

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



TESIS:

Título : **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CESÁREA-HISTERECTOMÍA EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN, 2022-2023”**

Para optar : El Título Profesional de Médico Cirujano

Autor (es) : Bach. Rodriguez Paucar Adolfo.

Asesor : Dr. Santiago Angel Cortez Orellana

Línea de Investigación Institucional : Salud y Gestión de la Salud

Fecha de inicio y culminación de la investigación : Enero 2024 – Junio 2024

Huancayo - Perú
2024

DEDICATORIA

A mis padres Eloy y Yolanda, por todo el apoyo que me brindaron hasta lograr mi objetivo de convertirme en Médico, sueño que se me hizo realidad. A mi hermano por sus consejos y apoyo permanente.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios por darme vida y salud, a mi alma mater la Universidad Peruana “Los Andes” y a todos mis docentes quienes volcaron sus conocimientos y experiencias en bien de mi formación, mi eterno agradecimiento.

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N ° 0057-FMH -2024

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, que la **Tesis** Titulada:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CESÁREA-HISTERECTOMÍA EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN, 2022-2023

Con la siguiente información:

Con autor(es) : **BACH. RODRIGUEZ PAUCAR ADOLFO**

Facultad : **MEDICINA HUMANA**

Asesor(a) : **DR. SANTIAGO ANGEL CORTEZ ORELLANA**

Fue analizado con fecha **03/10/2024** con **88** pág.; en el Software de Prevención de Plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

Excluye Citas.

Excluye Cadenas hasta 20 palabras.

Otro criterio (especificar)

| |
|---|
| X |
| X |
| X |
| |

El documento presenta un porcentaje de similitud de **25** %.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N° 15 del Reglamento de Uso de Software de Prevención de Plagio Versión 2.0. Se declara, que el trabajo de investigación: ***Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.***

Observaciones:

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 03 de octubre de 2024



MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI

Jefa

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

INTRODUCCION

La histerectomía obstétrica implica la extirpación completa o parcial del útero luego de un evento obstétrico debido a complicaciones durante el embarazo, el parto o el periodo postparto, o por el empeoramiento de una enfermedad previa. Esta cirugía suele ser realizada de manera urgente según indicación médica (1).

La incidencia de histerectomía obstétrica varia; algunos estudios informan entre 5 a 15 casos por cada 1000 eventos obstétricos. Se han identificado factores de riesgo comunes, como antecedentes de cesárea, ruptura uterina, placenta previa asociada a placenta acreta, así como hipotonía uterina o atonía uterina, entre otros (1).

La histerectomía es la cirugía más comúnmente realizada por los ginecólogos y el segundo procedimiento quirúrgico más frecuente en los países desarrollados, siendo solo superada por la cesárea. Esta intervención se lleva a cabo a través de diversas vías de acceso, que incluyen la abdominal, vaginal, laparoscópica y, más recientemente, robótica (2).

En los países desarrollados, la histerectomía es el procedimiento quirúrgico más común y su frecuencia está disminuyendo gradualmente. Sin embargo, en países menos desarrollados, como el nuestro, continúa siendo la opción quirúrgica predominante debido a la falta de políticas de salud bien definidas en hospitales (3).

Según datos proporcionados por la Organización Mundial de la salud, anualmente se registran alrededor de 50,000 muertes maternas a nivel mundial. Dentro de la región de las Américas, se reportan aproximadamente 30,000 defunciones, muchas de cuales podrían haberse evitado con un tratamiento médico quirúrgico oportuno (4).

La principal causa de mortalidad materna a nivel global es la hemorragia relacionada con el embarazo, especialmente la hemorragia después del parto (4).

A pesar de que se han identificado factores de riesgo para la histerectomía, como el tipo de parto, o partos múltiples, es importante tener en cuenta que muchos informes carecen de un control adecuado de los posibles factores de confusión. En los países en vía de desarrollo, la ruptura uterina se menciona con mayor frecuencia como la razón principal de la histerectomía, mientras que en los países la placentación anormal es una indicación frecuente. La histerectomía se considera una de las complicaciones principales en la obstetricia moderna, conllevando un alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna, así como la posibilidad de afectar la fertilidad (5,6,7).

Ante esta problemática resulta crucial proporcionar al personal de salud investigaciones actualizadas sobre los factores de riesgo asociados a cesárea-histerectomía, la detección temprana de estos factores de riesgo desempeña un papel fundamental en la atención de las pacientes.

Ante esta preocupación por la salud, este estudio tiene como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, en el tiempo comprendido de enero del 2022 a diciembre del 2023. Permitiendo al personal de salud tener un enfoque integral con aquellas mujeres que presenten factores de riesgo.

Contenido

| | |
|---|-----|
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTO | iii |
| INTRODUCCION | v |
| CONTENIDO DE TABLAS | 8 |
| RESUMEN | 10 |
| ABSTRACT | 11 |
| CAPÍTULO I | 12 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 12 |
| 2.1 Descripción de la realidad problemática | 12 |
| 2.2 Delimitación del problema | 15 |
| 2.2.1 Espacial | 15 |
| 2.2.2 Temporal | 15 |
| 2.2.3 Teórico | 15 |
| 2.3 Formulación del problema | 16 |
| 2.3.1 Problema General | 16 |
| 2.3.2 Problema (s) Específico (s) | 16 |
| 2.4 Justificación | 17 |
| 2.4.1 Social | 17 |
| 2.4.2 Teórica | 18 |
| 2.4.3 Metodológica | 19 |
| 2.5 Objetivos | 20 |
| 2.5.1 Objetivo General | 20 |
| 2.5.2 Objetivo(s) Específico(s) | 20 |
| CAPÍTULO II | 21 |
| MARCO TEÓRICO | 21 |
| 3.1 Antecedentes | 21 |
| 3.1.1 Antecedentes Internacionales: | 21 |
| 3.1.2 Antecedentes Nacionales: | 23 |
| 3.2 Bases Teóricas o Científicas | 24 |
| 3.2.1 Histerectomía Obstétrica: | 24 |
| 3.2.2 Clasificación | 26 |
| 3.2.3 Técnica quirúrgica | 29 |
| 3.2.4 Tipos de histerectomía | 30 |
| 3.2.5 Realización de una histerectomía: | 30 |

| | | |
|-------|---|-------------------------------|
| 3.2.6 | Indicaciones..... | 31 |
| 3.3 | Marco Conceptual | 32 |
| 3.4 | Marco conceptual de las variables: | 32 |
| | CAPÍTULO III..... | 35 |
| | HIPÓTESIS | 35 |
| 4.1 | Hipótesis General | 35 |
| 4.2 | Hipótesis Especifica | 35 |
| 4.3 | Variable..... | 36 |
| 4.4 | Operacionalización de variables..... | 36 |
| | CAPÍTULO IV | 39 |
| | METODOLOGÍA..... | 39 |
| 5.1 | Método de investigación | 39 |
| 5.2 | Tipo de investigación..... | 39 |
| 5.3 | Nivel de investigación..... | 39 |
| 5.4 | Diseño de investigación..... | 39 |
| 5.5 | Población y muestra | 40 |
| 5.5.1 | Población..... | 40 |
| 5.5.2 | MUESTRA..... | 40 |
| 5.5.3 | Tipo de muestreo | 41 |
| 5.6 | Criterios de inclusión..... | 41 |
| 5.7 | Criterios de exclusión..... | 41 |
| 5.8 | Técnicas e Instrumentos de recolección de datos | 41 |
| 5.8.1 | Técnica..... | 41 |
| 5.8.2 | Instrumento de recolección de datos | 42 |
| 5.9 | Técnicas de procesamiento y análisis de datos..... | 42 |
| 5.10 | Aspectos éticos de la Investigación..... | 43 |
| | CAPÍTULO V | 44 |
| | RESULTADOS | 44 |
| 6.1 | Descripción de resultados | 44 |
| 6.2 | Contrastación de hipótesis..... | 46 |
| | ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... | 52 |
| | CONCLUSIONES | 57 |
| | RECOMENDACIONES | 58 |
| | REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 59 |
| | ANEXOS | ¡Error! Marcador no definido. |

| | |
|---|----|
| Anexo 1. Matriz de consistencia | 68 |
| Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables..... | 71 |
| Anexo 3: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS | 75 |
| Anexo 4: Determinación de la validez del instrumento según la técnica de Aiken | 77 |
| 8..... | 77 |
| Anexo 5: Validez del instrumento | 78 |
| Anexo 5: Aprobación para la realización de trabajo de investigación del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen..... | 83 |
| Anexo 6: data de procesamiento de datos | 84 |
| Anexo 7: Fotos de la aplicación del instrumento | 85 |

CONTENIDO DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Características generales de las pacientes cesareadas del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen | 44 |
| Tabla 2. Análisis estadístico de los factores de riesgo sociodemográficos asociados a histerectomía obstétrica en pacientes cesáreas en el hospital regional docente materno infantil el Carmen | 46 |
| Tabla 3. Análisis estadístico de los factores de riesgo ginecoobstétricos asociados a histerectomía obstétrica en pacientes cesareadas en el hospital regional docente materno infantil el Carmen. | 48 |
| Tabla 4. Análisis estadístico de los factores de riesgo patológicos asociados a histerectomía obstétrica en pacientes cesareadas en el hospital regional docente materno infantil el Carmen. | 50 |

CONTENIDO DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico N° 1. Factores de riesgo sociodemográficos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023 | 47 |
| Gráfico N° 2. Factores de riesgo sociodemográficos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023 | 49 |
| Gráfico N° 3: Factores de riesgo patológicos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023... 50 | |

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen en 2022-2023.

Metodología: Estudio observacional, retrospectivo, analítico, de casos y controles, con 66 casos y 66 controles. Los datos se obtuvieron de historias clínicas mediante una ficha de recolección.

Resultados: Los factores de riesgo identificados fueron la edad materna ≥ 35 años (OR:3.113, IC95%: 1.02-4.18, $p=0.0015$), edad gestacional ≥ 42 semanas (OR:2.95, IC95%:1.72-5.23, $p=0.09$), múltipara (OR:4.33, IC95%:1.21-8.58, $p=0.004$), cesárea previa (OR:10.470, IC95%:4.51-24.30, $p=0.001$), antecedente de legrado uterino (OR:2.65, IC95%:1.21-5.79, $p=0.013$), atonía uterina (OR:6.720, IC95%:2.93-15.39, $p=0.000$), placenta previa (OR:3.20, IC95%:1.51-6.78, $p=0.002$), acretismo placentario (OR:2.41, IC95%:1.11-5.21). 61

Conclusión: La edad materna avanzada, edad gestacional ≥ 42 , multiparidad, cesárea previa, antecedente de legrado uterino, atonía uterina, placenta previa y el acretismo placentario son factores de riesgo para cesárea-histerectomía.

Palabras claves: Cesárea-Histerectomía, factores de riesgo.

ABSTRACT

Objective: Determine the risk factors associated with cesarean section-hysterectomy in patients at the El Carmen Regional Maternal and Child Teaching Hospital in 2022-2023.

Methodology: Observational, retrospective analytical, case-control study, with 66 cases and 66 controls. Data were obtained from medical records using a collection form.

Results: The risk factors identified were maternal age ≥ 35 years (OR:3.113, IC95%:1.02-4.18, $p=0.0015$), gestational age ≥ 42 weeks (OR:2.95, IC95%: 1.72-5.23, $p=0.09$), multiparous (OR:4.33, IC95%:1.21-8.58, $p=0.004$), previous cesarean (OR:10.470, IC95%:4.51-24.30, $p=0.001$), history of uterine curettage (OR:2.65, IC95%:1.21-5.79, $p=0.013$), uterine atony (OR:6.720, IC95%:2.93 – 15.39, $p=0.000$), placenta prior (OR:3.20, IC95%: 1.51–6.78, $p=0.002$), placental accrete (OR:2.41, IC95%: 1.11-5.21).

Conclusion: Advanced maternal age, gestational age ≥ 42 , multiparity, previous cesarean section, history of uterine curettage, uterine atony, placenta previa.

Keywords: Caesarean Section-Hysterectomy, risk factors.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La organización Mundial de la salud (OMS) informa que diariamente fallecen 830 mujeres debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. El 99% de estas muertes maternas ocurren en países en desarrollo, como el nuestro. A nivel global, la mortalidad materna ha experimentado una disminución de aproximadamente 44% para el año 2015. Esta reducción se atribuye a diversas medidas preventivas adoptadas tanto por los profesionales médicos como por las madres, antes, durante y después del embarazo, con el fin de evitar estos decesos. (5)

La mortalidad materna sigue estando principalmente concentrada en las regiones más empobrecidas del mundo y en naciones afectadas por conflictos. En el año 2020, cerca del 70% de todas las muertes maternas tuvieron lugar en África Subsahariana. En nueve países con graves crisis humanitarias, la tasa de mortalidad superó significativamente el promedio mundial, con 551 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, en comparación con las 223 a nivel global. (9,10)

Las mujeres enfrentan complicaciones durante o después del embarazo y el parto. La mayoría de estas complicaciones surgen durante el embarazo y, en su mayoría, son prevenibles o tratables. Algunas de estas complicaciones podrían existir antes del embarazo, pero se agravan durante la gestación, las principales complicaciones son: Hemorragias graves, que ocurren principalmente después del parto, Infecciones, que generalmente se presentan después del parto, hipertensión arterial durante el embarazo, complicaciones durante el parto, abortos inseguros. (6)

En Perú según el Centro Nacional de Epidemiología, prevención, y Control de enfermedades del MINSA informó que en 2020 hubo 439 fallecimientos maternos asociados a complicaciones durante el embarazo y el parto. Para 2021, el número de muertes maternas ascendió a 493. En 2022, se registraron 291 casos, y en 2023 la cifra disminuyó a 264 casos. (7)

En el año 2022, la principal causa de mortalidad materna directa fue la hemorragia obstétrica, representando el 26.1% de los casos. Le siguieron los trastornos hipertensivos del embarazo, que contribuyeron con el 21.7% de las muertes maternas, las otras causas directas obstétricas representaron el 6.5% de los casos, mientras que el aborto y sus complicaciones fueron un total de 2.2% de las muertes, estos datos resaltan la importancia de abordar y prevenir las principales causas de mortalidad materna para mejorar la salud de las mujeres durante el embarazo y el parto. (8)

La histerectomía es un procedimiento de alta demanda global, especialmente en los Estados Unidos, donde se realizan alrededor de 600 mil al año, con una incidencia de 5,1 a 5,8 por cada 1.000 mujeres. Es la segunda cirugía más común después de las cesáreas y representa entre el 0,12% y el 0,34% de todas las operaciones. Investigaciones muestran que, en varios países, incluyendo México, Estados Unidos y algunos países europeos, una de cada tres mujeres se somete a este procedimiento antes de los 60 años. (9)

La incidencia de la histerectomía obstétrica, según la literatura oscila entre el 0,2% y el 1,5% por cada 1.000 partos. Aunque ha disminuido significativamente, ubicándose entre 0,5 a 1 por cada 1.000 partos, esto se debe a que casi todas estas intervenciones se realizan en situaciones de emergencia, mientras que las indicaciones electivas han prácticamente desaparecido. El incremento en la frecuencia de histerectomía

obstétrica está vinculado al mayor número de cesáreas, lo que, a su vez, lleva a un aumento en los casos de placentación anormal, placenta previa y cicatrices uterinas. (10)

Vega G, et al (2017) (1). menciona en su investigación, se realizaron histerectomías obstétricas en 153 pacientes. La edad promedio de las mujeres sometidas a este procedimiento fueron de 34 años, siendo más común en aquellas mayores de 35 años, que habían tenido dos o tres embarazos previos. El 69% de las pacientes tenían antecedentes de cesárea previa, la atonía uterina fue la principal indicación. Por su parte, Altamirano J (11). reporta en su estudio que tuvo como propósito determinar los factores de riesgo relacionados a histerectomía en el Hospital Nacional arzobispo Loayza durante los años enero 2017 a julio 2019, concluye que el principal factor de riesgo para histerectomía obstétrica es la hemorragia post parto, edad materna avanzada, periodo intergenésico corto, antecedente de cesárea previa, multigestación, atonía uterina, acretismo placentario, placenta previa y el parto pretérmino.

En el Perú, la frecuencia de histerectomías varía según el hospital, y no se dispone de una cifra exacta de estos procedimientos a nivel nacional. No obstante, algunos estudios de distintos hospitales proporcionan cifras aproximadas que oscilan entre 10 y 20 casos por cada 1000 partos (12). El instituto materno perinatal informa una incidencia global de 3.12 histerectomías por cada 1000 partos y 12.39 histerectomías por cada 1000 abortos. (13)

La histerectomía obstétrica es una intervención crucial que busca salvaguardar la vida de la mujer. Dada la relevancia de este procedimiento, es fundamental comprender los factores de riesgo que lo desencadenan. Este conocimiento nos permitirá ofrecer una

atención más oportuna y de calidad, asegurado mejores resultados para los pacientes.

Por este motivo la realización de esta investigación se hace imprescindible en nuestra comunidad local, dada la carencia de información teórica y estadística sobre los factores de riesgo asociados a la histerectomía obstétrica. Además, resulta pertinente llevar a cabo este estudio en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, el cual es un centro de referencia en nuestra región. Esto nos permitirá obtener una visión más precisa y completa de la realidad local.

Los resultados de este estudio servirán como base para futuras investigaciones en el campo. Asimismo, la información recopilada proporcionará un respaldo valioso para la comparación con otros estudios y contribuirá a ampliar el conocimiento en esta área, beneficiando así a la sociedad en general.

1.2 Delimitación del problema

1.2.1 Espacial

El trabajo de investigación se desarrolló en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, ubicado en Jr. Puno 911- Huancayo, departamento de Junín.

1.2.2 Temporal

Se abarco el periodo de, 1 de enero del 2022 al 30 de diciembre del 2023.

1.2.3 Teórico

El propósito de esta investigación fue explorar los factores de riesgo asociados a cesárea-histerectomía en pacientes atendidas en el hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023. Para lograr este

objetivo, se emplearon enfoques teóricos que establecieron el marco conceptual de la investigación. Estos enfoques se utilizaron tanto para respaldar como para cuestionar las hipótesis previas. Es importante destacar que los hallazgos obtenidos tienen el potencial de aplicarse en la población en general, lo que contribuye a mejorar la comprensión de las variables estudiadas.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema General

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023?

1.3.2 Problema (s) Específico (s)

¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023?

¿Cuáles son los factores de riesgo ginecoobstétricos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023?

¿Cuáles son los factores de riesgo patológicos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023?

1.4 Justificación

1.4.1 Social

La histerectomía obstétrica, si bien puede ser esencial para salvar la vida de la madre en situaciones críticas, conlleva significativas repercusiones en la salud física, emocional y social de las mujeres.

Desde una perspectiva social, es fundamental comprender que la salud materna no solo afecta a la mujer de manera individual, sino que también tiene implicaciones profundas en el bienestar de su familia y, en un sentido más amplio, en la comunidad en general. Las mujeres son frecuentemente el pilar central de sus hogares. Cuando una mujer se ve afectada por complicaciones obstétricas que culminan en una histerectomía, no solo sufre una pérdida física significativa, sino que también puede experimentar un impacto emocional considerable debido a la interrupción de su capacidad de reproductividad y los cambios en su salud.

La investigación sobre los factores de riesgo de que asocian a cesárea-histerectomía reviste una importancia en múltiples dimensiones, especialmente en lo que se refiere a salud materna y al bienestar integral de las mujeres. Este estudio no solo influye en la condición física de las pacientes, sino que a su vez se refleja en el entorno familiar y comunitario. Además, el análisis detallado y la comprensión más efectiva y

personalizada, adaptadas a las necesidades particulares de cada grupo de paciente. Esto no solo contribuirá a la reducción de complicaciones graves durante y después del parto, sino que también tendrá un efecto positivo a lo largo plazo en la mejora de la calidad de vida de las mujeres, fortaleciendo su salud física, emocional y social. Por ende, esta investigación podría ser un pilar fundamental para el desarrollo de políticas de salud pública más robustas y dirigidas a proteger y mejorar la salud materna a nivel regional y nacional.

1.4.2 Teórica

La histerectomía obstétrica emerge como un procedimiento crucial en situaciones críticas durante el embarazo, parto o postparto, donde la vida de la madre se ve gravemente amenazada por complicaciones severas que no pueden ser tratadas con otros procedimientos médicos. El estudio de los factores de riesgo asociados a cesárea-histerectomía en el contexto de nuestra localidad Huancayo durante los años 2022-2023 se sustenta en la necesidad de comprender y abordar variables que contribuyen a la ocurrencia de este procedimiento quirúrgico de emergencia. La histerectomía obstétrica, definida como la extracción del útero durante el embarazo o después de esta, es considerada una medida de última instancia para salvar la vida de la madre en situaciones de complicaciones graves, tales como hemorragias incontrolables, infecciones severas y rupturas uterinas. Sin embargo, este procedimiento, aunque salvador, conlleva significativas consecuencias en la salud física y psicológica de

la paciente, así como en su calidad de vida posterior.

Desde el punto de vista teórico, la investigación se basa en la aplicación de conceptos clave provenientes de diversas literaturas. Este enfoque facilita una comprensión de las interacciones complejas entre factores sociodemográficos, ginecoobstetricos y patológicos que influyen en el resultado.

La justificación teórica de esta investigación radica en la integración de diversos marcos conceptuales que permiten un análisis multidimensional de los factores de riesgo asociados a cesárea-histerectomía. Esta aproximación no solo contribuye a un mayor entendimiento de las causas y consecuencias de este procedimiento, sino que también ofrece un fundamento sólido para el desarrollo de estrategias de prevención y manejo desde el primer nivel de atención de cada localidad.

1.4.3 Metodológica

El presente estudio adopta un enfoque analítico y observacional de tipo transversal de casos y controles, con diseño retrospectivo.

El desarrollo de una ficha de recolección de datos permitirá recopilar información relevante de manera sistemática y estructurada. Lo cual facilitara el análisis de los factores de riesgo. Este enfoque metodológico proporcionara datos precisos y confiables que servirán como base para la toma de decisiones clínicas y la implementación de medidas preventivas y de intervención en el entorno hospitalario. Además, el uso de este instrumento en el ámbito clínico puede optimizar la detección temprana de

mujeres en riesgo y la formulación de estrategias de atención personalizada.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Determinar los factores de riesgo asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.

1.5.2 Objetivo(s) Específico(s)

2.5.2.1 Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.

2.5.2.2 Identificar los factores de riesgo ginecoobstetricos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.

2.5.2.3 Identificar los factores de riesgo patológicos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales:

Iftikhar, S et all (2024), reporta que la edad materna media fue de 30,04+-3,87 años. La histerectomía de emergencia se encontró en 25 mujeres, lo que representa el 14,9% del total. Los factores que llevaron a esta intervención, se identificó la placenta acreta en 5 mujeres (20.0%), placenta increta en 3 mujeres (12.0%) y placenta percreta en 17 mujeres (68.0%). Se concluye que la histerectomía de emergencia es común en mujeres embarazadas, siendo la placenta percreta el factor predominante seguido de la placenta acreta. (14)

Icaza A, Castro A, (2022), concluyen que de que 121 pacientes que fueron seleccionadas aleatoriamente para la muestra, 14 terminaron en histerectomías de emergencia de las cuales 3 eran debido a placenta previa, y 11 debido a atonía uterina siendo la principal causa de este procedimiento. (15)

Constante J, Mazón E, (2020), concluyen que la atonía uterina, placenta previa, y acretismo placentario se relacionan estrechamente con la realización de la operación cesárea - histerectomía en madres mayores de 35 años. (16)

Barrios S, (2018), concluye que la edad promedio a quienes se les realizó histerectomía obstétrica fue de 34 años de edad, siendo más frecuente en mayores de 35 años, que habían tenido dos o tres embarazos previos, el antecedente de cesárea previa fue de 69.2%. la vía de interrupción del embarazo actual fue la cesárea en el 72.1%. La principal indicación fue la atonía uterina. La complicación más frecuente fue la anemia en 83%. (17)

Martillo Y, (2016) concluye que el grupo de edades donde más se realizó la histerectomía fue el rango de 25-34 años (58%). El 78% tuvieron al menos 1 a más de 6 controles prenatales y el 22% no tuvieron ningún control prenatal; el 58% representaron entre 2 y 3 gestaciones previas y el 15% eran nulíparas. Respecto al momento de la histerectomía obstétrica 87% de los casos corresponde a cesárea-histerectomía seguido del 6% histerectomía-post cesárea y un 6% correspondiente a histerectomía obstétrica post parto vaginal. La principal indicación de las histerectomías obstétricas fue por placenta previa con el 37%, seguida por atonía uterina 36%, acretismo placentario 23%. (18)

2.1.2 Antecedentes Nacionales:

Tineo L, (2021) concluye que la edad avanzada, grado de instrucción, estado civil, y ocupación de los factores sociobiológicos; la paridad, edad gestacional por FUM, Semanas de primera atención prenatal, número de atenciones prenatales y presencia de enfermedad durante el embarazo de los factores obstétricos y la presencia de complicaciones se encuentran asociadas a la aplicación de histerectomía obstétrica. La mayoría de mujeres presentan atonía uterina. (9)

Altamirano J, (2021) concluye que el principal factor de riesgo para histerectomía obstétrica es la hemorragia postparto, asimismo la edad materna avanzada, el periodo intergenésico corto, antecedentes de cesárea previa, la multigestación, atonía uterina, acretismo placentario, placenta previa y el parto pretérmino. (11)

Izaguirre D, (2020) concluye que los factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica en mujeres con hemorragia postparto abdominal en el presente estudio fueron la multiparidad, antecedentes de cesárea, antecedente de legrado y placenta previa. La atonía uterina es la causa principal de histerectomía obstétrica en HPP. (19)

Molina C, (2020) concluye que los factores de riesgo asociados a histerectomía en puérperas fueron; atonía uterina, seguido de rotura uterina

y sepsis puerperal, procedencia rural, parto pretérmino, inadecuado control prenatal, periodo intergenésico corto, tipo de parto por cesárea y antecedentes de cesárea a partir de 2, y finalmente presentar durante la gestación síndrome de Hellp. (20)

Palacios J, (2018) reporta que durante el 2017 se realizaron 17 histerectomías obstétricas de Emergencia en el Hospital apoyo Sullana II-2, el 64.70% presentan entre los 26 a 35 años de edad, el 88.24% procedían de una zona rural, el 76.47% eran multíparas, el 82.35% eran multigestas, el 41.18% tuvieron más de 6 controles prenatales, el 71% tiene como antecedente al menos 1 cesárea anterior. El 58.82% presento como principal indicación a la atonía uterina seguida de acretismo placentario con 11.76%. en el estudio se concluye que la histerectomía de emergencia se relaciona con la multiparidad, los controles prenatales insuficientes y la presencia de cicatriz uterina previa, teniendo como principal indicación a la atonía uterina. (21)

2.2 Bases Teóricas o Científicas

2.2.1 Histerectomía Obstétrica:

La histerectomía obstétrica es la extirpación del útero en una mujer gestante, que puede realizarse junto con cesárea – histerectomía después de una cesárea previa, durante un parto vaginal o tras un aborto. En la mayoría de los casos, se realiza debido a hemorragias posparto que amenazan la

vida de la mujer o a infecciones graves que llevan a una sepsis resistente a los antibióticos. Anteriormente, las indicaciones más comunes para la histerectomía incluían la atonía y la ruptura uterina, pero gracias al avance terapéutico, la atonía uterina, la placenta acreta/increta se ha convertido en la indicación más frecuente, especialmente debido a alta tasa de mujeres con cesáreas previas. (10)

La histerectomía obstétrica se recomienda para tratar diversas complicaciones que ponen en riesgo la vida de la paciente al aumentar el riesgo de hemorragia, como la atonía uterina o la laceración del útero. A veces, estas complicaciones no pueden controlarse a pesar de contar con procedimientos o medicamentos uterotónicos, por lo que se opta por poner fin a la fertilidad de la paciente antes de arriesgar su vida. (22)

La histerectomía obstétrica puede ser necesario después de una cesárea, parto vaginal, legrado o durante el puerperio inmediato o tardío. La primera cesárea-histerectomía exitosa, en la que tanto la madre como el hijo sobrevivieron, fue llevada a cabo por Eduardo Porro en Pavia, Italia, en 1876. Posteriormente, algunas ginecoobstetras comenzaron a utilizarla para esterilización o para tratar otras enfermedades que se presentaban durante el parto, a pesar de que esto aumentaba los índices de morbilidad y mortalidad. (22)

La histerectomía obstétrica se lleva a cabo con mayor frecuencia después de una cesárea que de un parto vaginal, y podría ser una herramienta útil para reducir la incidencia de complicaciones durante el periodo perinatal, lo que a su vez podría contribuir a una disminución de la mortalidad

materna. (23)

2.2.2 Clasificación

Actualmente, esta operación se clasifica en:

- **Cesárea-histerectomía (operación de porro):** La cesárea y la histerectomía se realizan en un solo tiempo. (24)
- **Histerectomía postcesárea:** Se lleva a cabo en dos etapas distintas. (24)
- **Histerectomía posparto:** Se lleva a cabo después del parto. (24)
- **Histerectomía poscurateje o poslegrado:** Cuando se realiza después de un legrado uterino obstétrico. (24)
- **Histerectomía en bloque:** Cuando en el útero coexiste una enfermedad trofoblástica. (24)

Existen dos situaciones que requieren acción: la primera, crucial para detener una hemorragia, se conoce como histerectomía de urgencias o de necesidad; y la segunda, menos común en la actualidad, se lleva a cabo de manera electiva después de una cesárea, histerectomía electiva u oportunista en casos excepcionales. (25)

- **Histerectomía de urgencia:**

Hemorragia posparto, que puede deberse a:

Atonía uterina.

Placenta previa.

Placenta acreta.

Hematoma retro placentario: En caso de un útero de couvelaire, es importante considerar la posibilidad de una histerectomía.

Lesión traumática:

La rotura uterina: puede ser consecuencia de cicatrices de cesárea previas, legrado postaborto, o rupturas de embarazos ectópicos cornuales o cervicales. El tratamiento médico con metotrexato ha reducido la frecuencia de complicaciones en embarazos extrauterinos. Generalmente, la laparotomía y la sutura del defecto son suficientes para tratar la rotura uterina, pero en casos de lesiones graves, inestabilidad hemodinámica significativa o infecciones, es necesario realizar una histerectomía. (10)

Desgarro del tracto vaginal, con hemorragia intensa y serios trastornos de coagulación, aunque es indicación muy discutible (10).

Etiología médica: coagulopatía por síndrome de Hellp, esteatosis hepática gravídica, preeclampsia grave. Ante una hemorragia importante puede desencadenar una coagulopatía por consumo, agravando así la situación hemodinámica de la mujer (10).

Infección: infecciones graves que evolucionan a sepsis y no responden al tratamiento con antibiótico, lo que requiere una intervención para eliminar el foco de la infección. Endometritis posparto complicadas con pelviperitonitis, o bien de origen pélvico que sobre infectan el útero, incluso tromboflebitis pelvianas que persisten a pesar de antibioticoterapia intensa. Existe el riesgo de shock séptico

materno, por la que la mejor opción es la histerectomía (10).

Inversión uterina: en este caso es excepcional realizar una histerectomía, pero puede ser necesario cuando la inversión sea irreductible (fallo de la taxis y la cirugía reparadora) o curse con necrosis o infección. (10)

- **Histerectomía electiva:**

Actual mente es controversia por el aumento de morbimortalidad.

Dentro de este grupo, las causas más comunes son:

Causa oncológica: la neoplasia cervical es la razón más común para realizar una histerectomía obstétrica. En casos de formas invasivas, la histerectomía se lleva a cabo al inicio del embarazo. En las etapas finales del embarazo, se prefiere realizar una cesárea para evitar el riesgo de diseminación de las células malignas durante el parto vaginal.

La neoplasia ovárica 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 cesárea (10).

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 mioma) (10).

Otras indicaciones descritas en la literatura, actualmente difícil de encontrar en la práctica diaria, son: trastornos menstruales, dolor pélvico crónico, placenta previa no acreta, corioamnionitis, esterilización (10).

2.2.3 Técnica quirúrgica.

Si no hay un sangrado significativo, no es necesario suturar la incisión en el útero. Se requiere preparar el colgajo vesical antes de comenzar la histerectomía. Desde el área inferior del útero, se atan los ligamentos redondos en dos puntos y se continua lateralmente hacia la serosa vesicouterina, que estaba unida a la vejiga antes de su separación. Se aseguran los ligamentos uteroóvaricos después de formar una apertura en la hoja posterior del ligamento ancho mediante doble fijación, corte y ligadura bilateral. Los vasos uterinos se disecan, cortan y atan, y luego se manipulan y ligan por debajo del cuello uterino. La pieza quirúrgica se extrae a través de una incisión en la mucosa vaginal y se verifica el cuello uterino para confirmar la extracción completa.

Después de la extracción del útero, se suturan todos los ángulos del fórnix vaginal lateral de los ligamentos cardinales y uterosacros con suturas absorbibles en ocho puntos. No existe consenso sobre si se debe dejar abierto o cerrar el manguito vaginal. Después del cierre del manguito, se realiza la peritonización pelviana, se verifica la hemostasia de todos los muñones y se procede con el cierre de la pared abdominal por capas. (26)

(27)

2.2.4 Tipos de histerectomía

Histerectomía postcesárea: es el procedimiento más realizado durante la etapa puerpéra, considerándola un indicador de calidad de la atención obstétrica, porque se asocia de manera substancial con la morbilidad obstétrica extrema. (28)

Histerectomía total: se extirpa el útero en su totalidad, incluyendo el cuello uterino, aunque no siempre es necesario retirar los ovarios y las trompas de Falopio. Este es el tipo más frecuente de histerectomía. (28)

Histerectomía parcial: también denominada subtotal o supra cervical, se extirpa solo la parte superior del útero. El cuello uterino queda intacto. Los ovarios pueden ser extirpados o no. (28)

Histerectomía radical: Se lleva a cabo una extirpación completa del útero, el cuello uterino, el tejido circundante al cuello uterino y la porción superior de la vagina. Este tipo de histerectomía radical se emplea principalmente para tratar ciertos tipos de cáncer, como el cáncer de cuello uterino. Los ovarios y las trompas de Falopio no siempre deben ser retirados. (28)

2.2.5 Realización de una histerectomía:

Una histerectomía se puede realizar de muchas maneras. Dependerá de tus antecedentes médicos y del motivo por el cual te sometes a la cirugía (28).

Histerectomía abdominal: el médico realiza una incisión generalmente en la parte baja del abdomen (28).

Histerectomía vaginal: se realiza a través de una pequeña incisión en la vagina (28).

Histerectomía laparoscópica: Un laparoscopio es un instrumento que consiste

en un tubo delgado con una fuente de luz y una pequeña cámara, permitiendo al médico visualizar los órganos pélvicos. En la cirugía laparoscópica, se hacen pequeñas incisiones para introducir el laparoscopio y los instrumentos quirúrgicos en el cuerpo. En una histerectomía laparoscópica, el útero se extirpa a través de estas pequeñas incisiones realizadas en el abdomen o la vagina. (28)

Cirugía robótica: El médico guía un brazo robótico para realizar la cirugía a través de pequeñas incisiones en la parte baja del abdomen, como en una histerectomía laparoscópica (28).

2.2.6 Indicaciones

Se han identificado diversas razones que llevan a la necesidad de realizar una histerectomía después del parto, incluyendo la ruptura uterina debido a una cesárea previa (con frecuencia estimada de 12%, placenta acreta (4.1%), placenta previa (0.5%), desprendimiento prematuro de la placenta (23%), atonía uterina (23.5%), nuliparidad (60.4%), historial de abortos previos (79%) e historial de hemorragia en partos anteriores (con riesgo relativo de 9.3). también se han encontrado otras anomalías, como infecciones, tumores ováricos, embarazo molar, endometriosis crónica, hiperplasia adenomatosa, aunque con menor frecuencia. Todas las condiciones exponen a las pacientes a este procedimiento de emergencia, que se convierte en la última medida para controlar el sangrado intenso que pone en peligro la vida de la paciente, ya que el sangrado postparto es la razón directa que motiva la necesidad de una histerectomía obstétrica. Es importante destacar que la probabilidad de necesitar una histerectomía aumenta considerablemente, entre 10

y 12 veces, en presencia de antecedentes de cesárea. (27)

2.3 Marco Conceptual

Histerectomía obstétrica: Es la extracción del útero durante el embarazo, el parto o el puerperio debido a una complicación que pone en peligro la vida de la paciente. (29)

Factores de riesgo de histerectomía obstétrica: Son aquellas condiciones médicas durante el embarazo o el parto que aumentan la probabilidad de que una mujer necesite someterse a este procedimiento como medida de emergencia para salvar la vida de la madre tanto como del feto. (30)

Factores de riesgo sociodemográficos: Son característica de una población de acuerdo a sus cualidades sociales y demográficas que confieren una identidad única. (31)

Factores de riesgo ginecoobstétricos: Son condiciones o características que aumentan la probabilidad de que una mujer experimente complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio. (32)

Factores de riesgo patológicos: Características que aumentan significativamente la probabilidad de contraer una enfermedad. (33)

2.4 Marco conceptual de las variables:

Edad: Periodo de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta el momento presente, expresado en años, meses y día. (34)

Estado civil: Estado legal y social de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio. (35)

Grado de instrucción: Se refiere al máximo nivel de estudios alcanzados o en proceso, sin considerar si estos han sido completados o si están parcial o definitivamente inconclusos. (36)

Lugar de procedencia: Lugar del que procede una persona. (37)

Edad gestacional: Número de semanas entre el primer día del último periodo menstrual normal de la madre y la fecha del parto. (38)

Paridad: Número de veces que una mujer ha parido. (39)

Controles prenatales: Son visitas periódicas durante el embarazo para supervisar la salud de la madre y del bebé. (40)

Periodo intergenésico corto: Periodo de tiempo menor de 18 meses comprendido entre dos nacidos vivos. (41)

Cesárea previa: Intervención quirúrgica sobre la pared abdominal y el útero que tiene como objetivo la extracción del feto. La probabilidad de rotura uterina es más frecuente en el útero cicatrizado, especialmente en la propia cicatriz uterina, aunque también puede ocurrir en un útero intacto. El riesgo y la morbi-mortalidad y fetal aumentan significativamente con un número mayor de cicatrices uterinas. (27)

Antecedente de legrado uterino: Procedimiento quirúrgico en el cual se raspa las paredes del útero con el principal fin de eliminar la capa mucosa del mismo. (42)

Antecedente de aborto: Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea. (43)

Preeclampsia: Son cifras tensionales sostenidas por arriba de 140/90 asociado a proteinuria en embarazadas con edad gestacional mayor a 20 semanas. (44)

Atonía uterina: La atonía uterina se caracteriza por la incapacidad del útero para contraerse y mantenerse contraído durante las primeras 24 horas después del parto, lo

que provoca una falta de cierre efectivo de las arterias. (45)

Placenta previa: La placenta previa se caracteriza por la implantación total o parcial de la placenta en la porción inferior del útero. (46)

Acretismo placentario: Inserción anormal de las vellosidades coriales al miometrio en ausencia de la decidua basal. (47)

Desprendimiento prematuro de placenta. Ocurre cuando la placenta se separa de la pared interna del útero antes del inicio del parto. (48)

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis General

Ha: Existen factores de riesgo asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.

Ho: No existen factores de riesgo asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.

3.2 Hipótesis Especifica

Ha: Existen factores de riesgo sociodemográficos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.

Ho: No existen factores de riesgo sociodemográficos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.

Ha: Existen factores de riesgo ginecoobstetricos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.

Ho: No existen factores de riesgo ginecoobstetricos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.

Ha: Existen factores de riesgo patológicos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.

Ho: No existen factores de riesgo patológicos asociados cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.

3.3 Variable

Variables independientes

- Edad de la gestante
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Lugar de procedencia
- Edad gestacional
- Paridad
- Controles prenatales
- Periodo intergenésico corto
- Cesárea previa
- Antecedente de legrado uterino
- Antecedente de aborto
- Antecedente de preeclampsia
- Atonía uterina

- Placenta previa
- Acretismo placentario
- Desprendimiento prematuro de placenta

Variable dependiente

- Cesárea-Histerectomía

3.4 Operacionalización de variables

| Nombre de la variable | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensión | Indicadores | Índice | Escala de medición | Instrumento |
|-------------------------------|---|---|--|---|--|--------------------|-------------------------------|
| VARIABLE DEPENDIENTE | | | | | | | |
| Cesárea-histerectomía | Extracción del útero durante el embarazo, parto o puerperio como medida de emergencia para salvar la vida de la paciente. | La evaluación de la variable se realizará por medio de las historias clínicas de aquellas pacientes a quienes se les realizó cesárea más histerectomía en el hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023. | Con histerectomía Sin histerectomía | Historia Clínica (Paciente con cesárea más histerectomía/ Paciente con cesárea sin histerectomía obstétrica) | 0: no (paciente con cesárea sin histerectomía) | Nominal dicotómica | Ficha de recolección de datos |
| | | | | | 1: si (paciente con cesárea más histerectomía) | | |
| VARIABLE INDEPENDIENTE | | | | | | | |
| | | | Factores de riesgo sociodemográficos | Edad de la gestante | 0: Adolescente (<20 años) | Ordinal | Ficha de recolección de datos |
| | | | | | 1: Adulta (20-34 años) | | |
| | | | | | 2: Añosa (≥35 años) | | |
| | | | | | 0: Soltera | Nominal | |

| | | | | | | | | |
|--------------------|---|--|--------------------------------------|--------------------------------|--|---|--------------------------------------|---|
| Factores de riesgo | Son aquellas condiciones médicas durante el embarazo o el parto que aumentan la probabilidad de que una mujer necesite someterse a este procedimiento como medida de emergencia para salvar la vida de la madre tanto como del feto | Se evaluarán mediante las historias clínicas las condiciones que incrementan la histerectomía obstétrica en pacientes que se les realizó cesárea como son los factores de riesgo sociodemográficos, ginecoobstetricos, y patológicos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023 | Factores de riesgo ginecoobstetricos | Estado civil | 1: Casada 2: Conviviente 3: Divorciada | politómica | Factores de riesgo ginecoobstetricos | |
| | | | | Grado de instrucción | 0: Analfabeta 1: Primaria 2: Secundaria 3: Técnico 4: Superior | Ordinal | | |
| | | | | | Lugar de procedencia | 0: Urbano 1: Rural | | Nominal dicotómica |
| | | | | | | Edad gestacional | | 0: < 36 6/7 semanas 1: 37 – 41 6/7 semanas 2: ≥42 semanas |
| | | | | | Paridad | 0: Nulípara 1: Primípara 2: Multípara | | Ordinal |
| | | | | Controles prenatales | | 0: <6 controles 1: ≥ 6 controles | | Ordinal |
| | | | | Periodo intergenésico corto | 0: NO 1: SI | Nominal dicotómica | | |
| | | | | Cesárea previa | 0: NO 1: SI | Nominal dicotómica | | |
| | | | | Antecedente de legrado uterino | 0: NO 1: SI | Nominal dicotómica | | |
| | | | | | | | | Ficha de recolección de datos |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--------------------------------|---------------------------------------|----------------|--------------------|-------------------------------|
| | | | | Antecedente de aborto | 0: NO 1: SI | Nominal dicotómica | |
| | | | | Antecedente de preeclampsia | 0: NO 1: SI | Nominal dicotómica | |
| | | | Factores de riesgo patológicos | Atonía uterina | 0: NO 1: SI | Nominal dicotómica | Ficha de recolección de datos |
| | | | | Placenta previa | 0: NO 1: SI | Nominal dicotómica | |
| | | | | Acretismo placentario | 0: NO 1: SI | Nominal dicotómica | |
| | | | | Desprendimiento prematuro de placenta | 0:NO 1:SI | Nominal dicotómica | |

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Método de investigación

Cuantitativo (49).

4.2 Tipo de investigación

Según la finalidad del estudio: Analítica (49).

Según la secuencia temporal: Transversal (49).

Según asignación de los factores de estudio: Observacional (49).

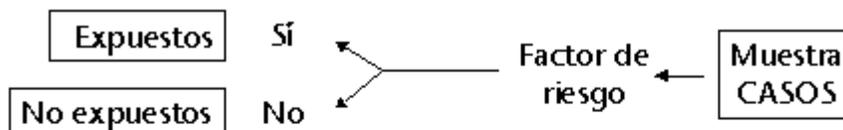
Según la cronología de los hechos: Retrospectivo (49).

4.3 Nivel de investigación

De nivel relacional (49).

4.4 Diseño de investigación

Diseño correlacional de casos y controles (49).



Lugar:

La investigación se llevó a cabo en el departamento de Junín, provincia de Huancayo, distrito Huancayo en el servicio de Gineco-Obstetricia del

“Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen”.

Periodo

El estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido entre enero de 2022 a diciembre del 2023.

4.5 Población y muestra

4.5.1 Población (N).

La población en estudio estará conformada por dos grupos, un grupo de casos, comprende a las pacientes cesareadas a las cuales se les realizo histerectomía obstétrica en el mismo acto quirúrgico y un grupo control, que incluye a gestantes cesareadas que no se les realizo histerectomía obstétrica, atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen durante el periodo comprendido de enero de 2022 a diciembre de 2023, encontrándose un total de 4146 pacientes cesareadas.

4.5.2 MUESTRA.

Conformada por historias clínicas de las pacientes cesareadas a quienes se les realizo histerectomía obstétrica (casos) y pacientes cesareadas a quienes no se les realizo histerectomía obstétrica (controles) ambos grupos expuestos al factor, considerando los criterios de inclusión y exclusión, y que hayan sido atendidas en el periodo de tiempo comprendido de enero de 2022 a diciembre de 2023

4.5.3 Tamaño de Muestra (n).

El grupo de casos está conformado por 66 pacientes a quienes se les realizo cesárea e histerectomía en un mismo acto quirúrgico y el grupo control, compuesto por 66 pacientes a quienes se les realizo cesárea sin histerectomía.

4.5.4 Tipo de muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia y se seleccionaron las historias clínicas que cumplan con los siguientes criterios:

4.6 Criterios de inclusión.

Casos:

Historias clínicas completas de pacientes sometidas a cesárea más histerectomía en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.

Controles:

Historias clínicas completas de pacientes cesareadas a las cuales no se les realizó histerectomía obstétrica en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.

4.7 Criterios de exclusión.

Casos y controles:

Pacientes a quienes no se les realizó la histerectomía obstétrica en el mismo acto quirúrgico que la cesárea.

Pacientes que tuvieron parto eutócico y se les realizó histerectomía obstétrica en el Hospital Regional Docente Materno infantil El Carmen.

Pacientes con historia clínica incompletas o información insuficiente para el análisis de los factores de riesgo.

4.8 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

4.8.1 Técnica

Se basa en el análisis del libro de sala quirúrgica y revisión de las historias clínicas, con el fin de asegurar una recopilación exhaustiva y más precisa de información, evitando pérdida de datos.

4.8.2 Instrumento de recolección de datos

Se empleo una ficha de recopilación de datos que cuenta con 3 dimensiones, factores sociodemográficos (edad de la gestante, estado civil, grado de instrucción, lugar de procedencia), factores de riesgo ginecoobstétricos, 8 variables (edad gestacional, paridad, controles prenatales, periodo intergenésico corto, cesárea previa, antecedente de legrado uterino, antecedente de aborto, antecedente de preeclampsia), y factores patológicos, 4 variables (atonía uterina, placenta previa, acretismo placentario y desprendimiento prematuro de placenta).

El instrumento a utilizar fue elaborado por el investigador de acuerdo a la literatura y tomando como referencia a estudios con el mismo objetivo de la investigación.

El instrumento fue validado mediante la revisión de cinco expertos, todos médicos especialistas en ginecología y obstetricia, con el fin de garantizar que los datos recolectados fueran adecuados y permitan cumplir con los objetivos del estudio. Para evaluar la validez, se utilizó el coeficiente de V de Aiken, que arrojó un valor de 0.96.

Por otro lado, la confiabilidad del instrumento de medición se comprobó aplicando el coeficiente Kuder-Richardson, obteniéndose un resultado de 0.74 (Ver anexo 5).

4.9 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para proceder a la recolección de datos de las historias clínicas, se hará llegar

a la dirección del hospital una carta de presentación emitida por la facultad de medicina humana de la universidad Peruana los Andes, en el que solicitará la autorización para realizar la investigación.

Los datos recolectados se registraron en el programa Excel para luego ser exportado al paquete estadístico SPSS (Statistical Packpage fot the social sciences, versión 26). Cabe mencionar que todas las variables son variables categóricas y ninguna numérica. Para la estadística descriptiva se realizó la descripción de las variables categóricas en frecuencia y porcentaje. El estadígrafo apropiado para el análisis inferencial es mediante el uso de la estadística no paramétrica a través de la significancia de Chi cuadrado para variables cualitativas, se consideró significativo un valor de $p = <0,05$. Para determinar la asociación entre las variables, se utilizaron tablas de contingencias. En cuanto a la medición de la fuerza de asociación se empleó el odd ratio (OR) con intervalo de confianza al 95% para cada una de las variables que obtuvieron un $p <0.05$.

4.10 Aspectos éticos de la Investigación

El estudio se llevó a cabo en conformidad con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. Se garantizo la confidencialidad de los datos, restringiendo el acceso únicamente al investigador y al asesor. Los datos proporcionados se presentarán de forma anónima, sin revelar la identidad de los individuos, y se utilizarán exclusivamente para los propósitos pertinentes de esta investigación (50).

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 Descripción de resultados

Tabla 1. Características generales de las pacientes cesareadas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023,

| Factores de riesgo | Con histerectomía (N=66) Casos n (%) | Sin histerectomía (N=66) Controles n (%) | (N=132) n (%) |
|-----------------------------|---|---|------------------|
| Edad de la gestante | | | |
| < 20 años | 4 (3.03) | 11 (8.33) | 15 (11.36) |
| 20-34 años | 35 (26.51) | 43 (32.57) | 78 (59.09) |
| ≥ 35 años | 27 (20.45) | 12 (9.09) | 39 (29.54) |
| Estado civil | | | |
| Soltera | 17 (8.33) | 16 (12.87) | 33 (21.21) |
| Casada | 6 (1.51) | 10 (7.57) | 16 (9.09) |
| Conviviente | 43 (40.15) | 40 (29.54) | 83 (69.6) |
| Divorciada | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Grado de instrucción | | | |
| Analfabeta | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Primaria | 13 (9.84) | 9 (6.81) | 22 (16.6) |
| Secundaria | 28 (21.21) | 33 (25) | 61 (46.21) |
| Técnico | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0.0) |
| Superior | 25 (18.93) | 24 (18.18) | 49 (37.12) |
| Lugar de procedencia | | | |
| Zona urbana | 35 (26.51) | 37 (28.03) | 72 (54.54) |
| Zona rural | 31 (23.48) | 29 (21.96) | 60 (45.45) |
| Edad gestacional | | | |
| ≤ 36 6/7 semanas | 18 (13.63) | 16 (12.12) | 34 (25.75) |
| 37-41 semanas | 27 (20.45) | 41 (31.06) | 68 (51.51) |
| ≥ 42 semanas | 21 (15.90) | 9 (6.81) | 30 (22.72) |
| Paridad | | | |
| Nulípara | 11 (8.33) | 37 (28.03) | 48 (36.36) |
| Primípara | 21 (15.90) | 16 (12.12) | 37 (28.03) |
| Múltipara | 34 (25.75) | 13 (9.84) | 47 (35.60) |
| Controles prenatales | | | |

| | | | |
|---------------------------------------|------------|------------|-------------|
| < 6 controles | 30 (22.72) | 31 (23.48) | 61 (46.21) |
| ≥ 6 controles | 36 (27.2) | 35 (26.51) | 71 (53.78) |
| Periodo intergenésico corto | | | |
| Si | 21 (15.90) | 15 (11.36) | 36 (27.27) |
| No | 45 (34.09) | 51 (38.63) | 96 (72.72) |
| Cesárea previa | | | |
| Si | 43 (32.57) | 10 (7.57) | 53 (40.15) |
| No | 23 (17.42) | 56 (42.42) | 79 (59.84) |
| Antecedente de aborto | | | |
| Si | 17 (12.87) | 21 (15.90) | 38 (28.78) |
| No | 49 (37.12) | 45 (34.09) | 94 (71.21) |
| Antecedente de legrado uterino | | | |
| Si | 26 (19.69) | 13 (9.84) | 39 (29.54) |
| No | 40 (30.30) | 53 (40.15) | 93 (70.45) |
| Antecedente de preeclampsia | | | |
| Si | 24 (18.18) | 19 (14.39) | 43 (32.57) |
| No | 42 (31.81) | 47 (36.60) | 89 (67.42) |
| Atonía uterina | | | |
| Si | 36 (27.27) | 10 (7.57) | 46 (34.84) |
| No | 30 (22.72) | 56 (42.42) | 86 (65.15) |
| Placenta previa | | | |
| Si | 32 (24.24) | 15 (11.36) | 47 (35.60) |
| No | 34 (25.75) | 51 (38.63) | 85 (64.34) |
| Acretismo placentario | | | |
| Si | 26 (19.69) | 14 (10.60) | 30 (22.72) |
| No | 40 (30.30) | 52 (39.39) | 92 (69.69) |
| Dpp | | | |
| Si | 4 (3.03) | 7 (5.30) | 4 (8.33) |
| No | 62 (46.96) | 59 (44.69) | 121 (91.65) |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1, se distinguen 66 casos y 66 controles, sumando un total de 132. En cuanto a la edad de la gestante, el mayor porcentaje se encuentra entre los 20 y 34 años, representando el (59.09%) en ambos grupos. La mayoría de las mujeres son convivientes, con un (69.6%).

De acuerdo al grado de instrucción, secundaria es el predominante, con un total de (46.21%). La procedencia urbana es más común, alcanzando el (54.54%), para la edad gestacional, el mayor porcentaje se ubica entre 37-41 semanas en ambos grupos, para el grupo de casos con un total de (20.45%). Respecto a la paridad, las multíparas son más frecuentes en el grupo con histerectomía (25.75%), mientras que en el grupo sin histerectomía predominan las nulíparas (28.03%). En los controles prenatales, el (27.2%) presentaron de 6 a más controles prenatales para el grupo de casos y (26.51%) para el grupo control. Para el periodo intergenésico corto, ambos grupos el mayor porcentaje no presentaron el factor, con un total de (72.72%). Las pacientes con histerectomía presentan una tasa más alta de cesáreas previas (32.57%) en comparación con los controles (7.57%). El antecedente de aborto en ambos grupos, el 12.87% en los casos presentaron este factor y un (15.90%) en los controles. Respecto al antecedente de legrado uterino, es más alto en el grupo con histerectomía (19.69%) que en los controles (9.84%). La mayoría de las mujeres no presentaron antecedente de preeclampsia con un total de (67.42%) de ambos grupos. La atonía uterina se presenta más en los casos (27.27%) que en los controles (7.57%). La placenta previa se observa en las mujeres con histerectomía en (24.24%) y (11.36%) en las pacientes sin histerectomía, mientras que el acretismo placentario, el (19.69%) de las pacientes a quienes se les realizó histerectomía presentan este factor de riesgo. El desprendimiento prematuro de placenta no presentó una diferencia notable para ambos grupos.

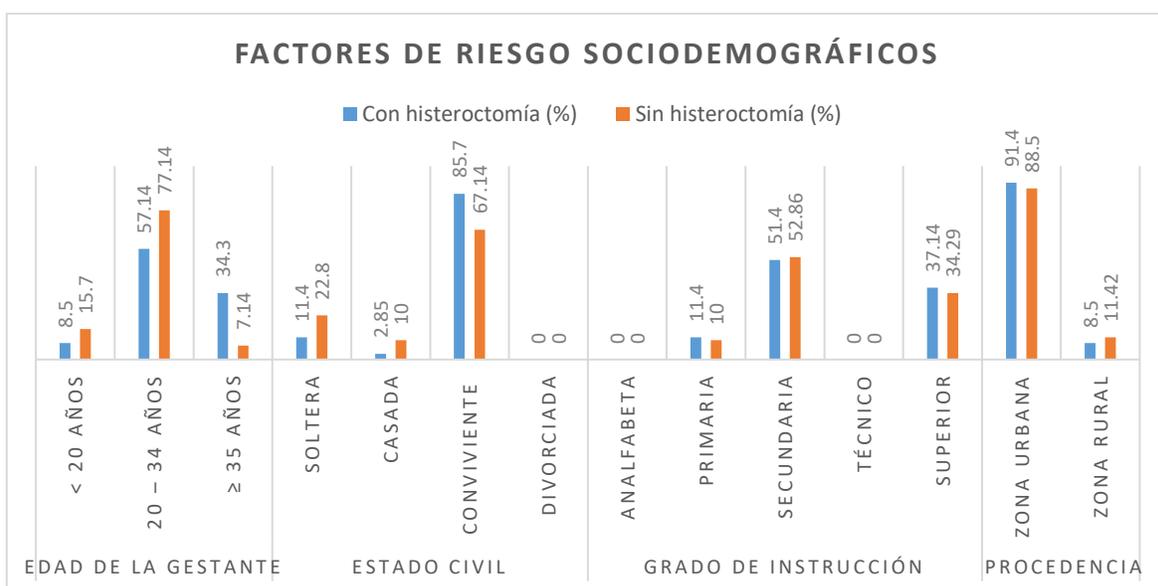
5.2 Contrastación de hipótesis

Tabla 2. Análisis estadístico de los factores de riesgo sociodemográficos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.

| Factores de riesgo | Con histerectomía n=66 (%) | | Sin histerectomía n=66 (%) | | p-valor | OR | IC 95% |
|-----------------------------|----------------------------------|---------|----------------------------------|---------|---------|-------|-------------|
| | Edad de la gestante | | | | | | |
| < 20 años | 4 | (8.5) | 11 | (15.7) | 0.085 | - | - |
| 20 – 34 años | 35 | (57.14) | 43 | (77.14) | 0.56 | - | - |
| ≥ 35 años | 27 | (34.3) | 12 | (7.14) | 0.0015 | 3.113 | 1.02 – 4.18 |
| Estado civil | | | | | | | |
| Soltera | 17 | (11.4) | 16 | (22.8) | 0.86 | - | - |
| Casada | 6 | (2.85) | 10 | (10) | 0.42 | - | - |
| Conviviente | 43 | (85.7) | 40 | (67.14) | 0.32 | - | - |
| Divorciada | 0 | (0.0) | 0 | (0.0) | - | - | - |
| Grado de Instrucción | | | | | | | |
| Analfabeta | 0 | (0.0) | 0 | (0.0) | - | - | - |
| Primaria | 13 | (11.4) | 9 | (10.0) | 0.14 | - | - |
| Secundaria | 28 | (51.4) | 33 | (52.86) | 0.42 | - | - |
| Técnico | 0 | (0.0) | 0 | (0.0) | - | - | - |
| Superior | 25 | (37.14) | 24 | (34.29) | 0.78 | - | - |
| Lugar de procedencia | | | | | | | |
| Zona urbana | 35 | (91.4) | 37 | (88.5) | 0.56 | - | - |
| Zona rural | 31 | (8.5) | 29 | (11.42) | 0.39 | - | - |

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 1. Factores de riesgo sociodemográficos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023



Fuente: elaboración propia

En la tabla 2 y gráfico 1, se puede evidenciar que el 34.3% de las mujeres con histerectomía presentan edad mayor o igual a 35 años, en comparación con el 7.14% de las mujeres sin histerectomía. este resultado es estadísticamente significativo a diferencia del resto con un P- valor de 0.002 y un OR 6.78, con un intervalo de confianza de 2.06 a 22.3 lo que refuerza la fiabilidad del resultado, lo que infiere que tener una edad mayor o igual de 35 años es un factor de riesgo para histerectomía en pacientes cesareadas.

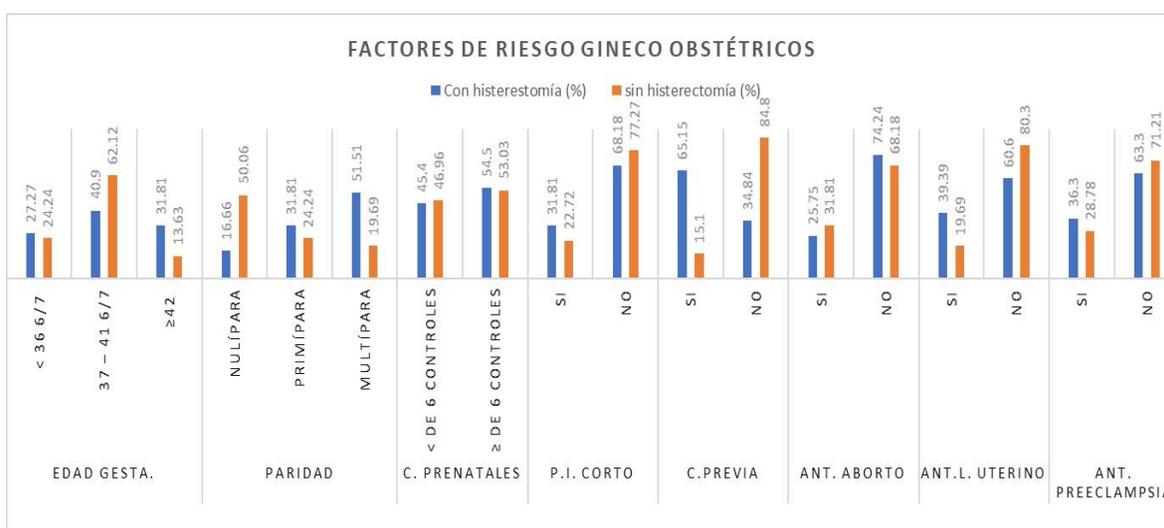
Tabla 3. Análisis estadístico de los factores de riesgo ginecoobstétricos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.

| Factores de riesgo | Con histerectomía | | Sin histerectomía | | p-valor | OR | IC 95% |
|---------------------------------------|-------------------|---------|-------------------|---------|---------|--------|--------------|
| | n=66 | (%) | n=66 | (%) | | | |
| Edad gestacional | | | | | | | |
| < 36 6/7 | 18 | (27.27) | 16 | (24.24) | 0.68 | - | - |
| 37 – 41 6/7 | 27 | (40.90) | 41 | (62.12) | 0.19 | - | - |
| ≥42 | 21 | (31.81) | 9 | (13.63) | 0.09 | 2.95 | 1.72 – 5.23 |
| Paridad | | | | | | | |
| Nulípara | 11 | (16.66) | 37 | (50.06) | 0.57 | - | - |
| Primípara | 21 | (31.81) | 16 | (24.24) | 0.27 | - | - |
| Múltipara | 34 | (51.51) | 13 | (19.69) | 0.004 | 4.33 | 1.21 – 8.58 |
| Controles prenatales | | | | | | | |
| < de 6 controles | 30 | (45.4) | 31 | (46.96) | 0.861 | - | - |
| ≥ de 6 controles | 36 | (54.5) | 35 | (53.03) | | | |
| Periodo intergenésico corto | | | | | | | |
| Si | 21 | (31.81) | 15 | (22.72) | 0.241 | - | - |
| No | 45 | (68.18) | 51 | (77.27) | | | |
| Cesárea previa | | | | | | | |
| Si | 43 | (65.15) | 10 | (15.1) | 0.001 | 10.470 | 4.51 – 24.30 |
| No | 23 | (34.84) | 56 | (84.8) | | | |
| Antecedente de aborto | | | | | | | |
| Si | 17 | (25.75) | 21 | (31.81) | 0.442 | - | - |
| No | 49 | (74.24) | 45 | (68.18) | | | |
| Antecedente de legrado uterino | | | | | | | |
| Si | 26 | (39.39) | 13 | (19.69) | 0.013 | 2.65 | 1.21 – 5.79 |
| No | 40 | (60.6) | 53 | (80.30) | | | |
| Antecedente de | | | | | | | |

| Preeclampsia | | | | | | | |
|---------------------|----|--------|----|---------|-------|---|---|
| Si | 24 | (36.3) | 19 | (28.78) | 0.353 | - | - |
| No | 42 | (63.3) | 47 | (71.21) | | | |

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 2. Factores de riesgo sociodemográficos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023



Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3 y gráfico 2 se muestra que las pacientes con una edad gestacional igual o mayor a 42 semanas, representando el 31.81% de los casos, presentan un valor p de 0.09, lo que sugiere una asociación significativa entre esta edad gestacional y la histerectomía.

En relación con la paridad, se observa que el 51.51% de los casos corresponde a pacientes múltiparas, con un valor de p de 0.004. Este resultado indica que la multiparidad es un factor de riesgo significativo para la histerectomía.

En cuanto a la cesárea previa, el 65.15% de las pacientes que se sometieron a histerectomía presentaron este factor, en comparación con el 15.1% de las pacientes que no requirieron histerectomía. Este hallazgo, con un valor p de 0.001, demuestra que la cesárea previa es un

factor de riesgo significativo asociado a la histerectomía.

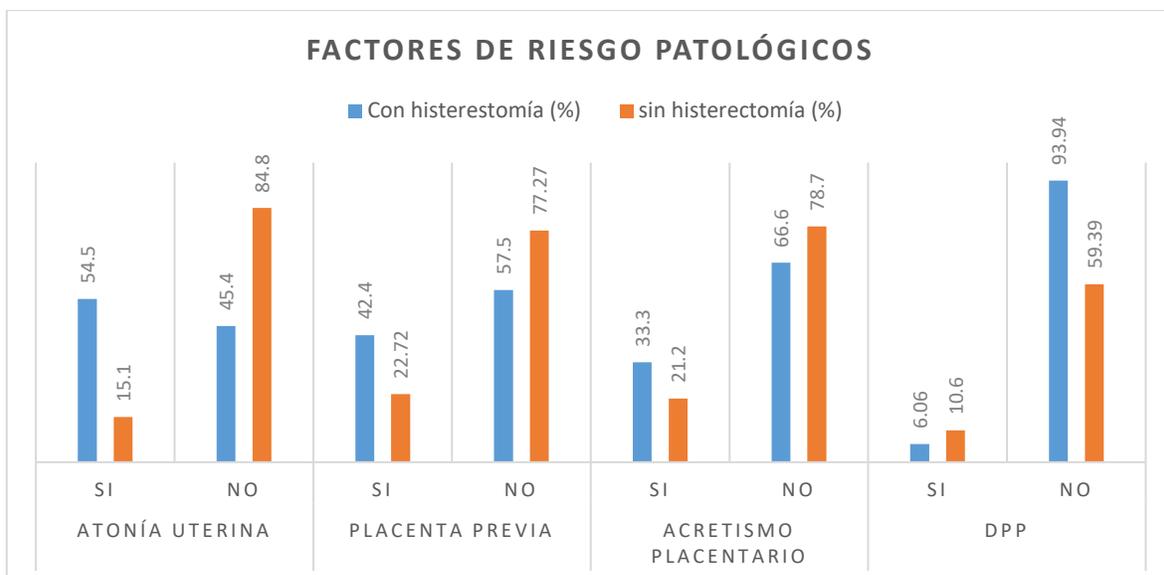
Finalmente, al analizar los antecedentes de legrado uterino, se identificó que el 39.39% de las pacientes con histerectomía tenía este antecedente, frente al 19.69% de las que no la tenían, Con un valor p de 0.013, que es menor a 0.05, se establece una asociación significativa, lo que sugiere que el antecedente de legrado uterino incrementa 2.65 veces el riesgo de histerectomía.

Tabla 4. Análisis estadístico de los factores de riesgo patológicos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.

| Factores de riesgo | Con histerectomía | | Sin histerectomía | | p-valor | OR | IC 95% |
|------------------------------|-------------------|---------|-------------------|---------|---------|-------|--------------|
| | n=66 | (%) | n=66 | (%) | | | |
| Atonía uterina | | | | | | | |
| Si | 36 | (54.5) | 10 | (15.1) | ,000 | 6.720 | 2.93 – 15.39 |
| No | 30 | (45.4) | 56 | (84.8) | | | |
| Placenta previa | | | | | | | |
| Si | 28 | (42.4) | 15 | (22.72) | ,002 | 3.20 | 1.51 – 6.78 |
| No | 38 | (57.5) | 51 | (77.27) | | | |
| Acretismo placentario | | | | | | | |
| Si | 22 | (33.3) | 14 | (21.2) | ,023 | 2.41 | 1.11 – 5.21 |
| No | 44 | (66.6) | 52 | (78.7) | | | |
| DPP | | | | | | | |
| Si | 4 | (6.06) | 7 | (10.60) | ,345 | - | - |
| No | 62 | (93.94) | 59 | (59.39) | | | |

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 3: Factores de riesgo patológicos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.



Fuente: elaboración propia

En la tabla 4 y gráfico 3, se observa que, la atonía uterina, con un 54.5% presente en pacientes con histerectomía frente al 15.1% sin ella, tiene un p-valor de 0.000 y un OR de 6.720 (IC 95%: 2,93-1539.), lo que indica una correlación significativa. La placenta previa, que corresponde al 42.4% de las pacientes con histerectomía frente al 22.72% sin histerectomía, presenta un p-valor de 0.002 y un OR de 3.20 (IC 95%: 1.51-6.78), mostrando una asociación considerable. Finalmente, el acretismo placentario, con un 33.3% en pacientes con histerectomía y un 21.2% sin histerectomía, presenta un p-valor de 0.023 y un OR de 2.41 (IC 95%: 1.11-5.21), lo que infiere que estos factores de riesgo patológicos presentan una asociación significativa para histerectomía en pacientes cesareadas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio estuvo conformado por un total de 132 pacientes, de las cuales 66 representaron los casos, pacientes con cesárea e histerectomía y 66 los controles, pacientes con cesárea a quienes no se les realizó histerectomía, respetando los criterios de inclusión y exclusión planteados para ambos grupos, el presente trabajo se realizó con una proporción de 1:1 para obtener una estimación de la frecuencia de exposición al factor de riesgo, con el fin de obtener resultados estadísticamente significativos y confiables.

Los resultados obtenidos de la ficha de recolección de datos sobre los factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen, del periodo de año comprendido entre los años 2022-2023; se estableció a la edad mayor o igual a 35 años, edad gestacional mayor o igual a 42 semanas, las multíparas, la cesárea previa, el antecedente de legrado uterino, la atonía uterina, la placenta previa y el acretismo placentario como factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica, siendo los resultados estadísticamente significativos a diferencia de los otros factores. Estudios adicionales han explorado algunos de los factores ya mencionados anteriormente, y sus hallazgos pueden coincidir o diferir. Esto da lugar a la posibilidad de discutir lo siguiente:

Con respecto a la edad, en nuestro estudio se evidencia que las pacientes de ≥ 35 años es un factor de riesgo significativo para la histerectomía obstétrica, con una asociación significativa, (OR: 3.113 IC 95%: 1.02-4.18). Este resultado concuerda con Altamirano J. (11), quien concluye que la edad materna avanzada es un factor de riesgo (OR:5.765, IC95%: 1.724 – 19.274). De igual manera Tineo L. (9) reporta en su estudio la edad avanzada como

factor de riesgo para histerectomía obstétrica (OR: 17.71, IC: 5.04-62.27), al igual que Reyes K . (13), quien encontró la edad de 35 o más es un factor de riesgo ($p= 0.000036$, Chi cuadrado de 15.881). Ccolqqe M. (51) también concluye que una ≥ 35 años es un factor de riesgo con un (OR: 6.99, IC 95%: 3.42 – 14.29). Sin embargo, estos resultados difieren del estudio realizado por Palacios K. (21), quien reporta que el 64.70% de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica tienen entre 26 a 35. Las pacientes mayores de 35 años tienen una mayor incidencia de complicaciones obstétricas y ginecológicas durante el embarazo y el parto que pueden requerir una histerectomía para manejar problemas graves (52).

Con respecto a la edad gestacional, en el presente estudio se encontró que una edad gestacional de ≥ 42 se asocia con un mayor riesgo de histerectomía obstétrica con un (OR: 2.95, IC: 1.72–5.23). Este resultado difiere del estudio realizado por Molina C. (20), quien concluye que la edad gestacional asociada con un mayor riesgo es pretérmino con un (OR: 1.65, IC: 1.20- 2.26). Un resultado comparable fue observado en el estudio realizado por Rubio M. (53), quien concluye que la gestación pretérmino presenta un (OR: 1.49, IC 95%: 0.66-3.23) comparado con el embarazo a término. En el mismo que reporta que el embarazo postérmino también está asociado con un mayor riesgo de histerectomía obstétrica con un (OR:1.11, IC:95%:0.09-12.85), aunque el intervalo de confianza de este último resultado no es estadísticamente significativo.

En cuanto a la paridad, se observa que las multíparas tienen 4.33 veces más probabilidad de requerir histerectomía obstétrica con un (OR: 4.33, IC95%: 1.21–8.58), siendo este resultado estadísticamente significativo. Este resultado concuerda con el de Izaguirre M. (19), donde reporta la multiparidad como factor de riesgo con un (OR:4.20,

IC95%: 1.84–4.53) y similar a otro estudio llevado a cabo por Ccolqqe M. (51), con el mismo criterio de multiparidad (OR: 2.809, IC95%: 1.42–5.54), así mismo en el estudio realizado por Reyes K. (13), quien reporta un Chi cuadrado de 9.468 y una significancia estadística de $p=0.002$. Este hallazgo es comparable a lo reportado por Palacios K. (21), donde reporta que el 76.47% de las pacientes con histerectomía obstétrica son multíparas, y finalmente por el estudio realizado por Gallegos L. (54) quien informa que el 81.6% de las gestantes son multíparas. La multiparidad aumenta el riesgo de histerectomía obstétrica debido al cambio acumulativo de la estructura y función del útero que predisponen a complicaciones placentarias y hemorrágicas graves, también a una disminución de la elasticidad y formación de adherencias con cada parto, aumentando el riesgo de complicaciones ginecológicas y obstétricas que requieran una histerectomía (55).

En cuanto a la cesárea previa, en el estudio se encuentra una asociación con este factor y la histerectomía obstétrica (OR: 10.470, IC95%: 4.51–24.30). Resultados similares fueron reportado en el trabajo de Altamirano J. (11) (OR:9.1, IC95%: 3.074–26.938) y por Izaguirre M. (19) con un (OR:6.84, IC95%: 2.43–7.65). Un estudio similar realizado por Molina C. (20) el cual reporta presentar como antecedente dos cesáreas con un (OR:1.55, IC95%: 1.05-2.27) y tres cesáreas con un (OR: 1.87, IC95%: 1.35-2.61). Reyes K. (13) concluye que la cesárea anterior es un factor de riesgo para histerectomía obstétrica (Chi cuadrado: 7.795 y $p=0.005$). Un estudio realizado por Rubio M. (53) también considera la cicatriz previa de cesárea como un factor de riesgo (OR:1.63, IC: 0.711-3.73) no siendo estadísticamente significativo. Ccolqqe M. (51) reporta el antecedente de cesárea como factor de riesgo para histerectomía obstétrica con (OR:2.596, IC95%: 1.078–6.890). Las mujeres con antecedente de cesárea previa tienen un mayor riesgo de histerectomía obstétrica en embarazos de alto

riesgo debido a problemas anatómicos y fisiológicos como el desarrollo de placenta acreta, placenta previa que pueden conllevar a hemorragias severas que requieran intervención quirúrgica (56).

Para el antecedente de legrado uterino, observamos que se presenta como factor de riesgo para histerectomía obstétrica con un resultado estadísticamente significativo (OR:2.65, IC95%: 1.21–5.79). Un resultado similar fue reportado por Ccolque M. (51) donde concluye (OR: 4.750, IC:95%:3.731–6.047). Izaguirre M. (19) también expuso resultado para este factor con un (OR:3.43, IC95%: 2.23–3.85). El antecedente de legrado uterino tiene un riesgo significativo debido a que tiene un alto potencial de causar daño estructural al útero, incluyendo la formación de cicatrices y adherencias, lo que aumenta del riesgo de la placentación anormal y debilitamiento del miometrio (57).

Con respecto a los factores patológicos, en este apartado se encontró una asociación significativa para cada una de las variables estudiadas. Con respecto a la atonía uterina se encuentra una asociación significativa con un (OR: 6.720, IC95%: 2.93-15.39). dato similar al reportado por Altamirano J. (11), quien identificó la atonía uterina como un factor de riesgo (OR:15.625, IC95%: 4.387-55.650), de manera similar, un estudio realizado por Molina C. (20) informó que el 31.82% de las pacientes con atonía uterina fueron sometidas a histerectomía obstétrica. Rubio M. (53) también encontró la atonía uterina estuvo presente en el 65.9% de los casos de histerectomía obstétrica. Sandoval K. (58) expone resultados para atonía uterina con un (OR: 25.20, IC95%: 4.85-130.98). resultados que concuerda con el estudio de Villavicencio R. (59) quien reporta que los factores maternos predisponentes a histerectomía obstétrica fueron la atonía uterina con una incidencia de 64.5%. La atonía

uterina es un factor de riesgo para histerectomía debido a la incapacidad del útero para contraerse de forma normal después de un parto, conllevando a hemorragias severas. La intervención quirúrgica se realizó como último recurso para preservar la vida de la madre.

Con respecto a la placenta previa, en el presente estudio se encontró una frecuencia de 31.42% y una asociación significativa (OR:3.20, IC95%:1.51-6.78). Izaguirre M. (19) reporta una asociación para este factor (OR:7.48, IC95%:5.25-8.05), de manera similar reportado por Altamirano J. (11) quien indica en su estudio un (OR:6.738, IC95%: 2.033-22.332), Sandoval K. (58) reporta placenta previa con un (OR:9.56, IC95%:1-91.51). La placenta previa es un factor de riesgo debido a su alta asociación con hemorragias graves, dificultades en el manejo del parto y complicaciones en la placentación.

Por último, el factor patológico acretismo placentario arrojó el siguiente resultado como factor de riesgo asociado a histerectomía obstétrica (OR:2.41, IC95%:1.11-5.21), datos que concuerdan con el estudio de Santa Cruz M. (12), quien reporta una frecuencia de 18.52% con un (OR:9.773, IC95%: 1.07-88.86). De manera similar, Altamirano J. (11) con resultados estadísticos para este factor con un (OR:6.4, IC95%:3.622 – 11.309), Un estudio realizado por Castro M, et al. (60) reporta que acretismo placentario se encuentra en el 26% de las pacientes con histerectomía obstétrica. El acretismo placentario aumenta el riesgo de histerectomía obstétrica debido a la adherencia anormal y profunda de la placenta, la invasión a órganos adyacentes y el riesgo de hemorragias (61).

CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo sociodemográficos, ginecoobstétricos y patológicos están asociados a histerectomía obstétrica en pacientes cesareadas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.
2. El factor de riesgo sociodemográfico, como la edad ≥ 35 años ($p=0.0015$, OR: 3.113, IC95%:1.02-4.18), está asociado a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.
3. Los factores de riesgo ginecoobstetricos, como la edad gestacional ≥ 42 semanas ($p=0.09$, OR:2.95, IC95%:1.72-5.23), la multiparidad ($p=0.004$, OR:4.33, IC95%:1.21-8-58), la cesárea previa ($p=0.001$, OR:10.470, IC95%:4.51-24.30) y el antecedente de legrado uterino ($p=0.013$, OR:2.65, IC95%:1.21-5.79), están asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.
4. Los factores de riesgo patológicos, como la atonía uterina ($p = 0.000$, OR:60.720, IC95%:2.93-15.39), la placenta previa ($p=0.002$, OR:3.20, IC95%:1.51-6.78) y el acretismo placentario ($p=0.023$, OR:2.41, IC95%: 1.11-5.21) están asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.

RECOMENDACIONES

1. Considerar realizar estudios prospectivos, para reducir la posibilidad de sesgos en la medición de la variable. Llevar un estudio longitudinal a largo plazo, que permita observar y monitorear la exposición al factor de interés a lo largo del tiempo de manera continua y precisa.
2. Se sugiere realizar estudios con una población más amplia, para aumentar la representatividad de los resultados y permitir la identificación de otros factores de riesgo que puedan influir en el resultado.
3. Se recomienda a los trabajadores de salud identificar oportunamente los factores de riesgo que pueden conllevar a una histerectomía obstétrica con el fin de implementar estrategias de manejo adecuadas.
4. Al HRDMIEC se sugiere llevar un registro completo de todas las histerectomías obstétricas realizadas en pacientes gestantes, para facilitar la realización de estudios clínicos e investigaciones futuras.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Vega G, Bautista LN, Rodríguez LD, Loredó F, Vega J, Becerril A, et al. Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un. Rev chil obstet ginecol. 2017 Noviembre; 82(5).
2. Del Pilar Pereira G. Factores de riesgo relacionados a la presencia de histerectomía en mujeres fértiles atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2021 Tesis . Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2022.
3. Goicocha Huaman AM. Prevalencia de histerectomía en el Hospital Regional Virgen de Fátima y Hospital II-1 Moyobamba, 2022 Tesis . Chachapoyas: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas ; 2024.
4. Aguilar Ponce S, Safora Enriquez O, Rodríguez Izquierdo A. La histerectomía obstétrica como un problema vigente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012 Marzo; 38(1).
5. Zapata Ojeda C. Factores asociados a histerectomía en un hospital referencial de Piura, 2016-2021. Estudio de casos y controles Tesis . Piura: Universidad César Vallejo; 2022.
6. Organización Mundial de la Salud. Who.int. [Online].; 2023 [cited 2024 Abril 12]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/23-02-2023-a-woman-dies-every-two-minutes-due-to-pregnancy-or-childbirth--un-agencies>.
7. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. [Online].; 2024 [cited 2024 Abril 13]. Available from: <https://www.dge.gob.pe/sala-situacional-muerte-materna/#grafico01>.
8. Ministerio de salud. dge.gob.pe. [Online].; 2023 [cited 2024 Abril 15]. Available from:

<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2023/SE042023/03.pdf>.

9. Tineo Medina LY. Factores asociados para histerectomía obstétrica en mujeres de un Hospital Nivel II de La Libertad. 2011-2021 Tesis . Trujillo: Universidad César Vallejo; 2021.
10. Cabero Roura L. Tratado de GInecologia y Obstetricia. Medicina materno-fetal. Segunda ed. Madrid: Panamericana; 2013.
11. Altamirano Enciso J. Factores de riesgo relacionados a Histerectomia obstétrica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2017-2019 Tesis . Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2021.
12. Santa Cruz MJ. factores de riesgo relacionados a histerectomia obstetrica en pacientes postcesareadas atendidas en el Hospital Santa Rosa durante los años 2014-2017 Tesis . Lima: Universidad Ricardo Palma; 2020.
13. Reyes KJ. Factores de riesgo asociados a histerectomia obstétrica en el Hospital Amazónico de Yarinacocha Julio 2011 a Junio 2016 Tesis . Ica: Universidad Alas Peruanas; 2017.
14. Iftikhar S, Naseeb S, Kazi S, Shaikh S, Ali B, Saba S. Frequency of emergency peripartum hysterectomy and factors leading to it in pregnant women at tertiary care hospital. Biological and clinical sciences research journal. 2024 Marzo; X(1).
15. Icasa De luca AN, Castro Silva AD. Factores de riesgo asociados a histerectomia de emergencia en el Hospital Martín Icaza periodo 2020-2021 Tesis . Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2022.
16. Constante Angulo JP, Mazón Jarrin EM. Características epidemiológicas y factores de

- riesgo asociados a la operación cesarea-histerectomía riobamba, en el periodo 2015-2020 Tesis . Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2020.
17. Barrios SM. Frecuencia y factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica en el Hospital de Especialidades del niño y la mujer "Felipe Nuñez Lara" en el periodo Enero 2014 a diciembre 2016 Tesis . Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro; 2018.
 18. Martillo Miranda YJ. Histerectomía obstétrica de emergencia. factores de riesgo y complicaciones, estudio a realizar en hospital ginecobstétrico Enrique C. Solotomayor, Período 2014 - 2015 Tesis . Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2016.
 19. Izaguirre Virhuez DM. Factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica en mujeres con hemorragia postparto. Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2014-2018 Tesis . Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020.
 20. Molina Rosillo CE. Características Obstétricas de pacientes puerperas sometidas a histerectomía de emergencia del Hospital Santa Rosa, Piura Tesis . Piura: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020.
 21. Palacion Ruiz K. Indicaciones y factores asociados a histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital apoyo Sullana II-2 durante el año 2017 Tesis . Piura: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018.
 22. Reveles Vázquez J, Villegas Rivera G, Hernández Higadera S, Grover Páez F, Hernández C, Patiño A. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. Ginecol Obste Mex. 2008; 76(3): p. 156-60.
 23. Patino Peyrani LM, Jiménez Baez V, Pérez Silva S. Histerectomía obstétrica: caracterización epidemiológica en un hospital de segundo nivel. Revista Salud Quintana

- Roo. 2014 Agosto; 7(28): p. 10-14.
24. López Vera EA, Reynosa Oviedo Y, Martínez Salazar GJ, Bazaldúa Cruz JJ, Álvarez Chávez LD, Balderas Cerda IA. Experiencia en histerectomía obstétrica y control vascular en el Noreste de México. *Ginecol Obstet Mex.* 2021; 89(2): p. 109-114.
 25. Ramírez Cabrera J, Cabrera Ramos S, Campos Siccha G, Peláez Chomba M, Poma Morales C. Histerectomía obstétrica de en Hospital San Bartolomé, Lima, 2003-2015. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.* 2017 Setiembre; 63(1).
 26. Ramos Garcia R, Ramírez López G, Hurtado Estrada G. indicaciones de histerectomía obstétrica en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México del 2007 al 2008. *Archivos de Investigacion materno infantil.* 2010 Abril; II(1): p. 11-14.
 27. Maldonado Guerrero EE. Perfil epidemiologico de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica Tesis . Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015.
 28. Pincay Maigua XP, Carvajal Pilliza IA, Abad Quirola VL, Castro Villacrés EJ. Factores sociodemograficos y antecedentes obstétricos maternos asociados a histerectomía obstétrica. *Fipcaec.* 2024 Abril; 8(2): p. 248-267.
 29. Punina M, Paredes A, Martinez J, Ramos R. Histerectomía en la obstetricia: Complicaciones antes y despues del embarazo. *Salud y Vida.* 2022 Octubre; 6(3).
 30. Cifuentes R. *Ginecología y Obstetricia basadas en las nuevas evidencias.* Segunda ed. Bogota: Distribuna; 2009.
 31. Villanueva E, Eberhardt M, Nejamkis L. *Introducción a la sociologia Florencio Varela: La reimp;* 2013.

32. Beckmann C, Ling F, Herbert W, Laube D, Smith R. Obstetricia y Ginecología. Octava ed. Segura C . Barcelona: SnC Pharma; 2019.
33. Sedano J. Los factores de riesgo. Revista Cubana de Medicina General Integral. 1999 Agosto; XV(4).
34. Rodríguez N. Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. Horizonte Sanitario. 2018 Abril; 17(2).
35. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Panhispánico. [Online].; 2023 [cited 2024 Abril 14. Available from: <https://dpej.rae.es/lema/estado-civil>.
36. Eustat. Nivel de instrucción. [Online].; 2010 [cited 2024 Abril 14. Available from: https://www.eustat.eus/documentos/opt_1/tema_80/elem_2376/definicion.html#:~:text=Definici%C3%B3n%20Nivel%20de%20instrucci%C3%B3n&text=El%20nivel%20de%20instrucci%C3%B3n%20de,est%C3%A1n%20provisional%20o%20definitivamente%20incompletos.
37. Eustat. Euskal Estatistika Erakundea Instituto Vasco de Estadística. [Online].; 2024 [cited 2024 Mayo 15. Available from: https://www.eustat.eus/documentos/elem_4818/definicion.html.
38. Manual MSD. MAnual MSD versión para profesionales. [Online].; 2022 [cited 2024 Mayo 15. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/edad-gestacional>.
39. Herrera C, Calderón N, Carbajal R. Influencia de la paridad, edad materna y edad gestacional en el peso del recién nacido. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 1997; XLIII(2): p. 158-163.

40. MINSA. información y orientación en el control prenatal. [Online]. [cited 2024 Mayo 16]. Available from: https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1315_p-2000251-2.pdf.
41. Zavala A, Ortiz H, Salomon J, Padilla C, Preciado R. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. Revista chilena de obstetricia y ginecologia. 2018 Febrero; 83(1).
42. Sánchez Jordán JM, Azaña Gutierrez S, Salvador Z. Legrado uterino – procedimiento, recuperación y complicaciones. [Online].; 2022 [cited 2024 Mayo 16]. Available from: <https://www.reproduccionasistida.org/legrado-uterino/>.
43. Larroca C, Chaquiriand V. Manejo inicial del aborto. Rev. urug. med. interna. 2021 Junio;(2): p. 22-26.
44. Santa Cruz F, Salmeron C, Ponce M, Luna A. Preeclampsia: revisión. Revista Homeostasis. 2023; v(1).
45. Tavera A, Núñez M, Tresierra MÁ. Factores asociados a atonía uterina. Revista Peruana de Ginecología y obstetricia. 2022 junio; 68(2).
46. Ávila Darcia S, Alfaro T, Olmedo J. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD. 2016 Junio; 6(3).
47. Muñiz Rizo ME, Álvarez Ponce VA, Felipe Cutié W. Acretismo placentario. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2015 Marzo; XLI(2): p. 190-196.
48. MAYO CLINIC. Desprendimiento de placenta. [Online].; 2022 [cited 2024 Marzo 25]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/placental-abruption/symptoms-causes/syc-20376458>.
49. Argimon Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación Clínica y epidemiológica. Quinta ed. Barcelona: DRK edición; 2019.

50. Asociación Médica Mundial. Declaracion de Helsinki de la Amm - principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Online].; 2017 [cited 2024 Abril 18]. Available from: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
51. Ccolqqe M. Clínica y factores de riesgo asociados a la histerectomía obstétrica en el Hospital Regional del Cusco año 2005- 2010 Tesis . Cusco: Unviersidad Nacional De San Antonio Abad del Cusco; 2012.
52. ACOG. Pregnancy at Age 35 Years or Older. [Online].; 2022 [cited 2024 Mayo 25]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2022/08/pregnancy-at-age-35-years-or-older#:~:text=We%20suggest%20that%20pregnancy%20with,on%20specific%20age%20and%20comorbidities.>
53. Rubio MdR. Factores de riesgo relacionados a histerectomía obstétrica en pacientes cesareadas atendidas en el Hopistal Regional de Loreto, Durante los años 2011-2014 Tesis . Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2015.
54. Gallegos LZ. Factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica y complicaciones de la misma en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo 2011-2012 Tesis , . Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
55. Wormer K, Jamil R, Bryant S. Acute Postpartum Hemorrhage. [Online].; 2023 [cited 2024 Junio 14]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499988/#article-27638.s16>.
56. Fitzpatrick K, Sellers S, Spark P, Kurinczuk J, Brocklehurst P, Knight M. Incidence and

- Risk Factors for Placenta Accreta/Increta/Percreta in the UK: A National Case-Control Study. PLoS One. 2012 December; VII(12).
57. Zapien Terrones BC, Naves Sánchez J, Sosa Bustamante GP, Gonzáles AP, Paque Bautista C, Luna Anguiano JL, et al. Diagnóstico prenatal de acretismo placentario por ultrasonido y su asociación histopatológica. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023 Setiembre; LXI(2).
 58. Sandoval Altamirano KY. Factores de riesgo asociados con histerectomía periparto de emergencia Tesis , editor. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015.
 59. Villavicencio R. Factores predisponentes a histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetrica del Hospital Amazónico, Pucallpa-2017 Tesis . Huanuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizan-Huanuco; 2019.
 60. Castro Paredes MG, Soria Alcivar M. Indicaciones, complicaciones y factores asociados de la histerectomía postparto. Maternidad "Enrique C. Sotomayor". Medicina. 2006 Setiembre; XI(3).
 61. Garmi G, Salim R. Epidemiology, etiology, diagnosis, and management of placenta accreta. Obstet Gynecol Int. 2012 Mayo; 2012(2012).

ANEXO

Anexo 1. Matriz de consistencia

Título: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CESAREA-HISTERECTOMÍA EN PACIENTES DEL HOSPITAL

REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN DURANTE LOS AÑOS 2022-2023

| PROBLEMAS | OBJETIVOS | HIPOTESIS | VARIABLES Y DIMENSIONES | METODOLOGÍA |
|--|---|---|--|--|
| ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023? | Determinar los factores de riesgo asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023. | Ha: Existen factores de riesgo asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023. Ho: No existen factores de riesgo asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023. | <p>Variable independiente</p> <p>Factores de riesgo sociodemográficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estado civil • Grado de instrucción • Lugar de procedencia. <p>Factores de riesgo ginecoobstétricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad gestacional • Paridad • Controles prenatales • Periodo intergenésico corto | Estudio observacional, de tipo analítico, caso y control y retrospectivo |
| Problemas específico | Objetivos específicos | Hipótesis específicas: | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <p>¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023?</p> | <p>Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.</p> | <p>Ha: Existen factores de riesgo sociodemográficos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Cesárea previa • Antecedente de legrado uterino • Antecedente de aborto • Antecedente de preeclampsia | |
| <p>¿Cuáles son los factores de riesgo ginecoobstétricos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023?</p> | <p>Identificar los factores de riesgo ginecoobstetricos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.</p> | <p>Ho: No existen factores de riesgo sociodemográficos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.</p> | <p>factores de riesgo patológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atonía uterina • Placenta previa • Acretismo placentario • Dpp | |
| <p>¿Cuáles son los</p> | <p>Identificar los factores de riesgo patológicos asociados a cesárea-histerectomía en</p> | <p>Ha: Existen factores de riesgo ginecoobstetricos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.</p> | <p>VARIABLE DEPENDIENTE Histerectomía obstétrica</p> | |
| <p>¿Cuáles son los</p> | <p>Identificar los factores de riesgo patológicos asociados a cesárea-histerectomía en</p> | <p>Ho: No existen factores de riesgo ginecoobstetricos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el</p> | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <p>factores de riesgo patológicos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023?</p> | <p>pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.</p> | <p>Carmen durante los años 2022-2023.</p> <p>Ha: Existen factores de riesgo patológicos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.</p> <p>Ho: No existen factores de riesgo patológicos asociados a cesárea-histerectomía en pacientes del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023.</p> | | |
|---|---|--|--|--|

Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables

| Nombre de la variable | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensión | Indicadores | Índice | Escala de medición | Instrumento |
|-------------------------------|---|---|--|--|--|---------------------------|-------------------------------|
| VARIABLE DEPENDIENTE | | | | | | | |
| Cesárea-histerectomía | Extracción del útero durante el embarazo, parto o puerperio como medida de emergencia para salvar la vida de la paciente. | La evaluación de la variable se realizará por medio de las historias clínicas de aquellas pacientes cesareadas a las cuales se les realizó el procedimiento en el hospital. | Con histerectomía Sin histerectomía | Historia Clínica (Paciente cesareada más histerectomía / paciente cesareada sin histerectomía total) | 0: no (paciente cesareada sin histerectomía) | Nominal dicotómica | Ficha de recolección de datos |
| | | | | | 1: si (paciente cesareada con histerectomía) | | |
| VARIABLE INDEPENDIENTE | | | | | | | |
| | | | | Edad de la gestante | 0: Adolescente (<20 años) | Ordinal | |
| | | | | | 1: Adulta (20-34 años) | | |
| | | | Factores de riesgo | | 2: Añosa (≤ 35 años) | Nominal politómica | |
| | | | | | 0: Soltera | | |
| | | | | | 1: Casada | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|--------------------------------------|------------------|------------------------|---------|-------------------------------|
| Factores de riesgo | Son aquellas condiciones médicas durante el embarazo o el parto que aumentan la probabilidad de que una mujer necesite someterse a este procedimiento como medida de emergencia para salvar la vida de la madre tanto como del feto | Se evaluarán mediante las historias clínicas las condiciones que incrementan la histerectomía obstétrica en pacientes cesareadas como son los factores de riesgo sociodemográficos, ginecoobstetricos, y patológicos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen durante los años 2022-2023. | sociodemográficos | Estado civil | 2: Conviviente | Ordinal | Ficha de recolección de datos |
| | | | Grado de instrucción | 0: Analfabeta | | | |
| | | | | 1: Primaria | | | |
| | | | | 2: Secundaria | | | |
| | | | | 3: Técnico | | | |
| | | | Lugar de procedencia | 4: Superior | Nominal dicotómica | | |
| | | | | 0: Urbano | | | |
| | | | Factores de riesgo ginecoobstetricos | Edad gestacional | 1: Rural | | |
| | | | | | 0: < 36 6/7 semanas | Ordinal | |
| | | | | | 1: 37 – 41 6/7 semanas | | |
| 2: ≥42 semanas | | | | | | | |
| Paridad | 0: Nulípara | Ordinal | | | | | |
| | 1: Primípara | | | | | | |
| | 2: Multípara | | | | | | |
| Controles prenatales | 0: <6 controles 1: ≥ 6 controles | Ordinal | | | | | |
| Periodo intergenésico corto | 0: NO 1: SI | Nominal dicotómica | | | | | |
| Cesárea previa | 0: NO 1: SI | Nominal dicotómica | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--------------------------------|--------------------------------|----------------|--------------------|-------------------------------|
| | | | | Antecedente de legrado uterino | 0: NO 1: SI | Nominal dicotómica | Ficha de recolección de datos |
| | | | | Antecedente de aborto | 0: NO 1: SI | Nominal dicotómica | |
| | | | | Antecedente de preeclampsia | 0: NO 1: SI | Nominal dicotómica | |
| | | | Factores de riesgo patológicos | Atonía uterina | 0: NO 1: SI | Nominal dicotómica | |
| | | | | Placenta previa | 0: NO 1: SI | Nominal dicotómica | |
| | | | | Acretismo placentario | 0: NO 1: SI | Nominal dicotómica | |
| | | | | Dpp | 0: NO 1: SI | Nominal dicotómica | |

Anexo 3: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CESÁREA-HISTERECTOMÍA EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN DURANTE LOS AÑOS 2022-2023

Histerectomía obstétrica: SI () - NO ()

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad de la gestante

1. Adolescente (< 20 años) ()
2. Adulto (20-34 años) ()
3. Añosa (≥ 35 años) ()

Estado Civil

1. Soltera ()
2. Casado ()
3. Conviviente ()
4. Divorciada ()

Grado de instrucción

1. Analfabeta ()
2. Primaria ()
3. Secundaria ()
4. Técnico ()
5. Superior ()

Lugar de procedencia

1. Zona urbana ()
2. Zona rural ()

FACTORE DE RIESGO GINECOOBSTÉTRICOS

- Edad gestacional. < 36 6/7 semanas (), 37 – 41 6/7 (), ≥ 42 semanas ()
- Paridad: Nulípara () Primípara() Multípara()
- Controles prenatales: < de 6 controles (), ≥ 6 controles ()
- Periodo intergenésico corto: SI () - NO ()
- Cesárea previa: SI () - NO ()
- Antecedente de aborto: SI () NO ()
- Antecedente de legrado uterino: SI () - NO ()
- Antecedente de preeclampsia: SI () - NO ()

FACTORES DE RIESGO PATOLOGICOS

- Atonía uterina: SI () - NO ()
- Placenta previa: SI () - NO ()
- Acretismo placentario: SI () - NO ()
- Desprendimiento prematuro de placenta: SI () - NO ()

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD: KUDER-RICHARDSON

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L |
|----|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---------|
| 1 | CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD: KUDER-RICHARDSON (KR-20) | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | ENCUESTADO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | TOTAL |
| 5 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 5 |
| 6 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 6 |
| 7 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 8 | 4 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| 9 | 5 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 6 |
| 10 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 11 | 7 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 8 |
| 12 | 8 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| 13 | 9 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 6 |
| 14 | 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 |
| 15 | 11 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 16 | 12 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| 17 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 18 | 14 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 19 | 15 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 20 | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 21 | 17 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 22 | 18 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 |
| 23 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 24 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 25 | TOTAL | 10 | 7 | 8 | 6 | 6 | 11 | 7 | 8 | 8 | 3 | |
| 26 | p | 0.5 | 0.35 | 0.4 | 0.3 | 0.3 | 0.55 | 0.35 | 0.4 | 0.4 | 0.15 | |
| 27 | q | 0.5 | 0.65 | 0.6 | 0.7 | 0.7 | 0.45 | 0.65 | 0.6 | 0.6 | 0.85 | |
| 28 | p*q | 0.25 | 0.23 | 0.24 | 0.21 | 0.21 | 0.25 | 0.23 | 0.24 | 0.24 | 0.13 | |
| 29 | $\sum (p*q)$ | 2.22 | | | | | | | | | | |
| 30 | varianza | 6.75 | | | | | | | | | | (K/K-1) |
| 31 | K | 10 | | | | | | | | | | |

(K/K-1) 1.11111111

$(1 - \sum p^*q / Vt)$ 0.67098284

KR-20= 0.74553649

Fuente: elaboración propia

Para el análisis de la confiabilidad del instrumento, el resultado obtenido fue de: 0.74.

Confiabilidad de Richardson:

| | |
|--------------|-------------------------|
| 0.53 a menos | Nula confiabilidad |
| 0.54 a 0.59 | Baja confiabilidad |
| 0.60 a 0.65 | Confiabilidad |
| 0.66 a 0.71 | Muy confiable |
| 0.72 a 0.99 | Excelente confiabilidad |
| 1.00 | Perfecta confiabilidad |

Anexo 5: Determinación de la validez del instrumento según la técnica de Aiken

| ITEMS (preguntas) | EXPERTOS | | | | | SUMA | VALOR DE AIKEN | DESCRIPTIVO |
|----------------------|----------|---|---|---|---|------|----------------------|-------------|
| | A | B | C | D | E | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1.0 | VALIDO |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1.0 | VALIDO |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1.0 | VALIDO |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1.0 | VALIDO |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1.0 | VALIDO |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1.0 | VALIDO |
| 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 4 | 0.8 | VALIDO |
| 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1.0 | VALIDO |
| 9 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 4 | 0.8 | VALIDO |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1.0 | VALIDO |
| 11 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1.0 | VALIDO |
| 12 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1.0 | VALIDO |
| VALIDEZ CALCULADA | | | | | | | 0.96 | |

Anexo 6: Validez del instrumento

TABLA DE VALORACION SEGÚN EXPERTOS DE JUECES

PROYECTO DE INVESTIGACION: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN PACIENTES CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN, JUNÍN.

I. DATOS GENERALES DEL EXPERTO:

Apellidos y nombres : Hilazaca Murga Alfredo
 Cargo o Institución donde labora: Hospital Departamental de Huancaavelica.
 Lugar y fecha: 07-06-2024

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

| VARIABLE (ítems) | Respuesta positiva (1 punto) | Respuesta negativa (0 puntos) |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| 1.- El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación | X | |
| 2.- Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación | X | |
| 3.- Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento | X | |
| 4.- Los datos complementarios de la investigación son adecuados | X | |
| 5.- Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la Hipótesis de investigación | X | |
| 6.- Las formas de aplicación del instrumento son adecuados | X | |
| 7.- La estructura del instrumento es optimo | X | |
| 8.- El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares | X | |
| 9.- El orden de las preguntas es adecuada | X | |
| 10.- El vocabulario es correcto | X | |
| 11.- El número de preguntas es suficiente o muy amplio | X | |
| 12.- Las preguntas tienen carácter de excluyentes | X | |
| TOTAL | | 12 |

OBSERVACIONES:

.....


Alfredo Hilazaca Murga
 Ginecologo Obstetra
 Ginecologo Oncologo
 CMP 43862 RNE 21067 - 30826

FIRMA DEL EXPERTO

TABLA DE VALORACION SEGÚN EXPERTOS DE JUECES

PROYECTO DE INVESTIGACION: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN PACIENTES CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN, JUNÍN

I. DATOS GENERALES DEL EXPERTO:

Apellidos y nombres : *JOEL PERALES SORZI*
 Cargo o Institución donde labora: *HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE GINECOLOGIA*
 Lugar y fecha: : *HOSPITAL REGIONAL 05-06-2024*

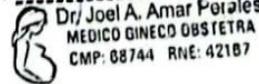
II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

| VARIABLE (Items) | Respuesta positiva (1 punto) | Respuesta negativa (0 puntos) |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| 1.- El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación | X | |
| 2.- Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación | X | |
| 3.- Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento | X | |
| 4.- Los datos complementarios de la investigación son adecuados | X | |
| 5.- Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la Hipótesis de investigación | X | |
| 6.- Las formas de aplicación del instrumento son adecuados | X | |
| 7.- La estructura del instrumento es optimo | X | |
| 8.- El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares | X | |
| 9.- El orden de las preguntas es adecuada | X | |
| 10.- El vocabulario es correcto | X | |
| 11.- El número de preguntas es suficiente o muy amplio | X | |
| 12.- Las preguntas tienen carácter de excluyentes | X | |
| TOTAL | 12 | |

OBSERVACIONES:

.....

.....



 Dr. Joel A. Amar Perales
 MEDICO GINECO OBSTETRA
 CMP: 08744 RNE: 42187

FIRMA DEL EXPERTO

TABLA DE VALORACION SEGÚN EXPERTOS DE JUECES

PROYECTO DE INVESTIGACION: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN PACIENTES CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN. JUNÍN.

I. DATOS GENERALES DEL EXPERTO:

Apellidos y nombres : *Peve Palomino David*
 Cargo o Institución donde labora: *Hospital departamental de Huancavelica.*
 Lugar y fecha: *Huancavelica 05-06-2024*

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

| VARIABLE (ítems) | Respuesta positiva (1 punto) | Respuesta negativa (0 puntos) |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| 1.- El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación | ✓ | |
| 2.- Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación | ✓ | |
| 3.- Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento | ✓ | |
| 4.- Los datos complementarios de la investigación son adecuados | ✓ | |
| 5.- Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la Hipótesis de investigación | ✓ | |
| 6.- Las formas de aplicación del instrumento son adecuados | ✓ | |
| 7.- La estructura del instrumento es optimo | ✓ | |
| 8.- El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares | ✓ | |
| 9.- El orden de las preguntas es adecuada | ✓ | |
| 10.- El vocabulario es correcto | ✓ | |
| 11.- El número de preguntas es suficiente o muy amplio | ✓ | |
| 12.- Las preguntas tienen carácter de excluyentes | ✓ | |
| TOTAL | <i>12</i> | |

OBSERVACIONES:

.....

.....

MINISTERIO DE SALUD
 GOBIERNO REGIONAL HUANCVELICA
 HOSPITAL DEPARTAMENTAL HUANCVELICA

Dr. Peve Palomino David
 GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA
 CMP: 52908 - RNE: 42080
 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA

FIRMA DEL EXPERTO

TABLA DE VALORACION SEGÚN EXPERTOS DE JUECES

PROYECTO DE INVESTIGACION: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN PACIENTES CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN, JUNÍN.

I. DATOS GENERALES DEL EXPERTO:

Apellidos y nombres : *Huairé Magno Rousvel*
 Cargo o Institución donde labora: *H. de Salud Chupaca - Pedro Sanchez Noza*
 Lugar y fecha: *Chupaca 10-06-2024*

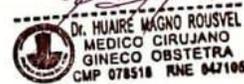
II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

| VARIABLE (ítems) | Respuesta positiva (1 punto) | Respuesta negativa (0 puntos) |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| 1.- El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación | x | |
| 2.- Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación | x | |
| 3.- Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento | x | |
| 4.- Los datos complementarios de la investigación son adecuados | x | |
| 5.- Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la Hipótesis de investigación | x | |
| 6.- Las formas de aplicación del instrumento son adecuados | x | |
| 7.- La estructura del instrumento es óptimo | x | |
| 8.- El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares | x | |
| 9.- El orden de las preguntas es adecuada | | x |
| 10.- El vocabulario es correcto | x | |
| 11.- El número de preguntas es suficiente o muy amplio | x | |
| 12.- Las preguntas tienen carácter de excluyentes | x | |
| TOTAL | 11 | |

OBSERVACIONES:

.....

.....

FIRMA DEL EXPERTO

TABLA DE VALORACION SEGÚN EXPERTOS DE JUECES

PROYECTO DE INVESTIGACION: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN PACIENTES CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN, JUNÍN.

I. DATOS GENERALES DEL EXPERTO:

Apellidos y nombres : *Beltrán Zevallos Martín*
 Cargo o Institución donde labora: *Hospital Departamental de Huancavelica*
 Lugar y fecha: *Lircay 06-06-24*

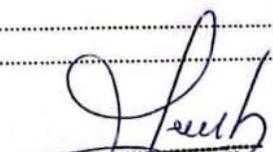
II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

| VARIABLE (items) | Respuesta positiva (1 punto) | Respuesta negativa (0 puntos) |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| 1.- El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación | 1 | |
| 2.- Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación | 1 | |
| 3.- Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento | 1 | |
| 4.- Los datos complementarios de la investigación son adecuados | 1 | |
| 5.- Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la Hipótesis de investigación | 1 | |
| 6.- Las formas de aplicación del instrumento son adecuados | 1 | |
| 7.- La estructura del instrumento es optimo | | 0 |
| 8.- El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares | 1 | |
| 9.- El orden de las preguntas es adecuada | 1 | |
| 10.- El vocabulario es correcto | 1 | |
| 11.- El número de preguntas es suficiente o muy amplio | 1 | |
| 12.- Las preguntas tienen carácter de excluyentes | 1 | |
| TOTAL | 11 | |

OBSERVACIONES:

.....

.....


Martín Beltrán Zevallos -
 Ginecología - Obstetricia
 CMP. 33378 RNE. 25468
 FIRMA DEL EXPERTO

Anexo 7: Aprobación para la realización de trabajo de investigación del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen



Huancayo, 24 de abril del 2024.

PROVEIDO N° 051-2024-GRJ-DRSJ-HRDMIEC-OADI.

A : Bach. Adolfo Rodriguez Paucar
DE : Jefe Oficina de Apoyo Docencia Investigación
ASUNTO : Autorización desarrollar Protocolo de investigación.

Visto el Informe N°008-2024-GRJ-DRSJ-HRDMIEC-CEI, presentado por el presidente del Comité de Ética e Investigación, quien informa que luego de haber revisado el protocolo de investigación FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN PERIODO 2020-2022, presentado por el bachiller en mención, de la Universidad Peruana LOS ANDES, escuela profesional de medicina humana, se autoriza revisar historias clínicas de pacientes sometidas a histerectomía obstétrica de los años 2020 al 2022, a partir del 25 de abril al 24 de mayo del 2024; debiendo al término presentar los resultados del proyecto y exposición de conclusiones.

Atentamente,

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
MATERNO INFANTIL "EL CARMEN"
Lic. Adm. Carolina Raquel Huatuco Laura
JEFE (E) OFICINA APOYO DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

CHL/CHL
C.c.Archivo

| | |
|------|----------|
| DOC. | 07804240 |
| EXP | 05369840 |

Anexo 8: data de procesamiento de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

128 : DPP 1 Visible: 17 de 17 variables

| | GRUPO | EDAD | ESTADO CIVIL | GRADOD EINSTRUCCION | LUGARD EPROCE DENCIA | EDADGE STACION AL | PARIDAD | CONTRO LESPRE NATALE. | PERIOD OINTERC ENESICO | CESARE APREVIA | ANTECE DENTED EABORT. | LEGRAD OUTERIN O | Preeclam psia | ATONIAU T | PLACEN TAP |
|----|----------------|------------|--------------|---------------------|----------------------|-------------------|-----------|-----------------------|------------------------|----------------|-----------------------|------------------|---------------|-----------|------------|
| 1 | con histere... | < 20 años | conviviente | primaria | Zona urbana | ≤ 36 6/7 s... | primipara | <6 controles | no | no | no | no | no | Si | Si |
| 2 | con histere... | 20-34 años | conviviente | superior | Zona rural | ≤ 36 6/7 s... | Multipara | <6 controles | no | si | si | si | si | Si | No |
| 3 | con histere... | ≥35 años | soltera | primaria | Zona urbana | 37-41 sem... | Multipara | <6 controles | no | no | no | no | si | Si | No |
| 4 | con histere... | ≥35 años | conviviente | secundaria | Zona rural | 37-41 sem... | Multipara | <6 controles | no | si | no | si | no | No | Si |
| 5 | con histere... | 20-34 años | soltera | primaria | Zona urbana | 37-41 sem... | Multipara | ≥ 6 control... | si | no | si | si | si | No | Si |
| 6 | con histere... | ≥35 años | casada | primaria | Zona urbana | ≥42 sema... | Multipara | ≥ 6 control... | no | no | no | no | si | Si | No |
| 7 | con histere... | 20-34 años | conviviente | superior | Zona rural | ≥42 sema... | primipara | ≥ 6 control... | si | si | si | si | si | Si | No |
| 8 | con histere... | ≥35 años | conviviente | secundaria | Zona rural | ≤ 36 6/7 s... | Multipara | <6 controles | si | si | no | si | no | No | Si |
| 9 | con histere... | ≥35 años | conviviente | superior | Zona urbana | 37-41 sem... | Multipara | ≥ 6 control... | si | si | si | si | no | No | Si |
| 10 | con histere... | 20-34 años | conviviente | superior | Zona urbana | ≤ 36 6/7 s... | Multipara | <6 controles | si | si | si | si | si | Si | Si |
| 11 | con histere... | ≥35 años | casada | secundaria | Zona urbana | 37-41 sem... | Multipara | ≥ 6 control... | no | si | no | no | no | No | Si |
| 12 | con histere... | 20-34 años | conviviente | primaria | Zona rural | ≥42 sema... | primipara | ≥ 6 control... | si | si | no | no | si | Si | No |
| 13 | con histere... | ≥35 años | soltera | primaria | Zona rural | ≥42 sema... | primipara | ≥ 6 control... | no | si | si | si | si | Si | Si |
| 14 | con histere... | 20-34 años | conviviente | secundaria | Zona rural | ≤ 36 6/7 s... | nulipara | <6 controles | no | si | no | no | no | Si | No |
| 15 | con histere... | ≥35 años | conviviente | secundaria | Zona urbana | ≥42 sema... | Multipara | ≥ 6 control... | si | si | no | no | si | No | Si |
| 16 | con histere... | 20-34 años | soltera | primaria | Zona rural | 37-41 sem... | nulipara | ≥ 6 control... | no | no | no | no | no | Si | No |
| 17 | con histere... | 20-34 años | soltera | primaria | Zona rural | 37-41 sem... | primipara | <6 controles | no | si | no | no | no | No | Si |
| 18 | con histere... | ≥35 años | casada | superior | Zona urbana | 37-41 sem... | Multipara | <6 controles | no | no | si | si | no | Si | No |
| 19 | con histere... | 20-34 años | soltera | secundaria | Zona urbana | 37-41 sem... | Multipara | ≥ 6 control... | no | si | no | no | no | No | No |
| 20 | con histere... | 20-34 años | conviviente | secundaria | Zona urbana | ≥42 sema... | nulipara | ≥ 6 control... | si | no | si | si | no | Si | Si |
| 21 | con histere... | 20-34 años | conviviente | secundaria | Zona urbana | ≤ 36 6/7 s... | primipara | <6 controles | no | si | si | si | si | Si | Si |

Vista de datos Vista de variables

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

128 : DPP 1 Visible: 17 de 17 variables

| | GRUPO | EDAD | ESTADO CIVIL | GRADOD EINSTRUCCION | LUGARD EPROCE DENCIA | EDADGE STACION AL | PARIDAD | CONTRO LESPRE NATALE. | PERIOD OINTERC ENESICO | CESARE APREVIA | ANTECE DENTED EABORT. | LEGRAD OUTERIN O | Preeclam psia | ATONIAU T | PLACEN TAP |
|-----|----------------|------------|--------------|---------------------|----------------------|-------------------|-----------|-----------------------|------------------------|----------------|-----------------------|------------------|---------------|-----------|------------|
| 112 | sin histere... | 20-34 años | soltera | primaria | Zona rural | ≥42 sema... | nulipara | <6 controles | no | no | no | no | no | No | No |
| 113 | sin histere... | 20-34 años | conviviente | secundaria | Zona urbana | 37-41 sem... | primipara | ≥ 6 control... | no | si | no | no | no | No | Si |
| 114 | sin histere... | < 20 años | soltera | primaria | Zona rural | ≥42 sema... | nulipara | <6 controles | no | no | no | no | si | Si | No |
| 115 | sin histere... | 20-34 años | conviviente | superior | Zona urbana | 37-41 sem... | nulipara | <6 controles | no | no | no | no | no | No | No |
| 116 | sin histere... | ≥35 años | soltera | superior | Zona urbana | 37-41 sem... | nulipara | <6 controles | no | no | no | no | si | No | No |
| 117 | sin histere... | 20-34 años | casada | superior | Zona urbana | ≥42 sema... | nulipara | <6 controles | no | no | no | no | no | No | No |
| 118 | sin histere... | ≥35 años | soltera | secundaria | Zona rural | 37-41 sem... | nulipara | ≥ 6 control... | no | no | no | no | no | No | Si |
| 119 | sin histere... | 20-34 años | conviviente | secundaria | Zona rural | ≥42 sema... | nulipara | ≥ 6 control... | no | no | no | no | no | No | No |
| 120 | sin histere... | < 20 años | soltera | secundaria | Zona urbana | 37-41 sem... | nulipara | ≥ 6 control... | no | no | no | no | no | No | No |
| 121 | sin histere... | 20-34 años | conviviente | superior | Zona urbana | 37-41 sem... | primipara | ≥ 6 control... | no | si | no | no | no | No | No |
| 122 | sin histere... | ≥35 años | soltera | superior | Zona urbana | ≤ 36 6/7 s... | Multipara | <6 controles | no | si | si | si | no | No | No |
| 123 | sin histere... | ≥35 años | soltera | secundaria | Zona rural | 37-41 sem... | nulipara | <6 controles | si | no | si | si | no | No | No |
| 124 | sin histere... | 20-34 años | conviviente | primaria | Zona rural | ≤ 36 6/7 s... | nulipara | <6 controles | no | no | no | no | si | No | No |
| 125 | sin histere... | < 20 años | soltera | secundaria | Zona urbana | 37-41 sem... | nulipara | <6 controles | no | no | no | no | no | No | No |
| 126 | sin histere... | 20-34 años | casada | secundaria | Zona rural | 37-41 sem... | primipara | ≥ 6 control... | no | si | si | no | si | No | Si |
| 127 | sin histere... | < 20 años | conviviente | secundaria | Zona rural | ≥42 sema... | nulipara | ≥ 6 control... | si | no | si | si | no | No | No |
| 128 | sin histere... | ≥35 años | casada | primaria | Zona rural | 37-41 sem... | Multipara | ≥ 6 control... | si | no | si | no | no | No | No |
| 129 | sin histere... | 20-34 años | conviviente | secundaria | Zona rural | 37-41 sem... | nulipara | ≥ 6 control... | no | no | si | si | no | No | No |
| 130 | sin histere... | 20-34 años | casada | superior | Zona urbana | ≤ 36 6/7 s... | primipara | <6 controles | no | no | si | si | no | Si | No |
| 131 | sin histere... | 20-34 años | conviviente | superior | Zona urbana | 37-41 sem... | nulipara | ≥ 6 control... | no | no | no | no | si | No | No |
| 132 | sin histere... | 20-34 años | conviviente | superior | Zona urbana | 37-41 sem... | nulipara | ≥ 6 control... | si | no | si | si | no | No | Si |

Vista de datos Vista de variables

Anexo 9: Fotos de la aplicación del instrumento

