



FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

Carta de la salud

ISSN 1900-3560

Abril 2022 #310

Problemas en el parto: acretismo placentario, una de las posibles complicaciones de la operación cesárea

INTRODUCCIÓN

Albaro José Nieto Calvache, MD.

Clínica de Espectro de Acretismo Placentario,
Fundación Valle de Lili

La operación cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en el mundo. En Colombia más de la mitad de los nacimientos ocurren por medio de una cesárea. Si bien es un procedimiento seguro, al igual que en cualquier cirugía pueden ocurrir complicaciones. En los embarazos posteriores a una cesárea suelen presentarse complicaciones con mayor frecuencia y una de las más graves es el acretismo placentario, también llamado "espectro de acretismo placentario".

Esta enfermedad consiste en la adherencia excesiva de la placenta a la pared del útero y la mayoría de casos ocurren en mujeres que han tenido una cesárea en un embarazo anterior y además tienen una placenta de localización "previa" en el presente embarazo. La placenta se describe como "previa" cuando se ubica en la parte más baja del útero, interponiéndose entre el bebé y la vagina.

El acretismo placentario ocurre en alrededor de 1 en 300 a 500 embarazos, pero este número se encuentra en aumento por la cada vez mayor frecuencia de nacimientos



por cesáreas en el mundo entero, especialmente en Latinoamérica.

Es importante que toda paciente que se encuentre en estado de embarazo después de haber tenido una operación cesárea reciba una valoración detallada de la ubicación de su placenta. Si la placenta es “previa”, el riesgo de acretismo placentario varía entre un 10% cuando la paciente tiene historia de una cesárea y un 40% cuando se han realizado tres o más cesáreas en el pasado.

En este documento se describirán los aspectos más importantes de esta enfermedad y se darán algunas recomendaciones para los pacientes y sus familias.

Desarrollo del tema

Luego del nacimiento del bebé, la última fase del parto incluye la expulsión de la placenta. Éste es el órgano que facilita la nutrición del bebé durante su gestación. Por un lado entra en contacto con el cordón umbilical y la circulación del bebé, y por el otro lado con la pared del útero, donde establece conexiones vasculares y permite el flujo de oxígeno y nutrientes entre la madre y el feto.

El contacto de la placenta con la pared del útero tiene un límite establecido por una capa de células llamada “decidua”. Cuando se realiza una operación cesárea, la pared uterina se rompe para extraer el bebé y luego se sutura. En el posterior proceso de cicatrización, la decidua se ve afectada y la pared uterina puede verse adelgazada.

Si esa paciente con una cesárea previa se embaraza de nuevo y la placenta de ese nuevo embarazo se implanta precisamente sobre la cicatriz de la cesárea anterior, existe la posibilidad de que la placenta se adhiera de manera exagerada al útero y ocurra acretismo placentario.

En el acretismo placentario, luego del nacimiento del bebé la placenta anormalmente adherida no se separa de manera normal y puede ocurrir sangrado abundante y lesiones de la vejiga u otros órganos pélvicos durante las maniobras requeridas para extraer la placenta.

Definición y clasificación

El término “espectro de acretismo placentario” es la forma actualmente aceptada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), para referirse a esta enfermedad y se utiliza para señalar desde formas leves hasta afectaciones muy severas. A eso se refiere la palabra “espectro”, a la variabilidad de su presentación.

En cuanto a las diferentes formas de presentación, tradicionalmente se ha usado una clasificación basada en el grado de adherencia de la placenta al útero. Esta clasificación establece que el grado más leve de

adherencia anormal (cuando la placenta “invade” la capa más superficial del útero) es llamado “placenta acreta” y el grado más severo (cuando la placenta “invade” la totalidad del espesor de la pared uterina) es llamado “placenta percreta”. El grado intermedio de invasión se denomina “placenta increta”.

Esta clasificación es útil, pero exige que el patólogo analice una parte del útero después de la cirugía, por lo que no se utiliza durante la planeación de la cirugía sino después de haberla realizado.

Otra clasificación muy útil para la planeación de las intervenciones necesarias para tratar el acretismo es la clasificación topográfica. Esta clasificación busca definir qué parte del útero está afectada por el acretismo. Se revisan las imágenes de la ecografía, y en ocasiones se utilizan también imágenes de resonancia, para establecer si el acretismo afecta las paredes anteriores, laterales o posterior del útero. Y más importante aún, se busca establecer si la porción de útero afectada es la parte alta (cuerpo del útero y parte superior del “segmento” uterino) o la parte más baja del útero (cuello del útero o parte inferior del “segmento uterino”).

El segmento uterino es la porción del útero que queda inmediatamente atrás de la vejiga. Los casos más graves de acretismo placentario son aquellos en los cuales se ve afectada la parte más baja del útero, donde las intervenciones para la prevención y el control del sangrado pueden producir lesiones en la vejiga o el intestino. En estos casos es posible que ocurra sangrado abundante y se requieran múltiples transfusiones.



Diagnóstico y tratamiento

El acretismo placentario puede ser diagnosticado durante el embarazo mediante las ecografías del control prenatal. Todas las gestantes con una cesárea en un embarazo

previo y que además tengan una placenta previa, deben ser sometidas a una búsqueda activa de acretismo. La identificación precoz de acretismo durante el embarazo permite que las pacientes sean remitidas a hospitales con experiencia en el manejo de esta enfermedad.

Son varias las intervenciones útiles durante el embarazo para facilitar el manejo de acretismo. Una de estas intervenciones es la corrección de la anemia (hemoglobina baja) durante el embarazo. Si tenemos en cuenta que es frecuente el sangrado durante la cirugía para tratar el acretismo, es importante que la paciente llegue a la cirugía con los mejores niveles posibles de hemoglobina y para esto es indispensable identificar la anemia y su causa e implantar de inmediato terapias para corregirla.

La segunda intervención necesaria es la inducción de la maduración pulmonar fetal. Se recomienda que la cirugía por acretismo se lleve a cabo entre la semana 35 y 36 del embarazo. Esto es, 4 o 5 semanas antes de los 9 meses (40 semanas). Los bebés de madres con acretismo casi siempre nacen pretérmino (prematuros) y pueden tener dificultad para respirar y otras complicaciones relacionadas con la prematurez. Para disminuir las complicaciones respiratorias del nacimiento pretérmino se recomienda administrar medicamentos que aceleren el proceso de maduración pulmonar al menos 5 días antes de la fecha de la cesárea.

Por último, la intervención que probablemente mayor impacto tiene en el resultado de las pacientes es la remisión oportuna a hospitales especializados en el manejo de acretismo, donde los grupos con experiencia puedan coordinar un manejo óptimo y llevar a cabo la cirugía en condiciones seguras.

Las intervenciones quirúrgicas necesarias para tratar esta enfermedad son complejas y requieren la participación de varios especialistas, que se organizan en grupos interdisciplinarios en los que todos aportan para lograr los mejores resultados.

Son pocos los hospitales que cuentan con este tipo de grupos interdisciplinarios y es importante que las pacientes con sospecha de acretismo tengan atención en ese tipo de hospitales, donde los resultados son mejores para la madre y para el bebé.

Factores que aparecen después de la admisión

Entre los requisitos establecidos por la Sociedad Internacional para Espectro de Acretismo Placentario (IS-PAS por su nombre en inglés: International Society for Placenta Accreta Spectrum), para que un hospital sea considerado apto para atender pacientes con acretismo están:

- Contar con recursos tecnológicos y operativos, tales como unidad de cuidado intensivo para adultos y para bebés recién nacidos, servicio de radiología intervencionista y capacidad de realizar transfusiones masivas.
- Un recurso humano entrenado en el manejo de esta enfermedad, con disponibilidad permanente (24 horas al día y 7 días a la semana) de múltiples especialidades: Obstetricia, Anestesiología, Pediatría, Radiología Intervencionista, Cuidado Intensivo y Urología, entre otros.
- Acreditar experiencia en el manejo de acretismo. Se recomienda que el hospital atienda frecuentemente este tipo de pacientes, al menos dos casos cada mes, y que haya atendido un elevado número de casos a lo largo de varios años.
- Ofrecer una dinámica de trabajo basada en la comunicación, confianza, soporte institucional y trabajo en equipo. Estas cualidades son más fáciles cuando el hospital realiza actividades de investigación y aplica políticas de calidad en la atención de las situaciones graves.



Existen varias opciones de tratamiento y si la paciente es atendida de manera electiva y no presenta sangrado antes del nacimiento, los resultados generalmente son buenos en las manos expertas.

El acretismo placentario atendido por personal no entrenado o sin los recursos necesarios se asocia con complicaciones graves. Las pacientes afectadas y sus familiares frecuentemente han sido informados de estos riesgos y pueden presentar síntomas de ansiedad y depresión, que también deben ser manejados por los psicólogos y psiquiatras que hacen parte de los grupos interdisciplinarios.

Recomendaciones a las pacientes y sus familias

Recordemos que los embarazos que ocurren después de una operación cesárea tienen un mayor riesgo de complicaciones y deben ser vigilados de manera más estrecha.

Si ese embarazo después de una operación cesárea viene acompañado de placenta previa, es indispensable contar con una valoración por un grupo médico con experiencia en el diagnóstico y manejo de acretismo placentario.

Si hay sospecha de acretismo placentario, la participación de hospitales de alta complejidad expertos en el manejo de esa enfermedad suele derivar en mejores resultados.

Cuando se recibe el diagnóstico de acretismo placentario es normal sentir ansiedad o miedo. Las pacientes y sus familias necesitan apoyo de grupos interdisciplinarios, que los orienten durante el período de embarazo y especialmente en el momento del nacimiento del bebé.

Es necesario que las pacientes que se someten a una operación de cesárea sepan que esta enfermedad puede aparecer en un embarazo subsiguiente. De esa manera buscarán en un futuro embarazo evaluaciones tempranas, con las que podrán descartar la enfermedad o recibir la atención recomendada en caso de presentarla.

Conclusiones

El espectro de acretismo placentario es una enfermedad infrecuente (uno de cada 300 a 500 embarazos), pero directamente relacionada con la realización de cesárea en un embarazo previo.

El tratamiento adecuado, por grupos médicos especializados, favorece la obtención de buenos resultados. Todas las pacientes con factores de riesgo para acretismo (cesárea en un embarazo anterior y placenta previa en este embarazo) se benefician por una búsqueda activa de la enfermedad durante sus ecografías prenatales. Las pacientes con acretismo deben ser valoradas en hospitales especializados.

Referencias:

- Collins SL, Alemdar B, van Beekhuizen HJ, et al. Evidence-based guidelines for the management of abnormally invasive placenta: recommendations from the International Society for Abnormally Invasive Placenta. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;220(6):511-526. doi:10.1016/j.ajog.2019.02.054
- Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Langhoff-Roos J, Fox KA, Collins S; FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;146(1):20-24. doi:10.1002/ijgo.12761
- Palacios-Jaraquemada JM, Fiorillo A, Hamer J, Martínez M, Bruno C. Placenta accreta spectrum: a hysterectomy can be prevented in almost 80% of cases using a resective-reconstructive technique. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022;35(2):275-282. doi:10.1080/14767058.2020.1716715
- Silver RM, Fox KA, Barton JR, et al. Center of excellence for placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(5):561-568. doi:10.1016/j.ajog.2014.11.018



COMITÉ EDITORIAL

- Dra. Marcela Granados • Dr. Jorge M. Madriñán
- Dr. Luis A. Escobar • Dra. Diana A. Prieto
- Dra. Zamira Montoya • Dr. César A. Arango
- Dr. Fernando Sanabria • Dr. Ludwig Luis Antonio Albornoz
- Dra. Mónica A. Villegas • Enfermera, Julia A. Leal
- Nutricionista, Jeannina Escalante Flórez
- Coordinadora de Comunicaciones, María Isabel Sánchez
- Comunicadora, Susana Serrano • Abogado, Camilo A. García

Dirección: Cr. 98 # 18-49
Tel: (602) 331 9090 - Santiago de Cali
E-mail: cartadelasalud@fv.org.co
Citas: centraldecitas@fv.org.co
Versión digital disponible en
www.valledelili.org/cartadelasalud

Diagramación: Daniela Gutiérrez Calderón

fvcali fvltv @FVLCalli @fundacionvalledelili Fundación Valle del Lili Fundación Valle del Lili



El País

FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

Los conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas. Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.