



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON  
PLACENTA ACRETA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE  
INTEGRACIÓN CURRICULAR PREVIO A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS: JOSELINE LISSETH AYORA LOJANO**

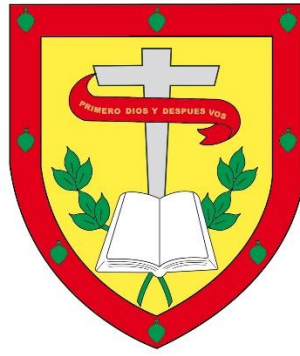
**MARÍA ELISA HUAYLLASACA ORDOÑEZ**

**DIRECTORA: LCDA. PRISSILA BANESA CALDERÓN GUARACA MGS.**

**CUENCA - ECUADOR**

**2021**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON  
PLACENTA.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN  
CURRICULAR PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS: JOSELINE LISSETH AYORA LOJANO.**

**MARÍA ELISA HUAYLLASACA ORDOÑEZ.**

**DIRECTORA: LCDA. PRISSILA BANESA CALDERÓN GUARACA,  
MGS.**

**CUENCA – ECUADOR**

**2021**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

**Declaratoria de Autoría y Responsabilidad**

**Joseline Lisseth Ayora Lojano** portadora de la cédula de ciudadanía N° **010529408-6** y **María Elisa Huayllasaca Ordoñez** portadora de la cédula de ciudadanía N° **010640862-8**. Declaramos ser las autoras de la obra: “**Intervención de Enfermería en Pacientes con Placenta Acreta**”, sobre la cual nos hacemos responsables sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaramos que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que nuestra obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también nos responsabilizamos y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

**Cuenca, 30 de Noviembre de 2021**



F. ....

**Joseline Lisseth Ayora Lojano.**

**C.I. 010529408-6**



F: .....

**María Elisa Huayllasaca Ordoñez.**

**C.I. 010640862-8**

## CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue desarrollado por Joseline Lisseth Ayora Lojano y María Elisa Huayllasaca Ordoñez, bajo mis sugerencias.



Lcda. Prissila Banesa Calderón Guaraca Mgs.  
DIRECTORA

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a Dios, mi pilar fundamental con su bondad y misericordia hacia mí persona, me dio la sabiduría y fortaleza para nunca desistir de mis sueños, porque lo más valioso que tengo en mi vida no es lo que tengo si no lo que he logrado.

Dedico esta tesis a mi Padre Marco, que ya no está conmigo, pero si hubiera estado estuviese muy orgulloso de mi y le podría decir, que lo logre Soy profesional, Soy Licenciada en Enfermería.

De la misma manera esta Tesis se la dedico a mi Madre Margot, por su apoyo incondicional, porque sin ella no lo hubiera podido lograr; cuando era estudiante mi madre me ayudo como a nadie. Ella es un ejemplo para mí y le debo mi éxito a ella.

Reyber a usted por ser la persona que llego a nuestras vidas, apoyarnos de todas las formas posibles por ser un padre para mí, por su confianza y cada consejo valioso que me sirvieron durante todo este camino.

De la misma forma se la dedico a mis hermanos: Brigitte, por creer siempre en mí, Stalin por darme la inspiración a ser su ejemplo a seguir y Zeyneph por ser mi alegría todos los días y en los momentos de nostalgia.

Italo tu amor, por motivarme cuando quería botar la toalla y por alegrarte de mis victorias de la misma forma que yo lo hacía.

A mis abuelitos por enseñarme a perseguir mis sueños por más agotadora que sea la jornada, me han enseñado cosas vitales para mi vida y me encaminaron por un buen sendero.

Elisa tu amiga, compañera de tesis por las largas noches realizando esta tesis, por apoyarnos mutuamente por el tema escogido, esta es tu victoria y la mía somos Licenciadas en Enfermería.

De la misma forma a mi cuñado Marcelo, mi sobrino Ismael, amigos y conocidos que me apoyaron y confiaron en mi en este caminar les agradezco de todo corazón.

*Joseline Lisseth Ayora Lojano.*

*Soy Licenciada en Enfermería.....*

## DEDICATORIA

Esta tesis le dedico primeramente a mi Dios, por haberme iluminado y bendecido en cada paso que di para cumplir con mi meta, y así culminar mi carrera, quien me ha guiado siempre por el camino del bien, me ha dado la fuerza para seguir adelante y nunca desmayar ante los problemas que se me presentaban, enseñándome a enfrentar las adversidades.

Llena de amor, cariño y esperanza mi tesis va dedicado para mis padres, Blanca Ordoñez y Juan Huayllasaca, quienes fueron el pilar fundamental para seguir adelante y llegar al éxito, pues sin su apoyo no lo hubiese logrado, para mi es de gran satisfacción dedicarles, son mi motivo y orgullo de lo que seré.

A mi hijo Christopher, el amor más grande y maravillo que Dios me pudo bendecir, por acompañarme a lo largo de mi camino, brindándome la fuerza necesaria para poder continuar, tan solo con un abrazo, un beso, una sonrisa y un te quiero mucho mamita llenabas todo ese vacío que mi corazón sentía.

A mis hermanas/o Daniela, Evelyn y Edison, porque son la razón de sentirme tan orgullosa de culminar mi meta y brindarles un ejemplo que con mucho esfuerzo se logra lo que nos proponemos y así ser personas de bien.

A mis querido abuelitos Rosa y José, con quienes conviví muchos años, por haberme enseñado ser una persona responsable y perseverante en cada cosa que me proponga hacer, se los dedico de corazón porque son personas muy especiales en mi vida y me permiten ser parte de su orgullo.

A mí querida compañera de tesis Joseline, por ser mi mano derecha durante la elaboración de nuestra tesis, por su paciencia, responsabilidad, comprensión, por permitirme trabajar mano a mano con ella, hasta conformar un equipo con metas en común.

*María Elisa Huayllasaca Ordoñez.*

*Soy Licenciada en Enfermería.....*

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos primeramente a Dios por habernos brindando salud, vida, sabiduría, fortaleza; es cierto no ha sido nada fácil, sin embargo con su bendición pudimos culminar con éxito nuestra carrera profesional.

También expresamos un agradecimiento a nuestros padres que son nuestro pilar fundamental y por su apoyo incondicional en nuestra formación académica, recalcando valores, principios y perseverancia, demostrando su amor y confianza en todo momento.

Este trabajo deber ser reconocido como una labor conjuntamente realizado con nuestra Docente de tesis Lcda. Prissila Banesa Calderón Guaraca Mgs, a quien le debemos gran parte de nuestro aprendizaje; a la vez agradecemos por su conocimiento, paciencia, responsabilidad, respeto y motivación para sacar adelante nuestra tesis.

Gracias a la universidad Católica de Cuenca, por habernos permitido formarnos en ella, agradecemos a todos los docentes y compañeros quienes fueron participes de este proceso, siendo los responsables de realizar su aporte, enriqueciendo nuestros conocimientos, para un futuro ser mejores personas y después profesionales, que en el día de hoy se vería reflejado la culminación de nuestros pasos por la universidad.

Finalmente este es un momento especial que esperamos, que perdure en el tiempo, no solo en la mente de las personas a quienes agradecemos; sino también a quienes invirtieron su tiempo leyendo nuestro proyecto de tesis, les agradecemos con todo nuestro corazón.

***Joseline Lisseth Ayora Lojano - María Elisa Huayllasaca Ordoñez.***

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	9
<b>ABSTRACT</b> .....	9
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	11
<b>METODOLOGÍA</b> .....	14
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	16
<i>Prevalencia de Placenta Acreta a nivel mundial</i> .....	16
<i>Factores asociados a la Placenta Acreta</i> .....	18
<i>Las complicaciones de Placenta Acreta</i> .....	19
<i>El abordaje terapéutico de Placenta Acreta</i> .....	20
<i>Los cuidados de enfermería que se brinda a una paciente con Placenta Acreta</i> .....	22
<b>CONCLUSIONES</b> .....	25
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	27

## Intervención de Enfermería en Pacientes con Placenta Acreta

### Autoras:

Joseline Lisseth Ayora Lojano.

María Elisa Huayllasaca Ordoñez.

### Tutora:

Prissila Banesa Calderón Guaraca Mgs.

## RESUMEN

**Introducción:** La placenta acreta, es la inserción anormal de una parte o toda la placenta con la ausencia total o parcial de la decidua basal, penetración anormal de las vellosidades coriales al miometrio. **Metodología:** Investigación bibliográfica, tipo narrativa; se realizó mediante la revisión de artículos científicos en base de datos tales como: Scopus, Taylor & Francis, Pubmed, Redalyc, Science Direct, Springer Open, Medigraphic y Scielo, utilizando descriptores relacionados a la salud como Decs, con palabras claves como: “cesárea”, “complicaciones”, “factores asociados”, “histerectomía” y “placenta acreta”. **Resultados y discusión:** En la búsqueda de información se arrojó un total de 612 fuentes bibliográficas, con la aplicación de criterios de selección quedaron 72 fuentes y tras la revisión final quedo un total de 56 documentos que responden directamente a las preguntas de investigación. La prevalencia de placenta acreta a nivel mundial oscila entre 1 por cada 333 a 533 nacimientos, con un índice de mortalidad del 22% en países desarrollados y el 7 % en países subdesarrollados, esta patología actualmente es la responsable del 64% de las histerectomías **Conclusión:** En la actualidad, el riesgo de presentar placenta acreta se ha incrementado cada vez más, por el aumento del número de cesáreas a nivel mundial. El profesional de enfermería realiza una valoración cefalocaudal exhaustiva para elaborar planes de cuidado, ejecutarlos adecuadamente y así disminuir la tasa de morbimortalidad materna.

**Palabras Clave:** Cesárea, complicaciones, factores asociados, histerectomía, placenta acreta.

## ABSTRACT

**Introduction:** Placenta accreta, is the abnormal insertion of part or all of the placenta with total or partial absence of the basal decidua, abnormal penetration of the chorionic villi to the myometrium. **Methodology:** Bibliographic research, narrative type; it was carried out by reviewing scientific articles in databases such as Scopus, Taylor & Francis, Pubmed, Redalyc, Science Direct, Springer Open, Medigraphic, and Scielo, using health-related descriptors such as Decs, with keywords such as: "cesarean section", "complications", "associated factors", "hysterectomy" and "placenta accreta". **Results and discussion:** The search for information yielded a total of 612 bibliographic sources, with the application of selection criteria, 72 sources remained and after the final review, 56 documents respond directly to the research questions. The prevalence of placenta accreta worldwide ranges from 1 per 333 to 533 births, with a mortality rate of 22% in developed countries and 7% in underdeveloped countries, this pathology is currently responsible for 64% of hysterectomies. **Conclusion:** Currently, the risk of presenting placenta accreta has increased more and more, due to the increase in the number of cesarean sections worldwide. The nursing professional performs a thorough cephalocaudal assessment to develop care plans, execute them properly and thus reduce the maternal morbidity and mortality rate.

**Keywords:** Cesarean section, complications, associated factors, hysterectomy, placenta accreta.

## INTRODUCCIÓN

La placenta acreta o acretismo placentario, se refiere a aquella placenta que presenta un trastorno de adhesión o algún grado de invasión ya sea al útero o a estructuras adyacentes. La profundidad a la que penetra el trofoblasto es variable entre las pacientes, sin embargo, todos los trastornos de placenta acreta tienen el potencial de causar hemorragia intraparto grave con alta morbilidad materna y fetal (1).

Placenta Acreta (PA) es la inserción anormal de una parte o toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal, penetración anormal de las vellosidades coriales al miometrio que sucede durante el embarazo, causa hemorragia vaginal y en la mayoría de los casos puede precisar una histerectomía, por lo que detectarla oportunamente es vital para impedir riesgos durante todo el ciclo de embarazo y en el momento del parto, es considerado como un problema de salud ya que en la actualidad se ha ido incrementando y representa un riesgo de muerte materna (2).

En países desarrollados se demuestra que la prevalencia de placenta acreta es de 1 por cada 588 nacimientos, mientras que; en países subdesarrollados la prevalencia oscila entre 1 por cada 333 o 533 nacimientos. Sin embargo, los datos son alarmantes pues en la actualidad el incremento de casos de placenta acreta es significativo, con relación a estadísticas del año de 1950, donde la prevalencia de esta patología era de 1 caso por cada 30.000 nacimientos (3,4).

La incidencia de placenta acreta se ha incrementado en todo el mundo por un elevado número de tasas por cesárea, es así, que un estudio realizado en Perú el 72% de los casos de esta patología, se asocia a la cesárea (3,5). De igual manera, un estudio realizado por Fernández et al, (6) en México indica, que el principal factor de riesgo que se asocia con la placenta acreta, es la combinación de placenta previa más antecedentes de cesárea, así como también: el curetaje, ablación endometrial, miomectomía y la radiación pélvica.

Según estudios realizados en países desarrollados, la mortalidad materna por placenta acreta alcanza hasta el 22% de los casos. Sin embargo, en países subdesarrollados, la placenta acreta es un factor de mortalidad materna por las complicaciones de hemorragia peri y postparto alcanzado entre el 0,01% al 7% de los casos. Actualmente el acretismo placentario es la causa de aproximadamente el 64% de las histerectomías (5,7–10).

Sin embargo, la placenta acreta se asocia a un aumento relevante de la morbilidad y mortalidad materna por hemorragia masiva periparto, por lo tanto, la hemorragia se puede reducir significativamente si el diagnóstico de esta patología se diagnostica durante el transcurso del embarazo y antes del ingreso a labor de parto; también como normativa toda paciente que presente placenta previa, debe ser evaluada con un escáner de ultrasonido de alta definición para descartar alguna alteración en la inserción placentaria, así como también, es importante el diagnóstico oportuno de placenta anormalmente adherida, para prevenir la morbimortalidad materna (2).

La Guía del Ministerio de Salud de atención de Enfermería en Ginecoobstetricia y perinatología en el Salvador, refiere que las intervenciones de enfermería a seguir en una paciente con placenta acreta ya sea, en el segundo o tercer nivel de atención, son los siguientes procedimientos: canalizar dos vías periféricas, administrar oxitócico de forma inmediata según indicación médica, vigilar signos de choque hipovolémico, abrigar a la paciente, balance hídrico más diuresis horaria, transfusión sanguínea si es necesario, consentimiento informado, observar el estado general de paciente, control de signos vitales cada 4 horas, administración de fármacos que permitan satisfacer las necesidades de la paciente, lograr el bienestar y así disminuir la tasa de morbimortalidad materna y fetal (11,12).

Por lo antes mencionado, las pacientes con placenta acreta requieren de cuidados especiales por parte del personal de salud, la enfermera brinda cuidados mediante las intervenciones, con el propósito de brindar información científica sobre el manejo de esta patología para el personal de salud. Los profesionales de enfermería deben realizar una exploración clínica céfalo-caudal, mediante técnicas semiológicas para después formular diagnósticos y planes de cuidados de enfermería, pudiendo utilizar los patrones funcionales de Marjory Gordón para establecer estos cuidados y de esta manera disminuir la tasa de morbimortalidad materna, considerando las tres últimas décadas, se ha ido incrementado constantemente el número de pacientes que presenta esta patología, la misma está relacionada directamente con el incremento del número de céreas, las lesiones en la matriz uterina por procedimientos quirúrgicos y la multiparidad.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal, describir los cuidados de enfermería en pacientes con placenta acreta estableciendo en primer lugar ¿Cuál es la prevalencia de placenta acreta a nivel mundial?, ¿Cuáles son los factores asociados a placenta acreta?, ¿Cuáles son las complicaciones de placenta acreta?, para posteriormente, analizar ¿Cuál

es el abordaje terapéutico de placenta acreta? y ¿Cuáles son los cuidados de enfermería que se brinda a un paciente con placenta acreta?

## METODOLOGÍA

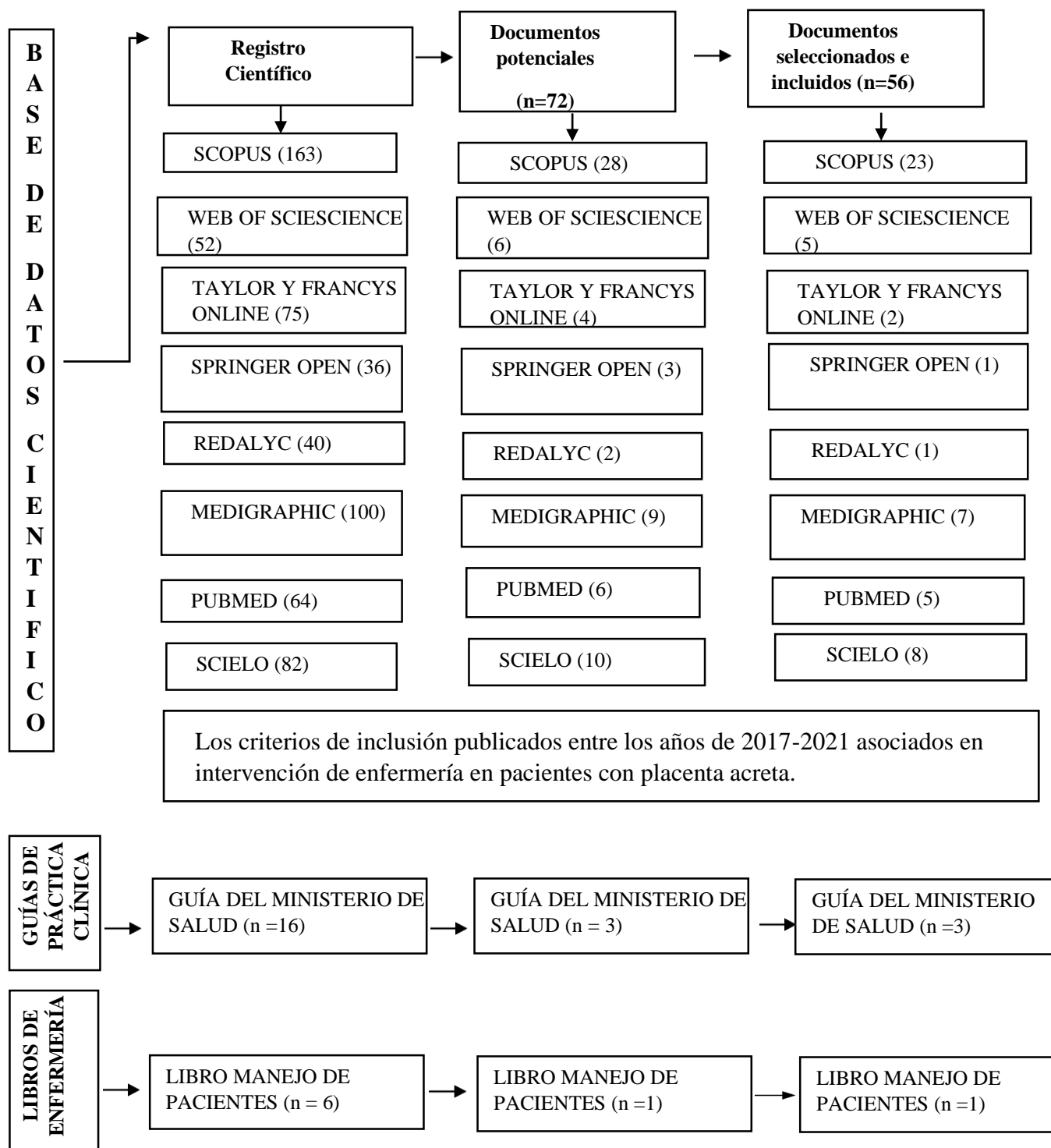
La presente investigación responde a una revisión bibliográfica tipo narrativa, de Intervención de Enfermería en pacientes con placenta acreta, realizada a través de documentos científicos; como criterios de inclusión se consideraron los artículos publicados desde el año 2017-2021 en diferentes países del mundo en varios idiomas, artículos de alto impacto y libros. Por lo mismo, los criterios de exclusión se consideraron artículos que no tienen relación al tema planteado, tesis, monografías, folletos y artículos que no correspondan a las fechas indicadas.

Por otra parte, en esta revisión bibliográfica con relación a la Intervención de Enfermería en pacientes con placenta acreta se realizó una investigación de artículos potenciales para el análisis, se llevó a cabo una búsqueda cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión, los cuales se obtuvieron 72 estudios registrados, tras la selección se excluyó 16 artículos que no cumplían con los requerimientos establecidos, un total de 56 documentos tenían relación directa con las preguntas de investigación y respondían al presente estudio, las mismas comprenden: 40 artículos de campo, 12 artículos de revisión bibliográfica, 1 libro de Memorias de Enfermería, 3 Guías del Ministerio de Salud.

Por consiguiente, la investigación se realizó en documentos científicos que se encuentran en páginas del área de la Salud, mediante palabras claves: “Complicaciones”, “Cuidados”, “Care”, “Diagnóstico”, “Diagnostic”, “Enfermería”, “Factores asociados”, “Associated factors”, “Hemorragia”, “Hemorrhage”, “Histerectomía”, “Hysterectomy”, “Placenta acreta”, “Prevalencia”, “Spectrum”, “Therapeutic approach”, que se utilizó en las siguientes bases de datos científicas: Scopus, Taylor y Francys, Springer Open, Web of Science, PubMed, Redalyc, Medigraphic, Scielo; las ecuaciones de la búsqueda fueron consideradas mediante los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en idiomas de inglés y español, utilizando el operador booleano “AND” para establecer las siguientes ecuaciones: “Complicaciones AND Placenta Acreta”, “Cuidados AND Placenta Acreta”, “Care AND Nursing AND Hemorrhage”, “Diagnóstico AND Placenta Acreta”, “Factores asociados AND Placenta Acreta”, “Hysterectomy AND Placenta Accreta”, “Prevalencia AND Placenta Acreta”, “Placenta accreta AND worldwide”, “Spectrum AND Placenta Accreta”, “Tratamiento AND Placenta Acreta”, Therapeutic AND approach AND Placenta Accreta”, también se incluyó una guía del Ministerio de Salud de atención de enfermería en Gineco-Obstetricia y Perinatología y un libro Memorias de enfermería manejo de pacientes.

**Figura 1:**

*Diagrama del proceso de identificación y selección del estudio.*



*Realizado por: Joseline Ayora – Elisa Huayllasaca.*

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En relación a nuestro tema de estudio, se realizó una investigación utilizando artículos científicos seleccionados, se llevó a cabo una búsqueda de manera exhaustiva cumpliendo con los adecuados criterios de inclusión y exclusión, de acuerdo a una estrategia de búsqueda conformada por diferentes bases, de las cuales se obtuvieron 72 estudios registrados, se procedió a seleccionar aquellos que dieron respuesta a las preguntas de investigación dando un total de 56 documentos científicos que comprenden: 40 artículos de campo, 12 artículos de revisión bibliográfica, 1 libro de Memorias de Enfermería, 3 Guías del Ministerio de Salud; reflejado en las bases de datos científicas, 7 artículos investigaron sobre la prevalencia de placenta acreta a nivel mundial, 19 artículos respondieron a los factores asociados a placenta acreta, 8 artículos respondieron a las complicaciones de placenta acreta, 21 artículos respondieron sobre el Abordaje terapéutico de Placenta Acreta y 14 artículos respondieron a los cuidados de enfermería en pacientes con Placenta Acreta.

### **Prevalencia de Placenta Acreta a nivel mundial**

Placenta Acreta se define como la invasión anormal de una parte o de la totalidad de la placenta a nivel del miometrio, sin que las vellosidades coriales implanten el miometrio, la función placentaria es normal, sin embargo, la invasión trofoblástica causa hemorragia vaginal y en la mayoría de los casos puede precisar una histerectomía, por lo que detectarla oportunamente es vital para evitar riesgos de morbilidad materna, así, como riesgos a nivel fetal (13).

La prevalencia de placenta acreta tiene relación directa con los porcentajes de mortalidad materna. En un estudio realizado en países desarrollados como Estados Unidos (Los Ángeles), la mortalidad materna por placenta acreta alcanza el 7%, en China la mortalidad materna sigue incrementándose en pacientes con esta patología, alcanzando un 22% de los casos, en Egipto la tasa de mortalidad es aproximadamente del 7% y en London la mortalidad materna oscila entre el 0,01% y el 1,1% de los casos. Sin embargo, en países subdesarrollados como en Brasil, la placenta acreta se relaciona con una mortalidad materna del 10%, así como también con una morbilidad significativa, siendo el principal factor la hemorragia peri y postparto y las consecuencias de esta (5,7–10).

En Europa la placenta acreta con invasión en el miometrio representa aproximadamente el 34.8% de los casos de trastornos de placenta acreta, en Asia la tasa con relación a la invasión en el miometrio de placenta acreta es del 22% y en África la tasa de invasión a nivel de la capa muscular en el útero es del 0.12% - 0.31% de los casos, sin embargo, se evidencia un aumento significativo en América del Norte, en donde la tasa con relación a la invasión en el miometrio de placenta acreta representa el 90% de los casos, así como, en América del Sur el porcentaje de placenta acreta con invasión en el miometrio oscila entre el 75-80% de los casos (9,14-16).

La prevalencia de placenta acreta, en los últimos años se ha ido incrementando por lo que ha llegado a ser de gran impacto para la salud materna a nivel mundial. Es así que, en países desarrollados como Canadá se demuestra que la prevalencia de placenta acreta es de 1 por cada 588 nacimientos y en EEUU el acretismo placentario según estudios realizados por Miller et al, (2) fue de 1 caso por cada 2510 embarazadas entre los años 1982 a 2002. Sin embargo, en la actualidad esta estadística ha variado significativamente representando hasta 1 en 533 nacimientos. Mientras tanto, en países subdesarrollados la prevalencia de placenta acreta oscila de 1 por cada 333 a 533 nacimientos (3,4).

Por otro lado, un estudio realizado en Chile por el Instituto Nacional de Salud Infantil -Medicina Materno Fetal (MFMU), dio a conocer que, la posibilidad de desarrollar placenta acreta es el 5% en gestantes que presenten placenta previa sin antecedentes de cesárea, el 20% en pacientes que presenten cesárea anterior y el 40% mujeres con placenta previa durante el embarazo. En Brasil el riesgo de presentar placenta acreta es del 9% cuando hay presencia de placenta previa y el 35% cuando hay placenta previa o cesárea (17)(18).

Finalmente, la prevalencia de placenta acreta en los últimos años se ha ido incrementando por lo que ha llegado a ser de gran impacto para la salud materna a nivel mundial (3). El porcentaje más alto de morbi- mortalidad materna por placenta acreta se refleja en Norte América, seguido de América del Sur y con porcentajes más bajos los países de Asia, Europa y África (15,18).

## Factores asociados a la Placenta Acreta

Los factores asociados a la placenta acreta tienen relación directa con anomalías de la matriz uterina. Dentro de los factores asociados más comunes de placenta acreta se encuentran histerectomía periparto, hemorragia peri-posparto, multiparidad y edad avanzada. Un estudio realizado en México, se demuestra que el factor asociado más frecuente es la cesárea con el 81.6% de los casos, de forma similar en Perú, con el 72% de los casos (1,3,10).

Por su parte, un estudio realizado en Portugal menciona que los factores asociados de placenta acreta son: placenta previa, multiparidad, edad avanzada, la misma que puede provocar una histerectomía o un legrado. Sin embargo, en China los factores más frecuentes de placenta acreta fueron: el daño endometrial, placenta y cesárea previa. Por su parte, en Colombia el factor asociado más frecuente es el desprendimiento anormal de la placenta (1,19–24).

Por otro lado, estudios realizados en Brasil mencionan algunos factores poco frecuentes en pacientes con placenta acreta, tales como: la obliteración del espacio libre entre la placenta y el miometrio, presencia de lagunas placentarias, ruptura de la interfaz entre la vejiga y el útero, carioamnionitis, atonía uterina, embarazo gemelar e infecciones del parto. De la misma manera en China, se indica otros factores poco frecuentes como: la transferencia de embriones criopreservados, el consumo de tabaco, paridad, el índice de masa corporal elevada, hipertensión o diabetes y el consumo de tabaco (8,25,26).

Por lo antes mencionado, varios países concuerdan con otros factores poco frecuentes como: curetaje, radiación pélvica, ablación endometrial, cirugía uterina, extracción manual de la placenta, presencia de retención placentaria, resección cornual, infección del útero, anomalías müllerianas, radiación, embolización de arterias uterinas, miomatosis uterina, miomas submucosos, antecedentes de extracción manual de placenta, infección intraamniótica, longitud cervical menor de 35 mm, la presencia de anemia prenatal, mola parcial con feto vivo, deficiencia de vitamina D y la obliteración parcial o completa de la cavidad uterina denominada como Síndrome de Asherman (3,6,27–31)..

Considerando lo antes mencionado, es importante que la gestante conozca los factores asociados a la placenta acreta y de esta manera poder prevenir oportunamente esta patología, siendo importante el cuidado integral que como profesionales de enfermería brindemos en la etapa preconcepcional(32).

## Las complicaciones de Placenta Acreta

Se denomina que el acretismo placentario es una complicación del embarazo de alto riesgo, que conlleva múltiples morbilidades. La principal complicación materna que se relaciona con la placenta acreta es la hemorragia obstétrica, debido a que puede presentarse durante o después del parto, siendo un riesgo principal de muerte materno fetal, una vez diagnosticado es posible que se haga una cesárea prematura o la remoción quirúrgica del útero (33).

Un estudio realizado por Kawakita et al, (34) en California, refiere que la hemorragia posparto grave se entiende como la transfusión de al menos cuatro a cinco unidades de glóbulos rojos empaquetados durante el período intraparto o posparto, siendo la principal causa de muerte materna a nivel mundial. De manera similar, estudio realizado por Malta et al, (8) en Brasil, una de las complicaciones de alto riesgo y la más frecuente en placenta acreta es la hemorragia; a su vez, esta patología se ha incrementado principalmente por el número de cesáreas, y la administración incorrecta de uterotónicos (33).

Por su parte, estudios realizados en México, coinciden que la hemorragia es una complicación muy frecuente de la placenta acreta, la misma que produce: fallo orgánico multisistémico, coagulación intravascular diseminada, histerectomía, tromboembolismo, pérdida sanguínea ya sea durante o después de la cirugía o provocar la muerte materna, además mencionan, que el promedio de pérdida sanguínea, durante la histerectomía por placenta acreta oscila entre 3.000-5.000 ml (35,36,37).

Por otro lado, las complicaciones menos frecuentes de placenta acreta según un estudio realizado por Humari et al, (38) en Colombia, menciona que las mujeres que presenten un grosor de miometrio residual menor al 50% durante la placenta acreta, tienen mayor probabilidades de sufrir el manchado intermenstrual. Además Chen et al, (39) en Perú, dio a conocer otra complicación menos frecuente como: la erosión excesiva de los trofoblastos. Sin embargo, una complicación rara pero descrita por otros autores es la ruptura uterina con una incidencia de 1 por cada 5000 casos de placenta acreta.

Actualmente el acretismo placentario es la causa de aproximadamente el 64% de las histerectomías. En un estudio realizado por Couret et al, (40) en Estados Unidos, una paciente con placenta acreta puede presentar complicaciones quirúrgicas y de transfusión, por lo que,

los hospitales se estratificaron en terciles por aumentos de casos por histerectomía a razón de placenta acreta.

### **El abordaje terapéutico de Placenta Acreta**

Es importante examinar conductas, actitudes y poder determinar oportunamente todos los trastornos de placenta acreta, el personal de salud después de un diagnóstico definido, puede observar la presencia del grado de infiltración y penetración de la anomalía placentaria, o por lo contrario descartar esta patología, para así poder prescribir un tratamiento adecuado y disminuir las complicaciones a futuro, evitando la mortalidad materna y fetal.

Según estudio realizado por Slaoui et al, (20,41) en Irak, dio a conocer, que el diagnóstico puede ser prenatal basado especialmente en la ecografía obstétrica, la ecografía Doppler y la resonancia magnética, se plantea principalmente en el periplo ante la ausencia de zona de clivaje entre la placenta y el miometrio, lo que daría como resultados problemas al momento del parto. Por su parte, Figueiredo et al, (18,42) en Brasil, menciona que la ecografía más la combinación Doppler de color, es la principal herramienta de diagnóstico para evaluar placenta acreta. Por consiguiente, Hernández et al, (36) en México, indica que la resonancia magnética es una técnica importante para conocer el grado de infiltración y la penetración de la anomalía placentaria. Al igual que Ramírez et al, (1) en Perú, la técnica más utilizada para determinar la placenta acreta es la resonancia magnética.

En la actualidad se puede llevar a cabo un manejo conservador, programando varios abordajes; no obstante, es importante tener presente que cada paciente debe ser manejado individualmente de acuerdo a su estado placentario, y en este aspecto se debe considerar que el manejo conservador, es una alternativa para mujeres que desean seguir conservando su fertilidad (7).

Un estudio realizado por Malta et al, (8) menciona que el tratamiento conservador es el cateterismo profiláctico de la arteria uterina con oclusión temporal del flujo sanguíneo, siendo una técnica segura, por lo que ha disminuido la tasa de mortalidad materna y fetal. Por otro lado Hernández et al, (36) en un estudio, indica que la técnica de oclusión endovascular simultánea ha demostrado ser un tratamiento eficaz para impedir el sangrado masivo y disminuir de forma representativa de la morbimortalidad materna.

Por su parte, un estudio realizado en China da a conocer que la embolización de arterias uterinas como tratamiento conservador y el uso del metotrexato es utilizado en el 91% de los casos, lo cual se ha ido incrementado cada vez más por sustitución de la histerectomía, de igual manera se considera la oclusión profiláctica con balón de la arteria ilíaca interna durante el parto por cesárea, siendo eficaz para esta patología (43).

Jitsumori et al, (44) en Japón, en su estudio menciona otro proceso conservador como la embolización de la arteria vertebral, misma que se utiliza para tratar la hemorragia postparto asociada con placenta acreta en embarazos posteriores. Además, según Rawashdehn et al, (37) realizó un estudio en Jordania, donde menciona que la aplicación de la oxitocina, la ergometrina más la compresión bimanual, es uno de los tratamientos que se realiza antes de proceder a la histerectomía para evitar complicaciones hemorrágicas.

Por consiguiente Saad et al, (9) en Minia Egipto relata, que el tratamiento conservador incluye todas las técnicas que preserven el útero como la extirpación parcial del mismo. Por otra parte Kably et al, (7) en México menciona que el tratamiento de manejo conservador consiste en retrasar la histerectomía a través de medios físicos, químicos y de esta manera mejorar las condiciones del útero para disminuir la morbi-mortalidad materna, este tratamiento se puede realizar de dos formas: como primera opción es reseca la porción de la pared uterina anterior y como segunda opción es realizar una cesárea sin remover la placenta y mantener la placenta in situ; además, se utilizó la técnica de embolización de arterias uterinas, lo cual representa el 78.4% de los casos(45).

Por otro lado, un estudio realizado en Jordania, la placenta anormalmente adherente o placenta acreta es la principal indicación de la histerectomía periparto (HPE), representa el 44.06% es decir 26 de los casos. De forma similar, un estudio realizado en Brasil, determina que la principal indicación para placenta acreta es la histerectomía, lo cual evita hemorragias masivas; y así disminuye los casos de mortalidad materna y fetal, siendo responsable del 44.7% al 64% (46).

Por lo antes citado, Schwickert et al, (47) en Berlín, dio a conocer los tipos de tratamientos quirúrgicos no conservadores como: histerectomía programada, histerectomía no programada, resección focal, placenta in situ seguida de histerectomía programada. De igual manera, Veliz et al, (17) en Chile, muestra tres técnicas quirúrgicas que se pueden realizar en

pacientes con Placenta Acreta los cuales son no conservadores tales como: histerectomía radial retrograda, usos del dispositivo de engrapadora para histerectomía y el uso de dispositivos para sellar vasos sanguíneos siendo de gran beneficio para las pacientes con esta patología.

Por su parte, un estudio realizado por Ramírez et al, (1) en Perú, indican dos procedimientos para prevención de hemorragia por placenta acreta: la primera opción es la hemostasia, llamada histerectomía de urgencia o de necesidad y la segunda opción, es la histerectomía electiva o de oportunidad.

Finalmente, algunos estudios refieren que el tratamiento no conservador como la histerectomía planificada; es inaceptable para las mujeres que desean preservar el útero y la fertilidad, en un estudio realizado en Egipto, se menciona que las pacientes que se han realizado una histerectomía suelen presentar dificultades emocionales y físicas, por lo que esta situación se vuelve muy estresante para muchas mujeres; asociándose con ansiedad, depresión, y cambios de la autoestima. Considerando las consecuencias de un tratamiento no conservador, en la actualidad con mayor frecuencia se trata en lo posible de utilizar el tratamiento conservador, planteando además, varios procedimientos adicionales para disminuir la pérdida de sangre, acelerar la reabsorción de la placenta o utilizar los dos procedimientos a la vez(16,48).

### **Los cuidados de enfermería que se brinda a una paciente con Placenta Acreta**

El manejo de placenta acreta requiere de atención integral, multidisciplinaria e individual a cada paciente, para un debido seguimiento y una adecuada planificación con el objetivo de mejorar el bienestar materno y fetal. El personal de enfermería debe tomar decisiones adecuadas para mejorar la salud de la paciente, basándose en las 14 necesidades de Marjory Gordon.

El libro Memorias de Enfermería Fénix (Ecuador), menciona que la placenta acreta puede producir complicaciones masivas como la hemorragia; lo cual puede provocar una coagulación intravascular diseminada, por lo que, mediante el enfoque de los patrones funcionales de Marjory Gordon, se debe planificar cuidados de enfermería con la finalidad de brindar apoyo durante esta complicación. El personal de enfermería realiza una exploración clínica céfalo-caudal mediante técnicas semiológicas, utilizando los patrones funcionales

como: eliminación, actividad-ejercicio, sueño-descanso, sexualidad-reproducción, afrontamiento-tolerancia al estrés, después debe formular los diagnósticos y planes de cuidados de enfermería para obtener resultados satisfactorios para la madre y el feto.

La Guía del Ministerio de Salud de Atención de Enfermería en Gineco-Obstetricia y Perinatología de El Salvador (2019), mencionan que las intervenciones de enfermería en una paciente con placenta acreta en el segundo o tercer nivel de atención debe estar orientadas a los siguientes procedimientos: canalizar dos vías periféricas, administración de oxitócico de forma rápida según indicación médica, vigilar signos de choque hipovolémico, brindar abrigo a la paciente, administrar oxígeno según la necesidad de la gestante, control de balance hídrico y diuresis horaria, transfusión sanguínea si es necesario, vigilar la curva febril, informar a la familia su condición y tratamiento que va seguir, realizar el consentimiento informado, vigilar el estado general de paciente, control de signos vitales cada 4 horas, verificar apósito de la herida, vigilancia de permeabilidad de líneas vasculares, revisar cómo está el sangrado vaginal, vigilar motilidad intestinal, cuidados de higiene y comodidad, finalmente registrar las intervenciones enfermería (12).

Un estudio realizado por Cahill et al, (49) en Estados Unidos refiere, que el tratamiento óptimo de enfermería involucra un adecuado enfoque estandarizado, con un equipo de atención multidisciplinario integral aptos para tratar el espectro de la placenta acreta, a la vez debe haber infraestructura establecida y personal especializado en el ámbito enfermero para manejar la hemorragia masiva.

Por otro lado, estudios realizados en México con relación a los cuidados de enfermería mencionan que, en la atención brindada a pacientes con presencia de hemorragia obstétrica el actuar de enfermería debe estar enfocado a la asistencia en las siguientes intervenciones del médico: taponamiento intrauterino con gasa, compresión con suturas B-Lynch, balones intrauterinos, embolización con radiología intervencionista, histerectomía e indicación de agentes hemostáticos; además, todo el equipo multidisciplinario de salud debe manejar medidas preventivas para la hemorragia, entre estas: control prenatal adecuado, tratamiento según la necesidad, control de hemoglobina dentro de los valores normales, disponibilidad de banco de sangre con hemoderivados, transfusiones de plasma antes de la cirugía, administración de ácido tranexámico antes y después de la cirugía (50,51).

Por su parte, Reyes et al, (35) en América del Norte, establece que el personal de salud durante el procedimiento quirúrgico de placenta acreta debe estar conformado por: cirujano responsable, primero y segundo ayudante de obstetricia, cirujano cardiovascular, urólogo, anestesiólogo, personal de enfermería (dos circulante y dos quirúrgicas) y un técnico para manipular el recuperador sanguíneo, la paciente debe estar colocada en posición de litotomía y el personal antes mencionado en el sitio indicado, para ello, antes de la cirugía se debe tener reservado los paquetes globulares en caso de que sea necesario.

Sin embargo, Hadi et al, (52) en Houston –Texas relata, que la pérdida de sangre y la reposición se asocia a una hipocalcemia en los trastornos del espectro de la placenta acreta, para ello, el control de la hemorragia es difícil y puede ser necesaria la transfusión sanguínea masiva, los riesgos de la transfusión masiva pueden ser: el trastorno hemodinámico, la morbilidad infecciosa, coagulación anormal y cambios en el compartimento de fluidos. Por otro lado, Nankali et al, (53) en Perú, dio a conocer que el uso de la oclusión profiláctica del balón de la arteria ilíaca interna en pacientes que presentan espectro de placenta acreta ayuda a disminuir la hemorragia, el número de histerectomías y continuar con las semanas de gestación hasta el momento del parto(47).

El personal de salud debe tener un diagnóstico claro y preciso sobre la placenta acreta ya que se debe hacer una valoración a nivel pélvico y una hemostasia obstétrica, para controlar los daños presentes; es importante obtener un consentimiento informado por parte de la paciente y su familia por la posible necesidad de transfusión sanguínea; a la vez, mantener comunicación con los departamentos de transfusión de sangre, urología, obstetricia y el personal de salud presente en el quirófano(54,55).

Por lo antes mencionado, los cuidados de enfermería en placenta acreta deben estar enfocados a las gestantes con hemorragia obstétrica, tratamientos conservadores y no conservadores y de esta manera estructurar los cuidados de enfermería considerando las necesidades funcionales de Marjory Gordon y las taxonomías NANDA, NIC Y NOC, es necesario e importante que la paciente durante su gestación lleve un seguimiento constante y oportuno, para disminuir los riesgos gineco-obstétricos (5,10,11,35,56).

## CONCLUSIONES

- La placenta acreta se caracteriza por la inserción anormal de una parte o toda la placenta en el miometrio que sucede durante el embarazo y es una causa de hemorragia vaginal y en la mayoría de los casos puede precisar una histerectomía, se considera como un problema de salud ya que en la actualidad se ha ido incrementando y representa un riesgo de muerte materna.
- La prevalencia de placenta acreta tiene relación directa con la mortalidad materna, en países desarrollados se determinó que la mortalidad por placenta acreta oscila entre el 0,01% al 22%, sin embargo, en países subdesarrollados el porcentaje de mortalidad es del 10%. En la actualidad las estadísticas de incidencia de placenta acreta es de 1 en 533 nacimientos, en comparación con los años de 1982 a 2002 que fue de 1 caso por cada 2510.
- La placenta acreta está asociada significativamente con anomalías de la matriz uterina; siendo los factores más frecuentes: la cesárea, multiparidad, placenta previa, edad avanzada, legrado, miomectomía, obliteración del espacio libre entre la placenta y el miometrio, lagunas placentarias presentes, ruptura de la interfaz entre la vejiga y el útero y los factores menos frecuentes: el déficit de vitamina D, desprendimiento anormal de la placenta, síndrome de Asherman que pueden ocurrir en la gestante.
- La principal complicación de placenta acreta en las gestantes es la hemorragia obstétrica, debido a que puede presentarse durante o después del parto, siendo un riesgo principal de muerte materno fetal y en la mayoría de los casos ocasiona una lesión renal aguda, lesión quirúrgica iatrogénica en el útero, erosión excesiva de los trofoblastos, insuficiencia orgánica, coagulación extravascular, fallo orgánico multisistemático, riesgo sanguíneo, por lo que, una vez diagnosticado es posible que se haga una cesárea prematura o la remoción quirúrgica del útero.
- El abordaje terapéutico es necesario para diagnosticar oportunamente la placenta acreta y de esta manera disminuir el impacto de morbilidad materna y fetal. Los

tratamientos más utilizados en esta patología son los conservadores y no conservadores entre estos están: la histerectomía, reseca la porción de la pared uterina anterior, cesárea sin remover de la placenta, mantener la placenta in situ, otra técnica es la embolización de arterias uterinas y la oclusión profiláctica del balón de la arteria ilíaca interna.

- Las intervenciones de enfermería están directamente relacionadas con el tratamiento de placenta acreta por parte del médico, entre los cuidados enfermeros más citados están: toma de signos vitales, canalizar dos vías periféricas, vigilancia de permeabilidad de líneas vasculares, realizar un registro de los niveles de hemoglobina, administrar oxígeno según la necesidad, control de balance hídrico y diuresis horaria, consentimiento informado, brindar abrigo a la paciente, crear y emplear un programa de cuidados de enfermería enfocándose en la taxonomía NANDA, NIC NOC, con la finalidad de brindar el apoyo psicológico y emocional a la paciente y su familia durante su recuperación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez Cabrera JO, Zapata Díaz BM, Díaz Lajo VH, Catari Soto KD, Flores Valverde M, Ramírez Cabrera JO, et al. Espectro de placenta acreta, experiencia en un hospital peruano. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2020 Feb 3 [cited 2021 Oct 25];66(1):13–8. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322020000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
2. Ramírez Cabrera JO, Cabrera Ramos S, Campos Sigcha G, Catari Soto, Pelaez Chomba M, Poma Morales C, et al. Histerectomía obstétrica en el Hospital San Bartolomé, Lima, 2003 - 2015. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2017 Feb 3 [cited 2021 Oct 25];63(1):13–8. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322017000100004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000100004)
3. Villagomez Mendoza E;, Reyes Lopez C;, orosco Gutieeres I, Martinez Meraz M. *medigraphic.com*. Artículo [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2021 Oct 25];88(7):459–70. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/medigraphic.cgi>
4. Sáez Cantero VC, Cabrera E. :e371 Comunicación breve Trastornos del espectro de placenta acreta Disorders of Placenta Accreta Spectrum. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 25];45(3). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2019/cog193n.pdf>
5. Coutinho CM, Giorgione V, Noel L, Liu B, Chandraharan E, Pryce J, et al. Effectiveness of contingent screening for placenta accreta spectrum disorders based on persistent low-lying placenta and previous uterine surgery. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2021 Oct 25];57(1):91–6. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/uog.23100>
6. Fernandez Lara J, Mendoza Huerta M, De La Maza-Labastida S;, Peña Zepeda C, Esparza Valencia DM, Ling García J. 2018 febrero. 2018 Feb [cited 2021 Oct 25];86(2):1. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2018/gom182i.pdf>
7. Kably Ambe A;, Acosta Martinez M, Bustuamante Quan Y, Sanchez Villanueva GE,;

- Lozano Zalce O, Perez Mendisabal JA. Tratamiento conservador del acretismo placentario. Reporte de tres casos y revisión. Acta Medica grupo angeles [Internet]. 2018 Jan [cited 2021 Oct 25];16(1). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am181m.pdf>
8. Malta BA;, Raymundo SR de O, Miquelin DG, Miquelin AR;, Reis F;, Leopoldino SG, et al. Cateterização profilática de artérias uterinas com oclusão temporária do fluxo sanguíneo em pacientes de alto risco para hemorragia puerperal: é uma técnica segura? Jornal Vascular Brasileiro [Internet]. 2019 Jul 4 [cited 2021 Oct 25];18. Available from: <http://www.scielo.br/j/jvb/a/J6Mn5MNVqgZM9JDk34Fp4SQ/?lang=pt>
  9. El Gelany S, Mosbeh MH, Ibrahim EM, Mohammed M, Khalifa EM, Abdelhakium AK, et al. Placenta Accreta Spectrum (PAS) disorders: incidence, risk factors and outcomes of different management strategies in a tertiary referral hospital in Minia, Egypt: a prospective study. BMC Pregnancy and Childbirth 2019 19:1 [Internet]. 2019 Aug 27 [cited 2021 Oct 25];19(1):1–8. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12884-019-2466-5>
  10. García-de la Torre JI, González-Cantú G, Rodríguez-Valdéz A, Mujica-Torres A, Villa-Ponce D, Aguilar-Zamudio J, et al. Acretismo placentario con abordaje predictivo y preventivo de hemorragia obstétrica. Ginecología y obstetricia de México [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2021 Oct 25];86(6):357–67. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412018000600357&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018000600357&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  11. Barradas Sira Y, Navas Montes Y. MEMORIAS DEL IV CONGRESO INTERNACIONAL DE INNOVACIÓN DE ENFERMERÍA EN MANEJO DE PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMO – Fenix Fundación [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 25]. Available from: <https://fenixfundacion.org/memorias-del-iv-congreso-internacional-de-innovacion-de-enfermeria-en-manejo-de-pacientes-criticamente-enfermo/>
  12. Menjívar Escala EV;, Espinoza Fiallos EA. Ministerio de Salud. 2019 Mar [cited 2021 Oct 25];1–169. Available from: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias\\_de\\_atencion\\_de\\_enfermeria\\_en\\_gine](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias_de_atencion_de_enfermeria_en_gine)

- coobstetricia\_y\_perinatologia\_marzo2019.pdf
13. Ministerio de salud publica. Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales [Internet]. 2017 [cited 2021 Oct 25]. Available from: [www.salud.msp.gob.ec](http://www.salud.msp.gob.ec)
  14. Kallianidis AF, Maraschini A, Danis J, Colmorn LB, Deneux Tharaux C, Donatini S, et al. Epidemiological analysis of peripartum hysterectomy across 9 European countries. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* | 10.1111/aogs.13892 [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 26]. p. 1–10. Available from: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1111/aogs.13892>
  15. Jaunarix E, Mofett A, Burton G. Placental Implantation Disorders. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* | 10.1016/j.ogc.2019.10.002 [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 25]. p. 1–16. Available from: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/j.ogc.2019.10.002>
  16. Shih JC, Liu KL, Kang J, Yang JH, Lin M, Yu CU; ‘Nausicaa’ compression suture: a simple and effective alternative to hysterectomy in placenta accreta spectrum and other causes of severe postpartum haemorrhage. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2021 Oct 25];126(3):412–7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.15410>
  17. Francisca Veliz O, Nuñez A, Selman A. Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 25]. p. 513–26. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n5/0717-7526-rchog-83-05-0513.pdf>
  18. Figueiredo Agostini TC, Figueiredo R, Warmbrand G, Santo Torres U, Ferreira Dalla Pria HR, D’Ippolito G; Placental adhesion disorder: magnetic resonance imaging features and a proposal for a structured report. *Radiologia Brasileira* [Internet]. 2020 Oct 2 [cited 2021 Oct 25];53(5):329–36. Available from: <http://www.scielo.br/j/rb/a/6WPskdNmTZ669tbNcssWVgz/?lang=en>
  19. Viana Pinto P, Guimarães S, Machado AP, Montenegro N. Placenta accreta: experiencia clínica de un centro de atención terciaria durante 8 años [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 25]. Available from: [https://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-](https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-)

- 58302019000300002&lang=es?script=sci\_arttext&pid=S1646-58302019000300002&lang=es
20. Slaoui A, Talib S, Nah A, Moussaoui K El, Benzina; Intissar, Zerai N, et al. Placenta accreta in the department of gynaecology and obstetrics in Rabat, Morocco: case series and review of the literature. *The Pan African Medical Journal* [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 25];33:1937–8688. Available from: </pmc/articles/PMC6711691/>
  21. Cal M; Nunes C, Clode N, Ayres de Campos D; Placenta Accreta Overlying a Caesarean Section Scar: A 10-Year Experience in a Tertiary-Care Centre in Portugal. *Acta Médica Portuguesa* [Internet]. 2021 Mar 31 [cited 2021 Oct 26];34(4):266–71. Available from: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/14001>
  22. Ranjel Carvajal WF; Gutierrez Sanchez LA; Diaz Martínez LA; 78 Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología; Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 26];69(3):169. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195260551003>
  23. Shi XM; Wang Y; Zhang Y, Wei Y, Chen L, Zhao YY. Effect of Primary Elective Cesarean Delivery on Placenta Accreta: A Case-Control Study. *Chinese Medical Journal* [Internet]. 2018 Mar 20 [cited 2021 Oct 26];131(6):672. Available from: </pmc/articles/PMC5865312/>
  24. Lu T; Song B, Pu H; Li K; Huang M; Mei J; et al. Prognosticators of intravoxel incoherent motion (IVIM) MRI for adverse maternal and neonatal clinical outcomes in patients with placenta accreta spectrum disorders. *Translational andrology and urology* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2021 Oct 26];9(2):258–66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32420131/>
  25. Dorigon A, Martins Costa SH, Lopes Ramos JG; Peripartum Hysterectomies over a Fifteen-year Period. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. 2021 Mar 8 [cited 2021 Oct 25];43(1):3–8. Available from: <http://www.scielo.br/j/rbgo/a/gcMvjwCTLHLGL3BXdGTwvrk/?lang=en>
  26. Yang T; Li N; Qiao C, Liu C; Development of a Novel Nomogram for Predicting

- Placenta Accreta in Patients With Scarred Uterus: A Retrospective Cohort Study. *Frontiers in Medicine*. 2019 Dec 17;0:289. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2019.00289/full>
27. Jimenez Vieyra CR;, Gomez Suaste A;, Hinojosa Cruz JC, Garcia Bello JA; Lesiones urológicas en pacientes sometidas a histerectomía obstétrica por inserción anómala de placenta en un hospital de alta especialidad [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 26]. p. 1–8. Available from: [https://web.archive.org/web/20201105231455id\\_/https://www.cirugiaycirujanos.com/files/circir\\_20\\_88\\_4\\_473-480.pdf](https://web.archive.org/web/20201105231455id_/https://www.cirugiaycirujanos.com/files/circir_20_88_4_473-480.pdf)
  28. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. Diagnóstico y Manejo de ANOMALÍAS EN LA INSERCIÓN PLACENTARIA Y VASA PREVIA Evidencias y Recomendaciones GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA G PC [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 26]. 1–68 p. Available from: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
  29. ASHRAF J, Farnaz S, Rita D, Somaiyeh S. Effect of Vitamin D on Placenta Accreta [Internet]. Vol. 6. CRESCENT JOURNAL OF MEDICAL AND BIOLOGICAL SCIENCES; 2019 [cited 2021 Oct 26]. p. 551–4. Available from: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=777005>
  30. Hischier R;, Reale F. Environmental impacts of household appliances in Europe and scenarios for their impact reduction [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 25]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937818308925V>
  31. Badr DA, Al Hassan J, Salem Wehbe G, Ramadan MK. Uterine body placenta accreta spectrum: A detailed literature review. *Placenta*. 2020 Jun 1;95:44–52. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0143400420301090>
  32. Camacho Montaña AM, Niño Alba R. Mola parcial con feto vivo, complicado con restricción de crecimiento intrauterino y preeclamsia severa. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2020 Sep 7 [cited 2021 Oct 26];71(3):286–96. Available from: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3461>
  33. De la Luna Eduardo E;, Sanchez Carranza B;, Lopez Nava L, Cabrera Arellano S. Desenlaces con dos técnicas de sutura hemostática uterina en pacientes con hemorragia

- obstétrica. 2019 Aug [cited 2021 Oct 26];1–7. Available from:  
[www.ginecologiyobstetricia.org.mx/articulooriginal](http://www.ginecologiyobstetricia.org.mx/articulooriginal)
34. Kawakita T, Mokhtari N, Huang JC, Landy HJ; Evaluation of Risk-Assessment Tools for Severe Postpartum Hemorrhage in Women Undergoing Cesarean Delivery. *Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2021 Oct 26];134(6):1308–16. Available from:  
[https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2019/12000/Evaluation\\_of\\_Risk\\_Assessment\\_Tools\\_for\\_Severe.25.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2019/12000/Evaluation_of_Risk_Assessment_Tools_for_Severe.25.aspx)
  35. Reyes Sepúlveda H;, Soto Fuenzalida GA;, Reyes A;, Carlos García RC;, García-Rodríguez LF;, Gómez AF, et al. Tratamiento multidisciplinario de pacientes con acretismo placentario [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 26]. p. 1–8. Available from:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2019/gom1911d.pdf>
  36. Hernández Mendoza L, Herrera Villalobos JE, Mendoza Hernández F, Adaya Leythe EA; Estudio de Caso Placental accreta: Experience in Critical Obstetrics. [cited 2021 Oct 26];18(1). Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=81876>
  37. Rawashdeh H;, Obeidat R;, Masaadeh L; Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary teaching hospital in Northern Jordan: a 15-year review. *Gynecological Surgery* 2021 18:1 [Internet]. 2021 Feb 18 [cited 2021 Oct 26];18(1):1–6. Available from:  
<https://gynecolsurg.springeropen.com/articles/10.1186/s10397-021-01082-x>
  38. Humaira A;, Chandraharan E. Etiopathogenesis and risk factors for placental accreta spectrum disorders. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2021 Oct 26];72:4–12. Available from:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693420301139?via%3Dihub>
  39. Chen Y, Wang L, Bao J, Sha X;, Cui G, Huang Q, et al. Persistent hypoxia induced autophagy leading to invasiveness of trophoblasts in placenta accreta. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians* [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 26];34(8):1297–303. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31269830/>

40. Couret M, Huang Y, Khoury Collado F, Friedman A, Hou JY, Clair CM, et al. Patterns of care for women with placenta accreta spectrum. <https://doi.org/101080/1476705820191684471>. 2019;34(20):3370–6.
41. AbdElfatah EA, Awad E, EM, Abd Eldaym TM, Ali ZH. Outcome of Patients with Placenta Accreta at El Shatby Maternity University Hospital. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2017 Jul 13 [cited 2021 Oct 26];07(07):725–33. Available from: [http://file.scirp.org/Html/6-1431437\\_77623.htm](http://file.scirp.org/Html/6-1431437_77623.htm)
42. HuertasTacchino E; Rendimiento del ultrasonido en el diagnóstico de acretismo placentario en el Instituto Nacional Materno Perinatal. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal* [Internet]. 2019 Jul 15 [cited 2021 Oct 26];8(1):13–6. Available from: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/134>
43. Jiang X, Tang Q, Yang B, Ye F, Cai L, Wang X, et al. High-intensity focused ultrasound combined procedures treatment of retained placenta accreta with marked vascularity after abortion or delivery. <https://doi.org/101080/0265673620191581279> [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2021 Oct 26];36(1):421–7. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02656736.2019.1581279>
44. Jitsumori M, Matsuzaki S, Endo M, Hara T, Tomimatsu T, Matsuzaki S, et al. Obstetric Outcomes of Pregnancy After Uterine Artery Embolization. *International journal of women's health* [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 26];12:151–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32184677/>
45. Garcia Lavanderia S, Alvarez Silvaes E, Rubio Cid P, Borrajo Hernandez E. Hemorragia posparto secundaria o tardía. 2017 [cited 2021 Oct 26];85(4):1–13. Available from: [www.ginecologiayobstetricia.org.mx](http://www.ginecologiayobstetricia.org.mx)
46. Kallianidis AF, Maraschini A, Danis J, Colmorn LB, Deneux-Tharoux C, Donati S, et al. Epidemiological analysis of peripartum hysterectomy across nine European countries. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2021 Oct 26];99(10):1364–73. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.13892>
47. A S, HJ B, C B, KA F, G K, O M, et al. Association of peripartum management and

- high maternal blood loss at cesarean delivery for placenta accreta spectrum (PAS): A multinational database study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2021 Oct 30];100 Suppl 1(S1):29–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33524163/>
48. Rasha E, Rasha M, Ismail N, Ismail AA, Hassan NI; Effect of progressive muscle relaxation technique on stress, anxiety, and depression after hysterectomy Effect of application of peer learning strategy on obstetric and gynecological nursing students' clinical performance View project Effect of progressiv. Article in *Journal of Nursing Education and Practice* [Internet]. 2017 [cited 2021 Oct 26];7(7). Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Rasha-Essa/publication/315372028\\_Effect\\_of\\_progressive\\_muscle\\_relaxation\\_technique\\_on\\_stress\\_anxiety\\_and\\_depression\\_after\\_hysterectomy/links/5e6214c245851516355212cc/Effect-of-progressive-muscle-relaxation-technique-on](https://www.researchgate.net/profile/Rasha-Essa/publication/315372028_Effect_of_progressive_muscle_relaxation_technique_on_stress_anxiety_and_depression_after_hysterectomy/links/5e6214c245851516355212cc/Effect-of-progressive-muscle-relaxation-technique-on)
  49. Cahill AG, Beigi R, Heine RP, Silver RM, Wax JR; Placenta Accreta Spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2021 Oct 26];219(6):B2–16. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0002937818308925?token=F81BA2CCBDA B1E31C3E7F67F3927149F8E768997249DCEF87D9472A3B418C7300D8C1B423A 661575218B727D14B6FCB3&originRegion=us-east-1&originCreation=20211111204159>
  50. Martinez M, Bustamante Quan Y, Schez Villanueva GE, Lozano Zalce H, Perez Mendizal JA. *www.medigraphic.org.mx* Summary. 2017 Jun 22 [cited 2021 Oct 25];16(1):2–4. Available from: [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
  51. Scopus - Document details - Ecological resilience of the tropical dry forest: Recovery of the structure, composition and diversity in Tehuantepec, Oaxaca [Internet]. [cited 2021 Oct 13]. Available from: <https://www-scopus-com.vpn.ucacue.edu.ec/record/display.uri?eid=2-s2.0-85114174461&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=a51951ee9bb0c6fadc6eea18c814e07&sot=b&sdt=b&sl=36&s=TITLE-ABS-KEY%28Sucesion+or+ecologica%29&relpos=5&citeCnt=0&searchTerm=>
  52. Erfani H, Shamshirsaz AA, Fox KA, Rezaei A, Hui SKR, Shamshirsaz AA, et al.

- Severe hypocalcemia during surgery for placenta accreta spectrum: The case for empiric replacement. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2021 Oct 26];98(10):1326–31. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.13636>
53. Nankali A;, Salari N;, Kazeminia M;, Mohammadi M, Rasoulinya S;, Hosseinian-Far M; The effect prophylactic internal iliac artery balloon occlusion in patients with placenta previa or placental accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive Biology and Endocrinology* 2021 19:1 [Internet]. 2021 Mar 4 [cited 2021 Oct 26];19(1):1–16. Available from: <https://rbej.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12958-021-00722-3>
54. Takeda S;, Takeda J;, Makino S; Cesarean Section for Placenta Previa and Placenta Previa Accreta Spectrum. *The Surgery Journal* [Internet]. 2020 Mar 9 [cited 2021 Oct 26];06(S 02):S110–21. Available from: <http://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0039-3402036>
55. Zouzoulas D, Pados G. Pregnancy-Related Hysterectomy for Peripartum Hemorrhage: A Literature Narrative Review of the Diagnosis, Management, and Techniques. 2021 May [cited 2021 Oct 26]; Available from: <https://doi.org/10.1155/2021/9958073>
56. Chodraui-Filho SF;, Monsignore LM;, Freitas RK;, Nakiri GS;, Carvalho Cavalli R;, Duarte G;, et al. Can the combination of internal iliac temporary occlusion and uterine artery embolization reduce bleeding and the need for intraoperative blood transfusion in cases of invasive placentation? *Clinics* [Internet]. 2019 Jun 19 [cited 2021 Oct 26];74. Available from: <http://www.scielo.br/j/clin/a/rmnKN584JmmfXWgfv6FkRDz/?lang=en>



## **Anexo 1: AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL**

**Joseline Lisseth Ayora Lojano** portadora de la cédula de ciudadanía N° **010529408-6** y **María Elisa Huayllasaca Ordoñez** portadora de la cédula de ciudadanía N° **010640862-8**. En calidad de autoras y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Intervención de Enfermería en Pacientes con Placenta Acreta”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconocemos a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizamos además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

**Cuenca, 01 de diciembre de 2021**



F: .....

**María Elisa Huayllasaca Ordoñez**

**C.I. 010529408-6**



F: .....

**Joseline Lisseth Ayora Lojano**

**C.I. 010640862-8**