



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**“MULTIGESTA CON DIAGNÓSTICO DE AMENAZA DE
PARTO PRETÉRMINO Y ACRETISMO PLACENTARIO EN
UN HOSPITAL NIVEL II-LIMA 2022”**

PRESENTADO POR

ANGELA LUCILA RAMOS CALDERON

ASESOR

Mg. ELIZABETH YALAN LEAL DE MICHILOT

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

MOQUEGUA – PERÚ

2024



Universidad José Carlos Mariátegui

CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la **Escuela de Posgrado**, certifica que el trabajo de investigación () / Tesis () / Trabajo de suficiencia profesional () / Trabajo académico (X), titulado “**MULTIGESTA CON DIAGNOSTICO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO Y ACRETISMO PLACENTARIO EN UN HOSPITAL NIVEL II-LIMA 2022**” presentado por el(la) **RAMOS CALDERON ANGELA LUCILA**, para obtener el grado académico () o Título profesional () o Título de segunda especialidad (X) en: **OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**, y asesorado por el(la) Mg. **ELIZABETH YALAN LEAL DE MICHILOT**, designado como asesor con Resolución Directoral N°0451-2023-DEPG-UJCM, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN, conforme a lo dispuesto en la normativa interna aplicable en la UJCM.

En tal sentido, se emite el presente certificado de originalidad, de acuerdo al siguiente detalle:

Programa académico	Aspirante(s)	Trabajo de investigación	Porcentaje de similitud
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS	RAMOS CALDERON ANGELA LUCILA	MULTIGESTA CON DIAGNOSTICO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO Y ACRETISMO PLACENTARIO EN UN HOSPITAL NIVEL II-LIMA 2022	16%

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **16%**, que está por debajo del límite **PERMITIDO** por la UJCM, por lo que se considera apto para su publicación en el Repositorio Institucional de la UJCM.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención de grado académico o título profesional o título de segunda especialidad.

Moquegua, 01 de julio de 2024

UNIVERSIDAD "JOSE CARLOS MARIATEGUI"


DR. JAVIER PEDRO FLORES AROCUTIPA
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE POSGRADO UJCM - SEDE MOQUEGUA

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINA DE JURADO.....	ii
RESUMEN	iv
I. CAPÍTULO.....	5
1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.2. JUSTIFICACIÓN	8
1.3. MARCO TEÓRICO.....	8
1.3.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	8
1.3.2 ANTECEDENTES NACIONALES	11
1.4. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO	14
1.4.1 GENERALIDADES	14
1.4.2 ETIOLOGÍA Y FISOPATOLOGÍA.....	16
1.4.3 DIAGNÓSTICO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS	17
1.4.4 TRATAMIENTO, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO	20
II. CAPÍTULO.....	23
2.1. OBJETIVOS.....	23
2.1.1 OBJETIVO GENERAL.....	23
2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO.....	23
A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	23
B. INGRESO A EMERGENCIA DE GINECO OBSTETRICIA	24
C. HOSPITALIZACIÓN EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO	26
D. INGRESO A SALA DE OPERACIONES.....	31
2.3. DISCUSIÓN	32
2.4. CONCLUSIONES.....	35
2.5. RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXO.....	42

RESUMEN

Tipo de estudio: descriptivo. **Material:** caso clínico del Hospital de Barranca correspondiente a gestante de 32 años, donde se examinaron antecedentes personales, familiares, obstétricos, examen clínico, diagnóstico, exámenes complementarios, terapéutica y evolución. **Resultados:** multigesta de 23 4/7 semanas, antecedente de tres cesáreas, que acudió por pérdida de líquido amniótico de 2 días, contracciones uterinas, con presencia de movimiento fetal. No se confirmó la pérdida de líquido por laboratorio, pero sí por clínica, y se halló acretismo placentario por ecografía. Diagnósticos iniciales: amenaza de parto pretérmino, rotura prematura de membranas prolongada, sospecha de corioamnionitis. Se le practicó cesárea más histerectomía, encontrándose placenta percreta (infiltrando pared vesical). Paciente con inestabilidad hemodinámica en el post operatorio por grandes pérdidas de volumen, se plantea hemoperitoneo, se decide realizar cirugía de rescate. Paciente presentó shock hipovolémico, paro cardíaco intraoperatorio y fallece. **Conclusiones:** este caso no es común en nuestra institución, por lo cual no fue posible brindarle una atención óptima debido a la falta de recursos humanos capacitados y recursos institucionales para realizar cirugías multidisciplinarias. Es imprescindible que el personal de salud involucrado evalúe factores de riesgo y antecedentes obstétricos en el control prenatal para reconocer casos sospechosos de placenta acreta, cuyo diagnóstico se realiza rápidamente mediante ecografía. La identificación oportuna de esta patología evita complicaciones materno-perinatales y, a la vez, referencia oportuna a un hospital de mayor nivel. **Palabras clave:** Acretismo, multigesta, cesárea

I. CAPÍTULO

1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La mortalidad materna es un problema de Salud Pública, es también un indicador del Sistema de Salud y de posición social de la mujer. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) fallecen alrededor de 800 mujeres al día por causas prevenibles con relación al embarazo y parto ⁽¹⁾. En nuestro país el número de muerte materna fue de 57/100 mil nacidos vivos en 2019, siendo las principales causas las directas (59%) como las hemorragias (25%), los trastornos hipertensivos (19%), los abortos (5%) y sepsis (3%). El 37% ocurrió por causas indirectas y el 4% por causas incidentales ⁽³⁾. Actualmente hay un aumento de las muertes maternas como resultado de la pandemia de COVID-19 ⁽²⁾.

Un factor que pone en riesgo la salud materna a corto y largo plazo es el antecedente de cesáreas previas, más aún si las mujeres tienen poco acceso a una atención obstétrica integral con calidad. Para OMS la tasa ideal de

cesáreas debería situarse entre 10% - 15% y según el punto de vista médico las cesáreas son justificadas cuando la vida de la madre y el producto están en riesgo; pero en la actualidad no existe una asociación entre el incremento de cesáreas y la reducción de muerte materna perinatal ⁽⁵⁾. El índice de cesáreas va aumentando a nivel mundial, incluyendo los países en desarrollo. A nivel nacional en los últimos años se registra un excesivo número de cesáreas y más en zonas urbanas. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática 2021, el 36.3% de nacimientos fue por cesárea en comparación al año 2016 (31.6%) ⁽⁴⁾. En un estudio publicado por Barrera Neyra concluye que la justificación más frecuente para cesárea fue tener una cesárea anterior ^(5,9). Y a nivel local según la Unidad de Estadística del Hospital de Barranca, la cesárea fue la cirugía gineco-obstétrica más realizada, alcanzando un total de 747 (43% del total de partos) en el 2018, indicado con frecuencia por una cesárea anterior ⁽⁶⁾.

La Placenta Acreta (PA), también conocida como Espectro de Placentación Anormal (EPA) es la patología gineco-obstétrica más frecuente del siglo XXI a consecuencia del incremento del número de cesáreas. A nivel mundial su incidencia es de 3 casos por cada 1 000 embarazos, asociado a morbilidad materna en un 7% ^(15,16). La placenta acreta es la inserción anormal de la placenta, originando adherencia inseparable y, consecuentemente, imposibilidad de desprendimiento ^(7,8). Clínicamente se manifiesta por cuadro hemorrágico, y la prueba de apoyo diagnóstico costo efectiva es la ecografía (Sensibilidad 97%) ^(12,17,24). El pronóstico es grave y

el tratamiento suele ser quirúrgico la mayor parte de las veces, terminado en histerectomía, produciendo a veces shock hipovolémico y provocando morbimortalidad materno-perinatal ^(18,23). En la actualidad existen nuevas técnicas para abordar esta patología, todas encaminadas a disminuir hemorragias, y tomando medidas preventivas como acceso oportuno a hemoderivados para evitar complicaciones maternas ^(13,15,17).

En el caso clínico a presentar los problemas de la gestante fueron la Amenaza de Parto Pretérmino (APP), la Rotura Prematura de Membranas (RPM) y durante la hospitalización se halló por ecografía acretismo placentario. La APP corresponde a la presencia regular de espasmos uterinos, acompañada de cambio cervical progresivo entre las 22 y 37 semanas de gestación ^(7,10). Es la segunda patología más frecuente en el Hospital de Barranca ⁽⁶⁾. Toda APP no desencadena parto prematuro, excepto influyan múltiples causas y factores de riesgo que induzcan labor de parto ⁽²⁵⁾. La RPM ocurre en aproximadamente en 10% de los nacimientos, la tercera parte se asocia a partos pretérmino y menos del 1% en el segundo trimestre de embarazo antes de la viabilidad fetal ⁽³⁵⁾. La evidencia describe su asociación a la infección y prematuridad, ambas aumentan significativamente el riesgo materno-fetal, haciendo un cuadro más aparatoso para la gestante ^(17,19,21,22). Hasta la fecha no existen reportes locales de casos que documenten ambas alteraciones en simultaneo (APP y AP), sin embargo, existen estudios donde se demuestra una relación entre la

incidencia de AP con hemorragia obstétrica, parto pretérmino y aumento de histerectomías, causando morbilidad materna y perinatal.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La EPA ha aumentado en las últimas décadas, asociándose de manera significativa con la cesárea previa y conllevando a una serie de riesgos como la morbilidad materna y perinatal, hemorragias, histerectomía y prematuridad ⁽¹¹⁾. En la actualidad existen diversos abordajes terapéuticos y modernos, por lo que la mortalidad materna es rara y aunque la interrupción del embarazo sigue en estudio, lo recomendable es realizarlo entre las 34 y 36 semanas ^(9,14,15,32). El presente trabajo busca analizar el abordaje de EPA en el Hospital de Barranca de una gestante con APP y, a la vez, con EPA diagnosticado por ecografía. Además, se busca identificar los factores de riesgos para EPA como edad avanzada, multiparidad o cicatriz uterina anterior sea por cesárea, miomectomía o legrado uterino ⁽¹⁸⁾. Y también porque este caso es de importancia social para mejorar la atención prenatal en el Hospital de Barranca, optimizando la atención en los casos de EPA y capacitando a los especialistas en un enfoque predictivo y preventivo de hemorragias obstétricas.

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Meneses A, Niño J, García D. (2021). Realizaron el informe de un caso clínico sobre placenta percreta en la Clínica San Rafael en Bogotá. Paciente

de 37 semanas con factores de riesgo: edad, cesárea anterior. Se evidenció placenta percreta por ecografía y optaron por un manejo quirúrgico multidisciplinario. El nacimiento fue por cesárea y dejaron la placenta in situ, y se realizó embolización de vasos anómalos por parte de Cirugía Vasculard, evitando una hemorragia masiva en la histerectomía diferida. No hubo muerte materna ⁽¹³⁾.

Véliz F, Núñez A, Selman A. (2018). Revisaron conceptos, pronósticos y nuevas propuestas en el manejo quirúrgico, apoyándose en las nuevas guías de la Federación Internacional de Gineco-Obstetricia (FIGO), encontrando como principal elemento de riesgo: tener una cicatriz uterina anterior asociada a inserción placentaria baja. En cuanto al manejo describen que el EPA es quirúrgico en todas sus formas y el 80% de especialistas realizó Histerectomía Post Parto (HPP). La HPP sigue siendo el procedimiento quirúrgico rotundo para toda EPA, especialmente en su forma invasiva. Concluyeron que las nuevas técnicas quirúrgicas propuestas por la FIGO presentan escasas complicaciones, y que algunos casos específicos deben ser abordados por grupos interdisciplinarios y de manera protocolizada ⁽¹⁵⁾.

Cometa M, Wasilko S, Wendling A. (2018). Reportaron un caso clínico sobre una mujer de 33 años, hipertensa crónica, quinto embarazo de 33 semanas y seis días, que acudió en labor de parto más corioamnionitis, con historia de rotura prematura de membranas de 2 días. A la especuloscopia se detectó sangrado vaginal. Durante la monitorización fetal se halló un

patrón no tranquilizador y se observó un aumento del sangrado vaginal, decidiendo de inmediato parto vía quirúrgica. Hallaron mayor sangrado maloliente a nivel del segmento inferior; al exteriorizar el útero se observó rotura uterina y en el alumbramiento aumentó la hemorragia encontrando placenta acreta. Son raros los casos reportados en la literatura médica dónde en una misma paciente se encuentran varias patologías obstétricas a la vez, lo cual supone un manejo mucho más complejo y cauteloso. Concluyen que los casos de acretismo placentario requieren manejo quirúrgico programado o de emergencia debido a la alta morbimortalidad, principalmente por el riesgo de sangrado profuso y requirieron soporte transfusional, fluidoterapia y, de ser el caso, vasopresores ⁽¹⁹⁾.

Casale R, Pretti R, Francé F, Pascale J, y Sar J. (2017). Estudio transversal que describe el abordaje de EPA en hospitales de alta complejidad obteniendo datos del Servicio de Obstetricia de dos hospitales diferentes (Buenos Aires). Durante el periodo enero 2010 y noviembre 2014 ingresaron 30 pacientes con trastornos adherenciales placentarios. Las pacientes tenían como principal factor de riesgo: cesárea anterior (100%), placenta previa (66.67%) y signos de acretismo placentario (100%). En cuanto al manejo se interrumpió el embarazo a las 34 semanas por hemorragia previa a la programación y las más precoces fueron a las 18 y 21 semanas por hematuria incoercible. El 25% de las pacientes presentó complicaciones quirúrgicas (lesión de vejiga y evisceración), el 10% presentó complicaciones infecciosas, y el 6% de pacientes debió someterse

a una nueva laparotomía exploratoria. No se presentaron muertes maternas. Concluyeron que las adherencias placentarias son un gran desafío y el manejo correcto debe ser multidisciplinario, tanto en lo programado como en la emergencia ⁽¹²⁾.

Yasseen A, Bassil K, Sprague A, Urquia M, y Maguire J. (2018). Estudio de cohortes retrospectivo sobre parto pretérmino tardío y cesárea anterior, buscaron la relación entre esas dos patologías. Para ello tomaron la base de datos de madres multíparas, que tuvieron hijos nacidos entre las 34 y 41 semanas de embarazo, durante el 2005 y 2013. Incluyeron 481 531 nacimientos. El 4.5 % fueron partos pretérminos tardíos y el 24.9% fueron precedidos por al menos una cesárea anterior. Entre las mujeres con al menos una cesárea anterior, 5.26% tuvieron parto pretérmino tardío. Hubo un mayor riesgo de parto pretérmino tardío entre las mujeres con al menos una cesárea anterior (riesgo relativo ajustado [aRR]): 1.20 (95% IC [1.16; 1.23]). Concluyeron que la cesárea anterior se asoció con mayor riesgo de partos pretérminos tardío en gestaciones posteriores y que esto puede deberse a un mayor número de cesáreas prematuras no planificadas o de emergencia ⁽²⁰⁾.

1.3.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Ayala F, Gonzales C, Minaya P, Mejico M. y Col. (2022). Estudio longitudinal con gestantes que culminaron en parto vaginal y/o cesárea a término o pretérmino durante el 2017 en el INMP. Seleccionaron a mujeres

con 20 a 36 6/7 semanas de gestación con APP, con dilatación cervical menor a 2cm, con contracciones uterinas regulares. En total se reclutó 218 gestantes, 25.6% (n=56) correspondió a parto pretérmino y 74.4% (n=162) a parto a término. Evaluaron que los factores de riesgo de parto pretérmino idiopático identificados fueron longitud cervical corta, obesidad materna, antecedente de parto pretérmino, edad materna avanzada, antecedente de cesárea previa, periodo intergenésico corto, periodo intergenésico largo y primiparidad según el análisis de regresión logística multivariada ⁽²⁷⁾.

Ramírez J, Zapata B, Díaz V, Catari K. y Col. (2020). Estudio retrospectivo sobre EPA, obtuvieron muestra de 36 casos desde 2014 al 2018 de los registros del Hospital San Bartolomé. Observaron que la característica epidemiológica en 94% de casos era la multiparidad, seguido del antecedente de cirugía uterina con 80.5%, cesárea anterior 72%, y edad materna avanzada ≥ 35 años 61%; hallaron que el 47.2% presentaba placenta previa con sospecha de EPA. El 52.7% presentó EPA de manera inesperada durante la histerotomía de emergencia por otro motivo y que 47.2% con EPA terminaron con histerectomía. El 77.8 % no presentó complicaciones intraoperatorias. Entre las complicaciones post quirúrgicas destacó el shock hipovolémico (22.2%) y no hubo decesos. Concluyeron que el EPA es una patología frecuentemente asociada a cesárea previa ⁽²⁶⁾.

Silva Mansilla MC. (2019). Estudio de casos y controles en el Hospital de Vitarte - 2018. Hubo 2 grupos: uno de 84 gestantes con complicaciones

maternas y/o neonatales, y otro grupo de 168 gestantes sin complicaciones maternas o neonatales. Obtuvo como resultado que los factores asociados a las complicaciones maternas y neonatales fueron: edad materna, edad gestacional, control prenatal, paridad y anemia. Además, que la complicación materna más común fue la rotura prematura de membranas (7.5%) y la complicación neonatal más frecuente fue sepsis (15.1%). Concluyó que el antecedente de cesárea previa está asociado a las complicaciones maternas neonatales, y las relacionadas a las complicaciones maternas son la RPM (OR=3.833), infección de las vías urinarias (OR=4.920) y hemorragia postparto (OR=4.231) ⁽²³⁾.

Contreras Mesías LG. (2020). Estudio de casos y controles, buscó factores relacionados a la realización de cesárea en gestantes con RPM. La población de muestra fueron todas las gestantes del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco del Cusco con diagnóstico de RPM, con prueba test de hehecho o Valsalva positivo, que terminaron gestación por cesárea o por vía vaginal, durante el 2019. Encontraron que las embarazadas con sobrepeso, antecedente de cesárea previa, gestación pretérmino temprano y RPM mayor de 24 horas, tuvieron más posibilidad de terminar en cesárea ⁽²⁸⁾.

Cotrina Cáceres MP. (2019). Realizó un estudio para determinar los factores asociados a EPA en el INMP de Lima, durante el 2015 y el 2016. La población tomada fueron mujeres grávidas con el diagnóstico de acretismo placentario demostrado por histopatología, 36 casos y 72

controles con historias clínicas completas. Encontraron que embarazos anteriores, paridad y cesáreas anteriores son factores para EPA. La histeroscopia, la aspiración manual endouterina, miomectomía, y extracción manual de placenta no eran factores de riesgo ⁽²⁹⁾.

1.4. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO

1.4.1 GENERALIDADES

- **Muerte materna:** es el deceso de una mujer durante la etapa de gravidez o dentro de los 42 días post parto, con independencia del tiempo y localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el mismo embarazo o su manejo ^(1,30).
- **Muerte materna directa:** es el fallecimiento como consecuencia de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento inadecuado o de una cadena de acontecimientos originados por las circunstancias mencionadas ⁽³⁰⁾.
- **Muerte materna indirecta:** es el deceso de la gestante como consecuencia o derivada de enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante la gestación ⁽³⁰⁾.
- **Muerte materna incidental:** es el deceso no relacionado al embarazo, parto o puerperio, debido a causas accidentales o incidentales. No se considera para el cálculo de razón o tasa de muerte materna ⁽³⁰⁾.

- **Razón de muerte materna:** es un indicador que relaciona las muertes maternas con el número de nacimientos, ambos ocurridos en el mismo periodo de tiempo ⁽⁹⁾.
- **Tasa de muerte materna:** es un indicador que relaciona la cifra de defunciones maternas durante un lapso de tiempo con todas las mujeres en edad fértil ⁽³⁰⁾.
- **Muerte perinatal:** muerte intra o extrauterina de un producto de la concepción desde las 22 semanas de gestación, o peso de 500gr, hasta los 7 días completos después del nacimiento ⁽⁹⁾.
- **Muerte neonatal:** muerte del recién nacido vivo desde el nacimiento hasta los 28 días completos después del nacimiento ⁽⁹⁾.
- **Espectro de placenta acreta (EPA):** también llamado acretismo placentario, hace referencia a la amplia variedad de presentaciones de adherencias patológicas de la placenta en el útero. Existe tres variedades: *ácreta*, *increta* y *percreta* ^(7,8).
- **Manejo conservador:** procedimiento que evita la histerectomía y sus complicaciones, buscando conservar la fertilidad, dejando *in situ* a la placenta total o parcialmente ⁽³²⁾.
- **Manejo quirúrgico:** procedimientos multidisciplinario, con evaluación cistoscópica preoperatoria, realización de cesárea para el nacimiento evitando tocar la placenta y realizar histerectomía ⁽³⁶⁾.
- **Histerectomía periparto:** cirugía para extirpar el útero que se realiza en el momento del parto o a continuación puede salvar la vida cuando hay una hemorragia obstétrica intensa ⁽³⁴⁾.

- **Shock hipovolémico:** conjunto de signos y síntomas críticos caracterizado por la hipoperfusión tisular como resultado de una disminución severa de la volemia eficaz ⁽³³⁾.
- **Amenaza de parto pretérmino:** es la confirmación de dinámica uterina con una frecuencia de 4 contracciones uterinas en 20 minutos más cambios cervicales desde la semana 22 hasta las 36.6 semanas con dilatación igual o mayor de 2cm ⁽¹⁰⁾.
- **Rotura prematura de membranas:** es la rotura súbita del saco amniótico o amniorrexis más allá de las 22 semanas y dos horas antes del inicio del trabajo de parto. Pasada las 24 horas de la rotura se conoce como rotura prematura de membranas prolongadas ^(33,35).
- **Corioamnionitis:** es la infección de la cavidad amniótica, actualmente llamado “intra amniótica” ya que puede involucrar líquido amniótico, cordón, placenta y eventualmente membranas fetales, se origina durante la gestación luego de las 22 semanas o durante la labor de parto ⁽³³⁾.

1.4.2 ETIOLOGÍA Y FISOPATOLOGÍA

Se desconoce la fisiopatología total de la enfermedad, sin embargo, se han desarrollado varias teorías. Según la ACOG la presunción más aceptada es una falla de la interfaz endometrio-miometrio (nivel del plano de Nitaboch) originando una alteración de la decidualización normal en el área de una cicatriz uterina, desarrollando que las vellosidades de anclaje de la placenta sean anormalmente profundas y aparezcan infiltraciones trofoblásticas ⁽³¹⁾.

La evidencia avala este postulado debido a que se ha observado que alrededor del 80% de pacientes con historia de cicatriz uterina desarrolla algún tipo de acretismo placentario. Sin embargo, existe una minoría de mujeres nulíparas que ha presentado algún grado de acretismo sin historia de cirugía uterina previa y se ha atribuido a patologías uterinas de tipo congénitas (útero bicorne) o adquiridas (adenomiosis, quistes submucosos y otros) entorpeciendo la función endometrial normal ^(8,11,31,32).

El EPA se clasifica en:

- a) **Placenta acreta o grado I:** es la unión anormal completa o parcial de la placenta a nivel del endometrio, sin invadir las vellosidades del miometrio ^(14,31).
- b) **Placenta increta o grado II:** placentación anormal que invaden al miometrio ⁽³¹⁾.
- c) **Placenta percreta o grado III:** es la invasión de la placenta que penetran la serosa uterina, alcanzando a los tejidos, vasos y órganos vecinos ⁽³¹⁾.

Según su extensión el EPA se diferencia en *focal* (adherido pequeñas áreas o un solo lóbulo), *parcial* (≥ 1 cotiledon), y *total* (placenta completa anormalmente adherida).

1.4.3 DIAGNÓSTICO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Clínicamente no cursa con sintomatología y pasa como un hallazgo incidental durante la cesárea por otra emergencia obstétrica y

ecográficamente durante el control prenatal entre las 18 y 20 semanas de gestación, y con certeza diagnóstica a las 32 semanas, además de estar asociado a antecedentes obstétricos como cesárea anterior por placenta previa, prematuridad ⁽³⁶⁾ y a factores de riesgo como las cirugías uterinas, cesáreas anteriores, legrados uterinos, gestación pasando los 35 años, multiparidad, anomalías congénitas uterinas ⁽¹⁵⁾, al consumo de sustancias tóxicas con nicotina y monóxido de carbono, que inducen una gran constricción de los vasos placentarios, llevando a una placentación anormal ^(12, 13).

La prueba diagnóstica primaria prenatal, sigue siendo la ultrasonografía, hallando signos característicos más saltantes como la pérdida de zona hipoeoica, las lagunas placentarias y en Doppler color la hipervascularización útero-vesical asociado a puentes placentarios. Las características de EPA visibles por ultrasonido pueden estar presentes en el primer trimestre, sin embargo, algunas mujeres son identificadas en el segundo y tercer trimestre con una sensibilidad y especificidad del 91% y 97%. Idealmente deben ser evaluados por un gineco-obstetra con conocimientos y experiencia en EPA hasta la semana 32 de gestación ^(31,32). En algunos casos la resonancia magnética es complementaria a la ecografía para el diagnóstico de EPA, y define el grado de invasión ⁽¹⁴⁾.

El diagnóstico clínico se efectúa después de un parto vaginal, al intentar practicar el alumbramiento artificial manual, por retención total o parcial de

la placenta ⁽⁷⁾. La Sociedad Internacional para la Placenta Anormalmente Invasiva (SIPAI) describe que se puede llegar al diagnóstico clínico del EPA **focal o parcial y total**.

- **Focal o parcial:** cuando durante la exploración manual de la placenta, se reconoce una zona placentaria firmemente adherida.
- **Total:** se establece cuando no se logra identificar un plano de separación entre el borde placentario y el útero.

SIPAI propone un sistema de clasificación clínica para evaluar la gravedad de EPA al momento de realizar la cesárea, de acuerdo con los siguientes parámetros: resistencia de la placenta para su separación, apariencia de la serosa uterina, invasión a la vejiga u otro órgano ⁽⁸⁾.

El diagnóstico definitivo de EPA se da a través del estudio *histopatológico*. Sin embargo, la muestra tomada por medio del alumbramiento manual no es sencillo de diagnosticar por la distorsión de la arquitectura placentaria, a menos que se proceda con histerectomía y se envíe dicha pieza a estudio *anatomopatológico* ⁽³²⁾.

La FIGO con su nuevo sistema de clasificación para el diagnóstico clínico de EPA, tiene por finalidad uniformizar datos en los futuros informes internacionales sobre placenta acreta ⁽³⁵⁾.

<p style="text-align: center;">ACRETA O GRADO I</p>	<p>Criterio clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Laparotomía: útero sin distensión obvia sobre el lecho placentario. ➤ En parto vaginal: sin separación con oxitocina y/o tracción controlada del cordón. ➤ Extracción manual: sangrado abundante que requiere procedimiento hemostáticos mecánicos o quirúrgicos. <p>Criterio histológico: ausencia de decidua entre tejido veloso y el miometrio con vellosidades unidas directamente al miometrio superficial.</p>
<p style="text-align: center;">INCRETA O GRADO II</p>	<p>Criterio clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Laparotomía: anomalía sobre el lecho placentario; útero con coloración azulada/purpura, distensión (abultamiento placentario). ➤ Hipervascularidad significativa en serosa uterina. ➤ Tracción suave de cordón hace que el útero sea empujado hacia dentro sin separación de la placenta (signo de hoyuelo). <p>Criterio histológico: tejido uterino con vellosidades dentro de las fibras musculares.</p>
<p style="text-align: center;">PERCRETA O GRADO III</p>	<p>GRADO IIIA: limitado a la serosa uterina.</p> <p>Criterio clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Laparotomía: útero con coloración azulada/purpura, distensión (abultamiento placentario). ➤ Hipervascularidad significativa en la superficie serosa uterina (como arriba). ➤ Tejido placentario invade la superficie del útero. ➤ No hay invasión en ningún otro órgano. <p>Criterio histológico: tejido veloso dentro o que se rompe la serosa uterina.</p> <hr/> <p>GRADO IIIB: con invasión de vejiga.</p> <p>Criterio clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vellosidades placentarias invaden vejiga, pero no otros órganos. ➤ No se identifica plano quirúrgico claro entre vejiga y útero. <p>Criterio histológico: útero muestra tejido veloso que rompe la serosa uterina e invade el tejido de la pared de la vejiga.</p> <hr/> <p>GRADO IIIC: con invasión de otros tejidos /órganos pélvicos.</p> <p>Criterio clínico: vellosidades invaden el ligamento ancho, la pared de vejiga, la pared lateral pélvica u otro órgano pélvico, (con o sin invasión de la vejiga).</p> <p>Criterios histológicos: tejido veloso que rompe la serosa uterina e invade tejidos u órganos pélvicos (con o sin invasión de vejiga).</p>

Tabla 1 clasificación general para el diagnóstico clínico de EPA según FIGO ⁽³²⁾.

1.4.4 TRATAMIENTO, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

La única vía de parto posible ante esta patología es la cesárea, según los diferentes estudios hallados la interrupción del embarazo sigue en discusión

y según las guías del Instituto Nacional Materno Perinatal se debe individualizar según el caso clínico. Algunos sugieren tener una planificación de cesárea entre las 34 a 35 semanas de gestación, y otros por el riesgo de hemorragia masiva recomiendan después de las 36 semanas ^(9,12,14). Estos casos deben ser tratados en centros de mayor capacidad para manejar la complicación materno neonatal ^(15,32), informando previamente a toda paciente con sospecha de EPA sobre sus posibles complicaciones, y secuelas: hemorragia, transfusión sanguínea, cistectomía post cesárea, y la necesidad de atención en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

El manejo de EPA va a depender del diagnóstico precoz por medio del control prenatal, si hubiera anemia se corrige la anemia ferropénica, se administran corticoides prenatales entre las 23 a 34 semanas, evitar el examen pélvico, evitar actividad sexual, reposo materno, preparar a la paciente con todos los prequirúrgicos y hospitalizar para la programación.

En el pasado el *tratamiento conservador* incluía la extracción manual de tanta placenta como fuera posible seguida del taponamiento del útero, pero no tuvo éxito debido al fallecimiento por hemorragias masivas ^(7,11,34). En la actualidad en mujeres jóvenes que deseen conservar su fertilidad no se intentan maniobras para extraer la placenta; por el contrario, se lleva a cabo la exéresis parcial de las zonas de placenta no adherida para minimizar su tamaño (excepto en casos de placenta percreta) para lo cual previamente se debe realizar ligadura de arterias hipogástricas y cumplir ciertos requisitos como estar hemodinámicamente estable, no presentar sangrado profuso ni

coagulación intravascular diseminada inicial ⁽³⁶⁾. Se han descritos varias situaciones donde ni la administración de metotrexato ni la embolización selectiva de arterias (uterinas o hipogástricas) ha demostrado disminuir el riesgo de terminar con una histerectomía, por lo que no se recomienda su administración de rutina. En algunos casos la placenta se reabsorbe de forma espontánea y en otros usan uterotónicos, anticoagulantes para el control de sangrado y el uso de antibióticos en post operatorio para evitar infecciones ^(11,13,36).

El **tratamiento quirúrgico** estándar y aceptado universalmente es la histerectomía en un 80% para cualquier tipo de EPA, especialmente en su forma invasiva ^(15,32,34). El abordaje quirúrgico preferido por la mayoría de los estudios es la histerectomía posterior a la cesárea. Se practica inmediatamente producido el nacimiento, sin tocar la placenta, y se continua con la histerorrafia, para enseguida realizar histerectomía. ^(11,32,34,36) Algunos tipos de abordaje quirúrgico descritas por la FIGO son: la histerectomía radical retrograda, el uso del dispositivo de engrapadora para histerotomía, y el uso de dispositivos para sellar vasos sanguíneos en histerectomía periparto. ⁽¹⁵⁾.

La evolución y pronóstico: la evolución suele ser favorable durante el cuidado post quirúrgico; en caso de no presentar complicaciones la paciente pasará a recuperación y después a unidad de cuidados intermedios para monitoreo ^(13,36). En caso de inestabilidad hemodinámica, la paciente pasará a UCI ⁽¹²⁾. El seguimiento se debe realizar por ultrasonido complementado con pruebas de β -hcg cada semana ^(19,36).

II. CAPÍTULO

2.1. OBJETIVOS

2.1.1 OBJETIVO GENERAL

Abordaje y manejo adecuado para el acretismo en multigesta cesárea iterativa, con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.

2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer las causas que conducen a terminar gestación en multigesta cesárea interactiva con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino.
- Revisión de las principales complicaciones materno-perinatales en el tratamiento de acretismo placentario en multigesta cesárea iterativa con amenaza de parto pretérmino.

2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- Apellidos: xx
- Edad: 32 años
- Dirección: los pinos Manzana A – Lote 8
- Ocupación: doméstica

- Nivel de educación: 2° de secundaria
 - Situación familiar: conviviente
 - Departamento: Lima, provincia de Barranca, distrito de Pativilca
- ✓ **ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:** G: 4 P: 3003
- Mayor peso fetal anterior: 4200gr
 - Ecografía: 9ss (23 – 03 – 2018)
 - Última menstruación: 23 – 01 – 2018 y FPP: 30 – 10 – 2018
 - Número de control prenatal: 4
- ✓ **ANTECEDENTES FAMILIARES:** madre con diabetes, niega otros.
- ✓ **ANTECEDENTES PERSONALES:** cirugía pélvica uterina (3 veces cesárea, la última en el 2015), hemorragia postparto, prematuridad, violencia de género: positivo (23 – 3 – 2018).
- ✓ **ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS:** Peso habitual: 58.4kg, Talla: 1.50m, inicio de relaciones sexuales: no registra, uso anticonceptivo: niega.

B. INGRESO A EMERGENCIA DE GINECO OBSTETRICIA

El día 03/07/2018 a las 12: 44 horas, acompañada por su cónyuge.

- ✓ **MOTIVO DE ATENCIÓN:** refiere pérdida de líquido amniótico de +/- 02 días, dolor, contracciones uterinas, niega sangrado por vía vaginal y percibe movimiento fetal.
- ✓ **SIGNOS VITALES:** temperatura corporal: 37.4°C, tensión arterial: 90/40mmhg, latidos cardiacos: 89x', respiraciones: 19x'.
- Peso: 60 kilos, Talla: 1.48mt, aumento de peso 1 kilo y 600 gramos.

- ✓ **DATOS IMPORTANTES:** vacunas antitetánicas: 2 dosis previas, tipo de sangre: O+, hemoglobina: 9.2 mg/dl, prueba rápida de sífilis: no reactivo, VIH rápido: no reactivo, desde (23 – 3 - 2018)
- ✓ **EXAMEN FÍSICO GENERAL:**
 - Aparato cardiovascular: no registra
 - Aparato respiratorio: no registra
 - Aparato urinario: puño percusión lumbar negativo
 - Abdomen: no registra
 - Extremidades: no registra
- ✓ **EXAMEN GINECOLÓGICO:**
 - Genitales externos: normal
 - Vagina: líquido claro
 - Cérvix: central, con presencia de membranas.
 - Útero: grávido
 - Anexos: no registra
 - Especuloscopia: se aprecia membranas que protruyen por orificio cervical externo +/- 1 cm dilatación.
- ✓ **EXAMEN OBSTETRICO:**
 - Medición de altura uterina: 23 centímetros
 - Frecuencia cardiaca fetal: 130 latidos por minuto
 - Dinámica uterina: esporádica
 - Tacto vaginal: diferido
 - Líquido amniótico: claro en poca cantidad
- ✓ **IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

- Multigesta de 23.3/7 semanas por ecografía de I trimestre
- Amenaza de parto inmaduro
- Anemia moderada
- Descartar rotura prematura de membranas alta
- Alto riesgo obstétrico por cesárea anterior 3 veces

✓ **TRATAMIENTO:**

- Suero salino 0.9 % 1 000 (600cc a chorro) luego a goteo lento.
- Hioscina 20mg endovenoso (EV) en stat.
- Nifedipino 10mg vía oral c/20min por 4 dosis.
- Ampicilina 1gr endovenoso (EV) c/8horas.
- Eritromicina 500mg vía oral (VO) c/6horas.

C. HOSPITALIZACIÓN EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

Resultados de exámenes de laboratorio, del 3/7/2018 a las 14:35 horas.

LABORATORIOS	RESULTADOS 3/7/2018
Hb	9.8 g/dl
Leucocitos	8 070
Plaquetas	221 000
TC-TS-TP-TTP	5'30"-1'30"-12.9"-23.8"
Grupo y Factor	O positivo
Glucosa	66 mg/dl
Urea	12 mg/dl
Creatinina	0.6 mg/dl
VIH y RPR	No Reactivos
Test de hehecho☐	Negativo☐
Examen de orina☐	0-2 leucocitos x campo☐

✓ **EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA:**

Signos vitales: temperatura corporal: 36.6°C, presión sanguínea: 90/50mmhg, latidos cardiacos: 89x', respiraciones: 22x'

Al examen: orientada en las 03 esferas (tiempo, espacio y persona)

Mamas: blandas asimétricas.

Abdomen: blando depresible, 136 latido fetal por minuto, movimiento fetal (+), contracciones uterinas esporádicas a la palpación.

Genitales externos: líquido amniótico en poca cantidad en paño de control, sangrado ausente y no tacto vaginal.

Miembros inferiores: sin edemas.

Médico de turno indica suspender la administración de hioscina e iniciar tocólisis de ataque con la administración de nifedipino 10mg VO cada 20 minutos por 3 dosis. Se inicia ampicilina 1gr EV y luego eritromicina 500mg VO. Al cambio de turno, médico de guardia acude al servicio evalúa a paciente, y realiza ecografía en el servicio de unidad de bienestar fetal, donde se describen los siguientes hallazgos:

- 1) Gestación única activa de 23. 3/7 semanas por bienestar fetal
- 2) Placenta grado I/III de inserción baja con pared uterina adelgazado 0.4mm
- 3) Vasos radiales y arcuatos, impregnados a pared uterina que llegan a vejiga.
- 4) Orificio cervical interno y externo, dilatado a 24mm.

EVOLUCIÓN MÉDICA NOCTURNA (21: 30 horas): se adiciona el diagnóstico de acretismo placentario tras el informe de la ecografía obstétrica (descrita en el párrafo anterior), se informa a la pareja de los hallazgos y la posibilidad de histerectomía en caso se desencadene en parto inmaduro. Paciente

presenta dinámica uterina: frecuencia de 1/10 minutos, duración 20", intensidad (+). Médico de turno indica administrar segundo curso de nifedipino 10mg VO cada 20 minutos por 3 dosis. A las 7: 45 horas del 04/07, se encuentra funciones vitales inestables, temperatura 37.4°C, presión arterial 80/50mmhg, frecuencia cardíaca 102x' y respiración de 20x'.

❖ **DÍA DOS DE HOSPITALIZACIÓN:**

- ✓ **EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA:** (fecha 4/7/18 a las 8: 000 horas) paciente asintomática en reposo absoluto, percibe movimientos fetales frecuentes.

Al examen: LOTEPE

Abdomen: latido cardíaco fetal 143 por minuto, contracciones uterinas esporádicas a la palpación.

Genitales externos: no se evidencia pérdida de sangrado vaginal ni pérdida de líquido amniótico en paño de control; valsalva (-), tacto vaginal: diferido.

VISITA MÉDICA (fecha: 4/7/2018 y horas: 10:00am): ginecólogo de turno evalúa a gestante y describe que no se evidencia pérdida de líquido y que la dinámica uterina está ausente, cita una ecografía realizada el (06/06/18) donde se menciona placenta fúndica anterior. Replantea los diagnósticos y no considera acretismo placentario. Dejando indicaciones con los mismos medicamentos más vigilancia obstétrica.

Funciones vitales por la tarde: temperatura 37.2°C, presión arterial 110/50mmhg, frecuencia cardíaca 120x' y respiratoria 28x'. Se le comunica a médico de turno, quien indica control de hemograma para las 5: 00 am. y continuar con monitoreo

materno fetal y control de funciones vitales en hoja aparte. Durante la noche gestante descansa asintomática, aparentemente tranquila.

LABORATORIOS	RESULTADOS 4/7/2018
Hemoglobina	9.3 g/dl
Leucocitos	7 051
Plaquetas	228 000

A las 06:05 horas del 05/07 paciente refiere opresión en el pecho. Se controlan signos vitales: temperatura corporal 37°C, tensión arterial 80/40mmhg, frecuencia cardiaca 107x'y respiración 22x. Se comunican a medico de turno quien indica colocar oxígeno a 4 litros por minuto, administran CNa9% (500cc a chorro), solicitan proteína C reactiva, Velocidad de sedimentación globular, creatinina, transaminasa glutámica oxalacética, transaminasa pirúvica y seguir controlando funciones vitales.

LABORATORIOS	RESULTADOS 5/7/2018
Proteína C reactiva	48 mg/l
Velocidad de S G	80 mm/h
Creatinina	1.15mg/dl
TGO-TGP	187 -127 u/l

- ❖ **DÍA TRES DE HOSPITALIZACIÓN:** visita médica (fecha: 5/7/2018 y hora: 6:10 am): ginecólogo de turno plantea junta médica para solicitar opiniones acerca del hallazgo ecográfico que menciona acretismo placentario.

JUNTA DE MÉDICOS: en presencia de 3 ginecólogos, paciente es evaluada en sala de ecografía y en opinión conjunta se encuentran signos compatibles de acretismo placentario, además de gran protrusión de las membranas al canal vaginal con dilatación del orificio cervical interno de +/- 3 cm.

JUNTA MÉDICA CONCLUYE: terminar gestación vía alta con posibilidad de histerectomía, con ayuda del cirujano general al no contar con urólogo. Se comunica a familiares y paciente. Se cursan interconsultas a Unidad de Cuidados Intensivos, Neonatología, se realizan pruebas cruzadas para transfusiones sanguíneas.

➤ **DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS:**

- Gestante 23 5/7 ss por ultrasonido
- Amenaza de Parto Inmaduro
- RPM prolongado
- Acretismo placentario
- Cesárea anterior 3 veces
- Descartar corioamnionitis.

- ✓ **EVOLUCION OBSTÉTRICA**: (fecha 5/7/18 a las 8: 00 horas) paciente con vía permeable salinizada, en posición semifowler con oxígeno a 4 litros y cánula binasal. Conectada a monitor de funciones vitales con presión arterial: 80/40mmhg, pulso: 110x', respiración: 22x'. Paciente pálida, quejumbrosa, refiere dolor en abdomen por momentos.

Al examen: LOTEPE

Abdomen: altura uterina 23 cm, en presentación cefálico, con 132 latidos fetal por minuto, dinámica uterina ausente a la palpación.

Genitales externos: tacto vaginal restringido; no se observa pérdida de líquido amniótico ni sangrado en paño de control.

Obstetra de turno sugiere a médico de guardia considerar sepsis por sospecha de corioamnionitis, debido a la clínica reflejada en gestante: taquicardia materna, hipotensión arterial y respiración mayor de 20x'. Además de resultados de laboratorio: proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular. Paciente es preparada para sala de operaciones a las 9: 20 horas, al momento con funciones vitales inestables. Médico pediatra responde interconsulta: estado fetal no es compatible con la vida a esa edad gestacional. Médico anestesiólogo y médico intensivista responden interconsulta para completar riesgo quirúrgico. Y a las 12: 00 horas, paciente es trasladada a sala de operaciones.

D. INGRESO A SALA DE OPERACIONES

Fecha: 5/7/2018 (Hora de inicio: 12: 20 y hora de término: 17:30.

Diagnóstico preoperatorio: multigesta de 23 semanas, amenaza de parto inmaduro, RPM prolongado, y acretismo placentario.

Procedimiento quirúrgico: cesárea segmentaria trasversa más histerectomía total.

Informe operatorio: extracción de feto sexo femenino, APGAR 1 al minuto y 1 a los 5 minutos. En el abordaje de cavidad uterina, placenta patológica, adelgazada de inserción baja con vasos arcuatos que invaden hasta vejiga, se evidencia sangrado masivo al intento de extraer parte de la placenta, se pinzan arterias uterinas y se procede a realizar histerectomía total.

Diagnóstico post operatorio: mismos diagnósticos del preoperatorio más adherencias de vasos uterinos, placenta percreta, y hemorragia aguda.

Paciente permanece en unidad de recuperación post anestesia con transfusión de paquetes globulares e inician trámites de referencia a diferentes hospitales de tercer nivel, pero los resultados fueron negativos. A las 22:30 horas en el hospital de Barranca se realiza nueva junta médica conformada por dos ginecólogos, cirujano general, intensivista y anestesiólogo. Ante el mal estado general de la paciente (con shock hipovolémico, falla renal, encefalopatía, acidosis metabólica severa), con evolución tórpida y con evidencia de distensión abdominal, se recomienda **laparotomía exploratoria** para intentar detener el posible sangrado intraabdominal. Ingresaron a cirugía de rescate: dos ginecólogos y el cirujano general. Se inicia la intervención a las 23:00 horas, y termina a las 23:50 horas. En los hallazgos no se encuentran vasos sangrantes activos, sino sangrado en capa abdominal, procediéndose a realizar taponamiento de cavidad, y al momento de cerrar pared abdominal paciente entra en paro cardíaco y es declarada occisa a la 00:10 horas del día 06/07/18

2.3. DISCUSIÓN

La incidencia de EPA a nivel mundial se ubica en 0.07% (RIC 0.05 - 0.16) según un reciente metaanálisis del 2019 ⁽³⁸⁾. Sin embargo, en dicha revisión se especifica que existió alta heterogeneidad entre los estudios incluidos (07 prospectivos y 13 retrospectivos) debido a que no todos reportaban los hallazgos intraoperatorios y/o histopatológicos. Debido a esta problemática se reporta una baja incidencia de EPA, mientras esta patología va aumentando con relación al incremento del número de

cesáreas afectando a nivel mundial la salud materna, y probablemente aumentando su prevalencia con el tiempo ^(4,26,29).

Según las bases teóricas internacionales y nacionales, se describen dos tipos de abordaje: el manejo conservador o expectante y el quirúrgico; sin embargo, el abordaje del EPA para la ACOG es quirúrgico en todas sus formas ⁽³¹⁾. Otros estudios indican que el tratamiento debe ser individualizado, de tal manera que se realice una intervención planificada o, en caso de presentarse como una emergencia obstétrica, se utilice las técnicas quirúrgicas más adecuadas ^(15,19,36).

La FIGO con la finalidad de disminuir la morbimortalidad materna y el daño no intensional a nivel del tracto urinario, ha modificado el abordaje quirúrgico con nuevas técnicas y métodos preoperatorios, sin embargo, para Véliz F. no encuentran argumentos suficientes para reemplazar las técnicas quirúrgicas más conservadoras por las nuevas técnicas quirúrgicas debido a que son útiles en casos específicos y manejados por equipos interdisciplinarios ⁽¹⁵⁾. Según Meneses A. el tratamiento quirúrgico como la histerectomía subtotal, junto a la oclusión de arterias uterinas es una alternativa más segura para abordar el acretismo placentario ⁽¹³⁾. Y otros estudios recomiendan ligadura de arterias uterinas, con el fin de reducir el sangrado uterino, el tiempo quirúrgico, los resultados adversos como trastornos de la coagulación y el número de unidades de hemoderivados a transfundir. El tratamiento conservador es exitoso en 15 a 30% de los casos de acretismo placentario focal, mas no en sus formas más invasivas ^(12,13,26,36). A pesar de las nuevas técnicas quirúrgicas, el abordaje del EPA es complejo y no está exento de presentar complicaciones maternas debido al gran compromiso de tejido circundante, como son el shock hipovolémico por las grandes pérdidas de sangre,

compromiso multiorgánico de manera directa, complicaciones posquirúrgicas durante su evolución y hasta la muerte materna ^(13,15,17,26). Y así también entre las complicaciones perinatales se asocia al aumento de parto prematuro, bajo peso al nacer y muerte perinatal como en este caso ^(12,23,28).

Esta patología exige y compromete a los ginecólogos y obstetras a desarrollar habilidades a poner en práctica su experiencia, siendo necesario profundizar en el tema para el abordaje de manera individual durante el control prenatal para un diagnóstico predictivo y preventivo en imágenes ^(3,13,36). Además, asociarlo a los factores de riesgo, como en este caso fueron la paridad, las cesáreas anteriores, el periodo intergenésico corto, los antecedentes de prematuridad. Para Yasseen Iii y Col. indica que un parto por cesárea en una gestación anterior presenta una asociación a mayor riesgo de parto pretérmino ⁽²⁰⁾, para Cotrina M. una cesárea anterior es un factor de riesgo para el EPA ⁽²⁹⁾. El antecedente de parto pretérmino, el periodo intergenésico corto y la longitud cervical corta son la causa para un parto espontáneo ⁽²⁷⁾ y para Contretas M. la RPM prolongada es un elemento de riesgo relacionado a culminar el embarazo por cesárea ⁽²⁸⁾.

En el caso discutido líneas más arriba, de los factores de riesgo señalados le sumamos el diagnóstico de APP Y RPM prolongado, que fueron los que llevaron a la emergencia a gestante, y empeoró el manejo. Sin embargo, hay que mencionar que el tratamiento ginecológico para APP no fue el más adecuado, porque se utilizó hioscina en primera instancia considerando un dolor abdominal y no dolor por contracciones. Luego se manejó con tocolíticos, uso muy controversial por el límite de viabilidad fetal (<24SS), y por la sospecha de corioamnionitis clínica, resaltando que la importancia de utilizar uteroinhibidores es la de brindar maduración

pulmonar y neuroprotección al feto ^(25,35). También hay que mencionar que paciente refirió tener RPM prolongado, aunque no se confirmó por examen (test de hehecho), recibió tratamiento con antibióticos de manera profiláctica, el cual debió ser de amplio espectro considerando la infección en membranas ^(33,36). Se sabe que el tratamiento de una APP en gestaciones menores de 22 a 24 semanas tiene poca posibilidad de éxito, y el tratamiento no disminuye la frecuencia del parto pre termino, y en casos de corioamnionitis el tratamiento es antibioticoterapia, terminar gestación y resolver las complicaciones ⁽¹⁰⁾.

Por lo tanto, el antecedente de una o más cesáreas en una nueva gestación está asociada a complicaciones materno-perinatales ^(13,15,23), motivo por el que se debe optimizar el manejo y estandarizar el enfoque para una atención multidisciplinaria de estos casos, así como disminuir el índice de cesáreas en el Perú.

2.4. CONCLUSIONES

El EPA se produce de manera inesperada en más 50% durante la operación de una cesárea de urgencia por otra causa ⁽²⁶⁾. El caso de multigesta cesárea iterativa con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino y acretismo placentario es infrecuente en el Hospital de Barranca (nivel II), siendo su manejo un gran desafío para el personal de salud. A través del diagnóstico precoz en el control prenatal debió ser referido oportunamente a un centro de mayor complejidad para una cesárea programada o de emergencia, conformado por un cirujano gineco-obstetra experimentado, y otros especialistas (anestesiólogo, urólogo, gineco-oncólogo, intensivista, radiólogo intervencionista y neonatólogo) disponibles las 24 horas, con centro quirúrgico y con banco de sangre. ^(11, 13, 34).

También se reconocen que las patologías como la APP, y la corioamnionitis por clínica sumado a los factores de riesgo de la paciente condujeron a los ginecólogos a terminar la gestación antes de la edad gestacional recomendada por la ACOG y las guías de práctica clínica del INMP ^(31,36), siendo la única vía del parto la cesárea más histerectomía.

Según los estudios mencionados las cirugías para EPA se suelen complicar en el proceso quirúrgico o post quirúrgico causando principalmente la morbi-mortalidad materna, mayor índice de histerectomía, prematuridad, bajo peso al nacer y muerte perinatal en casos aislados como este. Es de suma importancia que como profesionales de salud debemos esforzarnos en reducir el índice de cesárea innecesarias ya que pueden disminuir las tasas de EPA, así como también el riesgo de parto pretérmino, hemorragias en embarazos posteriores ^(27,28).

2.5. RECOMENDACIONES

- ✓ Sensibilizar al personal de salud de la Red Barranca Cajatambo, especialmente a los ginecólogos, para que valoren la exposición y los beneficios de una cesárea, ya sea electiva o de emergencia.
- ✓ Los responsables en realizar el control prenatal del Hospital de Barranca deben mejorar en el reconocimiento de los factores de riesgo y antecedentes obstétricos más relevantes para EPA, además de reforzar la consejería en gestantes sobre las reales indicaciones para una cesárea y sus complicaciones a corto y largo plazo.

- ✓ Realizar tamizaje mediante ecografía obstétrica a gestantes con factores de riesgo para EPA entre la semana 18 - 20 del embarazo, para el diagnóstico temprano y así planear un abordaje óptimo.
- ✓ El Ministerio de Salud debe realizar nuevas guías y protocolos, capacitar al personal de salud, mejorar el sistema de referencias, para el manejo de emergencias obstétricas, así como también equipar y ampliar la capacidad resolutiva del hospital de Barranca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Propensión de la mortalidad materna: 2000 - 2020. Evaluación de OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del banco mundial y UNDESA/division de población. Febrero 2023
2. Mortalidad materna sigue incrementando en el Perú. Situación covid-19 un llamado a la acción [internet]. Alerta N°1-2021-SC/ GT Salud-MCLCP. Lima, abril 2021
3. Análisis y situación de salud. MINSA - CDC. Boletín epidemiológico del Perú. Diciembre 2019; vol 28, semana 52
4. INEI. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2021. Salud materna. Nacimientos por cesárea. (Cap 7-Pag 166)
5. Barrena Neyra M, Quispe Saravia I, Flores Noriega M, León Rabanal C. Periodicidad y prescripción del parto vía cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. Rev Peru Ginecol Obstet.2020 Abr; 66(2)
6. Hospital de Barranca. Portal institucional: Barranca. Plan operativo institucional; 2022 (Pag 37-38).
7. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia: Cap 8, pag 233-236. Buenos Aires: El ateneo, 2005
8. Eric Jauniaux et al. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2019 jul.
9. Pacheco Romero J. Manual de Obstetricia (Cap 27, pag 291-296). 7 ed. Lima: Fondo editorial de la UNMSM/Facultad de Medicina, 2022.
10. Ochoa A, Pérez Dettoma J. Amenaza de parto pretérmino. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Anales Sis San Navarra 2009; 32(Suppl 1): 105-119.
11. Garita Mendez E, Angulo Moya L, Salas Morgan J. Acretismo placentario: revisión bibliográfica. Revista ciencia y salud. 2022 abr; 390(6): 39-48.
12. Casale R, Pretti R, Francé F, Pascale J, Sar J, Mónaco A, conducción del acretismo placentario en hospitales de alta complejidad. Pren Med Argent. 2017; 103(2):63-74
13. Meneses-Parra AL, Niño-Gonzales J, Garcia Riaño DA. informe de caso clínico sobre placenta percreta con previa embolización de vasos anormales. Rev Fac Med. 2021; 29(1): 97-104

14. Fajardo L, Ordoñez G, Villaverde W, Ordoñez D. Acretismo placentario y rotura prematura de membranas. *Obstetricia teórica*. Ecuador: universidad técnica de Machala; 2021:2022.
15. Véliz F, Núñez A, Selman A. Acretismo placentario: valoración emergente. Manejo quirúrgico no conservador. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018 nov; 83(5): 513-526.
16. Flores-Rosas EM, Blancas-Camacho DE, Casillas-Barrera M, Solórzano-Aguilar M, Hernández-Hernández VY, Ramírez-Urbe RD. Relato de caso de acretismo placentario en el primer trimestre del embarazo como causa de choque hipovolémico. *Ginecol Obstet Méx*. 2021; 89(11): 913-917.
17. García-de la Torre JI, González-Cantú G, Rodríguez-Valdéz A, Mujica-Torres A, Villa-Ponce D, Aguilar-Zamudio J. Abordaje predictivo y preventivo de hemorragia obstétrica en el acretismo placentario. *Ginecol Obstet Méx*. 2018; 86(6): 357-367.
18. Vinograd A, Wainstock T, Mazor M, Beer-Weisel R, Klaitman V, Dukler D, Hamou B, Novack L, Ben-Shalom Tirosh N, Vinograd O, Erez O. Placenta accreta is an independent risk factor for late pre-term birth and perinatal mortality. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2015 Aug;28(12):1381-7
19. Cometa MA, Wasilko SM, Wendling AL. Concurrent intraoperative uterine rupture and placenta accreta. *Rom J Anaesth Intensive Care*. 2018 Apr;25(1):83-85
20. Yasseen Iii AS, Bassil K, Sprague A, Urquia M, Maguire JL. Late preterm birth, and previous cesarean section: a population-based cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2019 jul;32(14):2400-2407
21. Fernández-Lara JA, Toro-Ortiz JC, Martínez-Trejo Z, De la Maza-Labastida S, Villegas-Arias MA. número de hemorragia, histerectomía obstétrica y muerte materna relacionada. *Ginecol Obstet Mex*. 2017 abr; 52(4): 247-253.
22. World Health Organization: WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. [internet]. WHO. ISBN: 978 92 4 155033 8 [updated 2018 oct 11; cited 2022 jun].
23. Silva Mansilla MC. Cesárea previa vinculado a complicaciones materno-neonatales en gestantes atendidas en el hospital de vitarte [tesis]. Lima-Perú: universidad Ricardo Palma; 2019.
24. Córdoba R, Santillán A, Suetta D, Fabiano P, Senyk G, Baumberger V, Arias N, Poncelas M, Arguello J. Experiencia del espectro de placenta accreta en el servicio de obstetricia del hospital Argerich. *Revista FASGO*. 2021 nov; 20(3): 11-20.

25. Iza Quieta, L. L., & Bustillos Solórzano, M. E. (2022). Predicción, prevención y conducción sobre amenaza de parto prematuro. *RECIMUNDO*, 6(3), 393-408.
26. Ramírez Cabrera JO, Zapata Díaz BM, Díaz Lajo VH, Catari Soto KD, Flores Valverde M, et al. Experiencia del espectro de placenta acreta en un hospital peruano. *Rev Peru Ginecol Obstet.* enero de 2020;66(1):13-8.
27. Ayala Peralta FD, Gonzales-Medina C, Minaya León P, Mejico Caja M, Morales Alvarado S, Valdivieso Oliva V, Reyes Serrano BN, Moreno Reyes KF. Elementos de riesgo para parto pretérmino inesperado según prematuridad. *Rev Peru Investig Matern Perinat* 2022;11(1): 18-25
28. Contreras Masías LG, elementos ligados a la realización de cesárea en gestantes con ruptura prematura de membranas en un hospital del cusco, 2019. Cusco, marzo del 2020. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.
29. Cotrina Cardenas MP, variables vinculadas al acretismo placentario en el instituto nacional materno perinatal - maternidad de lima. 2015 – 2016. Lima, Perú 2019. Universidad de San Martin de Porres.
30. RM 251-2019. Ministerio de salud. Perú.
31. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetric Care Consensus. Placenta accreta spectrum. December 2018; 132(6)
32. Ramírez Cabrera Juan Orestes, Zapata Díaz Betsy Micol. Espectro de placenta acreta. *Rev. Peru. Ginecol. Obstet.* 2020;66(1):49-55.
33. Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Ministerio de salud. 2007. Perú. Pag 75-81
34. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia: capítulo 25-35, pag 555-780. Mexico: Mc Graw Hill, 2011
35. Leonardo M, Votta R, Nores José, Santiago O. Rotura prematura de membranas. Consenso FASGO XXXIII, septiembre del 2018. Córdoba.
36. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Instituto materno perinatal. Julio 2018. Perú. Pag 46, 118 y 236
37. Reyes-Sepúlveda Heriberto, Soto-Fuenzalida Gonzalo Andrés, Pérez-Rodríguez Reyes Amador, Sepúlveda-Malec Ricardo, García-Rodríguez Carlos, García-Rodríguez Luis Fernando et al. Terapéutica multidisciplinario de pacientes con acretismo placentario. *Ginecol. obstet.* Méx. 2019: 726-733.

38. Jauniaux E, Grønbeck L, Bunce C, Langhoff-Roos J, Collins SL. Epidemiology of placenta previa accreta: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019 nov 12;9(11): e031193.
39. Agustin Conde-Agudelo et al. Management of Clínicl Choriamnionitis: An Evidence-Based Approach. *Am J. Obstet Gynecol*. 2020 Dec; 223(6):848-869.