------|
| Factores de riesgo demográficos. | Edad | Es el tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo ¹¹ . | Se revisaron las historias clínicas para determinar la edad de las pacientes en período fértil. | <p>Adolescentes: de 11 a 20 años.</p> <p>Adultos: de 21 a 45 años.</p> | Nominal |
| | Estado Civil | Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto ¹¹ | Se revisaron las historias clínicas para determinar el estado civil de las pacientes. | <p>Casada o conviviente.</p> <p>Soltera</p> | Nominal |

| VARIABLES | SUBVARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADORES | ESCALA DE MEDICIÓN |
|--------------------------------|--|---|--|--------------------------------------|--------------------|
| Factores de riesgo Obstétricos | Número de gestaciones. | Cantidad embarazos más allá de la semana 20 ¹² | Se revisaron las historias clínicas para determinar el número de gestaciones | De 1 a 3 De 4 a mas | Razón |
| | Presencia de Miomatosis. | Tumores benignos y frecuentemente asintomáticos, que pueden incrementar la hemorragia durante la menstruación, y complicar el embarazo y el parto ¹² . | Se revisaron las historias clínicas para determinar la Presencia de Miomatosis | - Si - No | Razón |
| | Presencia de hemorragia Vaginal. | Cualquier sangrado a través de la vagina que no sea el período mensual normal ¹² . | Se revisaron las historias clínicas para determinar la presencia de hemorragia Vaginal | - Si - No | Razón |
| | Presencia de Endometriosis uterina. | Enfermedad, a menudo progresiva, en la cual islotes de mucosa uterina se implantan fuera del útero ¹² . | Se revisaron las historias clínicas para determinar la presencia de Endometriosis uterina. | - Si - No | Razón |
| Factores de riesgo patológicos | Cáncer ginecológico. | Tipo de cáncer que se origina en los órganos reproductores de la mujer ¹¹⁻¹² . | Se revisaron las historias clínicas para determinar la presencia de Cáncer ginecológico. | - Si - No | Razón |
| | Infecciones del Tracto Urinario (ITU) | Infección bacteriana debido a gérmenes patógenos que causan infección de la uretra, la vejiga o el riñón. ¹¹ | Se revisaron las historias clínicas para determinar la presencia de Infecciones del Tracto Urinario (ITU) | - Si - No | Razón |
| | Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) | Conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual. ¹¹ | Se revisaron las historias clínicas para determinar la presencia de Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) | - Si - No | Razón |
| Histerectomía | | Extirpación quirúrgica total o parcial del útero, y que se realiza por vía abdominal o por vía vaginal ¹² | Se revisaron historias clínicas para saber si las pacientes fueron sometidas a Histerectomía. | Pacientes sometidas a histerectomía. | Razón |

2.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

POBLACIÓN

La población estuvo constituida por el total de Historias Clínicas de las mujeres en edad fértil que se atendieron en el Hospital Virgen de Fátima –Chachapoyas en el período comprendido entre 2010 y 2014, las que según datos de la Oficina de Admisión del mencionado hospital, hacen un total de 15,252, de las cuales 42 han sido sometidas a histerectomía, las que son analizadas como Casos para el presente estudio y 15,210 que han no han sido sometidas a histerectomía son consideradas Control.

Según el reporte de Estadística del Hospital Virgen de Fátima de Chachapoyas, tenemos la siguiente información:

| AÑOS | CASOS | CONTROLES | | |
|--------------|-------------------|---------------|--------------|------------|
| | POBLACIÓN MUESTRA | POBLACIÓN | PROPORCIÓN | MUESTRA |
| 2010 | 7 | 2,800 | 0.025 | 69 |
| 2011 | 11 | 2,870 | 0.025 | 71 |
| 2012 | 9 | 2,925 | 0.025 | 72 |
| 2013 | 7 | 3,415 | 0.025 | 84 |
| 2014 | 8 | 3,200 | 0.025 | 79 |
| TOTAL | 42 | 15,210 | 0.025 | 375 |

En función a la exposición a los factores tenemos la siguiente información:

| | Casos | Controles | Total |
|--------------|-----------|---------------|---------------|
| Expuestos | 35 | 3915 | 3,950 |
| No expuestos | 7 | 11,295 | 11,302 |
| TOTAL | 42 | 15,210 | 15,252 |

MUESTRA

Para seleccionar la muestra de los controles en el presente estudio se aplicó la fórmula estadística para población finita:

$$n = \frac{N * Z^2 PQ}{(N - 1)E^2 + Z^2 PQ}$$

Dónde:

N = Total de la población en estudio 15,210

Z = Nivel de confianza o probabilidad de que el intervalo elegido contenga el verdadero valor del parámetro (1- α), para este caso 95%, o lo que es igual a 1.96 según la tabla de distribución normal de puntuaciones Z.

p = Probabilidad de que se presente el fenómeno (en este caso 50%) = 0.5

q = Probabilidad de que no se presente el fenómeno (en este caso 1- 0.05 = 0.5)

E = Error muestral deseado 5% = 0.05

Reemplazando:

$$n = \frac{15,210 (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(15,210-1) * (0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{15,210 * 3.8416 * 0.25}{15,209 * 0.0025 + 3.8416 * 0.25}$$

$$n = 375$$

En el presente estudio debido al reducido tamaño de la población de casos se analizó el total de la misma es decir 42, mientras que para los controles, se analizó una muestra de 375 historias de mujeres en edad fértil.

Así mismo, se determinó el Riesgo Relativo, también llamado odds ratio, (OR) el cual resulta del cociente entre el riesgo en el grupo con el factor de exposición o factor_de riesgo (Casos) y el riesgo en el grupo de

referencia (controles) (que no tiene el factor de exposición) como índice de asociación, de acuerdo a la siguiente formula:

$$OR = \frac{\text{Casos expuestos X Controles no expuestos}}{\text{Casos no expuestos X Controles expuestos}}$$

MUESTREO

Para el presente estudio se realizó un muestreo probabilístico estratificado, considerando como unidad de análisis a cada una de las historias clínicas de mujeres en edad fértil que se atendieron en el Hospital Virgen de Fátima de Chachapoyas en el período comprendido entre 2010 y 2014 y, que además cumplieron con los criterios de selección propuestos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Historias Clínicas de las mujeres en edad fértil con y sin Histerectomía, que se atendieron en el Hospital Virgen de Fátima de Chachapoyas en el período comprendido entre 2010 y 2014, con datos completos.

Criterios de exclusión

- Historias Clínicas de las mujeres en edad fértil con Histerectomía electiva.

UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las historias clínicas de mujeres en edad fértil que se atendieron en el Hospital Virgen de Fátima de Chachapoyas en el período comprendido entre 2010 y 2014 y, que además cumplieron con los criterios de selección propuestos.

2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos fue a través del análisis documental puesto que se revisó las historias clínicas de las mujeres en edad fértil que se atendieron en el Hospital Virgen de Fátima –Chachapoyas en el período comprendido entre el 2010 y 2014.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se empleó la ficha de recolección de datos como instrumento para la recolección de datos la cual ha sido estructurada para tal fin en base a las variables descritas.

El instrumento de recolección de datos está constituido por una ficha en la que se ha anotado los datos registrados en las historias clínicas, teniendo como base las variables a investigar.

En la primera parte, se anota la edad en años, y el estado civil, lo que constituyen los factores de riesgo demográficos; en la segunda parte se anota los factores de riesgo obstétrico y patológico tales como el número de gestaciones, presencia de miomatosis, hemorragia vaginal, endometriosis, cáncer ginecológico, Infecciones del Tracto Urinario (ITU) e Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS).

Los datos fueron inscritos en las fichas de recolección de datos mediante el método de análisis documental.

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Dado que la ficha de investigación ha sido estructurada únicamente para extraer datos concretos de las historias clínicas de las pacientes, la cual es similar a una ficha de datos, ésta ha sido validada con juicio de expertos, quienes designan diferentes puntos de vista frente el instrumento presentado para poder concretizar y centralizar la información que se requiere para esta investigación

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Aprobado el proyecto se procedió a realizar las coordinaciones necesarias con el Director del Hospital Virgen de Fátima de Chachapoyas, con la

finalidad de obtener la autorización respectiva para la ejecución del proyecto de investigación. Posteriormente se procedió a aplicar el instrumento de recolección de datos a todas las historias clínicas de las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

2.5. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento y análisis de datos se llevó a cabo con el uso de la informática, para lo cual se empleó el software estadístico SPSS. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó la prueba Chi cuadrado, fijando un nivel de significancia en $p < 0.05$, para determinar la relación entre las variables. Registrándose como:

- $p > 0.05$ No es significativo: No existe relación.
- $p < 0.05$ Si es significativo: Existe relación.
- $p < 0.01$ Altamente significativo: Existe relación.

Para obtener el valor de Chi-Cuadrado calculado se aplicó la siguiente fórmula:

$$\chi^2 = \frac{\sum (f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Dónde:

f_o : frecuencia del valor observado.

f_e : frecuencia del valor esperado.

Si existe concordancia perfecta entre las frecuencias observadas y las esperadas el estadístico tomará un valor igual a 0; por el contrario, si existe una gran discrepancia entre estas frecuencias el estadístico tomará un valor grande y en consecuencia, se rechazará la hipótesis nula.

2.6. ASPECTOS ETICOS

El presente proyecto de investigación está sujeto a las normas éticas que sirven para promover el respeto y derecho a todos los seres humanos así como proteger su salud, con el único propósito de llevar a cabo la ejecución del mismo, lo cual no representaron riesgos o daños en la salud de quienes participaron en él. Identificando que la persona en estudio no posee dificultades, psicológicas u otro problema que pueda interferir en el proceso del desarrollo del proyecto de investigación. A lo largo del desarrollo del presente trabajo se puso énfasis al cumplimiento de los principios de la Declaración de HELSINKI.²⁵

III. RESULTADOS:

TABLA 1: INCIDENCIA DE HISTERECTOMÍA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL HOSPITAL VIRGEN DE FÁTIMA –CHACHAPOYAS, 2010 - 2014.

| Histerectomía | Cant | % |
|---------------|---------------|------------|
| Si | 42 | 0.28 |
| No | 15,210 | 99.72 |
| TOTAL | 15,252 | 100 |

Fuente: Historias clínicas del Hospital Virgen de Fátima –Chachapoyas.

TABLA N° 2.: FACTORES DE RIESGO DEMOGRÁFICOS Y RELACIÓN CON HISTERECTOMÍA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL HOSPITAL VIRGEN DE FÁTIMA –CHACHAPOYAS, 2010 A 2014

| FACTORES DEMOGRÁFICOS | HISTERECTOMÍA | | | | | | ANÁLISIS ESTADÍSTICO | | | DESICIÓN |
|-----------------------|---------------|-------|-----|-------|-------|--------|----------------------|------------|------------------------|---|
| | SI | | NO | | TOTAL | | Significancia | ODDS Ratio | Intervalo de confianza | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | | | |
| EDAD | | | | | | | | | | |
| de 11 A 20 AÑOS | 12 | 2.88 | 125 | 2.98 | 137 | 32.85 | | | | Acepto Ho. No hay relación entre el estado civil y la histerectomía |
| De 21 a 45 años | 30 | 7.19 | 250 | 59.25 | 280 | 67.15 | 0.05 | 0.80 | 95% | |
| TOTAL | 42 | 10.07 | 375 | 89.93 | 417 | 100.00 | | | | |
| ESTADO CIVIL | | | | | | | | | | |
| Casada o conviviente | 30 | 7.19 | 200 | 47.96 | 230 | 55.16 | | | | Rechazo Ho. Si hay relación entre el estado civil y la histerectomía |
| Soltera | 12 | 2.88 | 175 | 41.97 | 187 | 44.84 | 0.05 | 2.19 | 95% | |
| TOTAL | 42 | 10.07 | 375 | 89.93 | 417 | 100 | | | | |

Fuente: Historias clínicas del Hospital Virgen de Fátima –Chachapoyas

TABLA N° 3: FACTORES DE RIESGO GINECOBSTÉTRICOS EN MUJERES CON HISTERECTOMÍA HOSPITAL VIRGEN DE FÁTIMA –CHACHAPOYAS, 2010 A 2014.

| FACTORES DE RIESGO GINECOBSTÉTRICOS | HISTERECTOMÍA | | | | | | ANÁLISIS ESTADÍSTICO | | | |
|-------------------------------------|---------------|-------|-----|-------|-------|-------|----------------------|------------|------------------------|---|
| | SI | | NO | | TOTAL | | Significancia | ODDS Ratio | Intervalo de confianza | DESICIÓN |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | | | |
| NÚMERO DE GESTACIONES | | | | | | | | | | |
| de 1 A 3 | 15 | 3.60 | 168 | 40.29 | 183 | 43.88 | 0.05 | 0.68 | 95% | Acepto Ho. No hay relación entre el número de gestas y la histerectomía |
| De 4 a mas | 27 | 6.47 | 207 | 49.64 | 234 | 56.12 | | | | |
| TOTAL | 42 | 10.07 | 375 | 89.93 | 417 | 100 | | | | |
| MIOMAS O TUMORES | | | | | | | | | | |
| Si | 18 | 4.32 | 32 | 7.67 | 50 | 11.99 | 0.05 | 8.04 | 95% | Rechazo Ho. Si hay relación entre los miomas o tumores y la histerectomía |
| No | 24 | 5.76 | 343 | 82.25 | 367 | 88.01 | | | | |
| TOTAL | 42 | 10.07 | 375 | 89.93 | 417 | 100 | | | | |
| HEMORRAGIA VAGINAL | | | | | | | | | | |
| Si | 6 | 1.44 | 133 | 31.89 | 139 | 33.33 | 0.05 | 0.30 | 95% | Rechazo Ho. Si hay relación entre la hemorragia vaginal y la histerectomía |
| No | 36 | 8.63 | 242 | 58.03 | 278 | 66.67 | | | | |
| TOTAL | 42 | 10.07 | 375 | 89.93 | 417 | 100 | | | | |
| ENDOMETROSIS UTERINA | | | | | | | | | | |
| Si | 1 | 0.24 | 118 | 28.30 | 119 | 28.54 | 0.05 | 0.05 | 95% | Rechazo Ho. Si hay relación entre la endometrosis uterina y la histerectomía |
| No | 41 | 9.83 | 257 | 61.63 | 298 | 71.46 | | | | |
| TOTAL | 42 | 10.07 | 375 | 89.93 | 417 | 100 | | | | |

Fuente: Historias clínicas del Hospital Virgen de Fátima –Chachapoyas

TABLA N° 4: FACTORES DE RIESGO PATOLÓGICOS EN MUJERES CON HISTERECTOMÍA HOSPITAL VIRGEN DE FÁTIMA –CHACHAPOYAS, 2010 A 2014.

Fuente: Historias clínicas del Hospital Virgen de Fátima –Chachapoyas.

| FACTORES DE RIESGO PATOLÓGICOS | DE | HISTERECTOMÍA | | | | | | ANÁLISIS ESTADÍSTICO | | | |
|--|--------------|---------------|-------|-----|-------|-------|-------|----------------------|------------|------------------------|---|
| | | SI | | NO | | TOTAL | | Significancia | ODDS Ratio | Intervalo de confianza | DESICIÓN |
| | | N° | % | N° | % | N° | % | | | | |
| CANCER GINECOLÓGICO | | | | | | | | | | | |
| | Si | 12 | 2.88 | 7 | 1.68 | 19 | 4.56 | 0.05 | 21.03 | 95% | Rechazo H ₀ . Si hay relación entre el cáncer ginecológico y la histerectomía |
| | No | 30 | 7.19 | 368 | 8.25 | 398 | 95.44 | | | | |
| | TOTAL | 42 | 10.07 | 375 | 89.93 | 417 | 100 | | | | |
| INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO (ITU) | | | | | | | | | | | |
| | Si | 0 | 0.00 | 239 | 57.31 | 239 | 57.31 | 0.05 | 0.01 | 95% | Rechazo H ₀ . Si hay relación entre el cáncer ginecológico y la histerectomía |
| | No | 42 | 10.07 | 136 | 32.61 | 178 | 42.69 | | | | |
| | TOTAL | 42 | 10.07 | 375 | 89.93 | 417 | 100 | | | | |
| INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) | | | | | | | | | | | |
| | Si | 9 | 2.16 | 62 | 14.87 | 71 | 17.03 | 0.05 | 1.38 | 95% | Acepto H ₀ . No hay relación entre las ITS y la histerectomía |
| | No | 33 | 7.91 | 313 | 75.06 | 346 | 82.97 | | | | |
| | TOTAL | 42 | 10.07 | 375 | 89.93 | 417 | 100 | | | | |

IV. DISCUSIÓN

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico más frecuente en cirugía ginecológica; no se realiza sólo para la enfermedad maligna, sino también para muchas condiciones benignas; noventa y cinco por ciento de las histerectomías se realizan por razones benignas, tales como: fibromas, hiperplasia del endometrio, adenomiosis, prolapso uterino, hemorragia uterina disfuncional, y la neoplasia intraepitelial cervical. En el presente estudio se determinan algunos de los factores de riesgo que se relacionan con la presencia de histerectomía en mujeres en edad fértil.

En la Tabla 1 observamos que las pacientes que han sido sometidas a histerectomía expuestas constituyen el 0.28 % del total de pacientes atendidas en el Hospital Virgen de Fátima de Chachapoyas durante los años 2010 al 2014, información que en parte coincide con el estudio realizado por Luna A y Huertas E.⁹ en la que la incidencia global fue de 3.12 histerectomías por cada 1,000 partos y 12.39 histerectomías por cada 1,000 abortos. La histerectomía obstétrica constituye uno de los procedimientos quirúrgicos que ha producido más controversias, desde su aparición hasta nuestros días, ya que el obstetra tiene en sus manos el dilema de tratar de no equivocarse al decidir sacrificar capacidad reproductiva o de salvar la vida de la madre². Así mismo, en relación a la incidencia de la histerectomía a nivel nacional es bastante baja, ya que de acuerdo a los datos difundidos por el MINSA, la histerectomía afecta al 20% de la población femenina⁹.

En la Tabla 2 observamos que no existe relación estadística entre la sub-variable edad de las pacientes y la Histerectomía, la cual se ha determinado mediante la prueba estadística Chi cuadrado, en la misma que se ha hallado un valor empírico de 0.39 menor que el valor crítico tabular de 3.841 con una significancia de 0.05 y 1 grado de libertad (Anexo 2) ; por otro lado si existe relación estadística entre la sub-variable estado civil y la Histerectomía, habiéndose determinado mediante la prueba estadística Chi cuadrado, en la cual se ha hallado un valor empírico de 5.00 mayor que el valor crítico tabular de 3.841 con una significancia de 0.05 y 1 grado de libertad (Anexo 2); así mismo se ha hallado un valor odds ratio de 2.19, lo cual

nos indica que 2 pacientes se encuentran en riesgo frente a una que no lo está; estos resultados no concuerdan con los estudios de Arias, P. y, Tenezaca D.⁸ que realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, en la que obtuvieron como resultados que la media de edad se ubicó en 47.53 años con una DS de 8.3 y la prevalencia de histerectomías fue del 5.36% del total de las pacientes; concluyeron que la histerectomía es la segunda cirugía más frecuente realizada luego de la cesárea y su causa más frecuente es por miomatosis uterina.

Como observamos, el factor demográfico edad no tiene relación con la histerectomía y el factor estado civil en el caso del presente estudio si tiene relación estadística, sin embargo no se ha encontrado literatura que corrobore el presente hallazgo, por lo que puede constituir un caso particular del presente estudio.

Análisis: el trabajo presentado se evidencia que existen mayores posibilidades de riesgo en las mujeres de estado civil solteras en relación a las casadas o convivientes que se realizan histerectomía y que estos casos han mejorado su salud y evitan las futuras complicaciones en mujeres.

En la Tabla 3 se observa que no existe relación estadística entre la subvariable número de gestaciones y la Histerectomía, la cual se ha determinado mediante la prueba estadística Chi cuadrado, en la misma que se ha hallado un valor empírico de 1.27 menor que el valor crítico tabular de 3.841 con una significancia de 0.05 y 1 grado de libertad; así mismo, si existe relación estadística entre las subvariables Miomatosis o Tumores y la Histerectomía, habiéndose determinado mediante la prueba estadística Chi cuadrado, en la cual se ha hallado un valor empírico de 42.17 mayor que el valor crítico tabular de 3.841 con una significancia de 0.05 y 1 grado de libertad (Anexo 2) y un valor odds ratio de 8.04, lo cual nos indica que 8 pacientes se encuentran en riesgo frente a una que no lo está; se ha determinado también que si existe relación estadística entre la subvariable hemorragia Vaginal y la Histerectomía, habiéndose analizado mediante la prueba estadística Chi cuadrado, en la cual se ha hallado un valor empírico de 7.63 mayor que el valor crítico tabular de 3.841 con una significancia de 0.05 y 1 grado de libertad y un valor odds ratio de 0.3, lo cual nos indica que existe un bajo riesgo de esta incidencia; así mismo se ha determinado que si existe relación estadística entre la subvariable Endometrosis Uterina con la Histerectomía habiéndose analizado mediante la prueba estadística Chi cuadrado, en la cual se ha hallado un valor empírico de 15.67 mayor que el

valor crítico tabular de 3.841 con una significancia de 0.05 y 1 grado de libertad y un valor odds ratio de 0.05, lo cual nos indica que existe un bajo riesgo de esta incidencia.

Estos resultados concuerdan en parte con el estudio de Indacochea R.⁷ el cual, realizó un estudio descriptivo, correlacional, de diseño no experimental, longitudinal, retrospectivo, obteniendo como resultados que la causa más frecuente para realizar histerectomía, es el útero miomatoso, en un 70.38%; entre las complicaciones más significativas se halló infección del sitio quirúrgico, 2.91%; absceso del muñón vaginal 0.24%; infección de vías urinarias (ITU) 2.48%.

La cirugía se reserva para síntomas refractarios a tratamiento médico o en casos de mioma complicado (degeneración, mioma gigante, necrosis, infección, atonía secundaria al mioma¹³). Los miomas uterinos son tumores benignos que aparecen con frecuencia en mujeres de edad fértil; muchas veces son asintomáticos pero pueden producir sangrados irregulares, dolor pélvico e infertilidad.; de forma independiente a su tamaño inicial, los miomas existentes permanecerán sin cambios o se reducirán durante el tercer trimestre del embarazo por la retroalimentación negativa de los receptores de estrógenos. No se puede pronosticar con certeza el crecimiento de los miomas durante el embarazo; aun así las pacientes con miomas, independientemente de su tamaño y localización tienen mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto. Este riesgo aumenta si los miomas son de localización submucosa y retroplacentaria (desprendimiento de placenta y sangrado posparto). Se estima que 10% de las pacientes con miomas uterinos tendrá alguna complicación durante el embarazo ¹⁷

Análisis: de acuerdo al estudio realizado se evidencia que tanto los miomas o tumores, la hemorragia vaginal y la endometrosis se encuentran relacionadas con la histerectomía y que los miomas o tumores tienen un alto riesgo relativo (ODDS Ratio = 8.04) mientras que la hemorragia vaginal y la endometrosis uterina pese a que están relacionadas con la histerectomía presentan bajo riesgo relativo (ODDS Ratio 0.30 y 0.05 respectivamente)

En la Tabla 4 se observa que si existe relación estadística entre la sub variables cáncer ginecológico y la histerectomía habiéndose determinado mediante la prueba estadística Chi cuadrado, en la cual se ha hallado un valor empírico de 61.94 mayor que el valor crítico tabular de 3.841 con una significancia de 0.05 y 1 grado de libertad (Anexo 2) y un valor odds ratio de 21.03, lo cual nos indica que 21 pacientes se encuentran en riesgo frente a una que no lo está; también se ha determinado que si existe relación estadística entre la subvariable infecciones del tracto urinario y la histerectomía, habiéndose analizado mediante la prueba estadística Chi cuadrado, en la cual se ha hallado un valor empírico de 62.71 mayor que el valor crítico tabular de 3.841 con una significancia de 0.05 y 1 grado de libertad y un valor odds ratio de 0.01, lo cual nos indica que existe un bajo riesgo de esta incidencia; así mismo se ha determinado que no existe relación estadística entre la subvariable infecciones de trasmisión sexual y la histerectomía la cual se ha analizado mediante la prueba estadística Chi cuadrado, la misma que se ha hallado un valor empírico de 0.64 menor que el valor crítico tabular de 3.841 con una significancia de 0.05 y 1 grado de libertad.

La neoplasia cervical es la causa oncológica más frecuente de histerectomía obstétrica. La histerectomía se realizará en las formas invasivas, al comienzo del embarazo. Al final del embarazo, se opta por realizar cesárea, evitando el riesgo de diseminación de las células malignas por un parto vaginal. La neoplasia de ovario es una causa rara de histerectomía obstétrica en la práctica clínica; la actitud dependerá del estadio tumoral. Si es avanzado, se realizará histerectomía, anexectomía bilateral y omentectomía en cualquier momento del embarazo, pero ante un estadio precoz con tumor localizado, puede realizarse anexectomía bilateral durante el embarazo, esperar al término de éste y entonces completar la cirugía realizando generalmente una cesárea¹⁶

Análisis: en el presente estudio se evidencia que el cáncer ginecológico y las infecciones del tracto urinario se encuentran relacionadas con la histerectomía mientras que las infecciones de trasmisión sexual no tienen relación con la histerectomía; así mismo el cáncer ginecológico presenta un alto riesgo relativo (ODDS Ratio = 21.03) mientras que las infecciones del tracto urinario presentan bajo riesgo relativo (ODDS Ratio = 0.01).

V. CONCLUSIONES

1. Se ha determinado que los factores de riesgo que se relacionan con la presencia de Histerectomía en mujeres en edad fértil que se atendieron en el Hospital Virgen de Fátima Chachapoyas durante los años 2010 al 2014 lo constituyen el estado civil como factor demográfico, los miomas o tumores, hemorragia vaginal y endometriosis uterina como factores gineco obtétricos y el Cancer ginecológico y las Infecciones del Tracto Urinario como factores patológicos.
2. Se ha identificado la incidencia de la Histerectomía en mujeres en edad fértil, constituyendo esta el 0.28%.
3. Se ha identificado los factores de riesgo demográficos en mujeres en edad fértil, mediante la prueba chi cuadrado con una significancia de 0.05 y 1 grado de libertad, hallandose que la edad no se relaciona con la histerectomía y el estado civil si se relaciona con la Histerectomía, presentando un riesgo relativo odds ratio de 2.19, lo cual nos indica que 2 pacientes se encuentran en riesgo frente a una que no lo está.
4. Se ha identificado los factores de riesgo ginecobstétricos en mujeres en edad fértil, hallandose que no existe relación estadística entre el número de gestas y la Histerectomía, sin embargo, los miomas o tumores, la hemorragia vaginal y la endometriosis si se encuentran relacionadas con la histerectomía, además los miomas o tumores tienen un alto riesgo relativo (ODDS Ratio = 8.04) mientras que la hemorragia vaginal y la endometriosis presentan bajo riesgo relativo (ODDS Ratio 0.30 y 0.05 respectivamente).
5. Se ha identificado que el cáncer ginecológico y las infecciones del tracto urinario se encuentran relacionadas con la histerectomía mientras que las infecciones de transmisión sexual no tienen relación con la histerectomía; así mismo el cáncer ginecológico presenta un alto riesgo relativo (ODDS Ratio = 21.03) mientras que las infecciones del tracto urinario presentan bajo riesgo relativo (ODDS Ratio = 0.01).

VI. RECOMENDACIONES

Al haberse determinado que los factores de riesgo que se relacionan con la presencia de Histerectomía en mujeres en edad fértil que se atendieron en el Hospital Virgen de Fátima – Chachapoyas durante los años 2010 al 2014 lo constituyen los factores demográficos (estado civil), Factores gineco-obstétricos (miomas o tumores, hemorragia vaginal y endometriosis uterina) y los factores patológicos (Cáncer ginecológico e Infecciones del Tracto Urinario, así como se ha identificado que la incidencia es bastante baja constituyendo esta el 0.28% del total de pacientes, se puede recomendar lo siguiente:

1. El factor estado civil se relaciona con la histerectomía en una incidencia de 2 a 1 por lo que se recomienda dar charlas de salud orientadas a reducir este riesgo.
2. El Hospital Virgen de Fátima – Chachapoyas debe realizar campañas de salud orientadas a la detección temprana de factores de riesgo gineco-obstétricos, ya que se ha determinado que existe relación de la Histerectomía con la Miomatosis o Tumores, Hemorragia Vaginal y la Endometriosis Uterina.
3. Así mismo se recomienda al Hospital Virgen de Fátima – Chachapoyas que realice campañas de salud a fin de detectar tempranamente el Cáncer Ginecológico y las Infecciones del Tracto Urinario, las cuales se ha identificado que constituyen factores de riesgo patológicos que tienen relación con la Histerectomía en mujeres en edad fértil.
4. A la Escuela de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Cesar Vallejo se recomienda emplear el presente estudio como base para futuros estudios referentes al tema.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MDConsult Core Service. Extracción abdominal del útero (histerectomía). [Consultado 20 Junio, 2015]. Disponible en: <http://home.mdconsult.com/das/patient/view/58245290-4/10002/19128.html/top?sid=479577937&SEQNO=2>
2. Aguilar S, Safora O, Rodríguez A.–La histerectomía obstétrica como un problema vigente.–Hospital Ginecobstétrico "América Arias", La Habana, Cuba. [Consultado 15 septiembre, 2015]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_1_12/gin13112.htm
3. Arrieta O. Notas para la historia de la Medicina del Zulia. Maracaibo: Talleres Ars Gráfica S.A; 2008:92-93.
4. Davis M. E. Complete cesarean hysterectomy, logical advance in modern obstetric surgery. Amer. Obstet. Gynec. 2010.
5. Zea VJC, Calderón DR, Reyes MEY, Complicaciones perioperatorias en histerectomía abdominal, laparoscópica y vaginal, RevCOG, 2010; 15 (2): 40-49.
6. Colmenares C, Santana N, Márquez G, Guerra L. Factores de riesgo asociados a complicaciones infecciosas en pacientes sometidas a histerectomía. Tesis como requisito para optar al grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Mexico. 2010. [Consultado 28 septiembre, 2015] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56210105>
7. Indacochea R. Causas y complicaciones de Histerectomia abdominal y vaginal: Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor 2010. Guayaquil. Tesis presentada como requisito para optar por el titulo de especialista en Ginecología y Obstetricia en la Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Guayaquil- Ecuador. [Consultado 22 septiembre, 2015] Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2229/tesis%20causas%20y%20complicaciones%20de%20histerectomias%202010%201.pdf>
8. Arias P. y Tenezaca D. Prevalencia y causas de histerectomía en mujeres atendidas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca en el año 2012. Tesis previa a la

- obtención del título de médica y médico en la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. [Consultado 17 septiembre, 2015] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/TESIS.pdf>
9. Luna A.; Huertas E.; La Incidencia De La Histerectomía Durante La Gestación (Histerectomía Obstétrica) y los Factores Asociados” Instituto Materno Perinatal (Ex Hospital Maternidad de Lima. Facultad De Medicina San Fernando. UNMSM Lima. 2010
 10. Toledo G. Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el hospital Carlos Lanfranco, 2005 al 2010. Estudio de investigación realizado en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porras. Lima 2011. [Consultado 14 septiembre, 2015] Disponible en: http://www.revistasacademicas.usmp.edu.pe/_uploads/articulos/48386-art2_vol11_n2.pdf
 11. Diccionario MOSBY Pocket de Medicina y Enfermería y Ciencias de la Salud. 4ta Edición, 2009. Editorial EISEVIER
 12. Cunningham F. Obstetricia de Williams. 23ª edición. Ed. McGrw Hill. Mexico. 2010.
 13. Fernandez J. Obstetricia Clínica. 2da Edición. McGraw Hill. 2013.
 14. Hofmeyr JG, Lale B, Gulmezoglu MAB. OMS revisión sistemática de la mortalidad y la morbilidad maternas: La prevalencia de ruptura uterina BJOG 2010.
 15. Piñero O. Histerectomía Total Laparoscópica-esbook. 2013.
 16. Morgan F, Piña B, Elorriaga E. Miomas uterinos durante el embarazo y su repercusión en el resultado obstétrico. Ginecol Obstet Mex 2011.
 17. Giné L, Sabrià E, Ponce J, Sanchez A, Fernández ME. Clínica y diagnóstico del mioma uterino. Estado actual. Ginecología y Obstetricia Clínica. 2010.
 18. American Cancer Society. Datos y estadísticas sobre el cáncer entre los Hispanos/Latinos 2012 -2014.
 19. Stovall D. Sintomatología clínica de los leiomiomas uterinos. Gynecología y Obstetricia Clinica. 2010.
 20. Dunselman G. Endometriosis. Reproducción Humana. España: Mc GrawHill; 2010.

21. Noriega J, Falcone T, Bedalwy M. Nuevos conceptos en la patogénesis y tratamiento de la endometriosis asociada a dolor. MEDUNAB 2013.
22. Ferro J, Rossal L, Matorras R, Bosch E. y Escudero E. Tratamiento quirúrgico de la endometriosis. España: Mc Graw Hill; 2002.
23. Supo J. Bioestadística. Diseño de casos y controles. Técnicas para seleccionar una muestra representativa. Nov 2013. [Consultado 25 septiembre, 2015] Disponible en: <http://josesupo.com/proyecto-de-investigacion-diseno-de-casos-y-controles>.
24. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Fundamentos de la Metodología de la Investigación. España. Editorial Mc Graw Hill. 2013.
25. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación Médica sobre sujetos humanos. Dr. Jorge Luis Manzini Hospital Privado de Comunidad Programa de Bioética de la Universidad Nacional Mar del Plata [en línea], Argentina 2010. [Consulta: 10-Oct-12] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>

ANEXOS
ANEXO 1

**FACTORES ETIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA HISTERECTOMÍA EN
MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE SE ATENDIERON EN EL HOSPITAL
VIRGEN DE FÁTIMA –CHACHAPOYAS –201- 2014**

FICHA DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

NRO. HC DE LA PACIENTE

.....

II. FACTORES DEMOGRÁFICOS

A. EDAD:

DE 11 A 20 AÑOS ()

DE 21 A 45 AÑOS ()

B. ESTADO CIVIL:

CASADA O CONVIVIENTE ()

SOLTERA ()

III. FACTORES GINECO OBTÉTRICOS:

A. NÚMERO DE GESTACIONES:

DE 1 A 3 ()

DE 4 A MAS ()

B. MIOMAS O TUMORES

SI ()

NO ()

C. HEMORRAGIA VAGINAL

SI ()

NO ()

D. ENDOMETROSIS

SI ()

NO ()

IV. FACTORES PATOLÓGICOS:

A. CANCER GINECOLÓGICO

SI ()

NO ()

B. INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO (ITU)

SI ()

NO ()

C. INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL (ITS)

SI ()

NO ()

V. SOMETIDA A HISTERECTOMÍA

SI ()

NO ()

ANEXO 2

ANÁLISIS CHI CUADRADO

FACTORES DE RIESGO DEMOGRÁFICOS Y RELACIÓN CON HISTERECTOMÍA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL HOSPITAL VIRGEN DE FÁTIMA –CHACHAPOYAS, 2010 A 2014

EDAD

Frecuencias observadas:

| | Si | No | TOTAL |
|-----------------|----|-----|-------|
| de 11 a 20 años | 12 | 125 | 137 |
| de 21 a 45 | 30 | 250 | 280 |
| TOTAL | 42 | 375 | 417 |

Frecuencias esperadas:

| | Si | No | TOTAL |
|-----------------|----|-----|-------|
| de 11 a 20 años | 14 | 123 | 137 |
| de 21 a 45 | 28 | 252 | 280 |
| TOTAL | 42 | 375 | 417 |

Grados de libertad: $(r-1)*(c-1)$

$$r = 2$$

$$c = 2$$

$$gl = 1$$

| | O | E | O-E | (O-E) ² | (O-E) ² /E |
|--------------------|-----|--------|-------|--------------------|-----------------------|
| de 11 a 20 años/Si | 12 | 13.80 | -1.80 | 3.23 | 0.234 |
| de 11 a 20 años/No | 125 | 123.20 | 1.80 | 3.23 | 0.026 |
| de 21 a 45/Si | 30 | 28.20 | 1.80 | 3.23 | 0.115 |
| de 21 a 46/No | 250 | 251.80 | -1.80 | 3.23 | 0.013 |
| Total | | | | | 0.39 |

Tabular 1gl y 95% = 3.841

Si Valor Tabular es Mayor que valor hallado, entonces no hay relación.

ESTADO CIVIL

Frecuencias observadas:

| | CASOS | CONTROL | TOTAL |
|----------------------|-------|---------|-------|
| Casada o conviviente | 30 | 200 | 230 |
| Soltera | 12 | 175 | 187 |
| TOTAL | 42 | 375 | 417 |

Frecuencias esperadas:

| Casada o conviviente | 23 | 207 | 230 |
|----------------------|----|-----|-----|
| Soltera | 19 | 168 | 187 |
| TOTAL | 42 | 375 | 417 |

Grados de libertad: $(r-1)*(c-1)$

$$r = 2$$

$$c = 2$$

$$gl = 1$$

| gl= 1 | O | E | O-E | (O-E)^2 | (O-E)^2/E |
|------------------------------|----------|----------|------------|----------------|------------------|
| Casada o conviviente/Caso | 30 | 23.17 | 6.83 | 46.71 | 2.016 |
| Casada o conviviente/Control | 200 | 206.83 | -6.83 | 46.71 | 0.226 |
| Soltera/ Si | 12 | 18.83 | -6.83 | 46.71 | 2.480 |
| Soltera/No | 175 | 168.17 | 6.83 | 46.71 | 0.278 |
| Total | | | | | 5.00 |
| Tabular 1gl y 95% = | 3.841 | | | | |

Si Valor Tabular es Menor que valor hallado, entonces si hay relación.

FACTORES DE RIESGO GINECOBSTÉTRICOS EN MUJERES CON HISTERECTOMÍA HOSPITAL VIRGEN DE FÁTIMA –CHACHAPOYAS, 2010 A 2014.

NÚMERO DE GESTAS

Frecuencias observadas:

| Numero de gestas | CASOS | CONTROL | TOTAL |
|------------------|-------|---------|-------|
| de 1 a 3 | 15 | 168 | 183 |
| de 4 a mas | 27 | 207 | 234 |
| TOTAL | 42 | 375 | 417 |

Frecuencias esperadas:

| de 1 a 3 | 18 | 165 | 183 |
|--------------|----|-----|-----|
| de 4 a mas | 24 | 210 | 234 |
| TOTAL | 42 | 375 | 417 |

Grados de libertad: $(r-1)*(c-1)$

$r = 2$

$c = 2$

$gl = 1$

| | O | E | O-E | $(O-E)^2$ | $(O-E)^2/E$ |
|---------------------|-------|--------|-------|-----------|-------------|
| de 1 a 3/Caso | 15 | 18.43 | -3.43 | 11.78 | 0.639 |
| de 1 a 3/Control | 168 | 164.57 | 3.43 | 11.78 | 0.072 |
| de 4 a mas/Caso | 27 | 23.57 | 3.43 | 11.78 | 0.500 |
| de 1 a 3/Control | 207 | 210.43 | -3.43 | 11.78 | 0.056 |
| Total | | | | | 1.27 |
| Tabular 1gl y 95% = | 3.841 | | | | |

Si Valor Tabular es Mayor que valor hallado, entonces no hay relación.

MIOMAS O TUMORES

Frecuencias observadas:

| Miommas | CASOS | CONTROL | TOTAL |
|--------------|-------|---------|-------|
| Si | 18 | 32 | 50 |
| No | 24 | 343 | 367 |
| TOTAL | 42 | 375 | 417 |

Frecuencias esperadas:

| Si | 5.04 | 44.96 | 50 |
|--------------|-------|--------|-----|
| No | 36.96 | 330.04 | 367 |
| TOTAL | 42 | 375 | 417 |

Grados de libertad: $(r-1)*(c-1)$

$$r = 2$$

$$c = 2$$

$$gl = 1$$

| | O | E | O-E | (O-E) ² | (O-E) ² /E |
|---------------------|-------|--------|--------|--------------------|-----------------------|
| Si/ Casos | 18 | 5.04 | 12.96 | 168.07 | 33.373 |
| Si/ Control | 32 | 44.96 | -12.96 | 168.07 | 3.738 |
| No/Casos | 24 | 36.96 | -12.96 | 168.07 | 4.547 |
| No/Control | 343 | 330.04 | 12.96 | 168.07 | 0.509 |
| Total | | | | | 42.17 |
| Tabular 1gl y 95% = | 3.841 | | | | |

Si Valor Tabular es Menor que valor hallado, entonces si hay relación.

HEMORRAGIA VAGINAL

| | CASOS | CONTROL | TOTAL |
|---------------------------|-------|---------|-------|
| Hemorragia Vaginal | | | |
| Si | 6 | 133 | 139 |
| No | 36 | 242 | 278 |
| TOTAL | 42 | 375 | 417 |

Frecuencias esperadas:

| Si | 14 | 125 | 139 |
|--------------|----|-----|-----|
| No | 28 | 250 | 278 |
| TOTAL | 42 | 375 | 417 |

Grados de libertad: $(r-1)*(c-1)$

$r = 2$

$c = 2$

$gl = 1$

| | O | E | O-E | (O-E) ² | (O-E) ² /E |
|-------------|-----|--------|-------|--------------------|-----------------------|
| Si/ Casos | 6 | 14.00 | -8.00 | 64.00 | 4.571 |
| Si/ Control | 133 | 125.00 | 8.00 | 64.00 | 0.512 |
| No/Casos | 36 | 28.00 | 8.00 | 64.00 | 2.286 |
| No/Control | 242 | 250.00 | -8.00 | 64.00 | 0.256 |
| Total | | | | | 7.63 |

Tabular 1gl y 95% = 3.841

Si Valor Tabular es Menor que valor hallado, entonces si hay relación.

ENDOMETROSIS

Frecuencias observadas:

| Endometrosis | CASOS | CONTROL | TOTAL |
|--------------|-------|---------|-------|
| Si | 1 | 118 | 119 |
| No | 41 | 257 | 298 |
| TOTAL | 42 | 375 | 417 |

Frecuencias esperadas:

| | CASOS | CONTROL | TOTAL |
|--------------|-------|---------|-------|
| Si | 12 | 107 | 119 |
| No | 30 | 268 | 298 |
| TOTAL | 42 | 375 | 417 |

Grados de libertad: $(r-1)*(c-1)$

$r = 2$

$c = 2$

$gl = 1$

| | O | E | O-E | $(O-E)^2$ | $\frac{(O-E)^2}{E}$ |
|---------------------|-------|--------|--------|-----------|---------------------|
| Si/ Casos | 1 | 11.99 | -10.99 | 120.68 | 10.069 |
| Si/ Control | 118 | 107.01 | 10.99 | 120.68 | 1.128 |
| No/Casos | 41 | 30.01 | 10.99 | 120.68 | 4.021 |
| No/Control | 257 | 267.99 | -10.99 | 120.68 | 0.450 |
| Total | | | | | 15.67 |
| Tabular 1gl y 95% = | 3.841 | | | | |

Si Valor Tabular es Menor que valor hallado, entonces si hay relación.

FACTORES DE RIESGO PATOLÓGICOS EN MUJERES CON HISTERECTOMÍA HOSPITAL VIRGEN DE FÁTIMA –CHACHAPOYAS, 2010 A 2014.

CANCER GINECOLÓGICO

Frecuencias observadas:

| Cancer | CASOS | CONTROL | TOTAL |
|--------------|-------|---------|-------|
| Si | 12 | 7 | 19 |
| No | 30 | 368 | 398 |
| TOTAL | 42 | 375 | 417 |

Frecuencias esperadas:

| | | | |
|--------------|----|-----|-----|
| Si | 2 | 17 | 19 |
| No | 40 | 358 | 398 |
| TOTAL | 42 | 375 | 417 |

Grados de libertad: $(r-1)*(c-1)$

$r = 2$

$c = 2$

$gl = 1$

| | O | E | O-E | (O-E) ² | (O-E) ² /E |
|-------------|-----|--------|--------|--------------------|-----------------------|
| Si/ Casos | 12 | 1.91 | 10.09 | 101.73 | 53.162 |
| Si/ Control | 7 | 17.09 | -10.09 | 101.73 | 5.954 |
| No/Casos | 30 | 40.09 | -10.09 | 101.73 | 2.538 |
| No/Control | 368 | 357.91 | 10.09 | 101.73 | 0.284 |
| Total | | | | | 61.94 |

Tabular 1gl y 95% = 3.841

Si Valor Tabular es Menor que valor hallado, entonces si hay relación.

ITU

Frecuencias observadas:

| ITU | CASOS | CONTROL | TOTAL |
|--------------|-------|---------|-------|
| Si | 0 | 239 | 239 |
| No | 42 | 136 | 178 |
| TOTAL | 42 | 375 | 417 |

Frecuencias esperadas:

| Si | 24 | 215 | 239 |
|--------------|----|-----|-----|
| No | 18 | 160 | 178 |
| TOTAL | 42 | 375 | 417 |

Grados de libertad: $(r-1)*(c-1)$

$$r = 2$$

$$c = 2$$

$$gl = 1$$

| | O | E | O-E | (O-E) ² | (O-E) ² /E |
|---------------------|-------|--------|--------|--------------------|-----------------------|
| Si/ Casos | 0 | 24.07 | -24.07 | 579.46 | 24.072 |
| Si/ Control | 239 | 214.93 | 24.07 | 579.46 | 2.696 |
| No/Casos | 42 | 17.93 | 24.07 | 579.46 | 32.321 |
| No/Control | 136 | 160.07 | -24.07 | 579.46 | 3.620 |
| Total | | | | | 62.71 |
| Tabular 1gl y 95% = | 3.841 | | | | |

Si Valor Tabular es Menor que valor hallado, entonces si hay relación.

ITS

Frecuencias observadas:

| ITS | CASOS | CONTROL | TOTAL |
|--------------|-------|---------|-------|
| Si | 9 | 62 | 71 |
| No | 33 | 313 | 346 |
| TOTAL | 42 | 375 | 417 |

Frecuencias esperadas:

| ITS | CASOS | CONTROL | TOTAL |
|--------------|-------|---------|-------|
| Si | 7 | 64 | 71 |
| No | 35 | 311 | 346 |
| TOTAL | 42 | 375 | 417 |

Grados de libertad: $(r-1)*(c-1)$

$r = 2$

$c = 2$

$gl = 1$

| | O | E | O-E | (O-E) ² | (O-E) ² /E |
|---------------------|-------|--------|-------|--------------------|-----------------------|
| Si/ Casos | 9 | 7.15 | 1.85 | 3.42 | 0.478 |
| Si/ Control | 62 | 63.85 | -1.85 | 3.42 | 0.054 |
| No/Casos | 33 | 34.85 | -1.85 | 3.42 | 0.098 |
| No/Control | 313 | 311.15 | 1.85 | 3.42 | 0.011 |
| Total | | | | | 0.64 |
| Tabular 1gl y 95% = | 3.841 | | | | |

Si Valor Tabular es mayor que valor hallado, entonces no hay relación.