

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
ESCUELA DE POSGRADO**



TRABAJO DE POSGRADO

**FACTORES ASOCIADOS A HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA, EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA,
EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A NOVIEMBRE 2022**

**PARA OPTAR AL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR
DOCTORA RAQUEL KARINA PEÑA FIGUEROA
DOCTORA GISELA ABIGAIL HERNANDEZ RIVAS**

**DOCENTE ASESOR
DOCTOR MAURICIO ENRIQUE GODOY SANDOVAL.**

ABRIL, 2024

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**



**ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA
RECTOR**

**DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN MATA
VICERRECTORA ACADÉMICA**

**M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**LICDO. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA
SECRETARIO GENERAL**

**LICDA. ANA RUTH AVELAR VALLADARES
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS**

**LICDO. CARLOS AMILCAR SERRANO RIVERA
FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES**



**M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS
DECANO**

**DR. JOSÉ GUILLERMO GARCÍA ACOSTA
VICEDECANO**

**LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA
SECRETARIO**

**M.Sc. MARTA RAQUEL QUEVEDO CIERRA
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE POSGRADO**

INDICE

INTRODUCCION.....	vi
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	7
1.1 Situación problemática	8
1.2 Enunciado del problema.....	10
1.3 Justificación.....	11
1.4 Objetivos.....	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1 Antecedentes del problema.....	14
2.2 Antecedentes Internacionales.....	15
2.3 Indicaciones de histerectomía obstétrica.....	17
2.4 Características sociodemográficas como factor asociado a realización de histerectomía.....	17
2.5 Factores de Riesgo durante el embarazo, parto y puerperio.	18
2.6 Técnica de histerectomía obstétrica	21
2.7 Efectos de una histerectomía en la paciente.....	23
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	25
3.1 Tipo de estudio.....	26
3.2 Área de estudio	26
3.3 Periodo de investigación.....	26
3.4 Universo	26
3.6 Criterios para determinar la población	27
3.7 Técnicas de recolección de la información	27
3.9 Material y equipo	27
3.10 operacionalización de las variables	28

3.11 Instrumento de recolección de datos	29
3.12 Contenido del instrumento:	29
3.13 Formas de administración	29
3.14 Plan de análisis y tabulación de datos	29
3.15 Presentación de la información	29
3.16 Componente ético	29
CAPITULO IV: RESULTADOS.	31
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS	49
ANEXOS	51

INTRODUCCION

La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico de emergencia indicado para resolver distintas complicaciones que en ocasiones no es posible controlar, pese a que se dispone de procedimientos médicos uterotónicos, por lo que se prefiere terminar con la fertilidad de las mujeres antes que arriesgar sus vidas. En este trabajo nuestro objetivo principal fue: Determinar los Factores Asociados a histerectomía obstétricas, en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, en el periodo comprendido del 1 de enero al 30 de noviembre del año 2022.

La histerectomía constituye la segunda cirugía más efectuada en mujeres en edad fértil, como técnica quirúrgica de emergencia en las pacientes con complicaciones graves durante o alrededor del parto, constituye una alternativa para disminuir la morbilidad y mortalidad maternas. Existen otras causas que nos pueden llevar a tomar la decisión de realizar Histerectomía Obstétrica entre ellas Ruptura uterina, implantación anómala de la placenta, endometriitis, absceso pélvico, entre otras. La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico mayor que consiste en la extirpación del útero en una mujer gestante, antes del parto, después de un parto o un aborto, o en el puerperio.

Este procedimiento quirúrgico, aunque puede afectar posteriormente la capacidad reproductiva o provocar otras secuelas, constituye un arma de gran valor para el obstetra cuando es necesario realizarla ante una emergencia como medida salvadora. En base a una búsqueda bibliográfica minuciosa podemos indicar si bien existen diversos trabajos que hablen del tema, muy pocos se enfocan en nuestros objetivos, es por ello que esta tesis constituye una de las primeras en desarrollarse con tal enfoque sobre la población de este hospital y del país. Por lo tanto, el presente trabajo tiene como finalidad identificar los factores de riesgo que predisponen a llevar a las pacientes a culminar su parto en histerectomía para así poder realizar un abordaje más integral y enfocarnos en aspectos preventivos de dichos factores. Así como también, describir las complicaciones por histerectomía postparto, esto con el fin de disminuir la morbilidad en el puerperio inmediato.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática

Actualmente en nuestro país, muchos de las mujeres gestantes terminan intervenidas quirúrgicamente en una cesárea debido a múltiples factores que ponen en riesgo la vida de la madre y el feto. Muchas de estas situaciones se resuelven con la cesárea sin complicaciones; sin embargo, existen otros casos en donde luego de haber sometido a dicha intervención a la madre, se presentan complicaciones ameritan otras medidas quirúrgicas más radicales, como la histerectomía obstétrica.

En El Salvador, los casos de histerectomía varían de acuerdo con la entidad hospitalaria, no se cuenta con una cifra exacta de cuantas histerectomías se realizan anualmente a nivel nacional. Si todos los partos se consideran, la tasa de histerectomía periparto en Estados Unidos se aproxima a 1 de cada 1 000 partos y se ha elevado considerablemente durante las últimas décadas. Durante un periodo de 25 años, la tasa de histerectomía periparto en el Hospital Parlan fue de 1.7 por 1,000 partos. Mucho de esta alza se atribuye al incremento de la tasa de cesáreas y sus complicaciones asociadas en embarazo subsiguiente. De las histerectomías, alrededor de la mitad a dos tercios son totales, mientras que los casos restantes son supracervicales.

La histerectomía es la intervención ginecológica que se ha usado más en los países desarrollados, pero a pesar de que la tecnología y la medicina avanzan y la tasa de muertes por este procedimiento haya disminuido de forma significativa, aún se siguen viendo casos en los que las complicaciones por esta operación dejan consecuencias alarmantes en las pacientes. En Estados Unidos, se realiza más de 600,000 histerectomías por año, de las cuales entre un 20 – 30% son por causas obstétricas siendo la principal causa obstétrica de histerectomía, la atonía uterina con un 60%, le siguen la ruptura uterina por dehiscencia de cicatriz de una cesárea previa con un 3%, acretismo placentario y placenta previa con un 6%.

De acuerdo con la Organización mundial de la Salud diariamente 830 mujeres fallecen por causas que tienen que ver con el embarazo y el parto; y de estas muertes maternas un 99% pertenecen a países en desarrollo como el nuestro. La mortalidad materna a nivel mundial se ha visto disminuida hoy en día en alrededor de un 44%

hasta el 2015 debido a las diferentes medidas de prevención antes, durante y después de la gestación, que son tomadas tanto por el médico como por la madre para evitar estas muertes prematuras.

La histerectomía obstétrica afecta a las mujeres a nivel nacional y mundial debido a que causa un gran impacto en la vida de las mujeres, tanto física como mentalmente. Es importante establecer los factores de riesgo que predisponen de cierta manera a una mujer a una HO debido a que constituye un cambio en el estilo de vida de las mujeres, sobre todo en aquellas que siendo jóvenes y estando aun en edad fértil quisieran tener más hijos, pero se verán imposibilitadas.

Muchas veces es necesario el apoyo médico integral de los ginecólogos, psicólogos e incluso psiquiatras ya que existe la depresión postparto y es un problema que se debe tratar; el apoyo de la familia juega un rol importante también en este tipo de decisiones sobre todo el apoyo del cónyuge. Con este estudio se propone identificar los principales factores de riesgo que llevan a la paciente embarazada a finalizar el parto en histerectomía obstétrica, esto con el fin de dilucidar las principales complicaciones de esta.

1.2 Enunciado del problema

De la problemática antes descrita se deriva el problema de investigación que se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuáles son Factores asociados a histerectomía obstétrica, en pacientes atendidas en el Hospital Nacional San Juan De Dios De Santa Ana, en el periodo comprendido del 1 de enero al 30 de noviembre 2022?

1.3 Justificación

La histerectomía constituye la segunda cirugía más efectuada en mujeres en edad fértil; como técnica quirúrgica de emergencia en las pacientes con complicaciones graves durante o alrededor del parto. En la región de las Américas ocurren 20 casos de morbilidad severa por cada muerte materna registrada, de estos casos, hasta una cuarta parte podrían sufrir secuelas graves y permanentes.

El Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, es un establecimiento de referencia de pacientes con patología obstétrica, considerando el aumento de la tasa de nacimientos en pacientes en edades extremas que conllevan al aumento en la incidencia de la realización de histerectomía secundarias a complicaciones obstétricas; por lo que creemos pertinente la realización de dicho estudio, en este centro de salud, debido al alto número poblacional atendido.

Con este estudio se pretende conocer los principales factores asociados a histerectomía y el comportamiento clínico de las complicaciones obstétricas que conlleven a procedimientos quirúrgicos, sirviendo de respaldo científico para los tomadores de decisión (autoridades del hospital), con el objetivo de influir en la detección oportuna de casos y realizar estrategias encaminadas a la prevención de eventos quirúrgicos y/o muertes maternas. También servirá de apoyo bibliográfico para futuros trabajos investigativos relaciones a dicho tema. (1)

1.4 Objetivos

Objetivo General:

- Identificar los Factores asociados a histerectomía obstétrica, en pacientes atendidas en el Hospital Nacional San Juan De Dios De Santa Ana, en el periodo comprendido del enero a noviembre del 2022.

Objetivos Específicos:

- Describir las características sociodemográficas de las pacientes durante el embarazo, que podrían ser causa de histerectomía obstétrica.
- Mencionar los principales factores asociados durante el embarazo, parto o puerperio que podrían ser causa de histerectomía obstétrica.
- Determinar los efectos y las complicaciones que conlleva la realización de histerectomía obstétrica.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

El italiano Joseph Cavallini, mientras duraba la segunda mitad del siglo XVIII (1768), fue uno de los primeros que hizo las primeras histerectomías en hembras de diferentes animales, demostró que el útero es un órgano que puede ser sacado del cuerpo sin que se pierdan vidas.

En personas, uno de los primeros reportes de una cesárea-histerectomía que se hizo es de Horacio Robinson Storer en 1868, en la ciudad de Boston a una puérpera que tenía un tumor que obstruía el canal vaginal, sin embargo, la paciente murió tres días después por complicaciones del procedimiento. El primer caso en el que vivió una mujer después de la resección del útero y ligadura de este en el canal cervical fue realizado en Pavia Italia 1876, por Eduardo Porro luego de una cesárea, es debido a esto que este procedimiento tiene su nombre. Posteriormente fue Tait, en 1890, quien propuso variaciones de esta técnica. Pero fue Godzon, el pionero para realizar la histerectomía por causas de origen obstétrico.

A partir del año 1900, las técnicas quirúrgicas y anestésicas mejoraron, también aparecieron los bancos de sangre y nuevos medicamentos que combatían las infecciones, por lo que las histerectomías que se realizan obtenían mejores resultados y es por eso que empezó a ser practicada con mucha más frecuencia.

A partir de los años 80, se presentó mucha controversia sobre si utilizar o no esta técnica, pero como método de esterilización; sin embargo, la mayoría de los ginecólogos optó por este procedimiento para manejar las diversas complicaciones que surgen.

Los casos nuevos de histerectomía por complicaciones obstétricas varían de acuerdo los protocolos instaurados en las instituciones de hospitalarias de cada país, del control prenatal, de la atención obstétrica, entre otras características.

2.2 Antecedentes Internacionales:

En el estudio “Comportamiento epidemiológico de la histerectomía obstétrica” realizado por Alfredo Nadarse Rodríguez y colaboradores en el año 2013, se concluye que, entre los antecedentes patológicos personales, la hipertensión arterial, el asma bronquial y la miomatosis uterina estuvo presente en el 26.3% de las gestantes. Con respecto a la paridad, se encontró que el 31.6% del total correspondió a mujeres nulíparas. En cuanto al modo de nacimiento, en su mayoría fueron cesáreas, de las cuales 42.1% fueron iterativas. Se encontró también que los trastornos de inercia uterina fueron en su mayoría la principal causa postparto de histerectomía.

En el trabajo “Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el Hospital Universitario San José de Popayán, 2006-2010” realizado en el año 2013, fue un estudio de cohorte descriptivo en mujeres a las cuales se les practicó una histerectomía por indicación obstétrica con un total de 49 pacientes en la cual se concluyó que el principal motivo para una histerectomía fue la atonía uterina, le siguen las anomalías en la inserción de la placenta, ruptura uterina, miometritis, abrupcio placentae y aborto séptico.

En el trabajo “Histerectomía obstétrica en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca, México” desarrollado por Omar Calvo Aguilar, Esther Rosas Carvallar, Javier Vásquez y Jenny Hernández Cuevas; publicado en el año 2016, fue un estudio observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo en el grupo de pacientes que fueron sometidas a este procedimiento se encontró que la edad promedio fue de 31.3 +- 4.6 años. La edad máxima reportada fue de 41 años y la mínima de 18 años. Como conclusión también se obtiene que el principal factor asociado es el antecedente de cesárea previa.

En el trabajo de tesis “Indicaciones y complicaciones de Histerectomía Obstétrica en el Hospital de Cobán” realizado en el año 2016, se encontró que las pacientes con edades en los extremos de la vida tienen un mayor riesgo en el embarazo, especialmente en gestantes mayores de 35 años que fueron el 35%, la media de la edad fue de 30.2 con un rango de 13 a 42 años. Con respecto al número de gestaciones, las pacientes que presentaban un mayor riesgo fueron aquellas que

tenían más de 2 embarazos anteriores con un 23% de los casos, estas pacientes presentan un mayor riesgo de terminar en histerectomía obstétrica.

Clásicamente, la exéresis del útero en una mujer gestante ya sea después de un parto o aborto incluso en el puerperio mediato, se considera como histerectomía obstétrica. Se indica para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente al aumentar el riesgo de hemorragia, como la atonía o laceración uterina. En ocasiones no es posible controlar estas complicaciones, pese a que se dispone de procedimientos o medicamentos uterotónicos, por lo que se prefiere terminar con la fertilidad de la paciente antes que arriesgar su vida. (2)

La hemorragia es una causa significativa de mortalidad materna en el mundo. En la mayor parte de los países en desarrollo, las causas más frecuentes de mortalidad y morbilidad materna son: hemorragia obstétrica, preeclampsia-eclampsia, infección puerperal y complicaciones de aborto, todas ellas prevenibles. Al fallar el tratamiento médico de una hemorragia obstétrica, se indica el tratamiento quirúrgico, y dentro de éste, la histerectomía obstétrica; lo que ocasiona un incremento de la morbilidad y mortalidad maternas. Esto se observa con cierta frecuencia en pacientes con cesárea previa. (5)

En base a esta definición y considerando el momento de su realización, la histerectomía por complicaciones obstétricas se refiere a los siguientes eventos:

- Cesárea-histerectomía (conocida también como operación de Porro): la cesárea y la histerectomía se realizan en un solo tiempo.
- Histerectomía poscesárea: estas intervenciones se realizan en dos tiempos diferentes.
- Histerectomía posparto: la que se realiza después de un parto, en el puerperio inmediato o mediato.
- Histerectomía posaborto.
- Histerectomía en bloque: cuando se extrae un útero que contiene una enfermedad trofoblástica un feto muerto y corioamnionitis severa en pacientes con sepsis grave o choque séptico. (5)

2.3 Indicaciones de histerectomía obstétrica.

Indicaciones absolutas: Las indicaciones absolutas son aquellas que durante el transcurso de un nacimiento vía vaginal y/o abdominal, obligan a terminar la intervención con una histerectomía como único procedimiento para solucionar una situación grave. Generalmente se elige la histerectomía total, pero en determinados casos, por la urgencia que se requiere, puede estar indicada la histerectomía subtotal.

(5)

- Ruptura uterina de difícil reparación.
- Hemorragia incoercible.
- Prolongación de la incisión de la histerotomía hasta los vasos uterinos.
- Útero de Couvelaire en abrupcio placentae.
- Acretismo placentario.
- Inercia uterina que no se resuelve con manejo médico.
- Infección puerperal de órganos internos.

Indicaciones electivas: Son las que se plantean antes de la intervención; algunas surgen en el momento de la cirugía, sin ser por sí mismas indicación absoluta de histerectomía:

- Carcinoma invasor del cérvix, cáncer de ovario, cáncer de mama.
- Mioma uterino en pacientes con paridad satisfecha. 2.3. Torsión de útero grávido en grado avanzado.
- Afección uterina no tumoral (adherencias inflamatorias, prolapso uterino).
- Algunos casos de corioamnionitis grave.
- Enfermedad concomitante que haga suprimir la función menstrual (talasemia, enfermedad de Werlhof, etc.). (5)

2.4 Características sociodemográficas como factor asociado a realización de histerectomía.

La edad materna avanzada ha sido asociada con un incremento del riesgo de hemorragia, especialmente asociada a placenta previa y a desprendimiento

placentario. El efecto de la edad materna y la multiparidad revela que las pacientes multíparas de 40 o más años tienen 5,6 veces un incremento en el riesgo de placenta previa comparadas con nulíparas de entre 20 y 29 años. Más recientemente se ha comunicado una asociación similar en pacientes de 35 o más años. (6)

2.5 Factores de Riesgo durante el embarazo, parto y puerperio.

En relación con los antecedentes patológicos personales, diferentes estudios indican que el principal factor asociado a complicaciones obstétricas es la hipertensión arterial, así mismo se ha encontrado una concordancia en casos de pacientes hysterectomizadas con antecedentes familiares de hipertensión arterial. (6)

Uno de los aspectos más importantes del actuar médico es conocer que algunas situaciones en particular pueden desencadenar un problema de urgencia, que, en condiciones no adecuadas, puede terminar con la muerte de la paciente; estos aspectos son los factores de riesgo que son analizados para cada indicación en particular. (6)

Atonía uterina.

Las indicaciones de la hysterectomía postparto 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 hysterectomía después de una cesárea. (6)

La atonía uterina ocurre cuando el miometrio no se contrae después del alumbramiento, lo que origina una pérdida sanguínea importante a nivel del lecho placentario; los factores que pueden predisponer a esta patología son aquellos relacionados con la sobre distensión uterina como embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal, trabajo de parto prolongado, la embolia del líquido amniótico, la anestesia general, óbito, multiparidad, corioamnioitis, leiomiomas intramural y submucoso, parto precipitado, útero de Couvelaire, o desprendimiento prematuro de la placenta. (6)

Debido a que las gestaciones múltiples, especialmente las gestaciones múltiples de gran orden, sea un peligro para desarrollar atonía uterina debido a la sobre distensión y parto por cesárea debido a la mala presentación fetal, parece razonable concluir que las gestaciones múltiples están en mayor riesgo para la histerectomía obstétrica. Hasta recientemente, la indicación más común de la histerectomía periparto había sido la atonía uterina. La introducción de la prostaglandina F2 alfa como terapéutica ha reducido la indicación de la histerectomía obstétrica por atonía uterina. Actualmente la placenta acreta es la indicación más común de la histerectomía obstétrica y refleja el dramático incremento de la operación cesárea incluyendo las cesáreas repetidas. (6)

Alteraciones en la inserción placentaria.

Las alteraciones en la inserción de la placenta contribuyen a que ésta no pueda ser expulsada de forma normal durante el alumbramiento. (6)

Acretismo placentario.

El acretismo placentario es la inserción anormal de parte o toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal. Es causa de hemorragia obstétrica, principalmente en el puerperio inmediato y condiciona un importante riesgo de morbimortalidad materna. Su principal medida terapéutica es la histerectomía obstétrica total, ya que se encuentra asociada a placenta previa y otras complicaciones que pueden predisponer a poner en riesgo la vida de la paciente en futuras gestaciones. Su diagnóstico se basa en el uso de métodos de imagen como la ecografía y con menos frecuencia la resonancia magnética. Sin embargo, el diagnóstico definitivo de acretismo placentario se da al momento del procedimiento quirúrgico, cuando se extrae una muestra y es enviada a patología para un examen histopatológico al comprobar la invasión de las vellosidades coriales en el miometrio. (6)

Morfológicamente, como consecuencia de la ausencia parcial o total de la decidua basal y del imperfecto desarrollo de la capa fibrinoide (capa de Nitabuch), las

vellosidades placentarias se encuentran unidas al miometrio (placenta acreta), lo invaden (placenta increta), o lo penetran (placenta percreta). (6)

Placenta previa.

Es la inserción anormal de la placenta que precede a la presentación del feto a partir de la semana 20 de gestación. Esta placenta se implanta y crece en la zona del segmento inferior de la cavidad uterina, obstruyendo algunas veces el orificio cervical interno el cual provoca pequeñas hemorragias. La forma de tratamiento en el embarazo depende del juicio clínico del ginecólogo ayudado por métodos de imagen diagnósticos. Las placentas que presenten una cara placentaria implantada a menos de 2 centímetros del orificio cervical externo quizás requieran una cesárea, especialmente si esta es posterior. (6)

Ruptura uterina.

La ruptura uterina consiste en la presencia de cualquier desgarro, efracción o solución de continuidad supracervical, no considerándose como tal a la perforación translegrado, al embarazo cornual o a la prolongación de la histerotomía transcesárea. Planché la define como "solución completa de continuidad de la pared del útero. Con expulsión del producto, que pone en peligro la vida de la madre el producto o ambos". (6)

Esta ruptura puede ser: espontánea o traumática, completa o incompleta y total o parcial. Los factores de riesgo relacionados con esta entidad: cirugía uterina previa, cesárea previa, gran múltipara, uso de oxitócica, DPPNI, desproporción céfalo pélvica, uso de fórceps, atención de parto pélvico, versiones internas y desde luego iatrogénicamente el uso externo de presión uterina (Kristeller).

Es importante señalar que la probabilidad de histerectomía aumenta, incluso, 10 a 12 veces cuando existen antecedentes de cesárea. La asociación de placenta percreta y ruptura uterina es una patología poco frecuente y con alta morbimortalidad. En este caso, la rápida actuación es la clave de los resultados satisfactorios tanto maternos como neonatales. (6)

Hemorragia postparto.

La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. La hemorragia postparto precoz (HPP) es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave. Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía. El diagnóstico es clínico y el manejo inicial es conservador, sin embargo, de fallar tratamiento médico se corrige con medidas quirúrgicas con el fin de preservar la vida. (6)

Sepsis puerperal.

La clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) define a la sepsis puerperal con la elevación de la temperatura corporal mayor de 38°C (100.4°F) que se mantiene por 24 horas o recurre durante el periodo que comprende después de las primeras 24 horas y dentro de los primeros 10 días del post parto. Presenta signos de respuesta inflamatoria sistémica como la taquicardia, el aumento de temperatura, aumento de la frecuencia respiratoria, elevación de leucocitos y neutrofilia; también se presentan signos locales como subinvolución del útero, cérvix permeable y loquios turbios o con mal olor. Para su diagnóstico se requiere como mínimo tres de los criterios anteriores, e incluye por lo menos un signo local.

La sepsis puerperal es la segunda causa directa de muerte materna y la responsable de la mayoría de las muertes en el puerperio tardío, convirtiéndose en una de las causas más frecuentes de realización de histerectomía obstétrica durante el puerperio. (6)

2.6 Técnica de histerectomía obstétrica

La histerectomía postparto puede ser subtotal, a menos que estén afectados el cuello y el segmento uterinos inferior. La histerectomía total puede ser necesaria en el

caso de un desgarro del segmento inferior que se extienda hasta penetrar en el cuello uterino, o cuando hay sangrado después de una placenta previa. (7)

No es necesario cerrar la histerotomía, si no hay sangrado significativo. Es necesario disecar el colgajo vesical antes de iniciar la histerectomía. Desde el segmento uterino inferior anterior se realiza la doble ligadura de ligamentos redondos, se extiende hacia lateral la serosa vesicouterina a la que estaba adosada la vejiga antes de su disección; en ese momento se aseguran los ligamentos uteroováricos, previa formación de una ventana a través de la hoja posterior del ligamento ancho mediante doble fijación, corte y ligadura bilateral; se disecan los vasos uterinos, se corta y se hace una doble ligadura; se disecan, se sujetan y ligan a un nivel inferior al cuello uterino y posteriormente se retira la pieza quirúrgica por una incisión en la mucosa vaginal; se inspecciona el cérvix para asegurarse de que la remoción fue completa.(7)

Después de retirar el útero completo, se aseguran todos los ángulos del fórnix vaginal lateral a los ligamentos cardinales y uterosacros con suturas crómicas en ocho. No hay unanimidad de opciones en cuanto a si se debe mantener abierto o hay que cerrar el manguito vaginal. Posterior al cierre de esta última, se realiza la peritonización pelviana, se verifica la hemostasia de todos los muñones y se continúa con el cierre de la pared abdominal por planos. (7)

En condiciones ideales siempre es preferible practicar la técnica total; sin embargo, en aquellas pacientes en malas condiciones generales donde existe dificultad técnica para la extracción del cuello, es preferible la técnica subtotal para acortar el tiempo quirúrgico y disminuir la morbi-mortalidad materna. También se puede practicar una técnica radical, con vaciamiento ganglionar, en los casos de cáncer invasivo. La historia previa influye, de manera que es más frecuente en multíparas, historia de abortos previos, cesárea anterior y episodio de hemorragia en parto previo. En la mayoría de las ocasiones es necesario realizar transfusión de concentrados de hematíes, plaquetas, plasma o crio precipitados. (7)

2.7 Efectos de una histerectomía en la paciente.

Las histerectomías producen un impacto físico y emocional en la vida de las mujeres. Algunos pueden desaparecer en poco tiempo y otros pueden permanecer por largo tiempo.

- Efecto psicosocial. Se pueden dar cambios en la vida afectiva de las pacientes y también cambios en el auto concepto como mujer, cambios funcionales y psicológicos. También pueden aparecer alteraciones en la percepción de la imagen corporal por la sexualidad. En lo emocional, la baja autoestima por la nueva condición puede llevar a las pacientes incluso a la depresión al no sentirse plenas y completas. Muchas veces estos factores psicosociales pueden desencadenar en el alejamiento de la pareja y posterior divorcio de esta. (8)
- Efectos Fisiológicos. Para este caso, los efectos fisiológicos los podemos ver en las pacientes a quienes además de retirársele el útero, también se le retiraron los ovarios debido a que estas glándulas producen estrógenos y al retirarlos se tendrán los indicios y síntomas que se producen por la falta de estrógeno. Muchas veces se extraen antes de la menopausia, por lo tanto las mujeres experimentan efectos parecidos a los de la menopausia e incluso con más intensidad como sofocos o calores nocturnos, resequedad vaginal y problemas para dormir los cuales pueden ser de gran intensidad en comparación a una menopausia normal. El riesgo para desarrollar osteoporosis a temprana edad también existe por el papel que juegan los estrógenos en resorción ósea. (8)
- Físicos. Se deduce que luego de realizada una histerectomía en una paciente, esta va a dejar de tener periodos menstruales; si los ovarios no se extraen y aún no se ha llegado a la edad de la menopausia, éstos aún producirán estrógeno y lo harán hasta que el periodo de menopausia llegue normalmente. (8)
- Sexuales. Los cambios en la vida sexual de la paciente se dan primero con una menor sensibilidad de los orgasmos ya que normalmente al tener un orgasmo el útero se contrae de forma que aumentaba la sensación de placer; sin

embargo, al no tener el útero no habrá contracciones que intensifiquen la sensación. También puede aparecer dolor al momento de la relación sexual debido a la formación de la cicatriz en la cúpula vaginal que queda luego de la cirugía, también porque se acorta la vagina y se ve deterioro en los nervios de los vasos sanguíneos que son responsables de la lubricación vaginal. (8)

Las complicaciones más frecuentes son shock hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, hipotensión intraoperatoria, lesión de vejiga y/o uréteres y relaparotomía por persistencia del sangrado. (1)

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio

Transversal: porque se realizó en un periodo corto de tiempo, adquiriendo información que va desde enero a noviembre 2022.

Descriptivo: porque se evaluaron las características de las variables en estudio y se detallara los factores asociados a histerectomía obstétrica.

Cuantitativo: se realizó una revisión de expedientes, y se evaluará las características de las pacientes en estudio mediante la revisión de expedientes clínicos.

3.2 Área de estudio

Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, ubicado en final 13 avenida sur, N0.1

3.3 Periodo de investigación

El periodo se realizó de los meses de enero a noviembre del año 2022.

3.4 Universo

El universo de estudio es de 10 pacientes que ingresaron con factores de riesgo, o desarrollaron algún factor de riesgo indicativo de histerectomía obstétrica, en Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, en los meses de enero a noviembre del año 2022.

3.5 Muestra

La muestra de estudio es el universo completo. Método de muestreo es no probabilístico, con uso de criterios de inclusión y exclusión.

3.6 Criterios para determinar la población

Criterios de inclusión:

- Pacientes con embarazo en el último trimestre de gestación, que presente factores de riesgo, o con criterios indicativos de histerectomía obstétrica, que hayan sido ingresadas en Hospital San Juan de Dios Santa Ana.
- Pacientes en puerperio mediano o tardío con criterios indicativos de histerectomía obstétrica, que hayan sido ingresadas en Hospital San Juan de Dios Santa Ana.

Criterios de exclusión:

- Pacientes no embarazadas.
- Pacientes que hayan presentado hemorragia post parto, que resolvió con manejo médico-farmacológico.
- Pacientes embarazadas que no entren en el período en que se realizará el estudio.

3.7 Técnicas de recolección de la información

Técnicas de campo:

- Fuente primaria: Se utilizó la revisión de expedientes clínicos de las pacientes a quienes se les haya realizado histerectomía obstétrica en los meses de enero a noviembre 2022.
- Fuente secundaria: SIP (Sistema informático perinatal) SIMMOW

3.8 Instrumentos

Lista de chequeo.

3.9 Material y equipo

- Alcohol gel
- Mascarillas
- Papel
- Lapicero
- Expedientes clínicos.

- Equipo electrónico (computadoras-impresora) revisión o vaciamiento de expedientes clínicos por equipo de investigación.

3.10 operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador
Características sociodemográficas	factor asociado a realización de histerectomía obstétrica.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Nivel académico alcanzado • Ocupación 	<ul style="list-style-type: none"> • Años • Escolaridad • Actividades cotidianas posterior al parto.
factores asociados durante el embarazo, parto opuerperio	complicaciones de las pacientes en estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad gestacional • Enfermedades durante el embarazo • Complicaciones presentadas en el parto o evento obstétrico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trimestre • IVU, Vaginosis, corioamnionitis, entre otros. • Trastorno hipertensivo del embarazo, hemorragia post parto, liquido meconial, ruptura prolongada de membranas.

3.11 Instrumento de recolección de datos

El instrumento que se utilizó realizar la recolección de datos es la lista de chequeo.

3.12 Contenido del instrumento:

Se detalló en el instrumento, incluirá los datos necesarios para realizar la investigación.

3.13 Formas de administración

Se realizó de forma indirecta a través de revisión documental del expediente clínico, en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

3.14 Plan de análisis y tabulación de datos

Para el análisis y tabulación de datos se utilizó una serie de cuadros estadísticos y gráficos estos se realizaron por medio de los datos obtenidos en la revisión de expedientes clínicos.

3.15 Presentación de la información

Se utilizó cuadros estadísticos y gráficos para presentar la información

3.16 Componente ético

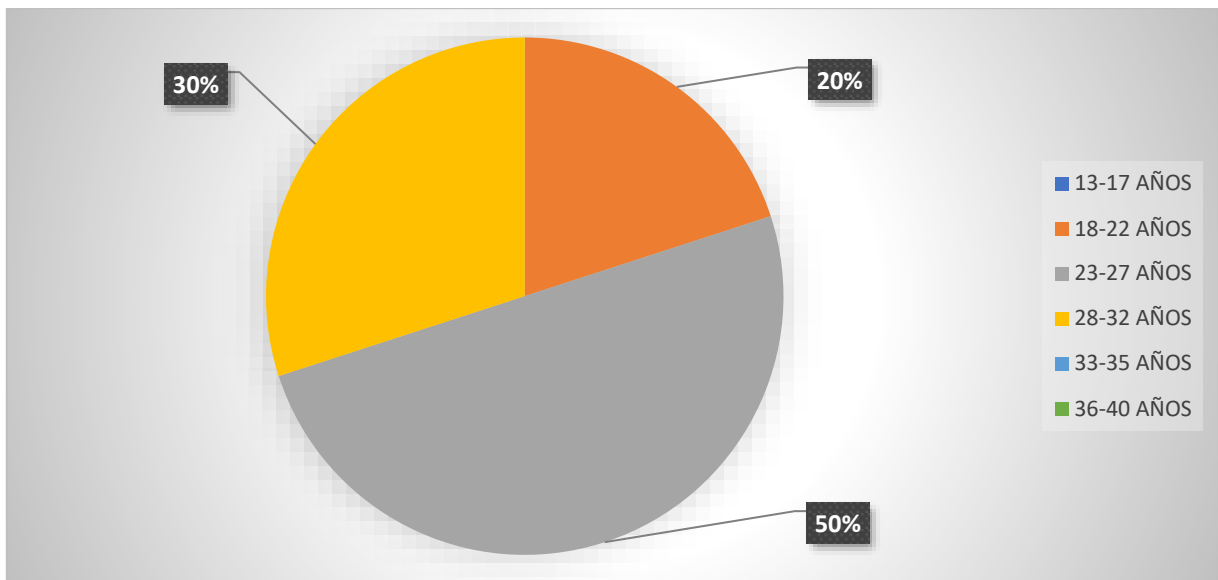
El estudio se enfoca en los pacientes que fueron sometidas a Histerectomía Obstétrica del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, por lo cual se vuelve necesario solicitar el permiso correspondiente al Comité de Ética de la institución para el levantamiento de datos. Por ser un estudio de tipo descriptivo, no se obtuvieron los datos de forma directa con las pacientes, igual es necesario el uso del consentimiento informado, dirigido a personal de estadística del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, ya que ellos son los encargados del préstamo de los expedientes clínicos, afirmando que en todo momento se mantendrá la confidencialidad y el resguardo e integridad de la información que se extraiga de las listas de chequeo administradas por el equipo de trabajo, a los expedientes que se someterán al estudio.

Igualmente, los datos obtenidos se almacenarán de manera anónima, brindando un número correlativo a los expedientes con el fin de no revelar datos de identificación de paciente, es decir, que no se revelara nombre, dirección y su situación personal. Y se velará por el cumplimiento de los demás principios éticos como el principio de no maleficencia, donde no se provocará ningún daño a los pacientes mencionados en el

expediente de la información recolectada; el principio de justicia, en el cual se tomará en cuenta a todos los expedientes que cumplan los criterios de inclusión; beneficencia aplicando los resultados del estudio en beneficio de los pacientes, a que reciban el tratamiento adecuado.

CAPITULO IV: RESULTADOS.

Grafica 1: Edad.

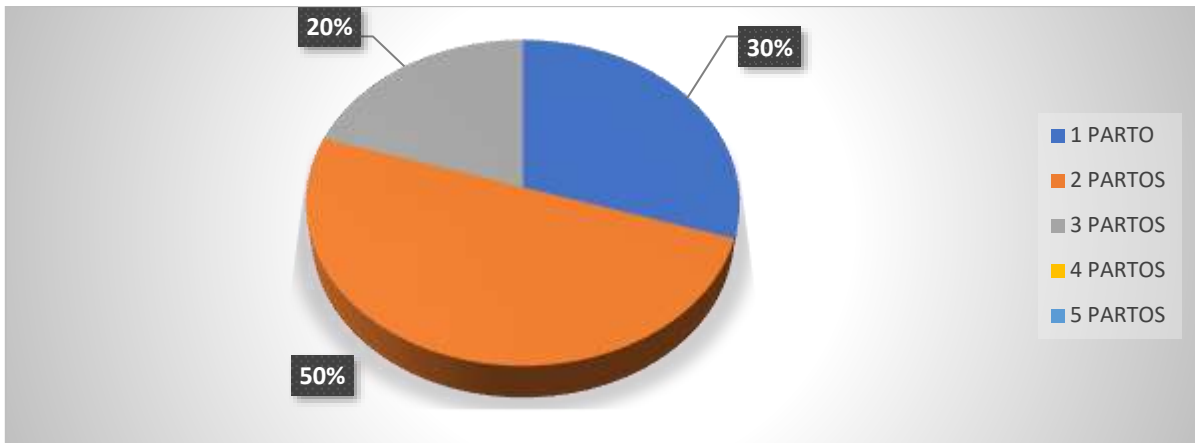


Fuente: lista de chequeo, revisión de expedientes clínicos.

Interpretación:

El 50 % de las personas estudiadas, se encontraban en 23 a 27 años, y el otro 50% se encuentra conformado por rangos de edad entre 28 a 32 años y 18 a 22 años, con un 30% y 20%, respectivamente.

Grafica 2: Paridad.

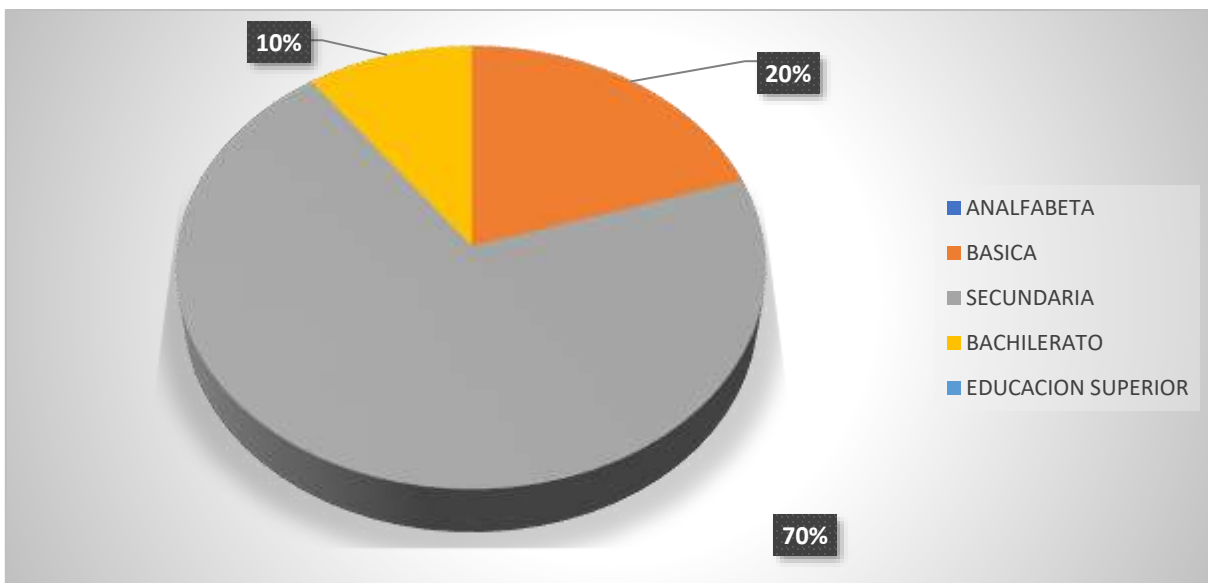


Fuente: lista de chequeo, revisión de expedientes clínicos.

Interpretación:

En cuanto a la paridad, el 70%, estaba compuesto por pacientes que ya habían verificado al menos 2 partos o más, el otro 30%, por aquellas pacientes que habían verificado únicamente 1 parto.

Grafica 3: Escolaridad.

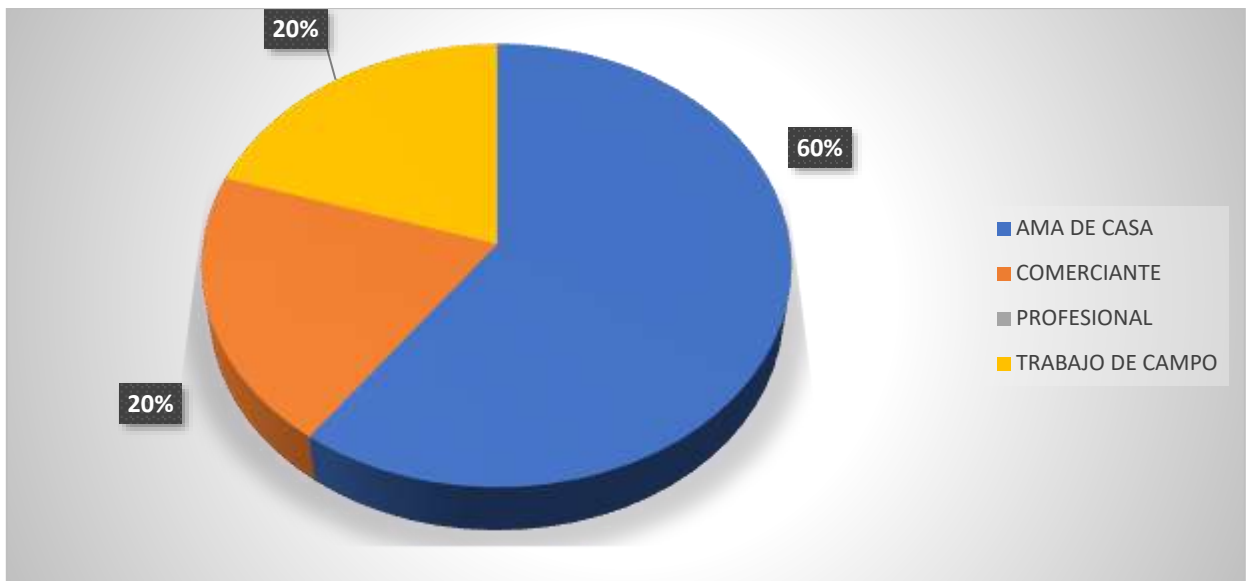


Fuente: lista de chequeo, revisión de expedientes clínicos.

Interpretación:

El 70%, tenían una escolaridad hasta secundaria, el otro 30%, por pacientes entre educación básica y bachillerato.

Grafica 4: Ocupación

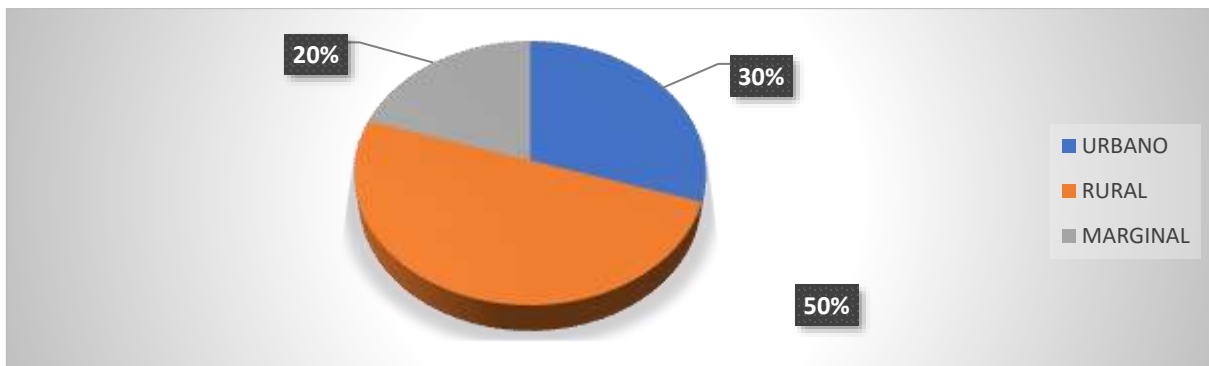


Fuente: lista de chequeo, revisión de expedientes clínicos.

Interpretación:

El 60% está conformada por pacientes que su ocupación es ama de casa, mientras que un 20%, por pacientes que se dedican al trabajo de campo y el otro 20%, al comercio.

Grafica 5: Zona geográfica.

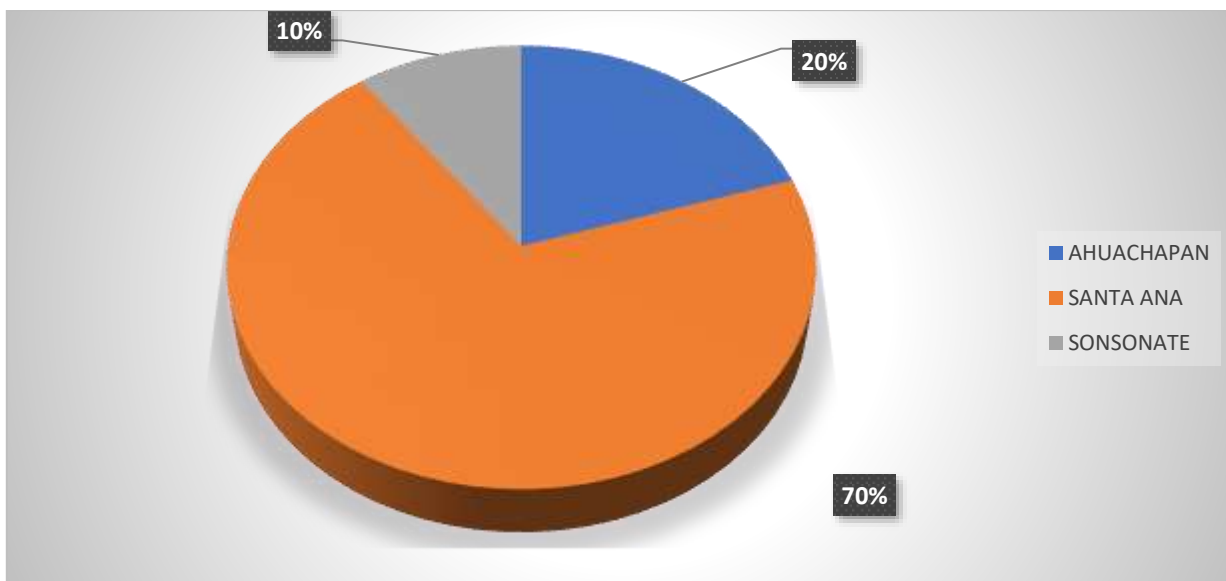


Fuente: lista de chequeo, revisión de expedientes clínicos.

Interpretación:

El 50% de las pacientes, se ubican en viviendas, en zona rural, un 30% en zona urbana, y el otro 20% en zonas marginales.

Grafica 6: Departamento.

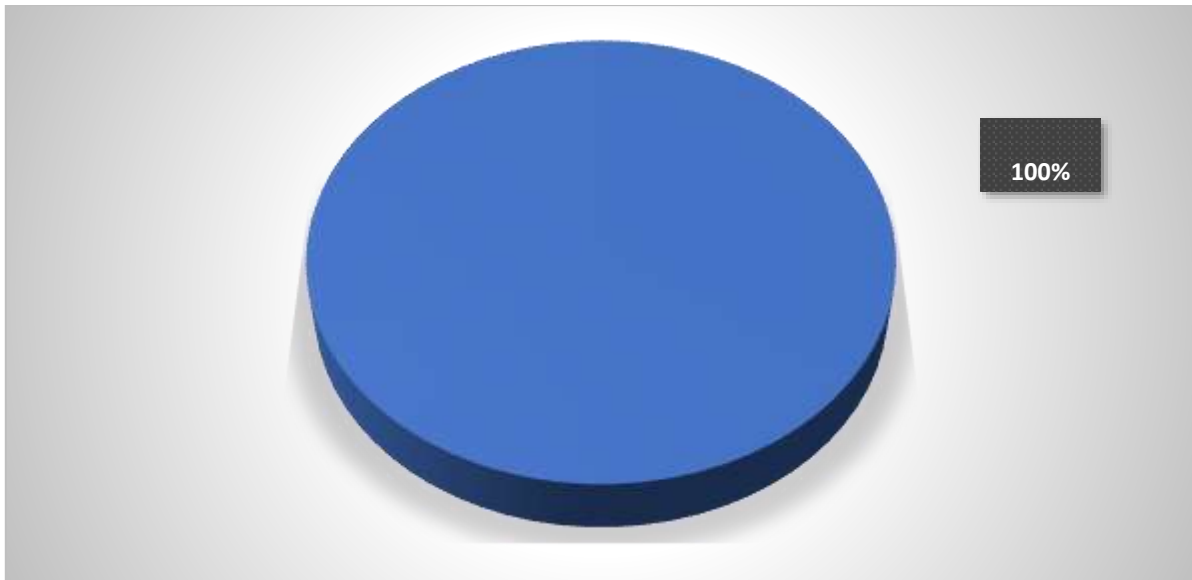


Fuente: lista de chequeo, revisión de expedientes clínicos.

Interpretación:

El 70% de las pacientes corresponde en distribución geográfica al departamento de Santa Ana, mientras que un 20% al departamento de Ahuachapán y un 10% al departamento de Sonsonate.

Grafica 7: Control

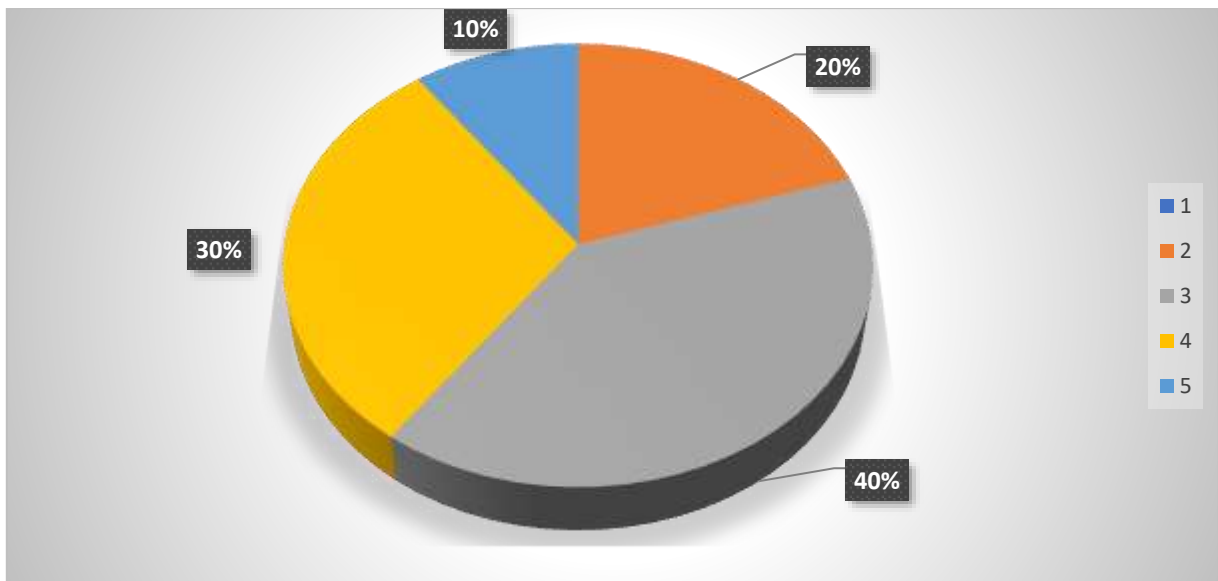


Fuente: lista de chequeo, revisión de expedientes clínicos.

Interpretación:

De acuerdo con la lista de chequeo que se realizó, se pudo constatar, que del 100% de las pacientes estudiadas, se encontraba en controles prenatales a lo largo de su embarazo.

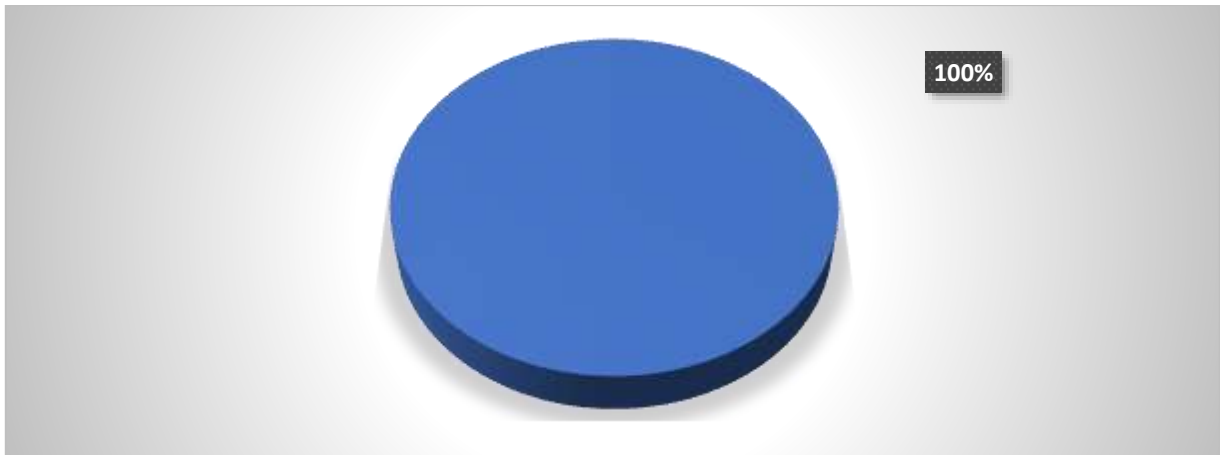
Grafica 8: Número de controles.



Interpretación:

El 40% de las pacientes asistieron a todos sus controles prenatales en numero de 3 ocasiones, el 20% tuvieron 2 controles, el 30% tuvieron 4 controles y el 10% solo se realizaron 5 controles prenatales.

Grafica 9: Uso de citotóxicos

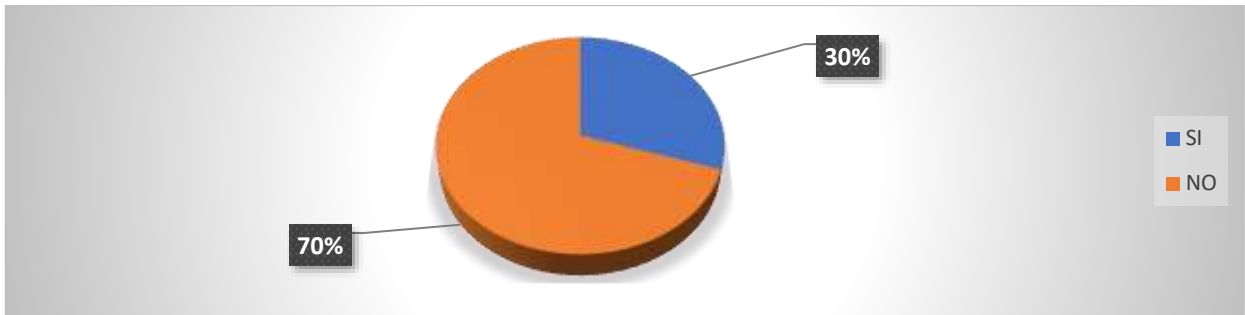


Fuente; lista de chequeo, revisión de expedientes clínicos.

Interpretación:

El 100% de las pacientes estudiadas, coincidieron con el uso de oxitocina, durante el trabajo de parto.

Grafica 10: Uso de prostaglandinas

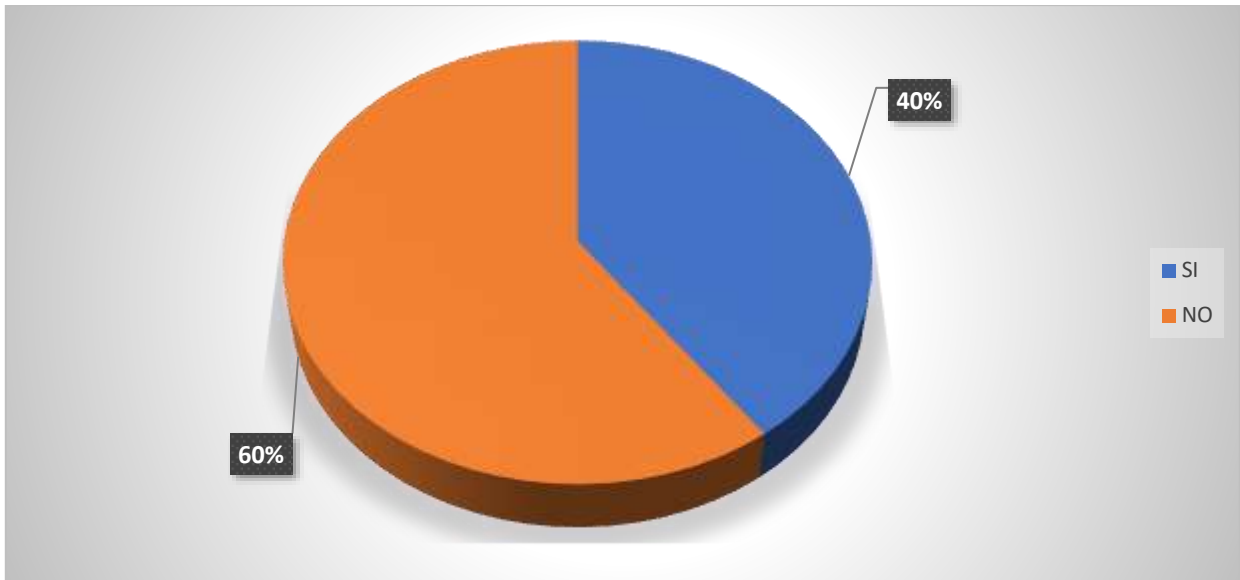


Fuente: lista de cheque, revisión de expedientes clínicos.

Interpretación:

El 70%, no fue necesario el uso de prostaglandinas para el inicio del trabajo de parto, mientras que el 30% si amerito.

Grafica 11: Cirugías previas.

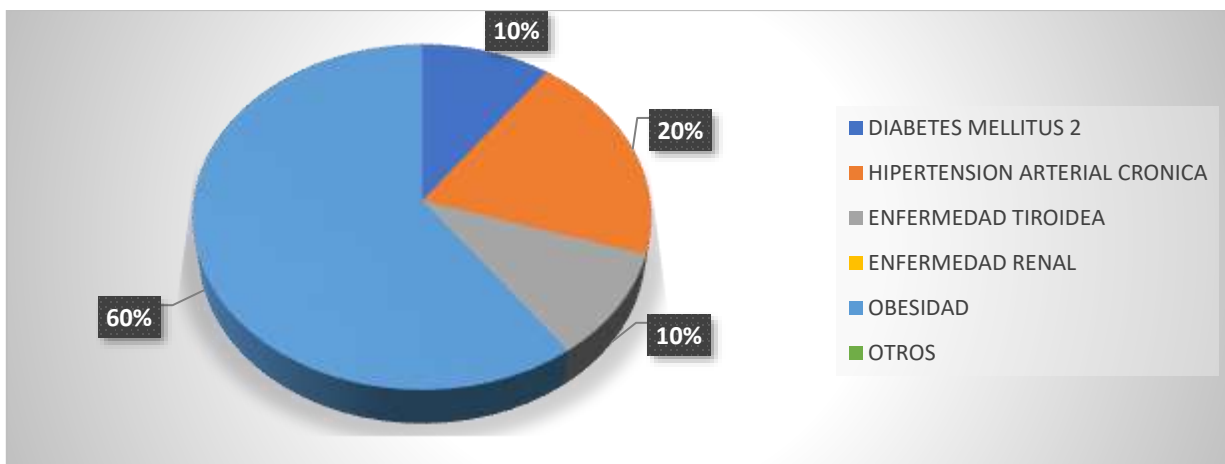


Fuente: lista de chequeo, revisión de expedientes clínicos.

Interpretación:

El 60% de las pacientes no tenían antecedentes de cirugías previas, mientras que el 40% sí.

Grafica 12: Comorbilidades.

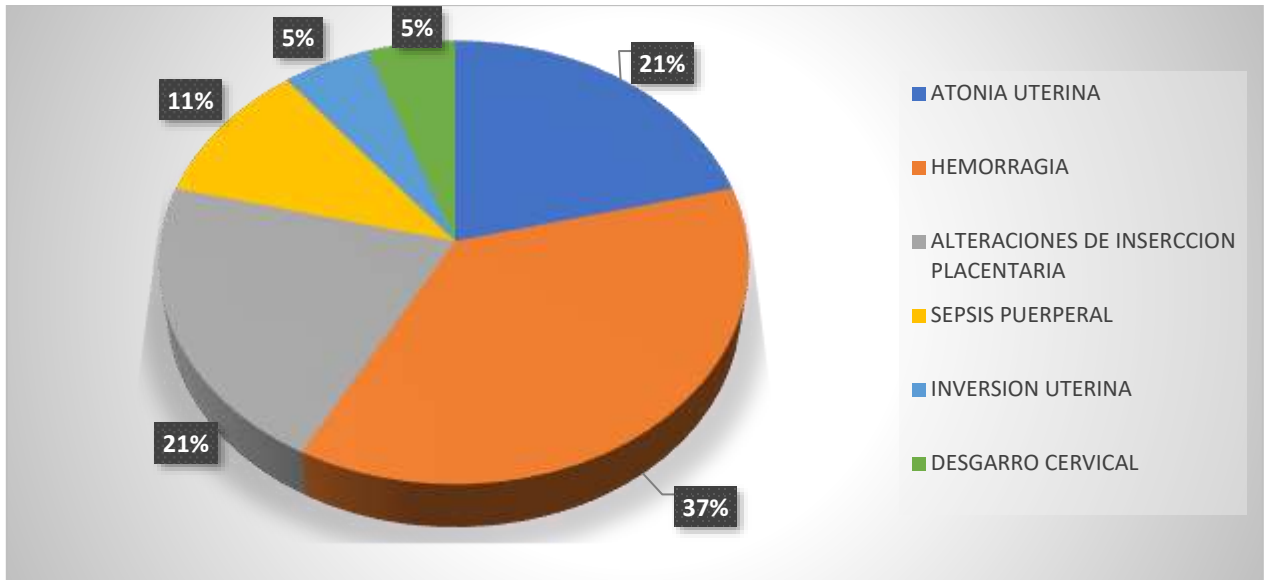


Fuente: lista de chequeo, revisión de expedientes clínicos.

Interpretación:

En cuanto a las comorbilidades, el mayor porcentaje con un 60% pertenece a pacientes con obesidad, un 20% a hipertensión arterial crónica, 10% a diabetes mellitus tipo 2, y el otro 10% a enfermedades tiroideas.

Grafica 13: Factores de riesgo obstétricos.

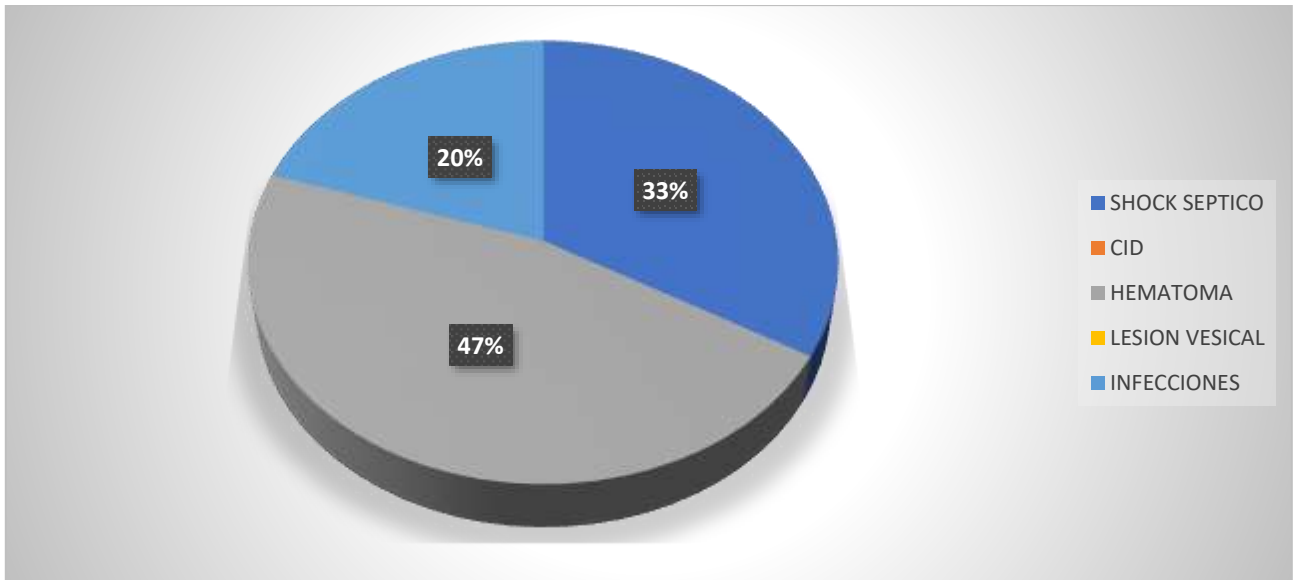


Fuente: lista de chequeo, revisión de expedientes clínicos.

Interpretación:

En cuanto a los factores de riesgo obstétricos, el mayor porcentaje corresponde a hemorragia, con un 37%, un 21% para alteraciones de inserción placentaria 21% para atonía uterina y 11% para sepsis puerperal, mientras que para inversión uterina y desgarros cervicales un 5%, respectivamente.

Grafica 14: Complicaciones de la intervención



Fuente: lista de chequeo, revisión de expedientes clínicos.

Interpretación:

De acuerdo con la lista de chequeo que se realizó, se pudo constatar, que del 100% de las pacientes estudiadas, en cuanto a las complicaciones que pueden presentarse, un 47% corresponde a hematoma, 33% a shock séptico, y un 20% a infecciones.

CONCLUSIONES

La histerectomía post parto es una medida quirúrgica que se realiza en aquellas pacientes que no responden a otros procedimientos , frente a una hemorragia severa después de un parto o una cesárea, por lo tanto la histerectomía post parto debemos considerarla como una intervención quirúrgica mayor ya que al tratarse de una medida de urgencia con morbilidad asociada, no solo supone riesgo de morbimortalidad materna y perinatal, sino también el término de la función reproductiva, lo cual puede ser aún más grave en una paciente primigesta, por lo tanto es una alternativa razonable ante la emergencia optar por la realización de la histerectomía.

Dentro de las principales características sociodemográficas de los pacientes que se le realizo histerectomía post parto se encontraron que el 50 % de las pacientes tenían una edad de entre 23 y 27 años, además presentaban una paridad en número de 2 el 50 % de estos mismos, se observó que el 70 % de las pacientes habían obtenido una escolaridad secundaria, por lo tanto el 60 % de las pacientes eran amas de casa, y un 50 % pertenecían al área rural, estos datos nos orientan a que la mayor parte de pacientes que sufren estas complicaciones son pacientes que se encuentran en una zona de vulnerabilidad social.

Este estudio se realizó con el propósito de evaluar qué factores de riesgo para hemorragia post parto. Se encontró un número de variables asociadas a la hemorragia post parto, las cuales como ya se mencionó anteriormente, decidimos dividir en dos grupos: factores maternos (personales y antecedentes). Es de gran importancia dar a conocer cuáles de estos son los más significativos, y de esta forma poder realizar una adecuada prevención y/o identificación oportuna, mencionar que los principales factores que llevan a que se desarrolle una histerectomía post parto son; cirugías previas con un porcentaje del 40 %, de la misma forma la obesidad en un porcentaje del 60 %, se puede destacar que entre los factores de riesgo obstétricos el mayor factor que conlleva a una histerectomía post parto es la hemorragia con un 37%, seguido de la atonía uterina y las alteraciones de la inserción placentaria con un 21 %

En cuanto a las complicaciones relacionadas durante trabajo de parto, parto y puerperio, que podrían finalizar en una histerectomía obstétrica se evidencio que la

complicación más predisponente fue las hemorragias en un 47 %, un 33 % el shock séptico y las infecciones en un 20 %, aunque no hubo casos de muerte materna, es un procedimiento quirúrgico necesario en casos de hemorragias severas del postparto y que se asocia frecuentemente con graves complicaciones.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados recogidos en la presente investigación se recomienda:

Al ministerio de salud

Se insta a planificar orientar y ejecutar líneas de acción para la identificación y evaluación temprana de los factores de riesgos de las pacientes al momento de la consultar en el centro hospitalario.

Sugerir acciones específicas en general, así como, establecer grupos multidisciplinarios para que se realicen y vigilen procesos de promoción y prevención de la salud, todo esto en base a las consecuencias, para dar respuestas oportunas ante la emergencia obstétrica.

A la población en general

Ejecución de charlas educativas y preventivas sobre los factores de riesgo asociados al trabajo de parto, parto y puerperio.

A toda la comunidad gestante informarse, de cómo prevenir las complicaciones obstétricas que podrían presentarse, así como también dar medidas concretas como; conocer signos y síntomas de alarma, asistir oportunamente al centro de salud más cercano, no prolongar las cesáreas electivas, no faltar a los controles prenatales, prevenir infecciones, entre otras.

REFERENCIAS

- Vega M. Genaro, Bautista G. Luis Nelson, Rodríguez N. Lucia Denice, Loredó A. Fátima, Vega M. Jesús, Becerril S. Alma et al. Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2017 Nov; 82(5): 526-533. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000500526&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000500526>.
- Nodarse Rodríguez Alfredo, Capote Arce Reinaldo, Cuevas Hidalgo Eduardo, Borrego López Julio, Martínez Cernuda Iván, Couret Cabrera Martha Patricia. Comportamiento epidemiológico de la histerectomía obstétrica. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2013 Jun ; 39(2): 128-134. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2013000200008&lng=es.
- Calvo Aguilar Omar, Rosas Carvallar Esther, Vásquez Martínez Javier, Hernández Cuevas Jenny. Histerectomía obstétrica en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Oaxaca, México. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2016 Dic [citado 2019 Mar 13] ; 81(6): 473-479. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000600004&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000600004>.
- Escot Chocoyo V. Indicaciones y complicaciones de Histerectomía Obstétrica en Hospital de Cobán[Internet]. *Recursosbiblio.url.edu.gt*. 2016 42 [cited 13 February 2019]. Available from: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/09/03/Escot-Vilma.pdf>
- Dr. Fuentes, L., & Bárbara, D. E. (2005). Histerectomía puerperal. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1531-3062.

Ruiz, D.K. (2013). Factores asociados e indicaciones de histerectomía obstétrica en púerperas. Hospital Alemán Nicaragüense. Managua 2011 – 2013. Managua, Nicaragua.

Vanega Estrada, & S. (2010). Histerectomía obstétrica de urgencia. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.

Dra. Valdez, & Ariana. (2005). Comportamiento de la histerectomía obstétrica. Cuba.

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDICPLINARIA DE OCCIDENTE
ESCUELA DE POSGRADO
ESPECIALIDAD GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Respetable personal de salud encargado de documentos médicos de ESDOMED del hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

La presente es para solicitar su autorización, y a la vez colaboración para pasar el instrumento de recolección de datos en el tema de tesis, "FACTORES ASOCIADOS A HISTERECTOMIA OBSTETRICA, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTAANA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A NOVIEMBRE 2022." Esperando contar con su valiosa colaboración, de antemano de le damos nuestro más sincero agradecimiento. Estudiantes de la especialidad de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de El Salvador, facultad multidisciplinaria de occidente. La información que se dará es de carácter confidencial.

Personal de salud (Nombre y firma):

Estudiante de la Especialidad de Ginecología y obstetricia:

ANEXO 2: INSTRUMENTO

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD
MULTIDICCIPLINARIA DE OCCIDENTE
ESCUELA DE POSGRADO ESPECIALIDAD GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA**



Cotejo realizado por equipo de tesis de datos provenientes de los expedientes de pacientes que se les realizo histerectomía obstétrica que consultaron en el Hospital Nacional San Juande Dios de Santa Ana, en el periodo comprendido entre enero a noviembre del 2022.

INSTRUMENTO

1. Numero de ficha: _____

2. Expediente: _____

3. Edad:

• 13-17 Años _____

• 18-22 Años _____

• 23-27 Años _____

• 28-32 Años _____

• 33-35 Años _____

• 36-40 Años _____

4. Paridad:

G____ P____ P____ A____ V____

5. Escolaridad: Analfabeta ____ Básica____ Secundaria____ bachillerato ____
Educación superior _____

6. Ocupación: _____

7. Zona geográfica: Urbana ____ Rural ____ Marginal _____

8. Departamento: _____

9. Control prenatal: si ____ no_____

10. Numero de controles prenatales: 1____ 2 ____ 3____ 4 ____ 5_____

11. Uso de oxitócicos: si ____ no_____

12. Uso prostaglandinas: si ____ no_____

13. Cirugías previas: si ____ no _____

14. Si contesto si, a la pregunta anterior especifique cuales: _____

15. Comorbilidades:

1. Diabetes Mellitus _____

2. Hipertensión Arterial _____

3. Enfermedades Tiroideas _____

4. Enfermedad renal _____

5. Obesidad _____

6. Otros. _____

16. Factores De Riesgo obstétricos:

- Atonía uterina _____
- Hemorragia _____
- Alteraciones de inserción placentaria _____
- Sepsis puerperal/ infección puerperal _____
- Inversión uterina _____
- Desgarro cervical _____

17. Complicaciones de la intervención:

- Shock hipovolémico _____
- CID _____
- Hematoma _____
- Lesión vesical _____
- Infecciones _____

ANEXO 3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

A continuación, se presenta el cronograma en donde se consignan las diferentes actividades del proceso de investigación, a la vez se les asigna el tiempo en el cual se pretende realizar cada una de ellas. Todo el proceso investigativo se ajustará a este cronograma.

	Enero 2023	Febrero 2023	Marzo 2023	Abril 2023	Mayo 2023	Junio 2023	Julio 2023	Agosto 2023	Septiembre 2023	Octubre 2023	Noviembre 2023
Elección del tema											
Definición del problema											
Aprobación e inscripción de tema de tesis											
Elaboración de perfil											
Elaboración de protocolo y primera entrega a comité de ética											
Presentación de avances de tesis al asesor											
Segunda entrega de protocolo con observaciones solventadas por el comité de ética											
Implementación y desarrollo del instrumento en el lugar de estudio											
Análisis y obtención de datos											
Presentación de resultados y graficas al asesor											
Defensa de tesis											

ANEXO 4: PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
100	Fotocopias	\$0.03	\$3.00
200	Impresiones	\$0.15	\$30.00
5	Bolígrafos	0.25	\$1.25
1	Resma de papel bond	\$4.50	\$4.5
5	Lápiz	\$0.25	\$1.25
3	Marcadores	\$1.00	\$3.00
3	Transporte	\$20.00	\$60.00
25	Horas de navegación en internet	\$1.00	\$25.00
	TOTAL		\$128.00

La investigación fue financiada por los estudiantes de la especialidad de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de El Salvador FMO:

Raquel Karina Peña Figueroa

Gisela Abigail Hernández Rivas.

ANEXO 5: TABULACION DE DATOS

Tabla 1: Rango de edad.

EDAD	FRECUENCIA	%
13-17 AÑOS	0	0%
18-22 AÑOS	2	20%
23-27 AÑOS	5	50%
28-32 AÑOS	3	30%
33-35 AÑOS	0	0%
36-40 AÑOS	0	0%
TOTAL	10	100%

Tabla 2: paridad.

PARIDAD	FRECUENCIA	%
1 PARTO	3	30%
2 PARTOS	5	50%
3 PARTOS	2	20%
4 PARTOS	0	0
5 PARTOS	0	0
TOTAL	10	100%

Fuente: lista de chequeo.

Tabla 3: escolaridad.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
ANALFABETA	0	0%
BASICA	2	20%
SECUNDARIA	7	70%
BACHILERATO	1	10%
EDUCACION SUPERIOR	0	0
TOTAL	10	100%

Fuente: lista de chequeo.

Tabla 4: ocupación.

OCUPACION	FRECUENCIA	%
AMA DE CASA	6	60%
COMERCIANTE	2	20%
PROFESIONAL	0	0%
TRABAJO DE CAMPO	2	20%
TOTAL	10	100%

Fuente: lista de chequeo.

Tabla 5: zona geográfica.

GEOGRAFIA	FRECUENCIA	%
URBANO	3	30%
RURAL	5	50%
MARGINAL	2	20%
TOTAL	10	100%

Fuente: lista de chequeo.

Tabla 6: departamento.

DEPARTAMENTO	FRECUENCIA	%
AHUACHAPAN	2	20%
SANTA ANA	7	70%
SONSONATE	1	10%
TOTAL	10	100%

Fuente: lista de chequeo.

Tabla 7: control prenatal.

CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	%
SI	10	100%
NO	0	0%
TOTAL	10	100%

Fuente: lista de chequeo.

Tabla 8: número de controles prenatales.

NUMERO DE CONTROLES	FRECUENCIA	TOTAL
1 CONTROL	0	0
2 CONTROL	2	20
3 CONTROL	4	40
4 CONTROL	3	30
5 CONTROL	1	10
TOTAL	10	100

Fuente: lista de chequeo.

Tabla 9: uso de oxitócicos

OXITOCICOS	FRECUENCIA	TOTAL
SI	10	100%
NO	0	0
TOTAL	10	100%

Fuente: lista de chequeo.

Tabla 10: uso de prostaglandinas

PROSTAGLANDINAS	FRECUENCIA	%
SI	3	30%
NO	7	70%
TOTAL	10	100%

Fuente: lista de chequeo.

Tabla 11: cirugías previas.

CIRUGIAS PREVIAS	FRECUENCIA	%
SI	4	40%
NO	6	60%
TOTAL	10	100%

Fuente: lista de chequeo.

Tabla 12: comorbilidades.

COMORBILIDADES	FRECUENCIA	%
DIABETES MELLITUS 2	1	10%
HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA	2	20%
ENFERMEDAD TIROIDEA	1	10%
ENFERMEDAD RENAL	0	0%
OBESIDAD	6	60%
OTROS	0	0%
TOTAL	10	100%

Fuente: lista de chequeo.

Tabla 13: factores de riesgo.

FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA	TOTAL
ATONIA UTERINA	4	21%
HEMORRAGIA	7	37%
ALTERACIONES DE INSERCCION PLACENTARIA	4	21%
SEPSIS PUERPERAL	2	11%
INVERSION UTERINA	1	5%
DESGARRO CERVICAL	1	5%
TOTAL	20	100%

Fuente: lista de chequeo.

Tabla 14: complicaciones de la intervencion

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	TOTAL
SHOCK SEPTICO	5	33%
CID	0	0%
HEMATOMA	7	47%
LESION VESICAL	0	0%
INFECCIONES	3	20%
TOTAL	15	100%

Fuente: lista de chequeo.