

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**“PREVALENCIA DE HISTERECTOMÍA EN HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL
HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO G. PAULSON EN EL PERIODO OCTUBRE
2015 - OCTUBRE 2018”**

AUTOR(ES):

ALVAREZ ALVARADO VIVIANA SOLEDAD

BORJA SÁNCHEZ ADRIANA LETTICIA

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de
MÉDICO**

TUTOR:

DR. SOLÍS VILLACRES EMILIO JOSÉ

Guayaquil, Ecuador

30 de abril del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **ALVAREZ ALVARADO VIVIANA SOLEDAD y BORJA SÁNCHEZ ADRIANA LETTICIA**, como requerimiento para la obtención del Título de **MÉDICO**.

TUTOR (A)

f. _____

Dr. Solís Villacrés Emilio José

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.

Guayaquil, a los 30 del mes de abril del año 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **ALVAREZ ALVARADO VIVIANA SOLEDAD**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE HISTERECTOMÍA EN HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO G. PAULSON EN EL PERIODO OCTUBRE 2015 - OCTUBRE 2018** previo a la obtención del Título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 30 del mes de abril del año 2019

AUTOR

f. _____
ALVAREZ ALVARADO VIVIANA SOLEDAD



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **BORJA SÁNCHEZ ADRIANA LETTICIA**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE HISTERECTOMÍA EN HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO G. PAULSON EN EL PERIODO OCTUBRE 2015 - OCTUBRE 2018** previo a la obtención del Título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 30 del mes de abril del año 2019

AUTOR

f. _____
BORJA SÁNCHEZ ADRIANA LETTICIA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **ALVAREZ ALVARADO VIVIANA SOLEDAD**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE HISTERECTOMÍA EN HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO G. PAULSON EN EL PERIODO OCTUBRE 2015 - OCTUBRE 2018**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 30 del mes de abril del año 2019

AUTOR:

f. _____
ÁLVAREZ ALVARADO VIVIANA SOLEDAD



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **BORJA SÁNCHEZ ADRIANA LETTICIA**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE HISTERECTOMÍA EN HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO G. PAULSON EN EL PERIODO OCTUBRE 2015 - OCTUBRE 2018**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 30 del mes de abril del año 2019

AUTOR:

f. _____
BORJA SÁNCHEZ ADRIANA LETTICIA

REPORTE DE URKUND



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS prevalencia de histerectomía en hemorragia
postparto.docx (D51039941)
Submitted: 4/25/2019 4:37:00 AM
Submitted By: adrianaborjasanchez16@gmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dra. Katusca Lorena Hernández Velastegui

f. _____

Dra. Isabel María Salcedo Velarde

f. _____

Dr. Vicente Enrique Yuen Chon Monroy

INDICE GENERAL

REPORTE DE URKUND.....	VII
INDICE GENERAL	IX
Introducción	2
Objetivos	5
1.1 Objetivo general	5
1.2 Objetivos específicos.....	5
Marco teórico.....	6
1.1 Definición.....	6
1.3 Incidencia	7
1.4 Etiología.....	8
1.6 Tratamiento.....	9
Histerectomía	13
2.1 Generalidades	13
2.2 Tipos de Histerectomía	13
2.2.1 Histerectomía abdominal.....	14
2.2.2. Histerectomía vaginal	14
2.2.3 Histerectomía total y subtotal y sus complicaciones.....	14
2.3 Histerectomía en Hemorragia Postparto.....	15
Materiales y métodos.....	17
Población de estudio.....	17
Criterios de exclusión.....	19
Resultados, tablas y figuras.....	20
Discusión.....	26
Conclusión	27
Bibliografía.....	29

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Relación entre el tipo de hemorragia postparto vs. Histerectomía.....	32
Tabla 2: Cálculo de chi cuadrado de tipo de hemorragia postparto e histerectomía.....	33
Tabla 3: Etiología de histerectomías.....	34
Tabla 4: Frecuencia de las edades en hemorragia postparto.....	35
Tabla 5: Prevalencia de edades en histerectomía.....	36

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Frecuencia de histerectomías.....	31
Gráfico 2: Frecuencia de tipos de hemorragia postparto.....	32
Gráfico 3: Frecuencia de etiologías en hemorragia postparto.....	33
Gráfico 4: Frecuencia de factores de riesgo en hemorragia postparto.....	34

Resumen

El principal objetivo fue determinar la prevalencia de histerectomías realizadas a gestantes que presentaron hemorragia postparto, a través de un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, a partir de 172 casos de hemorragia postparto temprana y tardía, mediante sus historias clínicas recabadas en el Hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson entre octubre 2015 y octubre 2018, quienes cumplieron criterios de inclusión (hemorragias posparto inmediata, hemorragia posparto secundaria o tardía, histerectomía entre 15 y 44 años). Entre los resultados que se obtuvieron fueron 115 casos que corresponden a hemorragias postparto inmediatas y 57 casos a hemorragias postparto tardías, de las cuales se llegaron a realizar 28 histerectomías en mujeres con paridad satisfecha; como último recurso emergente para salvar la vida de la madre. Entre las principales causas se obtuvo en primer lugar a la atonía uterina 69,8% seguida de trauma obstétrico 18%, retención de tejidos 11%, la hemorragia postparto estuvo fuertemente asociada a cicatriz uterina previa o cesáreas anteriores 29,7% y placenta previa 18,6%.

Palabras clave: Hemorragia postparto, Histerectomía, Atonía uterina

Abstract

The main objective was to determine the prevalence of hysterectomies in pregnant women who presented postpartum hemorrhage, through a descriptive, retrospective study, from 172 cases of early and late postpartum hemorrhage, through their medical records collected at the Hospital Alfredo G Paulson between October 2015 and October 2018, who met inclusion criteria (immediate postpartum haemorrhage, secondary or late postpartum hemorrhage, hysterectomy between 15 and 44 years). Among the results obtained were 115 cases corresponding to early postpartum haemorrhage and 57 cases to late postpartum hemorrhage, of which 28 hysterectomies were performed in women with satisfied parity; as a last emerging resource to save the life of the mother. Among the main causes obtained was first 69,8% uterine atony followed by obstetric trauma 18%, tissue retention 11%, postpartum hemorrhage was strongly associated with prior uterine scar or previous cesareans 29,7% and 18,6% placenta previa.

Key Words: Postpartum hemorrhage, hysterectomy, uterine atony.

Introducción

La hemorragia postparto es responsable del 25% de muertes maternas a nivel mundial y es la segunda causa más frecuente en el Ecuador, siendo su principal etiología prevenible la atonía uterina, seguida de la placentación anormal y cada uno representa del 30% al 50% de hemorragias postparto; en mujeres con ciertas características y patologías predisponentes tales como: edad avanzada, multiparidad, preeclamsia, coagulopatías, entre otros. (1,2) La histerectomía representa la indicación más importante para detener la hemorragia uterina severa, en donde previamente hayan fallado las medidas conservadoras. (3)

Para el control de hemorragia postparto excesiva o severa, se aplican diversas intervenciones reversibles, sean estas terapéuticas no invasivas, métodos mecánicos y por último la histerectomía como procedimiento radical e irreversible.(2) El principal objetivo de nuestro estudio es demostrar, como el uso emergente de histerectomía ha logrado salvar la vida materna y ha reducido las complicaciones posteriores a esta, no produce efectos adversos y no requiere de una revisión crónica por largos periodos. (3)

Para aquellas pacientes que inevitablemente requieran histerectomía, la realización inmediata del procedimiento favorece disminuyendo el uso de transfusiones y probablemente a una menor mortalidad materna, ya que el uso de métodos conservadores de la fertilidad trae consigo una mayor pérdida de sangre con un aumento del tiempo previo al uso de la histerectomía de emergencia.(5) Por lo tanto, se debe recalcar que las medidas conservadoras de la fertilidad se deben agotar de

manera secuencial y rápida para que la intervención quirúrgica sea iniciada de manera inmediata, si la paciente lo requiere para preservar su vida.(5,6)

Por lo expuesto, el personal médico, ginecólogo, obstetra y anesthesiólogo, deben estar preparados ante la posible necesidad de realizar una histerectomía emergente, especialmente en pacientes con factores de riesgo significativos o hemorragias postparto intensas. (1-3) Es necesario que todas las unidades de salud de segundo y tercer nivel cuenten con suministros y quirófanos previamente evaluados y una ágil acción por parte del personal para escoger el tratamiento más oportuno.

Antecedentes

Se considera hemorragia postparto a la pérdida mayor de 1000 ml de sangre durante una cesárea, más de 500ml durante un parto vaginal o la presencia de hipovolemia posterior al sangrado dentro de las 24 horas del trabajo de parto. (14) La histerectomía posparto de emergencia es un procedimiento quirúrgico que generalmente se realiza como última medida para controlar la hemorragia masiva. (5)

La hemorragia postparto se presenta en un 6-11% de los nacimientos en todo el mundo y la causa más común es la atonía uterina con un 80%, entre otras causas importantes tenemos, trauma genital o laceraciones, ruptura uterina, distintos tipos de placenta previa y coagulopatías, entre otros.(1-3) Entre los factores de riesgo que predisponen a la hemorragia postparto incluyen tanto características maternas y obstétricas, siendo: edad de la madre, paridad, edad gestacional, inducción del parto, cesáreas previas; es importante remarcar que las características sociodemográficas, raza, tipo de hospital, juegan un papel importante que predispone a la hemorragia masiva. (1-3,9) Es necesario tomar en cuenta la implementación de todo tipo de

medidas de prevención, ya que esto contribuye a la disminución de morbilidad materna.

Justificación

Las gestantes cuyos factores de riesgo predisponentes sean significativos para desencadenar hemorragia, necesitan de medidas que van desde el plan terapéutico conservador, hasta el uso en última instancia de histerectomía; en el caso de las pacientes que inevitablemente requieren histerectomía, la pronta realización de esta intervención reduce el riesgo de muerte materna, así como complicaciones propias del postquirúrgico. (12,14)

Por lo cual, decidimos la realización del estudio para conocer el número de pacientes que requirieron la histerectomía como medida de salvataje en hemorragia postparto.

Objetivos

1.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de la histerectomía como tratamiento definitivo en pacientes con hemorragia postparto en el Hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson en el periodo octubre 2015- octubre 2018.

1.2 Objetivos específicos

- 1) Determinar la prevalencia de etiologías en hemorragia postparto e histerectomías.
- 2) Determinar los factores de riesgo de las pacientes con hemorragia postparto.
- 3) Identificar el grupo etario con mayor prevalencia de hemorragia postparto e histerectomía.
- 4) Determinar la relación entre el tipo de hemorragia postparto e histerectomías de emergencia.

Marco teórico

1.1 Definición

Dentro del capítulo de hemorragias obstétricas, la hemorragia posparto representa el 75 % de los casos de puerperio patológico. (1-3) La hemorragia postparto es una emergencia obstétrica y además es una de las principales causas de muerte materna en el mundo, por esta razón es muy importante que el médico detecte los factores de riesgo de la paciente para una correcta prevención durante las consultas por controles prenatales, para un posterior diagnóstico temprano y de esta manera brindar el tratamiento más adecuado, según las necesidades del caso. (1-3) Los retrasos en el seguimiento de las medidas establecidas en protocolos para esta emergencia producen un aumento en los riesgos de muerte materna, siendo uno de los principales problemas en el diagnóstico inmediato, la cuantificación subjetiva de la pérdida de sangre. (1-3)

Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) se define a la hemorragia posparto como la pérdida de sangre que supera los 500 ml en un parto vaginal y los 1.000 ml en un parto por cesárea o también puede tratarse de cualquier pérdida sanguínea que implique inestabilidad hemodinámica y que esté relacionada con cualquier evento obstétrico. (14) Otro concepto que vamos a señalar es el dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la hemorragia obstétrica como la pérdida sanguínea de 500 ml, sin importar la vía de terminación del embarazo. (1-3)

1.2 Clasificación

Hemorragia posparto primaria o inmediata: Este tipo de hemorragia se produce en las primeras 24 horas posteriores a la expulsión del producto. Según la literatura médica la atonía uterina es la responsable de aproximadamente el 70% de las pacientes con hemorragia postparto inmediata y ésta se produce por una falla en el mecanismo de contracción miometrial, es decir la incapacidad del útero de contraerse y reestablecerse, posterior a la salida del feto. (1)

Hemorragia posparto secundaria o tardía: Se define así a la hemorragia que se produce entre las 24 horas y seis semanas luego del parto por vía vaginal o cesárea, cuya etiología puede ser debida a la retención de productos de la concepción, infección o ambas. (1)

1.3 Incidencia

De acuerdo a la OMS la mortalidad materna mundial se ha reducido aproximadamente en un 44% entre 1990- 2015, a pesar de la disminución en el porcentaje de muertes, las cifras siguen siendo altas en los países en desarrollo. Debido a estas cifras, la actual meta para reducir la tasa de muerte materna por hemorragia en el mundo es de menos de 70/100000 nacidos vivos en un periodo comprendido entre 2016-2030. (4)

Es importante tomar en cuenta que las edades extremas, tal es el caso de las adolescentes menores de 15 años, tienen más probabilidades de padecer una hemorragia postparto, por el hecho de ser un embarazo de alto riesgo. (9)

1.4 Etiología

Las causas más frecuentes de hemorragia postparto podemos agruparlas de forma nemotécnica en las 4T, que significan: tono (atonía uterina) 70%, traumatismo genital (desgarro del canal de parto) 20%, tejidos (retención de tejido placentario) 10% y por último las coagulopatías que representan menos del 1%. (1-3) La causa más común reportada, es decir la atonía uterina, se produce por una alteración en el fallo del mecanismo primario de hemostasia inmediata que ocurre después de la expulsión del producto. (1) Cuando se produce una alteración en los mecanismos de regulación, da como resultado una hemorragia postparto. La atonía también se presenta debido a la retención de tejidos placentarios y a la inversión uterina. (1-3)

Durante la salida del producto por el canal vaginal, se pueden producir traumas o desgarros sean en el cuello uterino, vagina o el perineo, estos ocupan aproximadamente el 20% de los casos responsables de la hemorragia posparto, y es posible diagnosticarlos mediante la revisión de la integridad de la placenta, lo cual incluye la inspección en búsqueda de pérdida de alguna membrana o cotiledón y además que el útero se encuentre contraído; una vez descartado esto, podemos sospechar de que el sangrado proviene de un traumatismo a nivel del canal de parto. (1-3)

La retención de la placenta o de los restos placentarios, corresponden al 10% de los casos, es decir que 30 minutos después del parto aún no se ha expulsado del todo la placenta, por esta razón se debe examinar cuidadosamente la cara materna de la placenta y contar que los cotiledones se encuentren completos. (1-3)

1.5 Factores de riesgo

Debemos tener en cuenta durante las consultas prenatales los factores de riesgo que presenten las pacientes para prevenir complicaciones al momento del parto o cesárea, a pesar de que un porcentaje aproximadamente de 66% no tienen un riesgo identificable. Entre las características obstétricas que han reportado mayor riesgo para desarrollar hemorragia postparto son: cicatrices uterinas previas, mujeres mayores de 35 años, parto prolongado, multiparidad, periodo intergenésico corto menor a 10 años, embarazo gemelar o múltiple, antecedentes de legrados uterinos, hemorragia en trabajo de parto previos, síndromes hipertensivos gestacionales, anemia materna, miomas uterinos, ingesta de medicamentos anticoagulantes, macrosomía o productos con un peso mayor a 4500 g y obesidad materna. (6-10)

1.6 Tratamiento

Para el manejo de la hemorragia es de vital importancia identificar la etiología y dependiendo de esto se determina la conducta a seguir. Por esta razón es muy útil recordar la nemotecnia de las 4T: tono, trauma, tejido y trombina. Entre las opciones tenemos: la administración de medicamentos uterotónicos, el masaje uterino, balón intrauterino, ligadura de arterias uterinas o hipogástricas, suturas compresivas como es el caso de la técnica de B-Lynch y por último la histerectomía ya sea total o subtotal en los casos de pacientes que no han respondido a los anteriores tratamientos ya mencionados. (11) A continuación hablaremos de las medidas que se deben seguir durante la hemorragia postparto.

La mejor forma de tratar la hemorragia es previniéndola, por tal razón se debe realizar una conducta activa en la tercera fase de trabajo del parto, mediante la administración

de uterotónicos posterior a la expulsión del producto, una correcta tracción del cordón umbilical, pinzar el cordón umbilical después de tres minutos o cuando el latido de la vena y arteria umbilical cese y el masaje uterino, conforman una serie de acciones que reducen más del 40% de riesgo de hemorragia posparto. (11, 14,15)

La oxitocina es el medicamento de elección y de primera línea para prevenir una hemorragia posparto, por su efectividad y efectos adversos mínimos; según la Guía de Manejo de la Atención al Parto del 2015 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (3) indica que la dosis inicial es en bomba de infusión 1000 cc de solución salina 0,9% más 10 UI de oxitocina, la dosis de aumento es de 1mU/min (6ml/h) se debe doblar hasta que se consiga una dinámica eficaz, el intervalo entre las dosis es de 30 minutos y la dosis máxima es de 30mU/min (180ml/h), en caso que se deba pasar la infusión en equipo de venoclisis, el goteo sería de la siguiente forma: la dosis de aumento 2 gotas/min (6ml/h) se dobla la dosis hasta que se consiga la respuesta deseada, el tiempo de intervalo entre las dosis es igual y la dosis máxima es de 60gotas/min. (3,14)

En caso de no encontrarse disponible la oxitocina, también se puede usar ergometrina o metilergometrina a una dosis de 0.2mg por vía intramuscular, estos medicamentos mencionados están contraindicados en pacientes con hipertensión, preeclampsia, cardiopatías o que estén recibiendo tratamiento para VIH con inhibidores de proteasa como delavirdina o nevirapina. (3, 14,15)

Entre los cuidados posteriores al trabajo de parto, es importante vigilar los signos vitales, sangrado residual o loquios y tono del útero de la paciente cada 15 minutos durante 2 horas, para prevenir una hemorragia severa durante el puerperio inmediato,

y de esta manera poder tomar medidas de rescate de forma rápida, para evitar que la paciente sufra un shock hipovolémico por hemorragia. (1,3)

En caso que ya se haya confirmado que la paciente presente una hemorragia postparto se debe comunicar al personal pertinente, iniciar la respectiva reanimación, reposición de líquidos y proveer oxigenación a la paciente, buscar la causa y detener el sangrado. Se deben colocar dos vías intravenosas de gran calibre 14 o 16 y suministrar hasta 2 litros de cristaloides en infusión rápida. Evaluamos el tono del útero, en caso que exista atonía se lo debe masajear y expulsar la sangre y coágulos retenidos, ya que no permiten que las contracciones musculares sean eficaces. Se debe preparar simultáneamente el manejo farmacológico, además se debe colocar una sonda vesical para monitorizar la diuresis de la paciente, la cual debe ser 30ml/h. (3,14,15)

Al finalizar la etapa del alumbramiento siempre se debe descartar la presencia de restos placentarios, posteriormente realizar una minuciosa inspección del cuello uterino, vagina y el perineo, buscando la posible existencia de un desgarro en el canal del parto y que pueda provocar hemorragia. (1-3) En caso de que exista retención de tejidos placentarios se procede a realizar el retiro manual o legrado instrumental uterino con ayuda de un anestesiólogo y tomando todas las medidas de precaución para evitar una perforación uterina. Si existen desgarros se deben reparar, o corregir una inversión uterina por una tracción apresurada del cordón y si se trata de coagulopatías congénitas o adquiridas se da un tratamiento específico. (1-3)

Si a pesar de haber realizado las correcciones ya mencionadas, la paciente continúa sangrando, se debe acudir a otros procedimientos y la elección dependerá de la experiencia del equipo. Entre las opciones se encuentran la: sutura de B-Lynch,

ligadura de arterias uterinas o hipogástricas, y en última instancia la histerectomía que es la opción más segura para el personal que no tenga mucha experiencia para realizar los otros métodos. (5,6)

La indicación más frecuente de histerectomía es la placenta previa con acretismo placentario en pacientes con antecedentes de cesáreas y además atonía uterina. Este procedimiento es una medida quirúrgica drástica absolutamente necesaria en casos de hemorragia posparto severa que no han respondido a los tratamientos previamente realizados. La transfusión de sangre y hemoderivados es administrada en la mayoría de las pacientes por presentar coagulación intravascular diseminada por consumo de factores de la coagulación, esta condición podría disminuir si la decisión de realizar la histerectomía no se retrasara tanto. El daño en el tracto urinario es la complicación más frecuente que se ha reportado, tal es el caso de una lesión vesical intraoperatoria que podría originar a futuro una fístula vesico-vaginal. Por otra parte. Para aquellas mujeres que desean preservar su fertilidad, podría realizarse una histerectomía subtotal; si el istmo o el cuello uterino se encuentran afectados como ocurre en la placenta previa acreta, es necesaria una histerectomía total y por lo tanto irreversible. (12,13,17)

Histerectomía

2.1 Generalidades

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico radical e irreversible que se puede usar después de un parto vía vaginal, cesárea, legrado o el puerperio. Entre los factores de riesgo que predisponen al uso de histerectomía postparto de tipo emergente tenemos: edad mayor de 35 años, cesárea previa, paridad múltiple o más de tres hijos. Las principales indicaciones para su uso, tenemos implantación anormal de la placenta, atonía uterina, trauma uterino y legrados e infecciones. (18)

Pese a que la histerectomía emergente presenta una baja mortalidad materna, presenta ciertas complicaciones tanto tempranas como tardías; entre las tempranas tenemos: choque hipovolémico y lesión vesical que por lo general es solucionada durante la cirugía y entre las tardías se puede presentar: coagulación intravascular diseminada, y prolapso o presencia de hematomas en la cúpula vaginal. Las complicaciones tardías que son poco frecuentes, están ligadas a la prolongada hospitalización. (18)

2.2 Tipos de Histerectomía

Existen dos tipos de histerectomía clasificados por su vía de acceso al útero: la histerectomía vaginal y abdominal; como alternativa de la histerectomía abdominal tenemos la histerectomía abdominal laparoscópica. La histerectomía también se la clasifica si esta es total o si preserva el cuello del útero o también llamada subtotal. (18,19)

2.2.1 Histerectomía abdominal

La histerectomía abdominal está indicada para patología como: miomatosis uterina, endometriosis, tumores malignos y benignos de útero y anexos, enfermedad inflamatoria pélvica, siendo la causa más frecuente de histerectomía abdominal los miomas uterinos. Una variante que está ganando mucha atención para la rama de ginecología es: la histerectomía laparoscópica total que consiste en el corte laparoscópico de los puntos de fijación del útero a la pared abdominal y posteriormente que este caiga para que sea extraído por vía vaginal. La histerectomía abdominal está indicada cuando existen patologías más complejas o si existe un canal vaginal estrecho, que no pueden ser intervenidas mediante vía vaginal y reduce el tiempo en el que la paciente permanece en el hospital. (19)

2.2.2. Histerectomía vaginal

La histerectomía de tipo vaginal está indicada para casos tales como: hemorragias uterinas anormales, lesiones pre malignas y malignas de útero y fibromas uterinos. Siempre y cuando exista un ángulo supra púbico favorecedor y un canal vaginal apropiado para el procedimiento y que las patologías no sean de alta complejidad. Una ventaja que puede ofrecer la histerectomía vaginal es que no existe afectación por manipulación de la cavidad abdominal, sin embargo la histerectomía abdominal favorece a que el cirujana posea un mayor campo operatorio frente a patologías de mucha mayor complejidad. (20)

2.2.3 Histerectomía total y subtotal y sus complicaciones

La principal complicación de la histerectomía total es la afectación al tracto urinario, por esta razón si existe riesgo de lesión de vejiga, se prefiere el uso de histerectomía

subtotal. Esto se debe a que la vejiga se encuentra en estrecha relación con el cérvix del útero en su porción anterior, anatómicamente también existe relación de los vasos uterinos con los uréteres, por lo tanto cualquier lesión del tracto urinario es menor si se decide conservar el cuello del útero. (21) Entre las desventajas de la histerectomía subtotal, tenemos que no es muy factible para controlar la hemorragia por placenta acreta, en este caso se prefiere el uso de la histerectomía total. (21)

La histerectomía subtotal presenta una gran ventaja sobre la total, en cuanto a las infecciones, ya que al no existir contacto entre el tracto vaginal y el abdomen, se reduce las posibles infecciones posteriores. (21)

La histerectomía es el último recurso usado en hemorragia postparto cuando se han agotado todas las medidas terapéuticas posibles, en caso de rotura uterina, placenta acreta y atonía uterina; siendo la placenta acreta la indicación más frecuente. En hemorragia postparto el tipo de histerectomía más usado es el de histerectomía total con conservación de anexos. (22)

2.3 Histerectomía en Hemorragia Postparto

La histerectomía de emergencia en la hemorragia postparto, es un procedimiento ginecológico que con frecuencia no es deseado ni planificado previamente. Es necesario recalcar que únicamente se puede llevar a cabo, mediante el trabajo de un equipo multidisciplinario capaz de manejar complicaciones médicas y quirúrgicas durante y después del parto. (23)

Estadísticas proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud, señalan que en América se existen 30000 muertes maternas al año por hemorragia postparto y

muchas de ellas pueden ser prevenibles, mediante una intervención quirúrgica de emergencia rápida y oportuna. Con el pasar de los años, si bien es cierto la histerectomía ha ido disminuyendo, porque se han desarrollado técnicas que preservan la fertilidad; es una intervención que se ha logrado perfeccionar, garantizando de esta manera un procedimiento radical pero exitoso. (24)

Como se ha nombrado anteriormente, la atonía uterina es la principal causa de hemorragia postparto, por lo tanto el reconocimiento de la misma es esencial para su intervención oportuna. El uso de métodos mecánicos y médicos, son opciones de tratamiento cuyo desenlace en su mayoría es exitoso. Sin embargo cuando la hemorragia se encuentra ligada a alteraciones de coagulación y signos de choque o inestabilidad hemodinámica, el siguiente paso debe ser un accionar rápido con intervención invasiva, que puede incluir: curetaje del útero después del parto o intervención quirúrgica abdominal con suturas de compresión, los cuales son tratamiento invasivos sencillos que junto a los fármacos uterotónicos conservan la fertilidad. (25). En ocasiones no es posible controlar las complicaciones que traen consigo la hemorragia y se opta por ponerle fin a la fertilidad de la madre mediante la histerectomía, y de esta forma preservar su vida.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, observacional de prevalencia, con base de datos estadísticos obtenidos de las diferentes historias clínicas del Hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson, con los CIE10 (O72.1 otras hemorragias posparto inmediatas , O72.2 hemorragia posparto secundaria o tardía O82.2 , cesárea con histerectomía) recolectados desde octubre del año 2015 a 2018 con una población de 172 pacientes, con edades entre 15 y 44 años , con el fin de establecer las causas y factores de riesgo más frecuentes de hemorragia postparto, y el uso de la histerectomía como último recurso para disminuir la morbimortalidad materna.

Población de estudio

La población estuvo conformada por pacientes hospitalizadas entre 15 y 44 años de edad en el Hospital de la Mujer Alfredo G Paulson y que presentaron hemorragia postparto temprana o tardía, dentro del periodo octubre 2015- octubre 2018 con diagnóstico Código CIE 10 nombrados a continuación:

- O72.1 Otras hemorragias posparto inmediatas
- O72.2 Hemorragia posparto secundaria o tardía
- O82.2 Cesárea con histerectomía.

Cabe recalcar que del grupo de historias clínicas seleccionadas, se eliminaron aquellas histerectomías que no se realizaron por causa obstétrica, por esta razón la población inicial que era de 180 gestantes se redujo a 172. Los criterios de inclusión

y exclusión usados para recopilar la base de datos y formar la muestra de la investigación fueron los siguientes:

Operacionalización de las variables

Variables de Asociación	Indicador	Valor Final	Tipo de Variable
EDAD	Historia Clínica	Años cumplidos	Numérica/ discreta
ATONÍA UTERINA	Historia Clínica	Si/ No	Nominal/ dicotómica
TRAUMA OBSTÉTRICO	Historia Clínica	Si/ No	Nominal/ dicotómica
RETENCIÓN TEJIDOS	Historia Clínica	Si/ No	Nominal/ dicotómica
ALTERACIÓN DE LA COAGULACIÓN	Historia Clínica	Si/ No	Nominal/ dicotómica
HEMORRAGIA POSTPARTO TARDÍA	Historia Clínica	Si/ No	Nominal/ dicotómica
HEMORRAGIA POSTPARTO INMEDIATA	Historia Clínica	Si/ No	Nominal/ dicotómica
HISTERECTOMÍA	Historia Clínica	Si/ No	Nominal/ dicotómica

CICATRIZ UTERINA PREVIA	Historia Clínica	Si/ No	Nominal/ dicotómica
DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA	Historia Clínica	Si/ No	Nominal/ dicotómica
PLACENTA PREVIA	Historia Clínica	Si/ No	Nominal/ dicotómica
HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	Historia Clínica	Si/ No	Nominal/ dicotómica
PREECLAMPSIA	Historia Clínica	Si/ No	Nominal/ dicotómica
ECLAMPSIA	Historia Clínica	Si/ No	Nominal/ dicotómica
ANEMIA	Historia Clínica	Si/ No	Nominal/ dicotómica

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Pacientes hospitalizadas entre 15 y 44 años, con diagnóstico de hemorragia postparto temprano o tardío y su tratamiento definitivo haya sido la histerectomía.

Criterios de exclusión

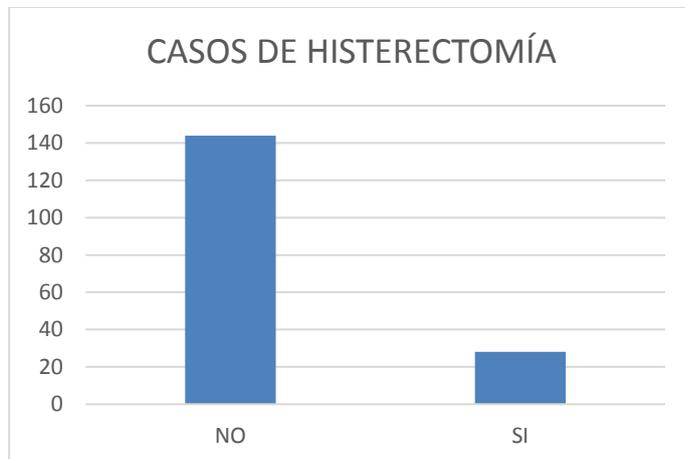
Pacientes cuyas histerectomías fueron realizadas por causas no obstétricas.

Diseño estadístico

Es una investigación observacional de tipo retrospectivo, revisando bases de datos de las historias clínicas de las pacientes, posterior a eso se analizan las variables que nos brinden los datos. Se almacenó los datos en hoja de Excel con las variables que se exponen a continuación y se realizó la tabulación, análisis y la validación de datos. También se recurrió al uso del valor P, para establecer valor de significancia entre variables.

Resultados, tablas y figuras

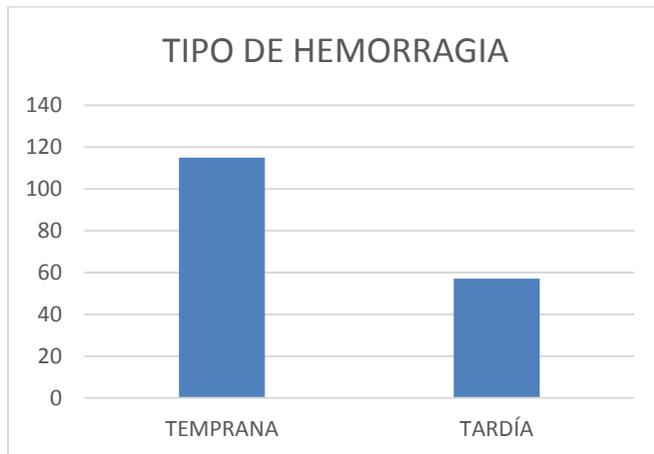
GRÁFICO 1: Frecuencia de histerectomías



(Alvarez V., Borja A. 2019)

En el gráfico 1 se observa que, de toda la población en estudio, 28 pacientes, es decir el 16,3% fueron sometidas a histerectomía luego de presentar hemorragia postparto.

GRÁFICO 2: Frecuencia de tipos de hemorragia



(Alvarez V., Borja A. 2019)

En el gráfico 2 se muestra el número de casos de los tipos de hemorragias reportadas, las cuales fueron en su mayoría de tipo temprano contando con 115 casos correspondientes al 67%, mientras que las tardías fueron solo 57 casos, es decir un 33% de nuestra población de estudio.

TABLA 1: Relación entre el tipo de hemorragia vs histerectomía

TIPOS DE HEMORRAGIA	HISTERECTOMIA
HEMORRAGIA TEMPRANA	89%
HEMORRAGIA TARDIA	10,70%

(Alvarez V., Borja A. 2019)

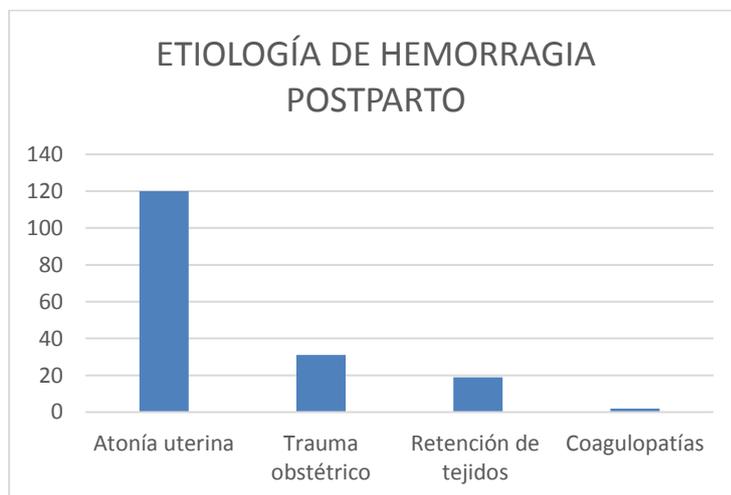
TABLA 2 Cálculo de chi cuadrado entre tipo de hemorragia e histerectomía

		Histerectomía
Hemorragia del tercer periodo	Chi-square	7,192
	df	1
	Sig.	,007*
Hemorragia posparto secundaria o tardía	Chi-square	7,591
	df	1
	Sig.	,006*

(Alvarez V., Borja A. 2019)

En la tabla 1 y 2 observamos el porcentaje de histerectomía dependiendo el tipo de hemorragia, en el caso de las primarias o tempranas con 25 casos representan un 89% de nuestra población y las de tipo tardía tan solo 3 casos, es decir un 10,70%. Ambos resultados son estadísticamente significativos.

GRÁFICO 3: Frecuencia de etiologías en hemorragia postparto



(Alvarez V., Borja A. 2019)

En el gráfico 3 se encuentran agrupadas las causas principales de hemorragia postparto, encontrando que la atonía uterina fue la responsable de 120 casos (69,8%)

tal como lo expresa la literatura médica, en segundo lugar, el trauma obstétrico 31 (18%), retención de tejidos 19 (11%) y coagulopatías 2 (1,2%).

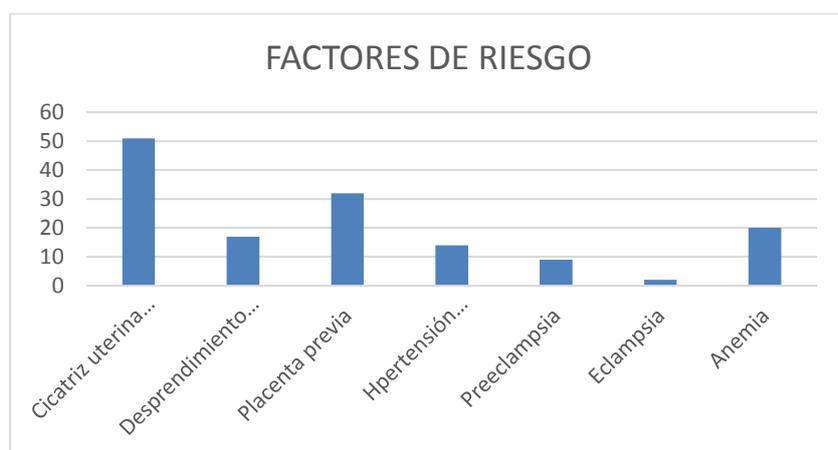
TABLA 3: Etiología de las histerectomías

ETIOLOGÍA	CASOS DE HISTERECTOMÍA
Atonía uterina	25
trauma obstétrico	0
Retención de tejidos	3
Coagulopatías	0

(Alvarez V., Borja A. 2019)

En la tabla 3 se observa la atonía uterina fue la responsable de la mayoría de las hemorragias postparto, en la tabla 4 además se muestra que, de estos 120 casos reportados, 25 pacientes fueron histerectomizadas a causa de atonía uterina.

GRÁFICO 4: Frecuencia de factores de riesgo en hemorragia postparto



(Alvarez V., Borja A. 2019)

Según las cifras de datos recolectados en el gráfico 4, el factor de riesgo más prevalente que predispone a desarrollar hemorragia postparto, es la cicatriz uterina

previa, mostrándose en 51 casos (29,7%), seguido de placenta previa con 32 casos (18,6%), seguido de anemia con una totalidad de 20 casos (11,6%) y en menor porcentaje los trastornos hipertensivos del embarazo.

TABLA 4: Frecuencia de las edades en hemorragia postparto

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15	1	0,60%
16	8	4,70%
17	5	2,90%
18	4	2,30%
19	3	1,70%
20	2	1,20%
21	7	4,10%
22	8	4,70%
23	3	1,70%
24	7	4,10%
25	5	2,90%
26	9	5,20%
27	7	4,10%
28	4	2,30%
29	10	5,80%
30	10	5,80%
31	12	7%
32	6	3,50%
33	2	1,20%

34	9	5,20%
35	9	5,20%
36	9	5,20%
37	9	5,20%
38	6	3,50%
39	2	1,20%
40	1	0,60%
41	4	2,30%
42	6	3,50%
43	2	1,20%
44	2	1,20%

(Alvarez V., Borja A. 2019)

La tabla 4 nos revela que la edad con mayor prevalencia que presentaron hemorragia postparto fue los 31 años con una cantidad de 12 pacientes (7%), seguido de las pacientes con 29 años y 30 años con 10 casos reportados en ambas edades (5,8%).

TABLA 5: Prevalencia de edades en histerectomía

TOTAL HISTERECTOMÍAS 2015-2018 SEGÚN RANGO DE EDAD			
RANGO DE EDAD	TOTAL	PORCENTAJE	
15-20	0	0.00%	
21-26	5	17.84%	
27-32	6	21.42%	
33-38	13	46.42%	
39-44	4	14.28%	
TOTAL	28		

(Alvarez V., Borja A. 2019)

En la tabla 5 se muestra que el grupo etario con mayor prevalencia de realización de histerectomía es el comprendido entre 33-38 años con 13 casos (46,42%), seguido de 27-32 años con 6 casos (21,42%), es importante señalar que en las adolescentes no se reportaron histerectomías.

Discusión

Nuestro trabajo de investigación realizado en el Hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson, durante el periodo de octubre 2015-octubre 2018, obtuvo 172 casos de pacientes que presentaron hemorragia postparto, de las cuales 115 (67%) correspondieron a hemorragia temprana y los 57 casos restantes (33%) a las de tipo tardío. Estos se asemejan a los datos publicados en un estudio epidemiológico, observacional, analítico, efectuado en el periodo de enero 2004- junio 2014 en el Complejo Hospitalario Universitario Ourense en España, la Jefa del Área de Ginecología y Obstetricia, la Dra. Esther Álvarez-Silvares en colaboración con otros médicos encontraron (11), cifras correspondientes a hemorragia primaria o temprana fueron del 79,6% y la de tipo tardía o secundaria formó parte del 18,5%. (9)

Otro dato muy interesante proporcionado de la base de datos de nuestro estudio fue: de los 172 casos, solo 28 pacientes (16,3%) fueron histerectomizadas, de las cuales la atonía uterina fue la responsable en el 89,28% de casos, seguido de la retención de tejidos placentarios con 10,7%. Según la Guía del Ministerio de Salud Pública del Ecuador sobre la Hemorragia Postparto, la atonía uterina puede alcanzar aproximadamente hasta el 70% de estos casos, como observamos en nuestro estudio, ésta fue la principal etiología, es decir que se corrobora este hecho. (1) Según el

estudio realizado en la clínica Las Condes, la principal etiología de hemorragia postparto fue el acretismo placentario con un 61,8% es decir 21 casos, seguido de la atonía uterina con un 20,6% refiriendo 7 casos. (16)

x (9)

El grupo etario con mayor frecuencia de hemorragia fue el comprendido entre 27 – 32 años, siendo la edad de 31 que representó el 7% con 12 pacientes, además a 13 mujeres (46,42%) con la edad comprendida entre 33- 38 años fueron histerectomizadas, dato que se correlaciona con la literatura que indica a la edad como factor de riesgo cuando ésta es superior a los 30 años, debido a una menor contractilidad. (9)

Entre las limitaciones de nuestro estudio podemos mencionar que, a pesar de haber extendido nuestra línea de tiempo con el fin de recabar mayor cantidad de datos, no se pudo conseguir una muestra más representativa, contando solo con 180 pacientes en un principio, de los cuales excluimos 8 debido a que no cumplían con los criterios de inclusión.

Conclusión

De toda la población de nuestro estudio es decir 172 pacientes, 28 de estas fueron histerectomizadas representando un 16,3%. Otro de los datos que encontramos fue la mayor prevalencia de hemorragia de tipo primaria o inmediata de 67%; y las de tipo tardía 33%, la principal etiología fue la atonía uterina con un 69,80%. Entre los factores de riesgo más destacados podemos mencionar la cicatriz uterina previa con un 29,70% y la placenta previa con 18,60%; de los 172 casos. Según los datos obtenidos el grupo etario con mayor prevalencia de hemorragia fue el comprendido entre 27-32

años, la edad más prevalente fue 31 años con una cantidad de 12 pacientes (7%), seguido de las pacientes con 29 años y 30 años con 10 casos reportados en ambas edades (5,8%).

Bibliografía

1. Guía de Práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; Abril 2013. Disponible en. <http://salud.gob.ec>
2. Componente Normativo Materno. Consejo Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; agosto 2008. p 148-167.
3. Guía de Práctica Clínica. Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2015. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf
4. Datos y cifras sobre Mortalidad Materna [Internet]. OMS; Febrero 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. Rossi, A. Cristina MD., et al. Emergency Postpartum Hysterectomy for Uncontrolled Postpartum Bleeding: A Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology*: 2018; 115(3):637-644.
6. Govindappagari S., et al. Risk of Peripartum Hysterectomy and Center Hysterectomy and Delivery Volume. *Obstet Gynecol* 2016; 128:1215-1224.
7. Ariela L Marshall MD., et al. The impact of postpartum haemorrhage on hospital length of stay and inpatient mortality: a National Inpatient Samplebased analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*: 2017; 344.e4
8. Von Schmidt Auf Altenstadt J.F., et al. Pre-eclampsia increases the risk of postpartum haemorrhage: A nationwide cohort study in The Netherlands. 2013 *PLoS ONE* ; 8 (12).

9. Álvarez-Silvares E., García-Lavandeira S., Rubio-Cid P. Factores de Riesgo de la Evolución de la Hemorragia Posparto a Hemorragia Posparto Severa: estudio de casos y controles. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2015; 83(7): 437-446.
10. Nyfløt Lill T., Stray-Pedersen B., Forsén L., Vangen S. Duration of labor and the risk of severe postpartum hemorrhage: A case-control study. *PLOS ONE*. 2017; 12(4): 1-10. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0175306&type=printable>
11. Solari A., Wash A., Guerrero M., Enríquez G O. Hemorragia del Postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014; 25 (6): 993-1003.
12. Suárez González Juan., Santana Beltrán Yasmany., Gutiérrez Machado Mario., Benavides Casal Maria Elena. Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología [Internet]*. 2016 Dic [citado 2018 Ago 19] ;42(4):p464-473. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000400008&lng=es.
13. Fernández-Lara JA., et al. Tasa de hemorragia, histerectomía obstétrica y muerte materna relacionada. *Ginecol Obstet Mex*. 2017 abril;85(4):247-253. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n4/0300-9041-gom-85-04-00006.pdf>
14. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. 2012 May; 117 (2): 108-118.

15. Camacho-Castro Felipe., Rubio-Romero Jorge., Recomendaciones internacionales para el tratamiento médico de la hemorragia posparto. Revista Facultad Médica. 2016; 64(1): 87-92.
16. Robert S J, Ricci A P., Rodríguez A T., Pons G A. Histerectomía posparto: Experiencia de Clínica Las Condes. Revista Chilena Obstétrica-Ginecológica. 2010; 75(5) : 300- 305.
17. Kashani E, et al. Peripartum hysterectomy for primary postpartum hemorrhage: 10 years evaluation. Euro. J. Exp. Bio., 2012, (1): 32-36. Disponible en: www.pelagiaresearchlibrary.com
18. Reveles Vásquez J, et al. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. Revista de Ginecología y Obstetricia en México. 2008; 76(3) 156-160.
19. Celis Alfredo, Sandoval Ither. Histerectomía laparoscópica total: una nueva alternativa en cirugía endoscópica. Sociedad Peruana de Obatetricia y Ginecología. 2001; 47 (1): 27-36.
20. Rodríguez Hidalgo Nelson. La histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso: indicaciones, técnica y recomendaciones. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología. 1995; 21 (1).
21. Hernández Durán Daysi, Ferreiro Ricardo Manuel, Rodríguez Hidalgo Nelson, Díaz Garrido Dayami, Vera Fernández Venancio, Pérez García Nelcy. Some results from the abdominal total and subtotal hysterectomy in patients diagnosed with uteri myoma. Revista Cubana Obstetricia y Ginecología. 2010; 36 (4).
22. Karlsson H., Pérez Sanz C. Hemorragia Postparto. Anales Sis San Navarra. 2009 ; 32 (1): 159-167.

23. Huls Christopher. Cesarean Hysterectomy and Uterine- Preserving Alternatives. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2016; 43: 517-538.
24. Aguilar Ponce Susan., Safora Enríquez Omayda., Rodríguez Izquierdo Aldo. La histerectomía obstétrica como un problema vigente. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia.* 2012; 48(1): 107-116.
25. Forna F., Miles AM., Jamieson DJ. Emergency peripartum hysterectomy: a comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 2004; 190 (5): 1440-1444.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **ALVAREZ ALVARADO VIVIANA SOLEDAD**, con C.C: # **0704619253** y **BORJA SÁNCHEZ ADRIANA LETTICIA** con C.C # **0950852376** autoras del trabajo de titulación: **PREVALENCIA DE HISTERECTOMÍA EN HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO G. PAULSON EN EL PERIODO OCTUBRE 2015 - OCTUBRE 2018**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **30 de abril de 2019**

f. _____
ÁLVAREZ ALVARADO VIVIANA SOLEDAD
C.C: **0704619253**

f. _____
BORJA SÁNCHEZ ADRIANA LETTICIA
C.C: **0950852376**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	PREVALENCIA DE HISTERECTOMÍA EN HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO G. PAULSON EN EL PERIODO OCTUBRE 2015 – OCTUBRE 2018.		
AUTOR(ES)	Álvarez Alvarado Viviana Soledad Borja Sánchez Adriana Letticia		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Solís Villacrés Emilio José		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	30 de abril de 2019	No. DE PÁGINAS:	43
ÁREAS TEMÁTICAS:	GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA, PREVALENCIA DE HISTERECTOMÍA		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Hemorragia postparto, histerectomía, atonía uterina		
RESUMEN/ABSTRACT	<p>El principal objetivo fue determinar la prevalencia de histerectomías realizadas a gestantes que presentaron hemorragia postparto, a través de un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, a partir de 172 casos de hemorragia postparto temprana y tardía, mediante sus historias clínicas recabadas en el Hospital de la Mujer Alfredo G. Paulson entre octubre 2015 y octubre 2018, quienes cumplieron criterios de inclusión (hemorragias posparto inmediata, hemorragia posparto secundaria o tardía, histerectomía entre 15 y 44 años). Entre los resultados que se obtuvieron fueron 115 casos que corresponden a hemorragias postparto inmediatas y 57 casos a hemorragias postparto tardías, de las cuales se llegaron a realizar 28 histerectomías en mujeres con paridad satisfecha; como último recurso emergente para salvar la vida de la madre. Entre las principales causas se obtuvo en primer lugar a la atonía uterina 69,8% seguida de trauma obstétrico 18%, retención de tejidos 11%, la hemorragia postparto estuvo fuertemente asociada a cicatriz uterina previa o cesáreas anteriores 29,7% y placenta previa 18,6</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-959959772// +593-989168687	E-mail: adrianaborjasanchez16@gmail.com // vivianaalvareza@outlook.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Andrés Mauricio Ayón Genkoung		
	Teléfono: +593-4-2222024		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			