



**Universidad
Norbert Wiener**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADÉMICO

**ANOMALÍA DE INSERCIÓN PLACENTARIA COMO CAUSA DE
HEMORRAGIA POS PARTO MANEJADA EN UN
ESTABLECIMIENTO DE SALUD NIVEL III-2 EN JULIO DEL 2017**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN RIESGO OBSTÉTRICO

Presentado por:

Obsta. YARIHUAMÁN LEÓN KATTY KELYN

Obsta. QUISPE CANORIO ANGELA IDANIA

Asesora

Dra. Ana María Sanz Ramírez

LIMA – PERÚ

2019

ÍNDICE

	Pág.
1. RESUMEN	3
2. ABSTRACT	4
3. INTRODUCCIÓN	5
4. CAPÍTULO I	9
4.1. Descripción del caso clínico	
5. CAPÍTULO II	16
5.1. Justificación de la investigación	
6. CAPÍTULO III	19
6.1. Antecedentes de investigación	
6.1.1. Antecedentes nacionales	19
6.1.2. Antecedentes internacionales	22
7. CAPÍTULO IV	28
7.1. Discusión de caso clínico	
8. CAPÍTULO V	31
8.1. Conclusiones y recomendaciones	
8.1.1. Conclusiones	31
8.1.2. Recomendaciones	32
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
10. ANEXOS	37
Anexo 1. Tarjeta de atención prenatal en establecimiento de nivel III-2	
Anexo 2. Formato de control de funciones vitales	
Anexo 3. Reporte quirúrgico de cesárea-histerectomía	
Anexo 4. Estudio anatomopatológica de útero con diagnóstico de acretismo placentario.	
Anexo 5. Hoja pelmatoscópica de recién nacido.	

RESUMEN

Objetivo: Describir el manejo de un caso clínico de acretismo placentario como causa de hemorragia posparto atendida en un establecimiento de salud nivel III-2.

Material y Métodos: Es un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de revisión de historia clínica perinatal de un caso clínico de acretismo placentario que ocasionó hemorragia posparto manejada en un establecimiento de salud nivel III-2 en julio 2017. Se incluyeron antecedentes personales, familiares y patológicos, examen general y específico, diagnóstico, exámenes auxiliares, manejo obstétrico, evolución clínica y alta. Se hizo revisión de la literatura sobre antecedentes nacionales e internacionales y discusión sobre el caso clínico.

Resultados: Segundigesta de 35 años de edad, con 36 semanas de edad gestacional con diagnóstico de acretismo placentario variedad percreta con infiltración a la pared vesical; y con antecedente una cesárea anterior, hace 6 años. Los factores de riesgo presentes fueron: edad materna avanzada, multiparidad y cesárea previa. La gestante fue sometida a cesárea electiva la cual se complica en el intraoperatorio con hemorragia severa mayor de 2000 ml por presentar placenta percreta con infiltración trofoblástica hacia la pared de la vejiga, la cual obligó a toma de decisión inmediata para realizar histerectomía total y sutura vesical. Se obtuvo un recién nacido vivo con puntuación de Apgar normal y peso adecuado para la edad gestacional. Paciente evoluciona favorablemente con sonda foley permeable y cobertura de antibioticoterapia. Sale de alta hospitalaria al 14° día del postoperatorio.

Conclusión: El acretismo placentario fue causa de hemorragia posparto, como factores de riesgo multiparidad con cesareada anterior, que culminó en histerectomía.

Palabras Claves: Acretismo placentario, Placenta percreta, cesareada anterior, hemorragia posparto.

ABSTRACT

Objective: To describe the management of a clinical case of placental acreta as a cause of postpartum hemorrhage treated in a health facility level III-2.

Material and Methods: This is an observational, descriptive, retrospective study of a perinatal clinical history review of a clinical case of placental acreta that caused postpartum hemorrhage managed in a health facility level III-2 in July 2017. Personal history was included. Family and pathological, general and specific examination, diagnosis, auxiliary examinations, obstetric management, clinical and high evolution. A review of the literature on national and international background and discussion of the clinical case was made.

Results: 35-year-old second-year-old, 36-week gestational age diagnosed with placental acreta variety percretized with infiltration to the bladder wall; and with an antecedent an anterior Caesarean section, 6 years ago. The risk factors present were: advanced maternal age, multiparity and previous C-section. The pregnant woman was subjected to an elective Caesarean which is complicated in the intraoperative with severe bleeding greater than 2000 ml due to present placenta percreta with trophoblastic infiltration towards the bladder wall, which forced immediate decision-making to perform total hysterectomy and bladder stitching. A live newborn with normal Apgar score and appropriate weight for gestational age was obtained. Patient evolves favorably with permeable foley probe and antibiotic therapy coverage. He is discharged from the hospital to the 14th day of the postoperative period.

Conclusion: Placental acreta was the cause of postpartum hemorrhage, such as multiparity risk factors with anterior cesarean, which culminated in hysterectomy.

Key words: Placental acreta, placenta percreta, anterior cesarean, postpartum hemorrhage.

INTRODUCCIÓN

Se denomina acretismo placentario a la inserción anormal de las vellosidades coriales directamente en el miometrio, en ausencia de decidua basal y de la banda fibrinoide de Nitabuch (1,2).

La clasificación de acretismo placentario se basa en el grado de invasión e incluyen: acreta, en la que las vellosidades placentarias están adheridas al miometrio; increta, con invasión de vellosidades placentarias en el miometrio; y percreta, donde las vellosidades placentarias penetran completamente el miometrio, rompiendo la serosa (1-3).

La incidencia de acretismo placentario varía de 1 en 533 a 1 en 2500 partos (1,4). La prevalencia según algunos autores (5) corresponden a placenta acreta 70.9%, increta 15.2% y percreta 10.8%.

El aumento de la incidencia de placenta acreta se asocia con mayores tasas de parto por cesárea y el aumento de la edad materna avanzada (1-4,6).

Asimismo, las gestantes que están más afectadas son aquellas que presentan como factores de riesgo actual el diagnóstico de placenta previa y antecedentes de cesárea anterior (7,8).

La literatura (9) menciona que la tasa de acretismo placentario se incrementa por el número de cesáreas, como se indican: 0.24% de 6,201 mujeres con cesárea primaria; 0.31% de 15.808 mujeres con segunda cesárea; 0.57% de 6,324 mujeres con una tercera cesárea; 2,13% de 1,452 mujeres con cuarta cesárea; 2.33% de 258 mujeres con quinta cesárea y 6.74% de 89 mujeres con ≥ 6 cesáreas. Es decir, a mayor número de veces de cesárea, incrementa el riesgo de presentar acretismo placentario.

Dentro de los factores de riesgo para acretismo placentario (1,10,11) se mencionan: Factores maternos: edad materna > 35 años; multiparidad (11).

fumadora (11); trastornos hipertensivos del embarazo (11). Factores uterinos: miomectomía previa (1,11); cesareada anterior; legrado uterino previo (1, 10,11); síndrome de Asherman (sinequia intrauterina) (1, 10,11); leiomioma submucoso (fibromas) (1, 10,11); antecedente de ablación o raspado endometrial histeroscópica (1, 11); embolización de la arteria uterina (1); anomalías uterinas (11).

La etiología de placenta acreta es completamente no entendida (10). Existe ausencia o deficiencia hipotética de la capa de decidua de Nitabuch o esponjosa (12).

En la patogénesis de acretismo placentario (1, 10,12), existe la hipótesis de falla o defecto en la reconstitución del endometrio / decidua basal después de la incisión quirúrgica que conduce a: a) Invasión trofoblástica del miometrio sin una decidua intervenida, b) Posible infiltración de la serosa uterina e invasión de órganos adyacentes, y c) Falla o separación incompleta de la placenta del útero en el momento del parto.

Durante la atención prenatal se debe mantener una alta sospecha clínica de acretismo placentario en pacientes con placenta previa actual e historial de cirugía previa por cesárea o uterina; las mujeres con una placenta previa que cubre una cicatriz uterina deben ser evaluadas para el posible diagnóstico de acretismo placentario; y con imagen sugestiva de implantación placentaria anormal (1, 10,11).

El diagnóstico en el intraparto se realiza cuando hay falla de la placenta para separarse después del parto (10); hemorragia posparto más profusa de lo normal (12); hemorragia obstétrica masiva potencial en el parto durante el intento de desprendimiento de la placenta (1, 13).

La ultrasonografía es la opción de primera línea para el diagnóstico de acretismo placentario (1,13). En gestantes con cesárea previa, la evidencia ecográfica de placenta baja (en el segmento uterino inferior) durante el primer trimestre es sospechosa de acretismo placentario (10, 12).

El manejo de parto para mujeres con diagnóstico prenatal de acretismo placentario, el momento óptimo de parto depende de las circunstancias clínicas individuales, con el objetivo de lograr un parto planificado en lugar de emergencia. Considerar el parto planificado a las 34 semanas de gestación sin amniocentesis (1).

El modo de parto en gestantes con acretismo placentario es recomendable la cesárea e histerectomía abdominal total con placenta intacta dentro de la cavidad endouterina considerada como tratamiento habitual (1, 11,12).

La variedad de placenta percreta, es rara; pero, en la actualidad representa la patología más grave del acretismo placentario durante la gestación donde la placenta invade anormalmente la pared uterina, penetrando en el miometrio, rompiendo la serosa e invadiendo otros órganos pélvicos circundantes. Estas gestantes corren el riesgo de una hemorragia posparto severa que requiera una transfusión de productos sanguíneos de gran volumen al momento del parto, con una mortalidad materna de hasta el 7% (1,3).

En la actualidad, la hemorragia posparto (HPP), según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), es definida como la pérdida acumulativa de sangre mayor o igual a 1,000 ml o pérdida de sangre acompañada de signos o síntomas de hipovolemia dentro de las 24 horas posteriores al proceso de nacimiento, incluida pérdida intraparto, independientemente de la vía del parto (13,14). Tradicionalmente, la HPP también se define como pérdida de sangre >500 ml después del parto vaginal y > 1,000 ml después de la cesárea (13, 15,16). Otras definiciones incluyen pérdida de sangre después del parto que causa inestabilidad hemodinámica o una disminución del 10% en el hematocrito después del parto (13,15).

Dentro las etiologías más comunes de hemorragia posparto incluyen atonía uterina, laceraciones del canal de parto, retención de tejido placentario y, con menor frecuencia, desprendimiento de la placenta, coagulopatía (adquirida o hereditario), embolia de líquido amniótico, placenta acreta e inversión uterina(13).

En tal sentido, el presente caso clínico de acretismo placentario con variedad percreta como causa de hemorragia posparto, tiene como objetivos describir,

analizar y explicar la importancia de identificación de factores de riesgo, diagnóstico oportuno y manejo adecuado, con la finalidad de contribuir con la disminución de la morbilidad materna perinatal en el país.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

A) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Filiación:

Historia Clínica: 1275250

Fecha de atención: 3 de julio 2017 a 16:20 horas

Lugar de atención: Establecimiento de Salud Nivel III-2

Apellidos y Nombres: A.Z.E.C.

Edad: 35 años

Estado Civil: Conviviente

Ocupación: Empleada

Domicilio: Los Olivos

B) ATENCIÓN PRENATAL EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD NIVEL III-2

Fecha 3 julio 2017. Acude a 1er control prenatal.

Fórmula obstétrica: G2 P1001. Antecedente de Cesareada anterior hace 6 años. Trae resultado de ecografía privada con diagnóstico de gestación única activa de 33 semanas por biometría fetal. Considerar placenta acreta con invasión a vejiga.

Al examen: Funciones vitales Presión arterial 100/60 mmHg, frecuencia cardíaca 80 por minuto, frecuencia respiratoria 16 por minuto.

Peso: 83.700 kg. Talla: 1,58 m. Índice de masa corporal: 33.25

Examen obstétrico: Altura uterina 35 cm, Feto en longitudinal cefálica derecha, latido cardíaco fetal: 140 por minuto.

Diagnóstico: Gestación única de 35 semanas por fecha de última menstruación y por ecografía de primer trimestre+ cesareada anterior 1 vez+acretismo placentario por ecografía.

Plan de trabajo: Hospitalización.

C) ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACION

Fecha: 3/07/17 Hora de atención: 16:20 horas

MOTIVO DE ATENCIÓN:

Paciente acude procedente de consultorio externo, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal y niega pérdida de líquido amniótico.

Fecha de última menstruación (FUM): 31/10/16

Fecha probable de parto (FPP): 07/08/17

Edad Gestacional (EG): 35 semanas por ecografía de I trimestre

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

Formula Obstétrica: G2P1001

- Gesta 1 en 3 mayo 2011, edad gestacional de 38 semanas, culminó con cesárea en clínica Jesús del Norte con recién nacido de sexo femenino, peso 3670 g, por doble circular al cuello fetal
- Gesta 2: Actual de 35 semanas por ecografía del I trimestre.

Periodo internatal: Ultima culminación de gestación hace 6 años.

Atención Prenatal: 1 control prenatal en el establecimiento de salud nivel III-2 (Anexo 1)

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

- a) No hay antecedentes personales y familiares patológicos.
- b) Cirugía pélvica: 1 cesárea en el año 2011.

ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS:

Menarquía: 15 años. Régimen catamenial: 4/28 días. Inicio de relaciones sexuales: A los 18 años de edad. Andría: 1. Uso de métodos anticonceptivo: píldora oral.

EXAMEN FÍSICO GENERAL

Funciones vitales: Temperatura: 37°C. Presión arterial: 100/60 mmHg. Pulso: 82/minuto. Frecuencia respiratoria: 20 por minuto. Peso: 79kg. Talla: 1.58cm. IMC=31.65 kg/m². Estado general y sensorio conservado. Aparato cardiovascular, respiratorio y urinario normales. Extremidades sin edemas.

EXAMEN OBSTÉTRICO

Altura uterina: 35 cm. Latido cardíaco fetal: 143 lpm. Dinámica uterina: ausente. Feto único: en situación longitudinal, presentación cefálica, posición derecha. Ponderado fetal: 3500g ±200g.

Examen ginecológico: A la especuloscopia no se visualiza pérdida de líquido amniótico.

Al tacto vaginal: Cérvix incorporación: 0%. Dilatación: 0 cm. Altura de presentación: -4. Variedad de presentación: no precisable. Pelvimetría clínica: pelvis ginecoide.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. Segundigesta de 35 semanas por fecha de última menstruación
2. No trabajo de parto
3. Periodo internatal largo
4. Cesareada anterior 1 vez hace 6 años.
5. Acretismo placentario con invasión a vejiga
6. Edad materna avanzada.

PLAN DE TRABAJO:

Hemograma, hemoglobina. Glucosa, urea, creatinina. TGO, TGP.

Bilirrubina total y fraccionada. Recuento de plaquetas, fibrinógeno. Tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, examen de orina.

INDICACIONES

Dieta completa. Control obstétrico. Control funciones vitales.

Fecha: 4 julio 2017. Gestante queda en control obstétrico, hemodinámicamente estable. Se solicitan exámenes preoperatorios. Interconsulta a cardiología, anestesiología, depósito de sangre, coordinar para examen de cistoscopia.

Fecha: 5 al 7 julio 2017: Continúa en hospitalización con control obstétrico.

Fecha: 8 y 9 julio 2017: Se realiza cistoscopia en otro hospital con diagnóstico vejiga cistoscópicamente normal. Queda en control obstétrico.

Fecha 10 de julio 2017: Diagnóstico Segundigesta de 36 semanas por fecha de última menstruación, no trabajo de parto, cesareada anterior 1 vez, acretismo placentario con probable invasión a vejiga. Se realiza monitoreo fetal. Plan programar para cesárea.

Fecha 11 y 12 de julio 2017: Se coordina con urólogo de otro hospital para apoyo durante la cirugía. SE realizan pruebas cruzadas. Continúa con control obstétrico. Se realiza junta médica y se programa para cesárea histerectomía para 13 julio 2017, primer turno.

Fecha 13 julio 2017. Visita médica.

Gestante refiere percibir movimientos fetales, niega sangrado vaginal, ni pérdida de líquido amniótico. Al examen: En aparente regular estado general, lúcida, orientada en tiempo espacio y persona. Abdomen: globuloso, útero grávido. Altura uterina: 36 cm. Feto en situación longitudinal cefálica derecha. Latidos cardiacos fetales: 144 por min. Dinámica uterina (-). Movimientos fetales (+). Tacto vaginal: Diferido.

Diagnóstico:

1. Segundigesta de 36 semanas 3 días por fecha de última menstruación.
2. Cesareada anterior 1 vez.
3. Acretismo placentario (probable invasión vesical a vejiga).

Plan de trabajo: Cesárea electiva.

Tratamiento: Nada por vía oral. Preparar para sala de operaciones. Cloruro de sodio a 0.9% x 1000cc: vía. Cefazolina 2 gr. endovenoso.

RESULTADOS DE EXÁMENES AUXILIARES:

3 julio 2017: Hemoglobina: 11.8 gr%. Leucocitos: 11,000 pmc. Grupo sanguíneo "AB" Factor Rh positivo. Recuento de plaquetas: 250,000 pmc, Tiempo de protrombina: 11 segundos. Tiempo parcial de tromboplastina: 25 segundos. Fibrinógeno: 476 mg%. Glucosa: 131 mg%. Urea: 0.82 mg%. Urea 16 mg%. Creatinina: 0.82 mg%. Bilirrubina total: 0,55 mg%, bilirrubina directa: 0,15 mg%, bilirrubina indirecta: 0,40 mg%. Transaminasa TGO: 22 UI/L. TGP: 25 UI/L. HIV test rápido: No reactivo. RPR: No reactivo. Sedimento de orina: normal.

11 julio 2017: Glucosa 85mg%

Ecografía doppler color obstétrico (fecha 03/07/17): Gestación única activa de 34 semanas 5 días. Feto con peso 2222 g. Latido cardíaco fetal de 142 latidos por minuto. Placenta anterior baja grado II. Líquido amniótico normal con ILA de 14 centímetros. Doppler umbilical normal. Se observan numerosos lagos placentarios y aumento de la vascularización en la interfase placentario-decidual con vasos que penetran a miometrio, en relación a acretismo placentario. Impresiona invasión a vejiga.

Riesgo quirúrgico (5 julio 2017): Grado I.

Riesgo anestesiológico: (10 julio 2017): Grado 2.

Examen uretrocistoscopia (7 julio 2017) Vejiga cistoscópicamente normal.

D) ATENCIÓN EN CENTRO QUIRÚRGICO: PROCEDIMIENTO CESÁREA

Fecha: 13/07/2017 Hora inicio: 09:16 Hora fin: 12:20

Reporte quirúrgico (Anexo 2).

Diagnóstico Preoperatorio:

1. Segundigesta 36 semanas por ecografía y FUM
2. Acretismo placentario
3. Cesareada anterior 1 vez hace 6 años
4. Edad materna avanzada

Diagnóstico Post operatorio:

Los mismos + Adherencias peritoneales pélvicas consecutivas a procedimientos.

Procedimiento Quirúrgico: Cesárea + Histerectomía total + Revisión vesical.

Técnica: Cesárea corporal clásica. Incisión Mediana Infra umbilical primaria. Extracción fetal podálica. Histerorrafia en 1 plano con catgut, revisión de hemostasia y cierre por planos, se realiza Histerectomía Abdominal Total según técnica habitual y resección de pared posterior de vejiga urinaria infiltrada por trofoblasto, que se sutura con vicryl en 1 solo plano.

Hallazgos: Placenta patológico. Tipo inserción: acretismo placentario, ubicación placentaria: Previa total. Placenta anterior con acretismo que invade pared posterior de vejiga. Líquido amniótico claro, en cantidad normal, no mal olor. Recién nacido vivo, sexo Masculino, peso 3,200 gramos, talla 48 cm. Apgar 8 al min y 9 a los 5 min. Adherencias de epiplón a útero y peritoneo parietal.

Sangrado intraoperatorio: 2000 cc.

Accidentes: Ninguno. **Estudio patológico:** Útero + placenta.

Reporte anesthesiólogo:

Paciente presenta sangrado profuso por lo que se somete a anestesia general, se coloca catéter venoso central, vasopresores. Se transfunde durante la operación 5 unidades de paquetes globulares, 04 unidades de plasma fresco congelado, 04 unidades de crioprecipitado. Tiempo operatorio: 3 horas 4 minutos.

E) SALA DE RECUPERACIÓN: 13/07/2017 12:30 horas

Post Operatorio Inmediato: Nada por vía oral por 24 horas. Cloruro de sodio 0.9% 1000 cc. Ceftriaxona 2g endovenoso cada 24 horas. Ketoprofeno 100 mg endovenoso cada 8 horas, Tramadol, Clindamicina, Amikacina, Sonda Foley permeable permanente por 2 semanas. Control de funciones vitales + Control de sangrado vaginal. Interconsulta a Unidad de Cuidados Intensivos Materno (UCIM). Hemograma + Perfil de coagulación. Paciente pasa a UCIM intubada.

F) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MATERNO fecha 13 julio 2017.

13:50 HORAS

Paciente 35 años de edad.

Diagnóstico:

1. Anemia severa
2. Shock hipovolémico hemorrágico estadio IV
3. Insuficiencia respiratoria tipo III y IV en ventilación mecánica.
4. Politransfundida.
5. Post operada de 2 horas de cesárea + Histerectomía total + rafia vesical por percretismo placentario.
6. Acidosis mixta.

Manejo altamente especializado en UCIM.

Resultado de análisis 15 julio 2017: Hemoglobina: 8.5 mg%. Leucocitos: 11,300 pmc. Abastones 0%. Recuento de plaquetas: 150, 000 pmc. Tiempo de protrombina: 31,7 seg. Tiempo parcial de tromboplastina: 31.7 seg. Fibrinógeno: 486 mg%. Bilirrubina total: 0, 80 mg%. Urea: 10 mg%. Creatinina: 0, 60 mg%. TGO: 32 UI/L. TGP: 42 UI/L.

Paciente permanece hospitalizada en Unidad de Cuidados Intensivos Materno hasta el 17 de julio de 2017, cursa con evolución favorable, siendo dada de alta de UCIM, el 17 de julio de 2017. Pasa a Servicio de hospitalización.

G) HOSPITALIZACIÓN OBSTÉTRICA

Fecha: 18/07/2017. Evaluación médica.

Paciente procedente de la Unidad de Cuidados Intensivos Materno (UCIM), donde permanece hospitalizada hasta el 27 de julio de 2017, en condiciones estables. Se transfundió 4 paquetes globulares 2 plasmas frescos y 3 crioprecipitado.

19 julio 2017: control de hemoglobina: 8.6 mg%

23 julio 2017: control de hemoglobina: 9.3 mg%

26 julio 2017: control de hemoglobina: 10.8 mg%

Recibió tratamiento antibiótico (Cefuroxima, Clindamicina y Amikacina) y Sonda Foley por 12 días.

Siendo dada de alta médica el día 27 de julio de 2017.

Diagnóstico de alta: Post operada de 14 días de cesárea por acretismo placentario. Histerectomía Total. Sutura de vejiga. Anemia leve. Dehiscencia de herida.

H. ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO

ÚTERO: Se recibe útero sin anexos, y placenta que pesan 1111g. Útero mide 11 cm de longitud; 9 cm de ancho y 6.5 cm anteroposterior. La superficie uterina es lisa y hemorrágica. No trae cérvix. Se observa herida quirúrgica recientemente suturada paralela al eje mayor uterino en uno de los lados hasta el fondo que mide 11 cm. Al corte sagital cavidad endouterina ocupada por placenta en tercio inferior. El tejido placentario llega 0.4 cm de la serosa.

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

PLACENTA: Placenta del tercer trimestre con áreas de infarto antiguo y reciente dentro de límites normales y depósitos fibrinoides intervellousos.

CORDÓN Y MEMBRANAS: Sin alteraciones significativas.

ÚTERO: Acretismo placentario: vellosidades coriales en contacto con tejido fibromuscular sin decidua intermedia. Endometrio: decidualizado en fondo uterino. Miometrio: hipertrófico y congestivo. **(Anexo 3)**.

CAPITULO II

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Las anomalías de inserción placentaria representan una de las patologías más mórbidas en la obstetricia moderna, que ocasionan altas tasas de hemorragia posparto, histerectomía y admisión a la unidad de cuidados intensivos materno (17,18).

Como consecuencia del aumento de la tasa de cesáreas, la incidencia de acretismo placentario ha incrementado en los últimos años. Asimismo, la hemorragia posparto sigue siendo un problema de salud materna importante para los países subdesarrollados y desarrollados, y es la principal causa de mortalidad materna en todo el mundo (1,19).

El presente caso clínico de anomalías de inserción placentaria con variedad percreta con invasión vesical es conveniente revisarlo para la identificación de los factores de riesgo de la gestante que nos permita mejorar el control prenatal sobre todo en aquella gestante con edad materna avanzada que presenta una cicatriz previa como son los antecedentes de cesárea, miomectomías y legrados uterinos que contribuyen a que la implantación de la placenta se ubique en el segmento uterino y que nos haga sospechar de la invasión placentaria a través de una placenta percreta, la cual va incrementar la morbilidad materna por la hemorragia masiva que ocasiona durante la culminación de la gestación. La trascendencia social es importante porque se va contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna en el país y la población beneficiara de este estudio serán todas las gestantes que presentan algún de los factores de riesgo para placenta acreta.

La implicancia práctica se basa en la detección temprana de acretismo placentario durante el control prenatal identificando los factores de riesgo de la gestante, aunada la clínica obstétrica y aun con el apoyo de la ultrasonografía obstétrica que nos haría sospechar la presencia de penetración trofoblástica a nivel de la cicatriz anterior del segmento uterino e invasión vesical; y de esta manera realizar un adecuado plan de parto y realizar la referencia oportuna para el manejo adecuado en un establecimiento de tercer nivel de atención.

Diversos estudios a nivel mundial se han enfocado en identificar los factores de riesgo, diagnóstico y manejo de esta patología; sin embargo, existen pocas investigaciones al respecto.

En las últimas décadas, se ha evidenciado un aumento significativo en el número de cirugías uterinas principalmente las cesáreas electivas y de emergencia, legrados uterinos, miomectomías, entre otras, que son factores de riesgo para acretismo placentario; y aunada a ésta, la placenta previa concomitante a estos factores de riesgo incrementa notablemente el riesgo de presentación de placenta percreta.

La elevada tasa de acretismo placentario es de gran preocupación clínica porque puede conducir a una hemorragia severa y realizar la histerectomía intraparto (20-22). Con el fin de optimizar los resultados materno-perinatales para estos gestantes, se requiere una planificación multidisciplinaria cuidadosa durante la atención prenatal y periparto (23). Antes del parto, se requiere preparación para la hemorragia severa, que incluyen: colocación de acceso intravenoso adecuado antes de la hemorragia anticipada, disponibilidad de un banco de sangre con acceso y disponibilidad de productos sanguíneos, capacidades transfusionales masivas y orientación para la atención continuada de hemorragia (24).

Debido a los importantes riesgos maternos asociados con la placenta percreta, la mayoría de los protocolos recomiendan de inicio la cesárea-histerectomía (25). Con frecuencia, este enfoque lleva a la necesidad de intervención urológica y reconstrucción del tracto urinario. La cesárea + histerectomía realizada en caso de acretismo placentario, con la incidencia de lesión del tracto urinario fue del 29% en comparación con una tasa del 4,8% reportada para la histerectomía estándar (25,26). La alta frecuencia de lesiones urológicas en tales casos exige la necesidad de un reconocimiento temprano del diagnóstico, el grado de anormalidad y la planificación del manejo con un enfoque multidisciplinario (27).

En tal sentido, se considera necesario conocer los factores de riesgo de acretismo placentario, realizar un diagnóstico oportuno en la atención prenatal, manejo

multidisciplinario para prevenir complicaciones y lograr unificación de criterios de acuerdo a la mejor evidencia científica y recomendaciones terapéuticas disponibles, con la finalidad de contribuir en la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal en el país.

CAPITULO III

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

3.1 ANTECEDENTES NACIONALES

Ramírez Cabrera J, Cabrera Ramos S, Campos Siccha G, Peláez Chomba M, Poma Morales C. en la investigación “Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 – 2015” tuvo como objetivo determinar la incidencia, factores asociados y repercusiones de la histerectomía obstétrica. Diseño. Estudio retrospectivo, descriptivo, analítico y transversal. Institución. Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú. Material. Se analizaron las historias clínicas de 69 pacientes con histerectomía obstétrica (HO) realizadas del 01 de enero 2003 al 31 de diciembre 2015. Los principales resultados fueron: 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. El 65,2% fue realizada en múltipara de 35 años o menos de edad, 78,2% con control prenatal. 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%). En 47,8% de los casos se practicó cesárea histerectomía, y la HO supracervical representó el 55%. Ingresó a la unidad de cuidados intensivos el 84%, necesitó transfusión sanguínea el 91,3%. Se reportó complicaciones durante el acto quirúrgico en 18,7%, siendo reintervenida el 15,9%. No hubo muerte materna. Concluye que la histerectomía obstétrica (HO), aunque de baja incidencia (0,69/1 000 eventos obstétricos), sigue siendo una circunstancia crítica y mutilante. La cesárea tuvo 19,9 veces más riesgo de histerectomía obstétrica que el parto vaginal (OR: 19,9; IC95%, 8,6 a 46,2). No hubo casos de muerte materna (28).

Zuzunaga EG. en la investigación “Acretismo placentario como factor de riesgo asociado a hemorragia severa postparto en el Hospital Regional Docente de Cajamarca” tuvo como objetivo demostrar si el acretismo placentario es factor de riesgo asociado a hemorragia severa postparto en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. Material y Métodos: estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio

estuvo constituida por 228 gestantes con diagnóstico de hemorragia postparto, quienes se dividieron en 2 grupos: hemorragia severa (38) y hemorragia leve (190). Principales resultados: La frecuencia de acretismo placentario en hemorragia severa postparto fue 13%. La frecuencia de acretismo placentario en hemorragia leve postparto fue 2%. El acretismo placentario es factor de riesgo para hemorragia severa postparto con un odds ratio de 9.44 el cual fue significativo. El promedio de estancia hospitalaria en días fue significativamente superior en los pacientes con hemorragia postparto severa respecto a la hemorragia postparto leve. Concluye que el acretismo placentario es factor de riesgo asociado a hemorragia severa postparto en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (29).

Saldivar JD, en la investigación “Cirugía uterina previa como factor de riesgo para acretismo placentario Hospital Regional Docente de Trujillo y Hospital Belén de Trujillo, 2005-2015” tuvo como objetivo Determinar si la cirugía uterina previa, es un factor de riesgo asociado a acretismo placentario. Metodología: Fue estudio de casos y controles, analítico, retrospectivo, que incluyó 123 gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente De Trujillo y Hospital Belén de Trujillo en el periodo 2005-2015; los casos estuvieron conformados por 41 pacientes que presentaron acretismo placentario, y el grupo control constó por 82 gestantes que no presentaron acretismo placentario; en ambas poblaciones se evaluó la cirugía uterina previa como factor de riesgo para acretismo placentario. Principales resultados: frecuencia de acretismo fue de 0.12%, 1/1757 partos, la cirugía previa asociada a acretismo placentario representó el 0.05%. Con respecto a las gestantes con acretismo placentario y antecedente de cirugía uterina se obtiene un Odds Ratio (OR) de 3.4 con un intervalo de confianza al 95% de 1.4 a 7.8; antecedente de miomectomía OR de 7.16 con un intervalo de confianza al 95% de 1.4 a 35.07; antecedente de legrado, OR de 4.9 con un intervalo de confianza al 95% de 1.44-16.74 y antecedente de cesárea, OR de 3.4 con un intervalo de confianza al 95% de 1.4-8.5. Concluye que, la cirugía uterina previa es un factor de riesgo asociado a acretismo placentario OR=3.4 también el antecedente de cesárea OR=3.4 y el antecedente de miomectomía OR= 7.16

son factores de riesgo. El antecedente de legrado OR= 4.9 no es un factor de riesgo (30).

Sandoval Altamirano KY. en la investigación “Factores de riesgo asociados con histerectomía periparto de emergencia” tuvo como objetivo demostrar los factores de riesgos asociados para histerectomía peri parto de emergencia (HPE) en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo de enero del 2008 a diciembre del 2014. Material y método: Fue un estudio observacional, analítico, de casos y controles, que evaluó 66 gestantes cuyo embarazo, parto o puerperio fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia, las cuales fueron distribuidas en dos grupos, los casos (22 pacientes con histerectomía) y los controles (44 pacientes sin histerectomía). Principales resultados: La edad promedio de las pacientes del grupo de casos fue $28,27 \pm 8,21$ años y de las pacientes del grupo control fue $27,80 \pm 6,38$ años; la edad gestacional al momento del parto promedio en el grupo de casos fue $36,09 \pm 3,95$ semanas y en el grupo control fue $38,05 \pm 1,75$ semanas. En lo que respecta a los factores evaluados en los casos y controles se observó la siguiente distribución: placenta previa (18,18% vs 2,27%), placenta acreta (31,82% vs 0%), atonía uterina (54,55% vs 4,55%), ruptura uterina (22,73% vs 0%), DPP (22,72% vs 2,27%) y macrosomía fetal (9,09% vs 2,27%). Concluye que, los factores de riesgo asociados a HPE fueron la placenta previa, la placenta acreta, atonía uterina, ruptura uterina y el desprendimiento prematuro de placenta (31).

Tang Ploog LE, Albinagorta Olórtégui R. en la publicación “Histerectomía puerperal. Experiencia en una institución privada” tuvo como objetivo determinar la experiencia con histerectomía puerperal en una institución privada. Diseño: Estudio retrospectivo, serie de casos. Institución: Clínica Santa Isabel, Lima, Perú. Participantes: Puérperas inmediatas. Intervenciones: De un total de 15 201 nacimientos, se evaluó 16 pacientes con edades entre 29 y 42 años que tuvieron histerectomía puerperal (1,04 por mil nacimientos), entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2011. Principales medidas de resultados: Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía puerperal. Principales resultados: El 75% tuvo algún antecedente de instrumentación

uterina, sea cesárea o legrado, siendo el procedimiento practicado en 12 casos durante la cesárea, tres en el posparto y una luego de legrado por parto inmaduro de 24 semanas. El 68,8% fue de emergencia y en un porcentaje igual se realizó histerectomía total. Las indicaciones más frecuentes fueron acretismo placentario en seis pacientes, atonía uterina en cinco y miomatosis uterina en otras cinco, que fueron las intervenciones electivas. El tiempo operatorio osciló entre 65 y 170 minutos, con una media de 105 minutos; se realizó transfusiones sanguíneas en 9 pacientes (56,3%). No hubo lesiones de vía urinaria ni intestinales, ni casos de muerte materna. Concluyen que la histerectomía puerperal mostró ser un procedimiento aparentemente seguro, con frecuencia, indicaciones y complicaciones muy similares a las encontradas en la literatura (32).

3.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Bheeshma B, Nithyananda B, Sumaiyya F, Anjum F. “Un estudio retrospectivo de placentas acretas: una experiencia de 4 años en el moderno Hospital de Maternidad Gubernamental, Hyderabad” tuvo como objetivo determinar la incidencia de placentas acretas y perfilar los factores de riesgo asociados. Materiales y métodos: los pacientes que se sometieron a histerectomías grávidas por placenta acreta en el moderno Hospital de Maternidad del Gobierno de 2013 a 2016 se incluyeron en el estudio. Un total de 25 casos durante un período de 4 años se incluyeron de 33063 partos. Las indicaciones para la histerectomía en la mayoría de los casos fueron sangrado abundante después de la eliminación de la placenta o la incapacidad para eliminar la placenta manualmente, parcial o totalmente. Principales resultados: hubo un total de 25 pacientes con placenta acreta diagnosticados por histopatología, que arroja una tasa de 0,7% casos por 1,000 partos. Este total incluyó 2 casos de placenta acreta focal (8%), 10 casos de placenta acreta vera (40%), 9 casos de placenta increta (36%) y 4 casos de placenta percreta (16%). Alrededor de 14 casos tenían antecedentes de 2 o más cesáreas anteriores (56%), 8 casos con 1 cesárea anterior (32%) y 3 casos (12 %) ningún antecedente. Historia de placenta previa estuvo presente en el 80% de los casos. La mayoría de los casos diagnosticados con placenta previa tuvo mayor edad. Concluye que la

incidencia es considerablemente alta en mujeres con un parto por cesárea anterior y placenta previa. Por lo tanto, es importante tener un alto índice de sospecha en tales casos. Las mujeres con una placenta previa que recubre una cicatriz uterina deben ser evaluadas para el diagnóstico potencial de placenta acreta y se deben hacer plan de gestión clínica para el parto de acuerdo con esto para reducir la morbilidad y la mortalidad materna y fetal (33).

Anjum F, Bashir R, Rahim A. en la investigación “Resultado materno y fetal en casos de placenta previa, placenta acreta y placenta increta” tuvo como objetivo evaluar el resultado materno y fetal en casos de placenta previa, placenta acreta y placenta increta. Métodos: se revisaron las historias clínicas de pacientes del 1 de febrero de 2014 al 28 de febrero de 2015 y se identificaron pacientes que se sometieron a cesárea con un diagnóstico de placenta previa tipo III y IV (y placenta acreta, increta y percreta). Se recuperaron sus archivos de registros médicos y se recopilaron datos sobre la edad de los pacientes, paridad, LSCS previa, D & C, pérdida de sangre, lesión de la vejiga, histerectomía y el uso de la técnica B-lynch se registraron. Las estadísticas neonatales también se registraron con respecto al peso al nacer, el sexo, el puntaje APGAR y la necesidad de ingreso en la UCIN. Principales resultados: se identificaron 37 casos de placenta previa importante. Estos incluyeron 8 casos con placenta acreta de incluyendo 2 casos de placenta increta. No se produjo muerte materna entre los casos estudiados. Solo se identificó un caso de IUFD. La incidencia de placenta previa (mayor) fue de 29,95 / 1000 nacimientos. La paridad promedio de pacientes con placenta acreta (PA) fue significativamente mayor que los casos de placenta previa (PP) (2.75 vs. 1.55, $p = 0.04$). De manera similar, el número promedio de LSCS en los casos de PA fue significativamente mayor que en los casos de PP (2,25 frente a 0,86, $p = 0,02$). Los casos de PA se administraron a una edad gestacional significativamente más temprana en comparación con los casos con PP (34,5 semanas frente a 37 semanas, $p = 0,01$). La histerectomía se realizó en 6 (75%) casos de PA pero en ninguno con PP. La lesión vesical ocurrió en 2 (25%) casos de PA pero en ninguno con PP. La pérdida de sangre también fue significativamente mayor en los casos de AP que en los casos de PP (3975 ml frente a 1196 ml, $p = 0,006$). Los autores concluyen que en los hospitales de atención terciaria, los resultados maternos

y fetales para placenta previa y placenta acreta han mejorado debido a la mejora de las técnicas quirúrgicas y una mejor comprensión de estas condiciones (34).

Norris B, Everaerts W, Posma E, Murphy D, Umstad M, Costello A, et al. en la investigación “El papel del urólogo en manejo multidisciplinario de la placenta percreta” tuvo como objetivo evaluar intervenciones urológicas en pacientes con placenta percreta atendidas en tercer nivel de atención de referencia. Pacientes y métodos: Realizaron un análisis retrospectivo de un conjunto de datos recopilados, que consiste en todas las mujeres que presentaron acretismo placentario en el Royal Women's Hospital desde agosto de 2009 a septiembre de 2013. Pacientes que requirieron intervención urológica fueron identificados y los detalles fueron recuperados en el perioperatorio. Principales resultados: De las 49 mujeres que se presentaron acretismo placentario, 36 (73,5%) se sometieron a intervenciones urológicas. Las pacientes se dividieron en tres grupos: histerectomía programada (37 pacientes), manejo conservador programado (cinco) y placenta percreta no diagnosticada (siete). En el grupo de histerectomía programada, 29 pacientes fueron sometidos a cistoscopia preoperatoria y colocación del catéter uretral. En 10 pacientes (34%), la placenta parcialmente invadió la vejiga y / o uréter, que requiere reparación urológica. En el grupo de manejo conservador, cuatro se sometieron a cistoscopia preoperatoria y colocación del catéter uretral, y se requirió un caso cierre de una cistotomía. De los siete pacientes con percreta no diagnosticado, dos se observó que tienen implicación en vejiga que requirió reparación en el momento de la cesárea-histerectomía. Concluye que, los pacientes con acretismo placentario con frecuencia requieren intervención urológica para prevenir o reparar una lesión en el tracto urinario. Estos casos se manejan mejor en centros especializados con experiencia multidisciplinaria incluyendo urólogos y radiólogos intervencionistas (35).

Bailit J, Grobman W, Murguia M, Reddy U, Wapner R, Varner M, Leveno K, et al. en la publicación “Tratamientos de placenta acreta y resultados” tuvo como objetivo describir los resultados materno y neonatal de partos recientes en mujeres con placenta acreta en los principales centros de los Estados Unidos. Métodos: Este estudio revisó una cohorte de 115,502 mujeres y sus recién

nacidos en 25 hospitales en los Estados Unidos entre marzo de 2008 y febrero de 2011 del conjunto de datos de evaluación de la excelencia perinatal. Se identificaron todos los casos de placenta acreta. Se analizaron los datos demográficos maternos, los procedimientos realizados y los resultados maternos y neonatales. Los principales resultados fueron: Hubo 158 mujeres con placenta acreta que representa 1 caso cada 731 nacimientos. El 18% de las mujeres con placenta acreta eran nulíparas y el 37% no tenían parto por cesárea previa. Solo el 53% (84/158) se sospechó que tenían una placenta acreta antes del parto. Las gestantes con placenta acreta diagnosticada prenatalmente presentaron hemorragia severa (33%), histerectomía (92%) y admisión a la unidad de cuidados intensivos (39%) en comparación con 19%, 45% y 22%, respectivamente, en las que no se sospechaba prenatalmente tener una placenta acreta. Los autores concluyen que el 18% de las mujeres con placenta acreta eran nulíparas. La mitad de los casos de placenta acreta se sospecharon antes del parto y los resultados fueron más pobres en este grupo, probablemente porque es más probable que se sospechen placenta acreta más clínicamente significativas antes del parto (5).

Mehrabadi A, Hutcheon JA, Liu S, Bartolomé S, Kramer MS, Liston RM, et al. en la investigación “Contribución de la placenta acreta a la incidencia de hemorragia postparto y hemorragia postparto severa” tuvo como objetivo cuantificar la contribución de la placenta acreta a la tasa de hemorragia postparto y hemorragia postparto severa. Metodología utilizada: Todos los partos hospitalarios en Canadá para los años 2009 y 2010 (N = 570.637) se incluyeron en un estudio retrospectivo utilizando datos del Instituto Canadiense de Información de Salud. La placenta acreta incluía adhesión placentaria a la pared uterina, musculatura y órganos circundantes (acreta, increta o percreta). La hemorragia postparto severa incluyó hemorragia postparto con transfusión de sangre, histerectomía u otros procedimientos para controlar el sangrado (incluyendo la sutura uterina y la ligadura o embolización de las arterias pélvicas). Se estimaron las tasas, las proporciones de las tasas, las fracciones atribuibles a la población (es decir, la incidencia de hemorragia postparto atribuible a placenta acreta) y los intervalos de confianza del 95% (IC). La regresión logística se utilizó para cuantificar las asociaciones entre placenta

acreta y factores de riesgo. Principales resultados: La incidencia de placenta acreta fue de 14,4 por 10.000 partos (819 casos entre 570 637 partos), mientras que la incidencia de placenta acreta con hemorragia postparto fue de 7,2 por 10.000 partos. La hemorragia postparto entre las mujeres con placenta acreta fue predominantemente hemorragia en la tercera etapa (41% de todos los casos). Aunque la placenta acreta estuvo fuertemente asociada con hemorragia postparto (tasa de 8,3), su baja frecuencia resultó en una pequeña fracción atribuible a la población 1,0%. Sin embargo, la fuerte asociación entre placenta acreta y hemorragia postparto con histerectomía (proporción de la tasa 286 dio como resultado una fracción atribuible a la población de 29.0%. Los autores concluyen que, la placenta acreta es demasiado infrecuente para explicar el reciente aumento temporal de la hemorragia postparto, pero contribuye sustancialmente a la proporción de hemorragia postparto con histerectomía (36).

Karayalçın R , Özcan S, Ozyer Ş, Mollamahmutoğlu L, Danişman N, et al en la investigación “Histerectomía periparto de emergencia” tuvo como objetivo determinar la incidencia, indicaciones, factores de riesgo y complicaciones de la histerectomía periparto en un hospital universitario terciario. Métodos: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de 73 pacientes que se sometieron a histerectomía periparto de emergencia entre 2003 y 2008. Se evaluaron las características y características maternas del embarazo y el parto actuales, indicaciones de histerectomía, complicaciones operatorias, condiciones postoperatorias y resultados maternos. Principales resultados: Hubo 73 histerectomías de emergencia en el parto de 114,720 partos, una tasa de 0,63 por cada 1,000 partos. Once histerectomías se realizaron después del parto vaginal (0,12 / 1,000 partos vaginales) y las 62 histerectomías restantes se realizaron después de la cesárea (2 / 1,000 cesáreas). La indicación más común para la histerectomía fue placenta previa y / o acreta (31 pacientes, 42.4%), seguida de atonía uterina (26 pacientes, 35.6%). En este estudio, 22 de 29 pacientes (75.8%) con placenta previa y 12 de 16 pacientes (75%) con placenta acreta habían tenido previamente cesáreas. La cesárea se asocia con placenta previa y acreta, que son las causas más comunes de histerectomía periparto de emergencia. Concluyen que, el aumento en la tasa de parto por

cesárea está llevando a un aumento en la tasa de placentación anormal (placenta previa y acreta), que a su vez da lugar a un aumento en la tasa de histerectomía periparto. La cesárea en sí misma también es un factor de riesgo para la histerectomía periparto de emergencia. Por lo tanto, debe hacerse todo lo posible para reducir la tasa de cesáreas al realizar este procedimiento solo para indicaciones clínicas válidas. Los factores de riesgo para la histerectomía periparto deben identificarse antes del nacimiento. El parto y la operación deben realizarse en entornos clínicos apropiados por cirujanos experimentados cuando se identifiquen los factores de riesgo (37).

CAPITULO IV

DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO

El acretismo placentario es una de las patologías muy agresivas que se presentan durante la gestación porque conllevan al riesgo de hemorragia masiva durante el parto requiriendo transfusión de hemoderivados de gran volumen, como lo sucedido en nuestro caso clínico donde la paciente recibió 5 unidades de paquetes globulares, 04 unidades de plasma fresco congelado, 04 unidades de crioprecipitado; tal como lo señalado por Anjum F et al (34), donde la pérdida de sangre fue significativamente mayor en los casos de acretismo placentario que en los casos de placenta previa; así como, Mehrabadi A et al (36), quienes reportan que acretismo placentario estuvo fuertemente asociada con hemorragia postparto.

Según la literatura, la incidencia de acretismo placentario varía desde 1 en 533 hasta 1 en 2500 partos (1,4). Asimismo, la prevalencia según algunos autores (5) corresponden a placenta acreta en 70,9%, increta 15,2% y percreta 10,8%.

El presente caso clínico corresponde a una gestante del tercer trimestre que se diagnostica antenatalmente mediante ecografía la presencia de acretismo placentario con invasión a la vejiga que fue confirmado en el estudio histopatológico del útero donde se evidencia que las vellosidades coriales están en contacto con el tejido fibromuscular uterino pero sin decidua intermedia; lo cual está tipificada según la literatura como variedad de placenta percreta donde las vellosidades placentarias penetran completamente el miometrio, perforando la serosa(2).

Tener en cuenta lo señalado por Bailit J et al (5) que las gestantes con acretismo placentario diagnosticada prenatalmente presentaron hemorragia severa (33%), histerectomía (92%) y admisión a la unidad de cuidados intensivos (39%) en comparación con 19%, 45% y 22%, respectivamente, en las que no se sospechaba prenatalmente tener acretismo placentario; lo cual coincide con nuestro caso clínico donde el diagnóstico fue antenatal, luego cesárea-histerectomía y admisión a Unidad de Cuidados Intensivos Maternos.

Los principales factores de riesgo para acretismo placentario son la existencia de una cicatriz uterina por cesárea anterior o miomectomía, especialmente aquellas con antecedentes de placenta previa. Estos riesgos aumentan constantemente con el avance de la edad materna. Las mujeres de > 35 años de edad representaron el 57% de los pacientes con acretismo placentario, en comparación con solo el 43% de las mujeres menores de 35 años (4). Tal es así que nuestro caso clínico es una gestante de edad materna avanzada con antecedente de 1 cesárea anterior con intervalo intergenésico fue prolongado. Similar a lo señalado por Bheeshma B et al (33), donde los autores concluyeron que la incidencia de acretismo placentario es considerablemente alta en mujeres con un parto por cesárea anterior y placenta previa. Asimismo, señalar que Wortman AC y Ramírez J, (2,28) mencionan que a mayor número de cesáreas previas se incrementa el riesgo de acretismo placentario; es así, que la prevalencia en gestantes con una cesárea previa es de 11 a 25%; con dos cesáreas 35 a 47%; tres cesáreas 40%; y cuatro a más cesáreas en 50 a 67%; en nuestro caso clínico se trata de una multigesta con antecedente de 1 cesárea previa, los cuales concuerdan con lo reportado por Ramírez J (28) y Saldivar JD (30). Por lo tanto, es importante tener una alta sospecha con tales antecedentes. Las gestantes con una placenta previa que recubre una cicatriz uterina deben ser evaluadas para el diagnóstico potencial de acretismo placentario y se deben hacer plan de gestión clínica para el parto de acuerdo con esto para reducir la morbilidad y la mortalidad materna y fetal.

El presente caso clínico fue manejado en un establecimiento de Salud Nivel III-2, ante la sospecha de las imágenes ecográficas que sugieren un acretismo placentario, se programaron interconsultas multidisciplinarias con especialistas en ecografía doppler, urólogos, cirujanos generales, médico intensivista, anestesiólogos y Ginecoobstetras, así como exámenes preoperatorios completos, con riesgo quirúrgico y riesgo anestesiológico, tal como lo señalado en las guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología de dicha institución, que se cumplieron a cabalidad, por lo que fue programada para una cirugía electiva; tal como lo señalado por Norris BL et al(35) que el manejo multidisciplinario como del urólogo es importante en este

caso de manejo de placenta percreta con invasión vesical . En vista del riesgo de hemorragias potencialmente mortales y complicaciones catastróficas, creemos que dichas reuniones o juntas de manejo multidisciplinaria son cruciales para la gestión óptima de cada caso individual. Se deberán revisar las imágenes ecográficas y hacer un plan perioperatorio completo para minimizar la morbilidad; lo cual fue cumplido durante el manejo del caso.

El acretismo placentario está asociado con un aumento de resultados maternos y neonatales adversos (38) y son un riesgo de hemorragia intraparto significativa y masiva transfusión sanguínea, que a menudo requiere histerectomía después del parto para asegurar la eliminación completa de todo el tejido placentario anormal. Con una cirugía tan desafiante, no es sorprendente que además de lidiar con la invasión placentaria a estructuras adyacentes, anatomía distorsionada y vasculatura anormal, hay un riesgo muy significativo de lesiones genitourinarias inadvertidas. En nuestro caso clínico donde la invasión fue a la pared posterior de vejiga, que obligó a los cirujanos realizar la resección parcial y suturar la vejiga. Recientes reportes señalan que la incidencia de lesiones genitourinarias involuntarias con acretismo placentario son del 29% (39).

La decisión de manejo para proceder con una cesárea-histerectomía o un intento de abordaje conservador se realiza caso por caso luego de una revisión multidisciplinaria. En nuestro caso clínico se decidió realizar una cesárea-histerectomía; que coinciden con reportes de Al-Khan et al (40), quienes recomiendan manejo en equipo multidisciplinario resulta en una mejoría de resultados maternos.

Finalmente señalar que todas las gestantes con sospecha de acretismo placentario deben ser manejadas en un centro de referencia de tercer nivel con apoyo de unidad de cuidados intensivos maternos.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.1 CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo obstétricos presentes fueron cesárea anterior una vez y placenta previa. La complicación placentaria fue la invasión hacia pared vesical confirmada en anatomía patológica como variedad de placenta percreta.
2. El diagnóstico prenatal de acretismo placentario se realizó mediante una ecografía obstétrica. El manejo fue planificado mediante un equipo multidisciplinario para una cirugía electiva.
3. El tratamiento quirúrgico fue una cesárea + histerectomía con sutura de pared vesical. Se cumplió con el protocolo de manejo de acretismo placentario según las guías clínicas de Obstetricia y Perinatología de la institución de Nivel terciario.
4. Se obtuvo un recién nacido con Puntuación de Apgar normal y peso adecuado para edad gestacional y la evolución materna fue favorable

1.2. RECOMENDACIONES

1. Promover la atención prenatal reenforcada y referencia precoz en gestantes de riesgo.
2. Sospechar de posibilidad de acretismo placentario en gestantes con antecedentes de cesárea anterior
3. Promover la culminación del embarazo a partir de las 34 semanas de edad gestacional y en forma electiva multidisciplinaria y en hospital de tercer nivel.
4. Realizar una referencia oportuna durante la atención prenatal ante la sospecha de acretismo placentario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Placenta accreta. Committee Opinion No. 529. *Obstet Gynecol.* 2012; 120 (1):207-11.
2. Wortman AC, Alexander JM. Placenta accreta, increta, and percreta. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2013; 40: 137–54.
3. Norris BL, Everaerts W, Posma E, Murphy DG, Umstad MP, Costello AJ, Wrede CD, Kearsley J. The urologist's role in multidisciplinary management of placenta percreta. *BJU Int.* 2016; 117: 961-965. doi:10.1111/bju.13332.
4. Fitzpatrick KE, Sellers S, Spark P, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Knight M. Incidence and risk factors for placenta accreta/increta/percreta in the UK: a national case-control study. *PLoS ONE.* 2012; 7: e52893
5. Bailit JL, Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, Wapner RJ, Varner MW, Leveno KJ, Iams JD, Tita AT, Saade G, Rouse DJ, Blackwell SC; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal-Fetal Medicine Units (MFMU) Network. Morbidly adherent placenta treatments and outcomes. *Obstet Gynecol.* 2015;125(3):683-9. doi: 10.1097/AOG.0000000000000680.
6. Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine, Belfort MA. Placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(5):430-9
7. Hantoushzadeh S, Rajabzadeh A, Saadati A, et al. Cesarean or normal vaginal delivery: Overview of physicians' self-preference and suggestion to patients. *Arch Gynecol Obstet.* 2009; 280:33.
8. Fauzia Anjum, Rabia Bashir, Arooba Rahim. Maternal and Foetal Outcome in Cases of Placenta Previa, Accreta and Increta. *ANNALS* 2016; 22(4):296-300.
9. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, Moawad AH, Caritis SN, Harper M, Wapner RJ, Sorokin Y, Miodovnik M, Carpenter M, Peaceman AM, O'Sullivan MJ, Sibai B, Langer O, Thorp JM, Ramin SM, Mercer BM; National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol.* 2006; 107 (6):1226-32.

10. Thia EW, Lee SL, Tan HK, Tan LK. Ultrasonographical features of morbidly-adherent placentas. *Singapore Med J.* 2007; 48(9):799-802; quiz 803.
11. Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine, Belfort MA. Placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(5):430-9
12. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol.* 2006 Apr;107(4):927-41., commentary can be found in *Obstet Gynecol* 2006;108(3 Pt 1):693, *Obstet Gynecol.* 2007 Jan;109(1):203
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2017; 130 (4): e168-e186.
14. Menard MK, Main EK, Currigan SM. Executive summary of the reVITALize initiative: standardizing obstetric data definitions. *Obstet Gynecol* 2014; 124:150 –3.
15. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage: Green-top Guideline No. 52. *BJOG.* 2017;124(5): e106-e149.
16. Dahlke JD, Mendez-Figueroa H, Maggio L, Hauspurg AK, Sperling JD, Chauhan SP, et al. Prevention and management of postpartum hemorrhage: a comparison of 4 national guidelines. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 213: 76.e1–10.
17. Silver R. Placenta Accreta Syndrome. Taylor & Francis Group, [2017]. Pp167. Disponible en: <http://www.taylorandfrancis.com>
18. Grobman WA, Bailit JL, Rice MM et al. Frequency of and factors associated with severe maternal morbidity. *Obstet Gynecol.* 2014;123 (4):804–810. PubMed PMID: 24785608. Pubmed Central PMCID: 4116103.2wq|AE1.
19. Clachar G, Araque B. Hemorragia posparto. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica.* 2014; LXXI (609): 79 – 84.
20. Wortman AC, Alexander JM. Placenta accreta, increta, and percreta. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2013; 40: 137–54.
21. Garmi G, Salim R. Epidemiology, etiology, diagnosis, and management of placenta accreta. *Obstet Gynecol Int* 2012; 2012: 873929.

22. Snegovskikh D, Clebone A, Norwitz E. Anesthetic management of patients with placenta accreta and resuscitation strategies for associated massive hemorrhage. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2011; 24: 274–81.
23. 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 preterm birth and perinatal mortality. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2015; 28: 1381–7.
24. Silver RM, Fox KA, Barton JR, Abuhamad AZ, Simhan H, Huls CK, Belfort MA, Wright JD. Center of excellence for placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 212: 561–8.
25. Tam Tam KB, Dozier J, Martin JN Jr. Approaches to reduce urinary tract injury during management of placenta accreta, increta, and percreta: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012; 25: 329–34.
26. Vakili B, Chesson RR, Kyle BL et al. The incidence of urinary tract injury during hysterectomy: a prospective analysis based on universal cystoscopy. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 192: 1599–604
27. Ng MK, Jack GS, Bolton DM, Lawrentschuk N. Placenta percreta with urinary tract involvement: the case for a multidisciplinary approach. *Urology.* 2009; 74: 778–82
28. Ramírez Cabrera J, Cabrera Ramos S, Campos Siccha G, Peláez Chomba M, Poma Morales C. Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 – 2015. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2017; 63 (1):27-33.
29. Zuzunaga EG. Acretismo placentario como factor de riesgo asociado a hemorragia severa postparto en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (Tesis). Cajamarca-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. 2016:41pp.
30. Saldivar JD. Cirugía uterina previa como factor de riesgo para acretismo placentario Hospital Regional Docente de Trujillo y Hospital Belén de Trujillo, 2005-2015. (Tesis). Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. 2016:42pp.
31. Sandoval KY. Factores de riesgo asociados con histerectomía periparto de emergencia. Tesis. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo-Perú. 2015:42pp.
32. Tang LE, Albinagorta R. Histerectomía puerperal. Experiencia en una institución privada. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2013; 59: 199-202.

33. Bheeshma B, Nithyananda BS, Fatima S, Anjum F. A retrospective study of placenta accreta: A 4year experience at Modern Government Maternity Hospital, Hyderabad. *IAIM*, 2017; 4(5): 31-36.
34. Anjum F, Bashir R, Rahim A. Maternal and Foetal Outcome in Cases of Placenta Previa, Accreta and Increta. *ANNALS* 2016; 22(4):296-300.
35. Norris BL, Everaerts W, Posma E, Murphy DG, Umstad MP, Costello AJ, Wrede CD, Kearsley J. The urologist's role in multidisciplinary management of placenta percreta. *BJU Int.* 2016; 117: 961–965. doi:10.1111/bju.13332.
36. Mehrabadi A, Hutcheon JA, Liu S, Bartholomew S, Kramer MS, Liston RM, Joseph KS; Maternal Health Study Group of Canadian Perinatal Surveillance System (Public Health Agency of Canada). Contribution of placenta accreta to the incidence of postpartum hemorrhage and severe postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2015;125 (4):814-21. doi: 10.1097/AOG.0000000000000722.
37. Karayalçın R, Özcan S, Özyer Ş, Mollamahmutoğlu L, Danişman N. Emergency peripartum hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet.* 2011; 283 (4):723-7. doi: 10.1007/s00404-010-1451-z.
38. Balayla J, Bondarenko HD. Placenta accreta and the risk of adverse maternal and neonatal outcomes. *J Perinat Med.* 2013; 41: 141–9
39. Tam KB, Dozier J, Martin JN Jr. Approaches to reduce urinary tract injury during management of placenta accreta, increta, and percreta:a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012; 25: 329–34.
40. Al-Khan A, Gupta V, Illsley NP et al. Maternal and fetal outcomes in placenta accreta after institution of team-managed care. *Reprod Sci* 2014;21: 761–71

ANEXOS

Anexo 1. Tarjeta de atención prenatal en establecimiento de nivel III-2

Este color significa ALERTA no indica necesariamente riesgo ni prácticas lila

En caso de aborto llmar el área sombreada

Descripción de códigos en el reverso

HCPEAVP-1002

DISTRITO Los Olivos		TELEF. 170781		EDAD (años) 35		RAZA blanca		ESTUDIOS secund. Superior		ESTADO CIVIL casada estable		CONTROL PRENATAL EN D.N.I.	
ANTECEDENTES FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otros. PERSONALES: cirugía pélvica, infertilidad, VIH+, cardiop., nefrop., cond. medicar. grave, gemelares.				OBSTETRICOS gestas previas: 01 abortos: 01 vaginales: 01 nacidos vivos: 01 vivos: 01 FIN EMBARAZO ANTERIOR: 030711				ULTIMO PREVIO: 01 <2500g: 01 >4000g: 01 3 espont. consecutivos: 01 cesáreas: 01 nacidos muertos: 01 muertos 1° sem.: 01 después 1° sem.: 01					
PESO ANTERIOR: 79 Kg TALLA (cm): 158		GESTACION ACTUAL: 030817		MOVIM. FETALES: 01		FUMA: 01		ALCOHOL: 01		ANTITETANICA: 01		ANTI RUBEOLA: 01	
BACTERIURIA: 01 GRUPO Rh: + SENSIBIL: 01		PAPANICOLAOU: 01 COLPOSCOPIA: 01		VIH solicitada: 01		VDRL/RPR: 01		SIFILIS confirmada por FTA: 01		VDRL/RPR >20 sem: 01		Fe/FOLATOS indicados: 01	
ESTREPTOCOCCO B: 01		PELVICIANA VERSION EXTERNA: 01		SIGNOS DE ALARMA, EXÁMENES, TRATAMIENTOS: CPN EN SEÑAL "B"		RESPONSABLE: Quirino 0407		PRÓXIMA CITA: 0407		1 JUL 2017 35 837 10660 35 140 40 H			
PARTO <input checked="" type="radio"/> ABORTO <input type="radio"/>		FECHA DE INGRESO: 030717		CONSULTAS PRENATALES: 07		HOSPITALIZ. en EMBARAZO: 01		CORTICOIDES ANTENATALES: 01		INICIO: 01		ROTURA MEMBRANAS ANTEPARTO: 01	
NACIMIENTO: VIVO		HORA: 09:24		DIA: 13		MES: 07		AÑO: 2017		EDAD GEST. al parto: 35		PRESENTACION: 01	
ACOMPAÑANTE: 01		POSICION PARTO: 01		DESGARRO: 01		PLACENTA: 01		LIGADURA CORDON: 01		MEDICACION: 01		ANEST. regional: 01	
ENFERMEDADES: 01		HTA previa: 01		Preeclampsia: 01		amenaza parto preter.: 01		HEMORRAGIA: 01		infección puerperal: 01		otros diagnósticos: 01	
RECEN NACIDO		SEXO: ♀		PESO AL NACER: 3200 g		PER. CEFALICO: 01		EG. CONFIABLE: 01		PESO E.G.: 09		APGAR: 09	
DEFECTOS CONGENITOS: 01		ENFERMEDADES RN: 01		TAMIZAJE NEONATAL NORMAL: 01		PUERPERIO: 01		ATENIDO: 01		PARTO: 01		NEONATO: 01	
EGRESO RN: 01		EGRESO MATERNO: 01		ANTI RUBEOLA POST PARTO: 01		ANTI CONCEPCION: 01		No se informa: 01		APELLIDO PATERNO: HISTORICORONA			
APELLIDO MATERNO: HISTORICORONA		NOMBRES: HISTORICORONA		Servicios: 01		Cama N°: 01		HISTORIA CLINICA N°: 01		APELLIDO PATERNO: HISTORICORONA			

Anexo 3. Reporte quirúrgico de cesárea-histerectomía

INFORME QUIRURGICO

Fecha 13/07/2017 Ingreso CQ 08:22 am
Nº Libro 147783

DATOS DEL PROCEDIMIENTO INTV OBSTETRIC TIPO EMERGENCIA Nº QUIROF 4

CIRUJANO (1): [REDACTED] AYUD. ANESTESIOL: [REDACTED]
 CIRUJANO (2): [REDACTED] INSTRUMENTISTA (1): [REDACTED]
 1er AYUDANTE: [REDACTED] INSTRUMENTISTA (2): [REDACTED]
 2er AYUDANTE: [REDACTED] TECN. ENFERMERIA: [REDACTED]
 ANESTESIOLOGO: [REDACTED]

TIPOS DE ANESTESIA Anestesia 1: COMBINADA-CAUDAL Anestesia 2: GENERAL-INALATORIA

Gasas Inici 15 Fin 20 Completas **PROCEDIMIENTOS REALIZADOS**
 Dress Inicio 10 Fin 50 Completas ASEPSIA DE ZONA OPERATORIA, MUESTRA PATOLOGICA, SONDA FOLEY, PLACA
 INDIFERENTE, APERTURA DE PAQUETES ESTERILES, RECEPCION DE
 PACIENTE, PARTICIPACION EN ACTO ANESTESIO, ADMINISTRACION MEDICAMNTO

MATERIAL Qx Numero
 LAPARATOMA 5
 HISTERECTOMA ABDOMINAL 3
 PARTO Y SUTURA 2

Fecha/Hora Inicio **Fecha/Hora Fin**
 13/07/2017 12:00 09:16 am 13/07/2017 12:20 pm

DIA GNOSTICO Pre-Operatorio		DIA GNOSTICO Post-Operatorio	
G02 36 semanas	15	G02 36 semanas	15
Acetismo placentario	072.01	Acetismo placentario	072.01
Cesarea por cesarea ant. (01 ant)	082.82	Cesarea por cesarea ant. (01 ant)	082.82
		Adherencias peritoneales pélvicas consecutivas a procedimientos	N99.4

Procedimientos Quirúrgicos
 Cesarea + histerectornia sub total o total 5952S REVISION VESICAL 58976

Descripcion de Procedimiento
 Técnica: CES.CORP.CLASICA /AA +CCE ;Inciión: MED.INFRA UMBIL. PRIMARIA ;Extracción Fetal: PODALICO ;Histerorrafia: 1_PLANO ;Material Histerorráfico: CATGUT ;Revisión de Hemostasia y cierre por planos SE REALIZA HISTERECTOMA ABDOMINAL TOTAL. SE REALIZA HEMOSTASIA Y REVISION DE VEJIGA URINARIA (TRIGONO) , SE SUTURA VEJIGA CON VICRIL EN 1 PLANO.

Hallazgos
 Placenta: PATOLOGICO ; Tipo Inserción: ACRETISMO - ; Ubi. Placenta: PREVIA-TOTAL ;Líquido Amniótico: CLARO ;Cant. Liq. Amniótico: NORMAL ;Olor Líquido Amniótico: NO MAL OLORE Recien Nacido: VIVO , Sexo: MASCULINO , Peso: 3200 gr, talla: 48 cm, appar: 8,9 PLACENTA ANTERIOR Y PREVIA CON ACRETISMO HACIA VEJIGA. ADHERENCIAS DE EPIPLON A UTERO Y PERITONEO PARIETAL.
 SIO: 2000 CC

Pinzamiento y Corte Cordon Umbilical PRECOZ < 2'

Accidentes: No

Estudio Patológico: UTERO Y PLACENTA

[REDACTED SIGNATURE]

MAYÚLO Sello y Firma Cirujano (1) Sello y Firma Cirujano (2) HC: [REDACTED]

Paciente: [REDACTED] Edad: 35 Servicio OBSTETRICIA B [REDACTED]

Anexo 4. Estudio anatomopatológica de útero con diagnóstico de acretismo placentario

Nº Informe: 569562

SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA
INFORME DE ANATOMIA PATOLOGICA

Fecha : 19/07/2017 02:11:06p.m. Edad Pac 36 años Nº 17--6183

Examen EST HISTOL PIEZAS QUIRURGICAS

Indicacion Dr:

Resultado:
EXAMEN MACROSCOPICO:
Se recibe útero, sin anexos y placenta que. pesan 1111 gr., útero que mide 11 cm de longitud 9 cm de ancho y 6.5 cm antero-posterior.
La superficie uterina es lisa y hemorrágica.
No trae cervix.
Se observa herida quirúrgica recientemente suturada paralela al eje mayor uterino en uno de los lados hasta el fondo que mide 11 cm.
Al corte sagital, cavidad endouterina: ocupado por placenta en tercio inferior.
* las múltiples laminaciones : no se observa tumoraciones en el cuerpo uterino
* tejido placentario llega 0.4 cm. de la serosa.
* Endometriometrio de hasta 2 cm.
* INCLUYE MUESTRA REPRESENTATIVA.

- Placenta , membranas y cordón.
6- Endometriometrio y tejido placentario.
Endometriometrio.

recibe placenta que mide 19 x 14 x 2.5 cm. incompleta
de forma : ovalada
membranas placentarias: Punto de ruptura no evaluable, disgregadas, opacas.
Cordón umbilical: trae 3 vasos
26 cm. de longitud y 1.2 cm. de diametro
Insercion : excéntrica a 2 cm. del borde placentario
Color : blanco violáceo
Trayecto espiralado
La Superficie fetal : normal
Borde placentario : normal
Vasos fetales : prominentes
La superficie materna: es de color rojo vinoso, con cotiledones incompletos, disgregados.
No trae coágulos
Se observan las siguientes alteraciones:
Infartos vellosos :reciente y antiguo de 5 % de extensión.

PIEZA QUIRÚRGICA; ÚTERO PUERPERO Y PLACENTA HISTERECTOMIA SIMPLE.

DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO:

> PLACENTA:

* PLACENTA DEL TERCER TRIMESTRE CON ÁREAS DE INFARTO ANTIGUO Y RECIENTE DENTRO DE LIMITES NORMALES Y DEPÓSITOS FIBRINOIDES INTERVELLOSOS.

* CORDÓN Y MEMBRANAS: SIN ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS.

> UTERO:

* ACRETISMO PLACENTARIO: VELLOSIDADES CORIALES EN CONTACTO CON TEJIDO FIBROMUSCULAR SIN DECIDUA INTERMEDIA.

* ENDOMETRIO DECIDUALIZADO EN FONDO UTERINO.

* MIOMETRIO HIPERTRÓFICO Y CONGESTIVO.

LGH/liw
18/07/17

Paciente	Servicio	Cama	Historia Clínica
	NO ESPECIFICA	0	

Anexo 5. Hoja pelmatoscópica de recién nacido.

IMPRESIÓN PELMATOSCÓPICA DEL RECIEN NACIDO		FO - 019
<p>AL NACIMIENTO (Planta Derecha)</p> 	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 60px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Fecha <u>13/07/17</u> Hora <u>9:24am</u> Sexo <u>masculin</u> Peso <u>3200g</u> Talla <u>48cm</u> Apgar <u>8' 9'</u></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 60px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">  <small>INDICE DERECHO DE LA MADRE</small> </div>	<p>AL ALTA (Planta Derecha)</p>
<p>_____ Firma Operador</p>	<p>_____ Firma Operador</p>	
Apellidos y Nombres	Servicio	Historia Clínica

ACRETISMO_PLACENTARIO_JULIO_2019.doc

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%	24%	3%	15%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	4%
3	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	4%
4	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	3%
5	google.redalyc.org Fuente de Internet	2%
6	Ioscovich, A., D. Shatalin, A. J. Butwick, Y. Ginosar, S. Orbach-Zinger, and C. F. Weiniger. "Israeli survey of anesthesia practice related to placenta previa and accreta", Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 2015. Publicación	2%