



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“ACTITUDES HACIA LA HISTERECTOMÍA OBSTETRICA EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL MINSA II-2 TARAPOTO, ENERO 2007 - DICIEMBRE 2014”**

Para obtener el título profesional de Obstetra

INVESTIGADORAS:

Bach. en Obst. Reyna Alva Sharon Patricia

Bach. en Obst. Del Castillo Rodríguez Dalia

ASESOR:

Obsta. Mg. LLoy Américo Vargas Dazza

TARAPOTO–PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**"ACTITUDES HACIA LA HISTERECTOMÍA OBSTETRICA EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL MINSA II-2 TARAPOTO, ENERO 2007 - DICIEMBRE 2014"**

JURADO CALIFICADOR

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Lolita', is written above a horizontal line.

Obsta.Dra.Lolita Arévalo Fasanando

PRESIDENTE

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Natividad Lupe', is written above a horizontal line.

Obsta.Mg.Natividad Lupe Macedo Rodríguez

MIEMBRO

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jose Manuel Delgado', is written above a horizontal line.

Obsta.Dr.Jose Manuel Delgado Bardales

MIEMBRO

DEDICATORIA

A Dios, por estar siempre a mi lado y darme la oportunidad de alcanzar esta meta y las fuerzas para seguir siempre adelante, también por regalarme cada día la vida y cuidar a los seres que más amo, sobre todo iluminar mi camino por el bien y conducirme con sabiduría.

A mis padres, por confiar en mí y en mis retos, a mi madre por su apoyo incondicional y sus sabios consejos para continuar. A mis hermanos, por su apoyo y fortaleza para seguir adelante, a toda mi familia por enseñarme la perseverancia de la vida, el amor para realizar cada acción y sobretodo de permitirme creer en mí para alcanzar mis metas.

SHARON

A Dios, por acompañarme y darme la oportunidad de vivir este logro y la fuerza para seguir siempre adelante, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad, por regalarme cada día la vida y a los seres que más amo y sobre todo iluminar mi camino y conducirme con sabiduría.

A mis padres, por creer en mí y en mis sueños, a mi madre por su apoyo incondicional, por sus consejos y ánimos para continuar, fue la primera persona quien me enseñó con la gracia de DIOS a respetar, valorar y amar la vida y su entorno, enseñándome así, que la mayor virtud que puede tener el hombre, es el poder dar sin recibir nada a cambio. A mis hermanos, porque me dan fortaleza cuando me siento débil, enseñándome la perseverancia de la vida y el amor para realizar cada acción.

DALIA

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios todopoderoso por permitirnos hacer de nuestros sueños una realidad y demostrarnos que cada obstáculo en el camino, es un impulso más hacia la gloria, por darnos la vida para culminar esta etapa de nuestras vidas, estar siempre con nosotros y no dejarnos solos en momentos en que más lo necesitamos.

Infinitas gracias a nuestros padres por los valores que nos han inculcado y por darnos la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de nuestras vidas, quienes día a día nos llenaron de sabios consejos y quienes a pesar de la distancia confiaron en nosotros y en todo lo que somos capaces de hacer.

Nuestro más profundo agradecimiento a la Universidad Nacional de San Martín-T, por abrirnos las puertas para formarnos profesionalmente. A la vez a los docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia, quienes nos acompañaron en este camino, dándonos las herramientas necesarias para enfrentar el mundo laboral.

A nuestro asesor Obsta. Mg. Lloy Américo Vargas Dazza, por su paciencia, orientación y apoyo constante en la realización del trabajo de investigación.

Al personal del Hospital MINSA II-2 Tarapoto por habernos facilitado obtener la información necesaria para la elaboración de nuestro trabajo de investigación.

Las Autoras

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	v
INDICE DE CONTENIDOS.....	vi
INDICE DE TABLAS.....	viii
INDICE DE GRAFICOS.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
TITULO.....	1
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Marco Conceptual.....	1
1.2. Antecedentes	6
1.3. Bases Teóricas.....	23
1.4. Justificación y/o importancia.....	43
1.5. Problema.....	49
II. OBJETIVOS	
2.1. Objetivo General.....	49
2.2. Objetivos Específicos.....	50
2.3. Hipótesis de Investigación.....	50
2.4. Operacionalización de Variables.....	51
III. MATERIALES Y METODOS	51
3.1. Tipo de estudio.....	51
3.2. Diseño de investigación.....	51

3.3.	Universo, población y muestra.....	52
3.4.	Procedimiento.....	54
3.5.	Métodos e instrumento de recolección de datos.....	55
3.6.	Plan de tabulación y análisis de datos.....	56
IV.	RESULTADOS	57
V.	DISCUSION	67
VI.	CONCLUSIONES.....	75
VII.	RECOMENDACIONES	76
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	77
IX.	ANEXOS	86

INDICE DE TABLAS

N°	TITULO	PAG.
01	Características sociodemográficas de las pacientes con histerectomía obstétrica atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007_diciembre 2014	57
02	Tipo de actitud hacia la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007_diciembre 2014	59
03	Tipo de actitud según dimensiones más relevante hacia la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007_diciembre 2014.	59

INDICE DE GRAFICOS

N°	TITULO	PAG.
01	Porcentaje según respuestas de preguntas sobre actitud hacia la histerectomía obstétrica en lo cognitivo en pacientes atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007_diciembre 2014	61
02	Porcentaje según respuestas de preguntas sobre actitud hacia la histerectomía obstétrica en lo afectivo en pacientes atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007_diciembre 2014	63
03	Porcentaje según respuestas de preguntas sobre actitud hacia la histerectomía obstétrica en lo conativo en pacientes atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007_diciembre 2014	65

RESUMEN

La presente investigación titulada “Actitudes hacia la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de gineco - obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007 - diciembre 2014”, estudio no experimental, cuantitativo, básico, descriptivo, retrospectivo prospectivo, cuya muestra fue 85 pacientes con histerectomía obstétrica, la metodología fue revisión de historias clínicas y entrevista, el instrumento la encuesta.

Los resultados fueron: Las características sociodemográficas que predominan en las pacientes con histerectomía obstétrica, son: el 32,9% (28) tienen 20 a 30 años de edad; El 34,1% (29) tienen de 3 a más hijos. El 50,6% (43) son convivientes; el 42,4% (36) tienen estudios secundarios; el 44,7% (38) son de zona rural y urbana respectivamente. El 45,9% (39) son de ocupación trabajadoras del hogar. El tipo de actitud hacia la histerectomía obstétrica, es favorable con 71,8% (61). El tipo de actitud según dimensiones más relevante hacia la histerectomía obstétrica es: En lo cognitivo la actitud es favorable con 89,4% (76). En lo afectivo es actitud indiferente con 52,9% (45). Con respecto a lo conativo, es actitud indiferente 54,1% (46).

En conclusión: Las pacientes atendidas en el servicio de gineco - obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007 - diciembre 2014, tienen una actitud favorable en su dimensión cognitiva.

Palabras claves: Actitud, histerectomía obstétrica, cognitivo, afectivo, conativo.

ABSTRACT

This research entitled "Attitudes towards obstetric hysterectomy in patients seen in the service of gynecology - obstetrics MOH II-2 Hospital Tarapoto, January 2007 - December 2014" not experimental, quantitative, basic, descriptive, retrospective prospective study, whose sample was 85 patients with obstetric hysterectomy, the methodology was reviewing medical records and interviews, the survey instrument.

The results were: The sociodemographic characteristics predominate in patients with obstetric hysterectomy are: 32.9% (28) are 20-30 years old; 34.1% (29) having from 3 to more children. 50.6% (43) are cohabiting; 42.4% (36) have secondary education; 44.7% (38) are respectively rural and urban area. 45.9% (39) workers are occupying the home. The kind of attitude towards obstetric hysterectomy is favorable with 71.8% (61). The kind of attitude as most relevant dimensions to obstetric hysterectomy is: In the cognitive attitude is positive with 89.4% (76). In the affective it is indifferent to 52.9% (45). Conative about what is indifferent 54.1% (46).

Conclusion: Patients treated in the service of gynecology - obstetrics MOH II-2 Hospital Tarapoto, January 2007 - December 2014, have a favorable attitude in its cognitive dimension.

Keywords: Attitude, obstetric, cognitive, affective, conative hysterectomy.

TITULO:

ACTITUDES HACIA LA HISTERECTOMÍA OBSTETRICA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MINSA II-2 TARAPOTO, ENERO 2007 - DICIEMBRE 2014.

I. INTRODUCCION:**1.1 Marco Conceptual:**

Se denomina histerectomía obstétrica a la resección parcial o total del útero, realizada generalmente de emergencia por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, o por complicación de una enfermedad preexistente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año se producen en el mundo 50 000 muertes maternas. Solamente en la región de las Américas se reportan 30 000 defunciones, la mayoría de ellas evitables con un tratamiento médico quirúrgico oportuno (1, 2).

Con el advenimiento de nuevas tecnologías y con el avance científico técnico en el campo de la Medicina, la histerectomía obstétrica ha ido disminuyendo en frecuencia como simultáneamente han mejorado sus resultados (3, 4).

A nivel internacional, en Europa la incidencia reportada en la actualidad por diferentes autores es muy baja, oscila entre 0,1 y 0,9 %. En un estudio realizado en Japón se reportó una incidencia de 1 %. Este mismo trabajo informa que el 23,5 % fue después de un parto vaginal y el 76,5 % después de una cesárea (5).

En las últimas décadas, se ha evidenciado un incremento injustificado en las tasas de cesárea, siendo esta cirugía un factor de alteraciones en la implantación placentaria, tanto placenta previa como acretismo placentario, con lo cual se aumenta el riesgo de histerectomía, con un riesgo relativo entre 2,1 y 6,5 veces mayor con una cesárea previa y entre 7,6 y 8,9 veces con dos cesáreas previas. Tang, en el Perú, encontró que el 75% refirió al menos alguna instrumentación uterina previa, sea cesárea o legrado. Otros estudios señalan que hasta 63% de las histerectomías tenía alguna cirugía previa. Es por esto que la mayoría de comunicaciones refiere una mayor tasa de histerectomías intracesáreas que posparto, relacionada entre 75% versus 25% (6).

Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos. A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal. Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas. Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada (7).

La histerectomía obstétrica es frecuentemente realizada como un procedimiento de emergencia para salvar la vida de la mujer o del niño por nacer, esta puede ser llevada a cabo durante el embarazo o el parto. Su indicación obedece a procesos graves que de no solucionarse oportunamente podrían afectar o dañar la vida de la paciente o el bebe, lo cual representa un dilema en algunos casos por tomar la decisión entre terminar con la reproducción de la paciente o poder salvar su vida (8).

Las principales indicaciones de Histerectomía son las complicaciones que provocan hemorragia, como: trastornos placentarios (placenta previa o acreta), atonía, rotura uterina y procesos infecciosos. Es importante señalar que la probabilidad de histerectomía aumenta, incluso, 10 a 12 veces cuando existen antecedentes de cesárea. La causa más común de la hemorragia grave que prosigue al parto es la atonía uterina. Otros factores que también son causa directa de este sangrado excesivo son la placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, acretismo placentario, trauma obstétrico, inversión Uterina, así como retención de tejido placentario y desgarros vaginales o cervicales (8).

En la población las pacientes de 30 o más años tienen un aumento del riesgo de presentar complicaciones que generen la indicación de una histerectomía obstétrica. Así mismo Cuanto mayor sea el número de cesáreas previas, mayor será el riesgo de histerectomía obstétrica por

acretismo placentario y rotura uterina, esta asociación de edad materna de 30 o más años, dos o más cesáreas previas y placenta previa en el último embarazo, aumentó en esta serie de pacientes el riesgo de requerir una histerectomía obstétrica. En estas pacientes, el riesgo de prematuridad aumenta 6,28 veces y el de recién nacido de bajo peso 2,71 veces. La mortalidad fetal tardía es 30 veces superior a la de la población general y las complicaciones postoperatorias maternas son graves e incluyen la muerte (9).

En un estudio realizado por Schwartz y Williams (2002) se expone que la cirugía ginecológica tiene mucho de los efectos psicológicos que acompañan a la cirugía en general, las cuales pueden ser preoperatorias como postoperatorias. Por otra parte Khastgir y Studd (1998) y Thornton, McQueen, Deneale y Dixon (1997) citados por Schwartz y Williams (2002) coinciden que existe una incidencia alta de depresión antes de la operación la cual disminuye posterior a la misma por el alivio de los síntomas físicos. Además se observaron niveles clínicamente significativos de ansiedad en la mayoría de las mujeres tres semanas antes de la operación. Por otra parte los efectos psicológicos postoperatorios de una histerectomía ansiedad, depresión y dolor atribuyendo las causas a la operación, disfunción sexual disminución de la libido e incomodidades o ansiedad asociada con la actividad sexual postoperatoria y reacciones relacionadas con el auto concepto o percepción femenina (10).

Así mismo Martínez M. refiere que las mujeres antes y post histerectomía pueden manifestar lo siguiente: me siento o me sentiría incompleta, me faltaría una parte de mí; cambios emocionales, cambio de carácter, la vida ya no me satisfacería; complicaciones Físicas, me enfermaría a cada rato; No soy o no sería la misma, me sentiría diferente; Me siento o me sentiría rechazada, es más difícil estar con mi esposo y me hace menos caso (10).

Cuando hay un estado patológico que puede provocar dispareunia después de la operación, la paciente suele mantenerse predispuesta ante el inicio y mantenimiento de la actividad sexual. En el sexo femenino abunda la creencia de que su actividad sexual cesa con la menopausia y puede encontrar dificultades después de la operación, pues después de ella no hay posibilidades de seguir menstruando. En otros casos hay una respuesta favorable, pues la mujer tras la cirugía puede quedar libre de un estado patológico y, de esta manera, la operación facilita su capacidad de respuesta sexual. De igual modo, aquella que teme a un embarazo o el riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino puede verse libre de tales temores y experimentar aumento de la libido, así como experimentar una mejoría de su respuesta sexual después de la operación. Ante la existencia de esas actitudes, no resulta sorprendente que la mujer sometida a esta intervención muestre una gran incidencia de depresiones y otros estados afines (11).

En la Región San Martín se desconoce la actitud frente a la histerectomía Obstétrica. Por ésta consideración hemos decido realizar el presente estudio, motivadas por conocer la actitud tomada frente a la Histerectomía, como procedimiento quirúrgico que contribuye a salvar la vida de la mujer y del niño por nacer, pero a su vez termina con la vida reproductiva de la mujer.

1.2 Antecedentes:

Vanegas R, Sotolongo A, Suárez A, Muñiz M. (2009), en su estudio Histerectomía obstétrica de urgencia, Habana Cuba, cuyo objetivo fue determinar la incidencia, características clínicas, causas y complicaciones de la histerectomía obstétrica de urgencia en las pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Docente Materno de Guanabacoa. Estudio descriptivo retrospectivo y longitudinal. Resultados: de un total de 69,992 nacimientos, 62,451 abortos y 384 embarazos ectópicos, se realizaron 281 histerectomías obstétricas para una incidencia de 0,2%. Se vio que las características obstétricas relevantes fueron: mayores de 34 años, con un parto anterior, embarazo a término y antecedente de cesárea. La cesárea aumentó el riesgo 6,7 veces de sufrir una histerectomía en relación con el parto vaginal. El diagnóstico más frecuente fue la hemorragia para un 42,3%. Necesitaron ser remitidas 21 de las pacientes al servicio de Terapia Intensiva. En la morbilidad postoperatoria primaron las complicaciones de la herida quirúrgica y la anemia. La mortalidad alcanzó un 3,6%. Conclusiones: El índice de histerectomía obstétrica en el periparto

es elevado, asociado a la cesárea como un factor de riesgo relativo mayor, no solo condicionada por el sangrado aunque constituye su principal indicación (12).

Urrutia M, Riquelme P, Araya A. (2008), en su estudio “Educación de mujeres histerectomizadas: ¿qué desean saber?, Chile, cuyo objetivo fue conocer las necesidades educativas de un grupo de mujeres sometidas a histerectomía, estudio descriptivo, de corte transversal, cuya muestra fue 120 usuarias. Resultados: El 100% de ellas señala que sus parejas no recibieron educación acerca de la HT. El 46,7% declara recibir la educación por parte del médico y el 80% desearía hubiese sido la matrona. El 45% recibe la educación al fijar la fecha de la cirugía y el 78% desearía haberla recibido antes de este momento. El 47% recibe la educación en el hospital y el 46% desea recibirla ahí. El 75% refiere recibir educación en forma verbal-individual y el 47,5% le hubiese gustado de manera audiovisual-individual. Se educa a más del 50% de las mujeres sólo en 3 tópicos de los 16 evaluados. Los principales temas en los cuales fueron educadas no coinciden con aquellos deseados por las mujeres. Conclusión: Se concluye que las necesidades de las mujeres no son satisfechas en su totalidad y se destaca la importancia del rol educativo por parte de los profesionales del área (13).

Díaz M. (2013), en su estudio “Adaptación de la conducta en mujeres sometidas a histerectomía” (estudio realizado con mujeres sometidas a histerectomía en el hospital nacional de occidente San Juan de Dios de

Quetzaltenango), Guatemala, cuya población fue 30 mujeres con histerectomía. Conclusión: con respecto a la adaptación emocional, familiar, social, profesional y de salud demuestran que la mayoría de mujeres adolecen de los recursos necesarios para adaptarse y presentan síntomas como la sensación de la pérdida de feminidad, aceptación de la sexualidad por parte del esposo, falta de aptitudes emocionales y conductuales de los miembros de la familia para afrontar la convalecencia de la paciente entre otros (14).

Cifuentes J. (2013), en su estudio “Evaluación del estilo de vida de pacientes con histerectomía obstétrica”, Guatemala, estudio Descriptivo Retrospectivo. Se recopiló la información sobre pacientes que fueron sometidas a histerectomía obstétrica en el Hospital Nacional de Quetzaltenango. Resultados: se documentaron un total de 28 mujeres a quienes se realizó Histerectomía Obstétrica habiendo entrevistado un total de 18 pacientes en su mayoría del área rural, donde la edad más afectada fue entre 20 y 30 años sin embargo un 15% menores de 20 años el procedimiento si presento efectos no beneficiosos ya que en la mayoría no existía paridad satisfecha en contraparte con el 22% que se encontraban por arriba de los 40 años ya que la mayoría eran multigestas. Conclusiones Si sufre modificaciones el estilo de vida de las pacientes con histerectomía obstétrica en el Hospital Nacional de Quetzaltenango (15).

Araya A, Urrutia M, Jara D, Silva S, Lira M, Flores C. (2012), El significado de la histerectomía para un grupo de hombres chilenos parejas de

histerectomizadas, Chile, estudio cualitativo, con entrevistas en profundidad realizadas a 15 hombres, parejas de mujeres histerectomizadas. Emergieron cinco dimensiones: síntomas, comentarios, atributos del útero, preocupaciones, y cambios en la sexualidad. Los resultados muestran que la extracción del útero tiene un impacto en las parejas. Este impacto se refleja no solo en variables clínicas, como el alivio de la sintomatología postquirúrgica, sino que también en variables como comentarios, atributos del útero, preocupaciones y cambios en la sexualidad que colocan en evidencia que la histerectomía es un procedimiento multidimensional involucrando variables físicas, psicológicas y sociales. Es necesario contar con programas educativos adecuados a las necesidades del hombre y de su pareja previa y posterior a la cirugía. El apoyo más significativo para una mujer histerectomizada es el de su pareja, buscando en él soporte emocional y consuelo, influyendo incluso en su recuperación postoperatoria. Es importante educar a los hombres es una pieza fundamental para apoyar a las mujeres que serán sometida a una histerectomía; ya que estos tienen poco conocimiento sobre esta cirugía, manifestándose en el escaso dominio sobre el procedimiento quirúrgico, el desconocimiento sobre las adaptaciones en la vida sexual posterior a la cirugía y en el proceso de la toma de decisión sobre la histerectomía. Existe una necesidad de entregar educación e información oportuna a los HPMH y sus parejas. Esta necesidad educativa se transforma en una oportunidad única para que los profesionales de la salud y, específicamente, para las enfermeras, establezcan programas educativos, centrados en las necesidades de las parejas y que se integren al plan de cuidados de las mujeres en proceso de

ser hysterectomizadas, siendo la incorporación de los hombres un pieza fundamental y una tarea pendiente (16).

Caro J, Bustos L, Ríos A, Bernal J. (2009), en su estudio “Histerectomía obstétrica en el Hospital de Puerto Montt; Chile. 2009. Estudio descriptivo, metodología revisión de historias clínicas, muestra 25 pacientes con histerectomía obstétrica (HO) peri parto. Resultados: en 24 casos (96%) el parto fue por operación cesárea. El riesgo de Histerectomía Obstétrica - HO peri parto es 56 veces mayor en los partos cesárea que en los partos vaginales. Las principales causas de interrupción fueron cicatriz de 2 o más cesáreas en las cesáreas electivas y en las cesáreas urgentes la metrorragia del tercer trimestre. La principal causa clínica de HO es el acretismo placentario en 12 casos (48%) seguido de atonía uterina en 8 casos (32%). El estudio histológico se hizo en el 76% de los casos de los cuales el 80% confirma acretismo placentario. La HO total se realizó en 13 casos (52%) y subtotal en 12 casos (48%). La principal complicación fue la lesión vesical, que ocurrió en mayor proporción en el grupo de la HO total versus la subtotal (3:1), sin diferencias significativas. No se registró muerte materna asociadas a HO; hubo 4 muertes neonatales, 3 en relación a sufrimiento fetal agudo por metrorragia del tercer trimestre y 1 por infección ovular (12).

Briceño-Pérez C, Briceño-Sanabria L, García S, et al. (2009), en su estudio “Histerectomía Obstétrica: análisis de 15 años, Venezuela 2009. Durante el lapso de estudio, en la institución hubo 64 293 casos obstétricos, 47 657 nacimientos y 50 histerectomía obstétrica (HO); para una incidencia

de 1 HO por cada 1 285 casos obstétricos (0,07 %) 1 HO por cada 953 nacimientos (0,10 %), la edad materna promedio fue 29,38 años, con rango entre 16 y 45 años. Los grupos etarios más frecuentes fueron 25-29 años (13 pacientes: 26 %), 30-34 (12 pacientes: 24 %) y 35-39 (pacientes: 24 %). La mayoría eran solteras (48 pacientes: 96 %) Con respecto a la situación obstétrica los grupos predominantes en cuanto al número de gestaciones fueron IV (17 mujeres: 34 %), V (11 mujeres: 22 %) y III (8 mujeres: 16 %), y el promedio de embarazos fue 4,06 con rango de I-X. En cuanto a la duración del embarazo el grupo más frecuente fue entre 37-41,6 semanas (28 casos: 56 %). El antecedente de cesárea en embarazos anteriores estuvo presente en 17 pacientes (34 %) y en cuanto al número de cesáreas anteriores se presentó así: 1 cesárea anterior en 10 mujeres (20 %), 2 en 5 mujeres (10 %), 3 en 1 mujer (2 %) y 4 en 1 mujer (2 %). Y el embarazo se terminó por cesárea en 23 pacientes (46 %), por parto en 18 (36 %) y por aborto en 9 (18 %). el riesgo de HO fue 5,58 veces mayor en los partos por cesárea que en los partos vaginales. La mayoría de HO se indicaron por atonía uterina (19 casos: 38 %), sepsis (11 casos: 22 %) y rotura uterina (8 casos: 16 %) (8).

Ramos R. (2009), en su estudio “Indicaciones de histerectomía obstétrica en el hospital de ginecología y obstetricia del instituto materno infantil. México. 2009”, durante el periodo analizado, se encontró un total de 23 expedientes, de los cuales cumplieron con los criterios de inclusión 21 de ellos, sobre los cuales se realizó el estudio y el análisis de investigación. La incidencia de histerectomía obstétrica absoluta fue de 21 casos y,

considerando que el total de nacimientos vivos que se presentaron en el periodo 2008- 2009 fue 16,633, la incidencia fue de 1.26 por 1,000 nacidos vivos. En el 2007 se presentaron 13 (61.9%) casos de histerectomía obstétrica absoluta y en el 2008 los otros ocho (38.1%) casos. Respecto a identificar los factores predisponentes que se asociaron a histerectomía obstétrica encontramos que la media de edad fue de 29.90 años (límites: 17 y 40 años). El promedio de embarazos fue 2.76, el de partos 1.19, el de cesáreas 1.48 y el de abortos 0.1. Los diagnósticos pre quirúrgicos registrados se presentan en el cuadro I; los más frecuentes fueron atonía uterina (33.3%) y acretismo placentario (28.6%) (18).

Reveles J, Villegas G, Hernández S, Grover F, Hernández C, Patiño A. (2009), en su estudio Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones, México, cuyo Objetivo fue: identificar la incidencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en una población de alto riesgo. Estudio transversal, retrospectivo, realizado del 1 de julio del 2008 al 30 junio del 2009, en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS. Se revisaron los expedientes de 103 pacientes a quienes se hizo histerectomía obstétrica. Se calculó la incidencia y se identificaron las características clínicas y sociodemográficas, las indicaciones y las complicaciones de la histerectomía obstétrica expresadas en frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Resultados: la incidencia de histerectomía obstétrica fue de ocho casos por cada mil consultas obstétricas. El promedio de edad de las pacientes fue de $31.1 \pm$

5.1 años. El 72.8% tenía antecedentes de cesárea. La principal indicación fue placenta previa vinculada con acretismo placentario (33%), seguida de hipotonía uterina (22.3%). Las complicaciones fueron: choque hipovolémico (56.3%) y lesión vesical (5.8%). No hubo muertes maternas. Conclusiones: el antecedente de cesárea induce mayor incidencia de histerectomía obstétrica en mujeres con embarazo de alto riesgo, ya que se relaciona con trastornos en la placentación, como la placenta previa, que incrementa la posibilidad de hemorragia y, por ende, la morbilidad y mortalidad maternas. Palabras clave: histerectomía obstétrica, incidencia, indicaciones, complicaciones (19)

Faneite P, Rivera C, Faneite J (2009), en su estudio “Histerectomía obstétrica: 2002-2009”, Venezuela, cuyo Objetivo fue: Determinar la incidencia, factores relacionados y repercusiones de la histerectomía obstétrica. Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello. Estudio retrospectivo, descriptivo de las histerectomías obstétricas realizadas entre 2002 y 2009, en 3 030 casos. La frecuencia fue de 0,16% o de 1 cada 622 casos obstétricos. Predominó la procedencia del Estado Carabobo (70,27 %), edad materna de 20-34 años (81,09%), solteras (59,46%) y sin control prenatal (51,35%); la mayoría fueron gestantes de II-VII (64,84 por ciento), gestación a término (48,65%), parto por cesárea (78,39%), y estancia hospitalaria de 7 o menos días (67,57%). Las principales indicaciones fueron la atonía uterina (40,54%), rotura uterina (27,03%) y sepsis 16,88 por ciento (posparto 10,81% y posaborto 5,4%); prevaleció la histerectomía total (78,38%). La morbilidad global fue de 62,16%, destaca

la anemia; hubo 3 muertes maternas 8,11%). La histerectomía obstétrica constituye un problema de salud en nuestro hospital, la cual mostró un ascenso en el período estudiado, asociado a atonía y rotura uterina, con elevada morbi-mortalidad materna, o que amerita una mejor atención obstétrica y salud pública (AU) (20).

Cutié J, Laffita A, Velazco A, Toledo M (2009), en su estudio “Estudio de la histerectomía obstétrica como morbilidad en el Hospital América Arias en el año 2009”, La Habana Cuba, Se realizó un estudio retrospectivo y longitudinal de todos los casos que se le practicó histerectomía obstétrica en 2009 en el Hospital Docente Ginecobstétrico América Arias. Se realizó una revisión detallada de cada una de las historias clínicas, para un total de 20 pacientes operadas, teniendo en cuenta el número de nacimientos que fue de 3.583; se investigaron datos de identidad personal, números de casos según grupos de edades, edad gestacional promedio, historia obstétrica, antecedentes patológicos personales, tipo de parto, tiempo del trabajo de parto, indicación de cesárea y causa de la histerectomía. Resultados: demuestran que la edad promedio de las pacientes estudiadas osciló entre los 30 y 39 años, y en un 60% presentaron una edad gestacional promedio entre las 38 y las 40 semanas. Pudimos observar que la mayoría de las pacientes presentaron más de 3 embarazos, 2 o más partos y más de 2 abortos, donde el mioma uterino fue el antecedente patológico más importante. El trabajo de parto espontáneo fue el más empleado como conducta según la indicación para cada paciente, donde la cesárea fue la vía del parto más utilizada; la desproporción cefalopélvica fue el motivo más

frecuente para dicho proceder. Pudimos concluir que la atonía uterina resultó la causa más frecuente que motivó a la histerectomía y su influencia en la morbilidad del centro, ya que puede suponer una de las entidades más graves y dramáticas que puede presentarse en la práctica obstétrica (21).

Suárez J, Gutiérrez M, Corrales A, Cairo V, Pérez S. (2009), en su estudio “La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave”. Cuba, cuyo objetivo fue: determinar características obstétricas y generales en una población de pacientes con morbilidad obstétrica extremadamente grave a las cuales se les realizó histerectomía obstétrica. Estudio descriptivo de corte transversal, realizado desde enero del 2007 a diciembre del 2009, en el Hospital Ginecobstétrico "Mariana Grajales" de Santa Clara, Villa Clara. Se revisaron los expedientes de 71 pacientes a quienes se hizo histerectomía obstétrica. Se calculó la incidencia y se identificaron las características clínicas y obstétricas, la relación con el tipo de parto y los principales hallazgos anatomopatológicos asociados a la histerectomía obstétrica. Resultados: se realizó una histerectomía obstétrica cada 463 partos. El promedio de edad de las pacientes fue de 33,8 + 6,78 años. El 78,6% tenía antecedentes de cesárea. Predominó la histerectomía total abdominal en el 63,3% de la muestra y en 27 pacientes se realizaron ligaduras de las arterias hipogástricas, 38%. Se requirió el ingreso en la terapia intensiva en un 69% de las pacientes histerectomizadas. No se reportaron muertes maternas vinculadas con las histerectomías obstétricas en estos tres años en la provincia. Conclusiones: la histerectomía obstétrica es una opción

terapéutica asociada a la morbilidad obstétrica extremadamente grave, donde el accionar oportuno, con dominio técnico y cumpliendo las indicaciones pertinentes se convierte en una herramienta que garantiza la vida de muchas pacientes en momentos críticos (22).

Rodríguez G, Rodríguez A, Aparicio Z. (2009), en su estudio “Histerectomía Obstétrica. Estudio de tres años”, Habana Cuba, estudio observacional descriptiva retrospectiva para conocer el comportamiento de algunas variables maternas relacionadas con la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Docente Materno Infantil “10 de Octubre” en los años 2004-2006. La mayor proporción de pacientes investigadas pertenecían al grupo de edad de 30 a 34 años, eran nulíparas y tenían una edad gestacional entre 37 y 42 semanas. El 18,18% tuvo como maniobra presuntamente causal una interrupción voluntaria del embarazo y el 44,44% de los casos fueron partos eutócicos. La Macrosomía fetal constituyó el principal antecedente obstétrico encontrado. La indicación más frecuente de la histerectomía fue la atonía uterina y la anemia estuvo presente el 29,87% de los casos. Al 62,34% de las pacientes se les realizó ligadura de las arterias hipogástricas y el 66,23% tuvo una estadía postoperatoria superior a los siete días, evolucionando sin secuelas el 89,61% (23)

Carmona V. (2011), en su estudio “Proceso de adaptación en las mujeres histerectomizadas según la teoría de Callista Roy”, Chiclayo Perú, El presente estudio de caso, se consideró el análisis de contenido temático,

obteniéndose cuatro categorías: 1) El dolor como modo adaptativo fisiológico, 2) Estado emocional como modo adaptativo de autoimagen; 3) Desempeño de roles y la adaptación; 4) Apoyo familiar como modo adaptativo de interdependencia. Finalmente el dolor como manifestación significativa después de la cirugía, el estado emocional, desempeño del rol de esposa, ama de casa, madre y trabajadora, en la mujer histerectomizada se ven afectados temporalmente, pero con el apoyo del personal de enfermería y sobre todo de su familia logra adaptarse y reintegrarse a sus actividades cotidianas (24).

Sor Echevarría E. (2008), en su estudio “Efectividad del Programa de Apoyo Emocional en la Ansiedad y Autoestima de Pacientes con Histerectomía en Pre y Postoperatorio en la Clínica Padre Luis Tezza”, Lima Perú, estudio cuasi experimental, comprendió dos grupos: El grupo experimental y el grupo control con doce pacientes cada uno. Como técnica se utilizó la entrevista y la observación y como instrumentos se usaron: un cuestionario y dos test uno de ansiedad y otro de autoestima, instrumentos que fueron aplicados antes y después del desarrollo del programa de apoyo emocional. Se obtuvieron los siguientes resultados: las pacientes incrementaron sus conocimientos ampliamente en el pos test del grupo experimental. Las pacientes del grupo experimental que recibieron apoyo emocional y aplicaron las técnicas de relajación adecuadamente y en el momento oportuno, su nivel de ansiedad disminuyó notoriamente a su vez mejoró su nivel de autoestima (25).

Chumbe O. (2009), en su estudio “Cesárea histerectomía en el Hospital María Auxiliadora”, Lima Perú, cuyo objetivo fue evaluar la frecuencia, indicaciones repercusiones de la cesárea más histerectomía., estudio descriptivo, retrospectivo de los casos ocurridos en el Hospital María Auxiliadora de Lima entre julio de 2000 a junio de 2009. Resultado: De un total de 4 742 partos, 314 terminaron en cesárea histerectomía (0,796). Se halló más frecuencia en edades de 20-35 años (66,8%) y con un porcentaje similar las edades extremas (16,51%), las primíparas representaron un 45,2%. Mayor frecuencia entre las 37 - 41 sem. Las patologías maternas más frecuentes fueron: RPM, anemia, pre-eclampsia, ITU, HTT, H2T, APP. El PEG es igual a 19,7916; el RN prematuro representó el 15,9%. La mortalidad fetal intermedia 59,8 x mil nv. La mortalidad fetal tardía 156,4 x mil nv, la mortalidad perinatal 173,9 y la mortalidad materna igual a 3347x 100 000. (26)

Tang L, Albinagorta R. (2013), en su estudio “Histerectomía puerperal: experiencia en una institución privada”, cuyo objetivo fue Determinar la experiencia con histerectomía puerperal en una institución privada. Estudio retrospectivo, serie de casos. Clínica Santa Isabel, Lima, Perú. De un total de 15 201 nacimientos, se evaluó 16 pacientes con edades entre 29 y 42 años que tuvieron histerectomía puerperal (1,04 por mil nacimientos), entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2011. Principales medidas de resultados: Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía puerperal. Resultados: El 75% tuvo algún antecedente de instrumentación uterina, sea cesárea o legrado, siendo el procedimiento practicado en 12

casos durante la cesárea, tres en el posparto y una luego de legrado por parto inmaduro de 24 semanas. El 68,8% fue de emergencia y en un porcentaje igual se realizó histerectomía total. Las indicaciones más frecuentes fueron acretismo placentario en seis pacientes, atonía uterina en cinco y leiomiomatosis uterina en otras cinco, que fueron las intervenciones electivas. El tiempo operatorio osciló entre 65 y 170 minutos, con una media de 105 minutos; se realizó transfusiones sanguíneas en 9 pacientes (56,3%). No hubo lesiones de vía urinaria ni intestinales, ni casos de muerte materna. Conclusiones: En nuestra institución, la histerectomía puerperal mostró ser un procedimiento aparentemente seguro, con frecuencia, indicaciones y complicaciones muy similares a las encontradas en la literatura experiencia con histerectomía puerperal en una institución privada (6).

Valencia J, (2009), en su estudio “Perfil Epidemiológico de las pacientes sometidas a Histerectomía de emergencia durante la gestación en el Hospital Belén de Trujillo periodo 2000 - 2009. Trujillo, cuyo objetivo fue determinar el Perfil Epidemiológico de las pacientes sometidas a histerectomía de emergencia durante la gestación. Se analizó retrospectivamente 94 historias clínicas de pacientes sometidas a histerectomía de emergencia durante la gestación, se realizó su perfil epidemiológico teniendo en cuenta: Características de la población, Datos Obstétricos, Indicaciones de la histerectomía de emergencia, Tipo de histerectomía, Complicaciones post-operatorias, Mortalidad, Frecuencia de pacientes sometidas histerectomía de emergencia durante la gestación.

Resultados: hubo 35,225 partos, 21,829 por vía vaginal y 13,396 por cesárea, con índice de cesáreas del 38%, y se registraron 9,235 admisiones por abortos. En este periodo se registraron 94 pacientes a las que se efectuó una histerectomía de emergencia, y que reunían los criterios de inclusión y exclusión del presente estudio. La edad promedio fue de 29.1 años, el 62.8% eran conviviente, 80.1% eran amas de casa, 47.9% tenía educación secundaria completa y 25.5% procedía del distrito de Trujillo. El 89.4% sin control prenatal, paridad promedio fue de 2.8; 73.4% pacientes había tenido entre 1-5 partos, 9.4% nunca tendrán descendencia. El 70.2% se encontraba durante el III trimestre. La principal indicación de histerectomía de emergencia fue la Sepsis con 31.9%; en el 94.1% pacientes se realizó histerectomía abdominal total. La complicación post-operatorias más frecuente fue la anemia con 42.5%. La mortalidad alcanzó a 3.2%. Se realizaron 2.7 histerectomías por cada 1000 partos, 4.0 por 1000 cesáreas, 0.8 por 1000 partos vaginales y 2.2 por 1000 abortos. Conclusiones: El perfil epidemiológico fue: edad promedio 29.1 años, el 62.8% conviviente, 89.1% ama de casa, 47.9% tenía educación secundaria completa, 25.5% procedía del distrito de Trujillo, 89.4% sin control prenatal, paridad promedio de 2.8, 9.4% perdieron el útero sin tener descendencia. El 70.2% en el III trimestre, la Sepsis es la principal indicación de la histerectomía de emergencia con 31.9%, histerectomía abdominal total es la más común con 95.7%, la anemia es la complicación post-operatorias más frecuente (42.5%), mortalidad de 3.2%. Las histerectomías de emergencia son más frecuencia con las cesáreas (4.0 por 1000 cesáreas) (27).

Del Águila R, Isla J. (2012), en su estudio “Características epidemiológicas e indicaciones de histerectomías obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo enero 2006 a julio de 2011”, Ucayali Perú, investigación descriptiva simple, de corte transversal, con recolección retrospectiva de datos, cuya población estuvo constituida por 27 pacientes con histerectomía obstétrica. Resultados: la incidencia de Histerectomía Obstétrica fue 0,18% que significa 1 por cada 564 casos obstétricos, el grupo de edades donde más se realizó la histerectomía fue el rango de 17-43 años (63%). El 77% de las pacientes tuvieron al menos 1 a más de 6 controles prenatales y el 33 % no tuvieron ningún control prenatal; el 37% presentaron entre 2 y 3 gestaciones previas y el 19% eran nulíparas, el rango de edad gestacional fueron 30 a 42 semanas con un promedio de 35 semanas. Respecto al momento de la histerectomía obstétrica 63% de los casos corresponde a cesárea - histerectomía seguido del 33% histerectomía- post cesárea y un 4% correspondiente a histerectomía obstétricas Post Parto vaginal. Las principales indicaciones de las histerectomías obstétricas fueron por atonía uterina con el 63%, seguida por acretismo placentario 15%, rotura uterina 11%, sepsis 7% y útero Couvelaire 4%. La cesárea aumenta 1.04 veces el riesgo de la histerectomía obstétrica comparado con el parto vaginal. Se evidencio en el estudio que el 96% fueron intervención por cesárea y el 4% vía vaginal. Las complicaciones que condujeron a una cesárea fueron el 22% por hemorragias en el tercer trimestre (placenta previa y desprendimiento de prematuro de placenta). Prevalció la histerectomía abdominal sub total 93% y el 7% de

histerectomía total. Tiempo operatorio promedio fue 75,43 min (Rango de 35 a 156 min) (28).

1.3 Bases teóricas:

Histerectomía obstétrica

Es la extirpación del útero tras el nacimiento del niño, tanto si ha nacido por vía vaginal como por vía abdominal, existen dos tipos:(28)

***Cesárea-histerectomía**

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

- **De urgencia:** en el transcurso de una cesárea y una vez extraído el feto es necesaria la histerectomía para solucionar un problema grave. Suele ser total, aunque en algunos casos, por la urgencia del cuadro, puede ser subtotal, puede realizarse por: Rotura uterina de difícil reparación; Hemorragia incoercible; Prolongación de la incisión histerotomía hasta los vasos uterinos, Útero de Couvelaire en abrupto placentario y; Acretismo placentario.
- **Electivas:** son las que se plantean antes de la intervención como: Carcinoma de cérvix, otros carcinomas genitales; Mioma uterino; Torsión

de útero grávido en grado avanzado; Afección uterina no tumoral (adherencias inflamatorias, prolapso uterino) y Algunos casos de corioamnionitis grave.

***Histerectomía postparto:**

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

En ambas histerectomías se prefiere realizar una histerectomía total siempre que sea posible para evitar el ulterior desarrollo de un carcinoma de cérvix. Otros defienden la histerectomía subtotal conservando el cuello y el retinaculum uterino porque ofrece mejor sustrato anatómico a las relaciones sexuales. Deben conservarse los ovarios si es posible (28).

Según la invasión del acto operatorio se clasifica en:

- **Histerectomía parcial:** (o supracervical) es la extirpación de sólo la parte superior del útero. El cuello uterino se deja en su lugar.
- **Histerectomía total.** Es la extirpación total del útero y del cuello Uterino.

- **Histerectomía radical.** Es la extirpación del útero, del tejido en ambos lados del cuello uterino (parametrio) y de la parte superior de la vagina. Ésta se hace principalmente cuando hay presencia de algunos tipos de cáncer (29).

Causas más frecuentes de histerectomía obstétrica

➤ **Atonía uterina**

Es responsable del 50% de las hemorragias del alumbramiento y del 4% de las muertes maternas. Ocurre cuando luego de la salida de la placenta, el útero no se contrae por lo que hay pérdida continua de sangre desde el lugar donde estaba implantada la placenta. Aunque no siempre se encuentran, las causas predisponentes son: embarazo múltiple, hidramnios, macrosomía fetal, multiparidad, parto prolongado, mala dirección del alumbramiento o administración no controlada de oxitócicos. Las indicaciones de la histerectomía posparto de urgencia son variadas. Sin embargo, la causa principal es la atonía uterina, seguida de anomalías de inserción de la placenta y rotura uterina.

Es raro tener que realizar una laparotomía después de un parto vaginal, normalmente se realiza una histerectomía después de una cesárea. Usualmente han fallado las medidas previas conservadoras como la utilización de oxitócicos, prostaglandinas y ergóticos. Se han de valorar técnicas como la ligadura de arteria uterina u ovárica, ligadura de hipogástricas o suturas de B-Lynch y variantes para

preservar la fertilidad, pero no son útiles en pérdidas sanguíneas masivas, en las que se ha de optar por la histerectomía (29, 30).

➤ **Retención de placenta:**

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

- Encarcelación de la placenta desprendida que permanece en cavidad uterina o parcialmente en vagina, por espasmo del istmo, generalmente por tracciones intempestivas o falta de contracciones uterinas.
- Adherencia patológica de la placenta. Las diferentes formas de placentas adherentes tienen una característica básica común: ausencia de decidua basal. Por ello la placenta se adhiere directamente al miometrio. Hay distintos grados de penetración (29, 30, 31)

➤ **Acretismo placentario:**

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

De la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio. Es una de las principales causas de hemorragia obstétrica, principalmente del post parto inmediato, y que condiciona un importante riesgo de morbilidad materna, por la patología misma, como también por el tratamiento aplicado. El principal

tratamiento es la histerectomía obstétrica total, debido a su frecuente asociación con placenta previa y cicatrices de cesáreas previas. Este procedimiento es un desafío a las habilidades quirúrgicas del médico obstetra, por lo que es necesario conocer otras alternativas de tratamiento.

Clasificación: Existen tres variedades de adherencia anormal de la placenta:

- **Placenta acreta:** es la adherencia anormal de una parte o de la totalidad de la placenta a la pared uterina, sin que las vellosidades coriales penetren el miometrio.
- **Placenta increta:** las vellosidades coriales penetran el miometrio.
- **Placenta percreta:** es la penetración de los elementos coriales hasta sobrepasar la serosa del útero, pudiendo alcanzar órganos vecinos (29, 30, 31)

Por su extensión se reconocen tres tipos:

- a) **Focal:** solo involucra pequeñas áreas de la placenta.
- b) **Parcial:** uno o más cotiledones se involucran en el proceso.
- c) **Total:** la superficie completa de la placenta esta anormalmente adherida.

Importancia clínica del acretismo placentario

El acretismo placentario puede llevar a hemorragia obstétrica masiva, y como consecuencia alteraciones de la coagulación por pérdida, y por Coagulación intravascular diseminada. La necesidad de realizar histerectomía total, especialmente cuando se asocia a placenta previa e inserta en cicatrices de cesáreas previas, La incidencia de placenta acreta está aumentando, especialmente por la mayor incidencia de operación cesárea (29).

Fisiopatología

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

➤ Inversión uterina

Es la invaginación del útero dentro de su propia cavidad. El fondo del útero se invagina en la cavidad y puede descender arrastrando sus paredes, atravesar el cuello y asomar por vulva. Luego de ocurrir esto, con frecuencia el cuello y el segmento uterino inferior forman un anillo de constricción que fija la porción invertida ocasionando edema y congestión vascular, lo que agrava más la constricción inicial. Es una causa rara de hemorragia del alumbramiento aunque potencialmente muy grave. Sólo un diagnóstico

rápido y una conducta adecuada permiten evitar sus complicaciones, por ello debe formar parte del diagnóstico diferencial de todas las hemorragias posparto

Según su severidad, se clasifican:

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

La causa exacta es desconocida, pero hay una serie de factores de riesgo como son: implantación Fúndica, placenta previa, acretismo placentario, así como algunas maniobras que la favorecen, como son la expresión del fondo (maniobra de Credé) y la tracción excesiva del cordón umbilical, ambas para facilitar el alumbramiento (30).

Descripción clínica de las Causas de la Histerectomía

***Rotura uterina**

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

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

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

La sintomatología es aguda con dolor abdominal y generales de hemorragia, anemia y shock hipovolémico. Su pronóstico es muy grave y su tratamiento no será siempre quirúrgico (31)

***Útero de Couvelaire:**

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

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

El tratamiento no siempre es la histerectomía, la mayoría de las veces se recupera, debe reservarse cuando no responde a dosis máximas de oxitocina. Si. Existe coagulopatía debe intentarse primero la ligadura de las hipogástricas antes de decidirse por la histerectomía (29).

Otras causas de histerectomía: Los motivos más comunes por los que se realizan histerectomías son:

***Miomas uterinos:** Éstos son crecimientos comunes, no cancerosos (benignos) en el músculo del útero. Cuando los miomas ocasionan sangrado menstrual abundante, calambres dolorosos y molestias abdominales, se puede realizar una histerectomía (30).

***Endometriosis:** Éste es un crecimiento anormal del endometrio o pared del útero en la cavidad abdominal que provoca dolor, calambres y sangrado anormal (31).

***Adeniosis:** Éste es un crecimiento anormal del endometrio dentro de la capa central del útero, lo que también provoca dolor, calambres y sangrado anormal (30).

***Prolapso uterino:** Ésta es una enfermedad en la que el útero cae de su lugar habitual hacia la vagina. Pueden contribuir a que se produzca un prolapso los partos, la obesidad y la pérdida de estrógenos después de la menopausia (31).

***Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP):** La enfermedad inflamatoria pélvica es una infección del útero o de las trompas de Falopio, que se puede extender a la cavidad pélvica. A veces estas infecciones se vuelven crónicas y hacen necesario extirpar los órganos afectados mediante cirugía (30).

***Cáncer:** El cáncer de endometrio, el sarcoma uterino, el cáncer de cuello uterino y el de ovarios o trompas de Falopio por lo general exigen una histerectomía (28).

Actitud

Una actitud se define como la “reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia alguien o algo, que se manifiesta en las creencias, los sentimientos o el comportamiento deliberado” (Olson y Zanna, 1993; citado por Myers, 2000, p.130). Para McGuire (1985) las actitudes son “juicios evaluativos –positivos, negativos o neutrales- sobre los objetos del pensamiento” (Kimble et al., 2002, p.136). Por otra parte, Fazio (1989) la define como “una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada” (Morales et al., 1994, p.496) (17).

Las actitudes tienen tres componentes: cognitivo, afectivo y conativo conductual. El cognitivo se constituye de las percepciones de la persona sobre el objeto de la actitud y la información poseída sobre el mismo. El afectivo se compone por los sentimientos que dicho objeto emana de la persona y el conativo-conductual se forma por las tendencias y acciones hacia el objeto. Existe una coincidencia en los tres componentes, estos evalúan al objeto. Es preciso decir que para conocer una actitud se requiere conocer estos tres factores y evaluarlos, ya que una actitud no es directamente observable. Por otra parte, es importante mencionar que las actitudes cambian continuamente, pueden ser favorables o desfavorables hacia el objeto (Morales et al., 1994) (17).

Ahora bien, hay autores como Jones y Gerard (1967) que consideran que las actitudes se constituyen por creencias y valores, por lo que éstas se

forman de un elemento cognoscitivo y un elemento valorativo (citado por Kimble et al., 2002).

Se debe considerar que, las actitudes tienden a guiar nuestras acciones y se fortalecen cuando surgen de la experiencia o pensamos en ellas; sin embargo, cuando actuamos de manera automática no hacemos uso de nuestras actitudes (Mayers, 2000). Por esto mismo, si la persona no ha tenido ninguna experiencia con el objeto de la actitud o este objeto no se le hace de interés no existirá una evaluación del objeto y se hablará de una no-actitud (Fazio, 1989; citado por Morales et al., 1994).

Teorías de las Actitudes

..... la actitud corresponde a ciertas regularidades de los sentimientos, pensamientos y predisposiciones de un individuo a actuar hacia algún aspecto del entorno" (Secord y Backman, 1964 en León y otros, 1988:133)

"La actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud" (Fishbein y Ajzen, 1975 en Bolívar, 1995: 72) "

... la actitud es una disposición fundamental que interviene en la determinación de las creencias, sentimientos y acciones de aproximación- evitación del individuo con respecto a un objeto." (Cook y Selltiz, en Summers, 1976: 16)

"La actitud es la disposición permanente del sujeto para reaccionar ante determinados valores" (Marín, 1976:69)

"El concepto de actitud denota la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico" (Thurstone en Summers, 1976:158) "

...una multitud de términos aparentemente no relacionados como pulsión adquirida, creencia, reflejo condicionado, fijación, juicio, estereotipia, valencia, sólo para mencionar algunos son sinónimos funcionales del concepto de actitud". (Kidder y Campbell, en Summers, 1976: 13) "

...el término actitud hace referencia a un sentimiento general, permanente positivo o negativo, hacia alguna persona, objeto o problema" (Petty y Cacioppo, 1981 en León y otros, 1998:118) "Las actitudes son las disposiciones según las cuales el hombre queda bien o mal dispuesto hacia sí mismo y hacia otro ser

...son las formas que tenemos de reaccionar ante los valores. Predisposiciones estables a valorar de una forma y actuar en consecuencia. En fin, son el resultado de la influencia de los valores en nosotros" (Alcántara, 1988: 9)

"La actitud es una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad (u objeto) concreta con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad" (Eagly y Chaiken, 1993 en Morales (Coord.), 1999:194) 36 "Las actitudes son como factores que intervienen en una acción, una predisposición comportamental adquirida hacia algún objeto o situación" (Bolívar, 1995: 72)

"... como una postura o semblante que expresa un estado de ánimo o quizá una intención o, de forma más general, una visión del mundo" (Rodríguez en Pérez y Ruiz, 1995:15)

"Las actitudes son creencias internas que influyen en los actos personales y que reflejan características como la generosidad, la honestidad o los hábitos de vida saludables" (Schunk, 1997: 392)

"Una actitud es una organización relativamente estable de creencias, sentimientos y tendencias hacia algo o alguien - el objeto de la actitud-" (Morris, 1997: 608)

"... disposición interna de carácter aprendido y duradera que sostiene las respuestas favorables o desfavorables del individuo hacia un objeto o clase de objetos del mundo social; es el producto y el resumen de todas las experiencias del individuo directa o socialmente mediatizadas con dicho objeto o clase de objetos" (Cantero y otros, 1998 en León y otros, 1998; 118)

"El concepto de actitud... se refiere a las concepciones fundamentales relativas a la naturaleza del ser humano, implica ciertos componentes morales o humanos y exige un compromiso personal y se define como una tendencia o disposición constante a percibir y reaccionar en un sentido; por ej. de tolerancia o de intolerancia, de respeto o de crítica, de confianza o de desconfianza, etcétera." (Martínez, 1999b:181)

"...hablamos de actitud cuando nos referimos a una generalización hecha a partir de observar repetidamente un mismo tipo de comportamiento. Generalmente detrás de un conjunto de actitudes se pueden identificar valores" (Sanmartí y Tarín, 1999; 56)

"...predisposición aprendida, no innata, y estable aunque puede cambiar, a reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable ante un objeto (individuo, grupo, situaciones, etc.)" (Morales, 2000:24)

"Una actitud es una orientación general de la manera de ser de un actor social (individuo o grupo) ante ciertos elementos del mundo (llamados objetos nodales)" (Muchielli, 2001; 151). Estas son sólo algunas de las muchas definiciones que podemos encontrar sobre las actitudes. (32)

Por lo tanto:

***Las actitudes son adquiridas.** Toda persona llega a determinada situación, con un historial de interacciones aprendidas en situaciones previas (Tejada y Sosa, 1997:2). Así, pueden ser consideradas como expresiones

comportamentales adquiridas mediante la experiencia de nuestra vida individual o grupal.

***Implican una alta carga afectiva y emocional** que refleja nuestros deseos, voluntad y sentimientos. Hacen referencia a sentimientos que se reflejan en nuestra manera de actuar, destacando las experiencias subjetivas que los determinan; constituyen mediadores entre los estados internos de las personas y los aspectos externos del ambiente. (Morales (Coord.), 1999)

***La mayoría de las definiciones** se centran en la naturaleza evaluativa de las actitudes, considerándolas juicios o valoraciones (connotativos) que traspasan la mera descripción del objeto y que implican respuestas de aceptación o rechazo hacia el mismo.

***Representan respuestas de carácter electivo** ante determinados valores que se reconocen, juzgan y aceptan o rechazan. Las actitudes apuntan hacia algo o alguien, es decir, representan entidades en términos evaluativos de ese algo o alguien. "...cualquier cosa que se puede convertir en objeto de pensamiento también es susceptible de convertirse en objeto de actitud" (Eagly y Chaiken en Morales (Coord.), 1999:195)

***Las actitudes son valoradas como estructuras de dimensión múltiple**, pues incluyen un amplio espectro de respuestas de índole afectivo, cognitivo y conductual. 38 6. Siendo las actitudes experiencias subjetivas (internas)

no pueden ser analizadas directamente, sino a través de sus respuestas observables.

***La significación social de las actitudes** puede ser determinada en los planos individual, interpersonal y social. Las actitudes se expresan por medio de lenguajes cargados de elementos evaluativos, como un acto social que tiene significado en un momento y contexto determinado. (Eiser, 1989) 8. Constituyen aprendizajes estables y, dado que son aprendidas, son susceptibles de ser fomentadas, reorientadas e incluso cambiadas; en una palabra, enseñadas.

***Están íntimamente ligadas con la conducta**, pero no son la conducta misma; evidencian una tendencia a la acción, es decir, poseen un carácter pre-conductual.

***Esta conceptualización proporciona indicios** que permiten diferenciar las actitudes de elementos cercanos a ellas como son los valores, los instintos, la disposición, el hábito, entre otros. Las actitudes se diferencian de los valores en el nivel de las creencias que las componen; los valores trascienden los objetos o situaciones, mientras que las actitudes se ciñen en objetos, personas o situaciones específicas. Se diferencian de los instintos en que no son innatas sino adquiridas y no se determinan en un solo acto, como el caso de los instintos. Se distinguen de la disposición por el grado de madurez psicológica; la actitud es más duradera, la disposición es más volátil. "Hay toda una teoría de la disposición de la personalidad, pero aún

hoy, no han explicado cómo es que el individuo pasa de la disposición a la acción". (Pervin, 1994 en Carver y Scheiler, 1997: 124). La actitud difiere de la aptitud en el grado de la integración de las distintas disposiciones. La aptitud es la integración de varias disposiciones; la actitud es la unión de varias aptitudes, lo que se expresa con una fuerte carga emocional. Por su parte el hábito, referido a acción, se integra a las aptitudes para brindar mayor solidez y estructura funcional a las actitudes. (Alcántara,1988). Así, "las actitudes" siendo uno de los principales constructos de la Psicología Social, ha ido alcanzado una gran implicación en el campo educativo. (32)

Componentes de las actitudes

- **Los Componentes Cognitivos:** incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación.
- **Los Componentes Afectivos:** son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado...).

- **Los Componentes Conativos:** muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la relación "conducta-actitud". Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes 41 que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas.

En este sentido, Brecler (1984 en Morales (coord) 1999), presenta dos premisas fundamentales:

a) Cualquier actitud se puede manifestar a través de tres vías que se diferencian entre sí, pero que convergen porque comparten un sustrato o base común, ya que todos representan la misma actitud.

b) Cada tipo de respuesta se puede medir con la utilización de diferentes índices; la relación entre los índices diferentes de la misma respuesta debe no sólo ser positiva sino también intensa (32).

Actitud frente a la Histerectomía

Por otra parte, algunos estudios han demostrado que existen una serie de mitos y creencias negativas hacia la histerectomía, lo que ha ocasionado que se forme un estereotipo negativo sobre las mujeres a las que se les ha realizado esta intervención quirúrgica; como por ejemplo, que las mujeres sin útero están huecas y no sirven para nada (Richter et al., 2000). Existe un estudio realizado en México, en el que se

pidió a los participantes que definieran a una mujer con histerectomía, y se encontró que ésta fue definida como “una mujer triste” (Islas, 2005). Sin embargo, los dos estudios mencionados se realizaron con mujeres que no habían sido sometidas a esta operación. Por lo tanto, cabe la pregunta de saber cuál es la actitud de las mujeres que han experimentado la histerectomía (17).

González I. (2008), en su publicación “Sexualidad femenina e histerectomía”, Habana Cuba, realiza un breve recuento histórico sobre el desarrollo de la cirugía ginecológica, y enfatiza en la histerectomía como una de las intervenciones más frecuentemente realizadas en esta especialidad médica. Se realiza un análisis sobre las posibles repercusiones que esta puede tener en la sexualidad femenina, así como la conceptualización del MATERNAJE después de este evento quirúrgico.

Si desde el plano social uno de los mitos femeninos principales es el de mujer=madre, lógicamente la intervención contrapone a la mujer con ese desempeño. Si nosotros como profesionales de la salud hemos conceptualizado el “MATERNAJE” como una larga cadenas de sucesos que empiezan con la gestación y terminan cuando acaba la vida de la mujer, en esta ocasión también conceptualizaremos qué pueden significar cada una de las letras que componen esta palabra cuando la mujer se enfrenta a una histerectomía.

MATERNAJE

M=miedo ante la intervención quirúrgica, malestares asociados a esta.

A=ansiedades por su desempeño futuro, físico y sexual.

T=temor a no seguir siendo una mujer completa.

E=expectativas de vida, sociales, laborales y sexuales.

R=realidad evidente ("esta vacía," "la vaciaron," le quitaron el útero).

N=necesidades sexuales insatisfechas, por posible rechazo masculino.

A=angustias por lo resultados futuros de la operación.

J=juicios externos (femeninos y masculinos) la considerarán incompleta, "vacía", ya que le falta el útero y la maternidad será imposible.

E=erotismo en último lugar, pues ya ella no es la misma.

Por lo cual es importancia además determinar la actitud de la parte masculina de la pareja humana (33).

1.4 Justificación y/o Importancia:

Clásicamente la exéresis del útero en una mujer gestante ya sea después de un parto o aborto incluso en el puerperio, se considera como histerectomía obstétrica. Esto involucra necesariamente la condición de un útero que está o ha sido ocupado por una gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiera la extracción parcial o total del órgano y de urgencia (17).

La histerectomía obstétrica, considerada desde hace un tiempo como única alternativa terapéutica en el manejo de patologías hemorrágicas

y/o sépticas con el fin de salvar la vida de la paciente, está siendo cada vez más infrecuente por el desarrollo de procedimientos quirúrgicos, mejores condiciones de asepsia, mayor disponibilidad de antibióticos y optimización del uso de sangre y hemoderivados (17).

La histerectomía obstétrica se puede llevar a cabo junto con una cesárea (cesárea-histerectomía) o después de ella, después de un parto vaginal o aborto o incluso en el puerperio, debido a complicaciones como la hemorragia post-parto, estados infecciosos severos que llevan a una sepsis que no responda a los antibióticos y que requiera una desfocalización; por lo que las causas de histerectomías obstétricas de emergencia son la atonía uterina, el acretismo placentario, la ruptura y perforación uterinas y los cuadros sépticos puerperales y post-aborto; lo que incrementa el riesgo de muerte materna (17).

Las indicaciones para una histerectomía post-cesárea está en relación con diferentes cuadros para los cuales está indicada esta operación, unos pocos incluyen la infección intrauterina, una cicatriz groseramente defectuosa, un útero marcadamente hipotónico que no responde a los oxitócicos, prostaglandinas o masaje energético; desgarró de los vasos uterinos principales, grandes miomas y la displasia cervical severa o el carcinoma in situ de cérvix. En la enfermedad del trofoblasto puede recurrirse a la histerectomía como tratamiento, especialmente en mujeres que han concluido con su paridad. En la ruptura uterina la laparotomía exploratoria no está indicada en casos de dehiscencia

cicatrizal sin hemorragia luego de un parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa, sin embargo en casos de ruptura manifiesta durante una prueba de trabajo de parto con frecuencia es necesario recurrir a la histerectomía (19).

El embarazo corn-ual o intersticial alcanza aproximadamente el 3% de todas las gestaciones ectópicas, a causa de la mayor distensibilidad del miometrio que recubre la porción intersticial de la trompa, este se complica más tardíamente entre la octava y decimosexta semana gestacional, la hemorragia puede ser rápidamente fatal debido a que el embarazo está ubicado entre el ovario y las arterias uterinas, en efecto los embarazos cornuales pueden ser fatales y la mujer fallecer antes de llegar al hospital. Debido a que la lesión es amplia suele ser necesaria la histerectomía, pero la incidencia parece ir en aumento, debido en parte a las formas de fertilización asistida pero particularmente posterior a fertilización in vitro y la transferencia de embriones (19).

En relación a la histerectomía es necesario conocer la trascendencia y el riesgo sanitario de éste procedimiento quirúrgico, a fin de promover medidas de control sobre los factores predisponentes o determinantes en poblaciones de mujeres gestantes o en edad fértil, por lo tanto es necesario trabajar intensamente en socializar con ésta población objetivo; a fin de generar un mejor desarrollo en la salud de la mujer y por lo tanto su calidad de vida, asumiendo medidas preventivas respecto a algunas situaciones ginecológicas como, abortos complicados,

miomatosis uterina, distocias de placentación, atonías uterinas entre otras causas hemorrágicas.

Toda gestante o mujer en edad fértil, debe conocer éstas condicionantes de salud, para que sea el ente generador del cambio en la salud de la mujer. Se requiere por lo tanto promover y desarrollar políticas o una cultura de prevención en la familia respecto a éste procedimiento quirúrgico; éste debe partir del conocimiento previo de su ciclo reproductivo y los cambios fisiológicos en toda la etapa del desarrollo de la mujer. De ésta manera se podrá intervenir en forma oportuna respecto a situaciones que se presentan.

Metodológicamente el estudio permitirá priorizar, identificar y definir con mayor precisión las actitudes hacia la Histerectomía;—ayudará a uniformizar los procesos de atención y manejo de éstos, para abordar con mayor importancia las causas y el manejo oportuno de la misma cirugía o situación de la mujer. Por lo que los conceptos y las variables referente a ésta situación sanitaria deben ser enfocados bajo un mismo sistema de trabajo que permita cumplir con los objetivos.

Es conveniente realizar el presente estudio a fin de evaluar y tomar decisiones oportunas durante la atención prenatal, frente a los factores de riesgo o determinantes de ésta situación, ya que con ello estaríamos contrarrestando las emergencias obstétricas de tipo hemorrágicas como causa principal de muerte, ya que según la Dirección General de

Epidemiología del MINSA en el periodo del 2007 al 2014, la primera causa de Muerte materna fue por hemorragias con el 41.1%, a nivel nacional, sin embargo existen otras situaciones como causales directos de histerectomía como son: Atonía uterina (33.3%), acretismo placentario (28.6%), Ruptura uterina, placenta previa y otras causas con el 9%. Estas inciden directamente como condicionante para éste procedimiento quirúrgico. Por ello es necesario abordar en forma oportuna este problema, a fin de aminorar las posibilidades de riesgo que desencadenen en una Histerectomía y por lo tanto en muerte materna (34).

La usuaria y el médico deben tomar en conjunto la decisión de proceder a la histerectomía. Son inciertos los factores que hacen que la paciente o el medico se decidan por la histerectomía y los motivos por los que las pacientes con trastornos semejantes eligen diferentes tratamientos. En el caso de muchas, la decisión de que se realice histerectomía puede ser repentina. Afrontan los riesgos de la anestesia y la intervención quirúrgica y, si son premenopausicas deben hacer frente también a la pérdida de la menstruación y a la capacidad para procrear. Muchas mujeres se preocupan que el procedimiento origine pérdida de la feminidad, disminución de la satisfacción sexual o aumentos de sus problemas interpersonales con sus cónyuges. La preocupación por la pérdida de las vías reproductivas es mayor que la relacionada con la pérdida de los otros órganos intraabdominales. Es esencial ofrecer

consejo y preparación preoperatorio adecuada para volver mínima la posibilidad de que la paciente tenga malos resultados (35).

Generalmente las actitudes tienen que ver con los efectos físicos secundarios se puede controlar con medicamentos, pero los efectos psicológicos, en ocasiones son más difíciles de tratar. Existen factores externos, como valores culturales, normas sociales, la opinión de la pareja y la personalidad de la paciente, que influyen en forma determinante sobre su estado psicológico, lo que puede provocar: Cansancio, dolor pélvico, depresión, autoestima baja, sensibilidad a los ruidos, cefaleas (dolores de cabeza), cambios de humor, fatiga muscular, falta de ánimo y llanto, lo cual debemos evitar.

Los sentimientos antes mencionados ocasionan gran angustia en la mujer antes y posterior a la histerectomía de tal manera que es útil que la / el obstetra facilite a la mujer la expresión de sus sentimientos y temores acerca de la operación, y es indispensable que acepte sus simbolismos. Y suministre la información requerida. Cualquier técnica quirúrgica va precedida de alguna forma de reacción emocional, por eso destacamos la importancia de la participación del Obstetra (36).

La idea de esta investigación es conocer las actitudes de la mujer que se va a someter o ha sido sometida a histerectomía abdominal, y proporcionar información, actualizada para la toma de medidas correctivas

1.5 Problema:

¿Cuáles son las actitudes hacia la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, periodo enero 2007 – Diciembre 2014?

II. OBJETIVOS:

2.1 Objetivo General:

Determinar las actitudes hacia la Histerectomía Obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007_diciembre2014

2.2 Objetivos Específicos:

1. Determinar las características sociodemográficas de las pacientes con histerectomía obstétrica atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007_diciembre 2014.
2. Identificar el tipo de actitud hacia la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007_diciembre 2014.
3. Determinar el tipo de actitud según dimensiones más relevantes hacia la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007_diciembre 201

2.3 Hipótesis de investigación

Hi: Las pacientes atendidas en el servicio de Gineco - obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto presentan una actitud negativa o desfavorable hacia la histerectomía obstétrica.

2.4 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Univariable (actitud frente a la histerectomía obstétrica)	Tipos de comportamiento de las mujeres después de la histerectomía	Determinación de los componentes cognitivos afectivos y conativos de las mujeres con histerectomía	Cognitivos	Clasificación:	Ordinal
			Afectivo	Favorable : (142-200 puntos)	Ordinal
			Conativos	Indiferente: (81 – 141 puntos) Desfavorable: (20 – 80 puntos)	Ordinal

III. MATERIALES Y METODOS:

3.1. Tipo de estudio:

El estudio fue de tipo no experimental, cuantitativo, básico descriptivo, retrospectivo prospectivo

3.2. Diseño de investigación

Descriptivo simple y se esquematiza de la siguiente manera:

M ————— **O**

Donde:

M: Muestra de pacientes con histerectomía obstétrica

O: Actitudes frente a la histerectomía obstétrica

3.3. Universo, Población y Muestra:

Universo:

Constituido por todas las mujeres consultantes al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, durante los años 2007 al 2014, según datos facilitados por la oficina de estadística del Hospital.

Población:

Constituida por las pacientes con histerectomía Obstétrica atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital MINSA II – 2 Tarapoto que haciende a un total de 150 pacientes durante los años del 2007 al 2014., según datos facilitados por la oficina de estadística del Hospital MINSA – Tarapoto.

Muestra:

El total de la muestra a trabajar corresponde a un estimado del 72% de la población identificada, con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%, de las pacientes con histerectomía

obstétrica. Esta muestra representa a 85 pacientes de acuerdo a la fórmula estadística; los mismos que fueron atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto, durante los años del 2007 al 2014. Se considera que éstos pacientes deben ser buscados para la aplicación del cuestionario, utilizando el muestreo aleatorio sistemático con un intervalo de un paciente entre una y otra encuesta.

FORMULA:

$$n = \frac{(N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q)}{((N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot q)}$$

DONDE:

N= Población total

Z = 1,96 ~ 2 (95% confiabilidad)

e = 7 % = 0,07 (error permisible P-p)

p = 50 % = 0,5 (Probabilidad de éxito)

q = 50% = 0,5 (Probabilidad de fracaso)

n = 85

Unidad de Medida

Una paciente con histerectomía obstétrica atendida en el servicio de Gineco-obstétrica del Hospital MINSA II – 2 Tarapoto.

3.3.1. Criterio de inclusión:

- Pacientes sometidas a histerectomía por diferentes causas obstétricas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto en el periodo Enero 2007 Diciembre 2014.

- Pacientes ubicadas y que desean participar del estudio
- Pacientes con historias clínicas con información completa que permitan su ubicación.

3.3.2. Criterio de exclusión:

- Pacientes que rechazan participar del estudio
- Pacientes fallecidas o incapacitadas para responder al cuestionario.

3.4. Procedimiento:

- Se elaboró el proyecto de tesis y se presentó a la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSM-T para su aprobación.
- Se validó el instrumento de investigación para su aplicación.
- Se solicitó autorización al Director del Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, para que nos brinde las facilidades para el desarrollo del trabajo de investigación.
- Se solicitó a la Oficina de Estadística del Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, nos proporcione los datos de la Historias Clínicas.
- Se identificó a la población y muestra del estudio, para realizar la recolección de datos.
- Se elaboró el instrumento para medir la actitud hacia la histerectomía en las pacientes tomando como referencia la escala de Likert. El mismo se validó mediante una prueba piloto.
- Se aplicó la encuesta y se organizó a las pacientes en un cronograma de aplicación de los instrumentos con un intervalo de una (1) paciente entre una y otra encuesta, previa coordinación con ellas.

- La encuesta fue aplicada en el horario que ellas soliciten.
- Se realizó la tabulación, análisis y procesamiento de la información y resultados obtenidos.
- Se procedió con la elaboración del informe final de investigación.
- Se presentaron los resultados de la investigación.

3.5. Métodos e instrumento de recolección de datos:

Para la recolección de datos se utilizó la técnica del análisis de historia clínica de pacientes histerectomizadas y luego la entrevista tomando como instrumento la encuesta, con preguntas abiertas; el instrumento está compuesto por 04 partes: la primera parte comprende los datos **sociodemográficos** y algunos datos de la historia clínica para verificar la información del caso y comprende 06 preguntas; la segunda parte comprende los datos en relación a la actitud en su componente **cognitivo**, la cual comprende 7 preguntas con respuestas múltiples; la tercera parte comprende la actitud en su componente **afectivo**, la cual tiene 06 preguntas; la cuarta parte comprende los datos en relación a la actitud en su componente **conativos**, la cual comprende 7 ítems, que las pacientes debían responder según perciban su condición conativa con la finalidad de identificar las reacciones emocionales que presenta las pacientes, cuya respuesta será medido bajo la escala de Likert.

Esta escala de Likert tiene 5 alternativas de respuestas: 1) Totalmente en Desacuerdo, 2) En Desacuerdo, 3) Indiferente, 4) De acuerdo y 5) Totalmente de Acuerdo. El total de preguntas a considerar corresponden a 20 referentes a la medición de actitud, por lo que el puntaje mínimo será de 20 y el puntaje máximo de 100. Este puntaje será clasificado en tres rangos de puntuación como resultado final siendo el siguiente:

- **Actitud favorable:** De 74 a 100 puntos
- **Actitud indiferente:** De 47 a 73 Puntos
- **Actitud desfavorable:** De 20 a 46 Puntos

3.6. Plan de tabulación y análisis de datos:

La información fue procesada en el software SPSS versión 22. Se utilizó la distribución de medidas de tendencia central como: mediana y media, con el 95% de nivel de confianza. Se obtuvo las funciones absolutas y porcentuales analizándose los resultados finales. Los resultados se presentarán en tablas simples.

IV. RESULTADOS:

Tabla N° 01

Características sociodemográficas de las pacientes con histerectomía obstétrica atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007_ diciembre 2014.

N°	Característica	Categoría	N°	Porcentaje (%)
1	EDAD	15 A 19	15	17,6
		20 A 30	28	32,9
		31 A 40	18	21,2
		41 A 49	10	11,8
		MAYOR A 49	14	16,5
		Total	85	100,0
2	NÚMERO HIJOS	NINGUNO	14	16,5
		1 HIJO	20	23,5
		2 HIJOS	22	25,9
		3 A MÁS HIJOS	29	34,1
		Total	85	100,0
3	ESTADO CIVIL	SOLTERA	23	27,1
		CASADA	16	18,8
		CONVIVIENTE	43	50,6
		VIUDA	3	3,5
		Total	85	100,0
4	GRADO DE INSTRUCCIÓN	ANALFABETA	6	7,1
		PRIMARIA	22	25,9
		SECUNDARIA	36	42,4
		SUPERIOR	21	24,7
		Total	85	100,0
5	PROCEDENCIA	URBANA	38	44,7
		URBANA MARGINAL	9	10,6
		RURAL	38	44,7
		Total	85	100,0
	OCUPACIÓN	TRABAJ. DEL HOGAR	39	45,9
		EMPLEADA	16	18,8

6		OBRERA	2	2,4
		COMERCIANTE	13	15,3
		AGRICULTURA	15	17,6
		Total	85	100,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación 2016.

Observamos las características sociodemográficas de las pacientes con histerectomía obstétrica en estudio. El 32,9% (28) de las pacientes en estudio, tienen entre 20 a 30 años de edad, seguido del 21,2% (18) que están entre los 31 a 40 años de edad; el 17,6% (15) tienen una edad entre 15 a 19 años. El 34,1%(29) de las pacientes en estudio tienen de 3 a más hijos, el 25,9%(22) tienen 2 hijos y el 23,5%(20) tienen un hijo. El estado civil del 50,6%(43) de las pacientes con histerectomía obstétrica son convivientes; seguido del 27,1% (23) que son solteras y el 18,8% (16) son solteras.

Con respecto al grado de instrucción el 42,4% (36) de las participantes tienen estudios secundarios, seguido del 25,9% (22) que tienen estudios de primaria y el 24,7% (21) estudios superiores.

La procedencia de las pacientes que predomina es la zona urbana con el 44,7% (38), como también con el 44,7% (38) que proceden de la zona rural. El 45,9% (39) de las pacientes del estudio, son trabajadoras del hogar, seguido del 18,8% (16) son empleadas, 17,6% (15) que se dedican a la agricultura y el 15,3% (13) que son comerciantes.

Tabla N° 02

Tipo de actitud hacia la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007_ diciembre 2014.

ACTITUD	N° Pacientes	Porcentaje (%)
DESFAVORABLE	8	9,4
INDIFERENTE	18	21,2
FAVORABLE	59	69,4
Total	85	100,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación 2016.

Observamos que las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstétrica del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, tienen una actitud favorable hacia la histerectomía; es decir el 69,4% (59) lo manifiesta a través de los instrumentos aplicados.

Tabla N° 03

Tipo de actitud según dimensiones más relevante hacia la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007_ diciembre 2014.

ACTITUD	COGNITIVO		AFECTIVO		CONATIVO	
	N°	%	N°	%	N°	%
DESFAVORABLE	0	0,0	2	2,4	3	3,5
INDIFERENTE	9	10,6	45	52,9	46	54,1
FAVORABLE	76	89,4	38	44,7	36	42,4
TOTAL	85	100,0	85	100,0	85	100,0

Fuente: Elaboración propia de la investigación 2016.

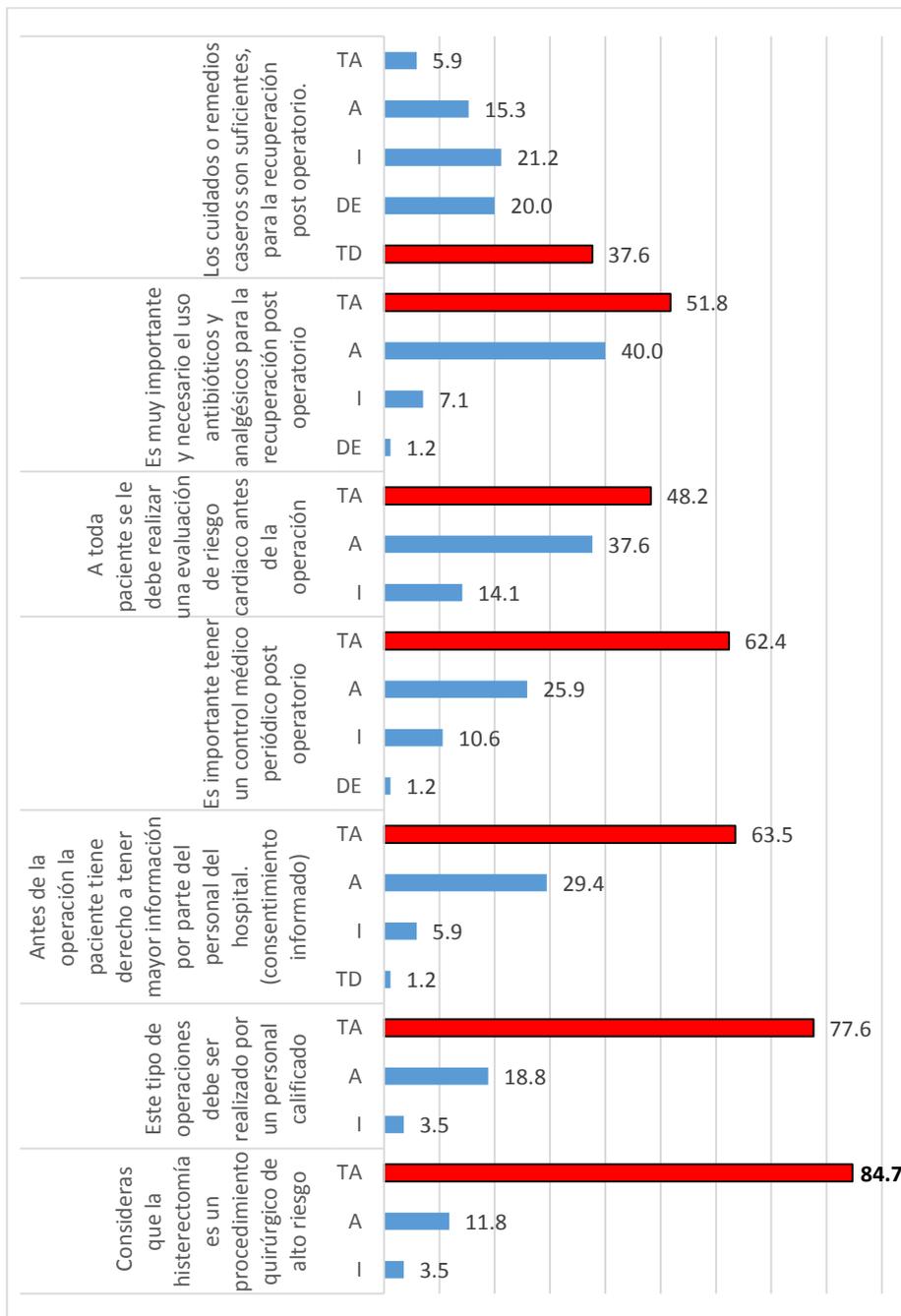
Se observa los tres tipos de actitudes en base a las dimensiones de la actitud.

En lo cognitivo la actitud más relevante es la favorable con un 89,4% (76). Luego

en lo afectivo, el 52,9% (45) de las pacientes manifestaron una actitud indiferente con un 44,7% (38) de una actitud favorable. Con respecto a lo conativo, 54,1% (46) de las pacientes mostraron una actitud indiferente y el 42,4% (36), mostraron una actitud favorable.

Gráfico N° 01:

Porcentaje según respuestas de preguntas sobre actitud hacia la histerectomía obstétrica en lo cognitivo en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hosp



ital MINSA II-2

Tarapoto, enero 2007_diciembre 2014

Fuente: Elaboración propia de la investigación 2016.

Evidenciamos los resultados de los ítems, establecidos en la dimensión cognitivo, según la escala. El 84,7% (72) de las pacientes están totalmente de

acuerdo, ya que *consideran que la histerectomía es un procedimiento quirúrgico de alto riesgo.*

El 77,6% (66) de las pacientes están totalmente de acuerdo porque *este tipo de operaciones debe ser realizado por un personal calificado.*

El 63,5% (54), están totalmente de acuerdo, ya que manifiestan *que antes de la operación, tienen derecho a tener mayor información por parte del personal del hospital para realizar la firma del consentimiento informado.*

El 62,4% (53) de las pacientes están totalmente de acuerdo, consideran que es *importante tener un control médico periódico post operatorio.*

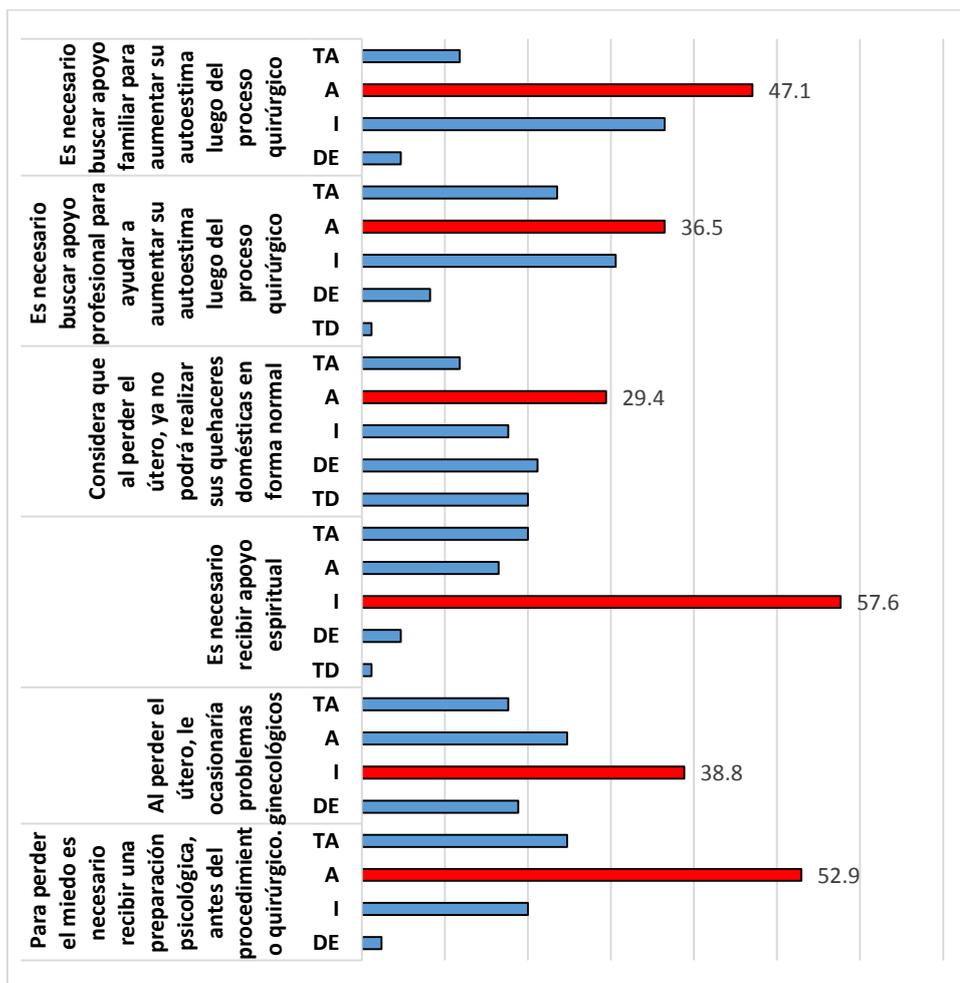
El 48,2% (41) de las pacientes están totalmente de acuerdo, consideran que a *toda paciente se le debe realizar una evaluación de riesgo cardiaco antes de la operación.*

El 51,8% (44) de las pacientes están totalmente de acuerdo, ya que consideran que es *muy importante y necesario el uso antibióticos y analgésicos para la recuperación post operatorio.*

El 37,6% (32) de las pacientes están en total desacuerdo que *los cuidados o remedios caseros son suficientes, para la recuperación post operatorio.*

Gráfico N° 02:

Porcentaje según respuestas de preguntas sobre actitud hacia la histerectomía obstétrica en lo afectivo en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007_diciembre 2014



Fuente: Elaboración propia de la investigación 2016.

Observamos los resultados de los ítems establecidos en la dimensión de lo afectivo, según la escala. El 52,9% (45) de las pacientes en estudio están de acuerdo al manifestar que, *para perder el miedo es necesario recibir una preparación psicológica, antes del procedimiento quirúrgico.*

El 38,8% (33) de las pacientes en estudio, se muestran indiferentes al considerar que, *Al perder el útero, le ocasionaría problemas ginecológicos.*

El 57,6% (49) de las pacientes de la investigación se muestran indiferentes, así *es necesario recibir apoyo espiritual.*

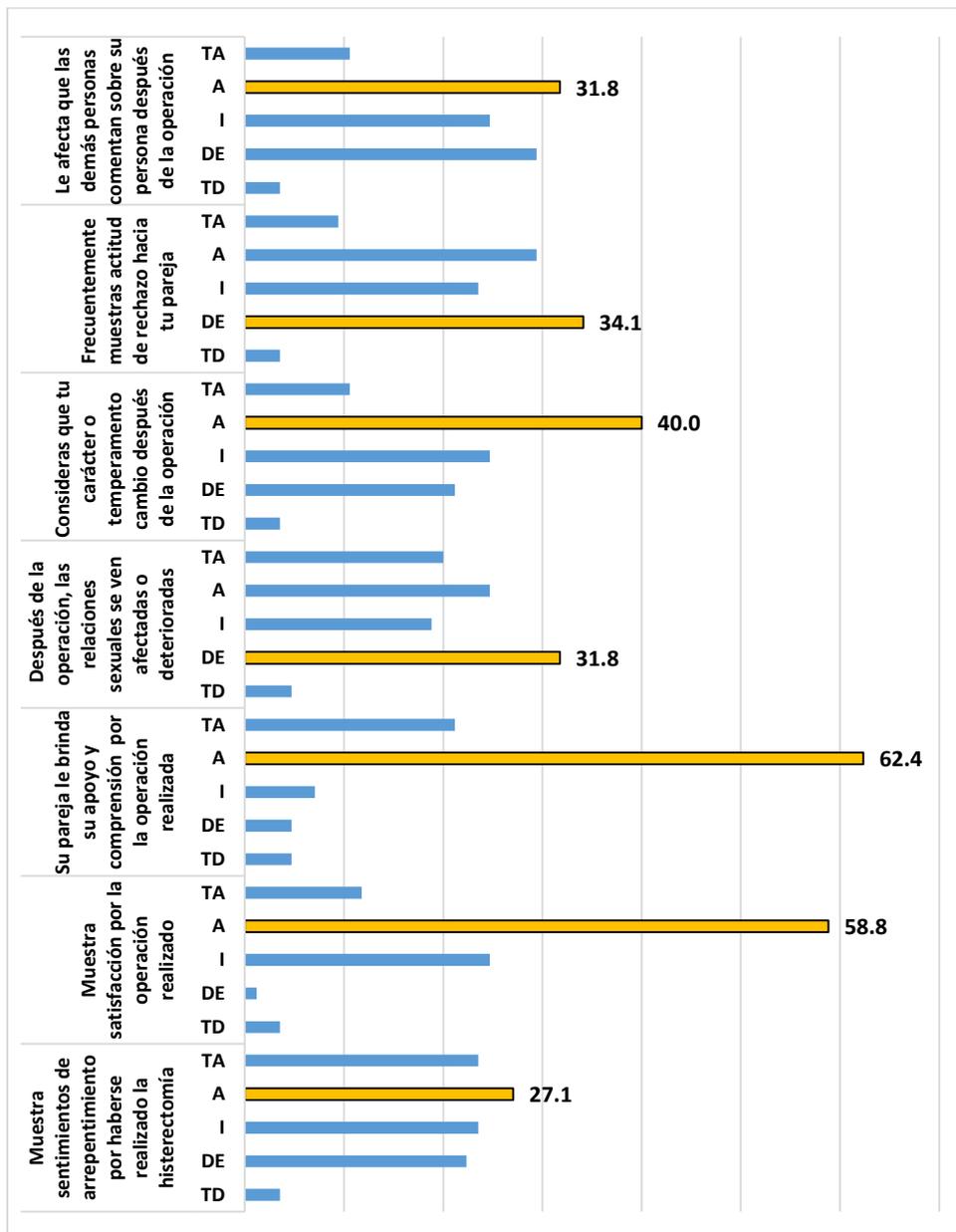
El 29,4% (25) de las pacientes están de acuerdo *al Considera que al perder el útero, ya no podrá realizar sus quehaceres domésticos en forma normal.*

El 36,5% (31) de las pacientes en estudio están de acuerdo con lo que, *es necesario buscar apoyo profesional para ayudar a aumentar su autoestima luego del proceso quirúrgico.*

El 47,1% (40) de las pacientes atendidas están de acuerdo, al considerar que *es necesario buscar apoyo familiar para aumentar su autoestima luego del proceso quirúrgico.*

Gráfico N° 03:

Porcentaje según respuestas de preguntas sobre actitud hacia la histerectomía obstétrica en lo conativo en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital MINSa II-2 Tarapoto, enero 2007_diciembre 2014.



Fuente: Elaboración propia de la investigación 2016.

Evidenciamos los resultados de los ítems, establecidos en la dimensión conativo, según la escala. El 27,1% (23) de las pacientes en estudio están de acuerdo, al manifestar que muestran sentimientos de arrepentimiento por haberse realizado la histerectomía obstétrica.

El 58,8% (50) de las pacientes están de acuerdo al *mostrar satisfacción por la operación realizada*.

El 62,4% (53) de las pacientes están de acuerdo, al considerar que *sus parejas les brindan su apoyo y comprensión por la operación realizada.*

El 31,8% (27) de las parientes están en desacuerdo, por lo que se menciona que *Después de la operación, las relaciones sexuales se ven afectadas o deterioradas.*

El 40,0% (34) de las parientes están de acuerdo *al considerar que su carácter o temperamento cambio después de la operación.*

El 34,1% (29) de las pacientes están en desacuerdo por lo que se manifiesta que *frecuentemente muestra actitud de rechazo hacia tu pareja.*

El 31,8% (27) de las pacientes en estudio, están de acuerdo, ya que, *les afecta que las demás personas comentan sobre su persona después de la operación.*

V. DISCUSION:

La presente investigación denominada “Actitudes hacia la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007 - diciembre 2014”, hecho para la mujer el valor simbólico del útero y el papel fisiológico que juega este órgano en la sexualidad femenina es de gran importancia. La pérdida del útero a menudo despierta sentimientos ambivalentes conscientes o inconscientes vinculados con su valor simbólico. Estas mujeres pueden llegar a manifestar síntomas emocionales como ansiedad, intranquilidad, insomnio, preocupaciones y pensamientos depresivos. La depresión es aparentemente precipitada por un evento traumático (la histerectomía), visto por la mujer como una amenaza a su autoestima, a su autoimagen y a su rol social preoperatorio, lo cual nos lleva a realizar el presente estudio.

En el primer resultado nos muestra las características sociodemográficas de la población estudio donde observamos que las pacientes con histerectomía obstétrica son: El 32,9% (28) tienen entre 20 a 30 años de edad; el 34,1% (29) tienen de 3 a más hijos; el 50,6%(43) son convivientes; el 42,4% (36) de las participantes tienen estudios secundarios; el 44,7% (38) proceden de zona urbana y rural respectivamente; el 45,9% (39) son trabajadoras del hogar.

Resultados que concuerdan con lo que manifiesta Vanegas R, Sotolongo A, Suárez A, Muñiz M. (2009), en su estudio Histerectomía obstétrica de urgencia, Habana Cuba, cuyo objetivo fue determinar la incidencia, características clínicas, causas y complicaciones de la histerectomía

obstétrica de urgencia en las pacientes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Docente Materno de Guanabacoa. Se vio que las características obstétricas relevantes fueron: mayores de 34 años, con un parto anterior, embarazo a término y antecedente de cesárea. Así mismo concuerda con Cifuentes J. (2013), en su estudio "Evaluación del estilo de vida de pacientes con histerectomía obstétrica", Guatemala, donde la mujeres corresponden en su mayoría al área rural y donde la edad más afectada fue entre 20 y 30 años. Así mismo concuerda con lo encontrado por Briceño-Pérez C, Briceño-Sanabria L, García S, et al. (2009), en su estudio "Histerectomía Obstétrica: análisis de 15 años, Venezuela, donde la edad materna promedio fue 29,38 años, la mayoría eran solteras, el promedio de embarazos fue 4,06. A su vez concuerda con lo encontrado por Ramos R. (2009), en su estudio "Indicaciones de histerectomía obstétrica en el hospital de ginecología y obstetricia del instituto materno infantil. México, donde la que la media de edad fue de 29.90 años, el promedio de embarazos fue 2.76. También concuerda con Reveles J, Villegas G, Hernández S, Grover F, Hernández C, Patiño A. (2009), en su estudio Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones, México, donde el promedio de edad de las pacientes fue de 31.1 ± 5.1 años. Así mismo concuerda con Faneite P, Rivera C, Faneite J (2009), en su estudio "Histerectomía obstétrica: 2002-2009", Venezuela, donde predominó la procedencia del Estado Carabobo (70,27 por ciento), edad materna de 20-34 años (81,09 por ciento) y solteras (59,46 por ciento). Como también guarda relación con Cutié J, Laffita A, Velazco A, Toledo M (2009), en su estudio "Estudio de la histerectomía obstétrica como morbilidad en el Hospital América Arias en el

año 2009”, La Habana Cuba, donde la edad promedio de las pacientes estudiadas osciló entre los 30 y 39 años, presentaron más de 3 embarazos. También concuerda con Suárez J, Gutiérrez M, Corrales A, Cairo V, Pérez S. (2009), en su estudio “La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave”. Cuba, donde el promedio de edad de las pacientes fue de 33,8 + 6,78 años. Así mismo concuerda con Chumbe O. (2009), en su estudio “Cesárea histerectomía en el Hospital María Auxiliadora”, Lima Perú, donde se halló más frecuencia en edades de 20-35 años (66,8%). Como también concuerda con Valencia J, (2009), en su estudio “Perfil Epidemiológico de las pacientes sometidas a Histerectomía de emergencia durante la gestación en el Hospital Belén de Trujillo periodo 2000 - 2009. Trujillo, donde la edad promedio fue de 29.1 años, el 62.8% eran conviviente, 80.1% eran amas de casa, 47.9% tenía educación secundaria completa y 25.5% procedía del distrito de Trujillo. También concuerda con Del Águila R, Isla J. (2012), en su estudio “Características epidemiológicas e indicaciones de histerectomías obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo enero 2006 a julio de 2011”, Ucayali Perú, donde el grupo de edades donde más se realizó la histerectomía fue el rango de 17-43 años (63%).

Producto del análisis podemos mencionar que la edad de 20 a 30 años es la más resaltante en donde ocurre la histerectomía obstétrica donde la mujer se ve afectada en su salud sexual y reproductiva por ser aun joven, generándole los trastornos propios del retiro de los órganos que le afectan física, psicológica y emocionalmente. Además la mayoría concuerdan que a esta

condición se agrega el hecho de ser ama de casa, proceder de zona rural o urbana, tener de 2 a más hijos, ser conviviente y tener grado de instrucción secundaria.

El segundo resultado nos muestra el tipo de actitud hacia la histerectomía obstétrica, donde observamos que las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstétrica del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, tienen una actitud favorable hacia la histerectomía; es decir el 71,8% (61) lo manifiesta a través de los instrumentos aplicados. Hecho que no ponemos a comparar con otros estudios pero prácticamente lo relacionamos con el beneficio de solución del problema para evitar la morbilidad y mortalidad materno perinatal.

Los resultados del tercero al sexto están relacionados con la condición con el tipo de actitud y sus dimensiones cognitiva, afectiva y conativa. En lo cognitivo la actitud más relevante es la favorable con un 89,4% (76). Luego en lo afectivo, el 52,9% (45) de las pacientes manifestaron una actitud indiferente. Con respecto a lo conativo, 54,1% (46) de las pacientes mostraron una actitud indiferente.

La dimensión cognitiva, según la escala está relacionada con que el 84,7% (72) están totalmente de acuerdo, en que *consideran que la histerectomía es un procedimiento quirúrgico de alto riesgo*. El 77,6% (66) están totalmente de acuerdo porque *este tipo de operaciones debe ser realizado por un personal calificado*. El 63,5% (54), están totalmente de acuerdo, en que *antes de la operación, tienen derecho a tener mayor información por parte del personal*

del hospital para realizar la firma del consentimiento informado. El 62,4% (53) están totalmente de acuerdo, en que es *importante tener un control médico periódico post operatorio.* El 48,2% (41) están totalmente de acuerdo, en que *a toda paciente se le debe realizar una evaluación de riesgo cardiaco antes de la operación.* El 51,8% (44) están totalmente de acuerdo, en que consideran que es *muy importante y necesario el uso antibióticos y analgésicos para la recuperación post operatorio.* El 37,6% (32) están en total desacuerdo que *los cuidados o remedios caseros son suficientes, para la recuperación post operatorio.*

En la dimensión de lo afectivo, según la escala. El 52,9% (45) están de acuerdo al manifestar que, *para perder el miedo es necesario recibir una preparación psicológica, antes del procedimiento quirúrgico.* El 38,8% (33) de las pacientes en estudio, se muestran indiferentes al considerar que, *al perder el útero, le ocasionaría problemas ginecológicos.* El 57,6% (49) se muestran indiferentes, así es *necesario recibir apoyo espiritual.* El 29,4% (25) están de acuerdo *al considera que al perder el útero, ya no podrá realizar sus quehaceres domésticos en forma normal.* El 36,5% (31) están de acuerdo con que *es necesario buscar apoyo profesional para ayudar a aumentar su autoestima luego del proceso quirúrgico.* El 47,1% (40) están de acuerdo, al considerar que *es necesario buscar apoyo familiar para aumentar su autoestima luego del proceso quirúrgico.*

En la dimensión conativo, según la escala. El 27,1% (23) d están de acuerdo, al manifestar que muestran sentimientos de arrepentimiento por haberse

realizado la histerectomía obstétrica. El 58,8% (50) están de acuerdo al *mostrar satisfacción por la operación realizada*. El 62,4% (53) están de acuerdo, al considerar que *sus parejas les brindan su apoyo y comprensión por la operación realizada*. El 31,8% (27) están en desacuerdo, por lo que se menciona que *Después de la operación, las relaciones sexuales se ven afectadas o deterioradas*. El 40,0% (34) están de acuerdo *al considerar que su carácter o temperamento cambio después de la operación*. El 34,1% (29) están en desacuerdo por lo que se manifiesta que *frecuentemente muestra actitud de rechazo hacia tu pareja*. El 31,8% (27) están de acuerdo, ya que, *les afecta que las demás personas comentan sobre su persona después de la operación*.

Resultados que concuerdan con lo hallado por Urrutia M, Riquelme P, Araya A. (2008), en su estudio “Educación de mujeres histerectomizadas: ¿qué desean saber?”, Chile, donde concluye que las necesidades de las mujeres no son satisfechas en su totalidad y se destaca la importancia del rol educativo por parte de los profesionales del área. Así mismo Díaz M. (2013), en su estudio “Adaptación de la conducta en mujeres sometidas a histerectomía” (estudio realizado con mujeres sometidas a histerectomía en el hospital nacional de occidente San Juan de Dios de Quetzaltenango), Guatemala, donde concluye con respecto a la adaptación emocional, familiar, social, profesional y de salud demuestran que la mayoría de mujeres adolecen de los recursos necesarios para adaptarse y presentan síntomas como la sensación de la pérdida de feminidad, aceptación de la sexualidad por parte del esposo, falta de aptitudes emocionales y conductuales de los miembros de la familia

para afrontar la convalecencia de la paciente entre otros. También Cifuentes J. (2013), en su estudio "Evaluación del estilo de vida de pacientes con histerectomía obstétrica", Guatemala, donde concluye que Si sufre modificaciones el estilo de vida de las pacientes con histerectomía obstétrica en el Hospital Nacional de Quetzaltenango. Como a su vez concuerda con Araya A, Urrutia M, Jara D, Silva S, Lira M, Flores C. (2012), El significado de la histerectomía para un grupo de hombres chilenos parejas de histerectomizadas, Chile, es necesario contar con programas educativos adecuados a las necesidades del hombre y de su pareja previa y posterior a la cirugía. El apoyo más significativo para una mujer histerectomizada es el de su pareja, buscando en él soporte emocional y consuelo, influyendo incluso en su recuperación postoperatoria. Así mismo se relaciona con lo encontrado por Carmona V. (2011), en su estudio "Proceso de adaptación en las mujeres histerectomizadas según la teoría de Callista Roy", Chiclayo Perú, donde el dolor como manifestación significativa después de la cirugía, el estado emocional, desempeño del rol de esposa, ama de casa, madre y trabajadora, en la mujer histerectomizada se ven afectados temporalmente, pero con el apoyo del personal de salud y sobre todo de su familia logra adaptarse y reintegrarse a sus actividades cotidianas. A su vez concuerda con Sor Echevarría E. (2008), en su estudio "Efectividad del Programa de Apoyo Emocional en la Ansiedad y Autoestima de Pacientes con Histerectomía en Pre y Postoperatorio en la Clínica Padre Luis Tezza", Lima Perú, las pacientes incrementaron sus conocimientos ampliamente en el pos test del grupo experimental. Las pacientes del grupo experimental que recibieron apoyo emocional y aplicaron las técnicas de relajación adecuadamente y en el

momento oportuno, su nivel de ansiedad disminuyó notoriamente a su vez mejoró su nivel de autoestima.

En relación al análisis podemos mencionar que la actitud las mujeres frente a la histerectomía es favorable por que la mujer comprende de la importancia de resolver las complicaciones que presenta durante la gestación o post gestación, comprende que su realización demanda un personal especializados conformado por un equipo de salud, sabe que amerita tomar medicamentos para recuperarse y no sólo tratamientos caseros, sin embargo demanda mayor conocimiento e información sobre el teme antes de ser intervenida y mayor compromiso del personal de salud y se su familia para facilitar su recuperación, manifiesta sentimientos de culpa por la falta de sus órganos, carencia de su sexualidad, al no ser igual las relaciones sexuales y por los comentarios que pueden hacer las otras personas de su entorno.

VI. CONCLUSIONES:

- Las características sociodemográficas que predominan en las pacientes con histerectomía obstétrica atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007_diciembre 2014, son: el 32,9% (28) tienen 20 a 30 años de edad; El 34,1% (29) tienen de 3 a más hijos. El 50,6% (43) son convivientes; el 42,4% (36) tienen estudios secundarios; el 44,7% (38) son de zona rural y urbana respectivamente. El 45,9% (39) son de ocupación trabajadoras del hogar.
- El tipo de actitud hacia la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007_diciembre 2014, es favorable con 71,8% (61).
- El tipo de actitud según dimensiones más relevante hacia la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto, enero 2007_diciembre 2014, es: En lo cognitivo la actitud es favorable con 89,4% (76). En lo afectivo es actitud indiferente con 52,9% (45). Con respecto a lo conativo, es actitud indiferente 54,1% (46).

VII. RECOMENDACIONES:

- Al personal de salud, tener en consideración las características sociodemográficas de las pacientes para realizar una evaluación integral de aquellas que serán sometidas a histerectomía obstétrica, considerando que en la actualidad son mujeres jóvenes de 20 a 30 años de edad, a quienes se les afectaría su vida sexual y reproductiva.
- Al personal de salud, educar previamente y posterior al acto operatorio a las mujeres que serán sometidas a histerectomía y sus familiares, para que conozcan de lo que sucederá con su organismo, contribuyan a su pronta recuperación, superen las dificultades personales y de pareja.
- Al MINSA, fortalecer la política de calidad de atención sobretodo en la información que se le brinda al usuario, realizando el seguimiento y evaluación de la educación en los servicios de salud sobre todo en las histerectomías obstétricas.
- Al personal de salud, realizar el seguimiento a las mujeres con histerectomía obstétrica para mejorar la actitud en lo afectivo y conativo, ya que muchas de ellas refieren necesitar apoyo psicológico, del personal de salud y de sus familiares, para comprender la perdida de sus órganos y de afrontar los problemas de pareja y los comentarios negativos de las personas de su entorno.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Uribe R. Histerectomía obstétrica Concepto e Importancia. *Ginec Obst Mex.* 2009;64:23.
2. Cabezas E. Mortalidad Materna, un Problema por Resolver. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2009;35.
3. Engelsen I, Albechtsen S, Iversen O. Peripartum Hysterectomy. Incidence and Maternal Morbidity. *Acta Obstet Gynecol. EE.UU.* 2010;80:409-12.
4. Yamamoto H, Sagae S, Nishikawa S, Kudo R. Emergency postpartum hysterectomy in obstetric practice. *Obstet Gynecol. EE. UU.* 2009;26:341-5.
5. Diario Médico. Cuidado Prenatal para evitar la Muerte Materna. 2009. Disponible en: <http://www.diariomedico.com>
6. Tang L, Albinagorta R. Histerectomía puerperal: experiencia en una institución privada. *Rev. Perú. Ginecol. Obstet.* [online]. 2013, vol.59, n.3 [citado 2015-10-16], pp. 195-198. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2304-5132.

7. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Human reproduction programme. WHO/RHR/15.02. EE.UU. 2015. Consulta: 15.10.15 10:35 pm.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1

8. Briceño-Pérez C, Briceño-Sanabria L, García S, et al. Histerectomía Obstétrica: análisis de 15 años. Rev. Obstet. Ginecol Venez .69. p 01al 10. 2009. Consulta: 16.10.15 06:05 am. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s004877322009000200004&script=sci_arttext

9. Illia R, Presta E, López F, Bertot M. La histerectomía obstétrica: epidemiología, factores condicionantes, resultados perinatales y complicaciones maternas en tres centros obstétricos de la República Argentina. 2009. Vol. 60. Núm. 653. Consulta 16.10.15 07:25 am.
<http://www.elsevier.es/es-revista-toko-ginecologia-practica-133-articulo-la-histerectomia-obstetrica-epidemiologia-factores-13013044>.

10. Martínez M. Creencias sobre una mujer con Histerectomía. México. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología. Universidad de las Américas Puebla. Departamento de Psicología, Escuela de Ciencias. 2007. Consulta 13.12.15 00:45 am.
catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/.../lps/...h.../apendice_A.html

11. González I. Sexualidad femenina e histerectomía. La Habana Cuba. 2008.
Consulta 13.12.15 1:22 am.
http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_4_08/mgi11408.htm
12. Vanegas R, Sotolongo A, Suárez A, Muñiz M. Histerectomía obstétrica de urgencia. Habana Cuba. Artículo aprobado marzo 2009. Consulta 13.12.15 04:37 pm.
http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_3_09/gin03309.htm
13. Urrutia M, Riquelme P, Araya A. Educación de mujeres histerectomizadas: ¿qué desean saber?. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [Internet]. 2008 [citado 2015 Dic 13] ; 71(6): 410-416. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262006000600008&script=sci_arttext
14. Díaz M. Adaptación de la conducta en mujeres sometidas a histerectomía” (estudio realizado con mujeres sometidas a histerectomía en el hospital nacional de occidente San Juan de Dios de Quetzaltenango). Universidad Rafael Landívar Facultad de Humanidades Campus de Quetzaltenango Tesis para obtener el grado académico de Licenciada en Psicología Clínica. Guatemala. 2013. Consulta 13.12.15 05:34 pm.
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/42/Diaz-Maria.pdf>
15. Cifuentes J. Evaluación del estilo de vida de pacientes con histerectomía obstétrica. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas.

Escuela en Estudio de Post Grado. Tesis para obtener el grado de Maestro en Ciencias de Ginecología y Obstetricia. Guatemala. 2013. Consulta 13.12.15 06:19 pm. http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9073.pdf

16. Araya A, Urrutia M, Jara D, Silva S, Lira M, Flores C. El significado de la histerectomía para un grupo de hombres chilenos parejas de histerectomizadas. Rev. Esc. Enferm. USP 2012; 46(6):1334-9 www.ee.usp.br/reeusp/ Artículo original. Chile. 2012. Consulta 14.12.15 07:28 am. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/08.pdf>

17. Caro J, Bustos L, Ríos A, Bernales J, Pape N. Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Puerto Montt, 2000-2005. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2009 [citado 2015 Oct 17]; 71(5): 313-319. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000500004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000500004>.

18. Ramos R. Indicaciones de histerectomía obstétrica en el hospital de ginecología y obstetricia del instituto materno infantil del estado de México del 2008 al 2009. Rev Invest Mat Inf 2010; 2; 11 – 14. Consulta: 18.10.15 6:45 am. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi101c.pdf>

19. Reveles J, Villegas G, Hernández S, Grover F, Hernández C, Patiño A. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. Ginecol. Obstet. Méx. Medigraphic Artemisa en línea. Artículo original. Nivel de evidencia: II-3. ISSN-0300-9041 Volumen 76, Núm. 3, marzo, 156-60. 2009. Consulta: 17.10.15 5:23 pm. <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom083d.pdf>
20. Faneite P, Rivera C, Faneite J. Histerectomía obstétrica: 2002-2009. Lilacs VE1.1 - Biblioteca Humberto García Arocha. Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela; 68(2):92-97, jun. 2009. tab. Consulta 18.10.15 07:13 am. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=523000&indexSearch=ID>
21. Cutié J, Laffita A, Velazco A, Toledo M. Estudio de la histerectomía obstétrica como morbilidad en el Hospital América Arias en el año 2009. La Habana Cuba. Progresos de Obstetricia y Ginecología. Volume 48, Issue 9, September 2010, Pages 430–435. Doi:10.1016/S0304-5013(05)72427-4. Consulta: 18.10.15 07:30 am <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501305724274>
22. Suárez J, Gutiérrez M, Corrales A, Cairo V, Pérez S. , en su estudio “La histerectomía obstétrica como terapéutica segura en la morbilidad extremadamente grave” 2009 . Rev. Cubana Obstet. Ginecol [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2015 Oct 18]; 37(4): 481-488. Disponible

en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400005&lng=es.

23. Rodríguez G, Rodríguez A, Aparicio Z. Histerectomía Obstétrica. Estudio de tres años”, Habana Cuba, 2009. Archivos de Medicina © - <http://archivosdemedicina.com>. Consulta 18.10.15 8:00 am. <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/histerectoma-obstetrica-estudio-de-tres-aos.pdf>

24. Carnova V. Proceso de adaptación de las mujeres histerectomizadas en el hospital nacional almanzor aquinaga asenjo_essalud, Tesis para obtener el grado de magister en enfermería .Chiclayo Peru.2011. Consulta 22.12.15 11.08 pm http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/83/1/TM_Carmona_Requenco_Virginia.pdf

25. Sor Echevarría E. Efectividad del Programa de Apoyo Emocional en la Ansiedad y Autoestima de Pacientes con Histerectomía en Pre y Postoperatorio en la Clínica Padre Luis Tezza. Universidad Ricardo Palma. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Lima Perú. 2008. Consulta 13.12.15 6:32 pm. http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/316/1/Echevarria_e.pdf

26. Chumbe O. Cesárea histerectomía en el Hospital María Auxiliadora. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, [S.l.], v. 44, n. 1, p. 61-64, jun. 2015. ISSN 2304-5132. Lima Perú. 2009. Disponible en: <<http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/988>>. Fecha de acceso: 18 Oct. 2015
27. Valencia J. Perfil Epidemiológico de las pacientes sometidas a Histerectomía de emergencia durante la gestación en el Hospital Belén de Trujillo periodo 2000 - 2009. Trujillo Consulta: 18.10.15 10:18 pm. <http://dspace.unitru.edu.pe:8080/xmlui/handle/123456789/56>
28. Del Águila R, Isla J. Características epidemiológicas e indicaciones de histerectomías obstétricas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Periodo enero 2006 a julio de 2011. Universidad Nacional de San Martín Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académica Profesional de Obstetricia. Tesis para obtener el título profesional de Obstetra. Ucayali Perú. 2012. Consulta 13.12.15 4:21 pm. http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyector/archivo_102_Binder1.pdf
29. MINSA - Instituto Especializado materno perinatal. Guías clínicas y procedimientos para la atención obstétrica. Lima: 2005.
30. Cunningham G y col. Hemorragia Obstetrica. Obstetricia de Williams. 22 ed. México. MC Graw Hill. 2006. p. 581-592; 809-854

31. Schwarcz R. Parto Patológico. Obstetricia. 6ta ed. Argentina: El Ateneo; 2005. p. 193-291; 545-660.
32. Pérez A. Hemorragia post parto. Obstetricia. 3 Ed. Chile. Mediterraneo. 1999. p.210-284; 301-327
33. Castro J. Teoría General de las Actitudes - Moral- Valores- Actitudes- Normas. Tesis para aspirar al grado de Doctora en Pedagogía. Universitat Rovira I Virgili, Departament de Pedagogía. Consulta 14.12.15 08:10 am. <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8906/02CapituloPartel.pdf;jsessionid=92E92914F278C12ED5B955B518A2230E.tdx1?sequence=3>
34. Ministerio de Salud. Estrategias Sanitarias. Salud Sexual y Reproductiva Histerectomía Obstétrica. Lima Perú. 2015. Consulta: 17.10.15 06:29 pm. http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=10
35. Cifuentes J. Evaluación del estilo de vida de pacientes con histerectomía Obstétrica. Tesis para obtener el grado de maestro en ciencias de Ginecología y Obstetricia. Maestría en Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de estudios de Postgrado. Guatemala. 2013. Consulta 13.12.15 2:48 am. http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9073.pdf

36. Hernández A, Reza G, Castillo E, Olivia C. Histerectomía Abdominal: Vivencias de 20 Mujeres. Index Enferm [revista en la Internet]. 2009 Jun. México. [citado 2015 Dic 13] ; 15(52-53): 11-15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100003&lng=es.

IX. ANEXOS:

Anexo N°01: Instrumento de recolección de datos

**“UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN”
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

INVESTIGACIÓN: ACTITUDES HACIA LA HISTERECTOMÍA OBSTETRICA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MINSA II-2.TARAPOTO EN EL PERIODO ENERO 2007 - DICIEMBRE 2014

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Aplicado a pacientes con histerectomía

Presentación: Estimada señora, buenos días / buenas tardes o noches, soy una estudiante de la Escuela Profesional de Obstetricia de la UNSM-T y estoy realizando un trabajo de investigación con el objetivo de determinar cuáles son las actitudes hacia la histerectomía obstétrica en pacientes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto en el periodo enero 2007 - diciembre 2014.

Instrucciones: Antes de contestar lea detenidamente cada pregunta y responda con sinceridad, recuerde que su información es valiosa para la investigación, la cual será manejada con mucho tino, delicadeza y discreción, motivo por el cual el cuestionario es anónimo

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

Ficha No _____ Iniciales de la Pcte _____

1.1. Edad: () 15-19 a () 20-30 a () 31-40 a () 41-49 a () > 49 a.

1.2. Nº de hijos: () Ninguno () 1 () 2 () 3 a más

1.3. Estado Civil: () Soltera () Casada () Conviviente () Viuda
() Divorciada () Separada

1.4. Grado de instrucción: () Analfabeta () Primaria () Secundaria
() Superior

1.5. Procedencia: () Urbana () Urbana marginal () Rural

1.6. Ocupación: () Trabajadora del hogar () Empleada () Obrera
() Comerciante () Agricultora

II. ACTITUDES HACIA LA HISTERECTOMIA

T.A: Totalmente de acuerdo.

A: De acuerdo

I: Indeciso

D.A: En Desacuerdo

T.D: Totalmente en desacuerdo

DIMENSIONES	ACTITUD HACIA LA HISTERECTOMIA	TA	A	I	DA	TD
COGNITIVO	1. Consideras que la histerectomía es un procedimiento quirúrgico de alto riesgo					
	2. Este tipo de operaciones debe ser realizado por un personal calificado					
	3. Antes de la operación la paciente tiene derecho a tener mayor información por parte del personal del hospital. (consentimiento informado)					
	4. Es importante tener un control médico periódico post operatorio					

DIMENSIONES	ACTITUD HACIA LA HISTERECTOMIA	TA	A	I	DA	TD
	5. A toda paciente se le debe realizar una evaluación de riesgo cardiaco antes de la operación					
	6. Es muy importante y necesario el uso antibióticos y analgésicos para la recuperación post operatorio					
	7. Los cuidados o remedios caseros son suficientes, para la recuperación post operatorio.					
AFFECTIVO	8. Para perder el miedo es necesario recibir una preparación psicológica, antes del procedimiento quirúrgico.					
	9. Al perder el útero, le ocasionaría problemas ginecológicos					
	10. Es necesario recibir apoyo espiritual					
	11. Considera que al perder el útero, ya no podrá realizar sus quehaceres domésticas en forma normal					
	12. Es necesario buscar apoyo profesional para ayudar a aumentar su autoestima luego del proceso quirúrgico					
	13. Es necesario buscar apoyo familiar para aumentar su autoestima luego del proceso quirúrgico					
CONATIVOS	14. Muestra sentimientos de arrepentimiento por haberse realizado la histerectomía					
	15. Muestra satisfacción por la operación realizado					
	16. Su pareja le brinda su apoyo y comprensión por la operación realizada					

DIMENSIONES	ACTITUD HACIA LA HISTERECTOMIA	TA	A	I	DA	TD
	17. Después de la operación, las relaciones sexuales se ven afectadas o deterioradas					
	18. Consideras que tu carácter o temperamento cambio después de la operación					
	19. Frecuentemente muestras actitud de rechazo hacia tu pareja					
	20. Le afecta que las demás personas comentan sobre su persona después de la operación					

¡Muchas gracias por su participación!