

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



COMPLICACIONES MATERNAS DEL ACRETISMO PLACENTARIO
OCURRIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
DURANTE LOS AÑOS DE 2016 Y 2017

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER
LUCÍA LIZETH HERNÁNDEZ PARRA
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2018

ASESOR
DR. WILLIAM FAJARDO ALFARO

AGRADECIMIENTO

Agradezco el apoyo, la paciencia, la confianza y sobre todo los conocimientos de mi asesor y tutor que me guiaron hasta hacer un proyecto de calidad.

DEDICATORIA

A mi mamá, que siempre me apoyó en lo bueno y lo malo.

*A mis abuelos, que con sus palabras de aliento me hicieron seguir adelante
para no desistir de este camino largo.*

RESUMEN

El acretismo placentario; patología que alberga tanto la morbimortalidad materna como fetal, hace referencia a aquella placenta que presenta un grado de invasión al útero o a estructuras adyacentes. El diagnóstico durante el embarazo es vital para plantear el tratamiento óptimo y reducir complicaciones graves. Es de conocimiento que para su tratamiento ya sea médico expectante como quirúrgico están implicados múltiples especialidades como cirugía general, urología y ginecología.

Objetivo: Determinar complicaciones maternas del acretismo placentario ocurridos en el Instituto Nacional Materno Perinatal por el periodo de los años 2016 y 2017.

Materiales y métodos: Según tipo de estudio es descriptivo – observacional de corte transversal desarrollado en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Desarrollado como área de estudio el servicio B de la institución, la población fueron las gestantes hospitalizadas con el diagnóstico de acretismo placentario, con una muestra de 42 historias clínicas, donde se realizó la recolección de datos mediante revisión de historias clínicas a través de fichas con cuestionario estructurado. El análisis de datos fue hecho mediante el programa estadístico SPSS v.22 para Windows.

Resultados: se estudiaron 42 historias clínicas en el cual las pacientes hubo predominio de complicaciones maternas (57.1%) siendo la anemia severa una de las más frecuentes (28.6%), asociándose al acretismo de tipo focal (33.3%), donde las pacientes admitidas a UCI fueron un total de (19%) a causa de las diversas complicaciones.

Conclusiones: en este trabajo se concluye que más de la mitad de pacientes (57.1%) son propensas a tener complicaciones a causa del acretismo placentario.

Palabras claves: Acretismo placentario, complicaciones maternas, anemia severa, shock hipovolémico, UCI.

ABSTRACT

Placental accretion; pathology that harbors both maternal and fetal morbidity and mortality, refers to that placenta that presents a degree of invasion to the uterus or adjacent structures. The diagnosis during pregnancy is vital to propose the optimal treatment and reduce serious complications. It is known that for its treatment, both expectant and surgical, multiple specialties such as general surgery, urology and gynecology are involved.

Objective: To determine maternal complications of placental accreta occurred in the National Maternal Perinatal Institute during the period of 2016 and 2017.

Materials and methods: According to type of study is descriptive - observational cross section developed in the National Maternal Perinatal Institute. Developed as a study area in the B service of the institution, the population was hospitalized pregnant with the diagnosis of placental accreta, with a sample of 42 clinical histories, where the data collection was performed by reviewing medical records through records with structured questionnaire The data analysis was done through the statistical program SPSS v.22 for Windows.

Results: 42 clinical histories were studied in which the patients had a predominance of maternal complications (57.1%), with severe anemia being one of the most frequent (28.6%), being associated with focal type accretion (33.3%), where admitted patients to ICU were a total of (19%) because of the various complications.

Conclusions: this study concludes that more than half of patients (57.1%) are prone to complications due to placental accreta.

Key words: Placental accreta, maternal complications, severe anemia, hypovolemic shock, ICU.

PRESENTACIÓN

Como bien se tiene en conocimiento el acretismo placentario, patología de diversas causas y complicaciones tanto maternas como neonatales, en la siguiente tesis me he dispuesto a investigar que tiene por objetivo determinar las complicaciones maternas que ocurrieron el Instituto Nacional Materno Perinatal en los años 2016 y 2017, obteniendo los datos por medio de historias clínicas por recopilación a través de una ficha.

Desarrollaremos capítulos de acuerdo:

En el capítulo I incidimos en el Problema, con su respectivo planteamiento, objetivos y justificación.

Continuamos con el capítulo II, donde abarcamos el desarrollo de antecedentes de la patología presentada a nivel nacional y mundial, con referencias actuales, definiciones teóricas tanto aspectos clínicos, diagnóstico, tratamiento y lo principal en complicaciones. Así mismo la formulación de hipótesis, descripción de variables y conceptos. En el capítulo III, se desarrolla la metodología, lugar, población estudiada, donde fundamentamos las técnicas y métodos por las cuales lo obtuvimos.

Capítulo IV, se especifica resultados del estudio, así también las discusiones.

Y para terminar el capítulo V, donde se precisa las conclusiones y recomendaciones que fueron frutos del estudio realizado.

ÍNDICE

CARÁTULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	1
1.3. JUSTIFICACIÓN	1
1.4. OBJETIVOS	3
1.4.1. OBJETIVOS GENERAL	3
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
1.5. PROPÓSITO	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	5

2.1.1. INTERNACIONALES	5
2.1.2. NACIONALES	7
2.2. BASE TEÓRICA	8
2.3. HIPÓTESIS	15
2.4. VARIABLES	15
2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	16
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	17
3.1. TIPO DE ESTUDIO	17
3.2. ÁREA DE ESTUDIO	17
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	17
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	17
3.5. DISEÑO Y RECOLECCIÓN DE DATOS	17
3.6. PROCESAMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS	17
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	18
4.1. RESULTADOS	18
4.2. DISCUSIÓN	25
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	27
5.1. CONCLUSIONES	27
5.2. RECOMENDACIONES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
ANEXOS	32

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1. Complicaciones maternas del acretismo que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017.	18
TABLA N°2. Tipo de complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017.	19
TABLA N°3. Tipo de acretismo placentario de las complicaciones maternas ocurridas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017.	20
TABLA N°4. Porcentaje de las pacientes admitidas en UCI como parte de una de las complicaciones que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017.	21
TABLA N°5. Porcentaje de muerte materna como una de las complicaciones maternas del acretismo que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017.	22
TABLA N°6. Tipo de ingreso en las complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017.	23
TABLA N°7. Manejo quirúrgico en las complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017.	24

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO N°1.** Complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017. 18
- GRÁFICO N°2.** Tipo de Complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017. 19
- GRÁFICO N°3.** Tipo de acretismo placentario de las complicaciones maternas ocurridas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017. 20
- GRÁFICO N°4.** Porcentaje de las pacientes admitidas en UCI como parte de una de las complicaciones que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017. 21
- GRÁFICO N°5.** Porcentaje de muerte materna como una de las complicaciones que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017. 22
- GRÁFICO N°6.** Tipo de ingreso en las complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017. 23
- GRÁFICO N°7.** Manejo quirúrgico en las complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017. 24

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°1. Operacionalización de variables	33
ANEXO N°2. Instrumento: Ficha de recolección de datos	34
ANEXO N°3. Validez de instrumentos - consulta de expertos	35
ANEXO N°4. Confiabilidad de instrumentos – estudio piloto	37
ANEXO N°5. Matriz de consistencia	38

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se denomina acretismo placentario (AP) a la adherencia anormal de la placenta a órganos adyacentes; patología propia de las gestaciones de último trimestre. Así mismo, se demostró su rara presentación en gestaciones de primer trimestre. La frecuencia de presentación del AP varía entre el 10 y 48 por 10 000 partos, aunque una publicación colombiana señala 1/1539 partos ⁽¹⁾ e incrementa notablemente la morbimortalidad del binomio madre niño.

Su prevalencia e incidencia aumentaron en los últimos 30 años debido a mayor porcentaje de cesáreas. Un estudio en México por Lira et al encontró 210 casos de placenta previa, en 37(17.6%) había acretismo placentario; acretismo, en 26 casos (70,2%) tenía antecedentes de cesárea: con una cesárea fue de 21,1% y con 2 o más cesáreas fue de 50%. Placenta percreta de la placenta significa 5% de los casos de acretismo placentario y concentra una alta morbilidad y mortalidad (10%) y perinatal ⁽²⁾. La AP puede convertirse en una devastadora condición obstétrica, con alta morbilidad materna y mortalidad y la más común causa de histerectomía de emergencia post-partum, es imperativo reconocer los factores de riesgo, la clínica y la diagnosis prenatal para facilitar una correcta planificación y multidisciplinar en el período pre y manejo periparto.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuáles son las complicaciones maternas del acretismo placentario ocurridos en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El acretismo placentario es una patología con alto riesgo de mortalidad materna que es asociado a complicaciones severas en el momento del

parto, cuando la placenta no es separada completamente del útero es seguida de una hemorragia obstétrica, llevando a una coagulopatía intravascular diseminada; la necesidad de una histerectomía, lesión quirúrgica a los uréteres, vejiga, intestino o estructuras neurovasculares, síndrome de distrés respiratorio, transfusión de reacción aguda, desequilibrio electrolítico, falla renal y muerte⁽³⁾.

Es importante complementar el diagnóstico temprano de la institución, ya que son de ingresos pobres, con retención de placenta y sangrado. El descubrimiento se realiza sobre todo en la sala de operaciones. Donde la más utilizada es la histerectomía de emergencia con consecuencias perjudiciales para la madre o neonato. Determinar un tratamiento certero que nos permita evitar la muerte materna, ya que tiene que ser atendido en establecimiento de salud de gran complejidad y especialización en atender patologías obstétricas y por esa razón es lugar de referencias de pacientes con problemas obstétricos a nivel local y nacional que por sus características atiende a una población de bajos recursos económicos, quienes tienen mayores complicaciones por razones de un pésimo control prenatal, en su mayoría oriundos de zonas urbano-marginales encasilladas como mediano o alto riesgo social⁽⁴⁾.

El presente trabajo se desarrolló en el Instituto Materno Perinatal (Ex-Hospital Maternidad de Lima) para conocer las complicaciones maternas del acretismo placentario ocurridos en estos dos últimos años, para lo cual se acudió a una recopilación de datos de forma minuciosa en la institución.

La importancia social de esta investigación radica en una investigación retrospectiva, dado que los últimos estudios reportan porcentajes crecientes del acretismo placentario por antecedente de cesáreas, derivando a histerectomías de urgencias causando complicaciones pobremente sospechados, en ocasiones diagnosticando acretismo solo mediante ecografía de manera poco acertada⁽⁵⁾.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVOS GENERAL

- Describir complicaciones maternas del acretismo placentario ocurridos en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la complicación materna más frecuente del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.
- Describir el tipo más frecuente de acretismo placentario de las complicaciones maternas ocurridas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.
- Enumerar los porcentajes de las pacientes admitidas en UCI como parte de una de las complicaciones maternas que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.
- Conocer el porcentaje de muerte materna como una de las complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.
- Identificar si el tipo de ingreso influye en las complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017.
- Especificar el manejo quirúrgico en las complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017.

1.5. PROPÓSITO

Debido al incremento de la mortalidad materna en el mundo y siendo uno de los objetivos del milenio es imperativo no dejar pasar el tema, concientizándonos e informándonos de los riesgos para las gestantes con esta patología, dado que por ser de un manejo complejo y diverso el acretismo ha ido en aumento, es importante recalcar que hoy en día en el país puede ser identificado pero sigue apareciendo principalmente en pacientes con cesáreas anteriores.

Entender que el acretismo es una patología de importancia que puede conllevar a la muerte materna es necesario para obtener un mejor manejo durante su tratamiento, pero sobre todo para hacer entender a la población que la cesárea no es procedimiento que se deba hacer en casos de poco riesgo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1. INTERNACIONALES

Cynthia M. Farquhar, Zhuoyang Li & et al. *Incidence, risk Factors and perinatal outcome for placenta accrete in Australia and New Zeland: A case control study.* BMJ group 2017. En este trabajo se realizó un estudio de casos y controles con supervisión activa con la finalidad de estimar a incidencia de acretismo placentario en Australia y Nueva Zelanda, describir los factores de riesgo, prácticas clínicas y los resultados para las mujeres y bebés afectados por tal condición. Un estudio binacional de control y casos basados en la población utilizando la plataforma de investigación del Sistema de Vigilancia de Resultados de Maternidad Australiana (AMOSS), ésta entidad se estableció en unidades de maternidad en Australia y Nueva Zelanda en 2009 para estudiar trastornos raros y graves del embarazo. Las mujeres fueron registradas por los sitios participantes de AMOSS de enero de 2010 a diciembre de 2011(Australia) y hasta diciembre de 2012 (Nueva Zelanda). De los 295 casos, 227 mujeres eran de Australia y 68 de Nueva Zelanda. La incidencia de acretismo placentario durante el periodo de estudio fue 44.2/ 100 000 mujeres que dieron a luz. Las incidencias en Australia y Nueva Zelanda fueron 47.7/100 000 y 36.0/100 000, respectivamente. Hubo 12 muertes perinatales entre los casos (tasa de mortalidad perinatal 38.7/1000 nacimientos) y 10 entre los controles (tasa de mortalidad perinatal de 17,2/1000 nacimientos). Hubo dos muertes maternas entre los casos lo que resultó en una tasa de letalidad de 0.7%. Las causas de muertes maternas fueron cerebrovasculares, accidente secundario a embolia pulmonar y hemorragia posparto grave debido al acretismo placentario. La morbilidad materna es elevada entre las mujeres con diagnóstico de acretismo placentario, debido a que son más propensas a dar a luz antes, en consecuencia, los bebés nacidos de estas mujeres fueron a

menudo prematuros, de bajo peso al nacer, requirieron reanimación, ingresaron a la UCIN y tenían más probabilidad de morir⁽⁶⁾.

Marcelo Fidas Noguera, Samuel Karchmer & et al. *Acretismo placentario un problema en aumento. El diagnóstico oportuno como éxito del tratamiento.* México DF 2013. Este artículo se centra en demostrar aumento epidemiológico, principalmente en el Hospital Aurelio Valdivieso General dado el aumento en la tasa de cesáreas desde 1997 a 2008, que muestra el indiscutible hecho que relaciona con la literatura del mundo, a más cesáreas, más acretismo. También, de principales causas de muertes maternas en el período comprendido entre 2003 y 2008 en el Hospital Aurelio Valdivieso General encontró sólo 3 casos de acretismo placentario entre 42 muertes que se produjeron, sin embargo, en 2009 casos fueron encontrados de la placentarios acretismo de 11 muertes. El acretismo placentario es un problema debido a su excepcional aumento en las últimas décadas, que ha sido de 5 a 10 veces y está estrechamente ligada al aumento de la tasa de cesáreas de salud pública. Ha aumentado la incidencia de acretismo placentario la razón y el número de la muerte materna, debido a la hemorragia obstétrica como principal característica y resolución quirúrgica de histerectomía obstétrica, procedimiento para hacer emergencia induce aumento de la morbilidad ⁽⁷⁾.

Heather J. Naldwin, Jillian A. Patterson & et all. *Maternal and neonatal outcomes following abnormally invasive placenta: population-based record linkage study.* Australia 2012. En este trabajo se tuvo como objetivo analizar los resultados posteriores al acretismo placentario entre las madres y los bebés utilizando datos recolectados de manera rutinaria a nivel de la población durante un periodo de 10 años. Fueron incluidas mujeres que dieron a luz a un recién nacido o nacido muerte de al menos 20 semanas de gestación en New South Wales (NSW) durante el periodo de enero de 2003 a diciembre de 2012. New South Wales es el estado más poblado de

Australia, representa aproximadamente un tercio de los nacimientos. La tasa de acretismo placentario en este estudio fue de 24.8 de 10 000⁽⁸⁾.

2.1.2. NACIONALES

Asato yanasuku, Mario. *Acretismo placentario: estudio realizado durante los años 1980-1986 en el Hospital Maternidad de Lima. Universidad Particular Cayetano Heredia.* 41 casos de AP en el Hospital maternidad de Lima, donde la incidencia era 1/3995, encontró como multigravidez, cesáreas anteriores y legrado aborto post se analizaron los factores predisponentes. Suspiciacia de diagnóstico es pobre en el hospital, siendo el cuadro característico del período II de aislamiento: con retención placentaria y hemorragia. Acretismo placentario ha reconocido el potencial de la madre muerta, la incidencia se encontró de 4.88% a causa de hemorragia. Es un examen realizados signos histopatológicos de pacientes histerectomizados presentaron mayor frecuencia de placenta acreta vera y similar incidencia de placenta increta y percreta de la placenta ⁽⁵⁾.

Nelson Tripp, MD. *The morbidly Adherent placenta.* Es un estudio de análisis epidemiológico, que evalúa el diagnóstico prenatal con soporte para imágenes de lo que sugiere un protocolo, como también evalúa los procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos para el tratamiento añadiendo la participación de diversas especialidades de la salud, ya que la adherencia placentaria anormal contribuye significativamente a la morbilidad materna ⁽⁹⁾.

Carlos James, Aldo Aguilar & et al. *Placenta acreta en pacientes sin antecedentes quirúrgicos uterinos.* Lima 2014. Es la revisión de un caso clínico presentado en el National Hospital Dos de mayo en el Departamento de Ginecología y Obstetricia donde una dama de 22 años entra en emergencia ausente de riesgo o historia quirúrgica a esta patología. Menciona también que el riesgo más importante del factor de acretismo placentario es una historia de cesáreas. Así como la incidencia de la enfermedad aumentó como consecuencia del incremento del número de

cesáreas, que es actualmente una de las principales causas de hemorragia obstétrica en el inmediato postparto, ser mortal en el 7% de los casos ⁽¹⁰⁾.

2.2. BASE TEÓRICA

La placenta casi siempre tiene una separación de manera espontánea del sitio de implantación durante los primeros minutos después del parto. En casos excepcionales, el desprendimiento se retarda porque la placenta muestra adherencia inusual al sitio de implantación ⁽¹²⁾.

Placenta accreta; término general usado para que describe la condición clínica cuando una parte de la placenta o la placenta invade y es inseparable de la pared uterina⁽³⁾.

Cuando se producen alteraciones en el desarrollo de la decidua y una deficiente formación en la membrana de Nitabuch o fibrinoide pueden favorecer que las vellosidades coriales lleguen a la capa muscular del útero y algunos casos sobrepasarla ⁽¹¹⁾.

Describir a los tipos de implantación placentaria en la que se presenta una adherencia anormal a la pared del útero de la gestante; incluye tres variantes: ⁽¹³⁾ *Placenta accreta*, aquella donde las vellosidades placentarias están en contacto con el miometrio. *Placenta increta*, en donde las vellosidades invaden miometrio. *Placenta percreta*, es aquella en la la placenta atraviesa toda la capa del miometrio llegando a la serosa y en algunas circunstancias involucrando órganos y tejidos continuos.

Por extensión se conocen tres tipos; *Focal*, involucra pequeñas áreas de la placenta. *Parcia*, uno o más cotiledones en el proceso. *Total*, cuando la superficie completa de la placenta está anormalmente adherida ⁽¹⁴⁾.

Hay diversas teorías donde señalan la mecánica de la pérdida de la decidua basal por trauma (p. ej., cirugía uterina previa) y de manera biológica donde se trata de respuesta anormal de la madre antes el trofoblasto invasor. Actualmente, se cree que no sólo el déficit de Nitabuch membrana

placentaria, si no acretismo síndromes que causan esa misma placenta presenta una hiperinvasividad en comparación con la placenta de un embarazo anormal ⁽¹⁵⁾.

El desarrollo de la placenta tiene un fenómeno sinérgico entre sus receptores y factores de crecimiento angiogénicos; entre ellos, el TIE - 1 y TIE - 2 se consideran marcadores para el efecto. Está demostrado, que la TIE - 2 tiene una más expresión en el citotrofoblasto y sus ligandos en el sincitiotrofoblasto. Estudios in vitro han demostrado la falta de expresión de TIE - 2 en casos de acretismo y aumento de la expresión de su ligando Ang2 en el sincitiotrofoblasto; clínicamente, Esto demostraría en los casos de acretismo placentario proliferación vascular ⁽⁷⁾.

En las décadas pasadas, la incidencia de placenta acreta, increta y percreta aumentó. Esto se debe al aumento de las tasas de cesáreas ⁽¹²⁾. Investigaciones han reportado una incidencia de placenta acreta de 1/533 embarazos para el periodo de 1982 – 2002⁽³⁾. Actualmente, de las principales causas de hemorragia obstétrica, especialmente postparto inmediato, mortal hasta en 7% de los casos. ⁽¹⁰⁾ Son pocos los casos publicados a nivel mundial sobre acretismo placentario en el primer trimestre. Se describe en la literatura solo 10 casos, muchos de ellos asociados a rotura uterina y en todos ellos con riesgos previos ⁽²⁾.

Entre los factores de riesgo para desarrollar un acretismo placentario están ⁽¹⁶⁾: *edad materna avanzada (>30 años), multiparidad, cicatriz de cesárea anterior, placenta previa, historia de cirugía uterina* (tales como: legrados uterinos previos, miomectomías, ablación endometrial, embolización de arterias uterinas) y la cesárea previa y placenta previa anterior juntas.

El riesgo más importante relacionado con el factor de AP es una historia de cesáreas. El riesgo en pacientes con 1 cesárea es de 11 a 25%; en pacientes con 2 cesáreas es 35 a 47 por ciento; en pacientes con cesárea previa 40 tres % y más número de cesáreas entre 50 a 67% ⁽¹⁰⁾. Considera que la razón para el creciente número de parto por cesárea es cuando la

cesárea deja una cicatriz en la superficie interna del útero, que puede ser fina en esta zona. En estas mujeres, es más probable que en el siguiente embarazo la placenta se implante por la cicatriz, ya que la placenta normalmente se implanta en el fondo uterino ⁽¹⁴⁾.

La probabilidad de acretismo placentario es relacionada con la presencia de placenta previa, en cuyo caso el sangrado sería signo de alarma, incluso también puede ocurrir en embarazos donde la placenta es de poca altitud y anterior.

El diagnóstico es con sospecha clínica, conocer los factores de riesgo que el médico para un buen enfoque para la gestión de la atención prenatal hasta la entrega. Es importante realizar diagnóstico prenatal, para de esta manera, el ginecólogo obstetra es capaz de planear con tiempo más apropiado para cada paciente en relación con las necesidades y características personales, minimizando el riesgo de fetal y morbilidad materna y mortalidad ⁽¹⁷⁾.

En la actualidad, se limita a la utilización de ultrasonido y resonancia magnética, aunque el diagnóstico definitivo se concluyó por medio de histopatología ⁽¹⁸⁾.

La proyección de imagen de la placenta es uso principal del ultrasonido (transabdominal o transvaginal), la falta de radiación ionizante y la capacidad para evaluar la vasculatura materna fetal mediante Doppler Color y espectral.

Para el diagnóstico de embarazo temprano y temprano en el segundo trimestre, el hallazgo de un saco gestacional localizado muy cerca de una cicatriz en el segmento uterino debe pensar acerca de acretismo placentario, pero no en el diagnóstico ⁽⁷⁾.

Según los últimos estudios tendrían una sensibilidad del 90.7% y una especificidad de un 96.9% en manos de un operador entrenado. El ultrasonido más sugestivo de signos de acretismo placentario son ⁽¹⁶⁾:

2. Ausencia o adelgazamiento (<1mm) de la zona miometrial hipoeoica normal en el segmento inferior anterior.
3. Presencia de espacios vasculares lacunares dentro del parénquima placentario, parecido al “queso suizo”.
4. Adelgazamiento, irregularidad focal de la interfase hiperecoica entre las paredes uterina y vesical.
5. Extensión del tejido placentario más allá de la serosa uterina.
6. Identificación con Doppler de vasos placentarios que se extiendan al miometrio o a la vejiga, aunque no se ha demostrado mayor sensibilidad que la ultrasonografía.

El diagnóstico por imágenes del AP se puede realizar desde la semana 18 o antes, tales en pacientes de riesgo o en las de alta sospecha con cicatriz uterina, respectivamente ⁽¹⁵⁾. El ultrasonido es capaz de evaluar óptimamente la presencia de acretismo, especialmente cuando ocurre en la parte anterior del segmento inferior del útero, este lugar es el más común debido a la cicatriz quirúrgica cesárea; pero el ultrasonido no es específico a las características de una placenta acreta, increta de la placenta y placenta percreta de la placenta ⁽¹⁹⁾.

Con lo anterior descrito, hoy en día es posible tener más tempranamente la sospecha diagnóstica. Incluso, el realizar el ultrasonido solo con escala de grises es suficiente para el diagnóstico.

El profesional médico ha utilizado diversas herramientas, permitiendo que el MR tome gran importancia y agregar valor a la diagnosis, particularmente en procesos de invasión de la placenta contra otras ayudas de diagnóstico. El MRI no utiliza ninguna radiación de ionización o de medios de contraste yodados, del mismo modo proporciona información esencial acerca de patologías subyacentes que puede concluir en maternos, fetales, lo que prueba una problemas de herramienta útil para el diagnóstico de

adherencias placentarias y hemorragia intrauterina, debido a la alta resolución espacial, buena sensibilidad y excelente especificidad (88% y 100%, respectivamente); Además de alcanzar para distinguir la sangre del líquido de colecciones, el tipo de aplicación y grado de infiltración placentaria; permitiendo decisiones de Thomas contra la manipulación y la determinación de la severidad de la enfermedad y sus complicaciones ⁽¹⁹⁾.

Clásicamente, se han descrito 3 hallazgos típicos de invasión placentaria en la resonancia magnética:

- En primer lugar, la prominencia anormal uterina que altera la morfología habitual “pera invertida” que muestra el útero gestante.
- Otro hallazgo es la heterogeneidad de la intensidad de señal, casi una constante en las placentas invasivas, y que se cree originada por productos hemorrágicos o artefactos de flujo sanguíneo.
- Por último, las bandas intraplacentarias hipointensas en T2 son un signo de invasión ⁽²⁰⁾.

En el caso de placenta increta o percreta de la diagnosis es más fácil y consiste en la presencia de tejido trofoblástico en el uterino grueso o estructura invadida ⁽²¹⁾.

A pesar de ello, el diagnóstico definitivo depende de la histopatología para confirmar la vellosidad en la invasión del miometrio ⁽¹⁷⁾.

Aunque la óptima y más exacto de esta gestión de patología son todavía controvertida, requiere un enfoque multidisciplinario, idealmente programado para mejorar el pronóstico materno-fetal.

En el abordaje quirúrgico debe contar con la presencia de un equipo de diferente especialización que incluye ginecobstetras, anestesiólogos, pediatras, intensivistas, enfermeras, Banco de sangre y en algunos casos personal, cirugía cardiovascular y Ginecología Oncológica. Es mejor

resultado un nacimiento programado ya que según su enfoque puede reducir la mortalidad materna y reducir la estancia hospitalaria ⁽¹⁷⁾.

Generalmente, el manejo recomendado de placenta acreta es histerectomía preoperatoria programada por cesárea con la placenta dejada in situ por que la remoción de la placenta se asocia con una hemorragia significativa. Sin embargo, este enfoque podría no ser considerado tratamiento de primera línea para las mujeres que tiene un fuerte deseo de fecundidad a futuro, por lo que el tratamiento quirúrgico deberá ser individualizado.

La elección del tipo de incisión quirúrgica debe estar basada en el tipo de hábitos e historia quirúrgica del paciente. El uso de la incisión de línea media infraumbilical debe ser considerara por que proporciona la exposición necesaria para realizar una histerectomía. Una incisión clásica en el útero, a menudo transfundal, puede ser necesaria para evitar la placenta y permitir el nacimiento del bebé.

Generalmente, se deben evitar los intentos planificados de extracción manual. Si la histerectomía se convierte en necesaria, el enfoque estándar es dejar la placenta en su lugar, utilizar rápidamente un “punto de protección” para cerrar la incisión de la histerectomía y proceder con ella. Mientras que la histerectomía se realiza de manera habitual, la disección del colgajo vesical puede realizarse relativamente tarde, después del control vascular o de las arterias uterinas, en casos de placenta acreta anterior, dependiendo de los hallazgos intraoperatorios.

Ocasionalmente, se puede realizar una histerectomía subtotal con seguridad, pero el sangrado suele persistir en el cuello uterino evitando este procedimiento y hacer necesaria una histerectomía total.

Hay reportes de un enfoque alternativo para el manejo de acretismo placentario donde incluye el ligamiento de cordón cerca de la superficie fetal, retiro del cordón y dejar la placenta en su lugar, para una posible resección parcial de la placenta para disminuir su tamaño. Sin embargo, este enfoque

debe considerarse solo cuando la paciente tiene un fuerte deseo de fertilidad futura y una estabilidad hemodinámica, un estado de coagulación normal y disposición a aceptar los riesgos involucrados en este enfoque conservador. El paciente debe ser aconsejado que los resultados de este enfoque son impredecibles y que existe un mayor riesgo de complicaciones significativas, así como la necesidad de una histerectomía posterior ⁽³⁾.

El metotrexato es el fármaco de elección, la administración es de 1 mg/kg cada dos días para un total de 4 a 6 dosis, complementado con el uso de antibióticos y retractores uterinos; el diario ecografía placenta involución y vascularización supervisión es necesario y deben tanto disminuir poco a poco.⁽¹³⁾ Algunos han opinado que luego del parto, los trofoblastos ya no se dividen por más tiempo, lo que hace que el metrotexate sea ineficaz. Aunque se logró la conservación uterina en un estudio, la mayoría de los pacientes desarrollaron posteriormente hemorragia postparto que requirió histerectomía⁽³⁾.

Una consideración final para el manejo conservador del acretismo placentario es que a pesar del número de terapia adyuvante o protocolo utilizado es el sangrado repentino y catastrófico, donde luego requiera una reoperación de emergencia e histerectomía ⁽⁹⁾. Y es que, hasta ahora, hay no hay grandes estudios prospectivos demostrando el beneficio del tratamiento conservador de tratamiento quirúrgico en pacientes con acretismo placentario ⁽¹⁷⁾.

Múltiples consecuencias a corto y largo plazo se han descrito a causa de los partos por cesárea como son:

Hemorragia obstétrica postparto, sucede como causa más frecuente debido a la extracción manual de manera parcial de la placenta dando una alta morbilidad y mortalidad en todo el mundo, conllevando a una pérdida considerable de sangrado ocasionando un cuadro severo de *anemia* haciendo requerimiento de *trasfusión sanguínea* y también en ocasiones desencadena una inestabilidad hemodinámica. Puede llegar a *choque*

hipovolémico, por la rapidez y gran pérdida de volumen sanguíneo de los vasos circundantes lo que conduce a la disminución de suministro de oxígeno en los tejidos causando hipoxia y daño celular. La *coagulación intravascular diseminada* es evidenciada por la inactivación de múltiples enzimas de la cascada de coagulación con la formación de microtrombos y agregados plaquetarios conllevando a una obstrucción en arterias o capilares resultando en una *muerte materna*⁽²⁰⁾.

La *admisión a la UCI* es consecuencia del shock hipovolémico debido a que la paciente se ve en un riesgo de vida y la necesidad de ser estabilizada queda relegada a esa unidad ⁽⁸⁾.

Incluso es poco común la *lesión de uréteres* durante el proceso de histerectomía, dado que la placenta se adhiere fuertemente a esta estructura, durante la incisión de separación ocasiona una lesión perceptible donde es necesaria la rafia, la anastomosis o reimplantación, más aún si es de emergencia. La *lesión de vejiga* es ocasionada por su movilización durante la histerectomía, se evidencia mediante la hematuria o fuga de orina en el campo quirúrgico donde es necesaria una sutura en dos o tres planos⁽²¹⁾.

Cabe recalcar que los bebés nacidos de madres con placenta acreta tienen más probabilidad de ser prematuros y tener bajo peso al nacer. Éstos bebés también son propensos a tener un Apgar menor a 7 en 5 minutos, siendo necesario resucitación y pasar a Unidad de Cuidados intensivos neonatales (UCIN)⁽⁶⁾.

2.3. HIPÓTESIS

De acuerdo al tipo de investigación descriptiva, no posee hipótesis.

2.4. VARIABLES

Variable dependiente: Acretismo placentario

Variable independiente: Complicaciones maternas del acretismo placentario.

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Edad:** Años cumplidos hasta la fecha de nacimiento.
- **Acretismo placentario:** Adhesión anormal de la placenta hacia la pared uterina, incluyendo estructuras extrauterinas.
- **Hemorragia obstétrica postparto:** es la pérdida sanguínea de más de 500mL o más en las primeras 24 horas del puerperio.
- **Anemia:** disminución de la concentración de la hemoglobina, menor a 12g/L. Clasificada en Leve, moderada y severa.
- **Shock hipovolémico:** Es la inestabilidad hemodinámica que cursa con bajo flujo sanguíneo ocasionando inadecuada perfusión tisular que conduce a trastornos metabólico celular, disfunción orgánica y muerte.
- **Admisión a UCI:** es cuando la paciente es aceptada en el servicio de Unidad de cuidados intensivos por haber alcanzado un nivel de severidad de la patología tal que suponga un peligro para su vida.
- **Lesiones vesicales y ureterales:** alteraciones ocasionadas luego de una histerectomía sea en la vejiga o uréteres.
- **Coagulación intravascular diseminada:** es la generación excesiva y anormal de trombina y fibrina en la sangre circulante.
- **Muerte materna:** muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días posteriores al final del embarazo.

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo - observacional de corte transversal, ya que se especifica las complicaciones maternas ocurridas durante el periodo de los años 2016 y 2017 en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

Servicio de Obstetricia B del Instituto Materno Perinatal durante el periodo de 2016 y 2017.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población: todas las pacientes gestantes hospitalizadas con el diagnóstico de acretismo placentario, en el servicio de Obstetricia B del Instituto Materno Perinatal durante el periodo de 2016 y 2017. La población estimada de ingresos es de 42 pacientes.

3.2.2. Muestra: Se trabajará con 42 historias clínicas

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento fue una hoja de recogida de datos, que consiste en la presentación, instrucciones, especificaciones, se presentan en los resultados con sus respectivas fichas.

3.5. DISEÑO Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Han sido recolectados por el autor del trabajo de investigación en una ficha de recolección de datos, en forma directa, a partir de la información obtenida a través de las historias clínicas analizadas.

3.6. PROCESAMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que han sido recopilados fueron insertados en la base de datos del programa estadístico SPSS V22.0 para Windows, donde se realizó las tablas y gráficos. Dichos datos fueron usados para el análisis y la interpretación correspondiente de los resultados adquiridos.

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

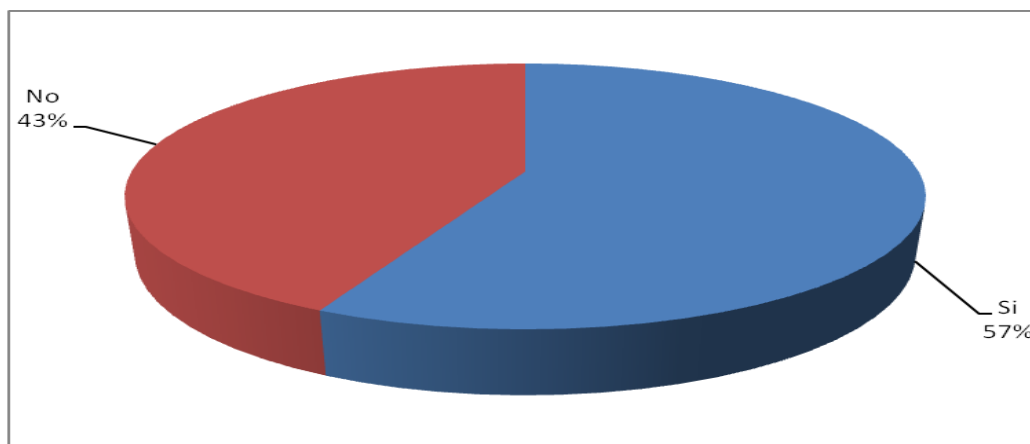
4.1. RESULTADOS

TABLA N°1. Complicaciones maternas del acretismo placentario ocurridos en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	57.1
No	18	42.9
Total	42	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N°1. Complicaciones maternas del acretismo placentario ocurridos en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

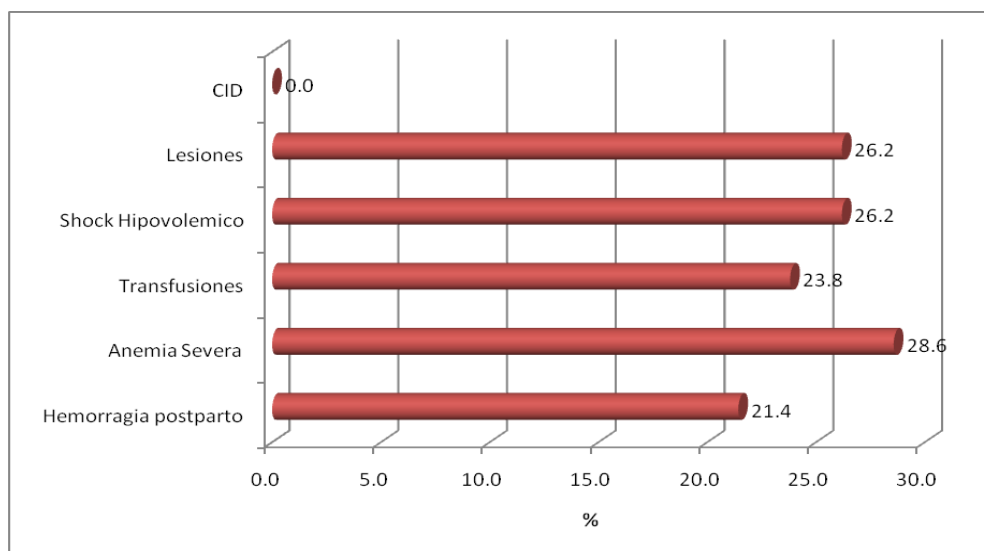
En la tabla se aprecia que el 57.1% del total de pacientes presentaron complicaciones por causa de acretismo placentario ocurridos en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.

TABLA N°2. Tipo de complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Hemorragia postparto	9	21.4
Anemia Severa	12	28.6
Transfusiones	10	23.8
Shock Hipovolemico	11	26.2
Lesiones	11	26.2
CID	0	0.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N°2. Tipo de Complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

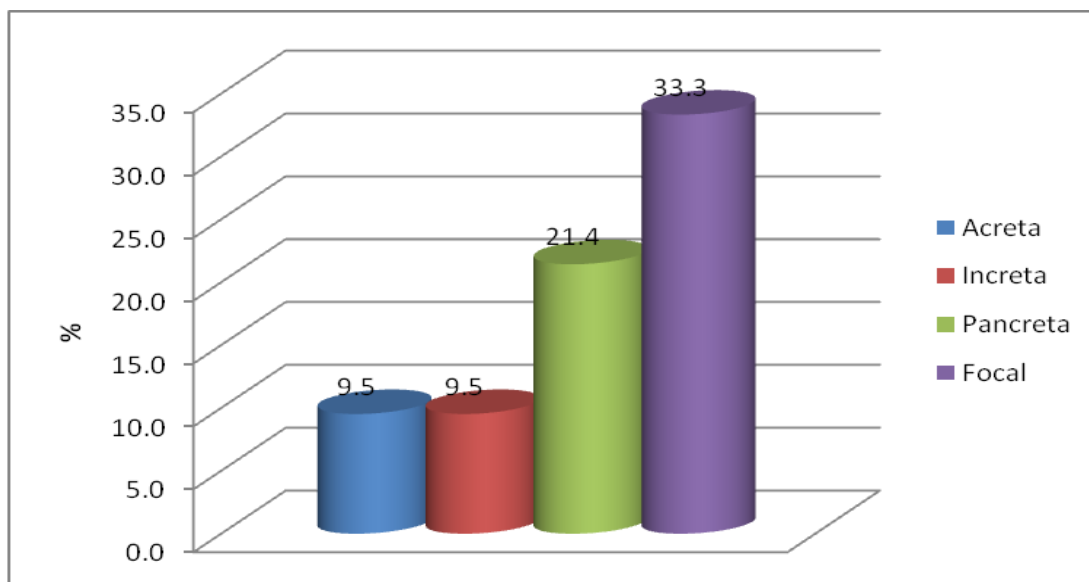
En la tabla se aprecia que las complicaciones maternas más frecuente del acretismo es Anemia Severa (28.6%) seguido por el shock hipovolémico o lesiones (26.2%)

TABLA N°3. Tipo de acretismo placentario de las complicaciones maternas ocurridas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017

	Frecuencia	Porcentaje
Acreta	4	9.5
Increta	4	9.5
Percreta	9	21.4
Focal	14	33.3
N = 42		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N°3. Tipo de acretismo placentario de las complicaciones maternas ocurridas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

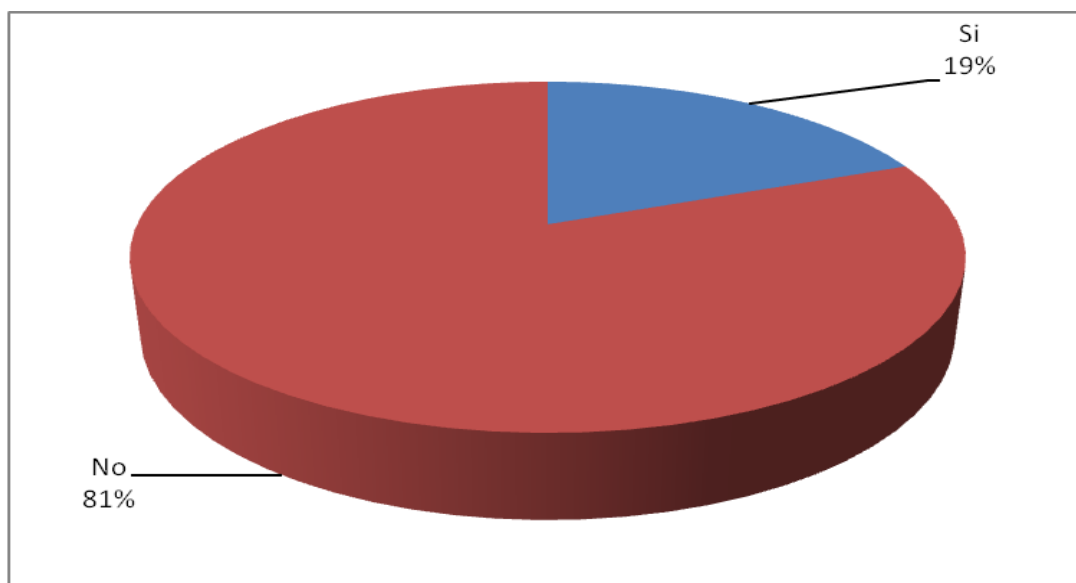
En la tabla se aprecia que el tipo de acretismo más frecuente es el focal (33,3%).

TABLA N°4. Porcentaje de las pacientes admitidas en UCI como parte de una de las complicaciones maternas que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	19.0
No	34	81.0
Total	42	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N°4. Porcentaje de las pacientes admitidas en UCI como parte de una de las complicaciones maternas que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

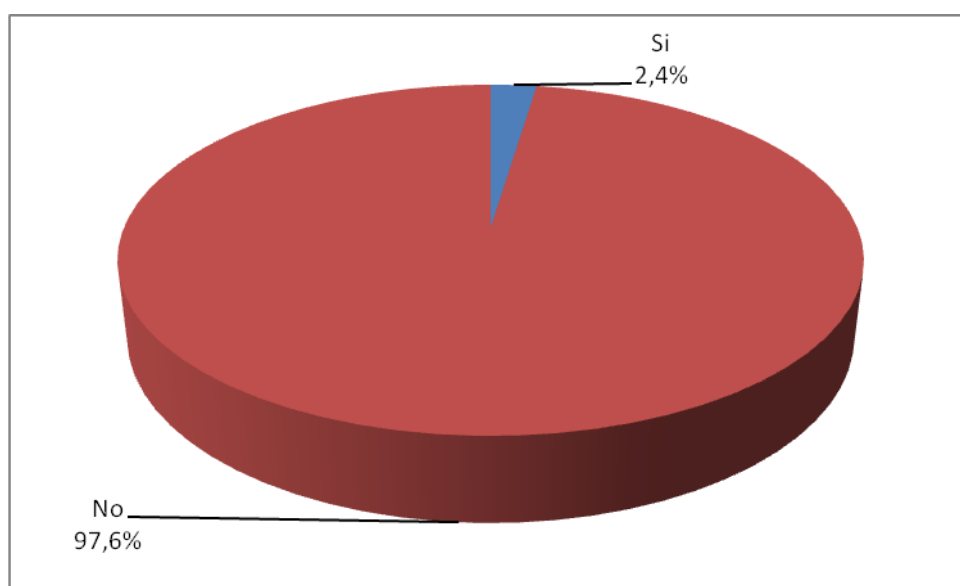
En la tabla se aprecia que el 19% del total de pacientes fueron admitidas en UCI como parte de una de las complicaciones maternas que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.

TABLA N°5. Porcentaje de muerte materna como una de las complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	2.4
No	41	97.6
Total	42	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N°5. Porcentaje de muerte materna como una de las complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

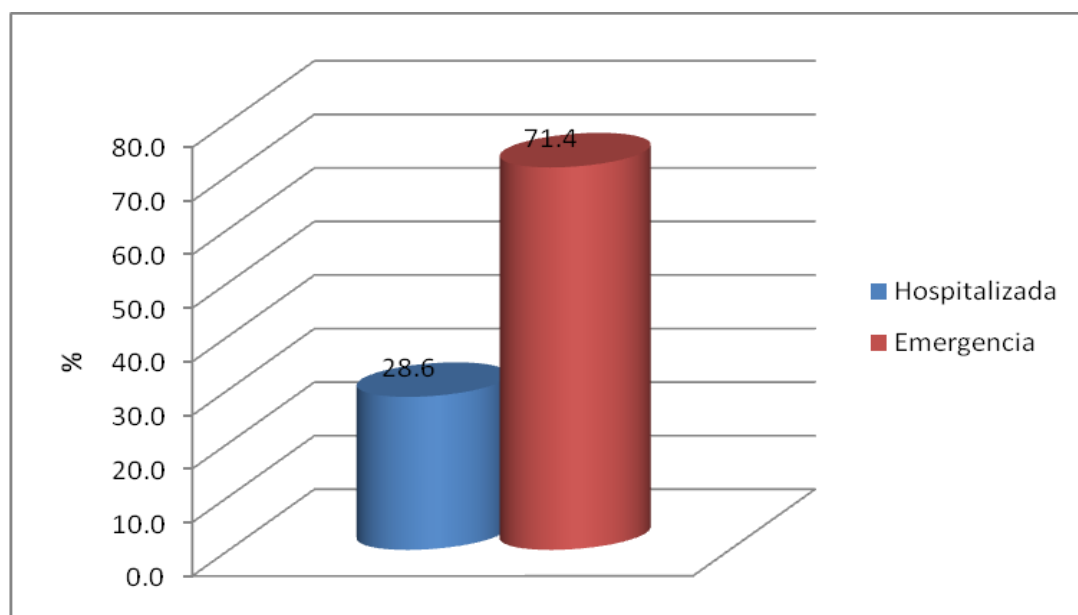
En la tabla se aprecia que el 2,4% del total de pacientes fallecieron como parte de una de las complicaciones maternas que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.

TABLA N°6. Tipo de ingreso en las complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Hospitalizada	12	28.6
Emergencia	30	71.4
Total	42	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N°6. Tipo de ingreso en las complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

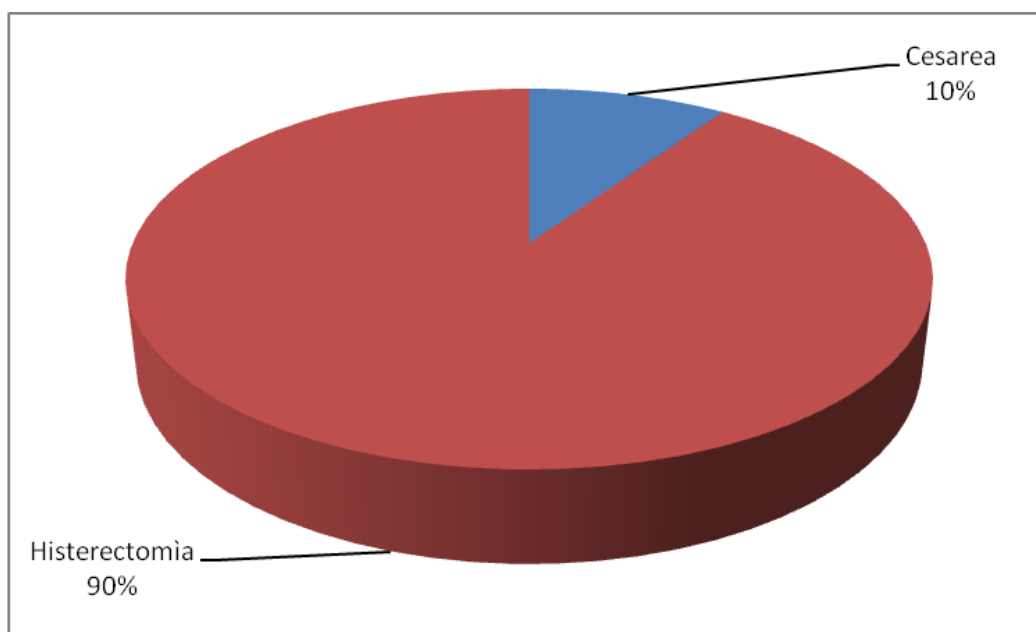
En la tabla se aprecia que el 71,4% del total de pacientes ingresaron por emergencia mientras que el 28,6% fueron hospitalizadas por las complicaciones maternas del acretismo placentario.

TABLA N°7. Manejo quirúrgico en las complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017.

	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea	4	9.5
Histerectomía	38	90.5
Total	42	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N°7. Manejo quirúrgico en las complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017.



Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla se aprecia que el 90.5% del total de pacientes el manejo quirúrgico fue la histerectomía.

4.2. DISCUSIÓN

El acretismo placentario es descrito como una condición donde la inserción de una parte o de toda la placenta es anormal, dando una penetración de las vellosidades coriales al miometrio⁽²²⁾. Los resultados reportan que el 57.1% del total de pacientes presentaron complicaciones por causa de acretismo placentario, observándose que la complicación más frecuente fue la anemia severa (28.6%) debido a la hemorragia obstétrica postparto, siendo esta a su vez la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, conllevando a una pérdida considerable de sangre causando un cuadro severo de anemia haciendo requerimiento de transfusión sanguínea y que en ocasiones desencadena una inestabilidad hemodinámica llevando a choque hipovolémico y admisión a la UCI⁽⁸⁾. Asimismo, el acretismo placentario puede llevar a graves consecuencias tales como alteraciones de la coagulación por pérdida o por coagulación intravascular diseminada. El acretismo placentario ha incrementado la razón y número de muerte materna, debido a la hemorragia obstétrica como principal característica y la resolución quirúrgica mediante histerectomía obstétrica, procedimiento que al realizarse de emergencia induce mayor morbilidad⁽⁷⁾. Los resultados también reportan que el tipo de acretismo más frecuente es el focal (33,3%), asimismo da evidencia que 19% del total de pacientes fueron admitidas en UCI como parte de una de las complicaciones maternas.

La muestra evidencia que el 2,4% del total de pacientes fallecieron como parte de una de las complicaciones maternas. La mortalidad materna ha disminuido en las últimas décadas desde el 9,5% de hace 50 años hasta cifras menor de 1% actualmente. El acretismo placentario tiene un potencial reconocido de muerte materna, siendo la incidencia encontrada de 4.88% a causa de hemorragia⁽⁵⁾. En las últimas publicaciones no se registran casos de muerte materna. Es especialmente importante la placenta percreta, ya que se ha registrado una proporción de mortalidad de hasta el 7%⁽²³⁾. También es una causa importante de morbilidad intra y postoperatoria riesgo de hemorragia masiva, añadiendo así transfusiones (derivadas de la

politransfusión), coagulopatía, pérdida de la capacidad reproductiva y riesgo quirúrgico de la ruptura uterina, órganos adyacentes lesión, o infección ⁽²⁴⁾.

Asimismo, nuestros resultados reportan que el 71,4% del total de pacientes ingresaron por emergencia, el 90,5% del total de pacientes el manejo quirúrgico fue la histerectomía. Generalmente, el manejo recomendado de placenta acreta es histerectomía preoperatoria programada por cesárea con la placenta dejada in situ por que la remoción de la placenta se asocia con una hemorragia significativa. Sin embargo, este enfoque podría no ser considerado tratamiento de primera línea para las mujeres que tiene un fuerte deseo de fecundidad a futuro, por lo que el tratamiento quirúrgico deberá ser aplicado de manera diferente a cada paciente.

La necesidad de la histerectomía total, especialmente cuando se asocia a placenta previa e insertado en cicatrices de cesáreas previas, puede influir en riesgo de daño quirúrgico a los uréteres, vejiga y otras estructuras pélvicas adyacentes, así como de adulto y hasta maternal síndrome de dificultad respiratoria muerte. La pérdida de sangre durante el parto oscila entre 3000 y 5000 ml. La incidencia de placenta acreta está aumentando, especialmente por la mayor incidencia de cesáreas; el mayor riesgo de morbilidad materna disminuye con un adecuado diagnóstico prenatal y la planificación de la interrupción del embarazo con un equipo quirúrgico multidisciplinar, en una institución que ofrece el Banco de sangre ⁽²⁵⁾.

El acretismo placentario es una entidad grave que debe ser manejada preferentemente en una institución de atención terciaria y con equipo quirúrgico multidisciplinario. Actualmente, no hay ningún tratamiento solo que puede ser considerado como el mejor, ya que la histerectomía es curativa y la morbilidad materna asociada es alta. El tratamiento quirúrgico es un desafío a las habilidades de los médicos que tratan, donde parece que el manejo conservador es un recurso útil en ausencia de hemorragia masiva y con la intención de preservar la fertilidad, pero requiere importantes estudios e investigaciones en su práctica.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- El 57.1% del total de pacientes presentaron complicaciones por causa se acretismo placentario.
- Las complicaciones maternas más frecuente del acretismo fue la anemia severa (28.6%) seguido por el shock hipovolémico o lesiones (26.2%).
- El tipo de acretismo más frecuente fue el focal (33,3%)
- El 19% del total de pacientes fueron admitidas en UCI por complicaciones por causa se acretismo placentario.
- El 2,4% del total de pacientes fallecieron como parte de una de las complicaciones maternas de acretismo placentario.
- El 71,4% del total de pacientes ingresaron por emergencia como parte de una de las complicaciones maternas de acretismo placentario.
- El 90.5% del total de pacientes con complicaciones maternas de acretismo placentario tuvieron manejo quirúrgico mediante la histerectomía.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se sugiere que en pacientes con factores de riesgo fuertemente asociados (cesareadas anteriores, placenta previa en embarazo actual), deben ser minuciosamente evaluados para una buena planificación del manejo quirúrgico, enfocándose en minimizar la pérdida sanguínea y preservación de los órganos adyacentes.
- Se sugiere que para el manejo quirúrgico del acretismo placentario, por la seguridad del paciente el parto se realice con un equipo obstétrico experimentado y disponible donde se supone la realización de histerectomía, involucrando a cirujanos especialistas como urólogos, cirujanos generales, gineco-oncólogos.
- Es recomendable que los hospitales consideren una implementación de elementos para responder ante una hemorragia materna, disponibilidad de especialistas en casos de emergencia (urólogos, cirujanos generales y gineco-oncólogos de emergencia).
- Se sugiere mayores estudios de la problemática de Placenta Acreta, por la gravedad de los resultados tanto para la madre como los bebés.
- Se sugiere la disminución de cesáreas de manera deliberada, por la tendencia al acretismo placentario y complicaciones ya desarrolladas.
- Se sugiere valorar el tratamiento conservador únicamente para pacientes primíparas y que deseen con posterioridad una nueva concepción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carmen Sagastegui. Caso clínico: Placenta acreta en el primer trimestre de la gestación. Revista peruana de ginecología y obstetricia. 2005; 51(2):114 – 117.
2. Hernández Ojeda y Col. Acretismo placentario con placenta previa. Reporte de un caso. Ginecología y Obstetricia de México. 2014; 82(8): 552 – 556.
3. Committee Opinion. American College of obstetricians and Gynecologists. Placenta Accreta. 2012; 529: 1-4.
4. Asato Yonagusuku, Mario. Acretismo placentario: estudio realizado durante los años 1980 – 1986 en el Hospital Maternidad de Lima. UPCH. Facultad de medicina Alberto hurtado. 1987: Disponible: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-107321>
5. Bejar Cuba, Julio. Histerectomía de emergencia durante la gestación en el Instituto Materno Perinatal: Incidencia y Factores asociados (Enero 1999 – diciembre 2000). Tesis de especialidad en Ginecología y obstetricia. 2001. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
6. Cynthia M. Farquhar, Zhuoyang Li, et al. Incidence, risk factors and perinatal outcomes for placenta accreta in Australia and New Zeland: A case control study. BMJ Open 2017: 7: 1 – 8.
7. Marcelo Fideas Noguera, Samuel Karchmer & et al. Acretismo placentario un problema en aumento. El diagnóstico oportuno como éxito del tratamiento. México DF 2013: 81(2): 99 – 104.
8. Heather J. Naldwin, Jillian A. Patterson & et all. Maternal and neonatal out comes following abnormally invasive placenta: population-based record linkage study. Australia 2012.
9. Nelson Tripp, MD. The morbidly adherent placenta. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.Lima 2017: 62(4): 411 – 419.
10. Carlos James, Aldo Aguilar & Octavio Garaycochea. Placenta acreta en paciente sin antecedentes quirúrgicos uterinos. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Lima 2015: 61(2): 157 – 161.

11. Abehsera Bensabat M. & et al. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid. Graficas Marte, SL. 2007. Pag: 470
12. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno & et al. Williams Obstetricia 23a Edición. McGraw – Hill. México. Pag: 776.
13. Dr. Freddy Maica Quispe, Dr. Ewin Hochstatter Arduz & et al. Acretismo Placentario y su diagnostico antenatal. Revista Medica Boliviana. Bolivia – Cochabamba. 2007: 18(28) : 42 – 50.
14. Milagros Muñoz Rizo, Vivian Alvarez Ponce y Wendy Felipe Cutie. Acretismo placentario. Revista cubana de Obstetricia y Ginecología. 2015: 41(2): 190 – 196.
15. Sergio Ávila Darcia, Tommy Alfaro Moya & et al. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. Revista clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. Costa Rica 2016: 6(3): 17 – 19.
16. Aldo Solari, Alex Wash, Marcos Guerrero & Et al: Hemorragia postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnostico y tratamiento. Revista médica clínica condes. Chile 2014: 25(6): 996 – 1003.
17. Leonardo Gómez, Humberto Madriñan-Navia & Et al. Percretismo placentario asociado con placenta previa abruptio: reporte de un caso. Progresos de obstetricia y ginecología. España 2014: 2 – 4.
18. Ernesto Castelazo, Diana Monzalbo Nuñez & Et al. Acretismo placentario, una de las repercusiones de la obstetricia moderna. Revista de ginecología y obstetricia mexicana 2013: 81; 525 – 529.
19. Vélez, J & Ángel G. & Beltrán, N. & Calvo, V. Acretismo placentario: Evaluación por Resonancia magnética. Revista médica. Colombia 2015. 23(1): 70 – 76.
20. A. Sierra Solis, M. Leo Barahona, A. I. Romero Lopez & Et al. Placenta percreta con invasión vesical: Una causa infrecuente de hematuria en la embarazada. España 2014: 56(6): 38 – 41.
21. Omar dueñas G., Hugo Rico O. & Mario Rodríguez B. Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. Revista chilena de obstetricia ginecológica 2007. 72(4): 266 – 271.

- 22.** Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos en Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología de México. Edición 2012. Marketing y Publicidad de México, 2012; 129-32.
- 23.** Kayem, G. Davy, C. Goffinet, M. Thomas, C. Clément, D. Cabrol, D. Conservative versus extirpative management in cases of placenta accreta. American College of Obstetricians and Gynecologist. *Obstet and Gynecol.* 2014; 104: 531-36.
- 24.** Warshak, C. Ramos, G. Eskander, R. Benirschke, K. Saenz, C. Kelly, T et al. Effect of Predelivery Diagnosis in 99 Consecutive Cases of Placenta Accreta. *Obstet and Gynecol.* 2012;115: 65-69.
- 25.** Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol* 2014;107: 927-41

ANEXOS

ANEXO N° 1. Operacionalización de variables

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	INSTRUMENTOS
Edad	Cualitativa	Tiempo de vida de una persona	Tiempo de vida expresado en años	20 – 30 a 31 – 39 a >40 a	Ficha de recolección de datos
Acretismo placentario	Independiente	Adhesión anormal de la placenta a la pared uterina	Diagnostico presuntivo o por ecografía		
Hemorragia postparto	Dependiente	Perdida sanguínea de más de 1000ml	Según el promedio de rango de sangrado en una cirugía	<1000ml >1000ml	
Anemia severa		Reducción de la hemoglobina <7	Reducción de la hemoglobina <7	Sí No	
Transfusión sanguínea		Es la transferencia de sangre o componentes sanguíneos de un donante para un receptor	Número de paquetes sanguíneos necesarios para estabilizar la hemoglobina	<2pqtas <5pqtas	
Choque hipovolémico		Trastorno de flujo sanguíneo	Trastorno en el flujo sanguíneo	Sí No	
Admisión a UCI				Sí No	
Lesiones		Alteraciones ocasionadas luego de un procedimiento quirúrgico	Evidencia de heridas en canales ureterales, vesicales, etc.	Vesicales Ureterales	
Coagulación intravascular diseminada (CID)		Exceso de trombina y fibrina en la sangre	Alteraciones en componentes de coagulación sanguínea	Sí No	
Muerte Materna		Muerte durante el embarazo	Muerte de la paciente	Sí No	
Tipos de acretismo	Nominal	Tipo de inserción anormal de la placenta hacia la pared uterina u órganos circundantes	Variabilidad de inserción de la placenta a la pared del útero.	Acreta Increta Percreta Focal Parcial Total	
Tipo de Ingreso	Nominal	Forma de admisión al paciente con patología en estudio	Paciente operada en emergencia u hospitalización	Hospitalizada Emergencia	
Manejo quirúrgico	Nominal	Tratamiento que necesita cirugía	Paciente operada de solo cesárea o histerectomía	Cesárea Histerectomía	

ANEXO N°2. Instrumentos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. DATOS DEL PACIENTE:

Tipo de Ingreso: Hospitalizada Emergencia
Edad: 20 – 30 31 – 39 >40
Estado civil: Soltera Conviviente
Precedencia: Urbana Rural
Grado de Instrucción: Primaria Secundaria Superior

2. DATOS OBSTÉTRICOS RELEVANTES:

Paridad: Nulípara Primípara Multípara
Controles prenatales: Sí No
Edad Gestacional: 20 – 37ss 38 – 42ss >42ss
Antecedentes quirúrgicos: Cesáreas ant. L.U. Miomectomía

3. Diagnóstico de acretismo: Ecografía/ Doppler RM Cx A-P

4. Manejo quirúrgico realizado: Solo cesárea Histerectomía a. Histerectomía: Total Subtotal

5. Tipo de acretismo:

Acreta Increta Percreta Focal Parcial Total

6. COMPLICACIONES MATERNAS:

Anemia severa: Sí No
Infección de sitio quirúrgico: Sí No
Hemorragia obstétrica postparto: <1000ml >1000ml
Transfusiones: <2 pqtes >5pqtes
Shock hipovolémico: Sí No
Admisión a UCI: Sí No
Lesiones: Vesical Uretral
CID: Sí No
Muerte Materna: Sí No
Otros

ANEXO N°3. Validez de instrumentos - consulta de expertos

		Categoría	N	Prop. observada	Prop. de prueba	Significación exacta (bilateral)
Juez1	Grupo 1	Si	13	1,00	0,50	0,002
	Total		13	1,00		
Juez2	Grupo 1	Si	13	1,00	0,50	0,002
	Total		13	1,00		
Juez3	Grupo 1	Si	13	1,00	0,50	0,002
	Total		13	1,00		
						0,002

P-VALOR (PROMEDIO) < 0.05 = LA FICHA ES VALIDA

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE COMPLICACIONES MATERNAS DEL ACRETISMO PLACENTARIO OCURRIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE LOS AÑOS DE 2016 Y 2017

N°	Ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Edad	X		X		X		
2	Acretismo placentario	X		X		X		
3	Hemorragia post parto	X		X		X		
4	Anemia severa	X		X		X		
5	Transfusión Sanguínea	X		X		X		
6	Choque hipovolémico	X		X		X		
7	Admisión en UCI	X		X		X		
8	Lesiones ureterales y/o vesicales	X		X		X		
9	Coagulación vascular diseminada	X		X		X		
10	Muerte materna	X		X		X		
11	Tipo de acretismo	X		X		X		
12	Tipo de ingreso	X		X		X		
13	Manejo quirúrgico	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Hector Gomara Diaz

DNI: 06737886

Especialidad del validador: Gineco Obstetra

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

30... MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
MC HECTOR GOMARRA DIAZ
MEDICO GINECO-OBST
Firma del Experto Informante.

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE COMPLICACIONES
MATERNAS DEL ACRETISMO PLACENTARIO OCURRIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DURANTE LOS AÑOS DE 2016 Y 2017**

N°	Ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Edad	✓		✓		✓		
2	Acretismo placentario	✓		✓		✓		
3	Hemorragia post parto	✓		✓		✓		
4	Anemia severa	✓		✓		✓		
5	Transfusión Sanguínea	✓		✓		✓		
6	Choque hipovolémico	✓		✓		✓		
7	Admisión en UCI	✓		✓		✓		
8	Lesiones ureterales y/o vesicales	✓		✓		✓		
9	Coagulación vascular diseminada	✓		✓		✓		
10	Muerte materna	✓		✓		✓		
11	Tipo de acretismo	✓		✓		✓		
12	Tipo de ingreso	✓		✓		✓		
13	Manejo quirúrgico	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr/ Mg: Aquino Dolores Sosa
DNI: 07498001
Especialidad del validador:

30 de 01 del 2018

Sara Aquino Dolores
ESTADÍSTICO
Firma del Experto Informante.

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE COMPLICACIONES
MATERNAS DEL ACRETISMO PLACENTARIO OCURRIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DURANTE LOS AÑOS DE 2016 Y 2017**

N°	Ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Edad	X		X		X		
2	Acretismo placentario	X		X		X		
3	Hemorragia post parto	X		X		X		
4	Anemia severa	X		X		X		
5	Transfusión Sanguínea	X		X		X		
6	Choque hipovolémico	X		X		X		
7	Admisión en UCI	X		X		X		
8	Lesiones ureterales y/o vesicales	X		X		X		
9	Coagulación vascular diseminada	X		X		X		
10	Muerte materna	X		X		X		
11	Tipo de acretismo	X		X		X		
12	Tipo de ingreso	X		X		X		
13	Manejo quirúrgico	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr/ Mg: Mg. Feliz Ayala Peralta
DNI: 08476310
Especialidad del validador: Gineco-obstetra

26 de Enero del 2018

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional Materno Perinatal
Firma del Experto Informante
Mg. Feliza Dasto Ayala Peralta
JEFE DEL SERVICIO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA
C.M.P. N° 19726 - R.N.E. N° 9170

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

ANEXO N°4. Confiabilidad de instrumentos – Estudio piloto

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba piloto a 10 pacientes y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Alpha Cronbach.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum Si^2}{St} \right)$$

Donde

K: Número de ítems

Si²: Varianza Muestral

St: Varianza del total de puntaje de los ítems

Datos:

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	suma
1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	20
2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	21
3	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	26
4	1	3	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	22
5	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	25
6	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	23
7	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	19
8	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	22
9	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	25
10	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	22
suma	13	20	12	12	17	17	18	18	20	20	19	20	19	
si ²	0,2	0,7	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0	0	0,1	0	0,1	2,3
st ²	9,2													

$$\sum si^2 = 2.3 \quad st^2 = 9.2 \quad K=13 \quad \alpha = \frac{13}{13-1} \left(1 - \frac{2.3}{9.2} \right) = 0.82$$

Para el análisis correspondiente se tomó una muestra piloto de 10 pacientes. El coeficiente obtenido, denota una elevada consistencia interna entre los ítems que conforman el cuestionario, ya que el resultado del cálculo correspondiente fue de 0.82, lo que evidencia que las preguntas del cuestionario contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desean investigar, ya que cuando el coeficiente se aproxima a uno, el instrumento es muy confiable para la presente investigación.

ANEXO Nº 5. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA	INFORMANTE
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVOS GENERAL	DEPENDIENTE		TIPO DE INVESTIGACION	FUENTE
¿Cuáles son las complicaciones maternas del acretismo placentario ocurridos en el Instituto Nacional Materno perinatal ocurridos durante el periodo de los años 2016 y 2017?	Describir las complicaciones maternas del acretismo placentario ocurridos en el Instituto Materno Perinatal	Acretismo placentario.	Acreta Increta Percreta Focal Parcial Total	-Retrospectivo -Transversal -Descriptivo -Observacional	Ficha de recolección de datos
OBJETIVOS ESPECIFICOS		INDEPENDIENTES			
<p>-Identificar la complicación materna más frecuente del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.</p> <p>-Describir la cantidad de pacientes presentaron hemorragia obstétrica postparto y necesitaron de transfusión sanguínea como una de las complicaciones del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.</p> <p>-Enumerar el tipo más frecuente de acretismo placentario de las complicaciones maternas ocurridas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.</p> <p>-Conocer los porcentajes de las pacientes admitidas en UCI como parte de una de las complicaciones maternas que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.</p> <p>-Identificar el porcentaje de muerte materna como una de las complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de los años 2016 y 2017.</p> <p>-Especificar si el tipo de ingreso influye en las complicaciones maternas del acretismo placentario que ocurrieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los periodos de los años 2016 y 2017</p>		<p>Hemorragia postparto</p> <p>Anemia severa</p> <p>Transfusión Sanguínea</p> <p>Choque hipovolémico</p> <p>Admisión a UCI</p> <p>Lesiones</p> <p>Coagulación intravascular diseminada</p> <p>Muerte materna</p>	<p><1000ml >1000ml</p> <p>Sí No</p> <p><2pqtes >5pqtes</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p> <p>Vesicales Ureterales</p> <p>Sí No</p> <p>Sí No</p>	<p>Población: todas las pacientes gestantes hospitalizadas con el diagnóstico de acretismo placentario, en el servicio de Obstetricia B del Instituto Materno Perinatal durante el periodo de 2016 y 2017. La población estimada de ingresos es de 42 pacientes.</p> <p>Muestra: del total de 42 historias clínicas</p>	

