



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE

**“PLACENTA PREVIA OCLUSIVA TOTAL CON SIGNOS DE ACRETISMO
SECUNDARIA A CIRUGIA UTERINA ANTERIOR”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autor: Salazar Urrutia, Pamela de los Angeles

Tutora: Dra. Belalcazar Sánchez, Yajaira Monserrath

Ambato – Ecuador

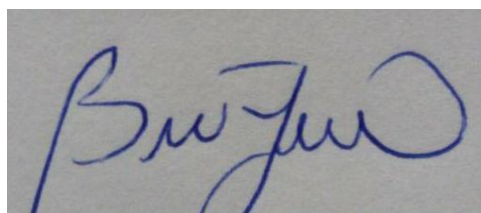
Octubre 2020

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Análisis de Caso Clínico “**PLACENTA PREVIA OCLUSIVA TOTAL CON SIGNOS DE ACRETISMO SECUNDARIA A CIRUGIA UTERINA ANTERIOR**” de Salazar Urrutia Pamela de los Angeles, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Octubre del 2020

LA TUTORA

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink. The signature is cursive and appears to read 'Belalcazar Sánchez, Yajaira Monserrath'.

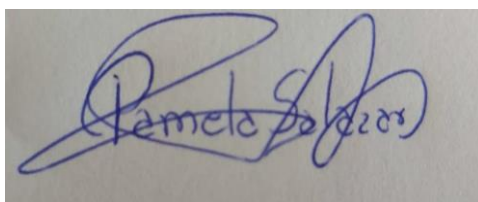
.....
Dra. Belalcazar Sánchez, Yajaira Monserrath

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis del Caso Clínico “**PLACENTA PREVIA OCLUSIVA TOTAL CON SIGNOS DE ACRETISMO SECUNDARIA A CIRUGIA UTERINA ANTERIOR**” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, octubre del 2020

LA AUTORA



.....
Salazar Urrutia Pamela de los Angeles

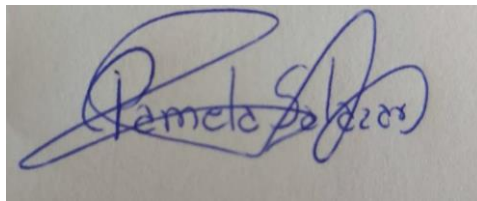
DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora

Ambato, Octubre del 2020

LA AUTORA

A photograph of a handwritten signature in blue ink on a light-colored surface. The signature is stylized and appears to read 'Pamela Salazar Urrutia'.

.....
Salazar Urrutia Pamela de los Angeles

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“PLACENTA PREVIA OCLUSIVA TOTAL CON SIGNOS DE ACRETISMO SECUNDARIA A CIRUGIA UTERINA ANTERIOR”** de Salazar Urrutia Pamela de los Angeles estudiante de la Carrera de Medicina

Ambato, Octubre del 2020

Para constancia firma:

.....
PRESIDENTE/A

.....
. 1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

A mis queridos padres Maribel y Pablo que siempre estuvieron apoyándome en cada momento de este largo viaje y sobre todo por su cariño y comprensión que me mantuvo con la idea clara de llegar hacia mi objetivo.

¡Caer está permitido, levantarse es obligatorio! (Proverbio Ruso)

Pamela de los Angeles Salazar Urrutia

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios, a mi familia, en especial a mis padres. Mi mamá siempre pendiente de mi desempeño académico, mi papá un hombre responsable y trabajador que me proporcionó de todos los implementos necesarios para que estudie sin dificultad y como olvidarme de mis hermanos que sin sus ocurrencias y muestras de cariño hacían mi diario vivir más agradable. A mi tutora Dra. Yajaira Belalcazar por la dedicación y paciencia que me brindó en todo momento, por ser parte de mi enriquecimiento profesional.

Pamela de los Angeles Salazar Urrutia

ÍNDICE

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
INDICE.....	viii
RESUMEN	xiv
SUMMARY	xv
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS	3
GENERAL:.....	3
ESPECÍFICOS:.....	3
DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES UTILIZADAS	4
DESARROLLO TEÓRICO	5
DIAGNÒSTICO.....	11
ULTRASONOGRAFÍA	11
RESONANCIA MAGNÉTICA.....	13
MANEJO	14
CONSIDERACIONES GENERALES	14
PARTO PLANIFICADO.....	15
Técnica quirúrgica	15
MANEJO CONSERVADOR	17
COMPLICACIONES DEL MANEJO CONSERVADOR.....	17
MANEJO EXPECTANTE SIN MEDICAMENTOS	18

TRATAMIENTO INVASIVO	18
TAPONAMIENTO CON BALÓN INTRAUTERINO	18
SUTURAS UTERINAS COMPRESIVAS	20
LIGADURA QUIRÚRGICA DE LAS ARTERIAS UTERINAS, OVÁRICAS E ILIACAS INTERNAS	22
MANEJO EXPECTANTE CON MEDICAMENTOS	23
MANEJO O SEGUIMIENTO AMBULATORIO	24
Control clínico- ecográfico:	24
Control analítico:.....	24
COMPLICACIONES	24
DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	26
DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO CLÍNICO:	26
Motivo de consulta:	27
ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.....	27
ATENCIÓN HOSPITALARIA	27
Examen físico:.....	28
ATENCIÓN HOSPITALARIA –VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD	29
NOTA POSTQUIRÚRGICA:.....	30
DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO	32
IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS	34
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	35
OPORTUNIDADES DE MEJORIA	35
ACCIONES DE MEJORIA.....	35
CONCLUSIONES.....	36
REFERENCIAS	37
BIBLIOGRAFÍA	37
LINKOGRAFÍA	37

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DATOS UTA	41
ANEXOS	44

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico I: Clasificación de la Hemorragia Obstétrica	9
Gráfico II: RNM Acretismo Placentario	13
Gráfico III: Balones alternativos con condon.....	18
Gráfico IV: Balón hidrostático de Rusch	19
Gráfico V: Embolización Selectiva	20
Gráfico VI: Sutura de B-Lynch	21
Gráfico VII: Sutura de Hayman	22
Gráfico VIII: Vascularización	22
Gráfico IX: Ligadura de las Arterias Uterinas.....	23

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I Diagnóstico diferencial entre placenta previa y Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.....	5
Tabla II Frecuencia de acretismo placentario en función del número de cesáreas y de ausencia o presencia de placenta previa	7
Tabla III. Clasificación de la Hemorragia Postparto	10
Tabla IV. Etiología de las Hemorragias	10
Tabla V. Causas Hemorragias Postparto	10
Tabla VI: Suturas Uterinas Compresivas	20
Tabla VII: Existen varios tipos de Suturas Uterinas	21
Tabla VIII Complicaciones asociadas a acretismo placentario	25
Tabla IX. Signos Vitales.....	28
Tabla X. Caracterización de las oportunidades de mejora	35

ÍNDICE DE ANEXO

ANEXO 1. Exámenes de Laboratorio	44
ANEXO 2. Exámenes de Imagenología	50
ANEXO 3. Ecografía Obstétrica	51
ANEXO 4 Electrocardiograma.....	55
ANEXO 5. Balones alternativos con condon	56
ANEXO 6. Cesárea + Histerectomía obstétrica	57

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**“PLACENTA PREVIA OCLUSIVA TOTAL CON SIGNOS DE ACRETISMO
SECUNDARIA A CIRUGIA UTERINA ANTERIOR”**

Autora: Salazar Urrutia, Pamela de los Angeles

Tutora: Belalcazar Sánchez, Yajaira Monserrath

Fecha: Octubre 2020

RESUMEN

La placenta previa se define como la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero. Se considera responsable del 20% de las hemorragias del 3^{er} trimestre, la 3era causa de transfusión sanguínea en el último tramo de la gestación y la 2^{da} causa de histerectomía radical. Se asocia con mayor frecuencia en mujeres de edad avanzada, una cesárea anterior, abortos inducidos o espontáneos. Se describe el caso de una paciente femenina de 43 años de edad con antecedentes quirúrgicos de una cesárea anterior, cursa su tercer embarazo de 35,1 semanas por FUM cronológico es diagnosticada de placenta previa oclusiva total con signos de acretismo placentario, confirmado por RMN y ecografía obstétrica. Previo al ingreso, presenta dolor abdominal tipo contracción que se irradia a región lumbar acompañado de sangrado oscuro en escasa cantidad por lo que es valorada y se decide el ingreso Hospital Provincial Docente Ambato, y se planifica terminar el embarazo a partir de las 36 semanas. Se programa cesárea a las 36 semanas por diagnóstico de Placenta previa oclusiva total con signos de Acretismo placentario.

Como complicación del acto quirúrgico se observa útero que realiza atonía uterina por lo que se decide histerectomía abdominal total

PALABRAS CLAVES: PLACENTA PREVIA, ACRETISMO, CESAREA E HISTERECTOMIA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA MEDICINA

**“TOTAL OCLUSIVE PREVIOUS PLACENTA WITH SIGNS OF SECONDARY
ACRETISM TO PREVIOUS UTERINE SURGERY”**

Autora: Salazar Urrutia, Pamela de los Angeles

Tutora: Belalcazar Sánchez, Yajaira Monserrath

Fecha: Octubre 2020

SUMMARY

The placenta previa is defined as the total or partial insertion of the placenta in the lower segment of the uterus. It is considered responsible for 20% of bleeding in the 3rd trimester, the 3rd cause of blood transfusion in the last stage of gestation and the 2nd cause of radical hysterectomy. It is more frequently associated with older women, a previous caesarean section, induced or spontaneous abortions. The case of a 43-year-old female patient with a surgical history of a previous caesarean section is described. She is in her third 35.1-week pregnancy due to chronological FUM, diagnosed with total occlusive placenta previa and placental accretion confirmed by MRI and obstetric ultrasound. Prior to admission, she presented with contraction-type abdominal pain that radiated to the lumbar region accompanied by small amount of dark bleeding, which is why admission to the Ambato Provincial Teaching Hospital was assessed and the pregnancy was planned to end at 36 weeks. Cesarean section is scheduled at 36 weeks due to the diagnosis of total occlusive Placenta previa with signs of placental accreta. As a complication of the surgical act, a uterine uterine atony is observed, so a total abdominal hysterectomy

KEY WORDS: PLACENTA PREVIA, ACRETISM, CAESAREAN AND HYSTERECTOMY

INTRODUCCIÓN

La placenta previa se define como la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, anteponiéndose, si la obstrucción es total, a la presentación fetal. Se considera responsable del 20% de las hemorragias del 3er trimestre, la 3ª causa de transfusión sanguínea en el último tramo de la gestación y la 2ª causa de histerectomía radical. Entre un 0,3 y un 0,8% de los embarazos se ven afectados por esta anomalía. Se asocia una mayor probabilidad de sufrir placenta previa en los casos en que la embarazada ha pasado por alguna cesárea con anterioridad, cuando tiene un alto número de embarazos previos o de abortos tanto espontáneos como inducidos, una edad avanzada y cuando ya ha tenido una placenta previa en otro embarazo.

Podemos distinguir 4 variedades anatómicas según la relación entre el borde inferior de la placenta y el orificio interno del cuello del útero, antes del inicio de trabajo de parto:

- **Tipo I. Placenta baja.** El borde placentario se implanta en el segmento uterino inferior, a menos de 2cm del OCI (Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona, 2017)

- **Tipo II. Placenta marginal.** La placenta llega justamente al borde del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.

- **Tipo III. Placenta oclusiva parcial.** El orificio cervical interno está cubierto de manera parcial por la placenta.

- **Tipo IV. Placenta oclusiva total.** El orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta.

Diagnóstico Es aconsejable realizar una ecografía de control a partir del 2º y 3º trimestre para lograr identificar la localización de la placenta. Si existe la mínima posibilidad de estar al frente de una placenta previa, placentas bilobuladas y en gestaciones gemelares se recomienda realizar de manera oportuna una ecografía transvaginal que nos ayudara a confirmar un diagnostico o a su vez a descartarlo. (Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona, 2017)

Manejo: **PP asintomática:** Control ecográfico a las 36 semanas para confirmar la PP, cesárea electiva a las 37-38 semanas. **PP sintomática** paciente en observación. Cesárea electiva a las 36-37 semanas.

El acretismo placentario

Se hace mención a aquellas manifestaciones donde podemos identificar una placenta con trastorno de adhesión o en algunos casos nos encontramos ante una placenta invasiva. “Dentro de estos síndromes se incluyen todos aquellos casos en los cuales haya una adherencia anormal al miometrio por ausencia de la decidua basal y la falta de desarrollo de la membrana de Nitabuch” Ávila, Alfaro, & Olmedo (2016, pág. 17), el acretismo placentario tiene un gran valor de ser diagnosticado oportunamente por su gran potencial de causar hemorragias obstétricas graves.

Clasificación

Cuando las vellosidades se adhieren al miometrio se conoce como placenta acreta, cuando las vellosidades penetran en el miometrio se llama placenta increta y cuando las mismas invaden hasta la serosa o más allá se conoce como placenta percreta.

Manifestaciones Clínicas

Para Ávila, Alfaro, & Olmedo (2016) el acretismo placentario se puede reconocer en el 1^{er} y 2^{do} trimestre del embarazo cuando se puede visualizar además como placenta previa, el sangrado se presenta en escasa o abundante cantidad siendo el signo de alarma más primordial. En algunos casos donde no se logró identificar a tiempo el acretismo placentario, este incluso se detecta hasta la labor de parto, donde se puede observar una placenta anormalmente adherida

Manejo En todas sus formas es quirúrgico. Clásicamente se ha aceptado la histerectomía como el tratamiento definitivo de los embarazos afectados por el acretismo placentario. Algunos centros han programado la cesárea entre las 34-35 semanas con el uso de esteroides para la maduración pulmonar. Si la paciente presenta hemorragia masiva está indicada la histerectomía de emergencia. La pérdida sanguínea promedio en un parto afectado por acretismo placentario es de 3 a 5 litros. Hasta el 90% de las pacientes que presentan acretismo placentario ameritan transfusiones de hemoderivados.

OBJETIVOS

GENERAL:

- ❖ Conocer las características clínicas e imagenológicas de la placenta previa con signos de acretismo para realizar una referencia oportuna y un manejo adecuado

ESPECÍFICOS:

- ❖ Proponer estrategias diagnóstico-terapéuticas para el manejo de la placenta previa con signos de acretismo que permitan mejorar el pronóstico y expectativas en la calidad de vida del paciente.
- ❖ Realizar un diagnóstico precoz de placenta previa para programar la terminación del embarazo mediante una cesárea y reducir el riesgo de hemorragia masiva y a su vez, disminuir potencialmente su morbi-mortalidad.
- ❖ Determinar las principales complicaciones de una placenta previa con signos de acretismo en paciente gestante tardía
- ❖ Describir la epidemiología, factores de riesgo, etiopatogenia y características clínicas de la placenta previa con signos de acretismo

DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES UTILIZADAS

El presente caso clínico a ser analizado, se realizó bajo la descripción de múltiples fuentes en la que cabe destacar, la recopilación y el análisis detallado de:

- Historia clínica, en la que se destaca la revisión de documentos a través de la cual se obtuvieron la mayor parte de datos del caso clínico de manera ascendente, es decir, desde el preámbulo de sus molestias, periodo de estancia en las distintas áreas dentro de la casa de salud, tratamientos clínicos, particularidad de la atención y describir cada uno de sus puntos cruciales
- Artículos de revisión; son los medios o evidencias con el menor tiempo de publicación, con información sobresaliente, que cuenta todo personal de salud para brindar una valoración y medicación de forma personalizada y oportuno.
- Información directa brindada por la paciente mediante una entrevista personal, la información fue dada de forma activa y voluntaria, y así se pudo correlacionar lo acontecido por la paciente con sus factores de riesgo.

DESARROLLO TEÓRICO

Para el Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona (2017) “El término placenta previa usamos cuando la placenta se inserta parcialmente o en su totalidad en el segmento inferior del útero” (p.1), se presenta en uno de 200 a 250 nacimientos. El riesgo es superior en caso de cesárea previa y aumenta progresivamente según el número de cesáreas, lo que quiere decir que para el mismo autor ya mencionado, la placenta previa representa el 20% de las hemorragias en el tercer trimestre de la gestación, actualmente es la tercera causa de transfusión durante la gestación, parto y puerperio y la segunda causa de histerectomía.

Dentro de sus características clínicas, se toma en cuenta a Ávila, Alfaro, & Olmedo (2016) los cuales refieren que una de las características a destacar es presentar un sangrado vaginal de comienzo inesperado, imperceptible, profuso de apariencia rutilante, donde no se va a lograr visualizar una actividad uterina ni por lo tanto tendrá un sufrimiento fetal a menos que se presente un peligro materno-fetal. Tanto la magnitud del sangrado junto con la duración de inicio tiene un vínculo según el nivel de rigor de la placenta previa. Si a todo esto se añade una placenta previa con signos de acretismo, nuestro índice de morbilidad de las embarazadas y del neonato estarían en valores sobreelevados, al realizar una revisión sistemática minuciosa se identificó la relación y gravedad que esto puede provocar. (Reyes, y otros, 2019)

Tabla I Diagnóstico diferencial entre placenta previa y Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

	PLACENTA PREVIA	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO INSERTA (DPPNI)
Inicio	Insidioso	Brusco
Hemorragia	Externa	Interna o mixta
Sangrado	Rojo brillante	Rojo oscuro
Hipertensión	No	Frecuente
Shock	Ocasional	Frecuente
Dolor	No	Si
Útero	Relajado	Hipertónico (Útero leñoso)

Palpación fetal	Normal	Difícil
Cicatriz uterina	Eventualmente	No
Ecografía	Placenta previa	Placenta normoinserta. En ocasiones se parecía un hematoma retroplacentario
Contracciones	Generalmente no	Si (o hipertonía uterina)
Bienestar Fetal	Normal	Alterado
Fuente: Prosego (2018, pág. 338)		

Tórres & Briones (2017) definen a la placenta ácreta como la inserción anormal de las vellosidades coriales directamente en el miometrio, en ausencia de la decidua basal y de la banda fibrinoide de Nitabuch. De forma que la línea de separación fisiológica entre la capa esponjosa de la decidua y el miometrio está ausente. Como causa de esta alteración la adherencia anormal puede afectar a uno o varios cotiledones, en ocasiones a toda la placenta, constituyendo la placenta ácreta focal, parcial o total respectivamente.

De acuerdo a la información referida por Dueñas, Rico, & Rodríguez (2007) existen tres tipos de adherencia placentaria anormales.

- Placenta Acreta: Las vellosidades coriónicas están en contacto con el miometrio
- Placenta Increta: Penetran al musculo uterino
- Placenta Percreta: Penetra hasta la serosa del útero y algunas veces a órganos adyacentes

Por su extensión se reconocen tres tipos:

- Focal: Involucra solo pequeñas regiones de la placenta
- Parcial: Uno o más cotiledones se van involucrando en el proceso
- Total: La superficie completa de la placenta esta anormalmente adherida (p.267)

De tal forma “El acretismo placentario puede producir hemorragia obstétrica intensa, ocasionando desequilibrio del estado hemodinámico que en ocasiones puede ser el agente causal de la muerte del paciente, por lo cual se estima un problema de salud pública

“(García, y otros, 2017) , es decir que la hemorragia es la primera causa de mortalidad materna

Para Pérez, Valverde , Puertas , & Gallo (2018) la etiología no está clara, aunque podría estar relacionada con el daño de la decidua basal, que facilita la invasión placentaria en el miometrio. La función barrera de la decidua está ausente en este escenario y los trofoblastos invasivos pueden llegar a invadir el miometrio a grandes profundidades, desde la más superficial (placenta acreta) hasta la más profunda (placenta increta), con una ruptura de la serosa uterina y en ocasiones puede invadir órganos adyacentes.

Los factores de riesgo más relevantes es una combinación de antecedentes obstétricos como una cesárea anterior más placenta previa durante el periodo de gestación actual aumentando el riesgo de acretismo placentario.

La frecuencia de placenta acreta se va a calcular en 14.4 por cada 10.000 partos, de igual manera la prevalencia según algunos autores nos indica que los porcentajes para la placenta acreta es de 70,9%, increta 15,2% y percreta 10,8%. Fernández, y otros (2017)

En la tabla II se presenta la frecuencia de placenta ácreta en función del número de cesáreas previas y con la presencia o ausencia de una placenta previa.

Tabla II Frecuencia de acretismo placentario en función del número de cesáreas y de ausencia o presencia de placenta previa		
CESARÈAS	PLACENTA PREVIA (%)	NO PLACENTA PREVIA (%)
PRIMERA	3,3	0,03
SEGUDA	11	0,2
TERCERA	40	0,1
CUARTA	61	0,8
QUINTA	67	0,8
SEXTA O MÀS	67	4,7

Fuente: Hernández, Herrera, Mendoza, & Adaya (2018, págs. 1-13)

La cicatriz uterina previa es el factor más importante que va a estar relacionado con la placenta previa. Debemos recordar que, al no tener una cesárea anterior, el índice oscila entre 5 al 9% de las posibilidades que una mujer presente o no placenta previa.

Dentro de la investigación bibliográfica se cita a Granada, y otros (2017) los cuales indican múltiples factores de riesgo que van relacionados con la presentación de acretismo placentario.

a) Factores Maternos:

- ✓ Edad materna > 35 años
- ✓ Multiparidad
- ✓ Fumadora
- ✓ Trastornos hipertensivos del embarazo

b) Factores Uterinos

- ✓ Miomectomía previa
- ✓ Legrado uterino previo
- ✓ Síndrome de Asherman (Sinequia Intrauterina)
- ✓ Leiomioma submucoso (Fibromas)
- ✓ Embolización de la arteria uterina
- ✓ Anomalías uterinas

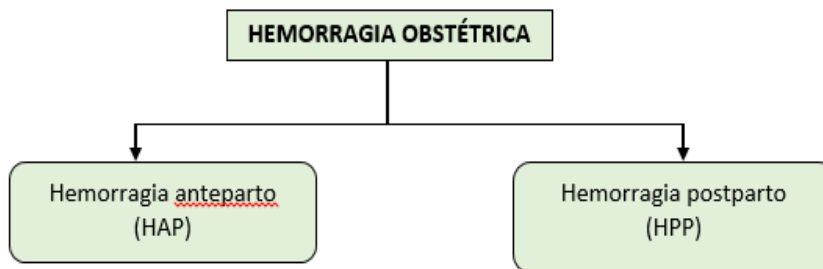
Dentro de otros factores para Villagómez, Reyes, Orozco, & Martínez (2020) se debería tomar en cuenta “las anormalidades müllerianas, radiación, embolización de arterias uterinas, miomatosis uterina, sobre todo miomas submucosos” (p.460) por lo tanto se considera varios factores para determinar un acretismo placentario

En la patogénesis de la placenta ácreta existe la hipótesis de falla o deficiencia en la renovación de la capa endometrial o la llamada decidua basal que debe ocurrir normalmente en el acto quirúrgico que van a conducir: a) Invasión trofoblástica del miometrio sin una decidua intervenida b) Posible violación de la serosa uterina e invasión de órganos adyacentes c) Falla o separación incompleta de la placenta del útero en el momento del parto.

La hemorragia materna es considerada como una causa de alto índice de morbilidad materna en todo el mundo, durante el periodo postparto. Es responsable del 25 a 30% de las muertes maternas. Bertucci (2018)

Dentro de las hemorragias maternas se encuentra “La hemorragia obstétrica severa está definida por la pérdida hemática superior a 1.500 ml, la caída de la hemoglobina más de 4 g/l, o la transfusión de 4 o más unidades de concentrado de Hematíes” (Bertucci, 2018, pág. 2)

Gráfico I: Clasificación de la Hemorragia Obstétrica



Fuente: Bertucci (2018)

Para el autor Bertucci (2018)

La Hemorragia Anteparto (HAP) corresponde al sangrado del tracto genital luego de las 24 semanas de gestación y antes del parto, presenta una incidencia de 2-5%. Muchos casos tienen su origen en patología benigna y no conllevan morbilidad materno-fetal pero el 50% son de origen desconocido y provocan un aumento de partos prematuros y problemas neonatales y fetales.

La Hemorragia Postparto (HPP) se define clásicamente como una pérdida de sangre mayor a 500 ml en un parto por vía vaginal y mayor a 1.000 ml en partos por cesárea (p.2)

Es importante, dentro del conocimiento destacar que las hemorragias tienen relación con la edad y ciertas enfermedades crónicas por lo cual se debe de actuar de manera rápida y asertiva frente a estos casos.

Tabla III. Clasificación de la Hemorragia Postparto	
PRIMARIA	
Periodo	Inmediatamente
Tiempo	24 horas luego del parto
SECUNDARIA	
Periodo	Tardío
Tiempo	24 horas y a las 6-12 semanas postparto
Fuente: Bertucci (2018, págs. 2-3)	

Tabla IV. Etiología de las Hemorragias		
ANTEPARTO	INTRAPARTO	POSTPARTO
Idiopática	DPPNI	Inercia Uterina
DPPNI	Placenta Previa	Restos Placentarios
Placenta Previa	Rotura Uterina	Placentación Anormal
RPO	Rotura Vasa previa	Rotura Uterina
		Inversión Uterina
		Lesiones del cuello y vagina
		Coagulopatias
Fuente: Solari, Solari, Wash, Guerrero, & Enríquez (2016, pág. 995)		

Para poder memorizar de manera didáctica se emplea la nemotecnia de las “4T” en las Hemorragias postparto (HPP) de Solari, Solari, Wash, Guerrero, & Enríquez (2016):

Tabla V. Causas Hemorragias Postparto	
Tono (70%)	Incluye la atonía o inercia uterina
Trauma (19%)	Incluye trauma uterino (rotura e inversión uterina) y laceraciones de cuello y vagina
Tejidos (10%)	Incluye retención de restos placentarios y coágulos y placentación anormal

Trombina (1%)	Incluye coagulopatías congénitas o adquiridas
Fuente: (Solari, Solari, Wash, Guerrero, & Enríquez, 2016, pág. 995)	

DIAGNÓSTICO

Clínicamente el diagnóstico de placenta ácreta se plantea ante una hemorragia postparto que se puede presentar de forma abundante generando una limitación para separar la placenta de su inserción uterina durante el periodo de alumbramiento, en ocasiones esto termina en histerectomía de urgencia, con un alto índice de mortalidad materna y complicaciones que aún nos sorprenden en nuestro medio.

Habitualmente se presenta un hallazgo durante el control ecográfico que está relacionado a ciertos agentes de riesgo propios del paciente. Por lo cual Véliz, Núñez, & Selman (2018) menciona que se puede realizar una evaluación sugestiva entre 18-20 semanas, pero si se desea asegurar el diagnóstico es a partir de las 32 semanas de gestación. El diagnóstico definitivo se logrará mediante un estudio histopatológico al comprobar la invasión de las vellosidades coriales en el miometrio.

Durante la atención prenatal se debe mantener una alta sospecha clínica de placenta acreta en pacientes que presenten placenta previa actual o una historia de cirugía uterina anterior (cesárea). Deben ser sometidas a un estudio de imagen con la finalidad de descartar la posibilidad de presentar acretismo por ende se debe visualizar de manera minuciosa cada imagen que puede sugerir una implantación placentaria anormal. Con la finalidad de tomar precauciones en cuanto al lugar donde se va a realizar el parto, tener disponibilidad de pintas de sangre y la contratación de un equipo de profesionales expertos en la materia, se logrará reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

ULTRASONOGRAFÍA

Se valora la morfología y localización placentaria como parte de la evaluación obstétrica de rutina, es la opción de primera línea para el diagnóstico de placenta acreta.

De tal forma Dueñas, Rico, & Rodríguez (2017) menciona que la ultrasonografía es una herramienta útil para el corroborar el diagnóstico de acretismo placentario, así como de

sus distintas variantes en el segundo y tercer trimestre de embarazo. Su uso en embarazos más tempranos aun no es concluyente.

También los autores mencionados se basan en investigaciones realizadas por Finberg y Williams quienes fueron los primeros que evaluaron a mediados de 1992 con ultrasonografía la inserción placentaria en mujeres gestantes con placenta previa y con antecedentes de una o más cesárea anteriores, estableciendo criterios diagnósticos como:

- Pérdida o adelgazamiento de la zona hipoecogénica miometrial retro placentaria normal < a 2mm de espesor. Si esta conservada, el riesgo de presentar acretismo va a disminuir a menos del 10%
- Adelgazamiento o disrupción de la interfase serosa hiperecogénica, entre el útero y la vejiga.
- Masa focal exofítica o extensión de la placenta a través de la serosa, fuera del cuerpo uterino. Esto es patognomónico de la placenta percreta.
- Presencia de numerosos lagos vasculares intraplacentarios, como criterio de riesgo adicional para placenta acreta. Este es el signo más sensible (presente alrededor del 87% de las pacientes con placenta acreta) va a aumentar el riesgo de histerectomía y con grandes pérdidas hemáticas en quienes lo tienen.

La ecografía transabdominal nos da un diagnóstico confiable, sin necesidad de la participación de técnicas de Doppler color o Power Doppler una vez que se identificaron los criterios de placenta acreta.

La Ecografía transvaginal se emplea con mayor seguridad para obtener información sobre la inserción placentaria en pacientes con placenta previa anterior.

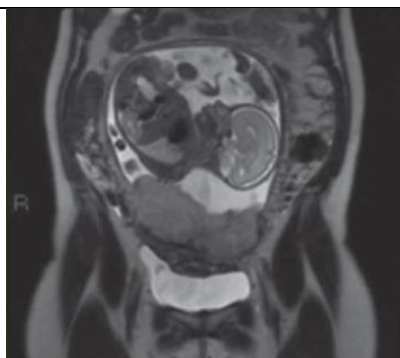
Aunque los hallazgos transabdominal y transvaginal no son definitivos, ellos son consistentes con el diagnóstico histopatológico en pacientes que se sospeche de una placenta percreta.

Para García, y otros (2017) “La sensibilidad y especificidad de la ecografía en escala de grises para el diagnóstico de acretismo varían según diversos autores, pero se estima una sensibilidad aproximada del 77-87% y una especificidad del 96-98% “(p.154) es importante emplear su uso de manera inicial para un diagnóstico fiable.

RESONANCIA MAGNÉTICA

Los estudios mencionan que la resonancia magnética no es superior a la ultrasonografía y su valor oscila con cifras muy elevadas, de tal manera este examen no es empleado como método de investigación inicial. Tomando en cuenta lo mencionado por Véliz, Núñez, & Selman (2018) “La resonancia magnética (RM) está indicada cuando la ecografía es dudosa o equívoca, alcanzando una sensibilidad y especificidad de 94 y 84% respectivamente “(p.514) lo que quiere decir que la resonancia magnética debe ser empleada solo en casos, donde no se comprueba con claridad un diagnóstico a base de la ecografía.

Gráfico II: RNM Acretismo Placentario



Fuente: (Solari, Solari, Wash, Guerrero, & Enríquez, 2016, pág. 999)

Cuando la ecografía brinda un diagnóstico seguro, la resonancia magnética se emplea para programar la interrupción del embarazo por la vía alta e identificar una hemorragia postparto precoz. La resonancia magnética según Véliz, Núñez, & Selman (2018), se recomienda realizar este estudio imagenológico entre las 24 y 30 semanas es lo más ideal, debido a que la placenta aún está muy inmadura y después la primera señal interna se convierte un poco más heterogénea ocasionando una percepción cambiada en ambos casos.

La resonancia magnética ha sido empleada por un tiempo estimado de 30 años y no existe la certeza hasta la actualidad que genere efectos adversos hacia el feto clínicamente ni en investigaciones dentro de los laboratorios. (Véliz, Núñez, & Selman, 2018)

Un meta-análisis multicéntrico realizado en Fetal Medicine Unit of the St George's University of London en el año 2014, determinó que los signos placentarios de mayor sensibilidad y especificidad siendo los más relevantes: Véliz, Núñez, & Selman (2018)

- Señal placentaria heterogénea
- Banda intraplacentaria

MANEJO

CONSIDERACIONES GENERALES

El manejo en todas sus formas es quirúrgico, cerca del 80% de especialistas procedió a una histerectomía y entre el 15-30% se mantuvo con tratamiento conservador.

Para Véliz, Núñez, & Selman (2018) la edad gestacional de interrupción exacta continua en estudio sin embargo se recomienda entre las 35-36 semanas de gestación debido a su gran significativa disminución en cesáreas de urgencias.

Cabero & Saldívar (2016) citan al Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) el cual sugiere que si existen datos de acretismo placentario se deben tomar medidas para minimizar la morbilidad materna. Estas medidas son:

- ❖ El paciente debe de ser advertido del riesgo que con lleva una histerectomía y de las posibilidades que tiene de necesitar una transfusión sanguínea.
- ❖ Se debe tener a la disponibilidad hemo concentrados en tal caso de requerir la paciente.
- ❖ Disponer de un lugar adecuado para terminar con el embarazo, no solo en instalaciones sino también con un personal capacitado en el área.
- ❖ Ser evaluado por el personal de anestesiología
- ❖ Si amerita se debe realizar una embolización de las arterias pélvicas como alternativa a la histerectomía o para reducir la pérdida de sangre durante el proceso de la histerectomía (p.124)

PARTO PLANIFICADO

El alumbramiento es un acto personalizado, donde se debe acoplar con las creencias e ideologías que posee cada persona. Lo ideal es proceder a planificar un parto una vez que se haya realizado el proceso de maduración pulmonar fetal, actualmente se realizaron nuevos estudios donde los pacientes estables fueron a partir de las 36 semanas de embarazo sin amniocentesis. La determinación para aplicar corticosteroides prenatales y la duración de la administración debe ser de forma personal.

La paciente debe ser ingresada a un quirófano con personal capacitado y con todos los implementos para poder resolver cualquier tipo de complicación probable. Se requiere de un chequeo prequirúrgico por un especialista en el área de anestesiología, quien determinara si se emplea una técnica general o regional de anestesia, ambas se ha comprobado su seguridad frente a estos casos Jauniaux, Hussein, Fox, & Collins (2019)

Antes del procedimiento la paciente debe estar con medias de compresión neumática, las mismas que se le retiraran una vez que esta pueda deambular con mayor facilidad.

Para Kably, y otros (2018) la cistoscopia preoperatoria con la colocación de stent ureterales puede ayudar a prevenir lesiones del tracto urinario inadvertida.

Antes de la operación, el banco de sangre debe ser notificado de la cirugía por la alta posibilidad de tener una hemorragia masiva. Por lo cual Wortman & James M(2019) “La suplementación de rutina con hierro y ácido fólico puede ayudar a prevenir la anemia preoperatoriamente. Un hematocrito superior a 30 es un objetivo razonable.” (p.142) es decir de esta manera se puede intervenir de manera segura.

Si amerita de transfusión de sangre esta de ser “Transfusión de sangre y hemoderivados (concentrado de glóbulos rojos, plasma fresco congelado y plaquetas en relación 1:1:1) “(Bertucci, 2018, pág. 9) de tal manera el proceso debe de ser de manera rápida para mantener la estabilidad del paciente.

Técnica quirúrgica

Cesárea electiva entre las 35-36 semanas de gestación.

La paciente gestante debe estar en una camilla en posición supina, con sus piernas apoyadas sobre las piñeras que se encuentran en la camilla, para que se pueda tener mayor visibilidad y examinar la presencia de sangrado vaginal. (Ortiz, Bañuelos, Serrano, Mejía, & Laureano, 2016)

El corte que se va emplear tanto en la piel como en el útero tiene gran relación con la ubicación de la placenta, esta decisión debe ser tomada de manera individual.

Será de gran ayuda realizar una ecografía para tener clara la localización de la placenta. Esto nos permitirá posteriormente dejarla in situ, hecho que se va asociar con menor riesgo de hemorragia masiva y disminuye el índice de intervenciones que terminan con histerectomías. Pero al no poder eludir, se recomienda una actuación rápida y oportuna en el momento de la extracción fetal logrando clampear precozmente el cordón (Ortiz, Bañuelos, Serrano, Mejía, & Laureano, 2016)

- ❖ Si se trata de un caso de baja sospecha de placenta acreta se debe intentar extraer la placenta. Pero si esta se separa con facilidad, se recomienda proseguir en la extracción.
- ❖ Si se trata de un caso con alta sospecha de placenta acreta o la placenta no se separa. se realizará la histerorrafia con la placenta in situ y posteriormente:
 1. Histerectomía: Tratamiento definitivo y el más radical. En algunos pacientes se realizará una extirpación de todo el útero, incluido el cuello uterino. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona (2017)
- ❖ En algunos casos donde se extrae la placenta con mucha dificultad y sospechemos que existen zonas de acretismo placentario parcial, las medidas deben ser conservadoras.
- ❖ Ante un hallazgo intraparto de acretismo placentario, el tratamiento debe ser conservador

Es muy importante tener en cuenta que, si la placenta no se separa con facilidad, por ninguna razón debemos tirar de ella porque aumentamos el riesgo de hemorragia masiva

La ligadura profiláctica de arterias hipogástricas no ha mostrado beneficios en el control de la hemorragia en algunas pacientes

MANEJO CONSERVADOR

Tiene como finalidad mantener la fecundidad de la mujer, al evitar la extirpación del útero de forma completa, así lo refiere (Solari, Solari, Wash, Guerrero, & Enríquez, 2016)

Por otro lado, Dueñas, Rico, & Rodríguez (2007) menciona:

- ❖ Dejar la placenta en su lugar (Totalmente o en fragmentos)
- ❖ Resección del lecho placentario y su reparación
- ❖ Extracción y legrado obstétrico
- ❖ Empleo de medicamentos asociados a cualquiera de los anteriores puntos
- ❖ Empleo de algún medio que cause isquemia (embolización, ligadura de vasos, etc.) del lecho placentario. (p.270)

El paciente debe estar informado de estas complicaciones como lo determina Pérez , Valverde , Puertas , & Gallo (2018) ya que “el resultado del tratamiento conservador es impredecible y no está exento de riesgos” (p.346) de esta manera se prevé de una incorrecta información.

COMPLICACIONES DEL MANEJO CONSERVADOR

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social (2019), existen las siguientes complicaciones durante el manejo conservador:

- ✓ Hemorragia obstétrica
- ✓ Necesidad de hemo transfusión
- ✓ Infección
- ✓ Necesidad de histerectomía
- ✓ Morbilidad materna severa
- ✓ Sepsis
- ✓ Trombosis venosa profunda/ embolia pulmonar

- ✓ Necrosis uterina (p.43)

MANEJO EXPECTANTE SIN MEDICAMENTOS

Se procede a mantener la placenta en su lugar seguido de una ligadura del cordón, se debe valorar de forma regular con una ultrasonografía, deseando que la placenta se adapte con facilidad o se debe extirpar el útero de manera completa una vez que se presente una hemorragia profusa o infección

TRATAMIENTO INVASIVO

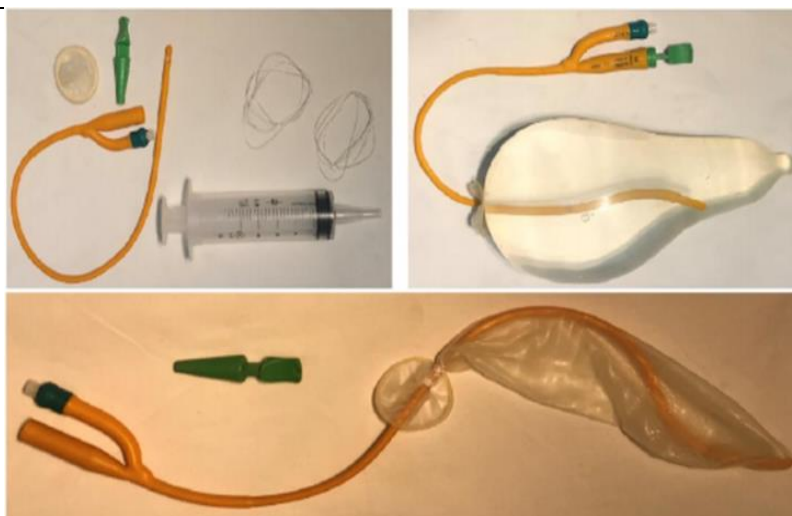
TAPONAMIENTO CON BALÓN INTRAUTERINO

El taponamiento con balón intrauterino para Voto, y otros (2019) permite:

- ❖ Estabilizar al paciente hemodinámicamente en forma precoz.
- ❖ Dar tiempo para el traslado a un centro de mayor complejidad.
- ❖ Dar tiempo para operativizar una conducta quirúrgica o hemodinámica definitiva
- ❖ Ser el tratamiento definitivo al realizar un efectivo control de la hemorragia. (p.20)

Dentro del uso es importante mencionar al catéter esofágico de Sengstaken-Blalmore que es el más utilizado en la actualidad (Bertucci, 2018)

Gráfico III: Balones alternativos con condon



Fuente: Voto, y otros (2019, pág. 21)

Para Bertucci (2018) este Balon se debe colocar detro de la cavidad uterina y se procede a insuflar co agua tibia esteril o con suero fisiologico hasta que a la palpacion abdominal el utero se encuentre de manera mas estable con la valoracion previa de que el sangrado se detenga. Por otro lado el tiempo que debe permanecer no esta claro pero entre 4-6 horas se estima un tiempo considerado para que realice hemostasis (ANEXO 5)

Gráfico IV: Balón hidrostático de Rusch



Fuente: Cuetos, y otros (2017, pág. 13)

Actualmente este balón hidrostático lo cantamos en el Hospital Público General de la Latacunga, el cual ha beneficiado en el tiempo de colocación y la facilidad del operador en situaciones como la hemorragia postparto.

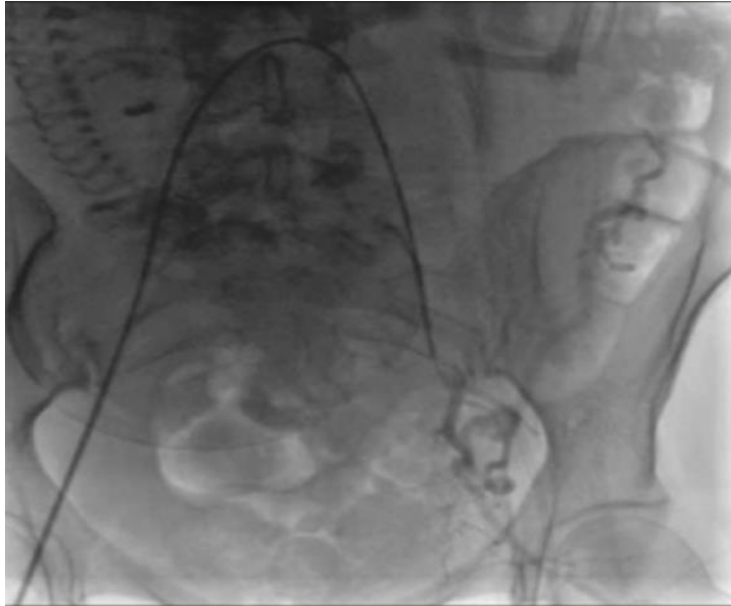
Por otro lado, Voto, y otros (2019) menciones varias contraindicaciones a considerar:

- ❖ Paciente alérgico a cualquier componente de los dispositivos.
- ❖ Lesión traumática vascular-visceral del canal del parto o del útero.
- ❖ Malformaciones uterinas que impidan la colocación adecuada.
- ❖ Alumbramiento incompleto no considerado. (p.22)

La embolización angiográfica de las arterias uterinas, se ha utilizado en mujeres embarazadas que presentan acretismo, previo control del personal radiológico con el fin de disminuir el sangrado antes o durante la intervención para la histerectomía, pero su desenlace es controversial. (Campos, Enríquez, & Guerrero, 2017)

Complicaciones: Disección vascular, Fiebre, Abscesos pelviano (Solari, Solari, Wash, Guerrero, & Enríquez, 2016)

Gráfico V: Embolización Selectiva



Fuente: (Solari, Solari, Wash, Guerrero, & Enríquez, 2016, pág. 1000)

La ligadura de las arterias hipogástricas tiene alrededor del 50% de seguridad, pero podría impedir que se realice un cateterismo posterior (Solari, Solari, Wash, Guerrero, & Enríquez, 2016)

SUTURAS UTERINAS COMPRESIVAS

Se emplea las suturas uterinas compresivas según Bertucci (2018) su principal función es de conseguir o mantener la contracción uterina, se emplea sobre todo en pacientes con atonía uterina.

Tabla VI: Suturas Uterinas Compresivas

VETAJAS	DESVENTAJAS	COMPLICACIONES
Mantener la fertilidad	Laparotomía	Laceración de la pared uterina
Fácil de realizar	Histerotomía	Necrosis Uterina

Fuente: (Bertucci, 2018, pág. 20)

Tabla VII: Existen varios tipos de Suturas Uterinas

Suturas de B-Lynch

Suturas de Hayman

Suturas compresivas más balón intrauterino

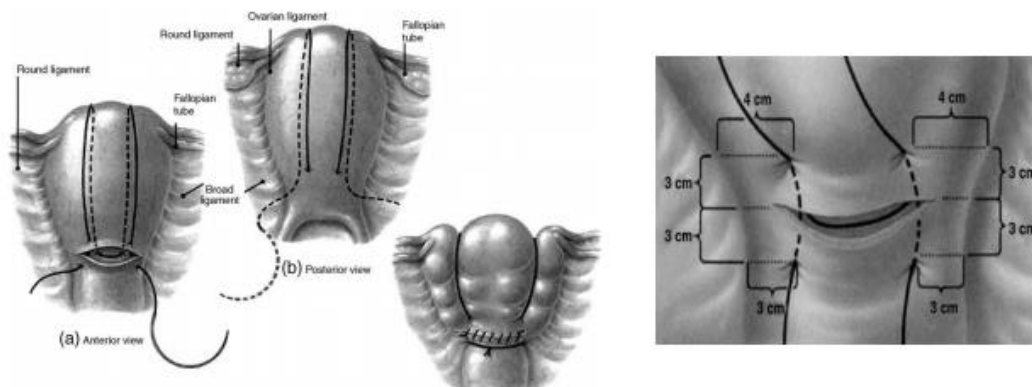
Sutura de Pereira

Sutura de Cho

Fuente: (Voto, y otros, 2019, págs. 23-27)

La técnica más utilizada nos describe Bertucci (2018) que fue por B-Lynch en 1997 que consiste en hacer suturas que nos facilitan abrazar el útero de tal manera que la cara anterior tenga contacto con la cara posterior y por lo tanto nos pueda ayudar en hacer presión. Actualmente se ha realizado varios cambios en las técnicas empleadas. No hay evidencia que corrobore que sutura es mejor que otra, por lo que el personal capacitado el área puede emplear con seguridad la sutura tenga más afinidad. (p.21)

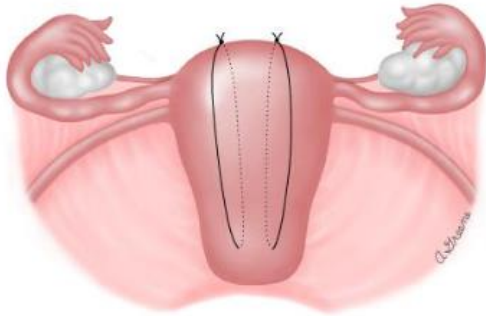
Gráfico VI: Sutura de B-Lynch



Fuente: Voto, y otros (2019, pág. 24)

Sutura de Hayman es una técnica que se puede realizar de forma más sencilla y rápida. Para (Voto, y otros, 2019) la sutura de Hayman “Consiste en realizar un punto de sutura desde la zona del segmento uterino hasta el fondo, pasando de cara anterior a posterior” por lo tanto esta técnica puede generar algunas complicaciones como infección.

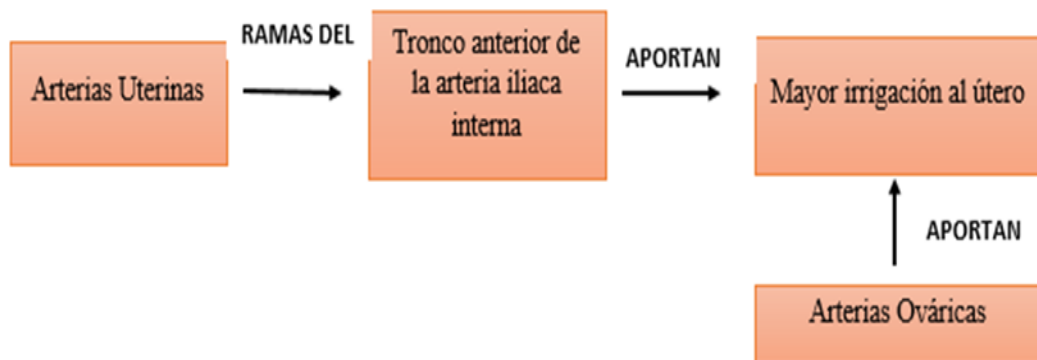
Gráfico VII: Sutura de Hayman



Fuente: Voto, y otros (2019, pág. 25)

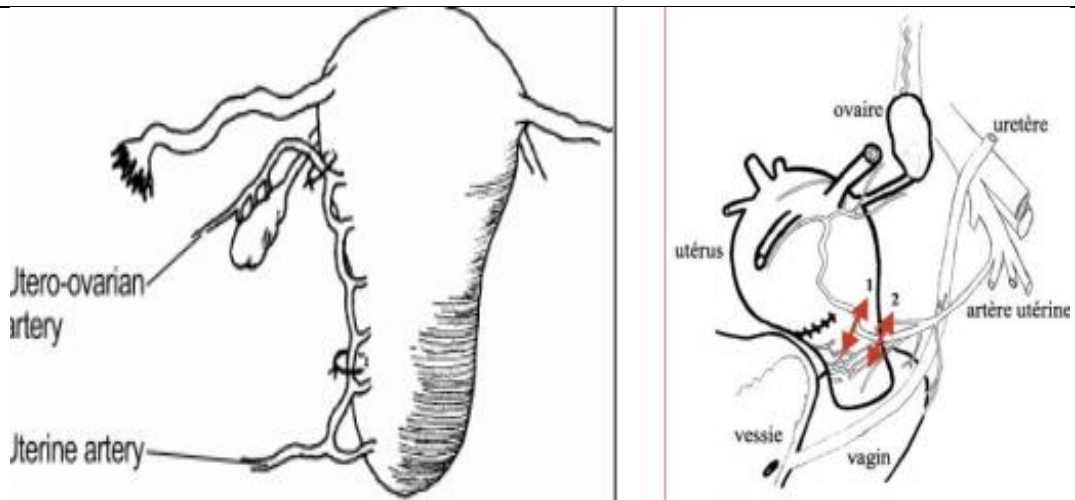
LIGADURA QUIRÚRGICA DE LAS ARTERIAS UTERINAS, OVÁRICAS E ILIACAS INTERNAS

Gráfico VIII: *Vascularización*



Fuente: (Bertucci, 2018)

Gráfico IX: *Ligadura de las Arterias Uterinas*



Fuente: Voto, y otros (2019, pág. 28)

Según (Bertucci, 2018) la ligadura de las arterias uterinas “Determina un descenso de la presión de pulso distal a la ligadura, lográndose más fácilmente la hemostasis y la formación del coagulo” (p.21) de tal forma se controla el sangrado durante la intervención quirúrgica.

MANEJO EXPECTANTE CON MEDICAMENTOS

- Oxitocina: Perfusión de mantenimiento durante 12-24 horas
- Antibiótico profiláctico: Amoxicilina clavulanico e.v 1g/ 6 horas durante 7-10 días En caso de alergia a penicilina: Clindamicina 600 mg/8 horas e.v + Gentamicina 240 mg/24h e.v 7-10 días. Después de 48 horas puede pasarse el tratamiento a vía oral para completar los 7-10 días.
- No existe evidencia para recomendar un tratamiento con Metotrexate, Mifepristona o Misoprostol ni la embolización. (Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona, 2017, pág. 9)

Para Dueñas, Rico, & Rodríguez (2017) el manejo expectante debe basarse en lo que “Golan y Cols, describieron el empleo de oxitocina inyectada directamente en el cordón umbilical posterior al nacimiento del feto y esperar el alumbramiento” (p.270). En estos estudios se hace hincapié en la utilización de la oxitocina el cual es de gran utilidad en la etapa de alumbramiento, no obstante, esto no asegura la disminución del índice de mortalidad materna.

En cuanto al metotrexate los autores (Cabero & Saldívar, 2016) menciona que “es un medicamento quimioterápico el cual se encuentra catalogado dentro del grupo de los antagonistas de los folatos” (p.125) Tiene gran efectividad en tejidos con división celular rápida, no obstante, se determina que en la proliferación del trofoblasto está ausente.

MANEJO O SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Dentro de la investigación bibliográfica se considera lo citado por Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona (2017) donde recomienda:

Control clínico- ecográfico: La ecografía constituye una de las herramientas más importantes en estas pacientes. El control debe ser semanal al menos durante las 2-4 semanas. Posteriormente cada 2 semanas

Control analítico: Hemograma +PCR se debe realizar al menos durante unas 2- 4 semanas. bHCG en cada control hasta su desaparición o estabilización. Los niveles bajos de bHCG no se han asociado a la resolución completa de este cuadro clínico

En algunas pacientes donde el tratamiento conservador ha tenido gran éxito, la reabsorción espontánea de la placenta se ha descrito en el 75% de los casos con una media de unas 13 semanas. (p.10)

COMPLICACIONES

La complicación más importante es la hemorragia postparto inmediato, que genera inestabilidad hemodinámica provocando un alto índice de morbilidad materna por su patología de base y por el método de tratamiento empleado. Dueñas, Rico, & Rodríguez (2017)

En ocasiones el sangrado permanecer posterior a la histerectomía a causa de la disminución de la coagulabilidad sanguínea que está relacionada con el trauma de una extensa manipulación durante la cirugía.

Otra complicación que menciona Vera, y otros (2016), es la lesión de uréteres durante la histerectomía, más aún si es de urgencia por la placenta percreta y la necesidad de un control inmediato de la hemorragia masiva.

Reconocida la lesión se puede corregir por reanastomosis o reimplantación según se requiera, con la ayuda del urólogo. La lesión de vejiga en el momento de disecar el segmento uterino durante la histerectomía puede ser reparada luego mediante sutura por planos. Otras complicaciones descritas son la coagulación intravascular diseminada, lesión intestinal y también la prematuridad.

Para Vera, y otros (2016) “En relación a las complicaciones O`Brien y Cols informaron en 109 casos una mortalidad materna de 7% y una mortalidad perinatal de 9%” (p.407) de acuerdo a la investigación mencionada se puede observar un alto porcentaje de mortalidad perinatal sobre la mortalidad materna.

Tabla VIII Complicaciones asociadas a acretismo placentario

Rotura uterina 3%

Trasfusión sanguínea 90%

Trasfusión masiva(>10U): 40%

Infección 28%

Ligadura ureteral 5%

Fistula Uterina 5%

Lesiones de tubo digestivo aisladas

Fuente: (Vera, y otros, 2016, pág. 408)

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO CLÍNICO:

Paciente femenina de 43 años de edad, mestiza, unión libre, nacida y residente en el cantón Quero de la ciudad de Ambato, católica, instrucción primaria completa, ocupación ama de casa, grupo sanguíneo desconoce, lateralidad izquierda.

Antecedentes personales: No refiere

Antecedentes quirúrgicos personales:

- ✓ Hernia inguinal hace 2 años aproximadamente
- ✓ Cesárea hace 10 años por circular de cordón

Antecedentes familiares: No refiere.

Antecedentes gineco-obstétricos

- ✓ Menarquia: 13 años
- ✓ Ciclos menstruales regulares: 5 días de duración.
- ✓ Paptest: Hace 3 meses el cual reporta normal
- ✓ Mamografía: Nunca se realiza
- ✓ Inicio de la actividad sexual :23 años
- ✓ Número de parejas sexuales :2
- ✓ Enfermedades de transmisión sexual: Ninguna
- ✓ Fecha de Última Menstruación: Desconoce
 - ✚ Controles prenatales: 6 ECOS: 6.
 - ✚ Embarazo no planificado
 - ✚ Gestas:3
 - ✚ Partos 1
 - ✚ Abortos 0
 - ✚ Cesáreas 1
 - ✚ Hijos vivos 1
 - ✚ Hijos muertos 1

Gesta 1: Hace 15 años parto céfalo-vaginal sin complicaciones, Femenino

Gesta2: Hace 10 años, cesárea por circular de cordón fallecido

Gesta3: Actual embarazo 35.1 semanas x ECO del I trimestre (ANEXO 3.A)

Complicaciones durante el embarazo: Ninguna

Motivo de consulta:

Sangrado Genital

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

Paciente refiere que hace aproximadamente 16 horas presenta dolor abdominal tipo contracción que se irradia a región lumbar de leve intensidad, acompañado de sangrado oscuro de escasa cantidad, por lo que acude a facultativo quien realiza eco obstétrico el cual reporta: (ANEXO 3.D)

Embarazo único para una edad gestacional ecográfica de 34.4 Semanas de gestación, Feto sexo masculino en presentación Podálico, Peso fetal estimado de 2336 gr. Placenta previa oclusiva total con signos de acretismo.

La misma que es valorada, estabilizada e ingresada al servicio de Ginecología del Hospital General Docente Ambato.

ATENCIÓN HOSPITALARIA

En el servicio de emergencia del Hospital General Docente Ambato, siendo el 08 de septiembre del 2019 a las 18:00 pm la paciente es valorada y se decide su ingreso al servicio de Ginecología para el manejo de la paciente, maduración pulmonar e inhibición de actividad uterina.

Paciente acude con signos vitales dentro de los parámetros normales

Examen físico:

Tabla IX. Signos Vitales	
Parámetro	Valor
Temperatura	36.5 °C
Tensión Arterial	110/70
Peso	60kg
Talla	155 cm
Tirilla	Negativa
SCM	0

Paciente consciente, orientada, afebril, hidratada.

- ❖ **Cabeza:** A la inspección normocefálica, sin alteraciones del volumen y la forma, no hay presencia de tumoraciones.
- ❖ **Boca:** Mucosas orales húmedas, sin lesiones. Piezas dentales en buen estado. Orofaringe no congestiva
- ❖ **Tórax:** Simétrico, expansibilidad y frémito conservado
- ❖ **Pulmones:** Murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos
- ❖ **Corazón:** Ruidos cardiacos rítmicos, normo-fonéticos no se auscultan soplos
- ❖ **Abdomen:** Globoso, presencia de cicatriz de cesárea anterior tipo Pfannenstiel Útero gestante, feto único vivo, presentación pelviana, dorso derecho, Frecuencia cardiaca fetal (FCF) 135Lpm, Actividad Uterina (AU) negativa (-), Altura de fondo uterino (AFU): 35cm.
- ❖ **RIG:** Genitales de múltipara. Examen especular no se evidencia sangrado activo, cérvix cerrado.

Tacto Vaginal: No se realiza por riesgo a hemorragia

- ❖ **Extremidades:** Simétricas, no edema, Rots 2/5

**ATENCIÓN HOSPITALARIA –VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD
(08/09/2019)**

Paciente es ingresada en el Servicio de Ginecología con un diagnóstico de Embarazo de 35.1 semanas por eco del I trimestre + placenta previa oclusiva total + a descartar Acretismo Placentario +Cesárea anterior y pelviano.

Se realizan exámenes de laboratorio, biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación, uroanálisis el **(08/09/2019)**. Identificando en la biometría la hemoglobina a 11.10gr valor de referencia (<11gr/dl) y hematocrito 34.9% valor de referencia (<33%), En la Química sanguínea hay disminución de la glucosa 57mg/dl valor de referencia (70-100 mg/dl) el resto de exámenes dentro de los parámetros normales. (ANEXO 1.A)

Se inicia vigilancia con reposo absoluto, sin signos ni síntomas de importancia, monitoreo sin actividad uterina, con protocolo de maduración pulmonar completa 2 dosis de betametasona 12mg IM y restricción de tactos por riesgo de sangrado.

(10/09/2019) Se realiza Resonancia Magnética simple de abdomen y pelvis reportando: Feto único en situación transversa. Placenta previa oclusiva total con signos de acretismo en su porción postero inferior. (ANEXO 2)

Se realiza ecografía obstétrica (ANEXO 3.C) evidenciando feto único vivo reactivo, placenta oclusiva total, se realiza monitoreo de actividad uterina 2/10/30 encontrando labor inicial de parto por lo que se decide iniciar útero-inhibición con Nifedipino 10 mg vía oral cada 20 minutos por 3 dosis, luego 10 mg vía oral cada 6 horas, no se evidencia sangrado activo se logra controlar la actividad, paciente se mantiene en reposo y cuidados de embarazo pretérmino ,hemodinámicamente estable, actividad uterina negativa, MF presentes.

Se decide finalizar el embarazo a partir de las 36 -37 semanas de gestación.

(16/09/2019) Paciente con embarazo de 36.2 semanas por FUM cronológico con diagnóstico de placenta previa oclusiva total + Acretismo placentario. Paciente inicia con actividad uterina, sangrado vaginal, al especular sangrado activo por vía transvaginal con coágulos se decide terminar el embarazo por cesárea de emergencia.

NOTA POSTQUIRÚRGICA: Bajo anestesia general se realiza cesárea, hallando:

- + Útero gestante
- + Líquido claro con escasos grumos
- + Recién nacido vivo sexo masculino, Peso: 2620gr, Talla: 47cm, PC: 33cm
APGAR: 8-9
- + Placenta posterior con acretismo placentario que se desprende espontáneamente
- + Anexos macroscópicamente normales
- + Sangrado aproximado de 1200 cc
- + Diuresis clara aproximadamente 100cc.
- + Complicaciones: Útero que realiza atonía uterina a pesar de 40 UI Oxitocina, 0.2mg Metilergometrina y 800mg Misoprostol por lo que se decide realizar histerectomía abdominal total, con un sangrado total de 2500 cc.

Se transfunden 3 paquetes globulares y 1 de plasma fresco congelado durante acto quirúrgico. Se le administra Metoclopramida 1 ampolla IV cada 8 horas, Cefazolina 1gr IV cada 6 horas, Ketorolaco 30 mg IV cada 8 horas, además se realiza una interconsulta al servicio de UCI debido a que en el transquirúrgico paciente presenta choque hipovolémico con necesidad de norepinefrina con destete postoperatorio, motivo por el cual se decide ingreso a Terapia Intensiva para manejo hemodinámico y reposición de volemia.

Durante sus 3 días de estancia en UCI permanece hemodinámicamente estable con cifras de tensiones arteriales dentro de los parámetros normales TA120/80-90/60 FC 90-100, normotérmica sin evidencia de picos febriles, neurológicamente con Glasgow 15/15 con adecuada diuresis con gasto urinario de 1.85ml/kg/hora, controles de laboratorio se evidencia hemoglobina de 8.4gr/dl por lo que se decide transfundir 2 concentrados de glóbulos rojos el día 17/09/2019(ANEXO 1.C) Control de hemoglobina día 18/09/2019 se encuentra en 10g/dl (ANEXO1.D).A nivel abdominal se palpa abdomen suave doloroso en sitio quirúrgico, herida de bordes eritematosas realizan limpieza por parte de ginecológica drenando líquido serohemático. Extremidades tono y fuerza conservada. Paciente que no ha presentado complicaciones razón por la cual se decide alta de servicio de terapia intensiva. Y es trasladada al servicio de Gineco-Obstetricia en donde permanece en recuperación y con una evolución favorable.

Paciente es dada de alta a los 6 días postquirúrgico con buena evolución y pronóstico favorable, se le indica Amoxicilina +Acido clavulánico 1tableta VO cada 12 horas por 5 días, Hierro 1 tableta diaria por 30 días, Retiro de puntos en el centro de salud en 5 días y signos de alarma.

DISCUSIÓN DEL CASO CLÍNICO

Según Pérez , Valverde , Puertas , & Gallo (2018)” La frecuencia de acretismo placentario ha ido en aumento debido al incremento en la tasa de cesáreas. Se admite una incidencia de 2 por cada 1000 partos. Su morbimortalidad se ha visto disminuida debido a las mejoras en el diagnóstico y tratamiento de esta patología.” Por lo tanto en el control prenatal en todo gestante debe ser lo primordial previo seguimiento del personal de salud para una correcta capacitación e información sobre el tema.

En el presente caso clínico la edad gestacional al momento que ingresa la paciente fue de 35.1 semanas por eco del primer trimestre, no brindando una información confiable y esto nos podría conducir a tomar acciones erradas en el manejo obstétrico.

Además, se observa en la historia clínica que la paciente presenta condiciones de riesgo relacionados con el acretismo placentario se menciona el antecedente de cesárea y su edad que oscila entre los 43 años. Hay que recordar que a más cesáreas previas mayor riesgo de acretismo placentario, es así, que la prevalencia del acretismo placentario en gestantes con una cesárea previa es de 21%, con dos cesáreas o más 50% según Dueñas, Rico, & Rodríguez (2017). En nuestro caso clínico estamos con una paciente multigesta con antecedente de 1 cesarea previa lo cual concuerda con la información de los autores antes mencionados.

Otro factor de riesgo es la relación entre placenta previa y acretismo placentario, llegando a evidenciar este fenómeno hasta en el 30% de los casos con acretismo placentario .Por lo tanto, tiene una clara relación con nuestro estudio dado que el paciente primero es diagnosticado con placenta previa, otras condiciones incluyen un legrado uterino, ablación endometrial, miomectomía, factores que no se presentaron en este caso clínico. (Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona, 2017)

El diagnóstico de acretismo placentario se puede realizar en los controles prenatales con la búsqueda e identificación de factores de riesgo clínicos acompañados de ultrasonografía y casos donde esta esté dudosa se valoraría con la resonancia magnética.

En la ecografía se logrará identificar signos sugestivos de acretismo placentario como son la irregularidad de los espacios vasculares placentarios, adelgazamiento del miometrio, perdida de la señal Doppler vascular subplacentaria, protuberancia de la placenta sobre la vejiga e incremento en la interfase vascular entre el útero y la vejiga. La resonancia magnética es un examen de alto costo y no supera la sensibilidad y especificidad de la ecografía. En nuestro caso clínico la gestante acudió por emergencia y el informe ecográfico sugería probable acretismo placentario, por lo que se hospitalizo para realizar una cesárea programada. (Dueñas, Rico, & Rodríguez, 2017)

Durante la cesárea se presentó hemorragia masiva secundaria a la atonía uterina, la cual ocasiono una pérdida considerable de sangre de aproximadamente 2.500ml; que obligo a la toma de decisión inmediata de proceder a la histerectomía abdominal total. Cabe mencionar que algunas investigaciones nos dicen que el manejo universalmente aceptado y considerado como metido estándar para el tratamiento del acretismo placentario es la histerectomía (Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona, 2017)

IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

En el estudio de este caso clínico se describieron algunos puntos críticos que facilitaron para que se presente el acretismo placentario:

- Escasa información por parte del personal de salud a la paciente acerca de los riesgos de un nuevo embarazo y las posibles complicaciones que presentaría, teniendo en cuenta sus antecedentes gineco-obstétricos y quirúrgicos.
- Control prenatal inadecuado teniendo en cuenta el diagnóstico de placenta previa, con lo cual la paciente requería un seguimiento más exhaustivo.
- Diagnóstico tardío de placenta previa, por lo que no se realiza un control prenatal adecuado ni una referencia oportuna de la paciente.
- Embarazo no planificado con desconocimiento de la fecha de última menstruación, por lo que no se tiene una edad gestacional correcta.

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla X. Caracterización de las oportunidades de mejora

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
Educar a las pacientes sobre la importancia de la atención prenatal	Realizar charlas dirigidas a mujeres en edad fértil, con la finalidad de dar a conocer medidas que serán oportunas para que el embarazo llegue a buen término
Adecuado manejo prenatal a todas las madres que estén cursado un embarazo de alto riesgo	Sospechar la posibilidad de acretismo placentario en pacientes con antecedentes de cirugía uterina previa como cesárea anterior o pacientes con diagnóstico de placenta previa actual, para realizar un seguimiento más estricto y una referencia oportuna.
Aplicar protocolos de manejo en acretismo placentario	Socializar las normas vigentes del MSP en el manejo de anomalías placentarias y hemorragia postparto, para realizar una evaluación, derivación y seguimiento de pacientes con placenta previa y/o acretismo placentario. Y actualizar conocimientos con guías internacionales.
Prevenir cesáreas innecesarias que constituyen un factor de riesgo para placenta previa y/o con acretismo placentario.	Realizar una adecuada valoración de la paciente obstétrica para determinar la vía de parto y preparar a la paciente para el mismo. Tener cuidado con el cálculo de la edad gestacional, estandarizar qué regla se utilizará para hallar la fecha probable de parto, aplicar adecuadamente la norma técnica de atención integral de salud materna.

CONCLUSIONES

- ❖ Para tener un adecuado manejo en pacientes con acretismo placentario se debe tener un buen control prenatal mediante una anamnesis y un examen físico adecuados en cada consulta, para identificar a tiempo ciertas patologías como la placenta previa y así poder realizar un seguimiento eficaz mediante realización de exámenes de laboratorio e imagen que confirmen la sospecha diagnóstica y nos permitan dar tratamiento oportuno.
- ❖ Para mejorar el pronóstico de la paciente y preservar su fertilidad se puede aplicar un tratamiento conservador en caso de hemorragia, y una vez que todo esto falle se debe proceder a realizar métodos más radicales como la histerectomía obstétrica.
- ❖ Un correcto diagnóstico nos facilita poder planificar la vía de terminación del embarazo y contar con el equipo e insumos necesarios para disminuir el riesgo de hemorragia masiva.
- ❖ Se determina que la principal complicación en el acretismo placentario es la hemorragia intraparto y postparto, seguido de las transfusiones sanguíneas produciendo inestabilidad hemodinámica y con alta tasa de mortalidad materna.
- ❖ Se logró identificar que uno de los principales factores de riesgo tanto para placenta previa como para acretismo placentario es la cesárea previa, además se identificaron características clínicas y de imagen para realizar el diagnóstico presuntivo tomando referencias bibliográficas actualizadas.

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

- Al-Serehi A, Mhoyan A. (2008). Placenta accreta: an association with fibroids and Asherman syndrome J Ultrasound Med
- Chou MM, Ho ES, Lee YH. (2000). Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color Doppler ultrasound. Ultrasound Obstet Gynecol
- Eller AG, Bennett MA, Sharshiner M, Masheter C, Soisson AP, Dodson M, et al., . . . Wagner, D. (2014). Maternal morbidity in cases of placenta accreta managed by a multidisciplinary care team compared with standard obstetric care. Obstet Gynecol.
- Hamar BD, Wolff EF, Kodaman PH, Marcovici I. (2006). Premature rupture of membranes, placenta increta, and hysterectomy in a pregnancy following endometrial ablation. J Perinatol
- Lira J, Iburguen F, Argueta M, Karchmer S. (2006). Placenta previa acreta y cesarean previa. Experiencia de cinco años en el Instituto Nacional de Perinatología. Ginecol Obst. Mexico.
- Omar Dueñas G., Hugo Rico O., Mario Rodríguez B (2012). Actualidad En El Diagnóstico Y Manejo Del Acretismo Placentario. Rev Chil Obstet Ginecol 1-17.
- Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. (2013). Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Obstet Gynecol Colima: Elsevier
- Chlebowski RT, Chen Z, Anderson GL, et al. (2005). Ethnicity and breast hysterectomy: factors influencing differences in incidence and outcome. J Natl Cancer Inst.
- Cortés, J. (2011). El pronóstico de la placeta acreta mejor en mujeres casadas. Madrid, España: Hospital Vall d'Hebron.
- Cotran, R., Robbins, S., & V, K. (1999). Patología Estructural y Funcional de la placeta acreta (Sexta ed.). Mc-Graw Hill

Díaz, S., Piñeros, M., & Sánchez, O. (2005). Detección temprana de la placenta previa: aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. *Rev Colomb Cancerol*, 9(3), 93-104.

Fejerman L, John EM, Huntsman S. (2017). Genetic ancestry and risk of breast placental accreta U.S. Latinas. *Cancer Research*.

LINKOGRAFÍA

Ávila, S., Alfaro, T., & Olmedo, J. (2016). Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 11-20. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr163c.pdf>

Bertucci, S. (2018). Manejo Anestésico de la Hemorragia Obstétrica Postparto. *Departamento y Catedra de Anestesiología*, 1-28. Obtenido de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/aar/v27n1/v27n1a05.pdf>

Cabero, L., & Saldívar, D. (2016). *Operatoria Obstétrica Una visión actual*. Madrid: Medica panamericana. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=n7qU5f6W9qIC&pg=PA120&dq=acretismo&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwifg5u31YfsAhUPjlkKHSWeAxxkQ6AEwAHoECAEQAg#v=onepage&q&f=false>

Campos, G., Enríquez, R., & Guerrero, G. (2017). Ventajas de la embolización en pacientes con placenta accreta. *Anales de Radiología México*, 236-240. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2013/arm134g.pdf>

Dueñas, O., Rico, H., & Rodríguez, M. (2017). Actualidad en el Diagnóstico y Manejo del Acretismo Placentario. *Rev.chil.obstet ginecol*, 266-271. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v72n4/art11.pdf>

Fernández, Fernández, J., Toro, J., Martínez, Z., De la Maza, S., & Villegas, M. (2017). Tasa de hemorragia, histerectomía obstétrica y muerte materna relacionada. *Ginecol Obstet Mex*, 247-253. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n4/0300-9041-gom-85-04-00006.pdf>

- García, G., Beaskoetxea, B., Robles, F., Ciganda, B., Macías, M., & Martínez, G. (2017). Acretismo placentario focal tratado mediante embolización de arterias uterinas. *Clin Invest Gin Obst*, 1-4. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-acretismo-placentario-focal-tratado-mediante-S0210573X17300576>
- García, Patiño, Juana, Mariano, Reyna, & Tizzano. (2017). La ecografía Doppler en la detección de invasión vesical en la placenta percreta: nuestra experiencia. *Revista Argentina De Radiología*, 149-155. Obtenido de https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/noviembre14/argentina/arg_la_echo_doppler.pdf
- Granado, A., Martín, C., Bosch, M., Gómez, I., Durán, R., & Mestanza, J. (2017). Manejo conservador de la placenta áceta. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 579-581. Obtenido de https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n6/10_placenta%20acreta.pdf
- Hernández, L., Herrera, J., Mendoza, F., & Adaya, E. (2018). Acretismo placentario: Experiencia en Obstetricia Crítica. *Estudio de caso*, 1-13. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2018/muv181g.pdf>
- Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona. (2017). Anomalías placentarias (placenta previa, placenta accreta y vasa previa) y manejo de la hemorragia de tercer trimestre. *Clinic*, 1-15. Obtenido de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/placenta%20previa%20y%20otras%20anomal%3%ADas.%20hemorragia%203er%20t.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). *Diagnóstico y manejo de las anomalías en la inserción placentaria y vasa previa*. Mexico: © Copyright . Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/589GER.pdf>
- Jauniaux, E., Hussein, A., Fox, K., & Collins, S. (2019). New evidence-based diagnostic and management strategies for placenta accreta spectrum disorders. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 86-96. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31126811/>

- Kably, A., Acosta, M., Bustamante, Y., Sánchez, G., Lozano, H., & Pérez, J. (2018). Tratamiento conservador del acretismo placentario. Reporte de tres casos y revisión de la literatura. *Medigraphic*, 72-75. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am181m.pdf>
- Ortiz, Bañuelos, Serrano, Mejía, & Laureano. (2016). Histerectomía obstétrica en pacientes con placenta acreta increta y percreta: comparación de dos técnicas quirúrgicas. *Ginecol Obstet Mex*, 209-216. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom164c.pdf>
- Pérez, I., Valverde, M., Puertas, A., & Gallo, J. (2018). Acretismo placentario: diagnóstico y manejo conservador. *Rev. Latin. Perinat*, 342-348. Obtenido de http://www.revperinatologia.com/images/11_Acretismo_placentario_diagn%C3%B3stico.pdf
- Prosego. (2018). Placenta Previa. *Protocolos asistenciales en Obstetricia*, 334-347. Obtenido de <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0304501313000812>
- Reyes, H., Andrés, S., Pérez, A., Ricardo, S., Carlos, G., García, F., . . . García, G. (2019). Tratamiento multidisciplinario de pacientes con acretismo placentario. *Ginecol Obstet Mex*, 726-733. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2019/gom1911d.pdf>
- Solari, A., Solari, C., Wash, A., Guerrero, M., & Enríquez, O. (2016). Hemorragia del postparto principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *REV. MED. CLIN. CONDE*, 993-1003. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014706492>
- Tórres, F., & Briones, J. (2017). Percretismo placentario con invasión de vejiga y recto. 66-69. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-articulo-percretismo-placentario-con-invasion-vejiga-S0009741115002650>
- Véliz, F., Núñez, A., & Selman, A. (2018). Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. *Rev.chil.obstet ginecol*, 513 - 526. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhog/v83n5/0717-7526-rhog-83-05-0513.pdf>

- Vera, E., Lattus, J., Bermúdez, H., Espinoza, L., Ibáñez, C., Herrera, A., & Almuna, R. (2016). Placenta percreta con invasión vesical: reporte de 2 casos. *Rev. Chil. Obstet*, 404-410. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v70n6/art10.pdf>
- Villagómez, E., Reyes, C., Orozco, I., & Martínez, M. (2020). Tratamiento de pacientes con placenta anormalmente adherida, con hemorragia. Revisión sistemática. *Ginecol Obstet Mex.*, 458-470. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2020/gom207f.pdf>
- Voto, L., Casale, R., Basanta, N., Fabiano, P., Lukešćik, J., Tissera, R., & Travela, C. (2019). Hemorragia Postparto. *Federacion Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia FASGO 2019*, 1-40. Obtenido de http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_2019_Hemorragia_Post_Parto.pdf
- Wortman, A., & James M, A. (2019). Placenta Accreta, Increta, and Percreta. *Obstet Gynecol Clin*, 137-154. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23466142/>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DATOS UTA

- EBSCOHOST:** Sánchez, C., Petric, G., Militza, D. (2014). Características clínico-patológicas y sobrevida de pacientes con acretismo placentario. (Spanish). Recuperado el 23 de octubre de 2014. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=2e2243d8-089d-4034-b912-b75428e0252f%40sessionmgr198&hid=109&bdata=Jmxhbmc9ZX Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=97230628>
- EBSCOHOST:** Baré, M., Galcerán, J., Ascunce, N., Zubizarreta, R. (2012). Efecto de resultados falsos positivos en ecografías en el primer trimestre del embarazo en España. Recuperado el 23 de octubre de 2014. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=10&sid=2e2243d8-089d-4034-b912-b75428e0252f%40sessionmgr198&hid=109&bdata=Jmxhbmc9ZX Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=76281377>

EBSCOHOST: Tonani, M., Carvalho, E. (2008). Placental accrete I wome without caesarea section. 2 ecdcava@usp.br Recuperado el 23 de octubre de 2014. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=10&sid=2e2243 d8-089d-4034-b912-b75428e0252f%40sessionmgr198&hid=109&bdata=Jmxhbmc9ZX Mmc210ZT11aG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=76281377>

EBRARY: Lachaise Cala, S., Benavides Lachaise, S. (2009) Aspectos bioéticos en el diagnóstico precoz de placenta acreta Recuperado el 23 de octubre de 2014. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10306911 &p00=cancer%20mama>

EBRARY: Sandín, B., Chorot, P. (2012). Screening de placenta acreta: afectación psicológica Recuperado el 23 de octubre de 2014. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10623879 &p00=cancer%20mama>

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1. Exámenes de Laboratorio

Biometría Hemática **A (08-09-2019)**

Leucocitos	6.970
Hematíes	4.35
HGB	11.10
HTC	34.9
VCM	80.3
HCM	25.5
MCHC	31.8
Plaquetas	380.000
Neu%	59.8
Lym%	34.1
Mono%	5.3
Eos%	0.6
Baso%	0.2

Coagulación

TP	11.1
%Actividad TP	99.9
INR	0.97
TTP	28.6

Bioquímica

Glucosa Basal	57.4
Urea	20.5
Creatinina	0.52
Ácido Úrico	4.10

Serología

HIV 4ta Generación Tamizaje
VDRL Prueba Treponémica	NO REACTIVA

Medicina Transfusional

Grupo Sanguíneo	‘O’
Factor Rh	Positivo

Uroanálisis

Elemental y Microscópico de orina

Color	Amarrillo
Aspecto	Turbio
Densidad	1.025
pH	5.00
Leucocitos orina	Negativo
Nitritos	Negativo
Proteínas	Negativo
Sangre	Negativo
Glucosa	Negativo
Cetonas	+++
Urobilinógeno	Negativo
Bilirrubina	Negativo
Piocytes en orina	1-4
Hematíes en orina	1-4
Cel. Ept. Bajas	1-4
Bacterias	+

Biometría Hemática B (16-09-2019)

Leucocitos	11.370
Hematíes	4.35
HGB	9.10g/dl
HTC	27.4
Plaquetas	184.000
Neu%	88.2
Lym%	6.0
Mono%	5.8
Eos%	0.0
Baso%	0.0

Bioquímica

Glucosa Basal	107.5
Urea	37.3
Creatinina	0.68
Ácido Úrico	3.70
Proteína total	4.04
Bilirrubina total	0.58
Bilirrubina directa	0.29
Bilirrubina indirecta	0.30
Albumina	2.30
TGO	21
TGP	12
Fosfatasa Alcalina	90
Colesterol total	126
HDL	34
LDL	70
Triglicéridos	107
Lipasa	31.3

Coagulación

TP	14.0 seg
INR	1.22
TTP	31.3 seg

Otros

Sodio	138 mEq/L
Potasio	3.91 mEq/L
Calcio	6.63 mg/dl
Procalcitonina	033ng/ml

Uroanálisis

Elemental y Microscópico de orina

Color	Amarrillo
Aspecto	Turbio
Densidad	1.025
pH	5.00
Leucocitos orina	Negativo
Nitritos	Negativo
Proteínas	Negativo
Sangre	++
Glucosa	Negativo
Cetonas	Negativo
Urobilinógeno	Negativo
Bilirrubina	Negativo
Piocytes en orina	6-10
Hematíes en orina	25-50
Bacterias	++

Biometría Hemática C (17-09-2019)

Bioquímica

Leucocitos	9.550
HGB	8.40g/dl
HTC	23.7
Plaquetas	194.000
Neu%	73.0
Lym%	18.0
Mono%	6.0
Eos%	0.0
Baso%	0.0

Glucosa Basal	54.7
Urea	27.2
Creatinina	0.72

Coagulación

TP	12.2 seg
INR	1.06
TTP	30.0 seg

Biometría Hemática D (18-09-2019)

Bioquímica

Leucocitos	8.220
HGB	10.0g/dl
HTC	29.9
Plaquetas	214000
Neu%	76.7
Lym%	16.9
Mono%	5.4
Eos%	1.1
Baso%	0.0

Glucosa Basal	74.8
Urea	10.4
Creatinina	0.39

Otros

Sodio	134 mEq/L
Potasio	3.8 mEq/L
Calcio	7.59 mg/dl
Cloro	104

Coagulación

TP	10.6 seg
INR	0.92
TTP	31.6 seg

ANEXO 2. Exámenes de Imagenología

Resonancia Magnética simple de abdomen y pelvis (FETAL) (10-09-2019)

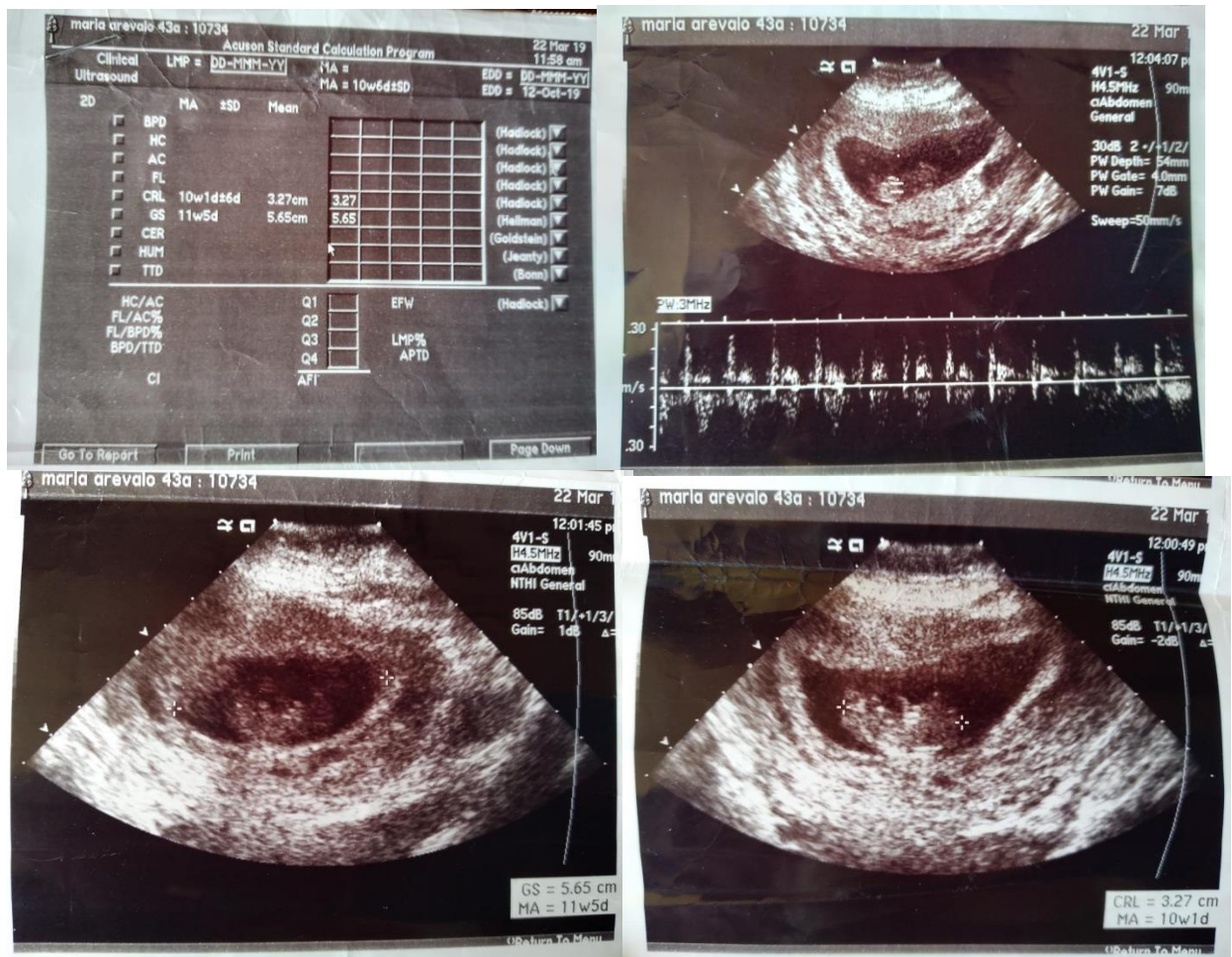
- ❖ Presencia de feto único, vivo en situación transversa, dorso anterior, el polo cefálico se encuentra ubicada en el flanco izquierdo al momento del estudio.
- ❖ No se observan malformaciones cerebrales, el sistema ventricular cerebral es de tamaño normal, no se observan alteraciones en la intensidad de señal del parénquima cerebral fetal.
- ❖ El corazón es de tamaño normal, Riñones simétricos de tamaño normal
- ❖ Vejiga de contornos regulares y contenido homogénea, estructuras intraperitoneales sin alteraciones
- ❖ Sexo masculino
- ❖ El líquido amniótico se encuentra en cantidad adecuada
- ❖ La placenta es corporal posterior y lateral izquierda de implantación baja, su borde inferior cubre la totalidad al orificio cervical interno, tiene 41cm de grosor, es heterogénea, presenta finas bandas interplacentarias hipointensas en secuencias T2 con saturación grasa, además se visualizan pequeños lagos venosos posteriores y hacia el cérvix que producen irregularidades y pérdida de la diferenciación con la línea hipointensa correspondiente al miometrio.
- ❖ El conducto cervical se encuentra cerrado, tiene 4.1cm de longitud
- ❖ Se visualiza dilatación pielocalicial derecha vs pelvis extrarenal, bucle del tercio superior del uréter derecho .

Conclusiones:

- ✚ Feto único en situación transversa
- ✚ Placenta previa oclusiva total con signos de acretismo en su porción postero inferior

ANEXO 3. Ecografía Obstétrica

A. (22-03-2019)



Útero gestante con saco gestacional de bordes regulares, adecuadamente implantado, reacción corión decidual adecuada, en el interior del saco gestacional se observa polo embrionario de características ecográficas normales.

- ✚ Latido cardíaco visible
- ✚ No hay liquido en fondo de saco de Douglas
- ✚ Se observa múltiples hematomas, no menor de 2 retro placentarios.
- ✚ LC N:33mm S.G:57 mm FCF:150 Lpm

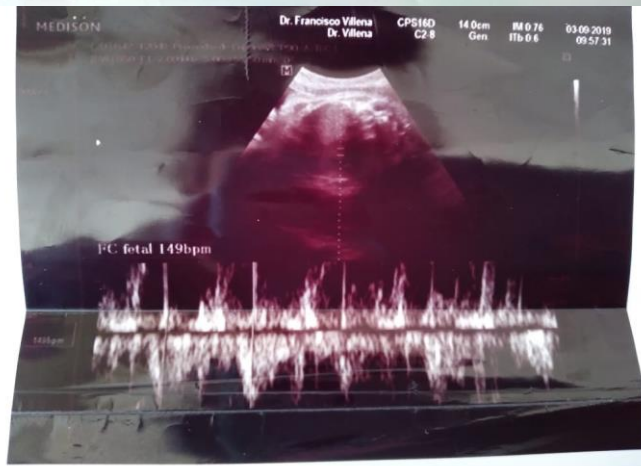
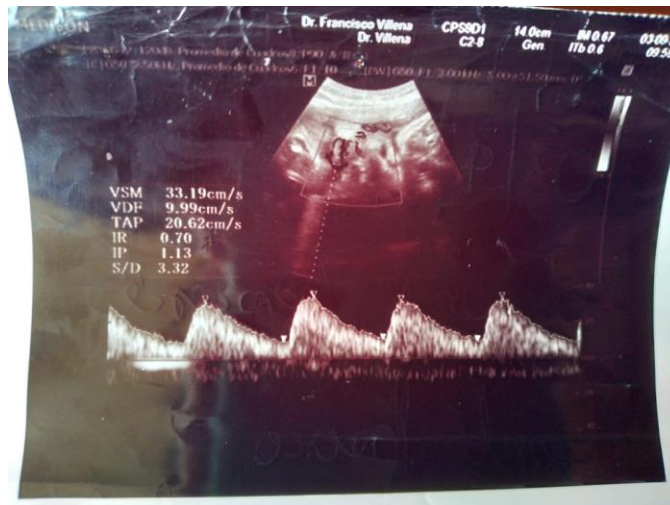
Conclusión_:

- ✚ Embarazo de 10 semanas 6 días por ecografía
- ✚ F.P.P:12/10/2019(+/-1-2 Semanas)

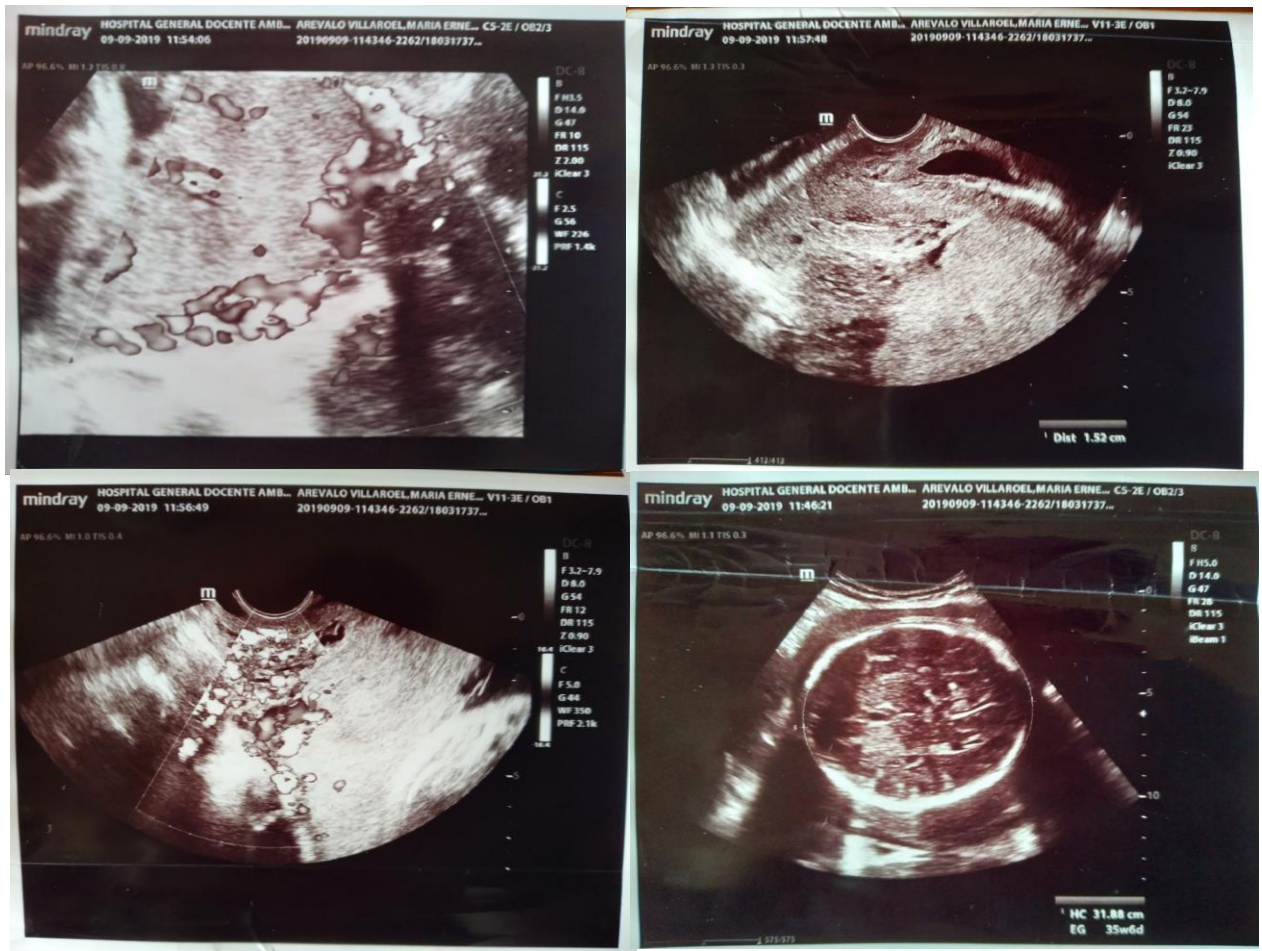
B. (19-07-2019)



C. (10-09-2019)



D. (09-09-2019)



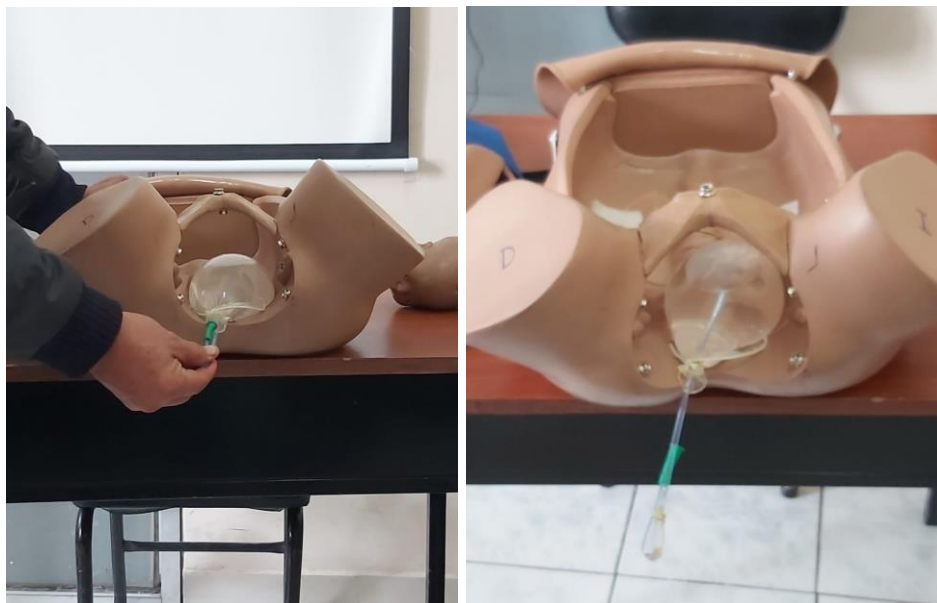
Informe de imagenología:

- ✚ Feto único podálico, dorsal derecho
- ✚ DBP: 58 CC:2 CA:298 LF:6.52 cm
- ✚ Peso:2336 gr Cervicometría:4.7cm
- ✚ Placenta posterior con borde placentario que sobrepasa el OCI 2cm
- ✚ Vascularización: Baja resistencia en segmento inferior y cérvix (acretismo placentario)

Diagnóstico de imagenología:

- ✚ Embarazo de 34.4 Semanas de gestación por eco actual
- ✚ Podálico
- ✚ Placenta previa oclusiva total con síntomas de acretismo

ANEXO 5. Balones alternativos con condon



ANEXO 6. Cesárea + Histerectomía obstétrica

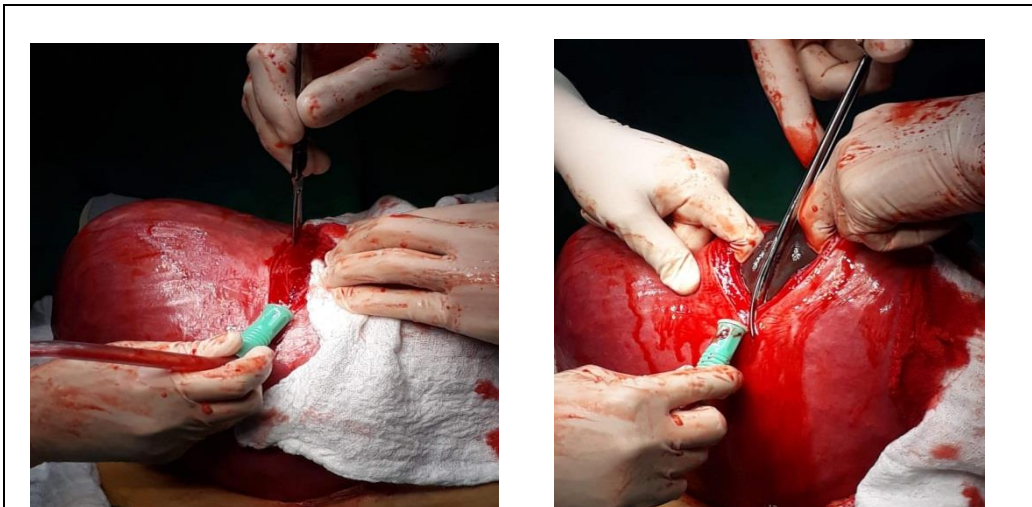


Ilustración: Histerotomía corporal

Fuente: Servicio de Ginecología – HGDA

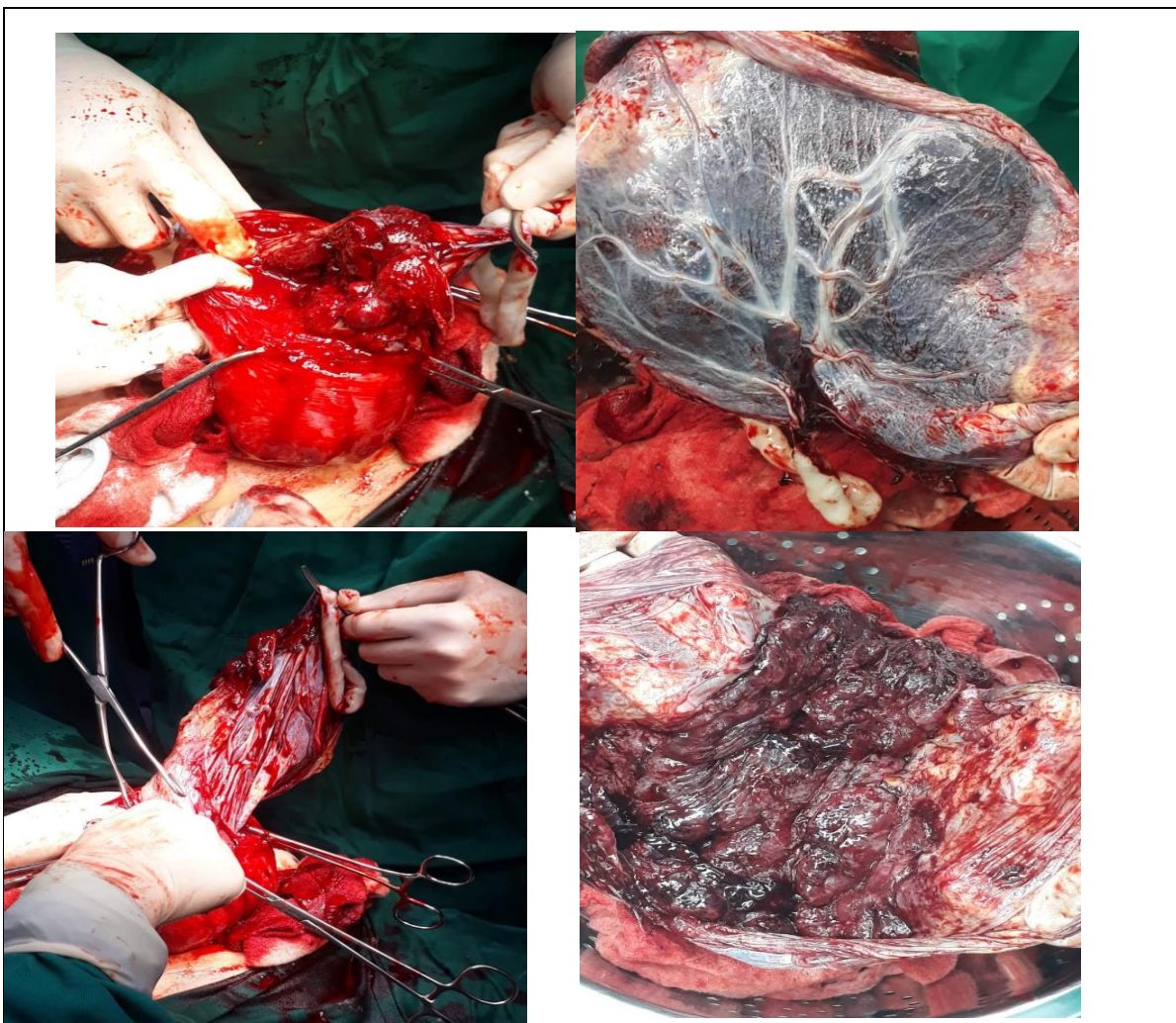


Ilustración: Alumbramiento espontáneo de placenta

Fuente: Servicio de Ginecología – HGDA



Ilustración: Histerorrafia

Fuente: Servicio de Ginecología – HGDA

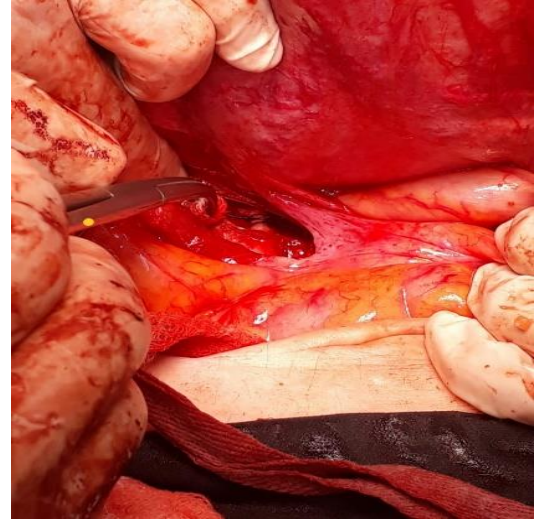


Ilustración: Ligadura de arterias hipogástricas

Fuente: Servicio de Ginecología – HGDA



Ilustración: Histerectomía obstétrica

Fuente: Servicio de Ginecología – HGDA