



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**“FACTORES DE RIESGO DEL ACRETISMO PLACENTARIO EN
MULTIGESTA DE 33 SEMANAS, EN UN HOSPITAL NIVEL III-1 DE LIMA”**

PRESENTADO POR:

IVY ISELA TUTAYA AGUILAR

ASESORA:

Dra. MIRIAM TERESA SOLIS ROJAS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO
RIESGO OBSTÉTRICO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA – PERÚ

2021

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA	
PÁGINA DE JURADO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
ANEXOS	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	viii
CAPÍTULO I	1
Problema de Investigación	1
1.1. Descripción del Problema	1
1.2. Justificación	3
1.3. Marco teórico	4
1.3.1. Antecedentes a nivel internacional	4
1.3.2. Antecedentes a nivel nacional	8
1.3.3. Bases teóricas	11
1.3.3.1. Definición de Placenta Previa	11
1.3.3.2. Incidencia	11
1.3.3.3. Implicaciones clínicas	11
1.3.3.4. Etiopatogenia	12
1.3.3.5. Diagnóstico	13
1.3.3.6. Manejo de la gestación	14
1.3.3.7. Manejo del parto	15
1.3.3.8. Definición de Placenta Ácreta	16
1.3.3.9. Clasificación	16
1.3.3.10. Clínica	18
1.3.3.11. Diagnóstico anteparto	18
1.3.3.12. Manejo de la placenta ácreta	20
CAPÍTULO II	26
Caso Clínico	26
2.1. Objetivos	26
2.3. Discusión	43
2.4. Conclusiones	45
2.5. Recomendaciones	47
Referencias Bibliográficas	48

ANEXOS

Anexo 1.- Resultados de exámenes de laboratorio	52
Anexo 2.- Resultados de exámenes de laboratorio	53
Anexo 3.- Control de Hemoglobina en el Puerperio.....	53
Anexo 4.- Resultado de patología	54

RESUMEN

En el presente trabajo, se tiene como objetivo realizar una revisión sobre los factores de riesgo para acretismo placentario; la metodología que se utiliza es de análisis de caso tipo descriptivo, analítico, retrospectivo.

Se trata del caso clínico de una gestante que ingresa con diagnóstico: Multigesta de 33 semanas y 2 días, según el reporte ecográfico del primer trimestre. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo. Placenta previa, Descartar percretismo Placentario con compromiso vesical. Anemia moderada. Cesareada Anterior una vez.

Como antecedente de hospitalización durante la gestación, la paciente fue hospitalizada dos veces: la primera vez en el Hospital nivel II-1 de Chincha, a los dos meses de gestación con el diagnóstico de amenaza de aborto.

El segundo ingreso fue al Hospital nivel II-1 de Chincha de la región Ica, a las 33 semanas de gestación, por sangrado vaginal de color rojo rutilante y en cantidad moderada, que se asocia a dolor abdominal tipo contracción y posteriormente es trasladada al Hospital nivel III-1 de la Región Ica; donde se le diagnostica placenta previa total, se le administra dosis completa de maduración pulmonar y queda hospitalizada, luego de 6 días es referida a un establecimiento de salud III-1 de Lima de mayor capacidad resolutive, por no contar con cupos en UCI neonatal, ni urólogo por probable compromiso vesical debido a la sospecha de un percretismo placentario.

En el establecimiento III-1 la gestante es evaluada y recibe atención, se le realiza ecografía obstétrica doppler, monitoreo fetal electrónico (test no estresante), pruebas de laboratorio como: grupo sanguíneo y factor RH, hemograma completo,

perfil hepático, de coagulación, renal, pruebas serológicas, urocultivo y examen completo de orina. Además se realizan las interconsultas a las especialidades de Neonatología, Anestesiología y Unidad de Cuidados Intensivos Generales, la gestante recibe transfusiones de sangre con el fin de optimizar el nivel de hemoglobina, antes de ingresar a sala de operaciones para cesárea electiva.

Como hallazgos postoperatorios tenemos: cesárea corporal transversa más histerectomía subtotal, placenta de inserción baja, incretismo placentario, además de la intervención de Urología para la revisión de la integridad de la vejiga, no reportando lesiones, asimismo se encuentra: recién nacido prematuro, con buen apgar, bajo peso al nacer, evolucionando sin complicaciones. La paciente ingresó con anemia moderada y recibe transfusión sanguínea el primer día del ingreso, asimismo, el segundo día, en el intraoperatorio se realiza la transfusión de dos unidades de sangre, durante el puerperio presenta anemia moderada, recibe tratamiento con Hierro Sacarato. Se hace los estudios complementarios con las interconsultas a cardiología, nefrología y oftalmología. Finalmente sale de alta, al quinto día post operatorio sin complicaciones.

Los resultados de patología reportan recibir cuerpo uterino ocupado por placenta la misma que protruye a través de la incisión en el cuello uterino y confirman hallazgos histológicos consistentes con placenta ácreta.

Palabras clave: Gestación, placenta previa, acretismo placentario.

ABSTRACT

In the present work, the objective is to carry out a review of the risk factors for placenta accreta; the methodology used is descriptive, analytical, retrospective case analysis.

This is the clinical case of a pregnant woman who was admitted with a diagnosis: Multigestation of 33 weeks and 2 days, according to the ultrasound report of the first trimester. Bleeding in the second half of pregnancy. Placenta previa, rule out placental percreta with bladder involvement. Moderate anemia. Previous Cesarean once.

As a history of hospitalization during pregnancy, the patient was hospitalized twice: the first time at the Hospital level II-1 of Chincha, at two months of gestation with the diagnosis of threatened abortion.

The second admission was to the Hospital level II-1 of Chincha in the Ica region, at 33 weeks of gestation, due to bright red vaginal bleeding and in moderate quantity, which is associated with contraction-type abdominal pain and is later transferred to the Hospital level III-1 of the Ica Region; where she is diagnosed with total placenta previa, she is given a full dose of lung maturation and is hospitalized, after 6 days she is referred to a III-1 health facility in Lima with a greater capacity for resolution, since there are no places in the neonatal ICU. Nor a urologist due to probable bladder compromise due to suspicion of placental percreta.

In facility III-1 the pregnant woman is evaluated and receives care, obstetric Doppler ultrasound is performed, electronic fetal monitoring (non-stress test), laboratory tests such as: blood group and RH factor, complete blood count, liver profile, coagulation, renal, serological tests, urine culture and complete urinalysis.

In addition, interconsultations are made to the specialties of Neonatology, Anesthesiology and General Intensive Care Unit, the pregnant woman receives blood transfusions in order to optimize the hemoglobin level, before entering the operating room for elective caesarean section.

As postoperative findings we have: transverse corporal caesarean section plus subtotal hysterectomy, low insertion placenta, placental increta, in addition to the intervention of Urology for the revision of the integrity of the bladder, not reporting lesions, also found: premature newborn, with good Apgar, low birth weight, progressing without complications. The patient was admitted with moderate anemia and received a blood transfusion on the first day of admission, likewise, on the second day, two units of blood were transfused intraoperatively, during the puerperium she presented moderate anemia, received treatment with Iron Saccharate. Complementary studies are made with interconsultations with cardiology, nephrology and ophthalmology. Finally, he was discharged on the fifth postoperative day without complications.

The pathology results report receiving the uterine body occupied by the placenta, which protrudes through the incision in the cervix, and confirm histological findings consistent with placenta accreta.

Key words: Pregnancy, placenta previa, placental accreta.

CAPÍTULO I

Problema de Investigación

1.1. Descripción del Problema

La mortalidad materna constituye un indicador de desarrollo que nos deja visualizar la desigualdad económica, social y educativa de un país, la inequidad de género y la falta de capacidad de respuesta de los servicios de salud.¹

A nivel mundial, la hemorragia obstétrica constituye, la primera causa de muerte materna, donde se incluye la hemorragia post parto y ante parto, siendo esta última una complicación obstétrica grave que puede afectar el resultado materno perinatal. Como principales causas de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo tenemos a la placenta previa, al desprendimiento prematuro de placenta, vasa previa, acretismo placentario y ruptura uterina.

Las muertes maternas por placenta previa en países desarrollados, son poco frecuentes. Se calcula que en Estados Unidos existen 3 muertes por cada 1000 casos de placenta previa, a diferencia de América Latina, en donde por cada 150 casos de placenta previa, se produce una muerte materna.²

Según datos procesados de las actas de nacimiento del año 2003, en Estados Unidos de Norteamérica, la placenta previa complica casi uno por cada 300 partos (Martin

Et al; 2005). En Nueva Escocia (Crane et al) reportaron que la incidencia era de 1 en 300 en casi 93 000 partos. Mientras que en el Hospital Parkland, fue de 1 en 380 en relación a más de 280 000 partos entre los años 1998 y 2006.²

En relación a la incidencia de acretismo placentario, en los Estados Unidos, se incrementó en la década de 1960, de 1 en 30,000 embarazos a aproximadamente 1 en cada 2,500 embarazos en un cohorte de 1985 a 1994. Asimismo en un cohorte de 1982 a 2002, se observó que continuaba aumentando a 1 de cada 533 embarazos. Otros informes recientes reportan un índice mayor, como: 1 por cada 300 embarazos, aunque no se cuenta con datos precisos. Un estudio irlandés, refiere un índice creciente de acretismo placentario, específicamente en mujeres con antecedentes de cesáreas previas.²

Durante el año 2018, el Ministerio de salud mediante la Oficina General de Epidemiología, reportó 362 muertes maternas por causas directas e indirectas, las cuales ocurren durante el periodo del embarazo, parto y puerperio. De las cuales el 70,4 % fueron institucionales (54,1 % corresponden a establecimientos de salud del MINSA, 14,4 % a Es salud, 0,4 % a establecimientos de la Sanidad y el 1,5 % a clínicas privadas). Mientras que el 29,6 % corresponde a las muertes maternas extra institucionales, donde el 14,4 fue en domicilio, 14,8% en el trayecto a un establecimiento de salud y el 0,4% se suscitó en otros lugares.¹

Con respecto a los hospitales que reportaron mayor número de casos de muertes maternas durante el 2018, tenemos: al Hospital Regional de Cusco que notificó 11 casos, al Hospital Nacional Hipólito Unánue de Lima con 11 muertes maternas, el Hospital III José Cayetano registró 9 casos, al igual que el Hospital Regional de

Loreto (9), asimismo el Hospital Edgardo Rebagliati Martins de Es salud de la ciudad de Lima reportó 8 muertes maternas.¹

Por otro lado, el Instituto Materno Perinatal presentó 18 casos de acretismo placentario corroborado por anatomía patológica durante los años 2014 y 2016.²

Mientras que, según los registros del Sistema Informático Perinatal del Hospital Nacional Arzobispo Loayza , en el año 2014 reporta un total de 1712 cesáreas de las cuales 11 fueron por placenta previa, constituyendo el 0.64%, en cuanto a la morbilidad materna se registraron 16 casos de placenta previa. En el 2015 se registró 1548 cesáreas donde 20 fueron por placenta previa constituyendo el 1.29%, con un total de 27 casos de esta morbilidad; de enero a agosto del 2016 se registraron 960 cesáreas, de las cuales 13 fueron por placenta previa, en cuanto a la morbilidad materna se registraron 17 casos de placenta previa. De acuerdo a la base de datos de la institución ee registran 2 casos de acretismo placentario entre julio del 2014 y mayo del 2019.

1.2. Justificación

La Hemorragia constituye la primera causa de muerte materna en el Perú, el sangrado en el tercer trimestre de la gestación es un factor que ocasiona un incremento de la morbilidad y mortalidad materna fetal.

La incidencia de placenta previa y acretismo placentario ha ido aumentando, como resultado del incremento de las cesáreas, tratamientos de fertilidad y edad materna avanzada.³

Las complicaciones que surgen como producto de esta patología ocurren en la madre y el feto, muerte materna, hospitalizaciones de larga estancia en la unidad de cuidados maternos y la unidad de cuidados intensivos, septicemias, tromboflebitis,

transfusiones, cesáreas más histerectomía, bajo peso al nacer, prematuridad, mayor tiempo de hospitalización del recién nacido, e incluso mortalidad perinatal y neonatal.³

El Ministerio de Salud en su rol de ente rector, a nivel nacional asume el liderazgo en cuanto a la promulgación de la norma técnica del manejo de las emergencias obstétricas, realizando la actualización y ejecución de los protocolos de atención de la placenta previa y del acretismo placentario, capacitando a profesionales de la salud, para realizar el diagnóstico oportuno, precoz, manejo y estabilización de las gestantes a un establecimiento de mayor complejidad o capacidad resolutive, sin embargo en muchas regiones del país, los establecimientos de salud no tienen la capacidad resolutive como para ofertar todo el paquete de servicios de salud, que son necesarios y vitales, ante este tipo de morbilidades, sobre todo para las complicaciones a que conllevan, generando también una demora para dar respuesta a este tipo de emergencias, incluso muchas de las cuales se ven en la obligación de derivar a la ciudad de Lima.

La realización del trabajo de investigación es muy importante porque permite a través de una revisión de caso clínico, analizar e identificar la problemática en cuanto a la salud materna y neonatal, relacionado a la hemorragia del tercer trimestre en el embarazo, sobre todo a los factores predisponentes para el acretismo placentario.

1.3. Marco teórico

1.3.1. Antecedentes a nivel internacional

- **Gallardo**⁴, desarrolló una investigación en el 2018 en Guayaquil-Ecuador titulada Factores predisponentes de placenta previa en pacientes entre 20 a 25 años, para

determinar los factores de riesgo, la incidencia, y las consecuencias materno fetales en el Hospital Gineco-Obstétrico Matilde Hidalgo de Procel – Ecuador. El método empleado fue cuantitativo, descriptivo y observacional. El estudio encontró que la placenta previa en mujeres de 20 a 25 años tiene una baja incidencia en comparación con las mujeres mayores de 25 años; pero está asociado a otros factores como la presencia de tumores o malformaciones uterinas, control prenatal deficiente, las cuales fueron de mayor frecuencia, el 100% de los casos de esta patología culminaron el parto por cesárea. Los resultados obtenidos permitieron desarrollar una propuesta educativa dirigida a mujeres jóvenes en riesgo.

- **Fernández, Mendoza, De La Maza.** 2018-México,⁵ reportaron el caso: Placenta previa total, ácreta, complicada con ruptura prematura de membranas en segundigesta de 30.2 semanas de gestación con 31 años de edad; que acudió al Hospital Central Ignacio Morones Prieto, por salida de líquido por vía vaginal, confirmándose la ruptura prematura de membranas por cristalografía y determinación de microglobulina alfa 1 placentaria por tira reactiva Amnisure. El servicio de medicina materno fetal determinó el diagnóstico de placenta previa total evidenciándose lagunas placentarias y flujo turbulento, grosor miometrial menor de 1mm y perdida de la interfase de la deciduo miometrial. Luego de comprobar el bienestar fetal, se decidió tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas en embarazo pretérmino, iniciándose el trabajo de parto y actividad uterina normal, por lo cual se toma la decisión de finalizar el embarazo a las 31 semanas y se le realiza cesárea más histerectomía, sin complicaciones maternas. Concluyéndose que la placenta previa total con acretismo concomitante sumado a la ruptura prematura de membranas pre término, es una complicación poco

frecuente. En este caso las pacientes deben recibir tratamiento conservador y adecuada vigilancia materna fetal. Pese a que los resultados obtenidos sean favorables en este caso, se requiere mayor evidencia para indicar el tratamiento conservador de estas pacientes.⁵

- **Crespo**⁶ desarrolló una investigación en Guayaquil-Ecuador, sobre Acretismo Placentario con la finalidad de determinar la frecuencia de gestantes con esta patología que fueron atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil en el periodo de setiembre del 2017 hasta febrero del 2018. La población fue de 36 pacientes de las cuales se obtuvo una muestra de 15 pacientes aplicando los criterios de inclusión y exclusión. El tipo de investigación fue descriptivo, cuantitativo, prospectivo y de corte transversal. En cuanto a los resultados obtenidos el 73 % de gestantes que presentaba acretismo placentario, fue de raza mestiza, el 53 % de las pacientes son multíparas, el 40 % asistieron a 1-2 controles prenatales y el 27% entre 7- 8 controles prenatales. La ecografía se usó como método diagnóstico en todos los casos, con respecto a los antecedentes ginecológicos el 73 % en su mayoría de las pacientes presentaron cirugías uterinas previas.⁶

- **Escobar, Sierra, Barona, Loaiza, Nieto**⁷ realizaron la presentación de un caso clínico: Oclusión temporal de la aorta abdominal mediante el uso de balón intra-arterial en acretismo placentario. Los antecedentes de la gestante de 33 años eran: décima gestación, cesárea anterior siete veces, dos abortos; al momento del ingreso a emergencia tenía 25 semanas; los signos y síntomas clínicos: hematuria masiva, taquicardia, caída de 4 gramos de hemoglobina y obstrucción urinaria por coágulos. Según los resultados de la ecografía obstétrica con doppler se halló placenta anterior previa total, oclusiva y disrupción de la interfase vesicouterina, confirmándose por

resonancia magnética el percretismo placentario, con compromiso de la porción adyacente del parametrio derecho. El equipo médico decidió la colocación de balón intra aórtico para controlar el sangrado pélvico, se transfundió cuatro paquetes globulares, previo a la intervención; el profesional de urología realizó la colocación de catéteres uretrales, mediante el uso de una guía ecográfica se realizó la punción de la arteria femoral derecha y se realizó el paso del balón intra aórtico, con una ubicación distal a las arterias renales. Se evidenció placenta percreta con compromiso vesical. Se procedió a realizar la cesárea corporal fúndica, con un recién nacido prematuro de 845 gramos, Ápgar 8 a los 5 minutos; luego se realizó histerectomía total, con balón intra aórtico inflado, se produjo lesión de la cúpula vesical reparándose de manera inmediata. La oclusión aortica duró un tiempo de 42 minutos. La hemorragia visualmente estimada fue de 800cc. El resultado de la patología confirmó percretismo; el recién nacido permaneció 90 días en la unidad de cuidados intensivos neonatales y no mostró discapacidad neurocognitiva en su seguimiento a los 6 meses.

La conclusión de los investigadores es que la oclusión infra renal de la aorta abdominal es un procedimiento innovador que ayuda a disminuir el flujo vascular a la pelvis y logra un mejor control del sangrado en pacientes con percretismo placentario, siendo una técnica que permitiría a los países en vías de desarrollo constituirlo como una estrategia para disminuir el sangrado en estos casos.

- **Hernández**⁸ realizó un estudio en el año 2014 en Nicaragua acerca de la placenta previa asociado a cesárea anterior, el método fue descriptivo de corte transversal.

De un total de 104 gestantes con diagnóstico de placenta previa y que acudieron al Hospital Bertha Calderón, 39 estaban asociadas con antecedente de cesárea

anterior, donde el predominio se da en mujeres de 21 a 35 años. La variedad de placenta previa con más predominio fue la placenta previa parcial, seguida de la placenta previa marginal y previa oclusiva total. Las principales complicaciones que presentaron fueron: anemia, histerectomía, hemorragias post cesáreas, transfusiones e infecciones de la herida quirúrgica. Asimismo, la mayoría tenía como periodo intergenésico entre 1 y 2 años. Los resultados perinatales más frecuentes fueron el bajo peso al nacer y la asfixia; sin embargo, este último no fue tan relevante porque la mayoría de gestaciones llegaron a término.

1.3.2. Antecedentes a nivel nacional

- **Hernández**⁹ (Lima) Presentó una investigación en el año 2018, ejecutada en el Instituto Nacional Materno Perinatal, con el objetivo de determinar las complicaciones maternas del acretismo placentario en gestantes hospitalizadas con este diagnóstico durante los años 2016 y 2017. La muestra estuvo representada por 42 historias clínicas que fueron revisadas para la recolección de los datos, mediante la aplicación de fichas elaboradas con un cuestionario estructurado. La metodología empleada es descriptivo – observacional de corte transversal.

Se obtuvo un resultado de 57.1 % de complicaciones materna, donde la más frecuente, fue la anemia severa en 28.6% de los casos y que estuvo asociada al acretismo placentario de tipo focal. Asimismo el 19% de las pacientes ingresaron a la unidad de cuidados intensivos por distintas complicaciones.

- **Saldívar**¹⁰ (Trujillo) Realizó un trabajo de investigación en el año 2016 en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Docente y Hospital Belén, sobre cirugía uterina previa como factor de riesgo para acretismo placentario, desarrollado durante el periodo del año 2005 al 2015. La metodología

empleada fue de casos y controles, analítica, retrospectiva. El estudio se realizó en 123 gestantes que recibieron atención en el establecimiento, 41 pacientes fueron los casos (con acretismo placentario) y 82 pacientes fueron los controles (sin acretismo placentario). La investigación concluyó como factores de riesgo para acretismo placentario a la cirugía uterina previa y la miomectomía; y que el legrado uterino no constituye un factor de riesgo.

- **Zuzunaga**¹¹ (Cajamarca) desarrolló una investigación en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2016, sobre acretismo placentario como factor de riesgo asociado a hemorragia severa postparto. La metodología empleada fue analítica, observacional y retrospectiva, de casos y controles; 228 gestantes fue la población en estudio, con el diagnóstico de hemorragia postparto, divididas en 2 grupos: 190 pacientes con hemorragia leve y 38 con hemorragia severa. Con respecto a los resultados obtenidos, se observó que la frecuencia de acretismo placentario fue de 13% en los casos de hemorragia severa postparto y de 2% en las hemorragias leves postparto; el número de días de hospitalización fue mayor en las puérperas con hemorragia severa postparto, con respecto a aquellas que tuvieron hemorragia leve postparto; concluyendo que el acretismo placentario es un factor de riesgo asociado a hemorragia severa postparto.

Guizado¹² (Lima), realizó una investigación en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, con el propósito de identificar los factores de riesgo de las gestantes con diagnóstico de placenta previa, en los meses de enero a setiembre durante el año 2015. El estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, con una población y muestra de 46 casos con diagnóstico de placenta previa confirmado por ecografía. Los factores de riesgo en orden de mayor incidencia fueron la cirugía

uterina previa, la multiparidad, edad materna avanzada. Mientras que la cirugía más frecuente fue en el siguiente orden: legrado uterino, cesárea más legrado uterino, y cesárea. La mayor frecuencia del tipo de placenta previa se atribuyó a la placenta previa total o completa con un 71.7% demás de encontró que la mayoría de pacientes en el estudio presentaban al menos uno de los factores de riesgo relacionados a placenta previa.

James, Aguilar, Garaycochea¹³ (Lima), desarrolló un caso clínico que fue presentado en el año 2014 sobre Placenta ácreta en una paciente segundigesta de 38 semanas, peruana, 22 años, sin antecedentes quirúrgicos uterinos, parto vaginal previo. Ingresó a Emergencia al Hospital Nacional dos de Mayo, refiriendo contracciones uterinas y pérdida de tapón mucoso, estable, feto único en presentación cefálica y latidos cardiacos dentro de los valores normales, en fase latente de labor de parto y pelvis ginecoide.

El parto se produjo sin complicaciones con un recién nacido a término con buen apgar y peso adecuado para la edad gestacional, luego de haber transcurrido un tiempo de 45 minutos del alumbramiento que fue dirigido, el desprendimiento de la placenta no se produjo, el útero estaba hipotónico, sin sangrado activo, la extracción manual de la placenta bajo sedación fracasó, por tal motivo, la paciente ingresa a sala de operaciones, donde se le realiza histerectomía abdominal subtotal sin ooforectomía; encontrándose un útero de dimensiones 20 cm x 14 cm x 10 cm, y evidenciándose los vasos sanguíneos de calibre grueso a nivel de cuerno uterino derecho y en su interior la adherencia de una placenta fúndica anterior. El reporte de patología confirmó el acretismo placentario; la paciente evolucionó sin complicaciones.

1.3.3. Bases teóricas

PLACENTA PREVIA

1.3.3.1. Definición de Placenta Previa

Se denomina placenta previa, cuando la placenta recubre el orificio endocervical en cualquier grado; en cambio las que están cerca del orificio, pero no lo recubren se denominan placenta de inserción baja. Por consiguiente se ha eliminado la terminología de “parcial” y “marginal”. La ecografía transvaginal servirá de ayuda para precisar la localización de la placenta y la distancia del borde del orificio cervical.¹⁴

1.3.3.2. Incidencia

La incidencia estimada de la placenta previa reporta 1 caso por cada 200 embarazos a término, dicha cifra es variable en todo el mundo, aumentando en frecuencia en cuanto se ha incrementado el número de cesáreas; existen otros factores de riesgo como aumento de la paridad materna, placenta previa anterior, abortos espontáneos y electivos, incremento de la edad materna, gestaciones múltiples, tabaquismo y uso de cocaína. Aunque la fisiopatología de la placenta previa sigue siendo incierta, al parecer hay una asociación entre el daño endometrial, la cicatrización del útero y la consecuente placenta previa.¹⁴

1.3.3.3. Implicaciones clínicas

Los resultados adversos de la placenta previa pueden ser maternas, fetales y neonatales, el riesgo de sangrado vaginal antes del parto es 10 veces mayor en mujeres con placenta previa. Si bien el mecanismo del sangrado es

incierto, parece ser que ocurre por la separación entre la placenta y la decidua subyacente como consecuencia de las contracciones, del borramiento del cérvix, de la dilatación del cuello uterino y como también de la progresión de la edad gestacional.

El sangrado predispone a un mayor riesgo de necesidad de transfusión sanguínea, hospitalización en la unidad de cuidados intensivos, histerectomía, tromboflebitis, septicemia, e incluso muerte materna.¹⁴

La prematuridad es una de las complicaciones fetales más frecuentes; razón por la cual el índice de mortalidad perinatal se ve incrementada tres a cuatro veces, asimismo también se nota el incremento de la morbilidad perinatal .¹⁴

1.3.3.4. Etiopatogenia

Causas ovulares

La anidación en el segmento inferior o en el cérvix podría ser por el retardo en la actividad histolítica del trofoblasto, otra causa sería porque la zona de trofoblasto, que usualmente se pone en contacto con la decidua capsular transformándose en corion liso, no realiza esta transformación, por lo que el corion frondoso se extiende recubriendo gran parte del saco amniótico.

Para que la mencionada zona del corion se desarrolle, es necesario una buena vascularización de la decidua capsular.

El crecimiento de la placenta en forma anormalmente grande también podría ser otra de las causas por aumento de las necesidades fetales como en el caso del embarazo gemelar o por procesos que afectan a los vasos vellositarios, alterando la nutrición fetal por ejemplo en el caso de la diabetes.¹⁵

Causas maternas

Se refiere a las causas uterinas, siendo las más frecuentes para la predisposición a placenta previa, entre ellas podemos mencionar: un útero anormal, miomatosis, endometrio cicatrizado, anomalías en la formación de la placenta, placentas macrosómicas, presencia de cicatrices en la pared uterina. Cuando el cigoto llega a la cavidad uterina, no halla una zona adecuada para su implantación en la decidua y al seguir su descenso, termina anidando el segmento inferior, en otras circunstancias, las dificultades de nutrición luego de la implantación ortotópica harían extenderse a la placenta en su superficie.¹⁵

1.3.3.5. Diagnóstico

La exploración obstétrica externa y la anamnesis son los principales pilares del diagnóstico de la placenta previa, la historia clínica permite analizar los factores de riesgo, las características de la hemorragia, con las maniobras de Leopold se encuentra el útero indoloro, relajado e incluso modificaciones de la estática fetal.

El hallazgo de una placenta de inserción baja antes de las 24 semanas se debe interpretar con cautela, sobre todo cuando la paciente no presenta síntomas. Antes de establecer un diagnóstico definitivo, se recomienda realizar seguimiento ecográfico hasta el tercer trimestre de la gestación.

Asimismo se recomienda el uso de la cardiotocografía para corroborar el bienestar fetal.

Con respecto al examen ginecológico, no se realiza el tacto vaginal, se recomienda la evaluación con espéculo vaginal, para identificar el origen uterino de la hemorragia.

La analítica que se solicita incluye: grupo sanguíneo y factor Rh, hemograma, plaquetas, fibrinógeno, tiempo de tromboplastina parcial, tiempo de protrombina, glucosa, creatinina, urea, examen completo de orina, depósito de sangre y pruebas cruzadas.

El diagnóstico diferencial incluye en descartar otras entidades clínicas de la segunda mitad del embarazo, entre ellos: la rotura uterina, el desprendimiento prematuro de placenta, la rotura de vasa previa y seno venoso marginal, lesiones vaginales o cervicales como: pólipos, lesiones traumáticas, neoplasias, entre otras.¹⁶

1.3.3.6. Manejo de la gestación

La placenta previa es una de las causas de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación, indicándose la hospitalización. Se recomienda el manejo conservador cuando el estado materno es estable y la hemorragia no es grave, se debe valorar la edad gestacional, la madurez pulmonar fetal, viabilidad fetal, malformaciones incompatibles con la vida.

Es muy importante que se evalúe si existen complicaciones obstétricas o médicas que contraindiquen la continuidad del embarazo.

El manejo es intrahospitalario, con el objetivo de lograr la estabilización hemodinámica iniciando con la canalización endovenosa de una vía segura, con Cloruro de Sodio al 9‰ 1000 cc a LX gotas por minuto, el monitoreo

electrónico fetal continuo, propiciar el uso de corticoides para madurar el pulmón fetal en embarazos inferiores a las 34 semanas de edad gestacional. Se recomienda que el hematocrito materno se mantenga con valores mayor o igual a 30% y la hemoglobina mayor o igual a 10gr/dl. El tacto vaginal es restringido y se indica reposo absoluto.

El manejo ambulatorio a las 48-72 horas podría sugerirse una vez cedido la hemorragia según la valoración del estado materno fetal. Indicando a la paciente acudir a emergencia si presenta sangrado, por pequeño que sea.

En caso de que la hemorragia comprometa o complique el estado hemodinámico de la madre y /o el feto, se culminará la gestación independientemente de la edad gestacional.¹⁶

1.3.3.7. Manejo del parto

Se culminará la gestación a las 37 semanas en los embarazos con diagnóstico de placenta previa sintomática y tratamiento conservador expectante.

Se recomienda cesárea electiva en las gestantes asintomáticas, a las 37-38 semanas, si la placenta es oclusiva.

En el caso de gestantes con placenta no oclusiva, se puede esperar el inicio del trabajo de parto para decidir la vía del parto de acuerdo a la evolución del caso y capacidad resolutive del establecimiento de salud.

En caso de que la vía del parto sea por cesárea, la incisión será aquella que evite la inserción placentaria y que asimismo facilite la extracción rápida y atraumática del feto.

Por otro lado en caso se decida parto vaginal, se debe vigilar si se presenta sangrado mínimo o hemorragia, supervisar que el estado de la madre o el feto no se altere, para esto el monitoreo materno fetal será en forma continuo. Si se tiene las condiciones y cuello uterino favorable, se puede realizar la amniorrexis para facilitar el descenso de la cabeza fetal y que comprima el borde placentario, para lo cual se debe contar previamente con la disponibilidad de hemotransfusión, depósitos de sangre, pruebas cruzadas y quirófano preparado.¹⁶

Es muy importante la información que se brinde a la gestante y a la familia, explicando las alternativas entre la cesárea o el parto vaginal, con respecto a las características de la placenta previa que presente y comunicar sobre la probabilidad de realizar transfusiones sanguíneas.¹⁶

PLACENTA ÁCRETA

1.3.3.8. Definición de Placenta Ácreta

Se define como la placenta que se adhiere al miometrio de manera anormal. La incidencia es de 3/1000, lo cual se ve elevada por el incremento de casos de cesáreas. La morbilidad se asocia de manera fundamental al riesgo elevado de la hemorragia masiva, al requerimiento de transfusiones sanguíneas, a las lesiones de órganos adyacentes e infecciones intraabdominales. Incluyendo mortalidad materna incrementada de hasta el 7%.¹⁷

1.3.3.9. Clasificación

En función del grado de invasión de la misma sobre el miometrio, se clasifica en:

- **Ácreta:** Las vellosidades coriales se insertan directamente sobre el miometrio (80%).
- **Increta:** Las vellosidades coriales invaden, es decir penetran el miometrio (15%).
- **Percreta:** Las vellosidades invaden miometrio y serosa o incluso órganos adyacentes como la vejiga (5%).

El principal factor de riesgo se debe a la presencia de una placenta previa que se inserta sobre una cesárea previa, debido a la pobre decidualización del segmento inferior (el 88% de acretismos placentarios se asocian a placentas previas). Asimismo los legrados uterinos, las miomectomías, y extracciones manuales de placenta condicionan a un riesgo mayor de presentar una placenta previa. Por otro lado el riesgo de presentar placenta ácreta, en caso exista placenta previa, se incrementa en función del número de cesáreas anteriores:

- Ninguna cesárea previa: 3.3%
- 1 cesárea previa: 11%
- 2 cesáreas previas: 40%
- 3 cesáreas previas: 61%
- 4/5 cesáreas previas: 67%

En el caso de que la placenta no sea previa, será menor el riesgo de presentarse una placenta ácreta (del 0.03% sin el antecedente de cesárea previa a cerca del 1% si la paciente tiene 3 o 4 cesáreas previas).¹⁷

1.3.3.10. Clínica

Durante el embarazo, el acretismo placentario puede sumarse a la placenta previa, y dar manifestaciones clínicas, en caso de una placenta percreta con invasión de órganos vecinos, con aparición de otras sintomatologías como la hematuria por lesión vesical.

En el caso que se diagnostique en el periodo del alumbramiento, la extracción de la placenta se produce de manera difícil o incompleta, además que se acompaña de hemorragia postparto. En el momento de la revisión placentaria, se observa falta de cotiledones en (acretismo parcial) o es imposible la expulsión de la placenta con ausencia del plano de clivaje entre el miometrio y la placenta (acretismo total).¹⁷

1.3.3.11. Diagnóstico anteparto

El manejo óptimo intraparto en gestantes con diagnóstico o sospecha de acretismo placentario se realiza identificando los factores de riesgo, además de utilizar las herramientas diagnósticas e informar a la paciente de las complicaciones posibles y las decisiones de intervenciones médicas adecuadas para el bienestar materno fetal.

El método de elección para realizar el diagnóstico de placenta ácreta durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, es la ecografía.

Los criterios a considerar en la ecografía son: las irregularidades o ausencia del área hipoeoica retroplacentaria, la vascularidad está aumentada con múltiples dilataciones, el grosor del miometrio retroplacentario menor a 1mm., las vellosidades se extienden hasta el miometrio, incluso puede llegar a la serosa o vejiga, lagunas placentarias en el interior de la placenta y zonas

hipervascularizadas observadas en el Doppler color. El signo que muestra una sensibilidad incrementada (93%), es la evidencia de múltiples e irregulares lagunas placentarias, con un flujo sanguíneo turbulento de tejido placentario, se puede observar presencia de vasos en el margen útero-placentario, a nivel de la interfase de la serosa uterina y la vejiga o puede llegar a invadir la vejiga.

En casos de duda se puede recurrir a la aplicación del power Doppler 3D, que al parecer consigue mayor sensibilidad y especificidad, donde se evidencia en la visión basal: presencia de abundantes vasos convergentes en la unión vesico-uterina, considerándose como el criterio que aisladamente señala una mayor especificidad y sensibilidad, además se visualiza una hipervascularización intraplacentaria (visión lateral), crecimiento de vasos tortuoso, de forma irregular y diferentes calibres.

La Resonancia Magnética Nuclear puede ser útil en el diagnóstico cuando la ecografía no es concluyente por ejemplo en el caso de mujeres con un índice de masa corporal elevada, placenta posterior, o cuando hay alta sospecha de placenta percreta, con mala visualización ecográfica, para definir mejor el grado de invasión.

La administración endovenosa de Gadolinio, contribuye a mejorar el diagnóstico, debido a que delinea el margen del miometrio y la placenta, sin embargo, es un fármaco de clase C y no se recomienda en el embarazo, por lo que no es de uso rutinario, quedando reservado en los casos donde el beneficio sea superior al riesgo.¹⁷

1.3.3.12. Manejo de la placenta ácreta

El seguimiento ecográfico se realizará en forma estricta para confirmar el diagnóstico, si existe alta sospecha de acretismo, se debe valorar la gravedad de la invasión que permita realizar una planificación óptima de la cirugía.

- **Placenta ácreta sintomática:**

El manejo se realizará según el apartado de placenta previa sintomática.

- **Placenta ácreta asintomática:**

Manejo pre quirúrgico:

El acretismo placentario constituye un riesgo alto de complicaciones, siendo indispensable la participación de un equipo multidisciplinario en la cirugía, con el objetivo de prevenir la morbi-mortalidad materno-fetal. Es recomendable planificar una la interrupción del embarazo entre las 36 y 37 semanas, mediante una cesárea electiva, realizar la interconsulta a anestesiología, se recomienda anestesia regional; además es importante tener una reserva de sangre (3 concentrados de hematíes), debido a que la pérdida de sangre estimada en estos casos es de 3 a 5 L.

Verificar la firma de consentimiento informado por el riesgo de complicaciones como: necesidad de transfusión, hemorragia severa, histerectomía y en caso de percretismo hay compromiso o lesión de órganos adyacentes.

De confirmarse una placenta ácreta, el tratamiento definitivo será histerectomía. Sin embargo, en caso de que la paciente desea de preservar su fertilidad, se encuentra estable hemodinámicamente y no sangra, entonces se puede plantear un manejo conservador, informando de las posibles complicaciones y de las posibilidades de éxito; todo lo cual debe contar con un consentimiento informado y registrarse en la historia clínica.

La cirugía será planificada con un equipo multidisciplinario de especialistas y en caso de sospechar de un percretismo placentario, se contará con la presencia y de la mano del servicio de Urología y con la posibilidad de necesitar la unidad de cuidados intensivos y/o intermedios

Manejo durante la intervención quirúrgica:

Es recomendable que la paciente se encuentre en posición de litotomía, que permite vigilar el sangrado por vía vaginal y facilitar el acceso a la cavidad vaginal.

Con respecto a la incisión tanto en la piel como en el útero será de acuerdo a la ubicación de la placenta para evitarla durante la histerotomía. En caso se necesite localizar la placenta, el cirujano podrá realizar una ecografía en la mesa quirúrgica, según sea posible

Asimismo es importante tener precaución para no atravesar a la placenta, lo que permitirá luego dejarla in situ, esto se relaciona a un menor riesgo de sangrado masivo o hemorragia y de histerectomías. De no ser posible, procurar la rápida extracción fetal y clampaje precoz del cordón.

Con respecto a la extracción de la placenta, se intentará su extracción solo si la sospecha de acretismo es baja, si se logra separar con éxito, entonces se prosigue con la extracción.

Por el contrario si se tiene una sospecha significativa de acretismo placentario o no se puede separar la placenta, se recomienda dejar in situ a la placenta y proceder a la histerorrafia, para luego continuar con:

A.- Histerectomía total, suele ser necesaria debido a que la placenta se inserta en el segmento y es considerada como tratamiento definitivo.

B.- Tratamiento conservador: Consiste en no realizar histerectomía en pacientes que no presenten sangrado considerable, que se encuentren estables hemodinámicamente, y con deseo de preservar la fertilidad. En estos casos, el protocolo de hemorragia post parto puede resultar útil, así como: la utilización de fármacos úterotónicos, la colocación de un balón endouterino, la realización de suturas de compresión uterina o de una embolización.

Las medidas conservadoras pueden ser de utilidad en caso se sospeche de que existen zonas de acretismo placentario parcial y si se logra extraer la placenta con mucha dificultad. Sin embargo es necesario tener en cuenta que si hay dificultad para extraer la placenta, por ningún motivo se debe tirar de ella, debido a que aumenta el riesgo de una hemorragia masiva.

En los casos donde se ha efectuado el tratamiento conservador exitoso se deberá mantener la terapéutica con:

- Infusión de oxitocina por 12 a 24 horas.
- Uso de antibiótico como profilaxis: Amoxicilina/ácido clavulánico. En caso de alergia a penicilina: Clindamicina más Gentamicina endovenoso por 7 a 10 días. Luego de 48 horas se puede pasar a la terapéutica por vía oral completando los 7-10 días.

Diferentes estudios retrospectivos han reportado 78% de tasas de éxito con el tratamiento conservador, asimismo reporta morbilidad materna severa en un 6%.

Se asocian algunas complicaciones con el tratamiento conservador: la endometritis y/o sepsis, formación de fístulas vesico-uterinas, el sangrado por vía vaginal, que incluso se extiende por 3 meses luego del parto, con respecto a la placenta se puede

quedar retenida con presencia de pólipos placentarios y por último puede fracasar el tratamiento conservador.

Tener en consideración la posible aparición de febrícula luego de la intervención quirúrgica a consecuencia de fenómenos necróticos y resorción de tejido.

Es importante informar a la paciente que el seguimiento será necesariamente largo y sobre el riesgo que existe de las complicaciones. En cuanto al seguimiento ambulatorio: se realizará un control clínico-ecográfico cada semana, como mínimo por un tiempo de 2 a 4 semanas. Luego será cada 2 semanas; además del control semanal de análisis de laboratorio por 2 a 4 semanas: Hemograma + PCR, beta Hormona Gonadotrofina Coriónica, en todos los controles hasta su estabilización o desaparición. No se han asociado niveles bajos de bHCG con la resolución completa del cuadro.

En caso de que el esquema conservador resulte exitoso, se ha descrito un 75 % de casos con resorción de la placenta de manera espontánea, en un promedio de 13 semanas.¹⁷

CAPÍTULO II

Caso Clínico

2.1. Objetivos

- Identificar los factores de riesgo del acretismo placentario en una Multigesta de 33 semanas en el Hospital de Nivel III-1 Lima-Perú
- Realizar una revisión actualizada de los protocolos del manejo de acretismo placentario.
- Identificar las complicaciones maternas fetales del acretismo placentario.

2.2. Sucesos Relevantes del Caso Clínico

FECHA: 30/03/2018 18:15 horas - Emergencia obstétrica

Paciente referida de Hospital nivel III- 1 de la Región de Ica, por no contar con cupos en la UCI neonatal por prematuridad, ni Urólogo, por la sospecha de percretismo placentario. Ingresó por la Emergencia Obstétrica del Servicio de Obstetricia del Hospital III-1, de la ciudad de Lima, en aparente regular estado general, lúcida, orientada en tiempo espacio y persona, con funciones vitales dentro de los parámetros normales, con latidos cardiacos fetales de 143 por minuto y sangrado por vía vaginal en poca cantidad. Recibe atención según protocolo de hemorragia de la segunda mitad del embarazo y se le solicita los exámenes de

laboratorio: hemograma, hemoglobina, tiempo parcial de tromboplastina, plaquetas, fibrinógeno, tiempo de protrombina, urea, glucosa, creatinina, deshidrogenasa láctica, factor Rh y grupo sanguíneo, VIH, VDRL, Antígeno Australiano, examen completo de orina y urocultivo.

Asimismo se solicita pruebas de bienestar fetal (Test No Estresante) y Ecografía Doppler

Indicación médica de hospitalizar en la Unidad de Cuidados Intermedios.

FECHA: 30/03/2018 21:00_Horas

Nota de ingreso en hospitalización (Médico Residente)

Paciente mujer de 30 años, estado civil separada, natural y procedente de Chincha, grado de instrucción superior técnica completa, ocupación ama de casa, religión católica. Ingresa por emergencia obstétrica, en condición de referida, presenta sangrado vaginal moderado rojo rutilante desde hace 10 días que se asocia a dolor abdominal tipo contracción. Estuvo hospitalizada en un Hospital nivel II-1 de Chincha, de donde es referida al Hospital nivel III- 1 de la Región de Ica, según informe de la referencia, se encuentra evolución desde el 24 de marzo en dicho nosocomio, donde se le diagnostica placenta previa, se le administra dosis completa de maduración pulmonar, queda observación, luego 30 de marzo, es referida a la ciudad de Lima, a un hospital de mayor complejidad (nivel III-1).

Síntomas y signos de alarma:

Niega síntomas premonitorios eclampsia, refiere sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico, niega síntomas urinarios, percibe movimientos fetales.

Antecedentes gineco-obstétricos:

Menarquia: 14 años

Régimen catamenial: 3 días/irregular

Método anticonceptivo previo: Niega

Fecha de última regla: No recuerda

Fecha probable de parto: No Aplica por FUR

Edad Gestacional: No Aplica por FUR

Fórmula obstétrica: G5 P1031

G1: No recuerda fecha, Aborto incompleto, Legrado uterino en clínica particular sin complicaciones.

G2: No recuerda fecha, Aborto incompleto, Legrado uterino en clínica particular sin complicaciones.

G3: No recuerda fecha/aproximadamente 2010 a 2011. Mola completa, legrado uterino en clínica particular sin complicaciones.

G4:2013, Cesárea: Recién Nacido a término, vivo, de sexo femenino 3300gr, en clínica particular sin complicaciones.

G5: Actual

Atención prenatal: 1 en Hospital

1° APN: 14/02/2018

Edad Gestacional: 26sem

Peso: 52Kg

Presión Arterial: 100/60 mmHg

Altura Uterina: 31cm

FCF: 140 x´

Ecografía obstétrica:

1° 14/10/2017 EG: 18sem EG Actual: 33 semanas

2° 30/03/2018 EG: 33sem EG Actual: 33 semanas (Ecografía Doppler)

Gestación Única Activa 33 semanas por Biometría fetal

Situación Presentación Posición: Longitudinal Cefálico Izquierdo

Peso ponderado fetal: 2035gr

Frecuencia cardiaca fetal: 148x' ILA: 8 cm

Placenta corporal anterior baja cuyo borde inferior llega a 2.5cm del OCI. Grado II.

Al doppler flujo que llega a comprometer pared vesical impresiona Percreta.

Resultado de test no estresante: 8/10 Reactivo Dinámica Uterina: Ausente

FCF Basal: 130x

Antecedentes patológicos:

Hipertensión (-) Diabetes (-) Tuberculosis (-) Epilepsia (-) Hepatitis (-)

Reacción Alérgica Medicamentosa (-) Violencia Basada en Género (-) Asma (-)

Infección del Tracto Urinario (-)

Antecedentes quirúrgicos previos: Cesárea 2013

Hospitalizaciones previas:

A los 2 meses por amenaza de aborto.

Hospitalización actual en el Hospital nivel II-1 de Chincha y Hospital nivel III-1 de Ica, por Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo.

Antecedentes familiares: Niega antecedentes de Hipertensión, Diabetes,

Neoplasia, Tuberculosis, Asma

Al examen físico:

Control de Funciones vitales (CFV):

Presión Arterial: 110/70 mmHg Frecuencia Cardiaca: 70x

Frecuencia Respiratoria: 20x Temperatura: 37.2°C

Somatometría: Peso Habitual: 65Kg Peso Actual: 94 Kg

Peso aumentado: 29 Kg Talla: 1.61m IMC: 25.07 g/m²

Apreciación general de la paciente:

Aparente Regular Estado General (AREG), Aparente Regular Estado de Nutrición (AREN), Aparente Regular Estado de Hidratación (AREH), Lúcida orientada en tiempo espacio y persona (LOTEP).

Piel: Tibia, húmeda, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, palidez +/-

Tejido celular subcutáneo: No edemas.

Tórax-pulmones: Murmullo Vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos

Abdomen:

Altura Uterina: 32 cm

Situación Presentación Posición: Longitudinal Cefálico Izquierdo

Dinámica Uterina: Ausente

Movimientos Fetales: +/-

Frecuencia Cardíaca Fetal: 143x

Peso Ponderado Fetal: NA

Genito urinario: puño percusión lumbar (-)

Tacto vaginal: diferido

Especuloscopia: se evidencia huellas de sangrado escaso

Neurológico: LOTEPE, no signos de focalización

Diagnóstico:

- Multigesta de 33 semanas por Ecografía I Trimestre. No labor de Parto
- Hemorragia de la Segunda mitad del Embarazo: Placenta Previa

- D/C Percretismo Placentario con compromiso vesical
- Cesareada Anterior 1 vez (Incisión Desconocida)
- Trastorno Hipertensivo del Embarazo Descartar Preeclampsia sin criterios de severidad
- Anemia Moderada
- Sobrepeso
- Sobreganancia Ponderal

Plan:

- Monitoreo Materno fetal (Test No Estresante)
- Vigilar sangrado por vía vaginal
- Control de Dinámica uterina
- Cruzar y trasfundir 2 paquete globulares
- Solicitar Resultado de Exámenes Auxiliares.

Conducta: Terminar gestación vía abdominal .si se confirma Acretismo placentario Cesárea más Histerectomía.

Terapéutica

1. Dieta Completa más Líquidos a voluntad.
2. Control de funciones vitales cada hora más control de dinámica uterina.
3. Control obstétrico más monitoreo fetal estricto.
4. Control de sangrado vaginal por paños.
5. Reposo absoluto.
6. Tacto vaginal restringido.
7. Cloruro de sodio 9°/° 1000cc 60 gotas por minuto.
8. Vigilar signos de alarma.

9. Cruzar y transfundir 2 paquetes globulares Stat (previa Prueba cruzada mayor).
10. Interconsulta a neonatología.
11. Interconsulta a anestesiología
12. Sonda Foley permeable.
13. Control de Presión arterial en Hoja aparte.
14. Vigilar signos premonitorios de Eclampsia.
15. Solicitar Perfil de severidad cada 12 horas
16. Solicitar Proteinuria de 24 horas más índice proteína creatinina en orina al azar.
17. Interconsulta a UCI-G para colocación de Catéter Venoso Central.
18. Se solicita Radiografía de Tórax.

Resultado de exámenes auxiliares

Fecha: 30-03-2018

Examen de laboratorio	Resultado
Hemoglobina	8.80gr/dl
Leucocitos	6,400 mm ³
Abastionados	1%
Segmentados	73%
Eosinófilos	0%
Basófilos	0%
Linfocitos	22%
Plaquetas	111,000
Fibrinógeno	354mg/dl
Tiempo de protrombina	11.0 %:111.6 INR:0.93

Tiempo de tromboplastina	32.9
TGO	42
TGP	41
Creatinina	0.63
Urea	13
Deshidrogenasa Láctica	595
Prueba de laboratorio	Resultado
VIH	No Reactivo
VDRL	No Reactivo
Ag Hbs Australiano	No Reactivo
Grupo y factor Rh	"0" Positivo

Exámen Laboratorio en Orina	Resultado	
Examen Químico	Sangre Oculta	Negativo
	Glucosa	Negativo
	Proteínas	1+
	Cetonas	Negativo
	Urobilinógeno	1+
	Bilirrubinas	1+
	Nitritos	Negativo
	Ph	6.5
	Densidad	1005
Sedimento de Orina	Leucocitos	0 a 2 por campo
	Hematíes	0 a 2 por campo
	Células epiteliales	Escasos
Proteínas en orina al azar		85.2mg/dl
Creatinina en orina al azar		171.1mg/dl
Indice		0.49

Notas de obstetricia en la Unidad de cuidados intermedios maternos

30/03/2018

21:15 Obstetra reporta que gestante ingresa a su Unidad con los diagnósticos planteados.

Presión Arterial: 130/70 mmhg

Frecuencia Cardiaca: 84 x´

Temperatura: 37°C

Frecuencia Respiratoria: 18 x´

Frecuencia Cardiaca Fetal: 148 x´ con Doppler.

Dinámica Uterina: No se evidencia

Movimientos fetales: Presentes

Pérdida de Sangrado Vaginal: No se evidencia.

Pérdida de líquido Amniótico: No se evidencia

22:00 Se instala Sonda Foley con Bolsa Colectora. Se inicia Control de Diuresis y Balance Hidroelectrolítico.

22:10 Se transfunde Primer Paquete globular previa prueba Cruzada.

31/03/2018

00:20 horas Interconsulta de Anestesiología

01:20 UCI-G responde que paciente no es tributaria para Catéter venoso central, si se requiere colocar será Intra SOP

00:30 horas Se administra Cefazolina 2 gr EV

02:30 horas Gestante es trasladada a Servicio de Radio Imágenes de Emergencia para radiografía de tórax indicada por Anestesiología.

03:15 horas Gestante regresa de Radiología; se observa sangrado vaginal escaso.

04:30 horas Gestante continúa en reposo en Control Obstétrico más Monitoreo

Electrónico Fetal con Vía EV Cloruro de Sodio 9°/° 300ccpp

Presión Arterial: 120/70 mmHg

Frecuencia cardiaca: 72 x´

Temperatura: 37°C

Frecuencia respiratoria: 18 x´

LCF: 132 x´

Sangrado Vaginal: rasgos

06:30 horas Queda Gestante en Control obstétrico más monitoreo Electrónico Fetal

con vía EV Cloruro de Sodio 9°/° 1000cc por pasar, con sonda Foley permeable

Presión Arterial: 110/70 mmHg

FC: 78 x´

Temperatura: 37°C

LCF: 132 x´

Sangrado Vaginal: No se evidencia

07:00 horas Balance Hidroelectrolítico: 450cc

Evolución médica 31/03/2018

Paciente presenta huellas de sangrado vaginal

Examen Físico: AREG, AREN, AREH, ventilando espontáneamente

Funciones Vitales:

PA: 110/70 mmHg

FC: 80 x´

FR: 14 x´

T°: 37.1°C

Piel: T/H/E; llenado capilar menor a 2 segundos

Mamas: Blandas

TCSC: No edemas

Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen:

AU: 32 cm

SPP: Longitudinal Cefálico Izquierdo

LCF: 134 x´

Dinámica Uterina: ausente

Genitourinario: PPL negativo

TV: Diferido

Neurológico: LOTEPE, sin signos de focalización

Diagnóstico:

- Multigesta 33 semanas por ecografía del I Trimestre
- Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo: Placenta Previa
- Percretismo Placentario con compromiso vesical
- Anemia Moderada
- Cesareada Anterior 1 vez
- THE: Descartar Pre Eclampsia sin criterios de severidad
- Sobrepeso
- Sobreganancia Ponderal

Plan:

Monitoreo materno fetal

Vigilar signos de sangrado vaginal

Perfil de Severidad cada 12 horas

Proteinuria de 24 horas

Conducta:

Si sangrado vaginal activo y/o SFA y/o criterios de severidad y/o inicio de Dinámica Uterina se decidirá Cesárea Transversa Iterativa y/o Cesárea más Histerectomía.

Notas de obstetricia 31/03/2018

07:40 horas Gestante continua en control obstétrico más monitoreo electrónico fetal con Vía EV Cloruro de Sodio 0° 800cc por pasar con sonda Foley más bolsa colectora.

PA: 110/70 mmHg

FC: 70 x´

FR: 18 x´

T°: 37°C x´

Dinámica Uterina: No se evidencia

Movimientos fetales presentes

Pérdida de sangrado vaginal: no evidente

Pérdida de líquido Amniótico: no evidente

08:40 Interconsulta a Neonatología

13:00 horas gestantes continua con vía EV Cloruro de Sodio 9° 300cc por pasar

Control obstétrico más monitoreo electrónico fetal: Niega molestias

PA: 120/60 mmHg

FC: 72 x´

T°: 37°C x´

LCF: 128 x´

Dinámica Uterina: ausente

Perdida de sangrado vaginal: no evidente

Pérdida de líquido Amniótico: no evidente

Diuresis: 100cc

19:00 horas gestantes continua con Vía EV Cloruro de Sodio 9°/°1000cc por pasar, con sonda Foley permeable. Control obstétrico más monitoreo electrónico fetal:

Niega molestias.

PA: 120/70 mmHg

FC: 86 x´

FR: 16 x´

T°: 37°C

LCF: 148 x´

Dinámica Uterina: No se evidencia

Movimientos fetales presentes.

Pérdida de sangrado vaginal (-)

Pérdida de líquido Amniótico (-)

Diuresis: 700cc

Evolución médica 01/04/2018

Paciente presenta huellas de sangrado vaginal

Examen Físico: AREG, AREN, AREH, ventilando espontáneamente

Funciones Vitales:

PA: 110/70 mmHg

FC: 80 x´

FR: 14 x´

T°: 37.1°C

Piel: T/H/E; llenado capilar menor a 2 segundos

Mamas: Blandas

TCSC: No edemas

Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos

Abdomen: AU: 32 cm

SPP: Longitudinal Cefálica Izquierda

LCF: 134 x´

Dinámica Uterina: ausente

Genitourinario: PPL negativo

TV: Diferido

Neurológico: LOTEPE, sin signos de focalización

Diagnóstico:

- Multigesta 33 semanas por ecografía del I trimestre
- Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo: Placenta Previa
- Percretismo Placentario con compromiso vesical
- Anemia Moderada
- Cesareada Anterior 1 vez

- THE: Pre Eclampsia sin criterios de severidad
- Sobrepeso
- Sobreganancia Ponderal

Plan

Monitoreo materno fetal

Vigilar signos de sangrado vaginal

Perfil de Severidad cada 12 horas

Proteinuria de 24 horas

Conducta: Preparar para Sala de Operaciones

Notas de obstetricia: 01/04/2018

09:35 horas Gestante pasa a Sala de Operaciones Materno Infantil con Vía EV

permeable Cloruro de Sodio 9°/° 1000cc

FCF: 126x

Reporte de sala de operaciones:

Diagnóstico pre-operatorio:

- Multigesta 33 2/7 semanas por ecografía del Primer trimestre
- Hemorragia de la II Mitad del embarazo
- Descartar Placenta de Inserción Baja
- Descartar Acretismo Placentario vs Percretismo Placentario
- Cesareada Anterior 1 vez
- Placenta de inserción baja
- Cesareada Anterior 1 vez

Procedimientos:

Cesárea Corporal transversa más Histerectomía Abdominal Subtotal más Revisión Vesical

Diagnóstico post operatorio:

Gestación 35 semanas por Capurro
Incretismo placentario

Hallazgos:

Hora de Nacimiento: 10:52 Sexo: Femenino

Recién Nacido Pretérmino 35 semanas Peso: 2120gr Talla: 47cm

Perímetro cefálico: 30cm Perímetro Torácico: 25 cm Apgar: 8/9

Cordón Umbilical +/- 50cm 2arterias/1 vena

Líquido Amniótico claro sin mal olor en regular cantidad.

Placenta en cara anterior adherida firmemente a miometrio, a nivel de la serosa del útero se evidencia múltiples dilataciones vasculares en cabeza de medusa. Vejiga adherida a útero en cara anterior. Se envía pieza quirúrgica a Patología.

Reporte de urología:

Diagnóstico pre-operatorio:

Cesárea Anterior

Placenta previa total

Acretismo placentario.

Diagnóstico post-operatorio:

Cesárea Anterior

Placenta de inserción baja

Acretismo Placentario

Vejiga sin trauma

Procedimientos: Revisión de Integridad de vejiga. Se procede a identificar pared vesical la cual se encuentra flácida; se procede a instilar 420cc de Cloruro de Sodio 9°/° con azul de metileno, se clampa sonda Foley ,se evidencia dilatación de pared vesical no evidenciándose salida de azul de metileno por ningún punto en la pared vesical. Confirmando indemnidad y descartando lesión de pared vesical.

Se deja sonda Foley N°20 permeable.

No se envía muestras a patología por parte del servicio de Urología.

Evolución en recuperación

Paciente refiere dolor leve a moderado en Herida operatoria, niega cefalea, niega mareos, no se reportan ocurrencias. AREG, AREN, AREH.

Piel: T/H/E llenado capilar menor a 2 segundos

Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, Herida operatoria cubierto con apósitos secos, discreto dolor a la palpación profunda, rebote (negativo)

Genitourinario: PPL (-)

Sangrado vaginal: negativo

Diagnóstico:

Post Operada Cesárea corporal Transversa.

Histerectomía Abdominal Subtotal. Incisión Vesical por Incretismo Placentario.

Placenta previa.

En sala de operaciones se realiza la transfusión de dos paquetes globulares, por indicación médica, seis horas después se realiza el control de Hemoglobina con un resultado de 9.1 gr/dl

Con evolución favorable pasa a Puerperio Patológico. Al Segundo día post operatorio se realiza control de Hemoglobina: 7.4 gr/dl, se administró Hierro Sacarato 100mg 2 ampollas Vía Endovenosa diluido en Cloruro de Sodio 9°/° 300cc.

La evolución durante el puerperio fue favorable además se realizaron las interconsultas a los servicios de Nefrología, cardiología y oftalmología.

Al quinto día paciente en condiciones de alta con el Diagnóstico: PO5 de Cesárea corporal transversa. HAST. Revisión vesical. Incretismo Placentario. Placenta de inserción baja

El resultado de anatomía patológica reporta que recibe cuerpo uterino ocupado por placenta que protruye a través de la incisión en el cuello cervical, asimismo indica hallazgos histológicos consistentes con placenta ácreta (Anexo 4).

2.3. Discusión

1. El presente caso clínico concluyó la gestación en una cesárea con participación de equipo multidisciplinario lo que contribuyó a disminuir la incidencia de muerte materna, así como se evidencia en el estudio de **Gallardo**⁴, en su investigación desarrollada en Guayaquil – Ecuador en el 2018 sobre factores predisponentes de placenta previa en pacientes de 20 a 50 años, en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel, refiere que el 100% de los casos estudiados con acretismo placentario terminaron en cesárea.
2. Al igual que **Saldivar**¹⁰ (Trujillo – Perú) que realizó un trabajo de investigación en el año 2016, donde concluye que la cirugía previa es un factor de riesgo para desarrollar acretismo placentario, el presente estudio coincide con tal afirmación, debido a que la gestante tenía como antecedente legrado uterino y cesárea previa, finalmente los resultados del estudio histológico confirmaron acretismo placentario.
3. Por otro lado con respecto a la presencia de hemorragias y anemia severa, en el presente caso se tuvo la necesidad de transfundir paquetes globulares, uno previa a la operación y dos en sala de operaciones, finalmente la paciente tuvo anemia severa en el puerperio encontrándose al segundo día post operatorio una hemoglobina de 7.4 gr/dl., lo que coincide con el trabajo desarrollado por **Zuzunaga**¹¹ en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en el año 2016, sobre acretismo placentario asociado como factor de riesgo para la presencia de hemorragia severa post parto, confirmando dicha afirmación.

4. Según el reporte del hospital que realiza la referencia la gestante tiene siete controles prenatales, sin embargo, en el carnet perinatal solo figura un control.
5. La referencia se demoró 6 días, en el Hospital III-1 de la Región Ica; se le realiza ecografía obstétrica, pruebas de laboratorio, recibe maduración pulmonar fetal, diagnosticando Placenta Previa Total con Acretismo Placentario y probable compromiso vesical. Se gestiona la referencia por no disponer de cupos en la unidad de cuidados intensivos (UCI) Neonatal, por prematuridad, ni urólogo por probable problema vesical por el acretismo placentario. Al sexto día se ejecuta la referencia al Hospital III-1 de la región Lima, ingresando al Servicio de Obstetricia, donde se solicitan exámenes de laboratorio, ecografía obstétrica doppler, monitoreo electrónico fetal.

2.4. Conclusiones

1. La paciente presenta factores de riesgo para el acretismo placentario como placenta previa, sumado al antecedente de la cesárea previa y de tres legrados uterinos. Tal como se reporta en la literatura, el factor de riesgo más importante para acretismo placentario es la presencia de una placenta previa que se inserta en una cesárea previa que se inserta en una cesárea previa, asimismo los legrados uterinos y el incremento de las cesáreas, ha contribuido al aumento de casos de placenta previa y acretismo placentario, ocasionando mayor riesgo de morbimortalidad materno fetal.
2. La importancia del control prenatal con un buen enfoque de riesgo, contribuye a la disminución de la muerte materna en el mundo, la paciente en estudio con los factores de riesgo que presentaba, solo tenía un control prenatal lo cual manifiesta la falta de acceso a los servicios maternos, la desigualdad educativa, social, económica.
3. El acretismo placentario y la placenta previa, son causas de hemorragia de la segunda mitad del embarazo, razón por la cual se debe realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías, con una anamnesis exhaustiva, además del uso de equipos tecnológicos como la ecografía de alta resolución.
4. Es necesario fortalecer la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, teniendo en consideración la disponibilidad de bancos de sangre sobretodo en el nivel II y III, debido a que las hemorragias de la segunda mitad del embarazo son causa de una elevada morbimortalidad materna. En el presente caso, la paciente cursaba con un cuadro de anemia moderada

previa a la cesárea, razón por la cual se hizo necesario la transfusión de un paquete globular al ingreso y luego 2 paquetes globulares en sala de operaciones.

5. El recién nacido cursó sin complicaciones, sin embargo la prematuridad sumado al bajo peso que tuvo al nacer, incrementa el riesgo de presentar comorbilidades posteriores.
6. La referencia de la paciente a un nivel de mayor capacidad resolutiva se realizó al sexto día de identificado el problema, lo que permite visualizar las deficiencias del sistema de referencia, que afortunadamente no terminó en un desenlace fatal.
7. El manejo de la gestante se realizó de acuerdo a lo protocolos de la institución.

2.5. Recomendaciones

1. Fortalecer el sistema de referencia y contra referencia a nivel nacional principalmente en las regiones más desfavorecidas del país.
2. Fomentar el control prenatal en todos los niveles de salud innovando estrategias que permitan que las mujeres accedan a los servicios de salud de manera eficiente, equitativa, oportuna y justa.
3. Mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud en los diferentes niveles de complejidad.
4. Potenciar la capacidad de los bancos de sangre a través de la gestión de mejora en los procesos como almacenamiento, disponibilidad de los paquetes globulares, plaquetas, plasma.
5. Capacitar al equipo multidisciplinario de salud que participan en la atención de las emergencias obstétricas mediante el sistema de las claves.
6. El equipo de gestión de los establecimientos de salud debe asumir la rectoría para que los protocolos de atención de las emergencias obstétricas se actualicen periódicamente de acuerdo a los estándares internacionales.

Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico del Perú. Volumen 27. Semana 52. Semana Epidemiológica del 23 al 29 de Diciembre 2018.
2. Gonzales O. Acretismo Placentario en el Instituto Materno Perinatal. Revista Peruana de investigación en Obstetricia y Perinatología.2017;6(2)
3. Guevara E. Estado Actual de la Mortalidad Materna en el Perú. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. Lima. 2016;5 (2) :7-8
4. Gallardo L. Factores predisponentes de placenta previa en pacientes entre 20 a 25 años, Hospital Gineco-Obstétrico Matilde Hidalgo de Procel en Guayaquil – Ecuador. 2018.
5. Fernández L., Mendoza. et al. Placenta Previa total ácreta complicada con ruptura prematura de membranas pretérmino. Revista de Ginecología y Obstetricia. Mexico.2018. Febrero 86(2):151-157.
6. Crespo C. Acretismo Placentario en pacientes atendidas en el Hospital Universitario (Tesis para optar el Título profesional de Obstetra).Guayaquil. Universidad de Guayaquil. 2018.
7. Escobar M., Sierra M., Barona J., Loaiza S. Oclusión temporal de la aorta abdominal mediante el uso de balón intraarterial en acretismo placentario: reporte de un caso clínico. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia.2018.83 (3) 302-309.
8. Hernández R. Placenta previa asociado a cesárea anterior en el Hospital Bertha Calderón de enero a diciembre del 2014 (Trabajo Monográfico para optar el Título de Especialista en Gineco-Obstetricia). Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Unan-Managua.2015.

9. Hernández. Complicaciones maternas del Acretismo Placentario ocurridos en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los años 2016 y 2017. (Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano) Lima. Universidad Privada San Juan Bautista.2018.
10. Saldívar J. Cirugía Uterina previa como factor de riesgo para acretismo placentario Hospital Regional Docente de Trujillo y Hospital Belén, 2005.2015 (Tesis para obtener el Título de Médico Cirujano). Trujillo.2016
11. Zuzunaga E. Acretismo placentario como factor de riesgo asociado a hemorragia severa postparto en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano). Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego.2016.
12. Guizado C. Prevalencia de factores de riesgo de gestantes con placenta previa en el periodo enero a setiembre 2015 en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins (Tesis para obtener el Título de Médico cirujano).Lima.
13. James C., Aguilar A., Garaycochea O. Placenta ácreta en una paciente sin antecedentes quirúrgicos uterinos en el Hospital Nacional 2 de Mayo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.2014.157-161.
14. Silver R., The American College of Obstetricians and Gynecologists. Implantación Anormal de la Placenta Previa, Vasa Previa y Placenta Acreta.2015.126: 654-68
15. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos Asistenciales en Obstetricia, 2012
16. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías Clínicas de Obstetricia y Perinatología. 2014. Pág. 47-50.

17. Guías Clínicas de Barcelona. Anomalías placentarias (Placenta Previa, Placenta Acreta y Vasa Previa) Manejo de la Hemorragia del Tercer Trimestre .2012