Procedimiento Operativo Estandarizado

Diagnóstico ecográfico del Espectro de Acretismo Placentario (PAS)

Redacción Unidad de Diagnostico por Imágenes:
Dra. Torrez, L.
Dra Becerra, J.
Dra. Moya, M.L.

Índice

1. Propósito … 2
2. Alcance 2
3. Marco referencial Internacional.....2
4. Sistemas informáticos Involucrados y equipamiento 2
5. Orden médica.....2
6. Procedimiento, lista de chequeo.....3
7. Estratificación de riesgo.....4
8. Vía de abordaje.....5
9. Puntaje total obtenido.....5
10. Conducta asistencial según el resultado 6

1. PROPÓSITO

Estandarizar los criterios de evaluación, registro y reporte ecográfico en pacientes con sospecha diagnóstica de Espectro de Acretismo Placentario (PAS por sus siglas en inglés), con el fin de disminuir la morbimortalidad materna y perinatal mediante la detección oportuna y la activación segura de los equipos multidisciplinarios.

2. ALCANCE

Este procedimiento es de cumplimiento obligatorio para todo el personal médico que realice ultrasonografía obstétrica de segundo y tercer trimestre en la Unidad de Diagnóstico por Imágenes de la institución.

3. MARCO DE REFERENCIA INTERNACIONAL

Los criterios técnicos empleados en este documento adoptan la terminología y las definiciones consensuadas por:

- ✓ El Grupo Europeo de Trabajo sobre Placenta Anómalamente Invasiva (por sus siglas en inglés EW-AIP).
- ✓ La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).
- ✓ La Sociedad de Medicina Materno-Fetal (SMFM)

4. EQUIPAMIENTO Y SISTEMAS OPERATIVOS INVOLUCRADOS

Los estudios se realizarán en el equipo de mayor resolución dentro de la Unidad de diagnóstico por Imágenes en ese momento. Actualmente es el equipo de ecografía marca Canon aplio a.

Los estudios serán informados en la historia clínica integral de Salud de la paciente en el sistema SIGHEOS

5. ORDEN MÉDICA.

La orden médica para realizar ecografía obstétrica DEBE incluir datos relevantes como:

- ✓ Datos filiatorios
- ✓ Tipo de Estudio solicitado
- ✓ Edad gestacional actual y FUM o FPP
- ✓ Antecedente de cesáreas previas, aclarando el número de las mismas.

6. PROCEDIMIENTO / CHECKLIST DE EVALUACIÓN ECOGRÁFICA

Frente a una paciente con factores de riesgo (antecedente de cesárea u otra cirugía uterina previa combinado con placenta previa o baja), se deberá completar obligatoriamente de forma sistemática el siguiente checklist:

A. Evaluación en Escala de Grises (2D)

☐ Pérdida de la "zona clara": Desaparición o interrupción del espacio hipoecoico retroplacentario normal que separa el útero de la placenta.

☐ Lagunas placentarias: Presencia de múltiples espacios vasculares de formas irregulares dentro del parénquima placentario (aspecto en "queso suizo").

☐ Adelgazamiento miometrial: Espesor del miometrio suprayacente a la placenta menor a 1 mm o indetectable.

☐ Disrupción de la interfaz vejiga-útero: Pérdida o irregularidad de la línea ecogénica que delimita la serosa uterina de la pared de la vejiga.

☐ Protuberancia placentaria (Placental bulge): Deformidad local del contorno uterino que invade o empuja las estructuras adyacentes.

☐ Masa exofítica focal: Tejido de características placentarias que rompe la serosa y se extiende más allá de los límites del útero.

B. Evaluación Doppler Color / Power Doppler

☐ Hipervascularidad uterovesical: Presencia de abundante señal Doppler color y vasos tortuosos en la interfaz entre la vejiga y el útero.

☐ Hipervascularidad subplacentaria: Circulación marcadamente incrementada y desorganizada en el lecho retroplacentario.

☐ Vasos puente (*Bridging vessels*): Vasos que cruzan en dirección perpendicular desde el tejido placentario a través del miometrio hacia la serosa o la vejiga.

☐ Flujo turbulento en lagunas: Doppler pulsado que documenta flujos caóticos, de alta velocidad y baja resistencia en el interior de las lagunas.

7. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO: ÍNDICE DE ACRETISMO PLACENTARIO (PAI)

Para asignar un valor objetivo a la sospecha diagnóstica, se calculará el puntaje del Placenta Accreta Index (PAI) sumando los siguientes valores:

Criterio evaluado	Condición hallada	Puntaje	Puntaje parcial
1. Número de cesáreas previas	0 a 1	0	
	≥ 2	2	
2. Lagunas placentarias	Grado 0 (ausentes)	0	
	Grado 1 a 2 (pocas/moderadas)	1	
	Grado 3 (múltiples y grandes)	3.5	
3. Espesor miometrial mínimo (medición sagital más delgada)	>5 mm	0	
	>3 y<5 mm	0.25	
	>1 mm y <3 mm	0.5	
	< 1 mm o no visible	1	
4. Localización placentaria	Posterior/ Fúndica	0	
	Previa/ baja	1	
5. Vasos puente.	Ausentes	0	
	Presentes	0.5	
Puntaje total			

8. VIA DE ABORDAJE/ REQUISITOS

Vía Transabdominal (TA)

Utilidad principal**:** Ofrece una visión panorámica y global de la placenta, permitiendo mapear su topografía general

Para PAS, las guías clínicas (como las del Hospital Clínic/Sant Joan de Déu de Barcelona) especifican:

- Vejiga parcialmente llena (o en llenado intermedio): La vejiga debe contener suficiente orina para delinear claramente la pared posterior vesical y la serosa uterina, actuando como una ventana acústica para el Doppler color.

Por qué no evacuada ni sobredistendida:

- Si la vejiga está completamente vacía, no se puede evaluar la línea de interfase útero-vesical.
- Si está excesivamente llena, la sobredistensión comprime mecánicamente el segmento uterino inferior, adelgazando artificialmente el miometrio y colapsando los vasos aberrantes (como los *bridging vessels* o vasos puente), lo que puede generar falsos negativos en el mapeo Doppler.

Vía Transvaginal (TV)

Utilidad principal: Es la vía crítica y más precisa para la estadificación del segmento uterino inferior y el cérvix. La alta resolución de los transductores endovaginales permite evaluar con nitidez milimétrica la interfase útero-vejiga (la línea blanca vesical) y buscar la presencia de hipervascularización cervical o lagunas intracervicales.

9. PUNTAJE TOTAL OBTENIDO:

La sumatoria de puntos obtenidos se informará en el estudio sumando los parciales de cada criterio evaluado.

10. CONDUCTA ASISTENCIAL SEGÚN EL PUNTAJE TOTAL Y RIESGO DE PAS

- Puntaje <3.0 puntos (Riesgo Bajo):

Continuar con los controles obstétricos habituales. Reevaluar ecográficamente ante cambios de la clínica o dudas evolutivas.

- Puntaje de 3.0 a 4.5 puntos (Riesgo Intermedio):

Notificación obligatoria para control estricto en obstetricia. Programar control ecográfico de seguimiento en un lapso de 2 a 4 semanas.

- Puntaje ≥ 4.75 puntos (Riesgo Alto / Sospecha Crítica):

Se procederá a realizar:

1. Confirmación de los hallazgos por un operador de máxima experiencia de la institución evaluando la necesidad de solicitar Resonancia Magnética (RM) abdominopélvica (sin gadolinio) para delimitar la profundidad o extensión posterior/parametrial.
2. Notificación inmediata al referente a cargo Especialista en Tocoginecología del día para planificar la finalización programada/seguimiento del embarazo en las semanas sugeridas por el protocolo institucional.