

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
ESCUELA DE POSGRADO Y EDUCACIÓN CONTÍNUA
ESPECIALIDADES MÉDICAS



TEMA DE INVESTIGACIÓN

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS CON HEMORRAGIA POSPARTO
QUE REQUIERON HISTERECTOMÍA**

TESIS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:

DRA. ILEANA GISELE ALVARADO PACHECO

DR. MARIANO ENRIQUE ARAUZ CRUZ

DOCENTE ASESOR:

DR. GUSTAVO ENRIQUE MUNGUIA MORALES

CIUDAD UNIVERSITARIA, SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA, DICIEMBRE 2025

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

M.SC. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA

RECTOR

DRA. EVELYN BEATRIZ FARFAN MATA

VICE- RECTOR ACADEMICO

M.SC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICE- RECTOR ADMINISTRATIVO

LIC. PEDRO ROSALIO ESCOBAR CASTANEDA

SECRETARIO GENERAL

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAÑ

AUTORIDADES

MSc. CARLOS IVÁN HERNÁNDEZ FRANCO

DECANO

DRA. NORMA AZUCENA FLORES RETANA

VICEDECANO

LIC. CARLOS DE JESÚS SÁNCHEZ

SECRETARIO

PROGRAMA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

MTRO. BALMORE ALEXIS RODRÍGUEZ OCHOA

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO

DR. SAÚL RENÉ PÉREZ GARCÍA

COORDINADOR GENERAL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DR. FELIX ANTONIO REYES

COORDINADOR DOCENTE DE ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TRIBUNAL CALIFICADOR

DR. GUSTAVO ENRIQUE MUNGUÍA MORALES

DOCENTE ASESOR

DR. JOSE FABRICIO PAZ ARIAS

JURADO CALIFICADOR

DRA. ARELY DEL CARMEN SILVA COREAS

JURADO CALIFICADOR

RESUMEN

La Hemorragia Posparto (HPP) se mantiene como una de las principales causas de morbimortalidad materna a nivel mundial y, por ende, es una prioridad de salud pública. Aunque la mayoría de los episodios de sangrado se controlan con medidas médicas y conservadoras, un pequeño pero significativo porcentaje evoluciona a una hemorragia masiva, refractaria a tratamiento, que obliga a la Histerectomía Obstétrica de Emergencia. Esta intervención radical, si bien es el último recurso para controlar el sangrado y salvar la vida de la madre, representa un desenlace de máxima gravedad y tiene profundas implicaciones para la salud reproductiva de la paciente. El **Objetivo** fue Determinar la prevalencia y analizar los factores sociodemográficos y clínicos asociados con la Hemorragia Posparto (HPP) que requirió histerectomía obstétrica de emergencia en la población de estudio y se aplicó la **metodología** en un estudio descriptivo retrospectivo que analizó 45 casos de histerectomía obstétrica por HPP. Se evaluaron factores ante parto, intraparto, desenlaces clínicos y variables sociodemográficas, edad, procedencia, escolaridad, **Hallazgos Principales** El perfil de la paciente afectada se caracterizó por una vulnerabilidad sociodemográfica, con predominio de la procedencia rural (58%), bajo nivel educativo y ocupaciones en el sector informal. Los factores de riesgo clínico más prevalentes fueron la Multiparidad (33%), los Antecedentes de HPP (27%) y la Cesárea previa (20%). La etiología de la hemorragia incontrolable estuvo fuertemente ligada a patologías placentarias y disfunción uterina, destacando la alta incidencia de casos posteriores a un Parto Abdominal (66%) y la presencia de Acretismo placentario. Clínicamente, se confirmó la extrema gravedad de los casos por la alta incidencia de Coagulopatía de consumo (33%) y la necesidad casi universal de transferencia a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (69%). **Conclusión** fue que la histerectomía obstétrica fue el tratamiento de último recurso en casos de HPP masiva e incontrolable, con una alta asociación a la Placenta Anormalmente Adherida en el contexto de un útero cicatrizado y a la atonía uterina. A pesar de la

severidad de las complicaciones, el manejo integrado y oportuno resultó en una supervivencia materna del 100%.

Palabras Clave: Hemorragia Posparto (HPP), Histerectomía Obstétrica, Factores de Riesgo, Placenta Anormalmente Adherida, Cesárea Previa, Multiparidad, Coagulopatía de Consumo, Unidad de Cuidados Intensivos, Supervivencia Materna.

SUMMARY

Postpartum Hemorrhage (PPH) remains one of the main causes of maternal morbidity and mortality worldwide and is therefore a public health priority. Although most bleeding episodes are controlled with medical and conservative measures, a small but significant percentage evolves into a massive hemorrhage, refractory to treatment, which requires Emergency Obstetric Hysterectomy. This radical intervention, although it is the last resort to control bleeding and save the mother's life, represents an outcome of the utmost seriousness and has profound implications for the patient's reproductive health. The objective was to determine the prevalence and analyze the sociodemographic and clinical factors associated with Postpartum Hemorrhage (PPH) requiring emergency obstetric hysterectomy in the study population, and the methodology was applied in a retrospective descriptive study that analyzed 45 cases of obstetric hysterectomy due to PPH. Antepartum and intrapartum factors, clinical outcomes and sociodemographic variables, age, origin, education, main findings were evaluated the profile of the affected patient was characterized by sociodemographic vulnerability, with a predominance of rural origin (58%), low educational level and occupations in the informal sector. The most prevalent clinical risk factors were multiparity (33%), history of PPH (27%) and previous cesarean section (20%). The etiology of uncontrollable hemorrhage was strongly linked to placental pathologies and uterine dysfunction, highlighting the high incidence of cases after abdominal delivery (66%) and the presence of placental accretism. Clinically, the extreme severity of the cases was confirmed by the high incidence of consumption coagulopathy (33%) and the almost universal need for transfer to the Intensive Care Unit (ICU) (69%). The conclusion was that obstetric hysterectomy was the treatment of last resort in cases of massive and uncontrollable PPH, with a high association with Abnormally Attached Placenta in the context of a scarred uterus and uterine atony. Despite the severity of complications, integrated and timely management resulted in 100% maternal survival.

Key Words: Postpartum Hemorrhage (PPH), Obstetric Hysterectomy, Risk Factors, Abnormally Attached Placenta, Previous Cesarean Section, Multiparity, Consumer Coagulopathy, Intensive Care Unit, Maternal Survival.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser mi guía y fortaleza a lo largo de este proceso, por brindarme sabiduría, perseverancia y la oportunidad de culminar esta etapa tan importante en mi vida profesional.

A mis padres y hermana, por apoyo incondicional, un motor constante de motivación permanente. Gracias por creer en mí y acompañarme en cada desafío. Eternamente agradecida.

A mis asesores de tesis, por su orientación académica, paciencia y valiosos aportes científicos, que permitieron el desarrollo y culminación de este trabajo de investigación. Su experiencia y compromiso fueron fundamentales en cada etapa del proceso.

A los docentes del Departamento de Ginecología y Obstetricia, quienes contribuyeron a mi formación profesional con sus enseñanzas y ejemplo ético.

A la institución hospitalaria donde nos desarrollamos como profesionales y que nos abrió las puertas para la realización y culminación de nuestra especialidad.

A mis compañeros y amigos, por el apoyo moral, la colaboración y las palabras de ánimo durante este camino.

Y de manera muy especial, a mis queridos michis quienes con su compañía silenciosa y su presencia durante largas jornadas de estudio fueron un consuelo y una fuente de alegría en los momentos de cansancio y estrés.

Finalmente, a todas las personas que de manera directa o indirecta contribuyeron a la realización de esta tesis, mi más sincero agradecimiento. Se culmina una etapa llena de sacrificios ahora corresponde cosechar muchos éxitos.

Ileana Gisele Alvarado Pacheco

Ante todo, mi agradecimiento a Dios. Su fortaleza ha sido mi refugio en los turnos más largos y caóticos, Su sabiduría, mi guía en las decisiones críticas, y Su amor, el motor que me recordó el profundo valor de la vida que me confió cuidar.

A mi familia en especial a mis padres Karen Cruz y Nelson Flores y Hermana Meredith Flores, Su apoyo no solo fue fundamental, sino un ancla de fe y compromiso social. Gracias por recordarme siempre la humanidad detrás de cada caso, A mis Queridos Abuelos, Yolanda Bermúdez y Aníbal Cruz, Cada logro que obtengo es un eco de su amor, sus valores y el sacrificio que hicieron para construir el camino por el que hoy tránsito. Su fe inquebrantable en mí fue mi primera y más poderosa motivación. Gracias por enseñarme la disciplina y la perseverancia, Por la paciencia infinita, por aceptar las ausencias, las llamadas perdidas y el cansancio. Sus oraciones y su aliento fueron vitales para superar los momentos de mayor presión.

Yoana Vargas, Fuiste la luz en el centro de la tormenta. Tu amor incondicional, tu comprensión y tu capacidad para ser mi puerto seguro en los días de mayor estrés no tienen precio. Sacrificaste incontables momentos por este sueño, y tu apoyo constante me demostró que el verdadero éxito es tener a alguien a tu lado que te impulse a ser mejor. Este logro también es tuyo; ahora, juntos, cosecharemos los frutos.

Hoy, al cerrar este capítulo intensivo y profundamente transformador de mi vida, la culminación de la Especialidad Médica en Ginecología y Obstetricia, mi corazón se desborda de gratitud. Este logro no es solo mío; es la suma de incontables sacrificios, enseñanzas y apoyo incondicional que recibí de cada uno de ustedes.

Mariano Enrique Arauz Cruz

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	i
1.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1 Situación problemática.	2
1.2 Formulación del problema.	3
1.3 Justificación.....	3
1.4 Objetivos	4
1.5 Delimitación.	5
1.6 Alcances y limitaciones.....	5
2.0 MARCO REFERENCIAL	6
2.1 Marco histórico.	6
2.2 Marco teórico.....	8
2.3 Marco conceptual.	21
2.4 Marco empírico.	23
2.6 Operacionalización de variables	24
4.0 Metodología.....	30
4.1 Población y muestra.	30
4.1.1 Población.....	30
4.1.2 Muestra.....	30
4.2.3 Criterios de selección de muestra.	30

5.0 DISEÑO DE ESTUDIO.....	31
5.1 Tipo de estudio.....	31
5.2 Métodos de recolección.....	32
5.3 Técnicas de recolección.....	32
5.4 Instrumentos.....	32
5.5 Procedimientos.....	32
5.6 Análisis de datos.....	33
6.0	
Resultados.....	30
7.0	
Discusión.....	41
CRONOGRAMA.....	54
ANEXOS.....	55
Anexo 1: Instrumento de recolección de datos.....	55
Bibliografía.....	56

INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto es una de las principales causas de mortalidad materna, tanto en los países desarrollados, como en vías de desarrollo, la cual es fundamentalmente prevenible.

El 100% de las muertes se consideran prevenibles y los principales factores detectados fueron: la subvaloración de los cuadros clínicos, las conductas inoportunas y el tratamiento inadecuado de las pacientes.

Dentro de las causas de hemorragia post parto, la atonía uterina es una de las principales causas de muerte materna especialmente en países en desarrollo, calculándose su frecuencia de 1/20 partos, esto es aproximadamente el 25% de todos los partos. Una importante proporción de estas pacientes responden a tratamiento médico, el resto debiera ser sometida a tratamiento quirúrgico de urgencia y a otras podría aún ocasionarles la muerte.

La HPP es una causa impredecible y rápida de muerte materna a nivel mundial, con dos tercios de las mujeres sin factores de riesgo identificables. Entre el setenta y noventa por ciento de las HPP inmediatas se le atribuyen a la atonía uterina (falla del útero para contraerse apropiadamente después del parto).

El presente estudio pretende identificar los principales factores de riesgo asociados a la atonía uterina durante el manejo médico y quirúrgico conservador con el fin de conocer y tomar acciones preventivas de manera oportuna.

1.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática.

La hemorragia obstétrica es una de las principales causas de muerte materna en el mundo. Uno de los principales problemas con el diagnóstico de hemorragia obstétrica es que la pérdida sanguínea es subjetiva y es observador dependiente. (Fernández Lara, 2017) La hemorragia obstétrica se considera una complicación grave que aumenta la morbilidad y mortalidad materna y fetal. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la principal causa de morbimortalidad obstétrica a nivel mundial y corresponde a uno de los principales problemas de salud pública. (Rivera Fumero, 2020)

Cada día mueren en el mundo un promedio 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Para el año 2018, se estimó que 1,86% de los nacimientos se complicaron con hemorragias severas, siendo responsables en países desarrollados del 13% de las muertes maternas. (Organización Mundial de la Salud, 2023)

Se estima que el 8.2% de las mujeres que dan a luz en América Latina sufrirán una hemorragia postparto grave que requerirá una transfusión. En las Américas, el manejo activo del parto implicaría una reducción de 770,000 hemorragias, 170,000 hemorragias severas y la necesidad de 140,000 transfusiones de sangre. (Organización panamericana de la Salud, 2015)

La hemorragia postparto, puede llevar a que la gestante presente: shock hipovolémico, síndrome de dificultad respiratoria, presentar coagulopatía e infertilidad secundaria. Así, los factores que comúnmente se han relacionado con la hemorragia postparto son: atonía uterina, conducción e inducción del trabajo de parto, retención de restos placentarios, partos instrumentados, sobrepeso, obesidad, multiparidad siendo estos prevenibles ya que están

adheridos a diversos componentes como: los factores intrínsecos, económicos, la calidad de atención durante la gestación, parto y puerperio. Aún existen interrogantes respecto a la hemorragia post parto, y es de destacar que los 2/3 de los casos ocurren en pacientes sin factores asociados, pero ese 1/3 restante se puede prevenir. (García Grijalva & Ramírez Orellana, 2020)

El estudio colaborativo de la Universidad de Tokio y el Hospital Nacional de la Mujer, realizado por Sasagawa y cols. Titulado “Hemorragia Postparto (H.P.P.) en el Hospital Nacional de la Mujer, en El Salvador, Abril – Junio, 2014” recopiló información sobre 870 partos vaginales; la definición internacional de hemorragia post parto como sangrado mayor de 500 c.c., bajo esta definición se encontraron en el estudio 264 que corresponde al 30.3% y de hemorragia post parto severa con un sangrado mayor de los 1000 c.c. se presentaron 43 casos que corresponde al 4.9%; además se estimó que la correlación entre la estimación visual y la medición directa fue apenas del 47%, siendo más notoria la diferencia entre mayor es el sangrado con subestimación visual de la hemorragia en algunos casos de hasta 1000 c.c. (Ministerio de Salud, 2015)

1.2 Formulación del problema.

¿Cuál es la frecuencia y los factores asociados de hemorragia post parto que requirieron histerectomía en el Hospital Nacional San Juan de Dios, en el periodo el 2022-2024?

1.3 Justificación.

La hemorragia postparto es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna. A pesar de los avances en la atención obstétrica, las complicaciones derivadas de esta condición siguen siendo una preocupación importante en la salud pública. Este estudio busca proporcionar información relevante sobre los factores de riesgo y las características clínicas de las

mujeres afectadas por esta condición, lo que permitirá desarrollar estrategias más efectivas de prevención y tratamiento en el contexto local del hospital. Además, contribuirá a la mejora de los protocolos clínicos y la capacitación del personal médico.

Los resultados que la investigación busca poseer la disposición de información actualizada del comportamiento de la histerectomía obstétrica por hemorragia post parto, como también futuros estudios que dispondrán un estudio de base que servirá como una guía de estructuración.

La utilidad del estudio se centra en que la investigación se realiza para identificar los factores de riesgo, y las características clínicas y epidemiológicas, así como considerar el comportamiento de los factores predisponentes para la hemorragia posparto como: el trabajo de parto prolongado, el uso de oxitocina durante el trabajo de parto, antecedentes de hemorragia posparto, embarazo múltiple, la macrosomía y la multiparidad, entre otros, los cuales generarían un conocimiento que sirve a las entidades de salud.

La trascendencia e innovación del estudio está relacionada con la prevención de mortalidad materna la cual es una de las principales problemáticas para las organizaciones y gobiernos a nivel mundial, puesto que la reducción de dicha mortalidad se establece como una meta dentro de la agenda de salud pública.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General.

Determinar la frecuencia y factores de las pacientes con hemorragia posparto que finalizan en histerectomía

1.4.2 Objetivo específicos.

1. Identificar el perfil epidemiológico asociado a hemorragia pos parto
2. Analizar la prevalencia de la hemorragia postparto.
3. Identificar la morbi-mortalidad asociada a hemorragia pos parto.

1.5 Delimitación.

1.5.1 Delimitación teórica.

Información relacionada a la histerectomía por hemorragia posparto.

1.5.2 Delimitación espacial.

Área de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel.

1.6 Alcances y limitaciones.

1.6.1 Alcances.

- La investigación busca generar conocimientos que sirvan en la actualización del contexto de la problemática.
- Mejorar el proceder médico para evitar complicaciones por hemorragia post parto que puede llevar a la mortalidad materna.
- Generar un estudio que sirva de entidades de salud como a futuros estudios.

1.6.2 Limitaciones.

- Debido a que la fuente de información es la revisión de la historia clínica, se depende de la precisión de los datos e información almacenada que se han plasmado en las historias clínicas.

2.0 MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco histórico.

La atonía uterina es una condición médica que se refiere a la falta de contracción del útero después del parto, lo que puede resultar en hemorragia posparto. Este trastorno ha sido reconocido desde tiempos antiguos, aunque su comprensión y tratamiento han evolucionado significativamente a lo largo de los siglos.

Antigüedad

En las civilizaciones antiguas, como la egipcia, griega y romana, los médicos ya habían observado las complicaciones asociadas con el parto. Sin embargo, el concepto de "atonía uterina" tal como lo conocemos hoy no existía. Los antiguos practicantes de la medicina probablemente describieron las hemorragias posparto sin una comprensión precisa de su causa, atribuyéndolas a desequilibrios en los humores o a otras nociones de la época.

Edad Media

Durante la Edad Media, el conocimiento sobre la fisiología del parto era limitado y estaba fuertemente influenciado por creencias religiosas y supersticiosas. No se disponía de una comprensión científica de la atonía uterina, aunque los problemas relacionados con la hemorragia

posparto eran conocidos. La intervención médica en el parto en este periodo era rudimentaria, y las hemorragias graves a menudo resultaban fatales debido a la falta de tratamientos eficaces.

Siglos XVIII y XIX: Primeros avances

Fue en el siglo XVIII cuando la medicina comenzó a hacer avances en la comprensión de la fisiología del parto. En 1747, William Smellie, un pionero de la obstetricia, documentó una serie de complicaciones posparto, incluida la hemorragia, y sugirió que la falta de contracción del útero podría ser una causa importante. Sin embargo, no fue hasta el siglo XIX cuando se identificaron y comprendieron de manera más clara las causas subyacentes de la atonía uterina.

Durante este tiempo, la práctica de la obstetricia empezó a profesionalizarse y a utilizar técnicas más efectivas, como la tracción del cordón umbilical y la administración de medicamentos. A pesar de estos avances, las hemorragias posparto seguían siendo una de las principales causas de muerte materna.

Siglo XX: Descubrimientos y tratamientos

En el siglo XX, con el desarrollo de la medicina moderna y la cirugía, se produjeron avances significativos en el tratamiento de la atonía uterina. En 1900, el uso de oxitocina, un fármaco que promueve las contracciones uterinas, marcó un hito importante en el tratamiento de la atonía uterina. A medida que la obstetricia y la anestesiología mejoraron, también lo hicieron las técnicas para controlar las hemorragias posparto.

En la década de 1940, se introdujeron nuevos métodos quirúrgicos, como el legrado uterino y la ligadura de arterias uterinas, para controlar las hemorragias graves. Además, el control

prenatal mejorado, el uso de antibióticos y el aumento de la seguridad en los partos ayudaron a reducir la mortalidad materna asociada con la atonía uterina.

Siglo XXI: Avances contemporáneos

En las últimas décadas, el tratamiento de la atonía uterina ha seguido mejorando gracias a la innovación en medicamentos y técnicas quirúrgicas. El uso de medicamentos como el misoprostol y la administración más controlada de oxitocina han permitido manejar mejor la atonía uterina en la práctica clínica. También se han desarrollado nuevas técnicas quirúrgicas, como la embolización de arterias uterinas, para tratar casos graves de hemorragia posparto.

Además, el monitoreo constante del bienestar materno durante el embarazo y el parto, junto con el avance en la formación de los profesionales de salud, ha reducido de manera significativa la mortalidad asociada con la atonía uterina.

2.2 Marco teórico.

La hemorragia posparto (HPP) es tradicionalmente definida como la pérdida de más de 500 ml de sangre tras el parto vaginal o más de 1000 ml después de una cesárea. La HPP se considera grave cuando la pérdida de sangre es superior a 1000 ml después del parto por vía vaginal o presenta los signos o síntomas de inestabilidad hemodinámica. La hemorragia posparto puede ser clasificada como primaria, la cual ocurre dentro de las 24 horas después del parto, o secundaria, que se produce de 24 horas a 12 semanas después del parto. La HPP primaria es más común que la HPP secundaria. (Ann Evensen, 2014).

Incluso con un manejo adecuado, aproximadamente el 5% de las pacientes obstétricas tendrán HPP y el 1% de los partos vaginales se traducirá en una HPP grave. La HPP es la causa número uno de mortalidad materna en los países en desarrollo y es la causa del 25% de

mortalidad materna a nivel mundial. Es una morbilidad materna común en países de altos recursos y tiene una tendencia ascendente. (Malvino, 2017).

2.2.1 Clasificación.

La HPP se puede clasificar como primaria o secundaria según el tiempo en el que se presente la misma:

- Primaria si ocurre en las primeras 24 horas después del parto (también conocida como temprana).
- Secundaria cuando ocurre después de las 24 horas hasta las 12 semanas luego del parto (conocida como tardía). (FLASOG, 2016)

2.2.3 Factores de riesgo para la hemorragia postparto.

Si bien algún factor de riesgo individual es identificado en el 40% de las hemorragias obstétricas graves, en general, ellos resultan pobres predictores para identificar quienes desarrollarán la enfermedad debido a su baja especificidad. A pesar de sus limitaciones, son los únicos elementos con que contamos en la actualidad para generar un estado de alarma preventivo. En pacientes con bajo riesgo, la hemorragia surgirá de manera imprevista, por lo tanto, todos los recursos para la atención de esta emergencia deberán estar disponibles de inmediato. Esta circunstancia surgió en 0,8% de los casos, en comparación con aquellas gestantes que reunían criterios de alto riesgo y en las que la hemorragia las afectó en un porcentaje del 7,3%.

De todos los factores consignados, solo algunos pocos exhiben un odds ratio mayor de 4: desprendimiento placentario sospechado o confirmado, placenta previa demostrada, gestación

múltiple y preeclampsia sumo dentro de este subgrupo a la laceración cervical y a la ruptura uterina.

Es conocida la relación entre el riesgo de padecer una hemorragia obstétrica grave y la edad materna mayor de 35 años. En EEUU se observó mayor riesgo de muerte por hemorragia en el grupo etario 40-49 años. Se observó una relación significativa entre la posibilidad de desarrollar una placenta previa y la edad materna avanzada o la multiparidad. Otros autores determinaron que la probabilidad de sangrado obstétrico durante el tercer trimestre de gestación se incrementa aproximadamente 70% cuando el periodo entre gestaciones fue inferior a seis meses. En otro trabajo, los mismos autores también demostraron mayor riesgo de hemorragia postparto en embarazadas adolescentes. El parto prolongado en su segundo y tercer estadio y la carencia de oxitócicos luego del parto se vincularon con aumento de la hemorragia.

La frecuencia de hemorragias obstétricas superiores a 1.500 ml resulta mayor con la operación cesárea de urgencia que con la misma cirugía programada: 3,2% versus 1,9%. La extensión de la incisión de una histerotomía aumenta el sangrado comparado con la utilización de un método romo. La remoción manual de la placenta incrementa el sangrado con respecto al alumbramiento espontáneo si bien otros autores no avalan esta afirmación cuando el procedimiento es ejecutado durante la cesárea.

La anestesia regional durante la operación cesárea se vinculó con menor pérdida sanguínea en comparación con la anestesia general. En el momento de tomar decisiones, se tendrá presente que, durante la cesárea-histerectomía programada el monto de la hemorragia fue 2.100 ml y aumentó a 4.200 ml cuando se efectuó con carácter de urgencia.

Cuando la hipertensión gestacional o la preeclampsia leve aparecen, el riesgo de hemorragia posparto aumenta; 10,4% sufren sangrado grave. (Malvino, 2017).

Factores de Riesgo ante parto:

- ° Historial de la HPP (10% estimado de reincidencia 1 con partos posteriores)
- ° Nuliparidad
- ° Gran multiparidad (>5 partos)
- ° Coagulopatía congénita o adquirida y el uso de medicamentos como la aspirina o la

heparina

- ° Placentación anormal
- ° Edad >30 años
- ° Anemia
- ° Sobre distensión del útero - Gestación múltiple - Polihidramnios - Macrosomía fetal

Factores de Riesgo de parto:

- ° Parto prolongado (Primera, segunda y/o tercera etapa)
- ° La preeclampsia y otros trastornos relacionados
- ° Muerte fetal
- ° Inducción o conducción de trabajo de parto
- ° El uso de sulfato de magnesio
- ° Corioamnionitis

Las intervenciones quirúrgicas:

- ° Parto vaginal operatorio
- ° Cesárea
- ° Episiotomía

2.2.4 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:

- a) Histerectomía post parto abdominal: 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.

Indicaciones:

Se dividen en indicaciones de urgencia o electivas.

1. De urgencia: en el transcurso de una cesárea y una vez extraído el feto es necesario la histerectomía para solucionar un problema grave. Suele ser total, aunque en algunos casos, por la urgencia del cuadro, puede ser subtotal:

- Rotura uterina de difícil reparación.
- Hemorragia incoercible.
- Prolongación de la incisión histerotomía hasta los vasos uterinos.
- Útero de Couvelaire en abrupcio de placenta.
- Acretismo placentario.

2. Electivas: son las que se plantean antes de la intervención.

- Carcinoma de cérvix.
- Otros carcinomas genitales.
- Mioma uterino.
- Afección uterina no tumoral (adherencias inflamatorias, prolapso uterino)
- Algunos casos de corioamnionitis grave.

b) Histerectomía postparto vaginal: 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 aceta 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.

2.2.5 Clasificación de la Histerectomía.

- La histerectomía parcial (o supra cervical) es la extirpación de sólo la parte superior del útero. El cuello uterino se deja en su lugar.
- La histerectomía total es la extirpación total del útero y del cuello Uterino.
- La 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.

2.2.6 Causas más frecuentes de Histerectomía Obstétrica.

- Atonía uterina

Es responsable del 80% 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. 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.

- Retención de placenta

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

- 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 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 de acretismo:

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.

Por su extensión se reconocen tres tipos:

- Focal: solo involucra pequeñas áreas de la placenta.
- Parcial: uno o más cotiledones se involucran en el proceso.
- 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

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:

- o Primer Grado: inversión incompleta, el fondo uterino llega al orificio cervical sin sobrepasarlo,
- o Segundo Grado: llega a orificio cervical y a vagina,
- o 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.

- 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.

- 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.

- Inversión uterina

Una causa infrecuente de sangrado es la inversión uterina, observada en casos de implantación fúndica de la placenta, favorecida por el brusco aumento de la presión intra abdominal, excesiva tracción del cordón y con la maniobra de Crede. De acuerdo con su gravedad, podrá ser parcial, diagnosticada por examen vaginal, o total con exposición del útero hacia el exterior. Causa hemorragia profusa en 65-94% de los casos, dolor y shock.

Con relajación uterina (terbutalina 0,25 mg en bolo IV, magnesio 2 gramos en 10 minutos o halotano) y maniobras manuales a través de la vagina, se efectúa la reposición del órgano y luego se administran oxitócicos.

Como último recurso se recurrirá a la cirugía, solo en aquellos casos en los que, con las medidas anteriores no se obtuvo resultado; la hemorragia persistente impone acortar los tiempos para resolver con rapidez el problema. Una incisión en el cuello, realizada por vía vaginal podrá liberar el útero parcialmente invertido y facilitar las maniobras. A medida que el tiempo transcurre el reposicionamiento uterino resultará más dificultoso, debido al edema uterino y la contractura del anillo cervical. Una inversión parcial que pasa inadvertida podrá conducir a la necrosis uterina, y la histerectomía resultará inevitable. Esta patología requiere de antibióticos en el postoperatorio.

- Hematoma del ligamento ancho

Los hematomas en los ligamentos anchos se asocian con las operaciones cesáreas cuando hubo lesión inadvertida de vasos uterinos, y luego del trabajo de parto debido a la ruptura uterina, más probable de ocurrir con cicatriz previa. También se refirió algún caso como consecuencia del desgarro de plexo venoso para-uterino durante el parto. Frank Netter Se mencionó su presencia como complicación de una histerectomía postparto, y de aparición espontánea en el curso del embarazo debido a la ruptura de vasos uterinos u ováricos (Torres 2010). Durante el embarazo las

venas ováricas y uterinas adquieren importantes dimensiones, similar a dilataciones varicosas con aumento considerable de la circulación e incrementó los valores de presión habitual. A estos hallazgos debemos sumar la fragilidad de sus paredes que las hacen más vulnerables al desgarro en la medida que la gestación progresa. Trascurren en la cara lateral del útero, intraligamentarias o sobre su superficie, pudiendo en este último caso causar hemoperitoneo. Se manifiesta con dolor permanente, elevación del fondo uterino, y presencia de una masa lateral al mismo. El volumen del hematoma puede conducir al shock hipovolémico. La ecografía informa la presencia de una colección para-uterina. El abordaje del hematoma se efectuará mediante laparotomía, previa embolización o ligadura de las arterias uterinas y útero-ováricas. (Malvino, 2017).

Los hematomas en los ligamentos anchos se asocian con las operaciones cesáreas cuando hubo lesión inadvertida de vasos uterinos, y luego del trabajo de parto debido a la ruptura uterina, más probable de ocurrir con cicatriz previa. También se refirió algún caso como consecuencia del desgarro de plexo venoso para-uterino durante el parto. Se mencionó su presencia como complicación de una histerectomía postparto, y de aparición espontánea en el curso del embarazo debido a la ruptura de vasos uterinos u ovárico.

Se manifiesta con dolor permanente, elevación del fondo uterino, y presencia de una masa lateral al mismo. El volumen del hematoma puede conducir al shock hipovolémico. La ecografía informa la presencia de una colección para-uterina. El abordaje del hematoma se efectuará mediante laparotomía, previa embolización o ligadura de las arterias uterinas y útero-ováricas, e histerectomía. (Malvino, 2017).

2.3 Marco conceptual.

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

Antecedentes de hemorragia pos parto: Que la mujer haya presentado anteriormente un antecedente de hemorragia después de un parto.

Características socio-demográficas: características que posee en relación al sexo, edad, nacionalidad, procedencia, profesión, situación laboral, nivel educativo, estado civil.

Cesárea previa: Tener antecedentes que se le haya practicado cesárea de forma previa.

Corioamnionitis: Es una infección de la placenta y del líquido amniótico. Se presenta con más frecuencia cuando el saco amniótico ha estado roto por mucho tiempo antes del nacimiento. El síntoma principal es la fiebre.

Desprendimiento prematuro de la placenta: También llamado separación de la placenta; es cuando esta se separa de la pared interna del útero antes de que nazca el bebé

Embarazo múltiple: Significa que una mujer tiene dos o más bebés en el útero. Un embarazo de gemelos o más se considera de alto riesgo.

Factores obstétricos: Son características relacionadas al embarazo, parto y puerperio.

Hemorragia posparto: Es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave, cuyo sangrado si es Vaginal es Mayor de 500 CC y si el parto fue Cesárea que sea mayor de 1000 CC.

Histerectomía obstétrica: Resección parcial o total del útero, realizada generalmente de emergencia por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, o por complicación de una enfermedad preexistente.

Legrados uterinos previos: Es la presencia de antecedentes de legrado uterino o legrado ginecológico la cual es una intervención quirúrgica que consiste en el raspado de las paredes del interior del útero

Macrosomía fetal: Se utiliza para describir a un recién nacido que es mucho más grande que el promedio. Un bebé al que se le diagnostica macrosomía fetal pesa más de 8 libras con 13 onzas (4000 gramos), independientemente de su edad gestacional.

Paridad: Es el número de partos después de las 20 semanas. Un embarazo múltiple se cuenta como uno en términos de número de embarazos y paridad.

Placenta previa: Es un problema del embarazo en el cual la placenta crece en la parte más baja de la matriz (útero) y cubre toda la abertura hacia el cuello uterino o una parte de esta.

Polihidramnios: Es una afección que se presenta cuando se acumula demasiado líquido amniótico durante el embarazo.

Preeclampsia: Es la presión arterial alta y signos de daño hepático o renal que ocurren en las mujeres después de la semana 20 de embarazo.

Trabajo de parto prolongado: Es una dilatación cervical o un descenso fetal anormalmente lentos durante el trabajo de parto. El diagnóstico es clínico

Útero de couvelaire: Es un cuadro clínico excepcional en la Obstetricia moderna que consiste en un estado de infiltración hemática del miometrio uterino debido a la formación de un

hematoma retroplacentario masivo que no encuentra salida hacia la cavidad vaginal por vía cervical.

2.4 Marco empírico.

Actualmente, se estima que la prevalencia es de 5%, sin embargo, en los últimos años su incidencia ha aumentado debido a la manipulación médica del trabajo de parto, el uso indiscriminado del parto por cesárea, la dificultad para la correcta identificación de factores de riesgo y el incremento en los casos de atonía uterina. (Rivera Fumero, 2020)

Las muertes maternas constituyen un indicador de salud y de desarrollo de los países en general, por lo tanto, disminuir este indicador es un objetivo muy importante en las políticas de salud, además este es considerado como una problemática de grandes connotaciones tanto de salud pública como social por la mortalidad que esta puede conllevar. Cuando ocurre la hemorragia, el médico se encuentra ante un gran problema, mayormente si la paciente es joven y tiene baja paridad, ya que en estas situaciones es primordial salvarle la vida, optando la medida quirúrgica que es la histerectomía.

2.6 Operacionalización de variables.

Variable	Concepto	Indicadores	Pregunta	Escala
Características socio-demográficas	Elementos socio demográficos que poseen las usuarias con histerectomía posterior a un evento obstétrico que hayan presentado hemorragia post parto.	Edad.	Edad de la usuaria	12 a 18 años 19 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años

		Procedencia	Procedencia de la usuaria:	Rural Urbano
Factores obstétricos.	Elementos o características obstétricas que generan un riesgo para presentar hemorragia post parto.	Factores antes del parto.	La paciente presento algún factor antes del parto:	Preeclampsia. Antecedentes de hemorragia pos parto. Paridad. Cirugía uterina previa. Tabaquismo.

			La paciente presento algún factor en el momento del parto.	Legrados uterinos previos. Trabajo de parto prolongado. Uso de oxitocina durante el parto. Embarazo múltiple. Macrosomía fetal. Polihidramnios. Corioamnionitis Placenta previa. Desprendimiento prematuro de
--	--	--	------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>la placenta.</p> <p>Acretismo placentario.</p> <p>Útero de Couvalier</p>
<p>Evolución clínica</p>	<p>Progresión de estado de salud de la paciente.</p>	<p>Cantidad de sangrado.</p> <p>Complicaciones.</p>	<p>Cuál fue el volumen de sangrado.</p> <p>Se presentó alguna complicación:</p>	<p>Vaginal: Mayor de 500 CC.</p> <p>Cesárea: Mayor de 1000 CC.</p> <p>Infecciones de cúpula vaginal.</p> <p>Infecciones de herida operatoria.</p> <p>Coagulopatía de consumo.</p> <p>Lesión de vías urinarias.</p>

		Ingreso a UCI		Lesión vascular.
		Estado de alta	Se ingresó la paciente a UCI:	Reintervención quirúrgica.
				Anemia severa
				Si
				No
			Cuál fue el estado de alta de la usuaria.	Viva
				Muerta.
				Referencia.

4.0 Metodología.

4.1 Población y muestra.

4.1.1 Población

La población estará constituida por todos los casos de histerectomía posterior a un evento obstétrico que haya presentado hemorragia posparto entre el periodo de enero del 2022 a diciembre del 2024 al Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel.

AÑO	TOTAL DE PARTOS	HPP	HISTERECTOMI AS
2022	5,365	59	8
2023	5,125	44	18
2024	4,550	34	19

4.1.2 Muestra.

Debido a que el número de pacientes no supera el valor de 100, es decir es un número reducido, se estudiarán el total de la población descrita, con histerectomía posterior a un evento obstétrico que haya presentado hemorragia pos parto.

4.2.3 Criterios de selección de muestra.

3.2.3.1 Criterios de inclusión.

- Mujeres que se les realizó histerectomía posterior a un evento obstétrico por hemorragia post parto.
- Mujeres mayores de 12 años.
- Mujeres que hayan consultado al centro hospitalario en el periodo 2022-2024

3.2.3.2 Criterios de exclusión.

- Historial médico este incompleto.
- Expedientes extraviados.
- Pacientes que se hayan referido a otro centro hospitalario en donde se realizó histerectomías.

5.0 DISEÑO DE ESTUDIO.

5.1 Tipo de estudio.

Estudio descriptivo: La investigación describirá las características y factores que presentaron las mujeres que se les realizó histerectomía obstétrica por hemorragia post parto.

Estudio transversal: La recolección de información se realizará en un tiempo único.

Estudio retrospectivo: Los casos que integrarán el estudio son de 2022-2024, es decir son de tiempo pasado.

5.2 Métodos de recolección.

La revisión de expediente clínico iniciara con la selección de las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión en búsqueda de información que permita realizar el estudio

Posteriormente la búsqueda de información se realizará por la revisión de cada uno de los expedientes de las pacientes que integraran el estudio, auxiliándose de la lista de revisión de expedientes clínicos.

5.3 Técnicas de recolección.

Revisión de expedientes clínicos: La fuente de información serán los expedientes clínicos de las pacientes que se les realizo histerectomía posterior a un evento obstétrico que haya presentado hemorragia post parto.

.5.4 Instrumentos.

Lista de cotejo: Esta se utilizará para la recolección de información, integrada por 11 ítems, clasificados en 3 categorías, del ítems 1 al 5 corresponde a las características socio-demográficas, del ítems 6 al 7 corresponde los factores obstétricos, del ítems 8 al 11 a la parte de evolución de la paciente, es de autoría propia de los integrantes que será aplicado por los investigadores a los expedientes clínicos, la revisión será manual presencial.

5.5 Procedimientos.

Estructuración del protocolo de investigación: Se fundamenta la investigación con la búsqueda de información relacionada a la problemática, y determinar las bases de orientación del estudio.

Presentación del protocolo al Comité de ética de investigación (CEI) del Hospital Nacional San Juan de Dios; dicha entidad determinara la aprobación del estudio para la recolección de información.

Para validación del instrumento se realizará la revisión por expertos; este será el método que se utilizará para validación del instrumento, por lo que 3 ginecólogos obstetras, que con su experiencia determinaran la elaboración del mismo

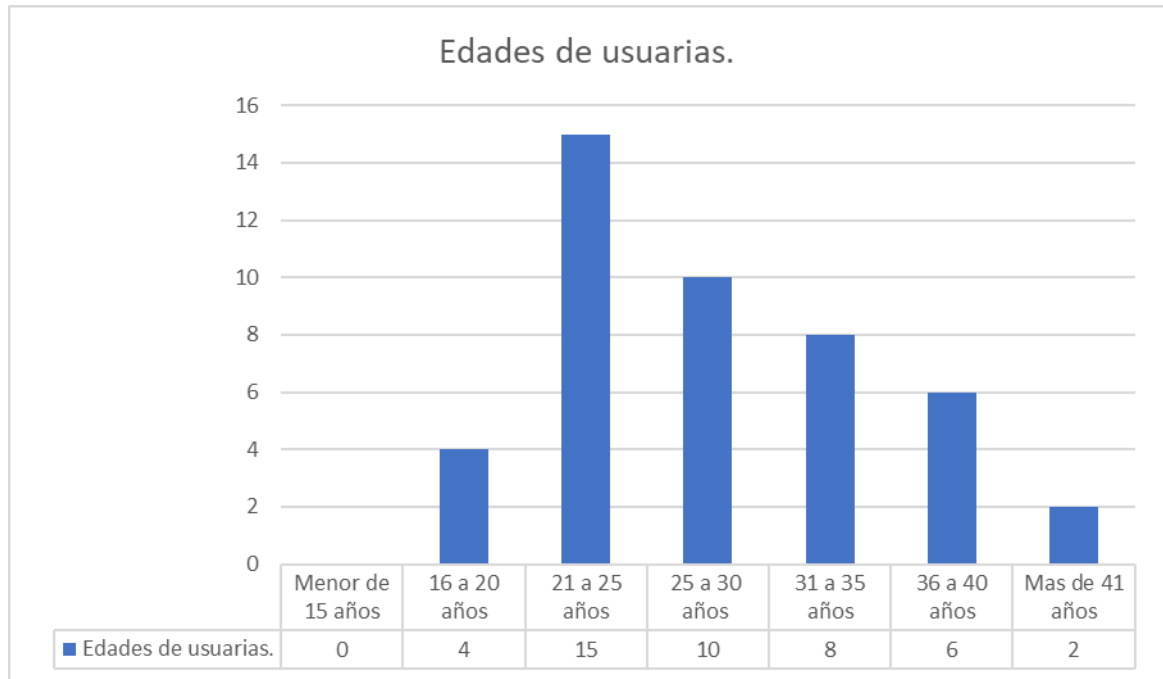
5.6 Análisis de datos.

Una vez que los datos sean recolectados por la lista de chequeo, las respuestas serán agrupadas por similitud de respuesta para determinar las frecuencias absolutas presentadas en cada una de las interrogantes, estos datos serán vaciados en una base de datos del sistema Microsoft de Excel de licencia de office 365.

Posteriormente se realizarán tablas y graficas exportados en el sistema de Microsoft Word para realización de análisis e interpretación de los resultados.

RESULTADOS.

1.

**Análisis**

El grupo de 21 a 25 años representa la mayor frecuencia (15 casos).

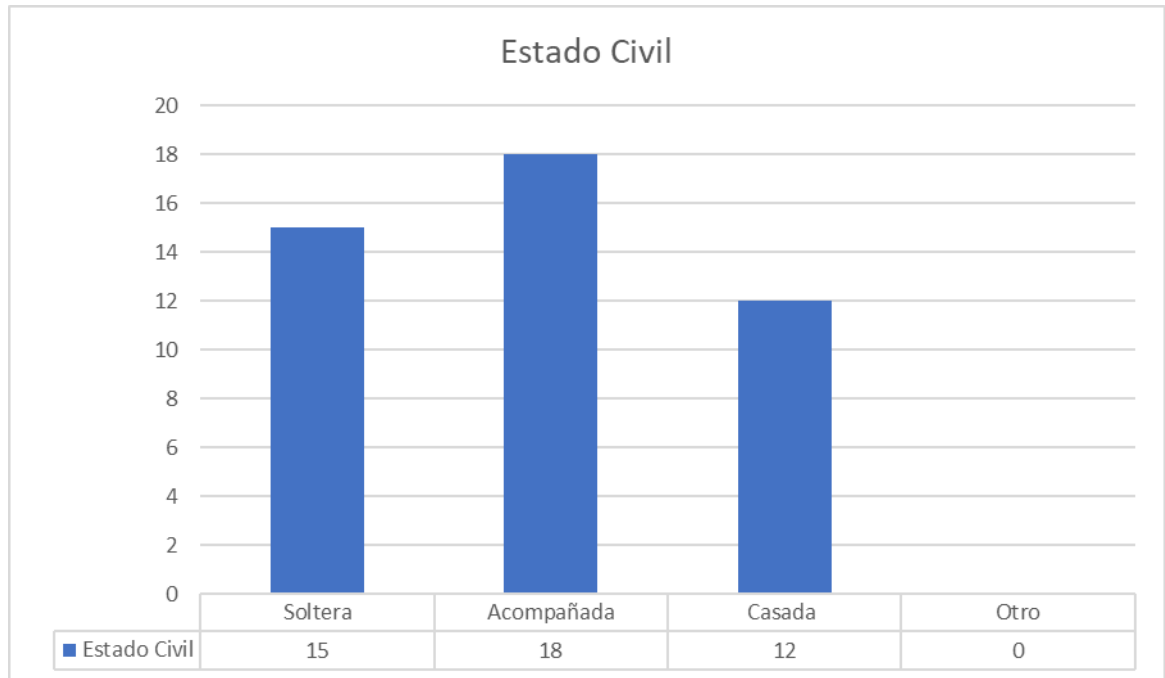
Los rangos de edad entre 21 y 30 años agrupan la mayoría de los casos (25 casos).

Los extremos de la edad reproductiva (16-20 años y más de 36 años) representan una proporción menor de casos absolutos (12 casos en total).

Interpretación

La histerectomía por HPP se concentra en pacientes en su etapa de mayor actividad reproductiva (21-30 años), lo que puede reflejar el mayor número de partos en general en este grupo. Aunque la edad avanzada (mayor a 35 años) es un factor de riesgo conocido para la HPP, en términos de prevalencia absoluta en esta muestra, los adultos jóvenes son los más afectados. Esto subraya la necesidad de estandarizar la prevención y el manejo de HPP en todas las edades fértiles.

2.

**Análisis**

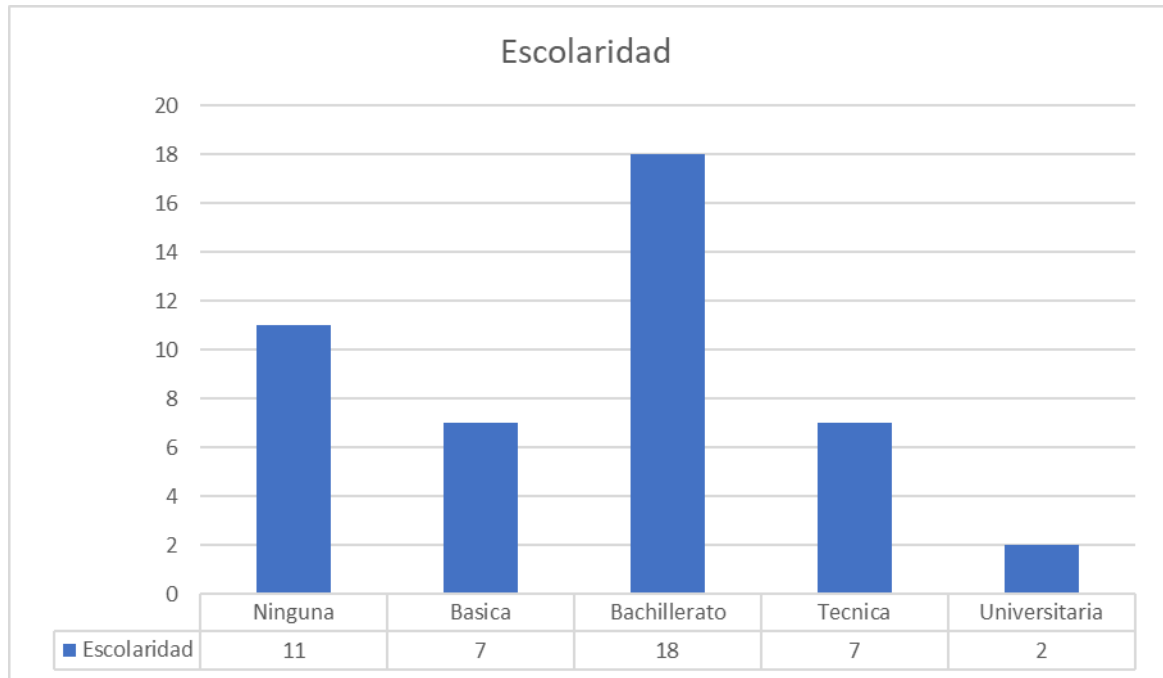
La mayoría de las pacientes están en la categoría Acompañada (18 casos), seguida de cerca por Soltera (15 casos).

Las pacientes Casadas son el grupo menos numeroso (12 casos).

Interpretación

La condición de estar Acompañada o Soltera concentra la mayoría de los casos. Si bien el estado civil no es un factor de riesgo biológico, la calidad del apoyo social y familiar puede influir en la búsqueda de atención médica oportuna y en la recuperación postquirúrgica, aunque esta variable no ofrece una fuerte conexión causal directa con el desarrollo de la HPP grave.

3.

**Análisis**

El nivel educativo predominante es el Bachillerato (18 casos).

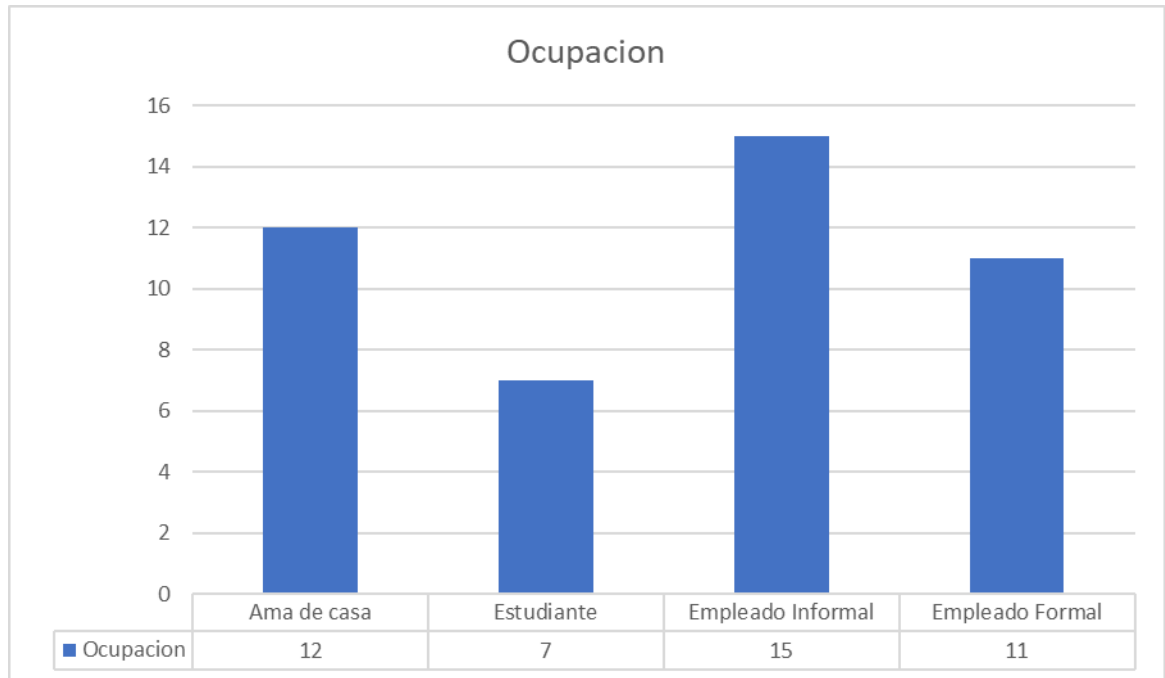
Un número significativo de pacientes reporta Ninguna escolaridad (11 casos), siendo el segundo grupo más grande.

La baja escolaridad (Básica o Ninguna: 18 casos) y la media (Bachillerato: 18 casos) representan la gran mayoría de la muestra.

Interpretación

Un bajo nivel educativo se asocia a menudo con peores resultados de salud materno-infantil. Esto puede influir en la adherencia al control prenatal, la comprensión de los signos de alarma y los riesgos asociados, lo que potencialmente retrasa la presentación o el manejo efectivo de la HPP. El nivel educativo bajo o medio predomina fuertemente en esta población.

4.

**Análisis**

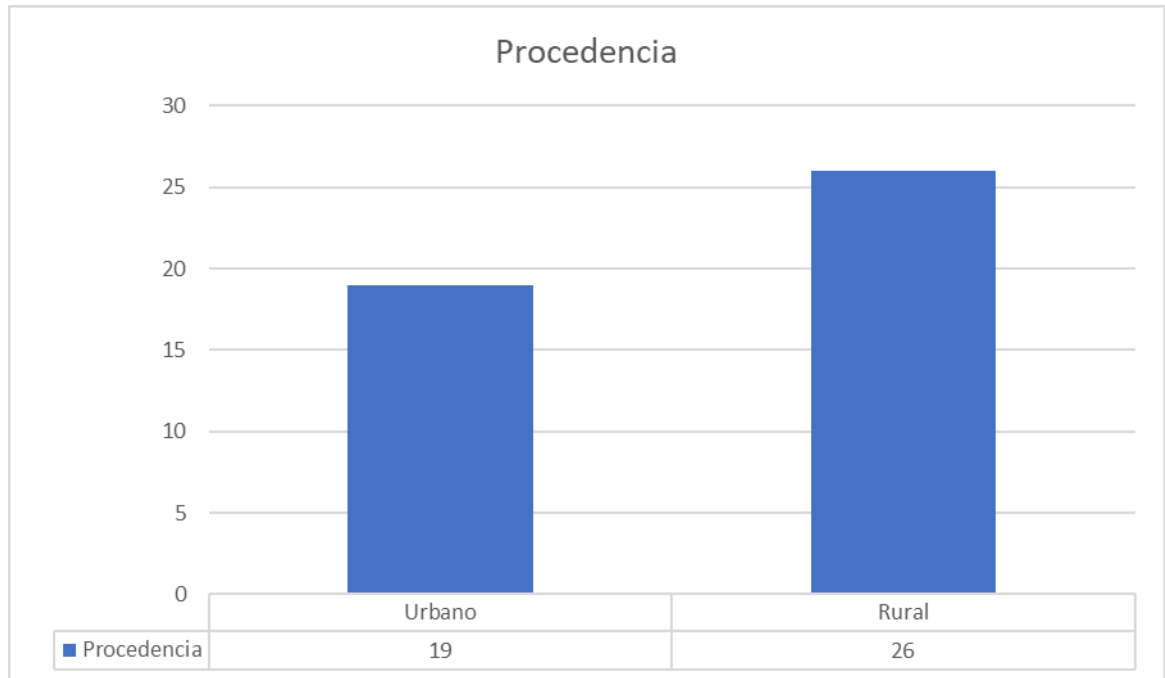
La ocupación más común es Empleado Informal (15 casos), seguida de Ama de casa (12 casos).

Las pacientes con empleos formales (11 casos) y estudiantes (7 casos) representan grupos minoritarios.

Interpretación

La predominancia de ocupaciones en el sector informal y el hogar sugiere que las pacientes pueden enfrentar inestabilidad económica lo que podría impactar negativamente en la calidad o continuidad de su atención prenatal y posterior manejo hospitalario. El bajo nivel socioeconómico es un factor indirecto que puede exacerbar el riesgo de complicaciones.

5.

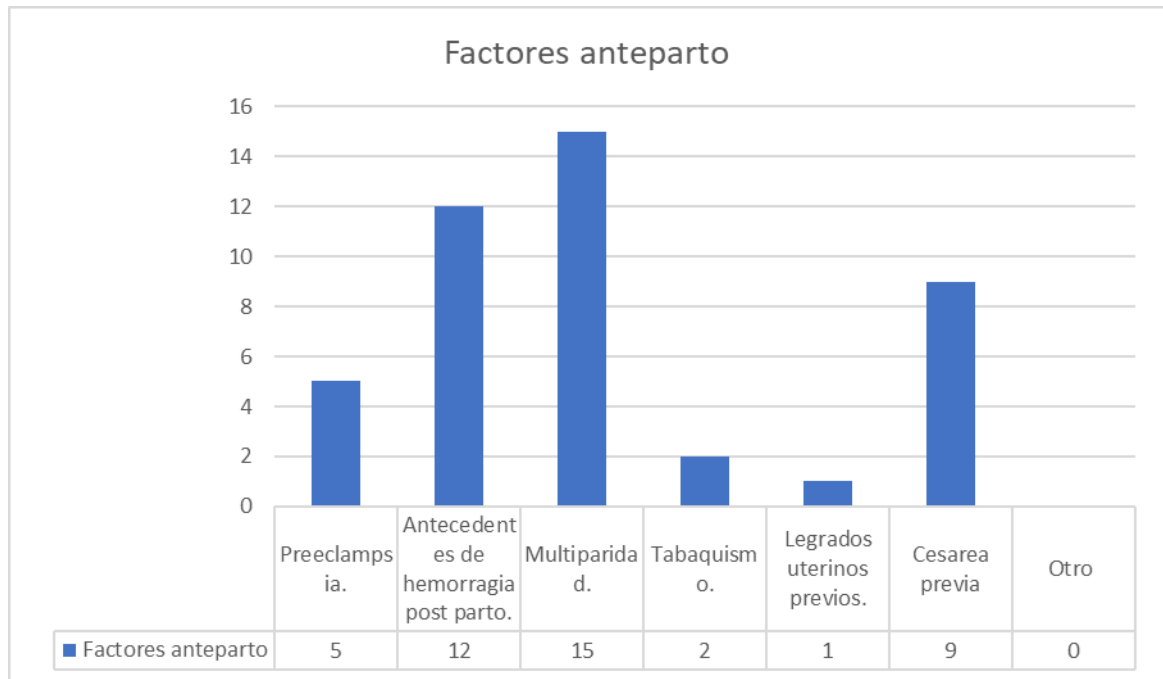
**Análisis**

La mayoría de las pacientes provienen del área Rural (26 casos). Las pacientes de procedencia rural superan a las de procedencia urbana en un 37% aproximadamente.

Interpretación

Este hallazgo sugiere una posible disparidad en el acceso a la atención médica obstétrica o a los servicios de emergencia entre las áreas geográficas. Las pacientes rurales podrían experimentar retrasos en la búsqueda de atención, el transporte o la referencia a un centro especializado, lo que permite que una HPP progrese a un estado de mayor gravedad y requiera una intervención radical como la histerectomía. Este es un factor clave en salud.

6.

**Análisis**

Los tres factores de riesgo más importantes son la Multiparidad (15 casos), los Antecedentes de hemorragia post parto (12 casos) y la Cesárea previa (9 casos). Estos tres factores suman un total de 36 casos, indicando que están presentes en más del 80% de la muestra.

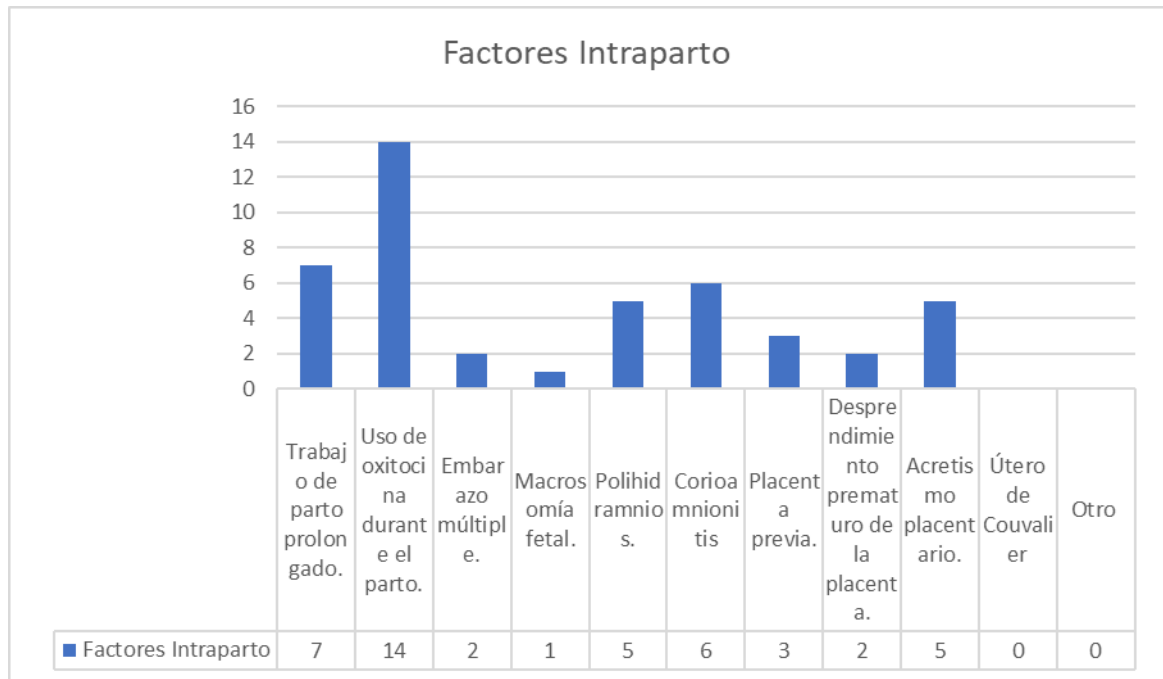
Interpretación

Este gráfico identifica los principales factores de riesgo para una HPP que requiere histerectomía.

La Multiparidad y los Antecedentes de HPP sugieren una predisposición a la atonía uterina.

La Cesárea previa es el factor de riesgo más importante para la Placenta Anormalmente Adherida (Acretismo), una causa común de histerectomía de emergencia. El manejo de estas pacientes debe ser de alto riesgo desde el control prenatal.

7.

**Análisis**

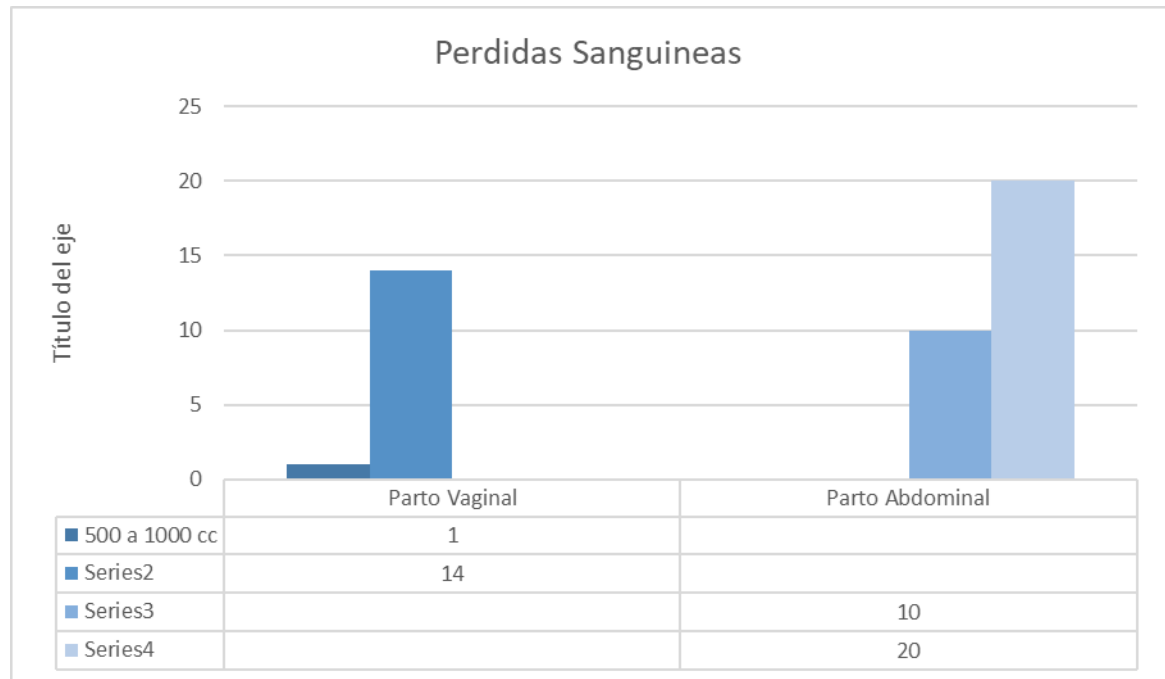
El factor más frecuente es el Uso de oxitocina durante el parto (13 casos), seguido del Trabajo de parto prolongado (7 casos) y la Corioamnionitis (6 casos).

Factores directamente relacionados con la placenta, como el Acretismo placentario (5 casos), están presentes en una proporción significativa.

Interpretación

Los factores Uso de oxitocina y Trabajo de parto prolongado son desencadenantes comunes de atonía uterina (el útero se agota y no se contrae). La presencia de Acretismo placentario (5 casos) refuerza la inferencia de que la cesárea previa fue un factor de riesgo importante, ya que el acretismo a menudo obliga a la histerectomía para controlar el sangrado. La Corioamnionitis (infección) también puede predisponer a la atonía uterina.

8.

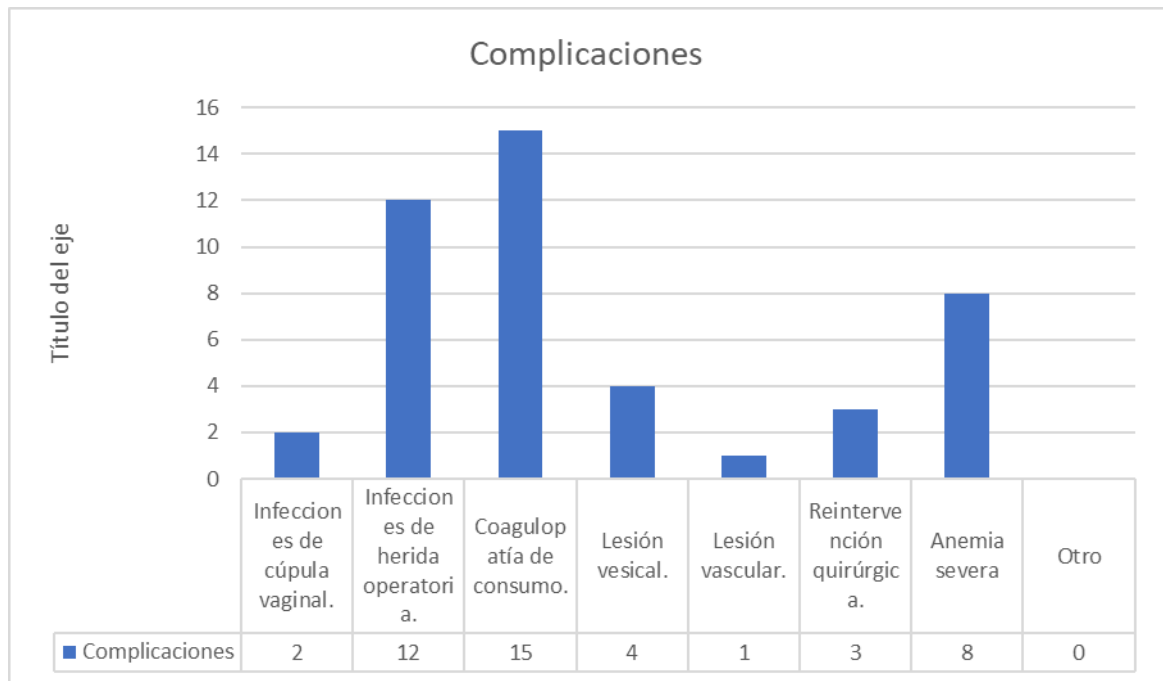
**Análisis**

La mayoría de las histerectomías (30 casos) se realizaron después de un Parto Abdominal (Cesárea). En ambos tipos de parto, las Pérdidas Sanguíneas Mayores (1000 cc) son la indicación dominante, especialmente en el parto abdominal (20 casos). Solo 11 casos ocurrieron con pérdidas de 500 a 1000 cc.

Interpretación

La clara preponderancia del Parto Abdominal como vía del parto anterior a la histerectomía (30 de 45 casos) apoya fuertemente la hipótesis de que las anomalías de la placentación (como la placenta previa o el acretismo) en un útero con cicatriz previa son la causa principal de la HPP incontrolable en esta cohorte. Además, el hecho de que la mayoría de los casos tuvieran pérdidas sanguíneas masivas (1000 cc) confirma que la histerectomía se reservó para casos de Hemorragia Posparto Grave y Choque Hipovolémico.

9.

**Análisis**

La Coagulopatía de consumo es la complicación más frecuente (15 casos).

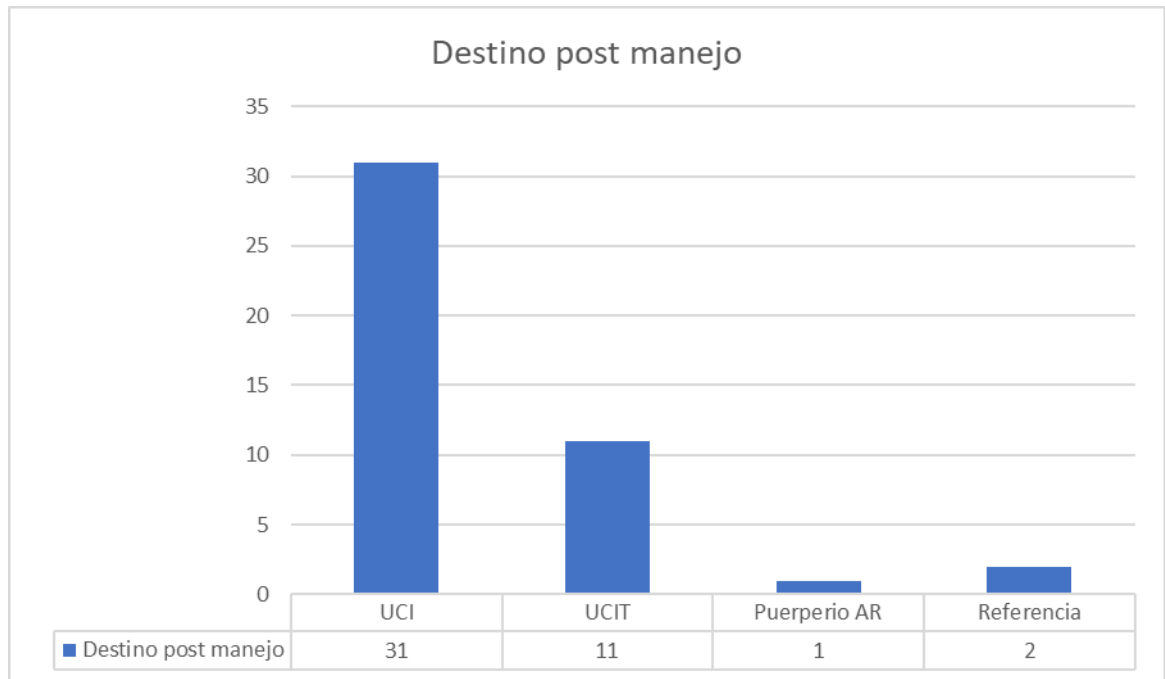
Le sigue la Infección de herida operatoria (12 casos) y la Anemia severa (8 casos).

Las lesiones quirúrgicas directas (Lesión vesical, Lesión vascular) y la Reintervención son menos comunes.

Interpretación

La Coagulopatía de consumo es una manifestación directa de la masividad del sangrado y el fracaso de los mecanismos de coagulación frente al consumo de factores. Su alta frecuencia (15 casos) confirma que la población estudiada experimentó un choque hipovolémico y una hemorragia potencialmente mortal. La Infección de herida operatoria es una complicación postquirúrgica común en cirugías de emergencia, prolongadas y contaminadas, realizadas en pacientes inestables y con múltiples transfusiones.

10.

**Análisis**

La inmensa mayoría de las pacientes fue transferida a la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) (31 casos).

El resto fue a la UCIT (Unidad de Cuidados Intermedios) (11 casos), con muy pocos casos en Puerperio de Alto Riesgo o referidas.

Interpretación

La necesidad de ingreso a UCI en la gran mayoría de los casos (31/45) es la prueba más contundente del estado crítico y el riesgo vital que presentaban estas pacientes tras la histerectomía. Esta intervención se realiza típicamente cuando hay inestabilidad hemodinámica grave, ventilación mecánica o necesidad de drogas vasoactivas, lo que valida la severidad de la HPP manejada.

11.

**Análisis**

Cero pacientes egresaron con el estado Muerta.

La gran mayoría (43 casos) egresaron Vivas.

Interpretación

Este es el hallazgo más importante en términos de resultados de calidad de atención: la histerectomía de emergencia, junto con el manejo en UCI (como se vio en el gráfico anterior), fue una medida exitosa y salvadora de vidas. La tasa de mortalidad del 0% en una muestra de pacientes que requirieron una intervención tan radical por HPP masiva indica un manejo clínico y quirúrgico de alta competencia y eficacia en el centro donde se realizó el estudio.

06. DISCUSIÓN

La necesidad de una histerectomía obstétrica es el indicador más grave de una Hemorragia Posparto (HPP) incontrolable, representando un fracaso en el manejo conservador de la paciente. Los resultados obtenidos en este estudio, que se analizan 45 casos, no solo confirman factores de riesgo conocidos, sino que también iluminan patrones sociodemográficos y la eficacia crítica de la respuesta clínica.

1. El Impacto de la Vulnerabilidad Socioeconómica en la HPP Grave

El análisis de las características demográficas reveló que las pacientes que requirieron histerectomía no se concentraron únicamente en grupos de riesgo biológico (como la edad materna avanzada), sino que mostraron un perfil asociado a la vulnerabilidad socioeconómica.

- **Disparidad Geográfica y Acceso:** La abrumadora mayoría de los casos proviene del área Rural (58%). Esta prevalencia sugiere fuertemente un problema de retraso en la referencia o el transporte de las pacientes con HPP a un centro de tercer nivel. Para una condición dependiente del tiempo como la hemorragia, cada hora de retraso puede significar la diferencia entre un manejo conservador y una histerectomía de emergencia.
- **Educación y Ocupación:** El nivel educativo bajo y medio (Bachillerato e inferior) y la ocupación en el sector informal o como amas de casa predominan. Estos factores suelen correlacionarse con una menor adherencia al control prenatal, menor capacidad para identificar signos de alarma y menor empoderamiento para demandar atención oportuna, lo que exacerba el riesgo de complicaciones.

Estos hallazgos sugieren que las intervenciones para reducir la histerectomía por HPP no deben ser solo clínicas, enfocándose en mejorar la red de referencia y el control prenatal en áreas rurales y poblaciones de bajos recursos.

2. Etiología: La Doble Carga del Útero y la Placenta

La distribución de los factores de riesgo ante parto e intraparto indica que la histerectomía es el resultado de dos etiologías principales, actuando a veces de forma sinérgica:

- **Predominio de Parto Abdominal y Acretismo Placentario:** La Cesárea previa (9 casos) y el Acretismo placentario (5 casos) se alinean con el hecho de que el Parto Abdominal fue la vía de parto anterior en el 66% de los casos. Esto subraya que la Placenta Anormalmente Adherida en el contexto de un útero cicatrizado es una de las principales indicaciones de histerectomía de emergencia. La presencia que requiere cirugía radical para su control, es un hallazgo central de la morbilidad materna severa.
- **Atonía Uterina por Sobre distensión y Fatiga:** La alta frecuencia de Multiparidad (15 casos), Trabajo de parto prolongado (7 casos) y el Uso de Oxitocina (13 casos) son factores clásicos que predisponen al útero a la atonía. En estos casos, la histerectomía se realiza tras el fracaso de las medidas médicas, mecánicas y quirúrgicas conservadoras (suturas compresivas o ligaduras vasculares).

3. La Histerectomía como Medida de Salvamento: Gravedad Extrema y Éxito

Los resultados post-manejo demuestran la gravedad intrínseca de la condición y la efectividad del sistema de atención.

- Condición Crítica Universal: La transferencia a la UCI en casi el 70% de las pacientes y la alta incidencia de Coagulopatía de consumo (33%) confirman que la histerectomía se reservó para pacientes en choque hipovolémico severo y Coagulación Intravascular Diseminada (CID). La Coagulopatía de consumo no es solo una complicación, sino una manifestación de la hemorragia masiva que precipitó la cirugía.
- Eficacia de la Intervención: El resultado más alentador es la tasa de mortalidad del 0%. A pesar de manejar la forma más letal de la HPP (que llevó a coagulopatía y UCI), la decisión y ejecución oportuna de la histerectomía como último recurso, respaldada por la infraestructura de cuidados intensivos, fue la clave para la supervivencia de todas las pacientes. Este resultado es un testimonio de la alta calidad del manejo de emergencia obstétrica en el centro estudiado.

En resumen, los hallazgos refuerzan que la histerectomía por HPP no es solo una medida quirúrgica, sino el punto final de una cascada de eventos donde factores socioeconómicos, riesgos obstétricos y la respuesta clínica se conjugan, siendo en este caso, una respuesta exitosa en términos de preservación de la vida materna.

07. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

Las siguientes conclusiones se derivan del análisis de los factores sociodemográficos, de riesgo clínico y los resultados del manejo de pacientes que requirieron histerectomía obstétrica por Hemorragia Posparto (HPP):

1. La Morbimortalidad Materna fue controlada de manera efectiva. A pesar de que la histerectomía se reservó para casos de HPP de gravedad extrema (evidenciada por la alta prevalencia de Coagulopatía de consumo y la necesidad de ingreso a la UCI en el 69% de las pacientes), la intervención quirúrgica y el manejo intensivo lograron una tasa de mortalidad materna del 0% en la muestra. Esto destaca la eficacia y la calidad del manejo de emergencia obstétrica del centro de estudio.

2. Los Factores de Riesgo Específicos son la base de la HPP Incontrolable. La principal etiología de la HPP que evolucionó a histerectomía está ligada a dos condiciones de riesgo principales:

- Placentación Anormal: El alto número de casos posteriores a un Parto Abdominal (66%), asociado a la presencia significativa de Cesárea previa y Acretismo placentario, establece a la Placenta Anormalmente Adherida como un factor etiológico crucial.

- Disfunción Uterina (Atonía): La alta frecuencia de Multiparidad y Antecedentes de HPP, junto con factores intraparto como el Uso de Oxitocina y el Trabajo de parto prolongado, confirman la atonía uterina como el segundo mecanismo principal.

3. La Vulnerabilidad Socioeconómica es un factor de Riesgo Indirecto. Existe una clara disparidad en la muestra, con una mayor prevalencia de pacientes de procedencia rural y de bajos niveles educativos y ocupacionales (informal/ama de casa). Estos factores sugieren que las barreras logísticas, de acceso a la información y de referencia pueden haber contribuido a que la hemorragia progresara a un estado más severo antes de recibir la atención definitiva.

7.2 RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud de El Salvador:

El MINSAL debe actuar a nivel de política pública, logística, y capacitación, enfocándose en la desigualdad de acceso y la prevención del riesgo.

Mejorar la Red de Referencia y Logística

- **Priorizar el Transporte de Emergencia Rural:** Dada la alta prevalencia de casos procedentes del área rural, el MINSAL debe invertir en mejorar la logística de ambulancias y los tiempos de respuesta para el traslado de emergencias obstétricas desde las unidades de salud y el primer nivel de atención hasta los hospitales de referencia.

- **Implementar Módulos Educativos Integrales:** Desarrollar y distribuir material educativo adaptado al nivel de escolaridad bajo y a la población de áreas rurales. Estos módulos deben enfatizar la importancia de identificar signos de alarma (especialmente en pacientes con alto riesgo) y la necesidad de adherencia al control prenatal.

Fortalecer la Prevención y el Control de Riesgo

- **Establecer un Sistema Nacional de Registro de Riesgo:** Implementar una herramienta estandarizada (digital o física) para identificar formalmente a todas las pacientes con Cesárea previa, Multiparidad y Antecedentes de HPP desde la primera consulta prenatal. Esto debe activar automáticamente una alerta de Riesgo Obstétrico Alto y asegurar su referencia oportuna para el parto.

- Estandarización del Diagnóstico de Placenta Anormalmente Adherida:
Promover la capacitación en ultrasonido obstétrico de tercer trimestre para la detección temprana de la PAA/Acretismo en pacientes con riesgo (especialmente aquellas con cesárea previa), asegurando que el parto de estas pacientes sea planificado y manejado con un equipo multidisciplinario.

2. Hospital San Juan de Dios San Miguel (HSJDMSM)

El HSJDMSM es el centro de referencia que maneja estos casos críticos, por lo que las recomendaciones se centran en la preparación, los recursos y la calidad de la respuesta.

Protocolos y Recursos Críticos

- Reforzar la Capacidad de Transfusión Masiva: Mantener protocolos de Transfusión Masiva actualizados y operativos 24/7. El alto número de pacientes con Coagulopatía de consumo exige asegurar la disponibilidad inmediata de hemoderivados (glóbulos rojos, plasma fresco congelado, plaquetas) para la reanimación de pacientes con HPP grave.
- Garantizar la Disponibilidad en UCI: Dada la necesidad de ingreso a la UCI en el 69% de los casos, el hospital debe asegurar que la capacidad de cuidados intensivos sea suficiente para el manejo postoperatorio de estas pacientes críticas.

Optimización del Tiempo de Respuesta Quirúrgica

- Simulacros de Respuesta a HPP: Implementar simulacros periódicos (al menos trimestrales) del "Código Rojo Obstétrico" que involucren al personal de ginecología, anestesiología, enfermería y banco de sangre. El objetivo principal debe ser

minimizar el tiempo de decisión y ejecución de la histerectomía de emergencia en casos refractarios a otras medidas.

3. Médicos Especialistas en Ginecología y Obstetricia

Los especialistas están en la primera línea de decisión; sus recomendaciones se enfocan en el juicio clínico y las habilidades técnicas.

Criterio Clínico y Alerta Temprana

- **Vigilancia Estricta de la Atonía Uterina:** Estar especialmente alerta al riesgo de atonía en pacientes con Multiparidad, Trabajo de parto prolongado, o uso de Oxitocina. La rápida identificación del fracaso de los uterotónicos es crucial.

- **Sospecha de placenta anormal adherida en Parto Abdominal:** Ante cualquier paciente con Cesárea previa que se somete a parto abdominal, el umbral de sospecha para la Placenta Anormalmente Adherida debe ser bajo. El equipo debe estar preparado para la histerectomía inmediata al visualizar la invasión placentaria.

Habilidades y Manejo de Complicaciones

- **Capacitación Continua en Histerectomía Obstétrica:** Dada la naturaleza de la intervención, los especialistas deben recibir entrenamiento continuo en las técnicas quirúrgicas para la Histerectomía de Emergencia, incluyendo el manejo de grandes vasos y la reparación de posibles lesiones vesicales o vasculares.

- **Dominio de Técnicas Conservadoras:** Aunque la histerectomía fue necesaria, se debe asegurar que los especialistas dominen y apliquen sistemáticamente todas las medidas conservadoras de HPP (suturas compresivas, ligaduras arteriales,

balones de taponamiento) antes de proceder a la cirugía radical, reservando la histerectomía solo para el sangrado incontrolable.

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTÉTRICA.

OBJETIVO: Describir prevalencia y factores asociados con hemorragia posparto que requirieron histerectomía.

Interrogantes:

1- Edad de la usuaria:

12. 18	19 a 30	31 a 40	41 a 50
años	años	años	años

2- Estado civil de la usuaria:

Soltera	Acompañ	Casada	Divorciad	Viuda
	ada		a	

3- Escolaridad de la usuaria:

ásica	Bachiller ato	Universit aria	Analfabe tismo.

4- Ocupación laboral de la usuaria:

Ama de casa.	Sector Publico	Sector privado	tro.

5- Procedencia de la usuaria:

Rural	Urbano

6- La paciente presento algún factor en el momento del parto:

Trabajo de parto prolongado.	
Uso de oxitocina durante el parto.	
Embarazo múltiple.	

Macrosomía fetal.	
Polihidramnios.	
Corioamnionitis	
Placenta previa.	
Desprendimiento prematuro de la placenta.	
Acretismo placentario.	
Útero de cuvalier	

7- La paciente presento algún factor antes del parto:

Preeclampsia.	
Antecedentes de hemorragia post parto.	
Multiparidad.	
Cirugía uterina previa.	
Tabaquismo.	
Legrados uterinos previos.	
Cesare previa	

8- Cuál fue el volumen de sangrado.

Cesárea		Vaginal	
De 1,000 CC a	Más de 1,500	De 500 CC a	Más de 1,000

1,500 CC	CC	1,000 CC	CC
----------	----	----------	----

9- Se presentó alguna complicación:

Infecciones de cúpula vaginal.	
Infecciones de herida operatoria.	
Coagulopatía de consumo.	
Lesión de vías urinarias.	
Lesión vesical	
Reintervención quirúrgica.	
Anemia severa	

10- Se ingresó la paciente a UCI:

Si	No

11- Cuál fue el estado de alta de la usuaria

Viva	Muerta	Referencia

Bibliografía

Ann Evensen, M. (2014). *Hemorragia Postparto: Tercera Etapa Del Embarazo*.

Catacora Alvarez, Andrea Gabriela. (s.f.). Obtenido de

<https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/576f5f1b-5bad-4601-9aec-b9be37077d59>

Chávez Abanto, J. A. (s.f.). Obtenido de

<https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4202>

Fernández Lara, J. y. (2017). Tasa de hemorragia, histerectomía obstétrica y muerte materna relacionada. *85(4)*.

Fernández-Lara JA. (s.f.). Obtenido de

<https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n4/0300-9041-gom-85-04-00006.pdf>

FLASOG. (2016). Hemorragia postparto.

García Grijalva, C. C., & Ramírez Orellana, G. M. (2020). *Caracterización de las pacientes con diagnóstico de hemorragia post parto, en el área de ginecología y obstetricia del Hospital San Juan De Dios De Santa Ana, durante enero a diciembre de 2020 (Tesis de post grado)*. Santa Ana: Universidad de El Salvador .

H. Karlsson, C. P. (s.f.). Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272009000200014&script=sci_arttext)

[66272009000200014&script=sci_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272009000200014&script=sci_arttext)

- M, G. V. (s.f.). Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262017000500526&script=sci_arttext
- Malvino, E. (2017). *Hemorragias Obstétricas Graves*. Buenos Aires, Argentina: Summary.
- Ministerio de Salud. (2015). *Lineamientos técnicos para la implementación del código rojo*. San Salvador: MINSAL.
- Ocampo, R. (s.f.). Obtenido de https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNAP_44865ca8a8b4b67d97f98365248bdc8f
- Organización Mundial de la Salud. (22 de febrero de 2023). *Mortalidad materna*. Recuperado el 20 de marzo de 2023, de WHO: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Organización panamericana de la Salud. (2015). *La hemorragia postparto*. Recuperado el 20 de marzo de 2023, de PAHO: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54207/boletinhemorragias_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pintos Fernández, P. M. (2022). Complicaciones de la histerectomía total por patologías benignas en el servicio de cirugía general y ginecología del hospital regional de pilar periodo 2017-2020. 6(1).
- Ramírez González, A. (2022). *Incidencia y factores asociados a histerectomía obstétrica en el Hospital de la Mujer de Puebla (tesis de post grado)*. Puebla : Benemerita Universidad Autónoma de Puebla.

Rivera Fumero, S. e. (2020). Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. 5(6).

Rodríguez, A. N. (s.f.). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000200008&

SEGURA FERNANDEZ, A. e. (s.f.). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572013000300002&script=sci_abstract

Sierra, R. E. (s.f.). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1726-67182019000200003&script=sci_arttext&tIng=en

Tineo Medina, L. Y. (2021). *Factores asociados para histerectomía obstétrica en mujeres de un Hospital Nivel II de La Libertad. 2011- 2021 (tesis de pos grado)*. Trujillo: Universidad César Vallejo.

Vega M., G. e. (2017). Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. 82(4).

Virhuez, I. (s.f.). Obtenido de https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_222c1b6a133b43401bfa968ea18eb2

80