

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MEDICAS**



**INFORME FINAL**

**FACTORES DE RIESGO Y RESULTADOS DE PACIENTES CON SOSPECHA DE ESPECTRO DE ACRETISMO PLACENTARIO POR DOPPLER PLACENTARIO Y HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER “DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ” DEL AÑO 2020 AL 2023.**

**Presentado por:**

Dra. América Astrid Granados Cañas

**Para optar por el título de:**

ESPECIALISTA EN MEDICINA MATERNO FETAL

**Asesor de tesis:**

Dra. Cesia Damaris Parada Gaitán

SAN SALVADOR, ENERO 2025.

## INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
JUSTIFICACIÓN.	7
ANTECEDENTES.	9
OBJETIVOS.	10
DISEÑO METODOLOGICO	11
LIMITACIONES.	13
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	24
CONCLUSIONES.	28
BIBLIOGRAFÍA.	29

## RESUMEN

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 (1).

Los objetivos planteados en la investigación buscaban describir los hallazgos que presentan los doppler positivos a acretismo placentario, así mismo la confirmación histopatológica de estas pacientes, sus complicaciones y los factores de riesgo más comunes que presentaron.

El diseño metodológico fue un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo que se logró por la recolección de datos de 2020 y 2023 a través de la revisión de expedientes clínicos, y del Sistema Integrado de Salud, así como datos de resultado de anatomía patológica en Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”.

Los datos obtenidos reportan que la característica principal en ultrasonido doppler placentario fue la pérdida de interfase útero placentaria con un total de 40 pacientes que equivale al 53% de los casos, seguido de lagunas anormales para 33 pacientes. Así mismo se realizó confirmación histopatológica en 24 pacientes, con el tipo de acretismo más frecuente para la placenta acreta con un 58%. Las 24 pacientes presentaron como complicación la hemorragia obstétrica severa.

Los factores de riesgo que se describieron en la investigación fueron: edad de paciente con un 48% para edad de 31 a 35 años, presencia de legrado uterino un 25%, cesáreas previas, un 70% para las pacientes con 1 a 2 cesáreas previas y así mismo la placenta previa total fue la ubicación más frecuente con un 42%

## INTRODUCCIÓN

El acretismo placentario es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y penetración de las vellosidades coriales al miometrio. (1)

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 (1).

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 condición 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 morbimortalidad que presenta según estudios. (2).

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. (3).

Según datos del departamento de anatomía patológica del Hospital Nacional de la Mujer, cada año se realizan un estimado 10 cesáreas histerectomías por año, por sospecha de acretismo placentario, las cuales tiene confirmación histopatológica con datos positivos al espectro de acretismo placentario.

El diagnóstico temprano del acretismo placentario es fundamental para reducir las complicaciones maternas. Las técnicas de imagen juegan un papel crucial, siendo el ultrasonido el método de primera línea debido a su disponibilidad y seguridad durante el embarazo (4). Los hallazgos ultrasonográficos característicos incluyen la

presencia de lagos placentarios, adelgazamiento del miometrio y la pérdida de la interfase hiperecoica entre el útero y la placenta (4).

El uso del Doppler en la evaluación del acretismo placentario ha demostrado mejorar la sensibilidad diagnóstica, ya que permite observar patrones de flujo sanguíneo anormales en la interfase útero-placentaria.

Conocer los factores de riesgo y el diagnóstico temprano del espectro de acretismo placentario, permite planificación de una cesárea histerectomía realizada con personal capacitado, así mismo con la preparación previa de hemoderivados que serán necesarios por la pérdida sanguínea que puede presentarse en dicha cirugía. Y de esta manera se brinda una atención multidisciplinaria a las pacientes que presenten esta comorbilidad y se disminuyen los riesgos de desenlaces catastróficos. (5)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El acretismo placentario es una comorbilidad que se asocia a múltiples complicaciones obstétricas, en el ámbito de hemorragia obstétrica severa, la placenta acreta en todas sus clasificaciones es responsable de cirugías de alto riesgo, necesidad de transfusiones de hemoderivados y lesiones a órganos vecinos (6).

Lo antes mencionado genera un gran impacto en la salud pública, ya que aumenta la mortalidad materna por el riesgo de choque hipovolémico, coagulación intravascular diseminada y falla multiorganica, lo que agrega aumento del número de muertes maternas y comorbilidad neonatal (6). Esta condición tiene una importante morbimortalidad asociada; informándose una mortalidad materna de 7% relacionada con hemorragia masiva en las pacientes afectadas con placenta acreta (7).

Para el diagnóstico de acretismo se deben de tomar en cuenta los factores de riesgos que presentan las pacientes para su padecimiento, entre los cuales se mencionan: cesarea anterior, placenta previa, antecedentes de legrados uterinos, antecedentes de extracción manual de placenta y antecedente de extracción de infección intraamniotica, al tener en cuenta estos factores es necesario hacer el diagnóstico de acretismo placentario, el cual se llevara a cabo con distintos estudios como ultrasonografía en 2D, Doppler color placentario, siendo esta ultima el pilar de apoyo antenatal (7).

La hemorragia posparto es la segunda causa de muerte materna, por lo cual en El Salvador se han creado estrategias, como el código Rojo, para disminuir el riesgo de muertes maternas. (8).

En Hospital Nacional de la Mujer se realizo una investigación en el 2012 orientada a al perfil clínico de las pacientes con acretismo placentario

Por lo que se formuló la pregunta de investigación:

¿Cuáles son factores de riesgo y resultados de pacientes con sospecha de acretismo placentario por doppler placentario y hallazgos histopatológicos en el hospital nacional de la mujer "Dra. María Isabel Rodríguez" del año 2020 al 2023?

## JUSTIFICACIÓN.

El acretismo placentario ha aumentado en incidencia a nivel mundial por el incremento del número de cesárea, factor que ocasiona mayor riesgo obstétrico en pacientes que la presentan. (4)

Se ha estimado un riesgo de placenta acreta del 10 a 25% en mujeres con una cesárea previa y mayor a 50% con antecedente de dos o más cesáreas. Otros factores que incrementan el riesgo de acretismo placentario son la edad materna mayor de 35 años, la alta paridad, el consumo de cigarrillo, los miomas submucosos y el síndrome de Asherman (4)

Por lo tanto, al aumentar el número de casos de acretismo placentario, se enumeran múltiples consecuencias graves como: hemorragia obstétrica severa, lesiones a órganos vecinos, choque hipovolémico, así como falla multiorgánica, hasta llegar a la muerte. Aumentado así el índice de morbi-mortalidad materna del país. (5)

El diagnóstico oportuno forma un pilar fundamental para la intervención y el impacto en la disminución de los riesgos quirúrgicos que implica una cesárea histerectomía (5).

El Hospital Nacional de la Mujer es el centro de atención de tercer nivel destinado como centro de referencia para pacientes con acretismo placentario y que utiliza como herramienta de apoyo diagnóstica la ultrasonografía doppler por lo que se torna como un excelente lugar para realizar el estudio.

Según Jauniaux, E., Collins (3) en publicaciones mundiales, muestran datos de factores de riesgo para acretismo placentario y el diagnóstico oportuno guiado por ultrasonido, por lo que se buscó confrontar los resultados obtenidos de datos tomados de pacientes que

recibieron atención en el Hospital Nacional de la Mujer sobre la predicción del uso de ultrasonografía doppler para el diagnóstico de acretismo placentario con la bibliografía mundial.

## **ANTECEDENTES.**

El espectro de acretismo placentario causa hemorragias obstétricas severas, cuya situación es un conflicto de salud pública, ya que aumenta el riesgo choque hipovolémico, coagulación vascular diseminada, mayor estancia hospitalaria, así como ingreso a unidad de cuidados intensivos, y como el peor escenario la muerte materna. (5)

Según la OMS no brinda datos exactos de la incidencia de acretismo placentario, sin embargo, menciona que a partir de 1990 los casos de acretismo placentario han aumentado debido al aumento de la realización de cesárea. (6)

Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia desde la década de 1960, han aumentado las investigaciones de los riesgos que predisponen al espectro de acretismo placentario, así como el mejor método para el diagnóstico temprano de esta, siendo el ultrasonido con Doppler placentario, el que aumenta la posibilidad de diagnóstico de dicha comorbilidad. (6)

En el Hospital Nacional de la Mujer el aumento de la tasa de cesáreas por año, la cual se describe del 45% para el año 2022, por lo que el riesgo de pacientes que presenten acretismo placentario es de igual manera elevado.

Cada año se realizan alrededor de 150 a 200 doppler placentario en pacientes con factores de riesgo, los cuales en su mayoría son negativos, sin embargo, gracias al personal capacitado que realiza dicho estudio se pueden diagnosticar oportunamente los sospechosos de acretismo placentario y de esta manera programar una cesárea histerectomía con personal capacitado.

Según datos de anatomía patológica cada año se realizan alrededor de 10 cesáreas histerectomías por año, las cuales tiene confirmación histopatológica, de las cuales en su mayoría han contado con Doppler placentario que reportaba la sospecha del espectro de acretismo placentario.

## **OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Conocer los factores de riesgo y resultados de pacientes con sospecha de acretismo placentario por doppler placentario y hallazgos histopatológicos en el hospital nacional de la mujer "Dra. María Isabel Rodríguez" del año 2020 al 2023.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Describir los hallazgos por ultrasonido Doppler color de las pacientes con sospecha de acretismo placentario.
- Detallar los hallazgos histopatológicos de pacientes con diagnóstico de acretismo placentario.
- Describir complicaciones de las pacientes con diagnóstico de acretismo placentario.
- Conocer los factores de riesgo en paciente con sospecha de acretismo placentario.

## DISEÑO METODOLOGICO

**Tipo:** estudio cuantitativo, descriptivos, retrospectivo, transversal.

**Ubicación:** Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez.

**Periodo:** de enero 2020 a diciembre de 2023

**Universo:** Todas las mujeres con sospecha de acretismo placentario atendidas en El Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez" en quienes se realizó doppler placentario en el periodo de estudio. Según datos del sistema presentes en el sistema base de realización de ultrasonido, se han realizado 520 doppler.

**Muestra:** Se aplicará la fórmula de ecuación estadística para poblaciones finitas

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{E^2 (N - 1) + Z^2 \times P \times Q}$$

n: Tamaño de la muestra

Z: Grado de confiabilidad: 2=95%

P: Probabilidad:50

Q: No probabilidad: 50

E: Error de estimación máximo aceptado: 5%

N: Tamaño del universo: 520

$$n = \frac{(2)^2 \times 50 \times 50 \times 520}{(5)^2 (520 - 1) + (2)^2 \times 50 \times 50}$$

$$n = 222$$

**Fuente de datos:** expedientes clínicos basados en el diagnóstico registrado en el Sistema de Morbi-mortalidad en Línea (SIMMOW) y en el sistema estadístico propio del Hospital Nacional de la Mujer, libro de atención de partos, registros del área de anatomía patológica. Registros ultrasonográficos y datos del Sistema Integrado en Salud.

**Criterios de inclusión:**

1. Pacientes con Doppler positivo a acretismo placentario
2. Paciente a quienes realizada cesárea histerectomía por sospecha de acretismo placentario.
3. Paciente con diagnóstico de acretismo placentario por histopatología.

**Criterios de exclusión:**

1. Ultrasonido Doppler placentario con sospecha de acretismo placentario realizado en otro centro hospitalario.
2. Expedientes incompletos y con letra ilegible.

## LIMITACIONES.

- ✓ Del total de la muestra de 222, no se tomaron en cuenta 45 expedientes, los cuales se encontraban incompletos, algunos de ellos no llevaron controles prenatales en Hospital Nacional de la Mujer, ya que fueron referidas para realización de Doppler placentario y estos se reportaron negativos para acretismo placentario, por lo que probablemente las pacientes continuaron controles en los centros de los que fueron referidas.
- ✓ La recolección de datos se tornó difícil ya que la comorbilidad no era censada como acretismo placentario, por lo que se tuvo que revisar la realización de Doppler placentario de los años de investigación.
- ✓ Debido a los criterios de inclusión que se plantearon la muestra utilizada será la de Doppler placentarios con signos positivos a acretismo placentario, la cual es de 45 Doppler positivos.
- ✓ Así mismo para dar respuesta a objetivos con los datos al momento de presentar factores de riesgo de las pacientes se utilizan solo el dato de 24 pacientes.

## RESULTADOS

### 1. HALLAZGOS POR ULTRASONIDO DOPPLER COLOR DE LAS PACIENTES CON SOSPECHA DE ACRETISMO PLACENTARIO.

**TABLA 1: Tipos de hallazgos al Doppler color placentario en pacientes con sospecha de acretismo placentario atendidas en El Hospital Nacional de la Mujer en el año 2020 a 2023**

TIPO DE HALLAZGO AL DOPPLER PLACENTARIO	CANTIDAD
	N: 45
<b>Perdida en interfase útero placentaria</b>	<b>40</b>
<b>Lagunas anormales</b>	<b>33</b>
<b>Vasos anormales</b>	<b>8</b>

Fuente: SIS, ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” 2020-2023.

En la tabla 1 muestra las características ultrasonográficas de doppler placentario, para los cuales la característica principal fue pérdida de la interfase útero placentaria con un total de 40 pacientes, seguida de lagunas anormales con 33 pacientes y vasos anormales con un total de 8 pacientes.

## 2. CONFIRMACIÓN HISTOPATOLOGICA DE PACIENTES CON ACRETISMO PLACENTARIO.

**TABLA 2: Confirmación histopatológica para Doppler placentario con sospecha de acretismo placentario**

	CANTIDAD	PORCENTAJE
		N: 45
Sin realización de cesárea histerectomía	21	47%
Confirmación por histopatología para acretismo placentario de paciente a quienes se le realizo cesárea más histerectomía.	24	53%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

Fuente: SIS, ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” 2020-2023.

La tabla 2 muestra los datos según anatomía patología de los cuales 21 pacientes no se realizaron histerectomía ya que al momento de realizar cesárea no se consideró que había presencia de acretismo placentario.

Así mismo describe aquellas pacientes en las que se realizó cesárea histerectomía y por anatomía patológica se realizó la confirmación en 24 de ellas con un porcentaje de 53%

**TABLA 3: Tipos de hallazgos histopatológicos en pacientes con acretismo placentario atendidas en El Hospital Nacional de la Mujer en el año 2020 a 2023.**

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	PORCENTAJE
		N:24
Placenta acreta	6	25%
Placenta increta	14	58%
Placenta percreta	4	17%
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

Fuente: SIS, ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” 2020-2023.

Los Hallazgos histopatológicos reportados en la tabla 3 corresponden a mayor frecuencia a placenta increta con un 58%. Un 25% para una placenta acreta y tan solo un 17% para placenta percreta.

Según la bibliografía el tipo más común que se encuentra es el de acretismo placentario

### 3. COMPLICACIONES DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ACRETISMO PLACENTARIO.

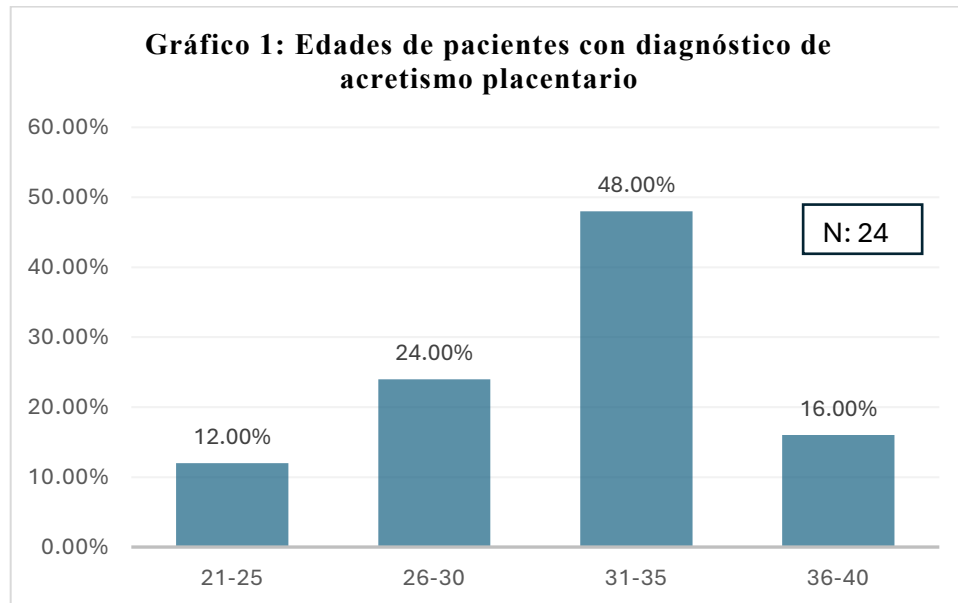
**TABLA 4: Complicaciones de pacientes que presentaron diagnóstico de acretismo placentario confirmado en Hospital Nacional de la Mujer**

COMPLICACIONES	CANTIDAD
Hemorragia obstétrica	24
Choque hipovolémico con uso de aminos	5
Infección superficial de sitio quirúrgico.	4
Lesión vesical	2
Infección profunda de sitio quirúrgico	2
Lesión de uréter	0
Muerte materna	0

La tabla 4 muestra las diferentes complicaciones de pacientes con acretismo placentario, la complicación más común corresponde a hemorragia obstétrica, ya que las 24 pacientes por las pérdidas sanguíneas cuantificadas cumplen la definición de hemorragia obstétrica.

Así mismo se reportan 5 pacientes que presentaron choque hipovolémico con uso de aminos y 4 pacientes para infección superficial de sitio quirúrgico y 2 pacientes con infección profunda, no lesión de uréter, no muerte materna.

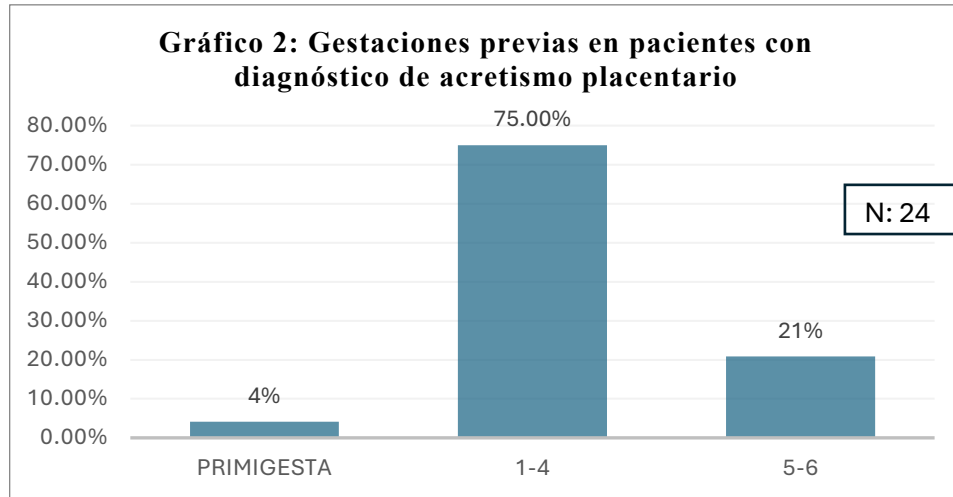
#### 4. FACTORES DE RIESGO EN PACIENTE CON DE ACRETISMO PLACENTARIO.



Fuente: SIS, ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” 2020-2023.

El gráfico muestra que dentro de la población estudiada el mayor porcentaje fue para la edad entre los 31-35 años, con un porcentaje del 48% y un valor menor del 12% para la edad de 21-25 años.

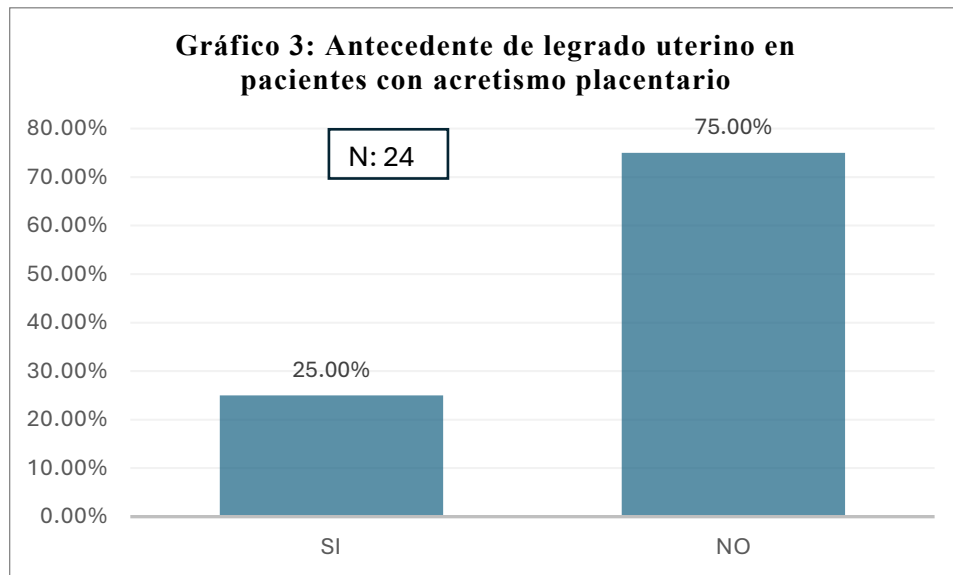
Al asociar estos resultados con la bibliografía mundial, según datos presentados por la FIGO, dicha comorbilidad de acretismo placentario suele ser más frecuente en aquellas mujeres en la tercera década de la vida (11).



Fuente: SIS, ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” 2020-2023.

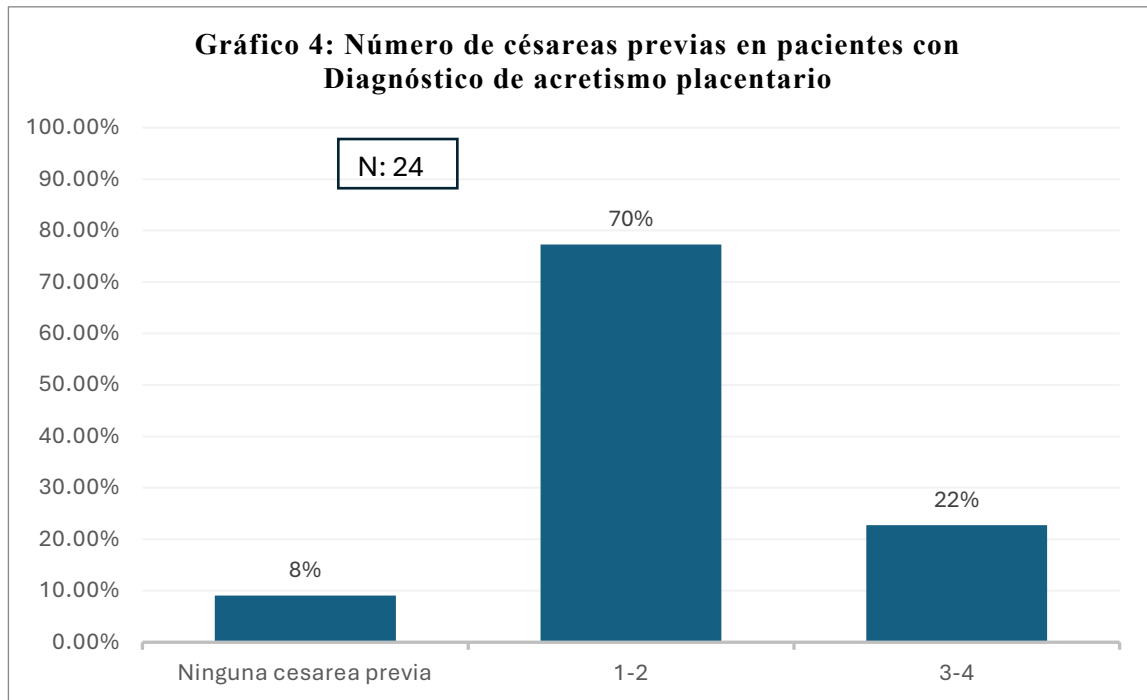
Uno de los factores de riesgo más representativo es la multiparidad, el gráfico nos muestra un porcentaje de 75% presentan de 1 a 4 embarazos previos, 1 paciente era primigesta, lo que corresponde al 4% y 21 % fue otorgado para 5-6 embarazos previos.

Según datos del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia reportan que el acretismo placentario es más frecuente después del tercer embarazo, ya que la multiparidad aumenta el riesgo de implantación anormal de placenta y la frecuencia del número de cesáreas



Fuente: SIS, ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” 2020-2023.

El gráfico 3 reporta un 25% para pacientes con antecedente de legrado uterino y 75% para aquellas que no tienen antecedentes de legrado uterino.

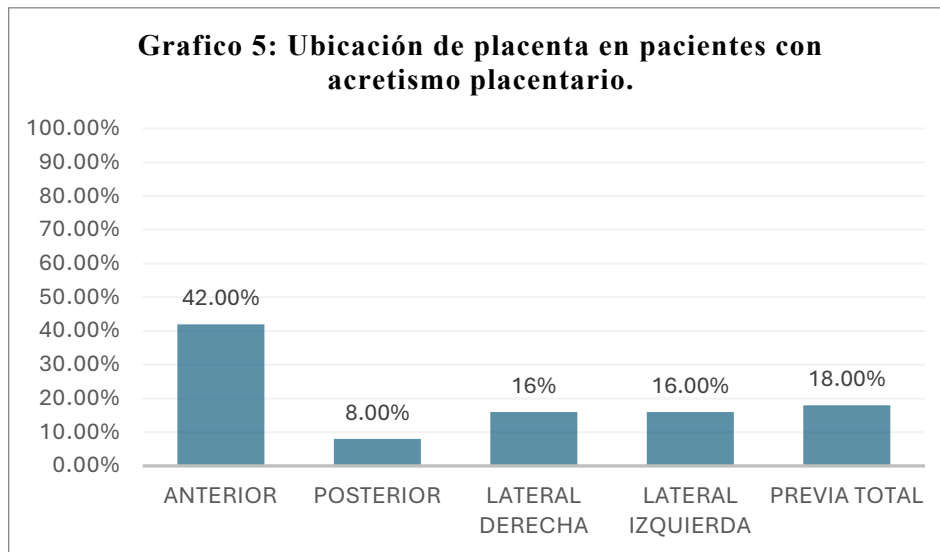


Fuente: SIS, ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” 2020-2023.

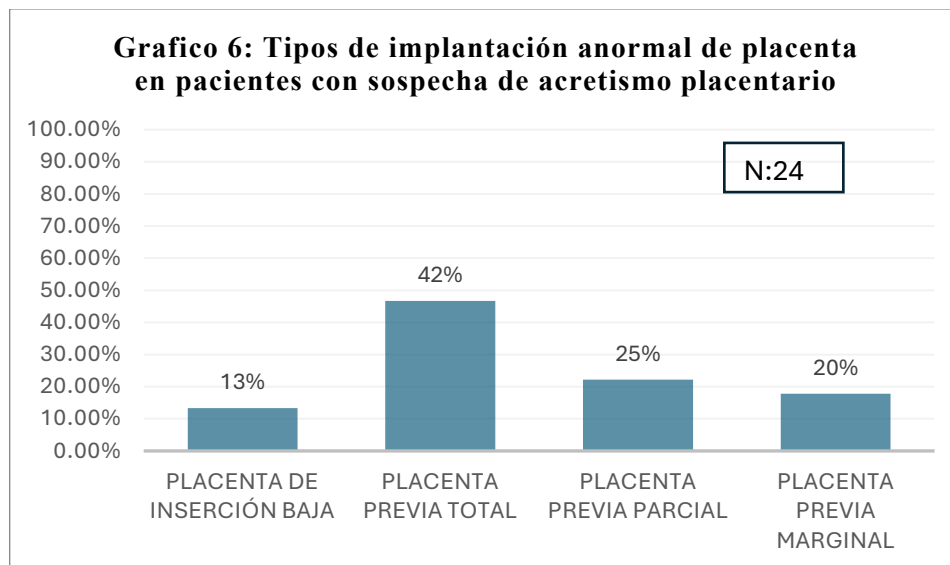
Según los datos presentados en la gráfica 4, el mayor porcentaje de antecedente de cesárea fue del 70% para aquellas pacientes que presentaban 1 a 2 cesáreas y tan solo el 22% para las pacientes de 3 a 4 cesáreas.

Así mismo describe 2 pacientes que no tenían antecedente de cirugías previas, que corresponde a un porcentaje de 8%.

El número de cirugías uterinas previas y en este entorno las cesáreas aumentan el riesgo de implantación anormal de placenta y del espectro de acretismo placentario, la frecuencia en este estudio fue representada por aquellas pacientes que tenían 2 cesáreas previas.



Fuente: SIS, ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” 2020-2023.



Fuente: SIS, ESDOMED, Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” 2020-2023.

En cuanto a la ubicación más común de placenta se tuvo como resultado un 42% para placenta anterior, un 16% para placenta lateral derecha, un 16% para placenta lateral izquierda y tan solo un 8% para placenta posterior, y un 18% para paciente previa.

La implantación anormal de la placenta está ampliamente descrita como factor de riesgo para acretismo placentario.

La ubicación más frecuente de dicha implantación anormal fue para la placenta previa total con un 42%, seguida de placenta previa parcial con 25%, un 20% para placenta previa marginal y un 13% para placenta de inserción baja

Dichos datos potencian su riesgo con las pacientes en estudio, ya la mayoría de las pacientes tiene al menos 1 cesárea previa.

## DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo describir los hallazgos por ultrasonido Doppler color de las pacientes con sospecha de acretismo placentario, así mismo su confirmación histopatológica y los factores de riesgo de las pacientes en las que se confirmó el diagnóstico de acretismo placentario

La investigación fue realizada en El Hospital Nacional de la Mujer en el periodo de tiempo del año 2020 a 2023 con un número de 45 pacientes.

Para dar respuesta al primer objetivo sobre los hallazgos positivos al Doppler placentario: En el estudio se reportó que 45 pacientes tuvieron hallazgos positivos al Doppler color para acretismo placentario. Los hallazgos descritos fueron los siguientes: Pérdida de interfase útero placentaria con un total de 40 pacientes, lagunas anormales 33 pacientes y vasos anormales 8 pacientes.

La característica predominante en los hallazgos obtenidos fue la pérdida de la interfase, ya que la mayoría de las pacientes presentó esta característica al Doppler placentario. En un estudio retrospectivo de 105 pacientes, realizado por Silver, R. M., reportan que un 60% de las pacientes presenta pérdida de la interfase útero placentario y un 30% lagunas placentarias, y hacen énfasis que la combinación de estas características aumenta un riesgo del 70% para cada paciente.

Así mismo se pueden mencionar datos de estudios Colombianos de 156 pacientes con factores de riesgo para acretismo placentario publicados por Fidel Ferreira para Predicción de Acretismo Placentario con Ultrasonido Doppler publicados en la Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia en 2019, mencionan que un 73% presentó Doppler positivo a signos de acretismo placentario, cuyas características principales son pérdida de interfase útero placentaria más lagunas anormales, y puentes de vasos anormales tan solo en un 27%, datos similares a los obtenidos en el estudio.

En respuesta al segundo objetivo de investigación se obtiene que 24 pacientes tuvieron realización de cesárea histerectomía y en las cuales si tuvieron confirmación histopatología lo que representa un 53% del total de 45 pacientes y un 47% no se realizó cesárea histerectomía ya que, al momento de la cirugía, la placenta no se encontraba anormalmente adherida. Y los tipos de acretismo placentario encontrados fueron los siguientes: Un 58% para placenta increta, 25% para placenta acreta y tan solo 17% para placenta percreta.

Los datos reflejan que hay una diferencia del 11% de los Doppler que reportaron hallazgos positivos a acretismo placentario, pero al momento quirúrgico no se visualizó signos de acretismo por el cirujano por lo que no hubo necesidad de realización de cesárea histerectomía. Al confrontar la literatura mundial se tomo en cuenta datos de Alberto Selman A. en su investigación de Diagnóstico y abordaje quirúrgico para acretismo placentario, publicado en la Revista Chilena de Ginecología y obstetricia el cual reportar un estudio retrospectivo de 75 pacientes con factores de riesgo para acretismo placentario, realizado en un periodo de 1 año en 2020, cuyo datos indican que el 30% de las pacientes tenían datos de positivos al Doppler placentario, de las cuales en un 18% tuvieron necesidad de realizar cesárea histerectomía con confirmación histopatológica y un 11% predominio para placenta acreta.

Hay que mencionar la decisión de realizar una cesárea histerectomía es una medida extrema para salvaguardar la vida materna, así mismo para disminuir el riesgo de hemorragia obstétrica severa. Debido a la complejidad de la cirugía mencionada la investigación también tuvo como objetivo indagar en las complicaciones que presentan las pacientes a quienes se le realiza cesárea histerectomía. Es importante mencionar que el Hospital Nacional de la Mujer al ser un centro de tercer nivel programa de manera electiva dichas cirugías de pacientes con sospecha de acretismo placentario, con médicos de experiencia y se cuenta con los hemoderivados que sean necesarios. Las complicaciones que más se reportaron en paciente con acretismo placentario confirmado por histopatología fueron: Las 24 pacientes presentaron hemorragia obstétrica severa, 5 pacientes tuvieron necesidad de amins vasoactivas y 4 tuvieron infección superficial del

sitio quirúrgico, así mismo 2 pacientes presentaron lesión vesical y no se presentó ninguna muerte materna.

Al momento de confrontar literatura de otros países se puede mencionar datos del Instituto Nacional de Perinatología de México del año 2021, en donde publica datos Hospitalarios de complicaciones más frecuentes para un total de 15 pacientes a quienes se le realizó cesárea histerectomía por sospecha de acretismo placentario, cuya complicación más común y que se cumplió en 100% de las pacientes fue hemorragia obstétrica severa, así mismo la lesión de uréter se presentó en un 8% y lesión vesical en un 5%.

Para conocer los factores de riesgos, se revisaron específicamente los factores de las 24 pacientes en las cuales se realizó confirmación histopatológica.

Lo resultado reportaron que en cuanto a la edad de las mujeres en estudio, las más frecuentes fueron entre 31-35 años con un 48%, Según Jauniaux E, Ayres de Campos, que participaron en la publicación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia describen que la frecuencia de acretismo placentario aumenta en la tercera década de la vida de las mujeres, ya que a este nivel se han presentado mayor número de partos, de cesáreas o mayor riesgo de implantación anormal de placenta, por lo que los datos hospitalarios concuerdan con la literatura mundial. Así mismo la edad materna se puede comparar con una publicación de Chilena en 2021 donde Huertas y colaboradores reportan un 75% para edades de 35 años.

Los factores de riesgo son conocidos ampliamente dentro de los cuales se describe los principales: Cirugía uterina, antecedente de cesárea previa, diagnóstico de placenta previa, este último según el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia en Comité de Opinión número 259, describe que la placenta previa puede aumentar el riesgo hasta en un 40%, así mismo se habla de la realización de intervenciones uterinas previas como legrado uterino o miomectomía, es importante describir en que la investigación no se presentó ningún caso de miomectomía y tan solo un 25% para antecedente de legrado uterino. Otro factor de riesgo de mayor peso es el antecedente de cesárea previa, la investigación reportó un 70% para aquella paciente que tenían antecedente de 1 a 2

cesáreas y un 22% presenta de 3 a 4 cesáreas previas. Y así mismo 2 pacientes no tenían antecedentes quirúrgicos que representan un total de 8%.

Según datos de Jauniaux E, Ayres a través de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, para el 2020 la tasa de cesáreas en Hospitales de Estados Unidos aumento hasta en 46%, dato similar presentado en El Hospital Nacional de la Mujer, y se describe que el hallazgo de cesárea previa más placenta previa total aumentan el riesgo hasta el 88% para acretismo placentario.

En cuanto a la inserción anormal de placenta: Se reporta que la placenta previa total fue el dato más frecuente encontrado con un 42%, un 25% para placenta previa parcial, 20% placenta previa marginal y 13% de inserción baja. Así mismo la ubicación anterior fue una de las ubicaciones más frecuente con un 42%. Datos que se asemejan a la literatura mundial, ya que se mencionan que la placenta previa total es la ubicación más frecuente en las pacientes con acretismo placentario (8)

## CONCLUSIONES

1. Los hallazgos ultrasonográficos descritos que la investigación que se presentaron con más frecuencia es la pérdida de la interfase útero placentaria y la presencia de lagunas anormales.
2. Se realizó confirmación histopatológica para acretismo placentario en 24 pacientes, lo que representa un 53% del total de doppler con signos positivos, así mismo la placenta increta fue tipo de acretismo más común en estas pacientes.
3. Entre la complicación más frecuente que presentaron la paciente fue la presencia de hemorragia obstétrica severa, ya que el total de las 24 pacientes tuvieron esta complicación y no se reporta ninguna muerte materna.
4. Las pacientes de la investigación presentaron los factores de riesgo que reporta la literatura, de los cuales tiene mayor peso: El antecedente de cesárea anterior y la ubicación anormal de placenta, ya que la placenta previa total fue la ubicación más frecuente.

## BIBLIOGRAFÍA.

1. Milagro Muñiz, Vivian Álvarez, Acretismo Placentario, Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia, La Habana, 2015; 41(2).
2. Collins, S.L. Aschcroft, A. Braun, T. Proposal for standardized ultrasound descriptors of abnormally invasive placenta (AIP). European Working Group on Abnormally Invasive Placenta. Ultrasound Obstet Gynecol; 2016 (47) 271-275.
3. Jauniaux, E., Collins, S., Burton, G.J. Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging. The American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2017.
4. Carlos Gutiérrez, Roxana Claustro, Diagnostico ecográfico de acretismo placentario, Gaceta Médica Boliviana, vol 29, n.1, Cochabamba, 2006.
5. A. Moreno, P. Martínez, Progresos de Obstetricia y Ginecología, Papel de la Ecografía en el Acretismo Placentario, Hospital San Carlos Madrid, 2007.
6. Dr. Juan Peñaloza, Dr. William Torrico, Acretismo Placentario: Diagnóstico Prenatal mediante estudio ecográfico doppler en el hospital materno infantil, Revista Médica Cochabamba, 2012.
7. Fidel Ferreira, Predicción de Acretismo Placentario con Ultrasonido Doppler, Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia Bogotá 2012, Vol.58 (4).
8. María Isabel Rodríguez, Guía clínica de Ginecología y Obstetricia, Ministerio de Salud, Gobierno de El Salvador, InHouse Print S.A de C.V. El Salvador, 2012, 80-96.
9. ACOG Committee on Obstetrics Practice, Committee Opinion No.529: Placenta Accreta. Obstet Gynecol. 2012, Jul; 120 (1) 207:11.
10. María Cristina López, Acretismo Placentario, Hospital Universitario Virgen de la Nieves Granada, noviembre 2021.
11. Jauniaux E, Ayres de Campos, Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics, Clasificación FIGO para el Diagnóstico clínico del espectro del Acretismo Placentario, University of Oxford, junio 2019.
12. Erasmo Huertas Taccino, Rendimiento del Ultrasonido en el Diagnostico de Acretismo Placentario en El Instituto Nacional Meterno Perinatal, Rev Peru Investig Matern Perinat 2019; 8(1):13-6.

13. Alberto Selman A. Acretismo Placentario: Un Diagnóstico emergente, Abordaje quirúrgico no conservador, Revista Chilena de Ginecoología y Obstetricia, vol.83 no.5 Santiago nov. 2018
14. Michael, P. N. (2014). Always be vigilant for placenta accreta. *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 87-88. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.04.037.
15. Okido M, Berezowski A, Carvalho S, Duarte G, et al. Limb Body Wall Complex Associated with Placenta Accreta: A Mere Coincidence or a Sign of an Etiopathogenic Rev Bras Ginecolo Obs 2017; 39 (3): 142-6. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1598607>.
16. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos en Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología de México. Edición 2015 México, 2015; 129-32.
17. Angstmann T, Gard G, Harrington T, Ward E, et al. Surgical management of placenta accreta: a cohort series and suggested approach. *Am J Obstet Gynecol* 2020.
18. Chen YJ, Wang PH, Liu WM, Lai CR, et al. Placenta accreta diagnosed at 9 weeks' gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2022; 19:620-622.
19. Silver, R. M., Fox, K. A., Barton, J. R., Abuhamad, A. Z., Simhan, H., Huls, C. K., Wright, J. D. (2015). Center of excellence for placenta accreta. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 212(5), 561-568. doi: 10.1016/j.ajog.2014.11.018.
20. Pinedo, A., Távara, L., Chumbe, O., & Parra, J. (2015). Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna. *Revista Peruana De Ginecología Y Obstetricia*, 41(3), 52-54. doi:10.31403/vol413.
21. 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 Mexico*, 82(2), 105–110.
22. Meyer NP, Ward GH, Chandraharan E. Conservative approach to the management of morbidly adherent placentae. *Ceylon Med J*. 2012; 57 (1): 36-39.
23. Noguera-Sánchez MF, Karchmer-Krivitzky S, Rabadán-Martínez CE, Antonio-Sánchez P. Acretismo placentario, un problema en aumento. El diagnóstico oportuno como éxito del tratamiento. *Ginecol Obstet Mex*. 2013; 81 (02): 99-104.

24. Fox KA, Shamsirsaz AA, Carusi D, Secord AA, Lee P, Turan OM et al. Conservative management of morbidly adherent placenta: expert review. *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 213 (6): 755-760.
  
25. Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 529: placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2012; 120 (1): 207-211