



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**SECRETARIA DE SALUD**  
HOSPITAL DE LA MUJER.

**“SITIO EXAGERADO DE IMPLANTACIÓN PLACENTARIA COMO CAUSA DE  
HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER”**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER GRADO DE ACADÉMICO DE  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

**MARIO VALDIVIA EZIQUIO.**

ASESORES

DRA. MARÍA DE LOURDES MARTÍNEZ ZÚÑIGA

DRA. GEORGINA GUERRERO AMBRIZ

CIUDAD DE MÉXICO, 2018.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



## **AUTORIZACIONES.**

---

**DRA MARIA DE LOURDES CONCEPCION MARTINEZ ZUÑIGA.**  
Directora del Hospital de la Mujer.  
Asesora de Tesis.

---

**DRA. MARTHA PATRICIA MORALES MORALES**  
Jefa de la División de Enseñanza e Investigación.

---

**DRA. GEORGINA GUERRERO ABRIZ**  
Medico adscrito al servicio de patología.  
Asesor de Tesis.

---

**DR MAURICIO PICHARDO CUEVAS .**  
Profesor Titular del Curso de Posgrado en Ginecología e Obstetricia.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Dra. María de Lourdes Concepción Martínez Zúñiga quien siempre mostro interés incondicional en mi proyecto y quien fue mi principal guía para realizar este trabajo para obtener el grado de especialista.

A la Dra. Alma Karina Olivares Montalvo y Dra. Georgina Guerrero Ambriz por permitirme acceso a los documentos y datos del servicio de patología.

A mis médicos adscritos del hospital haber contribuido en mi preparación académica, quirúrgica y moral, a quienes guardo mucho respeto y admiración.

En general a todas esas personas que me han brindado su apoyo, en todos esos lugares de aprendizaje que contribuyeron con mi crecimiento personal y que me han animado a seguir adelante siempre.

## **DEDICATORIA**

**A mi madre:** Maricela por regalarme la vida, su amor incondicional ,permitirme realizar mis sueños, darme los valores, palabras de aliento en todo momento y capacidades para realizarme en este mundo.

**A mi padre:** Por enseñarme a ser una persona honesta, responsable, noble , humilde y su apoyo en todo momento que lo necesite.

**A mis hermanos:** Quienes me regalan fuerza, felicidad, amor y me motivan todos los días a ser una mejor persona en todos los aspectos.

**A mi novia:** Quien me ha dado paz, alegría, estabilidad y amor.

**A Andrés:** Quien es un hombre ejemplar y quien junto a mi madre han sido guías para poderme realizar profesionalmente.

# TESIS.

## SITIO EXAGERADO DE IMPLANTACIÓN PLACENTARIA COMO CAUSA DE HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.

Dra. María de Lourdes Martínez Zúñiga 1 , Dra. Georgina Guerrero Ambriz 2 , DR . Mario Valdivia Eziquio 3 .

1.- Medico en Ginecología y Obstétrica Directora del Hospital de la Mujer (Asesor), 2. Medico Adscrito en Patología, 3.- Residente de Ginecología y Obstetricia.

### RESUMEN.

**Introducción:** La histerectomía obstétrica es una intervención de urgencia, indicada en el tratamiento de la hemorragia obstétrica fallan. En el año 2011 se realizo un estudio en nuestro hospital donde principal diagnostico histopatológico causante de histerectomías obstétricas fue el sitio Exagerado de implantación placentaria con un porcentaje del 17.10% . **Objetivo:** Investigar el numero total de histerectomías con diagnostico histopatológico de sitio exagerado de implantación placentaria en el año 2011 al 2017 y describir , analizar los factores gineco obstétricos que aumentan el riesgo de presentar dicho diagnóstico. **Material y métodos.** diseño del presente estudio fue observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo. Se tomaron para su análisis los expedientes de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica de emergencia en el periodo comprendido del 1 de enero del 2011 al 31 de diciembre del 2017. **Resultados.** Se estudiaron 31 pacientes con diagnostico histopatológico de Sitio Exagerado de Implantación placentaria a las que se realizo histerectomía obstétrica, la edad promedio fue de  $27.7 \pm 6.12$  años, los antecedentes gineco obstétricos mas importantes son, el 90.3% (n= 28) de las pacientes fueron multigesta y el 77.8% (n=24) contaba con al menos una cesárea previa, mientras que solo 29.0% (n=9) tenía antecedente de parto y 25.8% (n= 8) antecedente de aborto. En relación al manejo del evento obstétrico 41.9% (n= 13) de las pacientes recibieron uterotónicos , el sangrado promedio fue de  $2541.9 \pm 1333.05$  mL, con sangrado mayor a 2000 mL en 54.8% (n= 17) de los casos. La incidencia fue elevada del 44.9% en pacientes que presentaron atonía uterina. **Conclusión.** El Sitio Exagerado de Implantación placentaria es una entidad poco frecuente en nuestro medio, pero de gran impacto debido a la gran cantidad sangrado que ocasiona , su manejo requiere de un abordaje rápido y eficaz, se necesitan unificar criterios en nuestro hospital para iniciar tratamiento con fármacos útero tónicos, posteriormente con técnicas quirúrgicas conservadoras de tal forma de disminuir la cantidad de histerectomías y sangrado.

Palabras clave: Sitio exagerado de implantación placentaria, hemorragia obstétrica, alteraciones placentarias.

## MARCO TEORICO.

La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico que consiste en extraer el útero, durante el embarazo, parto o puerperio, debido a una complicación que atente con la vida de la paciente, decisión que deberá ser tomada inmediatamente. (1)

Los principales factores de riesgo para la realización de este procedimiento son cesárea previa, edad mayor de 35 años, multiparidad, instrumentación uterina previa y antecedentes de hemorragia en el parto anterior. (2)

Las complicaciones relacionadas con la cesárea y la atonía uterina han constituido las causas fundamentales de indicación de la histerectomía obstétrica.

Tal como reportan varios estudios los trastornos hemorrágicos son la primera causa de histerectomías obstétricas en la mayoría de los centros ginecoobstetricos del mundo. (3)

Cada año, 14 millones de casos de hemorragia obstétrica ocurren en todo el mundo, lo que resulta en 127,000 muertes maternas, Aproximadamente el 75% de los casos de hemorragia se deben a un útero atónico.

Sería importante saber predecir cuándo se presentara Atonía uterina, sin embargo, la predicción para la aparición de útero atónico a menudo es difícil antes de un parto, legrado o cesárea, porque la fisiopatología precisa del mecanismo que desencadena esta condición sigue sin estar claro, aunque se reconocen una serie de factores de riesgo que predisponen a esta situación. (4)

En el año 2014 Akie Takebayashi et al presento un caso clínico de un mujer de 35 años de edad que tuvo por parto vaginal a un niño sano, Sin embargo, debido a una hemorragia masiva después de la eliminación de la placenta , se realizó una histerectomía total abdominal de emergencia. El examen patológico mostró que en el sitio de implantación placentaria había invasión de trofoblastos intermedios que formaron grupos inusualmente grandes en la decidua, diagnosticados como un sitio placentario exagerado ( SEIP). El autor menciona que SEIP puede ocasionar un útero atónico post parto que conlleva a una hemorragia uterina continua y masiva que lo que resulta en una histerectomía obstétrica de urgencia. (5)

En el año 2008 Stolnicus et al, reporto un caso de una paciente de 55 años con un embarazo a termino que presento hemorragia uterina masiva que termino en HO, encontrando una alteración en la implantación de 20mm, con diagnostico de SEIP por el servicio de patología.

En el año 2010 Yeasmin et al, reportaron un caso de una paciente de 33 años de edad con un embarazo a termino , que presento sangrado uterino irregular, que

finalizo con una HO, en tal caso se encontró una lesión en el endometrio y de 20mm con diagnostico de SEIP.

Se cree un número excesivo de trofoblastos intermedios que invaden la decidua promueve la vasodilatación en la decidua y miometrio después de la expulsión de la placenta causando hemorragia continua en la cavidad uterina que conduce a una mala perfusión del miometrio. (6)

Awan (2011) reportó una incidencia de 0.85 por 1000 nacidos para realizar una HO y las indicaciones principales que halló fue la alteración en la adherencia de la placenta, placenta previa, atonía uterina y ruptura uterina. Encontró una fuerte asociación entre la cesárea anterior y placentación anormal, especialmente para anomalía en la adherencia de la placenta. (7)

Jayakrishnan N et al definio el sitio placentario exagerado como una lesión no neoplásica caracterizada por la infiltración del trofoblastos intermedio en el endometrio , miometrio y las paredes de los vasos sanguíneos .

Estas lesiones pueden ocurrir durante o después de un embarazo normal, embarazo ectópico, aborto o embarazo molar y pueden ocasionar una hemorragia masiva por vasodilatación y atonía uterina. (8)

No hay suficientes estudios que hablen sobre el sitio exagerado de implantación placentaria como causa de histerectomía obstétrica, ni los factores de riesgo que producen un aumento en la aparición de esta patología, sin embargo hay reportes de caso que es una patología la cual puede comprometer la vida de la paciente, ya que todos los estudios demuestran que produce vasodilatación e hipotonía produciendo un sangrado importante que no responde a fármacos, en la mayoría de los casos terminan en una histerectomía obstétrica de emergencia para cesar el sangrado.

Las principales causas en la literatura nacional e internacional de Histerectomía obstétrica es la atonía uterina y las alteraciones en la implantación, pero no en todos los centros hospitalarios se reporta este diagnostico por el servicio de patología.

Por ejemplo Rodas (2012) con su investigación en el Hospital Roosevelt, Guatemala, obtuvo una incidencia de 3.57 por cada 1000 partos. El 44% estaban entre la tercera y cuarta década de vida, siendo la paridad igual o mayor de 3 en el 75%. En el 68% había antecedente de cirugía, siendo la cesárea segmentaria el 64%. La principal causa fue atonía uterina le sigue el acretismo placentario y la ruptura uterina sin embargo no comentan los reportes de patología. (9).

El estudio de Maldonado-Aguilar realizado en el Hospital de Ginecología y obstetricia Hospital Juan José Arévalo Bermejo durante el periodo de cinco años, reportó una incidencia de 8 por cada 10,000 nacidos, encontró como factor de riesgo más frecuente la multiparidad con un 95.2%, la histerectomía se dio después de la cesárea en el 71.4%. La indicación más frecuente fue atonía uterina en el 59.4% sin comentar reportes de patología. (10)

Montoya y Claudino (2014), en Hospital Regional de Occidente Honduras,



reportaron una incidencia de 0.11%, en un total 36 histerectomía obstétrica en 31,898 eventos obstétricos. Las tres principales indicaciones fueron rotura uterina, atonía uterina y acretismo placentario. (11)

En el año 2017 se realizó un estudio de investigación en el hospital de la mujer, el cual fue presentado en un cartel científico, en el cual se estudiaron el total de histerectomías obstétricas del año 2011 al año 2016, con un total de 249 HO, se obtuvieron las principales causas de histerectomía citados en orden decreciente obtuvimos acretismo planetario como principal causa de histerectomía entre los años 2011 a 2016 (94 casos), sitio exagerado de implantación (40 casos), causas asociadas a tono , principalmente hipotonía uterina (29 casos), trauma obstétrico (14 casos),embarazo ectopico (14 casos) útero de couvelarie (12 casos), ruptura uterina (10 casos), placenta previa (10 casos). endometriosis (9 casos), miomatosis , perforación uterina durante legrado uterino instrumentado e indicación no específica (5 casos cada 1), embarazo molar (2 casos).

De este estudio surge el interés por investigar los factores de riesgo que predisponen a que se presente una implantación exagerada placentaria, la duda de cual es la diferencia entre un acretismo placentario, o cualquier otra alteración placentaria con el SEIP, el comportamiento de esta patología en el embarazo, las complicaciones que puede producir el no identificarla, si se presenta solo en un embarazo normal, abortos ,embarazos molares. (12)

En el año 2011 se publicó un estudio realizado en el hospital de la mujer , en el que se analizaban las principales indicaciones de histerectomía obstétrica en el año 2009 al 2010 , comparando diagnóstico e indicación pre quirúrgica con resultado anatomopatológico.

En dicho estudio se concluyó que las principales indicaciones pre quirúrgicas de histerectomía obstétrica fueron : 1.- Atonía uterina en 36.60 % , 2.- Acretismo placentario en 31.70 % , 3.- Rotura uterina en 4.90% , 4.- Útero de Couvaliere en 4.90 % , 5.- Embarazo Molar 2.40 % , 6.- Placenta increta en 2.40 % , 7.- perforación Uterina en 2.40 %.

Los principales diagnósticos histopatológicos de las piezas quirúrgicas obtenidas por histerectomía obstétrica fueron : 1.- Sitio Exagerado de implantación placentaria 17.10% n= 7, 2.- placenta acreta 12.20%n = 5, 3.-placenta percreta 12.20% n= 5, 4.- leiomiomatosis uterina 7.30% n= 3, 5.- Atonía uterina 7.30 % n = 3, 6 Endometritis 7.30% N = 3. En este estudio se reporta como principal causa de histerectomía obstétrica el sitio exagerado de implantación placentaria por tal motivo es importante estudiar y analizar todos los factores de riesgo obstétricos, las complicaciones quirúrgicas y post quirúrgica por dicho padecimiento, ya que es una de las principales causas de hemorragia obstétrica que conlleva a realizar una histerectomía obstétrica de emergencia. (13)

## **JUSTIFICACIÓN.**

Teniendo como antecedente, el artículo de investigación publicado en el año 2011, en el cual se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y analítico en los 41 casos de histerectomía obstétrica atendidos en este Hospital de la Mujer durante el 1 de marzo 2009 al 28 de febrero del 2010, donde un diagnóstico histopatológico de las piezas quirúrgicas obtenidas por histerectomía obstétrica fue el sitio exagerado de implantación placentaria considerando que es una patología poco frecuente y que en el hospital se presentan casos de histerectomía obstétrica por atonía uterina, se hizo de interés realizar un estudio mas amplio para analizar la incidencia de Sitio Exagerado de Implantación Placentaria como factor causante de esta complicación.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La histerectomía obstétrica es un evento que busca preservar la vida de la mujer y que requiere, por la gravedad del mismo, de un mejor entendimiento de las causas que lo desencadenan con el fin de poder prever una atención más oportuna y con altos estándares de calidad.

La hemorragia obstétrica y sus complicaciones son la segunda causa de mortalidad materna en México. Hay reportes a nivel mundial muy escasos sobre el sitio exagerado de implantación placentaria, en el cual todos concluyen que ocasiona en un útero grávido implantación placentaria anormal que origina una vasodilatación y atonía uterina manifestándose como una hemorragia masiva que no responde a maniobras ni a fármacos para revertir el sangrado, ocasionando que se realice una histerectomía de emergencia.

En nuestro hospital es una patología muy común por lo tanto es necesario identificar y describir los factores de riesgo, las complicaciones y la resolución de las mismas. Es por ello que surge la siguiente pregunta:

¿Existirán factores de riesgo que condicionan al desarrollo de una implantación exagerada del sitio placentario en un embarazo en pacientes atendidas en el Hospital de la mujer de Ginecología y Obstetricia de la Ciudad de México, durante el periodo de enero 2011 a diciembre 2017?

## **OBJETIVO:**

### **GENERAL:**

Conocer los factores que puedan predisponer al desarrollo de una implantación exagerada del sitio placentario en un embarazo que conlleva a realizar una histerectomía obstétrica de emergencia en pacientes en el Hospital de la mujer de Ginecología y Obstetricia de la Ciudad de México, durante el periodo de enero 2011 a diciembre 2017

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Analizar los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de un sitio exagerado de implantación placentaria.

Determinar los hallazgos histopatológicos de los úteros post histerectomizados.

Conocer la Incidencia de Sitio Exagerado de Implantación Placentaria en las histerectomía obstétricas

## **HIPOTESIS:**

Existen factores de riesgo que condicionan la formación de un sitio exagerado de implantación placentaria en un embarazo que produce una alteración en el tono uterino y vasos uterinos que conlleva a una hemorragia obstétrica masiva, en la cual es necesario realizar una cirugía de emergencia.

## **MATERIAL Y METODOS.**

El diseño del presente estudio es, transversal, retrospectivo y analítico.

Se tomaron para análisis los expedientes de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica de emergencia en el hospital de la mujer de la ciudad de México con diagnóstico histopatológico de sitio exagerado de implantación como tema principal en el periodo comprendido del 1 de enero del 2011 al 31 de diciembre del 2017, evaluando los factores de riesgo que predisponen a dicha patología.

Se revisaron los registros que se encuentran en el departamento de patología, donde se extraerán los nombres y expedientes para el análisis de los datos pertinentes.

### **UNIVERSO DE TRABAJO**

Todos los expedientes de las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica de emergencia en el Hospital de la Mujer de la ciudad de México en el periodo de enero 2011 a diciembre 2017 con diagnóstico histopatológico de sitio exagerado de implantación placentaria.

Se incluyeron los expedientes de mujeres en edad reproductiva, gestantes, las cuales acudieron a la Institución para resolución de embarazo, vía vaginal o abdominal.

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

1. Los expedientes de pacientes a quienes se les realizó histerectomía obstétrica de emergencia y con diagnóstico histopatológico de sitio exagerado de implantación placentaria en el Hospital de la Mujer del año 2011 al 2017.

<b>CRITERIOS</b>	<b>DE</b>	<b>EXCLUSION</b>
1. Los expedientes de Pacientes cuyo procedimiento, no haya sido realizado por causa		obstétrica.
2. Los expedientes de las Pacientes con diagnóstico de egreso de histerectomía obstétrica de emergencia, pero que tal procedimiento se haya realizado en otra unidad hospitalaria.		

<b>INSTRUMENTO</b>	<b>DE</b>	<b>INVESTIGACIÓN</b>
Se diseño una hoja recolectora de datos, codificados, para posterior elaboración de base de datos y análisis estadístico.		

<b>DESARROLLO</b>	<b>DE</b>	<b>PROYECTO</b>
Prevía autorización del protocolo por el comité de Enseñanza, Investigación y Ética del Hospital de la Mujer, se seleccionaran los expedientes de las pacientes a		

quienes se les realizó histerectomía obstétrica de emergencia con diagnostico histopatológico de sitio exagerado de implantación placentaria.

LIMITE DE ESPACIO Y DE TIEMPO. El estudio se realizo con la información que se recopiló en las hojas de patología donde se reportan los diagnósticos histopatológicos en los archivos del departamento de Archivo clínico del Hospital de la Mujer.

### CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE.	DEFINICION CONCEPTUAL.	DEFINICION OPERACIONAL.	NIVEL DE MEDICION.	MEDICION.
Edad	Del latín aetas, es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo. Años cronológicamente vividos.	Grupo etario en edad reproductiva. 1.- 10 A 15 AÑOS 2.-16 A 20 AÑOS. 3.- 20 A 25 AÑOS. 4.- 26 A 44 AÑOS. 5.- 45 A MAS AÑOS.	Cualitativa  ORDINAL	División por grupo etario asignando.  Números.  1,2,3,4,5
PARIDAD	Número de hijos	1. Primigesta 2. Multigesta	Cualitativa  ORDINAL	En 1 y 2 según la paridad
CESAREAS PREVIAS	Parto del niño a través del abdomen materno mediante la realización de una incisión en la pared de éste y en el útero.	Número de cesáreas que la paciente ha tenido durante su historial obstétrico	Números enteros	Numerica.
PARTO	Parto vaginal	Número de partos que la paciente ha tenido durante su historial obstétrico	Números enteros	Numerica
ABORTOS	Perdida de la gestación antes de las 22 semanas	Número de abortos que la paciente ha tenido durante su historial obstétrico	Números enteros	Numérica
EVENTO OBSTETRICO	En caso de que la paciente haya	1.- Parto. 2.- Cesarea.	CUALITATIVA	División por grupo etario asignando.

PREVIO	tenido un parto, cesarea, ectopico o aborto conocer cual fue el antecedente obstétrico previo a embarazo con SEIP la histerectomía	3.- Aborto. 4.-Ectopico		Números.  1,2,3,4
TIPO DE HISTERECTOMIA REALIZADA	La histerectomía se realizo posterior a que vía de terminación del embarazo .	1.-Posterior a cesárea. 2.-Posterior al parto. 3.-Posterior a aborto. 4.- Posterior a embarazo ectópico.	Cualitativa  ORDINAL	Se asigna la vía 1,2,3, 4.
DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO	Diagnóstico clínico anotado como causa de realización de Histerectomía obstétrica	1. Atonía uterina 2. Hemorragia 3. trastornos de implantación placentaria, acretismo, incretismo, percretismo. 4. Accidentes en el manejo de parto 5. Otros	Cualitativa  NOMINAL	Se asigna  A cada diagnostico los números 1,2,3,4,5
DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	DIAGNOSTICO EXPRESADO EN LAS HOJAS DE PATOLOGIA.	1.- Coincide con el pre quirúrgico.  2.- No Coincide con el pre quirúrgico.	Cualitativa nominal.	Se asigna 1 si coincide. 2 si no coincide.
SANGRADO	CANTIDAD DE SANGRE PERDIDA EN LA CIRUGIA QUE SE REPORTA EN LAS HOJAS DE ANESTESIOLOGIA	1.- menos de 1000 2.- de 1000 a 2000. 3.- mas de 2000.	cuantitativa	Se asigna 1, 2 y 3 dependiendo la cantidad de sangrado.
TRANSFUSIONES	Las transfusiones pueden ser de células empacadas, plasma fresco congelado, plaquetas o factores de coagulación	1.- Si 2.-No	Cualitativa nominal	Se asigna 1 si se tranfundio algún hemoderivado. 2.- si no se realizo transfusión.



USO DE UTEROTONICOS	Agentes farmacológicos que potencian la musculatura uterina, utilizados como tratamiento de rescate en atonía uterina.	1.- Oxitócicos 2.- Prostaglandinas 3.- ergonovina	Cualitativa nominal	Se asigna 1, 2 o 3.
------------------------	--	---	---------------------	---------------------

## **TABLA DE RECOLECCION DE DATOS.**

<b>VARIABLE.</b>					
<b>1.- EDAD</b>	1.- 10 A 15 AÑOS	2.-16 A 20 AÑOS	3.- 20 A 25 AÑOS	4.- 26 A 44 AÑOS.	5.- 45 A MAS AÑOS.
<b>2.- PARIDAD</b>	1. Primigesta	2. Multigesta			
<b>3.- CESAREAS PREVIAS</b>	Numeros enteros				
<b>4.- PARTOS</b>	Numeros enteros				
<b>5.- ABORTOS</b>	Numeros enteros				
<b>6.- EVENTO OBSTETRICO PREVIO.</b>	1.- Parto.	2.- Cesárea	3.- Aborto.	4.-Ectopico	
<b>7.- TIPO DE HISTERECTOMIA REALIZADA</b>	1.-Posterior a cesárea.	2.-Posterior al parto	3.-Posterior a aborto.	4.- Posterior a embarazo ectópico.	
<b>8.- DIAGNOSTICO PRE QUIRURGICO</b>	1. Atonía uterina	2. Hemorragia	3. trastornos de implantación placentaria, acretismo, incretismo, percretismo	4. Accidentes en el manejo de parto	5. Otros
<b>10.- DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO</b>	1.- Coincide con el pre quirúrgico	2.- No Coincide con el pre quirúrgico			
<b>11.- SANGRADO</b>	1.- menos de 1000	2.- de 1000 a 2000	3.- mas de 2000.		
<b>12.- TRANSFUSIONES</b>	1.- Si	2.-No			
<b>13.-USO DE UTEROTONICOS</b>	1.- Oxitócicos	2.- Prostaglandinas	3.- ergonovina.	4.-carbetocina	5.- Gluconato de calcio

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se obtendrá la estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión como promedio y desviación estándar para variables cuantitativas y para las variables cualitativas nominales serán reportadas en frecuencia y porcentaje. El análisis estadístico se realizara utilizando software SPSS v. 15 para Windows. Los resultados se presentaran en tablas y gráficas.

## IMPLICACIONES ÉTICAS.

Se realizara el presente estudio estrictamente apegados a lo que nos marca:  
La Ley General de Salud en el Capítulo I de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos:

**ARTICULO 17.-** Se considera como riesgo de la Investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

1.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Asi tambien se menciona en la **NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012**, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, En los casos de investigaciones sin riesgo o con riesgo mínimo, la carta de consentimiento informado no será un requisito para solicitar la autorización del proyecto o protocolo de investigación

Se solicita la aprobación por el Comité de Enseñanza, Investigación y Ética del Hospital de la mujer de la ciudad de México de Ginecología y Obstetricia, para llevar a cabo el presente estudio.

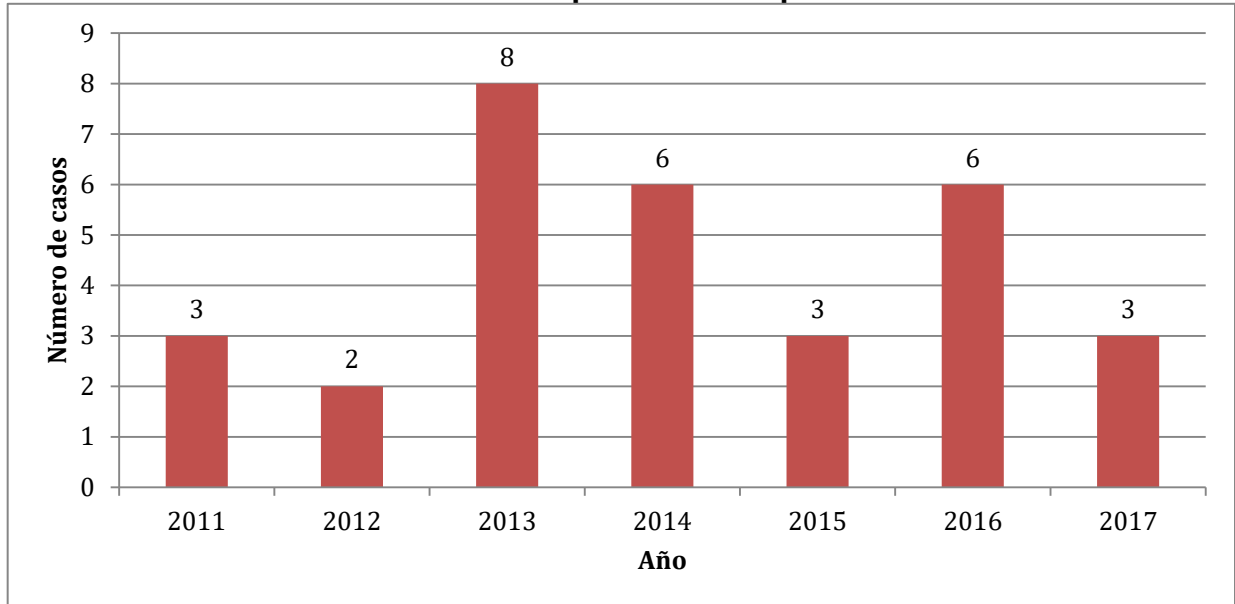
Todos los datos de las pacientes se manejan estrictamente en forma confidencial, haciendo uso de ellos únicamente para el análisis de los resultados del estudio.

## RESULTADOS

### Resultados

Durante el periodo del 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2017 se encontraron 31 expedientes que cumplieron los criterios de inclusión. Figura 1

**Distribución de casos de SEIP por año en el periodo 2011 – 2017.**



**Figura 1.**

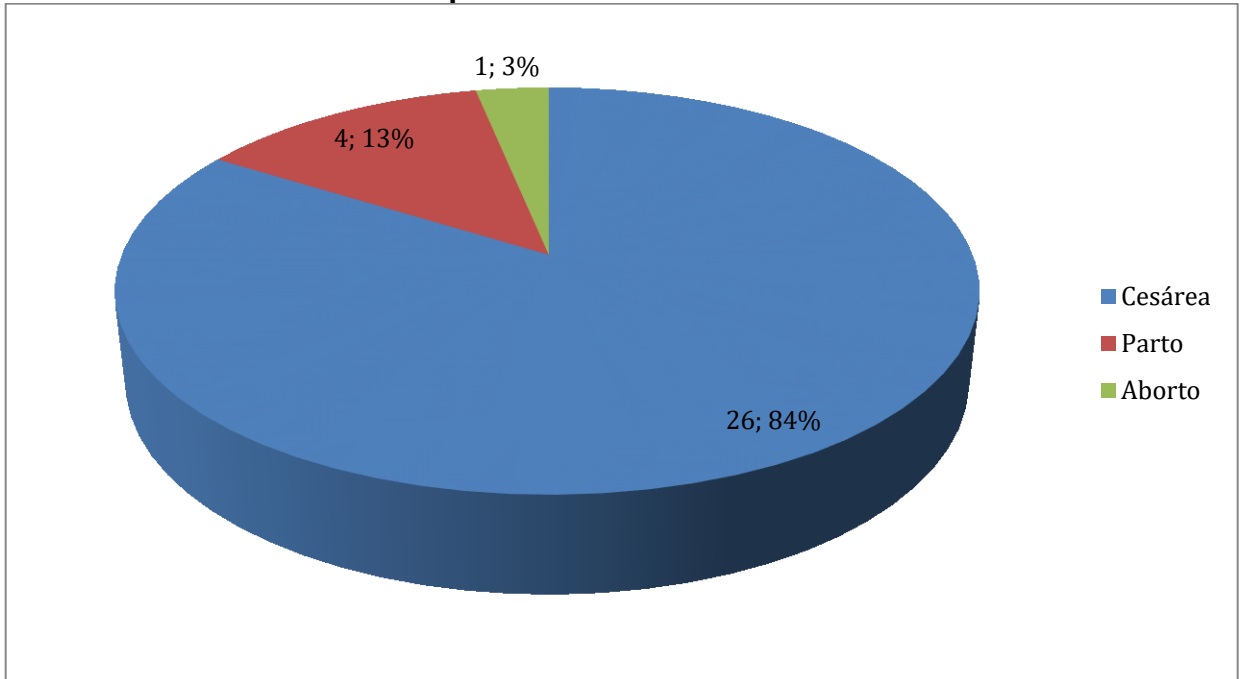
Los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes se presentan en la tabla 1. La edad promedio fue de  $27.7 \pm 6.12$  años y el 54.8% perteneció al grupo de 26 años o más. El 90.3% de las pacientes con SEIP era multigesta y el 77.8% contaba con al menos una cesárea previa, mientras que solo 29.0% tenía antecedente de parto y 25.8% antecedente de aborto.

El principal evento obstétrico que llevó a la histerectomía fue cesárea en 83.9% de los casos como se aprecia en la figura 2; mientras que los principales diagnósticos prequirúrgicos fueron atonía uterina en 35.5% y algún trastorno de implantación placentaria en 32.3% (figura 3). Los cuatro diagnósticos prequirúrgicos englobados como otros en la figura 3 corresponden a hematoma en el segmento uterino, hematoma en ligamento ancho, hipotonía más miomatosis, y absceso apendicular roto. El diagnóstico histopatológico no fue coincidente en la totalidad de los casos.

**Tabla 1. Caracterización de la población y antecedentes gineco-obstétricos**

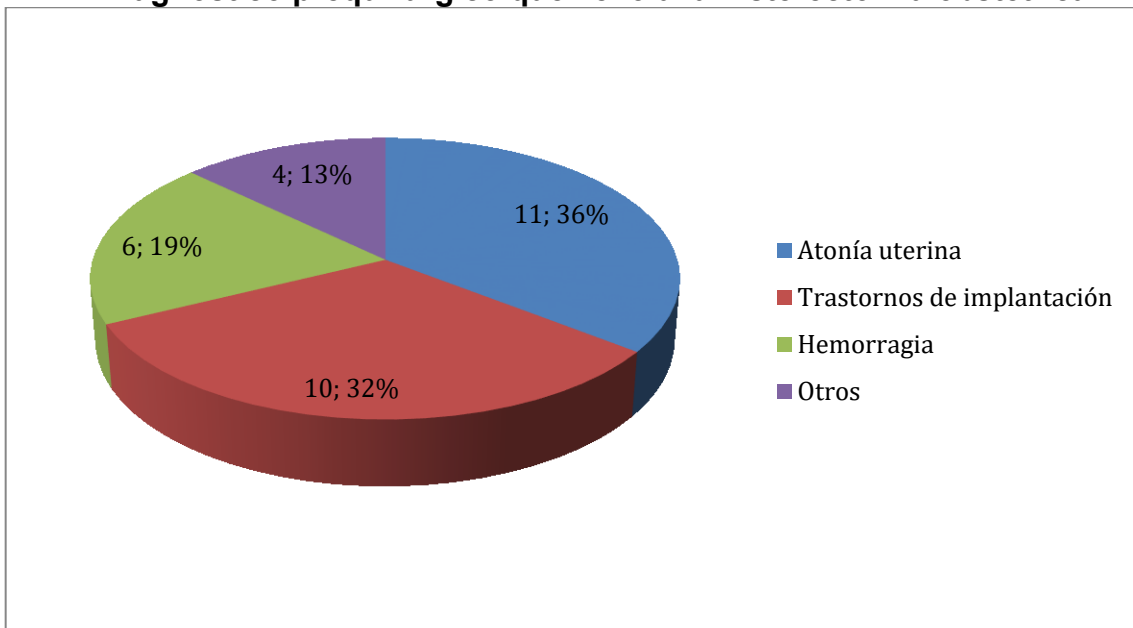
<b>Variable</b>	<b><math>\bar{x} \pm s</math></b>
Edad (años)	27.7 $\pm$ 6.12
<b>Grupos de edad (años)</b>	
15-20	4 (12.9)
21-25	10 (32.3)
26-40	17 (54.8)
<b>Paridad</b>	
Primigesta	3 (9.7)
Multigesta	28 (90.3)
<b>Cesáreas previas</b>	
Ninguna	7 (22.6)
Una	15 (48.4)
Dos	7 (22.6)
Tres	1 (3.2)
Cinco	1 (3.2)
<b>Partos previos</b>	
Ninguno	22 (71.0)
Uno	9 (29.0)
<b>Abortos previos</b>	
Ninguno	23 (74.2)
Uno	5 (16.1)
Dos	3 (9.7)

**Eventos obstétricos que llevaron a la histerectomía obstétrica**



**Figura 2.**

**Diagnóstico prequirúrgico que llevó a la histerectomía obstétrica**



**Figura 3.**

### Total de casos con Atonía y cuantos tuvieron SEIP.

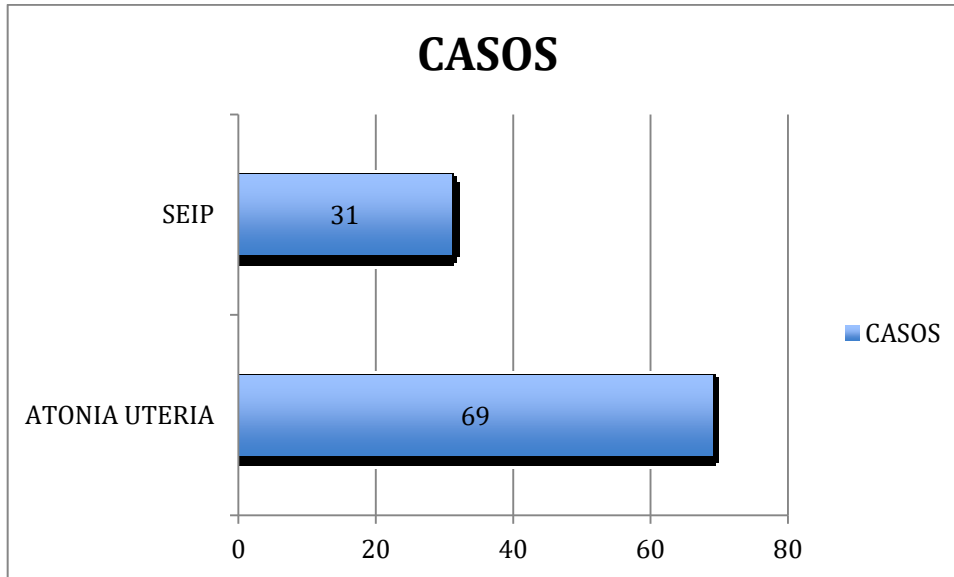


Figura 4.

En este estudio se encontraron un total de 69 casos de atonía uterina , de estos 31 casos presentaron sitio exagerado de implantación placentaria, lo cual nos da una incidencia alta del 44.9%.

En relación al manejo del evento obstétrico, 41.9% de las pacientes recibieron uterotónicos; siendo la oxitocina utilizada en todos los casos. Junto a la oxitocina, la ergonovina se utilizó en 84.6%, las prostaglandinas en 69.2%, el gluconato de calcio en 46.2% y la carbetocina en 30.8% de los casos; con una mediana de 3 uterotónicos utilizados. Respecto al manejo quirúrgico, en 51.6% no se utilizó ninguna técnica quirúrgica previa a la histerectomía obstétrica. De las mujeres en quienes sí se utilizó alguna técnica quirúrgica, la ligadura de arterias hipogástricas fue la más frecuente en 35.5% de los casos, seguida de la ligadura de arterias uterinas en 12.9%, y en 16.1% de los casos se utilizaron dos técnicas quirúrgicas. El resto de resultados correspondientes al manejo médico y quirúrgico del evento obstétrico se resumen en la tabla 2 y figuras 4 y 5.

En la tabla 3 se presenta el manejo recibido por las pacientes con diagnóstico prequirúrgico de atonía uterina.

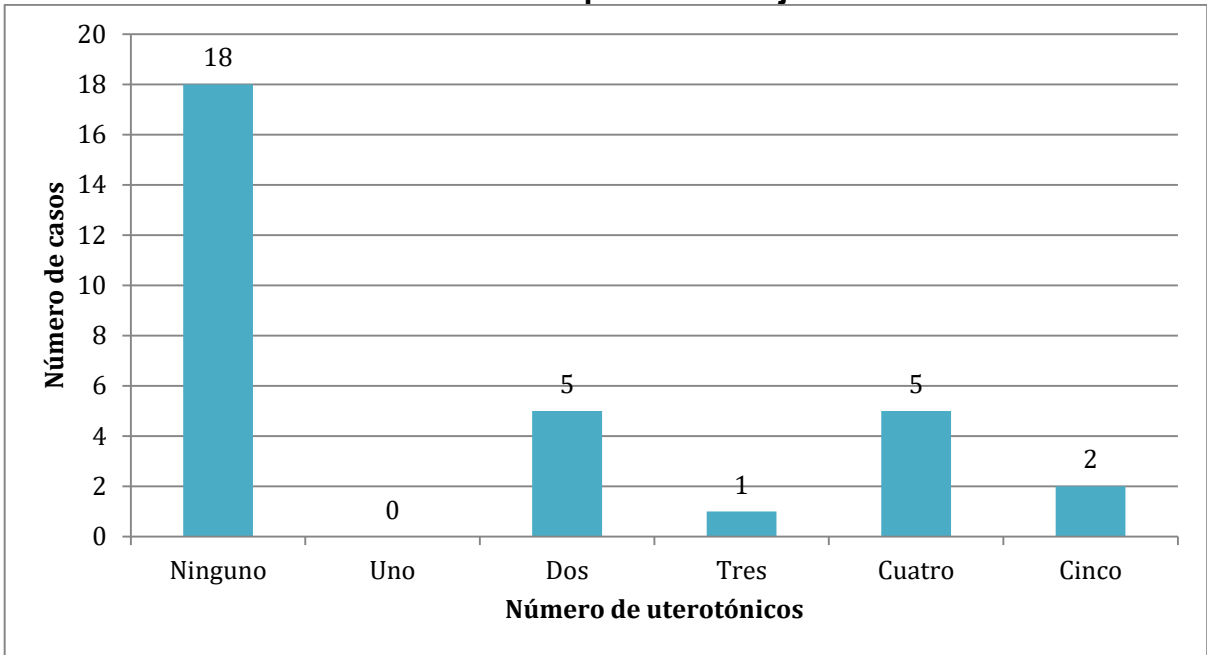
**Tabla 2. Manejo médico y quirúrgico del evento obstétrico**

<b>Manejo</b>	<b>n (%)</b>
Uso de uterotónicos	13 (41.9)
<b>Uterotónico utilizado†</b>	
Oxitocina	13 (100.0)
Ergonovina	11 (84.6)
Prostaglandina	9 (69.2)
Gluconato de calcio	6 (46.2)
Carbetocina	4 (30.8)
<b>Técnica quirúrgica</b>	
Ninguna	16 (51.6)
Ligadura de arterias hipogástricas	11 (35.5)
Ligadura de arterias uterinas	4 (12.9)
B-Lynch	2 (6.5)
BRAKI	2 (6.5)
Empaquetamiento pélvico	1 (3.2)

†Porcentajes calculados para las 13 pacientes en quienes se utilizaron uterotónicos.

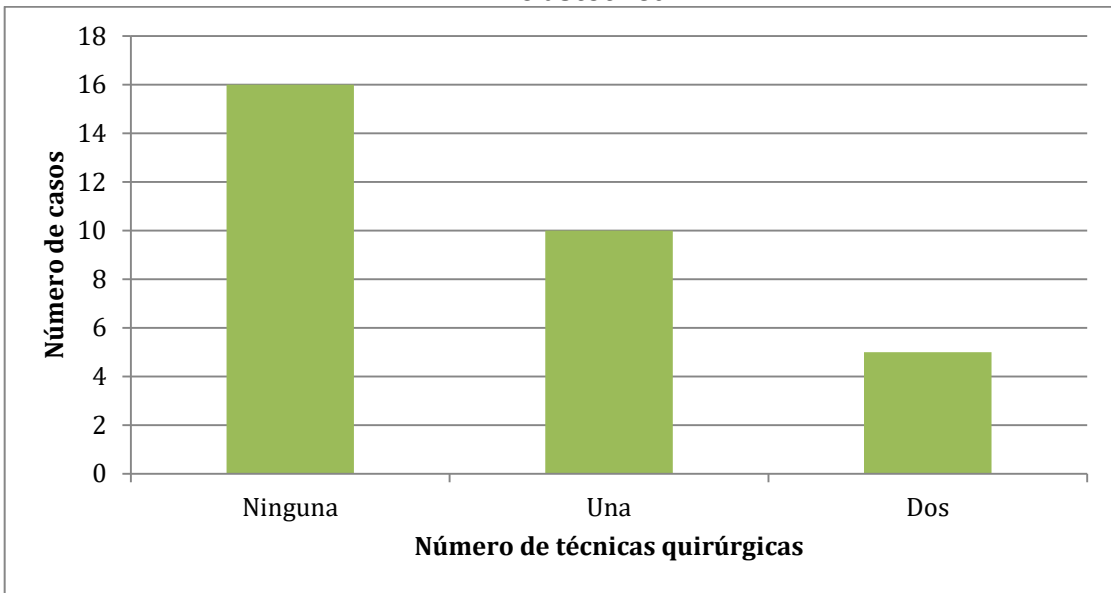


**Número de uterotónicos utilizados para el manejo del evento obstétrico**



**Figura 5.**

**Número de técnicas quirúrgicas utilizadas previa a la histerectomía obstétrica**



**Figura 6.**

**Tabla 3. Manejo recibido por las pacientes con atonía uterina**

Manejo	n (%)
Uso de uterotónicos	8 (72.7)
Uterotónico utilizado†	
Oxitocina	8 (72.7)
Ergonovina	6 (54.5)
Prostaglandina	6 (54.5)
Gluconato de calcio	3 (27.3)
Carbetocina	3 (27.3)
Técnica quirúrgica	
Ninguna	7 (63.6)
Ligadura de arterias hipogástricas	3 (27.3)
Ligadura de arterias uterinas	2 (18.2)
B-Lynch	2 (18.2)

Las complicaciones secundarias al evento obstétrico se presentan en la tabla 4. El sangrado promedio fue de  $2541.9 \pm 1333.05$  mL, con sangrado mayor a 2000 mL en 54.8% de los casos; y requerimiento de transfusión de hemoderivados en la totalidad de las pacientes. En cuanto al manejo postquirúrgico, el 64.5% de las pacientes requirió unidad de cuidados intensivos.

**Tabla 4. Complicaciones secundarias al evento obstétrico**

Complicación	$\bar{x} \pm s$
Sangrado (mL)	$2541.9 \pm 1333.05$
Grado del sangrado	n (%)
< 1000 mL	1 (3.2)
1000 – 1500 mL	8 (25.8)
1500– 2000 mL	5 (16.1)
> 2000 mL	17 (54.8)
Requerimiento de transfusión sanguínea	31 (100.0)
Requerimiento de UCI	20 (64.5)

Finalmente, mediante regresión logística bivariada se encontró el antecedente de aborto como factor protector para requerimiento de unidad de cuidados intensivos, y de manera marginal, como factor protector para sangrado mayor a 2000 mL. El resto de los antecedentes gineco-obstétricos y de las variables relacionadas con el manejo del evento obstétrico no resultaron asociadas a presentar sangrado mayor a 2000 mL o requerir unidad de cuidados intensivos (ver tabla 4).

**Tabla 5. Factores asociados a sangrado masivo y requerimiento de unidad de cuidados intensivos**

Factor	Sangrado > 2000 mL			Requerimiento de UCI		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	P
Edad, (1 = 1 año)	1.07	(0.95, 1.22)	0.264	1.11	(0.97, 1.28)	0.135
Multigesta	0.58	(0.05, 7.12)	0.668	0	(0, ∞)	0.999
Parto previo	1.04	(0.22, 4.96)	0.959	1.14	(0.22, 5.87)	0.873
Cesárea previa	0.89	(0.16, 4.85)	0.889	0.67	(0.11, 4.18)	0.665
Aborto previo	0.18	(0.03, 1.09)	0.062	<b>0.09</b>	<b>(0.01, 0.61)</b>	<b>0.013</b>
Uso de uterotónicos	1.07	(0.26, 4.49)	0.925	2.23	(0.50, 10.0)	0.295
Uso de técnica quirúrgica	0.89	(0.22, 3.66)	0.879	1.20	(0.27, 5.25)	0.809

## CONCLUSIONES

El SEIP es una entidad poco frecuente en nuestro medio, pero de gran impacto debido a la gran cantidad sangrado que ocasiona y a que su manejo requiere unidad de cuidados intensivos en la mayoría de los casos. En nuestro estudio, la mayoría de las pacientes con esta patología fue multigesta y ocurrió posterior a un evento de cesárea, y el uso de uterotónicos o de técnicas quirúrgicas no se asoció a menor sangrado, lo que refuerza la meta de evitar este tipo de procedimientos siempre que sea factible. Finalmente, el antecedente de aborto fue el único factor asociado a menor gravedad posterior a la histerectomía obstétrica tal vez por que no deja cicatrices uterinas tan severas como una cesarea, sin embargo, se necesita un estudio con mayor número de pacientes para poder obtener conclusiones mas precisas y relevantes.

La incidencia en nuestro estudio de sitio exagerado de implantación placentaria fue muy alta del 44.9% , la literatura ha reportando que este padecimiento produce vasodilatación lo cual conlleva a una hemorragia severa que no responde a medicamentos, no hay criterios claros o consenso para el diagnostico de sitio exagerado de implantación placentaria, por lo que podría estar sobre diagnosticado en nuestro hospital.

En la literatura hay pocos estudios en los cuales se analizan casos con Sitio Exagerado de implantacion Placentaria, nosotros encontramos reportes de casos esporadicos, este trabajo de tesis es el estudio con un mayor numero de pacientes que estudia esta patología y donde hemos encontrado que el 90.3 % de la pacientes fue multigesta (n=28), el 83.9 % tenia antecedente de cesarea (n=24), por lo que la multi paridad y tener antecedente de cesareas son factores de riesgo para desarrollar esta patologia.

Los 31 pacientes en este estudio terminaron en histerectomia, y en 41.9 % (n= 13 ) se administro utero tónicos sin lograr detener la hemorragia obstetrica, de estos en el 100% se administro oxitocina pero no se abordo de forma correcta la indicación para el suministro de fármacos, ya que de acuerdo a protocolo se tuvo que administrar Oxitocina, Gluconato de calcio, Ergonovina, carbetocina,

misoprotol y posteriormente colocar balón de Bakri, pinzamiento de arterias uterinas y por último histerectomía obstétrica, solo en 9 pacientes se administró misoprostol, el 6 gluconato de calcio, carbetocina en 4 pacientes, ergonvina en 11. De los 31 pacientes solo en 2 se utilizó sutura compresiva de B-lych y en 2 colocación de balón de Bakri, 4 ligadura de arterias uterinas como técnicas para conservar el útero, por lo cual es importante protocolizar y capacitar al personal médico para tratar una hemorragia obstétrica para unificar criterios para el abordaje de la misma y tener un manejo conservador.

Para finalizar se recomienda tener una adecuada valoración obstétrica en las pacientes para evitar cesáreas innecesarias que aumenten el riesgo de presentar Sitio exagerado de implantación placentaria, es importante protocolizar el abordaje de la hemorragia obstétrica en el hospital ya que de acuerdo a este estudio no se está administrando adecuadamente los fármacos utero tónicos, ni se están realizando técnicas y tratamientos conservadores para evitar realizar una histerectomía obstétrica, el 54.8 % de las pacientes presentaron un sangrado mayor de 2000 ml lo cual puede reflejar conductas no adecuadas en el manejo de la hemorragia obstétrica independiente de su causa.

Se recomienda realizar un estudio para unificar criterios acerca del diagnóstico de sitio exagerado de implantación placentaria en el servicio de patología para evitar un sobre diagnóstico y posteriormente realizar un estudio para corroborar la alta incidencia de esta patología.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Faneite P, Rivera C, Faneite J. 68. Histerectomía Obstétrica. Rev Obstet Ginecol, 2008. Consultada el 10 de enero del 2018.
2. Orestes R, Sotolongo A, Suárez A et al . Histerectomía obstétrica de urgencia, Rev Cubana Obstet Ginecol 2009, Vol. 35. Consultada el 10 enero del 2018. Disponible en <http://www.scielo.com>
3. Nodarse A, Capote R, Cuevas E et al. Comportamiento epidemiológico de la Histerectomía Obstétrica. Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2013, Vol. 39. Consultada en enero 2018. Disponible en <http://www.scielo.com>
- 4.-Prata, N., Bell, S. & Weidert, K et al Prevention of postpartum hemorrhage in low-resource settings: current perspectives. *Int. J. Womens Health*, 2013 Nov 13;5:737-52.
- 5.- Akie Takebayashi, Fuminori Kimura, et al. Exaggerated Placental Site, Consisting of Implantation Site Intermediate Trophoblasts, Causes Massive Postpartum Uterine Hemorrhage: Case Report and Literature Review. *Tohoku J Exp Med*. 2014 Sep;234(1):77-82.
- 6.- . Akie Takebayashi,1 Fuminori Kimura, et al. Exaggerated Placental Site, Consisting of Implantation Site Intermediate Trophoblasts, Causes Massive Postpartum Uterine Hemorrhage: Case Report and Literature Review. *Tohoku J. Exp. Med.*, 2014, 234 , 77-82.
7. Awan N, Bennett MJ, Walters WA. Histerectomía Periparto Urgente: una revision de 10 años en el Hospital Royal de la mujer, Sydney Australia. *Obstet Gynaecol*, 2011, Vol. 51.
- 8.- Angsumita Pramanick, Wei Sek Hwang, Manisha Mathur. Placental site nodule (PSN): an uncommon diagnosis with a common presentation. *BMJ Case Rep* 2014.
9. Leopoldo Rodas. Caracterización de las pacientes con histerectomía obstétrica. Lugar de publicación : Universidad de San Carlos de Guatemala, 2012. Disponible: <http://www.biblioteca.usac.edu>
10. Reveles J, Villegas G, Hernández S et al .Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. *Ginecol Obstet Mex*. 2008;76:156-160.
11. Montoya Claudia, Claudino Carlos. Hysterectomy Obstetrical Emergency In The Regional Hospital Of West: Impact And Factors. *Rev Med Honduras*, Vol. 82, No. 2, 2014

12.- Valdivia Mario, Ramírez Norma, Histerectomía obstétrica experiencia hospital de la mujer 2011 al 2016. Trabajo de investigación presentado en Cartel en las jornadas del hospital de la mujer.

13.- Ana Yuridia Mendoza Gama,\* Mauricio Pichardo Cuevas et al Histerectomía obstétrica en el Hospital de la Mujer, SSA, México, D.F. *Rev Invest Med Sur Mex*, Julio-Septiembre 2011; 18 (3): 96-101.