

Caracterización de la paciente con histerectomía secundaria

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
ESCUELA DE POSGRADO
ESPECIALIDADES MÉDICAS**



TEMA DE INVESTIGACIÓN

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTE CON HISTERECTOMÍA SECUNDARIA A
HEMORRAGIA POST-PARTO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN
MIGUEL, DE ENERO 2020 A JUNIO 2023**

**TESIS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

**DR. RAÚL ALFREDO CAMPOS MARROQUÍN
DRA. IVETH SARAÍ CARRANZA ÁLVAREZ**

DOCENTE ASESOR:

DRA. AURORA DEL ROSARIO SALAZAR CRUZ DE ESCOLERO

**CIUDAD UNIVERSITARIA, SAN MIGUEL, EL SALVADOR
SEPTIEMBRE 2024**

Caracterización de la paciente con histerectomía secundaria

**AUTORIDADES CENTRALES
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**M.SC. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA
RECTOR**

**DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN MATA
VICE- RECTOR ACADÉMICO**

**M.SC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
VICE- RECTOR ADMINISTRATIVO**

**LIC. PEDRO ROSALIO ESCOBAR CASTANEDA
SECRETARIO GENERAL**

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

**M.SC. CARLOS IVÁN HERNÁNDEZ FRANCO
DECANO**

**DRA. NORMA AZUCENA FLORES RETANA
VICE- DECANO**

**LIC. CARLOS DE JESUS SANCHEZ
SECRETARIO**

M.SC. BALMORE ALEXIS RODRIGUEZ

DIRECTOR ESCUELA DE POSGRADO

Caracterización de la paciente con histerectomía secundaria

TRIBUNAL CALIFICADOR

DRA. AURORA DEL ROSARIO SALAZAR CRUZ DE ESCOLERO

DOCENTE ASESOR

DR. GUSTAVO ENRIQUE MUNGIA MORALES

JURADO CALIFICADOR

DR. ZULEYMA YASMIN JAIME SALVADOR

JURADO CALIFICADOR

RESUMEN

La hemorragia obstétrica ha sido una de las principales causas de histerectomía obstétrica alternativa en situaciones donde las medidas conservadoras no logran detener la hemorragia postparto que pone en riesgo la vida de la paciente, por lo que el **objetivo** fue, determinar las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes con histerectomía secundaria a hemorragia postparto en el Hospital San Juan de Dios de San Miguel, de enero del 2020 a junio del 2023, dentro de la **metodología** está el tipo de estudio que fue cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de diseño transversal, teniendo un número de pacientes de 31 usuarias con histerectomía posterior a un evento obstétrico que haya presentado hemorragia postparto, cuya técnica utilizada para la recolección fue la revisión de expedientes clínicos por medio de una lista de chequeo de 13 ítems, obteniendo los **resultados** que la mayoría (16) 52% oscilaban entre las edades de 21 a 30 años, (19) correspondiente al 61% poseen un estado civil de acompañadas, el 52% (16) es de escolaridad básica, cuya **conclusión** fue: dentro de los factores que pudieran generar un riesgo de complicación en el parto, se presentó multiparidad, cesáreas previas, antecedentes de hemorragia post parto y tabaquismo, dentro de los factores clínicos que generan un riesgo al momento del parto son: Acretismo placentario, uso de oxitocina durante el parto, embarazo múltiple, THE: Preeclampsia, Eclampsia/ Síndrome de Hellp, trabajo de parto prolongado, presencia de Corioamnionitis, Macrosomía fetal, desprendimiento prematuro de la placenta y en baja frecuencia Polihidraminos y placenta previa.

Palabras claves: Hemorragia obstétrica, histerectomía obstétrica, hemorragia postparto, histerectomía

SUMMARY

Obstetric hemorrhage has been one of the main causes of alternative obstetric hysterectomy in situations where conservative measures fail to stop postpartum hemorrhage that puts the patient's life at risk, so the **objective** was to determine the epidemiological and clinical characteristics of patients with hysterectomy secondary to postpartum hemorrhage at the San Juan de Dios Hospital in San Miguel, from January 2020 to June 2023, within the **methodology** is the type of study that was quantitative, descriptive, retrospective and cross-sectional in design, having a number of patients of 31 users with hysterectomy after an obstetric event that has presented postpartum hemorrhage, whose technique used for collection was the review of clinical records through a 13-item checklist, obtaining the **results** that the majority (16) 52% ranged in age from 21 to 30 years, (19) corresponding to 61% have a civil status of accompanied, 52% (16) have basic schooling, whose **conclusion** was: within the factors that could generate a risk of complication in childbirth, there was multiparity, previous cesarean sections, history of postpartum hemorrhage and smoking, among the clinical factors that generate a risk at the time of delivery are: Placental accreta, use of oxytocin during childbirth, multiple pregnancy , THE: Preeclampsia, Eclampsia/ Hellp syndy, prolonged labor, presence of Chorioamnionitis, Fetal Macrosomia, premature placental abruption and in low frequency Polyhydraminos and placenta previa.

Keywords: Obstetric hemorrhage, obstetric hysterectomy, postpartum hemorrhage, hysterectomy

INDICE

INTRODUCCIÓN	i
1.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA/	2
1.1 Situación problemática.....	2
1.2 Justificación	4
1.3 Objetivos.....	5
2.0 MARCO REFERENCIAL	6
2.1 Base teórica.....	6
2.2 Estado del arte.....	26
3.0 METODOLOGÍA.....	29
3.1 Tipo y diseño de investigación	29
3.2 Población y muestra.	29
3.2.1 Población	29
3.2.2 Muestra.....	30
3.2.3 Criterios de selección de muestra.....	30
3.3 Operacionalización de variables.	31
3.4 Técnicas e instrumentos	35
3.4.2 Instrumentos.	35
3.5 Plan de tabulación y análisis de datos.....	36
3.6 Consideraciones éticas.....	36
4.0 RESULTADOS	40
4.1 Análisis e interpretación de resultados.	40
5.0 Discusión.....	48
6.0 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	51
6.1 Conclusiones.	51
6.2 Recomendaciones.	52
7.0 BIBLIOGRAFÍA	53
CRONOGRAMA.....	56
ANEXOS	57
Anexo 1: Hoja de recolección de datos	57
Anexo 3: Presupuesto.	61

INTRODUCCIÓN

La hemorragia obstétrica ha sido una de las principales causas de histerectomía obstétrica alternativa en situaciones donde las medidas conservadoras no logran detener la hemorragia postparto que pone en riesgo la vida de la paciente, ya que una hemorragia severa puede tornarse con rapidez en una amenaza de muerte. Además de causar muertes, la mayoría de ellas prevenibles, produce un número importante de casos de morbilidad materna extrema (MME) o “casi muerte” representados por la necesidad de histerectomías, transfusión de hemoderivados, coagulopatía, choque hipovolémico y anemias severas que pueden terminar en daño permanente de órgano blanco.

El presente estudio tiene como objetivo caracterizar las pacientes que se les realizó histerectomía por hemorragia post parto en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, de enero del 2020 a junio del 2023, la investigación es de tipo descriptiva, transversal y retrospectivo, la muestra estará constituida por 31 expedientes clínicos de mujeres que se le haya realizado histerectomía entre enero 2020 a junio 2023.

La histerectomía obstétrica constituye una medida salvadora de la vida de la paciente, cuando los procedimientos médicos y quirúrgicos de menor complejidad han fallado para detener una hemorragia; por lo tanto, conocer en el Hospital San Juan de Dios de San Miguel, los factores de riesgo asociado a histerectomía obstétrica, permitirá de alguna manera, disminuir la mortalidad materna.

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 aproximadamente 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 140,000 transfusiones de sangre. (Organización panamericana de la Salud, 2015)

La epidemiología de la histerectomía obstétrica es variable, algunos autores reportan entre 5 a 15 por cada 1,000 eventos obstétricos, identificándose factores de riesgo más frecuente el antecedente de cesárea previo, rotura uterina, placenta previa asociada a placenta acreta, hipotonía o atonía uterina entre otros. Las complicaciones más frecuentes reportadas son shock hipovolémico, lesiones vesicales e infección, con una mortalidad materna del 14%. Según otros autores, la incidencia de esta cirugía ha ido en aumento por el incremento en el porcentaje de

cesáreas, que predispone a una placentación anormal (acretismo placentario y placenta previa), edad materna avanzada, multiparidad, uso de oxitocina, otros fármacos que aumentan la probabilidad de hemorragia posparto cirugías uterina y tabaquismo materno. (Vega M., 2017)

La hemorragia posparto 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 posparto 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 posparto, 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 posparto como sangrado mayor de 500 c.c., bajo esta definición se encontraron en el estudio 264 que corresponde al 30.3% y de hemorragia posparto 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)

En el caso del Hospital Nacional San Juan de Dios de la Ciudad de San Miguel, para el 2018 se presentaron 86 casos de hemorragia posparto y de esta a 15 se les realizó histerectomía, para el 2019 la cifra de 94 casos de mujeres que presentaron hemorragia

postparto, por lo que fue necesario la histerectomía a 13 mujeres, estas pueden deberse por Atonía uterina, Trauma o tejido es decir retención de restos placentarios.

1.2 Justificación

La Importancia del estudio está relacionado 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 de lucha constante.

La investigación se realiza para identificar los factores de riesgo obstétricos, la incidencia de la histerectomía obstétrica, así como poder establecer la mejor técnica y manejo oportuno de las complicaciones y 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.

Por lo que el estudio provee un alto valor social y científicos relacionados por los datos que proveerá al finalizar el estudio que establecerá el comportamiento del problema de forma contextual, lo cual sirve para medición del impacto de la histerectomía obstétrica por sangrado postparto.

Los resultados de la investigación buscan mejorar el manejo técnico del personal de salud en la prevención de complicaciones obstétricas, por lo que se beneficia a las mujeres consultantes, como también las entidades de salud, por la disposición de información actualizada del comportamiento de la histerectomía obstétrica por hemorragia postparto, como también

futuros estudios, ya que dispondrán un estudio de base que servirá como una guía de estructuración.

Dentro de la factibilidad y viabilidad del estudio se destaca que la investigación es realizada con médicos especialistas que poseen los conocimientos para el buen desarrollo de la misma, además de la disposición de las entidades para realización del estudio dentro del centro hospitalario, ya que la información es de mucha utilidad para los organismos de salud.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General.

Determinar las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes con histerectomía secundaria a hemorragia postparto en el Hospital San Juan de Dios de San Miguel, de enero del 2020 a junio del 2023.

1.3.2 Objetivo específicos.

Identificar el perfil socio-demográfico de las pacientes que se les realizó histerectomía por hemorragia post parto en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel.

Describir los factores de riesgo y criterios de indicación clínica de la paciente con histerectomía secundaria a hemorragia parto y post parto en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel.

Conocer la evolución clínica de las pacientes con histerectomía secundaria a hemorragia post parto en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel.

2.0 MARCO REFERENCIAL

2.1 Base teórica.

La hemorragia postparto (HPP) es un factor significativo que contribuye a la morbilidad materna grave y a la discapacidad a largo plazo, así como a una serie de otras enfermedades maternas graves generalmente asociadas con la pérdida considerable de sangre, incluidos el shock y la disfunción orgánica. La atonía uterina es la causa más común de HPP, el traumatismo genital (es decir, laceraciones vaginales o cervicales), la rotura uterina, el tejido placentario retenido o trastornos de coagulación maternos también pueden provocar HPP. La gran multiparidad y la gestación múltiple están asociadas con un mayor riesgo de sangrado después del parto. (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Luego de un parto vaginal o después de una cesárea; una pérdida de sangre mayor a los 500 ml o mayor a 1000 cc es considerada un indicador de HPP; la HPP masiva se considera cuando el sangrado es mayor a 1000 cc en las primeras 24 horas del puerperio. (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Con las pérdidas mencionadas, la caída de la hemoglobina resulta inferior a 2 g/dL en la mayor parte de las mujeres, aunque resulta suficiente para que el 80% de las enfermas padezca anemia post-cesárea, tomando como referencia un límite inferior de la concentración normal, de 10,5 gr/dl. (Malvino, 2017).

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).

2.1.1 Epidemiología.

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. (Malvino, 2017).

Un perfil clínico-epidemiológico realizado en las pacientes sometidas a histerectomía Hospital Universitario Terciario, El grupo etario de 41-50 años correspondió a El 43,8 % de las pacientes a las que se les realizó histerectomía. (Silva Mesquita, 2021)

En otro estudio realizado en Brasil, en el 2022, una población constituida de 113 mujeres que participaron en el estudio, 37 (32,74%) se sometieron a histerectomía y 76 (67,25%) no. Considerando el aspecto socio demográfico, la mayoría de las pacientes se declararon blancas (77%), casadas (53%) o en pareja estable (18,58%), con una edad media de 50 años (\pm 13,3). En cuanto a la escolaridad, la mayoría había concluido al menos la enseñanza media (57,53%). (Piotto, 2022)

2.1.2 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%. (Malvino, 2017).

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; y Vinograda agregó el antecedente de acretismo. (Malvino, 2017).

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. (Malvino, 2017).

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 postparto 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

2.1.3 Histerectomía Obstétrica

La histerectomía obstétrica se define como la resección parcial o total del útero durante el embarazo, parto o puerperio.

Histerectomía postparto 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 abruptio placentae.
- Acretismo placentario.

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

- Acretismo placentario diagnosticado durante el embarazo.

a) 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 acreta o en problemas hemorrágicos tras la expulsión de la placenta.

En ambas histerectomías se prefiere realizar una histerectomía total siempre que sea posible para evitar el ulterior desarrollo de un carcinoma de cervix. Otros defienden

la histerectomía subtotal conservando el cuello y el retinaculum uteri porque ofrece mejor sustrato anatómico a las relaciones sexuales. Deben conservarse los ovarios si es posible.

2.1.4 Clasificación de la Histerectomía.

- La histerectomía parcial (o supracervical) es la extirpación de solo 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. Esta se hace principalmente cuando hay presencia de algunos tipos de cáncer.

2.1.5 Causas más frecuentes de Histerectomía Obstétrica.

- Atonía uterina

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

Es raro tener que realizar una laparotomía después de un parto vaginal, normalmente se realiza una histerectomía después de una cesárea. Usualmente, han fallado las medidas previas conservadoras como la utilización de oxitócicos, prostaglandinas y ergóticos. Se han de valorar técnicas como la ligadura de arteria uterina u ovárica, ligadura de hipogástricas o suturas de B-Lynch y variantes para preservar la fertilidad, pero no son útiles en pérdidas sanguíneas masivas, en las que se ha de optar por la histerectomía.

- 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 anormalidad de la decidua verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio. Es una de las principales causas de hemorragia obstétrica, principalmente del postparto 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 está 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.

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

Según su severidad, se clasifican:

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

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

- 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 espontáneas (por debilidad del endometrio) estas últimas pueden presentarse por acretismo placentario, por multiparidad y por otras alteraciones. Las roturas uterinas espontáneas 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 hipovolemico. 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 retroplacentaria, 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.

- 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.

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).

2.1.6 Lineamiento del código rojo.

Población blanco del código rojo:

Mujeres gestantes o en el puerperio que presenten hemorragia obstétrica severa.

Usuarios(as) del Código Rojo:

1. Todos los médicos especialistas y generales de los diferentes servicios de atención del hospital que atienden gestantes o puérperas.
2. Todos los médicos residentes de Ginecología y Obstetricia.
3. Todas las enfermeras de los diferentes servicios de atención del hospital que atienden gestantes o puérperas.
4. Todos los anestesiistas del hospital.
5. Todos miembros del banco de sangre del hospital.
6. Todos miembros del laboratorio clínico del hospital.
7. Todos los miembros de servicios generales del hospital.

Medias de prevención

- Identificación y manejo de la anemia ante parto.
- Identificación de factores de riesgo.
- Colocar catéter número 18 al ingreso.
- Uso del manejo activo del tercer periodo, en adelante MATEP, que es el conjunto de intervenciones que se realizan dentro del primer minuto posterior al

nacimiento, para prevenir la hemorragia postparto. Su aplicación es obligatoria en todo tipo de parto vaginal o cesárea.

El MATEP debe incluir:

- a) La administración 10 Unidades de oxitocina IM.
- b) La tracción controlada del cordón umbilical y contra-tracción de la cara anterior del útero, al momento de presentar una contracción uterina luego de administrada la Oxitocina.
- c) El masaje uterino abdominal, luego de la salida de la placenta, Cada quince minutos en # 4 y luego cada treinta minutos # 2.

Prevención de la Hemorragia obstétrica

Antes de considerar la estrategia para la acción del manejo de la hemorragia de origen obstétrico, es necesario destacar algunas características particulares de las mujeres gestantes y púerperas en relación al choque hemorrágico:

1. Los signos y síntomas de choque hipovolémico en la gestante suelen ser sutiles y tardíos debido a la adaptación funcional de la gestación consistente en el incremento del volumen circulatorio de 40% a 50%, a la disminución de las resistencias con mejoramiento de la función cardiovascular, así como a un aumento del gasto cardíaco de 35% a 50%, finalmente a una redistribución de volúmenes circulantes por el aumento del gasto cardíaco hacia la unidad feto placentaria que alcanza valores de 600 a 800 ml/min.

2. La pérdida de hasta 15% del volumen circulante total al final de la gestación que es equivalente a un promedio de 1000 ml es generalmente bien tolerada por la gestante y no se

expresa en cambios importantes de los signos vitales tradicionalmente utilizados para medir la perfusión de los órganos, como son el pulso y presión arterial.

3. La pérdida de volumen superior a 1000 ml trae consigo cambios en la perfusión de los órganos, que por los mecanismos de adaptación funcional presentes en la gestante se presentan de manera sutil en el funcionamiento cerebral, consistente en signos tempranos de hipoxia cerebral como son cambios del sensorio y agitación mental.

4. Los cambios de la presión arterial y del pulso suelen ser tardíos y en los estadios iniciales de la hipovolemia no reflejan adecuadamente la pérdida real de volumen.

5. La eliminación urinaria refleja directamente la capacidad de perfusión volumétrica y por lo tanto es un parámetro obligatorio en la evaluación del estado hemodinámico de la mujer en estado de choque hipovolémico por hemorragia.

6. Todas las gestantes tienen riesgo de presentar hemorragia durante la gestación desde el inicio de la misma hasta el final, el 90% de las hemorragias ocurren en las primeras veinticuatro horas post parto, principalmente en las primeras dos horas de post parto.

7. El inicio del sangrado siempre se acompaña de dos acciones fisiológicas para el control hemostático, la coagulación y la fibrinólisis. En la gestante se presenta un estado de hipercoagulabilidad desde la mitad de la gestación que favorece la formación de coágulos. La fibrinólisis natural no se altera durante el embarazo.

8. La pérdida de sangre inicia una respuesta vasomotora de redistribución de volumen, consistente en activación del sistema simpático, liberación de catecolaminas, vasoconstricción periférica y desplazamiento del volumen circulante hacia la región cardiorácica para mantener la perfusión coronaria, del sistema nervioso central y las glándulas adrenales. Este fenómeno dura aproximadamente treinta minutos. A partir de entonces se deprime el sistema nervioso

simpático y predomina el parasimpático manifestándose como bradicardia con posibilidad de paro, diaforesis profusa y vaso relajación.

9. En el estado de choque hipovolémico se presenta hipoxia y muchas veces acidosis tisular, otras alteraciones del estado ácido base, liberación de radicales libres y sustancias pro inflamatorias que trastornan el funcionamiento celular.

10. Durante el choque tiende a ocurrir coagulación intravascular diseminada en adelante CID, que se instala en la primera hora de iniciado el sangrado. La hipoxia, la hipotermia por hipoperfusión, la acidosis y la hemodilución por el suministro de líquidos, así como la pérdida de los factores de la coagulación tienden a empeorarla, por lo cual se debe considerar que al cabo de una hora de choque hipovolémico no controlado, la paciente tiene una CID.

11. Bajo las condiciones ocasionadas por el choque hipovolémico que anteriormente hemos descrito en la gestante, las acciones eficientes como son suspender el sitio de sangrado y recuperar la volemia, deben de iniciarse en los primeros veinte minutos de iniciado el choque. El éxito de la recuperación de la paciente es superior al 60% si se aplican estos principios, caso contrario el éxito para el supervivencia cae a menos del 5% al término de la primera hora del choque hipovolémico. Esto es lo que se conoce como la "Hora de Oro".

12. La persistencia de un estado de hipoperfusión tisular durante una adecuada recuperación y garantía del sitio de sangrado deben hacernos pensar siempre en depresión del miocardio por la acción tóxica de radicales libres y otras sustancias tóxicas producidas a nivel tisular.

13. Otras circunstancias pueden aumentar el riesgo de complicación por hipovolemia a partir de una hemorragia obstétrica: problemas propios de la gestación como la anemia por dilución, más frecuente en el embarazo gemelar, el parto instrumentado o traumático, la presencia de cicatrices uterinas, alteraciones de la coagulación y las deficiencias de volumen

intravascular ya sea por deshidratación en el trabajo de parto o por inadecuada adaptación hemodinámica como ocurre en la preeclampsia, en pacientes obesas o con talla baja. Estas situaciones no deben desviar la atención preventiva que debe tenerse en todas las mujeres gestantes independiente de la presencia o no de ellas. (Ministerio de Salud, 2015)

2.1.6 Manejo de código rojo:

2.1.6.1 Prevención

- Oxitocina 10 Unidades intramuscular o endovenosa. En caso de no contar con oxitocina, se puede utilizar metilergonovina 0.2 mg intramuscular (si no hay contraindicaciones como hipertensión) o misoprostol 600 mcgr vía oral.
- Tracción controlada de cordón solamente si el personal de salud está entrenado y la mujer da consentimiento para realizar el procedimiento.
- Ya no se recomienda el masaje uterino.

2.1.6.2 Diagnóstico

- Pérdida sanguínea acumulada mayor o igual a 1000 ml o pérdida sanguínea asociada a signos y síntomas de hipovolemia en las primeras 24 horas, independiente de la vía del parto
- Utilizar el índice de choque: Frecuencia Cardiaca/Presión Arterial Sistólica, se considera normal por debajo de 0.9. Más alto de este valor es una alerta que amerita intervención.

- La pérdida sanguínea estimada o la pérdida sanguínea total NO debe ser utilizada como único parámetro para confirmar o descartar una hemorragia post parto. Es uno de varios parámetros que deben tomarse en cuenta con igual énfasis que los cambios en los signos vitales (taquicardia, hipotensión, oliguria), alteraciones hematológicas (disminución de hemoglobina, plaquetopenia, prolongación de tiempos) e índices bioquímicos (índice de choque mayor a 0.9)

2.1.6.3 Manejo

- Pedir ayuda (activar código rojo)
- Determinar la causa:
 - Examen con valvas: descartar trauma
 - Examinar la placenta, examen de cavidad uterina: descartar tejido y ruptura uterina
 - Examen abdominal - signos de irritación peritoneal: descartar ruptura uterina
 - Palpación del útero: descartar tono
 - Antecedentes personales o familiares de coagulopatías - resultados de laboratorio (tiempos e INR): descartar trombina.

Funciones asistente 1 (anestesia):

- Vigilar signos vitales
- Vigilar vía aérea: administrar oxígeno para mantener saturación arriba del 95%

- Conservar temperatura de la paciente

Funciones asistente 2 (enfermería):

- Canalizar dos venas
- Toma de exámenes: hemograma, tiempos y fibrinógeno, prueba del tubo
- Administrar líquidos (30 cc/kg de peso, administrar bolos de 500 cc según dosis respuesta)
- Administrar hemoderivados (iniciar con 2 U GRE tipo O Negativo o tipo A tipo, después continuar protocolo de transfusión masiva: Glóbulos Rojos Empacados-Plasma Fresco Congelado-Plaquetas en relación 1:1:1)

Manejo de la atonía uterina

- Administrar medicamentos:
- Oxitocina, 40 U en 1 lt de Hartmann en infusión rápida (NO EN BOLOS)
- Esperar 5 a 10 minutos, si persiste sangrado:
- Metilergonovina 0.2mg IM, contraindicado en hipertensión, migraña y cardiopatía
- Esperar 20 minutos, si persiste sangrado:
- Segunda dosis de Metilergonovina 0.2mg IM
- Esperar 20 minutos, si persiste sangrado:

- Misoprostol 600 a 800 mcgr SL o bucal (NO VÍA RECTAL)
- Si se encuentra en los primeros 30 minutos del evento O se descartó CID con la prueba
- del tubo, agregar:
- Ácido tranexámico 1 gr (ampolla de 10 ml) EV en 10 a 20 minutos.
- Si el sangrado persiste después de 30 minutos se puede administrar una segunda dosis
- Anotar tiempos
- Colocar sonda transuretral, medir diuresis (debe mantenerse mayor a 0.5 cc/kg/hora)
- Si posterior al manejo con medicamentos persiste el sangrado, debe ser llevada a sala de operaciones para manejos quirúrgicos (del menos al más intervencionista):
- Balón intrauterino (Bakri o condón con sonda Foley)
- Suturas compresivas (B-Lynch o Hayman)
- Ligadura de vasos (solamente si hay personal ya entrenado para realizarlo)
- Histerectomía

En todo momento (entre medicamentos, entre intervenciones, traslados entre servicios o referencia a nivel superior), el sangrado debe ser controlado con Técnica Zea o compresión

bimanual. Esto mantendrá estable hemodinámicamente a la mujer, permitiendo realizar el manejo adecuado.

2.2 Estado del arte

Un estudio realizado en la ciudad de México, en el año 2017, siendo este un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en el periodo de Enero de 2014 a Diciembre del 2016, se incluyeron todos los casos de histerectomía posterior a un evento obstétrico, se estudiaron: edad, paridad, vía de interrupción del embarazo, antecedente de cesárea previa, indicaciones y complicaciones de la histerectomía, ingreso al servicio de terapia intensiva y mortalidad, el análisis se realizó con estadística descriptiva, teniendo los resultados Durante el periodo de estudio, se atendieron 37 308 eventos obstétricos, efectuándose histerectomía obstétrica a 153 pacientes que representan el 0.57%, es decir, una HO por cada 243 embarazos. La edad promedio de quienes se les efectuó la histerectomía fue de 34 años de edad, siendo más frecuente en el grupo de mayores de 35 años, que habían tenido dos o tres embarazos previos. El antecedente de cesárea previa fue del 69.2%. La vía de interrupción del embarazo actual fue de cesárea en el 72.1%. La principal indicación fue la atonía uterina en 51 casos (33.3%). La complicación más frecuente fue la anemia aguda en el 83%. Hubo 1 muerte materna (0.6%). (Vega M. y otros, 2017)

En el mismo año 2017, se realizó un estudio en el Hospital Central Ignacio Morones Prieto de San Luis Potosí, siendo este un estudio retrospectivo y descriptivo efectuado mediante el análisis de los expedientes clínicos de pacientes atendidas de parto o cesárea, cuyos resultados se atendieron 27,158 nacimientos; de estos 19,569 por parto y 7,589 por cesárea (28%). Se registraron 657 casos de hemorragia (tasa 2.4) y 58 histerectomías obstétricas. Las principales

causas de la hemorragia obstétrica fueron: atonía uterina (36.2%), acretismo placentario (32.7%) y placenta previa más acretismo placentario (12%). Hubo 125 ingresos a la unidad de cuidados intensivos por hemorragia obstétrica y una muerte materna relacionada. (Fernández Lara y otros, 2017)

En Cuba se realizó un estudio en el Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, en el año 2018, cuyo resultado fue que el grupo de pacientes de 31-35 años fue el más numeroso, representativo del 40,5 % de total. El 73 % de las mujeres histerectomizadas tuvieron partos anteriores y 10 (27 %) pacientes eran nulíparas. La atonía uterina constituyó la causa más habitual (45,9 %), sobre todo en el grupo de 31-35 años (41,2 %), seguida de la rotura uterina y el acretismo placentario. El tipo de histerectomía más utilizado fue la total sin anexectomía (43,3 %). (Hernández y otros, 2018)

En el 2021, se realizó una investigación en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de estas se reportan 79 pacientes de 44.2 ± 7.5 años, tiempo de cirugía de 104.3 ± 32.7 minutos y promedio de sangrado 102.8 ± 62.3 ml. Presentaron complicaciones transoperatorias seis (7.6%): dos (2.5%) lesión vesical, una (1.3%) lesión intestinal, una (1.3%) hemorragia de muñón y dos (2.5%) más conversión a laparotomía exploradora (una por tamaño uterino > 14 cm y otra por hallazgo de tumor ovárico de aspecto maligno). Siete pacientes (8.8%) tuvieron complicaciones posoperatorias: cuatro (5.1%) fueron reintervenidas (tres por hemorragia y una por dehiscencia de cúpula vaginal) y tres (3.7%) tuvieron colección vaginal. (Chinolla Arellano y otros, 2021)

En la investigación realizada en el Hospital Nivel II de La Libertad 2011- 2021, en Perú, Dentro de las indicaciones médicas de la histerectomía obstétrica tenemos: al acretismo placentario, traumatismo uterino irreparable, daño de vasos sanguíneos del útero, útero de couvelaire e infecciones (corioamnionitis grave, sepsis). La indicación ginecológica de las histerectomías son las enfermedades neoplásicas (mama, cérvix, ovario), leiomiomas, enfermedades relacionadas con el sangrado menstrual anormal. Los resultados demuestran que la edad avanzada, grado de instrucción, estado civil y ocupación de los factores sociobiológicos; la paridad, edad gestacional por FUM, semanas de primera atención prenatal, número de atenciones prenatales y presencia de enfermedades durante el embarazo de los factores obstétricos y la presencia de complicaciones se encuentran asociadas a la aplicación de histerectomía obstétrica. La mayoría de mujeres presentaron atonía uterina, según diagnóstico, hemorragia y tuvieron anemia (Tineo Medina, 2021)

Un trabajo de investigación enfatizado a describir el perfil clínico epidemiológico de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total electiva por técnica abierta en el Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, durante el período de julio 2017 a junio 2018, con un total de 135 pacientes sometidas a tal intervención quirúrgica, los resultados obtenidos con mayor relevancia fueron: que la principal indicación fue la fibromatosis uterina (74.8%) y que la tasa de complicaciones fue de 5.2%, siendo la principal la infección profunda de sitio quirúrgico (42.8%). (Menéndez Cabrera, 2019)

3.0 METODOLOGÍA.

3.1 Tipo y diseño de investigación

3.1.1 Tipo de estudio.

Estudio cuantitativo: Debido a que la investigación utilizó la estadística descriptiva para representar los resultados.

Estudio descriptivo: La investigación describió las características y factores que presentaron las mujeres que se les realizó histerectomía por hemorragia postparto.

Estudio retrospectivo: Los casos que integraron el estudio son de 2020 a 2023, es decir, son de tiempo pasado.

3.1.2 Diseño de investigación.

Transversal: La recolección de información se realizó en un tiempo único.

3.2 Población y muestra.

3.2.1 Población

La población estuvo constituida por todos los casos de histerectomía posterior a un evento obstétrico que haya presentado hemorragia postparto entre el periodo de enero del 2020 a junio del 2023 al Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel.

Año	Casos
2020	13
2021	6
2022	8
2023	4
Total	31

Fuente: SIMMOW, septiembre, 2023.

3.2.2 Muestra.

Debido a que el número de pacientes no supera el valor de 100, es decir, es un número reducido, se estudiaron el total de la población descrita, por lo que la muestra a estudiar es de 31 usuarias con histerectomía posterior a un evento obstétrico que haya presentado hemorragia postparto.

3.2.3 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 postparto.
- Mujeres que hayan consultado al centro hospitalario en el periodo de enero del 2020 a junio del 2023.
- Mujeres que cumplan definición de caso.

3.2.3.2 Criterios de exclusión.

- Expedientes extraviado o incompleto.
- Pacientes que se hayan referido a otro centro hospitalario

3.3 Operacionalización de variables.

Variable	Definición operacional	Indicadores	Valores	Escala
Características socio demográficas	Elementos socio demográficos que poseen las personas.	Edad.	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 15 años • 16 a 20 años • 21 a 30 años • 31 a 40 años • Mas de 40 años 	Intervalo
		Estado civil.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Acompañada • Casada • Divorciada • Viuda 	Nominal
		Escolaridad.	<ul style="list-style-type: none"> • Básica • Bachillerato • Universitaria • Analfabetismo 	Nominal

		Ocupación.	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Empleo formal • Empleo informal 	Nominal
		Procedencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbano 	Nominal
Factores obstétricos.	Elementos o características obstétricas.	Factores antes del parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de hemorragia postparto. • Multiparidad. • Cirugía uterina previa. • Tabaquismo. • Legrados uterinos previos. • Cesárea previa 	Nominal
		Factores del parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de parto prolongado. • Uso de oxitocina durante el parto. • Embarazo múltiple. • Macrosomía fetal. • Polihidramnios. • Corioamnionitis • Placenta previa 	Nominal

			<ul style="list-style-type: none"> • Desprendimiento prematuro de la placenta • Acretismo placentario • THE: Preeclampsia, Eclampsia/ síndrome de Hellp • Trombofilias • Corioamnionitis 	
Evolución clínica	Progresión de estado de salud de la paciente.	Tipo de histerectomía realizada.	<ul style="list-style-type: none"> • Histerectomía parcial (o supracervical) • Histerectomía total • Histerectomía radical 	Nominal
		Cantidad de sangrado	<p>Cesárea.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De 1,000 CC a 1,500 CC • Más de 1,500 CC <p>Vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> • De 500 CC a 1,000 CC • Más de 1,000 CC 	Intervalo
		Complicaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones de cúpula vaginal. • Infecciones de herida operatoria 	Nominal

			<ul style="list-style-type: none"> • Coagulopatía de consumo. • Lesión de vías urinarias/ Lesión uretral/ Lesión vesical • Lesión vascular. • Reintervención quirúrgica. 	
		Ingreso a UCI	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
		Estado de alta	<ul style="list-style-type: none"> • Viva • Muerta 	Nominal

3.4 Técnicas e instrumentos

3.4.1 Técnicas.

Revisión de expedientes clínicos: La fuente de información fueron los expedientes clínicos de las pacientes que se les realizó histerectomía posterior a un evento obstétrico que haya presentado hemorragia postparto.

La revisión de cada uno de los expedientes fue realizado por los integrantes del grupo de investigación, fue de forma presencial y manual utilizando el instrumento de recolección.

3.4.2 Instrumentos.

Lista de chequeo: El instrumento que se utilizo fue elaborado por el equipo investigador, conformado por 13 ítems, divididos en 3 categorías:

- Ítems 1 al 5 corresponde al perfil socio-demográfico
- Ítems 6 al 9 corresponde los factores obstétricos
- Ítems 10 al 12 corresponde a la evolución de la paciente

Validación del instrumento.

Para validación del instrumento se realizó la revisión por expertos; este fue el método que se utilizará para validación del instrumento, por lo que 3 ginecólogos obstetras, que con su experiencia determinaron la elaboración del mismo.

3.5 Plan de tabulación y análisis de datos.

El procesamiento y análisis de los datos de la investigación, se realizó en el programa PSPP 4.0, una versión del SPSS®. Posteriormente, se realizó tablas con su respectiva frecuencia y su porcentaje; como también las gráficas de barra la cual fueron exportadas al sistema de Microsoft Word para realización de análisis e interpretación de los resultados, utilizando la mediana de la proporción de porcentajes obtenidos, la cual fue un análisis descriptivo.

3.6 Consideraciones éticas.

Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016:

- Pauta 1; el valor social está orientado en la mejora de la actuación por parte del personal de salud, además el valor científico está relacionado con la generación y actualización de conocimientos en relación con el comportamiento de la histerectomía obstétrica por hemorragia postparto.
- Pauta 3: La distribución de los beneficios del estudio como la selección de las mujeres que ingresen al estudio fue de forma equitativa, manteniendo el principio de justicia y equidad.
- Pauta 8: la investigación estuvo a cargo por profesionales calificados en el área, lo cual sirvió para el buen desarrollo del estudio.

- Pauta 12, una vez recolectada la información, esta se procesó en el sistema operativo de Microsoft Excel, permitiendo hacer los diferentes análisis e interpretaciones haciendo uso de tablas y gráficas realizadas en el sistema antes descrito.
- Pauta 17: la investigación incluye adolescentes mayores de 12 años, permitiendo así observar su comportamiento en este grupo etario.
- Pauta 18: la investigación solamente fue integrada por mujeres debido a que la problemática solo es presentada en dicho grupo.
- Pauta 22: las fuentes secundarias de sustentación son artículos científicos, revistas electrónicas o libros de los entornos en línea y de herramientas digitales en la investigación relacionada con la salud.
- Pauta 23: el protocolo fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de investigación del centro hospitalario con la finalidad de asegurarse que se respeten los derechos de los participantes.
- Pauta 24: al finalizar el estudio se realizó una defensa oral con la exposición de los resultados obtenidos, además de los artículos científicos lo que constituye la rendición pública de cuentas sobre la investigación.

- Pauta 25: La investigación no genera ningún interés laboral, personal, profesional por parte de los investigadores, por lo que la investigación es imparcial respetando los resultados almacenados.

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA AMM – PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LAS INVESTIGACIONES MÉDICAS EN SERES HUMANOS (**Asociación Médica Mundial, 2017**)

- Principio 4. En este principio se describe el respeto a los derechos de las participantes velando por su bienestar.

- Principio 6. La investigación se realizó para conocer los factores que influyan la presencia de histerectomía por hemorragia post parto.

- Principio 7. La investigación a realizar posee un margen normativo éticas para asegurar el respeto a los derechos de las participantes.

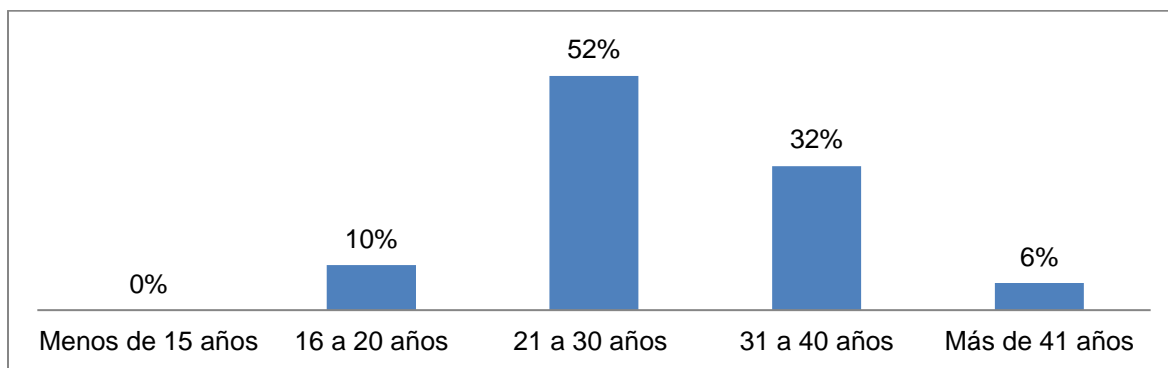
- Principio 8. En todo momento se respetaron los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

- Principio 10. Se aplicaron las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos vigentes en el país como también en otros países que sirvan como un marco regulatorio.
- Principio 12. El estudio para su desarrollo científico tiene como responsables, médicos residentes del área de ginecología y obstetricia, los cuales poseen los conocimientos pertinentes.
- Principio 22. En el campo metodológico se explica a quiénes y que de forma se aplicó el instrumento de recolección de información.
- Principio 23. El protocolo de la investigación fue enviado, revisado y aprobado por el comité de ética de investigación pertinente del centro hospitalario.

4.0 RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de resultados.

Gráfico 1: Edades de usuarias

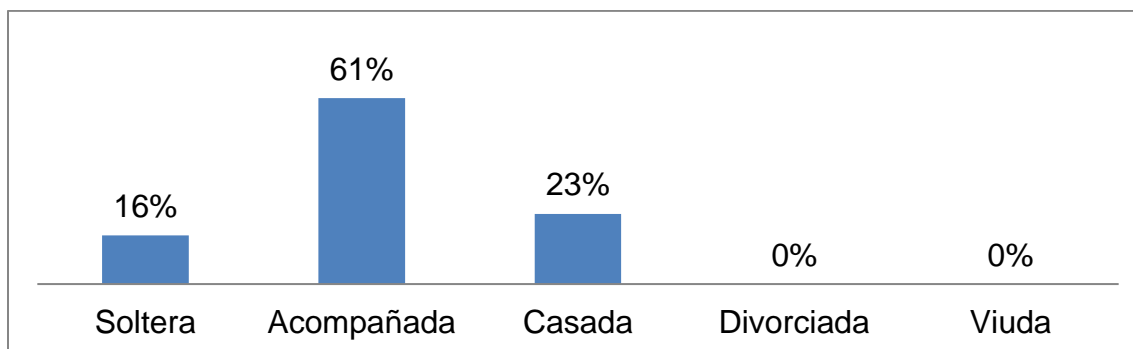


Fuente: Expedientes clínicos de usuarias con Histerectomía.

Análisis e interpretación:

Según los datos de la revisión de expedientes clínicos de usuarias que presentaron histerectomía, la mayoría (16) 52% oscilaban entre las edades de 21 a 30 años, una edad reproductiva a diferencia de una fracción de las mujeres (3) 10% oscila entre las edades de 16 a 20 años, la cual no está desarrollada para un proceso de parto, por lo que puede generar hemorragia post parto que llevan a histerectomía.

Gráfico 2: Estado civil de las usuarias

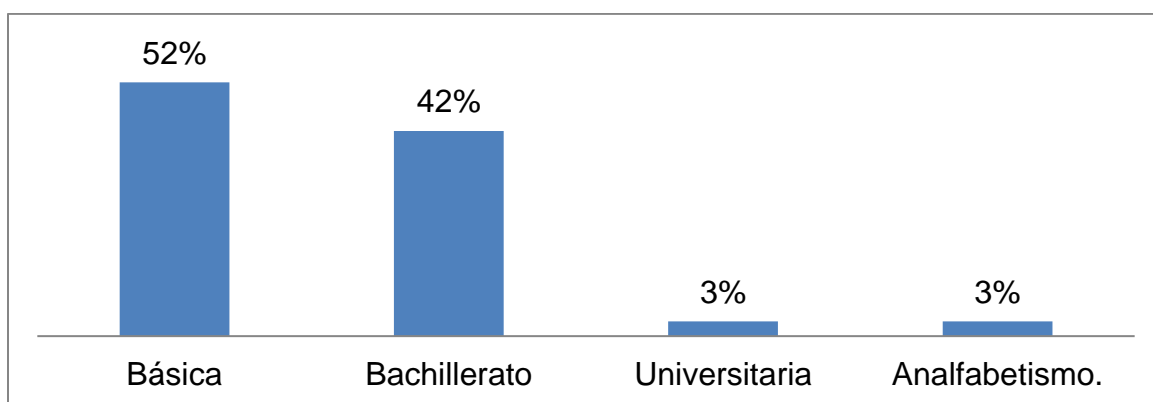


Fuente: Expedientes clínicos de usuarias con Histerectomía.

Análisis e interpretación:

Las mujeres que presentaron histerectomía en el tiempo del estudio, (19) correspondiente al 61% poseen un estado civil de acompañadas, por lo que ellas tienen un apoyo tanto emocional como económico lo que cual ayuda a los procesos de recuperación post parto.

Gráfico 3: Escolaridad de las usuarias

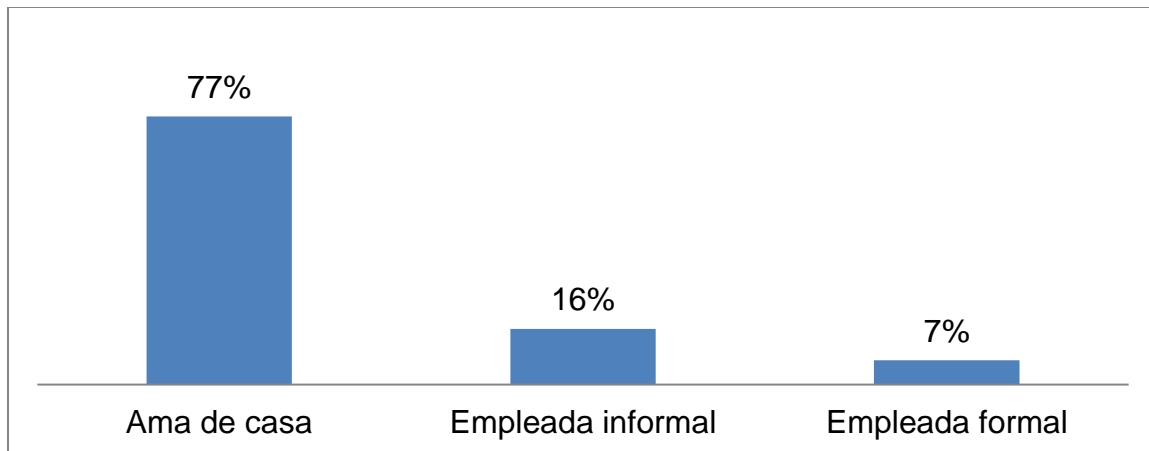


Fuente: Expedientes clínicos de usuarias con Histerectomía.

Análisis e interpretación:

El grado de escolaridad que poseían las usuarias con histerectomía en el estudio, en su mayoría el 52% (16) es de escolaridad básica, siendo esto desfavorable, porque podría generar cierta dificultad para la comprensión de información proporcionada por el médico, lo cual ayuda a los procesos de recuperación post parto, caso contrario el 42% (13) del nivel media y el 3% (1) del nivel superior que favorece al entendimiento de la información proporcionada.

Gráfico 4: Ocupación laboral de las usuarias

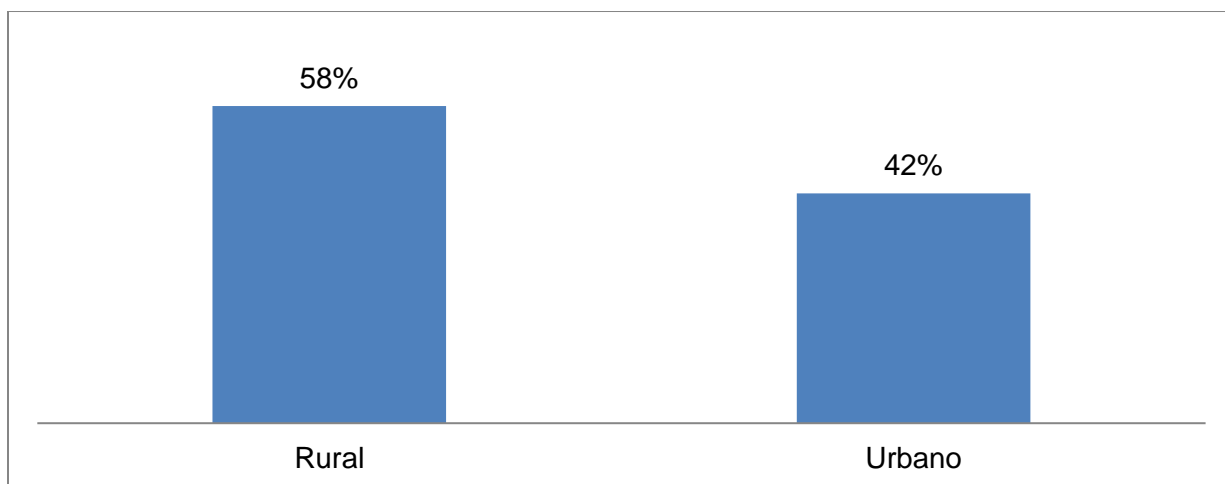


Fuente: Expedientes clínicos de usuarias con Histerectomía.

Análisis e interpretación:

La ocupación que más integro el estudio en un 77% (24) que son domésticas, es decir desempeñan labores en su casa, teniendo un pobre nivel socio cultural y factores religiosos que afectan a la asistencia sanitaria.

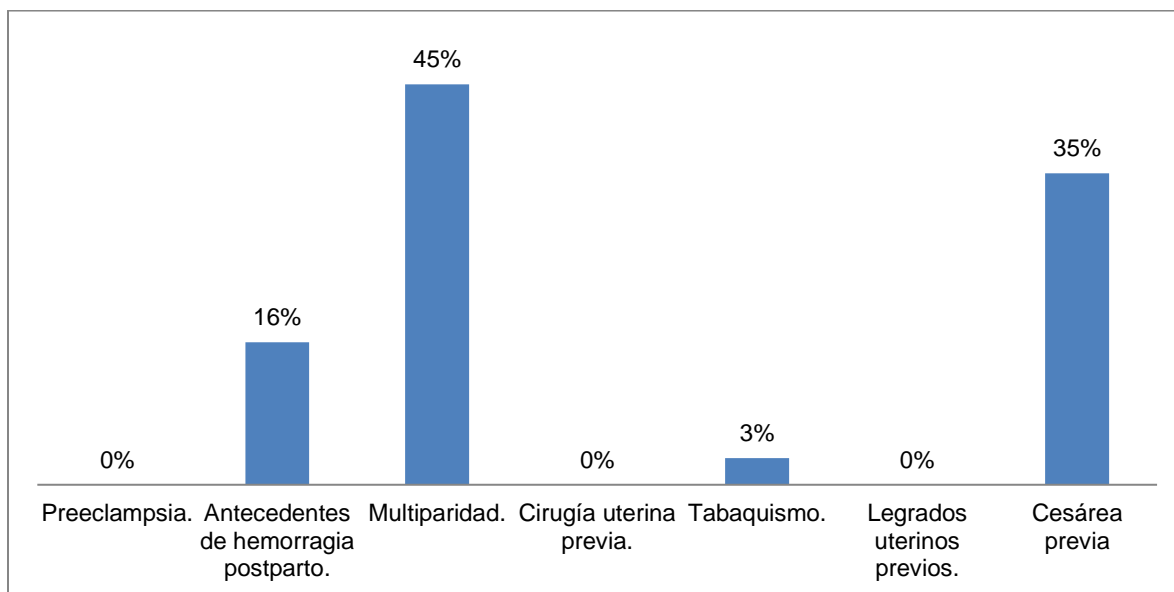
Gráfico 5: Procedencia de las usuarias



Fuente: Expedientes clínicos de usuarias con Histerectomía.

Análisis e interpretación:

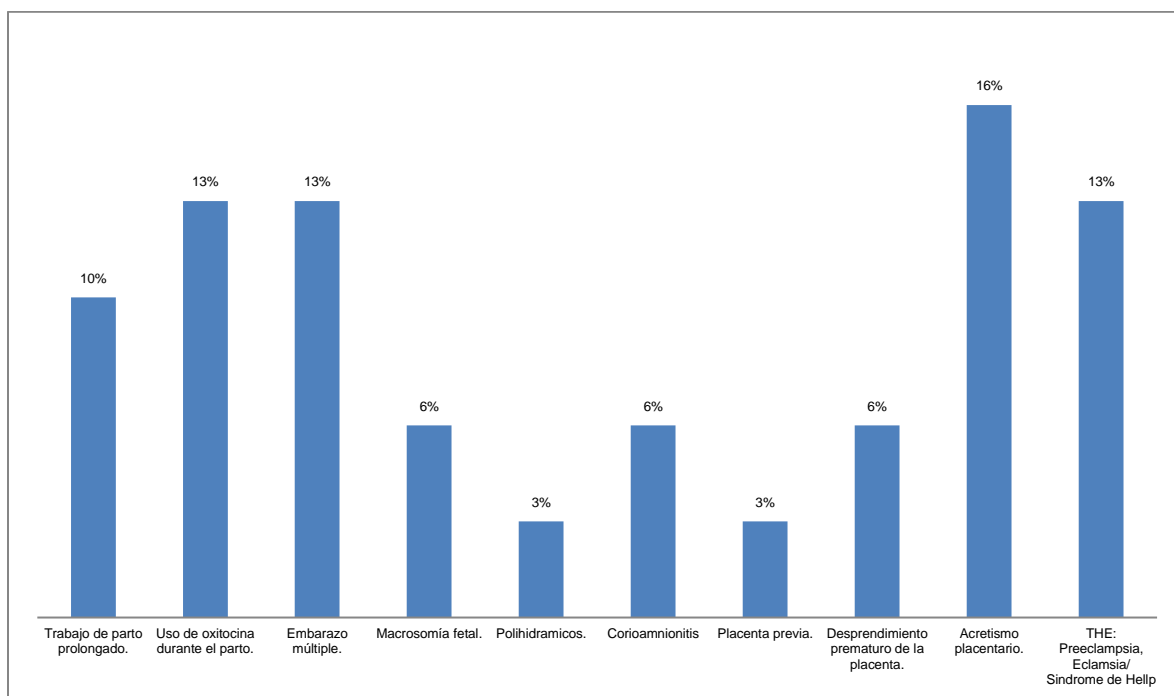
La mayoría de las mujeres que se les realizó histerectomía, en un 58% (18) provenían de zona rural, esta zona geográfica presenta características de riesgo tales como carencias de conocimientos, baja escolaridad, características del entorno y largas distancias a los centros de salud, por lo genera un riesgo de los cuidados de la salud.

Gráfico 6: Presencia factores antes del parto

Fuente: Expedientes clínicos de usuarias con Histerectomía.

Análisis e interpretación:

Los factores presentes que pudieran generar un riesgo de complicación en el parto, en un 45% (14) multiparidad, el 35% (11) cesárea previa, como el 16% (5) antecedentes de hemorragia post parto y el 3% (1) tabaquismo, estos factores demuestran que a mayor presencia de dichos elementos existe mayor asociación de hemorragia post parto por consiguiente a histerectomía.

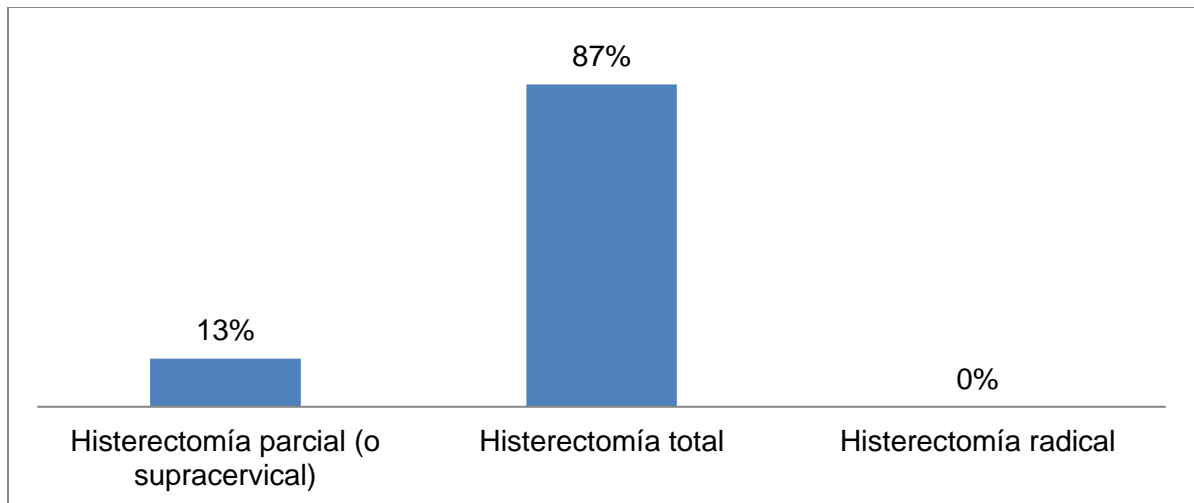
Gráfico 7: Presencia de factor en el momento del parto

Fuente: Expedientes clínicos de usuarias con Histerectomía.

Análisis e interpretación:

Los factores clínicos que generan un riesgo al momento del parto son: el 16% (5) de acretismo placentario, el 13% (4) presento THE: Preeclampsia, Eclampsia/ Síndrome de Hellp, en un 13% (4) el Uso de oxitocina durante el parto, el 13% (4) embarazo múltiple, el 10% (3) trabajo de parto prolongado, en el 6% (2) Corioamnionitis, en un 6% (2) Macrosomía fetal, con similitud de proporción de 6% (2) se presentó desprendimiento prematuro de la placenta y el con el 3% (1) Polihidramnios y otro 3% (1) restante placenta previa, por lo que se detectaron factores que generaron un riesgo a presentar complicación en el parto que este caso fue hemorragias severas que llevo a la histerectomía.

Gráfico 8: Tipo de histerectomía realizada

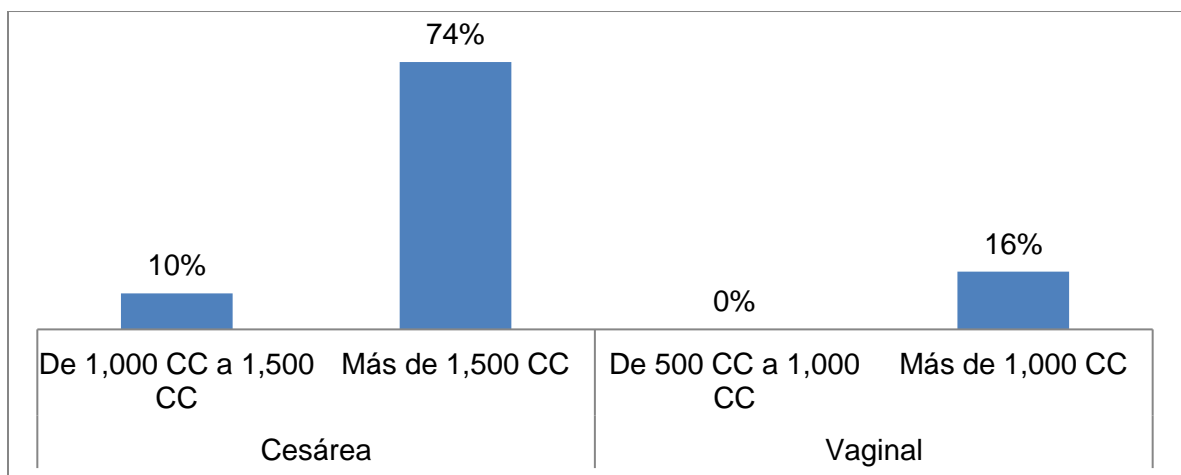


Fuente: Expedientes clínicos de usuarias con Histerectomía.

Análisis e interpretación:

En un 87% (27) se les realizó hysterectomía total, lo que quiere decir que debido al sangrado se le realizó una extirpación del útero y el cuello uterino, esto como una medida para cesar el sangrado y disminuir riesgo de mortalidad.

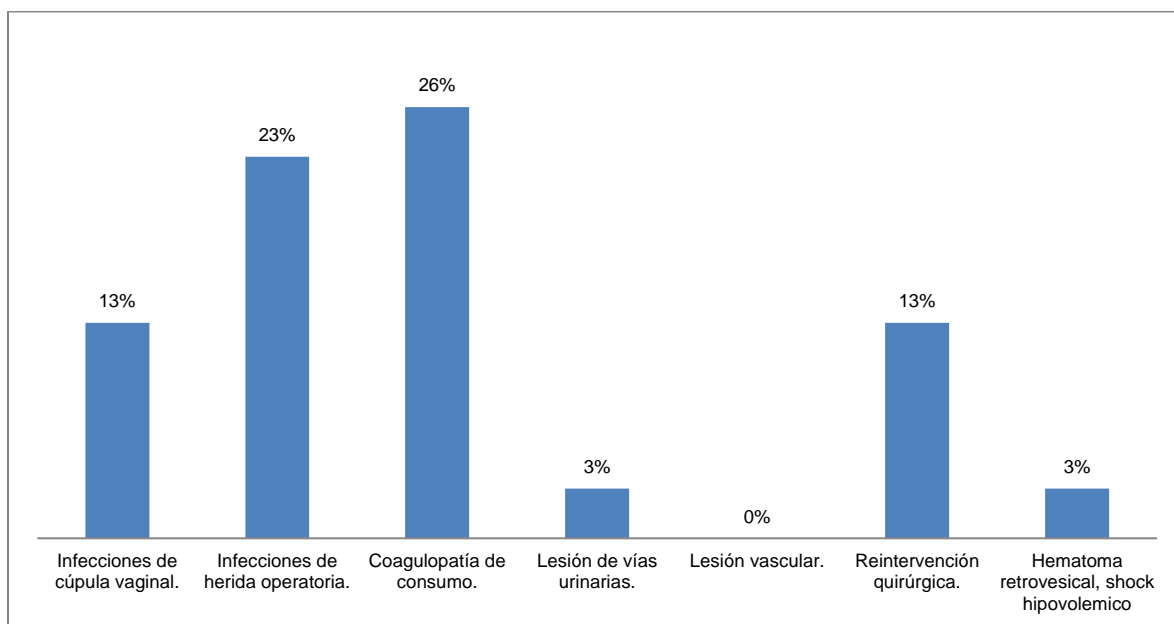
Gráfico 9: Volumen de sangrado de las usuarias



Fuente: Expedientes clínicos de usuarias con Histerectomía.

Análisis e interpretación:

Según la revisión de expedientes clínicos el volumen de sangrado presentado por las pacientes fue en su mayoría el 74% (23) de 1,000 cc a 1,500 cc, pero es de destacar que en 16% (5) supera los 1,500cc consideradores este volumen como una hemorragia obstétrica severa que se caracteriza por una perdida masiva de sangre que pueden conllevar a complicaciones y generar riesgo de muerte en las mujeres, por lo que se realizó la histerectomía como medida ya que el manejo médico y quirúrgico conservador que se utilizó no fue efectivo.

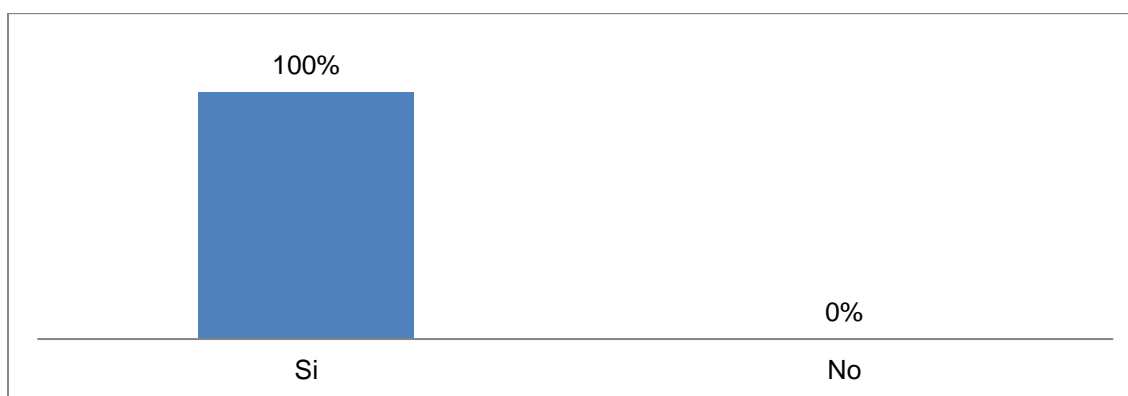
Gráfico 10: Presencia de complicaciones post parto

Fuente: Expedientes clínicos de usuarias con Histerectomía.

Análisis e interpretación:

Las complicaciones presentadas post parto en un 26% (8%) coagulopatía de consumo, siendo esta la principal complicación de una hemorragia obstétrica masiva, mientras que en el 23% (7) de las mujeres se presentó infecciones de sitio quirúrgico, en el 13% (4) Infecciones de cúpula vaginal y con igualdad de 13% (4) se presentó la reintervención quirúrgica, estas pueden conllevar a una mayor estancia hospitalaria como también mayor tiempo de recuperación.

Gráfico 11: Ingresó de las pacientes a UCI

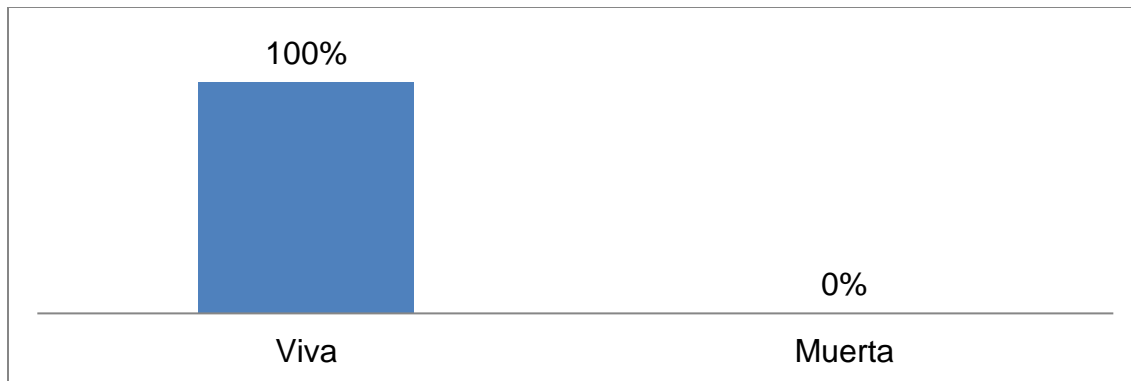


Fuente: Expedientes clínicos de usuarias con Histerectomía.

Análisis e interpretación:

En su totalidad las usuarias el 100% (31) de las que se les realizó hysterectomía fueron ingresadas a UCI, debido al estado crítico y la presencia de complicaciones este panorama es común.

Gráfico 12: Estado de alta de la usuaria



Fuente: Expedientes clínicos de usuarias con Histerectomía.

Análisis e interpretación:

En su totalidad el 100% (31) de los casos que se les realizó histerectomía su estado de alta fue favorable y satisfactorio, sin tasas mortalidad.

5.0 DISCUSIÓN

Dentro de las características epidemiológicas sociodemográficas de las pacientes que integraron el estudio, la mayoría de ellas el 52% oscilaban entre las edades de 21 a 30 años, el

52% es de escolaridad básica, el 77% que son de ocupación domésticas, el 58% provenían de zona rural.

En el estudio de Menéndez Cabrera en el 2019 en el Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”, el 51.8% de las pacientes fue de 30-45 años, el 63.7% del área urbana, el 45.1% fue bachillerato, el 69.6% eran solteras; En el realizado por Tineo Medina, Luz Yasmine en el 2021 en la Universidad César Vallejo, la mayoría de pacientes analizadas con histerectomía presentaron edad avanzada el 47.7%, tienen instrucción es decir estudios el 27.7%, son casadas en un 49.2%, no tienen ocupación el 31.5% y de procedencia urbana en un 32.3%.

Por lo que se observa la alta frecuencia de histerectomía en los estudios entre las edades adultas, observando un mejor grado de escolaridad en el estudio de Menéndez Cabrera ya que son de bachiller, y generando mas riesgo de procedencia en el estudio realizado, ya que son de área rural. Por lo que se describen más factores sociodemográficos vinculados en el estudio realizado en el Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel en comparación a los otros estudios.

Dentro de las características clínicas presentes en el estudio que pudieran generar un riesgo de complicación en el parto, en un 45% multiparidad, el 35% cesárea previa, como el 16% antecedentes de hemorragia post parto y el 3% tabaquismo,. Dentro de los factores clínicos que generan un riesgo al momento del parto son: el 16% de acretismo placentario, el 13% presento THE: Preeclampsia, Eclampsia/ Síndrome de Hellp, en un 13% el Uso de oxitocina durante el parto, el 13% embarazo múltiple, el 10% trabajo de parto prolongado, en el 6% Corioamnionitis, en un 6% Macrosomía fetal, con similitud de proporción de 6% se presentó desprendimiento prematuro de la placenta y el con el 3% Polihidramnios y otro 3% restante placenta previa.

En el estudio de Menéndez Cabrera las pacientes sometidas a histerectomía abdominal, al grupo de paridad mayor de 3 partos con un total de 73 pacientes, que corresponde al 54%, el

61.49% tenía al menos una morbilidad, siendo la más frecuente la hipertensión y obesidad, 13.4% tenían abortos previos, el 68.8% tenían cirugías previas, en el de Tineo Medina, Luz Yasmine, la mayoría de pacientes analizadas con histerectomía son multigestas en un 46.9%, tienen una edad gestacional x FUM de 39 semanas en un 26.9%, se encontraron en 1er trimestre de semanas de atención prenatal en un 38.5%, tuvieron más de 6 atenciones prenatales en un 33.8% y presentaron enfermedades durante el embarazo en el 43.1% de las pacientes.

Se observa la presencia de factores clínicos en los 3 estudios siendo mas frecuente la multiparidad, lo cual genera el riesgo de una histerectomía como se presento en las 3 investigaciones citadas.

Las complicaciones presentadas post parto en el estudio realizado en el Hospital Nacional San Juan de Dios, de San Miguel, en un 26% coagulopatía de consumo, siendo esta la principal complicación de una hemorragia obstétrica masiva, mientras que en el 23% de las mujeres se presentó infecciones de sitio quirúrgico, en el 13% Infecciones de cúpula vaginal y con igualdad de 13% se presentó la reintervención quirúrgica, el 100% de las que se les realizo histerectomía fueron ingresadas a UCI, debido al estado crítico y la presencia de complicaciones este panorama es común, sin tasas mortalidad.

En el estudio de Menéndez Cabrera La mayoría de las pacientes sometidas a histerectomia abdominal de ellas 7 pacientes presentaron alguna complicación, representando el 5.2%, en el de Tineo Medina, Luz Yasmine, las pacientes que se realizaron histerectomía, el 12.3% de ellas presentaron complicaciones. Y de las complicaciones analizadas, a 40% de ellas se le aplicó cesárea, seguido de un 12.3% que tuvo expulsivo prolongado.

Se observa una frecuencia mas alta de complicaciones en el estudio realizado en el Hospital Nacional San Juan de Dios, de San Miguel presentando mas variedad de complicaciones.

6.0 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1 Conclusiones.

Al realizar la revisión de expedientes clínico para búsqueda de características y factores que generaron un riesgo para la realización de histerectomía, se evidenciaron característica de tipo socio demográfica tales como edad de 21 a 30 años aunque existieron grupo de edad temprana que se relaciona a inmadurez reproductiva y también se presentó edad adulta arriba de 40 años que también afecta a un proceso de gestación y que se conlleva a complicación de sangramiento, el estado civil que más se presento fue acompañada.

Entro otro factor presentado fue a escolaridad que en mayoría fue de tipo básica, siendo empleadas domésticas y de procedencia rural, todos estos elementos se relacionan a la presencia de factores del entorno o culturales que afectan al acceso de la salud.

Dentro de los factores que pudieran generar un riesgo de complicación en el parto, se presentó multiparidad, cesáreas previas, antecedentes de hemorragia post parto y tabaquismo, dentro de los factores clínicos que generan un riesgo al momento del parto son: Acretismo placentario, uso de oxitocina durante el parto, embarazo múltiple, THE: Preeclampsia, Eclampsia/ Síndrome de Hellp, trabajo de parto prolongado, presencia de Corioamnionitis, Macrosomía fetal, desprendimiento prematuro de la placenta y en baja frecuencia Polihidraminos y placenta previa.

Se le realizó a las usuarias una extirpación del útero y el cuello uterino, es de histerectomía total, con volúmenes de sangrados de 1,000 cc a 1,500 cc, y otro grupo supero los 1,500cc, que llevaron en su mayoría las complicaciones post parto como Coagulopatía de consumo, infecciones de herida operatoria e infecciones de cúpula vaginal y todas las pacientes fueron ingresadas a UCI para el cuidado de pacientes crítico y seguimiento en el proceso de recuperación en la cual tasa de mortalidad fue cero.

6.2 Recomendaciones.

Al Ministerio de Salud de El Salvador:

- Reforzar los programas de atención e identificación temprana de los factores de riesgo, de acuerdo al nivel de atención que le corresponde.

Al Hospital Nacional San Juan de Dios:

- Reforzar la aplicación de normativas a través de las capacitaciones y talleres de educación continua de los manejos médicos y quirúrgicos relacionados a la hemorragia post parto.

A los médicos de especialidad de Ginecología y Obstetricia:

- Actualizar sus conocimientos médicos, obstétricos y quirúrgicos en relación al actuar en los casos de sangrados post parto e hysterectomía.
- Detectar a tiempo los casos que necesitan la realización de hysterectomía en razón de disminuir las complicaciones asociadas a la hemorragia obstétrica y aumentar el pronóstico de recuperación de las pacientes.

7.0 BIBLIOGRAFÍA

Asociación Médica Mundial. (2017). Retrieved 13 de septiembre de 2023, from DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA AMM – PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LAS INVESTIGACIONES MÉDICAS EN SERES HUMANOS: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

- Fernández Lara, J. e. (2017). Tasa de hemorragia, histerectomía obstétrica y muerte materna relacionada. *Ginecol Obstet Mex*, 85(4).
- 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 .
- Malvino, E. (2017). *Hemorragias Obstétricas Graves*. Buenos Aires, Argentina: Summary.
- Menéndez Cabrera, M. A. (2019). *Caracterización epidemiológica y clínica de casos de pacientes con histerectomía abdominal total electiva por técnica abierta, Hospital Nacional De La Mujer julio 2017 - junio 2018” (Tesis de post grado)*. San Salvador : Uuniversidad de El Salvador .
- Ministerio de Salud. (2015). *Lineamientos técnicos para la implementacion del codigo rojo*. San Salvador: MINSAL.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *La Hemorragia Postparto (Boletin Informativo)*. Retrieved 12 de mayo de 2023, from PAHO: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54207/boletinhemorragias_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Mortalidad materna*. Retrieved 20 de marzo de 2023, from WHO: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Organización panamericana de la Salud. (2015). *La hemorragia postparto*. Retrieved 20 de marzo de 2023, from PAHO: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54207/boletinhemorragias_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Piotto, K. L. (2022). Epidemiología y factores asociados a la histerectomía en un grupo de mujeres. *Research, Society and Development*, 11(7).

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

Silva Mesquita, Y. C. (2021). Perfil epidemiológico dos casos de histerectomia em um Hospital Universitário Terciário. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 54(1).

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. *Rev. chil. obstet. ginecol*, 82(4).

ANEXOS

Anexo 1: Hoja de recolección de datos

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



OBJETIVO: Determinar las características de las pacientes con hysterectomía secundaria a hemorragia postparto en el Hospital San Juan de Dios de San Miguel, de enero del 2020 a junio del 2023.

CODIGO:

FECHA:

Interrogantes:

I. Perfil socio demográfico.

1- Edad de la usuaria:

Menos de 15 años	16 a 20 años	21 a 30 años	31 a 40 años	Mayor de 41 años

1- Estado civil de la usuaria:

Soltera	Acompañada	Casada	Divorciada	Viuda

2- Escolaridad de la usuaria:

Básica	Bachillerato	Universitaria	Analfabetismo.

4- Ocupación laboral de la usuaria:

Ama de casa.	Empleo informal	Empleo formal

5- Procedencia de la usuaria:

Rural	Urbano

II. Factores obstétricos

6- La paciente presento alguno de los siguientes antecedentes:

	Si	No
Antecedentes de hemorragia postparto.		
Multiparidad.		
Cirugía uterina previa.		
Tabaquismo.		
Legrados uterinos previos.		
Cesárea previa		

7- La paciente presento alguno de los siguientes factores o patologías diagnosticadas en el embarazo:

	Si	No
Trabajo de parto prolongado.		
Uso de oxitocina durante el parto.		
Embarazo múltiple.		
Macrosomía fetal.		
Polihidramicos.		
Corioamnionitis		
Placenta previa.		
Desprendimiento prematuro de la placenta.		

Acretismo placentario.		
THE: Preeclampsia, Eclampsia/ síndrome de Hellp		
Trombofilias		
Corioamnionitis		

8- Tipo de histerectomía realizada:

Histerectomía parcial (o supracervical)	
Histerectomía total	
Histerectomía radical	

9- Cuál fue el volumen de sangrado.

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

III. Evolución clínica.

10- Se presentó alguna complicación:

	Si	No
Infecciones de cúpula vaginal.		
Infecciones de herida operatoria.		
Coagulopatía de consumo.		
Lesión de vías urinarias/ Lesión uretral/ Lesión vesical		
Lesión vascular.		
Reintervención quirúrgica.		

11- Se ingresó la paciente a UCI:

Si	No

12- Cuál fue el estado de alta de la usuaria

Viva	Muerta

Anexo 3: Presupuesto.

CANTIDAD	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO EN \$	PRECIO TOTAL EN \$
2	Computadoras	\$450.00	\$900.00
1	Impresora	\$40.00	\$40.00
2	Memorias USB	\$10.00	\$20.00
12	Bolígrafos	\$2.00	\$2.00
200	Fotocopias varias	\$0.05	\$10.00
3 resma	Resma de papel bond tamaño carta	\$4.00	\$12.00
2	Cartucho de tinta negra	\$28.00	\$56.00
1	Cartucho de tinta de color	\$32.00	\$32.00
5	Folder	\$0.15	\$0.75
10%	Imprevisto		\$112.4
	TOTAL		\$1,235.15