

Material suplementario 1

PREGUNTAS CONCERNIENTES AL TRATAMIENTO DEL ESPECTRO DE ACRETISMO PLACENTARIO (EAP)

Apreciado doctor(a), a continuación encontrará preguntas relacionadas con el tratamiento del espectro de acretismo placentario (EAP) formuladas durante el proceso de construcción del Consenso Colombiano de Tratamiento del Espectro de Acretismo Placentario (EAP), facilitado por la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG). Agradecemos de antemano su valiosa colaboración y esperamos sus respuestas.

Preguntas enfocadas en definir las características de los participantes

1. ¿Hace cuántos años recibió el título de obstetra?
2. ¿Hace cuántos años atiende pacientes con espectro de acretismo placentario (EAP)?
3. ¿Cuál es el tipo de hospital en el que atiende pacientes con EAP?
 - a) Público.
 - b) Privado.
 - c) Universitario.
4. ¿En qué tipo de hospital atiende pacientes con EAP?
 - a) 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) 4
5. ¿Aproximadamente cuántos casos de EAP se manejan cada año en el hospital donde trabaja? (por favor escriba su respuesta en números).

Preguntas enfocadas en definir la ruta de atención del EAP en Colombia

6. ¿Cuál considera que es el sitio idóneo para el manejo de un caso de EAP en Colombia?
 - a) En el hospital/clínica donde se confirme el diagnóstico.
 - b) En el hospital/clínica de nivel III o IV más cercano.
 - c) En el hospital/clínica centro de referencia para EAP más cercano.
 - d) En el hospital/clínica donde el asegurador en salud (EPS, medicina prepagada, póliza de salud, etc.) considere pertinente remitir.
7. ¿En qué momento del embarazo deberían ser remitidas las pacientes con sospecha de EAP al hospital de destino?
 - a) En el momento en que se genere la sospecha diagnóstica de EAP.
 - b) Cuando se confirme el diagnóstico de EAP.
 - c) Una semana antes de la fecha recomendada para realizar la cirugía.
 - d) En la fecha recomendada para realizar la cirugía.
8. ¿Quién(es) debería(n) llevar a cabo el manejo quirúrgico de las pacientes con diagnóstico de EAP?
 - a) Los especialistas de turno, con mayor experiencia quirúrgica, el día que la cirugía esté programada.
 - b) Los especialistas que conocen a la paciente y han hecho el seguimiento desde su diagnóstico.
 - c) El gineco-oncólogo de turno, el día que la cirugía esté programada.
 - d) Un equipo multidisciplinario de médicos con entrenamiento específico en EAP.
9. Por favor lea la siguiente afirmación y seleccione su grado de acuerdo o desacuerdo con ella: “Los entes reguladores de la prestación de servicios de salud en Colombia deben vigilar el proceso de remisión de las pacientes con sospecha de EAP y facilitar la planeación de rutas administrativas en caso de que no exista contrato previo entre la aseguradora (EPS, medicina prepagada, póliza, etc.) y el prestador (IPS, hospital, clínica)”.

- a) Estoy totalmente en desacuerdo con esta afirmación.
- b) Estoy parcialmente en desacuerdo con esta afirmación.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo con esta afirmación.
- d) Estoy parcialmente de acuerdo con esta afirmación.
- e) Estoy totalmente de acuerdo con esta afirmación.

Preguntas enfocadas en orientar el tratamiento del EAP

10. ¿A qué edad gestacional debería llevarse a cabo la finalización de la gestación en pacientes con sospecha de EAP sin evidencia de sangrado vaginal activo?
 - a) Entre las semanas 32 y 33 6/7.
 - b) Al cumplir la semana 34.
 - a) Entre las semanas 35 y 36 6/7.
 - b) Al cumplir semana 37.
11. Por favor lea la siguiente afirmación y seleccione su grado de acuerdo o desacuerdo con ella: “La histerectomía para el EAP es un procedimiento único y con dificultades excepcionales que hace indispensable el entrenamiento específico para su correcta realización”.
 - a) Estoy totalmente en desacuerdo con esta afirmación.
 - b) Estoy parcialmente en desacuerdo con esta afirmación.
 - c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo con esta afirmación.
 - d) Estoy parcialmente de acuerdo con esta afirmación.
 - e) Estoy totalmente de acuerdo con esta afirmación.
12. ¿Teniendo en cuenta que se han descrito múltiples variaciones de la técnica quirúrgica para manejar el EAP, ¿cuál de las siguientes opciones considera válida para la mayoría de los hospitales colombianos considerados centros de referencia para el manejo de EAP?
 - a) Es necesario que los cirujanos realicen un solo

tipo de procedimiento para adquirir experiencia en esa técnica específica, sin importar los hallazgos de las imágenes prenatales. Se realizará siempre la misma técnica, sin modificarla por los hallazgos operatorios.

- b) Durante el procedimiento es necesario un abordaje protocolizado, con intervenciones secuenciales que pueden variar según la localización de la zona placentaria de invasión anormal. Los grupos deben contar con varios planes de manejo por la posibilidad de encontrar, desviaciones del plan quirúrgico original
- c) La planeación prequirúrgica con el estudio de las imágenes prenatales permitirá pronosticar con alta certeza los hallazgos intraoperatorios y construir un plan quirúrgico que debe ejecutarse sin modificaciones durante la cirugía.
- d) Si un hospital realiza de forma protocolaria determinado procedimiento o técnica quirúrgica y considera que sus resultados son adecuados, sería incorrecto modificarlo e incorporar recomendaciones de grupos de expertos extrainstitucionales.

Preguntas enfocadas en la organización de equipos interdisciplinarios en hospitales de referencia para EAP

13. Se ha descrito que entre la tercera parte y la mitad de los casos de EAP no tienen diagnóstico prenatal, y son identificados durante la laparotomía en una cesárea (indicada por un diagnóstico diferente) o después del parto vaginal (retención de placenta). Por este motivo, es necesario que los hospitales de referencia para EAP cuenten con los insumos y recursos adecuados de manera permanente y no solo para manejar los procedimientos programados.

Seleccione para cada profesional que hace parte del recurso humano y participa en el manejo del EAP, si debería estar disponible de manera permanente (24/7) en un centro hospitalario de referencia para EAP; seleccione con una “X” si lo considera: no necesario, de disponibilidad opcional o requisito indispensable.

Recurso humano	No necesario	Disponibilidad opcional	Requisito indispensable
a. Obstetra (puede o no tener subespecialidad) con experiencia en el diagnóstico ecográfico de EAP			
b. Obstetra (puede o no tener subespecialidad) con experiencia en el tratamiento quirúrgico de EAP			
c. Anestesiólogo con experiencia en el manejo de EAP			
d. Urólogo con experiencia en el manejo de EAP			
e. Patólogo con experiencia en el manejo de EAP			
f. Radiólogo con experiencia en el manejo de EAP			
g. Neonatólogo			
h. Cirujano general			
i. Cirujano vascular			
j. Especialista en medicina transfusional o hematólogo			
k. Radiólogo con experiencia en el manejo de EAP			

Seleccione para cada insumo, recurso tecnológico, de infraestructura, etc., utilizado en el manejo de pacientes con diagnóstico de EAP, si debería estar disponible de manera permanente (24/7)

en un centro hospitalario de referencia para EAP; seleccione con una “X” si lo considera: no necesario, de disponibilidad opcional o requisito indispensable.

Recurso humano	No necesario	Disponibilidad opcional	Requisito indispensable
l. Unidad de Cuidado Intensivo adulto (UCI)			
m. Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN)			
n. Unidad de Alta Dependencia Obstétrica (UADO)			
o. Banco de sangre o servicio transfusional con capacidad de transfusión masiva			
p. Servicio de radiología intervencionista			
q. Recuperador celular intraoperatorio			

14. Los procesos requeridos para mejorar la calidad en la atención de las emergencias obstétricas son múltiples. En los últimos años se ha descrito el modelo de “paquete de intervención” (o bundles) para la atención de la hemorragia y otras emergencias obstétricas. Este modelo plantea la existencia de cuatro dominios que agrupan las actividades útiles para mejorar los resultados clínicos de cada enfermedad:

- Preparación de los servicios.
- Prevención e identificación.
- Respuesta.
- Reporte y aprendizaje.

15. ¿Qué grado de acuerdo o desacuerdo tiene con incluir el modelo de “paquete de intervención” como guía para la preparación de hospitales que deseen convertirse en centros de referencia para EAP en Colombia?

- Estoy totalmente en desacuerdo.
- Estoy parcialmente en desacuerdo.
- No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- Estoy parcialmente de acuerdo.
- Estoy totalmente de acuerdo.

16. Las actividades que una institución en salud debe llevar a cabo para manejar integralmente el EAP son múltiples y diversas. Elija “Sí” o “No” según considere que deba o no incluirse cada una de las siguientes actividades dentro del manejo integral de EAP:

Actividad	SÍ debe incluirse	NO debe incluirse
a. Prevención de la primera cesárea		
b. Identificación y corrección prequirúrgica de la anemia gestacional		
c. Promoción de la donación de sangre		
d. Entrenamiento específico en EAP de los integrantes del equipo interdisciplinario		
e. Evaluación de la topografía de implantación del saco gestacional en el primer trimestre		
f. Interacción entre el centro de referencia y los hospitales de atención primaria, en lo concerniente a EAP		
g. Evaluación de los resultados clínicos del centro de referencia		
h. Interacción con otros centros de referencia para EAP		
i. Educación a la comunidad sobre EAP		
j. Educación al personal médico sobre EAP		
k. Educación al personal paramédico sobre EA		

17. La telemedicina se ha ganado un lugar importante en la práctica educativa y asistencial en Colombia y el mundo, especialmente durante de la pandemia de la covid-19. Existe evidencia de su utilidad para mejorar la calidad del manejo de pacientes afectadas por EAP.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto a la utilidad de la telemedicina en EAP le parece correcta para nuestra realidad colombiana?

- El EAP es tan grave que la telemedicina no tiene lugar en su manejo y no debe hacer parte de los planes de mejoramiento de los hospitales que buscan ser reconocidos como centros de referencia para esta enfermedad.
- La telemedicina podría facilitar el diagnóstico, la planeación y ejecución quirúrgica, además del proceso de autoevaluación y aprendizaje

luego de atender una paciente con EAP. Debería incluirse en la planeación del diagnóstico y tratamiento del EAP.

- La telemedicina requiere procesos complejos y costosos que hacen imposible su incorporación y aplicación generalizada en Colombia.
 - A pesar de las limitaciones para el acceso a los servicios de salud en Colombia, es usual que la mayoría de las pacientes con EAP sean atendidas en los hospitales de mayor complejidad de cada región. Por ese motivo no sería necesario incluir la telemedicina en el proceso de atención del EAP.
18. Se ha señalado la necesidad de un entrenamiento específico en EAP como requisito para participar en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las mujeres con esta condición. Sin embargo, es difícil encontrar programas de entrenamiento en EAP en el mercado educativo mundial, y el entrenamiento específico en técnica quirúrgica es difícil, pues exige la realización de un elevado número de procedimientos quirúrgicos bajo supervisión. Adicionalmente, las pacientes con EAP son escasas y su presentación ocasionalmente ocurre en horarios no programados como un hallazgo intraoperatorio inesperado.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones considera que es correcta con respecto al entrenamiento en el manejo de EAP en Colombia?

- Ya que no existen programas de entrenamiento en EAP en Colombia, es necesario que los hospitales que deseen ser reconocidos como centros de referencia en EAP envíen a sus cirujanos al extranjero a capacitarse en el manejo de esta enfermedad.
- El modelo de contratación en salud colombiano no permite concentrar la atención de la mayoría de los casos en determinados hospitales ni que un mismo grupo de cirujanos asistan a la mayoría de las cirugías. Solo los gineco-oncólogos (con experiencia en cirugía pélvica compleja) pueden llevar a cabo cirugías de EAP, pues son los únicos que tendrían en teoría entrenamiento quirúrgico para manejar esta enfermedad.

- c) La designación de un grupo fijo encargado de atender todos los casos de EAP y el soporte institucional para facilitar el contacto de ese grupo con expertos a distancia que faciliten la adquisición de habilidades quirúrgicas podría ser una estrategia de entrenamiento en el manejo quirúrgico de esta enfermedad.
- d) Ya que actualmente no existe un programa de entrenamiento en EAP, es prudente esperar a que las sociedades internacionales estandaricen su manejo y luego seguir sus recomendaciones.

Preguntas enfocadas al manejo de pacientes con EAP sin diagnóstico prenatal

19. Por favor lea la siguiente afirmación y seleccione su grado de acuerdo o desacuerdo con ella:

*“Todos los hospitales que brinden atención obstétrica, sin importar su nivel de complejidad, deben establecer una ruta de atención ante el hallazgo intraoperatorio (inesperado) de EAP, incluyendo la evaluación de la urgencia del procedimiento y el apoyo inmediato al grupo de respuesta primaria. Debe existir una respuesta institucional (hospital) y no solo de los profesionales a cargo de la paciente (médicos que realizan la cesárea)”.

- a) Estoy totalmente en desacuerdo con esta afirmación.
- b) Estoy parcialmente en desacuerdo con esta afirmación.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo con esta afirmación.
- d) Estoy parcialmente de acuerdo con esta afirmación.
- e) Estoy totalmente de acuerdo con esta afirmación.

20. E probable que todos los hospitales con atención obstétrica se enfrenten en algún momento a un caso de EAP sin diagnóstico prenatal (hallazgo intraoperatorio de EAP durante una cesárea indicada por otra condición obstétrica o retención de placenta en paciente con factores de riesgo para EAP).

Teniendo en cuenta lo anterior, ¿cuáles de los siguientes insumos, estrategias, rutas, etc., deben estar disponibles en un hospital de nivel II para facilitar la respuesta oportuna al hallazgo inesperado de EAP?

Seleccione si lo considera: necesario, de disponibilidad opcional o no necesario.

Variable disponible en un hospital de II nivel	Necesario	Disponibilidad opcional	NO necesario
a. Protocolo de atención de la hemorragia obstétrica			
b. Disponibilidad de transfusión sanguínea emergente			
c. Clara definición de soporte asistencial adicional o “médicos de segundo llamado” que apoyen ante la ocurrencia de un caso grave			
d. Ruta de remisión emergente a niveles de mayor complejidad			
e. Contacto inmediato con centros de referencia para EAP			
f. Estrategia de comunicación inmediata con niveles de mayor complejidad (telemedicina)			
g. Entrenamiento en la oclusión manual de la aorta			
h. Entrenamiento en el taponamiento pélvico con compresas			
i. Ácido tranexámico			
j. Oxitocina			
k. Metilergonovina			
l. Balones hidrostáticos para taponamiento uterino			
m. Traje antichoque no neumático			
n. Insumos para la prevención de hipotermia			
o. Dispositivos para calentamiento de cristaloides			

21. Cuando se presenta retención de la placenta posterior a un parto vaginal, una de las posibilidades diagnósticas es el EAP. Por favor lea la siguiente afirmación y seleccione su grado de acuerdo o desacuerdo con ella:

“Si una paciente con factores de riesgo para EAP (por ejemplo, miomectomía o cesárea previa) presenta retención de placenta posterior al parto vaginal, es recomendable evaluar la posibilidad de dicho diagnóstico (por ejemplo, realizando un estudio ecográfico dentro de la sala de partos) antes de intentar realizar la extracción manual de la placenta”.

- a) Estoy totalmente en desacuerdo con esta afirmación.
- b) Estoy parcialmente en desacuerdo con esta afirmación.

- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo con esta afirmación.
- d) Estoy parcialmente de acuerdo con esta afirmación.
- e) Estoy totalmente de acuerdo con esta afirmación.

Preguntas enfocadas en definir los roles de los diferentes niveles de atención en Colombia

22. Teniendo en cuenta el modelo de atención en salud colombiano, clasificado por varios niveles de complejidad, por favor defina si las siguientes afirmaciones le parecen correctas o incorrectas. Seleccione con una “X” si la afirmación le parece correcta o incorrecta.

Afirmación	Correcta	Incorrecta
a. Las instituciones de salud (hospitales, clínicas, centros de diagnóstico prenatal) que encuentren signos sugestivos de EAP en una ecografía deberían recomendar el direccionamiento inmediato de la paciente a un hospital reconocido como centro de referencia para EAP.		
b. Las instituciones de atención primaria en obstetricia (no reconocidas como centros de referencia para EAP) deben realizar búsqueda activa de EAP en pacientes con factores de riesgo para esta enfermedad.		
c. Toda paciente con placenta previa e historia de cesárea en embarazos previos debe ser estudiada para descartar la presencia de EAP; idealmente debe tener al menos una ultrasonografía en un centro de referencia para esta enfermedad.		
d. Los hospitales reconocidos como centro de referencia para EAP deben establecer redes de interacción con otros hospitales de menor complejidad para apoyar el diagnóstico y el tratamiento óptimo de esta enfermedad.		
e. El uso de modalidades virtuales de comunicación (telemedicina, teleexpertise, teleayuda) deben ser consideradas como una opción de interacción entre las instituciones de atención primaria y los centros de referencia para EAP.		
f. La probabilidad de muerte materna por EAP y la utilidad demostrada de la participación de grupos expertos en hospitales de referencia para el manejo de la enfermedad justifica que las limitaciones administrativas (ausencia de convenios previos de prestación de servicios entre el asegurador y el prestador) no sean un motivo para que una paciente acceda al manejo por parte de grupos expertos.		

Preguntas enfocadas en definir la utilidad de intervenciones específicas durante el manejo quirúrgico de EAP

23. Respecto a la utilización de catéteres ureterales durante el manejo quirúrgico del EAP, ¿cuál de las siguientes afirmaciones considera correcta?

- a) Los catéteres ureterales deben utilizarse en todos los casos de EAP.
- b) Los catéteres ureterales deben utilizarse solo cuando se sospecha placenta percreta.
- c) Los catéteres ureterales, como parte de un protocolo diseñado por el grupo tratante, pueden ser útiles en el manejo quirúrgico de casos seleccionados de EAP.

- d) La utilización de catéteres ureterales durante la cirugía por EAP es perjudicial.
24. Por favor lea la siguiente afirmación y seleccione su grado de acuerdo o desacuerdo con ella:
 “Los grupos interdisciplinarios de centros de referencia en EAP pueden realizar una selección de pacientes con indicación de intervenciones vasculares (ligadura de arterias uterinas, ligadura u oclusión de arterias ilíacas internas o ilíacas comunes, oclusión aórtica), teniendo en cuenta factores como la localización de la invasión placentaria anormal y la experiencia del grupo tratante”.
- Estoy totalmente en desacuerdo con esta afirmación.
 - Estoy parcialmente en desacuerdo con esta afirmación.
 - No estoy de acuerdo ni en desacuerdo con esta afirmación.
 - Estoy parcialmente de acuerdo con esta afirmación.
 - Estoy totalmente de acuerdo con esta afirmación.
25. Respecto a la incisión en pared abdominal para la realización de la cirugía por EAP, ¿cuál de las siguientes afirmaciones considera correcta?
- La única incisión en piel segura es la mediana vertical.
 - Las incisiones transversas obligan a realizar una extracción fetal transplacentaria en casos de placenta anterior.
 - Existen múltiples tipos de incisiones de pared abdominal útiles en la cirugía para EAP, el grupo tratante debe elegir la más apropiada con base en su experiencia y en la naturaleza de la lesión.
 - La incisión en piel no tiene importancia clínica, lo relevante es el tratamiento quirúrgico intraabdominal.
26. Respecto a los dispositivos de recuperación celular intraoperatoria, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre su uso durante la cirugía por EAP considera que es correcta?
- Es indispensable su disponibilidad en la mesa quirúrgica durante el manejo de todas las pacientes con EAP.
 - El riesgo de embolismo de líquido amniótico hace que su uso en la cirugía por EAP no sea válido.
 - Es útil para disminuir el uso de glóbulos rojos del banco de sangre. Debería estar disponible en los hospitales de referencia para manejo de EAP, sin embargo, su uso no es indispensable en todos los casos.
 - Los altos costos asociados a su utilización, y la amplia disponibilidad de glóbulos rojos en los hospitales colombianos hacen que no se justifique su uso en ningún caso de EAP.
27. Respecto al manejo expectante del EAP (dejar la placenta in situ por un periodo de tiempo indefinido), ¿cuál de las siguientes afirmaciones le parece correcta?
- Se ha descrito su uso para casos severos y no se han reportado complicaciones serias.
 - Debe utilizarse solo por grupos con experiencia en esa técnica, en pacientes seleccionadas y cuando se dispone de una capacidad de respuesta permanente (24 horas al día, 7 días a la semana).
 - Se han reportado complicaciones serias y en ninguna circunstancia debe considerarse su uso.
 - Utilizando esta técnica, es improbable la realización de histerectomía, motivo por el cual se preservaría el útero de la paciente.
28. Respecto a la “histerectomía diferida” (realizar una cesárea evitando incidir la placenta, seguida de histerectomía y cierre de abdomen, pensando en una histerectomía uno o más días después), ¿cuál de las siguientes afirmaciones considera correcta?
- No es una intervención útil. Si se piensa realizar histerectomía, debe siempre realizarse en el mismo tiempo quirúrgico de la cesárea.
 - Es útil en casos seleccionados, como cuando

el manejo inicial es realizado por personal sin entrenamiento o cuando no se dispone de los recursos óptimos para realizar la histerectomía en el momento de la cesárea.

- c) Evidencia reciente muestra que es la mejor opción en todos los casos de EAP. Diferir la histerectomía algunos días permite que se reduzca la vascularización pélvica, y el sangrado intraoperatorio es menor.
- d) Si se va a utilizar, siempre debe acompañarse de la aplicación de metrotexate sistémico o directamente en el cordón umbilical.

29. Respecto a la histerectomía subtotal para el manejo de EAP, ¿cuál de las siguientes afirmaciones considera correcta?

- a) Se prefiere la histerectomía subtotal sobre la histerectomía total en los casos de EAP sin placenta previa.
- b) Solo se recomienda su realización cuando el caso es manejado por grupos inexpertos, pues es técnicamente más sencilla que la histerectomía total.

c) Si se tiene experiencia en su realización, la histerectomía subtotal debe realizarse de rutina en todos los casos de EAP pues requiere un menor tiempo quirúrgico y los resultados son iguales a los de la histerectomía total.

d) La histerectomía subtotal puede ser utilizada en casos seleccionados, por ejemplo, cuando la disección vesico-uterina es imposible. Requiere un manejo especial del segmento uterino y el cérvix, generalmente con suturas compresivas adicionales.

Preguntas enfocadas en definir las posibilidades de entrenamiento para el personal médico en EAP

30. El entrenamiento del personal médico en el diagnóstico y manejo de EAP es un factor determinante de los resultados clínicos. ¿Cuál es su opinión sobre cada una de las siguientes afirmaciones?

Seleccione con una “X” si considera correcta o incorrecta cada una de las siguientes declaraciones.

Declaración	Correcta	Incorrecta
a. Los conceptos básicos del diagnóstico y tratamiento de EAP deben incluirse en todos los programas de formación en posgrado de Ginecología y Obstetricia en Colombia.		
b. Todos los residentes de Obstetricia, durante su formación académica, deben recibir instrucción en maniobras útiles para la prevención y el tratamiento del sangrado intraoperatorio masivo en placenta previa y EAP como compresión manual de la aorta, torniquete uterino, empaquetamiento pélvico, bypass retrovesical, maniobra de Ward, etc.		
c. Se debe favorecer el flujo de pacientes con sospecha de EAP a centros de referencia para esa patología en cada región. Esos hospitales con mayor número de casos deben ofrecer la oportunidad de que los profesionales interesados en mejorar sus competencias en EAP, asistan al manejo de esas pacientes.		
d. Los hospitales de referencia para EAP deben ofrecer soporte educativo y asistencial (presencial y remoto –telemedicina–) permanente a los demás hospitales en su región, en relación con pacientes con esa enfermedad.		
e. Las sociedades científicas deben favorecer la creación de programas educativos con relación a EAP.		
f. La virtualidad debe incluirse en la oferta educativa por construir en torno a EAP.		

Espacio para que los panelistas propongan preguntas adicionales para la “segunda ronda”

31. Apreciado(a) doctor(a), si considera pertinente incluir preguntas adicionales concernientes al manejo y tratamiento del EAP en la discusión del presente consenso, utilice el siguiente espacio para redactarlas. Los facilitadores del consenso evaluarán su propuesta y, de considerarlo pertinente, su(s) pregunta (s) serán incluidas en la “segunda ronda” de discusión académica del consenso.

De nuevo agradecemos su inmensa colaboración, para el comité de medicina materna y perinatal de la FECOLSOG es un privilegio y un verdadero honor tenerlo(a) como panelista, estamos seguros de que sus valiosos aportes impactarán positivamente la realización del consenso.

Material suplementario 2

TABLAS

Tabla 1.
Características de los expertos participantes en el consenso.

Variable	Resultado	
Años de experiencia como obstetra*	16 (10,7-26)	
Años de experiencia en el tratamiento de EAP**	11 (8-20,5)	
Tipo de hospital en el que atiende pacientes con EAP, n (%)	Público	11 (42,3)
	Privado	15 (57,7)
	Universitario	13 (50)
Nivel de complejidad del hospital donde atiende pacientes con EAP, n (%)	1	0
	2	1 (3,9)
	3	9 (34,6)
	4	16 (61,5)
Casos de EAP atendidos por año en su hospital*	8 (4-12)	

* Mediana (Rango intercuartil)

** EAP: espectro de acretismo placentario

Tabla 2.
Porcentaje de acuerdo entre panelistas del consenso en cuanto a la ruta de atención para pacientes con EAP y los roles de diferentes niveles de atención.

Enunciado en el que se alcanza consenso	Acuerdo
Las instituciones de atención primaria (no reconocidas como centros de referencia para EAP*) deben realizar búsqueda activa de EAP en pacientes con factores de riesgo para esta enfermedad	92,3
Las pacientes con sospecha de EAP deben ser remitidas a un hospital reconocido como centro de referencia para EAP en el momento en que se genere la sospecha diagnóstica	84,6
Toda paciente con placenta previa e historia de cesárea en embarazos previos debe ser estudiada para descartar la presencia de EAP; idealmente, debe tener al menos una ultrasonografía en un centro	92,3
El sitio idóneo para la atención de una mujer con EAP es el hospital reconocido como centro de referencia para esa enfermedad más cercano	88,5
El manejo quirúrgico de las pacientes con EAP debe ser llevado a cabo por un equipo médico con entrenamiento específico en EAP	100
Los hospitales reconocidos como centro de referencia para EAP deben establecer redes de interacción con otros hospitales de menor complejidad para apoyar el diagnóstico y tratamiento óptimo de esta enfermedad	100
El uso de modalidades virtuales de comunicación (Telemedicina, Teleexperticia, Teleayuda) debe ser considerado como una opción de interacción entre las instituciones de atención primaria y los centros de referencia para EAP	100
La posibilidad de fallecer por EAP y la utilidad demostrada de la participación de grupos expertos en hospitales de referencia para la enfermedad, justifica que las limitaciones administrativas (ausencia de convenio previo de prestación de servicios entre asegurador y prestador) no sean una barrera para que una paciente acceda a grupos expertos	92,3
Los entes reguladores de la prestación de servicios de salud deben vigilar el proceso de remisión de las pacientes con sospecha de EAP y facilitar rutas administrativas en caso de que no exista contrato previo entre el asegurador y el prestador	88**

* EAP: espectro de acretismo placentario

** Item en el que no se alcanzó consenso en la primera ronda (en la que participaron 26 panelistas). Se presenta el porcentaje de acuerdo obtenido en la segunda ronda (en la que participaron 17 panelistas)

Tabla 3.
Opinión de expertos sobre la necesidad de disponer de insumos para el manejo de EAP en un hospital de referencia para EAP*.

Elemento	Opinión de experto **		
	Es un requisito indispensable	Su disponibilidad puede ser opcional	No es necesario
Especialidades medicas			
Obstetra con experiencia en el diagnóstico ecográfico de EAP	73,08	23,07	3,85
Obstetra con experiencia en el tratamiento quirúrgico de EAP	84,61	15,38	0
Anestesiólogo con experiencia en el manejo de EAP	69,23	26,92	3,85
Urólogo con experiencia en el manejo de EAP	50	50	0
Patólogo con experiencia en el manejo de EAP	23,07	50	26,92
Radiólogo con experiencia en el diagnóstico de EAP	46,15	50	3,85
Neonatólogo	69,23	30,77	0
Cirujano general	73,08	26,92	0
Cirujano vascular	42,30	57,69	0
Especialista en medicina transfusional o hematólogo	34,61	50	15,38
Servicios hospitalarios			
Unidad de cuidado intensivo adulto	92,30	7,69	0
Unidad de cuidado intensivo neonatal	96,15	3,85	0
Unidad de alta dependencia obstétrica	61,53	30,77	7,69
Banco de sangre o servicio transfusional con capacidad de transfusión masiva	100	0	0
Servicio de radiología intervencionista	69,23	30,77	0
Recuperador celular intraoperatorio	38,46	53,85	7,69

* EAP: espectro de acretismo placentario

** Porcentaje de participantes del consenso que consideraron cada uno de los elementos listados “un requisito indispensable”, “un elemento con disponibilidad opcional” o “un elemento no necesario”

Tabla 4.
Porcentaje de acuerdo entre panelistas sobre las actividades del equipo interdisciplinario de EAP*.

Actividad	Acuerdo sobre inclusión entre las actividades del grupo (%)
Prevención de la primera cesárea	96,1
Identificación y corrección de la anemia gestacional	96,1
Promoción de la donación de sangre	92,3
Entrenamiento específico en EAP de los integrantes del equipo interdisciplinario	96,1
Evaluación de la topografía de implantación del saco gestacional en el primer trimestre	92,3
Interacción entre el centro de referencia y los hospitales de atención primaria, en lo concerniente a EAP	96,1
Evaluación de los resultados clínicos del centro de referencia	96,1
Interacción con otros centros de referencia para EAP	96,1
Educación a la comunidad sobre EAP	96,1
Educación al personal médico sobre EAP	96,1

* EAP: espectro de acretismo placentario

Tabla 5.
Porcentaje de acuerdo entre panelistas del consenso en cuanto a la organización de los equipos interdisciplinarios en hospitales de referencia para EAP*.

Enunciado en el que se alcanza consenso	Acuerdo (%)
La designación de un grupo fijo encargado de atender todos los casos de EAP y el soporte institucional para facilitar el contacto de ese grupo con expertos a distancia que faciliten la adquisición de habilidades quirúrgicas puede ser una estrategia de entrenamiento en el manejo quirúrgico de esta enfermedad	92,3
Recomendamos utilizar el modelo de “paquete de intervención” (considerando los dominios de preparación de los servicios, prevención e identificación, respuesta, reporte y aprendizaje) como guía para la preparación de hospitales que deseen convertirse en centros de referencia para EAP en Colombia	80**
La telemedicina puede facilitar el diagnóstico, la planeación y ejecución quirúrgica, y el proceso de autoevaluación y aprendizaje luego de atender una paciente con EAP. Debe incluirse en la planeación del diagnóstico y tratamiento de EAP	80,8
* EAP: espectro de acretismo placentario	
** Ítem en el que no se alcanzó consenso en la primera ronda (en la que participaron 26 panelistas). Se presenta el porcentaje de acuerdo obtenido en la segunda ronda (en la que participaron 17 panelistas)	

Tabla 6.
Porcentaje de acuerdo entre panelistas del consenso en cuanto al entrenamiento de los equipos interdisciplinarios en hospitales de referencia para EAP*.

Enunciado en el que se alcanza consenso	Acuerdo (%)
Los conceptos básicos del diagnóstico y tratamiento de EAP deben incluirse en todos los programas de Ginecología y Obstetricia en Colombia	100
Todos los residentes de Obstetricia, durante su formación académica, deben recibir instrucción en maniobras útiles para la prevención y el tratamiento del sangrado intraoperatorio masivo en placenta previa y EAP como compresión manual de la aorta, torniquete uterino, empaquetamiento pélvico, bypass retrovesical, maniobra de Ward	100
Se debe favorecer el flujo de pacientes con sospecha de EAP a centros de referencia para esa patología en cada región. Esos hospitales con mayor número de casos deben ofrecer la oportunidad de que los profesionales interesados en mejorar sus competencias en EAP asistan al manejo de esas pacientes	96,1
Los hospitales de referencia para EAP deben ofrecer soporte educativo y asistencial (presencial y remoto –telemedicina–) permanente a los demás hospitales en su región, en relación con pacientes con esa enfermedad	96,1
Las sociedades científicas deben favorecer la creación de programas educativos en relación con EAP	100
La virtualidad debe incluirse en la oferta educativa que se va a construir en torno a EAP	100
* EAP: espectro de acretismo placentario	
** Ítem en el que no se alcanzó consenso en la primera ronda (en la que participaron 26 panelistas). Se presenta el porcentaje de acuerdo obtenido en la segunda ronda (en la que participaron 17 panelistas)	

Tabla 7.
Opciones quirúrgicas para EAP*. Comparación de características generales.

	CCUP**	Histerectomía	Manejo expectante (Placenta in situ)
¿Requiere entrenamiento específico?	Sí	Sí	Sí
Consumo de recursos	Bajo	Variable	Abundantes
Tiempo de seguimiento posoperatorio requerido	Breve	Breve	Prolongado
¿El problema se resuelve en la primera cirugía?	Sí	Sí	No
¿Es posible individualizar el manejo?	Sí	No	No
¿Existen publicaciones que soportan su utilidad?	Sí	Sí	Sí
¿Ofrece beneficios adicionales?	Sí**	No	No
Morbilidad materna asociada	Baja	Elevada	Variable
Recurrencia de EAP en embarazos futuros	202 casos evaluados, Sin recurrencia	No	Posible

* EAP: Espectro de acretismo placentario

** CCUP: Cirugía conservadora en un paso (OSCS, por sus siglas en ingles)

*** Preserva fertilidad, menor tiempo quirúrgico

Tabla 8.
Porcentaje de acuerdo entre panelistas del consenso en cuanto a la cirugía para tratar EAP.

Enunciado en el que se alcanza consenso	Acuerdo (%)
La finalización de la gestación de pacientes con sospecha de EAP sin evidencia de sangrado vaginal activo debe llevarse a cabo entre las semanas 34 y 36 6/7	82**
Es necesario un abordaje quirúrgico protocolizado, con intervenciones secuenciales que pueden variar según la localización de la zona de implantación placentaria anormal. Los grupos quirúrgicos deben contar con varios planes de manejo quirúrgico por la posibilidad de encontrar desviaciones del plan original durante la cirugía	92,3
La histerectomía para EAP es un procedimiento único y con dificultades excepcionales que hace indispensable el entrenamiento específico para su correcta realización	94*
La histerectomía subtotal puede ser utilizada en casos seleccionados, como cuando la disección vesico-uterina es imposible. Requiere un manejo especial del segmento uterino y el cérvix, generalmente con suturas compresivas adicionales	88*
La “histerectomía diferida” (realizar una cesárea evitando incidir la placenta, seguido de histerorrafia y cierre de abdomen, pensando en una histerectomía uno o más días después) es útil en casos seleccionados, como cuando el manejo inicial es realizado por personal sin entrenamiento o cuando no se dispone de los recursos óptimos para realizar la histerectomía en el momento de la cesárea	80,8
La cirugía conservadora en un paso (one step conservative surgery, que implica resección del miometrio anormal y reconstrucción uterina) es útil en casos seleccionados y debe ser conocida por los grupos expertos, al igual que las demás opciones de manejo	100
El manejo expectante de EAP (dejar la placenta in situ por un periodo indefinido) debe utilizarse solo por grupos con experiencia en esa técnica, en pacientes seleccionadas y cuando se dispone de una capacidad de respuesta permanente (24 horas al día, 7 días a la semana)	92,3

Continuación tabla 8

Tabla 8. Porcentaje de acuerdo entre panelistas del consenso en cuanto a la cirugía para tratar EAP.	
Enunciado en el que se alcanza consenso	Acuerdo (%)
Los grupos interdisciplinarios de centros de referencia en EAP pueden realizar una selección de pacientes con indicación de intervenciones vasculares (ligadura de arterias uterinas, ligadura u oclusión de arterias ilíacas internas o ilíacas comunes, oclusión aórtica), teniendo en cuenta factores como la localización de la invasión anormal y la experiencia del grupo tratante	94**
Existen múltiples tipos de incisiones de pared abdominal útiles en la cirugía para EAP, el grupo tratante debe elegir la más apropiada con base en su experiencia y en la naturaleza de la lesión	80,8
Los dispositivos de recuperación celular intraoperatoria son útiles para disminuir el uso de glóbulos rojos del banco de sangre. Debe estar disponible en los hospitales de referencia para EAP, pero su uso no es indispensable en TODOS los casos	88,5
Los catéteres ureterales, como parte de un protocolo diseñado por el grupo tratante, pueden ser útiles en el manejo quirúrgico de casos seleccionados de EAP	88,5
La conducta ante un hallazgo intraoperatorio de EAP varía según los recursos disponibles en el momento de la cirugía y la situación clínica de la paciente y su feto	88,5
Si una paciente con factores de riesgo para EAP (por ejemplo, miomectomía o cesárea previa) presenta retención de placenta posterior al parto vaginal, es recomendable evaluar la posibilidad de dicho diagnóstico (por ejemplo, realizando una ecografía) antes de intentar la extracción manual de la placenta	80*

* EAP: espectro de acretismo placentario

** Ítem en el que no se alcanzó consenso en la primera ronda (en la que participaron 26 panelistas). Se presenta el porcentaje de acuerdo obtenido en la segunda ronda (en la que participaron 17 panelistas)

Tabla 9. Opinión de expertos sobre los requerimientos de un servicio de obstetricia “básico” para dar respuesta a un hallazgo intraoperatorio de EAP*.			
Elemento	Opinión de experto **		
	Es un requisito indispensable	Su disponibilidad puede ser opcional	No es necesario
Protocolo de atención de la hemorragia obstétrica	100	0	0
Disponibilidad de transfusión sanguínea emergente	100	0	0
Soporte asistencial adicional o “médicos de segundo llamado” que apoyen ante la ocurrencia de un caso grave	96,15	3,85	0
Ruta de remisión emergente a niveles de mayor complejidad	100	0	0
Contacto inmediato con centros de referencia para EAP (¿telemedicina?)	100	0	0
Entrenamiento en la oclusión manual de la aorta	88,46	11,54	0
Entrenamiento en el taponamiento pélvico con compresas	100	0	0
Ácido tranexámico	100	0	0
Medicación oxitócica	92,30	3,85	3,85
Balones hidrostáticos para taponamiento uterino	92,30	3,85	3,85
Traje antichoque no neumático	84,61	15,38	0
Insumos para la prevención de hipotermia	100	0	0
Dispositivos para calentamiento de cristaloides	96,15	3,85	0

* EAP: espectro de acretismo placentario

** Porcentaje de participantes del consenso que consideraron cada uno de los elementos listados “un requisito indispensable”, “un elemento con disponibilidad opcional” o “un elemento no necesario”