



Mi Universidad

NOMBRE DEL ALUMNO: IZARI YISEL PEREZ CASTRO

TEMA: ACRETISMO PLACENTARIO Y PLACENTA PREVIA

PARCIAL: 4

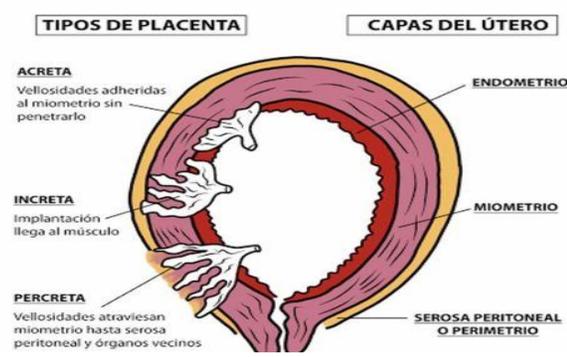
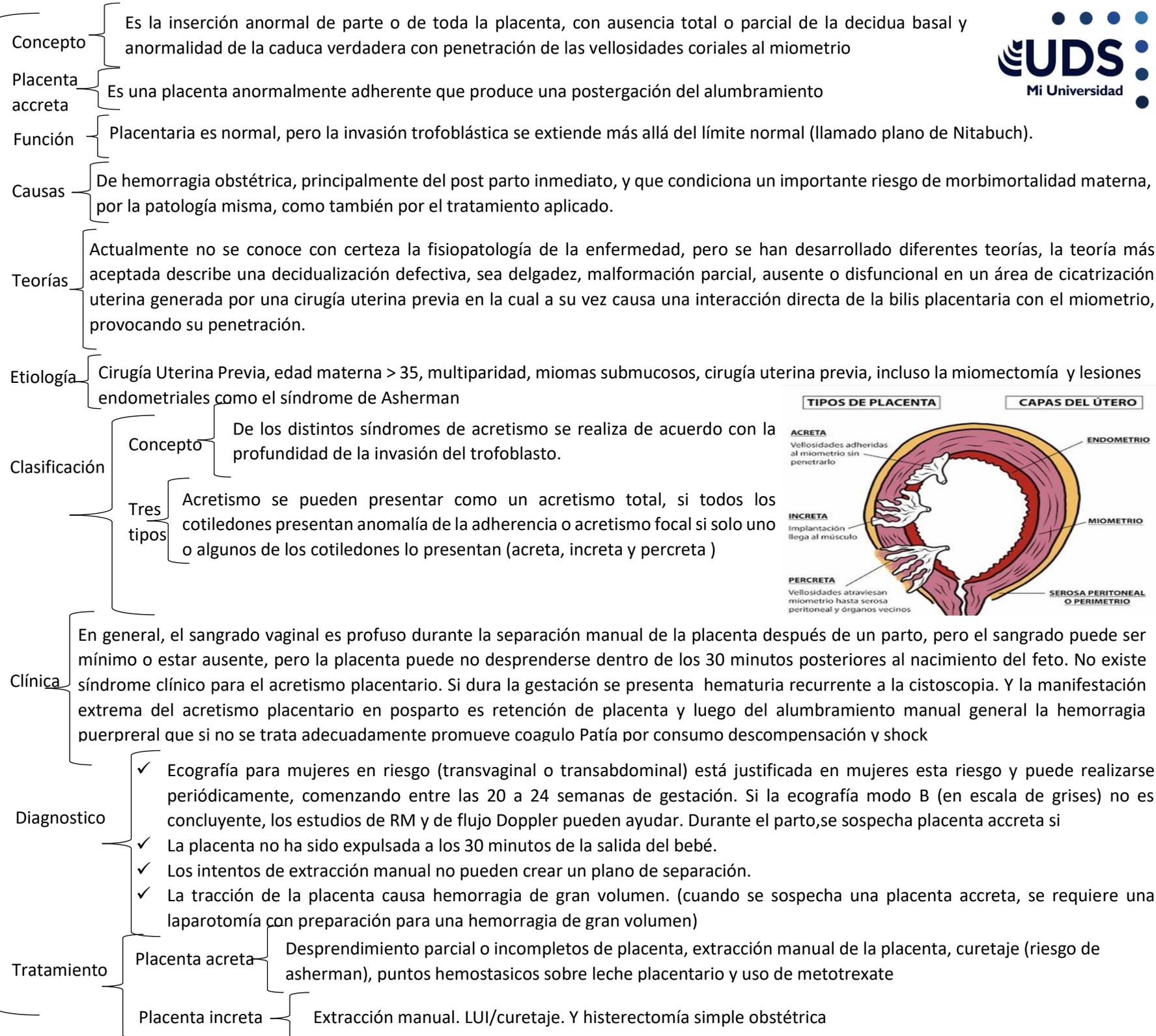
MATERIA: GINECOLOGÍA OBSTETRICIA

NOMBRE DEL PROFESOR: ERVIN SILVESTRE CASTILLO

LICENCIATURA: ENFERMERÍA

CUATRIMESTRE: 5ºAº

ACRETISMO PLACENTARIO



Tratamiento { Placenta percreta { Histerectomía simple, histerectomía con derivación complementaria, desfuncionalizar vejiga, desfuncionalizar recto y metotrexate sistémico

Concepto { De acuerdo al consenso del American Institute of Ultrasound in Medicine (AIUM) se recomienda utilizar el término placenta previa para aquella que cubre directamente el orificio cervical interno (OCI) y se asignará el término de placenta de inserción baja cuando el borde placentario se encuentra a menos de 20mm del orificio cervical interno.

Clasificación {

- Placenta marginal { la placenta es adyacente al margen del OCI pero sin sobrepasarlo.
- Placenta de inserción baja { borde placentario a menos de 2 cm del OCI.



Factores de riesgo { Placenta previa anterior, cesáreas previas, tabaquismo, uso materno de cocaína, edad materna mayor a 40 años, antecedentes de aborto espontáneo o inducido, multiparida, hipertensión arterial, miomas uterinos, desprendimiento de placenta previa y infección uterina

Fisiopatología y etiología { El mecanismo al que se atribuye el daño endometrial que se genera es una cicatriz previa o el daño al segmento uterino inferior que puede incitar al crecimiento placentario, en el segmento sin cicatrizar, además de una menor perfusión útero placentaria, aumentando la superficie requerida para la inserción placentaria y puede causar que la placenta invada el segmento uterino inferior.

Migración placentaria { Se ha utilizado para explicar una "resolución" de la placenta de inserción baja ya que a medida que avanza el embarazo, el borde placentario inferior estacionario se traslada lejos del orificio cervical con el desarrollo del segmento uterino inferior

Signos y síntomas { Metrorragia indolora 2º a 3er trimestre, contracciones uterinas antes de la metrorragia, anemia, dolor abdominal, dolor de espalda y bajada de la presión arteria

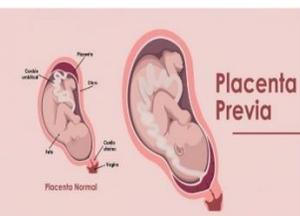
Diagnostico { La evaluación de una PP en la ecografía TV incluye:

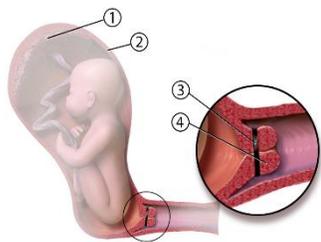
- Visualizar correctamente todo el segmento inferior: anterior, posterior y lateral (corte transversal).
- Aplicar Doppler color para descartar hematoma marginal o vasa previa.
- Localizar la inserción cordón.
- En caso de vejiga parcialmente llena: confirmar el diagnóstico de PP tras la micción.
- Valorar signos de acretismo especialmente en PP con antecedente de cesárea previa
- Revisión directamente "no tacto vaginal"
- Distancia <20 mm
- USG endo vaginal
- Contaminación DX de PP o inserción bajo a partir de las 32 semanas
- Sangrado indoloro

Tratamiento { Manejo de la paciente inestable { Envió urgente, asegure 2 venas permeable (para liquitos transfusión de sangre), pruebas cresadas rápidas, biometría hemática urgente, valore bienestar fetal, resolución del embarazo, cesárea y reposo

Corticosteroides de semanas 32-34(dexametasona 6mg en cada 12 hrs 4 dosis o betametasona 12 mg en cada 24 hrs). Programar nacimiento semana 36-37. Uterotonico balón de bakri. Parto inserción bajo de placenta sin síndrome tras vaginal activo con condiciones obstétrica favorable, cesárea con previo USG para precisar sitio de incisión uterina. Y cerclaje antes de 34 semanas recién nacido con peso de <2000g

PLACENTA PREVIA





Ginecología parcial 4