



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
PROGRAMA UNICO DE ESPECIALIDADES MEDICAS

**Manejo de acretismo placentario, experiencia del Hospital Regional
General Ignacio Zaragoza**

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
SHANTAL CURIEL JACOBO**

**TUTOR:
ALEJANDRO ALFONOS VAZQUEZ LOPEZ**

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA, FEBRERO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

MANEJO DE ACRETISMO PLACENTARIO, EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

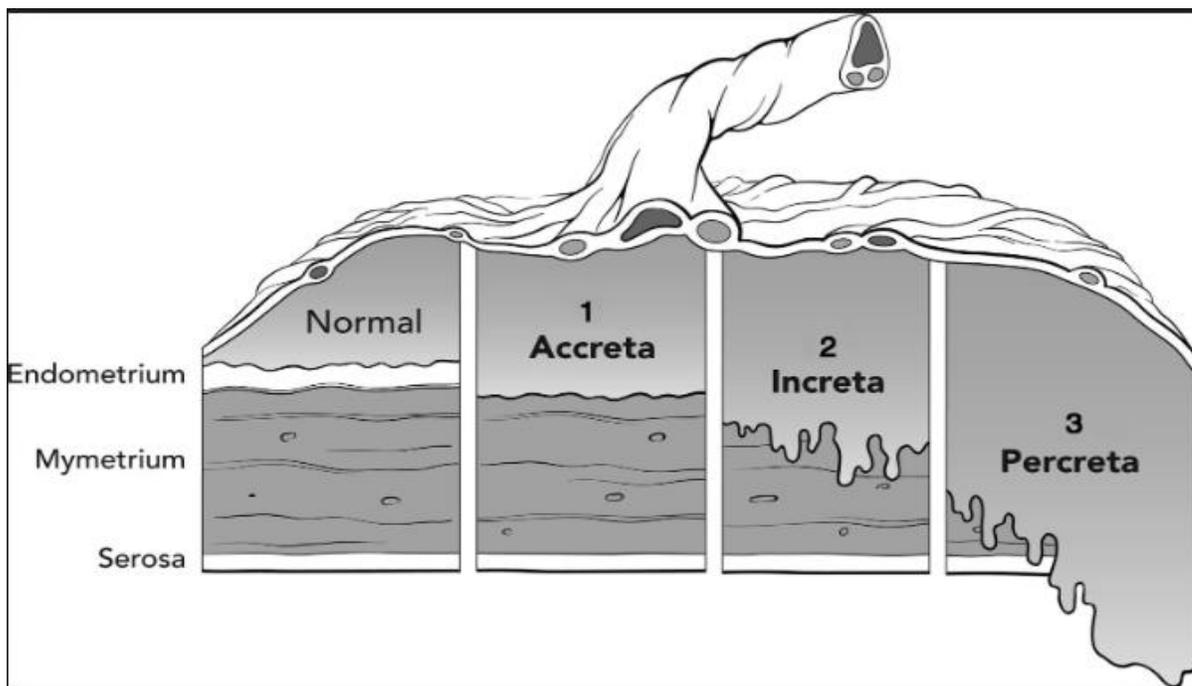
Dr. Alejandro Alfonso Vázquez López (MA), Dra. Shantal Curiel Jacobo (R4)

1. DEFINICION DEL PROBLEMA

La mortalidad materna es considerada como un problema de salud mundial, representando un marcador de desarrollo mundial. La hemorragia obstétrica se constituye actualmente como la primera causa de muerte materna en el mundo, compartiendo esta posición con la pre eclampsia. Siendo el acretismo placentario el 39% de estos casos, generalmente asociada a placenta previa. Su manejo ha representado un reto importante durante años pues se han reportado series con una mortalidad de hasta 90%, por lo que su diagnóstico antenatal, grado de severidad y manejo definitivo oportuno es indispensable para la sobrevivencia de las pacientes y el mejor pronóstico fetal. El presente estudio lleva por objetivo la publicación de la experiencia en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, en el manejo de paciente con diagnóstico de acretismo placentario en este hospital.

2. ANTECEDENTES.

El acretismo placentario se cataloga como una placentación anormal, en la que las vellosidades coriales invaden el miometrio en diverso grado en el sitio de implantación. Según la profundidad de la invasión trofoblástica se clasifica en.- *a)* Acreta, cuando las vellosidades coriales están directamente adheridas al miometrio en su tercio proximal (78-80%), *b)* Increta cuando las vellosidades coriales invaden el miometrio en su tercio medio y distal (15-18%) y *c)* Percreta cuando las vellosidades coriales penetran completamente el miometrio e invaden la serosa, pudiendo involucrar órganos y tejidos vecinos como vejiga, recto sigmoides, paramétrios, etc. (5-7%). su característica histopatológica es la ausencia total o parcial de decidua basal.^{1,2,3.}



La fisiopatología se fundamenta de forma microscópica por la escasa decidualización con infiltración de tejido vellositario en el miometrio, y de forma macroscópica con neovascularización útero-placentaria prominente en el área afectada. El entorno molecular del trastorno resulta interesante: El desarrollo placentario se basa en un efecto sinérgico entre factores de crecimiento angiogénico y sus receptores, el Tie 1 y el Tie 2 considerados marcadores específicos de este efecto.

Se constituyen como factores de riesgo para el acretismo placentario.- Cirugía uterina previa siendo este el más importante (cesárea, miomectomía, etc.), y placenta previa (placenta previa que aparece tras una cesárea anterior). 3,4.

El acretismo placentario en cualquiera de sus tres presentaciones es una verdadera urgencia Obstétrica por su alta morbilidad y mortalidad materno-fetal, con graves consecuencias cuando es un hallazgo inesperado provocando graves complicaciones como: Hemorragia masiva durante la atención del parto y posterior a éste y lesión a órganos vecinos como vejiga, recto sigmoides, paramétrios y uréteres, consumo de hemoderivados con las posible complicaciones derivadas de esto ya sea de tipo infeccioso o coagulopatías por discrasia sanguínea, pudiendo terminar en muerte materna. 6,7.

Por primera vez en 20 años, en el año 2010 la hemorragia obstétrica superó a los trastornos hipertensivos del embarazo como causa de muerte materna en nuestro país, convirtiéndose en un reto para el Sector Salud la implementación de estrategias que hagan frente a este problema. 5.6. La incidencia del acretismo placentario ha incrementado la razón y el número absoluto de muerte materna, por lo que es importante mejorar las medidas de prevención y el tratamiento de los casos.6, 7

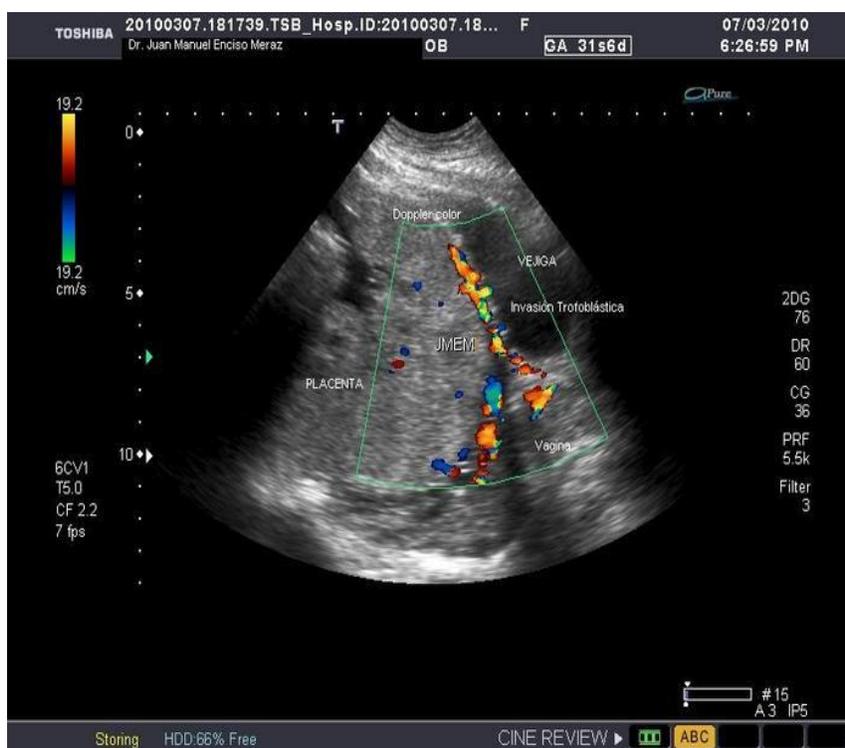
El diagnóstico prenatal está basado principalmente en los hallazgos ecográficos por vía abdominal y vaginal. La ecografía es un método diagnóstico de primera línea, coste-efectivo, fácilmente disponible y no invasivo. Permite evaluar la posición e implantación placentaria. Tiene una sensibilidad del 77-93%, una especificidad del 71-97%, valor predictivo positivo (VPP) del 65-88% y valor predictivo negativo (VPN) del 92-98%. 8, 9.

Se pueden obtener imágenes de mayor resolución con la ecografía Trans vaginal sobre todo en casos de placenta previa y de implantación posterior ya que permite una visualización más cercana del segmento uterino inferior y de la placenta. 9,10.

Los hallazgos ecográficos en el acretismo placentario son:

- 1.- Pérdida del espacio anecoico retro placentario.- Este es uno de los hallazgos ecográficos más frecuentes, aunque encontrado de forma aislada es poco sensible y específico. Se recomienda búsqueda de otros marcadores ecográficos.
- 2.- Anomalías en la inter fase miometrio-vejiga con interrupción de la pared posterior de la misma. Signo específico de acretismo poco sensible.
- 3.-Adelgazamiento del miometrio retro placentario.- Indica proximidad entre el tejido placentario y la serosa retroperitoneal. Un segmento miometrial de menos de 1 mm es sugestivo de placentación anómala.
- 4.- Lagunas placentarias o lagos venosos.- Espacios anecoico intra placentarios adyacentes a la pared uterina, que corresponden a un drenaje venoso anómalo en respuesta a una vascularización arterial anormal. Dan una imagen clásicamente llamada en “queso suizo”, su presencia en el segundo y tercer trimestre, ofrece una sensibilidad del 79% y un VPP del 92%.

Para mejorar la eficacia del diagnóstico prenatal se menciona una serie de marcadores bioquímicos y biológicos. Aunque niveles elevados en suero materno de creatinquinasa (resultado del daño muscular producido en el miometrio), alfa feto proteína o gonadotropina coriónica humana, parecen estar relacionados con el acretismo, lo cierto es que no hay estudios prospectivos que apoyen su uso. Otros marcadores se han relacionado son la presencia en suero materno de DNA fetal libre y RNA m de células placentarias, aunque por el momento ninguno de estos tiene utilidad clínica. 14, 15,16.



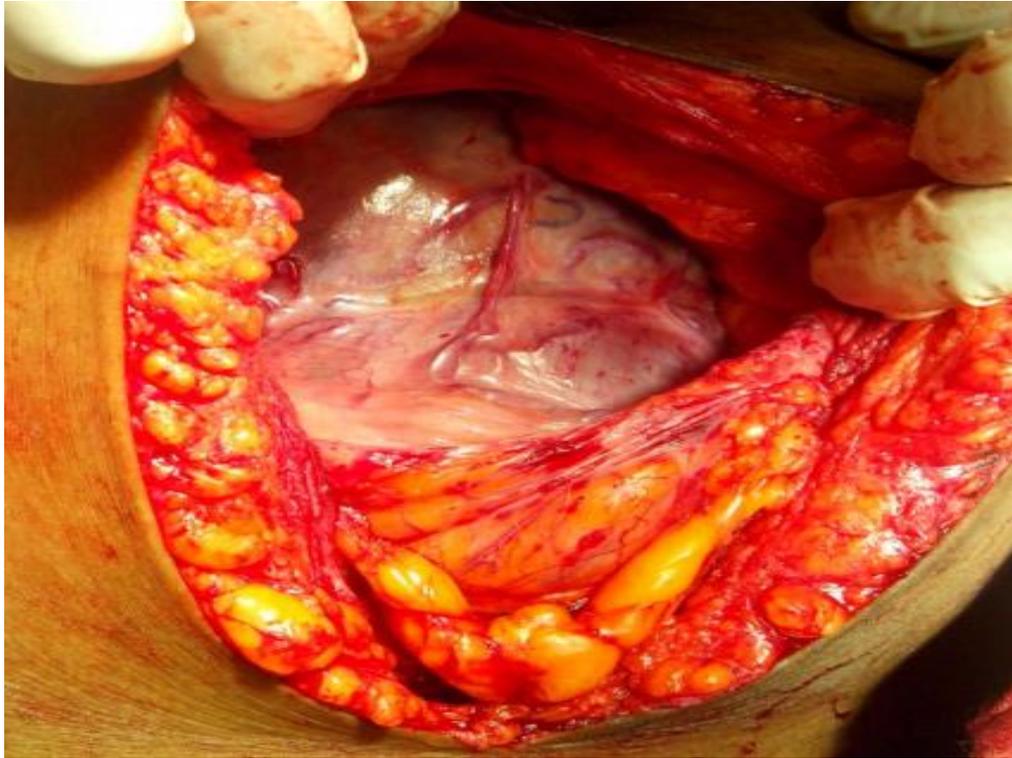
Ya con el diagnóstico por imagen establecido y ante la sospecha de placenta Acreta en su variedad de Increta y/o Percreta se debe efectuar evaluación mediante cistoscopia y, si el caso lo justifica recto sigmoidoscopia, con la finalidad de complementar el diagnóstico y de esta forma proponer el plan de manejo en cada caso en particular, procurando salvaguardar el estado de salud de la paciente y su producto.^{15, 16}

En caso de acretismo placentario el manejo de elección sigue siendo la histerectomía obstétrica, debiendo contar con personal médico capacitado, suficiente cantidad de componentes hemáticos y unidad de cuidados intensivos.^{16, 17}. En caso de placenta Increta o percreta, se han propuesto diversas modalidades de atención, que van desde la misma histerectomía obstétrica la que comúnmente se acompaña de dificultad técnica, hemorragia abundante con sus consecuencias resultantes (estado de choque, hipoperfusión a órganos vitales, muerte materna, etc.), riesgo de lesión a órganos vecinos (vejiga, uréter, intestino, etc.).^{16,17}

También se ha propuesto efectuar histerotomía corporal con extensión al fondo uterino para extracción fetal, sin tocar placenta, dejando está en útero con vigilancia subsecuente hasta la involución placentaria y posterior alumbramiento de la misma.

Otra opción terapéutica nos describe realizar cesarea en primer tiempo quirúrgico, con cierre del cordón umbilical e histerorrafia y en un segundo tiempo quirúrgico realizar histerectomía total con apoyo de controles en cuantificación de hormona gonadotropina coriónica.

En este mismo contexto quirúrgico se maneja la desarterialización selectiva del útero con resultados favorables en caso de acretismo e incretismo, siempre asociado al trauma quirúrgico resultante, sin embargo en casos de percretismo no basta con esta técnica para controlar la hemorragia derivada de la invasión y daño a órganos vecinos. ^{16,18}. Por lo que el manejo de estas últimas pacientes dependerá del grado de invasión a otros órganos; requiriendo el manejo de una mayor cantidad de personal calificado en otras áreas como son urología, cirugía vascular, oncología, cirugía general.



3. JUSTIFICACION

Actualmente la primera causa de muerte materna a nivel mundial es la hemorragia obstétrica; tomando en cuenta que uno de los principales diagnósticos asociados es el acretismo placentario, consideramos que el diagnóstico oportuno así como su manejo eficaz son determinantes en el pronóstico del binomio obstétrico, por lo que se pretende el análisis y comparación de los resultados perinatales y maternos tomando en cuenta el momento del diagnóstico, así como evolución a corto y mediano plazo con 2 protocolos de manejo.

4. HIPOTESIS

Los días de estancia intrahospitalaria, el número de intervenciones así como el sangrado quirúrgico calculado, serán menores a lo reportado en la literatura actual sobre manejo de pacientes con diagnóstico de acretismo placentario

5. OBJETIVO GENERAL

Conocer la experiencia en los resultados maternos y fetales, a corto y mediano plazo, para el tratamiento definitivo del acretismo placentario así como su asociación con el grado de severidad corroborado por histopatología en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza

6. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Cuantificar el número de pacientes con diagnóstico de acretismo placentario en los últimos 20 años
- Definir si se cuenta con diagnóstico prenatal de acretismo placentario en cada una de las pacientes.
- Determinar los factores de riesgo mas comunes en las pacientes con acretismo placentario
- Determinar el número de procedimientos quirúrgicos a los que fueron sometidas las pacientes para manejo definitivo
- Determinar la cantidad de sangrado total en los procedimientos quirúrgicos.
- Determinar el número de hemoderivados transfundidos durante su estancia hospitalaria.
- Determinar grado de severidad de acretismo placentario por reporte de patología
- Determinar días de estancia en UCIA.
- Determinar días de estancia hospitalaria
- Determinar edad gestacional promedio por capurro del feto.
- Determinar las complicaciones postquirúrgicas inmediatas y mediatas mas frecuentes.

7. DISEÑO

a. TAMAÑO DE LA MUESTRA

- Todas las pacientes con diagnóstico de postoperadas de histerectomía obstétrica con sospecha de acretismo placentario en el periodo de tiempo de julio 1997- julio 2017 con reporte por patología que confirme diagnóstico.

b. DEFINICION DE LAS UNIDADES DE MEDICION

- Se solicitarán los expedientes clínicos de las pacientes postoperadas de histerectomía obstétrica, en los últimos 20 años, en donde se buscara el reporte de patología para confirmar diagnóstico postoperatorios, asi como las indicaciones quirúrgicas, hemoderivados, cirugías realizadas, días de estancia y complicaciones previas a su egreso.

c. DEFINICION DEL GRUPO CONTROL

- No aplica

d. CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes posthisterectomizadas en el periodo comprendido de 1997 a 2017 en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza en quienes se confirme diagnóstico de acretismo placentario por reporte de patología.

e. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes posthisterectomizadas en el periodo comprendido de 1997 a 2017 en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza en quienes se descarte diagnóstico de acretismo placentario por reporte de patología.

f. CRITERIOS DE ELIMINACION

- Expedientes clínicos incompletos

g. DEFINICION DE VARIABLE Y UNIDADES DE MEDICION

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIZACION	VALORES FINALES
Acretismo	Placentación anormal, en la que las vellosidades coriales invaden el miometrio	Se determinara con el reporte de patología en donde se demuestre invasion miometrial	Cualitativa / dependiente	Ordinal	Si No	Presento acretismo : 1.- Si 2.-No
Diagnóstico previo	Datos ultrasonográficos con los que se sospeche el diagnóstico de acretismo placentario	Se determinara con la historia clínica ginecoobstétrica si la paciente contaba con sospecha de diagnóstico de acretismo	Cualitativa / dependiente	Ordinal	Si No	Sospecha diagnóstica : 1.- Si 2.-No

FACTORES DE RIESGO						
VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIZACION	VALORES FINALES
Edad materna	Tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta la fecha actual.	Se determinará con el número en años registrado en historia clínica al momento de su ingreso	Cuantitativa continua / independiente	De razón	1.- menor 20 2.- 21-25 3.- 26-30 4.- 31-35 5.- 36-40 6.- 41-45 7.- 46-50	Edad materna: 1 2 3 4 5 6 7
Ant de cirugías uterinas	Contar con procedimientos quirúrgicos que involucren la integridad del endometrio y/o miometrio como son miomectomía, cesarea y/o legrado instrumentado	Se determinará con los antecedentes personales patológicos de la paciente asentados en la historia clínica al momento de su ingreso.	Cualitativa / independiente	Nominal	Si No	Ant de cirugías uterinas: Si No
Tabaquismo	Consumo en cualquier cantidad de productos con nicotina por vía inhalatoria oral en los últimos 10 años	Se determinara con el antecedente de consumo de productos con nicotina, asentados en la historia clínica al momento de su ingreso	Cualitativa / independiente	Nominal	Si No	Tabaquismo: Si No
Placenta previa	Inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, sobre el orificio interno o muy cerca del mismo	Se determinara con el antecedente de diagnóstico de Inserción anómala por Ultrasonido Obstétrico reportado en el expediente clínico	Cualitativa / independiente	Nominal	Si No	Placenta previa: Si No

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIZACION	VALORES FINALES
Número de procedimientos quirúrgicos	Cantidad de cirugías a las que fue sometida cada paciente desde su ingreso hasta su alta.	Número cirugías reportadas y descritas en el expediente	Cuantitativa / Independiente	De razón	Números ordinales	Número de procedimientos quirúrgicos; 1, 2, 3
Número de hemoderivados transfundidos	Suma total de hemoderivados transfundidos a cada paciente desde su ingreso hasta su alta.	Cuantificación de hemoderivados transfundidos, incluyendo concentrados eritrocitarios, plasmás frescos congelados, concentrados plaquetarios y/o crioprecipitados.	Cuantitativa / Independiente	De razón	Números ordinales	Número de hemoderivados transfundidos; 1, 2, 3....
Grado de severidad de acretismo	Nivel de invasión uterina alcanzado por las vellosidades coriales	Será determinado de acuerdo al nivel de penetración corial reportado por Patología	Cualitativa continua / independiente	Nominal	Acretismo Incretismo Percretismo	Grado de severidad: Acretismo, Incretismo, Percretismo.
Estancia en UCIA	Días de internamiento en UCIA desde su ingreso hasta su alta.	Será determinado con la cantidad de días de estancia en UCIA corroborado en las notas del expediente clínico	Cuantitativa / Independiente	De razón	Números ordinales	Estancia en UCIA; 1, 2, 3....
Estancia hospitalaria	Suma total de los días de internamiento desde su ingreso menos los días de estancia en UCIA.	Será determinado con la cantidad de días de estancia total en el hospital menos los días de estancia en UCIA	Cuantitativa / Independiente	De razón	Números ordinales	Estancia hospitalaria; 1, 2, 3....
Edad gestacional del RN	Semanas calculadas al momento del nacimiento para el Recién nacido por capurro.	Reporte de capurro dado por médico pediatra al momento del nacimiento.	Cuantitativa / Independiente	De razón	Semanas de gestación	Edad Gestacional: _____sdg

h. SELECCIÓN DE FUENTES

- i. Se recolectaran los expedientes clínicos en el servicio de archivo clínico de las pacientes incluidas en el estudio, mediante solicitud por parte de la coordinación del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza

i. PRUEBA PILOTO

- i. No aplica

j. DEFINICION DEL PLAN DE PROCESAMIENTO

- i. El procesamiento de datos se realizará en computador Core I5 con 2 GB de RAM. Se analizarán los datos en un software paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 22 para Windows. Estadística descriptiva (tablas de frecuencias en valores absolutos y relativos y gráficos) e inferencial. Con empleo de prueba no paramétrica para variables cualitativas como el Chi cuadrado, usados según sea la situación. El nivel de significancia propuesto por el investigador para dicho análisis fue de 0,05.

8. CONSIDERACIONES ETICAS

- a. De acuerdo a la Ley General de Salud respecto a protocolos de investigación respecto a la salud, en su artículo 45 y 91, no serán puestos en riesgo los fetos y/o recién nacidos, además de que será valorado por el comité de Ética así como de Etica en investigación del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza.
- b. Se declara que no hay conflicto de intereses.

9. CONSIDERACIONES DE BIOSEGURIDAD

- a. Ninguno

10. RECURSOS HUMANOS

- a. Dra Shantal Curriel Jacobo.- Residente de 4to año de Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional General Ignacio Zaragoza. Búsqueda, recopilación y análisis de información.
- b. Dr. Alejandro Vázquez López.- Médico especialista adscrito al servicio de Tococirugía. Hospital Regional General Ignacio Zaragoza. Asesor de tesis.

11. RECURSOS MATERIALES

- a. Expedientes clínicos, plumas, lápices, hojas blancas, computadora, impresora.

12. PROGRAMA DE TRABAJO

		Mar 2017	Abr 2017	May 2017	Jun 2017	Jul 2017	Ago 2017	Sept 2017	Octubre 2017	Nov-Dic 2017	Enero 2018	Feb 2018
Introducción al campo del tema	Revisión bibliográfica											
	Acercamiento al campo											
	Elaboración de proyecto de tesis											
Trabajo de campo	Constitución del equipo											
	Identificación de necesidades y problemas											
	Planificación de actividades											
	Ejecución de las acciones y actividades											
	Evaluación del proceso											
	Diario de campo											
Análisis y resultados	Redacción de reporte											
	Discusión de narrativa con el equipo											
	Redacción de tesis											

13. RECURSOS FINANCIEROS

- a. Propios

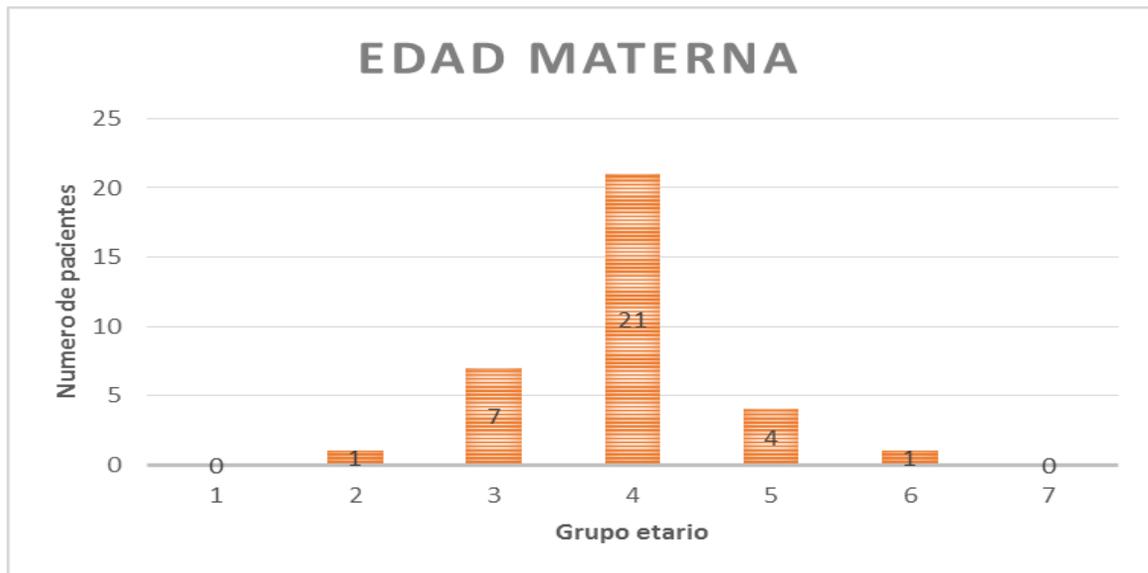
14. DIFUSION

- a. Para obtener el grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia.
- b. Congreso regional de Ginecología COMEGO 2018

15. RESULTADOS

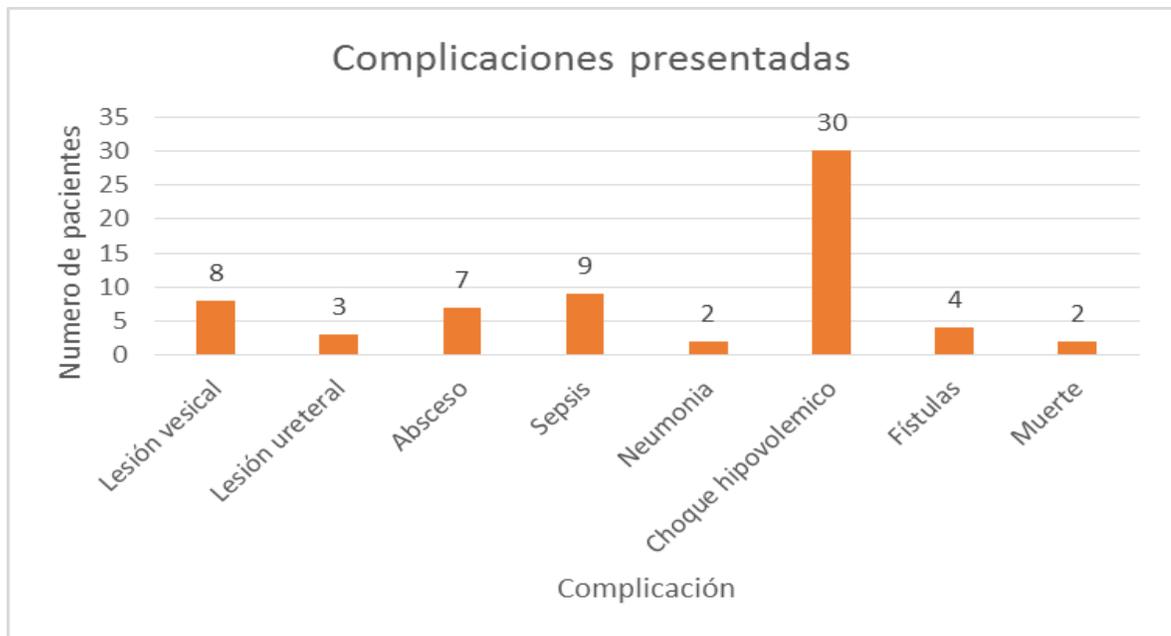
Del mes de Enero de 1997 a Diciembre 2017 hemos atendido a 34 pacientes con diagnóstico histopatológico de Acretismo placentario, con los siguientes resultados.-

- a. Diagnóstico de acretismo previo a manejo quirúrgico: algunas de las pacientes fueron post-histerectomizadas como manejo urgente posterior a hemorragia obstétrica, dando en total un 85.2% de sospecha diagnóstica por imagen previo a manejo quirúrgico y 14.8% de diagnóstico posterior a su tratamiento.
- b. Edad materna: Se agruparon las pacientes por quinquenios, a partir de los 20 años, destacándose la mayor incidencia de casos entre los 26 a 35 años de edad, con un total de 28, correspondiendo al 82 %.



- c. Promedio de hemorragia trans cesárea: 400 ml.
- d. Promedio de hemorragia trans histerectomía: 1800 ml.
- e. Reporte histopatológico.- 12 placentas acretas, 16 Placentas Incretas y 6 percretas.
- f. Factores de riesgo mas comunes en las pacientes con acretismo placentario. Todas las pacientes incluidas en el estudio tenían como mínimo 1 procedimiento quirúrgico en el útero siendo los 2 mas frecuentes cesárea y legrado, contando con antecedente de al menos 1 cesarea el 94.1% (32 casos), llama la atención 2 casos en donde las pacientes no contaban con cesáreas o miomectomias previas, sino 1 legrado previo al embarazo en estudio, 5.9 %
- g. Determinar días de estancia en UCIA. Posterior al manejo definitivo a previo a este, el 82% requirió una estancia en UCIA de menos de 10 días, el resto se mantuvo hasta 40 días, asociándose a complicaciones como sepsis y abscesos, siendo además estas pacientes las que requirieron mas eventos quirúrgicos, y en el caso de 1 de ella, la muerte.

- h. Edad gestacional promedio por capurro del feto. Como parte del manejo en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, se consideraba como mínimo las 34 sdg, considerando la maduración pulmonar con esquema de inductores y con ello intentar disminuir el número de complicaciones neonatales. Obteniendo los siguientes resultados: 70 % de productos mayores a las 34 sdg, 30% (24 casos) menores a esta edad gestacional el 30% (10 casos), de estos últimos casos, en su mayoría sin diagnóstico previo de acretismo placentario, resueltos por condiciones de urgencia o compromiso materno, de los productos menores a 34 sdg se tuvieron 4 muertes fetales asociadas a complicaciones por prematuridad entre ellas hemorragia intracraneana, enterocolitis necrotizante y neumonía.
- i. Complicaciones postquirúrgicas inmediatas y mediatas más frecuentes.
- a. Lesión vesical: se hicieron presentes en el 23.5 % de las pacientes, (8 casos) en su mayoría en la región del domo de la vejiga, mismas lesiones que fueron manejadas y vigiladas posteriormente por el servicio de urología.
 - b. Lesión ureteral.- presente en el 8.8 % (3 casos) en su totalidad en casos de placenta percreta.
 - c. Absceso.- en 7 casos se hizo diagnóstico de absceso residual en cúpula vaginal (20.5%) motivando en los 7 casos, un tercer o cuarto evento quirúrgico para su resolución, llevándolas además a la sepsis abdominal.
 - d. Sepsis.- contamos con 9 pacientes con sepsis como complicación postquirúrgica, esto representa el 26.4%, 7 de ellas como consecuencia de un absceso en cúpula vaginal y 2 de ellas con neumonía.
 - e. Neumonía.- en 5.8% (2 casos), uno de ellos acompañado de sepsis abdominal, llevando a la muerte a la paciente.
 - f. Choque hipovolémico: presente en el 88.2% (30 casos) tomando en cuenta desde choque hipovolémico grado I al IV, teniendo mayor incidencia en II y III grado, con un total de 26 casos, los 4 casos en donde no se concluyó con diagnóstico de choque hipovolémico fueron casos en los que se realizó cesárea histerectomía en el mismo evento quirúrgico, con diagnóstico previo a su manejo quirúrgico, así como desarterialización simultánea al nacimiento del feto, además de contar con equipo y manejo de energías para el procedimiento de histerectomía. Cabe resaltar que 3 de estos 4 casos, tiene reporte definitivo por patología de acretismo y 1 de ellos de incretismo placentario
 - g. Fístulas : se presentaron en 4 de las pacientes (11.7%), en su totalidad de trayecto vesico-vaginal.
 - h. Muerte: se registraron 2 muertes maternas (5.8%), una de ellas en el postquirúrgico inmediato, de quien no se contaba con diagnóstico previo de acretismo placentario con diagnóstico de muerte de coagulación intravascular diseminada; la segunda de las pacientes con causa de muerte por sepsis abdominal y neumonía, teniendo esta última paciente la estancia en UCIA más prolongada y con mayor número de procedimientos quirúrgicos.



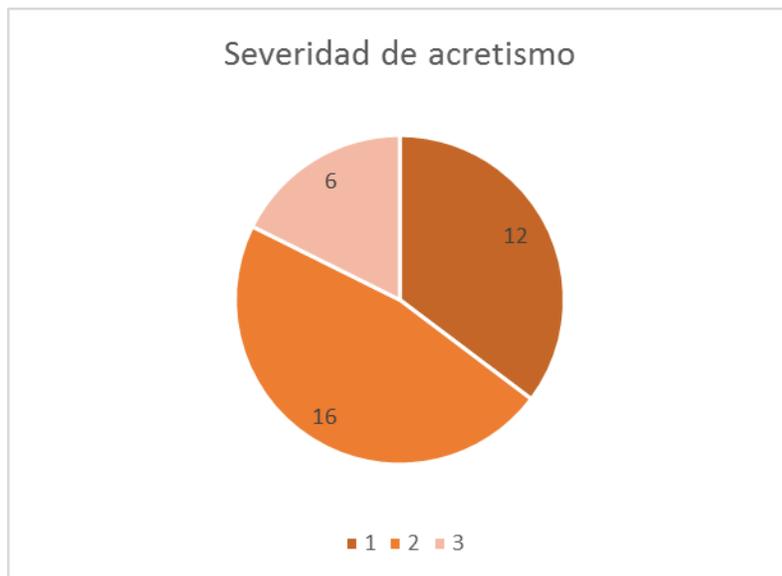
16. DISCUSION

La muerte materna es un problema de salud pública, no solo en México sino a nivel mundial, siendo la hemorragia obstétrica la causa de una muerte materna cada 4 minutos, situación que justifica el establecer acciones dirigidas a atender esta problemática, realizadas de manera oportuna, con calidad y el rigor científico necesario, no dejando de lado, que en muchas ocasiones el acceso a técnicas de alta complejidad no están al alcance de todos los centros hospitalarios.

En México, en el Instituto Nacional de Perinatología, Lira y colaboradores, en la década de 1990, mencionan que 37 (18%) de 210 casos de placenta previa presentaron acretismo placentario; de los cuales, 26 (70%) tenían antecedentes de cesárea: Con una cesárea ocurrencia del 21% y con dos o más cesáreas del 50%. La edad media de las pacientes fue de 31 años, y el grupo de mayor riesgo fue el de 35 a 39 años, con 26% de acretismo placentario.

La edad gestacional para la interrupción del embarazo, dependerá del grado de invasión placentaria, de acuerdo a nuestros resultados y tomando en cuenta publicaciones tanto del Instituto Nacional de Perinatología y Hospital General de México sugerimos:

- a. En percretismo, la interrupción debe ser a las 34 semanas (previa maduración pulmonar fetal)
- b. Incretismo y en acretismo a las 36 semanas de gestación, también con esquema de maduradores pulmonares, considerando que el grado de deterioro de la pared uterina es tan importante.



- 1.- acretismo
- 2- incretismo
- 3.- percretismo

En ningún caso sugerimos que la interrupción del embarazo sea mas alla de las 36 sdg ya que el grado de invasión placentaria seguirá empeorando el pronóstico de la paciente.

El manejo de pacientes con este diagnóstico, en cualquiera de sus variedades, requiere de un grupo multidisciplinario de especialistas expertos en su respectiva área dispuestos a intervenir en cuanto el caso se presente y se requiera, este equipo idealmente deberá estar constituido por Gineco-obstetrias, Médicos maternos fetales; quienes llevarán la dirección en la toma de decisiones respecto al manejo de la paciente; radiólogos, cirujano vascular, urólogo, anestesiólogo, medicina del paciente crítico; cada uno aportando lo mejor de su área, siempre, de primera intención, intentando dar el manejo mas conservador.

Las complicaciones postquirúrgica inmediatas y mediatas se asociaron a los casos de invasión placentaria con mayor gravedad, es decir los casos de percretismo siendo además este el diagnóstico definitivo en las 2 pacientes que fallecieron; cabe mencionar que en uno de estos casos sin contar con el diagnóstico previo a su manejo. El resto de las complicaciones fueron, en orden de incidencia, hemorragia obstétrica, que en algunas publicaciones se mencionan con volúmenes de hasta 6000 cc, en contraste con los 2500 cc en promedio como sangrado máximo, a excepción de 3 casos en donde el sangrado se cuantifico en 4000 cc y uno mayor a 10,000, casos únicos y el segundo de estos resultando en muerte materna por coagulopatía intravascular diseminada; en segundo lugar se encuentran las complicaciones urinarias con lesión vesical y ureteral en el transoperatorio, en total 11 asi como a largo plazo con 4 fistulas; en todos estos casos manejadas por el servicio de urología, únicamente 1 de ellas finada.

17. CONCLUSIONES

Los mejores resultados en el manejo de pacientes con acretismo placentario, dependerá en su totalidad del grado de invasión placentaria y definitivamente el diagnóstico certero previo al manejo definitivo de esta patología asi como el acceso a un equipo multidisciplinario.

En el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, las pacientes con mejores resultados fueron manejadas con cesárea histerectomía en el mismo evento quirúrgico asi como cesárea en un primer evento quirúrgico e histerectomía obstétrica a las 48 horas, con días en UCIA y de hospitalización un 37% menor, asi como con volúmenes de sangrado menores, en su mayoría con desarterialización selectiva simultanea al nacimiento del feto.

El objetivo siempre será la supervivencia materna ofreciéndole el mejor pronóstico posible al feto, por lo que el manejo definitivo dependerá del acceso a personal capacitado, material, banco

de sangre, etc, obligándonos a crear, en un futuro no lejano, centro de concentración en donde se haga el manejo integral de estas pacientes, sin pasar por el alto que los factores de riesgo, así como el diagnóstico primario se deberá hacer en hospitales de segundo nivel.

Estamos viviendo una época diferente, en donde es verdad que la mortalidad por acretismo se ha disminuido, sin embargo la incidencia de estos casos incrementa a pasos agigantados, es tiempo de reflexionar sobre lo que hemos hecho y pensar que probablemente somos la propia causa de esta incidencia, esto es una invitación para regresar a lo básico, valorar y promover el parto, revisar y exigir un cumplimiento cabal de las indicaciones de cesárea o procedimientos quirúrgicos uterinos.

18. BIBLIOGRAFIA

- a. Wortman A, Alexander J. Placenta accreta, increta, and percreta. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*. 2013; 40:137-54.
- b. Abuhamad A, Abuhamad. Morbidly adherent placenta. *Seminars in perinatology*. 2013; 37:359-64.
- c. Hernández Ojeda H y Colaboradores, Acretismo placentario con placenta previa. Caso clínico, *Ginecol Obstet Mex* 2014; 82:552-557.
- d. Robert Resnick, Debora Levin. Clinical features and diagnosis of the morbidly adherent placenta (accreta, increta and percreta). *UptoDate*. Apr30 2015.
- e. Tikkanen M, Tikkanen J, Paavonen M, Loukovaara V, Stefanovic. Antenatal diagnosis of placenta accreta leads to reduced blood loss. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2011; 90:1140-6.
- f. Dreux S, Dreux L, Salomon F, Muller F, Goffinet J-F, Oury L, et al. Second-trimester maternal serum markers and placenta accreta. *Prenatal diagnosis*. 2012; 32:1010-2.
- g. 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. *Obstetrics and gynecology*. 2010; 115:65-9.
- h. Morlando M, Sarno L. Placenta accreta: incidence and risk factors in an area with a particularly high rate of cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scan*, 2013 Apr; 92:457-60.
- i. Tamar E, Adi Y. Placenta accreta: risk factors, perinatal outcomes, and consequences for subsequent births. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. March 2013, Vol. 2008:219-27.
- j. Kamara M, Kamara JJ, Henderson DA, Doherty JE, Dickinson CE, Pennell. The risk of placenta accreta following primary elective caesarean delivery: a case-control study. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2013; 120:879-86.
- k. Comstock Ch, Bronsteen RA. The antenatal diagnosis of placenta accreta. *BJOG*. Dec. 2013. Vol.121, 171-82.
- l. Chantraine F, Chantraine T, Braun M, Gonser W, Henrich B, Tutschek. Prenatal diagnosis of abnormally invasive placenta reduces maternal peripartum hemorrhage and morbidity. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2013; 92:439-44.
- m. Eliza M. Berclay, Alfred Z. Abuhamad. Prenatal Diagnosis of placenta accreta. Is sonography all we need? *Journal of Ultrasound in Medicine*. August 2013, Vol.32, No.8:1345-1350.
- n. Chalubinski KM, Chalubinski S, Pils K, Klein R, Seemann P, Speiser M, et al. Prenatal sonography can predict degree of placental invasion. *Ultrasound in obstetrics & gynecology*. 2013; 42:518-24.
- o. Calì G, Calì L, Giambanco G, Puccio F, Forlani. Morbidly adherent placenta: evaluation of ultrasound diagnostic criteria and differentiation of placenta accreta from percreta. *Ultrasound in obstetrics & gynecology*. 2013; 41:406-12.

- p. Meng X, Meng L, Xie W, Song. Comparing the Diagnostic Value of Ultrasound and Magnetic Resonance Imaging for Placenta Accreta: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ultrasound in medicine & biology*. 2013; 39:1958-65.
- q. Placenta praevia, placenta praevia accreta and vasa previa: diagnosis and management. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. Januari 2011. Guideline No. 27.
- r. Eller A, Eller M, Bennett M, Sharshiner C, Masheter A, Soisson M, et al. Maternal Morbidity in Cases of Placenta Accreta Managed by a Multidisciplinary Care Team Compared With Standard Obstetric Care. *Obstetrics and gynecology*. 2011; 117:331-7.

19. AUTORIZACIONES

Del Jefe de Enseñanza e Investigación	
NOMBRE	FIRMA
Dr Rene García Sanchez	

Del Jefe del Servicio	
NOMBRE	FIRMA
Dr Dionisio Parra Roldan	

Del Asesor del Protocolo (tesis)	
NOMBRE	FIRMA
Dr. Alejandro Alfonso Vazquez Lopez	

Del Director de la Unidad	
NOMBRE	FIRMA
Dr. Moises Calderón Abbo	