



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

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

Trabajo Académico

Cesárea anterior y placenta previa como factor de riesgo de acretismo
placentario en una gestante atendida en el Hospital Nacional Sergio E.

Bernales, 2019

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

Presentado por:


Autora: Marín Cabello, Meliza Lizeth

Asesor: Mg. Ayala Peralta, Félix Dasio

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2830-3789>

Lima – Perú

2022

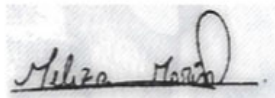
 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, MELIZA LIZETH MARIN CABELLO egresado de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD y Escuela Académica Profesional de OBSTETRICIA/ Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “CESAREA ANTERIOR Y PLACENTA PREVIA COMO FACTOR DE RIESGO DE ACRETISMO PLACENTARIO EN UNA GESTANTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2019” “

Asesorado por el docente: Mg. Félix Dasio Ayala Peralta, DNI 08476310, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2830-3789>, tiene un índice de similitud de tiene un índice de similitud de 19 (diecinueve %) con código 1444619501 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 MELIZA LIZETH MARIN CABELLO
 DNI: ...40494485.



.....
 Firma
 Nombres y apellidos del Asesor
 DNI: 08476310

Lima, 26 de enero de 2023

DEDICATORIA

Dedico este caso clínico a mi madre y a mi hija Valentina, quienes son mi motor y motivo, en este camino de lucha.

Agradezco a los profesores que generosamente compartieron sus experiencias y sabiduría durante mi educación en la especialidad de Riesgo Obstétrico.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a la Universidad Norbert Wiener por brindarme la oportunidad de seguir creciendo profesionalmente y a mi Asesor por su apoyo.

ASESOR

Magíster Félix Dasio Ayala Peralta

JURADO

PRESIDENTE

Dra. María Evelina Caldas Herrera

SECRETARIO

Dra. Ana María Sanz Ramírez

VOCAL

Dr. Paúl Rubén Alfaro Fernández

ÍNDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO	12
CAPÍTULO II. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN	33
CAPÍTULO III. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	34
3.1 Antecedentes nacionales.....	34
3.2 Antecedentes internacionales.....	37
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO	41
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
5.1 Conclusiones.....	43
5.2 Recomendaciones	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	49

RESUMEN

Objetivo: Describir el manejo de un caso clínico sobre cesárea anterior y placenta previa como factor de riesgo de acretismo placentario en una gestante atendida en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Metodología: observacional, descriptivo de revisión de la Historia clínica de un caso del Hospital Nacional Sergio Bernales ocurrido en el 2019.

Resultado : Se expone el caso clínico de una mujer de 37 años, multigesta cesareada anterior por tres veces que acude a emergencia por referir más de dos horas sangrado vaginal en regular cantidad asociado a contracciones uterinas, obteniendo el diagnóstico de multigesta de 34 semanas por ecografía de primer trimestre, hemorragia en la segunda mitad del embarazo, placenta previa total, feto pelviano, alto riesgo obstétrico cesareada anterior por 3 veces, y descarte de acretismo placentario; por lo que se le indica hospitalización, reposo absoluto, maduración pulmonar, monitoreo fetal. Tras varios días de hospitalización y proceder a transfundir por anemia moderada, se prepara el ingreso a sala de operaciones de emergencia, ingresando con el diagnóstico multigesta de 35 6/7 semana por ecografía de I trimestre, acretismo placentario, PPT, feto podálico, anemia moderada y alto riesgo obstétrico: cesareada anterior tres veces, procediendo a realizar cesárea + histerectomía.

Conclusión: Los factores de riesgo de acretismo placentario fueron cesareada anterior, placenta previa, culminación en parto pretérmino por cesárea e histerectomía.

Palabras clave: cesárea anterior, placenta previa, acretismo placentario, factor de riesgo.

ABSTRACT

Objective: To describe the management of a clinical case of anterior cesarean section and placenta previa as a risk factor for placental accreta in a pregnant woman treated at the Sergio E. Bernales National Hospital.

Methodology: observational, descriptive review of the clinical history of a case of the Sergio Bernales National Hospital that occurred in 2019.

Result: The clinical case is presented of a 37-year-old woman, with a history of three previous cesarean deliveries, who came to the emergency department due to vaginal bleeding of moderate amount lasting more than two hours, accompanied by uterine contractions. The first-trimester ultrasound revealed a 34-week multigravida pregnancy, hemorrhage in the second half of pregnancy, complete placenta previa, breech presentation of the fetus, and high obstetric risk due to three previous cesarean deliveries, with a suspected placenta accreta. The patient was hospitalized and advised to undergo absolute bed rest, fetal lung maturation, and fetal monitoring. After several days of hospitalization and transfusion for moderate anemia, the patient was prepared for emergency operation, with the diagnosis of a 35 6/7-week multigravida pregnancy confirmed by first-trimester ultrasound, placenta accreta, complete placenta previa, breech presentation of the fetus, moderate anemia, and high obstetric risk due to three previous cesarean deliveries. A cesarean section with hysterectomy was performed.

Conclusion: The risk factors for placenta accreta were previous cesarean delivery, placenta previa, preterm delivery through cesarean section, and hysterectomy.

Key words: anterior cesarean section, placenta previa, placental accreta, risk factor.

INTRODUCCIÓN

El acretismo placentario consiste en una adherencia anormal de la placenta a la pared uterina por la cual el alumbramiento puede conducir a una hemorragia masiva (1). Este es un fenómeno infrecuente que se presenta en la gestación y está caracterizado por la inserción anormal de parte o del total de la placenta; pudiendo tener ausencia parcial o total de la decidua basal, y generalmente se presenta por un defecto de la interfase endometrio-miometrial, secundario a un procedimiento quirúrgico, conllevando a un error de decidualización en el área cicatricial y permitiendo la profundización del trofoblasto (2).

Este problema ocasiona la segunda causa de complicaciones y morbilidad relacionadas con hemorragia obstétrica.; y su frecuencia es de 3 casos por cada 1000, en parte debido al incremento de las cesáreas.. Su morbilidad está asociada por el elevado riesgo de hemorragia masiva, necesidad de transfusiones, infección intraabdominal y lesión de órganos adyacentes (3), y las morbilidades que se pueden presentar pueden ser síndrome de dificultad respiratoria del adulto, insuficiencia renal aguda, síndrome de Sheehan, incrementando la mortalidad materna en el 7% (4).

El acretismo placentario se divide en diferentes categorías según la profundidad de la invasión del trofoblasto. Cuando las vellosidades se adhieren al miometrio se denomina placenta acreta, cuando penetran en el miometrio se conoce como placenta increta, y cuando invaden hasta la serosa o más allá se denomina como placenta percreta. Estas variaciones pueden manifestarse como acretismo total si todos los cotiledones presentan la anomalía de adherencia, o como acretismo focal si solo algunos o uno de ellos la presenta. La incidencia puede ser la siguiente: 75%

placenta acreta, 18% placenta increta y 7% placenta percreta; y generalmente estas patologías están asociadas a incremento de cesáreas. (5, 6, 7)

Según investigaciones realizadas en el *National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal-Fetal Medicine Units (MFMU)* mencionan que existe un 5% de riesgo para desarrollar placenta acreta principalmente en gestantes con placenta previa sin antecedente de cesárea anterior, y este riesgo aumenta hasta un 20% en aquellas pacientes con una cicatriz de cesárea anterior y placenta previa en el embarazo actual, y un 40% o más en aquella paciente con 2 o más partos resueltos por vía alta acompañado con placenta previa en el embarazo en curso, principalmente en 67% para cesareadas por tercera vez. (8, 9)

Se considera como factor de riesgo la placenta previa asentada sobre una cicatriz uterina (es decir por una cesárea previa), aumentando conforme aumenta el número de cesáreas; otro factor de riesgo se tiene a la placenta previa se ha comprobado que esta patología es causa de placenta acreta; existen otros factores de riesgo como son la edad mayor a 35 años, la multiparidad, los defectos endometriales, los miomas submucosos, el tabaco. (10, 11)

En pacientes con los factores de riesgo mencionados y placenta localizada anterior o previa, es crucial realizar un diagnóstico prenatal para descartar o confirmar la presencia de acretismo placentario. Esto es fundamental para implementar un manejo programado y multidisciplinario con el objetivo de reducir la morbilidad asociada, como la necesidad de transfusiones masivas, infecciones, lesiones urológicas y formación de fístulas, así como la mortalidad materna y neonatal. Por lo tanto, los métodos para lograr un diagnóstico temprano de acretismo placentario son determinantes en el manejo adecuado de esta patología. (12)

Diversas son las formas de diagnosticar el acretismo placentario y una de ellas es la forma clínica, tratando de conocer los factores de riesgo; asimismo la ecografía, el Doppler color y la resonancia magnética, son otras maneras de conocer la presencia de acretismo (13), ante esto, el papel del equipo multidisciplinario desde que ingresa la gestante por sus propios medios o por personal de ambulancia, es importante. La paciente debe ser evaluada por el personal de salud de triaje, quienes activarán un protocolo para iniciar el tratamiento basado en las pautas clínicas. Dependiendo de la evaluación, se trasladará a la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos o al centro quirúrgico para recibir el manejo complementario correspondiente. Durante todo el proceso se mantiene una retroalimentación permanente del sistema, mediante, evaluación crítica de resultados y revisión periódica de la evidencia cinética. (14)

En el Perú, solo se cuenta con reportes aislados de la incidencia de placenta acreta, en una investigación hecha en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé para el año 2015 se encontró que las principales indicaciones para una histerectomía obstétrica fueron la atonía uterina y el acretismo placentario (27 casos), con 39.1%. (15)

En el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, la tasa de cesárea llegó durante los últimos años al 35% (16); sin embargo, en la actualidad no se tienen datos precisos de la incidencia de acretismo placentario; pese a ello, se han observado casos de acretismo, principalmente en gestantes con cesárea anterior, tal como es la realidad del presente caso clínico donde se busca analizar los principales factores de riesgo para esta patología.

CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

DATOS DEL PACIENTE

- Nombre: L.M.S.P.
- Edad: 37 años.
- Sexo: Femenino
- Consultorio Médico: gineco-obstetricia
- Fecha de Ingreso: 02/08/2019
- Hora de Ingreso: 03:26 am.

ANTECEDENTE

- G4 P3003: Gesta 1 - 2003 x Sufrimiento fetal agudo (Cesárea).
Gesta 2 - 2011 x Podálico (Cesárea).
Gesta 3 - 2015 x Trabajo de parto disfuncional (Cesárea).
Gesta 4 – Actual.
- Recién Nacido: <Peso 3200
>Peso 3500
- Fecha de última menstruación: No recuerda
- Fecha probable de parto:11/08/19
- Reacción adversa medicamentosa:(-)
- Control prenatal: - 04: -01 Centro de Salud Carlos Procett (10 semanas)
- 03 controles en Hospital Sergio Bernales (Primera - 14 semanas)
- Antecedente Patológico: Ninguna.
- Antecedente Familiares: Diabetes.
- Menarquia :17 años.

- Régimen Catamenial: 5-7 días.
- Fecha Ultimo Papanicolaou :2018 Resultado: (-)
- Método anticonceptivo: Ninguno.

MOTIVO DE CONSULTA:

- Sangrado Vaginal
- Paciente refiere sangrado vaginal en regular cantidad hace aproximadamente 2 horas, asociado a contracciones uterinas de leve intensidad. Niega perdida de líquido. Percibe movimiento fetal.

EXAMEN FISICO

- Funciones vitales: Temperatura: 36.8°. Presión Arterial: 100 / 60 mmHg. Frecuencia Respiratoria: 20 respiraciones por minuto. Frecuencia Cardiaca: 86 latidos por minuto. SpO2: 98%
- Piel: Tibia, elástica, hidratadas. Llenado capilar < 2 segundos.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Auscultación cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos, no soplo.
- Abdomen: Útero grávido. Altura uterina: 29 cm., situación, presentación, posición: longitudinal podálica derecha, latidos cardiacos fetales:133 X", dinámica uterina: ausente, movimientos fetales: ++
- Tacto Vaginal: Diferido, se evidencia sangrado vaginal escaso.

DIAGNÓSTICO

1. G4 34 semanas 4/7 x ecografía de I trimestre.
2. Hemorragia II mitad del embarazo.
3. Placenta previa total.
4. Feto en pelviano.

5. Alto riesgo obstétrico: Cesárea anterior 03 veces.

Control prenatal insuficientes

6. D/C Acretismo Placentario.

TRATAMIENTO

- Plan: Reposo Absoluto/ Hidratación/ maduración pulmonar/ monitoreo fetalx20/ I/ C Neonatología, I/ C Cardiología (Riesgo quirúrgico).
- RP:1. Nada por vía oral
 2. Cloruro de sodio al 9‰ 1000 cc a 60 gotas por minuto.
 3. Betametasona 12 mgc/ 24hx 02dosis
 4. Control obstétrico (Control de la dinámica uterina + latidos cardíacos fetales)
 5. S/S: interconsulta con Cardiología (electrocardiograma + riesgo quirúrgico), interconsulta con Neonatología
 6. S/S exámenes auxiliares.

REEVALUACIÓN GN

02/08/2019 (07:00 am)

- Funciones vitales: Presión Arterial: 100/60 mmHg. Frecuencia Cardíaca: 82 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria: 17 respiraciones por minuto. Temperatura: 36.8.
- Paciente refiere que sangrado vaginal ha disminuido, percibe movimiento fetal. Niega perdida de líquido amniótico.

Examen físico:

- Abdomen: Blando depresible. Útero grávido. Altura uterina: 29cm, situación, presentación, posición: longitudinal podálica derecha, latidos cardiacos fetales: 135 - 145 x', dinámica uterina: ausente.
- Tacto vaginal: diferido.

Ex. Auxiliares:

- Hemograma: Hemoglobina: 8.2g/dl, Leucocitos: 9600/m³, Abastones: 06, plaquetas: 250000/mm³, Grupo y Factor: O (+) examen orina C: leucocitos: 0-2 x campo.
- Diagnóstico:
 1. G4 34 semanas 4/7 x ecografía de I trimestre.
 2. Hemorragia II mitad del embarazo.
 3. Placenta previa total.
 4. Feto en pelviano.
 5. Alto riesgo obstétrico: Cesárea anterior tres veces/ Control prenatal: Insuficiente.
 6. D/C Acretismo Placentario.
- Plan: Se hospitaliza en Alto riesgo obstétrico.
Pendiente G/U/C
- Rp:
 1. Dieta blanda + Líquido a voluntad.
 2. Cloruro de Sodio al 9‰ 1000 cc a 45 gotas por minuto.
 3. Betametasona 12mg, intramuscular C/24h x 2 dosis.
 4. Control obstétrico (Control de la dinámica uterina + latidos cardíacos fetales).
 5. S/S Pruebas Cruzadas.
 6. Control de funciones vitales.
 7. Depósito 2 Paquetes Globulares.
 8. S/S: Ecografía Doppler; test no estresante; interconsulta con Cardiología (electrocardiograma + riesgo quirúrgico).

GUARDIA DIA

02/08/09(09:40 am)

- Paciente refiere sangrado vaginal escaso, no contracciones uterinas, no perdida de líquido, percibe movimiento fetal.

Al Examen:

- Abdomen: Blando depresible. Útero grávido. Altura uterina: 29 cm, situación: longitudinal, presentación: podálica, posición: derecha, latidos cardiacos fetales: 140 - 142 x', dinámica uterina: ausente, movimientos fetales: ++
- Tacto Vaginal: diferido.

Impresión Diagnostica:

1. G4 34 semanas 4/7 x ecografía de I trimestre.
2. Hemorragia II mitad del embarazo.
3. Placenta previa total (044.0).
4. Feto en pelviano (032.8).
5. Alto riesgo obstétrico: Cesárea anterior 3 veces/ Control prenatal Insuficiente.
6. D/C acretismo placentario (034.2).
7. Anemia Moderada (0.99.0).

- **Plan:** Se hospitaliza en Alto riesgo obstétrico
- **Rp:**
 1. Dieta blanda más líquidos a voluntad
 2. Cloruro de Sodio al 9% 1000 cc a 45 gotas.
 3. Betametasona 12 mg, intramuscular c/24 horas x 2 dosis
 4. Control obstétrico (Control de la dinámica uterina + latidos cardiacos fetales).
 5. Monitoreo electrónico fetal.
 6. Control de sangrado vaginal.

Deposito 2 Paquetes Globulares.

S/S: Eco Doppler; test no estresante; I/C Cardio (electrocardiograma + riesgo quirúrgico); I/C Neonatología.

7. Tacto vaginal restringido.

SE TRANSFUNDE: 1 Paquete Globular → 5:50 pm

1 Paquete Globular → 9:12 pm

Día 1: ARO

03/08/19 (6:20 AM)

- Funciones Vitales: Presión Arterial: 90/60 mmHg. Frecuencia Cardíaca: 80 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria: 15 respiraciones por minuto. T°:37. Saturación de Oxígeno: 97%.
- HMGV (02/08/19): HB: 8.2 g/dl, Hematocrito: 25%, plaquetas: 251,000, leucocitos:9.6; Glucosa:104, Urea: 12, Creatinina:0,68.

EXAMEN DE ORINA: nitrito (-), leucocitos: 1-2 XC

- Eco. Obstétrico: PPT, PF: 2362, feto pelviano

Hematocrito: POST TRANSFUSION DE 2 PG: 28%

- SYS: Persistencia de sangrado vaginal escaso, no contracciones uterinas
- Examen Físico: Abdomen: Altura uterina: 29 cm, Situación Longitudinal, Presentación Podálica, Posición Derecha, Latidos cardíacos fetales: 142-146, Dinámica Uterina: (-), Movimientos Fetales: ++
- EF: Abdomen:
TV: Diferido
- Impresión diagnóstica: Multigesta de 34 5/7 semanas por ecografía de primer trimestre.

Hemorragia de la segunda mitad del embarazo

PPT.

Feto podálico.

Anemia moderada.

Alto riesgo obstétrico: Cesareada anterior 3 veces.

Control prenatal insuficiente

D/C acretismo placentario

- PLAN: Reposo absoluto

Depósito de 4 unidades de sangre.

Culminar maduración pulmonar –ecografía 2 nivel IMAPE.

Consejería AQV - se solicita hablar con esposo.

ORDENES Día 1: ARO

03/08/19 (7:00 AM)

1. Dieta Blanda+ líquidos a voluntad
2. Cloruro de Sodio al 9‰, 1000cc a 30 gotas por minuto.
3. Hierro polimaltosado 2 ampollas bebibles C/ 12 horas.
4. Control obstétrico (Control de la dinámica uterina + latidos cardíacos fetales)
5. Monitoreo electrónico fetal + Control de funciones vitales
6. Control de sangrado vaginal
7. Reposo absoluto
8. S/S eco doppler/ Test no Estresante.
9. I/C cardiología: Riesgo quirúrgico + Electrocardiograma
10. Tacto vaginal restringido
11. I/C neonatología
12. Hoja de referencia actualizada

Día 2: ARO

(04/08/19)

- Funciones Vitales: Presión Arterial: 90/60 mmHg. Frecuencia Cardíaca: 80 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria: 15 respiraciones por minuto. Temperatura: 37C°. Saturación de Oxígeno: 98%
- Signos y síntomas: Disminución de sangrado vaginal.

- Examen Físico: Abdomen: Blando depresible. Útero grávido. Altura uterina: 28 cm, situación, presentación: podálica, posición: derecha, latidos cardíacos fetales: 142-146 x', dinámica uterina: (-), movimientos fetales: ++/++
- ID: Multigesta de 34 6/7 semanas x ecografía del I trimestre.
 - Hemorragia II mitad del embarazo
 - PPT
 - Feto podálico
 - Anemia moderada
 - Alto riesgo obstétrico: Cesareada anterior tres veces
 - Control prenatal: insuficiente
 - D/C acretismo placentario
- Plan: Reposo absoluto

ORDENES Dia 2: Alto riesgo obstétrico

04/08/19 (7AM)

1. Dieta Blanda + Líquidos a voluntad.
2. Cloruro de Sodio al 9‰ 1000cc a 30 gotas por minuto.
3. Hierro polimaltosado bebibles C/12 horas.
4. Control obstétrico (Control de la dinámica uterina + latidos cardíacos fetales).
5. Monitoreo electrónico fetal más control de funciones vitales.
6. Control de sangrado vaginal.
7. Reposo absoluto.
8. Control de dinámica uterina.
9. I/C neonatología.
11. Tacto vaginal restringido.
12. Hoja de referencia actualizada.
13. S/S eco Doppler.

Día 3: ARO**(05/08/19)**

- Funciones vitales: Presión Arterial:90/60 mmHg. Frecuencia Cardíaca:97 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria: 15 latidos por minuto, T°:37, Saturación de Oxígeno: 99%.
- Signos y síntomas: asintomática.
- Examen Físico: Abdomen: Blando depresible. Útero grávido. Altura uterina: 28 cm, situación: longitudinal, presentación: podálica, posición: derecha, latidos cardíacos fetales: 140-150 x`, dinámica uterina: (-), MF: ++/+++
- ID: Multigesta de 34 7/7 semanas por ecografía del primer trimestre.

Hemorragia II mitad del embarazo.

PPT.

Feto podálico.

Anemia moderada.

Alto riesgo obstétrico: Cesareada anterior 3 veces.

Control prenatal: insuficiente.

D/C acretismo placentario.

- Plan: Reposo absoluto.

ORDENES Día 3: Alto riesgo obstétrico**05/08/19 (6:10 AM)**

1. Dieta Blanda + Líquidos a voluntad.
2. Cloruro de Sodio al 9‰ 1000cc a 30 gotas por minuto.
3. Control de la dinámica uterina más latidos cardíacos fetales.
4. Monitoreo electrónico fetal más control de funciones vitales.
5. Control de sangrado vaginal.
6. Reposo absoluto.
7. Tacto vaginal restringido.
8. Hoja de referencia actualizada.

9. Efectivizar eco Doppler.
10. I/C neonatología.

ORDENES Día 4: Alto riesgo obstétrico

(8AM)

1. Dieta completa + líquidos a voluntad.
2. Vía salinizada.
3. Control obstétrico (dinámica uterina + latidos cardiacos fetales).
4. Monitoreo electrónico fetal + control de funciones vitales.
5. Tacto vaginal restringido.
6. Reevaluar con resultado de ecografía en Instituto Nacional Materno Perinatal.
7. Hemograma completo de emergencia x Hemoglobina: 8.2 gr/dL.

Día 4: ARO

06/08/19 (11:20 AM)

- Se recepciona ecografía fetal Doppler de Instituto Nacional Materno Perinatal
- Ecografía angio 3d: al color Doppler y al power Doppler se observa a nivel de la región útero-vesical la presencia de placenta previa con múltiples vasos longitudinales y transversales por lo que se sugiere conversar con la paciente sobre la posibilidad de encontrar acretismo placentario en el intraoperatorio
- DX: multigesta de 35 semanas.
D/C acretismo placentario.
Podálico.
PPT.
Alto Riesgo obstétrico: Cesareada anterior tres veces.
- Plan: Control obstétrico (dinámica uterina + latidos cardiacos fetales)
Ecocardiograma.

Programar cesárea electiva para el día 07/08, completar prequirúrgico.

Hemograma completo de control emergencia.

Día 5: ARO

(07/08/19)

- Funciones Vitales: Presión Arterial: 90/60mmHg. Frecuencia Cardíaca: 90 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria: 15 respiraciones por minuto. Temperatura: 37C°. Saturación de Oxígeno: 99%.
- Hemoglobina: 8.2 gr/dL.
- Signos y síntomas: Asintomática.
- Examen físico: abdomen: altura uterina: 29cm. Situación, presentación, posición: longitudinal podálica derecha. Latidos cardíacos fetales: 142-146 x', dinámica uterina: (-), movimientos fetales: ++/+++.
- ID: Multigesta de 35 1/7 semanas x ecografía del primer trimestre.

Hemorragia II mitad del embarazo.

PPT.

Feto podálico.

Anemia moderada.

Acretismo placentario.

Alto Riesgo Obstétrico: Cesareada anterior 3 veces.

Control prenatal: insuficiente.

- Plan: Interconsultas –urología

Transfusiones

ORDENES Día 5: ARO

07/08/19 (6:40 AM)

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad.
2. Cloruro de Sodio al 9‰ 1000cc-a 6 gotas por minuto.
3. Control obstétrico (Control de la dinámica uterina + latidos cardíacos fetales).
4. Monitoreo electrónico fetal + control de funciones vitales.
5. Tacto vaginal restringido.

6. Reposo absoluto.
7. I/C neonatología.
8. Optimizar HB + depósito de 3 paquetes globulares.
9. I/C urología.
10. Transfundir 1 paquete globular.
11. Dexametasona 4 mg.
12. Clorfenamina 10 mg.

Día 6: ARO

(08/08/19)

- Funciones Vitales: Presión Arterial: 100/60mmHg. Frecuencia Cardíaca: 80 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria: 15 respiraciones por minuto. Temperatura: 37C°. Saturación de Oxígeno: 97%.
- Signos y síntomas: Asintomática.
- Examen físico: Abdomen: blando depresible, útero grávido. Altura uterina: 31cm. Situación: longitudinal. Presentación: podálica. Posición: derecha. Latidos cardíacos fetales: 132-140 x', dinámica uterina: (-), movimientos fetales: ++/+++.
- ID: Multigesta de 35 2/7 semanas x ecografía del primer trimestre.
 - Hemorragia de la II mitad del embarazo
 - PPT
 - Feto podálico
 - Anemia moderada
 - Alto Riesgo Obstétrico: Cesareada anterior 3 veces
 - CPN insuficiente
 - Acretismo placentario I
- Plan: Reposo absoluto
 - Efectivizar transfusión 1 paquete globular.

ORDENES Día 6: ARO**08/08/19 (8 AM)**

1. Dieta blanda+ Líquidos a voluntad.
2. Cloruro de Sodio al 9‰ 1000cc a 6 gotas por minuto.
3. Control obstétrico (Control de la dinámica uterina + latidos cardíacos fetales).
4. Monitoreo electrónico fetal + control de funciones vitales.
5. Tacto vaginal restringido.
6. Reposo absoluto.
7. Transfundir un paquete globular.
8. I/C neonatología.
9. Hoja de referencia actualizada.

❖ 3 PM: Transfunde 1 paquete globular.

Día 7: ARO**(09/08/19)**

- Funciones Vitales: Presión Arterial: 90/60mmHg. Frecuencia Cardíaca: 70 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria: 15 respiraciones por minuto. Temperatura: 37C°. Saturación de Oxígeno: 97%.
- Hematocrito: actual post transfusión: 31%
- Signos y síntomas: asintomática.
- Examen físico: Abdomen: blando depresible, útero grávido. Altura uterina: 30cm. Situación: longitudinal. Presentación: podálica. Posición: derecha. Latidos cardíacos fetales: 134-138 x`, dinámica uterina: (-), MF: ++/+++.
- ID: Multigesta de 35 3/7 semanas x ecografía del primer trimestre.

Hemorragia de la II mitad del embarazo.

PPT.

Feto podálico.

Anemia moderada.

Acretismo placentario.

ARO: Cesareada anterior 3 veces.

CPN Insuficiente.

- Plan: Efectivizar I/C cirugía.

ORDENES Día 7: ARO

09/08/19 (8 AM)

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad
2. Cloruro de Sodio al 9‰ 1000cc a 6 gotas por minuto.
3. Control obstétrico (Control de la dinámica uterina + latidos cardíacos fetales).
4. Monitoreo electrónico fetal + control de funciones vitales.
5. Tacto vaginal restringido.
6. Reposo absoluto.
7. I/C neonatología.
8. Hoja de referencia actualizada.
9. Realizar junta médica.

Día 8: ARO

(10/08/19)

- Funciones Vitales: Presión Arterial: 100/60mmHg. Frecuencia Cardíaca: 70 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria: 15 respiraciones por minuto. Temperatura: 37C°. Saturación de Oxígeno: 97%.
- Signos y síntomas: asintomática.
- Examen físico: Abdomen: blando depresible, útero grávido. Altura uterina: 30cm. Situación: longitudinal. Presentación: podálica. Posición: derecha. Latidos cardíacos fetales: 148-152 x', dinámica uterina: (-), movimientos fetales: ++/+++.
- ID:
 1. Multigesta de 35 3/7 semanas x ecografía del primer trimestre.
 2. PPT
 3. Feto podálico.
 4. Anemia moderada.

5. Acretismo placentario.
6. Alto riesgo obstétrico: Cesareada anterior tres veces.

Control prenatal insuficiente.

- Plan: Conducta expectante

Reposo absoluto.

S/S Test no Estresante.

ORDENES Día 8: ARO

10/08/19 (8 AM)

1. Dieta blanda+ líquidos a voluntad.
2. Cloruro de Sodio al 9‰ 1000cc a 6 gotas por minuto.
3. Control obstétrico (Control de la dinámica uterina + latidos cardíacos fetales).
4. Monitoreo electrónico fetal + control de funciones vitales.
5. Tacto vaginal restringido.
6. Reposo absoluto.
7. Hoja de referencia actualizada.
8. I/C Neonatología.
9. S/S Hemograma control.
10. S/S NST

Día 9: ARO

(11/08/19)

- Funciones Vitales: Presión Arterial: 100/60mmHg. Frecuencia Cardíaca: 60 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria: 15 respiraciones por minuto. Temperatura: 37C°. Saturación de Oxígeno: 97%.
- Signos y síntomas: asintomática.
- Examen físico: Abdomen: blando depresible, útero grávido. Altura uterina: 30cm. Situación: longitudinal. Presentación: podálica. Posición: derecha. Latidos cardíacos fetales: 136-142 x', dinámica uterina: (-), movimientos fetales: ++/+++.

- ID: Multigesta de 35 5/7 semanas x ecografía del primer trimestre.
 - Acretismo placentario
 - PPT
 - Feto podálico
 - Anemia moderada
 - Alto riesgo obstétrico: Cesareada anterior tres veces
 - Control prenatal Insuficiente
- Plan: Conducta expectante
 - Reposo absoluto
- 10:30 PM: Se explica al paciente del diagnóstico de acretismo placentario con invasión vesical que será programada para cesárea + histerectomía y lo más probable que se realice sutura de vejiga por lo que estará con sonda Foley x 4 semanas.

ORDENES Día 09: ARO

11/08/19 (8 AM)

1. Dieta blanda+ líquidos a voluntad
2. Cloruro de sodio al 9‰ 1000cc a 6 gotas x minuto.
3. Control obstétrico (Control de la dinámica uterina + latidos cardíacos fetales).
4. Monitoreo electrónico fetal + control de funciones vitales.
5. Tacto vaginal restringido.
6. Reposo absoluto.
7. Hoja de referencia actualizada.
8. I/C Neonatología.
9. S/S Test no Estresante.

Día 10: ARO**(12/08/19)**

- Funciones vitales: Presión Arterial: 90/60mmHg. Frecuencia Cardíaca: 70 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria: 15 respiraciones por minuto. Temperatura: 37C°. Saturación de Oxígeno: 98%.
- Signos y síntomas: asintomática.
- Examen físico: Abdomen: blando depresible, útero grávido. Altura uterina: 30cm. Situación: longitudinal. Presentación: podálica. Posición: derecha. Latidos cardíacos fetales: 145-150 x', dinámica uterina: (-), movimientos fetales: ++/+++.
- ID: Multigesta de 35 6/7 semanas x ecografía del primer trimestre.

Acretismo placentario

PPT

Feto podálico

Anemia moderada

Alto riesgo obstétrico: Cesareada anterior tres veces

Control prenatal insuficiente

- Plan: Conducta expectante.

Reposo absoluto.

Junta médica para fijar fecha de cesárea electiva conjuntamente urología y cirugía.

ORDENES Día 10: ARO**12/08/19 (8 AM)**

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad.
2. Cloruro de Sodio al 9‰ 1000cc a 6 gotas por minuto.
3. Control obstétrico (Control de la dinámica uterina + latidos cardíacos fetales).
4. Monitoreo electrónico fetal + control de funciones vitales.
5. Tacto vaginal restringido.
6. Reposo absoluto.

7. Hoja de referencia actualizada.
8. I/C Neonatología.
9. S/S Ecografía Obstétrica.
10. S/S Test no Estresante.

Día 11: ARO

(13/08/19)

- Funciones Vitales: Presión Arterial: 90/60mmHg. Frecuencia Cardíaca: 70 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria: 15 respiraciones por minuto. Temperatura: 37C°. Saturación de Oxígeno: 97%.
- Signos y síntomas: asintomática.
- Examen físico: Abdomen: blando depresible, útero grávido. Altura uterina: 30cm. Situación: longitudinal. Presentación: podálica. Posición: derecha. Latidos cardíacos fetales: 147-153 x', dinámica uterina: (-), movimientos fetales: ++/+++.
- ID: Multigesta de 36 semanas x ecografía del primer trimestre.
 - Acretismo placentario.
 - PPT.
 - Feto podálico.
 - Anemia moderada.
 - Aro: Cesareda anterior 3 veces
 - Control prenatal insuficiente.
- Plan: Conducta expectante
 - Reposo absoluto
 - Efectivizar junta médica.

ORDENES Día 11: ARO

13/08/19 (8 AM)

1. Dieta blanda + líquido a voluntad
2. Cloruro de sodio al 9‰ 1000cc a 45 gotas x minuto.

3. Control obstétrico (Control de la dinámica uterina + latidos cardíacos fetales).
4. Monitoreo electrónico fetal + control de funciones vitales.
5. Tacto vaginal restringido.
6. Reposo absoluto.
7. S/S eco obstétrica.
8. I/C Neonatología.
9. S/S Ecografía Obstétrica Doppler.

- ❖ Hemoglobina: 10.6 g/dl
- ❖ Hematocrito: 31.7 %

Día 12: ARO

(14/08/19)

- Funciones Vitales: Presión Arterial: 100/60mmHg. Frecuencia Cardíaca: 73 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria: 15 respiraciones por minuto. Temperatura: 37C°. Saturación de Oxígeno: 97%.
- Signos y síntomas: asintomática.
- Examen físico: Abdomen: blando depresible, útero grávido. Altura uterina: 30cm. Situación: longitudinal. Presentación: podálica. Posición: derecha. Latidos cardíacos fetales: 143-149 x', dinámica uterina: (-), movimientos fetales: ++/+++.
- ID: Multigesta de 36 1/7 semanas x ecografía del primer trimestre.

Acretismo placentario

PPT

Feto podálico

Anemia moderada

Aro: Cesareada anterior 3 veces

Control prenatal insuficiente

- Plan: Conducta expectante

Reposo absoluto

ORDENES Día 12: ARO

14/08/19 (8 AM)

1. Dieta completa + Líquidos a voluntad
2. Cloruro de sodio al 9‰ 1000cc a 6 gotas
3. Control obstétrico (Control de la dinámica uterina + latidos cardíacos fetales)
4. Monitoreo electrónico fetal + Control de funciones vitales
5. Tacto vaginal restringido.
6. Reposo absoluto.
7. Hoja de referencia actualizada.
8. I/C neonatología.
9. Se programa a cesárea electiva 15/08/19.

Día 13: ARO

(15/08/19)

- Funciones Vitales: Presión Arterial: 90/60mmHg. Frecuencia Cardíaca: 75 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria: 15 respiraciones por minuto. Temperatura: 37C°. Saturación de Oxígeno: 98%.
- Signos y síntomas: asintomática.
- EF: Abdomen: blando depresible, útero grávido. Altura uterina: 31cm. Situación: longitudinal. Posición: derecha. Latidos cardíacos fetales: 146-152 x', dinámica uterina: (-), movimientos fetales: ++/+++.
- ID: Multigesta de 36 2/7 semanas x ecografía del primer trimestre.

Acretismo placentario

PPT

Feto podálico x ecografía

Anemia moderada

Alto riesgo obstétrico: Cesareada anterior tres veces.

Control prenatal insuficiente.

- Plan: En espera de llamada sala de operaciones

ORDENES Día 13: ARO

15/08/19 (8 AM)

1. Nada por vía oral
2. Cloruro de Sodio al 9‰ 1000cc a 5 gotas
3. Control obstétrico (Control de la dinámica uterina + latidos cardíacos fetales)
4. Monitoreo electrónico fetal + Control de funciones vitales
5. Tacto vaginal restringido
6. En espera de llamado de sala de operaciones
7. Se comunica a urología
8. Sonda foley permeable
9. Cefazolina 2gr ev stat

ORDENES Día 13: ARO

15/08/19 (9:28 AM)

(POST OPERATORIO)

1. Nada por vía oral
2. Cloruro de Sodio 9‰ 1000 cc
3. Oxitocina 20 UI
4. Dextrosa 5% 1000 cc
5. Kalium 20%
6. Hipersodio 20%
7. Ceftriaxona 2 gr C/24 h EV
8. Ranitidina 50 mg c/8h ev
9. Tramadol 100 mg PRN dolor
10. Ketoprofeno 100g C/ 8h EV
11. Control de funciones vitales + control de sangrado vaginal
12. Masaje uterino
13. S/S Hemograma control

41 GOTAS X minuto

CAPÍTULO II. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

La incidencia del acretismo placentario se encuentra directamente asociada al número de cirugías uterinas, siendo más frecuente en mujeres con un mayor número de cesáreas previas, y su aparición también está influenciada por la presencia o ausencia de placenta previa.

Es importante destacar que este estudio es relevante debido al aumento en el diagnóstico de placenta acreta en las últimas décadas, y su tratamiento definitivo es la realización de una cesárea seguida de histerectomía, lo cual conlleva a la pérdida total de la capacidad reproductiva de la paciente. Esto resulta en una alta incidencia de complicaciones tanto durante la operación como en el período posoperatorio, lo que puede tener serias repercusiones físicas y psicológicas en las pacientes. Por lo tanto, este caso clínico analizará el enfoque de manejo y tratamiento en mujeres embarazadas, además de identificar los factores de riesgo para el desarrollo de esta patología.

Por otra parte, la presentación de este caso clínico servirá de base para el análisis de otros casos a nivel nacional, y de otras instituciones; asimismo, esta información servirá como parte de la producción científica a la cual podrá tener acceso la comunidad científica que necesite conocer sobre el tema.

CAPÍTULO III. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

3.1 Antecedentes nacionales

Grados D, Meza R, en el año 2020, realizaron un estudio en Perú, titulado “Factores de riesgo asociado a acretismo placentario en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” en periodo 2014 – 2019 – Huancayo” con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a Acretismo Placentario. En la muestra se incluyó a 100 pacientes, siendo 25 casos y 75 controles. Entre los resultados se encontró edad promedio de 33.52 años, y como factores de riesgo a acretismo placentario mediante regresión logística binaria resultó la multiparidad OR=4.53, placenta previa OR= 4.53 y cesárea previa OR=6.67; el resto de variables no mostró relación significativa. Los autores concluyeron que hay relación entre cesárea previa, placenta previa y multiparidad con el Acretismo placentario. (17)

Huertas E. en el año 2019, efectuó un estudio en Perú, con el título de: “Rendimiento del ultrasonido en el diagnóstico de acretismo placentario en el Instituto Nacional Materno Perinatal” considerando el objetivo de determinar la sensibilidad y especificidad del ultrasonido en la detección prenatal del acretismo placentario. Estudio de diseño observacional analítico y retrospectivo. El estudio incluyó a 93 pacientes que fueron evaluadas mediante ecografía durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. Los resultados mostraron una sensibilidad del 90.9% y una especificidad del 99% para el diagnóstico ecográfico de acretismo placentario. El diagnóstico ecográfico se realizó entre las 32 y 36 semanas de gestación en el 50% de los casos, siendo el diagnóstico más temprano realizado a las 25 semanas. En el 100% de los

casos, el diagnóstico ecográfico de acretismo se asoció con placenta previa, y en el 70% de los casos, se requirió una cesárea seguida de histerectomía como tratamiento. Los autores concluyeron que el ultrasonido es útil en el diagnóstico prenatal de acretismo placentario. (18)

Cotrina MDP, año 2019, realizó una investigación en Perú, titulada “Factores asociados al acretismo placentario en el Instituto Nacional Materno Perinatal - Maternidad de Lima, Cercado de Lima 2015 – 2016” cuyo objetivo fue definir los factores asociados al Acretismo Placentario. Fue un estudio cuantitativo, analítico, observacional, transversal y retrospectivo con diseño Caso-Control. La muestra fue 36 casos de acretismo placentarios y 72 controles, usándose como técnica observación directa de historiales clínicos. Entre los factores de riesgo para acretismo placentario estuvieron las características sociodemográficas como edad (OR=4.63), condición de la ocupación (OR=4.52); también antecedentes obstétricos como gestaciones previas (OR=6.19) y paridad (OR=10.50); y dentro de cirugías uterinas previas estuvo antecedente de cesáreas previas (OR=20.68). El autor concluyó que la edad, la condición de la ocupación, el número de gestaciones previas, la paridad y antecedentes de cesáreas previas son factores de riesgo para el Acretismo Placentario. (19)

Torres K, y Cárdenas R, en el año 2018, presentaron un trabajo académico en Perú, denominado “Acretismo placentario en cesareada anterior con diagnóstico de placenta previa en el Instituto Nacional Materno Perinatal, mayo 2017” cuyo fin fue describir el manejo de acretismo placentario en cesareada anterior. El estudio fue de caso clínico, donde se evaluó antecedentes, examen físico, diagnósticos, exámenes y manejo recolectados a través del historial

clínico de la paciente. Entre los principales resultados se observó el caso de una mujer multigrávida de 38 semanas de embarazo, con 42 años, con antecedentes de un parto anterior por cesárea, edad materna avanzada, placenta previa y múltiples embarazos previos. Se le diagnosticó acretismo placentario. Durante la cesárea, se produjo una hemorragia considerable de más de 1500cc debido a la placenta previa total adherida al segmento uterino, lo que requirió una histerectomía abdominal total. El recién nacido sobrevivió y presentó un adecuado puntaje de Apgar y peso al nacer, y la evolución de la mujer fue favorable, lo que permitió su alta médica al quinto día de hospitalización. Los autores concluyeron que los factores de riesgo relevantes para la sospecha clínica de acretismo placentario en la atención prenatal son cesareada anterior con diagnóstico de placenta previa. (20)

Saldívar J, en el año 2016, mediante el estudio ejecutado en Perú, titulado “Cirugía uterina previa como factor de riesgo para acretismo placentario Hospital Regional Docente de Trujillo y Hospital Belén de Trujillo, 2005-2015”, el objetivo del estudio fue determinar si la cirugía uterina previa se presenta como un factor de riesgo asociado al acretismo placentario. Este estudio se llevó a cabo de manera analítica, observacional y retrospectiva, utilizando un diseño de casos y controles. En la muestra se consideró a 41 gestantes con acretismo placentario y 82 sin dicha patología. Se utilizó una hoja de recolección de datos. Los resultados revelaron que la cirugía uterina previa fue un factor de riesgo asociado al acretismo placentario, con un OR (odds ratio) de 3.4 (IC 95%: 1.4-7.8, p: 0.003). Además, el antecedente de cesárea (OR=3.4, IC 95%: 1.4-8.5, p=0.005) y el antecedente de miomectomía (OR=7.16, IC 95%: 1.4-35.07, p=0.017) también se identificaron como factores

de riesgo. Por otro lado, no se encontró que el antecedente de legrado (OR=4.9, IC 95%: 1.44-16.74, p=0.13) fuera un factor de riesgo.

Se concluyó que factores asociados al acretismo placentarios fueron cirugía previa, cesárea anterior, y antecedente de miomectomía. (21)

3.2 Antecedentes internacionales

Benítez M, Patiño J. año 2017, realizaron una investigación en Bogotá, denominado “Acretismo placentario: Perfil clínico y complicaciones en gestantes del Hospital Universitario Clínica San Rafael, 2009 – 2016” cuyo objetivo fue describir el perfil clínico y complicaciones de una cohorte de pacientes con acretismo placentario. El estudio fue longitudinal descriptivo, y retrospectivo. La muestra incluida fue de 41 casos de acretismo placentario en el periodo de estudio, y la técnica de recolección de datos fue a través de la historia clínica. Entre los resultados se encontró una incidencia de acretismo placentario de 0.17/1000 pacientes atendidas. La edad gestacional promedio para terminar el embarazo fue 34 semanas, 100% tuvieron manejo quirúrgico, 50% necesitaron de transfusión de hemoderivados, 3/41 neonatos fallecieron, y el diagnóstico se hizo en su mayoría de forma intraoperatorio. Se concluyó que hubo una baja incidencia de acretismo placentario. (22)

Buenaño R, en el año 2016, realizó un estudio en Ecuador, cuyo título es “Acretismo Placentario. Ambato-Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2016” con el objetivo de determinar los factores de riesgo y complicaciones del acretismo placentario. Estudio fue de caso clínico, que describe la historia de una paciente con acretismo placentario. Entre los resultados se presenta el caso de una paciente de 36 años con antecedentes de síndrome de anticuerpos

antifosfolípidos y pérdidas fetales. Durante la ecografía a las 28,6 semanas de gestación, se le diagnosticó placenta previa oclusiva total y acretismo placentario. Antes de su ingreso al hospital, experimentó un sangrado vaginal abundante y de color rojo intenso, lo que llevó a una cesárea de emergencia con los siguientes diagnósticos: embarazo de 28,6 semanas, placenta previa oclusiva total con sangrado, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, anticoagulación y acretismo placentario.

Durante el procedimiento quirúrgico, se detectó una complicación con la presencia de placenta percreta que invadía la vejiga, parametrios y cérvix, lo que requirió una histerectomía obstétrica total sin la remoción de los anexos. Posteriormente, se observó la complicación de ligadura bilateral de los uréteres, lo que resultó en una insuficiencia renal aguda. Se llevó a cabo una reimplantación bilateral de los uréteres, lo que resolvió el cuadro de insuficiencia renal, y la paciente presentó una evolución favorable. Se concluyó que en el caso no fue posible dar un adecuado manejo al parto pues la paciente inició trabajo de parto a una edad gestacional precoz. (23)

Cristancho M, en el año 2015, realizó un estudio en España, titulado “Acretismo Placentario” con el objetivo de identificar y clasificar a las pacientes con factores de riesgo para desarrollar acretismo placentario, así como detectar precozmente los hallazgos de imagen para el diagnóstico prenatal, se llevó a cabo un estudio de caso clínico. La información se recopiló a partir de la historia clínica de una paciente con acretismo placentario.

Entre los resultados se describe el caso de una mujer de 26 años con tres gestaciones previas (un aborto y una cesárea), que se encontraba en la semana 30 de embarazo y presentaba sospecha de acretismo placentario debido a los hallazgos ecográficos, a pesar de no presentar síntomas. La paciente tenía antecedentes de cirugía previa, incluyendo una cesárea y un legrado. La ecografía reveló una placenta previa total, infiltración de tejido placentario en la vejiga, lagunas vasculares placentarias y un patrón Doppler característico.

Se decidió seguir un enfoque de manejo multidisciplinario en colaboración con los equipos de cirugía general, urología y hemodinamia, con el objetivo de programar una cesárea junto con una histerectomía y posiblemente la reconstrucción de la vejiga. Se concluyó que el acretismo placentario es una complicación obstétrica que debe tener un diagnóstico precoz, representando una causa principal de histerectomía puerperal y morbimortalidad materno-fetal. (24)

Hernández R, en el año 2015, llevaron a cabo un trabajo en Nicaragua, cuyo título fue "Placenta previa asociado a cesárea anterior en el Hospital Bertha Calderón de enero a diciembre del 2014", con el objetivo de saber la asociación de placenta previa y cesárea anterior. Investigación descriptiva y transversal, en 104 pacientes. En los resultados se evidenció que las pacientes con placenta previa vinculadas a cesárea anterior eran un 35%, las cuales tenían de 21 a 35 años, periodo intergenésico de 1 a 2 años y edad gestacional de 29 a 36 semanas. (25)

Ospina J, Torralvo D, en el año 2014, efectuaron un estudio en Colombia, cuyo título fue “Acretismo placentario. A propósito de un caso clínico y revisión del tema”, con el objetivo de dar a conocer un caso de acretismo. Estudio fue de caso clínico, basado en el historial de una paciente con acretismo placentario. Entre los resultados se presenta el caso de una paciente de 32 años en su tercera gestación, con 37 semanas de embarazo según la ecografía. La paciente acudió a consulta debido a un cuadro de dolor tipo cólico en la zona baja del abdomen, que se irradiaba hacia la región lumbar. Tras realizar una resonancia magnética y una ecografía, se le diagnosticó acretismo placentario. Se decidió someterla a una cesárea-histerectomía y el estudio anatomopatológico posterior confirmó que se trataba de una placenta increta. La paciente tuvo una evolución satisfactoria y fue dada de alta para continuar su recuperación en su domicilio. El autor concluyó que el acretismo placentario se ha multiplicado en diez veces, vinculado con el incremento en la tasa de cesáreas. (26)

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

En el presente estudio, se describe un caso de acretismo placentario en una gestante que acudió a emergencia de un hospital por sangrado vaginal, quien debido a los diversos factores de riesgo que presentaba, se sospechó desde un inicio en acretismo placentario.

La paciente presentaba 37 años de edad, lo que se considera como una edad materna avanzada, y constituye un factor de riesgo para el acretismo placentario, tal como lo respalda el estudio realizado por Cotrina M, quien refiere que la edad fue factor de riesgo (OR=4.63) ¹⁹; asimismo otros estudios de casos como el de Buenaño R²³ y Torres K²⁰ presentan a gestante con acretismo placentario de 36 años, y 42 años respectivamente.

El mayor número de gestaciones previas o paridad han sido asociadas al acretismo placentario, así lo menciona en su investigación Grados D y Meza R¹⁷ donde describe que la multiparidad presentó OR de 4.53 para acretismo; también Cotrina M¹⁹ identificó que la paridad tenía un OR de 10.50 para acretismo. La gestante del presente caso tenía cuarta gestación y paridad, es decir tuvo estos factores de riesgo, los cuales también se dieron en otros estudios de caso de Torres K y Cárdenas R²⁰ quien presentó a una gestante multigesta y multípara, y Ospina J y Torralvo D²⁶ a otra gestante tercigesta, ambas con acretismo placentario.

Los principales factores de riesgo más investigados y asociados al acretismo placentario, son la placenta previa y la cesárea anterior. La gestante que acudió a emergencia tenía placenta previa total identificada en la atención prenatal el cual fue un factor de riesgo para el acretismo placentario, esta característica es

semejante a otros casos clínicos de acretismo placentario como el de Torres K y Cárdenas R²⁰, quien menciona que la gestante presentó placenta previa, de la misma forma Buenaño describe que la gestante ecográficamente fue diagnosticada de placenta previa oclusiva total, y también Cristancho M²⁴ evidenció placenta previa total. Incluso las investigaciones de Grados D y Meza R¹⁷, concluyeron que la placenta previa fue un factor de riesgo con un OR= 4.53 para acretismo placentario.

En el caso clínico presentado, se observó que la cesárea previa fue identificada como un factor de riesgo para el acretismo placentario, pues la gestante tenía como antecedente 3 cesáreas previas, y según el estudio de Cotrina M¹⁹ identificó al antecedente de cesáreas previas (OR=20.68) como factor de riesgo para la placenta acreta, y de la misma forma Saldívar J²¹ también observó que el antecedente de cesárea (OR=3.4 IC 95%: 1.4-8.5 p=0.005) se comportaba como factor de riesgo. Otros Casos Clínicos de acretismo placentario también identificaron a la cesárea previa como factor asociado, tal y como lo describe Torres K y Cárdenas R²⁰, quien presentó el caso de gestante cesareada anterior 1 vez, y Cristancho, presentó a una gestante con antecedente quirúrgico cesárea.

Además de los factores de riesgo mencionados previamente, es indispensable resaltar que la gestante tuvo controles prenatales insuficientes (solo 4 atenciones), lo cual pudo conllevar a que acuda tardíamente a un hospital ante la presencia de un signo de alarma como lo es la hemorragia en el embarazo, y tener mayores complicaciones en su gestación. La gestante tuvo anemia moderada y debido al sangrado presentado requirió de transfusión sanguínea previo a la cesárea.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. La falta de un control prenatal adecuado puede dar lugar a complicaciones durante el embarazo, el parto y el período posparto..
2. Los factores de Riesgo Obstétrico que se encontraron en el caso clínico fueron Edad materna avanzada, las 3 cesáreas anteriores, control prenatal insuficiente.
3. En el caso clínico presentado se encontraron varios factores de riesgo que llevaron a un acretismo placentario lo cual conllevó a un sangrado e involucró la transfusión de sangre por presentar anemia moderada, la maduración pulmonar; y por último, la culminación de la gestación por cesárea, aunque se dio una histerectomía.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Empoderar y promover el uso de métodos anticonceptivos temporales o definitivos en las mujeres con factores de riesgo para complicarse con la finalidad de postergar o evitar un nuevo embarazo respetando su autonomía.
2. Dar atención preconcepcional en mujeres con alto riesgo reproductivo para la prevención del embarazo a fin de minimizar o eliminar el riesgo de complicaciones.
3. Fortalecer la atención prenatal precoz y seguimiento de las gestantes con antecedentes de cesárea anterior para la detección oportuna de complicaciones mejorando el pronóstico de este grupo de gestantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hospital Italiano de Buenos Aires. Acretismo Placentario. Obstetricia. [citado el 01 de marzo de 2020]. Disponible desde: <https://www.hospitalitaliano.org.ar/#!/home/obstetricia/noticia/8308>.
2. Véliz F, Núñez A, Selman A. Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2018; 83(5): 513-526.
3. Karchmer S, López M. Acretismo placentario - Diagnóstico prenatal. Rev. Latin. Perinat. 2016, 19(4).
4. Clínic Barcelona. Hospital Universitari. Anomalías placentarias (placenta previa, placenta accreta y vasa previa) y manejo de la hemorragia de tercer trimestre. [citado el 01 de marzo de 2020]. Disponible desde: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/placenta%20previa%20y%20otras%20anomal%C3%ADas.%20hemorragia%203er%20t.pdf>.
5. Ávila S, Alfaro T, Olmedo J. TEMA 2016: Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR –HSJD. 2016; 6(3).
6. Comstock C. The antenatal diagnosis of placental attachment disorders. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2011; 23: 117–122.
7. Muñiz M, Álvarez V, Felipe W. Acretismo placentario. Rev. Cubana Obstet. Ginecol [Internet]. 2015 [citado el 01 de marzo de 2020]; 41(2). Disponible desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000200012
8. Collins S, Aschcroft A, Braun T. Proposal for standardized ultrasound descriptors of abnormally invasive placenta (AIP). European Working Group

- on Abnormally Invasive Placenta (EW-AIP). *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016; (47): 271-275.
9. Esakoff T, Sparks T, Kaimal A, et al. Diagnosis and morbidity of placenta accreta. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 37: 324–7.
 10. Timor I, Monteagudo A. Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. A review. *Am J Obstet Gynecol.* 2012; 207(1): 14-29.
 11. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Acretismo placentario. Protocolos asistenciales en obstetricia. España: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2012.
 12. Ferreira F, Angulo M. Predicción del acretismo placentario con ultrasonido Doppler en el Hospital Universitario de Neiva, Colombia. Estudio de Cohorte. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2007; 58(4): 290-295.
 13. Casale R, Pretti R, Franzé FI, Pascale J, Sar J, Mónaco A. Procesos actuales en el manejo del acretismo placentario. *Rev. Latin. Perinat.* 2019, 22 (1): 30-36.
 14. Hernández L, Herrera J, Mendoza F, Adaya E. Acretismo placentario: Experiencia en Obstetricia Crítica. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana.* 2018; 18(1): 75-87.
 15. Ramírez J, Cabrera S, Campos G, Peláez M, Poma C. Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 – 2015. *Rev. Peru. Ginecol. Obstet.* 2017; 63(1): 27-33.
 16. Rondón H. Taponamiento con balón de bakri alternativa a la histerectomía por acretismo placentario Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales 2018. Universidad San Martín de Porres. Facultad de Medicina Humana. 2018.

[citado el 02 de marzo de 2020]. Disponible desde:
http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/4647/rondon_mh.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

17. Grados D, Meza R. Factores de riesgo asociado a acretismo placentario en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” en periodo 2014 – 2019 – Huancayo. [Tesis]. Huancayo-Perú: Universidad Nacional del Centro del Perú. Facultad de Medicina Humana; 2020. [citado el 02 de marzo de 2020]. Disponible desde:
<http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/5820/Grados%20Celi.s.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Huertas E. Rendimiento del ultrasonido en el diagnóstico de acretismo placentario en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Rev Peru Investig Matern Perinat 2019; 8(1):13-6.
19. Cotrina M. Factores asociados al acretismo placentario en el Instituto Nacional Materno Perinatal - Maternidad de Lima, Cercado de Lima 2015 – 2016. [Tesis de Maestría]. Lima-Perú: Universidad San Martín de Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2019. [citado el 02 de marzo de 2020]. Disponible desde:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/5301/Cotrina_%20CMP.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Torres K y Cárdenas R. Acretismo placentario en cesareada anterior con diagnóstico de placenta previa en el instituto nacional materno perinatal, mayo 2017. [Tesis de especialidad]. Lima-Perú: Universidad Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud; 2018. [citado el 02 de marzo de 2020]. Disponible desde:

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2739/TRABAJO%20ACAD%C3%89MICO%20C%C3%A1rdenas%20Rosario%20-%20Torres%20Karla.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

21. Saldívar J. 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. Facultad de Medicina Humana; 2016. [citado el 02 de marzo de 2020]. Disponible desde: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2179/1/RE_MED.HUMA_JOSE.SALDIVAR_CIRUGIA.UTERINA.PREVIA.COMO.FACTOR.DE.RIESGO.PARA.ACRETISMO_DATOS.PDF
22. Benítez M, Patiño J. Acretismo placentario: Perfil clínico y complicaciones en gestantes del Hospital Universitario Clínica San Rafael, 2009 – 2016. [Tesis de Especialidad]. Bogotá-Colombia: Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario; 2017. [citado el 03 de marzo de 2020]. Disponible desde: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13603/PatinoDelgado-JulianFernando-2017.pdf;jsessionid=B56F3CA7A6E054C6A73571D24DB0AFA1?sequence=1>
23. Buenaño R. Acretismo Placentario. Ambato-Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2016. [citado el 03 de marzo de 2020]. Disponible desde: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23097/2/Buena%C3%B1o%20Gonz%C3%A1lez%20Ricardo%20Andr%C3%A9s.pdf>

24. Crisanch M. Acretismo Placentario. Síntesis [Internet]. 2015 [citado el 02 de marzo de 2020]; 2(2). Disponible desde: <http://www.revistasintesis.com.ar/sitio/tesina/acretismo-placentario/>
25. Hernández R. Placenta previa asociado a cesárea anterior en el Hospital Bertha Calderón de enero a diciembre del 2014. [Trabajo de especialidad]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencias Médicas Managua Nicaragua; 2015. [Acceso el 17 de marzo del 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/4095/1/74428.pdf>
26. Ospina J, Torralvo D. Acretismo placentario. A propósito de un caso clínico y revisión del tema. Biociencias. 2014, 9(1): 59 – 69.

ANEXOS

Anexo 1: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos




"Año de la Universalización de la Salud"

AUTORIZACION PARA REVISION DE UN CASO CLINICO

Yo: MC. Oscar Otoy Petit Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales , autorizo facilitar a la Obstetra Meliza Lizeth Marin Cabello con DNI 40494485 , COP 18575 la revisión de un caso clínico del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales para realizar el trabajo académico Caso Clínico : " Cesarea Anterior y placenta previa como factor de riesgo de Acretismo Placentario en una gestante atendida en el Hospital nacional Sergio E.Bernales 2019 "

Comas 17 de Agosto del 2020

Sin otro particular me despido.


Dr. OSCAR OTOY PETIT
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 19131 R.O.E. 8829
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Anexo 2: Resultado de Turnitin.

Cesárea anterior y placenta previa como factor de riesgo de
acretismo placentario

NOMBRE DEL TRABAJO	AUTOR
Trabajo Academico _ Meliza Lizeth Marin Cabello.docx	Meliza Lizeth Marin Cabello
RECuento DE PALABRAS	RECuento DE CARACTERES
8149 Words	48032 Characters
RECuento DE PÁGINAS	TAMAÑO DEL ARCHIVO
50 Pages	1.2MB
FECHA DE ENTREGA	FECHA DEL INFORME
Jul 19, 2023 11:57 AM GMT-5	Jul 19, 2023 11:58 AM GMT-5

● 19% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 19% Base de datos de Internet
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref
- 0% Base de datos de trabajos entregados

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)