



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**PLACENTA PREVIA Y ACRETISMO PLACENTARIO EN UN HOSPITAL DE
NIVEL III – LIMA - 2017**

PRESENTADO POR:

FERNÁNDEZ CURI ORFELINDA FLORENCIA

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

MOQUEGUA – PERÚ

2017

RESUMEN

La placenta previa se presenta del 0.3 a 0.5% del total de los embarazos (1). Los factores de riesgo predisponentes para la placenta previa son la edad de las mujeres embarazadas de mayor de 34 años, la multiparidad, antecedentes de cirugías previas. Las características para poder diagnosticar una placenta previa, es la forma de inicio del sangrado, la cantidad, el color del sangrado y la presencia de contracciones o no; algunas veces está relacionado al compromiso de la vitalidad fetal, frecuentemente se realiza el diagnóstico diferencial con desprendimiento prematuro de placenta.

El presente trabajo busca identificar los factores de riesgo para placenta previa. La metodología empleada fue un análisis de caso, de tipo descriptivo, retrospectivo. Resultado: Gestante de 26 años, primigesta de 34 semanas por fecha última de regla. Placenta previa y acretismo placentario. Dicha paciente en el transcurso del embarazo se ha hospitalizado en dos oportunidades; a las 32 semanas de gestación, presentó sangrado vaginal moderado por lo que estuvo hospitalizada 9 días, recibió tratamiento para maduración pulmonar fetal.

El segundo ingreso al hospital por emergencia, es a las 34 semanas de gestación por presentar contracciones uterinas, no se evidenció sangrado al ingreso, el embarazo se prolongó hasta las 35 semanas de gestación las contracciones uterinas fueron controladas por tocólisis vía oral, se programó una cesárea electiva para culminar el embarazo, para evitar las complicaciones, materna (anemia moderada), fetales, (prematuridad, bajo peso al nacer). La paciente presentó hemorragia intra-operatorio, recibió dos unidades de paquete globular.

Palabras clave: Nacimiento; Embarazo; Placenta previa; Acretismo placentario

ÍNDICE

	Pág.
Página del jurado.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	iv

CAPÍTULO I

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	2
1.3 MARCO TEÓRICO.....	3
1.3.1. Antecedentes de la investigación.....	3
1.3.2. Bases teóricas.....	11
1.3.2.1. Placenta previa.....	11
1.3.2.2. Definición.....	11
1.3.2.3. Incidencia.....	11
1.3.2.4. Etiología.....	12
1.3.2.5. Fisiopatología.....	13
1.3.2.6. Diagnóstico.....	14
1.3.2.7. Factores de riesgo.....	18
1.3.2.8. Clasificación.....	19
1.3.2.9. Manejo.....	22

1.3.2.10. Tratamiento.....	27
1.3.2.11.Exámenes auxiliares	28
1.3.2.12 Riesgo Materno Fetales.....	28
1.3.2.13 Criterios de alta.....	30
1.3.3. Acretismo placentario.....	30
1.3.3.1 Definición.....	30
1.3.3.2 Etiopatogenia.....	31
1.3.3.3 Epidemiología.....	32
1.3.3.4. Fisiopatología.....	32
1.3.3.5. Factores de riesgo.....	33
1.3.3.6 Pruebas complementarias.....	34
1.3.3.7. Diagnóstico.....	35
1.3.3.8. Tratamiento.....	36

CAPÍTULO II

2.1. Caso clínico.....	39
------------------------	----

CAPÍTULO III

3.1. Conclusiones.....	68
3.2. Recomendaciones.....	70
3.3. Revisión Bibliográfica.....	71
Carta de compromiso de Anti plagio.....	75

CAPÍTULO I

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

Las hemorragias anteparto, por placenta previa es una de las causas directas de muerte materna-perinatal con porcentaje de 0.3 a 0.5% del total de los embarazos (14), tradicionalmente todo sangrado vaginal en la segunda mitad del embarazo, la conducta a seguir es por tener la sobrevivencia del prematuro y el uso de la ecografía, para diagnosticar precozmente el origen del sangrado. La placenta previa tiene como causa de morbimortalidad materno perinatal que representa 1 cada 200 embarazos, la mala inserción placentaria podría deberse muchos factores causados por la madre, el feto y el medio ambiente donde se encuentra la mujer embarazada. La alteración de la implantación de la placenta en el cuerpo uterino, hace que no se produzca el parto vía vaginal, dificultando la presentación fetal al canal de parto, muchas veces la placenta previa está relacionado con una retención placentaria, que podría ser un acretismo placentario, dependiendo del grado va a estar relacionado con la terminación del ciclo reproductivo materno.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La hemorragia ante natal, causado por una placenta previa ha causado una preocupación mundial siendo la tasa de incidencia de 4 cada 1000 embarazos (1), que muchas veces representa una de las causas de hospitalización durante el embarazo, debido al incremento de esta patología es muy importante conocer las posibles causas con la finalidad de poder trabajar para disminuir las causas que conllevan a la inserción anómala de la placenta. Es muy importante conocer la fisiopatología, la conducta correcta sobre esta patología, el tratamiento y las medidas de prevención, generando muchas veces políticas públicas en bien de la mujer embarazada, considerado como una población vulnerable. Es preocupación a nivel mundial, con mayor participación del personal de salud, Identificar los factores de riesgo con la finalidad, de poder buscar alternativas de solución y con ello poder contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materno perinatal.

1.3.- MARCO TEÓRICO

1.3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

Shahrour B, Ortega E, Carrillo M, (2015) en un estudio sobre “Evidencia y mejora en la gestión compartida de cuidados ante la gestante con placenta previa”. Con relación a la placenta previa tiene una incidencia de 1 en 200 embarazos, que representa un alto riesgo Obstétrico, y puede presentar hemorragia antenatal y postparto, muchas veces causando prematuridad elevada y la morbi-mortalidad materna. Objetivo: Conocer las últimas evidencias acerca del manejo, complicaciones y cuidados para el trabajo en equipo ante la placenta previa. Metodología: se realizó una búsqueda bibliográfica y entre 2010-2015. La búsqueda arrojó, entre otros, 2 series de casos, 3 estudios retrospectivos, 1 estudio de cohortes y 1 revisión literaria. Resultados: Que el manejo de la placenta previa dependerá de la existencia o no de sangrado, siendo al inicio de la gestación y en caso asintomático, La presencia de sangrado se considera una urgencia obstétrica donde juega un papel muy importante la estabilidad hemodinámica de la gestante y determinar la necesidad de cesárea emergente. Los cuidados inmediatos en caso de sangrado vaginal son: monitorización y control de pérdida hemática de la gestante y registro de la frecuencia cardíaca fetal. Conclusiones: Controlar la localización placentaria a lo largo de la gestación facilita la prevención de riesgos. El cerclaje uterino es una intervención efectiva a considerar en casos de hemorragias incontrolables. La embolización de las arterias uterinas resulta útil en Placenta previa. El riesgo de sangrado aumenta en casos de acortamiento de cuello uterino, vasa previa, cesárea anterior o edad materna avanzada. (2)

Arreaga I, Hernández M, (2015) en un estudio sobre la Morbilidad y mortalidad materna perinatal en pacientes con placenta previa. Guatemala. Objetivo: Describir la morbilidad y mortalidad materno-perinatal en pacientes con diagnóstico ultrasonográfica de placenta previa durante el año 2011. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Resultado: se encontró una incidencia de 4 /1000 embarazos, para un total de 67 casos en dicho periodo de tiempo. De ellos 20 fueron excluidos por no cumplir con los criterios adecuados para la recolección de los datos. Al analizar dicha información, encontraron que las pacientes incluidas en el estudio tenían una media de 30 años de edad y que en su mayoría correspondían a pacientes multíparas; el estudio reveló que el mayor número de estas patologías se encontraron en pacientes sin antecedentes quirúrgicos. Se observó que la principal complicación materna fue anemia en 9 de los casos y sólo a 3 pacientes se les realizó Histerectomía Obstétrica. De los recién nacidos únicamente 15 fueron ingresados a la unidad de cuidados intensivos, siendo la principal causa bajo peso al nacer. Se presentaron 3 mortalidades neonatales secundarias a sepsis y asfixia. Tanto las principales complicaciones maternas como neonatales se asociaron al diagnóstico ultrasonográfica de placenta previa total. (3)

Gómez L, et al. (2014) en un reporte sobre caso clínico, percretismo placentario asociado con placenta previa y abruptio. Colombia. Refieren que el número de partos por cesárea se ha incrementado durante los últimos años, debido al incremento en las anomalías de la inserción placentaria, así como de otras complicaciones fetoplacentarias. Las patologías placentarias y el manejo quirúrgico que suelen requerir ensombrecen drásticamente el pronóstico materno-fetal. Reportaron un caso de una

mujer multípara quien cursa con un caso de Percretismo placentario, placenta previa y abruptio de placenta, que ingresó en el servicio de Gineco-Obstetricia en un hospital universitario siendo sometida a manejo quirúrgico multidisciplinario de urgencia obteniendo resultados materno-fetales satisfactorios. El diagnóstico de acretismo placentario se realiza inicialmente con la sospecha clínica, conociendo factores de riesgo que orientan al médico a enfocar el manejo desde el control prenatal hasta el parto. Es realmente importante realizar un diagnóstico antenatal, de esta manera, el Ginecólogo tiene la posibilidad de planear con tiempo el manejo más adecuado de acuerdo a las necesidades y características personales, minimizando el riesgo de morbimortalidad fetal y materna. El diagnóstico se basa en la utilización de la ultrasonografía y la resonancia nuclear magnética y métodos de laboratorio como los marcadores séricos. En el presente caso el manejo quirúrgico fue la primera opción terapéutica debido a que la paciente presentaba diferentes factores como: paridad satisfecha, amenaza de parto pretérmino, placenta previa oclusiva, placenta percreta con invasión a pared vesical sin posibilidad de identificar otras estructuras comprometidas por imágenes diagnósticas adicionales y desprendimiento de placenta, condición que representaba un peligro latente para la vida tanto de la madre como del feto, lo que demandaba una intervención de urgencia, con poco tiempo de planeación. Sin embargo, hay condiciones propias de estos embarazos de alto riesgo que obligan a una toma rápida de decisiones, que deben idealmente llevarse a cabo en centros de alta complejidad con profesionales de la salud altamente entrenados para optimizar los resultados finales. (4).

Schneiderman M, Balayla J. (2013) en un estudio comparativo de los resultados neonatales en placenta previa frente largo plazo cesárea para otra indicación a término. Estados Unidos. Objetivo: determinar si la placenta previa es un factor de riesgo independiente de resultados neonatales adversos a largo plazo. Metodología: se realizó un estudio de cohorte, estudio poblacional a partir de datos de mortalidad infantil de nacimiento de los Estados Unidos. El efecto de la placenta previa en el riesgo de resultados adversos neonatales se estimó mediante análisis de regresión logística incondicional, el ajuste de confusión pertinentes. Resultados: el estudio de cohorte consistió en 3 550 842 entregas que cumplieran los criterios de inclusión. La incidencia de placenta previa a término fue de 1,3 / 1.000 (n = 4492), representando el 40,6% de todos los casos previos. En relación con las cesáreas para otras indicaciones, los embarazos con placenta previa tenían un mayor riesgo de retardo de crecimiento intrauterino, dificultad respiratoria, ventilación prolongada y anemia neonatal. Las tasas de síndrome de aspiración de meconio, convulsiones, lesiones al nacer y la mortalidad infantil general no parecen ser afectados por esta condición llegaron a la conclusión: en relación con las cesáreas para otras indicaciones, placenta previa se asocia con una mayor morbilidad, pero no la mortalidad, a término. Esta información podría ser útil en el desarrollo de las futuras directrices, que actualmente son necesarios para guiar y estandarizar la práctica clínica con respecto al momento óptimo para el parto en la placenta previa.(5)

Peña G, Salazar G, Zambrano Z. (2012) en su tesis sobre Prevalencia y factores de riesgo de placenta previa. Hospital Isidro Ayora de Quito. Ecuador. Tuvo como objetivo: Identificar la prevalencia y factores de riesgo de placenta previa.

Metodología: se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora de Quito, de Enero a Diciembre del 2011. Población 252 pacientes, muestra 50 mujeres con placenta previa. Se estudió las variables: edad, procedencia, paridad, volumen de sangrado, tipo de inserción placentaria, tipo de terminación del embarazo, patologías sobreañadidas, complicaciones post parto y otros. Mediante un instrumento se obtuvo: prevalencia 5 cada 100, que representa el 5% de la población, edad materna de 31 a 40 años 40%, factores de riesgo procedencia urbana 64%, multiparidad 88 %, raza negra 12%, tipo de inserción placentaria oclusiva total 42 %, cesárea 100%, pérdida sanguínea de 500 a 999 cc 80% y la mayor complicación fue la histerectomía en un 44%, patologías sobreañadidas: anemia 30%. (6)

Saldaña D, (2016) en su tesis sobre los Resultados neonatales según el tiempo del parto en placenta previa estable en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo entre Enero del 2010 a Diciembre del 2015. Perú. Con el Objetivo: Determinar si la incidencia de complicaciones neonatales es mayor en el parto pre término tardío en comparación con el parto a término precoz en gestantes con placenta previa estable. Metodología : Estudio Analítico, observacional, de cohortes retrospectivas, que evaluó 252 historias clínicas , distribuidos en dos grupos; cohorte I, 161 recién nacidos de 34 a 37 semanas y cohorte II, 91 recién nacidos de 38 semanas, en ellos se comparó la incidencia de las complicaciones neonatales, como son: Muy bajo peso para la edad gestacional, bajo peso para la edad gestacional, síndrome de distrés respiratorio, ingreso a la unidad de cuidados intensivos, síndrome de aspiración meconial, Apgar < 7 a los 5', presencia de anemia neonatal, convulsiones neonatales, y muerte neonatal. Resultado: La edad gestacional al momento del nacimiento, se observó que el promedio

en la cohorte I 35 semanas y cohorte II 38 semanas; el peso del recién nacido en cohorte I 2,369gr y II fueron de 3,593 gramos. Las complicaciones principales estuvieron relacionadas al peso y prematuridad: Muy pequeño para la edad gestacional síndrome de distrés respiratorio cohorte I de 18,01%, cohorte II de 5,49%; el resto de complicaciones no resultaron estadísticamente significativas. Llegaron a la Conclusión: las complicaciones neonatales es mayor en los pretérminos que en los embarazos a término, en las gestantes con diagnóstico de placenta previa. (7)

Franco A. (2015) sobre Placenta Previa. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. El porcentaje de hemorragia del tercer trimestre de embarazo encontrado en esta revisión, corresponde al 0.9% (360 casos) sobre un total de 39,478 partos atendidos; la frecuencia es de 1 cada 109 partos. Estos datos encontrados coinciden, con ligeras variantes con lo reportado por la literatura revisada. Se encontró un caso de placenta previa por cada 224 partos, representando la causa más frecuente (49%9 de la patología hemorrágica en el último trimestre de la gestación. La incidencia de la placenta previa se ha mantenido con ligeras variaciones durante los últimos años. Una de las causas que aumenta la morbi-mortalidad perinatal es la prematuridad. En el presente estudio encontraron 29 prematuros (16%), o sea el doble del porcentaje generalmente hallado en gestaciones sin esta patología. La edad avanzada, así como la multiparidad, juegan un rol preponderante en este tipo de patologías, debido a que los cambios atróficos que se producen en el endometrio no permiten una adecuada nutrición, y por ende, un buen intercambio materno fetal. (8)

Dioses E, Oña J, Cardoza K, Meza J, Matorel M, (2014) Factores Asociados a la hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un hospital del norte del Perú. Revista del cuerpo médico del hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Según el registro del servicio de Obstetricia, 8936 gestantes ingresaron al hospital de apoyo II-2 de Sullana para la atención de su parto durante el periodo de estudio Resultados: 222 gestantes presentaron hemorragias de la segunda mitad del embarazo, se seleccionaron aleatoriamente a 69 gestantes que presentaron hemorragias, de todas ellas el 60.8% eran de estado civil conviviente, 58% tenían grado de instrucción secundario, el 86.9% son ama de casa. En relación a la etiología de la hemorragia de la segunda mitad del embarazo, el 56.52% son por placenta previa (39 casos), el 43.48% presentaron desprendimiento prematuro de placenta (30 casos), no se presentó ningún caso de rotura uterina Llegaron a la conclusión, que la hemorragia de la segunda mitad del embarazo es un problema de salud pública muy importante, está asociado los factores, edad, la multiparidad y cirugías previas las complicaciones más frecuentes son: anemias, sufrimiento fetal agudo, prematuridad, bajo peso al nacer. (9)

Guisado C, (2015) en su tesis sobre prevalencia de riesgo en gestante con placenta previa de enero a Setiembre en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Con el objetivo: Identificar los factores de riesgo en gestantes con placenta previa, la metodología: fue un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, la muestra es de 46 casos diagnosticados por ecografía. Obtuvieron los siguientes resultados, el grupo de las mujeres añosas son las más propensas a placenta previa con un 54.3%, en relación a la paridad, las multíparas son mayores que representó un 63%, como antecedente de cirugías uterinas antes del embarazo representó un 71.7% de ellos un

28.3% fueron legrados uterinos, cesáreas con 19.6% y legrados más cesárea un 21.7%. Mientras tanto por el tipo de inserción placentaria el más frecuente fue la placenta previa total con un 71.7%.llego a la conclusión: que la mayoría de las mujeres embarazadas presentaban por lo menos un factor de riesgo de placenta previa, por lo que se debe de diagnosticar oportunamente, para disminuir la morbi-mortalidad materno perinatal. (10)

Acho S, Pichilingue J, Díaz J, Paredes J. (2011) Hemorragia en la segunda mitad del embarazo en un Hospital Nacional de Lima. El objetivo: determinar la frecuencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo. La metodología: fue un estudio descriptivo y retrospectivo, se revisaron 161 historias clínicas de gestantes que presentaron hemorragia en la segunda mitad del embarazo, obteniendo los siguientes resultados: las historias revisadas representaron el 1.86% del total de atenciones obstétricas en el hospital, la edad de las pacientes estuvo entre 14 a 43 años, con un promedio de 28 años, con relación a las causas de la hemorragias, el desprendimiento prematuro y de placenta 62.7% (101 casos), los casos de placenta previa estuvo en el 34.8%(56 casos) y la rotura uterina con un 2.5% (4 casos); de todas ellas solo un 7.5% fueron gestantes controladas; las edad gestacional más frecuente fue de 36 a 40 semanas, solo 24 casos fueron pretérminos menor de 35 semanas, días de permanencia intrahospitalaria fueron de 3 a 20 días, se produjeron 16 óbito fetales. Concluyeron que: la hemorragia en la segunda mitad del embarazo se presentó en un 1.68% de la población obstétrica y se produjo morbimortalidad materno –perinatal. (11)

1.3.2. BASES TEÓRICAS

1.3.2.1. PLACENTA PREVIA

1.3.2.2. DEFINICIÓN:

El término de placenta previa se refiere a la placenta que cubre o está próxima al orificio cervical interno (OCI) y se encuentra implantada en el segmento inferior del útero después de la semana 22 de gestación. (12).

Placenta previa es aquella implantación que se realiza a nivel del segmento uterino inferior; la implantación produce a una distancia menor de 2 cm del orificio cervical interno. (13)

La inserción anormal de la placenta en el segmento uterino, algunas veces ocluye total o parcialmente el orificio cervical interno del útero. (1)

1.3.2.3. INCIDENCIA

La incidencia anual de placenta previa en los Estados Unidos es de 2.8% a 4.8% por cada 1000 partos en embarazos únicos y de 3.9 por cada 1000 en embarazos múltiples; comparado con una prevalencia global de 5.2 por cada 1000 nacimientos. La mayor prevalencia se da en mujeres asiáticas en las cuales la prevalencia es de hasta 12.2 por cada 1000 nacimientos. (1)

Durante el embarazo una mujer se puede complicar con la placenta previa en un 0,3 al 0,5%, la tasa de mortalidad representa un 0,3% de los casos. La patología de la placenta previa tiene una tasa de mortalidad perinatal que se incrementa de 3 a 4 veces, en relación a embarazos normales (15).

Según Tena (2013), la incidencia es variable, oscila entre 4 /1000 embarazos, debido a que influyen varios factores, también los diferentes métodos y las técnicas de

diagnósticas utilizados. La etiología principal es incierta, pero los factores de riesgo asociado son la edad materna avanzada en especial mayor de 35 años, la multiparidad, antecedentes de cesáreas previas, abortos y la presencia de diversas anomalías uterinas; incluso se han mencionado el consumo de tabaco, consumo de cocaína y feto de sexo masculino. (13)

Una mujer que haya presentado placenta previa con embarazos previos al actual, es considerada como un factor de riesgo muy alto con 5 a 6 veces que puede desarrollar una vez más el cuadro de placenta previa con el embarazo actual. (16)

En el hospital María Auxiliadora, la incidencia de placenta previa ocurre en 01 cada 100 embarazos (14)

La hemorragia por placenta previa causa el 20% de todos los casos de hemorragia previa al parto; el 70% de las pacientes con placenta previa presentan una hemorragia vaginal sin dolor, el 20% tiene contracciones relacionadas con la hemorragia y el 10% el diagnóstico se hace de manera incidental en una ecografía de rutina. (17)

1.3.2.4. ETIOLOGÍA:

Aún con exactitud no está determinada, se desconoce realmente la causa de la placenta previa, solo se establecen hipótesis, que podrían considerar problemas placentarios y /o uterinas, muchas veces por falta de superficie, inadecuada en el fondo del útero. Si son por causas uterinas, pueden deberse a alteraciones en el endometrio o miometrio, alterando el proceso de placentación en la etapa de nidación, que podrían ser antecedentes de cesárea, legrado uterino, multiparidad, edad mayores de 35 años, intervalo intergenésico corto menores de 2 años, miomas uterinos (las miomectomía tienen 4 veces mayor riesgo), endometritis, antecedente de placenta previa (12 veces

mayor probabilidad de presentar nuevo episodio). Si la causa son placentarias: aquellas que favorecen el aumento de tamaño de la torta placentaria. Una reducción en el oxígeno útero placentario promueve un aumento en la superficie placentaria asociado con el desarrollo del segmento uterino inferior. Como por ejemplo el embarazo gemelar, eritroblastosis, feto de sexo masculino, tabaquismo y cocaína. (18)

Se desconoce la implantación anormal del huevo debido a cambios que se producen en el endometrio así como a la forma y contorno de la cavidad uterina (14)

1.3.2.5. FISIOPATOLOGÍA: (19)

La placenta Previa se identifica en el 0.3 al 0.5% de los partos. Las alteraciones epiteliales que podrían modificar la matriz extracelular, pueden aumentar el riesgo de su aparición.

El segmento inferior es un lugar inadecuado para la inserción placentaria, por presentar las siguientes características anatómicas:

Musculatura: tienen menos fibras musculares en relación al segmento superior y con mayor cantidad de fibras colágenas por lo que este lugar es muy distensible, pero con menos potencia para colapsar vasos sanguíneos, dificultando la hemostasia si hay desprendimiento parcial de la placenta y por supuesto, durante el alumbramiento

Endometrio: el grosor es muy delgado y por lo tanto tiene menor vasculatura, por lo que la placenta tiende a ser más extendida, aplanada e irregular, con escaso desarrollo de tabiques entre cotiledones. Es por ello que el trofoblasto puede invadir decidua, pared uterina (más delgada) y aún órganos vecinos

(acretismo placentario). La inserción placentaria en el segmento inferior permite que actúa como tumor previo.

Membranas: la frecuencia de ruptura prematura de membrana es mayor debido a que el borde placentario es más gruesas y menos elásticas.

Cordón: es muy frecuente la inserción velamentosa del cordón, por la atrofia de cotiledones, secundario al desarrollo insuficiente de decidua. La placenta previa sangra sólo si se desprende.

Las causas del sangrado son:

Durante el embarazo: debido al crecimiento uterino y por la presencia de las contracciones de Braxton-Hicks, se forma y desarrolla el Segmento uterino Inferior, cuya capacidad de elongación es mayor y supera al de la placenta.

Durante el parto: la presencia de las verdaderas contracciones del trabajo de Parto que causan la formación del canal cervico-segmentario y la modificación cervical, la dilatación y la incorporación cervical.

La migración placentaria: durante el curso del embarazo se ha observado que el 90% de las placentas previas que se clasifican como tal, en la mitad del embarazo se reclasifican como normales en el seguimiento, esto se debe al mayor desarrollo del segmento uterino inferior con relación al crecimiento del fondo uterino fenómeno que se ha denominado migración placentaria.(20)

1.3.2.6. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico de la placenta previa es la presencia de sangrado vaginal, con las siguientes características, al inicio no presenta dolor, el sangrado es de color rojo rutilante, según la edad gestacional se presenta pasado las 22 semanas de embarazo o

durante el de parto, algunas mujeres con placenta previa no presenta ninguna complicación de sangrado y solo se diagnostica mediante control de ecografía. Las gestantes con placenta previa diagnosticada presentan sangrado vaginal durante la evolución del embarazo hasta en un 75%. (21).

Generalmente la placenta previa se clasifica en cuatro tipos, placenta previa total, parcial, marginal e inserción baja de placenta; estas clasificaciones no influyen en la conducta que se opta para el manejo y tratamiento oportuno, por lo que se recomienda que la clasificación se haga en función a la distancia de la inserción de placenta con el orificio del cérvix interno para ello se utilizara la ayuda de un equipo de ultrasonografía como es la ecografía transvaginal, es seguro y no incrementa el riesgo de sangrado. El uso de la ecografía abdominal para diagnosticar placenta previa tiene un error de hasta el 25 % de los casos. (21)

La ecografía transvaginal, nos puede mostrar la localización exacta de la placenta en cualquier momento durante el embarazo. El informe de ecografía debe ser bien detallado, informar la distancia exacta desde el borde de la placenta al orificio cervical interno, para ello se utiliza la distancia en milímetros. Cuando el borde de la placenta alcanza exactamente el borde del cervical interno, se debe de informar como de 0 mm. Una gestante que se realiza una ecografía transvaginal entre las 18 a 24 semanas y se encuentra que el borde de la placenta logra alcanzar o se sobrepone al Orificio cervical interno, se le debe de recomendar realizar una ecografía de control en el tercer trimestre. Un informe ecográfico donde la placenta se sobrepasa en 15 milímetros o más, se debe de asociar a que la placenta previa continuara al término del embarazo.

Cuando la placenta se sobrepone en 20 mm o más en cualquier momento del tercer trimestre es de alto riesgo, por lo que se debe culminar el embarazo por cesárea (22)

Según la Guía clínica del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, el diagnóstico se debe de realizar de la siguiente manera, realizar una buena anamnesis: observar características del sangrado, buscar los factores causales. Realizar una minuciosa evaluación obstétrica de las maniobras de Leopold, a la palpación abdominal el útero se encuentra relajado y no presenta dolor, la paciente refiere disminución de movimientos fetales. Se debe de realizar una ecografía para identificar la ubicación de la placenta. Se utilizaran medicamentos para disminuir las contracciones uterinas, tomando en consideración la edad gestacional. Cuando se presenta una paciente con diagnóstico de placenta previa parcial o marginal antes de las 24 semanas debe interpretarse con precaución, si la paciente está asintomática, debe realizarse un seguimiento ecográfico periódico hasta llegar al tercer trimestre, antes de establecer un diagnóstico definitivo. Realizar monitoreo fetal para comprobar el bienestar fetal. Si hay evidencia de sangrado vaginal evaluar con especulo, queda prohibido realizar tactos vaginales. (23)

Diagnóstico diferencial (23)

A todo sangrado vaginal ya sea escasa o abundante, pasado las 22 semanas de embarazo, con el desprendimiento prematuro de placenta (DPP), durante el trabajo de parto descartar una rotura uterina, desgarros cervicales

CLÍNICA	PLACENTA		ROTURA UTERINA
	PREVIA	DPP	
SANGRADO VAGINAL	Rojo vivo	Rojo oscuro (ausente en DPP oculto 20% de los casos)	Rojo oscuro o escaso Puede ser oculto.
TONO UTERINO	Normal	Aumentado	Hiperdinamia en inminencia de rotura uterina. Cese de contracciones uterinas palpación de partes fetales en rotura establecida.
DOLOR	Ausente	Presente	Presente, luego cesa.
LATIDOS CARDIACOS FETALES	Variables o ausentes	Variables o ausentes	Variables o ausentes

Cambios hemodinámicos:

Dependerá de la cantidad de sangre que la paciente haya perdido, clínicamente se observa una taquicardia e hipotensión arterial. (20)

1.3.2.7. FACTORES DE RIESGO:(24) (13)

- Gran multípara, paridad mayor de 4 hijos.
- Pacientes mayores de 35 años.
- Antecedentes de: legrado uterino, endometritis, cesárea, miomectomía
- Periodo inter genésico corto.
- Placenta grande o anormalmente insertada.
- Tumores uterinos.
- Malformaciones estructurales uterinas.
- Embarazos múltiples.
- Anemia de la mujer embarazada.
- Embarazos muy seguidos.

Según Hacker y Moore, mencionan que los factores predisponentes para la placenta previa, se relaciona con una incidencia muy alta con los siguientes:

- Multiparidad.
- Edad materna avanzada.
- Antecedente de placenta previa.
- Embarazo múltiple.

Las mujeres con placenta previa tienen un riesgo de 4 a 8% de tener placenta previa en un embarazo posterior. (17)

Una placenta previa marginal es aquella cuyo borde se extiende hasta el margen del orificio cervical interno.

1.3.2.8. CLASIFICACIÓN:(17,25)

La clasificación en relación al orificio cervical interno.

1. **Placenta previa total:** es aquella que ocluye totalmente el orificio cervical interno. La placenta previa completa puede ser central, anterior o posterior, según la posición del centro de la placenta respecto al orificio.
2. **Placenta previa parcial:** es cuando la placenta ocupa parcialmente el orificio cervical interno.
3. **Placenta previa marginal:** es aquella cuando la placenta llega hasta el borde del orificio cervical interno.
4. **Placenta de implantación baja:** es cuando la placenta se encuentra a una distancia inferior, igual o menor de 2 cm del orificio cervical interno, que es medida por la ecografía transvaginal.

“Una gestante con placenta de inserción baja, es cuando el margen placentario está a menos de 2 cm del orificio endocervical, puede tener el mismo cuadro clínico que la mujer con placenta previa. Tal vez sea difícil distinguir una placenta de inserción baja de una previa marginal, pero la ecografía transvaginal casi siempre es diagnóstica. Aunque no está contraindicado el parto vaginal, debe mantenerse el mismo nivel de vigilancia de la estabilidad hemodinámica materna y el bienestar fetal” (17).

Cuando supera dicha distancia se considera normal la placenta.

Clasificación Ultrasonografía Transvaginal (25)

INSERCIÓN PLACENTARIA	
DOP	
PNI	>5 cm
PIB	> 2 a 5 cm
PPM	> 0 a 2 cm
PPO	0 cm
PPO Sobrepuesta OL	> 0 cm
PPOT OL	> 2 cm

DOP= distancia OCI al borde placentario

PNI= placenta normo inserta

PIB= placenta de inserción baja

PPM= placenta previa marginal

PPO= placenta previa oclusiva

PPOT= placenta previa oclusiva total

OL (overlap)= sobre posición.

Formas clínicas y frecuencia de presentación:

La placenta previa se manifiesta frecuentemente a través de la metrorragia, con una característica de sangre roja rutilante, abundante de origen materno. El 10-30% de los casos de placenta previa, presentan dinámica uterina clínica. El 30% de las pacientes presentaran sangrado antes de las 30 semanas, el 30% entre las 30 y las 36 semanas y

el 30% después de las 36. El 10% permanecerán asintomáticas. En los embarazos mayor de 22 semanas, presenta sangrado vaginal, usualmente presenta contracciones uterinas y hay compromiso de la vitalidad materno fetal. (26)

De acuerdo a la magnitud del sangrado:(24)

- **Hemorragia leve:** Cuando el sangrado vaginal no presenta cambios hemodinámicos; se deberá de tener una actitud conservadora, dependiendo de la edad gestacional, de ser necesario realizar maduración pulmonar fetal, siempre se debe de realizar interconsulta a neonatología.

En relación a la edad gestacional:

Con fetos de edad gestacional de 22 a 34 semanas, realizar maduración pulmonar con Betametasona 12 mg cada 24 horas por dos dosis. O Dexametasona 4 mg cada 6 horas 8 dosis, luego culminar el embarazo por la vía más segura para el feto, siempre en cuando el sangrado no cede.

Con feto a término, una vez que se haya confirmado la madurez fetal, a través de la ecografía, se deberá de culminar el embarazo por la vía más apropiada ya sea vaginal o cesárea, según el tipo de placenta previa.

En relación al sitio de localización de la placentaria.

- Placenta previa total: vía de parto cesárea.
- Placenta previa marginal o inserción baja: atención de parto monitorizado.
- Placenta previa parcial: terminación vía vaginal, si el parto es inminente, con dilatación mayor a 8 cm, con sangrado escaso, si se presenta sangrado masivo la mejor vía es la cesárea

- **Hemorragia severa:** es aquella que está determinada por la pérdida sanguínea que lleva a cambios hemodinámicos maternos como la, taquicardia, hipotensión arterial. Se deberá culminar el embarazo independientemente de la edad gestacional, se deberá ingresar algunas veces a sala de operaciones con transfusión de paquete globular o sangre completa. Si no se logra una hemostasia correcta en el segmento inferior a pesar de utilizar las técnicas conservadoras, terminar en histerectomía.

1.3.2.9. MANEJO DURANTE EL EMBARAZO: (23)

Hospitalización:

a. El tratamiento o la conducta conservadora está indicado cuando:

- Cuando presenta escaso sangrado.
- A la evaluación el estado hemodinámico materno es estable.
- La edad gestacional es inferior a 36 semanas y necesita maduración pulmonar.
- Feto vivo, sin malformaciones.
- Evaluación del bienestar fetal favorable.
- No presenta complicaciones obstétricas, que contraindique la continuidad del embarazo.

El manejo I intrahospitalario, se basa a través de:

- Estabilizar hemodinámicamente a la mujer embarazada: Abrir una vía venosa con catéter N° 18 e iniciar infusión con Solución Salina al 9‰ 1000 cc a 60 gotas /minuto.
- Realizar control periódico del bienestar fetal.

- En fetos menores de 34 semanas, administrar Betametasona 12mg para ayudar en la maduración pulmonar.
- Permanecer en reposo absoluto, lateral izquierdo.
- Tactos vaginales deben de estar contraindicados.
- La paciente debe de mantenerse con una hemoglobina mayor a 10 g %.
- La mujer embarazada, con diagnóstico de placenta previa que no tenga ningún signo de complicación materna ni fetal, puede ser manejado en forma ambulatoria, pasado los dos a tres días de no presentar sangrado puede ser dado de alta.

b. **Si la hemorragia compromete el estado hemodinámico materno y/o fetal**, se interrumpirá el embarazo independiente de la edad gestacional.

Manejo del parto (23)

Se finalizará el embarazo de forma electiva a las 37 semanas, bajo las siguientes condiciones:

- Gestantes que no presenten complicaciones durante el embarazo.
- Programar cesárea a las 37-38 semanas si la placenta previa es total.
- Cuando es la placenta previa no es total, se puede dar un chance de parto vaginal, decidir la vía de parto de acuerdo a la evolución del trabajo de parto.
- La gestante debe de ser informada de las posibles complicaciones antes de ser sometida a un trabajo de parto vaginal
- Considerar la posibilidad de transfusión sanguínea.

Cesárea: previamente se realizará una ecografía, para determinar el lugar de la incisión y sacar al feto sin complicaciones.

Parto vaginal: Se someterá a un parto monitorizado, sin presencia de hemorragia, si no hay complicación en la dilatación y el cuello uterino es favorable, se puede optar por realizar una ruptura artificial de membranas en forma dirigida, para ayudar en el descenso de la presentación, tener disponibilidad de sala inmediata y sangre para una transfusión.

Manejo del alumbramiento (23)

Las medidas médico-quirúrgicas una vez expulsada la placenta, con presencia de hemorragia son:

- Realizar masaje uterino, en caso de parto vaginal.
- Administración de oxitocina, ergometrina, prostaglandinas (E1).
- Legrado uterino.
- Taponamiento uterino.
- Aplicación de suturas hemostáticas.
- Ligadura de uterinas o hipogástricas.
- En caso de que la hemorragia no logre solucionarse, algunas veces por acretismo placentario terminara en histerectomía total o parcial dependiendo de la complicación del sangrado.

Manejo expectante (12).

El manejo conservador y expectante hace que se disminuya la incidencia de mortalidad materna y fetal por causas de placenta previa.

MANEJO	DESCRIPCIÓN
Confirmación de diagnóstico	Realización de ecografía transvaginal y doppler en casos de control.
Útero inhibición	Sólo cuando existan contracciones uterinas en Embarazo de pretérmino.
Maduración Pulmonar	Enfocado para gestantes de 24 a 34 semanas.
Interrupción del embarazo	Cesárea programada después de las 36 y 37 semanas. Cesárea en placenta previa oclusiva total y parcial

Gestantes que presentan hemorragia o la presencia de dinámica uterina, debe de hospitalizarse y tener dos vías seguras una en cada brazo con bránula N°18, de la misma manera disponer de paquetes globulares.

Esquema de manejo por niveles de atención. (15)

El manejo es en establecimientos de primer nivel.

- Realizar un monitoreo estricto de las funciones vitales, presión arterial, pulso, temperatura, respiración.
- Administración de Oxígeno con máscara c/ reservorio a 12-15 litros /minuto).

- Canalizar dos vías con catéter endovenoso N°18, para administración de solución salina normal o lactato Ringer.
- Realizar un control estricto de la cantidad de sangrado vaginal.
- Realizar un monitoreo permanente de la frecuencia cardiaca fetal.
- Contar con la disponibilidad para un tratamiento de choque hipovolémico, de ser posible y necesario.

La atención hospitalaria estará condicionada a la edad gestacional de embarazo y la complicación que pueda presentar, este manejo incluye:

- Control hemodinámico estricto y continua.
- Administración de oxígeno de ser necesario
- Evaluación con monitoreo fetal permanente.
- Administración de líquidos, según evaluación hemodinámico de la paciente, si presenta shock hipovolémico, se realizará reanimación agresiva con cristaloides (bolo 1500 a 2000 cc, posterior infusión de 200 – 300 cc/hora) para garantizar la perfusión tisular.
- Contar con la disponibilidad de paquetes globulares, para establecimientos de alta complejidad deberán ser 4 unidades de glóbulos rojos, plasma, plaquetas y otros hemoderivados. Mientras tanto en los establecimientos de baja complejidad deberá tener disponibilidad de 2 paquetes globulares de preferencia O Rh positivo.
- Si la paciente no presenta sangrado, deberá ser evaluado para determinar su manejo expectante.

- Interrumpir el embarazo si presenta alguna complicación materna o fetal.

Si la embarazada presenta amenaza de parto pretérmino (APP), se podrá utilizar medicamentos útero inhibidores como la ritodrina, nifedipino o indometacina. Se debe tener mucho cuidado que los betamiméticos alteran el hemograma al disminuir la hemoglobina y el hematocrito, que nos pueden dar un falso diagnóstico de anemia. La indometacina, interfiere en los mecanismos de la coagulación. Existen signos de hipovolemia, cuando la gestante presenta una hipotensión, taquicardia, en relación a la cantidad de hemoglobina menor de 7 g/dl, se deberá de realizar transfusión de concentrado de hematíes. Cantidad en función de la hemoglobina, generalmente son dos concentrados, Si la metrorragia es muy grave finalizar la gestación. Si se trata de una placenta previa lateral no hay contraindicación para la vía vaginal. (12)

1.3.2.10. TRATAMIENTO

Dependerá del grado de severidad de la hemorragia y la edad gestacional, si la paciente se encuentra viviendo cerca al hospital puede estar con tratamiento ambulatorio, pero para ello la paciente ya debe tener las siguientes indicaciones, cuenta con ayuda de otra persona para que sea trasladado, cuenta con movilidad y registro de monitoreo fetal periódico.(26).

Una paciente que presenta sangrado vaginal, en cualquier edad gestacional, debe ser hospitalizada, debe de tener control ecográficos, debe de permanecer en reposo absoluto, contar con pruebas cruzadas, en caso de presentarse contracciones uterinas administrar indometacina, de ser necesario se administrara medicamentos que induzcan a madurar los pulmones del feto entre las 24 a 34 semanas.(27)

A pesar de haber hecho todo lo indicado no cesa la hemorragia, debe de interrumpirse el embarazo sin importar la edad gestacional. Si la paciente con placenta previa no presenta sangrado durante el embarazo no debe interrumpirse antes de las 38 semanas. A través de la ecografía se determinará la distancia entre el borde de la placenta y el orificio cervical en 20 mm, la paciente será sometido a un trabajo de parto vía vaginal, pero si la distancia es menor que 20 mm a 0 mm de distancia del orificio cervical interno a con el borde de la placenta, deberá terminar el embarazo por cesárea, si hay posibilidad de programar se debe de realizar pasado las 35 semanas. (21)

1.3.2.11. EXÁMENES AUXILIARES: (24)

- Realizar pruebas cruzadas
- Solicitar grupo sanguíneo y factor Rh.
- Hemoglobina.
- Perfil de coagulación (tiempo de coagulación, tiempo de sangría), o realizar la prueba de retracción del coágulo).
- RPR.
- Prueba de Elisa VIH o prueba rápida.
- Úrea y creatinina.
- Ecografía Obstétrica.

1.3.2.12. RIESGOS MATERNOS FETALES

Durante los últimos años la mortalidad materna por placenta previa ha disminuído significativamente desde 30% a menos de 1%.la disminución es porque la mayoría de

pacientes con placenta previa terminan en cesárea y el tratamiento expectante cuidadoso. Las raras muertes maternas casi siempre se deben a complicaciones de la cesárea o hemorragia incontrolable en el sitio placentario. El segmento uterino inferior no se contrae bien, en especial después de una incisión uterina baja por una cesárea. También puede desarrollarse coagulación intravascular diseminada (CID) en caso de hemorragia masiva o desprendimiento placentario concomitante. El riesgo de hemorragia antes, durante el parto es una amenaza constante para la gestante con placenta previa. La hemorragia puede intensificarse si además existe placenta acreta o atonía uterina. La realidad nos muestra quienes fueron sometidas a una cesárea tienen un riesgo de 25% de presentar placenta previa y esta condicionan a un parto pretérmino, lo que pone en mayor riesgo al feto. La incidencia de presentación anómala con placenta previa es de 30%, tal vez por el efecto de la masa y la distorsión del segmento uterino inferior. (17)

Complicaciones: (14)

- Shock hipovolémico
- Anemia aguda
- Puede ocasionar disminución de flujo placentario, con sus consecuencias.
- Ruptura prematura de membranas.
- Desprendimiento de placenta.

1.3.2.13. Criterios de alta y plan de Control: (14)

Con pacientes gestantes:

- Se podrá dar de alta a la mujer embarazada menor de 36 semanas con placenta previa parcial o marginal si, luego de reposo relativo, no presenta sangrado, siempre que se haya cumplido con el depósito de sangre, que la paciente viva a prudencial distancia del Hospital y se garantice medio de transporte permanente.
- En caso de haber terminado el embarazo, según las consideraciones de si fue parto vaginal o cesáreo.
- Si se presentó anemia, haberse corregido la anemia.
- Haber recibido un método de planificación familiar consentido, métodos de planificación definitivo si es que la paciente cumplió con su meta reproductiva
- Haberle informado sobre las señales de peligro.

1.3.3. ACRETISMO PLACENTARIO

1.3.3.1. DEFINICIÓN (16)

Esta patología sucede cuando toda la placenta o una parte de ella se adherida de una forma anormal al miometrio. Hay tres tipos de inserción anormal de la placenta y son los siguientes:

- Acreta: en el proceso de la implantación las vellosidades coriónicas se adhieren al endometrio atravesando la decidua basal, llegando hasta el miometrio, esta

alteración patológica de la placenta se presenta en 81.6% del total de las adhesiones anómalas.

- **Increta:** esta inserción anormal de la placenta, es cuando las vellosidades coriónicas penetran los músculos del útero, invaden todo el miometrio; su incidencia se presenta en 11.8%, de todas las inserciones patológicas.
- **Percreta:** Cuando las vellosidades coriónicas atraviesan todo el miometrio y llegan hasta la serosa del útero, su incidencia es hasta un 6.6%, del total de las inserciones patológicas.

La placenta acreta (PA) ocurre cuando un defecto de la decidua basal permite que el trofoblasto invada el miometrio

1.3.3.2. ETIOPATOGENIA (28)

La base etiopatogénica del acretismo placentario es la lesión miometrial provocada por cirugías repetidas por lesiones uterinas o por fibrosis relacionada con la multiparidad o la edad materna avanzada

Clínica (28)

La placenta acreta produce hemorragia posparto como una complicación inmediata. Miller, et al. Un estudio que realizaron sobre la estimación de sangrado, encontraron que la pérdida sanguínea es mayor a 2,000 ml en el 66% de los casos; pérdida sanguínea mayor a 5,000ml en el 15 % de los casos. El grado de pérdida sanguínea y las complicaciones posteriores están relacionados con el grado de invasión placentaria, el acto quirúrgico y los medios disponibles en el hospital como radiología intervencionista, habilidad de los cirujanos.

1.3.3.3. EPIDEMIOLOGÍA (28)

La prevalencia sobre acretismo placentario no esta tan claro, pero en estudios antiguos se establecía una incidencia de 1 cada 7.000 embarazos. En un estudio de 12 años de duración se ha estimado una incidencia de 8.3 cada 10.000 partos durante los primeros 6 años la incidencia fue de 5,4 cada 10.000 partos, mientras que en los últimos 6 años fue de 11.9/10.000 partos. La tendencia moderna es el aumento de la incidencia del acretismo placentario seguramente debido al incremento de las cesáreas. El 3% de las mujeres gestantes con placenta previa presenta algún grado de acretismo placentario; si además se asocia una cicatriz de cesárea previa, la incidencia de acretismo es del 11%. La incidencia crece si aumenta el número de cesáreas previas. Ante una mujer con placenta previa y dos cesáreas previas, el 40% tendrá acretismo placentario, y si tiene tres cesáreas previas, la cifra sube al 60%. La edad materna superior a 35 años implica un riesgo tres veces superior de desarrollar placenta acreta y se considera un factor de riesgo independiente.

1.3.3.4. FISIOPATOLOGÍA (29)

Cuando se produce un acretismo placentario la placenta y el útero tienen una relación íntima que impiden el desprendimiento placentario. Las vellosidades coriales atraviesan toda la pared del útero, llegando hasta la serosa uterina.

La causa directa del acretismo no es precisa, pero se pueden señalar algunos como son las enfermedades endometriales y las afecciones inflamatorias, debido a los gérmenes que pueden ascender desde la vagina hasta el espacio deciduocorial, muchas veces pueden ser infecciones de transmisión sexual.

Muchas veces esta implantación se produce en zonas mal nutridas del útero, las vellosidades coriales buscan tejidos con una buena irrigación. La incidencia aumenta en mujeres que han tenido múltiples intervenciones quirúrgicas en el útero, legrados, cesáreas, como consecuencia de estas intervenciones la mucosa endometrial se atrofia, produciéndose el síndrome de sinequias uterinas.

1.3.3.5. FACTORES DE RIESGO (28)

Alteraciones uterinas

- Pacientes con cesáreas anteriores
- Gestantes con antecedentes de cirugía uterina como miomas y septoplastias
- Malformaciones uterinas
- Legrado uterinos
- Útero miomatoso

Alteraciones embrionarias:

- Gestación múltiple.

Alteraciones vasculares

- Edad materna superior a 35 años
- Multiparidad.

Formas Clínicas (29)

Clínicamente se pueden clasificar en:

1. **Placenta adherente:** este tipo de inserción placentaria es porque las vellosidades coriales atraviesan toda la capa esponjosa de la decidua y llegan hasta la capa muscular sin penetrar.

2. **Placenta increta.** Esta alteración de la inserción se produce cuando las vellosidades coriales penetran todo el miometrio.

3. **Placenta percreta.** Este tipo de inserción placentaria se produce cuando las vellosidades coriales atraviesan todo el cuerpo del útero y pueden llegar hasta el peritoneo, algunas veces puede afectar órganos como la vejiga

1.3.3.6. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (16,28)

La ecografía es el método más confiable e útil para el estudio y la valoración de la placenta acreta. En la mayoría de las gestantes se realizan ecografías periódicas durante el curso del embarazo, mientras que el estudio de la placenta y el cordón umbilical son obligatorios. Al realizar la ecografía doppler se encuentran siempre los siguientes datos:

- **Placenta previa:** la placenta previa aumenta el riesgo de acretismo placentario, sin embargo, sólo el 88% de los casos de acretismo placentario se asocian con placenta previa.
- **Placenta lacunae:** es el hallazgo más sensible para el diagnóstico de placenta acreta, entre el 73 y el 93% de los casos en una ecografía realizada después de las 15 semanas de gestación. Tiene una especificidad del 78% “
- **Anomalías en el estudio Doppler:** se puede encontrar una interrupción en el flujo color a nivel de la base placentaria, un flujo turbulento en las zonas de placenta lacunae.
- Se observa una pérdida del espacio retroplacentario.
- Se aprecia una disminución del grosor miometrial.

- Afectación de órganos vecinos en casos graves de placenta percreta: vejiga, pared abdominal, etc.

La resonancia magnética es una prueba que también puede ayudar en el estudio del acretismo placentario, sobre todo en casos de placentas posteriores o cuando los hallazgos de la ecografía son inconcluyentes.

1.3.3.7. DIAGNÓSTICO (30)

El diagnóstico de un acretismo placentario se realiza mediante la ultrasonografía que se muestra de la siguiente manera:

- a. cuando se produce la implantación de la placenta y se observa un adelgazamiento menor de 1 mm entre el miometrio y la placenta.
- b. la placenta presenta espacios lacunares.
- c. se observa un adelgazamiento, irregularidad entre las paredes del útero y la vejiga.

Ecografía doppler es el estudio de elección para el diagnóstico de placenta acreta, con una especificidad de 97.8% y una sensibilidad de 82.4 %.(21)

La evaluación a través de la resonancia magnética es útil en caso de que la ecografía no sea concluyente o se sospeche de una invasión de la placenta a otros órganos. (30)

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) indica que si existen datos sugerentes de acretismo placentario se deben tomar ciertas medidas para optimizar el nacimiento y el tratamiento, para así disminuir el riesgo de morbimortalidad materna. (21)

1.3.3.8. TRATAMIENTO

Paciente con diagnóstico de placenta previa, debe de estar hospitalizada y tener vías con buen acceso para administrar grandes cantidades de volúmenes de líquido. (30).

Las pacientes que son sometidas a cesáreas más histerectomía pierden entre 3 a 5 litros de sangre, , por lo que es importante contar de forma preoperatoria con un banco de sangre que disponga de cantidades suficientes de fracciones sanguíneas para ser utilizadas en estas pacientes.(31)

La realización de la ecografía preoperatoria con mapeo y localización de la placenta es útil para planear la incisión uterina. Se debe de poner sonda vesical, con la finalidad de poder palpar los uréteres durante la intervención de la cesárea y evitar lesiones. (32)

Durante la intervención quirúrgica se propone la oclusión de arterias pélvicas poniendo un catéter con balón para reducir el flujo sanguíneo intra-operatorio y se utiliza como parte del manejo multidisciplinario, reportando resultados satisfactorios con reducción del sangrado. (33)

Cuando una paciente presenta sangrado persistente la opción es quirúrgica que incluye la ligadura de las arterias hipogástricas y el empaquetamiento pélvico, es un tratamiento temporal para lograr estabilización hemodinámica y la corrección de coagulopatía. (34)

En pacientes con placenta previa el riesgo de morbilidad posoperatoria es muy alto; porque se presenta una hipotensión y shock, coagulopatía por consumo, anemia. (35)

Para prevenir la morbimortalidad por placenta previa, se utiliza un protocolo, que incluye los siguientes puntos: (26)

- Identificar a las pacientes con alta sospecha de placenta acreta.

- Vigilancia prenatal intrahospitalaria.
 - Contar con equipo multidisciplinario conformado por obstetra, ginecólogo–Cirujano Oncólogo, anestesiólogo, banco de sangre con fracciones hemáticas disponibles en caso de hemorragia masiva, urólogo, unidad de cuidados intensivos para adultos y unidad de cuidados intensivos neonatales (26)
1. Cuando una gestante es hospitalizada deberá contar con estudios de laboratorio, grupo sanguíneo y factor Rh, tiempo de coagulación.
 2. Coordinar con el servicio de hematología y el banco de sangre tener disponibilidad de hemoderivados.
 3. Realizar una ecografía doppler, para determinar el lugar de incisión.
 4. Brindar información a la paciente y al familiar sobre del diagnóstico, el plan terapéutico y las posibles complicaciones.
 5. Según la edad gestacional se realizara la maduración pulmonar en los embarazos de 24 a 34 semanas
 6. La cesárea se realiza con incisión media infra umbilical, histerotomía de acuerdo al informe ecográfico.
 7. Cuando se realiza una histerectomía total o subtotal, previamente se liga las arterias hipogástricas.
 8. Se realiza una estrecha vigilancia posoperatoria, control de sangrado vaginal.

Si no se establecen políticas públicas, sobre el manejo y prevención de las hemorragias, el acretismo placentario causa la mortalidad materna. (26)

Pronóstico (28)

El pronóstico de las pacientes afectadas de acretismo placentario es malo en lo que se refiere a conservar la fertilidad, pero en países avanzados y con un buen estudio preoperatorio sobre la posición y la localización placentaria, la vida de la paciente no corre peligro

CAPÍTULO II

2.1. CASO CLÍNICO

2.1.1 INTRODUCCIÓN

La hemorragia en la segunda mitad del embarazo constituye una de las principales causas morbi-mortalidad materno perinatal a nivel mundial, especialmente en países en vías de desarrollo como el nuestro. Las principales causas de muerte directa según regiones naturales entre los años 2002-2011 fueron: la hemorragia, que ocupa el primer lugar en la sierra con 51,6% y en la selva con el 38,4%.(19).

Los hallazgos epidemiológicos señalan que entre los factores que se asocian a esta entidad se encuentran la edad materna avanzada, multiparidad, antecedente de cesárea, legrado uterino, miomas uterinos, polihidramnios, la hipertensión inducida por el embarazo, traumas, el embarazo múltiple y tabaquismo. Además diversos estudios demuestran que está asociada a complicaciones perinatales como parto pretérmino, causa principal de morbi-mortalidad perinatal, sufrimiento fetal agudo (SFA), asfixia y óbito fetal.

Sabiendo que la placenta previa es una de las causas de hemorragia en la segunda mitad del embarazo, el diagnóstico se realiza basado en el historial que revele factores

predisponentes y el examen físico, no es recomendable practicar un examen pélvico, puesto que produce hemorragia profusa y en su lugar se prefiere la ultrasonografía como método de diagnóstico ideal puesto que es confiable y segura. La información básica sobre placenta previa es prolifera y abundante, sin embargo a pesar que no es difícil obtener información valiosa y de bases sólidas en la bibliografía aún hace falta investigar el impacto de este problema patológico en la población. Se selecciona una historia clínica con diagnóstico de placenta previa, en el Hospital Nacional del MINSA, III nivel de atención, con la finalidad de realizar el seguimiento relacionado al diagnóstico, plan de tratamiento y el alta.

2.1.2. OBJETIVOS:

- Identificar los factores de riesgo de la placenta previa en el hospital de nivel III Lima 2017.
- Conocer los procedimientos para un diagnóstico y manejo oportuno de la patología de placenta previa y acretismo placentario.
- Describir las complicaciones de la placenta previa total en un Hospital de nivel III Lima.

2.1.3. MÉTODO

Es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y analítico, basado en la fuente de una Historia clínica de una paciente con diagnóstico de placenta previa total con acretismo placentario.

2.1.4. CASO CLÍNICO- DESARROLLO

Título:

“PLACENTA PREVIA Y ACRETISMO PLACENTARIO EN UN HOSPITAL DE NIVEL III. LIMA 2017”

ANAMNESIS

Fecha de ingreso: 19 de mayo 2017 Hora: 18:30

Origen de ingreso: Emergencia

Datos de filiación

Nombre del establecimiento: Hospital nacional del MINSA.

Categoría de establecimiento: Nivel III

Nombre y apellidos de la paciente: NN

Edad: 26 años

Raza: mestiza.

Ocupación: ama de casa

Grado de instrucción: Quinto de secundaria.

Estado civil: soltera

Antecedentes personales:

Antecedentes patológicos: niega

Antecedentes de intervención quirúrgica: ninguna

Antecedentes de transfusión sanguínea: ninguna

Reacción alérgica a medicamentos: niega

Antecedentes Gineco obstétricos:

Menarquia : 11 años

Régimen catamenial: 5/30 días

Inicio de relaciones sexuales 14 años

Número de parejas sexuales: 01

Uso de método de planificación familiar: ninguno

Fecha última de menstruación: 19 de setiembre de 2016

Fecha probable de parto: 26 de Junio de 2017

Edad gestacional: 34 semanas x FUR.

Fórmula obstétrica: G1P0000

Control prenatal: 06 veces en centro de salud

Antecedentes Familiares:

Fisiológicos: su madre vive, tuvo partos vaginales atendidos en la maternidad de Lima.

Patológicas: niega.

Embarazo Actual: tuvo 06 controles prenatales en centro de salud origen de la gestante.

La gestante ingresó al hospital el día 02 de mayo del 2017 a horas 03:12

Motivo de consulta: gestante ingresó por presentar sangrado vaginal de color rojo rutilante, no presenta dolor, movimientos fetales disminuidos, refiere tener una ecografía del mes de marzo con diagnóstico de gestante con placenta previa total,

Al examen: presión arterial; 100/60 mmHg. Pulso: 92 x minuto. Temperatura: 36.6°C, respiración: 19 x minuto.

Abdomen: altura uterina: 27 cm. latidos cardiacos fetales: 140 x minuto, dinámica uterina: negativo, feto longitudinal cefálico derecho.

Genital: no hay modificación cervical, se observa sangrado vaginal leve.

Impresión diagnóstica:

- Primigesta de 32 semanas por fecha última de regla.
- No trabajo de parto.
- Hemorragia de la segunda mitad del embarazo.

Plan de trabajo:

- Se solicita ecografía doppler.
- Prueba del test no estresante.
- Exámenes de laboratorio

Resultados de lo solicitado: Ecografía:

Gestación única activa de 32 semanas por biometría fetal.

ILA normal, ponderación fetal: 2050 gramos.

Placenta anterior baja

Hemoglobina: 9.3 gr %

Tratamiento:

Recibió maduración pulmonar Betametasona 12 mg por dos dosis

Recibió tratamiento de tocólisis vía oral con nifedipino.

Recibió tratamiento de suplemento de hierro (hierro sacarato)

Permaneció hospitalizada 09 días.

Paciente gestante fue dado de alta el día 11 de mayo del 2017. Con indicaciones de signos y síntomas de alarma de la hemorragia por placenta previa.

MOTIVO DE CONSULTA: fecha 19 de mayo de 2017

Gestante ingresa por emergencia por presentar contracciones uterinas, disminución de movimientos fetales, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico, lleva su ecografía sobre el diagnóstico de placenta previa.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Servicio de Emergencia

Fecha: 19 de mayo de 2017

18:30 horas al examen la paciente: AREG, AREH, AREN Y LOTEPE.

Signos vitales: Presión arterial: 100/60 mmHg Pulso: 84 x minuto

Respiración: 20 x minuto, temperatura: 36.6°C

- Piel y mucosa: ligeramente pálida, e hidratada, x llenado capilar menor de 2”
- Mamas: blando voluminosos, con secreción calostrál
- Abdomen: Globuloso por útero gravídico, Altura uterina: 30cm, Latidos cardiacos fetales: 150 x minuto, movimientos fetales: ++, dinámica uterina esporádicas, feto en situación Longitudinal cefálico Izquierdo
- Genitales: no se visualiza sangrado vaginal, tacto diferido, no se observa pérdida de líquido amniótico.

Diagnóstico de Ingreso:

1. Gestación de 34 semanas por fecha última de regla
2. No trabajo de parto
3. Placenta previa con acretismo placentario.

PLAN DE TRABAJO:

- Se solicita test no estresante.
- Exámenes de laboratorio
- Ecografía doppler.
- Reevaluación con resultados

Resultados de las pruebas y exámenes solicitados:

Prueba de test no estresante: la prueba duró 41 minutos.

- Línea de base 144 x minuto.
- Variabilidad: 9 latidos por minuto.
- Aceleraciones: presente 2 en 10 minutos
- Desaceleraciones: ausentes.
- Movimientos fetales: mayor de 5 en 10 minutos.
- Dinámica uterina: irritabilidad uterina.
- Puntaje según Fisher: 9/10

Exámenes de laboratorio:

Leucocitos: 11,690 pm

Hemoglobina: 9.4 g%.

Grupo y factor O positivo.

Ecografía doppler

Presentación fetal cefálico izquierdo

Peso fetal: 2100 gramos

Latidos cardiacos fetales: 130 x minuto.

ILA minuto 7.3

Placenta: anterior baja grado II

Conclusión:

Gestante única activa de 34 semanas por biometría Fetal

Placenta previa anterior baja

Doppler de la arteria uterina y arterial cerebral media normal.

21:20 horas se realiza Junta Médica

Se evalúa a la paciente que refiere contracciones uterinas esporádicas, niega pérdida de líquido amniótico, niega sangrado vaginal.

Al examen: presión arterial: 120/80 mmHg. Pulso: 70 x minuto, temperatura: 37°C respiración: 20 x minuto.

Abdomen: altura uterina: 30 cm. Feto: longitudinal cefálico izquierdo, latidos cardiacos fetales: 140 x minuto, dinámica uterina: negativo.

Genital: se realiza especuloscopia no se observa sangrado.

Diagnóstico:

- Primigesta de 34 semanas x fecha última de regla.
- No trabajo de parto – irritabilidad uterina
- Placenta previa c/ Acretismo placentario.
- Anemia leve

Se evalúa a la gestante, actualmente no hay disponibilidad de Urólogo, por lo que se hospitaliza para realizar cesárea electiva.

Tratamiento:

- Cloruro de sodio al 9‰ 1000 cc, 500cc a chorro, luego a xxx gotas x minuto.
- Control estricto de dinámica uterina, control de latidos cardiacos fetales.
- Reposo absoluto.

Se hospitaliza para ser programada para cesárea.

21:55 horas paciente se encuentra en sala de observación, refiere contracciones uterinas esporádicas. Control de funciones vitales: presión arterial: 120/80 mmHg. Pulso: 70 x minuto, temperatura: 37°C respiración: 20 x minuto, latidos cardiacos fetales: 142 x minuto. Dinámica uterina esporádica de poca intensidad.

22:05 horas gestante pasa a servicio de hospitalización.

19 de mayo de 2017. EVALUACIÓN EN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.

22:30 horas Gestante ingresa procedente de emergencia, en camilla, con vía permeable

de cloruro de sodio al 9‰ con 350 cc.

Al examen: AREN, AREG, LOTEPE

Funciones vitales: presión arterial: 110/70 mmHg. Pulso: 80 x minuto, temperatura: 37°C. Respiración: 18 x minuto.

Abdomen: altura uterina 30 cm. feto longitudinal cefálico izquierdo, dinámica uterina (-), movimientos fetales (+), latidos cardiacos fetales: 130 a 140 x minuto.

Genital: tacto vaginal diferido, no se observa sangrado vaginal no se observa pérdida de líquido amniótico.

23:00 horas se evalúa funciones vitales: presión arterial: 120/70 mmHg. Pulso: 70 x minuto, temperatura: 37°C respiración: 20 x minuto, dinámica uterina (-) latidos cardiacos fetales 143 x minuto, sangrado vaginal (-)

20 de mayo de 2017

00:00 horas se evalúa funciones vitales: presión arterial: 110/70 mmHg. Pulso: 78 x minuto, temperatura: 37.3°C respiración: 20 x minuto, dinámica uterina (-), latidos cardiacos fetales: 144 x minuto, sangrado vaginal (-)

01:00 horas se evalúa funciones vitales: presión arterial: 110/60 mmHg. Pulso: 74 x minuto, temperatura: 37.2°C respiración: 20 x minuto, dinámica uterina (-), latidos cardiacos fetales: 148 x minuto, sangrado vaginal (-)

02:00 horas se evalúa funciones vitales: presión arterial: 120/66 mmHg. Pulso: 76 x minuto, temperatura: 37.2°C respiración: 20 x minuto, dinámica uterina (-), latidos cardiacos fetales: 140 x minuto, sangrado vaginal (-)

04:00 horas se evalúa funciones vitales: presión arterial: 120/60 mmHg. Pulso: 84 x minuto, temperatura: 37.1°C respiración: 20 x minuto, dinámica uterina (-), latidos cardiacos fetales: 148 x minuto, sangrado vaginal (-)

05:00 horas se evalúa funciones vitales: presión arterial: 110/60 mmHg. Pulso: 74 x minuto, temperatura: 37.2°C respiración: 20 x minuto, dinámica uterina (-), latidos cardiacos fetales: 148 x minuto, sangrado vaginal (-)

06:00 horas se evalúa funciones vitales: presión arterial: 120/60 mmHg. Pulso: 80 x minuto, temperatura: 37.2°C respiración: 20 x minuto, dinámica uterina (espontánea), latidos cardiacos fetales: 138-140 x minuto, sangrado vaginal (-)

EVALUACIÓN MÉDICA EN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.

20 DE MAYO DE 2017 PRIMER DÍA HOSPITALIZADO

07:00 hora paciente niega sangrado vaginal, actualmente no presenta dinámica uterina, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico.

Al examen: AREN, AREG, LOTEP

Funciones vitales: presión arterial: 110/60 mmHg. Pulso: 84 x minuto, temperatura: 37.1°C respiración: 18 x minuto.

Abdomen: altura uterina: 30 cm feto: longitudinal cefálico izquierdo, latidos cardiacos fetales: 120 x minuto dinámica uterina (-).

Genital: no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico

Diagnóstico:

- Primigesta de 34 semanas x FUR.
- No trabajo de parto.
- Placenta previa total con acretismo

Plan de trabajo:

- Programar para cesárea.

Tratamiento:

- Cloruro de sodio al 9‰ 500cc a chorro luego a XXX gotas x minuto.
- Nifedipino 10 mg vía oral cada 20 minutos por tres dosis, luego cada 6 horas.
- Se solicita examen de laboratorio control de hemoglobina.
- Tacto vaginal prohibido.

21 DE MAYO DE 2017 SEGUNDO DÍA HOSPITALIZADO.

07:20 horas paciente durante la visita médica, refiere no tener molestias, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico, percibe movimientos fetales (++) , se cuenta con resultado de control de hemoglobina 9.1g %

Al examen: AREN, AREG, LOTEP

Funciones vitales: presión arterial: 110/50 mmHg. Pulso: 80 x minuto, temperatura: 37.3°C respiración: 20 x minuto.

Abdomen: altura uterina: 30 cm feto: longitudinal cefálico izquierdo,
latidos cardiacos fetales: 140 x minuto dinámica uterina (-).

Genital: no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico

Diagnóstico:

- Primigesta de 34 6/7semanas x FUR.
- No trabajo de parto.
- Placenta previa total con acretismo
- Anemia leve

Plan de trabajo:

- Programada para cesárea

Tratamiento:

- Cloruro de sodio al 9‰ 500cc a chorro luego a XXX gotas x minuto.
- Nifedipino 10 mg vía oral cada 6 horas.
- Reposo absoluto
- Tacto vaginal - prohibido
- Control de latidos cardiacos fetales y dinámica uterina

22 DE MAYO DE 2017 TERCER DÍA HOSPITALIZADO.

07:30 horas paciente durante la visita médica, refiere no tener molestias, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico, percibe movimientos fetales (++) .

Al examen: AREN, AREG, LOTEP

Funciones vitales: presión arterial: 110/60 mmHg. Pulso: 82 x minuto, temperatura: 37.3°C respiración: 20 x minuto.

Abdomen: altura uterina: 30 cm feto: longitudinal cefálico izquierdo, latidos cardiacos fetales: 146 x minuto dinámica uterina (-)

Genitales: no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico

Diagnóstico:

- Primigesta de 34 6/7semanas x FUR.
- No trabajo de parto.
- Placenta previa total con acretismo
- Anemia leve

Plan de trabajo:

- Programada

Tratamiento:

- Dieta completa + líquido a voluntad.
- Cloruro de sodio al 9‰ 500cc a chorro luego a XXX gotas x minuto.
- Hierro sacarato 200mg endovenoso bien diluido en cloruro de sodio al 9‰
- Nifedipino 10 mg vía oral cada 8 horas.
- Reposo absoluto
- No Tacto vaginal
- Control de LCF, D.U

23 DE MAYO DE 2017 CUARTO DÍA HOSPITALIZADO.

08:00 horas paciente durante la visita médica, refiere no tener molestias, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico, percibe movimientos fetales (++).

Al examen: AREN, AREG, LOTEP

Funciones vitales: presión arterial: 120/70 mmHg. Pulso: 80 x minuto, temperatura: 37.5°C respiración: 21 x minuto.

Abdomen: altura uterina: 30 cm feto: longitudinal cefálico izquierdo, latidos cardiacos fetales: 138 x minuto dinámica uterina (-).

Genitales: no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico

Diagnóstico:

- Primigesta de 35semanas x FUR.
- No trabajo de parto.
- Placenta previa total con acretismo
- Anemia leve

Plan de trabajo:

- Cesárea programada para el día 25 de mayo

Tratamiento:

- Dieta completa + líquido a voluntad.
- Vía salinizada
- Hierro sacarato 200mg endovenoso bien diluido en cloruro de sodio.

- Reposo absoluto
- No realizar tacto vaginal
- Control materno y fetal.

24 DE MAYO DE 2017 QUINTO DÍA HOSPITALIZADO.

07:40 horas gestante durante la visita médica, refiere no tener molestias, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico, percibe movimientos fetales (++) .

Al examen: AREN, AREG, LOTEP

Funciones vitales: presión arterial: 100/60 mmHg. Pulso: 84 x minuto, temperatura: 37.2°C respiración: 21 x minuto.

Abdomen: altura uterina: 30 cm feto: longitudinal cefálico izquierdo, latidos cardiacos fetales: 140 x minuto dinámica uterina (-),

Genitales: no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico

Diagnóstico:

- Primigesta de 35 semanas x FUR.
- No trabajo de parto.
- Placenta previa total con acretismo
- Anemia leve

Plan de trabajo:

- Control estricto de las funciones vitales

- Control estricto de sangrado vaginal.
- Observación de signos y síntomas de alarma.

Tratamiento:

- Dieta completa + líquido a voluntad.
- Vía salinizada
- Hierro sacarato 200mg endovenoso bien diluido en cloruro de sodio
- Gestante deberá permanecer en reposo absoluto
- No realizar tacto vaginal

25 DE MAYO DE 2017 SEXTO DÍA HOSPITALIZADO.

07:00 horas paciente refiere presentar sangrado vaginal, en poca cantidad, se observa la eliminación de coágulos, a de líquido amniótico, percibe movimientos fetales (+).

Al examen: AREN, AREG, LOTEPE

Funciones vitales: presión arterial: 100/60 mmHg. Pulso: 90 x minuto, temperatura: 37.1°C respiración: 20 x minuto.

Abdomen: altura uterina: 30 cm feto: longitudinal cefálico izquierdo, latidos cardiacos fetales: 140 x minuto dinámica uterina (-).

Genitales: Se observa escaso sangrado vaginal, no activo

Diagnóstico:

- Primigesta de 35 semanas x FUR.

- No trabajo de parto.
- Placenta previa total con acretismo
- Anemia leve

Plan de trabajo:

- Control estricto de las funciones vitales
- Cesárea electiva 25 de mayo 2017. Primer turno.

Tratamiento:

- Nada por oral
- Cloruro de Sodio al 9‰ como vía
- Cefazolina 2 gr. Endovenoso Stat. Antes de pasar a sala de operaciones.
- Control

7:30 horas gestante aparentemente estable, pasa a sala de operaciones, latidos cardiacos
 fetales: 142 x minuto, movimientos fetales (+), dinámica uterina (-),
 sangrado vaginal: escaso

INFORME QUIRÚRGICO:

Fecha y Hora de ingreso: 25 de mayo de 2017 Hora: 07:45.

Tipo de Anestesia: Epidural.

Fecha y hora de Inicio: 25 de mayo de 2017 hora: 8:20

Diagnóstico preoperatorio: **CIE-10**

- G1 35 semanas 15

- No trabajo de parto antes de 37 sem. O47.01
- Placenta previa. O 44

Fecha y hora de Fin: 25 de mayo de 2017 hora: 9:45

Diagnóstico post operatorio.

- No trabajo de parto antes de 37 sem. O47.01
- Placenta previa. O 44
- Acretismo placentario O73.0

Hallazgos:

Placenta: Patológico

Ubicación Placenta: inserción baja;

Líquido amniótico: claro.

Cantidad de líquido amniótico: normal.

Olor Líquido amniótico: no mal Olor.

Recién Nacido: VIVO.

Sexo: masculino

Peso: 2220 gr.

Talla: 40 cm.

APGAR: 7-8.

Se evidencia focos de acretismo placentario, los cuales fueron suturados con catgut crómico 1/0. Pinzamiento y corte de cordón umbilical menor de 2 minutos.

Estudio patológico: placenta

INDICACIONES POST OPERATORIO

10:00 horas paciente pos operada inmediatamente.

1. Nada por Vía Oral.
2. ClNa 9‰ 1000cc + oxitocina 30 UI XXX gts por minutos I-II
3. ClNa 9‰ 1000cc a XXX gotas por minuto.
4. Ceftriaxona 2 gr E.V. c/24 hrs.
5. Ketoprofeno 100mg. intramuscular cada 8 horas.
6. Misoprostol 400 mcg transrectal (intra SOP)
7. Sonda Foley permanente 02 días
8. Control de funciones vitales, control de sangrado vaginal permanente.
9. Control de hemoglobina
10. Control de diuresis permanente.

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

13:20 horas Paciente retorna al servicio de hospitalización, procedente de sala de recuperación, con dos vías permeables,

Al examen: AREN, AREG, LOPEP. Con funciones vitales: presión arterial: 100/60 mmHg. Pulso: 90 x minuto, temperatura: 37.7°C, respiración: 21 por minuto.

Piel y mucosas: pálida e hidratada

Mamas: blandas voluminosas, con secreción calostrual escaso.

Abdomen: blando depresible, útero bien contraído, altura uterina 17 cm.

apósito de herida operatoria limpia y seca.

Genitales: escasos loquios hemáticos.

Se efectiviza el control de hemoglobina.

13:50 horas resultados de hemoglobina: 6.5 g%

14:00 horas se comunica a médico de guardia para su evaluación, quien después de la

evaluación indica agregar pasar 02 unidades de paquete globular.

Inmediatamente se realiza pruebas cruzadas para transfundir unidades de sangre.

14:30 horas se inicia con transfusión sanguínea de la primera unidad de sangre,

previamente, funciones vitales: presión arterial: 110/60 mmHg. Pulso:

95 x minuto, temperatura: 37.3°C, respiración: 20 x minuto. Saturación de oxígeno: 95 %.

Se inicia a 10 gotas x minuto por un lapso de 15 minutos, no se observa ninguna reacción adversa, luego se aumenta a 60 gotas por minuto.

15:30 horas puérpera se encuentra recibiendo la unidad de sangre, no presenta

ninguna complicación, presión arterial: 116/64 mmHg. Pulso: 100 x

minuto, temperatura: 37.6°C, respiración: 20 x minuto. Saturación de oxígeno: 97 %.

16:30 horas puérpera inmediata estable se termina de transfundir se encuentra con:

presión arterial: 108/62 mmHg. Pulso: 94 x minuto, temperatura:

37.6°C, respiración: 20 x minuto. Saturación de oxígeno: 98 %.

16:40 horas se continua con la administración del segundo paquete globular de sangre, funciones vitales: presión arterial: 110/60 mmHg. Pulso: 95 x minuto, temperatura: 37.3°C, respiración: 20 x minuto. Saturación de oxígeno: 95 %. Se comienza a 15 gotas x minuto, al no ver reacción adversa se continua a 60 gotas por minuto.

17:40 horas puérpera inmediata se encuentra estable recibe el II paquete globular de sangre con presión arterial: 110/60 mmHg. Pulso: 95 x minuto, temperatura: 37.5°C, respiración: 21 x minuto. Saturación de oxígeno: 97 %.

18:40 horas puérpera inmediata recibió dos unidades de paquete globular, tiene orden control de hemoglobina, pasado las 6 horas (01:00 horas). Con funciones vitales: presión arterial: 115/64 mmHg. Pulso: 98 x minuto, temperatura: 37.8°C, respiración: 21 x minuto. Saturación de oxígeno: 98 %

26 DE MAYO DE 2017 POST CESÁREA PRIMER DÍA.

7:30 horas Puérpera inmediata refiere dolor a nivel de la herida operatoria, diuresis positiva, al examen: AREN, AREG, LOPEP, con funciones vitales: presión arterial: 100/50 mmHg. Pulso: 80 x minuto, temperatura: 37.2°C, respiración: 18 x minuto.

Piel y mucosa: ligeramente pálida e hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos.

Mamas: blandas con secreción calostrál, en poca cantidad.

Abdomen: útero contraído, altura uterina: 15 cm, herida operatoria cubierta por apósito limpio y seco.

Genitales: loquios hemáticos escasos, sonda foley permeable, orina no colúrica.

Diagnóstico:

- Post Cesareada 1er día.
- Hemorragia por placenta previa con acretismo placentario.
- Anemia moderada.

Tratamiento:

- Dieta líquida.
- Ceftriaxona 2 gr. Endovenoso cada 24 horas.
- Ketorolaco 10 mg v. oral cada 8 horas.
- Hierro sacarato 2 00mg diluido en 200 cc de cloruro de sodio al 9%(pasar en dos horas)
- Hidroxicobalamina intramuscular cada 24 horas.
- Control de diuresis., sonda foley permanente.
- Control de funciones vitales + control de sangrado.

Se cumple con tratamiento indicado

27 DE MAYO DE 2017 POST CESÁREA SEGUNDO DÍA.

8:0 horas Puérpera mediata en su segundo día refiere ligero dolor a nivel de la herida

operatoria, resultado de control de hemoglobina de 8.8g %

Al examen: AREN, AREG, LOTEPE.

Presión arterial: 110/60 mmHg. Pulso: 84 x minuto, temperatura:

37.5°C, respiración: 20 x minuto.

Piel y mucosa: ligeramente pálida e hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos.

Mamas: blandas con secreción calostrál, en poca cantidad.

Abdomen: útero contraído, altura uterina: 15 cm, herida operatoria con bordes bien afrontados.

Genitales: loquios hemáticos escasos, sin mal olor.

Diagnóstico:

- Post Cesareada 2do día.
- Hemorragia por placenta previa con acretismo placentario.
- Anemia moderada.

Tratamiento:

- Dieta blanda más líquido a voluntad.
- Ceftriaxona 2 gr. Endovenoso cada 24 horas.
- Ketorolaco 10 mg v. oral cada 8 horas.
- Hierro sacarato 200mg diluido en 200 cc de cloruro de sodio al 9%o(pasar en dos horas)

- Hidroxicobalamina intramuscular cada 24 horas.
- Retirar sonda foley.
- Control de funciones vitales + control de sangrado vaginal

Obstetra de turno cumple con indicación médica, se retira la sonda foley

28 DE MAYO DE 2017 POST CESÁREA TERCER DÍA.

07:50 horas Puérpera mediata en su tercer día refiere ligero dolor a nivel de la herida operatoria.

Al examen: AREN, AREG, LOTEPE.

Presión arterial: 110/50 mmHg. Pulso: 78 x minuto, temperatura: 37.4°C, respiración: 18 x minuto.

Piel y mucosa: ligeramente pálida e hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos.

Mamas: blandas con secreción calostrál, en poca cantidad.

Abdomen: útero contraído, altura uterina: 15 cm, herida operatoria con bordes bien afrontados.

Genitales: loquios hemáticos escasos, sin mal olor.

Diagnóstico:

- Post Cesareada 3er día.
- Hemorragia por placenta previa con acretismo placentario.
- Anemia moderada.

Tratamiento:

- Dieta completa más líquido a voluntad.

- Ceftriaxona 2 gr. Endovenoso cada 24 horas.
- Ketorolaco 10 mg v. oral cada 8 horas.
- Hierro sacarato 2 00mg diluido en 200 cc de cloruro de sodio al 9%(pasar en dos horas)
- Hidroxicobalamina intramuscular cada 24 horas.
- Control de funciones vitales + control de sangrado.

Obstetra de turno cumple con indicación médica.

29 DE MAYO DE 2017 POST CESÁREA CUARTO DÍA.

07:50 horas Puérpera mediata en su cuarto día refiere no tener molestias de evolución favorable.

Al examen: AREN, AREG, LOTEP.

Presión arterial: 100/50 mmHg. Pulso: 80 x minuto, temperatura: 37.2°C, respiración: 20 x minuto.

Piel y mucosa: ligeramente pálida e hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos.

Mamas: doloroso a la palpación, endurecidas a predominio izquierdo, leve enrojecimiento de ambas mamas.

Abdomen: útero contraído, altura uterina: 14 cm, herida operatoria con bordes bien afrontados.

Genitales: loquios hemáticos escasos, sin mal olor.

Diagnóstico:

- Post Cesareada 4to día.
- Hemorragia por placenta previa con acretismo placentario.
- Anemia moderada.

Tratamiento:

- Dieta completa más líquido a voluntad.
- Ceftriaxona 2 gr. Endovenoso cada 24 horas.
- Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas.
- Sulfato ferroso 300 mg. vía oral cada 12 horas
- Control de funciones vitales + control de sangrado.

Obstetra de turno cumple con indicación médica.

30 DE MAYO DE 2017 POST CESÁREA QUINTO DÍA.

07:50 horas Puérpera mediata en su Quinto día refiere ligero dolor a nivel de la herida operatoria.

Al examen: AREN, AREG, LOTEP.

Presión arterial: 110/50 mmHg. Pulso: 78 x minuto, temperatura: 37.4°C, respiración: 18 x minuto.

Piel y mucosa: ligeramente pálida e hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos.

Mamas: blandas con secreción calostrál, en poca cantidad.

Abdomen: útero contraído, altura uterina: 15 cm, herida operatoria con bordes bien afrontados.

Genitales: loquios hemáticos escasos, sin mal olor.

Diagnóstico:

- Post Cesareada 5to día.
- Hemorragia por placenta previa con acretismo placentario.
- Anemia moderada.

Tratamiento:

- Dieta completa más líquido a voluntad.
- Cefuroxima 500mgo cada 12 horas x 2 días.
- Paracetamol 500 mg v. oral condicional al dolor
- Alta.
- Cita en 7 días por consultorio externo.

EPICRISIS

EDAD: 26 años

FECHA DE INGRESO: 19 de mayo 2017

FECHA DE EGRESO: 30 de mayo

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:

1. Gestación de 34 semanas por fecha última de regla
2. No trabajo de parto
3. Placenta previa con acretismo.
4. Anemia leve

MOTIVO DE CONSULTA INICIAL: Gestante ingresa por emergencia por presentar contracciones uterinas, disminución de movimientos fetales, no sangrado vaginal, no pérdida de líquido amniótico, lleva su ecografía sobre el diagnóstico de placenta previa.

INTERVENCIONES Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Parto distócico por cesárea

Transfusión sanguínea

TRATAMIENTO INSTAURADO

Hospitalización.

Reposo absoluto.

Tratamiento de tocólisis

COMPLICACIONES:

Anemia.

Parto pretérmino

Recién nacido de bajo peso al nacer

CONDICIÓN DE EGRESO

Mejorada

DIAGNÓSTICO DE EGRESO

Post Cesareada

Hemorragia por placenta previa con acretismo placentario

Anemia moderada.

CAPÍTULO III

3.1.-CONCLUSIONES

1. La paciente no presentó ningún factor de riesgo para desarrollar la hemorragia de la segunda mitad del embarazo, por lo que la placenta previa puede estar relacionado a los factores ambientales, como lo describe Tena (13)
2. Para diagnosticar con exactitud se debe realizar una buena anamnesis, observar las características del sangrado, buscando los factores de riesgo, es una característica encontrar un útero relajado e indoloro, nos debemos de apoyar con medios de ultrasonografía y la más exacta es la transvaginal. Como está referido en la Guía Clínica del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.
3. Según protocolo institucional la conducta frente a placenta previa depende del grado de severidad del sangrado y la edad gestacional, esta aceptado que si la paciente se encuentra estable, el tratamiento puede ser ambulatorio, control prenatal periódicos y cumplir con las pruebas cardiotocográficos, la gestante

estuvo bien concientizada sobre la patología que presentaba, signos de alarma y manejo ambulatorio que debía recibir.

4. La principal complicación materna de la placenta previa y acretismo placentario es el sangrado profuso, tal como lo presentó la paciente durante la cesárea a la que fue sometida causando una anemia aguda severa.
5. La prematuridad y en consecuencia el bajo peso al nacer de los recién nacidos en los casos de las pacientes que presentan asociación de placenta previa y acretismo placentario es frecuente, debido a la necesidad de culminar la gestación a fin de evitar las complicaciones devenidas del sangrado que se produce en estas patologías; tal como sucedió en nuestro caso analizado.
6. Existe una asociación entre placenta previa y acretismo placentario aproximadamente en un 81.6% (19) tal como sucedió en el caso sujeto de estudio.
7. El diagnóstico oportuno y el manejo adecuado de la paciente permitió disminuir las complicaciones presentadas en el acretismo placentario y placenta previa principalmente la muerte materno-perinatal debido a hemorragias.

3.2.-RECOMENDACIONES

- Considerar a todo embarazo como alto riesgo Obstétrico, que en cualquier momento se puede complicar, por ello debemos de promover el cumplimiento del control pre natal por parte del personal de salud, en gestantes con o sin factores de riesgo, sabiendo que la placenta previa tiene una etiología incierta.
- Realizar una evaluación minuciosa a las gestantes con sangrado vaginal y diagnosticar oportunamente, motivo por el cual se debe de realizar los seguimientos y cumplir con todos los exámenes de apoyo para descartar alguna patología existente.
- Capacitación permanente sobre el manejo de emergencias obstétricas en base a las guías nacionales y/o protocolos institucionales.
- Contar con disponibilidad de paquetes globulares en la unidad de banco de sangre, para la terminación del embarazo.
- Pacientes con hemorragia por placenta previa controlada pueden ser tratadas de forma ambulatoria para ello se deberá de realizar visitas domiciliarias.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Rowe T. Placenta Previa. *Obstetricia y Ginecología. Can* 2014; 36(8): 667–668
2. Shahrour B, Ortega E, Carrillo M. Evidencia y mejora en la gestión compartida de cuidados ante la gestante con placenta previa.2016. *Revista enfermería .Vol.1* (106):6.
3. Arreaga I, Hernández M. Morbilidad y mortalidad materna perinatal en pacientes con placenta previa. el Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el año 2011. Guatemala. 2015.
4. Gómez L, Madriñan H, Morales A, Restrepo V, Beltrán B, Peña L, González A, Zhong C, Fajardo, A, Bernal S, Hoyos, A. Percretismo placentario asociado con placenta previa y abruptio: reporte de un caso *Progresos de Obstetricia y Ginecología. Vol. 58(3):136-140.Colombia* 2014.
5. Schneiderman M, Balayla J. A comparative study of neonatal outcomes in placenta previa versus cesarean for other indication at term. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* 2013;26(11):1121-7
6. Peña G, Salazar G, Zambrano Z (2012).Prevalencia y factores de riesgo de la placenta previa en pacientes que ingresaron al servicio de patología obstétrica del hospital Gineco-Obstétrico Isidro Oyora de Quito, durante el periodo comprendido entre Enero-Diciembre del 2011.
7. Saldaña D, Resultados neonatales según el tiempo del parto en placenta previa estable, tesis.Perú.2016.

8. Franco A. (2015). Placenta Previa. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Vol20 (2).
9. Dioses E, Oña J, Cardoza K, Meza J, Matorel M. (2015).Factores asociados a la Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital del norte del Perú. Revista del cuerpo médico del hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Vol. 7(4):22-26.
10. Guisado C (2015).Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa HNERM.
11. Acho S, Pichilingue J, Díaz J, Paredes J. Hemorragia en la segunda mitad del embarazo en un hospital nacional de Lima. revista Peruana. Ginecología y obstetricia. Vol.57 N°4. 2011.
12. Vásquez L. Manual básico de obstetricia y ginecología .Madrid. INGESA. Instituto Nacional de gestión Sanitaria. 2013.
13. Tena G. Ginecología y obstetricia .Academia Mexicana de Cirugía, A. C. México.2013: 650.
14. Guías de Práctica Clínica Para la Atención de Emergencias Obstétricas Hospital María Auxiliadora. Departamento de Gineco Obstetricia.2012.
15. Lombardi J, Fernández M. (2007).Ginecología y Obstetricia Manual de consulta rápida.2da edición Madrid. Medica Panamericana.
16. Dwyer B, Belogolovking V, Tran L, Rao A, Carroll I et al.: Prenatal diagnosis of placenta accrete. Sonography or magnetic resonance imaging? J Ultrasound Med 2008;27:1275– 1281.

17. Hacker N, Gambone J., Hobel C. Ginecología y Obstetricia de Hacker y Moere. México. editorial el Manual Moderno.2011.
18. Acosta L, (2016).Sistema Genital Femenino.
19. Reece A, Hobbins J. (2010).Obstetricia Clinica.3ra edición. Buenos Aires. médica Panamericana.
20. Melchor, Merche. (2007).Fundamentos de Obstetricia.55.458.
21. Oyelese Y: Placenta previa: the evolving role of ultrasound. Ultrasound Obstet Gynecol 2009; 34:123–126.
22. Oppenheimer L: Diagnosis and management of placenta previa. J Obstet Gynecol Can, 2007. Mar; 29 (3):261–73.
23. Guía de práctica clínica y procedimiento en obstetricia y perinatología, Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.2010.
24. MINSA. (2007).Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Perú.
25. Pernoll M, (2009).Hemorragia del tercer trimestre. Diagnóstico y tratamiento Gineco-obstétrico. Décima, edición: 429-34.
26. Nur A, Zainol Z, Lim PS, Shafiee M, Kampan N, Mohsin W. (2014).Factors associated with placenta previa in primigrávidas and its pregnancy outcome.
27. Alexander J, Sarode R, McIntire D, Burner J, Leveno K: Whole blood in the management of hypovolemia due to obstetric hemorrhage. Am J Obstet Gynecol 2009;113: 1320–1326.
28. Gonzales J, Laila J, Fabre E, Gonzales E. Obstetricia. 6° edición, España 2013. P:805.

29. Vásquez J. Embarazo, parto y puerperio. principales complicaciones. La Habana: edit. Ciencias Médicas 2009:298.
30. Belfort M: Placenta acreta. Original Research Article Publications Committee Society for Maternal–Fetal Medicine. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2010; 203 (5):430–439.
31. Warshak C, Ramos G, Eskander R, Benirschke K, Sáenz C et al.: Effect of predelivery diagnosis in 99 consecutive cases of placenta acreta. Obstet Gynecol 2010; 115:65 – 69.
32. Eller A, Porter T, Soisson P, Silver R: Optimal management strategies for placenta acreta. BJOG 2009;116 :648–654.
33. Greenberg J, Suliman A, Iranpour P, Angle N: Prophylactic balloon occlusion of the internal iliac arteries to treat abnormal placentation: a cautionary case. Am J Obstet Gynecol 2007;197:470.e1–4.
34. Judlin P, Thiebaugeorges O: The ligation of hypogastric arteries is a safe alternative to balloon occlusion to treat abnormal placentation. Am J Obstet Gynecol 2008;199:11: 12–13.
35. Eller A, Bennett M, Sharshiner M, Masheter C, Soisson AP et al.: Multidisciplinary care for placenta accrete. Am J Obstet Gynecol 2010;117:331–337.