



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

UNIDAD GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**FACTOR DE RIESGO QUIRURGICO UTERINO MÁS FRECUENTE EN
PACIENTES CON ACRETISMO PLACENTARIO EN EL HOSPITAL GENERAL
DE MEXICO**

**TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

VERÓNICA MARTINEZ RAMÍREZ

ASESOR:

DRA. PAULINA CORREA GARCIA

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TITULO

**FACTOR DE RIESGO QUIRURGICO UTERINO MÁS FRECUENTE EN
PACIENTES CON ACRETISMO PLACENTARIO EN EL HOSPITAL GENERAL
DE MEXICO**

CONTENIDO

<u>LISTA DE TABLAS</u>	IV
LISTA DE FIGURAS	IV
AGRADECIMIENTOS	V
ABREVIATURAS	VI
RESUMEN	VII
<u>INTRODUCCIÓN</u>	1
MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	1
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS	10
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	11
TIPO DE ESTUDIO	11
POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	11
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	11
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	12
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	13
IMPLICACIONES ETICAS DEL ESTUDIO	13
<u>RESULTADOS</u>	14

DISCUSIÓN	21
CONCLUSIONES	23
REFERENCIAS.....	25

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. <i>Número de casos totales</i>	14
Tabla 2. <i>Mediana de gestaciones</i>	15
Tabla 3. <i>Antecedentes gineco-obstetricos</i>	17
Tabla 4. <i>Mediana y rango por antecedente quirúrgico y no quirúrgico uterino</i>	19
Tabla 5. <i>Porcentaje de diagnóstico por estudio</i>	20

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. <i>Total de pacientes con diagnóstico de acretismo</i>	15
Figura 2. <i>Casos de acretismo placentario divididos por grupo de edad</i>	16
Figura 3. <i>Porcentaje de transfusiones</i>	17
Figura 4. <i>Porcentaje de transfusión por diagnóstico</i>	18
Figura 5. <i>Diagnóstico de acretismo placentario por cistoscopia</i>	19

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Dra. Paulina Correa García, por su entusiasmo, paciencia y empeño, agradezco también al Dr. Alberto Olivares Huerta por su apoyo y compromiso con la enseñanza.

... A mis maestros por mostrarme el camino de la ciencia y la humanidad de la ginecoobstetricia.

... A mis compañeras por haberme acompañado en este proceso de crecimiento, por sus aportaciones a mi enseñanza, por caminar juntos estos 4 años, por buscar un mismo fin, la atención del paciente.

... A mis Pacientes por permitirme aprender, crecer y convertirme en especialista a lado suyo.

... A mis padres y hermanos, por su apoyo y amor incondicional, por tolerar ausencias, por comprender mis decisiones y caminos, por mirarme y transmitirme esa fuerza e ímpetu inquebrantable, por compartir mis mejores y peores momentos.

... A Jonatán por su apoyo, paciencia y amor.

El bambú tarda 7 años en echar raíces, y solo 6 semanas en crecer más de 30 metros... se necesita paciencia para crecer.

ABREVIATURAS

HGM: Hospital general de México.

DE: Desviación estándar.

ODDS RATIOS: Razón de momios

OMS: Organización mundial de la salud

ENSANUT: encuesta nacional de salud y nutrición.

INEGI: Instituto nacional de estadística y geografía.

ACOG: The American College of Obstetricians and Gynecologist. /colegio

Americano de ginecología y obstetricia.

CENETEC: Centro nacional de excelencia tecnológica en salud.

RESUMEN

Introducción:

La adherencia anómala de la placenta a la pared uterina se convierte con frecuencia en causa de hemorragias obstétricas que ponen en riesgo a la gestante. El acretismo y el percretismo se asocian con antecedente de placenta previa y cesárea anterior. El diagnóstico puede sospecharse con datos clínicos, ultrasonido y resonancia magnética.

El tratamiento del acretismo placentario de forma tradicional es la histerectomía, con un equipo multidisciplinario que involucra a cirujanos generales, ginecólogos o uroginecólogos, en ciertos casos especiales en los que pudiera estar comprometida la integridad de la vejiga (percretismo).

Objetivo:

Describir los antecedentes gineco-obstétricos quirúrgicos más frecuentes de la inserción anómala de la placenta, así como sus implicaciones médicas más importantes en las pacientes en el Hospital general de México en el periodo comprendido de enero 2017 a diciembre 2018.

Material y método:

Mediante un estudio de serie de casos se describe los antecedentes quirúrgicos gineco-obstétricos más frecuentes encontrados en pacientes con acretismo placentario, así como sus repercusiones clínicas en las pacientes del hospital general de México en el periodo comprendido de enero 2017 a diciembre 2018.

Resultados:

Se obtuvieron un total de 29 pacientes con este diagnóstico, la edad media fue de 33 años, con (DE) de 6.11, con rango de 20-42 años, el mayor porcentaje de casos se presentó en el grupo de pacientes con antecedente de 2 cesáreas previas, con un total de casos de 9, correspondiente al 31.03%, seguido del grupo perteneciente a cesárea previa y más de 3 cesáreas, con el mismo porcentaje de 13.7%, el grupo con menor número de casos fue el perteneciente a antecedente de 2 legrados, con 1 caso reportado, correspondiente a 3.44%, no contamos con registro de pacientes con antecedentes de Miomectomia. El diagnóstico se realizó en 52% con Ultrasonido doppler, y en un 31% por cistoscopia. El tratamiento fue 79.3% quirúrgico con histerectomía total abdominal, con un promedio de sangrado de 1774 mL (DE 1045.4 mL), todos los casos, únicamente 3 casos (10.3%) tuvieron embolización previo a la histerectomía. En cuanto a quimioterapia, se les administró a 4 casos (13.7%).

INTRODUCCION

MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES

El acretismo placentario es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal con penetración de las vellosidades coriales al miometrio.

La frecuencia de acretismo se ha incrementado de 10 a 15 veces en los últimos 60 años. Dado que esta patología está claramente asociada al incremento en la tasa de cesáreas, se prevé que seguirá aumentando de manera proporcional.

La placenta acreta se caracteriza por una alta morbilidad y mortalidad materna, a menos que se cuenten con los recursos humanos e institucionales para resolver la complicación inevitable en el momento del alumbramiento.

Se puede producir una hemorragia masiva, que puede inducir una coagulación intravascular diseminada, y la consiguiente necesidad de una histerectomía de emergencia que puede provocar lesiones quirúrgicas de los uréteres, vejiga y otras vísceras, síndrome de dificultad respiratoria (distrés), insuficiencia renal y muerte.

La pérdida de sangre promedio en una hemorragia por acretismo se ha estimado entre 3 y 5 L. La hemorragia obstétrica es una de las causas más comunes de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, y la placentación anormal, incluyendo la placenta acreta, es actualmente la indicación más común de histerectomía periparto.

La identificación prenatal de estos casos y la derivación temprana a los centros especializados probablemente se traducirá en mejores resultados. El principal tratamiento es la histerectomía obstétrica, debido a su frecuente asociación con placenta previa y cicatrices de cesáreas previas. Este

procedimiento es un desafío a las habilidades quirúrgicas del médico obstetra, por lo que es necesario conocer otras alternativas de tratamiento.

La placenta acreta se define como aquella placenta que se adhiere al miometrio de forma anormal. Su incidencia, que en la actualidad es de 3/1000, ha aumentado en gran parte debido al aumento del número de cesáreas. Su morbilidad asociada está principalmente causada por el elevado riesgo de hemorragia masiva, necesidad de transfusiones, infección intraabdominal y lesión de órganos adyacentes. Se ha asociado a una elevada mortalidad materna de hasta el 7%.

Clasificación

Se clasifica en función del grado de invasión de la misma sobre el miometrio:

- Acreta: Las vellosidades coriales se insertan directamente sobre el miometrio (80%).
- Increta: Las vellosidades coriales invaden el miometrio (15%).
- Percreta: Las vellosidades invaden miometrio y serosa o incluso órganos adyacentes como la vejiga (5%).

El principal factor de riesgo es la presencia de una placenta previa insertada sobre una cesárea previa, ya que el segmento inferior es un área de pobre decidualización (el 88% de 5/15 placentas acretas se asocian a una placenta previa).

Otras cicatrices uterinas como miomectomías, legrados o extracción manual de placenta también confieren mayor riesgo, así como los mismos factores predisponentes a presentar una placenta previa.

El riesgo de placenta acreta si existe una placenta previa aumenta en función del número de cesáreas previas:

- 1 cesárea previa: 3.3%
- 2 cesárea previa: 11%
- 3 cesáreas previas: 40%
- 4 cesáreas previas: 61%
- 4/5 cesáreas previas: 67%

Si la placenta no es previa, el riesgo de placenta acreta será menor (del 0.03% sin el antecedente de cesárea previa a cerca del 1% si la paciente tiene 3 o 4 cesáreas previas).

Otros factores de riesgo son mioma submucoso, legrado anterior, el síndrome de Asherman, edad materna avanzada, gran multiparidad, el tabaquismo y la hipertensión crónica. Frecuencia de la placenta acreta según el número de partos por cesárea y la presencia o ausencia de placenta previa.

El acretismo placentario puede llevar a hemorragia obstétrica masiva, y como consecuencia alteraciones de la coagulación por la pérdida masiva y coagulación por consumo.

La necesidad de realizar histerectomía, especialmente cuando se asocia a placenta previa e inserta en cicatrices de cesáreas previas, puede condicionar riesgo de daño quirúrgico a los uréteres, vejiga y a otras estructuras pélvicas vecinas, así como también síndrome de dificultad respiratoria del adulto e incluso la muerte materna. El mayor riesgo de morbi-mortalidad materna disminuye con un adecuado diagnóstico prenatal y

planificando la interrupción del embarazo con un equipo quirúrgico multidisciplinario, en una institución que disponga de banco de sangre.

Fisiopatología

La patogénesis exacta de la placenta adherida es desconocida. Por lo general, la placenta acreta se ha diagnosticado en útero histerectomizados que mostraron vellosidades coriónicas en contacto directo con el miometrio y la ausencia de decidua. Este hallazgo puede ser focal, en algunos casos, mientras que la decidua está presente en las zonas adyacentes a los focos de acreta. Este mal desarrollo de la decidua en la placenta acreta se asocia generalmente con casos de cesáreas previas o legrados uterinos. Las alteraciones localizadas en la tensión de oxígeno en el endometrio y el miometrio de una cicatriz de cesárea, pueden contribuir a alteraciones de la placentación. Normalmente en el embarazo la placenta y específicamente las células del trofoblasto conectan el lumen de los vasos deciduales, lo que contribuye a la hipoxia fisiológica.

Entre las 10 y 12 semanas de embarazo el flujo de sangre en el espacio intervelloso comienza. Esta hipoxia fisiológica parece estimular las células de citotrofoblasto a someterse a la mitosis, que es diferente a la mayoría de otros tipos de células. En estas condiciones, el citotrofoblasto invade el endometrio, llegando a las arterias espirales, y se diferencia en un fenotipo vascular. Esta tendencia podría explicar el mayor riesgo de placenta previa y acreta en mujeres con un mayor número de cesáreas. Diagnóstico Placenta acreta debe sospecharse en mujeres que tienen tanto una placenta previa, particularmente anterior, y una historia de cesárea u otra cirugía uterina.

Ultrasonografía.

Todas las mujeres con placenta previa deben ser consideradas por el riesgo de placentación anormal. Lo mismo que mujeres con historial de cesárea previa o cicatrices uterina. Para la localización de la placenta se debe incluir en el Ultrasonido la exploración de la anatomía entre las 18 y 20 semanas.

La imagen inicial debe ser transabdominal y los que tienen una apariencia de placenta baja deben ser evaluadas con ecografía transvaginal. Si el total o parcial de la placenta previa se identifica, las imágenes posteriores se recomienda realizar entre las 28 a 32 semanas para evaluar la posición de la placenta y la necesidad de parto por cesárea.

Todos los casos de placenta previa deben considerarse en riesgo de placenta adherida anormal. Las características de la ecografía que sugieren placenta adherida son:

La pérdida de la zona hipoecoica miometral retro placentaria. Adelgazamiento o disrupción de la serosa uterina hiperecoica y la interfaz con la vejiga.

El estándar de oro para el diagnóstico de placenta acreta es el examen anatomopatológico del útero y la placenta. Cuando varias secciones de tejido se evalúan en los casos sometidos a histerectomía, áreas que muestran la gama completa de profundidad de la invasión de adherida a increta, y a veces percreta, a menudo coexisten.

La presencia focal de masas exofíticas, presencia de una gran área de sonolucencias placentarias. Los hallazgos del Doppler color pueden incluir:

1. El flujo lacunar placentario difuso
2. Hipervascularidad de la interfaz de serosa de la vejiga
3. Complejos venosos sub placentario

El ultrasonido tiene una sensibilidad del 95% y una especificidad del 76% para el diagnóstico de placenta adherida.

El Doppler del 100% y 85%, respectivamente. De los estudios descritos se puede concluir que el diagnóstico de acretismo placentario es básicamente por el flujo turbulento a través de los lagos placentarios. Sin embargo, esta modalidad en la mayor parte de los casos no mejora el diagnóstico obtenido por la escala de grises per se del ultrasonido normal.

Es por eso que el doppler no debe ser empleado como método de diagnóstico primario para el diagnóstico de acretismo placentario. En cuanto al diagnóstico en el primer trimestre e inicios del segundo, se ha encontrado que los hallazgos de un saco gestacional localizado muy cerca de una cicatriz uterina previa en el segmento uterino son sospechosas de acretismo placentario pero no diagnósticas.

Cistoscopia.

El uso de cistoscopia como método diagnóstico para placenta percreta con invasión vesical no suele estar justificado, puesto que el ultrasonido tiene una mayor sensibilidad y especificidad.

En el metanálisis realizado por Washecka y Behling, encontraron que en 54 pacientes con placenta percreta e invasión vesical solamente 12 pacientes (22,2%) presentaron hallazgos compatibles de invasión vesical para realizar el diagnóstico. Este porcentaje tan bajo parece estar asociado a que a la fecha no existe un consenso sobre cuáles son los hallazgos patognomónicos de invasión vesical en placenta percreta.

Actualmente la mayor utilidad del uso de la cistoscopia en una placenta previa con hallazgos ultrasonografico sugerentes de invasión vesical es realizar la cateterización ureteral durante ese momento.

Tratamiento

Una vez que se hace el diagnóstico de placenta acreta se establece un plan integral de tratamiento. El cual incluye al equipo multidisciplinario que debe estar localizable y disponible en el momento del parto, el enfoque principal quirúrgico (histerectomía o tratamiento conservador), y además el uso de tratamientos complementarios.

El tratamiento universalmente aceptado es la histerectomía obstétrica. A su vez existe una corriente conservadora que es dejar la placenta in situ y en algunas ocasiones emplear medicamentos para su expulsión o reabsorción.

Vía y edad gestacional para la resolución del embarazo.

El riesgo de complicaciones maternas y fetales aumenta notablemente después de la semana 35 de embarazo y es mayor de 90% después de la semana 36; esto se asocia con el grado de invasión trofoblástica por lo que la edad gestacional recomendada para la terminación del embarazo, en una paciente programada, es la semana 34 de la gestación. No debe rebasarse la semana 37 y debe corroborarse, preferentemente, la madurez pulmonar fetal.⁷Las mujeres con placenta acreta se resuelven generalmente por una cesárea. Es mejor realizar la cirugía en condiciones electivas, controladas y no como una situación de emergencia sin la preparación adecuada.

Abordaje quirúrgico

El abdomen se abre a través de una incisión vertical que se puede ampliar fácilmente para facilitar la exposición. El útero se debe abrir en la forma de una cesárea clásica, idealmente el corte lejos del sitio de implantación placentaria, lo que puede resultar en una incisión transfundal. El bebé nace y se entrega al personal de neonatología. No se intenta extraer la placenta y los uterotónicos no se deben utilizar por el riesgo de desprendimiento de la placenta y hemorragia mayor. En muchos casos, basta con una histerectomía subtotal.

Manejo conservador.

Incluyen:

- Dejar la placenta en su lugar (totalmente o en fragmentos)
- Resección del lecho placentario y su reparación.
- Extracción y legrado obstétrico
- Empleo de algún medio que cause isquemia (embolización, ligadura de vasos especialmente de iliacos internos, del lecho placentario.

JUSTIFICACION

Se han implementado estrategias para prevenir la aparición de factores de riesgos así como complicaciones de pacientes con diagnóstico de acretismo placentario, sin embargo actualmente continuamos con diagnóstico de nuevos casos de acretismo placentario con sus complicaciones. Las estrategias para la detección oportuna de acretismo placentario deben ser enfocadas en el riesgo específico de esta placentación anómala, captando las posibles medidas preventivas para la disminución de factores de riesgo más frecuentes en nuestra población.

Captar e identificar los factores de riesgo que presentan una alta incidencia de diagnóstico de acretismo placentario ayudara a la prevención y manejo multidisciplinario de dicha patología, disminuyendo así tanto la morbimortalidad como el gasto sanitario. El factor de riesgo quirúrgico uterino que se presentan con mayor frecuencia en nuestra población atendida se espera identificar analizando los casos reportados en el hospital general de México.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país la falta de diagnóstico oportuno y prevención de factores de riesgo quirúrgico y no quirúrgico más frecuentes asociados a acretismo placentario conlleva a un deficiente manejo así como a una elevación en la incidencia del diagnóstico. Los gastos sanitarios en pacientes con presencia de complicaciones derivadas del tratamiento de acretismo placentario tanto médico y quirúrgico generan no solo un problema institucional, si no de salud pública.

OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Identificar los antecedentes quirúrgicos uterinos de riesgo con mayor número de incidencia en el diagnóstico de acretismo placentario en pacientes tratadas en el Hospital general de México.

B. OBJETIVO ESPECÍFICO:

1.- Identificar los factores de riesgo gineco obstétricos quirúrgicos y no quirúrgicos más importantes en la incidencia de acretismo placentario en pacientes que acuden para su atención al Hospital General de México.

2.-Captar tempranamente en el control prenatal paciente susceptibles a desarrollar acretismo placentario conociendo sus antecedente quirúrgicos uterinos.

3.-Identificar el promedio de sangrado por evento quirúrgico en pacientes diagnosticadas.

4.- Identificar la edad promedio de presentación del acretismo placentario

5.-Conocer el grado de asociación entre el acretismo placentario y el diagnóstico de placenta previa total.

4.-Identificación de pacientes que cuenta con antecedentes obstétricos de riesgos para dicho diagnóstico, logrando un adecuado manejo conjunto multidisciplinario para las pacientes tratadas.

7.-Conocer el promedio de estancia hospitalaria en días de pacientes con diagnóstico de acretismo placentario.

8.-Identificar el porcentaje de diagnóstico de casos por ultrasonido y cistoscopia.

MATERIAL Y METODO

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, retrospectivo, longitudinal y observacional

El estudio no requirió recursos económicos para su estudio

POBLACION EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

- Se incluyen a todas las pacientes que hayan tenido diagnóstico de acretismo placentario en el periodo comprendido entre enero 2017 diciembre 2018 en el hospital general de México

CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION

CRITERIOS DE INCLUSION

- Antecedente de cirugía uterina previa (cesárea, legrado, miomectomía)
- Gestantes > 22 semanas de gestación.
- Gestantes con cirugía uterina previa.
- Gestantes en cuyas historias clínicas se puedan precisar las variables en estudio
- Diagnóstico de acretismo placentario
- Gestantes en el periodo de enero 2017- diciembre 2018

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes sin antecedentes de cirugía uterina
- Pacientes con acretismo descartado durante control prenatal
- Paciente atendida fuera de periodo ventana

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Registros en el expediente clínico incompleto
- Perdida de expediente clínico

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION

Dependientes

- Acreta
- Percreta
- Increta

Independientes

- Gesta
- Cesárea
- Legrado
- Miomectomía
- Sangrado
- Transfusión
- Tiempo de estancia hospitalaria
- Edad
- Histerectomía
- Cistoscopia
- Embolización de arterias uterinas
- Quimioterapia

RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se revisaron los expedientes en busca de antecedentes gineco-obstetricos de riesgo para desarrollar acretismo placentario, así como sus principales implicaciones clínicas.

Se revisaron expedientes, los datos se agregaron a una base de datos en programa Excel

IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

Estudio sin riesgo para el paciente, al ser un estudio retrospectivo, se obtuvo la información en expedientes de la institución, sin intervención directa con las pacientes. Los datos de identificación de las pacientes se mantienen confidenciales.

RESULTADOS

En el año comprendido enero 2017 a diciembre 2018 se identificaron un total de 29 pacientes con diagnóstico de acretismo placentario.

Para su estudio se dividió la población en grupos:

Tabla 1. *Antecedentes quirúrgicos uterinos en la población total de estudio.*

CESAREA	LEGRADO	MIOMECTOMIA	CASOS
+			4 (13.7%)
+			2 (6.89%)
+	+		2 (6.89%)
++			9 (31.03%)
	++		1 (3.44%)
++	+		1 (3.44%)
++	++		1 (3.44%)
+++ o mas			4 (13.7%)
	+++ o mas		2 (6.89%)
			3 (10.34%)

En esta tabla se engloban los casos de acretismo relacionados al antecedente quirúrgico uterino.

Fuente: creación propia.

Con los siguientes resultados, el grupo más prevalente fue el grupo de con antecedente de 2 cesáreas previas, con un total de 9 pacientes representando el 31.03%.

Durante el mismo periodo comprendido entre enero 2017 a diciembre 2018 se reportaron 253 casos de operación cesárea por cesárea iterativa, no asociada a diagnóstico de placenta previa, y sin diagnóstico de acretismo placentario.

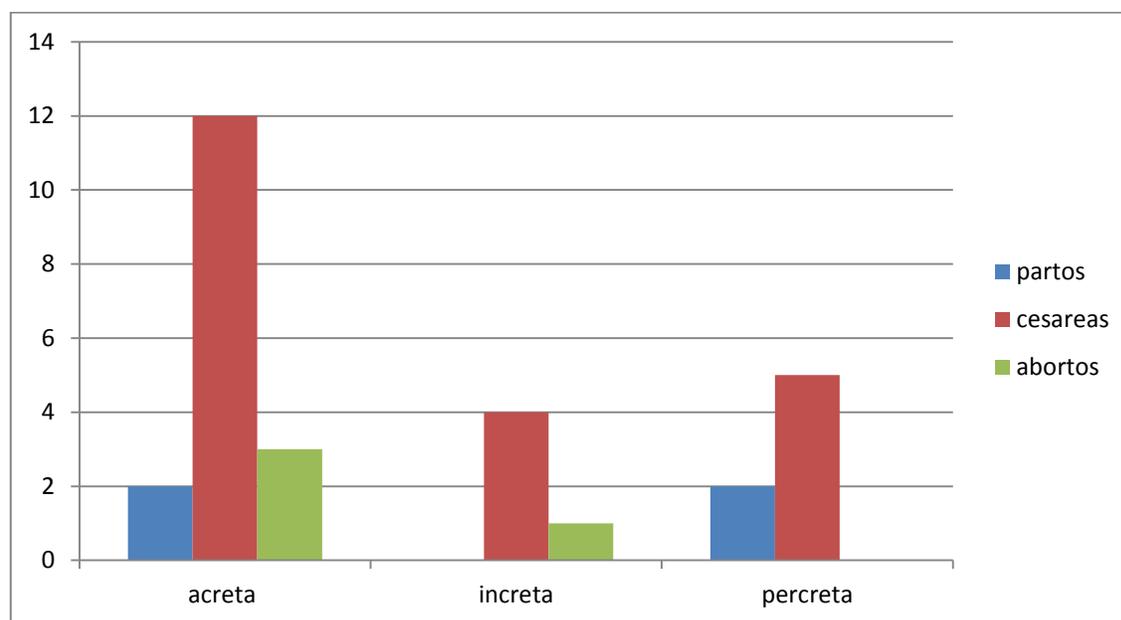
De los datos obtenidos de nuestra población, las variables demográficas se describen en la **Tabla 2**. Se obtuvieron un total de 29 expedientes de pacientes que tuvieron diagnóstico histopatológico de acretismo placentario en sus 3 variantes: acretismo, incretismo y percretismo.

Tabla 2. Variables demográficas

DIAGNOSTICO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Acreta	17	58.6%
Percreta	7	24.1%
Increta	5	17.2%

En esta tabla se engloban numero de casos por grado de invasion miometrial. Fuente: creacion propia.

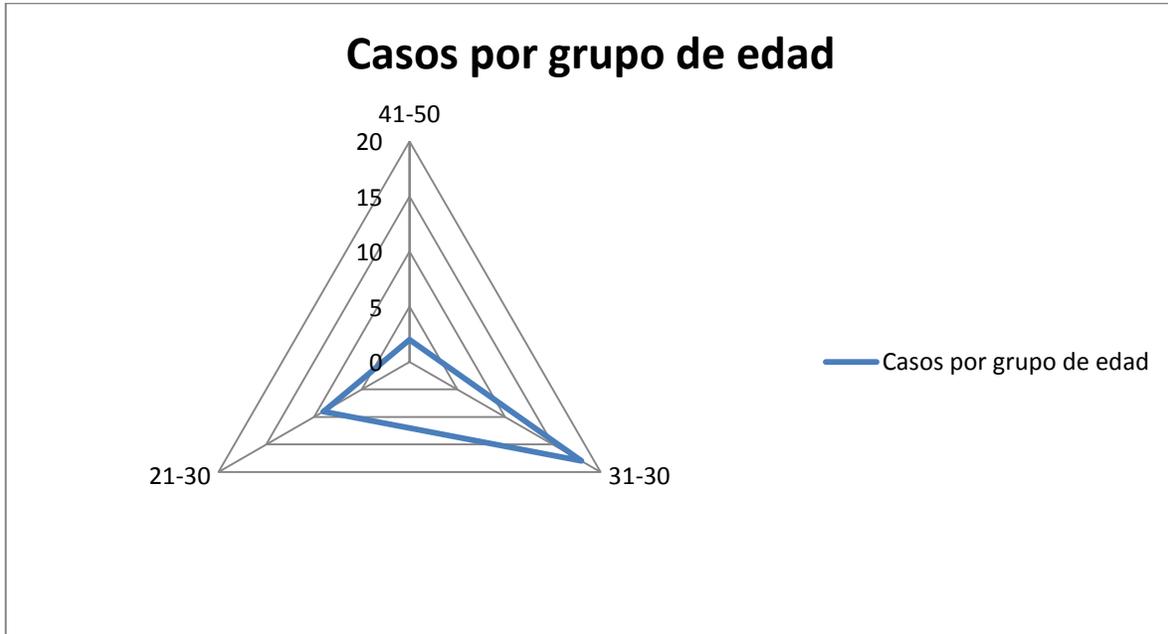
Figura 1. Variables demográficas en estudio en el periodo comprendido en enero 2017 a diciembre 2018. Resultados globales.



En esta tabla se muestran los resultados globales de acretismo placentario, divididos por grado de invasión en relación al número y tipo de eventos quirúrgicos y no quirúrgicos uterinos. Fuente: creación propia.

En cuanto a la edad promedio, se estimó en 33 años (DE 6.11 años) con un rango entre 20 a 42 años.

Figura2. *Casos de acretismo placentario divididos por grupo de edad*



Esta grafica muestra el total de casos divididos por grupo etario. 41-50=2, 31-40=18, 21-30=9.
Fuente: creación propia.

La mediana de gestaciones fue de 3 (rango de 1-7 gestaciones). De éstas, 27 pacientes (93.0%) fueron multigesta, predominando las cesáreas como método de resolución del embarazo con una mediana de 2 (rango de 1 a 4).

Tabla 3. Mediana de gestación.

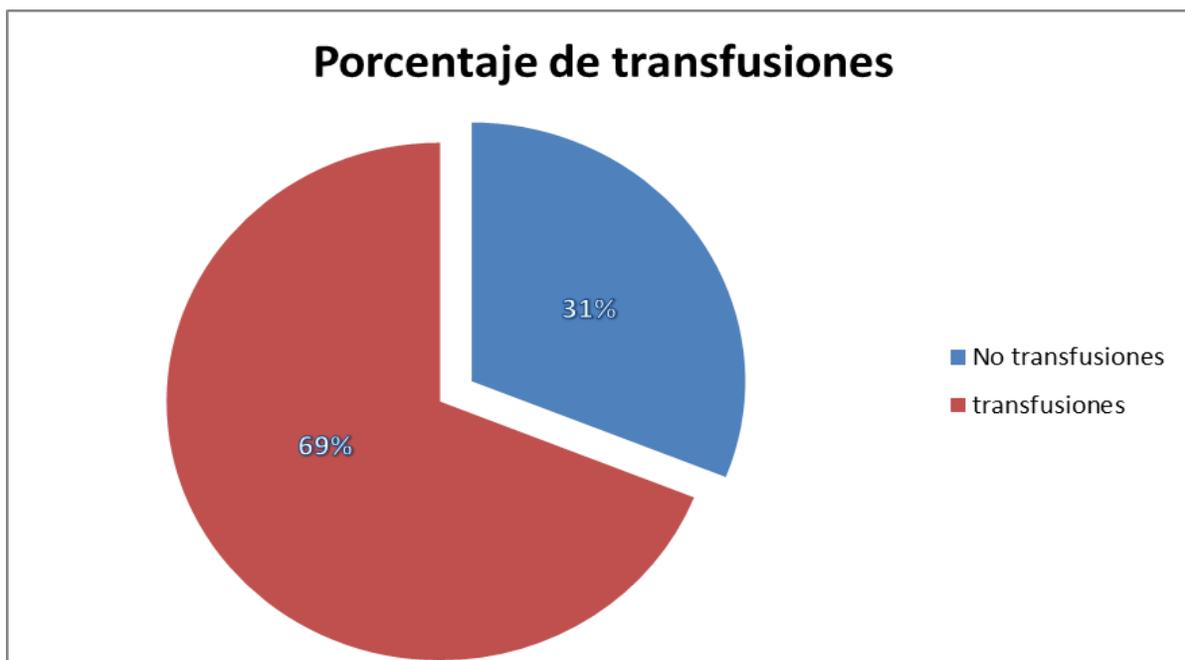
GESTACIONES	MEDIANA	%
Primigesta	1	3.4%
Secundigesta	1	3.4%
Multigesta	27	93.2%

En esta tabla se incluyen los resultados de número de casos y porcentaje agrupado por número de gestas. Fuente: creación propia.

Se presentó sólo 1 caso en paciente primigesta la cual se resolvió por cesárea; y en caso de secundigestas, se observó igualmente 1 caso resuelto por cesárea.

Otras formas de resolución fueron el parto con una mediana de 0 (rango de 0 a 5) y aborto con una mediana de 0 (rango de 0 a 5).

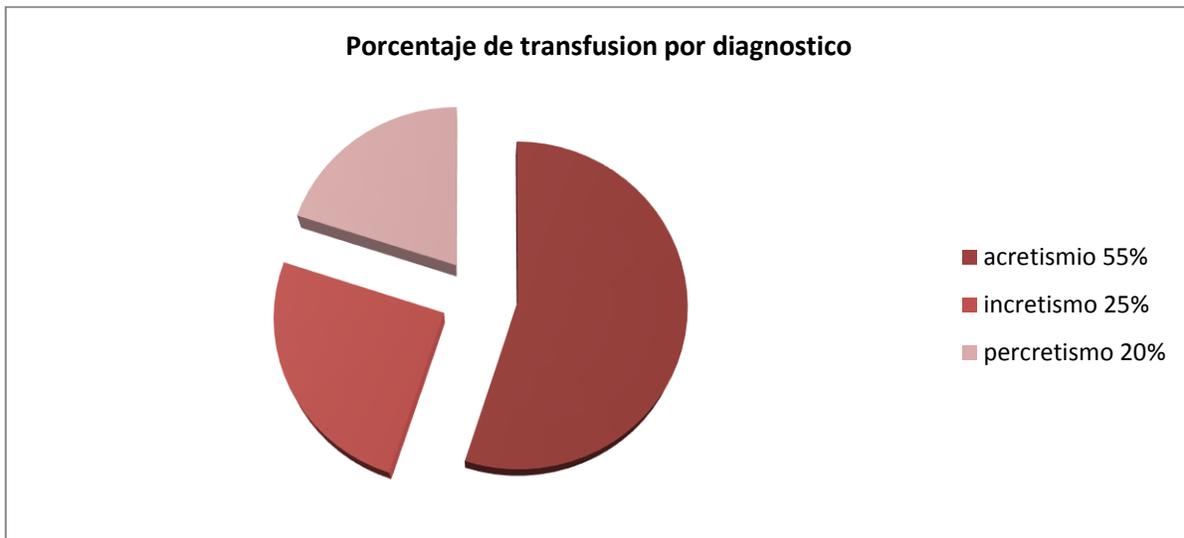
Figura 3. Porcentaje de transfusiones.



Esta grafica muestra el porcentaje de pacientes transfundidos y no transfundidos, durante su estancia hospitalaria.

El promedio de sangrado se estimó en 1774 mL (DE 1045.4 mL), de los cuales 20 casos (69%) ameritaron transfusión y 9 casos (31%) no ameritaron transfusión.

Figura 4. *Porcentaje de transfusión por diagnóstico.*



Esta tabla muestra del total de transfusiones, el porcentaje por grado de invasión. Fuente: creación propia.

De casos de transfusión, el promedio de sangrado fue de 2180 mL (DE 1003.4 mL) con un rango entre 700 a 4000 mL. La tasa de transfusión fue de 68.9%, con una asociación a diagnóstico de placenta previa total de 75.8%. con un Odds Ratios de 12.3.

Se presentaron 17 casos (58.6%) con acretismo, 7 casos (24.1%) con percretismo, 5 casos (17.2%) con incretismo. De los casos con acretismo, 13 pacientes (76.4%) tuvieron una mediana de cesáreas de 2 (rango de 0 a 4), 3 casos que no presentaron cesáreas tuvieron antecedente de aborto con una mediana de 1 aborto (rango 1-5), llamando la atención que 1 caso tuvo 5 legrados uterinos instrumentados. Solamente 1 caso se presentó con antecedente de 2 partos.

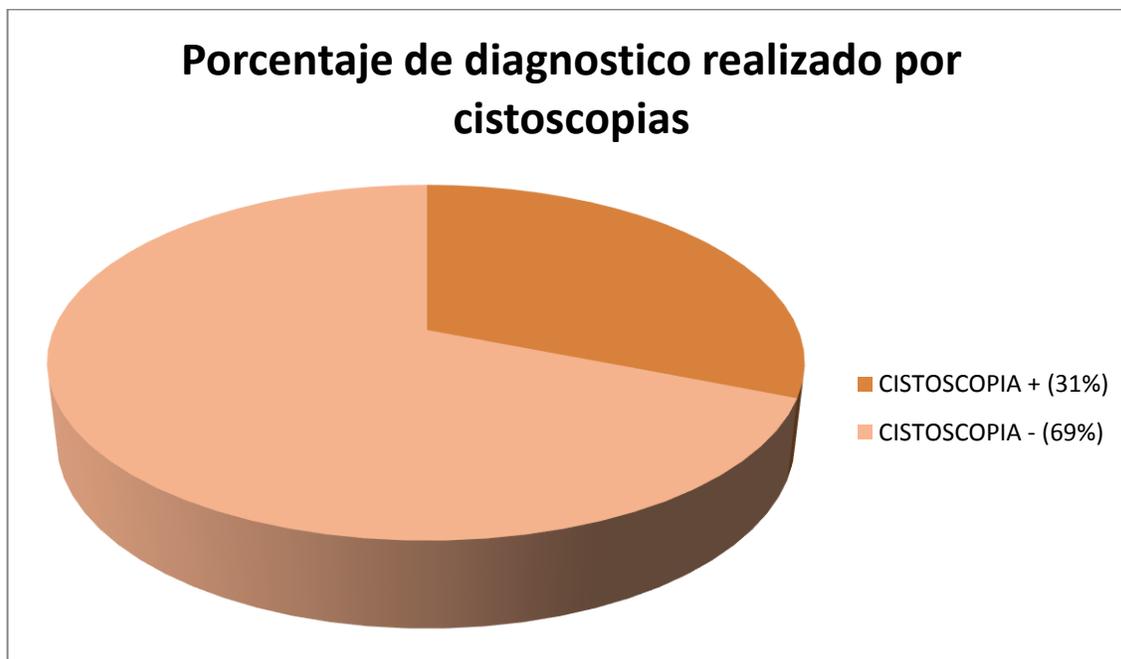
Tabla 4. Mediana y rango por antecedente quirúrgico y no quirúrgico uterino.

Antecedente	Mediana	Rango
Cesáreas	2	1-4
Partos	1	1-5
Legrados	1	1-5

Esta tabla se muestra la mediana y el rango de presentación de antecedentes quirúrgicos y no quirúrgicos uterinos. Fuente: creación propia.

De los casos con acretismo, 13 pacientes (76.4%) tuvieron una mediana de cesáreas de 2 (rango de 1 a 4). De Incretismo, los 5 casos (100%) se presentaron con antecedente de cesárea (rango 1-4), llamando la atención que un caso tenía antecedente de 3 partos. De los casos de percretismo, 7 casos (80%) presentaron 2 cesáreas cada una, el caso restante (20%) tuvo el antecedente de 5 partos.

Figura 5. Diagnóstico de acretismo placentario por cistoscopia.



Esta grafica muestra el porcentaje de diagnóstico realizado por cistoscopias positivas en la población total de estudio. Fuente: Creación propia.

Durante el periodo estudiado, comprendido de enero 2017 a diciembre 2018 se reportaron 29 casos de acretismo placentario de los cuales se diagnosticaron por cistoscopia complementaria 9 casos, equivalente a un 31% de cistoscopias positivas, de la misma manera se realizó estudio ultrasonografico con diagnostico por este de 15 casos, equivalente al 51%.

Tabla 5. *Porcentaje de diagnóstico por estudio.*

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS	PORCENTAJE DE DIAGNOSTICO
Cistoscopia (+)	9 (31%)
Cistoscopia (-)	20 (69%)
USG (+)	15 (52%)
USG (-)	14 (48%)

Esta tabla muestra los resultados positivos y negativos por estudio, en población de estudio.
Fuente: creación propia.

De todos los casos, únicamente 3 casos (10.3%) tuvieron embolización previo a la histerectomía. De éstos, sólo 1 caso (33.3%) fue por incretismo placentario, mientras que 2 casos (66.7%) fueron por acretismo. En cuanto a quimioterapia, se les administró a 4 casos (13.7%) y de los cuales, sólo 1 caso (25%) fue por percretismo mientras que 2 casos (50%) fue por acretismo y 1 caso (25%) no tuvo alteraciones en la inserción placentaria.

DISCUSION

Este estudio busca encontrar el principal factor de riesgo quirúrgico uterino asociado a diagnóstico de acretismo placentario. En el hospital general de México “Dr. Eduardo Liceaga” de los 29 casos reportados en el periodo comprendido de enero 2017 a diciembre 2018 se encontró que el grupo predominante con diagnóstico de acretismo placentario perteneció a la población con 2 cesáreas previas, con un porcentaje de 31.03%, seguido del grupo perteneciente a cesárea previa y más de 3 cesáreas, con el mismo porcentaje de 13.7%, respectivamente. De los casos de acretismo, el 76.4% con una mediana de cesáreas de 2, (rango 0-4).

La organización mundial de la salud menciona que en ninguna región del mundo se justifica una tasa de cesárea mayor del 10-15% por los riesgos y posibles complicaciones inmediatas, mediatas y tardías que conlleva este procedimiento, como son hemorragia obstétrica, lesión a órgano vecino, así como aumentar el riesgo de alteraciones placentarias en futuros embarazos, entre otras.

Durante el año 2018 se realizó un análisis estadístico en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, del periodo 01 de Enero del 2012 al 31 de Diciembre del 2016, encontrando las 10 principales causas de cesárea en nuestra institución, que se enlistan en Cuadro 1.

Cuadro 1. Principales causas de cesárea

No. Causa de cesárea

- 1.- Ruptura Prematura de Membranas
- 2.- Diabetes Gestacional
- 3.- Atención Materna por cicatriz uterina previa
- 4.- Preeclampsia severa
- 5.- Parto prematuro

- 6.- Atención Materna por déficit de crecimiento
- 7.- Trabajo de parto Obstruido debido a estrechez general de la pelvis
- 8.- Oligohidramnios
- 9.- Trabajo de parto complicado por anomalía en la frecuencia cardiaca fetal.

La principal causa de cesárea en nuestra población, según estudio previo, es la ruptura prematura de membranas, no indicación absoluta de resolución del embarazo vía abdominal. Durante el periodo enero-2017 a diciembre 2018, se enlistaron el número de casos de operación cesárea por indicación de cesárea iterativa, encontrándose un total de 253 casos, casos no asociados a diagnóstico de placenta previa, y sin diagnóstico de acretismo placentario.

Con lo anterior no se descarta que el antecedente quirúrgico uterino más frecuente y de mayor importancia sea el antecedente de cesárea, sin embargo si se sustenta que el riesgo de acretismo aumenta exponencialmente cuando el antecedentes quirúrgico más importante está relacionado a diagnóstico de placenta previa total, Del total de casos estudiados se reportó que el diagnostico asociado de placenta previa total se encontró en el 75.8%. Por cada paciente con diagnóstico de acretismo placentario no asociado a placenta previa total existen 12.3 paciente asociadas a tal diagnóstico.

El manejo conservador o el manejo expectante deben considerarse solo para casos cuidadosamente seleccionados de espectro de placenta acreta después de un asesoramiento detallado sobre los riesgos, los beneficios inciertos y la eficacia.

CONCLUSIONES

Es fundamental que la resolución del embarazo se lleve a cabo en un centro hospitalario donde exista un equipo multidisciplinario, como medicina crítica en obstetricia, anestesiólogo experto, Urólogos, Cirujano Vascular, un banco de sangre preparado para transfusión de sangre y derivados.

La incidencia de placenta previa más acretismo va en aumento, que se relaciona con el incremento de operación cesárea institucional.

El principal factor de riesgo del acretismo es la presencia de una placenta previa asentada sobre una cicatriz uterina (especialmente cesárea).

La placenta previa se comporta como un factor de riesgo independiente para el acretismo. El riesgo aumenta con el número de cesáreas. La cicatriz uterina previa es un factor importante, pero sobre todo por su asociación con la placenta previa.

El estudio diagnóstico con mayor número de detecciones en este estudio es el ultrasonido, La cistoscopia es el estudio diagnóstico complementario con un porcentaje de positivos en este estudio del 31%. Aunque la evaluación ecográfica es importante, la ausencia de hallazgos ecográficos no impide el diagnóstico del espectro de placenta acreta; así, Los factores de riesgo clínico siguen siendo igualmente importantes como predictores del espectro de placenta acreta por hallazgos de ultrasonido.

La mayoría de pacientes con diagnóstico de acretismo placentario que son sometidas a tratamiento quirúrgico, presentan sangrado transoperatorio importante, con necesidad de transfusión de más de la mitad de los casos.

El tratamiento médico previo a la histerectomía total abdominal, como embolización de arterias uterinas, así como quimioterapia con metrotexate se realizar en pocos casos, no por no contar con los mismos, sino por la detección no oportuna de casos susceptibles a diagnóstico de acretismo placentario.

Los días de estancia calculados en promedio es aproximadamente 5 veces mayor al tiempo de estancia hospitalaria de una paciente con una operación cesárea sin antecedentes quirúrgicos uterinos previos, traduciéndose a un mayor costo sanitario, son calcular si los días de estancia hospitalaria fueron en hospitalización obstétrica o unidad de cuidados intensivos.

La disminución decisiva de la cesárea innecesaria en todas las instituciones de salud de México debe ser una acción prioritaria, ya que expone a las madres y a sus hijos a una mayor morbilidad y mortalidad.

La estrategia más importante se debe dirigir a evitar la primera cesárea, no sólo por sus propias implicaciones, sino también por los riesgos en los embarazos y partos subsecuentes, así como por el gasto adicional que se utiliza para dicha práctica clínica, el cual debiera ser redirigido para solventar otros problemas de salud sexual y reproductiva urgentes en el país.

Se deben establecer estrategias para monitorización más estrecha de acretismo placentario en pacientes susceptibles a presentarlo para disminuir tanto el número como la gravedad de las complicaciones presentes en pacientes que tienen un primer contacto con el equipo multidisciplinario en una sala de urgencias, sin protocolo de estudio previo.

Agudizar los criterios para evitar los casos de operación cesárea y comprometer el futuro obstétrico. Aumentar tamizaje para acretismo placentario en pacientes con factores de riesgo. El conocimiento de los factores de riesgo y la experiencia en imágenes prenatales pueden ayudar a guiar el diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Servei de Medicina Maternofetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona ANOMALÍAS PLACENTARIAS (PLACENTA PREVIA, PLACENTA ACCRETA Y VASA PREVIA) Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA DE TERCER TRIMESTRE 2012(pág. 4,5).
2. Rev Cubana Obstet Ginecol vol.41 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2015, Rev Cubana Obstet Ginecol. 2015;41(2) Acretismo placentario Placenta acreta.
3. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_589_13_ANOMALIASENINSECCIONPLACENTARIA/589GER.pdf 12/66.
4. Sánchez-Peña, R., García-Padilla, F. E., Corona-Gutiérrez, A. A., & Sánchez-García, B. F. (2014). Técnica cesárea-histerectomía modificada para el tratamiento del acretismo placentario. Ginecología y Obstetricia de México, 82(2), 105–110.
5. Belfort, M. A. (2010). Placenta acreta. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 203(5), 430-439. doi:10.1016/j.ajog.2010.09.013.
6. Operación cesárea: indicaciones, perfil sociodemográfico y propuesta de aplicación de la clasificación de Robson en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital general de México del 2012 al 2016. Pag 12.

7. Ginecol Obstet Mex 2014;82:105-110/Rev Chil Ultrasonog 2007;10:84-91.
Palacios Jaraquemada JM, Bruno CH. Magnetic resonance imaging in 300 cases of placenta accreta: surgical correlation of new findings.
8. Acta Obstet Gynecol Scand 2005;84:716-24.2015 Jul; 8(2): 57–65.
Published online 2015 Jul 10. doi:10.1159/000365691 PMID:
PMC4748759, PMID: 26889119 Urological Manifestations of Placenta
Percreta.
9. Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación
Cesárea México: Instituto, Mexicano de Seguro social; 2014
10. OPERACIÓN CESÁREA: Indicaciones, perfil sociodemográfico y propuesta
de aplicación de la clasificación de ROBSON en el HGM 2012 AL 2016
TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
11. Evidencia para la política pública en salud. Encuesta nacional de salud y
nutrición 2012. Numero 7(Reemplaza el dictamen del Comité No. 529, julio
de 2012)
12. La Sociedad de Oncología Ginecológica. Colegio Americano de Obstetras y
Ginecólogos y la Sociedad de Medicina Materno-Fetal con la ayuda de
Alison G. Cahill, MD, MSCI; Richard Beigi, MD, MSc; R. Phillips Heine, MD;
Robert M. Silver, MD; y Joseph R. Wax.
13. REV CHIL OBSTET GINECOL 2018; 83(5): 513 - 526 513, Artículo de
Revisión, Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje
quirúrgico no conservador. Francisca Véliz O.1-2, Alfredo Núñez S.1-2-3,
Alberto Selman A.3.

14. CONSENSO Hemorragia Postparto (HPP). SOGIBA 2018

15. Casale R, Pretti R, Franze F, Pascale J, Sar S y Monaco A. Manejo del Acretismo Placentario en Servicios de Obstetricia de Hospitales de Alta Complejidad. Aplicación de un Proyecto de atención integral multidisciplinario. Publicado en: La Prensa Medica Argentina. ISSN 0032-745X Abril 2017. Vol.103- N°2 Pag 63-74.