



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD  
CARRERA OBSTETRICIA**

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLESIVO PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO**

**ACRETISMO PLACENTARIO IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO OPORTUNO**

**AUTORA**

**JOMALLY LISBETH SIMON TROYA**

**TUTOR**

**OBTS. ANA YUPA PALLCHISACA**

**BABAHOYO – LOS RÍOS  
ECUADOR 2019-2020**

## INDICE DE CONTENIDOS

<b>“ACRETISMO PLACENTARIO IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO OPORTUNO Y SU INCIDENCIA EN LA MORTALIDAD MATERNA”</b>	<b>IV</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>VII</b>
<b>I. MARCO TEORICO</b>	<b>1</b>
<b>ACRETISMO PLACENTARIO</b>	<b>1</b>
1. CLASIFICACIÓN	1
2. INCIDENCIA	2
3. FACTORES DE RIESGO	3
4. FISIOPATOLOGIA	3
5. MANIFESTACIONES CLINICAS	4
6. DIAGNOSTICO	4
Ultrasonografía	4
Resonancia magnética	5
7. MANEJO	6
Manejo preoperatorio	7
Manejo intraoperatorio	8
Manejo conservador	8
8. PRONÓSTICO	9
1.1 JUSTIFICACION	9
1.2 OBJETIVOS:	11
1.2.1 Objetivo General:	12
1.2.2 Objetivos específicos:	12
1.3 Datos personales	12
<b>II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO</b>	<b>13</b>
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	13
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	14
2.3 Examen físico (exploración clínica).	14
2.4 Información de exámenes complementarios realizados	16
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	17

<b>2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.</b>	<b>18</b>
Origen del problema:	18
Procedimientos a realizar:	18
<b>2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales</b>	<b>18</b>
<b>2.8 Seguimiento.</b>	<b>19</b>
<b>2.9 OBSERVACIONES</b>	<b>21</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>22</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>23</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>25</b>

**TEMA**

**'ACRETISMO PLACENTARIO IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO  
OPORTUNO'**

## RESUMEN

El acretismo placentario es una patología propia de la gestación, una alteración catastrófica en Obstetricia. En la actualidad la utilización de métodos de diagnóstico temprano como el ultrasonido Doppler, marcadores séricos y resonancia magnética ayudan a disminuir la morbimortalidad materna y fetal. Hace poco la Organización Mundial de la Salud, lo calificó como una nueva pandemia directamente relacionada con pacientes con dos o más cesáreas. En Ecuador, la tasa de cesáreas es alta y por ende se ha incrementado el diagnóstico de acretismo placentario. Su primera manifestación clínica es la hemorragia postparto, en alguna ocasión es acompañada de signos secundarios como taquicardia, hipotensión y episodios de anemia. El principal tratamiento es la histerectomía obstétrica total, debido a su frecuente asociación con placenta previa y cicatriz de cesárea anterior. Este procedimiento es un desafío a las habilidades quirúrgicas del médico obstetra, por lo que es necesario conocer otras alternativas de tratamiento. La poca colaboración de las pacientes que en algunos casos es por presentar características epidemiológicas como: baja escolaridad que las lleva a tener menos controles prenatales de lo aconsejable o en ocasiones ningún control hace muy difícil obtener un diagnóstico precoz. Existen algunos factores como retención placentaria, placenta previa, multiparidad, historial de legrado entre otros.

**PALABRAS CLAVE:** acretismo placentario, mortalidad materna, hemorragia posparto, histerectomía, diagnóstico oportuno.

## **ABSTRACT**

Placental accretion is a pathology typical of gestation, a catastrophic alteration in Obstetrics. Currently, the use of early diagnostic methods such as Doppler ultrasound, serum markers, and magnetic resonance imaging help to decrease maternal and fetal morbidity. The World Health Organization recently called it a new pandemic directly related to patients with two or more caesarean sections. In Ecuador, the rate caesarean section is high and therefore the diagnosis of placental accretion has increased. Its first clinical manifestation is postpartum hemorrhage, sometimes accompanied by signs such as tachycardia, hypotension and episodes of anemia. The main treatment is total obstetric hysterectomy, due to its frequent association with placenta previa and previous caesarean section scars. This procedure is a challenge to the surgical skills of the obstetrician, so it is necessary to know other treatment alternatives. The little collaboration of the patients, that in some cases is because to present epidemiological characteristics such as, low schooling that leads them to have fewer prenatal checkups than is advisable or sometimes no checkups makes it difficult to get an early diagnosis. There are some factors such as placental retention, placenta previa, multiparity, history, uterine curettage among others.

**KEY WORDS:** placental accretion, maternal mortality, postpartum hemorrhage, hysterectomy, timely diagnosis.

## INTRODUCCION

El acretismo placentario se da a partir de una placentación anormal que se caracteriza por la invasión de las vellosidades trofoblásticas más allá de la decidua.

Es una patología obstétrica potencialmente mortal que requiere un enfoque multidisciplinario para su manejo. La incidencia de placenta accreta ha aumentado y parece ser paralela al aumento de la tasa de cesáreas. Las mujeres que tienen factores riesgo son aquellas que tienen daño miometrial causado por una cicatriz uterina, placenta previa, multiparidad, espacio intergenésico post cesárea corto, entre otros. El diagnóstico de placenta accreta antes del parto permite la planificación multidisciplinaria en un intento de minimizar la posible morbilidad y mortalidad materna o neonatal. (N/A, 2012)

La realización ecográfica temprana tiene gran importancia para un diagnóstico oportuno, la valoración de la morfología y localización placentaria es parte de la evaluación ultrasonográfica obstétrica de rutina, lo cual permite el diagnóstico antenatal de localización anormal de la placenta. (Niño de Guzman P., Oscar, Maita, Freddy, Gutiérrez, Carlos, Franco, Ninoska, Calustro, Roxana, & Niño de Guzmán Luizaga, Oscar. , 2006)

Por lo tanto, es de suma importancia que después de establecer el diagnóstico definitivo de la patología la paciente debe llevar un control prenatal riguroso, manteniendo los valores de hemoglobina dentro del rango normal, diagnóstico y tratamiento oportuno y eficaz de infecciones del tracto urinario y vaginales. En el centro de atención primaria se realiza una referencia a un hospital con mayor capacidad resolutive para que en este se planifique el parto de la paciente por vía alta.

Desafortunadamente a pesar de todos los esfuerzos realizados por el personal de salud. La falta de recursos económicos y la baja escolaridad puede impedir que

algunas mujeres acudan a centros de atención sanitaria y se retrase la atención obstétrica. (OMS , 2018)

Se describe caso de paciente femenina de 27 años que llega al área de emergencia ginecológica referida de hospital básico, con signos de shock hipovolémico, más sangrado activo, pasa a quirófano para revisión, se colocan puntos hemostáticos en lecho placentario sin resultado, motivo por el cual se procede a realizar histerectomía sin complicación transoperatoria.

La histerectomía es el tratamiento definitivo pero radical. Suele ser necesaria una histerectomía total ya que es en el segmento donde se inserta la placenta. (Servei de medicina maternofetal. Institut Clinic de ginecologia, Obstetricia I Neonatologia, Hospital Clinic de Barcelona, 2012)

Este caso por ser referido de un hospital de primer nivel, se inició la hemorragia postparto después de la extracción manual de la placenta en el procedimiento quirúrgico (cesárea) fue referida a el hospital de segundo nivel por no contar con el equipo multidisciplinario completo y banco de sangre. Se obtuvo neonato de sexo femenino con apgar 7/9, peso 3000gr, edad estimada 37 semanas sin complicación aparente.

En América Latina, el 8.2% de las hemorragias obstétricas que requieren transfusión ocurren en el periodo postparto, representando el 64% de las necesidades totales de transfusión. (OPS , 2015 )





## I. MARCO TEORICO

### ACRETISMO PLACENTARIO

El acretismo placentario se refiere a todos aquellos síndromes en los que se presenta una placenta con trastorno de la adhesión o bien aquella que es invasiva. Dentro de dichos síndromes se incluyen todos aquellos casos en los cuales haya una adherencia anormal al miometrio por ausencia de la decidua basal y la falta de desarrollo de la membrana de Nitabuch. La profundidad a la que penetra el trofoblasto es variable entre paciente y paciente sin embargo todos los síndromes de acretismo placentario tienen el potencial de causar hemorragias obstétricas graves. (Sergio Avila Darcia; Tommy Alfaro Moya; Johnny Olmedo Soriano, 2016)

#### 1. CLASIFICACIÓN

Los síndromes de acretismo placentario se clasifican según la profundidad de la invasión del trofoblasto. (Sergio Avila Darcia, 2016 )

Estadio	
<b>Acreta</b>	Invasión anormal de una parte o de la totalidad de la placenta en el endometrio, sin que las vellosidades coriales penetren el miometrio.
<b>Increta</b>	Invasión profunda al miometrio de las vellosidades coriales sin compromiso de la serosa
<b>Percreta</b>	Invasión de la serosa y órganos vecinos por las vellosidades coriales.

Figura 1. Clasificación del Acretismo Placentario, (MSP, 2017)

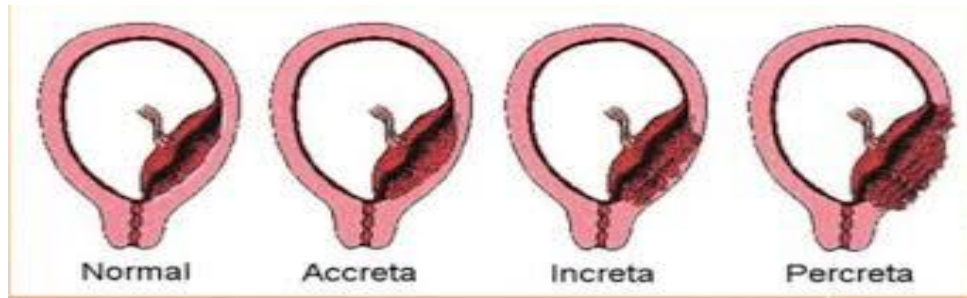


FIGURA 2. CLASIFICACIÓN SEGÚN LA INVASIÓN TROFOBLÁSTICA AL MIOMETRIO (OBSTETRICIA DE WILLIAMS 2012)

Pudiendo estar involucrado uno o todos los cotiledones, clasificándose como:

- **Focal:** Solo involucra a pequeñas áreas de la placenta.
- **Parcial:** Uno o más cotiledones involucrados.
- **Total:** Toda la superficie está anormalmente adherida. (Hemorragia obstétrica- acretismo placentario , 2015)

Las tres variantes se pueden presentar como un acretismo total si todos los cotiledones presentan la anomalía de la adherencia o focal si solo algunos o uno solo la presenta. El diagnóstico patológico requiere de la placenta y el útero para poder realizarse. (Sergio Avila Darcia, 2016 )

## 2. INCIDENCIA

La incidencia mundial actual de acretismo es de 3 casos por cada 1000 embarazos, consecuencia del incremento de la cesárea y asociación con la mortalidad materna, incluso de 7%. Del total de casos 81.6% corresponden a placenta acreta, 11.8% a increta, y 6.6% a Percreta. (García de la Torre JL, Gonzales-Cantu G, Rodríguez-Valdez A, Mujica-Torres A, Villa-Ponce D, Aguilar-Zamudio J., 2018)

El aumento en la incidencia de los síndromes de acretismo placentario se debe al uso indiscriminado que se le ha dado a la cesárea como método de parto. (Sergio Avila Darcia, 2016 )

### **3. FACTORES DE RIESGO**

Existen factores de riesgo para desarrollar acretismo placentario según (Ministerio de salud pública del Ecuador , 2017):

- Edad  $\geq$  35 años
- Multiparidad
- Embarazo múltiple
- Anemia
- Cicatriz uterina previa (legrado, aspiración manual uterina, cesárea, miomectomía)
- Tabaquismo
- Uso de cocaína
- Espacio intergenésico postcesarea < 12 meses

El antecedente de cesárea es un factor de riesgo para desarrollar anomalías de inserción placentaria; el riesgo de placenta acreta si existe placenta previa aumentará en función del número de cesáreas anteriores:

- 1 cesárea: 11 %
- 2 cesáreas: 40 %
- 3 cesáreas: 61 %
- 4 o más cesáreas: 67 %

El riesgo es superior cuando se implanta sobre la cicatriz uterina, apoyando la teoría de la escasa decidualización del segmento uterino. (Maita Quispe, Freddy; Hochstatter Arduz, Ewin; Franco Rada, Ninoska, 2007)

### **4. FISIOPATOLOGIA**

Para explicar la fisiopatología de la placenta acreta se han propuesto varios mecanismos; el más antiguo se fundamenta en la teoría de un defecto en las funciones del trofoblasto, que conducen a la adherencia excesiva o invasión del miometrio.

La hipótesis actual más prevalente refiere que el trofoblasto, al requerir un ambiente hipóxico, tiene una alta predilección por cicatrices o lesiones en la decidua uterina que tienden a ser acelulares y avasculares, condiciones que permiten la inserción anómala de la placenta con ausencia de la decidua basal y anomalía en la membrana de Nitabuch, así como la invasión de las vellosidades coriales al miometrio. (García de la Torre JL, Gonzales-Cantu G, Rodríguez-Valdez A, Mujica-Torres A, Villa-Ponce D, Aguilar-Zamudio J., 2018)

## **5. MANIFESTACIONES CLINICAS**

En la actualidad aún no existe un síndrome clínico para esta patología. La mayoría de los casos son asintomáticos.

En el primer y segundo trimestre el acretismo se identifica cuando se presenta además como placenta previa en cuyo caso el sangrado sería el signo de alarma. En otros casos, el acretismo se detecta hasta la labor, momento en el cual se encuentra una placenta anormalmente adherida. (Sergio Avila Darcia; Tommy Alfaro Moya; Johnny Olmedo Soriano, 2016)

## **6. DIAGNOSTICO**

Clínicamente, el acretismo placentario es asintomático y habitualmente es un hallazgo durante el control ecográfico asociado a factores de riesgo. Se logra un diagnóstico sugerente entre las 18-20 semanas y un diagnóstico más certero cerca de las 32 semanas de gestación. (Veliz O, Francisca, Nuñez S, Alfredo, y Selman A, Alberto, 2018)

### **Ultrasonografía**

La gran mayoría de los hallazgos ecográficos son evidentes durante el segundo trimestre tardío o bien, tercer trimestre temprano y durante un control habitual obstétrico con una sensibilidad y especificidad de 91 y 97% respectivamente. El conocimiento y aplicación adecuada de la técnica ecográfica es el primer paso del diagnóstico de en cualquiera de sus grados. (Ministerio de salud publica del Ecuador , 2017)

Los hallazgos ultrasonográficos de placenta acreta son:

- Lagunas placentarias con flujo turbulento de baja resistencia y picos altos de velocidad sistólica.
- Pérdida de la zona retroplacentaria.
- Proyección vascular o placentaria hacia miometrio, vejiga o serosa uterina.
- Espesor de miometrio retroplacentaria menor a 1 mm con lagunas placentarias

### **La ecografía doppler**

Y el flujo de color tienen una sensibilidad del 82 % y una especificidad del 97 % para el diagnóstico de acretismo placentario. El flujo turbulento con áreas anormales de hipervascularidad con vasos sanguíneos dilatados en la interfase miometrial de la placenta son determinantes ecográficos del diagnóstico de acretismo. (Ministerio de salud publica del Ecuador , 2017)

### **Resonancia magnética**

La resonancia magnética está indicada cuando la ecografía es dudosa o equívoca, alcanzando una sensibilidad y especificidad de 94 y 84% respectivamente. Cuando el diagnóstico es definitivo a través de la ecografía, la resonancia magnética se usa para planear la interrupción del embarazo por vía alta. Se recomienda realizar este estudio imagenológico entre las 24 y 30 semanas idealmente, puesto que previamente la placenta aún es inmadura y posteriormente la señal interna se vuelve más heterogénea generando una imagen distorsionada en ambos casos. La resonancia magnética de placenta ha sido utilizada por más de 30 años y no hay evidencia de efectos adversos hacia el

feto clínicamente ni en investigaciones dentro de laboratorios. (Veliz O, Francisca, Nuñez S, Alfredo, y Selman A, Alberto, 2018)

Los hallazgos en la resonancia magnética son:

- Abultamiento uterino (incluye placenta con contorno abultado y bordes redondeados)
- Señal placentaria heterogénea
- Banda intraplacentaria oscura en T2
- Brecha focal en miometrio
- Tienda en la vejiga

Algunos estudios han demostrado la presencia de niveles altos de alfa fetoproteína y hormona gonadotropina coriónica humana en el suero de las mujeres afectadas por síndromes de acretismo placentario. (Sergio Avila Darcia, 2016 )

## **7. MANEJO**

La paciente debe llevar un control prenatal riguroso, con mapeo placentario ultrasonográfico transvaginal con delimitación de límites, maduración pulmonar en la semana 24- 32 de gestación, mantenimiento de la hemoglobina  $\geq 12$  mg/dL, diagnóstico y tratamiento oportuno de infecciones urinarias o vaginales. (García de la Torre JL, Gonzales-Cantu G, Rodríguez-Valdez A, Mujica-Torres A, Villa-Ponce D, Aguilar-Zamudio J., 2018)

Debido a que esta patología tiene un elevado riesgo de complicaciones, se deberá planificar la terminación del embarazo mediante cesárea electiva entre las 35-36 semanas en una unidad de salud que cuente con un equipo multidisciplinario completo. (Ministerio de salud pública del Ecuador , 2017)

La unidad de salud tendrá paquetes globulares y plasmas frescos para reserva en el banco de sangre y disponibles para aplicación en caso necesario. La paciente se interna cuatro días antes de la operación y se le administra plasma fresco

congelado 24 y 12 horas antes de ingresar al quirófano. Se corrobora la disponibilidad de recursos materiales y humanos 24 horas antes y se indica un antibiótico profiláctico 1 hora antes de la incisión. (García de la Torre JL, Gonzales-Cantu G, Rodríguez-Valdez A, Mujica-Torres A, Villa-Ponce D, Aguilar-Zamudio J., 2018)

El urólogo, indicara una cistoscopia intraoperatoria bajo anestesia inmediatamente antes de la cirugía, facilitando el diagnóstico de invasión de la placenta a la pared vesical. Por otro lado, la colocación de catéteres ureterales durante la cistoscopia, puede ser de ayuda en la identificación de los uréteres y evitar su lesión durante la cirugía. (Fabio Rojas-Losada, June 2006)

Clásicamente se ha aceptado la histerectomía como el tratamiento definitivo de los embarazos afectados por el acretismo placentario. (Sergio Avila Darcia; Tommy Alfaro Moya; Johnny Olmedo Soriano, 2016)

### **Manejo preoperatorio**

Se deberá brindar información a la paciente en caso de que este consiente y a sus familiares, obteniendo los consentimientos informados y planeando las intervenciones que reducen el riesgo de hemorragia masiva. (Dr. Samuel Karchmer; Dr. Miguel López Rioja, 2016)

Se recomienda que, en el consentimiento informado, se especifiquen de manera detallada las complicaciones que pudieran darse en el parto por cesárea como: histerectomía, cistoscopia, colocación de stents o endoprótesis, anestesia, línea arterial, línea central, transfusión de sangre y reparación o escisión de órganos lesionados. (Ministerio de salud publica del Ecuador , 2017)

### **El plan debe incluir:**

- Información de la sospecha diagnóstica y las complicaciones potenciales.
- Administración de corticosteroides entre la semana 24 a 32 para favorecer maduración pulmonar fetal en caso necesario.
- Valoración pre anestésica.



- Disponibilidad de sangre y factores de coagulación.
- Disponibilidad de cirujano de colon y recto y/o urólogo en casos de invasión a órganos adyacentes.

### **Manejo intraoperatorio**

El objetivo es lograr una incisión abdominal que permita el acceso apropiado al útero, pero que evite el margen superior de la placenta, es por ello, que el estudio imagenológico previo a la cirugía es fundamental. Un abordaje transversal inferior, puede ser adecuado si el margen de la placenta no escala hacia el segmento superior del útero. Actualmente, se recomienda una incisión en línea media infra-umbilical el cual permite un excelente acceso al útero grávido, al plano vesical y ureteral distal, o bien, la incisión de Cherney desarrollada para grandes intervenciones en abdomen inferior y ampliamente utilizada en las laparotomías para cáncer ginecológico. (Veliz O, Francisca, Nuñez S, Alfredo, y Selman A, Alberto, 2018)

### **Manejo conservador**

#### **No quirúrgico:**

Existen otras alternativas como empaquetamiento uterino, dejar la placenta "in situ", administración de prostaglandinas, compresión aórtica directa, inyección de metotrexate (50 mg/m<sup>2</sup> IM como dosis única o un bolo de 100 mg/ m<sup>2</sup>).

Aunque no se debe considerar como tratamiento definitivo.

#### **Quirúrgico:**

En el acretismo focal o parcial que no involucra una gran superficie placentaria se puede realizar el alumbramiento y suturar el lecho placentario y posteriormente realizar:

- Ligadura de arterias uterinas e hipogástricas
- Embolización de vasos pélvicos: La oclusión de vasos pélvicos con catéter y balón o mediante embolización disminuye el flujo sanguíneo y las

pérdidas hemáticas, con lo que se puede realizar una cirugía en circunstancias más controladas. (Dr. Samuel Karchmer; Dr. Miguel López Rioja, 2016)

## **8. PRONÓSTICO**

En las pacientes en las que se hace el diagnóstico antenatal el mejor pronóstico se da cuando se realiza el parto y el útero se remueve intacto sin separar la placenta. (Sergio Avila Darcia, 2016 )

Actualmente el acretismo placentario es la causa de aproximadamente el 51% de las histerectomías de emergencia. Dentro de los desenlaces adversos a los que se asocia el acretismo placentario se encuentran histerectomía periparto, hemorragia posparto, necesidad de transfusión materna, admisión a unidades de cuidado intensivo, además de recién nacidos de bajo peso al nacer, aunque este último desenlace se asocia a la edad gestacional a la que se realiza el parto. (Sergio Avila Darcia, 2016 )

Una complicación rara pero descrita es la ruptura uterina con una incidencia de 1 por cada 5000 casos de placenta percreta. (Ministerio de salud publica del Ecuador , 2017)

### **1.1 JUSTIFICACION**

En el año 2000 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) la meta 5A que consiste en

reducir a tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015; la reducción de la mortalidad materna –perinatal es una prioridad y se refleja en las metas del Plan Nacional de Desarrollo en el objetivo uno: “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas” (Senplades, 2017)

Según el informe final de la Organización Mundial de Salud (OMS , 2014) manifiesta lo siguiente que La mortalidad materna ha disminuido en un 37% desde 2000.

- En Asia oriental, África septentrional y Asia meridional, la mortalidad materna ha disminuido alrededor de dos tercios.
- Pero la tasa de mortalidad materna —la proporción de madres que no sobreviven al parto en comparación con las que lo hacen— en las regiones en desarrollo es todavía 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas.
- Más mujeres están recibiendo atención prenatal. En las regiones en desarrollo, la atención prenatal aumentó del 65% en 1990 al 83% en 2012.
- Tan solo la mitad de las mujeres de las regiones en desarrollo reciben la cantidad recomendada de atención médica que necesitan.
- En la mayoría de las regiones en desarrollo, menos adolescentes tienen hijos, pero este progreso se ha ralentizado. El gran aumento que tuvo lugar en la década de los noventa del uso de anticonceptivos no se corresponde con el que se ha da en los años del 2000.
- La necesidad de planificación familiar se está cubriendo lentamente para más mujeres, mientras que la demanda sigue aumenta rápidamente.

En el año 2015 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció dentro de los objetivos del Desarrollo Sostenible y la agenda 2030 (ODS), el objetivo 3 (salud y bienestar) tiene como meta “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Este objetivo es la base de todos los demás porque para alcanzar el resto de ODS es necesario que se garantice y

promueva la salud y el bienestar. Todavía queda mucho trabajo por hacer porque las tasas de mortalidad materna y neonatal son muy altas, se propagan enfermedades infecciosas y existe una mala salud reproductiva. Entre otras acciones, para cumplir este objetivo, será necesario impulsar iniciativas que erradiquen determinadas enfermedades, financiar los sistemas de salud, mejorar el saneamiento y aumentar el acceso a los servicios médicos.

Por tal motivo el presente caso enmarca dentro de la disminución de la mortalidad materna ya que se actuó oportunamente en una patología del embarazo conocida como placenta ácreta. Y pese a que los índices de la Organización Mundial de la Salud manifiestan que existe un incremento del 83% en mujeres que recibieron atención prenatal en este caso no se cumplió con el objetivo presentado.

La agenda para el desarrollo después del 2015, reafirma el compromiso de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) con La formulación del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 que manifiesta (“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”) que incluye metas numéricas de mortalidad materna y en la niñez, El aspecto más revolucionario del ODS 3 es quizá la meta de lograr la cobertura sanitaria universal.

Por lo tanto, la presente investigación sirve para conocer la importancia del diagnóstico oportuno del acretismo placentario, que se observó en el hospital de segundo nivel de atención.

## **1.2 OBJETIVOS:**

### **1.2.1 Objetivo General:**

Fundamentar un marco teórico conceptual del acretismo placentario, su importancia del diagnóstico oportuno y su incidencia en la mortalidad materna

### **1.2.2 Objetivos específicos:**

- Describir las características de un caso de acretismo placentario.
- Determinar complicaciones maternas a causa del acretismo placentario.
- Instituir diagnóstico oportuno de la hemorragia post parto por acretismo placentario.

### **1.3 Datos personales**

<b>Nombres completos: XXXX</b>	<b>Nivel de estudio: Secundaria</b>
--------------------------------	-------------------------------------

<b>Cedula de identidad:</b> 131739????	<b>Raza:</b> Mestiza
<b>Fecha de nacimiento:</b> 23/01/1993	<b>Dirección:</b> Yaguachi
<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Religión:</b> católica
<b>Edad:</b> 27 años	<b>Nivel sociocultural/económico:</b> Bajo
<b>Estado civil:</b> Unión de hecho	<b>SCS:</b> HLBM – Milagro
<b>Nacionalidad:</b> Ecuatoriana	<b>Fecha de ingreso:</b> 2020-03-10
<b>Ocupación:</b> Ama de casa	<b>FUM:</b> 24/06/19

**Fuente:** Historia clínica del paciente, (MSP, 2020)

**Elaborado por:** Jomally Simon, (2020)

## II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

### 2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

- **Motivo de consulta:** Paciente de 27 años llega en ambulancia a la emergencia ginecológica de hospital de segundo nivel referida por el hospital básico, con diagnóstico de Hemorragia post parto por adherencia placentaria con perdida sanguínea de 1500cc. Paciente llega con traje anti shock. Score mama valor de 7
- **Antecedentes**

<b>Antecedentes patológicos personales:</b> No refiere	<b>Antecedentes gineco-obstétricos</b>
<b>Antecedentes personales quirúrgicos:</b> CUP 2	<b>Ciclos menstruales:</b> Irregulares

<b>Antecedentes patológicos familiares:</b> Padre con diabetes mellitus	<b>Menarquia:</b> 15 años
<b>Antecedentes de alergias:</b> No refiere	<b>Pubarquia:</b> 14 años
<b>Antecedentes transfusionales:</b> No refiere	<b>Inicio de vida sexual:</b> 15 años
<b>Antecedentes toxicológicos:</b> No refiere	<b>Gestas 2:</b> P0 C2 A0
<b>Hábitos:</b> No refiere	<b>FUM:</b> 24/06/2019
<b>Parejas sexuales:</b> 2	<b>PIG:</b> 1 año 5 meses
<b>Método anticonceptivo:</b> ninguno	

**Fuente:** Historia clínica del paciente. (MSP, 2020)

**Elaborado por:** Jomally Simon, 2020

## **2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).**

Paciente femenina de 27 años de edad es traída a el hospital de segundo nivel en condiciones poco estables con diagnóstico de hemorragia post cesárea por adherencia placentaria más signos de shock hipovolémico. Con antecedente de cicatriz uterina previa. Paciente refiere que en todo el embarazo solo se realizó 2 controles prenatales.

Paciente acude a hospital de primer nivel en el cual refiere cuadro clínico de 12 horas de evolución caracterizado por dolor en hipogastrio irradiado a región lumbosacra, se realiza valoración obstétrica paciente se encuentra en trabajo de parto fase activa, no presenta ecografías, se solicitan exámenes de laboratorios que reportan anemia leve. Se toma la decisión de realizar cesárea de emergencia.

## **2.3 Examen físico (exploración clínica).**

- **Estado de conciencia:** Somnolienta
- **Facies:** Pálidas
- **Cabeza:** Normocéfalo
- **Cuello:** Simétrico no adenopatías
- **Tórax:** Simétrico no adenopatías
- **Auscultación pulmonar:** normal, claros y ventilados. Ruidos cardiacos rítmicos, no agregados.
- **Mamas:** simétricas, pezones pronunciados sin salida de calostro.
- **Miembros superiores:** simétrico, con flexión y extensión presentes.
- **Abdomen:** Suave depresible altura uterina -2 herida quirúrgica en buena condición, con presencia de estrías abdominales
- **Genitales:** Loquios moderados, Diuresis clara por sonda Foley
- **Miembros inferiores:** simétricos, con flexión y extensión presentes.

Al momento de su ingreso se aprecia:

**tensión arterial:** 90/50 mmHg,

**frecuencia cardiaca:** 127 latidos por minuto,

**frecuencia respiratoria:** 20 respiraciones por minuto,

**temperatura axilar:** 36.5°C,

**saturación de oxígeno:** 96%,

**proteinuria:** negativa:

**score mama (7)**



Se decide su ingreso hospitalario con el Diagnostico de hemorragia post parto más acretismo placentario, paciente pasa a quirófano para ser intervenida.

Se solicita exámenes complementarios.

## 2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Resultados de exámenes traídos en referencia

HEMOGRAMA	Resultado	Rango referencial
Leucocitos	14.75	4-10
Neutrófilos %	86	40-70
Linfocitos %	8	25-50
Hematíes	3.03	3.5-5.5
Hemoglobina	8.50	9.5-16
Hematocrito	25.3	36-47

**Fuente,** Historia Clínica del Hospital Básico (MSP, 2020)

**Elaborado por:** Jomally Simon, 2020

Reporte de exámenes en Hospital de II Nivel, post histerectomía

HEMOGRAMA	Resultado	Rango referencial
Leucocitos	15.75	4-10
Neutrófilos %	87.7	40-70
Linfocitos %	8.2	25-50
Hematíes	3.09	3.5-5.5

Hemoglobina	8.20	9.5-16
Hematocrito	25.3	36-47
MCH	26.5	27-32
Plaquetas	233	150-450

Grupo sanguíneo	O RH+
VDRL	No reactivo
VIH	No reactivo

Gasometría	Resultado
PH	7.4
PO2	250
PCO2	75.7
HCTO	16
HB	5.6
NA	153
K	3.6
CL	100
HCO3	46.6

**Fuente,** Historia Clínica del Hospital Básico (MSP, 2020)  
Elaborado por: Jomally Simon, 2020

## 2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnostico Presuntivo:	hemorragia post parto por adherencia placentaria
-------------------------	--

Diagnóstico Diferencial:	hemorragia por percretismo
Diagnóstico Definitivo:	hemorragia postparto por acretismo placentario

**Elaborado por:** Jomally Simon, 2020

## **2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.**

### **Origen del problema:**

Paciente cursa dos horas de evolución de puerperio patológico post quirúrgico inmediato, con una pérdida sanguínea de aproximadamente 1500cc ml, hipotensa, taquicárdica con fascies pálidas, sudorosa, paciente con score mama de (7) por tensión arterial de 90/50, frecuencia cardiaca de 127 latidos por minuto, saturación de oxígeno 96%.

### **Procedimientos a realizar:**

Se realiza dehiscencia de sutura manualmente hasta llegar a cavidad. Se identifica adherencia se decide la realización de histerectomía total.

### **Hallazgos:**

- Útero sangrante en gran cantidad aproximadamente 500cc
- Se colocan puntos hemostáticos en lecho placentario sin resultado.
- Se realiza procedimientos sin complicaciones.

## **2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales**

- **Hidratación:** cloruro de sodio al 0.9% 1000cc más ácido ascórbico 1 gramo; Dextrosa al 5% 1000cc pasar a 30 gotas por minuto
- **Analgesia:** ketorolaco 30mg intravenoso cada 8 horas; El dolor postoperatorio depende sobre todo del trauma directo que la operación causa a los tejidos y se agrava más por el espasmo muscular reflejo asociado o por la distensión visceral. Se han descrito dos tipos de dolor: uno sordo y uniforme, cuando el paciente está en reposo; y otro más grave y agudo asociado al movimiento. Según Andrews (1984): Casi todo el dolor postoperatorio es un fenómeno autolimitado, más grave en las primeras 24 horas después de la cirugía, que disminuye durante las siguientes 24 horas y es mínimo después de 3 a 4 días. (GRANADILLO, CLAUDIO, & GUERRA, 2001)
- **protector gástrico:** ranitidina 50mg intravenoso cada 8 horas
- **Deambulación a las 24 horas:** debido a la intervención quirúrgica de alta complejidad, la paciente tendrá dependencia parcial para deambular con capacidad de movimientos limitados.
- **Retiro de tapón vaginal en 24 horas:** Se deberá cuantificar el volumen de sangrado.
- **Biometría de control en 6 horas:** paciente llega al área hospitalaria con anemia leve después de la gran pérdida sanguínea se debe valorar sus niveles sanguíneos post operatorios.
- **Control de diuresis con la aplicación de sonda vesical:** vigilar diuresis 30 mL/hora.
- **Referir atención de mayor complejidad:** paciente con necesidad de unidad de cuidados intermedios, ya que la unidad de segundo nivel no cuenta con el equipamiento necesario para su atención.

## 2.8 Seguimiento.

2020-03-10 18:22:08

Paciente con 4 horas de evolución con signos vitales ta:123/69 fc: 120 fr: 10 t:36.2 intubada, sato2: 100% proteinuria: negativa score mama 3. Abdomen: blando depresible doloroso a la palpación. RIG: sangrado transvaginal escaso. Se recibe resultado de gasometría se analiza y se decide transfundir paquetes globulares y plasma fresco congelado.

**2020-03-10 23:51:06**

paciente con 11 horas de evolución de 27 años. **S:** paciente refiere dolor a nivel de hipogastrio **O:** ta: 119/64 fc: 94 t: 35 sato2: 98% fr: 20 alerta, proteinuria: negativa score mama: 0 sin proteinuria paciente consciente, orientada. hidratada cardiopulmonar normal. abdomen: suave, depresible doloroso a la palpación en sitio quirúrgico, apósito limpio y seco. rig: sonda Foley permeable, diuresis clara 1000 ml. extremidades: pulsos presentes. no edemas. rots 2/5 **A:** paciente al momento compensada hemodinámicamente estable, sin sangrado score mama 0. según evolución clínica se decidirá insistir en transferencia. **P:** biometría de control postransfusion.

**2020-03-11 16:50:59**

Paciente al momento cursa 1 día de hospitalización evolucionando favorablemente. Paciente no refiere ninguna novedad. Se mantiene con signos vitales estables pa: 111/65 mmhg fc: 88 lpm fr: 19 rpm t: 36.4 sat o2: 99% score mama 0. Se recavan exámenes de laboratorio que reportan; hb: 8.6 hto 25.5 plaquetas 160. Examen Físico: cabeza normocéfalo tórax simétrico, csps pulmonares, rscs rítmicos abdomen blando depresible, herida quirúrgica dolorosa extremidades simétricas, no edemas.

**2020-03-13 10:28:28**

Paciente de 27 años. cursa su tercer día de hospitalización con diagnóstico de histerectomía abdominal. paciente al momento con puerperio postquirúrgico mediato orientada en tiempo y espacio, glasgow 15/15, cardiopulmonar normal, abdomen blando doloroso, herida en proceso de cicatrización, no sangrado vaginal, diuresis espontanea, flatos presentes con signos vitales estables pa:

106/71 mmhg fc: 92 lpm fr: 18 rpm t: 36.4 sat o2: 100% score mama 0. paciente en condiciones clínicas favorables por lo que se indica alta medica

Examen físico: cabeza normocéfalo tórax simétrico, csps pulmonares, rscs rítmicos abdomen blando depresible herida quirúrgica dolorosa, útero a nivel de cicatriz umbilical, extremidades simétricas, no edema

## **2.9 OBSERVACIONES**

Se manejo la clave obstétrica de una manera adecuada y oportuna, trabajando en equipo todo el personal médico, de esta forma se logró controlar la emergencia, procurando el bienestar de la paciente siguiendo los protocolos establecidos por el msp.

A pesar de que la paciente necesitaba atención especializada en un área de UCIM se manejó de manera asertiva sus complicaciones logrando estabilizarla, y colaborando para que tenga una evolución favorable.

Debido a la condición clínica de la paciente no se pudo informarle de su estado de salud ni de los procedimiento a los cuales seria sometida, se explicó el proceso quirúrgico y tratamiento a familiares.

El seguimiento antenatal es el pilar fundamental para llegar a un diagnóstico precoz de acretismo placentario, y de esta manera evitar complicaciones graves como por ejemplo la histerectomía.

## CONCLUSIONES

- Es de vital importancia que la atención de una hemorragia causada por acretismo placentario sea tratada en un ambiente tocoquirúrgico completo. Es decir, la unidad operativa debe contar con un equipo multidisciplinario completo.
- Todo el personal de salud que pertenece a un equipo multidisciplinario ginecológico debe de estar capacitado para la atención oportuna de una clave roja, siguiendo los protocolos del ministerio de salud pública, desde la llegada de la paciente a la emergencia pasando por triage hasta el momento que la misma es dada de alta por el especialista.
- La atención en primer nivel debe priorizar a mujeres con factor de riesgo para esta patología, se debe de educar a las pacientes en la importancia de realizarse el control ecográfico cada trimestre del embarazo. El diagnóstico oportuno de esta patología disminuye en gran cantidad las muertes maternas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alain Sjogreen, M., M.D, L. S.-n., & Jorge Rubio R, M. (2002). Acretismo placentario en el instituto materno infantil (IMI) 1994-1999. *Revista Colombiana de obstetricia y ginecologia VOL 53 N°42002* , 8.
- Dr. Luis Hernandez, D. J. (2018). *Acretismo placentario*. Obtenido de Medigraphic : <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2018/muv181g.pdf>
- Dr. Samuel Karchmer; Dr. Miguel López Rioja. (2016). Acretismo placentario.- Diagnóstico prenatal. *Rev. Latin. Perinat.*, 259-265.
- Fabio Rojas-Losada, M. L.-D.-N. (June 2006). Diagnóstico y manejo quirúrgico de placenta accreta. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol vol.57 no.2 Bogotá* .
- Garcia de la Torre JL, Gonzales-Cantu G, Rodriguez-Valdez A, Mujica-Torres A, Villa-Ponce D, Aguilar-Zamudio J. (2018). Acretismo placentario con abordaje predictivo y preventivo de hemorragia obstetrica. . *Ginecol Obstet Mex* , 357-367.
- GRANADILLO, G., CLAUDIO, E., & GUERRA, M. Y. (02 de 2001). *Premedicacion con Ketorolac para Analgesia Postoperatoria en Cirugia Ginecologica*. Obtenido de : <[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-026420010001000008&lng=es&nrm=iso](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-026420010001000008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0798-0264.
- Hemorragia obstetrica- acretismo placentario (septiembre de 2015).
- Johanna Patricia Ospino Bayona<sup>1</sup>, D. D. (2014). *ACRETISMO PLACENTARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DEL TEMA*. Obtenido de *AcretismoPlacentarioAPropositoDeUnCasoClinicoYRevi-5976569.pdf*
- Jorge Velez, Gabriel Angel , Nathaly Beltran ,Victor Calvo. (2015). ACRETISMO PLACENTARIO: EVALUACIÓN POR RESONANCIA. *Revista Med*, 72-78.
- Maita Quispe, Freddy; Hochstatter Arduz, Ewin; Franco Rada, Ninoska. (28 de Agosto de 2007). *Re. med. (Cochabamba)*. Obtenido de Revista electronica en linea: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2074-46092007002800007&lng=es&nrm=iso](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092007002800007&lng=es&nrm=iso)
- Ministerio de salud publica del Ecuador . (Octubre de 2017). *Anomalías de la inserción placentaria y vasos sanguíneos GPC* . Obtenido de Direccion Nacional de Normatizacion MSP: <http://salud.gob.ec>



- Moldenhauer, J. S. (Junio de 2018). *Acretismo placentario (placenta accreta)*. Obtenido de Manual MSD :  
<https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/acretismo-placentario-placenta-accreta>
- MSc. Dra. Milagros Eusebia Muñiz Rizo, MSc. Dra. Vivian Asunción Álvarez Ponce, Wendy Felipe Cutié. (2015). Placenta accreta . *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología* .
- N/A. (2012). Opinión del Comité No. 529 Placenta Accreta. *Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos*, 207-211.
- Niño de Guzman P., Oscar, Maita, Freddy, Gutiérrez, Carlos, Franco, Ninoska, Calustro, Roxana, & Niño de Guzmán Luizaga, Oscar. . (2006). DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DE ACRETISMO PLACENTARIO. *Gaceta Medica Boliviana* , 49-55.
- OMS . (23 de 08 de 2018). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- OPS . (20 de 02 de 2015 ).
- Senplades. (2017). 53.
- Sergio Avila Darcia, T. A. (2016 ). Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. *Revista clinica de la escuela de medicina UCR* , 10 .
- Sergio Avila Darcia; Tommy Alfaro Moya; Johnny Olmedo Soriano. (2016). Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. *Revista clinica de la escuela de medicina UCR- HSJD* , 10.
- Servei de medicina maternofetal. Institut Clinic de ginecologia, Obstetricia I Neonatologia, Hospital Clinic de Barcelona. (25 de 09 de 2012). *Anomalias placentarias (placenta previa, placenta accreta y vasa previa) y manejo de la hemorragia de tercer trimestre*. Obtenido de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/placenta%20previa%20y%20otras%20anomal%C3%ADas.%20hemorragia%203er%20t.pdf>
- Veliz O, Francisca, Nuñez S, Alfredo, y Selman A, Alberto. (2018). Acretismo placentario: Un diagnostico emergente. Abordaje quirurgico no conservador . *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 513-526. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500513>

## ANEXOS

### Resultados

#### Hematología

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
<b>HEMOGRAMA:</b>			
LEUCOCITOS	* 15.75	x 10 <sup>3</sup> /μL	4 - 10
BASOFILOS#	0.04	10 <sup>3</sup> /μL	
BASOFILOS %	0.3	%	HASTA - 2
NEUTROFILOS#	13.80	10 <sup>3</sup> /μL	
NEUTROFILOS %	* 87.7	%	40 - 70
EOSINOFILOS#	0.24	10 <sup>3</sup> /μL	
EOSINOFILOS %	1.5	%	HASTA - 5
LINFOCITOS#	1.30	10 <sup>3</sup> /μL	
LINFOCITOS %	* 8.2	%	25 - 50
MONOCITOS#	0.37	10 <sup>3</sup> /μL	
MONOCITOS %	2.3	%	HASTA - 12
HEMATIES	* 3.09	mm <sup>3</sup> /μL	3.5 - 5.5
HEMOGLOBINA	* 8.20	g/dl	9.5 - 16
HEMATOCRITO	* 25.3	%	36 - 47
MCV	81.9	fL	80 - 98
MCH	* 26.5	pg	27 - 32
MCHC	32.4	%	31 - 36
RDW - CV	* 17.3	%	11.5 - 14.5
RDW - SD	60.7	fL	
PLAQUETAS	233	mm <sup>3</sup> /μL	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.7	fL	7.4 - 10.4
PDW	16.60	--	
PCT	0.20	--	



Usuario Valida: Lcdo. PRESLEY FERNANDO ACOSTA SUAREZ

Fecha Valida: 10-03-2020 14:26:24

#### Gases Sanguineos

Examen	Resultado	Unidad	Rango Referencial
<b>GASOMETRIA ARTERIAL</b>			
pH	7.32	--	7.2 - 7.6
pCO2	34.0	mmHg	30 - 50
pO2	361.0	mmHg	
cH+	48.1	nmol/L	
HCO3--act	* 17.0	mmol/L	22 - 29
HCO3--std	18.1	mmol/L	
BE(ecf)	-9.1	mmol/L	0 +/- 2,3
BE(B)	-8.0	mmol/L	
BB(B)	40.0	mmol/L	
ctCO2	18.0	mmol/L	
sO2(est)	100	%	
pO2(A - a)	0	mmHg	
pO2(a / A)	1.00	--	
RI	0	--	
Lactato	16	--	Desde 2.7 hasta 180.2
cH+(T)	48.1	nmol/L	
pH(T)	7.32	--	
pCO2(T)	34.0	mmHg	

## INFORME ESTADÍSTICO



FECHA

INSTIT

USUAR

### DATOS DEL NACIDO VIVO

NÚMERO: \_\_\_\_\_  
NOMBRES: \_\_\_\_\_ NN-1 \_\_\_\_\_ API \_\_\_\_\_

SEXO	TIPO DE PARTO	PRODUCTO DEL EMBARAZO	
MUJER	CESAREA	UNO	
TALLA (cm.)	FECHA NACIMIENTO	ASISTIDO POR	
49	10/03/2020	MEDICO	
PESO (gramos)	SEMANAS DE GESTACIÓN	APGAR	
3000	37	7	9