



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Trabajo Académico

Acretismo placentario en gestante de alto riesgo obstétrico con diagnóstico de
placenta previa en EESS de nivel III – febrero 2018

**Para optar el Título de
Especialista en Riesgo Obstétrico**

Presentado por:

Autora: Sucso Ramírez, Ruth

Autora: Tejada Bances, Cintia Maribel

Asesora: Dra. Sanz Ramírez, Ana María

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8287-0234>

Lima – Perú

2019

INDICE

1. RESUMEN	3
2. ABSTRACT	4
3. INTRODUCCIÓN	5
4. CAPÍTULO I	6
4.1 DESCRIPCION DEL CASO CLÍNICO	6
4.1.1 DATOS SOCIALES Y DEMOGRAFICOS	6
4.1.2 ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN CENTRO DE SALUD	6
4.1.3 ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL	8
4.1.4 ATENCIÓN EN SALA DE OPERACIONES (SOP)	10
5. CAPÍTULO II	13
5.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	13
6. CAPÍTULO III	16
6.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	16
6.1.1. Antecedentes nacionales	16
6.1.2. Antecedentes internacionales	18
6.2 BASE TEORICA	24
7. CAPÍTULO IV	31
7.1 DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO	31
8. CAPÍTULO V	34
8.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	34
8.1.1. CONCLUSIONES	34
8.1.2- RECOMENDACIONES	35
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
10. ANEXOS.....	39
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	40
INFORME DE COINCIDENCIAS.....	42

1. RESUMEN

Objetivo: Describir el manejo de un caso de acretismo placentario en una paciente con alto riesgo obstétrico con diagnóstico de placenta previa en un establecimiento de salud de nivel III.

Materiales y Métodos: estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de revisión de historia clínica de paciente con acretismo placentario, atendida en febrero del 2018.

Resultados: Se revisa la historia clínica de una gran multigesta de 37 años, y 33 semanas de gestación, tuvo 3 controles prenatales; con un carnet perinatal con datos incompletos. Presentó sangrado vaginal por lo que es referida a un establecimiento de mayor nivel, durante el tercer trimestre de embarazo. Su diagnóstico fue placenta previa total más acretismo placentario, cuyo signo predominante fue el sangrado vaginal. Fue hospitalizada y se trató de determinar el grado de acretismo pero ante la demora del examen, se dio culminación del embarazo por cesárea más histerectomía, obteniéndose un recién nacido vivo de sexo masculino, peso de 3010 gr., APGAR 6' y 7^{5'}. Tras la histerectomía se produce un shock hipovolémico hemorrágico por el acretismo placentario, se transfunde hemoderivados y se consigue estabilizarla. Tuvo una evolución favorable, siendo dada de alta al tercer día posterior a la cesárea.

Conclusión: El presente caso concluyó con una paciente de evolución favorable y su recién nacido vivo, a pesar de todos los factores de riesgo y complicaciones presentados.

Palabras claves: acretismo placentario, factores de riesgo asociados, histerectomía.

1. ABSTRACT

Objective: To describe the management of a case of placental accreta in a patient with high obstetric risk with a diagnosis of placenta previa in a level III health facility.

Materials and Methods: descriptive, observational, retrospective review of the clinical history of a patient with placental accreta, treated in February 2018.

Results: The clinical history of a large multi-age of 37 years, and 33 weeks of gestation, had 3 prenatal controls; with a perinatal card with incomplete data. She presented vaginal bleeding as far as she is referred to a higher level establishment, during the third trimester of pregnancy. His diagnosis was total placenta previa plus placental accreta, whose predominant sign was vaginal bleeding. She was hospitalized and tried to determine the degree of accretion but before the exam was delayed, the pregnancy was completed by caesarean section plus hysterectomy, obtaining a live male newborn, weighing 3010 gr., APGAR 6 'and 75'. After the hysterectomy, a hemorrhagic hypovolemic shock is produced by placental ineretism, blood products are transfused and stabilized. It had a favorable evolution, being discharged on the third day after caesarean section.

Conclusion: The present case concluded with a patient of favorable evolution and her newborn alive, despite all the risk factors and complications presented.

Keywords: placental accreta, associated risk factors, hysterectomy.

3. INTRODUCCIÓN

Como indicó Wilches-Llanos *et al.*, el acretismo placentario es una entidad obstétrica, con elevada morbilidad y mortalidad materno-fetal (9,5%), con una frecuencia de 1 por cada 2500 nacimientos y una incidencia de 0,9 %.(1)

En cuanto a su definición, el acretismo placentario constituye la implantación anómala del tejido placentario, en la pared uterina, a causa de una deficiencia o carencia de la capa de Nitabuch, que permite que las vellosidades coriónicas (de la placenta), infiltran el miometrio (útero). Tal cual lo menciona Dueñas *et al.* en función de la profundidad de la infiltración, se puede clasificar en: acreta (adherida al miometrio), increta (infiltrando el miometrio) o percreta (infiltrando el miometrio, serosa y estructuras aledañas). Pudiendo provocar sangrado obstétrico masivo (3000-5000mL de sangre), coagulopatías por pérdida y coagulación intravascular diseminada. (2)

Su prevalencia se incrementa en forma proporcional a la cantidad de cesáreas que se realizan. A decir de los autores Benirschke y Kaufman, el acretismo placentario se debe a un defecto en la regeneración de la capa basal del endometrio, específicamente después de la realización de cesáreas, miomectomías o legrados uterinos a repetición. (3)

Por lo anterior, el acretismo placentario influye negativamente en la viabilidad del binomio madre-niño, razón por la cual es relevante el conocimiento y difusión de esta patología, conocer su fisiopatología, factores de riesgo y complicaciones, pues permitirá optimizar su diagnóstico y tratamiento oportuno, ya que el diagnóstico prenatal oportuno y la planificación del tratamiento por un equipo quirúrgico multidisciplinario, en una institución que disponga de banco de sangre, nos garantizará resultados óptimos en nuestros pacientes (madre y recién nacido).

4. CAPÍTULO I

4.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

4.1.1 DATOS SOCIALES Y DEMOGRÁFICOS

Datos de la Filiación:

Fecha de Atención: 09/02/2018

Institución: Hospital Público de Lima de III nivel

Nombres y Apellidos: CEAB

Edad (años): 37

Condición o Estado Civil: Conviviente

Nivel de Instrucción: Primaria completa

Ocupación: personal de limpieza

Lugar de Residencia: Independencia

4.1.2 ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN CENTRO DE SALUD

TABLA N°1 RESUMEN DE ATENCIÓN PRENATAL			
Atenciones prenatales	Atención 1	Atención 2	Atención 3
Fecha	16/08/17	04/11/17	05/02/18
Edad Gest. (semanas)	8	21	35
Peso materno (Kg)	68	71.800	73
Presión arterial (mmHg)	100/60	90/50	90/50
Altura uterina (cm)	---	22	34
FCF por min.	---	152	142
Mov. Fetal (+/++/+++ / SM/NA)	---	+	+++
Edemas (+/++/+++ / SE)	SE	SE	+

Fuente: Carnet Perinatal.

Historia materno perinatal

- Antecedentes familiares: Niega

- Antecedentes personales:

Peso habitual: 65 kg

Talla: 1.46 m

IMC: 30.5

Quirúrgicos: Cesárea 3 veces en 1999, 2004, 2008

Legrados uterinos: 2 veces en el 2014 y 2015

RAM: Niega

- Antecedentes Gineco-obstétricos:

Inicio de relaciones sexuales: 14 años.

Menarquia: 11 años.

Formula Obstétrica: G 7 P4024

G1: parto vaginal (1995)

G2: cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal, tuvo caída accidental (1999)

G3: cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal, circular simple de cordón (2004)

G4: cesárea por cesárea anterior 2 veces (2008)

G5: aborto incompleto (2014)

G6: aborto incompleto (2015)

FUR: 19/06/17 FPP: 25/03/18

Hospitalizaciones previas: Del 23 al 26 de enero por presentar sangrado vaginal en la segunda mitad de la gestación: placenta previa. Recibió maduración pulmonar con 4 dosis de dexametasona 6mg IM.

Vacuna antitetánica: no registra

- Exámenes de laboratorio:

Grupo y Factor: no registra en tarjeta de APN

Serología Luética: no registra en tarjeta de APN

Hemoglobina: 10.7 mg/dL del 23 /01/2018

Hematocrito: no registra en tarjeta de APN

Glucosa: 82 del 23/01/2018

HIV: no registra en tarjeta de APN

Sedimento urinario: no registra en tarjeta de APN

PAP: 2017 negativo

- Ecografía: 8/02/2018 (particular)
 - Gestación 35ss 4 días.
 - Feto Transverso
 - Placenta cubre OCI
 - Signos de Acretismo placentario
- Factores de riesgo:
 - Edad materna avanzada.
 - Bajo nivel de instrucción.
 - Control prenatal insuficiente.
 - Obesidad tipo I
 - Multiparidad.
 - Antecedentes de múltiples cirugías uterinas previas.
 - Anemia Leve.
 - Inicio precoz de relaciones sexuales.

4.1.3 ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL

Fecha: 09/02/2018 Hora de atención: 20:20 hrs.

Motivo de atención: sangrado vaginal de regular cantidad asociada a coágulos. Movimientos fetales presentes.

Examen Físico General:

Signos Vitales:

Presión Arterial=110/60 mmHg.

Frecuencia Cardíaca (FC): 70 por minuto,

Frecuencia Respiratoria (FR): 18 por minuto,

Temperatura: 36.8°C

Examen obstétrico:

Abdomen: AU: 33 cm, SPP: oblicuo izquierdo, DU: ausente, LCF: 144 x min.

MF: ++/+++

Genitales externos: Especuloscopia: sangrado rojo oscuro de escasa cantidad.

TV: diferido

Impresión diagnóstica:

- Gestante de 33ss 4d x FUR
- Sangrado vaginal en la segunda parte del embarazo: Placenta Previa
- Cesárea anterior 3 veces
- D/C Acretismo placentario
- Edad materna avanzada

Plan de Trabajo:

- Hospitalización

Indicaciones terapéuticas:

- DC+LAV
- NaCl 0.9 % 1000 (Frasco I y II)
- Nifedipino 20mg VO STAT, luego 10mg c/8hr
- Autocontrol de movimientos fetales
- Control obstétrico (DU y LCF) c/2hr
- CFV y Control de sangrado vaginal
- NST
- Pasa a Servicio Cuidados Especiales Perinatales (SCEP)
- SS: pre-quirúrgicos y ecografía en piso

La Gestante permanece en la unidad de cuidados especiales perinatales durante 2 días con evolución materno fetal favorable, No presenta dinámica uterina, ni sangrado vaginal activo.

Luego pasa a servicio de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) para continuar hospitalización.

Plan de trabajo:

- Conducta expectante
- Reposo absoluto

- Completar exámenes auxiliares: ecografía, NST, resonancia magnética y pruebas cruzadas

Se realiza control obstétrico permanente, hidratación con cloruro de Sodio y tratamiento médico con Nifedipino VO. según indicaciones.

Ecografía Obstétrica: realizada el 10/02/2018

- Embarazo Único Activo de 37 semanas, según mediciones del feto.
- Placenta que cubre completamente el cuello uterino.
- Signos de Acretismo Placentario.

NST: Feto reactivo

Gestante permanece en ARO para continuar monitoreo materno fetal y con evolución favorable, con el mismo plan de trabajo y se programa su cesárea para el 15/02/18 considerando edad gestacional y riesgo inminente.

4.1.6 ATENCIÓN EN SALA DE OPERACIONES (SOP)

Fecha: 15/02/2018 Hora: 11:39

Cirugía realizada: Cesárea + Histerectomía total y conservación de ambos ovarios+ Liberación de adherencias

Hallazgos: RN sexo masculino, Peso: 3010 gr, Talla: 49cm, PC: 35cm, PT: 32.5cm APGAR 6 (al primer minuto), APGAR 7 (a los 5 minutos). Test Capurro: 34 semanas.

Placenta Increta previa total con presencia de vasos aberrantes que llegan hasta serosa vesical, mas no la traspasan.

Líquido amniótico adecuado.

Cordón umbilical con 2 arterias y 1 vena.

Síndrome adherencial severo.

Complicaciones: Incretismo placentario + síndrome adherencial severo

Sangrado aproximado: 1500 cc

Duración de operación: 3h 20min

Impresión diagnóstica:

- PO Cesárea inmediata + Histerectomía abdominal total
- Hemorragia pos parto

Indicaciones:

- NPO
- CNa 9%0 1000 EV 100cc/hr.
- Ceftriaxona 2gr EV c/24 h
- Clindamicina 600mg EV c/8h
- Amikacina 1gr EV c/24h
- CNa 9%0 100cc+ Tramadol 100mg+Metamizol1gr
- Dimenhidrinato 50mg EV c/8h
- Gluconato de calcio 1 amp. EV c/8h
- Ranitidina 50mg EV c/8 h
- Metoclopramida 10mg EV c/8h
- Ácido tranexámico 1gr EV c/ 8h
- Transfusión de 2 paquetes globulares STAT
- Seguimiento de los signos vitales y valoración del sangrado vaginal cada 2 horas
- Catéter vesical permeable.
- Hemograma, AGA y electrolitos
- I/C UCI

Tratamiento intra-operatorio por anestesiología:

- Intubación y ventilación mecánica
- Colocación de vía central y línea arterial

Evaluación por UCI:

Encuentra paciente post-cesareada con anemia aguda intra-SOP, con lactato < a 2, PaFi> 300, sensorio aceptable, no evidencia de sangrado vaginal, estabilizada, D/C riesgo.

Plan:

- Probar extubación, si tolera debe bajar a piso de Obstetricia.
- Reevaluación a demanda.
- Resto de indicaciones de Obstetricia.

Luego de permanecer en sala de recuperación aprox. 3 horas pasa a Unidad de Post- Operadas del servicio de Obstetricia, donde evoluciona favorablemente, luego de un día pasa a unidad de puerperio mediato, cuya permanencia es de 2 días sin complicaciones, luego es dada de alta.

Indicaciones de Alta:

- Paracetamol 2 tab. C/ 8 horas por 3 días
- Sulfato Ferroso 300mg, 1 tab. C/24 horas por 30 días
- Amikacina 1gr. IM C/ 24 horas por 3 días
- Dicloxacilina 1gr. C/8 horas por 5 días
- Control en 7 días.

Seguimiento de Hemoglobina:

Ingreso	Hospitalización	SOP- Recuperación				Post-operatorio
09/02/2018	12/02/2018	15/02/2018				16/02/2018
11.1 mg/dL	10.2 mg/dL	9.9 mg/dL	8.1 mg/dL	10.9 mg/dL	13.4 mg/dL	11.6 mg/dL
		Shock Hipovolémico hemorrágico		Transfusión de 6 paquetes globulares y 1 plasma		

5. CAPÍTULO II

5.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo, se establecerá como el acretismo placentario aumenta el riesgo de mortalidad y morbilidad en una gestante de un Hospital Público de III Nivel perteneciente a Essalud, en el periodo de febrero del 2018; en la práctica clínica, las pacientes con Acretismo placentario terminan siendo sometidas a histerectomías. Se encontró en un estudio de Ramírez que “las principales razones que motivaron la realización de histerectomía obstétrica fueron la atonía del útero y el acretismo placentario en aproximadamente el 39% de las veces, para cada una de las condiciones clínicas mencionadas”. (7)

En su artículo Pérez refiere que la incidencia de acretismo placentario está en franco aumento, básicamente debido al aumento de las cesáreas realizadas. (4)

Noguera en su estudio de caso clínico menciona que el Acretismo placentario, ha triplicado su incidencia en los últimos 20 años, debido al aumento en las tasas de cesáreas registradas. (5) Cita a Miller quien habla de una incidencia de 1 caso cada 2500 partos. Pero la incidencia real es difícil de determinar puesto que el diagnóstico que nos da la certeza es un estudio anatómo-patológico del útero y para esto la paciente tiene que haber concluido en una histerectomía. (6)

Ramírez en su estudio sobre la histerectomía obstétrica obtiene como resultados: “El 82.6% de un total de 98,063 gestantes que se atendieron en el Hospital San Bartolomé, en el periodo del 2015, fueron nacimientos por cesárea”. (7)

Según datos del ENDES 2018, el nacimiento por cesárea, que debería situarse entre 5,0% y 15,0% de todos los nacimientos como solución final a complicaciones del embarazo y parto, continúa aumentando en el Perú. En el año 2018, la proporción de nacimientos por cesárea fue de 34,5%. El área urbana (41,0%) presenta mayor porcentaje que el área rural, sin embargo, en comparación con el año 1996, el área rural pasó de 2,5% a 15,7%. (25)

Según ESSALUD, en su Boletín estadístico de prestación de salud, la tasa de cesáreas en el 2018 llegó a un 46% a nivel nacional (26), mientras que en la Red Almenara la tasa fue de 41.8% hasta el año 2015. (27)

Todas estas cifras nos muestran, que los nacimientos por cesárea están en aumento conforme pasan los años, llevando también al aumento las potenciales complicaciones posteriores que puede presentar una paciente que ha sido intervenida de esa cirugía.

Las complicaciones de la histerectomía obstétrica fueron la atonía uterina y el acretismo placentario (27 casos), con 39,1% cada una. (7)

Para Dueñas en su reciente revisión, consigna que el acretismo placentario constituye una causa importante de hemorragia vaginal masiva y por lo tanto condiciona coagulopatía por pérdida y coagulación intravascular diseminada, de otro lado la necesidad de realizar histerectomía a estas pacientes condiciona el riesgo de lesión en los uréteres, vejiga u otras estructuras anexas, síndrome de distress respiratorio del adulto e inclusive podría llevar a la muerte materna, oscilando la pérdida de sangre entre 3 a 5 Litros de sangre durante el parto. (2)

Dentro del estudio de Ramírez y col. también se encontró que el principal diagnóstico previo a la Histerectomía Obstétrica fue placenta previa, con 27,5%, le siguió la cesárea anterior una o más veces (15,9%), y que ambas asociadas al acretismo placentario. (7)

Por todo lo antes expuesto, es necesario el descarte oportuno de los factores asociados para el desarrollo de acretismo placentario, especialmente durante el control prenatal, realizando una minuciosa anamnesis y adecuado examen físico, diagnosticando oportunamente las patologías actuales y prevenir de esta forma probables complicaciones que afecten la salud materna perinatal, brindando atención oportuna y adecuada en los establecimientos de salud de mayor complejidad que reúnan competencia técnica, infraestructura, equipos para garantizar la atención segura y de calidad, obteniendo los mejores resultados.

En el presente caso clínico la paciente: gran multigesta, edad materna avanzada, y múltiples cirugías previas (3 cesáreas y 2 legrados uterinos), con insuficientes controles prenatales constituye una paciente obstétrica de alto riesgo, lo establecido según el protocolo y el manual de Normas de atención, es referirla a un centro de mayor complejidad (Hospital Nivel III), tal cual sucedió en el caso presentado.

Este caso corrobora los estudios en relación a los factores de riesgo para presentar acretismo placentario y sus complicaciones, así como el alto riesgo de morbilidad materna y fetal.

6. CAPÍTULO III

6.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

6.1.1. Antecedentes Nacionales

En el año 2015, Saldivar J. realizó un estudio de tipo casos y controles, que incluyó 123 mujeres embarazadas, atendidas en el Hospital Regional y el Hospital Belén de Trujillo (Perú) con el objetivo de valorar la asociación entre acretismo placentario y cirugía uterina previa, como factor de riesgo, para el desarrollo de dicha patología, teniendo como conclusión, que antecedente de cesárea previa incrementa en más de 3 veces el riesgo de acretismo placentario ($OR=3.4$), antecedente de miomectomía incrementa en 7 veces el riesgo de padecer de acretismo placentario ($O=7.1$), ambas con un nivel de significancia estadística. (8)

Ramirez J., Cabrera S., *et al.* Realizaron un estudio en el año 2015, en el Hospital San Bartolomé en Lima-Perú, acerca de la histerectomía obstétrica, dicho trabajo de investigación fue de corte retrospectivo, transversal y analítico, a través del cual se revisaron las historias clínicas de 69 pacientes a las que se les había realizado histerectomía obstétrica durante el periodo comprendido entre enero del 2003 y diciembre del 2015, siendo su objetivo principal determinar la incidencia, factores de riesgo y consecuencias de la Histerectomía obstétrica, concluyendo que las principales condiciones que motivaron histerectomía obstétrica fueron atonía uterina y acretismo placentario, ambas con un 39%. Los diagnósticos principales de estas gestantes fueron, placenta previa (27,5%) y cesárea anterior (15,9%). (7)

Zuzunaga E. realiza un estudio en el 2015, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca- Perú, que trata del Acretismo placentario como factor de riesgo asociado a hemorragia severa postparto, con el objetivo de determinar si el acretismo es o no un factor de riesgo asociado a la hemorragia severa, para lo cual realizó un estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles, usando como muestra gestantes que presentaron hemorragia postparto, con un embarazo único de 20 a 35 años de edad con CPN adecuado y que en sus historias clínicas tengan

registrado el estudio anatómico-patológico, atendidas en el periodo del 2006 al 2015 (un total de 228 casos). Estas fueron distribuidas en 2 grupos: casos: 38 gestantes con hemorragia postparto severa y controles: 190 gestantes con hemorragia postparto leve. Obtuvieron como resultados que la frecuencia de acretismo placentario en hemorragia severa postparto fue del 13%, y en hemorragia leve postparto fue de 2%. Concluyendo que la mayor parte de muertes maternas ocurren dentro de las 4 primeras horas postparto por complicaciones que se presentan durante el cuarto periodo del parto y es el acretismo placentario puede llevar a hemorragia obstétrica masiva, y como consecuencia alteraciones de la coagulación debido a pérdida. Además también considera que un adecuado diagnóstico prenatal ayuda a planificar una interrupción del embarazo con un equipo quirúrgico multidisciplinario en instituciones que cuenten con banco de sangre. (29)

James C., Aguilar A. y Garaycochea O., realizaron una revisión en el año 2013 en Perú, sobre “Antecedentes de procedimientos quirúrgicos uterinos en paciente con acretismo placentario”, con el objetivo de demostrar que pese a que los factores de riesgo para acretismo placentario están bien definidos; sin embargo, las razones subyacentes a esta complicación, no se encuentran completamente definidas.

Los conceptos fisiopatológicos actuales consideran que el desarrollo anómalo de la decidua basal y un defecto primigenio en la función del trofoblasto, provocan una invasión anómala de la placenta sobre el útero. Concluyendo que la terapia conservadora es mejor que la extracción manual de la placenta, pues se disminuye el riesgo de hemorragia masiva hasta que se realice la histerectomía obstétrica. (9)

Tang L. y Albinagorta R. realizaron un estudio publicado el 2013 en Perú, que trata de “La histerectomía puerperal en una institución privada”, con el objetivo de determinar la experiencia con la histerectomía, para lo cual realizaron un estudio retrospectivo de una serie de casos, su población fue de puérperas inmediatas, de la Clínica Santa Isabel, y su muestra 16 pacientes de entre 29 y 42 años de edad que tuvieron histerectomías puerperales, entre el periodo de 1 de enero 2000 hasta el 31 de diciembre del 2011. Obtuvieron como resultados que del total de la muestra el 75%

tuvieron como antecedentes cirugías uterinas previas, y las indicaciones más frecuentes de histerectomía fueron acretismo placentario (en 6 pacientes), atonía uterina (en 5 pacientes) y miomatosis uterina (en otras 5). Se realizó transfusiones sanguíneas en 9 pacientes (56.3%). Todo esto los llevó a concluir que la histerectomía puerperal es un procedimiento aparentemente seguro con la frecuencia, indicaciones y complicaciones que dice la teoría. (28)

Bejar J. realizó una investigación el año 2000 en Perú, que trata de “La incidencia y factores asociados a la histerectomía de emergencia” con el objetivo de conocer la incidencia de la histerectomía obstétrica y los factores asociados a la misma, para lo cual diseñó un estudio observacional, de cohorte, transversal descriptivo y retrospectivo, revisando las historias clínicas de todas las pacientes sometidas a histerectomía obstétrica durante enero de 1999 a diciembre de 2000, en el Instituto Materno Perinatal, obteniendo como resultado a 136 casos de histerectomía de emergencia y como indicación de esta las siguientes condiciones: Sepsis con un 39.7%, atonía uterina 28.7%, acretismo 14%, ruptura uterina 9.5% y otras (como mola, inversión uterina, embarazo ectópico, entre otros) con un 8.1%. (10)

6.1.2. Antecedentes internacionales

Noguera M., Karchmer S., Rabadán C. y Sánchez P., en su trabajo de investigación del año 2013 en México, valoraron el impacto del acretismo placentario, como un problema en progresivo aumento y cuya éxito se basa exclusivamente en su diagnóstico oportuno, mediante el diagnóstico precoz, a través de ecografía y una historia clínica obstétrica adecuada, incorporando guías de tratamiento con el fin de considerar las diferentes posibilidades terapéuticas para los pacientes con manejo más complicado.

En este estudio se corroboró, que el acretismo placentario está aumentado en virtud de las mayores tasas de cesáreas, siendo necesario buscar implementar programas efectivos de planificación familiar, así como diseñar estrategias para disminuir las tasas de cesáreas. Además de ello, es importante la capacitación en ecografía para la búsqueda precoz de acretismo placentario, luego de haber identificado los factores de

riesgo en la paciente obstétrica, para finalmente inducir el nacimiento de manera planificada, minimizando de esta manera los riesgos. (5)

Burgos N., Gredilla E., Guash E. y Gilsanz F., en una revisión realizada el año 2012 en España, estudiaron un caso clínico que enfatiza el “Uso de balones intra-arteriales en pacientes que presentaron hemorragia masiva obstétrica producto de un acretismoplacentario”. El artículo en mención identifica los factores de riesgo, para poder iniciar un adecuado plan terapéutico, con el objetivo de contar con los recursos necesarios para manejar las complicaciones, tal como el uso de balones intra-arteriales. Mencionado el caso de una paciente cesareada anterior en 2 oportunidades, miomectomizada, lo cual no fue descrito antes de su atención, y que finalmente terminó en una histerectomía, revelando acretismo placentario (placenta increta) en la anatomía patológica. Concluyendo que, si sabemos que aproximadamente el 90% de las placentas acretas van a terminar en una hemorragia post-parto y un riesgo del 50% de terminar en histerectomía periparto, por lo tanto, es fundamental la identificación de las pacientes de alto riesgo. Se debe programar el parto en una Unidad de alto riesgo con un equipo multidisciplinario y donde se pueda instaurar tratamientos, establecer protocolos, realizar tratamiento quirúrgico precoz y disponer de técnicas; todos estos elementos son básicos para el éxito en el manejo de los casos de hemorragia masiva obstétrica. (11)

Subirá J., Casanova C., Padilla P., et al. En una revisión de un caso clínico, en el año 2011 en España acerca del manejo conservador del acretismo placentario, mediante el uso de la embolización y el metotrexate, cuyo objetivo era valorar el manejo conservador como mejor opción en casos de acretismo placentario y para ello evaluaron un caso clínico de una gestante de 38 años, con parto eutócico, en la cual el alumbramiento no se da espontáneamente, se realiza posteriormente mediante el desprendimiento manual de placenta, lo que provoca moderado sangrado y necesidad de legrado posteriormente, ante la posibilidad de acretismo placentario, se realizan los exámenes que corroboran el diagnóstico de invasión miometrial placentaria. Luego de realizar exámenes y verificar la estabilidad de la paciente, intentaron el tratamiento

conservador mediante la combinación de embolización selectiva del vaso nutricio aberrante y el uso de metotrexato a dosis de 50 mg. Finalmente a los 3 días de iniciado este manejo se logra expulsar la masa placentaria en forma completa. Mencionan también más estudios con terapia conservadora, como el de Arulkumaran et al. en el que se consiguió la expulsión de placenta en solo 11 días con mayor número de dosis de metotrexate. Concluye que este manejo conservador será el que se convertirá en la terapia estándar, dejando de lado histerectomías innecesarias, las cuales serían usadas solo en casos extremos. A pesar de ellos hacen mención, que aún no existen los suficientes estudios que aporten una buena evidencia que demuestre esto. (12)

Tórrez-Morales F, Briones-Garduño J., en una revisión realizada en el año 2015 en Mexico, estudiaron un caso clínico que enfatiza el “Manejo conservador del percretismo placentario con el uso de embolización de las arterias uterinas, junto con metotrexate”. Dicho estudio tuvo como finalidad, presentar la evolución clínico-quirúrgica de este manejo y así disminuir las complicaciones asociadas a pacientes con diagnóstico de percretismo, para ello evalúan el caso clínico de una paciente con antecedentes de 3 gestaciones previas de las cuales una termino en cesárea, en la última gestación consideraron el diagnóstico de percretismo placentario y placenta previa total, con invasión de la vejiga y el recto, mediante el uso de la resonancia magnética. La atención se realizó secuencialmente, siguiendo los lineamientos del protocolo y fue llevado a cabo por un equipo multidisciplinario, realizándole embolización específica de los vasos arteriales uterinos, una vez concluida la cesárea, con el objetivo de disminuir el riesgo de sangrado, finalmente recibió tratamiento semanal con metotrexate por 4 dosis. Teniendo como consecuencia una paciente en óptimas condiciones, sin hemorragia, ni complicaciones durante su estancia hospitalaria. Concluyéndose, entonces que los pasos secuenciales de este protocolo podrían considerarse una alternativa de tratamiento en pacientes con percretismo placentario, sin embargo, deberían complementarse con más estudios al respecto. (13)

En el estudio realizado en Reino Unido, en el 2014, Fitzpatrick K., Sellers S., y colaboradores estudiaron el tratamiento y desenlace del acretismo placentario, en una

cohorte de mujeres con placenta acreta, increta o percreta, para describir el manejo actual de esta condición, a través de un estudio prospectivo, usando el sistema de Vigilancia Obstétrica, durante el periodo 2010-2011, reuniendo información de todos los hospitales de Reino Unido, a quienes les enviaba los formularios mensuales y estos debían ser devueltos llenados con los datos de las pacientes que presentaron acretismo placentario durante el periodo establecido y fueron ingresados a su sistema. Concluyeron que el diagnóstico prenatal de acretismo placentario, estaba asociado con niveles reducidos de hemorragia al igual que lo está la decisión de no intentar la extracción manual de placenta para conservar el útero y el estado de fertilidad, antes de la histerectomía. (14)

Wilches-Llanos A., Palazuelos-Jiménez G., Trujillo-Calderón S. y Romero-Enciso J., realizaron una revisión en el año 2014, en Colombia: este estudio habla sobre el «Diagnóstico prenatal del acretismo placentario», tuvieron como objetivo describir y revisar los hallazgos más característicos obtenidos en las imágenes diagnósticas, de la intervención prenatal en pacientes con acretismo placentario. (1)

Presentaron 3 casos clínicos en los que se evalúa el método de diagnóstico de acretismo placentario y además de ello realizaron una revisión de 53 artículos, de todo esto concluyeron la valoración no invasiva del diagnóstico, a través de imágenes, realizada en forma oportuna, es útil porque ofrece información del compromiso y extensión en pacientes con factores de riesgo para acretismo placentario. (1)

Para Wilches¹, en concordancia con Meng y Song¹⁵, la ecografía una especificidad y una sensibilidad del 95% y 83% respectivamente, mientras que la Resonancia Magnética, tiene una sensibilidad del 82 % y especificidad del 88 %. Por lo anteriormente expresado la Resonancia Magnética solamente debería usarse en los pacientes con exámenes ecográficos dudosos, o para evaluar zonas del útero de difícil acceso por ecografía, como en el caso de placenta posterior.(1)

Perea I., Hernández A., Estopiñá N., Trusso N., Serrano L. y Colomer A., en una revisión realizada en el 2015 en España abordan un caso clínico acerca de “Rotura uterina asociada a percretismo placentario”, teniendo como objetivo el análisis y la mejora de la fisiopatología, características y manejo de esta poco frecuente

complicación gestacional, cuya importancia radica en la impactante morbilidad y mortalidad materna y fetal, que entre otras cosas produce: hemorragia uterina grave, shock hemorrágico, las reacciones posteriores a la transfusión, complicaciones directamente relacionadas con la histerectomía y mortalidad perinatal. Para ello realizan la evaluación de un caso clínico de una paciente gestante de 17 semanas que presentó rotura uterina producto de una placenta acreta, algo poco frecuente pues se trata de una gestación temprana. La paciente no presenta antecedentes quirúrgicos, solo 2 abortos procedidos de legrados uterinos. Luego de esta evaluación concluyeron que el diagnóstico imagenológico es crucial y frente a la sospecha en gestantes con factores de riesgo, se debe intensificar la búsqueda de signos ecográficos de acretismo placentario, antes de que se presente una complicación obstétrica, momento en el cual, es más difícil el diagnóstico. Realizándose esto, se puede establecer un abordaje terapéutico multidisciplinario si es preciso, disminuyendo los riesgos materno-perinatales. (16)

Maroto A., Costa J., Morillas B., et al. abordan un caso clínico en el 2012, en España, acerca del “Manejo conservador del acretismo placentario” , con el objetivo de determinar la efectividad del manejo conservador ante un diagnóstico de acretismo placentario, para ellos revisan un caso clínico de una paciente con 26.1 semanas de gestación, que ingresa por RPM y que presenta complicaciones del bienestar fetal por lo que proceden a realizar una cesárea, luego durante la extracción placentaria se determina que tenía acretismo placentario. Deciden dejar parte de placenta y como tuvo una buena evolución, se mantuvo así hasta que fue dada de alta, y acudió a controles posteriores (con B-HCG y ecografía), luego de 6 meses se determinó su desaparición del residuo placentario, evidenciándose nuevamente un útero normal. Con esto concluyeron que un tratamiento conservador es factible en pacientes con acretismo placentario, disminuyendo de esta forma la morbilidad y conservando la fertilidad de la paciente, si esta así lo deseaba. (17)

Malvino E., Eisele G., Martinez M., et al. realizaron una investigación en el año 2009 en Argentina, en la que tratan el tema de “Resultado y tratamiento actual de

hemorragias obstétricas asociadas a atonía uterina y acretismo placentario”, para ello realizan un estudio retrospectivo y descriptivo con una muestra de 143 gestantes, (70 con atonía uterina y 73 con acretismo placentario), durante el periodo de 1991 hasta el 2008. Presentado shock hemorrágico en el 38.4% de las gestantes y coagulopatía de consumo, en el 32.8% de los casos. Realizándose histerectomía en 66 gestantes, como medida última de tratamiento, para controlar la masiva hemorragia obstétrica. En 31 pacientes se tuvo que recurrir a embolización endovascular, como prevención y tratamiento, obteniéndose menos complicaciones, con aumento importante de la preservación del útero. Lográndose que el 100% de las puérperas sobrevivan sin ninguna secuela. Concluyendo que las nuevas técnicas quirúrgicas, así como la embolización endovascular constituyen novedosas técnicas que disminuyen de forma importante la necesidad de realizar histerectomías, así también disminuyen la morbilidad post-operatoria, pero es necesario adquirir mayor experiencia y realizar nuevos estudios. (18)

6.2 BASE TEORICA

6.2.1.- Acretismo Placentario

Patología por la cual existe una infiltración excesiva de la placenta debido a un defecto o falta de desarrollo de la decidua basal, acompañado de desarrollo inadecuado de la membrana de Nitabuch, lo que condiciona potencialmente hemorragias obstétricas graves. (2)

6.2.2.- Clasificación

En función del grado de infiltración del trofoblasto:

- Placenta acreta: cuando las vellosidades coriónicas se adhieren al miometrio, es la más frecuente, con una incidencia del 75%.
- Placenta increta: cuando las vellosidades coriónicas penetran en el miometrio, con una incidencia del 18%.
- Placenta percreta: cuando las vellosidades coriónicas infiltran la serosa o más allá, con una incidencia del 7%. (2)

Según la adherencia de los cotiledones, pueden ser

- **Acretismo total:** si todos los cotiledones placentarios presentan anomalías de la adherencia.
- **Acretismo focal:** si solamente alguno de los cotiledones placentarios o uno solo presentan anomalía de la adherencia. (2)

6.2.3.- Factores de Riesgo

Los factores asociados con riesgo de acretismo placentario son la placenta previa y cesárea anterior de embarazos previos.

Otros factores relaciones con mayor riesgo para la presentación de acretismo placentario, son la multiparidad y edad materna avanzada, como antecedente de menor importancia está el precedente de miomectomía y curetaje, así como el Síndrome. de Asherman que constituye factor de riesgo para implantación anómala de la placenta. (2)

6.2.4.- Patogenia

Diversas teorías explican la condición patológica del acretismo placentario, las teorías mecánicas involucran la lesión de la decidua basal por traumatismo (tal es el caso de cirugía uterina previa); sin embargo, las teorías se basan en una exagerada respuesta de la madre ante el trofoblasto infiltrante. (2)

Fisiopatológicamente, las vellosidades coriónicas de la placenta se pegan a las fibras del miometrio, y no a las células de la decidua como debería ser, actualmente se considera que la placenta acreta presenta una mayor invasividad con respecto a una placenta de un embarazo normal. (2)

6.2.5.- Manifestaciones Clínicas

Durante la segunda mitad del embarazo, el acretismo placentario, se identifica cuando se acompaña de placenta previa, en cuyo caso el sangrado constituye el signo más ominoso que presenta la paciente. En otros casos, el acretismo se detecta hasta el periodo de alumbramiento, circunstancia en la cual la placenta se encuentra anormalmente adherida. (2)

6.2.6.- Diagnóstico

Se puede utilizar tanto el ultrasonido transabdominal como transvaginal. El uso de Doppler color como predictor es confiable para indicar la invasión del miometrio.

El signo ecográfico, más característico y frecuentemente encontrado para el acretismo placentario es la evidencia de grandes lagunas vasculares con flujo turbulento. Esto se da principalmente en el primer trimestre del embarazo. (2)

Durante el primer trimestre del embarazo el signo más frecuente es un saco gestacional con implantación baja, sobre una cicatriz uterina, junto con múltiples lechos vasculares irregulares. (2)

La resonancia magnética es complementaria a la ecografía, pero cobra mayor realce en los casos de acretismo en placentas posteriores y en placentas percretas, que invaden estructuras adyacentes. (2)

La imagen característica de acretismo placentario en resonancia es un abultamiento uterino, con una intensidad heterogénea y banas oscuras dentro de la placenta.

Algunos trabajos de investigación han demostrado niveles elevados de alfa-fetoproteína y hormona gonadotrofina coriónica humana en sangre de las pacientes con acretismo placentario. (2)

6.2.7.- Manejo

Una vez confirmado el diagnóstico, se debe programar el parto, que incluya un equipo multidisciplinario (incluso Cirugía general, Urología y Radiología intervencionista, deberían estar disponibles, si fuera necesario), así pues, es necesaria la atención en establecimiento de salud de tercer nivel, que tenga banco de sangre, previendo la posibilidad de una hemorragia masiva. (2)

Clásicamente el tratamiento definitivo, universalmente aceptado es la histerectomía para los casos de acretismo placentario. (2)

Posterior a la extracción del feto, hay que establecer el grado de extensión de la invasión placentaria y no hay que intentar remover la placenta, ya que puede exacerbarse la hemorragia. (2)

En la circunstancia que la paciente con acretismo placentario presente hemorragia masiva, está indicada la histerectomía de emergencia. En promedio se pierde entre 3

a 5 litros de sangre en un parto con acretismo placentario, requiriendo transfusión de hemoderivados en el 90% de los casos. (2)

Aunque algunos estudios proponen dejar la placenta in situ, esto condiciona mayor riesgo de complicaciones y raramente es la decisión de primera elección.

Existe un tratamiento con el antimetabolito metotrexate, en los casos en los que se posterga la histerectomía, pero actualmente su uso no es convencional para la mayoría de las pacientes. (2)

El empleo de balones endovasculares a nivel de las arterias ilíacas, para la oclusión o embolización de la arteria iliaca interna, también constituye una opción válida, sin embargo, acarrea potenciales complicaciones como tromboembolismo materno, por lo que su uso generalizado requiere mayores estudios. (11)

6.2.8.- Pronóstico

La mejoría del pronóstico está relacionada con la programación de la cesárea más histerectomía, no siendo necesario separar la placenta, y esto a consecuencia del diagnóstico prenatal de acretismo placentario, de esta manera se realiza el parto y el útero se retira intacto. La mortalidad materna puede alcanzar un 7%. (2)

Ávila y col citando a Eshkoli refiere que actualmente el acretismo placentario es la responsable del 51% de las histerectomías de emergencia. (19, 20)

Las complicaciones relacionadas con el acretismo placentario son histerectomía periparto, hemorragia postparto, requerimiento de hemoderivados, ingreso a unidades críticas, así como recién nacidos con bajo peso al nacer, aunque también está relacionada con la edad gestacional al momento del parto.

Ávila cita también a Siwatch, manifiesta que la ruptura uterina es una complicación rara pero descrita en los casos de acretismo placentario, con una incidencia de 1 por cada 5000 casos de placenta acreta. (19, 21)

Según las Normas de Atención de Salud Materna y Perinatal, del Ministerio de Salud, los Establecimientos de Salud deberán asegurar la atención obstétrica según lo establecido en las normas legales, es decir un mínimo de 6 controles prenatales, de las cuales por lo menos la primera o segunda atención deberá ser realizada por el profesional médico. (22)

Según el Programa de Servicios de Salud de Essalud, en pacientes de complejidad Creciente la atención de gestantes de alto riesgo, deberán recibir control prenatal en el II nivel de atención de los Establecimientos de Salud (EESS) acreditados para atención a gestante hasta el día del parto. (23)

También hace mención de un sistema de visitas domiciliarias integrales en los EESS de primer nivel de atención priorizando a las familias de asegurados en condiciones vulnerables y de riesgo epidemiológico. La ejecución está a cargo de un equipo interdisciplinario (medico, enfermera, obstetra, odontólogo u otros) en el marco de sus competencias, según las necesidades sociales, locales, nivel de complejidad y capacidad resolutive del Establecimiento de Salud. (23)

Durante la primera consulta obstétrica se realizará una historia clínica integral que permita una valoración adecuada del riesgo obstétrico. (23)

Según la Guía de Prácticas Clínicas de Essalud, en relación a la atención de las hemorragias del segundo, tercer trimestre y postparto, define a la hemorragia, como la “pérdida sanguínea, con la consecuente pérdida de la volemia circulante efectiva”, y hemorragia obstétrica severa como la hemorragia de origen obstétrico como la “hemorragia de origen obstétrico con evidencia de algunos de los siguientes criterios:

1. Pérdida mayor a 1 Litro de sangre
2. Pérdida del 25% de la volemia.
3. Alteraciones en la hemodinamia de la paciente.
4. Pérdida sanguínea superior a 150mL por minuto.
5. Caída del hematocrito mayor a 10 puntos.

A sí mismo la hemorragia severa es definida como la “pérdida sanguínea de 1 Litro a más, o una pérdida sanguínea de menor cuantía asociados a signos de shock (NEIII)”. (24)

Shock, definido como la “inadecuada perfusión y oxigenación de los tejidos, que conduce al desbalance metabólico intracelular, entre la oferta y la demanda”. (24)

Según lo anterior, la paciente obstétrica, que se encuentre con frialdad de extremidades, taquicárdica, estará en shock, salvo que se demuestre lo contrario.

El riesgo de acretismo placentario, en gestantes con placenta previa es:

- 1% a 5% cuando no tienen cirugía obstétrica previa
- 11 - 25% cuando tiene una cesárea previa
- 35 - 47% cuando tienen 2 cesáreas previas
- 40% cuando tienen 3 cesáreas previas.
- 50 a 67% cuando tienen 4 o más cesáreas.

A sí mismo, en ausencia de placenta previa, la incidencia de acretismo placentario aumenta con el número de cesáreas previas. (24)

Tabla N° 2

Grados de Hemorragia

	I	II	III	IV
%Volumen	< 15%	15 - 30	>30-40%	>40%
Pulso (minutos)	< 100	>100	>120	>140
Presión Arterial	Normal	N o ↑	↓↓	↓↓↓
Frecuencia Respiratoria	Normal	Taquipnea	Taquipnea	Insuficiencia Respiratoria
Diuresis(mL/hora)	>30	20-30	5-15	<5
Color de Piel	Normal	Pálida y fría	Pálida, fría y sudorosa	Cianótica
Estado de Conciencia	Alerta	Ansioso	Somnolienta	Inconciente

Fuente: Manejo de la Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo y Postparto- GPC ESSalud

La directiva N° 2 GCPS-ESSALUD-2017, que trata sobre la Atención Integral de la Salud Materna por Etapas²⁵ menciona que: Toda Mujer en edad fértil en la que se identifiquen condiciones de alto riesgo reproductivo, será referida para su valoración al Gineco-Obstetra, quien evalúa y recomienda / prescribe el método anticonceptivo para la usuaria. (25)

En cuanto a la consulta inicial, en esta se debe hacer hincapié en la anamnesis y examen físico para el tamizaje de cada uno de los tipos de riesgo reproductivo, de identificarse una condición clínica debe referirla de manera inmediata a la consulta de la especialidad. Las gestantes de alto riesgo que requieran atención de mayor complejidad serán referidas a la IPRESS con la capacidad resolutive requerida, siendo responsable de asegurar el cumplimiento del esquema básico de la atención prenatal. Menciona también que las visitas domiciliarias a las gestantes se programan teniendo en cuenta que sean:

Gestantes que no acuden a su cita prevista, con fecha probable de parto para el mes, con factor de riesgo obstétrico. (25)

7. CAPÍTULO IV

7.1 DISCUSIÓN DE CASO CLÍNICO

Gestante de 37 años, con instrucción primaria completa, nivel socioeconómico bajo, con controles pre-natales incompletos, lo que nos lleva a deducir que estas fueron las posibles razones por las que la paciente era una persona con pobre adherencia a las recomendaciones sanitarias.

Antecedentes obstétricos, bastante marcados (inicio temprano de actividad sexual, cirugías obstétricas múltiples, por lo tanto, paciente con alto riesgo obstétrico para placenta previa y acretismo placentario, que la lleva a una condición en la que no debió llegar, entonces se evidencia pues en el presente caso clínico, incompleta valoración prenatal, en relación a su salud obstétrica, así como la falta de seguimiento, a través de visitas domiciliarias, por parte del personal de salud. Podemos deducir que se debió a una falla del sistema de seguimiento con el que se cuenta en la atención en salud, por múltiples factores como: falta de profesional de salud que se encargue de esas funciones, desinterés o falta de empatía con los pacientes.

Consideramos que no se está cumpliendo con lo establecido en las Guías de práctica clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive, establecida en el 2007, en relación a la atención del binomio madre-niño.

En relación al carnet perinatal y a la historia clínica existe un registro incompleto de los datos tales como datos personales: domicilio, DNI, nombre del padre; no se registran datos de sus gestaciones anteriores, dónde y en qué condiciones se realizaron los legrados uterinos, en el área de exámenes de laboratorio no está registrado el grupo y factor, serología, hematocrito, examen de orina; no está registrado las inmunizaciones, no está registrado el Índice de Masa Corporal (IMC); fecha probable de parto, no registra en las tablas el incremento de peso materno ni la altura uterina, estos escasos datos nos llevan a una valoración inadecuada de los factores de riesgo, que hubieran ameritado su oportuna referencia. Nos lleva a pensar que pudo ser a causa de la sobrecarga de pacientes por cada turno de consulta.

Según la cartera de servicio de Essalud una paciente de alto riesgo debe ser atendida en un EESS acreditado para su atención hasta el parto, sin embargo la paciente fue referida recién a las 35 semanas de gestación por ECO del II trimestre. (23) Si bien es cierto acudió de forma irregular a sus controles prenatales, desde la primera atención prenatal debió ser referida con anterioridad por todos los factores de riesgo que presentaba. Por eso mismo, se debió realizar las visitas domiciliarias requeridas para concientizar a la paciente sobre su riesgo y que debía acudir al EESS para su atención y referencia.

La ausencia de datos en el carnet perinatal e historia clínica, es una limitación que genera inconvenientes para el profesional de salud, por ejemplo la omisión del registro de la fecha de última regla, fecha probable de parto y Ecografía obstétrica, generaron un cálculo inexacto de la edad gestacional. El no registrar como y donde fue la atención de sus anteriores embarazos, no permite determinar con mayor precisión el grado de riesgo de la paciente ante diferentes complicaciones.

A la semana 33 acude por primera vez; con referencia a un Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutoria, con los siguientes Diagnósticos: Gestante de 33 semanas (por ecografía), Hemorragia de la segunda mitad del embarazo a descartar una placenta previa sangrante y amenaza de parto pre-término, donde se hizo la maduración pulmonar fetal correspondiente, siendo estabilizada y dada de alta 4 días después.

Luego de dos semanas reingresa por presentar sangrado vaginal de regular cantidad asociada a coágulos, ingresando al servicio de emergencia, donde le diagnostican placenta previa total a descartar acretismo placentario, recomendándole hospitalización para realizar estudios y control obstétrico estricto.

Noguera y col. al igual que Saldivar menciona como condiciones de riesgo para acretismo placentario, las cirugías uterinas previas, siendo así el personal de Salud, debería descartarle acretismo placentario en forma oportuna, haciendo uso de los métodos diagnósticos disponibles. (5,8)

La paciente se mantuvo hospitalizada durante cuatro días con el fin de que se le realice una resonancia magnética para confirmar el diagnóstico de acretismo placentario y determinar la profundidad y posible compromiso de otros órganos, pues como menciona Wilches y Col, el ultrasonido y la resonancia magnética son de gran ayuda para el diagnóstico prenatal de acretismo placentario, además de ello Perea y col. refieren que la búsqueda de posibles marcadores ecográficos nos ayudan a realizar un diagnóstico oportuno. (1,16)

Luego de cuatro días la paciente es programada para sala de operaciones en la que se le realiza una cesárea más histerectomía total con preservación de ambos ovarios más liberación de adherencias, debido a que se halló un incretismo placentario más síndrome adherencial severo.

Ramírez y col. refieren que la atonía uterina y el acretismo placentario son las principales indicaciones de histerectomía. Así mismo Béjar menciona que el acretismo placentario es la tercera condición de histerectomía. (7, 10)

Por otro lado, diversos estudios (12, 13, 17, 18), plantean un manejo conservador mediante la embolización y el uso de metrotexato con el fin de preservar el útero y la fertilidad, pero que requieren mayor evidencia científica con rigor metodológico.

En el presente caso la paciente presentó una hemorragia de 1,500 cc de sangre, y según la Guía de Práctica Clínica de Essalud, correspondería a una hemorragia obstétrica grave por esta razón recibió transfusión de 6 paquetes globulares y 1 de plasma. (24)

Algunos autores (Fitzpatrick K. et al y Jame C. et al.), refieren que, con el fin de prevenir una hemorragia masiva obstétrica, se debe evitar la extracción manual de la placenta ya que de esta forma se disminuye el riesgo de que se presente esta hasta la realización de la histerectomía. (14, 9)

8. CAPÍTULO V

8.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1.1. CONCLUSIONES

1. En el presente caso (gran multípara, que cursó con acretismo placentario, durante la segunda mitad del embarazo) el signo cardinal fue la hemorragia vaginal, que presento factores de riesgo tales como: edad materna avanzada, bajo nivel de instrucción, nivel socioeconómico bajo, multiparidad, múltiples cirugías uterinas previas, inicio precoz de relaciones sexuales.
2. Se observó la ausencia de una adecuada atención prenatal a pesar de todos los factores de riesgo presentes, con referencia tardía (33 semanas de gestación), al centro de mayor complejidad, lo que incrementó el riesgo de complicaciones.
3. Hubo falta de seguimiento de la paciente obstétrica de alto riesgo, al no realizarle visitas domiciliarias, que estaban establecidas, según las normas de Essalud.
4. Se observó un adecuado manejo obstétrico en el establecimiento de III nivel, que cumplió según la guía de atención de paciente con hemorragia obstétrica.
5. El tratamiento definitivo fue la cesárea más histerectomía, en concordancia con la literatura internacional y nacional.
6. El desenlace final fue un recién nacido y una puérpera en buen estado de salud.

8.1.2- RECOMENDACIONES

1. Educación de la población obstétrica, mediante la concientización y el empoderamiento de la mujer en planificación familiar, divulgando los métodos existentes, considerando la realidad social y económica de las pacientes, evitando la multiparidad no deseada.
2. Mejora en la cartera de servicios, en lo que respecta a la atención prenatal en los establecimientos de salud de I y II nivel de atención, con el objetivo de mejorar las prestaciones de salud, detectando paciente de alto riesgo obstétrico en forma oportuna y derivándola al nivel correspondiente para disminuir sus complicaciones.
3. Promover atención prenatal oportuna y adecuada en la captación y seguimiento especialmente en pacientes con alto riesgo obstétrico.
4. Difusión, capacitación y cumplimiento de las normas de atención en materia de salud reproductiva: embarazo, parto, puerperio y emergencia obstétrica, con el fin de disminuir la morbilidad materno perinatal.
5. Realización de cesáreas cuando exista indicación clara y precisa, ya que las cesáreas innecesarias, incrementan los riesgos de infecciones, hemorragias y sobre todo implantación anormal de la placenta, en los embarazos futuros, es decir, de acretismo placentario en muchos de estos casos, por lo tanto se debe optimizar o implementar el sistema de vigilancia de las cesáreas innecesarias.
6. Fomentar la realización rutinaria de ecografía en caso de sospecha de acretismo placentario, en la búsqueda de posibles marcadores ecográficos diagnósticos de acretismo placentario, para lo cual se debe implementar con ecógrafos de alta resolución, y capacitar al profesional que haga uso de ellos, en el área de diagnóstico por imágenes.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wilches A., Palazuelos G., Trujillo S., Romero J., 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, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Octubre- Diciembre 2014; 65(4): 346-353.
2. Dueñas O., Rico H., Rodríguez M., Actualidad en el diagnóstico y manejo del Acretismo Placentario, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2007; 72(4): 266-271.
3. Bernischke K, Kaufmann P. Placental shape aberrations. In: Benirschke K, Kaufmann P (eds). Pathology of the human placenta. 4th ed. New York; 2000:399-418
4. Pérez I., Aguilar M. y Hurtado M., Placenta Acreta: diagnostico intraparto, Actualización Obstetricia y Ginecología, 2011.
5. Noguera M., Karchmer S., Rabadán C., Sánchez P., Caso clínico: Acretismo placentario, un problema en aumento – El diagnóstico oportuno como éxito del tratamiento, Ginecología y Obstetricia México, 2013; (81): 99-104.
6. Miller O, Chollet J, Googwin M., Clinical risk factor for placenta previa-placenta acreta., Obstetrics and Gynecology, 1997;177:210-214.
7. Ramírez J., Cabrera S., Campos G., Pelaez M. y Poma C. Histerectomía Obstetrica en el Hospital San Bartolome, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 2017; 63 (1): 31-33.
8. Saldivar J., Cirugía uterina previa como factor de riesgo para Acretismo placentario - Hospital Regional Docente de Trujillo y Hospital Belén de Trujillo, 2005-2015, Requisito previo para optar por el título de Médico, Trujillo – Perú, 2015.
9. James C., Aguilar A. y Garaycochea O., Caso Clínico: Placenta acreta en paciente sin antecedentes quirúrgicos uterinos atendida en el Hospital Dos de mayo, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2016; 157 – 161.
10. Bejar J., Histerectomía de emergencia durante la gestación: incidencia y factores asociados (Tesis para optar al título profesional de especialista en Ginecología y

Obstetricia), Instituto Materno Perinatal: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2001.

11. Burgos N., Gredilla E., Guasch E. y Gilsanz F. Caso Clínico: Inserción de balones intraarteriales ilíacos previa a la realización de cesárea ante la sospecha de Acretismo placentario, *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 2014; 61(2): 105 – 108.

12. Subirá J., Casanova C., Padilla P., Varo B., Perales A. y Perales M., Caso Clínico: Éxito en el manejo conservador del acretismo placentario mediante embolización y metotrexato, *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2012; 55(2):80—84

13. Tórrez F., Briones J. Percretismo placentario con invasión de vejiga y recto, *Cirugía y Cirujanos*, 2016; 178: 1-4.

14. Fitzpatrick K., Sellers S., Spark P. et al. El manejo y los resultados de la placenta accreta, increta y percreta en el Reino Unido, *BJOG*. 2014 enero; 121(1): 62-71

15. Meng X., Xie L., Song W. Comparing the diagnostic value of ultrasound and magnetic resonance imaging for placenta accreta: a systematic review and meta-analysis. *Ultrasound in medicine & biology*. 2013; 39:1958-1965.

16. Perea I., Hernández A., Estopiñá N., Trusso N., Serrano L. y Colomer A., Caso Clínico: Rotura uterina por percretismo placentario a las 17 semanas de gestación, *Servicio de Obstetricia y Ginecología*, 2015

17. Maroto A., Costa J., Morillas B., Grimau M., Cos R., Corona M. y Canet Y. Caso clínico: Tratamiento conservador del acretismo placentario, *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 2012; 55(8):393—398

18. Malvino E., Eisele G., Martínez M., Firpo J. y Lowenstein R., Resultados en relación con la prevención y el tratamiento actual de las hemorragias obstétricas graves secundarias a atonías uterinas y acretismos placentarios, *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia*, 2009;36(2):49–54

19. Ávila S., Alfaro T. y Olmedo J., Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario, *Revista Clínica de la Escuela de Medicina Universidad de Costa Rica – Hospital San Juan de Dios* 2016; 6 (3): 17-20.

20. Eshkoli T., Weintraub A., Sergienko R., et al. Placenta accreta: risk factors, perinatal outcomes, and consequences for subsequent births. *Am. J. Obstet Gynecol.* 2013; 2018:219.
21. Siwatch S., Chopra S., Suri V., Gupta N. Placenta precreta: rare presentation of haemorrhage in the second trimestre. *BMJ Case Reports.* 2013. Doi:10.1136/bcr-2012-007782.
22. MINSA - DGSP, Norma Técnica de Salud Para la Atención Integral de Salud Materna Perú. V.01- 2016
23. ESSALUD, Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD) – Lima –Perú, Directiva N° 05 – GG-ESSALUD-2014.
24. Riesco G., Ramírez F., Córdova M., Calderón G., Ávila C., Clave Roja: Manejo de la Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo y Postparto – Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencias - ESSALUD. Lima-Perú Pág. 9-20
25. Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2018, Capítulo 8 – Salud Materna.
26. Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto. Gerencia de Gestión de la Información – Sub Gerencia de Estadística. Principales Indicadores de Salud y Series Estadísticas. Periodo 200-2018, Pág. 31
27. Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo. Gerencia de Gestión de la Información – Sub Gerencia de Estadística. ESSALUD: Análisis Ejecutivo a nivel Nacional 2015. Lima – Mayo 2016 Pág. 58
28. Tang L., y Albinagorta R. Histerectomía puerperal. Experiencia en una institución privada. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.* 2013; 59: 199-202
29. Zuzunaga E., Acretismo placentario como factor de riesgo asociado a hemorragia severa postparto en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2006-2015, Requisito previo para optar por el título de Médico Cirujano, Trujillo – Perú, 2016.

ANEXOS

GLOSARIO DE TERMINOS:

AGA: gases arteriales, es una medición de la cantidad de oxígeno y de dióxido de carbono presente en la sangre.

APGAR: Test para evaluación de la Salud del Recién Nacido que valora: Apariencia (color de la piel), Pulso (frecuencia cardíaca), Gesticulación (respuesta a estímulos), Actividad (tono muscular) y Respiración.

APN – CPN: atención o control prenatal.

ARO: alto riesgo obstétrico.

AU: altura uterina.

B-HCG: Una prueba de gonadotropina coriónica humana (HCG) mide el nivel específico de la HCG en la sangre. Producida durante el embarazo.

CINa: cloruro de sodio.

CFV: control de funciones vitales.

Col. colaboradores.

DC: dieta completa.

DU: dinámica uterina, evalúa la presencia o ausencia de contracciones uterinas.

EG – Edad Gest.: Edad Gestacional.

ENDES: Encuesta Demográfica de Salud Familiar, es una de las investigaciones estadísticas más importantes que ejecuta de manera continua el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

EESS: Establecimientos de Salud.

EV: vía endovenosa.

FPP: Fecha probable de parto.

FUR: Fecha de última regla.

GCPS: Gerencia Central de Prestaciones del Salud – ESSALUD.

In situ: expresión Latina que significa “en el sitio” o “en el lugar”.

IM: vía intramuscular.

IPRESS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

LAV: líquido a voluntad.

LCF: Latidos cardiacos fetales.

MF: movimientos fetales.

mmHg.: milímetros de Mercurio.

NA: no audibles.

NPO: nada por vía oral.

NST: prueba sin estrés que mide la frecuencia cardíaca fetal en respuesta a los movimientos del feto, y se realiza en el último trimestre de embarazo.

OCI: orificio cervical interno.

OR: Odds Ratio, es una medida epidemiológica utilizada en los estudios de casos y controles.

PaFi: Es uno de los índices de oxigenación más empleados y hace referencia a la relación entre la presión arterial de oxígeno y la fracción inspirada de oxígeno (PaO_2/FIO_2).

PC: perímetro cefálico evaluado al nacimiento del bebe.

PO: post- operada.

PT: perímetro torácico, evaluado al nacimiento del bebe.

RN: recién nacido.

RPM: Ruptura prematura de membranas, normalmente se rompen las membranas durante el parto, pero si ocurre antes de las 37 semanas de embarazo se llama ruptura prematura de membranas.

SM: sin movimientos.

SE: sin edemas.

SOP: sala de operaciones.

SPP: Situación (relación entre el eje longitudinal del feto respecto al de la madre), Posición (relación de la porción presentada con respecto del lado derecho o izquierdo del conducto del parto) y presentación (porción del cuerpo fetal que está más avanzada dentro del conducto del parto).

ss.: Semanas.

STAT: dosis única de un medicamento.

TV: Tacto vaginal, examen para evaluación del estado del cérvix y del tipo de la pelvis materna.

UCI: unidad de cuidados intensivos.

VO: vía oral.

trabajo_16092019_turniting.docx

por

Fecha de entrega: 20-sep-2019 01:31p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1176709213

Nombre del archivo: trabajo_16092019_turniting.docx (44.9K)

Total de palabras: 8117

Total de caracteres: 45256

INFORME DE ORIGINALIDAD

3%	0%	0%	3%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Jose Carlos Mariategui	3%
	Trabajo del estudiante	

Excluir citas	Activo	Excluir coincidencias	< 2%
Excluir bibliografía	Activo		