

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS PRESENTES EN
HISTERECTOMÍAS PERIPARTO EN EL INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL
PERIODOS 2015-2017**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
MARIA DEL ROSARIO SANCHEZ VALDERRAMA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO
LIMA – PERÚ**

2018

ASESOR
DR. JOSEPH PINTO OBLITAS

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Joseph Pinto Oblitas,
por su apoyo para la
realización de esta
investigación.

Al Dr. Félix Ayala Peralta, Jefe
de la Unidad Funcional de
Investigación del Instituto
Nacional Materno Perinatal
por sus consejos y por su
colaboración para la ejecución
de esta investigación.

DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad de haber iniciado esta hermosa carrera.

A mi familia por su apoyo, especialmente a mis padres por la confianza, que depositaron en mí, por su cariño, por su sacrificio, por su apoyo.

RESUMEN

OBJETIVO:

Identificar las principales características obstétricas en las histerectomías periparto realizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, durante los periodos 2015-2017.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio de tipo no experimental, descriptivo, retrospectivo, transversal.

RESULTADOS:

Se revisaron 94 historias clínicas, la edad promedio fue de $33,07 \pm 5,1$ años, el 73,4% fueron convivientes, el 77,7% tuvo grado de instrucción secundaria, todas las pacientes de procedencia urbana. Como características obstétricas la paridad promedio fue de $3,4 \pm 1,6$; el 57,4% tuvo controles prenatales insuficientes con un promedio de $4,8 \pm 2,3$, la edad gestacional promedio al culminar el embarazo fue de $37,01 \pm 3,6$ semanas, el 57,4% tuvo periodo intergenésico largo, la patología más frecuente durante la gestación fue la placenta previa con un 55,3%, un 74,5% tuvo como antecedente quirúrgico cesárea con un promedio de $1,32 \pm 1$ veces, el 91,5% tuvo como evento previo a la histerectomía, la cesárea, la indicación más frecuente fue el placenta acreta con un 60,6%, seguida de atonía uterina con un 26,6%, un 47,9% ingreso a la unidad de cuidados y un 8,5% tuvo lesión vesical; un 92,6% tuvo histerectomía de tipo total, no se reportó muerte materna.

CONCLUSIONES:

El principal antecedente quirúrgico fue la cesárea previa, se identificó a la placenta previa como la patología más frecuente, la placenta acreta como la principal indicación y casi la mitad de pacientes ingresaron a la unidad de cuidados intensivos.

PALABRAS CLAVES:

Histerectomía obstétrica, cesárea, placenta previa, acretismo placentario.

ABSTRACT

OBJECTIVE:

To identify the main obstetric characteristics in peripartum hysterectomies performed at the National Maternal Perinatal Institute, during the periods 2015-2017.

METHODOLOGY:

A non-experimental, descriptive, retrospective, cross-sectional study was carried out.

RESULTS:

We reviewed 94 medical records, the average age was 33.07 ± 5.1 years, 73.4% were cohabitants, and 77.7% had secondary education, all patients of urban origin. As an obstetric characteristic, the average parity was 3.4 ± 1.6 ; 57.4% had insufficient prenatal controls with an average of 4.8 ± 2.3 , the average gestational age at the end of pregnancy was 37.01 ± 3.6 weeks, 57.4% had a long intergenetic period, the most frequent pathology during pregnancy was previous placenta with 55.3%, 74.5% had as a surgical antecedent a cesarean section with an average of 1.32 ± 1 times, 91.5% had as an event previous to the hysterectomy, caesarean section, the most frequent indication was the placenta accreta with 60.6%, followed by uterine atony with 26.6%, 47.9% admission to the care unit and 8.5% had an injury bladder; 92.6% had a total hysterectomy, no maternal death was reported.

CONCLUSIONS:

The main surgical history was previous caesarean section, previous placenta was identified as the most frequent pathology, placenta accreta as the main indication and almost half of patients were admitted to the intensive care unit.

KEYWORDS:

Obstetric hysterectomy, caesarean section, previous placenta, placental accreta.

PRESENTACIÓN

La histerectomía periparto se inventó para reducir la hemorragia de origen obstétrico y úterosepsis potencialmente mortal, fue Porro, médico italiano, quien la realizó por primera vez con éxito en 1871¹. Hoy en día, la histerectomía periparto se realiza como una operación de rescate ya sea después de cesáreas o parto vaginal.

El aumento de la tasa cesárea en todo el mundo puede conducir a una mayor incidencia de patología placentaria y, por lo tanto, a una histerectomía². Más aún si en esta institución el 44,5% de los partos son cesáreas³. Ante una hemorragia incesante, los médicos ginecólogos obstetras se enfrentan a un dilema: realizar el procedimiento equilibrando los riesgos de la cirugía y el posible deseo de la mujer de preservar la fertilidad o el retraso del procedimiento probando otras terapias que pueden resultar en morbilidad o muerte materna.

Capítulo I: Planteamiento del problema en relación de las características obstétricas en las pacientes con histerectomía periparto.

Capítulo II: Revisión de antecedentes internacionales, regionales y nacionales sobre las características de las histerectomías periparto, además de definición de conceptos.

Capítulo III: Descripción de la metodología de la investigación.

Capítulo IV: Muestra los resultados de la presente investigación en tablas y gráficos y se realiza la comparación con otros estudios.

Capítulo V: Descripción de las conclusiones y recomendaciones.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT.....	VI
PRESENTACIÓN.....	VII
ÍNDICE	VIII
LISTA DE TABLAS.....	X
LISTA DE GRÁFICOS	XI
LISTA DE ANEXOS.....	XII
CAPÍTULO I: PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	2
1.4. OBJETIVOS.....	3
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	3
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
1.5. PROPÓSITO.....	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1. ANTECEDENTES DE BIBLIOGRÁFICOS.....	5
2.2. BASES TEÓRICAS	11
2.3. HIPÓTESIS	18
2.4. VARIABLES	18
2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	19
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	22
3.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	22
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	22
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	25

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	26
4.1. RESULTADOS	26
4.2. DISCUSIÓN.....	38
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	41
5.1. CONCLUSIONES.....	41
5.2. RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS	48

LISTA DE TABLAS

TABLA 01:	CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZA HISTERECTOMÍA PERIPARTO.....	26
TABLA 02:	ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZA HISTERECTOMÍA PERIPARTO.....	27
TABLA 03:	PATOLOGÍAS DURANTE LA GESTACIÓN DE LAS PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZA HISTERECTOMÍA PERIPARTO.....	28
TABLA 04:	ANTECEDENTE QUIRÚRGICO DE LAS PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZA HISTERECTOMÍA PERIPARTO.....	30
TABLA 05:	EVENTO PREVIO A LA REALIZACIÓN DE HISTERECTOMÍA PERIPARTO.....	31
TABLA 06:	INDICACIÓN DE HISTERECTOMÍA PERIPARTO.....	32
TABLA 07:	COMPLICACIONES POSTHISTERECTOMÍA PERIPARTO.....	34
TABLA 08:	TIPO DE HISTERECTOMÍA PERIPARTO.....	36
TABLA 09:	EGRESO MATERNO POSTHISTERECTOMÍA PERIPARTO.....	37

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01:	PATOLOGÍAS DURANTE LA GESTACIÓN DE LAS PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZA HISTERECTOMÍA PERIPARTO.....	29
GRÁFICO 02:	ANTECEDENTE QUIRÚRGICO DE LAS PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZA HISTERECTOMÍA PERIPARTO.....	30
GRÁFICO 03:	EVENTO PREVIO A LA REALIZACIÓN DE HISTERECTOMÍA PERIPARTO.....	31
GRÁFICO 04:	INDICACIÓN DE HISTERECTOMÍA PERIPARTO	33
GRÁFICO 05:	COMPLICACIONES POSTHISTERECTOMÍA PERIPARTO.....	35
GRÁFICO 06:	TIPO DE HISTERECTOMÍA PERIPARTO.....	36

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	49
ANEXO 02: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	51
ANEXO 03: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS-CONSULTA DE EXPERTOS.....	52
ANEXO 04: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO.....	56

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Alrededor de 300.000 mujeres murieron a nivel mundial en el año 2015 en condiciones relacionadas con el embarazo¹, siendo la causa más común la hemorragia materna, que representó el 27,1% ². En el Perú durante el 2016, el Ministerio de Salud, reportó 325 casos de muerte materna ³. En el Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el 2016 se han reportado 7 muertes maternas, siendo la hemorragia obstétrica el origen de un caso ⁴.

La hemorragia posparto es una de las principales causas de la morbilidad materna grave y mortalidad en todo el mundo ⁵, la histerectomía periparto consiste en extraer el útero, previo al parto, parto o puerperio, debido a una complicación que atente contra la vida de la paciente, debe de realizarse inmediatamente ⁶. Este tipo de pacientes se caracteriza por la edad materna avanzada, la paridad, instrumentación uterina previa y antecedentes de hemorragia en el parto anterior ⁷. La cesárea como vía de finalización de parto es uno de los principales antecedentes, en el instituto durante 2016 se reportó 21000 partos de los cuales un 44,5% fueron cesáreas, en comparación a años anteriores va en aumento ⁴.

Este procedimiento quirúrgico es complejo, por lo que requiere de experiencia ya que puede verse asociada a complicaciones tanto intraoperatorias, postoperatorias y la muerte.

El objetivo del presente estudio es identificar las características obstétricas más frecuentes, así como la indicación que motivó el procedimiento y conocer la morbilidad y mortalidad del procedimiento en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son las características obstétricas presentes en las hysterectomías periparto en el Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el periodo 2015-2017?

PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son los aspectos sociodemográficos de las pacientes a quienes se les realiza hysterectomía periparto?
- ¿Cuál es la principal indicación de hysterectomía periparto?
- ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes post hysterectomía periparto?
- ¿Cuál es la condición de egreso materno post hysterectomía periparto?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Desde la perspectiva teórica-práctica, la hysterectomía obstétrica, es un procedimiento que se realiza para preservar la vida, el cual se busca indicar en el momento oportuno y de forma correcta, este trabajo busca generar reflexión y poder aportar en conocimiento, en cuanto a su aplicación, poder identificar oportunamente las principales características obstétricas presentes en las pacientes a quienes se les realiza este procedimiento en el Instituto Nacional Materno Perinatal, además de datos epidemiológicos.

Desde el aspecto metodológico, también se busca que este trabajo sirva de base a futuras investigaciones acentuadas en este tema, generando información verídica.

Desde el aspecto social, económico, este trabajo busca conocer el estado actual de las hysterectomías periparto realizado, en el Instituto

Nacional Materno Perinatal, ya que es el centro de referencia de patologías obstétricas a nivel nacional, además de la mortalidad asociada a este procedimiento.

Se espera que los resultados obtenidos en el presente trabajo permitan contribuir con protocolos de atención y a identificar a gestantes de alto riesgo, de esta manera poder contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad materna.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Describir las características obstétricas presentes en las histerectomías periparto.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los aspectos sociodemográficos de las pacientes a quienes se les realiza histerectomía periparto.
- Identificar la principal indicación de histerectomía periparto.
- Identificar las complicaciones más frecuentes post histerectomía periparto.
- Identificar la condición de egreso materno post histerectomía periparto.

1.5. PROPÓSITO

Los resultados del estudio están orientados a ser de gran utilidad como base de datos de referencia para futuras investigaciones en este tema, además de proporcionar información actualizada al personal de salud a fin de sensibilizarlos, motivarlos a promover y reforzar los protocolos de manejo de hemorragia obstétrica, en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En **Estados Unidos**, **Van Den Akker et al. (2016)** realizaron una revisión sistemática y metanálisis, usando como fuente de datos, PubMed, MEDLINE, EMBASE, ClinicalTrials.gov y las bases de datos de Cochrane Library hasta el marzo de 2015, seleccionaron ciento veintiocho estudios, de las cuales el 87% eran pacientes multíparas. La histerectomía tuvo una tasa de 1 por 1,000 partos. La indicación más común fue la patología placentaria más acretismo con un 38%, la atonía uterina con un 27% y la ruptura uterina con un 26%. Los indicadores de riesgo incluyeron parto por cesárea en el embarazo actual (OR 11,38, IC 95%), antecedente de cesárea previa (OR 7,5, IC 95%). Los controles prenatales fueron protectores (OR 0,12, IC 95%). La mortalidad fue de 5,2 por cada 100 histerectomías a predominio de los entornos pobres⁸.

En **Estados Unidos**, **Govindappagari et al. (2016)** evaluaron retrospectivamente las tendencias en la histerectomía periparto y los partos con alto riesgo de histerectomía periparto basada en placenta previa y cesárea anterior entre 2006 y 2014, registro cuatro mil histerectomías que ocurrieron en 500 hospitales durante el período de estudio, en su mayoría de procedencia urbana. La tasa de histerectomía periparto aumentó de 81,4 por 100 000 partos en 2006 a 98,4 en 2014⁹.

Estados Unidos Bateman et al. (2012) realizaron un estudio transversal nacional en Estados Unidos que analizó aproximadamente 56 millones de pacientes desde 1994 a 2007 durante ese tiempo, el

rango de edad de estas pacientes se encontró entre los 25 y 34 años, la tasa general de histerectomía periparto aumentó en un 15% durante el período de estudio. La tasa de histerectomía por placentación anormal aumentó 1,2 veces; la tasa de histerectomía indicada por atonía uterina después de la cesárea repetida aumentó casi 4 veces, después de la cesárea primaria aproximadamente 2,5 veces, y después del parto vaginal aproximadamente 1.5 veces ¹⁰.

En **Reino Unido, Lone et. al (2010)** realizaron una revisión retrospectiva de todos los casos de histerectomía obstétrica en los últimos 20 años en el Hospital Universitario Mayday, solo a 52 mujeres se les realizó histerectomía obstétrica, reportando una incidencia de 0,6 por cada 1000 partos. La causa principal de histerectomía fue la hemorragia obstétrica no controlada en un 96,2%, siendo el antecedente de cesárea y placenta previa asociada a placenta acreta el principal factor, la edad promedio fue de 29,4 años, la paridad media era de 1,35; la edad gestacional media en el momento del parto fue de 36,5 semanas y hubo una muerte materna de un paciente¹¹.

En **Canadá, Ibrahim et. al (2014)** se llevó a cabo un estudio de cohortes retrospectivo sobre todos los casos de histerectomía obstétrica realizados en el Hospital General Judío, Universidad McGill, entre 1992 y 2011. Durante un período de estudio de 20 años, hubo 67 histerectomías posparto con una incidencia general de 0,87 / 1000. Las principales indicaciones para la histerectomía periparto fueron la placentación anormal (64,2%) y la hemorragia posparto (26,9%) en su mayoría las pacientes tenían más de 30 años y eran multíparas con una edad gestacional promedio al momento del parto de 35 semanas¹².

En **Suecia Hesselman et al (2017)** realizaron un estudio de registro poblacional longitudinal de mujeres que se sometieron a una

histerectomía en 46 unidades hospitalarias entre 2000-2014. Se encontraron adherencias en el 45% de las mujeres con antecedentes de parto por cesárea. La lesión de órganos afectó al 2.2% de las mujeres. El riesgo de lesión orgánica fue de OR 1,74, IC 95%, e infección postoperatoria OR 1,26, IC 95%, aumentó con la cesárea previa, independientemente de si las adherencias estaban presentes o no. La lesión del órgano por un antecedente de cesárea fue 73%. El parto por cesárea previo fue un predictor de lesión de vejiga OR 1,86, IC 95%, y lesión intestinal OR 1,83; IC95%, pero no lesión del uréter, y la presencia de endometriosis aumentó el riesgo de lesión del uréter OR 2,15, IC 95%¹³.

Jakobsson et al. (2015) se realiza un estudio retrospectivo en cinco países nórdicos (Dinamarca, Islandia, Finlandia, Suecia y Noruega), se recolectó datos de 211 pacientes sometidos a histerectomía de emergencia, arrojando una tasa de incidencia de 3,5 / 10 000. Finlandia tuvo la prevalencia más alta (5,1), mientras que Noruega fue la más baja (2,9). Las indicaciones incluyeron una placenta anormalmente invasiva en un 43.1%, la atonía uterina con un 32,7%, ruptura uterina con 14,7%. El modo de parto fue por cesárea en casi el 80% de los casos, mientras que la cesárea previa se informó en el 45% de las mujeres. Tanto el parto prematuro como el posparto aumentaron el riesgo de histerectomía periparto de emergencia, la tasa de letalidad se situó en el 0,47%¹⁴.

En **China Meng et al. (2013)** Se realizó un estudio en 8 hospitales entre 2009 y 2010, mediante un análisis de regresión logística multivariado para identificar factores de riesgo, se realizaron 64 histerectomías periparto, los factores que resaltan son, la placenta previa (OR 10,0, IC del 95%), atonía uterina (OR 7,4, IC 95%), antecedente de cesárea (OR 3,0, IC 95%), y multiparidad (OR 2,4, IC 95%). Por el contrario, la

gestación múltiple, el parto por cesárea primaria, desprendimiento de placenta, leiomioma, preeclampsia, eclampsia y diabetes mellitus no aumentaron significativamente el riesgo ¹⁵.

En **India Gupta et al. (2017)** realizaron un estudio observacional retrospectivo, analítico de 59 mujeres parturientas que requieren histerectomía periparto, desde el 2007 a 2016, con una tasa general fue de 1/876 partos. La tasa de histerectomía periparto se multiplicó por cuatro entre 2007 y 2016. La indicación primaria fue la placentación anormal en un 37,2%; seguida de placenta previa 8,4% y atonía uterina en 35,6% de los casos. La placentación anormal como indicación de histerectomía periparto aumentó significativamente del 34,6% (2007-2011) al 54,54% (2012-2016). Dentro de las complicaciones posthisterectomía, el 56% de los casos ingresaron en la unidad de cuidados intensivos. Todas necesitaban transfusión de sangre. La mortalidad materna fue del 10,1%. La indicación de la histerectomía periparto de emergencia en los últimos años ha cambiado desde la atonía uterina tradicional a la placentación anormal ¹⁶.

En **Egipto Mesbah et al. (2012)** Un estudio observacional retrospectivo que comprendió 29 pacientes en el Hospital de la Universidad de Mansoura, hospital de referencia en Egipto, durante 2008 hasta 2011, la frecuencia fue de 0,29%, la edad media $36,4 \pm 8,9$ años, la paridad de $2,9 \pm 1,56$, la edad gestacional promedio $35,45 \pm 2,9$ semanas. Y un 86,2% tenían antecedentes de cesárea anterior, la placenta de inserción anormal y la hemorragia posparto severa, conformaron la principal indicación de histerectomía, un 17,2% requirieron ingreso a la unidad de cuidados intensivos, el 17,2% tuvieron lesiones de la vejiga urinaria, 6,8% tuvieron infección de la herida. La mortalidad materna fue de 13,8% ¹⁷.

En **México, Fernández et al. (2017)** en un estudio retrospectivo, desde el 2011 hasta 2015, se reportaron 58 histerectomías obstétrica, siendo las principales indicaciones la atonía uterina con un 36.2%, el acretismo placentario con un 32.7% y placenta previa más acretismo placentario con un 12%, de las pacientes histerectomizadas 125 ingresaron a la unidad de cuidados intensivos por hemorragia obstétrica y una muerte materna relacionada ¹⁸.

México, Vega et al. (2017) también en México, realizaron estudio descriptivo, transversal y retrospectivo entre los años comprendidos entre 2014 a 2016, reportándose efectuándose 153 histerectomías obstétricas, es decir una por cada 243 embarazos. La edad promedio fue de 34 años de edad, un 69.2%, tuvo como antecedente cesárea previa, la vía de finalización de gestación fue la cesárea con un 72,1%, la principal indicación fue la atonía uterina con un 33.3% y la complicación más frecuente fue la anemia aguda con un 83%, se reportó una muerte materna ¹⁹.

En **Cuba, Aguilar et al. (2012)** se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de 96 pacientes a quienes se les realizó histerectomía obstétrica entre 2004 y 2009, se reportó una tasa de 4,9 por 1 000 nacidos, dentro de las principales indicaciones se encontraron la hemorragia obstétrica y la sepsis, la edad promedio fue de 35 años, con una paridad promedio de 3 gestaciones. La cesárea como vía de finalización de embarazo constituyó un factor relevante. La complicación más frecuente fue la anemia ²⁰.

En **Colombia Casas et al. (2013)** Realizaron un estudio de cohorte en pacientes a quienes se les realizó histerectomía obstétrica, desde el 2006 hasta 2010, teniendo como total 49 pacientes, la edad promedio fue de 30 años, donde la principal indicación fue la atonía uterina con

un 43,37%, en segundo lugar, a la inserción anormal de placenta con un 18,24% y la complicación más frecuente fue la anemia aguda con un 76,3%; no hubo mortalidad materna ²¹.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Son pocos los estudios que informan sobre la histerectomía en el Perú, se encontraron estudios descriptivos en los años 1998 en Hospital Nacional Guillermo Almenara y en 1999 en Hospital María Auxiliadora, donde resaltan que las principales indicaciones son la atonía uterina ya la sepsis, en pacientes multigestas, además que se debe contar con una Unidad de Cuidados Intensivos especializada para lograr resultados satisfactorios, ya que en ambos estudios se registró muerte materna ^{22,23}.

Ramirez et al (2017) en un estudio retrospectivo, analítico y transversal en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, en 69 pacientes, la tasa fue de 0,69/1 000, un 65,2% fueron multíparas con una edad promedio de 35 años, los principales patologías como antecedente fue la placenta previa con un 27,5% y antecedente quirúrgico la cesárea anterior con un 15,9%, la atonía uterina y el acretismo placentario fueron las indicaciones principales con un 39,1%, un 82,6% tuvo a la cesárea como vía de finalización de parto, y se demostró que la cesárea tiene 19.1 veces más que el parto vaginal de histerectomía, además un 91,3% ingresó a la unidad de cuidados intensivos, no se registró muerte materna ²⁴.

Tang et al (2013) en un estudio retrospectivo, en una clínica particular, se registró a 16 pacientes desde el 2000 hasta 2011, el 75% tuvo como antecedente cesárea anterior o legrado, en 12 pacientes la cesárea fue la vía de finalización del parto, un 68,8% fue una intervención de

emergencia y a un 68,8% se realizó histerectomía total. Las indicaciones más frecuente fue el acretismo placentario ²⁵.

2.2. BASES TEÓRICAS

La histerectomía periparto es una intervención quirúrgica en donde se extrae el útero, ya sea antes del parto, después del parto, de un aborto o durante el puerperio; por lo que se da bajo la condición de un útero grávido o de un útero que ha sido ocupado por una gestación, se reserva para aquellas situaciones en las que el manejo conservador para preservar el útero ha fallado, es considerado también un procedimiento de emergencia para preservar la vida materna ^{6,26}.

En Florencia Italia, durante el siglo XVIII en 1768, se realiza la primera extracción uterina, en animales por el médico Joseph Cavallini, mientras que en humanos, en 1868, en Boston, el medico Horatio Robinson Storer, es quien realiza una cesárea más histerectomía en una paciente que presentaba obstrucción en el canal del parto por una tumoración, pero falleció tres días después de la intervención²⁷.

En Italia en 1876 se reporta la primera histerectomía subtotal en una paciente de 25 años de edad de estatura baja, madre y niño sobreviven después de la cesárea realizada por el cirujano Eduardo Porro es por ello que esta intervención lleva su nombre²⁷.

2.2.1. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

Existen algunas características que predisponen a esta intervención quirúrgica^{14, 30, 31}. Dentro de estos encontramos:

Edad materna avanzada, considera pacientes mayores de 35 años otros estudios la han definido como 40 años de edad o mayor, y otra categoría de "edad de materna muy avanzada" ha sido propuesto para

las mujeres mayores 45 años o mayores 50 años. Las mujeres que dan a luz a una edad materna avanzada tienen más riesgo de una serie de complicaciones en el embarazo así como las pacientes adolescentes.⁷

Multiparidad, Ibrahim *et. al* (2014) describe en su estudio que la mayoría de las pacientes histerectomizadas fueron multíparas¹², siendo las pacientes multíparas las pacientes que tuvieron entre 2 y 5 nacidos vivos y nacidos muertos ≥ 20 semanas gestaciones, y las gran multípara son las que presentan >5 , las pérdidas durante el embarazo de menos de 20 semanas de gestación se consideran abortos ³². Aguilar *et al*, describe que la paridad promedio de 96 pacientes histerectomizadas fue de 3 gestaciones, considerando a la multiparidad como un factor de riesgo ²⁰.

Edad gestacional, Van Den Akker *et al* describió que los controles prenatales completos son factores protectores⁸, Jakobsson *et al.* (2015) describe que tanto el parto prematuro como el posparto aumentaron el riesgo de histerectomía periparto¹⁴.

Periodo intergenésico, el intervalo de tiempo entre un embarazo y el siguiente puede afectar el riesgo de complicaciones en el embarazo. Los intervalos de embarazo a corto y largo se han asociado con un resultado adverso, pero la mayor parte de los efectos adversos se han asociado con intervalos cortos, si el intervalo de embarazo es un factor de riesgo biológico independiente significativo para los eventos adversos del embarazo es importante porque las mujeres tienen cierto control sobre el espaciamiento de sus embarazos²⁵.

Antecedente instrumentación uterina, la cesárea es la extracción de un niño a través de una incisión en la pared del útero más común realizado en una sala de operaciones en los Estados Unidos, comprende casi un

tercio de los nacimientos³³, Van Den Akker et al. (2016) describieron que la cesárea previa aumenta en 7 veces el riesgo de histerectomía obstétrica ⁸.

Revisión de cavidad uterina con cureta, después del parto o cesárea. Uso de oxitócicos durante el trabajo de parto: trabajo o el uso de fuertes fármacos uterotónicos (por ejemplo, misoprostol) prolongada, que prolonga lugar la tensión en el miometrio. Sobredistensión de la cavidad uterina, ya sea absoluta o relativa al tamaño de la cavidad, puede ser el factor físico importante provocando la ruptura cuando el miometrio se debilita por cualquier razón ³⁴.

Embarazo múltiple, conformado por dos o más embriones o fetos dentro o fuera de la cavidad uterina tras concepción espontánea o inducida, sin consideración del número final de fetos ³⁵.

Ruptura prematura de membranas. Es la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas posterior a las 22 semanas de gestación producida antes del inicio del trabajo de parto ³⁵.

2.2.2. CLASIFICACIÓN

Según el momento de realización ⁶

- Cesárea-histerectomía: también denominada operación de Porro, donde la cesárea y la histerectomía, se realizan en un mismo tiempo.
- Histerectomía pos-cesárea, primero se realiza la cesárea, en un segundo tiempo se procede a la extracción del útero.
- Histerectomía posparto, cuando se realiza después de un parto vaginal, o durante el puerperio.
- Histerectomía posaborto, posterior a un aborto

De acuerdo a su extensión:

- Histerectomía subtotal, extracción de útero dejando cuello uterino, ovarios y trompas, disminuye el tiempo operatorio y reduce los riesgos intraoperatorios ²⁵.
- Histerectomía total, extracción de útero y el cuello uterino, pero se conserva ovarios y trompas de Falopio.

2.2.3. INDICACIONES

Las indicaciones de la histerectomía posparto de urgencia son variadas. El mayor porcentaje está relacionado con hemorragias ¹¹, que ocurren por causas directas como la atonía uterina y el acretismo placentario, entre otros o indirectas por la presencia de infecciones y exacerbación de tumores preexistentes, etc¹⁰.

El procedimiento puede ser de emergencia o electivo. La indicación más común para los procedimientos emergentes es la hemorragia uterina grave que no puede ser controlado por las medidas conservadoras³⁵. Tal hemorragia es más comúnmente debido a la placentación anormal o atonía uterina, cada uno con un 30 a 50 por ciento de las histerectomías periparto .Otras causas potenciales incluyen rotura uterina, leiomiomas, y laceración de vasos uterinos^{9,10}. La hemorragia obstétrica puede ser intraparto como la rotura uterina, antes del parto, como en la placenta previa o el desprendimiento prematuro de placenta, o posparto, por atonía uterina o desgarros del aparato genital¹⁸.

La ruptura del útero durante el embarazo, puede ser mortal para la madre y el feto. La mayoría de las rupturas se producen en mujeres que han tenido una incisión quirúrgica transmiometrial anterior, por lo general de parto por cesárea. La ruptura del útero sin cicatrices es raro,

pero la incidencia está aumentando. Se asocia con la morbilidad materna y neonatal importante más alta que los casos de ruptura del útero con cicatrices ³⁶. La rotura de un útero sin cicatrices puede ser causado por trauma, congénita o debilidad del miometrio adquirida, o puede debilitarse de trabajo o el uso de fuertes fármacos uterotónicos (por ejemplo, misoprostol) prolongada, que prolonga lugar la tensión en el miometrio, la sobredistensión de la cavidad uterina, ya sea absoluta o relativa al tamaño de la cavidad por ejemplo la multiparidad, puede ser el factor físico importante provocando la ruptura ³⁴.

Placenta acreta se refiere a una implantación anormal de parte o toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal, la placenta increta se muestra cuando las vellosidades coriónicas penetran hasta el miometrio y la placenta percreta cuando estas vellosidades coriónicas penetrar a través del miometrio a la serosa uterina hasta órganos adyacentes. La patogénesis se atribuye principalmente a decidualización defectuosa del sitio de implantación. El manejo es la histerectomía obstétrica total, debido a su frecuente asociación con placenta previa y cicatrices de cesáreas previas ³⁷, en un estudio la principal indicación de histerectomía periparto fue la placentación anormal con un 64,2% ¹².

La placenta previa es la ubicación de la placenta que sobre el orificio cervical interno, condiciona a sangrado severo y parto prematuro, así como la necesidad de culminar la gestación por cesárea. Debe sospecharse placenta previa en cualquier mujer embarazada de más de 20 semanas de gestación que presente sangrado vaginal ³⁸, la placenta previa aumenta diez veces el riesgo de histerectomía obstétrica ¹⁵.

La hemorragia posparto es una emergencia obstétrica. Es una de las cinco principales causas de mortalidad materna tanto en los países con

ingresos per cápita altos como bajos, aunque el riesgo absoluto de muerte es mucho menor en los países de altos ingresos. El diagnóstico oportuno, los recursos apropiados y el manejo adecuado son fundamentales para prevenir la muerte. La atonía uterina es la ausencia de contracción uterina luego del alumbramiento originando sangrado severo. Sus principales factores de riesgo son la sobredistensión uterina ya sea por gestación múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal, trabajo de parto prolongado o multiparidad ³⁹, la tasa de histerectomía indicada por atonía uterina después de la cesárea repetida aumentó casi 4 veces ¹⁰.

La endometritis se refiere a la inflamación del endometrio, el revestimiento interno del útero. La endometritis posparto es una causa frecuente de morbilidad febril postparto. La infección también puede extenderse al miometrio (llamada endometritis) o involucrar al parametrio (llamado parametritis), se debe descartar la existencia de restos ovulares. El raspado de la cavidad se realiza con adecuada contracción uterina. La endometritis es la infección más común durante el puerperio, afecta el 5% de todos los embarazos aproximadamente, es 4 a 7 veces más común en pacientes cesareadas ⁴⁰.

También otras indicaciones de origen infecciosos se describe a la corioamnionitis y abscesos miometriales

2.2.4. COMPLICACIONES

Procedimientos emergencia están asociados con una mayor tasa de complicaciones que los procedimientos planeado ⁸.

Las complicaciones más frecuentes pueden clasificarse en ¹⁹:

Relacionadas con la pérdida sanguínea masiva, pre e intraoperatoria. Shock hipovolémico, en una mujer embarazada difiere en dos aspectos

importantes, primero, ocurren cambios fisiológicos normales en la mayoría de los sistemas de órganos durante el embarazo, en segundo lugar, la madre y el feto son vulnerables durante el embarazo. Por lo tanto, la atención crítica obstétrica implica la evaluación y el manejo simultáneos de la madre y el feto, que tienen diferentes perfiles fisiológicos. Durante el choque, la perfusión es insuficiente para satisfacer las demandas metabólicas de los tejidos; en consecuencia, se produce hipoxia celular ^{38,33}.

Anemia aguda, la anemia en el embarazo es común y está relacionada con la hemorragia posparto. Cuanto más severa es la anemia, más probable que haya sido mayor la pérdida de sangre y el resultado adverso²⁹.

Muerte, aunque no muy frecuente, durante el año 2016 en la institución, se registraron 7 muertes maternas, de las cuales una fue de causa hemorrágica⁴, sin embargo la literatura describe que un gran porcentaje ingresa a la unidad de cuidados intensivos. Lone *et al* describe que un 75 % ingresa a la unidad de cuidados intensivos asociada ¹¹, en Perú Ramírez *et al* (2017) describe que ingresa a la unidad de cuidados intensivos, el 91,3%²⁴.

Relacionadas con el acto quirúrgico en sí.

Lesiones de vejiga, el parto por cesárea anterior fue un predictor de lesión de vejiga, OR1, 86 IC 95% ¹³.

Lesiones de uréter. La cercanía a los órganos como la vejiga y el uréter en acretismo placentario incrementan el riesgo de lesión ²⁵.

Fístulas: vesicovaginales y ureterovaginales, son una complicación infrecuente de una histerectomía o cesárea, en los países en desarrollo

son secundarias a una lesión isquémica en una distocia fetopélvica, a causa de un largo período entre de trabajo de parto y la realización de la cesárea ⁴¹.

Lesión de intestinal puede ocasionarse en OR 1,83; IC 95%, en pacientes histerectomizadas que tienen como vía de finalización de gestación la cesárea ¹³.

2.3. HIPÓTESIS

El presente estudio es de diseño descriptivo, por tal motivo no requiere hipótesis

2.4. VARIABLES

- Edad
- Grupo etario: Adolescente, Entre 19 y 35 años, Edad materna avanzada
- Estado Civil: Soltera, Casada, Conviviente
- Grado de Instrucción: Primaria, Secundaria, Superior
- Procedencia: Rural, Urbano
- Paridad: Nulípara, Primípara, Multípara, Gran multípara
- Controles prenatales: Sin control prenatal, 1-5 controles, 6 a más controles
- Edad gestacional: Pre término(20 a <37ss), Terminó (37 a 42ss), Post Terminó (> 42 ss)
- Período intergenésico: Corto (menos de 2 años), Entre 2 a 4 años, Largo (más de 4 años)
- Embarazo múltiple: SI, NO

- patologías durante la gestación: Placenta previa, Macrosomía fetal, Preeclampsia/Eclampsia, RPM prolongado/ corioamnionitis, Polihidramnios, Otros
- antecedente quirúrgico: Cesárea, miomectomía, Legrado uterino, Otro
- Evento previo: Parto vaginal, Cesárea, legrado uterino
- Indicación de Histerectomía: Ruptura uterina, Acretismo placentario, Atonía uterina, Infección puerperal, otros
- Tipo de histerectomía: Total, Subtotal
- complicaciones post histerectomía: Shock hipovolémico, Lesión vesical, Ingreso a UCI, Fistula vesico vaginal, Infección Herida operatoria y/o Absceso, CID, Otras
- Condición de egreso posthisterectomía: Mejorada, Fallecida

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- EDAD: Edad cronológica en años cumplidos por la madre al momento del parto, a su vez será clasificada en adolescente (< 19 años), entre 19 y 35 años y edad materna avanzada (> de 35 años)⁷.
- ESTADO CIVIL: Condición de una persona según el registro civil si tiene o no pareja: soltera, conviviente o casada.
- GRADO DE INSTRUCCIÓN: Grado más elevado de estudios realizados: primaria, secundaria o superior.
- PROCEDENCIA: Lugar de residencia de paciente consignada en la historia clínica: rural o urbana.
- PARIDAD: Número en que la paciente ha tenido nacimientos vivos o muertos mayores de 20 semanas: Nulípara, Primípara, Multípara (entre 2 a 5) o Gran multípara (> de 5)¹².
- CONTROL PRENATAL: El número de veces que la paciente asistió o no a control prenatal durante todo su embarazo.: sin controles prenatales, de 1 a 5 controles prenatales o más de 6 controles prenatales³⁵.

- EDAD GESTACIONAL: Tiempo transcurrido desde la fecha de última regla a la fecha del parto: pretérmino (entre 20 y menos de 37 semanas), Término (entre 37 y 42 semanas) o Postérmino (más de 42 semanas) ³⁵.
- PERIODO INTERGENÉSICO: Tiempo transcurrido entre la fecha del último parto de la paciente hasta la fecha de última regla: corto (menos de 2 años), entre 2 y 4 años o largo (más de 4 años) ³⁵.
- EMBARAZO MÚLTIPLE: Embarazo con dos o más fetos dentro de la cavidad uterina tras concepción ³⁵.
- PATOLOGIAS DURANTE LA GESTACION: Enfermedades diagnosticadas durante el embarazo actual registrado en la historia clínica: Placenta previa, macrostomia fetal, preeclampsia/Eclampsia, RPM prolongado/ corioamnionitis, polihidramnios, otros).
- ANTECEDENTE QUIRÚRGICO. Antecedente de intervención quirúrgica consignada en la historia clínica: cesárea, miomectomía, legrado uterino, otro.
- EVENTO PREVIO: Conjunto de acontecimientos que conllevan a la finalización de la gestación con expulsión del feto y sus anexos: Parto vaginal, cesárea, legrado uterino.
- INDICACIÓN DE HISTERECTOMÍA. Patología por la que el medico ginecólogo obstetra decide la histerectomía obstétrica, dato consignado en la historia clínica: Ruptura uterina, acretismo placentario, atonía uterina, infección puerperal, otros³⁵.
- TIPO DE HISTERECTOMÍA: Intervención quirúrgica por la cual se extrae el útero: total o subtotal, con salpingooforectomía o sin salpingooforectomía ³⁵.
- COMPLICACIONES DE HISTERECTOMIAS: Situaciones de riesgo que surgen durante o después de la histerectomía: shock hipovolémico, lesión vesical, ingreso a UCI, fistula vesicovaginal, infección Herida quirúrgica y/o Absceso, CID, otras.

- CONDICION DE EGRESO POSTHISTERECTOMIA: Estado de la paciente cuando se le dio egreso del hospital: mejorada o fallecida.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE ESTUDIO

- Según la intervención del Investigador: no experimental, el investigador no interviene.
- Según la planificación de la toma de datos: retrospectivo, los datos se recogen de registros de archivos.
- Según el número de ocasiones en que se mide la variable: transversal, las variables son medidas en un solo tiempo.
- Según el número de variables de interés : Descriptivo

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

- Delimitación espacial: El presente trabajo se realizó en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Delimitación temporal: La investigación se desarrolló durante el período comprendido entre los meses diciembre 2017 – enero 2018.
- Delimitación social: Pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal a quienes se les realiza, histerectomía periparto, durante los años 2015 y 2017.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. DELIMITACIÓN DE POBLACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes a quienes se les realiza histerectomía periparto durante el periodo 2015-2017.
- Pacientes en cuyas historias clínicas se precisaron las condiciones para estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Paciente quienes no se les realiza histerectomía periparto
- Pacientes en cuyas historias clínicas se encuentran incompletas para el estudio.

3.3.2. SELECCIÓN DE MUESTRA

- Unidad de Análisis:

Cada una de las pacientes a quienes se les realiza histerectomía periparto en el Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el año 2015- 2017 y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión correspondientes.

- Unidad de Muestreo:

Cada una de las historias clínicas de los pacientes a quienes se les realiza histerectomía periparto en el Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el año 2015- 2017 y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

- Tamaño de la muestra:

Muestreo probabilístico, de tipo aleatorio simple:

Población N=125

Nivel Confianza 95% Z =1.96 Z² =3.8416

Margen Error E=0.05 E² =0.0025

Que ocurra 50% p=0.50

Que no ocurra 50% q=0.50

Fórmula:

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

Solución:

$$n = \frac{3.8416 * 124 * 0.50 * 0.50}{0.0025 * (124 - 1) + 3.8416 * 0.50 * 0.50} = 119.09 = 93.93$$

La muestra para el presente trabajo fue de 94 pacientes

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolectar los datos se usó una ficha de recolección de datos El instrumento fue elaborado por el autor del estudio a su vez fue validado, el cual consta de 3 partes:

- Aspectos sociodemográficos: edad, estado civil, grado de instrucción, procedencia
- Características obstétricas: formula obstétrica, paridad, controles prenatales, edad gestacional, periodo intergenésico, embarazo múltiple, patologías durante la gestación, antecedente quirúrgico, evento previo.
- Histerectomía obstétrica: Indicación de histerectomía, tipo de histerectomía, tratamiento de anexos, complicación post histerectomía de emergencia, condición de egreso.

Validez y confiabilidad:

El instrumento a utilizar es una ficha de recolección de datos, se evaluó la validez de contenido de instrumento mediante juicio de expertos, se verifico la concordancia de las respuesta de los expertos mediante la prueba binomial con un nivel de significancia de 5%, es decir, un valor $p < 0,05$ resultó significativo, las tablas se encuentran en el ANEXO 04.

Para la recolección de datos se llevaron a cabo tareas específicas que se detallan a continuación:

- Se solicitó autorización al departamento de investigación del Instituto Nacional Materno Perinatal para la ejecución del estudio, previa aprobación del proyecto.
- Se coordinó con el Jefe de la Unidad de archivo del Instituto Nacional Materno Perinatal para la búsqueda de las historias

clínicas de las pacientes que participaron en nuestra muestra de estudio.

- Se usó el instrumento ANEXO 02 para la recolección de datos de las historias clínicas que cumplan con los criterios de inclusión.
- Los datos recogidos fueron almacenados en el programa Excel, luego vaciados en el programa estadístico SPSS 23, con el fin de crear una base de datos, se considerará la operacionalización de variables, una vez realizado lo anterior se procederá con el análisis estadístico.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis descriptivo de las variables cualitativas del presente estudio se calcularán las frecuencias absolutas (n) y relativas (%), para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se calcularán las medidas de tendencia central como la media y de dispersión como la desviación estándar, ambas se realizaron en el programa SPSS 23.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

TABLA 01

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZA HISTERECTOMÍA PERIPARTO

Características obstétricas	n	%
N^a de nacimientos (media ± DE)	3,4 ± 1,6	
Paridad		
Nulípara	3	3,2
Primípara	8	8,5
Multípara	76	80,9
Gran multípara	7	7,4
N^a de controles prenatales (media ± DE)	4,8 ± 2,3	
Controles prenatales		
Sin control prenatal	9	9,6
Controles prenatales insuficientes	54	57,4
De 6 a mas	31	33,0
Edad gestacional en semanas(media ± DE)	37,01 ± 3,6	
Edad Gestacional		
Pre término	37	39,4
Termino	56	59,6
Postérmino	1	1,1
Periodo intergenésico en años (media ± DE)	4,6 ± 2,7	
Periodo intergenésico		
Corto (< 2 años)	19	20,2
Entre 2 a 4 años	13	13,8
Largo (> 4 años)	54	57,4
No aplica	8	8,5
Embarazo múltiple		
Si	1	1,1
No	93	98,9

Fuente: Ficha de recolección de datos - archivo de historia clínicas.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 01 se puede observar que el promedio del número de gestaciones de las pacientes histerectomizadas es de 3,4 ± 1,6 (DE), el 80,9% del total de pacientes son multíparas, el promedio del número de controles prenatales de 4,8 ± 2,3(DE), el 57,4% tuvo controles prenatales insuficientes durante su gestación, el promedio de la edad gestacional del total de pacientes fue de 37,01 ± 3,6 (DE) semanas, 59,6 % fueron a término, el promedio del periodo intergenésico fue de 4,6 ± 2,7 (DE) años, un 57,4% tiene periodo intergenésico largo y un 98,9% no tuvo embarazo múltiple.

TABLA 02
ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS PACIENTES A QUIENES
SE LES REALIZA HISTERECTOMÍA PERIPARTO

		<i>n</i>	%
Edad (Años)	Edad (media ± DE)	33,07 años ± 5,1	
	Mínimo	23	
	Máximo	44	
Grupo etario	>19 años - < 35 años	58	61,7
	Edad materna avanzada	36	38,3
Estado civil	Conviviente	69	73,4
	Casada	18	19,1
	Soltera	7	7,4
Grado de instrucción	Primaria	4	4,3
	Secundaria	73	77,7
	Superior	17	18,1
Procedencia	Urbana	94	100,0
<i>n= 94</i>			

Fuente: Ficha de recolección de datos - archivo de historia clínicas.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 02 podemos apreciar que la edad promedio de las pacientes a quienes se les realiza histerectomía periparto fue de 33,07 años ± 5,1 (DE), con una edad mínima de 23 años y una edad máxima de 44 años, el 61% comprende entre 19 y 35 años, 38.3% tienen edad materna avanzada, no se encontraron adolescentes, 73,4% son convivientes, el 77,7% tienen grado de instrucción secundaria, y el 100% proviene de zona urbana.

TABLA 03
PATOLOGÍAS DURANTE LA GESTACIÓN DE LAS PACIENTES A
QUIENES SE LES REALIZA HISTERECTOMÍA PERIPARTO

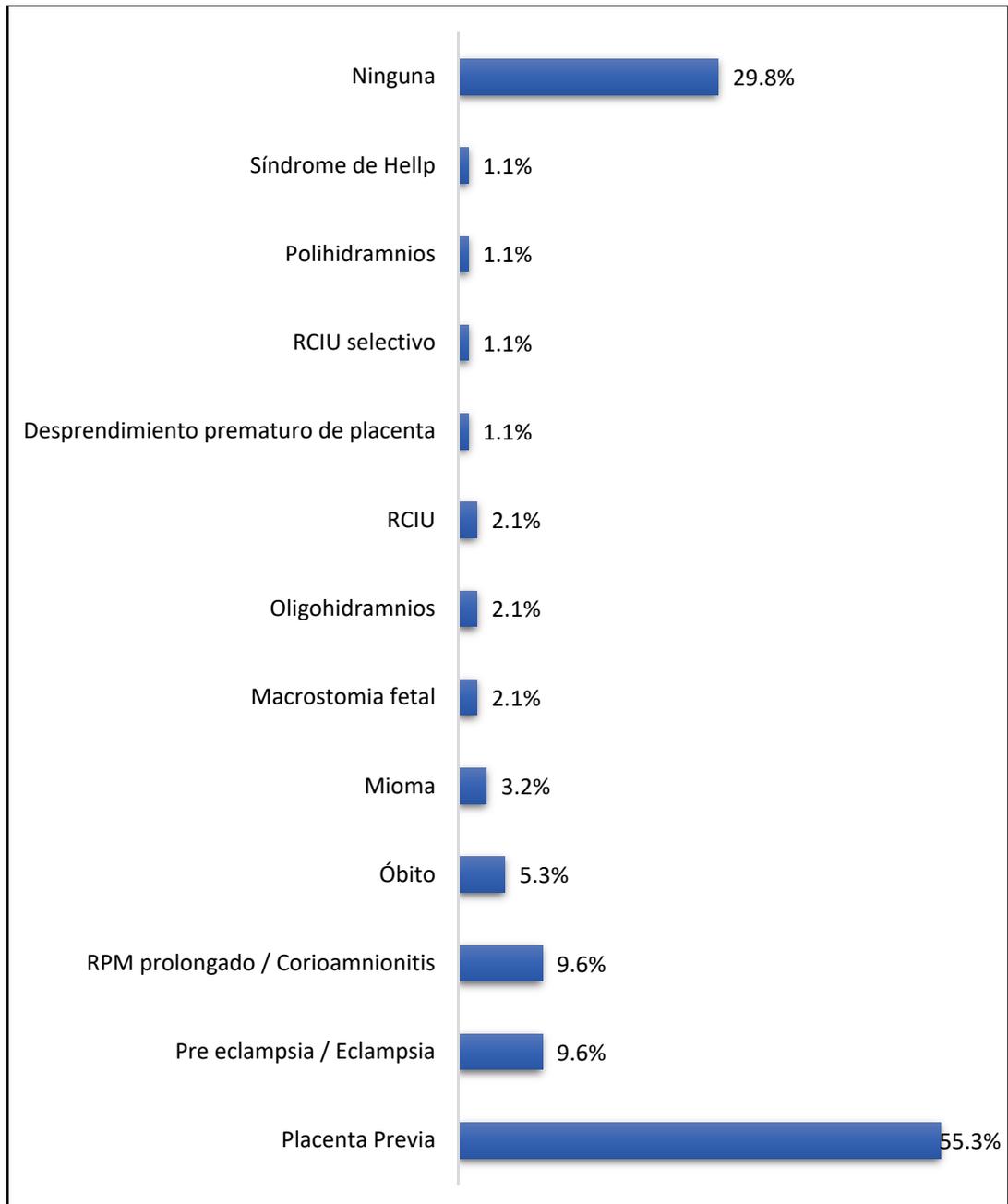
Patologías durante la gestación	n	%
Placenta Previa	52	55,3
Pre eclampsia / Eclampsia	9	9,6
RPM prolongado / Corioamnionitis	9	9,6
Óbito	5	5,3
Mioma	3	3,2
Macrosomía fetal	2	2,1
Oligohidramnios	2	2,1
RCIU	2	2,1
Desprendimiento prematuro de placenta	1	1,1
RCIU selectivo	1	1,1
Polihidramnios	1	1,1
Síndrome de Hellp	1	1,1
Ninguna	28	29,8

Fuente: Ficha de recolección de datos - archivo de historia clínicas.

INTERPRETACIÓN:

La tabla 03 muestra que la patología más frecuente durante la gestación fue la placenta previa con un 55,3% del total de pacientes, un 29,8% no presentó ninguna patología durante la gestación (n=94).

GRÁFICO 01
PATOLOGÍAS DURANTE LA GESTACIÓN DE LAS PACIENTES A
QUIENES SE LES REALIZA HISTERECTOMÍA



Fuente: Ficha de recolección de datos - archivo de historia clínicas.

TABLA 04
ANTECEDENTE QUIRÚRGICO DE LAS PACIENTES A QUIENES SE LES
REALIZA HISTERECTOMÍA PERIPARTO

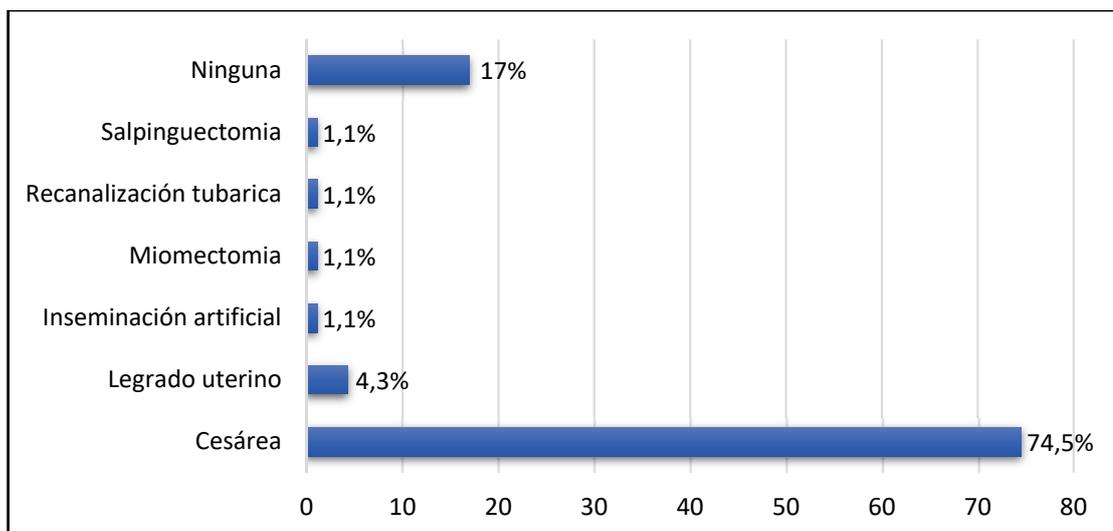
	n	%
Cesárea	70	74,5
Nª de cesárea	1,32 ± 1	
Legrado uterino	4	4,3
Inseminación artificial	1	1,1
Miomectomía	1	1,1
Recanalización tubárica	1	1,1
Salpinguectomía	1	1,1
Ninguna	16	17,0

Fuente: Ficha de recolección de datos - archivo de historia clínicas.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 04, se observa que el antecedente quirúrgico más frecuente es la cesárea, con un 74,5% del total de pacientes, con un promedio de 1,32 ± 1 DS. (n=94)

GRÁFICO 02
ANTECEDENTE QUIRÚRGICO DE LAS PACIENTES A QUIENES SE LES
REALIZA HISTERECTOMÍA PERIPARTO



Fuente: Ficha de recolección de datos - archivo de historia clínicas.

TABLA 05

EVENTO PREVIO A LA REALIZACIÓN DE HISTERECTOMÍA PERIPARTO

	n	%
Cesárea	86	91,5
Legrado uterino	6	6,4
Parto vaginal	2	2,1

n=94

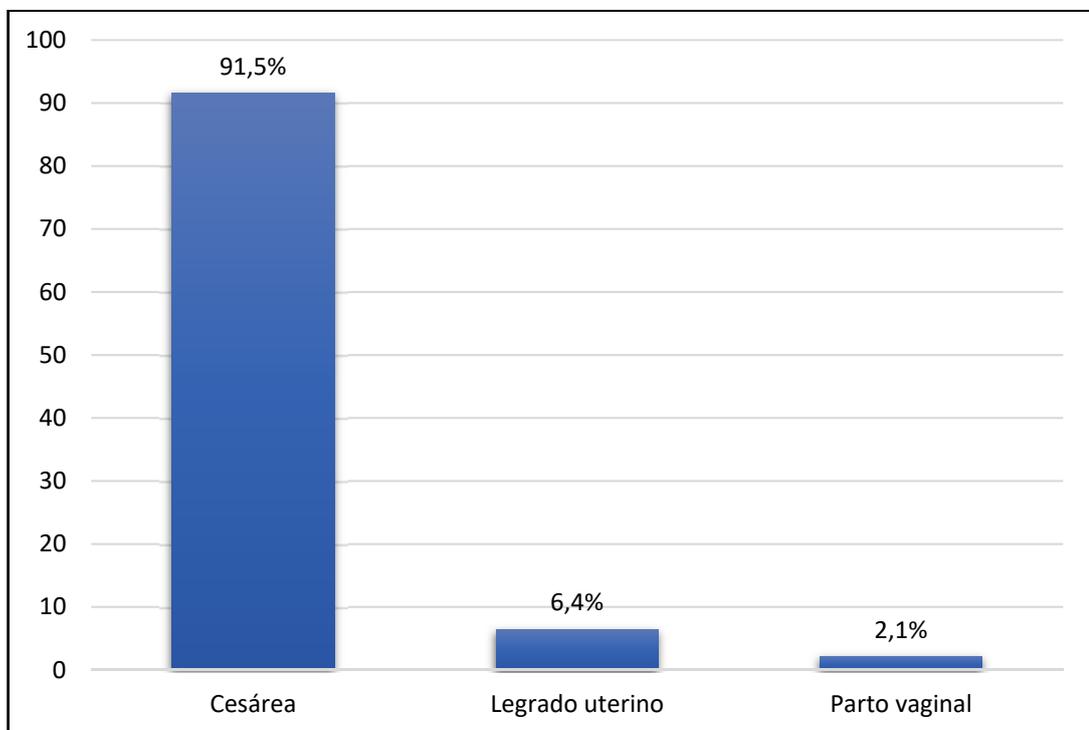
Fuente: Ficha de recolección de datos - archivo de historia clínicas.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 05 se muestra que el evento obstétrico previo a la realización de histerectomía es la cesárea con un 91,5% del total de pacientes.

GRÁFICO 03

EVENTO PREVIO A LA REALIZACIÓN DE HISTERECTOMÍA PERIPARTO



Fuente: Ficha de recolección de datos - archivo de historia clínicas.

TABLA 06
INDICACIÓN DE HISTERECTOMÍA PERIPARTO

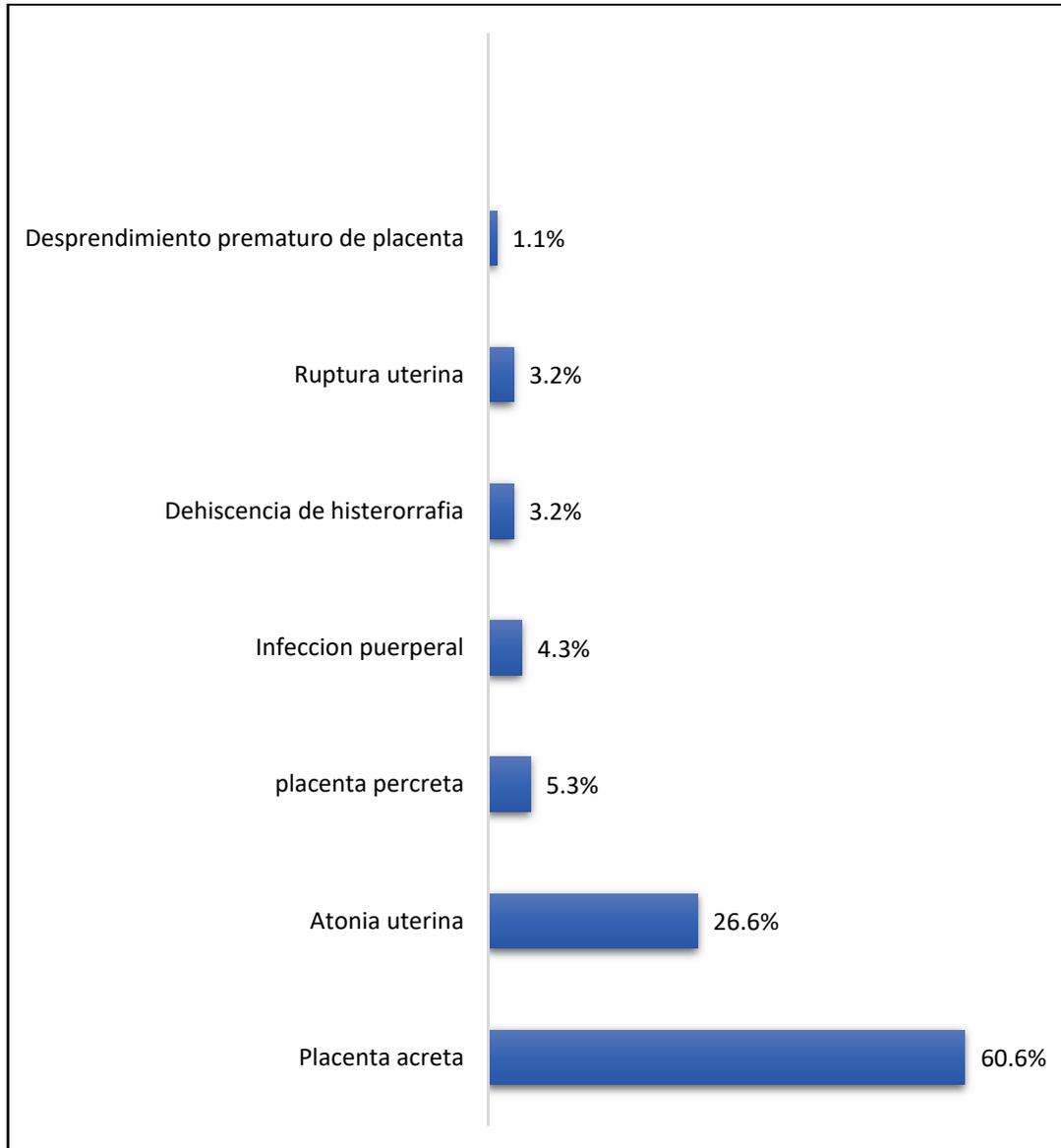
Indicación	n	%
Placenta acreta	57	60,6
Atonía uterina	25	26,6
Placenta percreta	5	5,3
Infección puerperal	4	4,3
Dehiscencia de histerorrafia	3	3,2
Ruptura uterina	3	3,2
Desprendimiento prematuro de placenta	1	1,1

Fuente: Ficha de recolección de datos - archivo de historia clínicas.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 06 se puede observar que al indicación más frecuente de histerectomía periparto es el acretismo placentario con un 60,6% del total de pacientes (n=94).

GRÁFICO 04
INDICACIÓN DE HISTERECTOMÍA PERIPARTO



Fuente: Ficha de recolección de datos - archivo de historia clínicas.

TABLA 07
COMPLICACIONES POSTHISTERECTOMÍA PERIPARTO

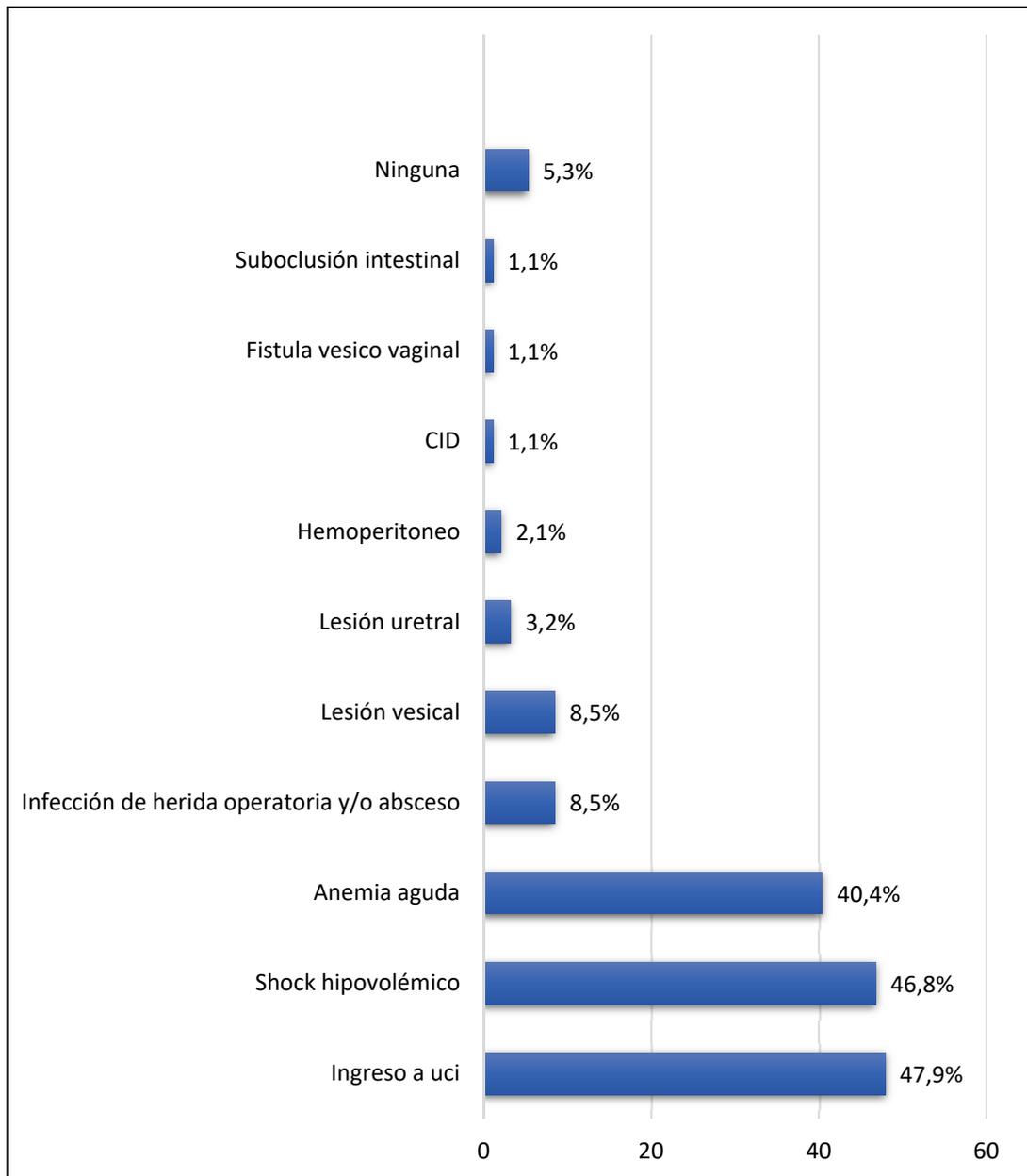
	n	%
Ingreso a uci	45	47,9
Shock hipovolémico	44	46,8
Anemia aguda	38	40,4
Infección de herida operatoria y/o absceso	8	8,5
Lesión vesical	8	8,5
Lesión uretral	3	3,2
Hemoperitoneo	2	2,1
CID	1	1,1
Fistula vesicovaginal	1	1,1
Suboclusión intestinal	1	1,1
Ninguna	5	5,3

Fuente: Ficha de recolección de datos - archivo de historia clínicas.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla se muestra que la complicación más frecuente en las pacientes a quienes se les realiza histerectomía periparto es el ingreso a uci, con un 47,9%, seguido de shock hipovolémico, además un 5,3% no tuvo ninguna complicación.

GRÁFICO 05
COMPLICACIONES POSTHISTERECTOMÍA PERIPARTO



Fuente: Ficha de recolección de datos - archivo de historia clínicas.

TABLA 08
TIPO DE HISTERECTOMÍA PERIPARTO

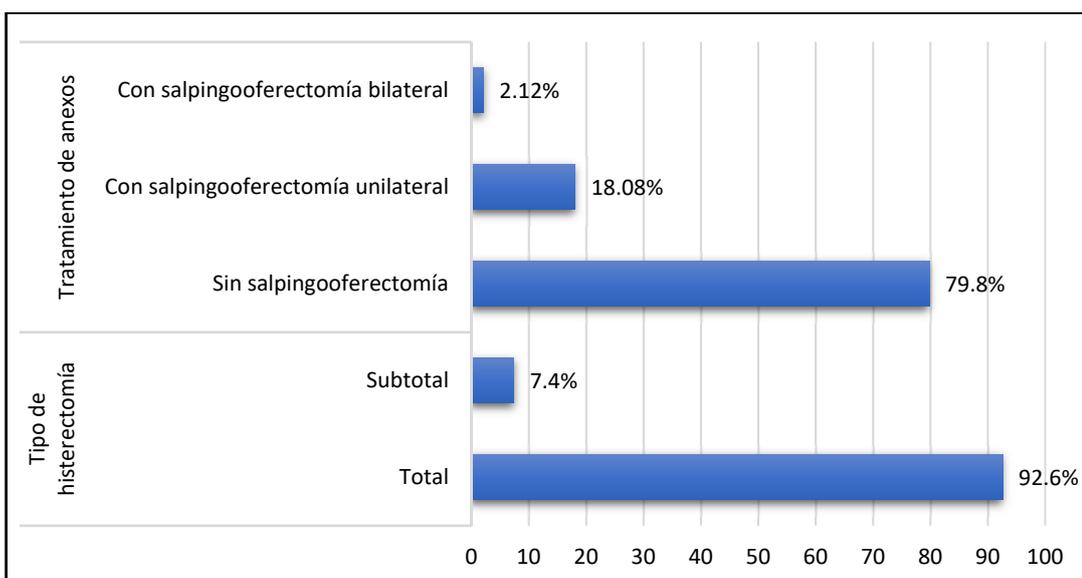
		n	%
Tipo de histerectomía	Total	87	92,6
	Subtotal	7	7,4
Tratamiento de anexos	Sin salpingooferectomía	75	79,8
	Con salpingooferectomía unilateral	17	18,02
	Con salpingooferectomía bilateral	2	2,12

Fuente: Ficha de recolección de datos - archivo de historia clínicas.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla se muestra que tipo de histerectomía periparto más frecuente realizada es la total con 92,6%, el tratamiento de anexos sin salpingooferectomía fue de 79,8% en total de pacientes y las pacientes con salpingooferectomía bilateral fue de 2,12% (n=94).

GRÁFICO 06
TIPO DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA



Fuente: Ficha de recolección de datos - archivo de historia clínicas.

TABLA 09
CONDICIÓN DE EGRESO MATERNO DE PACIENTES
POSTHISTERECTOMÍA PERIPARTO

	n	%
MEJORADA	94	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos - archivo de historia clínicas.

INTERPRETACIÓN:

Se observa en la tabla que el total de pacientes a quienes se les realiza histerectomía periparto (n=94), tienen egreso materno bajo la condición de mejorada, no se observa ninguna muerte materna.

4.2. DISCUSIÓN

En este este trabajo se tiene como objetivo, describir las principales características obstétricas que influyen en un desenlace de histerectomía periparto.

En su gran mayoría son multíparas con un promedio de 3 nacimientos como antecedente, en Perú, Ramirez et al (2017)²⁴, en Cuba, Aguilar et al. (2012)²⁰ y Mesbah *et al.* (2012)¹⁷ describen datos similares. Además en el presente estudio se encontró que la mayoría de pacientes tuvo controles prenatales insuficientes en un rango de 2 a 5 controles, Van Den Akker describió que los controles prenatales completos fueron protectores (OR 0,12, IC 95%)⁸, la edad gestacional promedio fue de 37 semanas, mientras que Jakobsson *et al.* (2015) describe que tanto el parto prematuro como el posparto aumentaron el riesgo de histerectomía¹⁴, el periodo intergenésico que predominó en el presente estudio fue el largo, casi el total de las pacientes en estudio no tuvieron embarazo múltiple, en Estados Unidos, Govindappagari *et al.* (2016) describe que el 98% de las pacientes histerectomizadas no tuvo embarazo múltiple⁹ exonerando a este como un factor de riesgo.

En cuanto a los aspectos socio demográficos, tenemos que la mayoría de las pacientes en estudio tienen una edad promedio de 33 años, en Estados Unidos Bateman *et al.* (2012), el 50% de las pacientes histerectomizadas por año se encuentra entre el rango de 25 y 34 años¹⁰, en Reino Unido, Lone *et. al* (2010) en una revisión retrospectiva los últimos 20 años, describe que este tipo de pacientes se encuentran en un rango de edad entre 30 y 34 años¹¹, y en Colombia Casas *et al.* (2013) la edad promedio fue de 30 años²¹, es de considerar que las edades maternas extremas no son característica predominante en histerectomía periparto, de los demás aspectos socioeconómicos en su mayoría

convivientes con un grado de instrucción secundaria y procedencia urbana.

En cuanto a las patologías más frecuente durante la gestación en la presente investigación fue la placenta previa, tanto Van Den Akker *et al en Estados Unidos* ⁸, Lone *et. al en Reino Unido*¹¹, Ibrahim *et. al en Canadá*¹², describen a la placenta previa como antecedente patológico predominante, en Estados unidos Bateman *et al. (2012)* describe que la tasa de histerectomía por placentación anormal aumentó 1,2 veces; la tasa de histerectomía indicada por atonía uterina después de la cesárea repetida aumentó casi 4 veces, después de la cesárea primaria aproximadamente 2,5 veces, y después del parto vaginal aproximadamente 1.5 veces ¹⁰. Es previsible que cada vez sea más preocupante la creciente tasa de partos por cesárea en todo el mundo. Por lo tanto, se enfatiza que la cesárea primaria debe hacerse solo por una razón válida.

En cuanto a la principal indicación estudios realizados hace más de 20 años atrás en Perú indican como principal indicación de histerectomía a la atonía uterina ^{22,23}. Actualmente la principal indicación según Tang *et al (2013)*²⁵ es el acretismo placentario, aunque Ramírez *et al (2017)* describe a ambas como las principales causas ²⁴, En Colombia Casas *et al. (2013)* describe a la atonía uterina como la principal indicación²¹ al igual que en México según Vega *et al. (2017)* ¹⁹, y Fernández *et al. (2017)*¹⁸, en la India Gupta *et al. (2017)* La indicación primaria fue la placentación anormal Jakobsson *et al. (2015)* describe similar dato, esto demostraría el cambio de indicación de cesárea a través del tiempo¹⁴.

De la complicaciones casi la mitad de la población en estudio ingreso a la unidad de cuidados intensivos, en Perú Ramírez *et al (2017)*²⁴ describe que ingresa a la unidad de cuidados intensivos, el 91,3%; en Egipto

Mesbah *et al.* (2012) solo un 17,2% requirieron ingreso a la unidad de cuidados intensivos¹⁷, mientras que en India Gupta *et al.* (2017) lo hace el 56%, todas necesitaban transfusión de sangre¹⁶. En Suecia Hesselman *et al.* (2017) que en las pacientes histerectomizadas el parto por cesárea previo fue un predictor de lesión de vejiga OR 1.86, IC 95%¹³, mientras Vega *et al.* (2017), en México describe a la complicación más frecuente a la anemia aguda con un 83%¹⁹, datos similares describen En Cuba, Aguilar *et al.* (2012)²⁰ y en Colombia Casas *et al.* (2013)²¹.

Y de la condición egreso en el presente estudio todas la pacientes egresan como mejoradas, Vega *et al.* (2017), en México, reporta una muerte materna, al igual que Colombia Casas *et al.* (2013)²¹. A medida que transcurren los años el número de muerte materna ha ido en descenso.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- De las características obstétricas , más de la mitad de las pacientes en estudio fueron multíparas con un promedio 3 nacimientos; casi la mitad de pacientes tuvo controles prenatales insuficientes con un promedio de 4; la edad gestacional en la que se finaliza el embarazo fue, a termino con un promedio de 37 semanas, el periodo intergenésico que tuvo la mayoría de pacientes fue el largo con un promedio de 4,6 años; sólo hubo un embarazo múltiple; de la patología más frecuente durante la gestación fue la placenta previa, aproximadamente la tercera parte no reportaba patologías durante el embarazo, dentro de las antecedentes quirúrgicos tenemos que la cesárea anterior fue la predominante y que el evento previo a la realización de histerectomía fue la cesárea en su gran mayoría.
- De los aspectos socio demográficos podemos describir que la edad promedio fue de 33 años, es decir no predominan ni adolescentes y la edad materna avanzada, con un estado civil en su mayoría conviviente, el grado de instrucción de nivel secundaria en su mayoría, y que el total de pacientes tienen procedencia urbana.
- Principal indicación de histerectomía en más de la mitad de pacientes fue el acretismo placentario, seguida de atonía uterina.
- Dentro de las complicaciones más frecuente fue el ingreso a la unidad de cuidados intensivos seguido de shock hipovolémico, y anemia aguda, solo se describió una paciente con fistula vesicovaginal como complicación; y el tipo de histerectomía más frecuentemente realizada fue la total sin salpingooforectomía.

- En cuanto a la mortalidad materna, no se reportó ninguna, todas pacientes egresaron bajo la condición de mejoradas.

5.2. RECOMENDACIONES

- Capacitación constante del personal médico en la identificación temprana de la placentación anormal (placenta previa, placenta acreta) que permitirá una mejor planificación perioperatoria y, por lo tanto, conduce a mejores resultados.
- Evitar cesáreas innecesarias, particularmente en el primer embarazo.
- Contar con un personal de salud familiarizado con el procedimiento además de contar con una Unidad de Cuidados Intensivos especializada para lograr resultados satisfactorios.
- La necesidad de un protocolo riguroso para el manejo la hemorragia obstétrica, ayudara a disminuir la morbilidad y mantener los bajos niveles de mortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016 junio; 387(10017).
2. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller A, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014 junio; 2(6): p. e323-e333.
3. Centro Nacional de Epidemiología PyCdE. Distribucion de muerte materna 2017. 2017.
4. BOLETÍN ESTADÍSTICO 2015 -2016. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal, Oficina de Estadística e Informática; 2017.
5. Khan K, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu M, Van Look P. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *The Lancet*. 2006 abril 1; 367(9516): p. 1066-1074.
6. Aller J, Moreno-Iztúriz J, Romero J. Cesare, Histerectomia obstetrica, Histerorrafia. In *Obstetricia moderna 3a Ed.*: Editorial McGraw-Hill-Interamericana; 2009. p. 571-583.
7. Fitzpatrick K, Tuffnell D, Kurinczuk J, Knight M. Pregnancy at very advanced maternal age: a UK population-based cohort study. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2017 junio; 124(7): p. 1097-1106.
8. Van den Akker T, Brobbel C, Dekkers O, Bloemenkamp K. Prevalence, Indications, Risk Indicators, and Outcomes of Emergency Peripartum Hysterectomy Worldwide: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2016 diciembre; 128(6): p. 1281-1294.

9. Govindappagari S, Wright J, Huang Y, Friedman A. Risk for Peripartum Hysterectomy and Center Hysterectomy and Delivery Volume. *Obstet Gynecol.* 2016 diciembre; 128(6): p. 1215–1224.
10. Bateman BT, Mhyre JM, Callaghan W, KuklinaMD, PhD E. Peripartum hysterectomy in the United States: nationwide 14 year experience. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2012 enero; 206(1): p. Pages 63.e1-63.e8.
11. Lone F, Sultan A, Thakar R, Beggs A. Risk factors and management patterns for emergency obstetric hysterectomy over 2 decades. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2010; 109: p. 12-15.
12. Ibrahim M, Ziegler C, Klam SL, Wieczorek P, Abenhaim A. Incidence, Indications, and Predictors of Adverse Outcomes of Postpartum Hysterectomies: 20-Year Experience in a Tertiary Care Centre. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* 2014 junio; 36(1): p. 14-20.
13. Hesselman S, Högberg U, Jonsson M. Effect of remote cesarean delivery on complications during hysterectomy: a cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2017 noviembre; 127(5): p. 564.e1-564.e8.
14. Jakobsson M, Tapper A, Colmorn L, Lindqvist P, Klungsøyr K, Krebs L, et al. Histerectomía de emergencia en el parto: resultados del Estudio de Vigilancia Obstétrica Nórdica (NOSS). *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015 julio; 94(7): p. 745-754.
15. Meng C, Li Z, Qiang W, Xiaodong F, Qian G, Xinghui Liu L. Peripartum hysterectomy between 2009 and 2010 in Sichuan, China. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2013; 120: p. 103-186.
16. Gupta T, Gupta S, Deepika , Gupta N. Changing trends in incidence, type, indication and maternal outcome of peripartum hysterectomy over

- 10 years at a tertiary care centre. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2017 junio; 6: p. 2216-2221.
17. Mesbah Y, Ragab A, Fialla E, Barakat R, Badawy A. Middle East Fertility Society Journal. Emergency peripartum hysterectomy: The experience of a tertiary referral hospital. 2013 junio; 18(2): p. 89-93.
 18. Fernandez J, Toro J, Martinez Z, De La Masa S, Villegas M. Tasa de hemorragia, histerectomía obstetrica y muerte materna relacionada. *Ginecol Obstet Mex*. 2017; 52(4): p. 247-253.
 19. Vega G, Bautista L, Rodríguez L, Loredo F, Vega J, Becerril A, et al. Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. *REV CHIL OBSTET GINECOL*. 2017; 82(4).
 20. Aguilar Ponce S, Safora Enríquez O, Rodríguez Izquierdo A. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*. 2012; 38(1): p. 107-116.
 21. Casas Peña R, Pérez Varela I, Chicangana Figueroa G. Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el Hospital Universitario San José de Popayán, 2006-2010. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2013 abril-junio; 64(2): p. (121-125).
 22. Orderique L, Chumbe O. Cesárea histerectomía en el Hospital María Auxiliadora. *Ginecología y Obstetricia*. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. 1998; 44(1).
 23. García F, Donayre A. Cesarea-histerectomía en el Hospital Nacional Guillermo Almenara. *Ginecología y Obstetricia*. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. 1999; 45(4).
 24. Ramírez Cabrera J, Cabrera Ramos S, Campos Siccha G, Peláez Chomba M, Poma Morales C. Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 – 2015 Obstetrical hysterectomy at Hospital

- San Bartolome, Lima, Peru 2003 – 2015. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2017; 63(1): p. 27-33.
25. Tang L, Albinagorta R. Histerectomía puerperal. Experiencia en una institucion privada. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2013; 59: p. 199-202.
 26. Briceño-Pérez C, Briceño-Sanabria L, García S, Jaimes T, Briceño-Sanabria J, Briceño-Sanabria C. Histerectomía obstétrica: análisis de 15 años. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2009; 69(2).
 27. Arencibia Jorge R. Operación Cesárea: Recuento Histórico. *Rev. salud pública*. 2002; 4(2): p. 170-185.
 28. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod H, et al. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG*. 2011 marzo; 118.
 29. Creanga A, Syverson C, Seed K, Callaghan W. Pregnancy-Related Mortality in the United States, 2011-2013. *Obstet Gynecol*. 2017 Agosto; 130(2).
 30. Zuluaga ALVd. Histerectomía posparto. Manejo de la emergencia. In BORRERO RC. *Urgencias en Obstetricia*. colombia: Distribuna; 2007. p. 187-193.
 31. Friedman AM, Wright J, Ananth C, Siddiq Z, D'Alton M, Bateman BT. Population-based risk for peripartum hysterectomy during low- and moderate-risk delivery hospitalizations. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2016 noviembre; 215(5): p. 640.e1-640.e8.
 32. Abu-Heija A, Chalabi H. Great grand multiparity: is it a risk? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 1997; 59: p. 213-216.
 33. Martin J, Hamilton B, Osterman M, Driscoll A. Births: Final Data for 2015. *National Vital Statistics Reports*. 2017 junio; 66(1).

34. Khabbaz A, Usta I, El-Hajj M, Abu-Musa A, Seoud M, Nassar A. Rupture of an unscarred uterus with misoprostol induction: case report and review of the literature. *The Journal of maternal fetal medicine*. 2001 abril; 10(2): p. 141-145.
35. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. 2014..
36. Gibbins K, Weber T, Holmgren C, Porter T, Varner M, Manuck T. Maternal and fetal morbidity associated with uterine rupture of the unscarred uterus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2015 setiembre; 213(3): p. 1-6.
37. Tantbirojn P, Crum C, Parast M. Pathophysiology of placenta creta: the role of decidua and extravillous trophoblast. *Placenta*. 2008 julio; 29(7): p. 639.
38. Cresswell J, Ronsmans C, Calvert C, Filippi V. Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis. *Tropical Medicine and International Health*. 2013 junio; 18(6): p. 712–724.
39. Wetta L, Szychowski J, Seals S, Mancuso M, Biggio J, Tita A. Risk Factors for Uterine Atony/Postpartum Hemorrhage Requiring Treatment after Vaginal Delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2013 junio; 209(1): p. 51.e1–51.e6.
40. Juárez A, Rivera A, Durán M, Tellez S, R B. Histerectomía obstétrica por sepsis en el puerperio. *clínica e investigación en ginecología y obstetricia*. 2012; 39(2).
41. RoCHAT H, Guey S, Colas J, Dumurgier C. Fístulas vesicovaginales y fístulas obstétricas. *EMC - Urología*. 2012; 44(2).

ANEXOS

ANEXO 01

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS PRESENTES EN HISTERECTOMÍAS PERIPARTO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, PERIODOS 2015-2017

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADORES	INSTRUMENTO
EDAD	Edad cronológica en años cumplidos por la madre al momento del parto.	Cuantitativa	Discreta		
GRUPO ETARIO	Rango de edad en el que se encuentra la paciente histerectomizada.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Adolescente - Entre 19 y 35 años - Edad materna avanzada 	
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil si tiene o no pareja	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Soltera - Casada - Conviviente 	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Grado más elevado de estudios realizados	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Primaria - Secundaria - Superior 	Ficha de recolección de datos
PROCEDENCIA	Lugar de residencia de paciente	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Rural - Urbano 	
PARIDAD	Número de gestaciones que la paciente ha tenido.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Nulípara - Primípara - Multípara - Gran multípara 	
CONTROL PRENATAL	El número de veces que la paciente asistió o no a control prenatal durante todo su embarazo.	Cuantitativa	Razón	<ul style="list-style-type: none"> - Sin control prenatal - CP: 1-5 - CP: 6 a más 	
EDAD GESTACIONAL	fecha de última regla a la fecha que acude al establecimiento de salud	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Pre término (20 a <37ss) - Término (37 a 42 ss) - Post Término (> 42 ss) 	

PERIODO INTERGENÉSICO	Tiempo transcurrido entre la fecha de ultimo parto de la paciente hasta la fecha de ultima regla	Cuantitativa	Razón	<ul style="list-style-type: none"> - Corto (menos de 2 años) - Entre 2 a 4 años - Largo (más de 4 años) 	Ficha de recolección de datos
EMBARAZO MÚLTIPLE	Embarazo con dos o más fetos dentro de la cavidad uterina tras concepción	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - SI - NO 	
PATOLOGIAS DURANTE LA GESTACIÓN	Enfermedades diagnosticadas durante el embarazo actual	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Placenta previa - Macrostomia fetal - Pre eclampsia/Eclampsia - RPM prolongado/ corioamnionitis - Poli hidramnios - Otros: 	
ANTECEDENTE QUIRÚRGICO	Antecedente de intervención quirúrgica consignada en la historia clínica	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Cesárea - miomectomía - Legrado uterino - Otro 	
EVENTO PREVIO	Conjunto de acontecimientos que conllevan a la expulsión del feto y sus anexos.			<ul style="list-style-type: none"> - Parto vaginal - Cesárea - legrado uterino 	
INDICACION DE HISTERECTOMÍA	Morbilidad de la gestante por la que el profesional de salud decide la histerectomía periparto	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Ruptura uterina - Acretismo placentario - Atonia uterina - Infección puerperal - otros 	
TIPO DE HISTERECTOMÍA	Intervención quirúrgica por la cual se extrae el útero	cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Total - Subtotal 	
COMPLICACIONES DE HISTERECTOMÍA	Situaciones de riesgo que surgen durante o después de la histerectomía	cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Shock hipovolémico - Lesión vesical - Ingreso a UCI - Fistula vesico vaginal - Infección Herida Qx. y/o Absceso - CID - Otras : 	
CONDICIÓN DE EGRESO POSTHISTERECTOMÍA	Estado de la paciente cuando se le dio egreso del hospital.	cualitativa	nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorada - Fallecida 	



ANEXO 02

INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Título: CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS PRESENTES EN HISTERECTOMÍAS
PERIPARTO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, PERIODOS 2015-
2017

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS			
DATOS DEL PACIENTE			
Nº de Historia Clínica:		Nº de Orden:	
Apellidos y Nombres:			
ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS			
Edad :	años	adolescente	Edad materna avanzada
Estado Civil:	Soltera	Conviviente	Casada
Grado de Instrucción	Primaria	Secundaria	Superior
Procedencia:	Rural	Urbana	
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS			
Formula obstétrica	G _ P _ _ _ _		
Paridad:	Nulípara	Primípara	Múltipara
Controles prenatales:	Sin control prenatal	CP: 1-5	CP: 6 a mas
Edad Gestacional:	Pre término	Termino	Post Termino
Periodo intergenésico	Corto (< 2 años)	Entre 2 a 4 años	> 4 años (largo)
Embarazo múltiple	si	no	
Patologías durante la gestación			
Placenta previa		Macrosomía fetal	
Pre eclampsia/Eclampsia		RPM prolongado/ corioamnionitis	
Poli hidramnios		Otros:	
Antecedente quirúrgico			
Cesárea		miomectomía	
Legrado uterino		otro	
Evento previo	Parto vaginal	legrado uterino	Cesárea
HISTERECTOMIA OBSTETRICA			
Indicación de histerectomía			
Rotura uterina		Acretismo placentario	
Atonía uterina		Infección puerperal	
Otros			
Tipo de histerectomía:	Total	subtotal	
Tratamiento de anexos:	sin salpingooferectomía	con salpingooferectomía	
Complicaciones post histerectomía de emergencia			
Shock hipovolémico		Lesión vesical	
Ingreso a UCI		Fistula vesico vaginal	
Infección Herida Qx. y/o Absceso		CID	
Otras :			
Condición de egreso:	Mejorada		Fallecida

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 03

VALIDEZ DE INSTRUMENTOS-CONSULTA DE EXPERTOS CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

TITULO: CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS PRESENTES EN HISTERECTOMÍAS PERIPARTO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, PERIODOS 2015-2017

Solicitamos su opinión sobre el instrumento, calificar con un aspa (X) en SI o NO según su opinión respecto a cada ítem.

	HISTERECTOMIA OBSTETRICA	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Indicación							
2	Tipo de Histerectomía							
3	Complicaciones							
4	Condición de egreso							
	CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
5	Paridad							
6	controles prenatales							
7	edad gestacional							
8	periodo intergenésico							
9	embarazo múltiple							
10	patologías durante la gestación							
11	antecedente quirúrgico							
12	Evento previo							
	ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
13	Edad							
14	Estado Civil							
15	Grado de Instrucción							
16	Procedencia							

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [] **Aplicable después de corregir** []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador.

Dr/ Mg:

DNI:.....

Especialidad del validador:

.....de.....del 2018

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

TITULO: CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS PRESENTES EN HISTERECTOMÍAS PERIPARTO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, PERIODOS 2015-2017

Solicitamos su opinión sobre el instrumento, calificar con un aspa (X) en SI o NO según su opinión respecto a cada ítem.

HISTERECTOMIA OBSTETRICA		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Indicación	/		/		/		
2	Tipo de Histerectomía	/		/		/		
3	Complicaciones	/		/		/		
4	Condición de egreso	/		/		/		
FACTORES OBSTETRICOS		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
5	Paridad	/		/		/		
6	controles prenatales	/		/		/		
7	edad gestacional	/		/		/		
8	periodo intergenesico	/		/		/		
9	embarazo múltiple	/		/		/		
10	patologías durante la gestación	/		/		/		
11	antecedente quirúrgico	/		/		/		
12	Evento previo	/		/		/		
ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
13	Edad	/		/		/		
14	Estado Civil	/		/		/		
15	Grado de Instrucción	/		/		/		
16	Procedencia	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador:

Dr/ Mg: *Aquino Dolores Soto*

DNI: *03498001*

Especialidad del validador: *Estadístico*

25 de *01* del 2018

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Sara Aquino Dolores
ESTADÍSTICO
COESPE - 023

Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

TITULO: CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS PRESENTES EN HISTERECTOMÍAS PERIPARTO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, PERIODOS 2015-2017

Solicitamos su opinión sobre el instrumento, calificar con un aspa (X) en SI o NO según su opinión respecto a cada ítem.

HISTERECTOMIA OBSTETRICA		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Indicación	X				X		
2	Tipo de Histerectomía	X		X		X		
3	Complicaciones	X		X		X		
4	Condición de egreso	X		X		X		
FACTORES OBSTETRICOS		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
5	Paridad	X		X		X		
6	controles prenatales	X		X		X		
7	edad gestacional	X		X		X		
8	periodo intergenesico	X		X		X		
9	embarazo múltiple	X		X		X		
10	patologías durante la gestación	X		X		X		
11	antecedente quirúrgico	X		X		X		
12	Evento previo	X		X		X		
ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
13	Edad	X		X		X		
14	Estado Civil	X		X		X		
15	Grado de Instrucción	X		X		X		
16	Procedencia	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador.

Dr/(Mg): Felix Dasio Ayala Peralta

DNI: 08426310

Especialidad del validador:

Lima 25 de Enero del 2018
MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional Materno Perinatal

[Firma]
Mg. Felix Dasio Ayala Peralta
JEFE DEL SERVICIO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA
C.M.P. N° 19726 / R.N.E. N° 9170

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

TITULO: CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS PRESENTES EN HISTERECTOMÍAS PERIPARTO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, PERIODOS 2015-2017

Solicitamos su opinión sobre el instrumento, calificar con un aspa (X) en SI o NO según su opinión respecto a cada ítem.

	HISTERECTOMIA OBSTETRICA	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Indicación	/		/		/		
2	Tipo de Histerectomía	/		/		/		
3	Complicaciones	/		/		/		
4	Condición de egreso	/		/		/		
	FACTORES OBSTETRICOS	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
5	Paridad	/		/		/		
6	controles prenatales	/		/		/		
7	edad gestacional	/		/		/		
8	periodo intergenesico	/		/		/		
9	embarazo múltiple	/		/		/		
10	patologías durante la gestación	/		/		/		
11	antecedente quirúrgico	/		/		/		
12	Evento previo	/		/		/		
	ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
13	Edad	/		/		/		
14	Estado Civil	/		/		/		
15	Grado de Instrucción	/		/		/		
16	Procedencia	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador.

Dr/ Mg: Teofilo Jara Mori

DNI: 065692192

Especialidad del validador: G-0

.....de.....del 2018

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

MC. TEOFILO JARA MORI
MEDICO GINECO GASTRO
C.M.P. N° 12344 - R.M.E. N° 4665

Firma del Experto Informante.

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

ANEXO 04
CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO

PERTINENCIA

Prueba binomial						
		Categoría	N	Prop. observada	Prop. de prueba	Significación exacta (bilateral)
JUEZ1	Grupo 1	SI	16	1,00	0,50	0,000
JUEZ2	Grupo 1	SI	16	1,00	0,50	0,000
JUEZ3	Grupo 1	SI	16	1,00	0,50	0,000

RELEVANCIA

Prueba binomial						
		Categoría	N	Prop. observada	Prop. de prueba	Significación exacta (bilateral)
JUEZ1	Grupo 1	SI	16	1,00	0,50	0,000
JUEZ2	Grupo 1	SI	16	1,00	0,50	0,000
JUEZ3	Grupo 1	SI	16	1,00	0,50	0,000

CLARIDAD

Prueba binomial						
		Categoría	N	Prop. observada	Prop. de prueba	Significación exacta (bilateral)
JUEZ1	Grupo 1	SI	16	1,00	0,50	0,000
JUEZ2	Grupo 1	SI	16	1,00	0,50	0,000
JUEZ3	Grupo 1	SI	16	1,00	0,50	0,000