



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**“FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR ACRETISMO
PLACENTARIO EN UNA GESTANTE ATENDIDA EN UN
HOSPITAL NIVEL IV ESSALUD LIMA 2017”**

PRESENTADO POR:

GODOY PALOMINO MILKA HORTENSIA

ASESORA:

MG. PIERINA CÁCERES CAVALLO

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

MOQUEGUA – PERÚ

2018

RESUMEN

La placenta viene a ser un órgano bastante complejo el cual se encarga de generar la secreción de hormonas y enzimas, además de realizar la transmisión de productos metabólicos y de nutrientes, actuando como interfaz de inmunología entre el feto y la madre. Formándose desde las primeras semanas de la gestación, logrando su inserción al útero mediante las vellosidades coriales, su adecuada inserción permite un adecuado desarrollo de la gestación (1)

El acretismo placentario, es la implantación irregular de la placenta el cual facilita que las vellosidades coriales se inserten en el miometrio, esto como efecto correlativo de la ausencia o deficiencia de la decidua basal. Por ello la morbilidad materna se incrementa de forma considerable en una relación de 1 caso en cada 2500 nacimientos. Estadísticamente es notable la frecuencia con la que se dan los casos de acretismo placentario debido al incremento de la práctica de cesáreas además de la edad materna.

Noguera F. et al, mencionan lo manifestado por la Organización Mundial de la Salud quienes califican el acretismo placentario como una nueva pandemia la cual se relaciona en forma directa a aquellas pacientes que han tenido dos o más cesáreas, convirtiéndose en una alteración catastrófica en la obstetricia moderna (2).

Objetivo: Identificar los factores de riesgo para desarrollar acretismo placentario, en una gestante atendida en un Hospital de IV Nivel de EsSalud – 2017.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, mediante la metodología de la revisión de la historia clínica y análisis del caso de acretismo placentario en una gestante atendida en un Hospital de IV Nivel de EsSalud – 2017.

Resultado: Se identificó como factores de riesgo para desarrollo de acretismo placentario, la edad avanzada, multiparidad, el antecedente de cesáreas anteriores, placenta previa y antecedente de legrado uterino.

Conclusión: La identificación oportuna de los factores de riesgo para desarrollar acretismo placentario permitirá realizar el manejo oportuno y evitar complicaciones derivadas de esta patología.

Palabras Claves: Acretismo placentario, factores de riesgo, embarazo.

INDICE

Página del Jurado.....	<i>i</i>
Dedicatoria.....	<i>ii</i>
Agradecimiento.....	<i>iii</i>
Resumen	<i>iv</i>
INDICE.....	<i>vi</i>
CAPÍTULO I	1
Problema de la Investigación.....	1
1.1 Descripción del problema.....	1
1.2 Justificación	2
1.3 Marco Teórico.....	3
1.3.1 Antecedentes	3
a. Internacionales	3
b. Nacionales.....	6
1.3.2 Base Teórica	9
Definición.....	9
Incidencia.....	9
Etiología.....	9
Factores de riesgo	10
Clasificación.	12
Cuadro clínico	¡Error! Marcador no definido.
Diagnóstico anteparto.....	13
Diagnóstico intraparto.....	14
Exámenes complementarios	14
Diagnóstico diferencial	17

Manejo y tratamiento.....	17
CAPÍTULO II.....	21
CASO CLÍNICO.....	21
2.1 Objetivos.....	211
Objetivo General.....	21
Objetivos Específicos.....	21
2.2 Historia Clínica.....	22
a) Anamnesis.....	
222	
b) Enfermedad actual.....	23
c) Exploración física.....	23
d) Pruebas complementarias.....	25
e) Diagnóstico de ingreso.....	27
f) Evolución y tratamiento.....	27
g) Epicrisis.....	55
2.3 DISCUSIÓN.....	5656
2.4 Conclusiones.....	5757
2.5	
Recomendaciones.....	58
58	
BIBLIOGRAFÍA.....	60

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema.

Noguera F. et al, refieren que la placenta acreta es el resultado de la adherencia anormal de una parte o la totalidad de la placenta en las capas del útero, con diversos grados invasivos; siendo histopatológicamente peculiar la falta total o una porción de decidua basal (2).

Es de conocimiento que el caso clínico a tratar es un inconveniente de la salud pública, porque la incidencia de esta patología está en aumento por el incremento de la tasa de cesáreas. El diagnóstico final se da por el resultado de la histopatología, aunque últimamente se realiza por medio de la ultrasonografía y la resonancia magnética en gestantes con factores de riesgos implantados. Aunque también se determina clínicamente al momento del parto. El manejo actual indicado es la histerectomía abdominal, a pesar de los manejos conservadores (2) (3).

El acretismo placentario es el principal causante de hemorragia obstétrica, diagnosticado durante el post parto inmediato, originando un elevado riesgo de

muerte materna y perinatal, debido al cuadro patológico o por el tratamiento administrado. Al ser la histerectomía obstétrica total, el principal tratamiento, sería importante conocer otros procedimientos (4).

Investigadores refieren que la mortalidad materna disminuyó en las últimas décadas desde el 9,5% de hace 50 años hasta cifras < 1%. En las últimas revisiones publicadas no reportan casos de muerte materna. Resulta trascendental en la placenta percreta, una proporción de mortalidad de hasta el 7% (5, 6, 7).

Epidemiológicamente se dice que la frecuencia de acretismo ha ido en aumento de 10 a 15 veces en los últimos 60 años. En vista que esta anomalía se ha vinculado se ha vinculado al incremento de los partos abdominales, se pronostica que posiblemente seguirá aumentando en forma proporcional (8).

Por tanto, en la investigación de este caso resulta importante, indagar y anticipar los factores de riesgo que pudieran ocasionar placenta acreta de tal forma que se puedan evitar o disminuir las cesáreas innecesarias, por el alto grado de morbimortalidad que conlleva, tanto para la madre como para el feto.

1.2 Justificación

Se busca identificar cuáles son los factores de riesgo para desarrollar acretismo placentario, en una gestante atendida en un Hospital de IV Nivel de EsSalud – 2017, Noguera F. et al, comparten lo mencionado por la OMS quienes lo calificaron como pandemia en relación directa a pacientes con dos o más cesáreas, convirtiéndose en un cambio adverso en la obstetricia actual (2).

En el diario El Comercio se publicó un artículo referido a la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2015 (ENDES), y que éste fue presentado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el cual se reportó que el 31,6% de

partos en el Perú fueron por cesárea y que en los últimos cinco años, se ha observado un incremento del 11,2 %. La mayor frecuencia de partos por cesárea se registró en la provincia de Lima (45,5%), lugar en donde se realizó la investigación del caso en mención (9).

Esta investigación permitirá poner en alerta a las autoridades sanitarias, para un mejor control y auditorías en las instituciones de salud, para disminuir la morbimortalidad tanto para la madre como para el niño e incrementar y mejorar los estándares de vida para ambos.

1.3 Marco Teórico

1.3.1 Antecedentes

a. Internacionales

VEGA G. et al. México (2017). En su estudio titulado “Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México”, menciona que este cuadro es un procedimiento de emergencia para resolver problemas graves, su ocurrencia es de 5 a 15/1000 eventos obstétricos, en este estudio se determina la frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. El método y metodología utilizado fue transversal, descriptivo, y retrospectivo, este estudio se realizó entre el mes de enero de 2014 a diciembre del 2016, en el cual fueron incluidos sin excepción todos los casos de histerectomía después de un evento obstétrico. Fueron estudiados la edad, la paridad, la vía de interrupción del embarazo, el antecedente de cesárea previa, las indicaciones y complicaciones de la histerectomía, el ingreso al servicio de terapia intensiva y mortalidad. El análisis fue realizado mediante la estadística descriptiva, fueron atendidos 37,308 eventos obstétricos, en los cuales se aplicó la

histerectomía obstétrica a 153 pacientes que representaron el 0.57%, es decir, una Histerectomía Obstétrica por cada 243 embarazos. Concluyéndose que la Histerectomía obstétrica es una cirugía que debe aplicarse en casos de urgencia, para lo cual deben identificarse durante el control prenatal, los factores asociados a las principales indicaciones de esta complicación (10).

SEGOVIA, MR. Itaugua, Paraguay (2015), en su investigación “Parto por Cesárea”, indica que la cesárea obstaculiza la reconstitución del endometrio y el miometrio en los embarazos siguientes, con riesgo de complicaciones por placenta previa y placenta adherente, lo que incrementaría la morbilidad y mortalidad por hemorragia. El objetivo fue determinar la asociación de anomalías de implantación y adherencia placentaria en pacientes con cicatriz de cesárea previa atendidas en el Hospital Nacional (Itaugua) durante 5 años (2006 - 2010). Se utilizó el diseño cohorte retrospectivo, comparando la presencia y ausencia de cicatriz de cesárea previa y el desarrollo de anomalías placentarias. La población participante conformada por 1.776 mujeres con cicatriz de cesárea y 13.984 sin la cicatriz. Se encontró el 1% de pacientes con anomalías placentarias. Siendo la incidencia de las anomalías placentarias en la cohorte con cicatriz de cesárea del 46,2/1.000 y la de adherencias placentarias del 22,5 / 1.000. Se concluyó que la presencia de cicatriz de cesárea previa resulta riesgosa para el desarrollo de anomalías placentarias (11).

WILCHES, A. et al. Colombia (2014). En su artículo “Diagnóstico prenatal de acretismo placentario: hallazgos y utilidad del ultrasonido y la resonancia magnética reporte de casos en el hospital universitario de la fundación Santa Fe de Bogotá (Colombia)”, describen y revisan los descubrimientos relevantes de las imágenes diagnósticas del abordaje prenatal de gestantes diagnosticadas con

acretismo placentario. Se tuvo tres casos de mujeres atendidas en un centro hospitalario de alta complejidad, con factores de riesgo para el desarrollo de acretismo placentario y evaluación prenatal por ultrasonido (US) y resonancia magnética (RM), el diagnóstico se contrastó con el estudio anatomopatológico. Se describieron aspectos clínicos, lo encontrado en imágenes y la correlación histológica. Se hizo una revisión de la literatura a través de PubMed, Lilacs y EBSCO, en los cuales fueron incluidos artículos originales, revisiones de tema y reportes de casos sobre la utilidad y los aspectos más importantes del US y la RM en el diagnóstico prenatal de acretismo placentario. Resultados: fueron incluidos 11 artículos originales, 8 de revisión y 1 reporte caso. Fueron considerados como los principales signos de acretismo la placenta previa asociada a lagunas placentarias en ultrasonido y en RM a bandas hipointensas placentarias además del abombamiento del útero. Se concluyó que el manejo prenatal precoz por medio de imágenes diagnósticas no invasivas, proporciona información útil al personal clínico con el compromiso y la extensión en la valoración de pacientes con factores de riesgo para acretismo placentario (12).

NOGUERA, MF. et al. México (2013). En su revisión de “Acretismo placentario, un problema en aumento. El diagnóstico oportuno como éxito del tratamiento”, refieren que el acretismo placentario es una transformación desastrosa en obstetricia. Su diagnóstico es fortuito y hace tiempo atrás, previo a la acción indiscriminada de las cesáreas, fue poco frecuente. Recientemente la OMS lo conceptuó como una pandemia relacionada en forma directa con pacientes con dos a más cesáreas. En México, ha habido un aumento en el diagnóstico de placenta acreta por el elevado número de cesáreas. Deberían establecerse protocolos y guías

clínicas de atención ad hoc, para los casos de pacientes con acretismo. Con la monografía de alta resolución se pueden obtener imágenes específicas sustentando el diagnóstico durante el embarazo. Existen otros tratamientos multidisciplinarios, que demostraron la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna, como la radiología intervencionista (2).

b. Nacionales

RAMIREZ J. et al. Lima (2017), en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, realizaron un estudio con la finalidad de determinar la incidencia, además de los factores asociados y las repercusiones de la histerectomía obstétrica. Dentro del método y metodología aplicados, fue un estudio retrospectivo, descriptivo, analítico y transversal. Fueron revisadas y analizadas 69 pacientes con histerectomía obstétrica (HO) intervenidas desde el 01 de enero 2003 al 31 de diciembre 2015. El odds ratio fue utilizado como medida de asociación. El análisis estadístico se realizó en los programas Excel 2013 y SPSS. Las principales medidas de resultados: Tasa, factores asociados, indicaciones, complicaciones de la HO. Resultados de la investigación: la tasa de histerectomía obstétrica fue 0,69/1 000. El 82,6% consistió en parto por cesárea (1,94/1 000), OR cesárea/parto vaginal 19,91. Los diagnósticos principales fueron placenta previa (27,5%) y cesárea anterior (15,9%). Las principales indicaciones clínicas para realizar una HO fueron atonía uterina y acretismo placentario (ambas 39,1%). No se reportó muerte materna. Concluyendo que la histerectomía obstétrica (HO), es un suceso crítico y mutilante, aunque sea de baja incidencia (0,69/1 000 eventos obstétricos). La cesárea tuvo 19,9 veces más riesgo de histerectomía obstétrica que el parto vaginal

(OR: 19,9; IC95%, 8,6 a 46,2). Palabras clave. Histerectomía Obstétrica; Cesárea; Hemorragia Obstétrica (13).

AGUILAR J., GARAYCOCHEA O. Lima (2015). En una investigación denominada “Placenta acreta en paciente sin antecedentes quirúrgicos uterinos” han planteado que una adhesión anormal al músculo del uterino es la que se conoce como acretismo placentario. La cual se constituye en una patología que incrementa de manera notable la morbimortalidad materna. Las mujeres que hayan padecido algún tipo de alteraciones anatómicas en el miometrio como secuela de alguna intervención quirúrgica, son las más propensas a enfrentar esta complicación, a pesar de ser altamente referidos los tratamientos conservadores para esta patología, se recomienda la realización de la histerectomía (3).

GARCÍA F., DONAYRE A. Lima (1999). Realizaron un estudio de Cesárea-histerectomía en el Hospital Nacional Guillermo Almenara., el objetivo fue determinar la incidencia y los resultados de la cesárea-histerectomía en el servicio de obstetricia. El método y metodología utilizados fueron el estudio retrospectivo, la muestra fue de 29 mujeres las que fueron programadas para una cesárea-histerectomía durante el periodo 1991-1998 en el Servicio de Obstetricia del Hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Se realizaron 30,851 partos en ese periodo; 8,746 por cesárea, resultando una incidencia del 28,3%. Resultados: se encontró que las cesáreas e histerectomías figuraron con el 0,3% del total de cesáreas que se realizaron o la incidencia de 0,94 por 1000 partos. La edad promedio fue 34,6 años, 51,7% entre añosas, grandes multíparas 20,7%, nulíparas 20,7% y paridad promedio 3,6. Predominaron las gestaciones pretérmino, cesáreas anteriores en 34,5%. Los diagnósticos dados para realizar cesárea fueron:

desprendimiento prematuro de placenta , placenta previa con sangrado, preeclampsia severa, sufrimiento fetal agudo, deflexión, antecedentes de 2 a 3 cesáreas, gestación pos término, miomatosis y Ca de cérvix in situ. Las situaciones dadas para realizar la histerectomía son: placenta acreta, atonía uterina, miomas uterinos, útero de Couvelaire, corioamnionitis, ruptura uterina y carcinoma in situ. La duración promedio de la operación fue dos horas 28 minutos. Las complicaciones intraoperatorias encontradas: hematoma en la vejiga, lesión vesical, laceración de epiplón, histerorrafia difícil por miomatosis, hematoma de infundíbulo pélvico y coagulopatía; las complicaciones post quirúrgica fueron: anemia, infecciones, fístula vesicocutánea y tromboembolismo pulmonar. Hubo una diferencia entre las cesárea de emergencia con la electiva, es que se necesitó más tiempo quirúrgico, reportando pérdidas sanguíneas además del porcentaje de pacientes transfundidos ($p < 0,05$) reportados. La estancia promedio de hospitalización fue de diez días (4-62 d). La mortalidad materna resultó 0%. Dentro de los Recién nacidos ocurrieron nueve óbitos y veinte recién nacidos vivos. En el seguimiento realizado se encontró que la evolución de las pacientes fue favorable. Conclusión: Previamente a un procedimiento, resulta de vital importancia asegurar un banco de sangre y una Unidad de Cuidados Intensivos especializada para lograr resultados satisfactorios; asimismo que las metodologías quirúrgicas y las técnicas para realizar la cesárea-histerectomía deben ser dominadas por todos los especialistas gineco obstetras, porque la vida de una paciente va a depender de ello (14).

1.3.2 Base Teórica

Definición

Ávila y col. Refieren que la placenta acreta es la adherencia anómala de la placenta, donde se produce un proceso de inserción de las vellosidades coriales en forma directa hacia el miometrio debido a la ausencia de la decidua basal y a la banda fibrinoide de Nitabuch (1).

Incidencia

Los autores en mención, subrayan que la incidencia de placenta acreta se ha incrementado en las últimas décadas, pasando del 0,8‰ de los partos en 1980 al 3‰ en la década pasada. Los acontecimientos de las tres formas de presentación del acretismo placentario según como se ha diagnosticado en base a la frecuencia es la siguiente: primero placenta acreta con un 75%, seguida de placenta increta 18% y en tercer lugar la placenta percreta con el 7% (1).

La inserción placentaria acreta se presenta con más frecuencia y con menos severidad que las otras formas de adherencia anómala placentaria. La percreta siendo la menos frecuente se relaciona con mortalidad materna del 10% y con indicadora morbilidad, principalmente por la hemorragia y sus consecuencias. En los casos con invasión vesical reporta una tasa de 20% y 30% de mortalidad materna y perinatal (15).

Etiología

Con respecto a la etiología, Ávila y col. (1) refieren que no es muy popular, pero se le relaciona con una falla en la decidualización normal permitiendo invasión del trofoblasto. El acretismo placentario es originado por contextos de la gestante en la que se muestra la falta o carencia de la capa de Nitabuch, que comprende una capa

de fibrina ubicado entre la decidua basal y el corion frondoso. Benirschke y Kaufman, han insinuado que tal realidad puede ser consecuencia de la existencia de una falla en el proceso de la reconstitución del endometrio/decidua basal, principalmente luego de una cesárea (7).

Para explicar la etiología del acretismo placentario se han realizado innumerables bases teóricas como: las de origen mecánico que suponen la degradación de la decidua basal es producida por traumatismo (cirugía uterina previa) y las de origen biológico las que consideran que la madre responde anormalmente al trofoblasto invasor. A partir del enfoque fisiopatológico, se dice que las vellosidades placentarias están incrustadas a la musculatura del miometrio en lugar de estarlo en las células deciduales (1).

Actualmente se van sucediendo nuevas posiciones basadas en investigaciones contemporáneas las que han creado la orientación a creer que el déficit de la membrana de Nitabuch no es el único causante del acretismo placentario, por lo que su definición no significaría solamente la ausencia de ésta, sino que la placenta misma estaría presentando hiperinvasividad y al comparársele con las características de una placenta en un embarazo normal ello se evidencia notablemente (1).

Factores de riesgo

Segovia MR (2015), ha señalado como situaciones que predisponen para el acretismo placentario son la placenta previa y las cesáreas realizadas en gestaciones previas a la actual (11).

- La existencia de placenta previa adherida en una “cicatriz uterina” originada por alguna intervención quirúrgica anterior (cesárea u otros). Se

debe considerar que a mayor número de cesáreas realizadas en la paciente el riesgo será mucho mayor.

- Se ha evidenciado que la placenta previa interviene en forma independiente, lo que se deduce que es un factor de riesgo autónomo para producir placenta acreta. El simple acto de que la implantación sea anómala, quiere decir que puede estar relacionada a una débil formación o a la ausencia en el segmento uterino inferior la cual no tendría la resistencia suficiente para soportar la amplísima penetración del trofoblasto, de hecho no se descarta la implicancia de mecanismos fisiopatológicos adicionales.
- El factor más importante es la cirugía uterina previa especialmente por estar asociado con la placenta previa. Con un factor secundario condicionante y no menos importante es el tipo y la circunstancia de la cesárea que puede ser de carácter electivo o de emergencia para este último caso las probabilidades son mayores.

Existen otros factores de riesgo adicionales altamente determinantes identificados para acretismo placentario de acuerdo a los anteriores autores son (4):

- ✓ Edad materna avanzada.
- ✓ Multiparidad.
- ✓ Legrado uterino.
- ✓ Historial de placenta extraída manualmente.
- ✓ Historial de placenta retenida.
- ✓ Endometrio defectuoso (Síndrome de Asherman)
- ✓ Miomas uterinos
- ✓ Abortos periódicos.

- ✓ Fertilización asistida
- ✓ Tabaco

Clasificación.

Se tiene tres tipos de adherencia anómala de la placenta (4):

- Inserción acreta: es aquella que compromete una determinada área o también puede ser el total que se adherirá a la pared del útero, las vellosidades coriales serán directamente insertadas al músculo miometrial, todo ello producido por el defecto presente en el desarrollo decidual.
- Placenta increta: ocurre cuando las vellosidades coriales logran incrustarse al tejido miometrial, penetrándolo hasta el interior del mismo.
- Placenta percreta: se produce cuando los elementos coriales llegan a penetrar a tal punto que sobrepasan la serosa uterina, poniendo en riesgo los órganos adyacentes, los cuales muy probablemente podrían ser alcanzados.

Clasificación de la adherencia anómala de acuerdo a la amplitud:

- Focal: Es cuando se inserta una mínima parte de la placenta.
- Parcial: Afecta a uno o varios cotiledones.
- Total: Toda la extensión de la placenta está anormalmente insertada.

Cuadro clínico (1)

Ávila et al. (1) hacen referencia al cuadro clínico, en el cual refieren que no se evidencia alguna sintomatología, y que en algunas ocasiones podría presentarse evidencias de sangrado vaginal.

Según los autores mencionados dentro de la clínica suele presentarse con sangrado a lo largo del I y II trimestre del embarazo, lo cual podría evidenciar el riesgo de incidencia de ésta patología ya que en la mayoría de los casos vienen asociados,

sin embargo hay situaciones en los que no se logra detectar ningún signo de alarma que se indique, finalmente llegando a diagnosticarse en el parto.

En caso de que se invadieran órganos cercanos por una placenta percreta, podrían presentarse otras sintomatologías como la hematuria por afectación vesical.

Durante el alumbramiento se encuentra una placenta adherida anormalmente, con la dificultad para extraerla y al realizar la revisión de la placenta, se verifica que le faltan cotiledones. En caso de placenta percreta hay falta total de desprendimiento de placenta la que queda extremadamente adherida a la cavidad uterina ocasionando un sangrado masivo (1).

Diagnóstico

Lo ideal es efectuar el diagnóstico de la placenta acreta durante el periodo del control prenatal antes del inicio del parto. Para gestantes con factores de riesgo el diagnóstico de acretismo placentario se debe realizar a partir de la 18^o semana, y para las pacientes que tengan cicatrices uterinas y tengan alguna inserción sobre alguna de estas cicatrices el diagnóstico se puede efectuar antes de la semana 18 de la gestación (1).

Diagnóstico anteparto:

Se hace en el control pre natal en base a la detección de factores de riesgo, por lo que actualmente se utiliza la ecografía para el diagnóstico en todos los niveles de atención. Este diagnóstico es importante porque permite planificar la atención y evitar complicaciones. Otros métodos diagnósticos son los siguientes (17):

- Resonancia Magnética.
- αfeto proteína.
- Ecografía dentro del proceso operatorio.

- Cistoscopia.

Diagnóstico intraparto:

Este diagnóstico se da mayormente durante el intraparto. Durante el parto no suele producirse una espontánea expulsión de la placenta o hay una resistencia al intentar propiciar un alumbramiento manual, esta dificultad da lugar a tener que extraer parcialmente dicha placenta, no obstante después de la extracción forzada, los signos de desgarros a nivel uterino y en cotiledones son evidentes y la presencia masiva de sangrado en la zona de inserción ayudan al diagnóstico de acretismo placentario (17).

Exámenes complementarios:

Ecografía

El diagnóstico realizado en la etapa prenatal radica en los hallazgos realizados mediante las técnicas de la ecografía.

La ecografía se establece como un método de diagnóstico de primera alternativa por su efectividad y su bajo costo a continuación se detalla lo observado en la ecografía (18):

Hallazgos ecográficos en el acretismo placentario:

- Alteraciones en la interface del miometrio con la vejiga.
Pérdida del espacio anecoico retro placentario.
- Segmento miometrial con el espesor de un milímetro es indicativo de adherencia anormal.
- En los casos de placenta percreta se observa una masa exofítica hacia la vejiga.

- Imagen clásica de queso suizo por los espacios anecoicos dentro de la placenta.

Ecografía Doppler

La sensibilidad y especificidad de esta técnica ecográfica pueden llegar a variar ampliamente según lo explican los estudios realizados sobre el tema. Los hallazgos que se pueden evidenciar mediante la ecografía Doppler color son los siguientes (18):

- Dilatación de los vasos sanguíneos en la zona subplacentaria.
- Lagos venosos con flujo turbulento.
- Flujo lacunar con patrón focal y difuso.
- Hipervascularización anómala en la interfase de unión de la vejiga con la placenta.

Resonancia magnética (RMN)

Se considera un examen complementario a la ecografía en el diagnóstico del acretismo placentario, cuando los resultados ecográficos son inexactos o no determinantes. La RMN resulta una alternativa ya que ofrece un alto contraste de tejidos blandos que permite visualizar la estructura placentaria y la penetración en otros órganos próximos intraabdominales. Otra de las ventajas es la exactitud diagnóstica que tiene sobre la ecografía doppler (19).

La RMN tiene un elevado costo en el mercado por lo que se necesita de un radiólogo experimentado para valorar una placentación anormal. La RMN está indicada en los casos no definidos o que exista incertidumbre sobre la invasión a otras estructuras cercanas al útero, aunque la mayoría de los estudios sugieren que es equiparable a la ecografía (18).

Hallazgos en la Resonancia magnética para el diagnóstico de acretismo placentario:

- Placenta con una señal de intensidad heterogénea.
- Presencia de placenta previa.
- Por el efecto masa placentaria se observa un engrosamiento del útero.
- Intensidad disminuida en bandas placentarias T2, el volumen sugiere invasión placentaria.
- Presencia de tejido placentario fuera del útero.
- En la zona de implantación placentaria se observa disminución del grosor en el miometrio en menos de un milímetro.
- Aspecto de tienda de campaña de la vejiga.

Cistoscopia:

Se puede recurrir al uso de éste método de diagnóstico cuando hay hallazgos ultrasonográficos que sugieren placenta percreta con invasión vesical (4).

Alfa-feto proteína fetal sérica materna:

En esta época adoptaron una propuesta acerca de la existencia de una anomalía en la interfaz placenta-útero, propicia el escape de alfa-feto la cual es una proteína fetal que se dirige a la circulación materna. Se cuenta con poquísimos estudios con respecto a la utilidad del control de los niveles de dicha proteína y considerarla como base predictiva de acretismo placentario (4).

Histología:

Histológicamente, el criterio diagnóstico base de la adherencia anómala placentaria es la desaparición o inexistencia de la decidua basal. Resulta difícil

establecer un diagnóstico certero porque se produce una distorsión durante el alumbramiento, a menos que se anticipe la situación procediendo a dejar la pieza in situ y obtener la muestra del tejido mediante una histerectomía. Para el caso de placenta percreta o increta, diagnosticarlos resulta más sencillo puesto que debe existir evidencia de restos de trofoblasto comprometido en la estructura del útero que haya sufrido invasión (4).

Diagnóstico diferencial

Se debe realizar el diagnóstico diferencial porque se pueden encontrar algunas similitudes con la retención de la placenta, cotiledones aberrantes, membranas amnióticas y la inversión del útero (16).

Manejo y tratamiento

Una vez que se ha hecho el diagnóstico respectivo, debe programarse el parto en una institución de salud de III nivel, lo que quiere decir que tiene banco de sangre y que además tiene un equipo multidisciplinario de especialistas capacitados. Es de vital importancia tener disponible sangre previamente sometida a pruebas cruzadas y a otros hemoderivados, para anticiparse a una posible hemorragia masiva (18).

El procedimiento en materia de acretismo placentario, según Finberg y Williams consta de los siguientes requerimientos para el manejo adecuado (18):

- Debe ser manejado en instituciones de salud de alta complejidad
- La intervención quirúrgica debe ser programada.
- Médicos especialistas capacitados de todas las especialidades.
- Banco de sangre con disponibilidad de sangre y hemoderivados.
- Contar con la Unidad de cuidados intensivos (UCI).

- Brindar información adecuada y obtener la aceptación para las probables opciones de tratamiento.

Resulta importante informar en forma apropiada a la gestante, que si se confirmara una invasión de pared uterina, existiría el riesgo de necesitar una histerectomía lo significaría que la paciente ya no pueda tener más hijos. Si optara por un procedimiento para proteger su fertilidad, también debe ser informada de algunos alcances básicos acerca de dicho tratamiento como los riesgos que implica la misma, o caso contrario según el diagnóstico hacer de conocimiento las razones por la que sería imposible realizarlo (12).

Manejo antenatal:

Lo correcto resulta hacer un adecuado control pre natal en un Hospital de alta complejidad y que se finalice la gestación; el momento apropiado para terminar con el embarazo resulta discutible y con razón, porque debe evitarse que se den casos de partos prematuros (20).

Manejo intraparto

La histerectomía resulta en la práctica, un tratamiento definitivo para situaciones de acretismo placentario, ésta se realiza después de una cesárea en las gestantes que no desean tener más hijos y para la mayoría de las situaciones en que se produce una hemorragia masiva y no es apropiado optar por un tratamiento conservador (17).

Tratamiento Conservador

Pérez I. et al., hacen referencia al tratamiento conservador, en la cual dicen que está indicado en pacientes que deseen mantener su fertilidad y estén hemodinámicamente estables. Es trascendental que esté adecuadamente informada

sobre los riesgos y los resultados del tratamiento conservador y que éstos son impredecibles (17).

Se encuentran otras técnicas de tratamiento conservador (18):

1. Oclusión profiláctica de arterias hipogástricas:

Como alternativas del manejo de acretismo placentario, la radiología intervencionista resulta importante porque permite reducir el flujo sanguíneo a nivel del útero evitando la hemorragia.

Para aminorar el riesgo de hemorragia, puede realizarse en la etapa preoperatoria la cateterización de las arterias uterinas o iliacas, permitiendo colapsarlas a la hora del parto.

2. Embolización de arterias uterinas:

Ésta permite evitar la pérdida sanguínea, también se utiliza para reducir la irrigación sanguínea de la placenta, por lo que resulta recomendable realizarse antes de la histerectomía. El progreso de la radiología intervencionista ha originado la disminución de la tasa permitiendo una adecuada selección de áreas a embolizar. Todo esto permite que la mayoría de las pacientes logren mantener su fertilidad y que a su vez recuperen ciclo menstrual.

3. Tratamiento con Metotrexate:

Éste se aplica para disminuir la vascularización placentaria, lo que puede desencadenar una desintegración de la placenta.

Se puede aplicar en casos de tratamiento conservador, en ocasiones puede utilizarse como tratamiento único o aplicarlo como un tratamiento coadyuvante; el uso de Metotrexate también se puede adecuar a los requerimientos de cada caso, como en las situaciones de pacientes hemodinámicamente estables en varias dosis. No existe

un parámetro establecido para su aplicación, así como tampoco se define la vía de administración. Un hecho importante a considerar es que no se recomienda el aplique con otras técnicas de vascularización uterina, porque los niveles tóxicos del fármaco se elevan en forma elocuente.

Complicaciones

RAMIREZ J. et al (13), hacen referencia acerca de las Complicaciones del acretismo placentario, en las que refieren que las situaciones de riesgo son las siguientes: Hemorragia intensa que origina complicaciones graves, además de rotura uterina, transfusión y poli transfusión, afectación de órganos vecinos, retención de restos ovulares ,trastornos de la coagulación CID, infecciones, infertilidad secundaria, parto prematuro, mortalidad materna y fetal, embolia de líquido amniótico, síndrome de dificultad respiratoria del adulto (13).

Ya es sabido que las hemorragias intensas pueden producir un 90% de mortalidad materna. Por otro lado se resalta que las complicaciones están asociadas entre sí por lo que la paciente puede padecer varias complicaciones a la vez (13).

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los factores de riesgo que influyen en el desarrollo del acretismo placentario, en una gestante atendida en un Hospital de IV Nivel de EsSalud – 2017.

Objetivos Específicos:

1. Identificar cuáles son los factores demográficos asociados a acretismo placentario, en una gestante atendida en un Hospital Nivel IV de EsSalud – 2017.
2. Identificar los factores obstétricos asociados a acretismo placentario, en una gestante atendida en un Hospital Nivel IV de EsSalud – 2017.

2.2 Historia Clínica

a) Anamnesis

Datos de filiación:

Apellidos y Nombres: NN se protege la privacidad

Edad: 39 años

Sexo: Mujer

Instrucción: Técnico superior completo

Ocupación: Enfermería técnica

Religión: Cristiana

Lugar de nacimiento: Lima

Distrito de procedencia: San Juan de Lurigancho

Estado civil: Conviviente.

Antecedentes Personales:

Patológicas: Hipotiroidismo que ya recibe tratamiento.

Intervenciones quirúrgicas: 3 cesáreas y un legrado uterino.

Hábitos perjudiciales para la salud: Ninguno

Transfusión de sangre y hemoderivados: Nunca.

Reacción alérgica a medicamentos: No.

Antecedentes en la familia: Ninguna patología médica.

Antecedentes ginecológicos y obstétricos:

Menarquia: 16 años

Régimen catamenial: Cada treinta días con una duración de 3 días

Edad de inicio de actividad sexual: 17 años

Número de parejas sexuales: Cuatro

Uso de métodos anticonceptivos: No utiliza ningún método

Fecha de la última regla: 18 de julio del año 2016

Fecha probable de parto: 28 de abril del año 2017

Fórmula obstétrica: Gestaciones: 5 Paridad: 1211

Edad gestacional: 34 semanas 4 días por fecha de última regla.

Primer embarazo: 2008 prematuro, cesárea por oligoamnio.

Segundo embarazo: 2009 a término, cesárea por periodo intergenesico corto

Tercer embarazo: 2013 prematuro, cesárea por dos cesáreas anteriores.

Cuarto embarazo: Aborto, legrado uterino.

Quinta gestación: Es la actual.

Número de controles prenatales: Ocho.

Hospitalizaciones: una vez hace 1 mes por amenaza de parto pretérmino.

Fuente: Historia Clínica.

b) Enfermedad Actual

La paciente se encuentra en estado de gestación, refiere que el 17 de marzo del 2017 se dirigió al Hospital Nivel IV de EsSalud porque 4 días previos a la fecha sintió leves contracciones a nivel del útero, de baja intensidad. A la 01:00 am sintió fuertes contracciones que se presentaron en forma periódica cada 5 minutos, acompañados de un intenso dolor en el área abdominal. Esto fue evidenciado al evaluar a la paciente en el servicio, siendo inmediatamente hospitalizada.

c) Exploración Física

Examen General:

La paciente se encuentra consciente, sin alteraciones con respecto a su orientación (espacio, tiempo y persona) aparentemente supone una buena condición nutricional, asimismo de hidratación a continuación se detalla el informe de la evaluación realizada:

Medidas antropométricas

Peso: 60.6 kilogramos

Talla: 1 metro 60 centímetros

Control de funciones vitales

Frecuencia cardiaca: 82 pulsaciones por minuto

Presión arterial: 100/60 milímetros de mercurio

Temperatura: 36.6 grados centígrados

Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto

Examen Físico:

Cabeza: Forma y tamaño normal.

Cuello: Dentro de lo normal, no se palpan tumoraciones.

Tórax: Simétrico.

Corazón: latidos cardiacos rítmicos, no hay soplos.

Pulmones: Auscultación normal.

Mamas: Simétricas normales, aumentadas de volumen por el embarazo.

Abdomen: Globuloso, depresible ruidos hidroaéreos presentes.

Útero: Grávido, tamaño uterino 35 centímetros.

Feto: Único, presentación polo cefálico, frecuencia cardiaca fetal 140 latidos por minuto.

Genitales externos: Normales, SV (-) PLA (-), tacto vaginal diferido.

Miembros inferiores: Proporcionados, normales no hay presencia de edemas.

Fuente: Historia Clínica

d) **Pruebas complementarias:**

Durante la hospitalización se realizaron pruebas complementarias como la ecografía Doppler y obstétrica obteniendo los siguientes resultados:

Ecografía obstétrica y Doppler:

Diámetro biparietal= 90 milímetros

Longitud de fémur=75 milímetros

Circunferencia abdominal=300 milímetros

Circunferencia cefálica= 370 milímetros

Ponderado fetal= 2300 gramos.

Presentación fetal: Polo cefálico.

Placenta: Reviste por completo el orificio interno del cérvix con un grado de madurez placentaria de II / III.

Cantidad de líquido amniótico: Dentro de lo normal

Doppler: Hallazgos que indican placenta acreta

Fuente: historia clínica

Los diagnósticos ecográficos observados fueron: Gestación de 34 semanas, bienestar fetal adecuado, placenta previa total y acretismo placentario.

Hallazgos en la resonancia magnética:

- Abombamiento del útero en forma de reloj de arena.
- -Placenta de intensidad de señal heterogénea y bandas gruesas intraplacentarias.

- Interrupción de la hipointensidad normal de la pared vesical dando aspecto nodular del contorno de la vejiga.

Conclusión de la RM: Placenta percreta con invasión vesical.

Fuente: historia clínica

Resultados de los exámenes de laboratorio solicitados (17 / 03 / 2017)

Hemograma

Hemoglobina	10.50 mg / dl
Hematocrito	31.70 %
Leucocitos	7.35 mm ³
Eritrocitos	3.25 mm ³

Perfil de coagulación

Plaquetas	290 mm ³
Fibrinógeno	3.70
Tiempo de trombina	15.30
Tiempo de protrombina	9.48
Tiempo parcial de tromboplastina	30.55

Perfil hepático

TGP – ALAT	15.00 U / L
TGO – ASAT	22.00 U / L
Fosfatasa alcalina	148.00 U / L
Bilirrubina directa	0.20 mg / dl
Bilirrubina indirecta	0.70 mg / dl
Bilirrubina total	0.80 mg / dl
Globulina	2.40 gr / l

Albumina 3.70 gr / l

Relación albumina/globulina 1.60

Fuente: Historia Clínica

e) Diagnóstico de Ingreso

La paciente ingresa al área del Servicio de Obstetricia de alto riesgo con las siguientes características concluyentes: se encuentra con una gestación de alto riesgo dentro de las 34 4/7 semanas por FUR, con un historial obstétrico nada favorable, con anterioridad la paciente le realizaron tres cesáreas, presenta condición de placenta previa total, la ecografía doppler realizada dispuso un diagnóstico concluyente de acretismo placentario con riesgo de parto pretérmino.

f) Evolución y tratamiento

Día: 17 de marzo

Hora: 13:30 pm

Evolución:

La gestante indica que hace un día previo a la hospitalización se manifestaron las contracciones, evidencia dinámica fetal, niega flujos a nivel genital como posible sangrado o pérdida de líquido amniótico. El control de la evolución de la gestante se realizó con pruebas y controles de rutina las cuales resaltamos en el siguiente reporte:

Reporte n°1

Control de funciones vitales:

Frecuencia cardíaca materna: 75 pulsaciones por minuto

Presión arterial: 110 / 60 milímetros de mercurio

Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto

Evaluación obstétrica:

Tamaño uterino: 36 centímetros

Presentación fetal: Cefálica

Contracciones uterinas: Presentes, evidentes durante el control.

Actividad fetal: Feto activo.

Examen vaginal: No se realiza.

Test no estresante (NST): Feto reactivo, 3 contracciones en 10 minutos con una intensidad de ++ / +++.

Fuente: Historia clínica

Plan: Transferir a la gestante al área de cuidados especiales perinatales para iniciar tratamiento para evitar las contracciones uterinas (tocólisis).

Rp: dentro de las indicaciones médicas correspondientes indican suministrar por vía endovenosa cloruro de sodio 500cc a chorro, Nifedipino 20 mg vía oral cada 20 minutos por 3 dosis luego 10mg VO c/8hrs, control respectivo de dinámica uterina y control de la frecuencia cardíaca fetal, realizar test no estresante (NST) post tratamiento, enviar muestra de sangre para pruebas cruzadas.

Día: 17 de marzo

Hora: 15:50 pm

Evolución:

La gestante indica que luego de recibir el tratamiento, dichas contracciones son de ocurrencia esporádica además que ya no presenta ninguna molestia.

El resultado del test no estresante indica que el feto está muy activo, dinámica uterina 3 en 30 minutos, potente ++, tiempo de permanencia de las contracciones de 30 a 40 segundos cada una.

Día: 18 de marzo

Hora: 9:15

Evolución:

La gestante que presenta dolor tipo contractura leve a nivel del útero de forma esporádica, sin evidencias de sangrado vaginal, tampoco se evidencia pérdida de líquido, percibe dinámica fetal, el registro de los controles realizados se señala en el reporte n°2:

Reporte n° 2

Control de funciones vitales:

Frecuencia cardiaca materna: 78 pulsaciones por minuto.

Presión arterial: 110 / 60 milímetros de mercurio.

Temperatura: 36.8 grados centígrados.

Frecuencia respiratoria: 21 respiraciones por minuto.

Auscultación del corazón y pulmones: Normales.

Evaluación obstétrica:

Tamaño del útero: 36 centímetros.

Actividad fetal: Presente (++)

Frecuencia cardiaca fetal: 140 latidos por minuto.

Presencia de sangrado vaginal = no es evidente.

Fuente: Historia clínica.

Se programará cirugía electiva para el día lunes 20/03/2017: Las indicaciones son que debe seguirse una dieta completa para el tema de su alimentación, incluyéndose el aporte de líquidos, administrar Nifedipino 10mg VO c/6h mantener vía endovenosa permeable, efectuar cada 2 horas el control de funciones vitales, control de dinámica uterina y la FCF, control de sangrado vaginal, mantener a la paciente en reposo relativo, efectivizar la realización de la resonancia magnética.

Día: 18 de marzo Hora: 21:30 pm

Evolución:

La gestante indica que presenta dolores leves a nivel del útero de carácter esporádico, las cuales no tuvieron signos de dolor, la dinámica fetal fue afirmativa, según se señalan en el reporte n°3:

Reporte N°3

Control de funciones vitales:

Frecuencia cardiaca materna: 82 pulsaciones por minuto.

Presión arterial: 121 /70 milímetros de mercurio.

Respiración: 19 respiraciones por minuto.

Temperatura: 36.8 grados centígrados.

Evaluación obstétrica:

Contracciones uterinas: Presentes.

Frecuencia cardiaca fetal: 142 latidos por minuto.

Presencia de sangrado vaginal: No se evidencia.

Evolución estacionaria, se encuentra hemodinamicamente estable.

Fuente: Historia clínica.

Día: 19 de marzo

Hora: 12:05 pm

Evolución:

La paciente indica que presenta contracciones leves a nivel del útero de carácter esporádico, sin evidencias de sangrado vaginal ni pérdida de líquido amniótico u otras molestias afines, las evaluaciones realizadas se muestran en el reporte N° 4:

Reporte N°4

Control de funciones vitales:

Frecuencia cardiaca materna: 80 pulsaciones por minuto

Presión arterial: 92 / 50 milímetros de mercurio.

Frecuencia respiratoria: 21 respiraciones por minuto.

Temperatura: 37 grados centígrados.

Evaluación de corazón y pulmones: Normales.

Evaluación obstétrica:

Útero: Gestante

Presentación fetal: Polo cefálico.

Frecuencia cardiaca fetal: 140 latidos por minuto.

Presencia de sangrado vaginal: No se observa sangrado.

Pérdida de líquido amniótico: No se evidencia.

Presencia de flujo vaginal: No se evidencia.

Fuente: Historia clínica

Rp: Mantener una dieta completa, consumir líquidos, mantener la vía endovenosa permeable, administrar nifedipino 10mg VO c/6h, realizar los controles respectivos de funciones vitales, dinámica uterina, frecuencia cardiaca fetal, sangrado vaginal y solicitar el informe de la resonancia magnética, pasar a la gestante al área de Alto Riesgo Obstétrico y continuar con reposo relativo, las evaluaciones realizadas se señalan en el reporte n°5:

Reporte N°5

Control de funciones vitales:

Frecuencia cardiaca materna: 78 pulsaciones por minuto.

Presión arterial: 110 / 70 milímetros de mercurio.

Respiración: 19 respiraciones por minuto.

Temperatura: 36.8 grados centígrados.

Evaluación de corazón y pulmones: Normales.

Evaluación obstétrica:

Contracciones uterinas: Esporádicas.

Frecuencia cardiaca fetal: 150 latidos por minuto.

Pérdida de sangre y flujo vaginal: no se evidencia.

Fuente: Historia clínica.

Día: 20 de marzo

Hora: 09:20 am

Evolución:

La gestante indica que siente dolor tipo contractura en el útero de carácter irregular variando entre 30 a 45 minutos, afirma sentir movimientos activos del feto.

Evolución sin cambios significativos se encuentra estable.

Rp: Continuar con dieta completa, consumir líquidos, mantener vía permeable, nifedipino 10 mg VO c/6h, realizar controles de funciones vitales, controles obstétricos, control de sangrado vaginal, solicitar test no estresante (NST) y evaluación posterior con resultado de NST y/o según sea necesario.

Día: 20 de marzo Hora: 15:20 pm

Evolución:

Según el resultado del test no estresante solicitado muestra contracciones uterinas cada 8 a 10 minutos, con duración variable y una intensidad de ++ a ++++. Se realiza el tacto vaginal no se evidencian cambios cervicales ni presencia de sangrado vaginal, según se señala en el reporte n°6:

Reporte N°6

Evaluación obstétrica:

Contracciones uterinas: 1 cada 10 minutos, intensidad +++, duración 30 segundos.

Frecuencia cardiaca fetal: 145 latidos por minuto.

Examen vaginal: Se palpa cérvix uterino posterior, largo y no hay dilatación.

Fuente: Historia clínica.

Rp: Indican que gestante debe permanecer en reposo absoluto, administrar sulfato de magnesio al 20% 4gr en 80cc de cloruro de sodio pasarlo en 30 minutos por vía endovenosa, realizar periódicamente control de funciones vitales y controles obstétricos y según la evolución continuar con la administración de nifedipino en la dosis indicada.

Día: 21 de marzo Hora: 08:45 am

Evolución:

La gestante indica que ya no presenta dolor ni contracciones a nivel del útero, no hay evidencias de sangrado vaginal ni de líquido, afirma como positiva la dinámica fetal, las evaluaciones realizadas se detallan en el reporte n°7:

Reporte N°7

Control de funciones vitales:

Frecuencia cardiaca materna: 73 pulsaciones por minuto

Presión arterial: 120 / 70 milímetros de mercurio

Respiración: 21 respiraciones por minuto

Temperatura: 36. 5 grados centígrados

Evaluación obstétrica:

Contracciones uterinas: Presentes durante el control.

Frecuencia cardiaca fetal: 138 latidos por minuto.

Fuente: Historia clínica.

Plan: Tocólisis y solicitar una evaluación por el Urólogo.

Rp: continuar con dieta completa con fibras, tomar líquidos, mantener vía endovenosa permeable, nifedipino 20mg VO c/6h, controles de funciones vitales y obstétricos periódicos cada dos horas, control de sangrado vaginal, según la evolución suministrar otros fármacos que se requieran, mantenerla en reposo absoluto.

Día: 21 de marzo 2017 Hora: 22:30 pm

Evolución:

La gestante indica que siente contracturas ocasionales a nivel del útero, no refiere pérdida de sangre ni de líquido por vagina, afirma que la dinámica fetal es notoria, las evaluaciones realizadas se señalan en el Reporte n°8:

Reporte N°8

Control de funciones vitales:

Frecuencia cardiaca materna: 71 pulsaciones por minuto.

Presión arterial: 125 / 70 milímetros de mercurio.

Respiración: 21 respiraciones por minuto.

Temperatura: 36.5 grados centígrados.

Contracciones uterinas: Presentes.

Frecuencia cardiaca fetal: 138 latidos por minuto.

Fuente: Historia clínica.

Rp. Continuar con lo mencionado previamente.

Día: 22 de marzo

Hora: 09:20 am

Evolución:

La gestante indica que presenta dolor tipo contractura de carácter irregular a nivel del útero aproximadamente cada hora, sin evidencias de sangrado vaginal ni pérdida de líquido y afirma que siente los movimientos del feto, según se señala en el reporte N°9:

Reporte N°9

Control de funciones vitales:

Frecuencia cardiaca materna: 86 pulsaciones por minuto.

Presión arterial: 110 / 60 milímetros de mercurio.

Respiración: 18 respiraciones por minuto.

Temperatura = 36.8 grados centígrados.

Evaluación de corazón y pulmones: Dentro de la normalidad.

Control de la frecuencia cardiaca fetal: 133 latidos por minuto.

Control del sangrado vaginal: No se evidencia sangrado.

Secreción vaginal: No se evidencia.

Fuente: Historia clínica.

Plan: Enviar una comunicación al Urólogo para conocimiento y presencia en la cesárea, que se programará el día siguiente (sic).

Rp: Mantener una alimentación con fibras, consumir líquidos, mantener catéter endovenosa infiltrable, nifedipino 10 mg VO c/8h, realizar controles respectivos de funciones vitales, controles de dinámica uterina y latidos cardiacos del feto, control de posible sangrado vaginal, mantener en reposo absoluto y reevaluación según sea necesario.

Interconsulta a Urología:

Mujer gestante de 39 años con diagnósticos: gestación pretérmino +con tres cesáreas previas + Placenta percreta + placenta previa total, con indicios de compromiso vesical diagnosticada por resonancia magnética.

Urólogo está informado para asistencia el día que se programe la cesárea.

Día: 23 de marzo 2017

Hora: 08:40 am

Evolución:

Indica estar asintomática, afirma percibir claramente los movimientos del feto, no hay presencia de sangrado vaginal, según se señalan en el reporte N°10:

Reporte N°10

Control de funciones vitales:

Frecuencia cardiaca materna : 70 pulsaciones por minuto.

Presión arterial : 120 / 60 milímetros de mercurio.

Respiración : 22 respiraciones por minuto.

Temperatura : 37.0 grados centígrados.

Evaluación de corazón y pulmones : Dentro de la normalidad.

Control de sangrado vaginal : No se evidencia.

Secresión vaginal : No se evidencia.

Fuente : Historia clínica.

Rp: NPO, administrar cloruro de sodio 1000cc 30 gotas x minuto , Cefazolina 2gr EV previo a la cirugía, colocar sonda Foley, enviar muestra de sangre para pruebas cruzadas y se solicita paquetes globulares para SOP , se programa para cesárea, control de funciones vitales y controles obstétricos.

Informe de la Intervención Quirúrgica:

La paciente en gestación ingresada en el área quirúrgica para efectuarse la cesárea electiva, sin embargo como era de esperar mientras se realizaba la intervención quirúrgica se manifestaron algunas dificultades y complicaciones, la extracción de la placenta fue bastante complicada debido a infiltraciones localizadas en la cara posterior de la vejiga, también hubo ocurrencia de sangrado masivo. A causa de estas complicaciones se requirió transfundir a la paciente 4 paquetes globulares en el transcurso de la operación, no obstante ante las circunstancias el equipo médico decide proceder con la histerectomía así como también la sutura de la vejiga con la participación y apoyo del urólogo quien constata una amplísima lesión con una dimensión aproximada de 10 cm. La inspección se realiza también en la longitud de los uréteres y no hallan lesiones en ellos, de este modo la intervención quirúrgica concluye.

La paciente se traslada a la unidad de cuidados intensivos (UCI) para las evaluaciones y cuidados respectivos post quirúrgicos.

Día: 23de marzo

Hora: 15:25 pm

UCI

Mujer de 39 años es ingresada a la UCI luego de finalizar el procedimiento quirúrgico, por motivos de haberse presentado complicaciones en el transcurso de la cirugía, los cuales fueron registrados en tanto que se le realizaban las evaluaciones correspondientes a la paciente.

Evolución:

Paciente, sexo femenino, 39 años es ingresa a la UCI con los diagnósticos siguientes:

1. Cesareada + Histerectomía Abdominal Sub total + Sutura vesical
2. Dificultad para respirar peri operatoria
3. Anemia severa

Los controles y evaluaciones realizadas según se señalan en el reporte N°11:

Reporte N°11

Control de funciones vitales:

Frecuencia cardiaca materna: 76 pulsaciones por minuto.

Presión arterial: 120 / 80 milímetros de mercurio.

Respiración: 20 respiraciones por minuto.

Temperatura: Normal sin fiebre.

Cefalea: No hay cefalea.

Evaluación abdominal: Dolor leve a la palpación profunda.

Fuente: Historia clínica.

Reporte del estado de la paciente: Se encuentra a la paciente orientada en tiempo, espacio y además persona, lúcida y hemodinámicamente estable. Evoluciona en forma leve y favorable, se encuentra estabilizada.

Plan: Se establece disminuir el oxígeno que se aplica suplementariamente.

Se encuentran aún pendiente la realización de los exámenes del laboratorio central.

Se presentan los resultados de exámenes requeridos según se señalan a continuación:

Resultados de exámenes de laboratorio solicitados (23 / 03 / 2017)

Hemograma completo post transfusión sanguínea

Hemoglobina 7.25 mg / dl

Hematocrito 21.20 %

Plaquetas 186

Leucocitos 7.08 mm³

Eritrocitos 2.41 mm³

Monocitos 10.06

Linfocitos 19.00

Abastados 4.00

Segmentados 66.00

Dosaje de Calcio – Magnesio y Fósforo

Calcio 7.6 mmol / l

Magnesio	1.9 mmol / l
Fósforo	4.9 mmol / l
Perfil de coagulación	
Tiempo de protrombina	10.70
Tiempo parcial de tromboplastina	36.20
Fibrinógeno	2.80
Perfil hepático	
TGP – ALAT	29.00 U / L
TGO – ASAT	18.00 U / l
Fosfatasa alcalina	70.00 U / L
Albumina	1.60 gr / dl
Globulina	2.20 gr / dl
Proteínas totales	3.80 gr / dl
Bilirrubina total	0.60 mg / dl
Bilirrubina directa	0.30 mg / dl
Bilirrubina indirecta	0.40 mg / dl

Fuente: Historia clínica

Día: 24 de marzo

Hora: 08:20 am

UCI

Evolución:

Mujer de 39 años, intervenida quirúrgicamente de cesárea más histerectomía abdominal sub total + sutura vesical, albuminemia y anemia severa, ventila espontáneamente sin apoyo oxigenatorio , abdomen blando , sensible a la palpación con signos de dolor en zona operatoria, permanece con dren tubular y sonda Foley la cual se encuentra permeable pese a ser su primer día operatorio su evolución es favorable .Previamente se suministró cobertura antibiótica con Vancomicina y Meropenem, no obstante no hubo evidencia de foco infeccioso por lo que en la visita médica deciden suspender su administración y proseguir con Ceftriaxona. Control de funciones vitales y evaluaciones realizadas se visualizan en el reporte N°12 que se detalla a continuación:

Reporte N° 12

Control de funciones vitales:

Frecuencia cardiaca materna: 80 pulsaciones por minuto

Presión arterial: 120 / 60 milímetros de mercurio

Respiración: 18 respiraciones por minuto.

Temperatura: 36.8 grados centígrados.

Auscultación de corazón y pulmones: Normal sin soplos, pulmones normales sin ayuda de oxígeno adicional.

Evaluación abdominal: Siente dolor leve a la palpación, dren tubular con secreción serohemática.

Sonda Foley: Permeable, bolsa colectora con orina clara.

Fuente: Historia clínica.

Plan: Continuar con cobertura antibiótica, analgésicos para el dolor, soporte hemodinámico y realizar controles seriados de hemoglobina y hematocrito a las 16:00 y 22:00 pm.

Día: 25 de Marzo

Hora: 11:05 am

UCI

Evolución:

La paciente en su segundo día post operatorio se encuentra consciente la noche anterior se le transfundió 02 paquetes globulares por que tuvo una reducción de su hemoglobina llegando a 6.6 gr/dl no obstante el control post transfusión mostró un incremento reflejado en 8.5 gr/dl , manifiesta signos de dolor leve en la zona de la incisión producto de la operación, abdomen blando sensible a la palpación, continuará con sonda Foley por los próximos diez días por indicación del urólogo se cambia sonda Foley por motivos de higiene. Control de funciones vitales y evaluaciones realizadas se visualiza el reporte N°13.

Reporte N°13

Control de funciones vitales:

Frecuencia cardiaca materna: 72 pulsaciones por minuto

Presión arterial: 120 / 70 milímetros de mercurio

Respiración: 19 respiraciones por minuto

Temperatura: 36.6 grados centígrados

Saturación de oxígeno: 96 por ciento

Auscultación cardiopulmonar: Ambos dentro de lo normal

Evaluación abdominal = Dolor leve a la palpación

Fuente: Historia clínica

Plan: Iniciar tolerancia oral, continuar con cobertura antibiótica, analgésicos para el dolor, soporte hemodinámico, solicitar examen de orina, enviar comunicación al Servicio de Obstetricia de alto riesgo para retorno de la paciente a dicho servicio.

Resultados de exámenes solicitados se muestran según se presentan a continuación:

Resultados de exámenes de laboratorio solicitados post transfusión:

Sangre (25 / 03 / 2017)

Hematocrito 25.40 %

Hemoglobina 8.60 mg /dl

Orina (25 / 03 / 2017)

Color amarillo claro

Aspecto ligeramente turbio

Densidad 1.006

Cuerpos cetónicos no

Bilirrubina no

Urobilinógeno dentro de lo normal

Nitritos no

Sangre si en poca cantidad (++)

Células epiteliales muy poco

Proteínas no hay presencia

Hematíes 10 a 20 por campo

Leucocitos 20 a 30 por campo

Esterasa leucocitaria si (++)

Fuente: Historia clínica

Día: 25 de Marzo

Hora: 08:55 pm

Evolución:

Mujer adulta post operada y politransfundida que regresó de la UCI recibe la visita médica nocturna de rutina en el servicio de Obstetricia, se le ve en un estado aparentemente fuera de peligro, hemodinámicamente estable, se encuentra lúcida con orientación en tiempo y espacio buenos, respiración normal, la herida de la operación en excelente estado, presentó distensión abdominal, tiene el dren con secreción serohemática, sonda Foley permeable con orina clara. Evaluaciones realizadas se visualiza en el reporte N°14

Reporte N° 14

Hidratación: Regular estado de hidratación.

Evaluación de corazón y pulmones: Dentro de la normalidad.

Orina: Cantidad normal, color claro.

Hemoglobina: 8.5 gramos por decilitro post transfusión.

Fuente: Historia clínica.

Plan: Seguir las mismas indicaciones previas.

Día: 26 de Marzo

Hora: 09:25 am

Evolución:

La paciente refiere que su abdomen está inflado, con gases, lo cual le produce incomodidad, además de estreñimiento desde hace 3 días; también manifiesta dolor leve a moderado en la zona de la operación al examen la zona operatoria no

presenta signos de infección. El control de funciones vitales se presenta en el reporte N°15:

Reporte N°15

Control de funciones vitales:

Frecuencia cardiaca materna: 80 pulsaciones por minuto

Presión arterial: 120 / 80 milímetros de mercurio

Respiración: 20 respiraciones por minuto

Temperatura: 37.0 grados centígrados

Evaluación abdominal: Presenta dolor a la palpación.

Fuente: Historia clínica

Rp.: Realizar los controles respectivos de funciones vitales, administrar Metamizol 1 gr EV C/8hrs, Simeticona 30 gotas VO, Ceftriaxona 2 gr EV, Tramal 100 mg EV si hubiese dolor intenso, Metoclopramida 10 mg EV c/8 horas, Supositorio de glicerina en la noche, dieta blanda, permanecer en reposo relativo, controlar la hidratación, mantener con sonda Foley, solicitar hemograma y perfil hepático.

Día: 27 de Marzo

Hora: 08:15 am

Evolución:

La paciente indica que siente dolor abdominal tipo cólico, estreñimiento hace varios días, presenta signos de dolor en la zona operatoria.

Según el control se halló que la paciente se encuentra en estado general regular, clínicamente estable, hidratación y nutrición regular, los dolores abdominales se manifiestan a la palpación. La herida operatoria se encuentra en óptimas condiciones con el dren donde se observa escasos residuos de secreción

serohemática, sonda Foley permeable donde se evidencia orina clara. Control de funciones vitales se visualiza en el reporte n° 16.

Reporte N° 16

Control de funciones vitales:

Frecuencia cardiaca materna: 79 pulsaciones por minuto

Presión arterial: 120 / 60 milímetros de mercurio

Respiración: 20 respiraciones por minuto

Temperatura: 36.6 grados centígrados

Evaluación abdominal: Presenta dolor a la palpación, dren con secreción serohemática.

Fuente: Historia clínica.

Rp: Realizar el control periódico de funciones vitales cada 6 horas, suministrar Levotiroxina sódica a razón de 150 mg en la mañana, Paracetamol 2 tabletas VO c/ 8 hrs y Ceftriaxona 2 gr c/ 24hrs, supositorio de glicerina en la noche y mantener la sonda Foley permeable, con respecto a la alimentación seguir con dieta completa más fibras y la ingestión de líquidos.

Resultado de exámenes de laboratorio solicitados (27 / 03 / 2017)

Hemograma completo

Hemoglobina	8.10 mg /dl
Hematocrito	24.20 %
Eritrocitos	2.65 mm ³
Leucocitos	9.90 mm ³
Plaquetas	256.00
Segmentados	70.80

Eosinófilos	4.20
Basófilos	0.60
Linfocitos	22.00
Monocitos	3.50
Perfil hepático	
Albumina	2.50 g / dl
Globulina	1.9 0 g / dl
Proteínas totales	4.30 g / dl
Relación albumina / globulina	1.35 g / dl
Fosfatasa alcalina	96.00 U/L
TGO – ASAT	18.00 U / L
TGP – ALAT	18.00 U / L
Bilirrubina total	0.50 mg / dl
Bilirrubina directa	0.20 mg / dl
Bilirrubina indirecta	0.35 mg / dl

Fuente: Historia clínica.

Día: 28 de marzo

Hora: 08:45 am

Evolución:

Indica que siente molestia de intensidad tolerable en la zona de la operación, el abdomen se palpa blando depresible con herida operatoria sin signos de infección con un nivel óptimo de higiene, se encuentra estable el control de funciones vitales se detalla en el reporte n°17:

Reporte N° 17

Control de funciones vitales:

Frecuencia cardiaca materna: 76 pulsaciones por minuto

Presión arterial: 130 / 70 milímetros de mercurio

Respiración: 21 respiraciones por minuto

Temperatura: 36. 8 grados centígrados

Fuente: Historia clínica.

Rp: Efectuar el control de funciones vitales cada 6 hrs, administrar Paracetamol 2 tabletas VO, Ceftriaxona 2 gr EV C / 24 hrs, Levotiroxina 1 ½ tabletas VO por día en ayunas , en cuanto a su dieta se indica completa , continuar con sonda Foley y finalmente se solicita evaluación por el Urólogo por lo que se envía una interconsulta.

Interconsulta a Urología.

29/03/2017 – 02:30 a.m.

Paciente con diagnósticos actuales de: intervenida quirúrgicamente de cesárea hace 6 días + Histerectomía abdominal sub total + sutura de vejiga, portadora de Dren tubular con escasa eliminación de secreción serosa. El especialista evalúa el caso y recomienda retirar el dren tubular y cubrir con gasas si pasado 4 días las gasas se mantienen secas se procederá a retirar la sonda Foley.

Día: 29 de marzo

Hora: 08:45 am

Evolución:

La paciente indica alta incomodidad y malestar por la persistencia de la cefalea en el área de la frente y leve dolor en zona operatoria. El control efectuado nos indica paciente con buena evolución en todos los aspectos, herida operatoria en óptimas condiciones de cicatrización, gasas con evidencia de secreción serosa, sonda Foley permeable, control de funciones vitales se detalla en el reporte n° 18:

Reporte N° 18

Control de funciones vitales:

Frecuencia cardiaca materna: 64 pulsaciones por minuto

Presión arterial: 130 / 70 milímetros de mercurio

Respiración: 18 respiraciones por minuto

Temperatura: 37.3 grados centígrados

Fuente: Historia clínica.

Rp: Realizar el control de funciones vitales c/6hrs, suministrar Ceftriaxona 2 gr EV C/24hrs, levotiroxina 1 ½ tableta en ayunas, Paracetamol 2 tabletas VO C/8hrs, en cuanto a su alimentación seguir con dieta completa más líquidos y permanecer con sonda Foley.

Resultados de exámenes solicitados se muestran según se presentan a continuación:

Resultados de exámenes de laboratorio solicitados (29 / 03 / 2017)

Hemograma completo

Hemoglobina	8.60 mg / dl
Hematocrito	28.00 %
Leucocitos	5.95 mm ³
Eritrocitos	2.95 mm ³
Plaquetas	429
Segmentados	79.20
Eosinófilos	0.40

Basófilos	(-)
Monocitos	2.20
Linfocitos	16.50
Dosaje de Glucosa – Úrea – Creatinina	
Glucosa	96 mg / dl
Creatinina	0.54 mg / dl
Úrea	17.10 mg / dl
Úrea nitrogenada	8.10 mg / dl
Perfil hepático	
Albumina	2.90 mg / dl
Globulina	2.20 mg / dl
Relación albumina / globulina	1.40 mg / dl
Proteínas totales	5.10 mg / dl
Fosfatasa alcalina	133.00 U / L
TGO – ASAT	18.00 U / L
TGP – ALAT	23.00 U / L
Bilirrubina total	0.50 mg / dl
Bilirrubina indirecta	0.30 mg / dl
Bilirrubina directa	0.20 mg / dl

Fuente: Historia clínica.

Día: 30 de marzo

Hora: 08:35 am

Evolución:

Manifiesta no sentir dolor de cabeza, siente una leve molestia en zona de la cicatriz. Los controles y exámenes realizados se de marzo encuentran en parámetros normales hay una buena evolución, herida operatoria sin signos de infección, gases con secreción serosa, sonda Foley permeable, el control de funciones vitales se detalla a continuación en el reporte N°19:

Reporte N°19

Control de funciones vitales:

Frecuencia cardiaca materna: 66 pulsaciones por minuto

Presión arterial: 130 / 70 milímetros de mercurio

Respiración: 18 respiraciones por minuto

Temperatura: 36.6 grados centígrados

Fuente: Historia clínica.

Rp: Efectuar el control periódico de funciones vitales c/6hrs, administrar Paracetamol 2 tabletas VO, Ceftriaxona 2gr EV c/24hrs, Levotiroxina 1 ½ tableta en ayunas, alimentación dieta completa con más proteínas, continuar con sonda Foley.

Día: 31 de marzo

Hora: 07:40 am

Evolución:

La paciente indica que tiene dolor de cabeza que es de tipo pulsátil, las pruebas y exámenes de rutina se encuentran todos dentro de la normalidad, no obstante presentó dolor en zona frontal y en la zona abdominal leve a la palpación profunda

a nivel de la cicatriz operatoria, gasas con secreción serosa, sonda Foley permeable.
La evolución clínica de la paciente avanza favorablemente. El control de funciones vitales se detalla en el reporte N°20.

Reporte N° 20

Control de funciones vitales:

Frecuencia cardiaca materna : 82 pulsaciones por minuto

Presión arterial : 125 / 75 milímetros de mercurio

Respiración : 20 respiraciones por minuto

Temperatura : 36.8 grados centígrados

Fuente : Historia clínica.

Rp: Efectuar el control respectivo de funciones vitales cada 6 horas, administrar Paracetamol 1gr VO, Levotiroxina 11/2 tabletas en ayunas, Ceftriaxona 2 gramos c/24 hrs EV, continuar con dieta completa con más proteínas, permanecer con sonda Foley.

Los resultados de los exámenes solicitados se presentan a continuación:

Resultado de exámenes de laboratorio solicitados (31 / 03 / 2017)

Hemograma completo

Hemoglobina	9.20 mg / dl
Hematocrito	29.50 mg / dl
Eritrocitos	3.15 mm ³
Leucocitos	6.56 mm ³
Linfocitos	26.30
Eosinófilos	5.30
Segmentados	67.00

Monocitos	4.80
Basófilos	0.75
Dosaje de Glucosa – Úrea – Creatinina	
Glucosa	65 mg / dl
Úrea	21.6 mg / dl
Creatinina	0.59 mg / dl
Úrea nitrogenada	11.00 mg / dl
Perfil de coagulación	
Fibrinógeno	3.95
Plaquetas	390.0
Tiempo de protrombina	9.81
Tiempo de trombina	16.00
Tiempo parcial de tromboplastina	30.90
Perfil hepático	
Albumina	3.30 mg / dl
Globulina	2.30 mg / dl
Relación albumina / globulina	1.35 mg / dl
Proteínas totales	5.50 mg / dl
Fosfatasa alcalina	127.00 U / L
TGO – ASAT	19.00 U / L
TGP - ALAT	20.30 U / L
Bilirrubina directa	0.10 mg / dl
Bilirrubina indirecta	0.20 mg / dl
Bilirrubina total	0.30 mg / dl

Fuente: Historia clínica.

Día: 01 de marzo

Hora: 08:45 am

Evolución:

Manifiesta continuar con dolor de cabeza no tiene náuseas, leve dolor en zona operatoria. Las pruebas y evaluaciones de rutina efectuados se encuentran en rangos normales indican evolución clínica favorable. Control de signos vitales se visualiza en el reporte N°21.

Reporte N° 21

Control de funciones vitales:

Frecuencia cardiaca materna : 82 latidos por minuto

Presión arterial : 120 / 70 milímetros de mercurio

Respiración : 22 respiraciones por minuto

Temperatura : 37.2 grados centígrados

Fuente : Historia clínica.

Rp: Efectuar el control respectivo de los signos vitales cada seis horas, suspender el uso de la sonda Foley según indicación del Urólogo, en cuanto a la alimentación seguir con dieta completa rica en proteínas , suministrar Paracetamol 1 gr V.O si presentara dolor, Levotiroxina 150 mg V.O, NPO, Ceftriaxona 2gr E.V c/ 24 hrs.

Día: 02 de marzo 2017

Hora: 09:50 am

Evolución:

La paciente informa que persiste el dolor de cabeza y en la zona abdominal de leve intensidad que es tolerable, todas las evaluaciones y exámenes realizados están normales, la evolución clínica es favorable y con signos de vitalidad dentro de valores normales por lo que la paciente se encuentra en condiciones de alta médica.

Rp: Continuar con el siguiente tratamiento en su domicilio se le da de alta: Cefalexina 500 mg por V.O por 5 días, Levotiroxina según indicación del Endocrinólogo, Sulfato ferroso 2 tabletas al día V.O. Controles posteriores por consultorio externo con el Médico Obstetra, Urólogo y otras especialidades según se requiera.

g) Epicrisis

Edad: 39 años

Fecha de ingreso: 17 de marzo del 2017

Fecha de egreso: 02 de abril del 2017

Resumen de la enfermedad actual: Mujer embarazada fue ingresada al servicio de Obstetricia por estar presentando un evidente cuadro de amenazada de parto prematuro. Se le indica a la paciente exámenes como: Ultrasonografía obstétrica y Doppler, Resonancia magnética, pruebas cardiotocográficas y evaluaciones por otros especialistas.

Diagnóstico de ingreso: Gestaciones: 5 Paridad: 1211

- Embarazo de alto riesgo con mala historia obstétrica
- Cesareada anterior tres veces
- Embarazo pre término
- Amenaza de parto pretérmino
- Acretismo placentario
- Placenta previa total

Manejo y tratamiento: Intervención quirúrgica practicada fue una cesárea con extracción de útero por placenta percreta más sutura vesical. La terapéutica administrada fue para la infección, el dolor, la anemia y otros.

Evolución: Tuvo una adecuada recuperación con el manejo y tratamiento indicado por los especialistas.

Diagnóstico de Egreso:

Puérpera mediata con evolución favorable y complicaciones resueltas.

Circunstancias del alta: Recuperada

Control: en una semana

2.3 Discusión

El caso clínico presentado permite analizar una patología que ha ido creciendo en los últimos años alarmantemente, llegando a ser considerado un problema de salud pública en algunos países.

En el caso clínico revisado, se encontró que la edad de 39 años y la multiparidad de 5 gestaciones, son situaciones de riesgo para desarrollar placenta acreta, coincidiendo con los hallazgos encontrados por los investigadores García F. y Donayre A (14) en el Hospital Guillermo Almenara y Vega et al. (10) en México 2016.

El antecedente obstétrico de 3 cesáreas de la paciente en estudio, fueron por partos prematuros y la placenta previa en la gestación actual nos confirma la relación estrecha con esta patología, tal como lo señalan dos a más estudios a nivel internacional y nacional: de Segovia y Vásquez (11), en el 2010; y la investigación realizada en el Hospital San Bartolomé de Lima por Ramírez-Cabrera et al. (13).

El diagnóstico prenatal resulta importante para identificar los factores de riesgo para placenta acreta; además de la ultrasonografía como el mejor apoyo diagnóstico; cabe recalcar que la resonancia magnética resulta vital para la valoración del compromiso y la invasión placentaria a órganos vecinos, los cuales fueron realizados en la paciente en mención, permitiendo el pronto diagnóstico precoz y la conducción adecuada, disminuyendo la posibilidad de complicaciones. Mayormente se inclina para realizar una histerectomía, procedimiento que fue aplicado de igual manera en la paciente según lo refieren investigaciones recientes; se debe detallar que estos procedimientos arriesgados deben realizarse en instituciones de salud que cuenten con todas las especialidades, infraestructura y equipos necesarios para la atención y solución de las complicaciones, el cuidado post quirúrgico debe ser estricto ya que algunos casos pueden requerir el ingreso a la unidad de cuidados intensivos debido a la complejidad de la patología y las consecuentes complicaciones.

2.4 Conclusiones

- En este caso se identificaron factores de riesgo asociados al acretismo placentario, según se detallan en las investigaciones realizadas, y que se sustentan dentro del marco teórico, permitiendo comparar las situaciones presentadas coincidiendo con ellas.
- Los factores demográficos asociados a acretismo placentario también se ha podido identificar en este caso; ya que la edad de la paciente es de 39 años, por lo que se presenta en el rango de edad avanzada siendo éste un factor predisponente para el acretismo placentario.

- De igual forma, se han identificado factores obstétricos asociados al acretismo placentario, en el caso en mención los cuales son: la multiparidad, las cesáreas previas, el legrado uterino y la presencia de placenta previa en la gestación actual.

2.5 Recomendaciones

Al darse por concluido el presente trabajo, en base a lo observado y lo detallado con respecto al tema se hacen las recomendaciones respectivas:

- Realizar acciones informativas de promoción y prevención en el programa Planificación familiar teniendo como objetivo a las mujeres con gestaciones riesgosas que acuden a los hospitales para realizar sus controles prenatales y también poder identificar los factores de riesgo de la placenta acreta.
- En el programa de Psicoprofilaxis brindar atención integral y apoyo personalizado a las gestantes que tuvieron pérdidas, mostrando solidaridad y compromiso con la finalidad de promover actitudes positivas y responsables que beneficien a la salud de la gestante y su familia.
- El manejo de acretismo placentario es una patología de mucha gravedad, por lo que debe ser manejada solamente en los establecimientos de salud de nivel II y III.
- Realizar las evaluaciones ecográficas durante el II y III trimestre de gestación, para fines de descarte u obtención de un diagnóstico temprano, las que si luego presentan alguna irregularidad deberán ser contrastadas con una resonancia magnética.

- Brindar orientación y consejería a la paciente y respectivos familiares acerca del riesgo que implican las cesáreas, y cómo éstas constituyen un factor determinante para desarrollar acretismo placentario con sus posibles consecuencias.
- Solicitar siempre que la paciente y/o familiares directos firmen el consentimiento informado por si se presentara alguna situación que amerite realizar algún procedimiento de urgencia.
- Capacitación constante al personal de salud, basadas en actualizaciones acerca de patologías obstétricas con alta tasas de morbilidad y mortalidad materna fetal, así como el manejo de Clave roja en los Hospitales cualquiera sea el nivel de complejidad.
- Cumplir con los protocolos de atención implementados para el manejo del acretismo placentario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ávila D, Alfaro M, Olmedo S. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica. (Internet). 2016 (citado 2018 Jul 15); 6(3): 11-20. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/25735>
2. Noguera-Sánchez MF, KarchmerKrivitzky S, Rabadán-Martínez CE, Antonio-Sánchez P. Acretismo placentario, un problema en aumento. El diagnóstico oportuno como éxito del tratamiento. Ginecol Obstet Mex. (Internet). 2013 (citado 2018 Jul 15); 81(2): 99-104. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom132f.pdf>
3. James Carlos, Aguilar Aldo, Garaycochea Octavio. Placenta acreta en paciente sin antecedentes quirúrgicos uterinos. Rev. Perú. ginecol. obstet. [Internet]. 2015 Abr [citado 2018 Jul 15]; 61(2): 157-162. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000200010&lng=es.
4. Dueñas G Ornar, Rico O Hugo, Rodríguez B Mario. Actualidad en el Diagnóstico y Manejo del Acretismo Placentario. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2007 [citado 2018 Jul 15]; 72(4): 266-271. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000400011&lng=es.

5. Resnik, R. Lockwood, C. Levine, D. Diagnosis and management of placenta accreta. 2010. En www.uptodate.com.
6. Kayem, G. Davy, C. Goffinet, M. Thomas, C. Clément, D. Cabrol, D. Conservative versus extirpative management in cases of placenta accreta. American College of Obstetricians and Gynecologist. Obstet and Gynecol. 2004; 104: 531-36. [Internet]. 2004 [citado 2018 Jul 15]; 104(3): 531-36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15339764>
7. Warshak, C. Ramos, G. Eskander, R. Benirschke, K. Saenz, C. Kelly, T et al. Effect of Predelivery Diagnosis in 99 Consecutive Cases of Placenta Accreta. Obstet and Gynecol. [Internet]. 2010 [citado 2018 Jul 15]; 115(1): 65-69. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20027036>
8. Hospital Italiano de Buenos Aires. Instituto Universitario Hospital Italiano. Buenos Aires. (s/f) (citado el 19 de abril 2018). Disponible en: <https://www.hospitalitaliano.org.ar/#!/#3>
9. El Comercio. Lima (30 mayo 2016) (citado el 19 abril 2018). Disponible en: <https://elcomercio.pe/lima/partos-cesarea-buscan-conocer-innecesarios-213550>
10. Vega M. Genaro, Bautista G. Luis Nelson, Rodríguez N. Lucia Denice, Loredó A. Fátima, Vega M. Jesús, Becerril S. Alma et al . Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2017 Oct [citado 2019 Ene 22] ; 82(4): 408-415. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

75262017000400408&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000400408>.

11. Segovia Vázquez MR. Parto por cesárea*. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) [Internet]. 2015 Jun [citado 2018 Abr 19]; 48(1): 23-40.
Disponible en:
http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492015000100003&lng=es.
[http://dx.doi.org/10.18004/anales/2015.048\(01\)23-040](http://dx.doi.org/10.18004/anales/2015.048(01)23-040).
12. Wilches-Llanos A, Palazuelos-Jiménez G, Trujillo-Calderón, Romero-Enciso E. Diagnóstico prenatal de acretismo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2014; 65(4): p. 346-353.
13. Ramírez-Cabrera Juan, Cabrera-Ramos Santiago, Campos-Siccha Gerardo, Peláez-Chomba Melissa, Poma-Morales Cliford. Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 - 2015. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2017 Ene [citado 19 de abril 2018] ; 63(1): 27-33.
Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000100004&lng=es.
14. García, Fernando; Donayre, Abelardo. Cesarea-histerectomía en el Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima, Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. (Internet). 2017, [citado 19 de abril 2018]; 45(4), 280-285.
Disponible en:
<<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/652>>.

15. Fernández-González B, Romano-Santos E, Díez-Soro L. Tratamiento conservador ante el acretismo. Estudio de un caso. *Matronas Prof.* 2015; 16(1): p. e1-e4. (Internet). 2015, [citado 19 de abril 2018]; 16(1): e1-e4. Disponible en: <https://medes.com/publication/97387>
16. Ministerio de Salud (Minsa).H.N. Sergio Bernales. Guía de Práctica Clínica de Acretismo placentario. Departamento de Gineco obstetricia.pp.1-3
17. Perez-Herezuelo I, Aguilar-Romero MT, Hurtado-Moya ML. Placenta Acreta: Diagnostico. Actualización Obstetricia y Ginecología 2011. (Internet). 2011, [citado 19 de abril 2018]; 16(1): 1-12. Disponible en: <https://studylib.es/doc/5531806/placenta-acreta--diagnostico-intraparto>
18. Finberg G, William J. Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa / accreta. *Contemp Obstet Gynecol.* (Internet). 1996 [citado 19 de abril 2018]; 41: 66-95. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1522623>
19. Vélez J. Ángel G. Beltrán N. Calvo V. Acretismo Placentario: Evaluación por resonancia magnética. *Rev. Med. Bogotá Colombia.*2015;23(1):70-76 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91043954008>
20. Aguilar-Hernández F, Rivero-Coronado C, Sánchez-García JF, Bolio-Bolio A. Rotura uterina por acretismo placentario. *Ginecología y Obstetricia de México.* 2010; 78(4): p. 250-253. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom104h.pdf>
21. Abehsera D Daniel, González B Cristina, López M Sara, Sancha N Marta, Magdaleno D Fernando. Placenta percreta, experiencia en 20 años del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. *Rev. chil. obstet.*

ginecol. [Internet]. 2011 [citado 19 de abril 2018]; 76(2): 127-131.

Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000200011&lng=es.

22. Niño de Guzmán P. Oscar, Maita Freddy, Gutiérrez Carlos, Franco Ninoska, Calustro Roxana, Niño de Guzmán Luizaga Oscar. Diagnostico ecográfico de acretismo placentario. Gac Med Bol [Internet]. 2006 citado 19 de abril 2018]; 29(1): 49-55. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662006000100010&lng=es...