



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Prevalencia de histerectomía obstétrica en el manejo de hemorragia
postparto en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo
2022 – 2024.

AUTORES:

Torres Medina Neila Tatiana
Astudillo Martínez Klaren Joel

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

MÉDICO

TUTOR:

Dr. Arroba Raymondi, Luis Fernando

Guayaquil, Ecuador

22 de septiembre del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Torres Medina Neila Tatiana y Astudillo Martinez Klaren Joel**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR (A)



firmado electrónicamente por:
**LUIS FERNANDO
ARROBA RAYMONDI**
validar únicamente con FirmaBC

f. _____

Dr. Arroba Raymondi, Luis Fernando

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dt. Aguirre Martinez, Juan Luis

Guayaquil, a los 22 del mes de septiembre del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, Torres Medina Neila Tatiana

Astudillo Martinez Klaren Joel

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de histerectomía obstétrica en el manejo de hemorragia postparto en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 – 2024** 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 22 del mes de septiembre del año 2025

AUTORES

f. _____



Firmado electrónicamente por:
**NEILA TATIANA
TORRES MEDINA**
Validado electrónicamente con FirmaEC

Torres Medina Neila Tatiana

f. _____

Klaren Joel
Astudillo
Martinez

Firmado digitalmente por
Klaren Joel Astudillo
Martinez
Fecha: 2025.09.11
18:58:38 -05'00'

Astudillo Martinez Klaren Joel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, Torres Medina Neila Tatiana

Astudillo Martinez Klaren Joel

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 obstétrica en el manejo de hemorragia postparto en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 – 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 22 del mes de septiembre del año 2025

AUTORES

f.  Firmado electrónicamente por:
NEILA TATIANA
TORRES MEDINA
Validar únicamente con FirmaEC

Torres Medina Neila Tatiana

Klaren Joel
Astudillo
Martinez

f.  Firmado digitalmente por
Klaren Joel Astudillo
Martinez
Fecha: 2025.09.11
18:58:38 -05'00'

Astudillo Martinez Klaren Joel

REPORTE COMPILATIO



INFORME DE ANÁLISIS
magister

TT, Torres Medina, Astudillo Martinez Avance 3, p75 (2)



Nombre del documento: TT, Torres Medina, Astudillo Martinez Avance 3, p75 (2).pdf
ID del documento: fae29ecd3deb4b98c4cc51f1b7d6dc7a8279aac
Tamaño del documento original: 588,2 kB
Autor: Klaren Astudillo Martinez

Depositante: Klaren Astudillo Martinez
Fecha de depósito: 27/8/2025
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 27/8/2025

Número de palabras: 5831
Número de caracteres: 38.516

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes de similitudes

Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.ucsg.edu.ec Complicaciones gineco-obstétricas en pacientes gestan... http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/23157/1/UCSG-C46-22673.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (50 palabras)
2	ESCALA DE KRAMER Y SU UTILIDAD EN LA DETECCIÓN CLÍNICA DE HIP... #b012e8 Viene de de mi grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (40 palabras)



Firmado electrónicamente por:
**LUIS FERNANDO
ARROBA RAYMONDI**
Validar únicamente con FirmaEC

f. _____

Dr. Arroba Raymondi, Luis Fernando

TUTOR

AGRADECIMIENTO

Con el corazón rebosante de gratitud expreso mi más sincero agradecimiento en primer lugar a Dios, por permitirme haber llegado hasta aquí, con salud y vida, por ser guía, refugio y paz en todo momento, por brindarme sabiduría, resiliencia y no dejarme caer en momentos de duda u oscuridad, pero sobre todo por permitir tener a mi lado a cada persona que fue parte de este proceso.

A mis padres Diego Torres Cabezas y Silvana Medina Guerrero, no tengo palabras para describir lo agradecida que estoy por su amor siempre incondicional, por sus consejos y por los valores que me han inculcado, han formado en mí una mujer fuerte y resiliente, gracias por no soltar mi mano durante este largo trayecto de formación, porque cuando he querido dejarlo todo, solo ustedes han podido levantarme con sus palabras de aliento, mi amor y gratitud para ustedes es infinito y sé que sin ustedes no lo hubiese logrado.

A Diego y Neil mis hermanos, gracias porque a pesar de no comprender mis palabras y términos médicos siempre me acompañaron en cada momento, me ayudaron a estudiar y estuvieron junto a mí en los momentos más difíciles como cuando no podía caminar sola, siempre tomaron mi mano para ayudarme a llegar a clases, gracias también por acompañarme en las noches y no permitirme estar triste, la vida ha sido mucho más llevadera porque los tengo a mi lado.

Agradecer con todo mi corazón a mis abuelitos Heriberto Medina y Etanislao Torres quienes en vida hicieron todo por verme feliz, me brindaron sus consejos y todo su apoyo para cumplir mis metas. A mis abuelitas Dalis Guerrero y Barbara Cabezas a quienes adoro con toda mi alma, que han estado presentes en cada etapa, en cada logro, en cada risa y en cada lloro, que me han brindado su apoyo, que han sido fuente de sabiduría, pero sobre todo fuente inagotable de amor incondicional y a quienes siempre puedo acudir para recibir su abrazo cálido para sentirme segura y protegida.

A mí querida prima Melanie Quiñónez Medina por ser siempre tú, porque al final del día siempre hemos sido nosotras, una para la otra, por estar presente siempre en todo y para todo, porque a pesar de estudiar carreras diferentes siempre he tenido tu ayuda y apoyo en mi vida académica, gracias por darme tu cariño y por brindarme tu energía y tus palabras de aliento cuando más lo he necesitado, sin duda alguna, eres parte esencial de este logro.

Gracias a mis tíos Liliana Medina y Carlos Quiñónez porque cuando he necesitado un escape, un tiempo, una ruta, ustedes sin duda han estado ahí, para aconsejarme, para brindarme cariño y apoyo, para abrirme un espacio en su hogar y en sus corazones, para demostrarme que puedo continuar y que el amor de la familia nunca termina.

A mí tía Tania Torres quien me ha brindado sus consejos y su apoyo, y quien sin importar la distancia siempre ha estado pendiente de mí.

A Milton, mi enamorado, que sin duda alguna ha sido una linda compañía, gracias por siempre estar, por ser mi compañero de estudios y de vida, por motivarme a ser mejor, como persona y como profesional, gracias por salvarme de mi misma, te amo colega.

A mis amigas del corazón Yanara, Yainel, Yulieth, Maria José, Nicole y Georgina, que a pesar de haber elegido carreras diferentes, han estado presentes en cada momento de este proceso y me han acompañado siempre, celebrando cada una de nuestras metas.

A Mónica, Mario, Angie, Pilar y Andres, gracias por hacer de la Universidad un segundo hogar, un lugar lleno de risas y cariño, gracias por siempre estar, los extraño y los quiero mucho.

A mis compañeras Giuliana, Yuksel y Yamina, quienes hicieron del internado una experiencia muy linda y agradable, se convirtieron en mis amigas y ahora también mis colegas, gracias por esas charlas en las largas horas de trabajo, acompañarnos hizo todo más acogedor, las quiero mucho.

A Klaren, mi compañero de aula y de tesis, tu compañía ha sido esencial para culminar este proceso, tu apoyo y tú predisposición han hecho de este un gran trabajo y una excelente experiencia, gracias por ser un gran compañero, el mejor que pude tener.

Gracias a mi tutor el Dr. Luis Arroba, quien con su sabiduría nos ha guiado durante este proceso académico, gracias por todo el conocimiento brindado y por forjarnos para ser unos excelentes profesionales.

Neila Tatiana Torres Medina

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios en primer lugar por haberme sacado del pozo en donde me encontraba, si no hubiera conocido al Todopoderoso no hubiera podido sacar la fuerza y resiliencia necesaria para seguir adelante. La verdad no tengo palabras suficientes para expresar lo cuan agradecido estoy con todas las personas que estuvieron a mi lado.

Estoy profundamente agradecido con los docentes de la universidad, con mis tutores del internado que todos fueron excepcionales y excelentes maestros, me enseñaron que esta carrera se trata de ser buena persona, de que sirve ser un tipo inteligente si no tienes corazón. A cada uno de ellos les mando mi eterna gratitud, que con convicción me supieron formar en un profesional cuya ambición y espíritu está creciendo cada vez más.

Ellos supieron sembrar en mi el deseo de aprender más cada día, seguir superándome, el poder del enfoque, la capacidad de ver mis errores para superarme cada día. Este agradecimiento no solo va a los maestros de medicina, si no también a los maestros con los que me he topado en la vida, mi profesor de beisbol, mi profesor de boxeo, todos ellos me han bendecido de uno u otra manera impartíendome un poco de lo que saben acerca de la vida, lo cual lo tengo presente en mi corazón.

A mi compañera Neila por siempre estar pendiente de nuestro trabajo, siempre supe que ella seria la compañera perfecta, dedicada, preocupada, pensando siempre en que se puede mejorar en esta investigación, doy gracias a Dios por haberme topado con ella en mis años dentro de la facultad.

Nunca me he considerado una persona que se ha mantenido con solo un grupo de estudio, a lo largo de la carrera supe acoplarme con los compañeros que me han tocado, así que agradezco eternamente a aquellos amigos que me ha dado la universidad, a cada uno de ellos los he amado de todo corazón, gracias por darme su amistad.

A mis padres que siempre me supieron apoyar a lo largo de este desafío, de ellos me llevo una gran enseñanza, siempre dar la milla extra, así como predicó Jesús.

Terminando con este agradecimiento, quisiera nombrar al Dr. Aguilar, cirujano general del Hospital Hosnag, me impartió del buen conocimiento y fue paciente conmigo. Él y yo teníamos algo en común, teníamos una curiosa atracción hacia los libros, dicha similitud nos hacía sentarnos afuera de su consultorio y tener largas conversaciones las cuales para mi nunca fueron suficientes. En su labor de amigo el me regaló una porción considerable de libros de su gran biblioteca, algo que pensaba nunca me iba a suceder, estoy eternamente agradecido.

Klaren Joel Astudillo Martinez



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

**DR. JOSE LUIS JOUVIN
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA**

f. _____

**DR. DIEGO ANTONIO VAZQUEZ CEDEÑO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA**

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE

RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3 OBJETIVOS	4
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	4
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.4 JUSTIFICACIÓN	4
CAPITULO II	5
2. GENERALIDADES DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO	5
2.1. DEFINICIÓN	5
2.2. EPIDEMIOLOGÍA	5
2.3. FACTORES DE RIESGO	6
2.4. ETIOLOGÍA	7
2.5. FISIOPATOLOGÍA	8
2.6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS	8
2.7. DIAGNÓSTICO	9
2.8. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	11
2.9. COMPLICACIONES	11
2.10. TRATAMIENTO	12
2.10.1. HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA	13
2.10.1.1. INDICACIONES	13
2.10.1.2. TIPOS	13
2.10.1.3. COMPLICACIONES	14
CAPITULO III	15
3. MATERIALES Y MÉTODOS	15
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	15
3.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.	15
3.3 MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.	15
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	15
3.4.1 POBLACIÓN	15
3.4.2 MUESTRA	16
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	16
3.5.1 Criterios de inclusión	16
3.5.2 Criterios de exclusión	16
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	17
CAPITULO IV	19
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	19
4.1 RESULTADOS	19
4.2 DISCUSIÓN	22

<i>CAPÍTULO V</i>	24
5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	24
5.1 CONCLUSIONES	24
5.2 RECOMENDACIONES	25
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	26

RESUMEN

Introducción: La histerectomía, utilizada como último recurso en casos de hemorragia posparto incontrolable, es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en todo el mundo. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de histerectomía obstétrica en el manejo de hemorragia postparto en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 al 2024. **Metodología:** El nivel de investigación implementado en este estudio es descriptivo, diseño tipo observacional, retrospectivo y transversal. **Resultados:** En total se pudieron identificar 162 mujeres que tuvieron hemorragia posparto en el Hospital General Monte Sinaí entre 2022 y 2024. Dicha prevalencia de pacientes que sufrieron la histerectomía obstétrica fue del 16,0%. A su vez la mayoría tienen antecedentes de una a dos gestas (61,5%) y entre uno y dos partos (46,2%). La hemorragia que con más frecuencia se registró fue la inmediata (65,4%). La principal causa de estas hemorragias fue la Atonia (80,8%), subsecuente de la rotura uterina (11,6%). Las complicaciones que más se hallaron fueron la infección del sitio quirúrgico (19,2%), seguida de la hemorragia intraoperatoria y absceso pélvico (11,5% cada una). **Conclusión:** Evidentemente el porcentaje elevado de las histerectomías obstétricas es causado primordialmente por la atonía uterina causada por una hemorragia posparto inmediata, nos hace un llamado a reforzar los protocolos de manejo del parto, la observación precoz y las resoluciones que favorezcan la salud materna.

Palabras claves: histerectomía, hemorragia postparto, morbimortalidad, manejo obstétrico, salud materna, morbimortalidad.

ABSTRACT

Introduction: Hysterectomy, used as a last resort in cases of uncontrollable postpartum hemorrhage, is one of the leading causes of maternal morbidity and mortality worldwide. **Objective:** To estimate the prevalence of obstetric hysterectomy in the management of postpartum hemorrhage at Monte Sinaí General Hospital during the period 2022 to 2024. **Methodology:** This study is descriptive, observational, retrospective, and cross-sectional. **Results:** A total of 162 women who suffered postpartum hemorrhage and were treated at Monte Sinaí General Hospital between 2022 and 2024 were identified. The prevalence of obstetric hysterectomy was 16.0%. Most of the patients who underwent this procedure had had between one and two pregnancies (61.5%) and between one and two deliveries (46.2%). The most common type of hemorrhage was immediate (65.4%). Uterine atony was the main cause (80.8%), followed by uterine rupture (11.6%). The most common maternal complications were surgical site infection (19.2%), intraoperative hemorrhage, and pelvic abscess (11.5% each). **Conclusion:** The high prevalence of obstetric hysterectomies, mainly due to uterine atony, mostly at the expense of immediate postpartum hemorrhage, highlights the need to strengthen childbirth management protocols, early monitoring, and interventions that reduce maternal morbidity.

Keywords: complications, obstetric hysterectomy, hemorrhage, postpartum, morbidity and mortality, obstetric management, maternal health.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es una intervención quirúrgica que se utiliza como último recurso para controlar una emergencia obstétrica, como es la hemorragia postparto incoercibles siendo de las principales causas de morbilidad materna en todo el mundo (1). Este procedimiento puede clasificarse en tres tipos según el momento de su realización: histerectomía en el puerperio, cesárea-histerectomía e histerectomía en bloque.

La necesidad de realizar esta intervención ha disminuido en algunos contextos gracias a los avances en técnicas conservadoras, como las suturas hemostáticas, la embolización arterial y el uso de medicamentos uterotónicos. Sin embargo, en escenarios de recursos limitados o ante complicaciones graves como la atonía uterina y la placenta acreta, sigue siendo una opción crucial para salvar la vida de la paciente (1–3).

El porcentaje de histerectomías obstétricas está relacionado con el elevado uso de cesáreas y patologías placentarias presentes. Está registrado que los altos casos de placenta previa o acreta correspondido a cesáreas previas es un factor clave para la realización de este procedimiento (4). Aquí es cuando nos topamos con una pregunta: La extirpación del útero o utilizar medidas para conservarlo, tomando en cuenta futuras repercusiones. En el Hospital General Monte Sinaí, una de las causas más frecuentes de morbilidad materna es la hemorragia postparto (5). La prevalencia de las histerectomías en el periodo 2022-2024 podrían estar predominantes a la calidad de vida de la población, recursos y políticas del hospital.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En relación con la emergencia obstétrica más frecuente a nivel hospitalario, la hemorragia posparto, requiere una respuesta rápida y eficaz para evitar desenlaces fatales, y en casos graves, la histerectomía obstétrica puede convertirse en una medida de emergencia necesaria para preservar la vida de la paciente (2,3).

Este procedimiento, aunque eficaz, tiene importantes consecuencias integrales, lo que pone de relieve la necesidad de comprender mejor su frecuencia y su contexto clínico. La histerectomía obstétrica se ha reconocido como una estrategia de último recurso para las hemorragias graves que no responden a otros tratamientos conservadores. Sin embargo, su prevalencia varía según el nivel de atención, los protocolos institucionales y los recursos disponibles, factores que influyen directamente en la toma de decisiones clínicas y en los resultados perinatales y maternos (3-5).

En Ecuador, la hemorragia posparto es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna, especialmente en hospitales altamente especializados como el Hospital General Monte Sinaí. Sin embargo, existen pocos datos locales recientes que permitan determinar con precisión la prevalencia de la histerectomía obstétrica como medida terapéutica en estos casos, lo que limita el análisis de los factores asociados, la evaluación de las intervenciones preventivas y la optimización de los protocolos institucionales (5-7).

A pesar de la pertinencia clínica de esta intervención, no existen estudios actualizados en el contexto hospitalario ecuatoriano que describan la magnitud del problema o las características sociodemográficas y obstétricas de las pacientes sometidas a una histerectomía obstétrica por hemorragia posparto, lo que representa un obstáculo para mejorar la calidad de la atención materna y prevenir eventos adversos en este grupo vulnerable.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de histerectomía obstétrica en el manejo de hemorragia postparto en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 al 2024?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Estimar la prevalencia de histerectomía obstétrica en el manejo de hemorragia postparto en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 al 2024.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Distribuir la prevalencia de histerectomía obstétrica según el grupo etario de las puérperas atendidas en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 al 2024.
2. Identificar los antecedentes gineco-obstétricos de las puérperas sometidas a histerectomía obstétrica por hemorragia postparto atendidas en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 al 2024.
3. Clasificar el tipo de hemorragia postparto de las puérperas sometidas a histerectomía obstétrica atendidas en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 al 2024.
4. Determinar la causa más frecuente de la hemorragia postparto de las puérperas sometidas a histerectomía obstétrica atendidas en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 al 2024.
5. Establecer las complicaciones maternas asociadas a la histerectomía obstétrica en puérperas con hemorragia postparto.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La hemorragia postparto es una emergencia obstétrica muy frecuente en las salas de emergencia gineco-obstétrica (1-3). Cuando las medidas conservadoras no logran controlar el sangrado, la histerectomía obstétrica se convierte en una intervención de emergencia indispensable para preservar la vida de la madre, aunque con implicaciones irreversibles sobre su salud reproductiva (2,4).

Esta intervención, pese a su gravedad, sigue siendo necesaria en muchos casos, por lo que conocer su frecuencia, causas subyacentes y características asociadas es fundamental para mejorar la atención materna y establecer estrategias preventivas. Sin embargo, en el contexto local, existe escasa evidencia sistematizada sobre la prevalencia de la histerectomía obstétrica como medida terapéutica frente a la hemorragia postparto, lo que limita el diseño de protocolos clínicos basados en datos reales (3,5,6).

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2. GENERALIDADES DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

2.1. DEFINICIÓN

Se Considera como hemorragia postparto a una perdida significativa de sangre posterior al parto, a pesar de que es normal que haya pérdida hemática, en el caso de esta condición médica se vuelve algo peligroso. Se puede manifestar de manera temprana posterior al nacimiento del bebé o en los días siguientes, por lo que es necesario realizar un constante monitoreo durante la hospitalización. Esta pérdida sanguínea será mayor a 500 ml en el caso de un parto vaginal o, > 1000 ml si se trata de una cesárea (6).

2.2. EPIDEMIOLOGÍA

A nivel mundial la hemorragia posparto representa la principal causa de mortalidad materna, contribuyéndose así el 27% de todas las muertes maternas a nivel global. De acuerdo a datos dados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se reportan 14 millones de casos y de estos, aproximadamente 70000, logran fallecer, siendo un grave problema de salud pública. Las regiones que mayormente se ven afectadas son aquellas con bajos ingresos económicos, sobre todo los países subdesarrollados donde el acceso a hospitales y tratamientos es limitado (7).

La Organización Mundial de la Salud en el año 2023 publicó un plan mundial para la lucha contra la hemorragia posparto. El objetivo de este plan es mejorar la atención médica antes, durante y después del parto, asegurando que los hospitales tengan los recursos necesarios para actuar rápido cuando una mujer pierde mucha sangre. También se busca capacitar mejor a los profesionales de la salud y garantizar que las mujeres reciban la atención adecuada sin importar en qué país vivan. Para el año 2030 se espera reducir la mortalidad a un promedio de 70 muertes por cada 100000 nacidos vivos (8).

África es una de las regiones más golpeadas por esta complicación médica con una tasa de mortalidad de 500 muertes por cada 100000 nacidos vivos, es decir aproximadamente el 30% de las gestantes van a presentar hemorragia y van a fallecer. Asia tiene un escenario parecido al del continente africano, a diferencia de que en este se han mejorado las estrategias de atención materna, pero, aun así, no logra dejar de ser la causa principal de mortalidad (9).

Los continentes que presentan una gran mejoría y tienen una tasa baja de mortalidad menores a 10 muertes son Europa y América del Norte, que gozan de buena economía y presentan condiciones sanitarias adecuadas para reaccionar ante cualquier emergencia y realizar el manejo adecuado (10).

Si nos referimos a América Latina, la HPP sigue siendo un desafío debido a las condiciones sanitarias precarizadas y a un mal manejo económico del Estado. A pesar de que han existido mejoras, los niveles están por encima de lo que quiere la OMS. De las 67 muertes por cada 100000 nacidos vivos, el 25% son por hemorragias posparto, he aquí la gravedad de esta región desatendida (11).

En Ecuador es la segunda causa de mortalidad materna, con una prevalencia de aproximadamente del 25-30%. El INEC estimaba que para finales del 2023 el índice de la Razón de Muerte Materna a nivel nacional disminuya a 33,9 muertes por cada 100000 nacidos vivos, pero no fue así. Esta tasa es aún más alta en la región amazónica, debido a las dificultades de acceso a la atención médica en estas zonas (12).

2.3. FACTORES DE RIESGO

A continuación, se describen varios factores que pueden aumentar el riesgo de que una mujer sufra hemorragia posparto:

- Dentro de los factores maternos y antecedentes médicos se puede describir:
 - Edad materna extrema
 - Multiparidad
 - Obesidad

- Anemia
- Factores durante el embarazo
 - Trastornos hipertensivos
 - Embarazo múltiple
 - Placenta previa
 - Desprendimiento prematuro de placenta
- Factores relacionados con el parto
 - Trabajo de parto prolongado
 - Inducción del parto
 - Cesárea previa
- Factores relacionados con el útero y la coagulación
 - Atonía uterina
 - Defectos en la coagulación
 - Desgarros en el canal del parto (13)

Estos son factores que en caso de identificarlos se debe actuar de manera rápida para tratarla en el menor tiempo posible, o en otros casos tomar medidas preventivas para reducir la mortalidad (13).

2.4. ETIOLOGÍA

La etiología podría abordarse en conjunto con la sección de los factores de riesgo, porque parte de estos corresponden a causas que conllevan a la hemorragia postparto, para esto se utiliza una nemotecnia, las 4T que representan a la atonía, trauma, tejido y trombina. A continuación, se detallan las causas más frecuentes y una breve explicación de las mismas (13,14).

- Atonía uterina (falta de contracción del útero): Es la causa más común, responsable de aproximadamente el 50-80% de los casos de HPP. La incapacidad del útero para contraerse adecuadamente después del parto impide el control del sangrado.
- Desgarros en el canal del parto: Pueden ocurrir en el cuello uterino, la vagina o el periné, y son responsables de una proporción significativa de las hemorragias.

- Retención de placenta: Cuando no se expulsa completamente la placenta, puede causar un sangrado masivo debido a la inflamación o infecciones asociadas.
- Placenta previa o acretismo placentario: La placenta se adhiere de forma anormal al útero, lo que impide que se desprenda correctamente y causa hemorragia.
- Desprendimiento prematuro de placenta (DPP): En este caso, la placenta se separa de la pared uterina antes de que el bebé nazca, provocando una hemorragia (13,14).

2.5. FISIOPATOLOGÍA

Cuando un bebé nace, el cuerpo de la mamá tiene que detener el sangrado porque la placenta ya no está pegada al útero. Para eso, el útero se aprieta fuerte y cierra los vasos sanguíneos que antes alimentaban al bebé. También se forman coágulos para ayudar a cerrar esas heridas. Pero a veces esto no pasa como debería. Si el útero no se aprieta lo suficiente, si queda un pedazo de placenta adentro o si hay algún desgarro, la sangre sigue saliendo y eso se llama hemorragia posparto (15).

Por lo tanto, de manera fisiológica actúan en este proceso ciertos mecanismos para su control, como lo es la contracción uterina, la formación del coágulo y la coagulación sanguínea. Si uno de estos mecanismos falla, se dará la hemorragia posparto (15).

El cuerpo entra en shock hipovolémico si el tiempo del sangrado se prolonga lo suficiente, provocando una hipoxemia en los órganos vitales. Pudiendo provocar problemas de coagulación, daño renal, hasta muerte materna (15).

2.6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

De acuerdo a la cantidad de pérdida hemática que presente la paciente los síntomas iniciales pueden ser sangrado vaginal abundante y persistente, sensación de debilidad, mareo o desmayo, palidez y taquicardia. Si estos síntomas no son tratados a tiempo pueden empeorar, manifestándose así la hipotensión, disnea, oliguria que incluso puede llegar hasta la anuria y causar un daño en el riñón, y la alteración del estado de la conciencia (16).

2.7. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la hemorragia postparto se puede llevar a cabo en base a su clínica y etiología. En la parte clínica hay que reconocer el tipo de hemorragia considerando la pérdida hemática que tiene la paciente (17). A continuación, se detallará en una tabla cuales son estas clases y sus respectivas manifestaciones.

Tabla 1. Hemorragia según la pérdida sanguínea (18)

Grado de Hemorragia	Cantidad de Sangre Perdida	Estado de Conciencia	Signos en la Piel y Circulación	Frecuencia Cardíaca	Respiración	Presión Arterial	Orina Producida	Estado del Choque
Leve (Clase I)	500 - 1000 ml (10-15% del volumen sanguíneo)	La mujer está consciente y alerta.	Piel normal, sin cambios importantes.	Menos de 100 latidos por minuto	Normal (14-20 respiraciones por minuto). Presión arterial normal.	Presión arterial normal.	Más de 30 ml de orina por hora.	Sin signos de choque, el cuerpo compensa bien.
Moderada (Clase II)	1000 - 1500 ml (16-25%)	Puede sentirse inquieto o ansioso.	Piel más pálida y fría. Puede haber manos y pies fríos.	Entre 100 y 120 latidos por minuto	Respiración más rápida (20-30 por minuto).	Puede empezar a bajar un poco (80-90 mm Hg).	Menos orina (20-30 ml por hora).	Choque leve, el cuerpo empieza a tener dificultades para compensar.
Grave (Clase III)	1500 - 2000 ml (26-35%)	Se nota más agitada, desorientada o muy ansioso.	Piel muy pálida y sudorosa. Manos y pies fríos.	Entre 120 y 140 latidos por minuto	Respiración acelerada (más de 30 por minuto).	Presión arterial baja (60-80 mm Hg).	Orina escasa, menos de 30 ml por hora.	Choque moderado, hay riesgo de que los órganos no reciban

								suficiente sangre.
Muy Grave o Choque (Clase IV)	Más de 2000 ml (>35 %)	Puede estar confundida, letárgica o incluso inconsciente.	Piel extremadamente pálida y fría, sudoración intensa. El tiempo que tarda en volver el color a la piel después de presionarla con un dedo es mayor a 3 segundos.	Más de 140 latidos por minuto.	Respiración muy rápida (más de 35 por minuto).	Presión arterial muy baja (menos de 50 mm Hg).	Orina casi nula o inexistente (anuria).	Choque severo, el cuerpo ya no puede compensar y hay riesgo de falla de órganos y muerte.

Adicional a esto se deben realizar estudios complementarios como exámenes de laboratorio e imágenes.

- Hemograma completo: Para evaluar los niveles de hemoglobina y hematocrito, detectando anemia.
- Tiempos de coagulación (TP, TPT, fibrinógeno): Si el sangrado no se detiene con las medidas iniciales, se deben evaluar trastornos de coagulación como la coagulación intravascular diseminada (CID).
- Ecografía pélvica: Útil para identificar restos placentarios retenidos o alteraciones en el útero.
- Resonancia magnética o tomografía computarizada: En casos raros donde hay sospecha de hematomas ocultos o ruptura uterina que no se puede confirmar con ecografía (19).

2.8. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hay que descartar otros tipos de sangrado que puedan presentarse después del parto y que no estén relacionadas con la hemorragia postparto a pesar de manifestarse con sintomatología similar (20). Algunas de estas condiciones son:

- Desgarros en el canal del parto (cuello uterino, vagina o periné)
- Restos placentarios retenidos
- Ruptura uterina
- Inversión uterina
- Trastorno de coagulación (20).

2.9. COMPLICACIONES

La hemorragia postparto puede presentar complicaciones de acuerdo con el tiempo de respuesta que se le dé a esta emergencia, por tanto, existen complicaciones inmediatas y a largo plazo, las cuales son:

- Inmediatas
 - Choque hipovolémico: La pérdida excesiva de sangre impide que los órganos reciban suficiente oxígeno, lo que puede provocar insuficiencia multiorgánica
 - Coagulación intravascular diseminada: Un trastorno en el que el cuerpo usa sus factores de coagulación de manera descontrolada, lo que causa más sangrados.
 - Insuficiencia renal aguda: Si no hay suficiente sangre circulando, los riñones dejan de funcionar correctamente.
 - Edema pulmonar: Puede ocurrir si se administran líquidos en exceso para tratar el choque, lo que llena los pulmones de líquido y dificulta la respiración (21-24).
- A largo plazo
 - Anemia severa: La gran pérdida de sangre reduce los niveles de hierro y causa fatiga extrema.
 - Problemas de fertilidad: Si se requiere una histerectomía o hay daño en el útero, la mujer podría no poder quedar embarazada nuevamente.

- Síndrome de Sheehan: Producido por la falta de oxígeno a la glándula hipófisis, provocando déficit hormonal. La clínica se manifiesta en infertilidad, incapacidad de producir leche materna, alteraciones menstruales.
- Depresión posparto: Ser partícipe de una hemorragia severa puede generar episodios de depresión o ansiedad en la madre (21-24).

2.10. TRATAMIENTO

Este manejo debe ser rápido y dirigido a detener el sangrado y reponer la pérdida de sangre para evitar llegar a las complicaciones, por tanto, se establecen medidas iniciales, tratamiento farmacológico y un tratamiento quirúrgico en caso de que el sangrado no se detenga (25,26,27).

- En las medidas iniciales se debe:
 - a. iniciar masaje uterino con la finalidad de estimular la contracción del útero.
 - b. Reposición de líquidos y sangre para evitar que la paciente tenga alteración de la conciencia y entre en un shock hipovolémico por la pérdida hemática que presenta
 - c. Se debe realizar un monitoreo constante de los signos vitales para detectar algún signo de choque (25,26,27).
- Como tratamiento farmacológico se usan medicamentos uterotónicos que van a cumplir la función de contracción, los medicamentos más usados son la oxitocina, el misoprostol, metilergonovina y el ácido tranexámico para reducir el sangrado (25,26,27).
- Y si con las medidas antes mencionadas no se ha logrado corregir la hemorragia, se procede a realizar el tratamiento quirúrgico aplicando un tapón intrauterino al introducir un balón dentro del útero para ejercer presión y parar el sangrado. Si esto aún no ha solucionado el problema se procede a ligar las arterias uterinas con la finalidad de bloquear el flujo sanguíneo hacia el útero. Si hasta este punto ninguna de las medidas ha funcionado, se debe proceder a la histerectomía obstétrica,

es decir retirar el útero para frenar el sangrado de manera definitiva (25,26,27).

2.10.1. HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA

Es una intervención quirúrgica de último recurso para salvar la vida de la madre, se trata de una extirpación quirúrgica del útero que se realiza de manera urgente durante o después del parto cuando otras medidas no logran controlar el sangrado (28,29).

2.10.1.1. INDICACIONES

Se recomienda realizar este procedimiento en los siguientes casos:

- Hemorragia posparto severa (por atonía uterina, ruptura uterina o retención de placenta).
- Acretismo placentario (placenta adherida anormalmente al útero, como en placenta acreta, increta o percreta).
- Ruptura uterina (desgarro del útero, generalmente en mujeres con cicatrices previas por cesáreas).
- Inversión uterina grave (cuando el útero se voltea hacia afuera y no puede ser reubicado).
- Infecciones uterinas severas (endometritis necrotizante o sepsis uterina).
- Complicaciones de trastornos de coagulación que causan sangrados incontrolables (28,29).

2.10.1.2. TIPOS

Dependiendo de que tanto tejido se deba extraer, la histerectomía se divide en total, subtotal y radical:

- Total, cuando se extirpa todo el útero incluido el cuello uterino.
- Subtotal cuando solo se retira el cuerpo del útero y se mantiene el cuello uterino intacto
- Radical cuando se extrae el útero junto con los tejidos circundantes (28,29).

2.10.1.3. COMPLICACIONES

A pesar de que este procedimiento puede salvar la vida de la paciente, se pueden presentar complicaciones como lesiones en órganos cercanos, infecciones posoperatorias, tromboembolismo, infertilidad permanente, desequilibrios hormonales, riesgos de adherencias etc. Por lo que es recomendable estar en constante monitoreo para evitar alguna complicación inmediata y realizarse chequeos con especialista para control (30).

CAPITULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es descriptiva, con un diseño observacional, retrospectivo y transversal. La investigación se llevó a cabo en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022-2024.

3.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

La captura de datos se realizó tomando en cuenta las historias clínicas guardadas en el historial del sistema del hospital. Se recolectó la información considerando las variables fijadas, y se plasmaron en una base de datos de Microsoft Excel versión 2023.

3.3 MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.

El análisis de los datos se llevará a cabo utilizando el software estadístico SPSS, versión 26, en el sistema operativo Windows 2021. Las variables se manejarán según su tipo; las cualitativas y cuantitativas se describirán mediante frecuencias y porcentajes

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 POBLACIÓN

La población escogida tuvo un diagnostico establecido de hemorragia postparto con CIE-10: O7.21 y O7.22 las cuales fueron atendidas en el Hospital General Monte Sinaí entre Enero del 2022 y Diciembre del 2024.

3.4.2 MUESTRA

En el presente trabajo de investigación no se realizó un cálculo muestral; en su lugar, se utilizó un muestreo por conveniencia, incluyendo únicamente a las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. **Figura 1.**

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

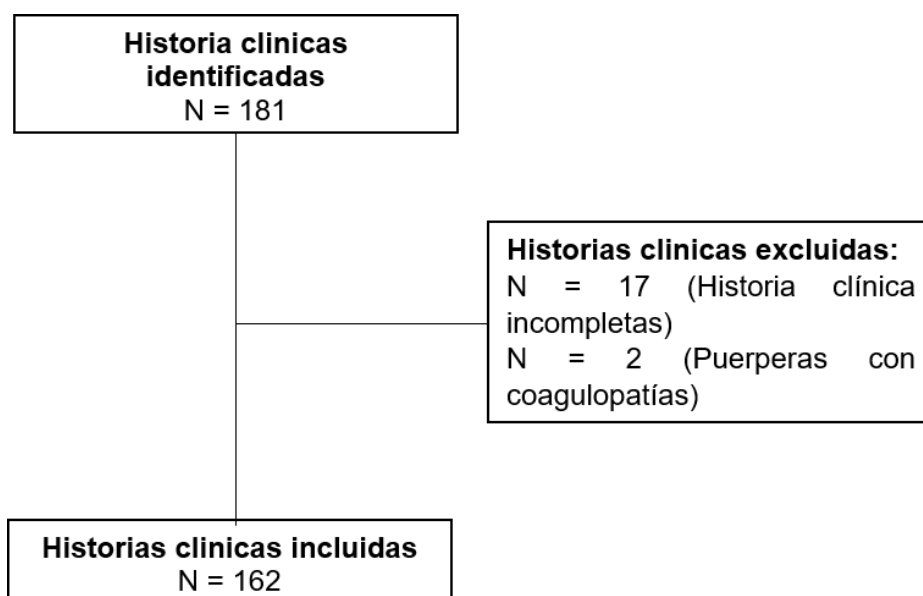
3.5.1 Criterios de inclusión

- Puérperas con hemorragia postparto.
- Puérperas atendidas en el periodo de enero del del 2022 al 2024 en el Hospital General Monte Sinaí.

3.5.2 Criterios de exclusión

- Puérperas con historia clínica incompleta.
- Puérperas con coagulopatías previas diagnosticadas antes del embarazo.

Figura 1. Diagrama de flujo



3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre	Indicador	Tipo	Resultado final
Prevalencia de histerectomía obstétrica	Número de pacientes con histerectomía obstétrica por hemorragia postparto en relación con el total de partos	Cuantitativa, discreta	Si / No
Paridad	Número de partos previos que ha tenido la paciente	Cuantitativa, discreta	Número de partos
Edad materna	Edad de la paciente al momento del parto o evento obstétrico registrado en la historia clínica	Cuantitativa discreta	Años (por rangos: <20 / 20-24 / 25-29 / 30-34 / ≥35)
Número de cesáreas previas	Total de cesáreas realizadas antes del evento actual	Cuantitativa, discreta	Número de cesáreas
Abortos previos	Número total de abortos espontáneos o inducidos antes del parto actual	Cuantitativa, discreta	Número de abortos previos
Edad gestacional	Tiempo de gestación medido en semanas al momento del parto	Cuantitativa, continua	Semanas
Tipo de hemorragia postparto	Clasificación de la hemorragia según el tiempo de aparición posterior al parto	Cualitativa, nominal	Hemorragia primaria (≤24h), hemorragia secundaria (>24h)
Causa de hemorragia postparto	Etiología desencadena que la hemorragia	Cualitativa, nominal	Atonía uterina, acretismo placentario, desgarros, restos placentarios, coagulopatía

Complicaciones maternas	Condiciones adversas que complican el estado clínico de la paciente tras la histerectomía	Cualitativa, nominal	Choque hipovolémico, lesión de órganos pélvicos, infección/sepsis, necesidad de transfusión, ingreso prolongado en UCI
----------------------------	---	-------------------------	---

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio a 162 puérperas con diagnóstico de hemorragia postparto que fueron atendidas en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 al 2024.

Tabla 1. Prevalencia de histerectomía obstétrica en el manejo de hemorragia postparto.

Histerectomía obstétrica	Nro	%
Si	26	16,0
No	136	84,0
Total	162	100%

Fuente: Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 al 2024.

En la tabla 1 se observa que la prevalencia de histerectomía obstétrica en los casos de hemorragia postparto fue del 16,0%.

Tabla 2. Prevalencia de histerectomía obstétrica por grupo etario.

Grupo etario (años)	Histerectomía obstétrica		Total	% Sí por grupo
	Sí	No		
<20	2	17	19	10,5%
20-24	5	34	39	12,8%
25-29	7	43	50	14,0%
30-34	6	35	41	14,6%
≥35	6	7	13	46,2%
Total	26	136	162	16,0%

Fuente: Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 al 2024.

En la tabla 2 se observa que el grupo etario con mayor frecuencia de histerectomía obstétrica fue el de 25 a 29 años, con 7 casos (14%), seguido de los grupos de 30 a 34 años y ≥35 años, ambos con 6 casos cada uno

Tabla 3. Antecedentes gineco-obstétricos de las puérperas sometidas a histerectomía obstétrica por hemorragia postparto.

Variables		Nro	%
Gestas	1 – 2	16	61,5
	3 - 4	5	19,2
	> 5	3	11,5
Partos	1 – 2	12	46,2
	3 - 4	2	7,7
	> 5	2	7,7
Abortos	1 – 2	6	23,1
	3 - 4	1	3,8
Cesáreas	1 – 2	6	23,1
	3 - 4	2	7,7
	> 5	0	0

Fuente: Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 al 2024.

En la tabla 3 se describen los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes incluidas en el estudio, donde se observa que el 61,5% presentaban entre una y dos gestaciones, el 46,2 % entre uno y dos partos, el 23,7 % entre uno y dos abortos, y el 23,1 % entre una y dos cesáreas.

Tabla 4. Clasificación del tipo de hemorragia postparto de las puérperas sometidas a histerectomía obstétrica.

Hemorragia	Nro	%
Inmediata	17	65,4
Tardia	9	34,6
Total	26	100%

Fuente: Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 al 2024.

En la tabla 4 se muestra que la hemorragia postparto inmediata fue el tipo más frecuente entre las pacientes a quienes se les realizó histerectomía obstétrica, con una prevalencia del 65,4 %.

Tabla 5. Frecuencia de las causas más frecuente de la hemorragia postparto de las puérperas sometidas a histerectomía obstétrica.

Causas	Nro	%
Atonía uterina	21	80,8
Retención de restos placentarios	1	3,8
Rotura uterina	3	11,6
Trastornos de coagulación	1	3,8
Total	26	100%

Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 al 2024.

En la tabla 5 se muestra que la causa más frecuente de hemorragia postparto en las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica fue la atonía uterina (80,8 %), seguida por la rotura uterina (11,6 %), y en menor proporción, la retención de restos placentarios y los trastornos de la coagulación, ambos con un 1 %

Tabla 6. Complicaciones maternas asociadas a la histerectomía obstétrica en puérperas con hemorragia postparto.

Complicaciones	Nro	%
Hemorragia intraoperatoria	3	11,5
Infección del sitio quirúrgico	5	19,2
Sepsis	1	3,8
Dolor pélvico crónico	2	7,7
Absceso pélvico	3	11,5
Lesión de vías urinarias	1	3,8

Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 al 2024.

La tabla 6 muestra que las complicaciones maternas más frecuentes asociadas a la histerectomía obstétrica en puérperas con hemorragia postparto fueron la infección del sitio quirúrgico (19,2%), seguida de hemorragia intraoperatoria y absceso pélvico (ambas con 11,5%). Otras complicaciones incluyeron dolor pélvico crónico, sepsis y lesión de vías urinarias, con menor frecuencia.

4.2 DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de histerectomía obstétrica en pacientes diagnosticadas con hemorragia posparto atendidas en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022-2024. Se encontró una prevalencia del 16,0%, cifra similar a la reportada por Heitkamp et al (32) en Sudáfrica, donde el 14,8% de las puérperas requirieron histerectomía obstétrica de emergencia. En contraste, estudios realizados por Akintayo et al (33) y Chawla et al (34) en Nigeria e India, respectivamente, reportaron tasas inferiores al 10%. Aunque la frecuencia de histerectomía varía entre estudios, probablemente debido al tamaño de las muestras, es evidente que este procedimiento sigue siendo una intervención común en el manejo de la hemorragia posparto.

El grupo etario que reportó mayor prevalencia de histerectomía obstétrica fue el de 25 a 29 años (14,0%). Este dato se asemeja a lo descrito por Akintayo et al (33), quienes identificaron una mayor frecuencia de histerectomía obstétrica en mujeres jóvenes adultas, mientras que otros estudios como los de Heitkamp et al (32) y Smith et al (34) reportaron una prevalencia más elevada en mujeres mayores de 30 años. Estas diferencias podrían estar relacionadas con variaciones en la distribución etaria de las muestras, la disponibilidad de atención obstétrica o los criterios de indicación de histerectomía en cada población.

En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos, el 61,5% de las pacientes de este estudio presentaron entre 1 y 2 gestaciones, con proporciones similares en partos y cesáreas. Estos resultados coinciden con los reportados por Heitkamp et al (32), quienes encontraron que más del 50% de las mujeres con hemorragia posparto sometidas a histerectomía tenían menos de dos gestas. Por su parte, Akintayo et al (33) señalaron que el 43,5% de su población eran primíparas. Estos hallazgos indican que incluso las puérperas con baja paridad pueden enfrentar esta complicación, por lo que requieren una vigilancia constante durante el puerperio.

Con respecto al tiempo de la hemorragia postparto, la más común registrada fue la inmediata en un 65,4% de las gestantes. Esta situación es considerada

una emergencia obstétrica cuya resolución a menudo es quirúrgica, siendo la histerectomía la opción mas viable para el control de la situación.

En cuanto a la etiología de la hemorragia, la atonía uterina fue identificada como la causa principal en el 80,8 % de los casos analizados. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Heitkamp et al. (32), quienes atribuyen el 68,4 % de los casos de hemorragia posparto a esta misma causa. Sin embargo, Akintayo et al. (33) encontraron que, en su estudio, la rotura uterina fue el principal motivo que condujo a la realización de histerectomías, con una frecuencia del 71,6 %. Por su parte, Chawla et al. (34) también destacan la atonía uterina como una causa importante, especialmente en pacientes que presentaron un estado crítico. Estas causas, que comparten un origen común en muchos casos, podrían estar relacionadas tanto con factores individuales de la gestante como con deficiencias en la vigilancia y en la aplicación adecuada de la tercera etapa del trabajo de parto, posiblemente influenciadas por las condiciones socioeconómicas de los contextos estudiados.

La complicación materna más frecuente fue la infección del sitio quirúrgico, con una prevalencia del 19,2%. De manera similar, Akintayo et al (33) reportaron que entre las principales complicaciones maternas se encontraba la fiebre, indicativa de infección en el sitio quirúrgico, en el 46,3% de los casos, seguida de hemorragia intraoperatoria en el 33,4%. Estas complicaciones pueden estar relacionadas tanto con la condición clínica de la paciente como con la etiología de la hemorragia y la calidad de los cuidados posoperatorios.

Los límites con respecto a esta tesis son la falta de control del paciente a mediano y largo plazo dado por tener un diseño retrospectivo, pudiendo generar sesgos en los resultados. En cambio, su fortaleza radica en que sus datos están actualizados en base a la situación local, pudiendo servir en futuro para mejorar materna en hospitales.

CAPÍTULO V

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. Se registró que la frecuencia de histerectomía obstétrica varía según la edad materna, presentándose con mayor frecuencia en mujeres jóvenes adultas y mostrando un incremento notable en las mujeres de mayor edad dentro del rango fértil.
2. Se observó que en los antecedentes gineco-obstétricos de las puérperas sometidas a histerectomía obstétrica, se registraban entre una y dos gestas, uno y dos partos, uno y dos abortos y entre una y dos cesáreas previas, concluyendo que puérperas con escasa paridad también pueden padecer esta complicación.
3. Se identificó que la hemorragia postparto inmediata fue el tipo más común, lo que nos pone en alerta para mejorar las medidas preventivas y el control del puerperio en donde el riesgo se incrementa.
4. Se determinó que la elevada proporción de casos atribuibles a la hemorragia postparto se debe a la atonía uterina como causa principal, cuyo origen puede estar relacionado a un monitoreo deficiente en la tercera etapa de trabajo de parto, asociado posiblemente a la condición socioeconómica.
5. Se estableció las complicaciones maternas asociadas a la histerectomía obstétrica en puérperas, siendo las más frecuentes la infección del sitio quirúrgico y el absceso pélvico, cuyo origen es atribuible a la calidad del cuidado postquirúrgico.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Realizar un estudio multicéntrico con un mayor número de pacientes para reforzar la validez de los resultados y promover su generalización al contexto local.
2. Fortalecer los controles prenatales en los distintos centros de salud pertenecientes al primer nivel de atención de las gestantes clasificadas como de alto riesgo para reducir la incidencia de complicaciones graves, en particular las histerectomías obstétricas tras una hemorragia posparto.
3. Incluir en futuras estudios variables asociadas con el consumo de sustancias psicotrópicas, alcohol y otras drogas en puérperas, para analizar su relación con la hemorragia posparto, que conducen a histerectomía obstétrica, con el fin de desarrollar estrategias de prevención y seguimiento más integrales.
4. Mejorar y dar seguimiento al cumplimiento de los protocolos de sanidad para evitar cualquier tipo de complicación del sitio quirúrgico, con el fin de brindar atención optima posoperatoria a las pacientes sometidas a este procedimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calvo-Aguilar O, Vásquez-Martínez J, Hernández-Cuevas J. Histerectomía obstétrica en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso: revisión de tres años. *Ginecol Obstet Mex.* 2016;84(2).
2. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Gómez Meléndrez B, Álvarez Guerra González E. Resultados de la estrategia de código rojo en la atención a pacientes con hemorragia posparto. *Medicentro Electrónica.* 2023;27(2).
3. Lazo Montesdeoca KS. Hemorragia posparto primaria: diagnóstico y manejo oportuno. 2023.
4. Corbetta-Rastelli CM, Friedman AM, Sobhani NC, Arditi B, Goffman D, Wen T. Postpartum Hemorrhage Trends and Outcomes in the United States, 2000-2019. *Obstet Gynecol.* 2023 Jan 1;141(1):152-161. doi: 10.1097/AOG.0000000000004972.
5. Kroh S, Waters JH. Obstetrical hemorrhage. *Anesthesiology clinics.* 2021;39(4):597-611.
6. Wormer KC, Jamil RT, Bryant SB. Postpartum hemorrhage [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan - [actualizado 2024 Jul 19; citado 2025 Mar 05]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499988/>
7. Ramírez Hernández YY, Reyes Ortega PG, Ramírez Hernández JC. Hemorragia obstétrica. Impacto en la salud pública. *Milenaria, Ciencia y Arte* [Internet]. 2022;(19):13-15. Disponible en: <https://www.revistas.umsnh.mx/index.php/milenaria>
8. Organización Mundial de la Salud. Hoja de ruta para combatir la hemorragia posparto entre 2023 y 2030 [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 2025 Mar 05]. Disponible en: [enlace del documento si está disponible]
9. Adebayo T, Adefemi A, Adewumi I, Akinajo O, Akinkunmi B, Awonuga D, et al. Burden and outcomes of postpartum haemorrhage in Nigerian referral-level hospitals. *BJOG* [Internet]. 2024;131(Suppl 3):64-77. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17822>

10. Hofer S, Blaha J, Collins PW, Ducloy-Bouthors AS, Guasch E, Labate F, et al. Haemostatic support in postpartum haemorrhage: A review of the literature and expert opinion. Eur J Anaesthesiol [Internet]. 2023;40(1):29-38. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001744>
11. Quezada-Robles A, Quispe-Sarmiento F, Bendezu-Quispe G, Vargas-Fernández R. Fetal macrosomia and postpartum hemorrhage in Latin American and Caribbean region: systematic review and meta-analysis. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2023;45(11):e706-e723. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0043-1772597>
12. Mortalidad materna en Ecuador: mejora, pero no lo suficiente [Internet]. Revista Gestión; 2023 [citado 2025 Mar 05]. Disponible en: <https://revistagestion.ec/analisis-sociedad/mortalidad-materna-ecuador-mejora-pero-no-lo-suficiente/>
13. Trujillo Rojas V, Polania Villegas NV, Daniela Núñez L, Narvaez Otaya LA, Gonzáles Casagua MS. Perfil y Factores de Riesgo de Pacientes con Hemorragia Postparto que Ingresaron al Servicio de Obstetricia en una Institución de Tercer Nivel de Complejidad en la Ciudad de Neiva Durante el Periodo 2018 – 2023. Ciencia Latina [Internet]. 3 de enero de 2025 [citado 5 de marzo de 2025];8(6):5176-99. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/15239>
14. Astudillo Córdova MC, Landín Ramírez TM, Vélez Vera AJ, Villavicencio Briones WV. Causas de hemorragia postparto. RECIMUNDO [Internet]. 2021;5(1):191-207. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(1\).enero.2021.191-206](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(1).enero.2021.191-206)
15. Alonso-Burgos A, Díaz-Lorenzo I, Muñoz-Saá L, et al. Primary and secondary postpartum haemorrhage: a review for a rationale endovascular approach. CVIR Endovasc [Internet]. 2024;7(17). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s42155-024-00429-7>
16. Liu Y, Shen Y, Zhu W, Qiu JB, Huang Q, Ye WQ. Clinical assessment indicators of postpartum hemorrhage: A systematic review. Chin Nurs Res [Internet]. 2017;4(4):170-177. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2017.10.003>
17. Coello Llerena MF, Vásquez Morán BA, Díaz Soledispa MM, Zurita Desiderio MJ. Prevención, diagnóstico y tratamiento en pacientes con

- hemorragia postparto. Dominio de las Ciencias [Internet]. 2022;8(Extra 3):66-7
18. Hospital Regional de Málaga. Prevención, diagnóstico y tratamiento en pacientes con hemorragia postparto [Internet]. 2022 [citado 2025 Mar 05]. Disponible en: <http://www.hospitalregionaldemalaga.es/LinkClick.aspx?fileticket=UYuKNlv1Tqg%3D&tabid=38>
 19. Ministerio de Salud Pública. Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
 20. McLintock C. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage: focus on hematological aspects of management. Hematology Am Soc Hematol Educ Program [Internet]. 2020;2020(1):542–546. Disponible en: <https://doi.org/10.1182/hematology.2020000139>
 21. Alvarado CS, Celis-López A, Guevara-Ríos E, García-Lázaro P, Lovato-Ríos P. Complicaciones hemorrágicas y trombóticas del embarazo: diagnóstico, prevención y tratamiento. An Fac Med [Internet]. 2023 Mar [citado 2025 Mar 5];84(1):86-96. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832023000100086&lng=es. Epub 03-Feb-2023. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v84i1.23547>
 22. Segovia Vélez A, Marín Soria C, Paccha Valarezo M, Lara Reyes G. Complicaciones asociadas a la hemorragia posparto. prosciencas [Internet]. 30 de septiembre de 2023 [citado 5 de marzo de 2025];7(49):88-100. Disponible en: <https://journalprosciencas.com/index.php/ps/article/view/673>
 23. Jung YW, Kim J, Shin WK, et al. Outcomes and prognosis of postpartum hemorrhage according to management protocol: an 11-year retrospective study from two referral centers. World J Emerg Surg. 2024;19:27. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13017-024-00556-5>
 24. Emechebe CI, Njoku CO, Njoku AN, Ukaga JT, Eyong EM. Review of the aetiology and complications of primary postpartum haemorrhage following vaginal delivery at University of Calabar Teaching Hospital (UCTH), Calabar, Nigeria: A 5-year review. Niger Hosp Pract. 2016;18(1-6)

25. Castiblanco Montañez RA, Coronado Veloza CM, Morales Ballesteros LV, Polo González TV, Saavedra Leyva AJ. Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. Rev Cuid [Internet]. 2022 Apr [citado 2025 Mar 5];13(1):e9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732022000100009&lng=en. Epub 14 Ago 2022. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2075>
26. Günaydın B. Management of postpartum haemorrhage. Turk J Anaesthesiol Reanim. 2022;50(6):396–402. Disponible en: <https://doi.org/10.5152/TJAR.2022.21438>
27. Mol BWJ, et al. Prevention and treatment of postpartum haemorrhage: progress by learning what works and what does not work. Lancet. 2024;404(10463):1616–1618. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)02302-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)02302-X/abstract)
28. Notario Vera MP, Motta MC. Histerectomía obstétrica y factores asociados a la misma, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Ciudad del Este. Rev Ginecol Obstet. 2023;2(2):010–018. Disponible en: <https://revistafpgo.org/index.php/rvfpggo/article/view/27/18>
29. Cruz Lima CJ, Ruiz Bernés S, Montes Quiroz A, Valle Solís MO, Zepeda Carrillo EA, Medina Barragán RA. Comportamientos de las incidencias, indicaciones y complicaciones de histerectomías obstétricas en un hospital público mexicano. South Florida J Health. 2024;5(2):01–15. Disponible en: <https://doi.org/10.46981/sfjvhv5n2-003>
30. Verma A, Sharma G, Kashyap M. A retrospective analysis of emergency obstetric hysterectomy: A life-saving intervention. Cureus. 2023;15(10):e46758. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.46758>
31. Kallianidis AF, Rijntjes D, Brobbel C, Dekkers OM, Bloemenkamp KWM, van den Akker T. Incidence, Indications, Risk Factors, and Outcomes of Emergency Peripartum Hysterectomy Worldwide: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstet Gynecol. 2023 Jan 1;141(1):35-48. doi: 10.1097/AOG.0000000000005022.

32. Heitkamp A, Seinstra J, van den Akker T, Vollmer L, Gebhardt S, van Roosmalen J, et al. A district-wide population-based descriptive study of emergency peripartum hysterectomy in a middle-income country. *Int J Gynecol Obstet*. 2019;146(1):103-9.
33. Akintayo AA, Olagbuji BN, Aderoba AK, Akadiri O, Olofinbiyi BA, Bakare B. Emergency peripartum hysterectomy: a multicenter study of incidence, indications and outcomes in southwestern Nigeria. *Matern Child Health J*. 2016;20(6):1230-6.
34. Chawla J, Arora D, Paul M, Ajmani SN. Emergency Obstetric Hysterectomy: A Retrospective Study from a Teaching Hospital in North India over Eight Years. *Oman Med J*. 2015 May;30(3):181-6. doi: 10.5001/omj.2015.39.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Torres Medina Neila Tatiana**, con C.C: **0850240227** y **Astudillo Martinez Klaren Joel**, con C.C: **0953946019** autores del trabajo de titulación: **Prevalencia de histerectomía obstétrica en el manejo de hemorragia postparto en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 – 2024**, previo a la obtención del título de **MEDICO** 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, 22 de septiembre de 2025

AUTORES

f. 

Torres Medina Neila Tatiana
C.C: **0850240227**

Klaren Joel Astudillo Martinez
f. 
Firmado digitalmente por
Klaren Joel Astudillo
Martinez
Fecha: 2025.09.11
18:58:38 -05'00'

Astudillo Martinez Klaren Joel
C.C: **0953946019**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de histerectomía obstétrica en el manejo de hemorragia postparto en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 – 2024		
AUTOR(ES)	Torres Medina Neila Tatiana Astudillo Martinez Klaren Joel		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Arroba Raymondi Luis Fernando		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	22 de septiembre de 2025	No. DE PÁGINAS:	30
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología, Obstetricia, Cirugía		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Histerectomía, hemorragia postparto, morbilidad, manejo obstétrico, salud materna, morbilidad		

RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):

Introducción: La histerectomía, utilizada como último recurso en casos de hemorragia posparto incontrolable, es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en todo el mundo.

Objetivo: Estimar la prevalencia de histerectomía obstétrica en el manejo de hemorragia postparto en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 al 2024. **Metodología:** El nivel de investigación implementado en este estudio es descriptivo, diseño tipo observacional, retrospectivo y transversal.

Resultados: En total se pudieron identificar 162 mujeres que tuvieron hemorragia posparto en el Hospital General Monte Sinaí entre 2022 y 2024. Dicha prevalencia de pacientes que sufrieron la histerectomía obstétrica fue del 16,0%. A su vez la mayoría tienen antecedentes de una a dos gestas (61,5%) y entre uno y dos partos (46,2%). La hemorragia que con más frecuencia se registró fue la inmediata (65,4%). La principal causa de estas hemorragias fue la Antonia (80,8%), subsecuente de la rotura uterina (11,6%). Las complicaciones que más se hallaron fueron la infección del sitio quirúrgico (19,2%), seguida de la hemorragia intraoperatoria y absceso pélvico (11,5% cada una). **Conclusión:** Evidentemente el porcentaje elevado de las histerectomías obstétricas es causado primordialmente por la atonía uterina causada por una hemorragia posparto inmediata, nos hace un llamado a reforzar los protocolos de manejo del parto, la observación precoz y las resoluciones que favorezcan la salud materna.

Palabras claves: histerectomía, hemorragia postparto, morbilidad, manejo obstétrico, salud materna, morbilidad.

ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593978974338 +593991772225	E-mail: nela.torres@cu.ucsg.edu.ec // klaren.astudillo@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vazquez Cedeño Diego Antonio	
	Teléfono: +593 98 274 2221	
	E-mail: diego.vazquez@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):	