



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE
MEDICINA**

TEMA:

**Prevalencia de acretismo placentario en el Hospital Teodoro
Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021.**

AUTORES:

Farfán Briones, Davinia Liseth
Velásquez Barreiro, Ericka Alexandra

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de

MÉDICO GENERAL

TUTOR:

Yuen Chon Monroy, Vicente Enrique

Guayaquil, Ecuador

2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Farfán Briones, Davinia Liseth**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR



VICENTE ENRIQUE
YUEN CHON MONROY

f. _____

Yuen Chon Monroy, Vicente Enrique

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, a los 29 días del mes de septiembre del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Velásquez Barreiro, Ericka Alexandra**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR



VICENTE ENRIQUE
YUEN CHON MONROY

f. _____

Yuen Chon Monroy, Vicente Enrique

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, a los 29 días del mes de septiembre del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras; **Farfán Briones, Davinia Liseth;**

Velásquez Barreiro, Ericka Alexandra

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Prevalencia de acretismo placentario en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021**, previo a la obtención del título de **médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 29 días del mes de septiembre del año 2023

LA AUTORA:

LA AUTORA

f. _____
Farfán Briones, Davinia Liseth

f. _____
Velásquez Barreiro, Ericka Alexandra



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotras; **Farfán Briones, Davinia Liseth;**

Velásquez Barreiro, Ericka Alexandra

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de acretismo placentario en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 29 días del mes de septiembre del año 2023

LA AUTORA:

f. _____
Farfán Briones, Davinia Liseth

LA AUTORA

f. _____
Velásquez Barreiro, Ericka Alexandra



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

PREVALENCIA DE ACRETISMO PLACENTARIO EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DURANTE EL PERIODO 2019-2021

2%
Similitudes



0% Texto entre comillas
0% similitudes entre comillas
< 1% idioma no reconocido

Nombre del documento: TRABAJO URKUND.docx

ID del documento: 972bfb0fa2a8991dd366efeb767efe2950d00b

Tamaño del documento original: 79,79 kB

Autor: Ericka Velásquez Barreiro

Depositante: Ericka Velásquez Barreiro

Fecha de depósito: 7/9/2023

Tipo de carga: url_submission

Fecha de fin de análisis: 7/9/2023

Número de palabras: 5808

Número de caracteres: 38.705

Ubicación de las similitudes en el documento:



www.4taetn.com
VICENTE ENRIQUE
YUEN CHON MONROY

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios, quien ha sido mi motor y fortaleza para atravesar cada etapa importante de mi vida.

A mis padres, David y Lucía, jamás podré devolverles todo lo que han hecho por mí. Los amo infinitamente, son ustedes el mejor espejo en el cual me quiero reflejar, porque sus virtudes y valores, me hacen admirarlos cada día.

Mami, sus consejos llenos de amor y sabiduría me permitieron crecer y ser fiel a mis ideales a lo largo de estos años. Gracias papi por recordarme que la disciplina es el puente entre las metas y los logros.

A mis hermanas, Gaby y Mayra, por ser mis cómplices y mi apoyo incondicional, sin duda alguna han marcado mi vida de una manera extraordinaria.

A Ericka Velásquez, quien más que una amiga, se convirtió en una hermana. Las risas, los llantos y los buenos momentos nunca faltaron, juntas hemos podido concluir con éxito esta maravillosa etapa.

A mis amigos de clase, mi querida Guardia 1 y futuros colegas que se convirtieron en mi familia, quedo eternamente agradecida.

-Davinia Farfán Briones

AGRADECIMIENTOS

Sin lugar a duda, detallar a cada una de las personas a las cuales agradecer, es difícil y de ser posible, este escrito se haría eterno, pero estoy convencida de que cada familiar y amigo que lea este agradecimiento, está seguro del papel importante que tuvo a lo largo de estos años.

Agradezco a Dios por guiarme a diario y brindarme las fuerzas para vencer todos los obstáculos presentes en este camino.

A mi familia, en especial a mis padres, mi hermano y Benji, quienes me han brindado su apoyo incondicional desde el primer día en que emprendí esta aventura llamada Medicina. Porque se convirtieron en mi soporte y pilar de apoyo durante los momentos más duros de la carrera.

Agradezco a mis amigos, amigas y personas especiales, que compartieron conmigo este sueño y juntos enfrentamos los mejores y peores momentos de este gran camino para llegar hasta donde estamos el día de hoy, definitivamente sin ellos nada de esto hubiese sido tan divertido. Una mención especial a mi compañera de tesis, Davinia, con quien nunca dudé en que sería un apoyo imprescindible y una amiga incondicional durante estos seis años de carrera.

Al Dr Vicente Yuen Chon quien nos tuvo la paciencia y entusiasmo necesario para seguir adelante con este trabajo. Finalmente, a todas las personas que de alguna manera aportaron en mi formación y en el logro de este gran sueño.

-Ericka Velásquez Barreiro

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a Dios, a nuestros padres, hermanos y hermanas, quienes confiaron en nosotras para lograr este gran reto, sin duda alguna sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

A nuestros docentes, que compartieron sus conocimientos para nuestra formación a lo largo de la carrera y finalmente a nuestros amigos que se convirtieron en nuestra segunda familia durante estos años, definitivamente formaron parte de esta linda experiencia y los llevaremos siempre en nuestros corazones.

- *Davinia y Ericka*



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
DR. AGUIRRE MARTÍNEZ JUAN LUIS, MGS
DIRECTOR DE CARRERA

f. _____
DR. DIEGO VÁSQUEZ CEDEÑO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____
OPONENTE

ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen.....	XIV
Introducción	2
Capítulo I.....	3
1.1 Planteamiento Del Problema	3
1.2 Formulación Del Problema	3
1.3 Delimitación Del Problema.....	3
1.4 Justificación	3
1.5 Objetivos De La Investigación.....	4
Capítulo II.	5
Marco Teórico	5
Capítulo III.	20
3.1 Metodología De La Investigación.....	20
3.2 Tipo De Investigación.....	20
3.3 Población Y Muestra.....	20
3.4 Tamaño De La Muestra.....	20
3.5 Criterios De Inclusión.....	21
3.6 Criterios De Exclusión.....	21
3.7 Tecnicas De Investigación.....	21
Capítulo IV.....	24
Análisis Y Resultados	24
Discusión.....	32

Capítulo V	34
Conclusiones:.....	34
Recomendaciones:.....	35
Bibliografía	36

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables	23
Tabla 2 Edad de las pacientes con diagnóstico de acretismo placentario de acuerdo a rango etario.	25
Tabla 3 Distribución de pacientes con factores de riesgo	27
Tabla 4 Distribución de pacientes de acuerdo a intervención quirúrgica realizada.	28
Tabla 5 Distribución de pacientes con estudio histopatológico	29
Tabla 6 Distribución de alteración placentaria reportada en histopatología	29
Tabla 7 Distribución de pacientes de acuerdo a la finalización del embarazo....	30
Tabla 8 Distribución de pacientes que recibieron transfusiones sanguíneas	31

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Prevalencia de Acretismo Placentario en pacientes atendidas en el área materno infantil en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo (2019-2021)	24
Gráfico 2 Porcentaje de pacientes con diagnóstico de acretismo placentario de acuerdo a rango etario.	25
Gráfico 3 Porcentaje de pacientes de acuerdo a factores de riesgo.....	26
Gráfico 4 Porcentaje de pacientes de acuerdo a intervención quirúrgica realizada.	27
Gráfico 5 Porcentaje de pacientes con estudio histopatológico	28
Gráfico 6 Alteración placentaria reportada en histopatología.....	29
Gráfico 7 Porcentaje de pacientes de acuerdo a la finalización del embarazo.....	30
Gráfico 8 Porcentaje de pacientes que se realizaron transfusiones sanguíneas. ..	31

RESUMEN

Introducción: El acretismo placentario corresponde a una patología de gran relevancia a nivel obstétrico dada su alta tasa de prevalencia en los últimos años. Puede presentar riesgos significativos para la madre durante el embarazo, el parto y posparto, por lo que requiere atención médica especializada y planificación cuidadosa para minimizar futuras complicaciones. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de acretismo placentario en pacientes atendidas en el área materno infantil del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021. **Materiales y métodos:** Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se trabajó con una muestra de 370 pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el año 2019 al año 2021. **Resultados:** Se tomó una muestra de 370 pacientes atendidas, de las cuales el 10% presentaron acretismo placentario durante el 2019 a 2021, la edad correspondió a una variable importante, predominando mayores a 35 años, de la misma forma, los factores de riesgo como la cantidad de cesáreas anteriores y la presencia de placenta previa, contribuyeron a la presentación de este tipo de alteración placentaria. Por consiguiente, el estudio histopatológico se desarrolló en el 47,37%, demostrando la presencia del subtipo acreta en el 91% de la muestra. Finalmente, el desarrollo de histerectomía junto a la cesárea se realizó en el 79% de las pacientes atendidas, de las cuales el 81,6% recibió transfusiones. **Conclusiones:** Se estima que la prevalencia de acretismo correspondió al 10%, considerándose como un valor relevante y una patología frecuente.

Palabras claves: Acretismo Placentario, Placenta Acreta, Mujeres Embarazadas, Prevalencia, Obstetricia, Hospital.

ABSTRACT

Introduction: Placental accretion corresponds to a pathology of great obstetric relevance given its high prevalence rate in recent years. It can present significant risks to the mother during pregnancy, childbirth, and the postpartum period, requiring specialized medical attention and careful planning to minimize future complications.

Objective: To estimate the prevalence of placental accretion in patients treated in the maternal and child health area of the Teodoro Maldonado Carbo Hospital during the period 2019-2021.

Materials and Methods: This is an observational, retrospective, cross-sectional, and descriptive study. We worked with a sample of 370 patients treated at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital from 2019 to 2021.

Results: A sample of 370 patients was taken, of which 10% presented placental accretion from 2019 to 2021. Age was an important variable, with those over 35 years predominating. Similarly, risk factors such as the number of previous cesarean sections and the presence of placenta previa contributed to the presentation of this type of placental abnormality. Therefore, histopathological study was conducted in 47.37% of cases, demonstrating the presence of the accreta subtype in 91% of the sample. Finally, hysterectomy along with cesarean section was performed in 79% of the treated patients, of which 81.6% received transfusions.

Conclusions: The estimated prevalence of placental accretion was 10%, considered a relevant value and a frequent pathology.

Keywords: Placental Accretion, Placenta Accreta, Pregnant Women, Prevalence, Obstetrics, Hospital.

INTRODUCCIÓN

Las patologías asociadas a la placenta han adquirido una clínica significativa en los últimos años, en paralelo con el aumento de los partos quirúrgicos, ya sean electivos o debido a factores materno-fetales que conllevan a esta intervención. El estudio de esta enfermedad es especialmente relevante para el personal de salud debido a los riesgos intraoperatorios y durante el postparto. Las complicaciones más frecuentes asociadas con esta enfermedad incluyen a las hemorragias que pueden requerir una histerectomía inmediata después del parto. Además, es importante estudiar esta patología a detalle, debido a la tasa de morbilidad que presenta según estudios. (1)

El término acretismo placentario abarca una serie de patologías que se clasifican según el grado de invasión de la placenta en el tejido uterino. Dentro de este término general se encuentran los términos acretismo, incretismo y percretismo. La forma más común de esta patología es la placenta acreta, que representa el 63% de los casos, y se caracteriza por una invasión parcial del miometrio por parte de la placenta. Le sigue la placenta increta, con una incidencia del 15%, en la cual la invasión del miometrio es total pero no se extiende a la serosa uterina. El 22% restante, conocido como percretismo, implica una invasión total del miometrio con penetración de la serosa y probable invasión de estructuras adyacentes al útero. (1)

Existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que una embarazada desarrolle una invasión en la placenta más allá de las capas endometriales necesarias para el desarrollo fetal. Estos factores de riesgo incluyen partos por cesárea previa, curetajes uterinos, cirugías uterinas por otras indicaciones (como miomectomías), ablación endometrial e irradiación pélvica. Otros factores de riesgo identificados incluyen la multiparidad, la edad materna avanzada, el tabaquismo, el consumo de cocaína, el embarazo múltiple y los procedimientos de reproducción asistida.

Finalmente, el diagnóstico de acretismo placentario es de gran importancia para la vida de la mujer gestante y el feto en desarrollo, sobre todo si se realiza a tiempo, con ayuda de métodos eficientes, personal médico calificado y un tratamiento óptimo, para así poder evitar desenlaces no deseados.

CAPÍTULO I.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La placenta acreta es un problema de salud de gran relevancia a nivel mundial en mujeres gestantes, la cual puede presentar complicaciones como hemorragia obstétrica, siendo una de las causas de muerte materna más significativas dentro de nuestro país. Por tal motivo es importante conocer la prevalencia de esta patología para poder diagnosticarla a tiempo, dar un tratamiento adecuado y evitar complicaciones.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de acretismo placentario en pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019 -2020 en la ciudad de Guayaquil?

1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El problema se delimita en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas, estudio realizado en el área materno infantil del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, entre Enero del 2019 a Diciembre del 2020 en pacientes con diagnóstico de acretismo placentario.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La placenta acreta es una de las condiciones más peligrosas asociadas al embarazo debido a que la hemorragia puede terminar en una falla de órganos multisistémicos, coagulación intravascular diseminada, necesidad de ingreso en una unidad de cuidados intensivos, histerectomía e incluso muerte. En informes realizados en el Ministerio de Salud Pública se reveló que la mortalidad materna en el Ecuador ha crecido en los últimos años, correspondiendo un 30% más frente al 2019. (4) (5)

Debido a que la placenta acreta es mucho más común que la placenta increta y la percreta (reportándose aproximadamente más del 60% de los casos) y el alto incremento de la morbimortalidad materna en Ecuador es de vital importancia conocer más a fondo la frecuencia de esta patología, logrando diagnósticos tempranos y tratar de conseguir la menor cantidad de complicaciones. (5) (6)

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Estimar la prevalencia de acretismo placentario en pacientes atendidas en el área materno infantil del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la edad más frecuente de las mujeres con acretismo placentario
- Identificar los factores de riesgo presentes en dichas pacientes con acretismo placentario
- Caracterizar la presentación del acretismo placentario en pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo
- Cuantificar el número de pacientes que fueron sometidas a histerectomía por acretismo placentario
- Determinar la frecuencia de la realización de transfusiones en pacientes con diagnóstico de placenta acreta

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1 ETIOLOGÍA

Las causas del acretismo placentario se desconocen, sin embargo se ha asociado a diversos factores de riesgo que incrementan la posibilidad de su presentación en una mujer gestante, como son la placenta previa, cesáreas anteriores, el curetaje del útero, cirugías uterinas, ablación endometrial, entre otras. Por otra parte, se ha evidenciado la relación de la multiparidad, edad materna avanzada, embarazo múltiple, consumo de tabaco y cocaína con la aparición de esta patología.

Actualmente, se conoce que el acretismo placentario se debe a zonas anormales de decidua que permiten que las vellosidades se adhieran al miometrio, siendo el resultado de una invasión del trofoblasto a la pared uterina. El incremento de esta patología se ha visto estrechamente relacionada con el aumento de procedimientos quirúrgicos, subsecuente a alguna cesárea anterior. Además, algunos biomarcadores como la proteína A placentaria, el BNP y el aumento de la alfafetoproteína cerebral se han relacionado con la aparición de placenta acreta, pero ninguno ha sido útil para un diagnóstico oportuno y a tiempo. (2,3)

2.2 EPIDEMIOLOGÍA

El acretismo placentario corresponde a una patología de gran relevancia a nivel obstétrico, dada su alta tasa de incidencia en los últimos años. Se define como un trastorno ocasionado por la adherencia anormal de la placenta al útero o estructuras adyacentes al mismo. La clasificación de la misma se ha formado a partir del grado de invasión y profundidad que tenga el trofoblasto en esta estructura. (2,4)

La incidencia del acretismo placentario es de 1 en cada 533 partos y ha incrementado hasta 10 veces durante los últimos 20 años. Según estudios, la incidencia de placenta acreta ocurre en el 0,17% de los embarazos en relación a la incidencia presentada en 1970, de 0,02% y en 1980 de 0,04%. Los principales factores de riesgo que intervienen en el aumento de esta patología son cesáreas previas siendo el 11,1% frecuente, curetaje uterino, multiparidad, edad materna avanzada, entre otros. Actualmente, se conoce del alto valor diagnóstico que presenta el ultrasonido en estas

pacientes, puesto a que tiene la capacidad de evidenciar hallazgos ecográficos desde el segundo trimestre, es decir, es posible ser diagnosticado dentro de los monitoreos obligatorios y rutinarios de la mujer embarazada. Por consiguiente, el tratamiento y manejo es quirúrgico, llegando a terminar el 80% de estas pacientes en una histerectomía, representando un riesgo de 1-6% de morbilidad y mortalidad. (2-4)

2.3 FISIOPATOLOGÍA

La patogénesis de la placenta acreta no se sabe a ciencia cierta, sin embargo el papel de la remodelación uterina durante la formación de cicatrices postoperatorias (principalmente cesáreas) y la patología uterina preexistente (por ejemplo, ruptura, dehiscencia, adherencias) se ven involucrado en el desarrollo de esta enfermedad. El espectro de la placenta acreta se cree que es resultado de la ausencia de la decidua basal normal, de esta forma el trofoblasto se adhiere o invade el miometrio cicatrizado. (1,5)

La placenta percreta no es causada por la invasión vellosa trans-serosal. En la mayoría de los casos parecen resultar de una ruptura uterina completa o parcial, dehiscencia uterina o adherencias entre el segmento uterino inferior anterior y la pared de la vejiga posterior que permiten el acceso directo del trofoblasto a la serosa y más allá .

Por otra parte, se cree que la placenta acreta se debe a una deficiencia o ausencia de una capa de fibrina que se ubica entre la decidua basal y el corion frondoso (capa de Nitabuch). Esta situación es resultado de una falla en la reconstitución del endometrio y la decidua basal, especialmente después de una operación como la cesárea.(6)

La presentación de la placenta no se debe a una mayor invasión del trofoblasto extravelloso en la pared uterina, se cree que aparece por un defecto cicatricial extendido permitiendo el crecimiento de estas vellosidades coriónicas en la parte profunda de la misma.

2.4 FACTORES DE RIESGO

Actualmente, se conoce que el mayor factor de riesgo para la aparición de placenta acreta es la presencia de placenta previa posterior a una cesárea anterior o de alguna

cirugía uterina como miomectomía, resección de adhesiones fibrinosas vía histeroscópica, antecedentes de embarazo ectópico, entre otras.

Según estudios, el riesgo aumenta hasta un 20% en aquellas pacientes que presentan una cicatriz de cesárea anterior y placenta previa en la actual gestación, sin embargo, mientras mayor sea el número de partos previos este porcentaje aumentará.

En un estudio prospectivo que incluyó a 723 mujeres con placenta previa sometidas a un parto por cesárea, la frecuencia del espectro de acretismo placentario aumentó con un primer nacimiento por cesárea (primaria) correspondiendo al 3 %, segunda cesárea el 11%, tercer parto por cesárea 40%, cuarta cesárea 61% y un quinto parto o mayor representa un 67% de riesgo para presentar placenta acreta. (3,5)

En ausencia de placenta previa, la frecuencia de una PA en mujeres sometidas a un parto por cesárea fue mucho menor. Durante un primer parto por cesárea (primario) 0,03%, una segunda cesárea 0,2%, tercer parto por cesárea 0,1%, cuarta o quinta cesárea 0,8% y sexto parto por cesárea o mayor 4,7 %. (3,5)

Otros factores de riesgo descritos, aunque no se es posible cuantificar su participación al incremento de riesgo de placenta acreta son la edad superior a 35 años, multiparidad, defectos endometriales (síndrome de Asherman), miomas submucosos y el consumo de tabaco.(5)

La placenta accreta es considerada una de las condiciones más peligrosas asociadas al embarazo, esto se debe a que la hemorragia ocasionada por la misma puede acabar en una falla de multiorgánica, generar coagulación intravascular diseminada, la necesidad de ingreso en una unidad de cuidados intensivos, histerectomía e incluso la muerte. De tal manera, la mortalidad materna en el Ecuador ha crecido en los últimos años, correspondiendo un 30% más frente al 2019, según reportes del MSP. (1)

2.5 CLASIFICACIÓN

La placenta acreta hace referencia a la invasión anormal del trofoblasto en el miometrio, que muchas veces llega a invadir más allá de la serosa. Esta patología es clínicamente importante debido a que la placenta no se separa espontáneamente en el

parto y los intentos de extirpación manual dan lugar a una hemorragia, que puede y generalmente requiere histerectomía.(1,7)

El Panel de Consenso de Expertos en Diagnóstico y Gestión de los Trastornos del Espectro de Placenta Accreta de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en 2019, creó un sistema de clasificación para diagnosticar a la placenta accreta de la siguiente manera:

- Grado 1 - placenta anormalmente adherente, se caracteriza por no ser invasiva y no presenta adelgazamiento de la pared uterina, corresponde a la placenta adherente o creta.
- Grado 2 - placenta anormalmente invasiva, con adelgazamiento de la pared uterina y preservación del 25% del grosor con relación al miometrio, esta se define como increta.
- Grado 3 - placenta anormalmente invasiva, que revela una invasión de las estructuras extrauterinas por interrupción de la serosa, conocida como percreta.

El acretismo placentario tradicionalmente incluye tres subtipos:

- Placenta accreta (o creta): las vellosidades invaden de forma anormal una parte o toda la placenta a nivel del endometrio, sin que penetren el miometrio.
 - Placenta increta: las vellosidades placentarias de anclaje penetran de manera profunda el miometrio sin comprometer a la serosa.
 - Placenta percreta: las vellosidades placentarias de anclaje penetran a través del miometrio hasta la serosa uterina u órganos vecinos.
- (7,8)

2.6 CLÍNICA

Presentación Clínica

La placenta acreta (PA) puede ser asintomática en muchas ocasiones, sin embargo, la podemos identificar con ayuda de los hallazgos del examen de ultrasonido obstétrico. Es muy común que se diagnostique en mujeres con placenta previa y antecedentes de cesárea durante la detección ecográfica prenatal, y en mujeres con factores de riesgo menos evidentes para la inserción anormal de la placenta, puede ser un hallazgo incidental durante el examen de ultrasonido de rutina y, en ocasiones, no se puede diagnosticar hasta el alumbramiento. (7,9,10)

En el momento en que se intenta separar manualmente la placenta, la primera manifestación clínica de la PA suele ser una hemorragia abundante que puede llegar a poner en peligro la vida de la paciente. Parte o toda la placenta permanece firmemente adherida a la cavidad uterina y no puede desarrollar un plano de separación, a diferencia de una simple placenta retenida. Durante los intentos de diseccionar la vejiga del segmento uterino inferior, si el tejido placentario ha invadido la serosa anterior o la vejiga, puede traer complicaciones como hemorragia profusa e incluso la muerte. Sin embargo, cuando hay placenta previa, la placenta acreta también puede presentarse como sangrado prenatal. (1,10,11)

Las manifestaciones clínicas de pacientes con implantación placentaria anormal incluyen dolor abdominal, suprapúbico y dolor pélvico intenso y repentino en un gran porcentaje de los casos y puede llegar a presentarse un trabajo de parto prematuro o rotura prematura de membranas.

Cabe recalcar que las complicaciones son mayores en los casos no diagnosticados e incluyen daños a los órganos adyacentes, sangrado posoperatorio y coagulopatía de consumo, complicaciones relacionadas con transfusiones, enfermedad respiratoria aguda, síndrome de angustia, tromboembolismo, morbilidades infecciosas, fracaso orgánico multisistémico y muerte materna. Hay también un riesgo significativo para el aparato genitourinario que incluye un porcentaje pequeño pero de gran relevancia para una posible cistotomía y de lesión ureteral. (1,7)

Hallazgos de laboratorio

Actualmente no existen biomarcadores clínicamente útiles para el diagnóstico de pacientes con implantación placentaria anormal. Aunque en algunos casos se ha observado un aumento de la alfafetoproteína sérica materna en más de 2 o 2.5 veces la mediana en pacientes con esta condición, sin embargo, este hallazgo no es consistente ni suficiente para realizar el diagnóstico de manera confiable. En el caso de que los niveles de alfafetoproteína sérica sean típicos, esto no excluye la posibilidad de un diagnóstico de implantación placentaria anormal. Otros biomarcadores como la gonadotropina coriónica humana beta libre y la proteína A plasmática asociada con el embarazo también se han relacionado con placenta acreta, pero debido a su bajo valor predictivo positivo, no son efectivos para el diagnóstico. Por otro lado, se ha investigado el uso de marcadores proteómicos en la sangre materna para ayudar con el diagnóstico de implantación placentaria anormal, pero antes de recomendar su uso clínico, se necesita una validación exhaustiva de estas pruebas. (1,7,9)

Histología placentaria posparto

Los hallazgos histológicos después del parto revelan la presencia de vellosidades placentarias que se adhieren directamente al miometrio o que invaden y atraviesan el miometrio sin la presencia de una placa decidual intermedia. Dependiendo del grado de adhesión o invasión de las vellosidades en el miometrio, la placenta se puede clasificar como acreta, increta o percreta, lo cual se relaciona con la profundidad de invasión del miometrio (superficial, profunda o que penetra toda la pared uterina). Estas características histológicas pueden ser útiles para confirmar el diagnóstico de acretismo focal en ausencia de una histerectomía y pueden ser observadas en legrados uterinos o en fragmentos de miometrio adheridos a la placenta. (1,5)

2.7 DIAGNÓSTICO

La detección y el diagnóstico prenatales son esenciales para informar a la paciente sobre la sospecha de una anomalía placentaria y establecer un plan de parto adecuado. El resultado se mejora mediante la preparación preoperatoria, que incluye experiencia quirúrgica y radiológica, componentes sanguíneos para transfusión y equipo adecuado. (7, 12,13)

En el período de entre 18 y 24 semanas de gestación, las mujeres con placenta previa, placenta previa baja o cirugía uterina previa deben someterse a una evaluación ecográfica transabdominal y transvaginal completa de la interfaz entre la placenta y el miometrio para la detección. El diagnóstico prenatal de la adherencia placentaria sospechada (PA) puede lograrse o descartarse con una precisión cercana al 90% en esta etapa gestacional. (1,12,13)

En pacientes con placenta previa o placenta previa baja después de uno o más partos por cesárea anteriores, junto con hallazgos de imágenes que sugieren una implantación anormal, la PA es muy probable. Cuando los estudios de imagen indican una implantación placentaria normal, el diagnóstico puede descartarse razonablemente. (1,12,13)

Los hallazgos ecográficos más confiables, según estudios, incluyen las lagunas placentarias y la interrupción de la interfaz entre la pared de la vejiga y la serosa uterina. Un hallazgo importante que puede confirmarse es el Doppler de flujo a color que muestra flujo lacunar turbulento y/o vasos en puente. En situaciones en las que los resultados de los estudios de ultrasonografía no proporcionan una conclusión definitiva, se puede considerar la realización de una resonancia magnética nuclear (RMN) con el propósito de esclarecer el diagnóstico, aunque aún no se ha establecido con certeza su valor diagnóstico adicional. (1,12,13)

Algunos hallazgos ecográficos relacionados con la PA en el segundo y tercer trimestre incluyen múltiples lagunas placentarias, interrupción de la línea de la vejiga, pérdida de la zona clara, adelgazamiento del miometrio, vascularidad anormal, contorno uterino anormal y masa exofítica.

El Doppler de flujo a color es útil para confirmar el diagnóstico de PA cuando se utiliza junto con otros hallazgos de ultrasonido. Los hallazgos incluyen flujo sanguíneo lacunar turbulento, vasos en puente, flujo intraparenquimatoso difuso o focal, hipervascularidad de la interfase serosa-vejiga y complejo venoso subplacentario prominente. (1,12,13)

Dependiendo de la clínica del paciente, la resonancia magnética (RM) puede ser más útil que la ecografía, como evaluar un posible acretismo placentario posterior o la profundidad del compromiso del miometrio. Sin embargo, no se ha demostrado una

mayor precisión que la ultrasonografía. Los hallazgos de RM más precisos para la placenta acreta incluyen protuberancia uterina en la vejiga, interrupción de la pared de la vejiga, pérdida de línea hipointensa retroplacentaria, vascularización anormal del lecho placentario, bandas intraplacentarias oscuras y masa exofítica focal. (1,12,13)

El ultrasonido Doppler de potencia tridimensional ha sido utilizado con éxito en la evaluación de PA y los criterios de diagnóstico incluyen vascularización intraplacentaria irregular e hipervascularización de la interfase serosa uterina-pared vesical.

En el examen de ultrasonido del primer trimestre, si se observa la implantación del saco gestacional en el segmento anterior inferior del útero, especialmente en el área de la cicatriz de una cesárea anterior, se debe sospechar PA. El desarrollo placentario posterior en esta región también puede indicar sospechas de PA. (1,7,12)

2.8 MANEJO

El manejo de pacientes con placenta acreta varía ampliamente a nivel mundial, por tal motivo se basan en series de casos e informes, experiencia personal, opinión de expertos y buen juicio clínico.

Cuidado prenatal

Las pacientes que presentan sospecha de PA en función de los factores de riesgo clínicos y los hallazgos ecográficos sugestivos deben recibir asesoramiento sobre el diagnóstico y las posibles secuelas. Es recomendable consultar con un especialista y llevar el embarazo en un centro de salud especializado. Algunas mujeres pueden considerar la interrupción del embarazo, sin embargo, no hay datos disponibles sobre si esto puede reducir el riesgo materno una vez que se alcanza el segundo trimestre. (13–15)

Para pacientes con placenta previa-acreta, la atención prenatal sigue las pautas típicas para el manejo de la placenta previa; sin embargo, la combinación de PA y placenta previa se asocia con un mayor riesgo de morbilidades maternas y quirúrgicas graves en comparación con PA solo. Entre los cuidados a seguir encontramos: (13–15)

- Corregir la anemia por déficit de hierro, si se encuentra presente
- Betametasona prenatal entre las 23-34 semanas gestación cuando el embarazo corre riesgo de ser pretérmino.
- Inmunoglobulina anti-D en el caso de que haya presencia de sangrado vaginal y la paciente sea Rh -
- Evitar el examen pélvico y el esfuerzo físico.
- Consideración de hospitalización en el último trimestre en el contexto de sangrado vaginal o contracciones.

La evaluación ecográfica seriada de la placenta generalmente no es útil después de que se ha realizado el diagnóstico de PA. Sin embargo, una ecografía a las 32 a 34 semanas puede localizar con precisión la placenta y ayudar a evaluar la probabilidad de compromiso de la vejiga. Esta información es útil para la planificación y el parto quirúrgicos. (5,16)

Preparación preoperatoria

La finalidad de la preparación preoperatoria es proporcionar información y programar intervenciones que reduzcan el riesgo de hemorragia posparto masiva, así como su morbilidad sustancial y mortalidad potencial. (7,14,16)

Entre los cuidados a seguir encontramos:

- Dar a conocer el consentimiento informado en donde exista la discusión de posibles complicaciones e intervenciones intraoperatorias.
- Manejo por parte de un equipo profesional en un centro de atención terciaria en el cual mejoraran los resultados y reducen las tasas de complicaciones.
- Planificar el parto si el estado del embarazo lo permite debido a que este se asocia con una menor pérdida de sangre intraoperatoria que el parto de emergencia.
- Una gran parte de los casos, se debe tomar una decisión definitiva sobre el manejo conservador o la histerectomía por cesárea antes de la operación. Esta decisión

disminuye la pérdida de sangre y las complicaciones asociadas. Sin embargo, el manejo conservador se usa cada vez más para manejar PA.

- Se debe asegurar la disponibilidad de reemplazo completo de productos sanguíneos (glóbulos rojos, plasma fresco congelado, crioprecipitado y plaquetas) en cantidad suficiente en el momento del parto; se ha informado que la mediana de la pérdida de sangre estimada es de 2,5 a 7,8 litros.

- El uso de fármacos como tratamiento o como agente para el sangrado activo son necesarios para la cirugía (el ácido tranexámico y el VIIa recombinante, siguen en estudio).

Parto

Una gran parte de mujeres desarrolla complicaciones, como ruptura prematura de membranas antes del trabajo de parto, trabajo de parto prematuro o sangrado antes del parto, lo que lleva al parto antes de lo planeado. Las mujeres con sangrado activo deben dar a luz sin demora para administrar betametasona prenatal. (5,14)

La edad gestacional óptima para el parto programado es controversial, sin embargo, la FIGO sugieren que para las pacientes con un cuadro estable se recomienda el parto planificado entre las semanas 34-36 SG. No se recomienda el parto más allá de las 36 semanas porque los efectos favorables del manejo expectante sobre la maduración fetal a esta edad gestacional disminuyen y son pequeños en comparación con el riesgo materno creciente y sustancial si el trabajo de parto conduce a una hemorragia. (5,7,14)

La oxitocina profiláctica no se administra de forma rutinaria después del parto porque puede provocar una separación parcial de la placenta y, a su vez, un aumento del sangrado. Sin embargo, si la placenta se ha extirpado en su mayor parte o por completo o si el sangrado ya es abundante, se deben administrar medicamentos uterotónicos.

Manejo conservador de placenta acreta

La conservación uterina se puede considerar en:

- Los pacientes con un fuerte deseo de preservar su fertilidad requieren una amplia orientación acerca de los riesgos asociados, tales como hemorragia, infección, la posible necesidad de una histerectomía intraoperatoria o posoperatoria para preservar la vida o prevenir la muerte, así como resultados no óptimos (como la recurrencia o hemorragia) en embarazos futuros. (7,14,17)
- Cuando se estima que la histerectomía conlleva un riesgo inaceptablemente elevado de hemorragia o lesiones en otros órganos, puede considerarse la opción de dejar la placenta en su lugar (in situ).
- Cuando se cree que es factible reseca la placenta debido a un acretismo focal, una placenta ubicada en la parte posterior o en el fondo uterino.

Conservación uterina con la placenta dejada in situ

- Manejo expectante: esta estrategia implica dejar la placenta en su lugar después del parto. El cordón umbilical se coloca en el sitio de inserción placentaria, la histerotomía se cierra normalmente y se emplean suturas de compresión, fármacos uterotónicos, taponamiento con balón intrauterino, embolización de la arteria uterina y/o ligadura de la arteria uterina. Se utiliza de manera preventiva en algunos casos y también para controlar la hemorragia posparto. Según la opinión de la FIGO, este enfoque solo debe ser probado en casos excepcionales o como parte de un ensayo clínico aprobado en pacientes completamente informados. Sin embargo, esta técnica está ganando popularidad debido a su menor invasividad en comparación con la histerectomía por cesárea. Aunque la experiencia es limitada, la resección histeroscópica tardía de los restos de placenta se ha utilizado exitosamente para acelerar la resolución de la placenta o tratar el sangrado y/o dolor pélvico si la resolución es incompleta. (14,17)

Histerectomía de intervalo retardado: solo se recomienda como opción en los casos más graves y potencialmente mortales de placenta percreta, así como cuando la histerectomía inmediata es demasiado peligrosa debido a la extensión de la invasión placentaria o la falta de recursos adecuados. La histerectomía se retrasa de cuatro a seis semanas después del parto. La experiencia con este método ha arrojado resultados diversos y no existen datos de alta calidad sobre los beneficios y desventajas de la histerectomía por cesárea planificada. Por otro lado, la terapia adyuvante con metotrexato no debe ser utilizada, ya que no hay evidencia convincente de que mejore ningún resultado cuando se deja la placenta in situ, y existe evidencia clara de daños relacionados con los medicamentos, como pancitopenia y nefrotoxicidad. (14,16)

Algunos estudios revelan que las complicaciones pueden ser sangrado vaginal severo, sepsis, histerectomía secundaria e incluso la muerte, sin embargo, se necesitan más casos y estudios que avalan estos resultados.

La preservación uterina mediante resección placentaria puede ser exitosa sin presentar un riesgo excesivo en dos contextos clínicos específicos:

- Acretismo focal: los hallazgos de imágenes previos al parto o detectados durante el parto pueden indicar la sospecha de acretismo focal, caracterizado por hemorragia y/o retención parcial de la placenta. Las mujeres que presentan un margen saludable de miometrio y un área focal claramente delimitada de acretismo placentario adherida son candidatas apropiadas para este enfoque. (11,14)
- Placenta acreta del fondo: la preservación uterina puede ser factible en casos de acretismo placentario posterior o del fondo, ya que el sangrado posterior a la extracción de la placenta acreta en estas ubicaciones se controla más fácilmente mediante radiología intervencionista y cirugía conservadora. En caso de que el sangrado no pueda ser adecuadamente controlado con estas medidas, todavía se puede considerar una histerectomía simple. (11,14)

En el caso de embarazos futuros, existe la posibilidad de recurrencia de acretismo placentario. Por lo tanto, las mujeres que decidan embarazarse nuevamente deben ser

conscientes de este riesgo y buscar la consulta de un especialista al inicio del embarazo, lo cual facilitará el diagnóstico y el tratamiento oportunos. (11,14,16)

Placenta acreta inesperada

Algunos casos de placenta acreta se han identificado de forma incidental durante una cesárea. Si se observa uno o más de los siguientes signos clínicos, el cirujano puede diagnosticar placenta adherida al segmento uterino:

- Presencia de tejido placentario que invade el segmento inferior del útero, la vejiga o la serosa.
- El segmento uterino inferior muestra un aumento de la vascularización y una configuración tortuosa. Los vasos sanguíneos pueden extenderse cráneo caudalmente hacia el peritoneo.
- El segmento uterino inferior presenta una coloración azulada o morada, y se ha distendido significativamente hacia las paredes laterales de la pelvis.

Estos hallazgos deben distinguirse de la dehiscencia de la cicatriz uterina, que ocurre cuando la placenta permanece normalmente debajo de una zona de adelgazamiento en la pared uterina, tomando en cuenta que en los casos de dehiscencia, el tejido y los vasos uterinos parecen normales.

Después del parto, si se realiza una tracción suave del cordón umbilical y se observa que la pared uterina se contrae hacia adentro sin separar la placenta, se sospecha de placenta adherida al segmento uterino. En casos de diagnóstico incierto, se puede realizar una exploración digital cuidadosa para determinar el plano de separación. (5,11,14)

Si se sospecha de placenta adherida al segmento uterino antes de realizar una histerectomía, es importante evitar o minimizar la manipulación del útero y las áreas de posible extensión de la placenta fuera del útero, ya que esto puede desencadenar una hemorragia potencialmente mortal. La opción preferida en caso de una hemorragia grave y compromiso fetal es realizar una histerotomía lejos de la placenta. Luego, la histerotomía se cierra sin tocar la placenta hasta que haya personal y recursos adecuados para brindar atención materna. La ubicación exacta de la placenta se puede

determinar mediante ecografía intraoperatoria utilizando una sonda estéril. En la mayoría de los casos, si no hay tiempo para realizar una ecografía, se realiza una histerotomía en el útero posterior o en el fondo uterino para evitar la placenta. (11,14)

En el caso de mujeres inestables o con hemorragia abundante, se debe proporcionar el tratamiento más efectivo posible según los recursos y el entorno clínico disponibles. Esto puede incluir reanimación con líquidos y transfusiones de hemoderivados, así como procedimientos quirúrgicos estándar para controlar la hemorragia y la presión en los sitios de sangrado. En un intento de controlar una hemorragia potencialmente mortal, se puede utilizar compresión aórtica infrarrenal o pinzamiento cruzado de la aorta. Sin embargo, la presión directa sobre una placenta acreta puede aumentar el área de sangrado, por lo que se debe aplicar con precaución. (5,11,16)

Los principios fundamentales del manejo incluyen mantener al paciente en una temperatura adecuada, transfundir glóbulos rojos rápidamente para restaurar o mantener un volumen circulatorio y una oxigenación tisular adecuados, revertir o prevenir la coagulopatía mediante la administración de plasma fresco congelado y plaquetas, y corregir los desequilibrios electrolíticos, especialmente la hipocalcemia. (14)

En casos de parto vaginal, rara vez se reconoce una placenta acreta focal o completa cuando se extrae manualmente una placenta retenida después del parto. En estos casos, no se identifica un plano que separe el músculo uterino de la placenta completa o las áreas centrales de la placenta. Esto puede provocar una hemorragia potencialmente mortal. Mientras se prepara para la laparotomía y el procedimiento quirúrgico (histerectomía o resección focal), estos pacientes deben recibir líquidos y transfusiones según sea necesario.

Cuidado postoperatorio

Si es necesario, se debe disponer de una cama en la unidad de cuidados intensivos para el cuidado posterior a la cirugía. Estos pacientes pueden requerir asistencia respiratoria debido a edema pulmonar causado por reanimación masiva con líquidos o cambios en los líquidos, o debido a lesión pulmonar aguda causada por transfusiones.

Algunos pacientes pueden necesitar monitorización hemodinámica invasiva y soporte vasopresor. La embolización angiográfica de los vasos pélvicos profundos, que puede causar sangrado después de la operación, puede mejorar de manera segura la atención del paciente y evitar la necesidad de una segunda intervención quirúrgica. (5,14)

CAPÍTULO III.

3.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio de prevalencia de tipo observacional transversal y de tipo retrospectivo. La población escogida para el estudio estuvo conformada por todas las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital de Especialidades “Teodoro Maldonado Carbo” en el periodo de 1 enero del 2019 al 31 de diciembre del 2021.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se trabajó con un universo de 9 598 pacientes que fueron atendidas en el área materno infantil del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en la ciudad de Guayaquil durante el periodo 2019 al 2021. Se tomó una muestra de 370 pacientes, de los cuales 38 pacientes tuvieron diagnóstico de acretismo placentario.

3.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para determinar la muestra del presente estudio se utilizó la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{E^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Valores:

n (total de muestra) =?

N (total de población) = 9 598.

Z = 1.96 (si la confiabilidad es del 95%)

p (proporción esperada) = 0.50 (equivale al 50%) q(1-p) en este caso = 0.50

E (margen de error) = 0.05 (5%)

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)9598}{(9598 - 1)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3,8416)(0.25)9598}{(9597)(0.0025) + (3,8416) (0.25)}$$

$$n = \frac{9217,9192}{23,9925 + 0,9604}$$

$$n = \frac{9217,9192}{24,9429}$$

$$n = 369,41 = 370$$

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes embarazadas atendidas en el área materno infantil del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo del 2019-2021

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas incompletas
- Paciente con diagnóstico de inserción anómala de placenta y espectro de placenta acreta cuya interrupción de la gestación se llevó a cabo fuera del Hospital Teodoro Maldonado Carbo

3.7 TECNICAS DE INVESTIGACIÓN

Utilización de datos secundarios en la investigación, por medio de la revisión de historias clínicas digitales, obtenidas en el servicio de estadística con la autorización y los permisos necesarios.

VARIABLES	MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	DESCRIPCIÓN
Edad	<19 años 20-35 años >35 años	Cuantitativa Numérica Discreta	Edad de la gestante
APP	HTA DM2	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presencia de HTA en mujeres gestantes Presencia de DM2 en mujeres gestantes
Semana Gestacional	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre	Cualitativa Nominal Politómica	Semana gestacional en la que fue interrumpido el embarazo
Tipo de diagnóstico	Intraoperatorio Ultrasonido	Cualitativa Nominal Dicotómica	Método por el cual se diagnosticó el acretismo placentario
Cesárea anterior	0 1 2 3	Cuantitativa Numérica Discreta	Cantidad de cesáreas anteriores en la mujer gestante
Transfusiones	Si No	Cualitativa Nominal Dicotómica	Administración de hemocomponentes en la mujer con diagnóstico de acretismo.

Placenta previa	Si No	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presencia de placenta previa en mujeres embarazadas
Finalización del embarazo	Emergencia Consulta externa	Cualitativa Nominal Dicotómica	Forma de culminación del embarazo
Patología	Si No	Cualitativa Nominal Dicotómica	Realización de estudio histopatológico en pacientes con acretismo placentario

Tabla 1 Operacionalización de variables

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y RESULTADOS

La muestra utilizada para este estudio fue de 370 pacientes, dentro de las cuales se identificaron 38 casos de acretismo placentario. Con base a estos hallazgos, se procedió a calcular la prevalencia estimada.

Se determinó que la prevalencia estimada de acretismo placentario en la población de pacientes atendidas en el área materno infantil del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021 fue de 10.27% (*Gráfico 1*).

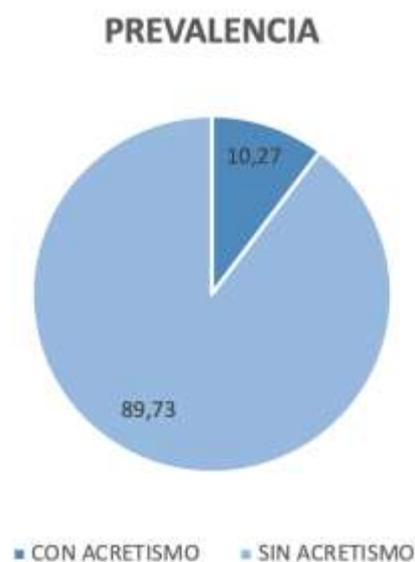


Gráfico 1 Prevalencia de Acretismo Placentario en pacientes atendidas en el área materno infantil en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo (2019-2021)

Con el grupo de 38 pacientes diagnosticadas con acretismo placentario, se orientaron los esfuerzos hacia el logro de los siguientes objetivos específicos, en el contexto de esta investigación.

Se observó que el 5.2% (n=2) de las pacientes con acretismo placentario eran menores de 19 años, el 44.7% (n=17) se encontraba en el rango de 20 a 35 años, y el 50% (n= 19) tenía más de 35 años.

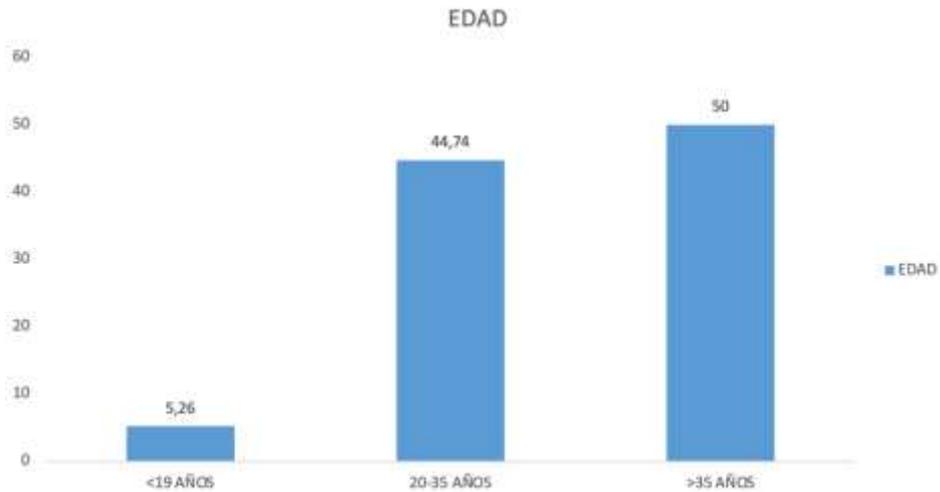


Gráfico 2 Porcentaje de pacientes con diagnóstico de acretismo placentario de acuerdo a rango etario.

EDAD		
	N	%
< 20 AÑOS	2	5.3%
20 - 35 AÑOS	17	44.7%
> 35 AÑOS	19	50.0%

Tabla 2 Edad de las pacientes con diagnóstico de acretismo placentario de acuerdo a rango etario.

Para identificar los factores de riesgo en pacientes con acretismo placentario, evaluamos la coexistencia de placenta previa, número de cesáreas, y antecedentes personales. Se observaron los siguientes resultados que se detallan *en el gráfico 3*:

- **Presencia de placenta previa:** El 71,05% (n= 27) de las pacientes presentaron placenta previa.
- **Número de cesáreas:** El 13,2% (n=5) no tenía ninguna cesárea previa, el 21,1% (n=8) tenía 1, el 28,9% (n=11) tenía 2 y 36,8% (n=14) de las pacientes tenían 3 cesáreas.

- **Enfermedades crónicas en los antecedentes patológicos (APP):** El 21,1% (n=8) de las pacientes presentaban enfermedades crónicas en sus antecedentes patológicos.

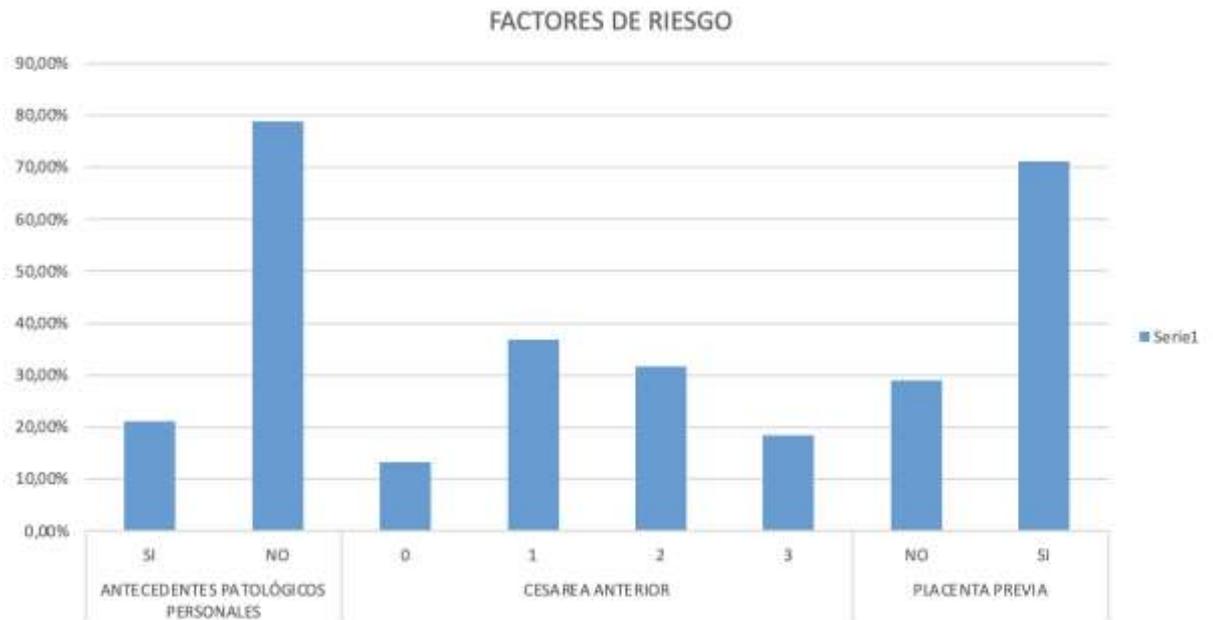


Gráfico 3 Porcentaje de pacientes de acuerdo a factores de riesgo

PLACENTA PREVIA		
	N	%
NO	11	28.9%
SI	27	71.1%

CESAREAS ANTERIORES		
	N	%
0	5	13.2%
1	14	36.8%
2	12	31.6%
3	7	18.4%

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS		
	N	%
SI	8	21.1%
NO	30	78.9%

Tabla 3 Distribución de pacientes con factores de riesgo

En relación al objetivo de cuantificar el número de pacientes que se sometieron a histerectomía debido a acretismo placentario, se encontró que de las 38 pacientes diagnosticadas, un total de 30 pacientes (78,9%) se les realizó cesárea que terminó en histerectomía y 8 pacientes (21%) solo se les realizó cesárea. Esto se detalla en el gráfico 4.

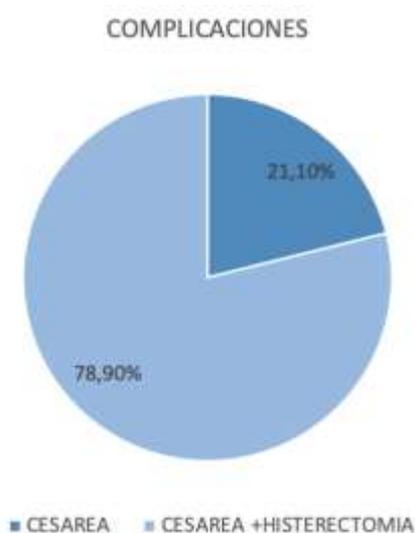


Gráfico 4 Porcentaje de pacientes de acuerdo a intervención quirúrgica realizada.

COMPLICACIONES

	N	%
CESÁREA	8	21.1%
CESÁREA + HISTERECTOMÍA	30	78.9%

Tabla 4 Distribución de pacientes de acuerdo a intervención quirúrgica realizada.

Se estableció que del grupo de 38 pacientes evaluados, un porcentaje de 78,95% (n=30) de pacientes sí tuvieron estudio histopatológico.

ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

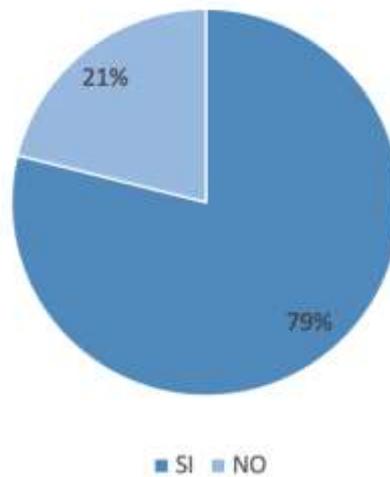


Gráfico 5 Porcentaje de pacientes con estudio histopatológico

ESTUDIO HISTOLOPATOLÓGICO

	N	%
SI	30	78.9%
NO	8	21.1%

Tabla 5 Distribución de pacientes con estudio histopatológico

De las 30 pacientes que se les realizó histerectomía en el estudio histopatológico se reportó placenta acreta en 27 representando el 90% de los casos, 2 placenta percreta (6.67%) y 1 con placenta increta (3,33%).



Gráfico 6 Alteración placentaria reportada en histopatología

ALTERACIÓN PLACENTARIA

	N	%
ACRETISMO	27	90,0%
PERCRETISMO	2	6,67%
INCRETISMO	1	3,33%

Tabla 6 Distribución de alteración placentaria reportada en histopatología

Con el objetivo de determinar el número de las pacientes que concluyeron su embarazo con cesárea de emergencia y cesárea programada, el 78.9% de las pacientes fue una cesárea de emergencia y el 21.1% una cesárea programada.



Gráfico 7 Porcentaje de pacientes de acuerdo a la finalización del embarazo

FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO

	N	%
CESÁREA DE EMERGENCIA	30	78.9%
CESÁREA PROGRAMADA	8	21.1%

Tabla 7 Distribución de pacientes de acuerdo a la finalización del embarazo.

Se tuvo como resultado que el 81.6% (31 pacientes) recibieron transfusiones sanguíneas de las 38 pacientes analizadas.

TRANSFUSIONES

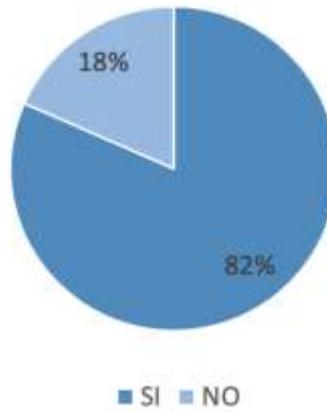


Gráfico 8 Porcentaje de pacientes que se realizaron transfusiones sanguíneas.

TRANSFUSIONES

	N	%
SI	31	81.6%
NO	7	18.4%

Tabla 8 Distribución de pacientes que recibieron transfusiones sanguíneas

DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como fin estimar la prevalencia del acretismo placentario en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019 a 2021. Se obtuvo una muestra de 370 pacientes, que fueron atendidas en el área materno infantil. A partir de la muestra se pudo obtener que la prevalencia de placenta acreta corresponde al 10,27% de las pacientes ingresadas en el servicio, con relación al 89,73% restante que no presentó este tipo de patologías, esto nos indicaría un número considerable de casos durante dicho periodo. La Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia estableció que en los años 50, los casos de acretismo placentario tenían una relación de 1:25000 embarazos y en la década de los 80 1:2500. En Ecuador la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales muestra una relación de 1:533 embarazos, demostrando un aumento considerable en los últimos años, convirtiéndose en una patología de gran relevancia en este campo de estudio.(1)

Con respecto a las edades de las pacientes con acretismo placentario, el rango más frecuente fue de mayores de 35 años con un porcentaje de 50%, seguidos del 44,7% con las edades de 20-35 años y finalmente el 5.3% formaron parte de las embarazadas menores de 19 años. Estos resultados se apegan al estudio Nórdico de Vigilancia Obstétrica, que investigó complicaciones obstétricas graves entre 2009 y 2012 y encontró que la edad materna mayor de 35 años aumenta las probabilidades de trastornos de adherencia placentaria en 4.5 veces, debido a que los embarazos tardíos usualmente se asocian con los antecedentes patológicos de la mujer que suelen incrementar con la edad y por ende con enfermedades dependientes del embarazo.(2)

A pesar de que los antecedentes patológicos personales no se consideraron como un factor de riesgo predominante en estas pacientes, cabe destacar la importancia y presencia de la placenta previa y el número de cesáreas anteriores. La placenta previa se encontró en el 71% de las pacientes y el 29% no la presentaban, esto nos indica la predisposición que se genera a partir de la aparición de este factor. Por otra parte, el número de cesáreas anteriores demuestra que al aumentar el número de cesáreas, mayor posibilidad se tiene de desarrollar la complicación. Según estudios realizados por la American College of Obstetricians, la frecuencia de acretismo aumentó en aquellas pacientes que presentaron estos dos factores y mientras mayor sea la frecuencia de las mismas, más riesgo se presentará.(3)

Al analizar la forma de presentación del acretismo placentario se tomó en cuenta el tipo de invasión placentaria y la manera de ingreso hospitalario. Con respecto a la invasión de las capas uterinas las alteraciones placentarias se pueden clasificar en acretismo, percretismo o incretismo. En nuestra muestra de estudio se encontró que el 91% corresponden a la forma acreta, 7% percreta y 2% increta. De la misma manera, en base a estudios de la revista chilena de obstetricia en los cuales se evidencian la aparición de la forma acreta en un 75% de los casos, la increta el 15% y percreta un 5% podemos determinar que la placenta acreta muestra una mayor predominancia frente a los otros. Por lo que se refiere a la forma de ingreso hospitalario en las pacientes embarazadas, se pudo constatar que el 79.85% fueron admisionadas por emergencia y el 21,05% fueron programadas desde el área de consulta externa. (4)

La decisión de realizar una histerectomía en casos de acretismo placentario es una medida extrema que se toma para proteger la vida materna. En nuestro estudio se encontró que el 79% de pacientes la cesárea terminó en histerectomía y en el 21% se realizó sólo cesárea. Según la FIGO, la histerectomía es el tratamiento quirúrgico definitivo para los trastornos de adherencias placentarias, especialmente en los casos invasivos, correspondiendo a la opción más segura y confiable para la mayoría de las pacientes con esta condición. En el caso de mujeres inestables o con hemorragia abundante, se debe proporcionar el tratamiento más efectivo posible según los recursos y el entorno clínico disponible. Esto puede incluir reanimación con líquidos y transfusiones de hemoderivados. Entre las pacientes con acretismo placentario se evidenció que el 81.6% recibieron transfusiones sanguíneas. Concordando con la Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD que estableció que hasta el 90% de las pacientes que cursan con acretismo placentario ameritan transfusiones de hemoderivados. Este tipo de manejo clínico/quirúrgico ha permitido un buen desenlace en la vida de la madre.(2,5)

CAPITULO V

CONCLUSIONES:

- Al ser el Hospital Teodoro Maldonado Carbo un hospital de tercer nivel se determinó que en el área materno infantil una prevalencia aumentada de acretismo placentaria que corresponde al 10.27% de una muestra de 370 pacientes atendidas durante el periodo 2019 a 2021.
- A partir del estudio se determinó que la edad más frecuente de las pacientes con acretismo placentario es mayor a 35 años, siendo este grupo etario uno de los principales factores predisponentes para la presentación de esta patología.
- Los factores de riesgo predominantes en la población de estudio fueron la presencia de placenta previa y el número de cesáreas anteriores presentes; sin embargo, la presencia o ausencia de antecedentes patológicos personales no fueron relevantes en la presentación de esta patología.
- El porcentaje de mujeres (79%) fueron sometidas a una cesárea que culminó en histerectomía a partir del diagnóstico de acretismo, producto del sangrado posparto que llega a comprometer el estado hemodinámico de la paciente.
- Dentro del espectro de placenta acreta, el acretismo placentario fue la forma de presentación más frecuente entre los 370 pacientes en cuestión, correspondiendo a un 91% de los casos en las pacientes frente a la presencia de otros tipos de patologías placentarias como es el percretismo e incretismo.
- Dentro del manejo del grupo de pacientes con diagnóstico de acretismo placentario la administraron de transfusión sanguínea correspondió al 81,6%.

RECOMENDACIONES:

- Se recomienda optimizar el uso de cesáreas de acuerdo a las condiciones obstétricas de cada paciente debido a la tendencia de acretismo placentario y otras complicaciones.
- Considerar el tratamiento conservador en el manejo del acretismo placentario en pacientes primigestas que deseen nuevos embarazos.
- Las pacientes con factores de riesgo significativos para el acretismo placentario deben ser evaluadas para una buena planificación del manejo quirúrgico, tratando de minimizar la pérdida sanguínea y preservación de órganos adyacentes.
- La detección temprana es esencial, por lo que realizar ultrasonidos obstétricos de alta calidad en las primeras etapas del embarazo puede ayudar a identificar signos de acretismo placentario y permitir un control prenatal adecuado para una cesárea programada.
- El personal médico debe obtener una historia médica completa de la paciente, incluyendo cirugías previas, embarazos anteriores y antecedentes de placenta previa. Esta información puede ayudar a predecir el riesgo de acretismo.
- Los equipos quirúrgicos deben estar listos para intervenir en caso de hemorragias graves durante la cesárea, además se debe contar con la disponibilidad de especialistas en casos de emergencias tales como urólogos y cirujanos generales.
- Se deben preparar unidades de sangre y hemoderivados en anticipación a la cirugía.
- El seguimiento después del parto es esencial para detectar y manejar cualquier complicación que pueda surgir, como hemorragias, infecciones entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Placenta accreta spectrum: Clinical features, diagnosis, and potential consequences - UpToDate [Internet]. [citado el 17 de julio de 2023]. Disponible en: https://www21.ucsf.edu.ec:2065/contents/placenta-accreta-spectrum-clinical-features-diagnosis-and-potential-consequences?search=placenta-accreta&source=search_result&selectedTitle=1~62&usage_type=default&display_rank=1
2. Mendez EG, Morgan JPS, Moya LCA. Acretismo Placentario. Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos [Internet]. el 8 de abril de 2022 [citado el 17 de julio de 2023];6(2):ág. 39-48. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/390/525>
3. Vista de Placenta previa total, acretismo placentario y mioma cervical. Reporte de un caso [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://medicinainvestigacion.uaemex.mx/article/view/18489/13726>
4. Jauniaux E, Chantraine F, Silver RM, Langhoff-Roos J, Duncombe G, Klaritsch P, et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Epidemiology. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. el 1 de marzo de 2018 [citado el 22 de julio de 2023];140(3):265–73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29405321/>
5. Silver RM, Branch DW. Placenta Accreta Spectrum. New England Journal of Medicine [Internet]. el 19 de abril de 2018 [citado el 18 de julio de 2023];378(16): 1529–36. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMcp1709324>
6. Dueñas G O, Rico O H, Rodríguez B M. Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2007 [citado el 24 de julio de 2023];72(4):266–71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Einerson BD, Gilner JB, Zuckerwise LC. Placenta Accreta Spectrum. Obstetrics and gynecology [Internet]. julio de 2023 [citado el 17 de julio de 2023];142(1):31–50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37290094/>
8. Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales. 2017 [citado el 18 de julio de 2023]; Disponible en: www.salud.msp.gob.ec
9. Jauniaux E, Bhide A, Kennedy A, Woodward P, Hubinont C, Collins S, et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Prenatal diagnosis and screening. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. el 1 de marzo de 2018 [citado el 18 de julio de 2023];140(3):274–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29405319/>
10. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Duncombe G, Klaritsch P, Chantraine F, Kingdom J, et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Introduction,. International Journal of Gynecology & Obstetrics [Internet]. el 1 de marzo de 2018 [citado el 22 de julio de 2023];140(3):261–4. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12406>

11. Liu X, Wang Y, Wu Y, Zeng J, Yuan X, Tong C, et al. What we know about placenta accreta spectrum (PAS). *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* [Internet]. el 1 de abril de 2021 [citado el 22 de julio de 2023];259:81–9. Disponible en: <http://www.ejog.org/article/S0301211521000701/fulltext>
12. Berkley EM, Abuhamad A. Imaging of Placenta Accreta Spectrum. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. el 1 de diciembre de 2018 [citado el 22 de julio de 2023];61(4):755–65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30339609/>
13. Watcharasin P, Pranpanus S, Suwannanon R, Rajaborirug S. Effective training program for antenatal diagnosis of placenta accreta spectrum disorder. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. 2023 [citado el 22 de julio de 2023]; Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.14806>
14. Placenta accreta spectrum: Management - UpToDate [Internet]. [citado el 22 de julio de 2023]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/placenta-accreta-spectrum-management?search=placenta-accreta&source=search_result&selectedTitle=2~61&usage_type=default&display_rank=2
15. Sentilhes L, Kayem G, Chandraharan E, Palacios-Jaraquemada J, Jauniaux E, Duncombe G, et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Conservative management,. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. el 1 de marzo de 2018 [citado el 22 de julio de 2023];140(3):291–8. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12410>
16. Allen L, Jauniaux E, Hobson S, Papillon-Smith J, Belfort MA, Duncombe G, et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Nonconservative surgical management. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. el 1 de marzo de 2018;140(3):281–90.
17. Sentilhes L, Kayem G, Chandraharan E, Palacios-Jaraquemada J, Jauniaux E, Duncombe G, et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Conservative management,. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. el 1 de marzo de 2018 [citado el 18 de julio de 2023];140(3):291–8. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12410>



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Farfán Briones, Davinia Liseth**, con C.C: # **1315956456** y **Velásquez Barreiro, Ericka Alexandra** con C.C: #**1311623977**, autoras del trabajo de titulación: **Prevalencia de acretismo placentario en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **29 de septiembre del 2023**

f. _____

Nombre: **Farfán Briones, Davinia Liseth**

C.C: **1315956456**

f. _____

Nombre: **Velásquez Barreiro, Ericka Alexandra**

C.C: **1311623977**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de acretismo placentario en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021.		
AUTOR(ES)	Farfán Briones, Davinia Liseth Velásquez Barreiro, Ericka Alexandra		
REVISOR/TUTOR	Vicente Yuen Chon Monroy		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	29 de septiembre del 2023	No. DE PÁGINAS:	37
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología, Obstetricia, Medicina Interna, Epidemiología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Acretismo Placentario, Placenta Acreta, Mujeres Embarazadas, Prevalencia, Obstetricia, Hospital.		
RESUMEN:	<p>Introducción: El acretismo placentario corresponde a una patología de gran relevancia a nivel obstétrico dada su alta tasa de prevalencia en los últimos años. Puede presentar riesgos significativos para la madre durante el embarazo, el parto y posparto, por lo que requiere atención médica especializada y planificación cuidadosa para minimizar futuras complicaciones. Objetivo: Estimar la prevalencia de acretismo placentario en pacientes atendidas en el área materno infantil del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2019-2021. Materiales y métodos: Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se trabajó con una muestra de 370 pacientes atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el año 2019 al año 2021. Resultados: Se tomó una muestra de 370 pacientes atendidas, de las cuales el 10% presentaron acretismo placentario durante el 2019 a 2021, la edad correspondió a una variable importante, predominando mayores a 35 años, de la misma forma, los factores de riesgo como la cantidad de cesáreas anteriores y la presencia de placenta previa, contribuyeron a la presentación de este tipo de alteración placentaria. Por consiguiente, el estudio histopatológico se desarrolló en el 47,37%, demostrando la presencia del subtipo acreta en el 91% de la muestra. Finalmente, el desarrollo de histerectomía junto a la cesárea se realizó en el 79% de las pacientes atendidas, de las cuales el 81,6% recibió transfusiones. Conclusiones: Se estima que la prevalencia de acretismo correspondió al 10%, considerándose como un valor relevante y una patología frecuente.</p> <p>Palabras claves: acretismo placentario, placenta acreta, mujeres embarazadas, prevalencia, obstetricia, hospital.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-997254847 +593-959985661		E-mail: ericka.velasquez@cu.ucsg.edu.ec davinia.farfan@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vasquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: 0982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			