

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO
Cirugía uterina previa como factor de riesgo para acretismo
placentario Hospital Regional Docente de Trujillo y Hospital Belén
de Trujillo, 2005-2015

AUTOR:

José Daniel Saldivar De La Borda

ASESOR:

Dr. Rojas Ruíz Juan C.

Trujillo – Perú

2016

MIEMBROS DEL JURADO:

- Presidente : Dr. Herrera Gutierrez, César
- Secretario : Olivencia Quiñones, Mario
- Vocal : Jugo Torres, Daniel

ASESOR

DR. ROJAS RUÍZ JUAN CARLOS.

DEDICATORIA

A Dios por todas la bendiciones recibidas y permitirme obtener un logro más en mi vida.

A mi padre por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundido siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mi madre, por la confianza, apoyo y amor que me ha demostrado siempre, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mis tías fuente de apoyo constante e incondicional a lo largo de mi vida y más aún en mis duros años de carrera profesional.

A mis amigos y compañeros de universidad e internado, por los conocimientos compartidos, por aquellas anécdotas vividas, por sus consejos, por ello y más son como hermanos para mí.

A mi asesor de tesis Juan Carlos Rojas Ruíz, por su amistad, y valiosa tutoría en el proceso de realización de este trabajo de grado.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme llegar a cumplir una de las metas más importantes de mi vida, acompañado de la alegría y la salud de mis seres queridos. A mi familia quien con sus palabras de aliento me motivaron a seguir adelante, por ser mi fuente de inspiración y ayudarme a cumplir mis ideales. Gracias por fomentar en mí un deseo de superación constante y de triunfo en la vida.

A mis compañeros y amigos presentes y a otros que partieron, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante estos siete años estuvieron a mi lado apoyándome. A la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego y a sus docentes, en especial al Dr. Juan Carlos Rojas Ruíz, por su valiosa tutoría en el proceso de realización de este trabajo de grado, ya que con su guía he alcanzado este último paso de mi formación.

INDICE

ÍNDICE.....	06
RESUMEN.....	07
ABSTRACT.....	08
INTRODUCCIÓN.....	09
MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN.....	32
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXOS.....	40

I.RESUMEN

Se realizó un trabajo de investigación, de casos y controles, analítico, retrospectivo, que incluyó 123 gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente De Trujillo y Hospital Belén De Trujillo en el periodo 2005-2015; los casos estuvieron conformados por 41 pacientes que presentaron acretismo placentario, y el grupo control constó por 82 gestantes que no presentaron acretismo placentario; en ambas poblaciones se evaluó la cirugía uterina previa como factor de riesgo para acretismo placentario. Se concluye que la cirugía uterina previa es un factor de riesgo asociado a acretismo placentario OR=3.4 (IC 95%: 1.4-7.8 p: 0.003) también el antecedente de cesárea (OR=3.4 IC 95%: 1.4-8.5 p=0.005) y el antecedente de miomectomía (OR= 7.16, IC 95%: 1.4-35.07 p= 0.017) son factores de riesgo. El antecedente de legrado (OR= 4.9 IC 95%: 1.44-16.74 p=0.13) no es un factor de riesgo.

Palabras clave: Acretismo Placentario, Antecedente de cirugía uterina, antecedente de cesárea, antecedente de legrado

ABSTRACT

A retrospective, analytic, case and control research was done, wich included 123 pregnant women atended in the gynecology and obstetric service of Trujillo docent regional hospital and Trujillo Belen hospital in the period 2005 - 2015; cases were composed of 41 patients who had placenta accreta, and the control group consisted of 82 pregnant women who did not have accretism; in both populations prior uterine surgery was evaluated as a risk factor for placenta accreta. It is concluded that the previous uterine surgery is a risk factor associated with accretism OR = 3.4 (95% CI: 1.4-7.8 p: 0.003) also a history of cesarean section (OR = 3.4; 95% CI 1.4-8.5 p = 0.005) and a history of myomectomy (OR = 7.16, 95% CI 1.4-35.07 p = 0.017) are risk factors. The history of curettage (OR = 4.9, 95% CI 1.44-16.74 p = 0.13) is not a risk factor.

Keywords: Placenta accreta, uterine surgery antecedent, previous cesarean section, previous curettage

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la frecuencia de acretismo placentario ha ido en aumento debido al incremento en la tasa de cirugías uterinas (cesáreas, miomectomía, legrados, etc.). El porcentaje varía según los múltiples estudios realizados, sin embargo en la actualidad se admite una incidencia aproximada de 1 caso por cada 1000 partos versus 1/7,000 partos 3 décadas atrás. La placenta percreta supone 5% de los casos de acretismo placentario y concentra la mayor morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Se relaciona con mortalidad materna de 10% y con significativa morbilidad, principalmente por la hemorragia y sus consecuencias. La placenta percreta con invasión vesical reporta una tasa de mortalidad materna de 20% y una tasa de mortalidad perinatal de 30% ¹⁻².

Un grupo de factores de riesgo está vinculado con la cicatrización en el útero: a mayor número de lesiones, mayor probabilidad del evento; esto debido a falla en la señalización bioquímica en la cicatriz para las células del trofoectodermo del blastocisto, que se adhieren y liberan a las proteasas que se encargarán de la penetración e implantación, que dan como resultado la superinvasión del trofoblasto³⁻⁴,

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 previa⁵⁻⁶.

Otros factores de riesgo son la edad >35 años, la multiparidad, los defectos endometriales (síndrome de Asherman), los miomas submucosos y el tabaquismo. También se han señalado como factores de riesgo el embarazo mediante fecundación in vitro, el legrado, una gran multiparidad, la hipertensión crónica y el antecedente de placenta ácreta⁷.

Usta I, et al (Arabia, 2005), desarrollaron un estudio con la finalidad de precisar los factores de riesgo asociados a la aparición de acretismo placentario, por medio de un diseño de casos y controles retrospectivo en el que se incluyeron a 347 pacientes de las cuales 22 presentaron placenta acreta y 325 no presentaron esta condición; observando que los casos con placenta acreta presentaron edades significativamente mayores que los controles ($p<0.05$); otros factores relacionados fueron la granmultiparidad ($p<0.05$); así mismo la frecuencia de placenta acreta se incrementó proporcionalmente con el número de cesáreas previas: 1.9%, 15.6%, 23.5%, 29.4%, 33.3%, y 50.0% después de 0, 1, 2, 3, 4 y 5 cesáreas previas ($p<0.05$); otros factores relacionados fueron la preeclampsia ($p<0.05$) y el tabaquismo ($p<0.05$)⁸.

Sofiah S, et al (Malasia, 2011); llevaron a cabo una investigación con el objetivo de reconocer los factores de riesgo asociados a la aparición de acretismo placentario, por medio de un diseño de casos y controles retrospectivo en el que se incluyeron a 3456 pacientes en quienes se reconocieron 40 casos de acretismo placentario, observando que el número de cesáreas previas en el grupo de casos fue significativamente superior que en el grupo de controles ($p<0.05$); así mismo la edad materna fue significativamente superior en el grupo de gestantes con acretismo placentario ($p<0.05$); siendo mayor la frecuencia de gestantes de edad materna avanzada en el grupo de casos ($p<0.05$)⁹.

Fitzpatrick K, et al (Reino Unido, 2012); llevaron a cabo una investigación con la finalidad de identificar los factores de riesgo asociados a la aparición de placenta acreta, percreta e increta, a través de un diseño de casos y controles retrospectivo en el que se incluyeron a más de 10 000 gestantes. La incidencia estimada de placenta accreta / increta / percreta fue de 1,7 por cada 10.000 maternidades generales; y 577 por 10.000 en mujeres con antecedente de una cesárea anterior y placenta previa. Dentro de los factores identificados con esta patología se reconocieron: el antecedente de cesárea previa ($p<0.05$); el antecedente de cirugía uterina ($p<0.05$); así mismo se verificó que el promedio de edad materna fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con acretismo placentario ($p<0.05$)¹⁰.

Balayla J, et al (Canadá, 2013); desarrollaron una investigación con el objetivo de precisar los factores relacionados con la aparición de placenta acreta, increta y percreta; por medio de una revisión sistemática de tipo metanálisis en el que se incluyeron a 508 617 gestantes procedentes de 34 investigaciones de las cuales se reconocieron 865 casos de acretismo placentario; identificándose como factores asociados a las variables: antecedente de cesárea previa ($p<0.05$); localización baja de la placenta ($p<0.05$); fertilización in vitro ($p<0.05$) y la edad materna avanzada ($p<0.05$)¹¹.

Özcan S, et al (Reino Unido, 2015); llevaron a cabo una investigación con la finalidad de precisar la influencia de determinados factores de riesgo en la aparición de acretismo placentario, en particular de los antecedentes de cesáreas previas, por medio de un diseño de cohortes retrospectivas en el que se incluyeron a 500 gestantes las cuales fueron distribuidas en 4 grupos dependiendo del número de cesáreas previas; encontrando que la incidencia de acretismo

placentario se incrementó progresivamente en los grupos con mayor número de antecedentes de cesárea previa, siendo este incremento significativo ($p < 0.05$)¹².

Justificación

En estos últimos años, la incidencia del acretismo placentario ha venido en aumento, generando una alta tasa de morbilidad materno infantil, por lo que es una preocupación de interés mundial, nacional y regional.

Diversos estudios a nivel mundial se han enfocado en identificar los factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de esta patología, sin embargo en nuestro medio hay pocas investigaciones del mismo.

En las últimas décadas, se ha evidenciado un aumento significativo en el número de cirugías uterinas ya sea cesáreas electivas, legrados uterinos, miomectomías, etc; Siendo todos estos factores de riesgo para acretismo placentario según los estudios realizados. Por lo que la investigación a realizar se basa en identificar como factor de riesgo a las gestantes con cirugías uterinas previas.

1. Enunciado del problema

¿Es la cirugía uterina previa un factor de riesgo para acretismo placentario en el Hospital Regional Docente de Trujillo y Hospital Belén de Trujillo?

2. Objetivos

a. Objetivos generales:

Determinar si la cirugía uterina previa, es un factor de riesgo asociado a acretismo placentario

b. Objetivos específicos:

- Determinar la asociación entre legrado uterino y acretismo placentario.
- Determinar la asociación entre cesárea previa y acretismo placentario.
- Determinar la asociación entre miomectomía y acretismo placentario.

3. Hipótesis

Hipótesis alterna (Ha):

La cirugía uterina previa es factor de riesgo asociado a acretismo placentario en el Hospital Regional Docente de Trujillo y Hospital Belén de Trujillo. Año 2005-2015.

Hipótesis nula (Ho):

La cirugía uterina previa no es factor de riesgo asociado a acretismo placentario en el Hospital Regional Docente de Trujillo y Hospital Belén de Trujillo. Año 2005-2015.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Material

a. Población Universo:

Gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Regional y Belén de Trujillo durante el período 2005 – 2015.

Poblaciones de Estudio:

Gestantes gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Regional y Belén de Trujillo durante el período 2005 – 2015, y que cumplan con los siguientes criterios de selección:

Criterios de selección:

➤ Criterios de Inclusión:

- Gestantes con acretismo placentario.
- Gestantes > 22 semanas de gestación.
- Gestantes con cirugía uterina previa.
- Gestantes en cuyas historias clínicas se puedan precisar las variables en estudio.

➤ Criterios de Exclusión

- Gestantes con historia clínica incompleta
- Gestantes nulíparas.
- Gestantes que presenten endometriosis

3.1. Muestra:

3.1.1. Unidad de Análisis

Estuvo constituida por cada gestante atendida en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Regional Docente de Trujillo y Belén de Trujillo durante el período 2005 – 2015.

3.1.2. Unidad de Muestreo

Estuvo constituida por la historia clínica de cada gestante atendida en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Regional Docente de Trujillo y Belén de Trujillo durante el período 2005 – 2015.

3.1.3. Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para estudios de casos y controles¹³⁻¹⁵.

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

$$P = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r} = \text{promedio ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

p_1 = Proporción de casos expuestos al factor de riesgo.

p_2 = Proporción de controles expuestos al factor de riesgo.

r = Razón de número de controles por caso

n = Número de casos

$Z_{\alpha/2} = 2,33$ para $\alpha = 0.02$

$Z_{\beta} = 0,84$ para $\beta = 0.20$

$P_1 = 0.50$ (Ref. 8)

$P_2 = 0.21$ (Ref. 8)

$R: 2$

Usta I, et al en Arabia en el 2005 encontraron que la frecuencia de edad materna avanzada en el grupo con placenta acreta fue de 50% mientras que en el grupo sin esta condición fue de solo 21%.

Reemplazando los valores, se tiene:

$$n = 41$$

CASOS: (Gestantes con acretismo placentario) = 41 pacientes

CONTROLES: (Gestantes sin acretismo placentario) = 82 pacientes.

2. Método

Diseño de Estudio

2.1 Tipo de estudio:

El estudio fue analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles.

2.2 Diseño Específico:

		G1	O ₁	O ₂	O ₃
P	NR				
		G2	O ₁	O ₂	O ₃

P: Población

NR: No randomización

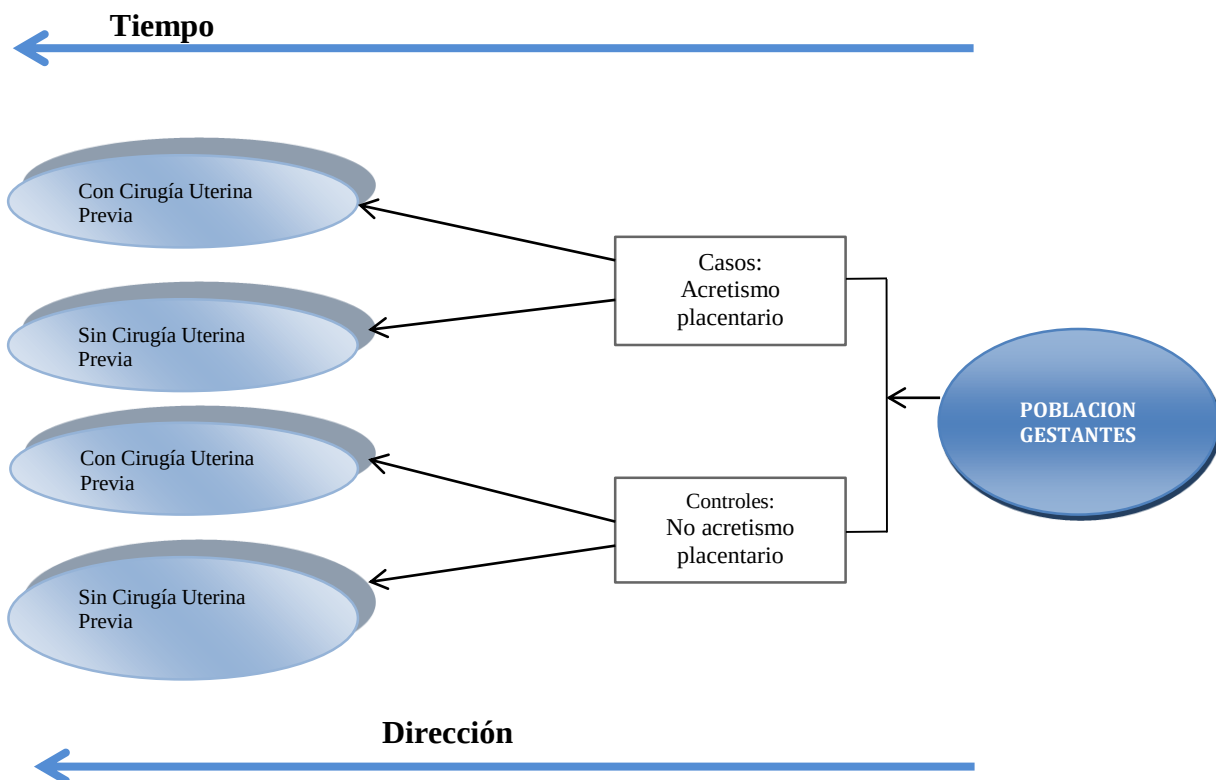
G1: Gestantes con acretismo placentario

G2: Gestantes sin acretismo placentario

O₁: Legrado Uterino

O₂: Cesárea previa

O₃: Miomectomía



2.3 Variables y escalas de medición:

VARIABLE DEPENDIENTE	TIPO	ESCALA	INDICA - DORES	INDICES
Acretismo placentario	Cualitativa	Nominal	H. clínica	Si – No
VARIABLE INDEPENDIENTE:				
Cirugía uterina previa	Cualitativa	Nominal	H. clínica	Si - No
COVARIABLES				
Tipo de cirugías	Cualitativa	Nominal	H. clínica	• Legrado Uterino • Miomectomía • Cesárea previa

2.4 Definiciones:

Definiciones conceptuales

Acretismo placentario: Inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anormalidad de la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio⁸.

Antecedente de legrado uterino : El legrado o curetaje es la limpieza de la cavidad uterina, mediante la utilización de instrumentos que permiten eliminar la capa endometrial y/o los tejidos derivados del trofoblasto, cuando la paciente está o ha estado recientemente embarazada¹⁶.

Miomectomía: un procedimiento quirúrgico para extirpar únicamente los miomas uterinos, con frecuencia es el procedimiento elegido para las mujeres premenopáusicas que desean tener hijos, ya que con este usualmente se preserva la fertilidad¹⁷.

Antecedente de cesárea previa: Se considera cuando la gestante haya culminado alguno de sus embarazos anteriores a través de cesárea¹².

Definiciones operacionales

Acretismo placentario: Se consideró según criterio clínico y/o histopatológico documentada en la historia clínica por médico tratante.

Antecedente de cirugía uterina previa: Se consideró a toda paciente que tenga antecedente quirúrgico de legrado uterino, miomectomía, cesárea documentada en la historia clínica.

3. Procedimientos:

Ingresaron al estudio las gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Regional Docente y Belén de Trujillo durante el período 2005 – 2015 y que cumplieron con los criterios de selección; se solicitó la autorización en el departamento académico correspondiente desde donde se obtuvieron los números de historias clínicas y luego se procedió a:

1. Realizar la captación de las historias clínicas de las gestantes de cada grupo de estudio, por muestreo aleatorio simple.
2. Recoger los datos pertinentes correspondientes a los factores de riesgo en estudio para precisar la variable en estudio; las cuales se incorporarán en la hoja de recolección de datos (Anexo 1).
3. Continuar con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar los tamaños muestrales en ambos grupos de estudio.

4. Recoger la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

4 Procesamiento y análisis de la información:

El registro de datos fue consignado en las correspondientes hojas de recolección, siendo procesados utilizando el paquete estadístico IBM V SPSS 22 los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como en gráficos de relevancia.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias de las variables cualitativas y medidas de centralización y de dispersión de las variables cuantitativas.

Estadística Analítica

En el análisis estadístico se usó de la prueba Chi Cuadrado (X^2) para variables cualitativas; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo de estudio:

Dado que es un estudio que evalúa la asociación entre variables a través de un diseño de casos y controles, se obtuvo el odds ratio (OR) que ofrece los factores de riesgo en relación a la aparición de acretismo placentario.

Se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente.

		ACRETISMO PLACENTARIO	
		SI	NO
Cirugía Uterina Pre	Presente	a	b
	Ausente	c	d

Odss ratio: $a \times d / c \times b$

		ACRETISMO PLACENTARIO	
		SI	NO
Cesárea previa	Presente	a	b
	Ausente	c	d

Odss ratio: $a \times d / c \times b$

		ACRETISMO PLACENTARIO	
		SI	NO
Antecedente de legra uterino	Presente	a	b
	Ausente	c	d

Odss ratio: $a \times d / c \times b$

		ACRETISMO PLACENTARIO	
		SI	NO
Miomectomía	Presente	a	b
	Ausente	c	d

Odss ratio: $a \times d / c \times b$

5 Aspectos éticos:

La presente investigación cuenta con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Belén de Trujillo y de la Universidad Particular Antenor Orrego. Debido a que es un estudio de casos y controles en donde solo se recogieron datos clínicos de las historias de los pacientes; se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15, 22 y 23)¹⁸ y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)¹⁹.

III. RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre el año 2005 y 2015 se revisaron un total de 41 casos de gestantes con acretismo placentario y 82 controles de gestantes sin acretismo placentario.

Se encontró un total de 56226 partos en los años 2005 y 2015, la frecuencia de pacientes con acretismo fue de 0.12%, 1/1757 partos (de un total de 69 casos, 32 pertenecen al Hospital Regional Docente de Trujillo y 37 al Hospital Belén de Trujillo), la cirugía previa asociada a acretismo placentario representó el 0.05%. Además se calculó un total de 0.03%, 0.008%, 0.008% y 0.012% de antecedente de cesárea, miomectomía, legrado y otros, respectivamente.

Con respecto a las gestantes con acretismo placentario y antecedente de cirugía uterina se obtiene un Odds Ratio de 3.4 con un intervalo de confianza al 95% de 1.4 a 7.8 y un Chi Cuadrado de Pearson de 8.76 con un p – Valor de 0.003 (Ver TABLA N°01).

Con respecto al acretismo placentario y el antecedente de cesárea, se obtiene un Odds ratio de 3.4 con un intervalo de confianza al 95% de 1.4 – 8.5 y con un Chi cuadrado de Pearson de 7.76 con un p – Valor de 0.005. (Ver TABLA N°02, GRAFICA 01).

En contraste al acretismo placentario y el antecedente de miomectomía se encontró un Odds ratio de 7.16 con un intervalo de confianza al 95% de 1.4 a 35.07 y con un estadístico de test de fisher de 4.05 con p-valor de 0.017. (Ver TABLA N°03, GRAFICA 02).

En relación al acretismo placentario y el antecedente de legrado, se obtiene un Odds ratio de 4.9 con un intervalo de confianza al 95% de 1.44 – 16.74 y con un estadístico de test de fisher de 1.52 con un p – Valor de 0.13 (Ver TABLA N°04, GRAFICA 03).

TABLA N°01 TOTAL DE GESTANTES CON ACRETISMO PLACENTARIO Y ANTECEDENTE DE CIRUGIA PREVIA. CIRUGÍA UTERINA PREVIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA ACRETISMO PLACENTARIO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO Y HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2005-2015

CIRUGIA PREVIA	ACRETISMO		Total
	SI	NO	
SI	31	39	70
NO	10	43	53
Total	41	82	123

Fuente: Información obtenida de las HC

OR: 3.4 IC 95% [1.4 - 7.8]

Chi Cuadrado de Pearson: 8.76

p – Valor: 0.003

TABLA N°02 TOTAL DE GESTANTES CON ACRETISMO PLACENTARIO Y ANTECEDENTE DE CESAREA. CIRUGÍA UTERINA PREVIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA ACRETISMO PLACENTARIO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO Y HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2005-2015

	ACRETISMO		Total
	SI	NO	
CESAREA	21	26	47
NINGUNA	10	43	53
Total	31	69	100

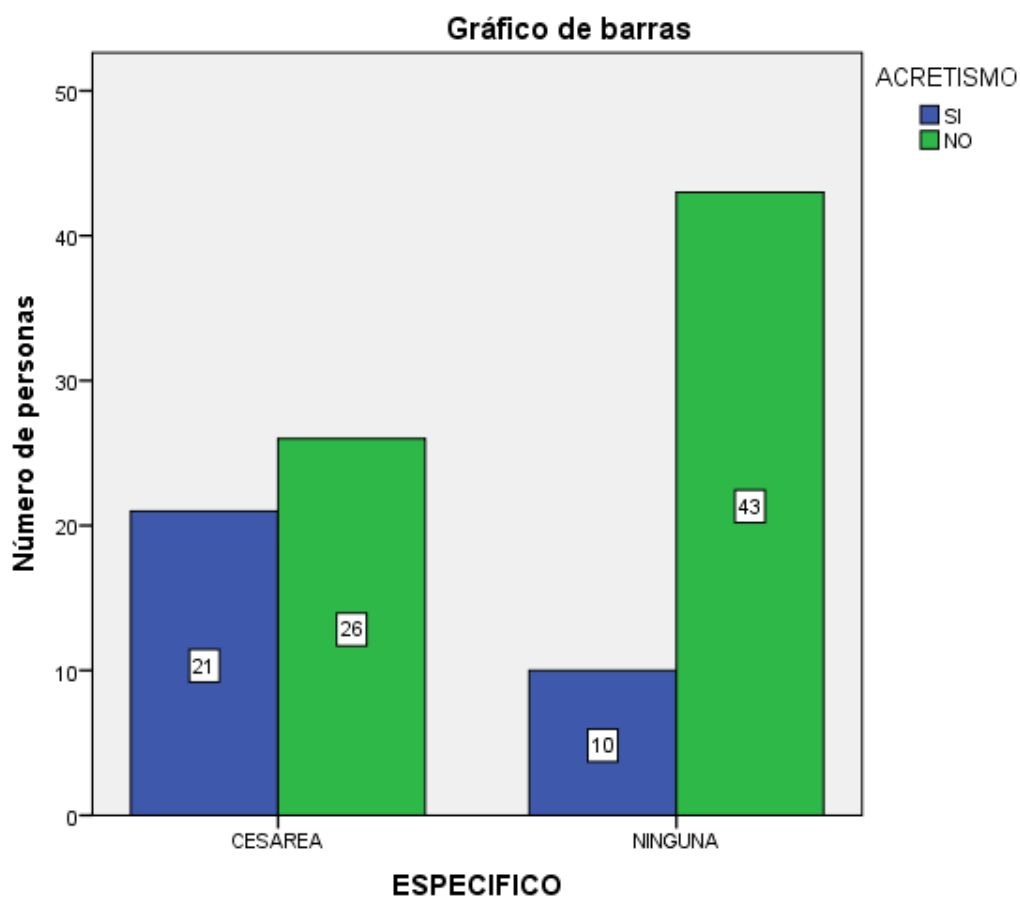
Fuente: Información obtenida de las HC

OR: 3.4 IC 95% [1.4 – 8.5]

Chi Cuadrado de Pearson: 7.76

p – Valor: 0.005

GRAFICO N°01 TOTAL DE GESTANTES CON ACRETISMO PLACENTARIO Y ANTECEDENTE DE CESAREA. CIRUGÍA UTERINA PREVIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA ACRETISMO PLACENTARIO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO Y HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2005-2015



Fuente: Información obtenida de las HC

TABLA N°03 TOTAL DE GESTANTES CON ACRETISMO PLACENTARIO Y ANTECEDENTE DE MIOMECTOMIA. CIRUGÍA UTERINA PREVIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA ACRETISMO PLACENTARIO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO Y HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2005-2015

	ACRETISMO		Total
	SI	NO	
MIOMECTOMIA	5	3	8
NINGUNA	10	43	53
TOTAL	15	46	61

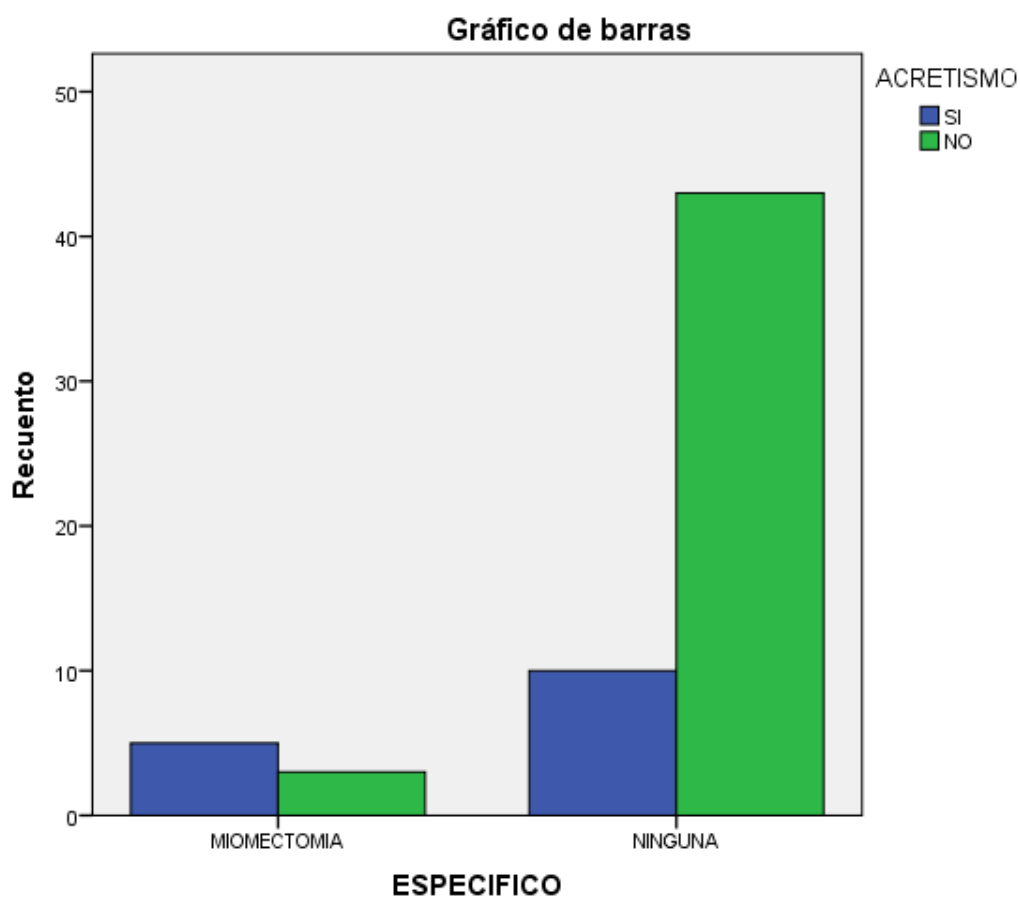
Fuente: Información obtenida de las HC

OR: 7.16 IC 95% [1.4 – 35.07]

Test de Fisher: 4.05

p – Valor: 0.017

GRAFICA N°02 TOTAL DE GESTANTES CON ACRETISMO PLACENTARIO Y ANTECEDENTE DE MIOMECTOMIA. CIRUGÍA UTERINA PREVIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA ACRETISMO PLACENTARIO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO Y HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2005-2015.



Fuente: Información obtenida de las HC

TABLA N°04 TOTAL DE GESTANTES CON ACRETISMO PLACENTARIO Y ANTECEDENTE DE LEGRADO. CIRUGÍA UTERINA PREVIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA ACRETISMO PLACENTARIO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO Y HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2005-2015

	ACRETISMO		Total
	SI	NO	
LEGRADO	5	10	15
NINGUNA	10	43	53
Total	15	53	68

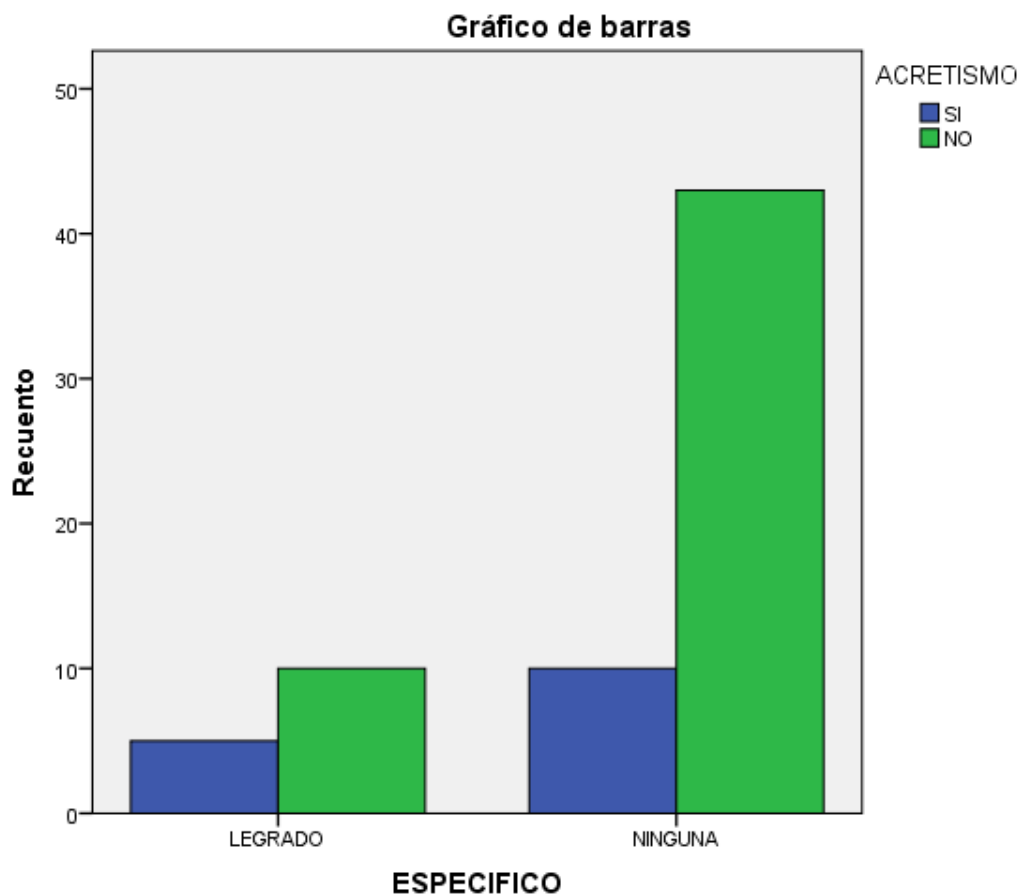
Fuente: Información obtenida de las HC

OR: 4.9 IC 95% [1.44 – 16.74]

test de Fisher: 1.52

p – Valor: 0.13

GRÁFICA N°03 TOTAL DE GESTANTES CON ACRETISMO PLACENTARIO Y ANTECEDENTE DE LEGRADO. CIRUGÍA UTERINA PREVIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA ACRETISMO PLACENTARIO HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO Y HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2005-2015



IV. DISCUSIÓN

La incidencia de placenta acreta en ambos hospitales fue de 1 en 1757 partos. Según las referencias estos datos se mantienen cercanos a los valores actuales. La incidencia de placenta adherida ha venido en constante aumento. Diversos estudios han informado de la incidencia de placenta adherida a 1 de cada 533 embarazos durante el periodo de 1982 a 2002. Esto contrasta fuertemente con los informes anteriores, que iban desde 1 en 4.027 embarazos en la década de 1970, y se eleva a 1 en 2.510 embarazos en la década de 1980^{1,2,20,21,22}.

En los datos encontrados podemos observar que al presentar un OR de 3.4 y un estadístico Chi cuadrado con un p-valor de significancia menor de 0.05, determinando que el antecedente de cirugía uterina se trataría de un factor de riesgo asociado a acretismo placentario, tal y como mencionan las referencias conocidas. Esto puede ser ocasionado debido a que el acretismo placentario se debe a la falta o deficiencia de la capa de Nitabuch (que es una capa de fibrina ubicada entre la decidua basal y el corion frondoso. Benirschke y Kaufman) y se sugiere que esta situación es consecuencia de una falla en la reconstitución del endometrio-decidua basal, especialmente después de la reparación de intervención quirúrgica previa²³⁻²⁸.

Del mismo modo, se encontró que el antecedente de cesárea y de miomectomía son factores de riesgo asociados a acretismo placentario con un OR de 7.76 y 7.16 respectivamente, ambos con un p-valor de significancia menor a 0.05. por ejemplo, Balayla J, et al (Canadá, 2013); desarrollaron una investigación con el objetivo de precisar los factores relacionados con la aparición de placenta acreta, increta y percreta; por medio de un revisión sistemática de tipo metanálisis en el que se incluyeron a 508 617 gestantes procedentes de 34 investigaciones de las cuales se reconocieron 865 casos de acretismo placentario; identificándose como factores

asociados a las variables: antecedente de cesárea previa ($p<0.05$); localización baja de la placenta ($p<0.05$); fertilización in vitro ($p<0.05$) y la edad materna avanzada ($p<0.05$)^{11,29}. Otro estudio refiere que el factor de riesgo más importante es de 1% después de una cesárea, y la incidencia después de cuatro o más cesáreas se incrementa a 10%; también se menciona que influye el tabaquismo y el consumo de cocaína que es motivo para otra investigación ³⁰⁻³³.

Otro estudio que contrasta la miomectomía menciona que otros factores de riesgo son la edad >35 años, la multiparidad, los defectos endometriales (síndrome de Asherman), los miomas submucosos y el tabaquismo^{7, 34, 35}.

Caso contrario en el antecedente de legrado, se obtuvo un OR de 4.9 y un estadístico Chi cuadrado con un nivel de significancia mayor de 0.05 por lo que se asume que no es un factor de riesgo. Como se sabe muchos estudios afirman que el antecedente de legrado es un factor de riesgo para presentar acretismo placentario, en este estudio no se encontró nivel de significancia estadística necesaria. Vale la pena mencionar que existen muchas posibles causas de este hallazgo, dentro de ellas se encuentra un posible subregistro de datos en la historia clínica, etc.³⁶⁻³⁷

V. CONCLUSIONES

- La cirugía uterina previa es un factor de riesgo asociado a acretismo placentario.
- El antecedente de legrado Uterino no es un factor de Riesgo asociado a acretismo placentario.
- La cesárea previa si es factor de riesgo asociado a acretismo placentario.
- El antecedente de miomectomía si es un factor de riesgo asociado a acretismo placentario.

VI. RECOMENDACIONES

- ✓ Realizar nuevos estudios multicéntricos, y con mayor tamaño muestral para corroborar la asociación predictiva de significancia observada en este estudio
- ✓ Considerando que según el presente estudio la determinación de los antecedentes cesárea y miomectomía previa constituyen factores de riesgo para la presencia de acretismo placentario, se sugiere enfatizar en la recopilación de estos datos en las historias clínicas de las gestantes.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACOG Committee on Obstetric Practice. Committee opinion^o 529: Placenta accrete. *Obstet and Gynecol.* 2012; 120 (1):207-211.
2. Aguilar O, Rivero C, Conrado J, Sánchez M, Bolio A. Rotura uterina por acretismo placentario. *Ginecol y Obstet Mex* 2012; 78:250-253
3. Seet E, Kay H, Wu S, Terplan M. Placenta accreta: depth of invasion and neonatal outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012;25:2042 – 5.
4. Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, Provansal M, Fernandez H, Perrotin F, et al. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2011;115:526 – 34.
5. Shih J, Palacios J, Su Y. Role of three-dimensional power Doppler in the antenatal diagnosis of placenta accreta: comparison with gray-scale and color Doppler techniques. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011;33:193 – 203
6. Pastore M, Jobe S, Ramadoss J, Magness RR. Estrogen receptor-alpha and estrogen receptor-beta in the uterine vascular endothelium during pregnancy: functional implications for regulating uterine blood flow. *Semin Reproductive Med.* 2012;30:46
7. Robinson B, Grobman W. Effectiveness of timing strategies for delivery of individuals with placenta previa and accreta. *Obstet Gynecol.* 2011;116:835 – 42.
8. Usta I, Hobeika E, Musa A. Placenta previa-accreta: risk factors and complications. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(2):1045-9.
9. Sofiah S, Fung Y. Placenta accreta: clinical risk factors, accuracy of antenatal diagnosis and effect on pregnancy outcome. *Med J Malaysia.* 2011;64(4):298-302.
10. Fitzpatrick K, Sellers S, Spark P. Incidence and risk factors for placenta accreta/increta/percreta in the UK: a national case-control study. *PLoS One.* 2012;7(12):52.
11. Balayla J, Bondarenko H. Placenta accreta and the risk of adverse maternal and neonatal outcomes. *J Perinat Med.* 2013;41(2):141-9.
12. Özcan S, Karayalçın R, Kanat M. Multiple repeat cesarean delivery is associated with increased maternal morbidity irrespective of placenta accreata. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2015; 19(11):1959-63.
13. Kleinbaun. D. Statistics in the health sciences : Survival analysis. New York: Springer – Verlag publishers; 2012 p. 78.

14. Díaz J, Calipuy W, Vilela E. El tamaño de muestra en los trabajos de investigación clínica. Hampi Runa 2001; 2: 37 – 58.
15. Dawson B, Trapp R. Bioestadística Médica. 4ta Edición. Manual Moderno 2005. Página 8 – 9.
16. Alarcon M. El legrado uterino, indicaciones, beneficios y riesgos. Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander. 2007
17. Speroff, M Fitz. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
18. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.
19. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú :20 de julio de 2012.
20. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. Am J Obstet Gynecol 2005;192: 1458–61.
21. Read JA, Cotton DB, Miller FC. Placenta accreta: changing clinical aspects and outcome. Obstet Gynecol 1980;56:31–4.
22. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. Am J Obstet Gynecol 1997;177:210–4.
23. Dueñas O, Rico H, Rodríguez B. Actualidades en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. Rev Chil Obstet Ginecol 2011; 72:266-271. disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n4/art11.pdf>
24. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. Am J Obstet Gynecol 2005;192:1458-61
25. Medina J, Hernández A. Placenta previa acreta: un problema singular. Comunicación de dos casos y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2011; 74:599-604.
26. Peñaloza Valenzuela Juan José, Torrico Aponte William Alexander, Torrico Aponte Edgar Torrico Aponte Mario Luis. La placenta accreta: DIAGNÓSTICO PRENATAL POR DOPPLER ECOGRAFÍA EN EL MATERNO INFANTIL "Germán Urquidi" 2007 y 2008. Rev. méd. (Cochabamba) [revista en la Internet]. 2010 Sep

27. Jauniaux E, Jurkovic D. Placenta accreta: pathogenesis of a 20th century iatrogenic uterine disease. *Placenta*. 2012;33:244 – 51. (Fecha de acceso: 10 diciembre 2015) disponible en: [http://www.placentajournal.org/article/S0143-4004\(11\)00542-X/pdf](http://www.placentajournal.org/article/S0143-4004(11)00542-X/pdf)
28. Tantbirojn P, Crum CP, Parast MM. Pathophysiology of placenta creta: the role of decidua and extravillous trophoblast. *Placenta*. 2011;29:639– 45 disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18514815>
29. Vera E, Lattus J, Bermúdez H, Espinoza L. Placenta percreta con invasión vesical: reporte de 2 casos. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2011; 70:404-410.
30. Hull, A. Resnik, R. Placenta Accreta and Postpartum Hemorrhage. *Clin Obstet and Gynecol*. 2010; 53: 228-236. (Fecha de acceso: 02 diciembre 2015) disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20142659>
31. Hernández-Ojeda H, Torres-Hernández RM, RiveraHernández JO. Acretismo placentario con placenta previa. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2014;82:552-557.
32. Bautista E, Morales V, Hernández H, Calvo O, et al. Una alternativa quirúrgica para acretismo placentario. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79:298-302.
33. Sofiah S, Fung Y. Placenta accreta: clinical risk factors, accuracy of antenatal diagnosis and effect on pregnancy outcome. *Med J Malaysia*. 2011;64(4):298-302.
34. Sabatini S, Reyna V, Santos J, Torres C, Peña E. Placenta percreta asociada a hemoperitoneo posparto. Reporte de caso. *Clin Invest Gin Obst* 2012; 36:153-155.
35. Heller DS. . La placenta accreta y percreta. *Surg Pathol* 2013; 6: 181-197.
36. Tikkanen M, Paavonen J, Loukovaara M, Stefanovic V. Antenatal diagnosis of placenta accreta leads to reduced blood loss. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90:1140 – 6.
37. Dreux S, Salomon LJ, Muller F, Goffinet F, Oury JF, Afa Study Group, et al. Second-trimester maternal serum markers and placenta accreta. *Prenat Diagn*. 2012; 32:1010 – 2.

ANEXOS

ANEXO N° 01

Cirugía uterina previa como factor de riesgo para acretismo placentario Hospital Regional Docente de Trujillo y Hospital Belén de Trujillo, 2005-2015

PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Número de historia clínica: _____

1.2. Edad gestacional: _____

1.3. Procedencia: _____

II. DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:

Antecedente de legrado uterino: Si () No ()

Cesárea previa: Si () No ()

Miomectomía: Si () No ()

III. DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE:

Acretismo placentario: Si () No ()

**SOLICITUD DE APROBACIÓN DE
ANTEPROYECTO DE TESIS**

Señor Dr.

Director de la Escuela Profesional de Medicina Humana

S.D.:

Daniel Saldivar de la Borda; Alumno de la Escuela Profesional de Medicina Humana de esta prestigiosa Universidad, identificado con DNI:, ID:ante Ud. Me presento y expongo:

Que siendo requisito indispensable para poder optar el Título Profesional de Médico Cirujano, la sustentación de tesis, recurro a su despacho a fin de que se apruebe el Anteproyecto de Tesis titulado:

Factores de riesgo asociados a acretismo placentario en gestantes atendidas en los Hospitales Regional y Belén de Trujillo.

Por tanto:

Ruego a Usted acceder a mi petición por ser de justicia.

Trujillo, 26 de enero del 2015

.....

Daniel Saldivar de la Borda
ID: 000067828

CONSTANCIA DE ASESORIA

Yo,.....Profesor de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego, hace constar que está asesorando el Proyecto de Investigación Titulado:

Factores de riesgo asociados a acretismo placentario en gestantes atendidas en los Hospitales Regional y Belén de Trujillo.

Del alumno: José Daniel Saldivar de la Borda

Identificado con ID: 000067828

Se expide el presente para los fines convenientes.

Trujillo, 26 de enero del 2015

.....
Dr. Rojas Ruíz Juan