UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

“INCIDENCIA DE ACRETISMO PLACENTARIO EN PACIENTES CON UNA CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y LA MUJER ‘DR. FELIPE NUÑEZ LARA’ EN EL PERIODO DE 2019 A 2021”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Presenta:
Médico General Jennifer González Escobedo

Dirigido por:

Dr. Gustavo Chávez Gómez

Med. Esp. Gustavo Chávez RodríguezPresidente

Med. Esp. Israel Herrera Escobedo
Secretario

Mtro. Juan Manuel Camacho Rendón
Vocal

Med. Esp. Carlos Arturo Rebolledo F
Suplente

Mtro. León Sánchez Fernández
Suplente

Centro Universitario,

Querétaro, Qro. Julio 2025

México

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DGBSDI-UAQ

La presente obra está bajo la licencia:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:

Atribución — Usted debe dar crédito de manera adecuada , brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios . Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.

NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales .

SinDerivadas — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una excepción o limitación aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como publicidad, privacidad, o derechos morales pueden limitar la forma en que utilice el material.

Resumen

Introducción: El acretismo placentario se define como la invasión anormal del trofoblasto hacia el miometrio y es considerado una complicación severa del embarazo, por la alta ocurrencia de hemorragia obstétrica, así como el daño a órganos vecinos e infección que incrementan la morbimortalidad materna. El factor de riesgo más común es el antecedente de parto por cesárea, con un aumento de la incidencia dependiendo del número de cesáreas previas.

Objetivo: Identificar la incidencia de acretismo placentario en los últimos tres años en pacientes con una cesárea previa en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer en el periodo de 2019 a 2021.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. La población son aquellas mujeres atendidas en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer en el periodo de 2019 a 2021 con diagnóstico de acretismo placentario, en cualquier trimestre del embarazo y con antecedente de una cesárea previa. Las variables utilizadas fueron cuantitativas discretas, cualitativas. Se usó el programa SPSS para realizar el análisis estadístico.

Resultados: Se incluyeron 2,156 mujeres con antecedente de una sola cesárea previa, de las cuales 20 presentaron diagnóstico de espectro de acretismo placentario en cualquier trimestre del embarazo, se observó que el tipo más frecuente fue la placenta acreta (65%), seguida de la percreta (30%) y, en menor proporción, la increta (5%). La incidencia de espectro de acretismo placentario en esta población fue de 0.93%.

Conclusiones: Las mujeres que presentaron espectro de acretismo placentario en orden de frecuencia fueron placenta acreta, percreta e increta. La edad materna mostró una posible asociación entre mayor edad materna y riesgo incrementado de esta condición.

(**Palabras clave**: placenta, embarazo, acretismo, ultrasonido, cesárea)

Summary

Introduction: Placenta accreta is defined as the abnormal invasion of the trophoblast into the myometrium and is considered a severe complication of pregnancy, due to the high occurrence of obstetric hemorrhage, as well as damage to neighboring organs and infection that increase maternal morbidity and mortality. The most common risk factor is a history of cesarean delivery, with an increased incidence depending on the number of previous cesarean sections.

Objective: To identify the incidence of placenta accreta in the last three years in patients with a previous cesarean section at the Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer in the period from 2019 to 2021.

Material and methods: This is a descriptive, observational, cross- sectional and retrospective study. The population is those women attended at the Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer in the period from 2019 to 2021 with a diagnosis of placenta accreta, in any trimester of pregnancy and with a history ofa previous cesarean section. The variables used were discrete quantitative, qualitative. The SPSS program was used to perform the statistical analysis.

Results: A total of 2,156 women with a history of a single previous cesarean section were included, of which 20 were diagnosed with placenta accreta spectrum at any trimester of pregnancy. The most frequent type observed was placenta accreta (65%), followed by placenta percreta (30%) and, to a lesser extent, placenta increta (5%). The incidence of placenta accreta spectrum in this population was 0.93%.

Conclusions: Among women diagnosed with placenta accreta spectrum, the most common type was placenta accreta, followed by placenta percreta and placenta increta. Maternal age showed a possible association between advanced maternal age and an increased risk of this condition.

(**Key words**: placenta, pregnancy, accreta, ultrasound, cesarean section)

Dedicatorias

A mi familia.
Mis padres, que con su amor incondicional y enseñanzas he logrado lo que desde pequeña soñaba. Porque han dedicado la mayor parte de su vida a educarme y guiarme.

Mi hermana, que siempre ha sido mi apoyo y confidente. Que me ha enseñado lo que significa ser resiliente.

Agradecimientos

A todos mis profesores que se han tomado el tiempo de compartir sus conocimientos y experiencias.

Al Dr. Israel Herrera, por siempre tener la disposición para enseñarme, ayudarme y guiarme.

Al Dr. Chávez que fue nuestro apoyo en toda la Residencia, transmitiendo su paciencia y disciplina.

A todos mis maestros que formaron parte de este camino y se han convertido en grandes pilares y amigos.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen	I
Summary	II
Dedicatorias	III
Agradecimientos	IV
Índice de cuadros	VI
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II. REVISIÓN DE LITERATURA	3
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	7
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	10
DISCUSIÓN	14
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFÍA	19
ABREVIATURAS Y SIGLAS	21

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
Tabla 1	Comparación de edad materna entre pacientes con EPA y sin EPA	10
Tabla 2	Sitios más frecuentes de inserción de placenta	11
Tabla 3	Tipos de espectro de acretismo	11
Tabla 4	Diagnóstico de EPA por trimestre de embarazo	12
Tabla 5	Hallazgos ecográficos	12

I. INTRODUCCIÓN.

El espectro de acretismo placentario (EAP) es una complicación obstétrica caracterizada por la inserción anormal de la placenta, ya sea parcial o total, en el miometrio. Este fenómeno suele deberse a la ausencia parcial o total de la decidua basal, habitualmente secundaria a un defecto en la interfase endometrio-miometrial provocado por procedimientos quirúrgicos previos. Esta alteración conlleva a un error en la decidualización de la zona cicatricial, favoreciendo la invasión del trofoblasto.

De acuerdo con la profundidad de invasión en las capas uterinas, el EAP se clasifica en:

- Placenta acreta, cuando las vellosidades coriónicas se adhieren directamente al miometrio (aproximadamente 75% de los casos).
- Placenta increta, cuando existe penetración dentro del miometrio (alrededor del 15% de los casos).
- Placenta percreta, cuando la invasión atraviesa todo el espesor miometrial hasta la serosa o incluso órganos adyacentes (5% de los casos).

El acretismo placentario se considera una de las complicaciones más graves del embarazo debido a su alta asociación con hemorragia obstétrica masiva, que puede alcanzar pérdidas sanguíneas de 3,000 a 5,000 mL, así como a complicaciones quirúrgicas como lesiones ureterales, vesicales, formación de fístulas e infecciones, las cuales incrementan de manera significativa la morbimortalidad materna.

El principal factor de riesgo actual es el antecedente de cesárea o de cualquier cirugía uterina (miomectomía, resección de adherencias fibrinosas vía histeroscópica, entre otros), así mismo está asociado a una implantación placentaria baja.

El EAP ha sido descrito como una patología emergente del siglo XX, dado que su incidencia ha aumentado en paralelo con el incremento global de la tasa de cesáreas, convirtiéndose en un problema de salud pública, particularmente en

países como México.

Un estudio realizado en National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal–Fetal Medicine Units (MFMU) concluyó que el riesgo de desarrollar placenta acreta es del 5% en pacientes con placenta previa sin antecedente de cesárea anterior. El riesgo aumenta hasta un 20% en pacientes con una cicatriz de cesárea anterior y placenta previa en el embarazo actual y un 40% o más en aquella paciente con 2 o más cesáreas y que estén acompañados con placenta previa en el embarazo en curso.

Dada la creciente tasa de cesáreas y la escasa información local disponible, es esencial determinar la incidencia de esta patología en pacientes con una sola cesárea previa para orientar estrategias de prevención y manejo.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Definición

El acretismo placentario se define como la invasión anormal del trofoblasto hacia el miometrio, debido a la ausencia de decidua basal y un desarrollo incompleto de la banda fibrinoide de Nitabuch.

Desde el punto de vista histológico, se caracteriza por la ausencia de la capa decidual (o capa de Nitabuch) entre la placenta y miometrio, lo que permite la adherencia o invasión anormal de las vellosidades coriónicas.

La placentación anormal incluye dos grandes categorías:

- Placenta adherida anormalmente (placenta acreta).
- Placenta invasiva (placenta increta y percreta).

El término espectro de placenta acreta (EPA) agrupa a todas estas alteraciones según la profundidad de invasión.

Historia

A Irving y Hertig se le atribuye haber publicado en 1937, el primer estudio de cohorte de placenta acreta en la literatura internacional, donde incluía descripciones clínicas e histopatológicas de 20 casos y una revisión de 86 casos publicados. Todos estos casos se describieron como “adherentes”,por lo que los autores caracterizaron clínicamente como una placenta adherida a la pared uterina sin fácil separación. De manera similar, en su revisión de los 86 informes de casos anteriores, solo un paciente tuvo un parto por cesárea anterior. Antes del desarrollo de los antibióticos, el daño a la pared uterina después del legrado uterino o la extracción manual de la placenta a menudo se agravaba por la endometritis. Esto probablemente resultó en la formación de tejido cicatricial focalmente dentro del miometrio superficial, que no es comparable a la cicatriz miometrial extensa causada por partos múltiples por cesárea.

Factores de riesgo

Existen varios factores de riesgo para el espectro de placenta acreta. El más común es el antecedente de parto por cesárea, con un aumento de la incidencia dependiendo del número de cesáreas previas. Entre otros factores se encuentran edad materna avanzada, multiparidad, antecedente de cirugías uterinas, antecedente de curetaje uterino y síndrome de Asherman. Presencia de placenta previa, considerada un factor de riesgo independiente y potenciador.

Un estudio multicéntrico en Estados Unidos encontró que el riesgo de EPA en mujeres con placenta previa y cesárea previa aumenta de manera escalonada: 3% en la primera cesárea, 11% en la segunda, 40% en la tercera, 61% en la cuarta y 67% en la quinta o más cesáreas consecutivas.

Factores de riesgo

La fisiopatología del espectro de acretismo placentario involucra una interacción anómala entre el trofoblasto y la interfase endometrio–miometrial. La ausencia de decidua basal en la zona cicatricial favorece la adhesión directa de las vellosidades coriónicas al miometrio, pero estudios recientes han demostrado que no es únicamente un defecto mecánico, sino también un proceso biológico mediado por una angiogénesis desregulada y alteraciones en factores de crecimiento. Se ha documentado una sobreexpresión de VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor) y una disminución de PlGF (Placental Growth Factor) en sitios de invasión anómala, lo que sugiere un microambiente proangiogénico que facilita la penetración trofoblástica. Asimismo, la cicatriz uterina altera la expresión de integrinas y moléculas de adhesión, contribuyendo a la implantación anormal. Estos hallazgos respaldan que el EPA es el resultado de un proceso multifactorial en el que convergen alteraciones estructurales, moleculares y angiogénicas

Diagnóstico y clasificación

La histopatología se considera como el estándar de oro para confirmar el diagnóstico clínico del espectro de placenta acreta. Sin embargo, el diagnóstico de sospecha de realiza mediante ultrasonografía.

Encontramos ciertas características del espectro de placenta acreta visibles mediante ultrasonografía desde el primer trimestre, sin embargo la mayoría de las mujeres son diagnosticadas en el segundo y tercer trimestres. Entre las características asociadas al espectro de placenta acreta se incluyen las múltiples lagunas vasculares, pérdida de la zona hipoecoica entre la placenta y el miometrio, adelgazamiento miometrial menos de 1mm, anormalidades en la interfase de la serosa del útero y la vejiga, y extensión de la placenta dentro del miometrio, serosa o vejiga.

Las variantes recientes de la descripción clínica clásica de EPA a menudo incluyen criterios tales como "la difícil eliminación manual gradual de la placenta"; "ausencia de separación placentaria espontánea 20-30 minutos después del nacimiento a pesar del tratamiento activo, incluido el masaje bimanual del útero, el uso de oxitocina y la tracción controlada del cordón umbilical"; "fragmento de placenta retenido que requiere legrado después del parto vaginal"; y "sangrado abundante del sitio de placentación después de la extracción de la placenta durante el parto por cesárea".

Ha habido un aumento en la frecuencia de acretismo debido al incremento en la tasa de cesáreas, aunque el porcentaje varía según los estudios, en la actualidad se admite una incidencia de 2 por cada 1000 partos (ACOG 2012), otras bibliografías reportan una incidencia de 3 por cada 1000 embarazos.

El acretismo placentario se ha relacionado directamente con el número de cirugías uterinas, siendo con mayor frecuencia con el número de cesáreas previas, la frecuencia de la placenta acreta según el número de partos por cesárea y la presencia o ausencia de placenta previa.

Se reporta un riesgo de placenta acreta después de una primer cesárea del 0.03% en aquellas pacientes que no presenten placenta previa, y del 3.3% en aquellas que sí. Del total de casos 81.6% corresponden a placenta acreta, 11.8% a increta y 6.6% a percreta.

Por su extensión se reconocen tres tipos: focal, que solo se adhieren pequeñas áreas de la placenta; parcial, en la que uno o varios cotiledones se pegan; y total, donde la superficie completa de la placenta está anormalmente adherida.

III. METODOLOGÍA

El presente estudio se realizó en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer “Dr. Felipe Núñez Lara”, durante el periodo comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2021.

Se incluyeron todas las pacientes embarazadas atendidas en la institución durante el periodo mencionado que presentaban antecedente de una sola cesárea previa. La población total estuvo conformada por 2,156 pacientes con estas características.

Sobre esta población se basó el presente trabajo de tesis, con el objetivo de conocer la incidencia de espectro de acretismo placentario y explorar posibles implicaciones para la prevención.

En este hospital se ha observado un incremento en la incidencia de acretismo placentario incluso en pacientes con una sola cesárea previa, lo que resalta la importancia de identificar con precisión la incidencia real durante los últimos tres años. Esta información es esencial para no subestimar el riesgo que representa la primera cesárea en la población obstétrica.

El objetivo general de la tesis fue determinar la incidencia de EAP en pacientes con antecedente de una cesárea previa atendidas en el hospital. De este se derivaron los siguientes objetivos específicos:

1. Describir los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes diagnosticadas.
2. Identificar el tipo de acretismo diagnosticado mediante ultrasonografía.
3. Determinar el trimestre de embarazo en el que se realizó el diagnóstico.
4. Describir las características ultrasonográficas asociadas al diagnóstico.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

El tipo de muestreo que se utilizó fue estratificado formado por todas las pacientes con antecedente de una sola cesárea previa y que fueron diagnosticadas mediante ultrasonido con acretismo placentario en el periodo de 2019 a 2021 que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión que se establecieron: a) paciente embarazada en cualquier trimestre del embarazo atendida en el hospital, b) antecedente de una sola cesárea previa documentada en el expediente clínico, c) diagnóstico confirmado de espectro de acretismo placentario mediante hallazgos clínicos y de imagen. Los criterios de exclusión que se establecieron: a) pacientes con antecedente de dos o más cesáreas previas, b) expediente incompleto que no permitieran confirmar el diagnóstico, c) casos de placenta previa sin evidencia de invasión placentaria. Y los criterios de eliminación fueron: a) expediente no localizado, b) pacientes sin datos ultrasonográficos o histopatológicos de acretismo placentario.

Las variables analizadas incluyeron edad materna, antecedentes gineco-obstétricos (número de gestas, partos, abortos y cesáreas previas), tipo de espectro de acretismo placentario (acreta, increta o percreta), trimestre en el que se realizó el diagnóstico, características ultrasonográficas asociadas, tipo de anomalía de inserción placentaria y localización de la placenta.

Para el análisis estadístico, los datos fueron recolectados y organizados en una hoja de cálculo para posteriormente ser analizados en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Se aplicó estadística descriptiva, utilizando frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas.

Se evaluó la distribución de las variables mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Dado que las variables continuas no presentaron distribución normal, se describieron mediante medianas y rangos intercuartílicos.

Para la comparación de la edad materna entre los grupos de pacientes con espectro de acretismo placentario y aquellas sin dicho diagnóstico, se utilizó la

prueba U de Mann-Whitney, al tratarse de una variable continua con distribución no normal y grupos independientes. Se estableció un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$ para determinar diferencias relevantes entre las distribuciones de ambos grupos.

La incidencia de espectro de acretismo placentario en pacientes con antecedente de una cesárea previa se calculó mediante la fórmula:

$$\text{Incidencia} = \frac{\text{Número de casos de EAP}}{\text{Total de pacientes con una sola cesárea previa}} \times 100$$

Se obtuvo el intervalo de confianza al 95% (IC 95%) para estimar la precisión de la medida.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Durante el periodo comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2021 se registraron un total de 2,156 pacientes embarazadas con antecedente de una sola cesárea previa atendidas en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer “Dr. Felipe Núñez Lara”.

De este total, 20 pacientes presentaron algún grado de espectro de acretismo placentario, lo que corresponde a una incidencia del 0.93% (IC 95%: 0.57%–1.43%).

La mediana de edad en pacientes con EPA fue de 30 años (rango, 20-40), y sin EPA de 27, (rango 15-50). La comparación de edad materna entre ambos grupos mostró una diferencia estadísticamente significativa (*p = 0.0346*), y se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Comparación de edad materna entre pacientes con EPA y sin EPA

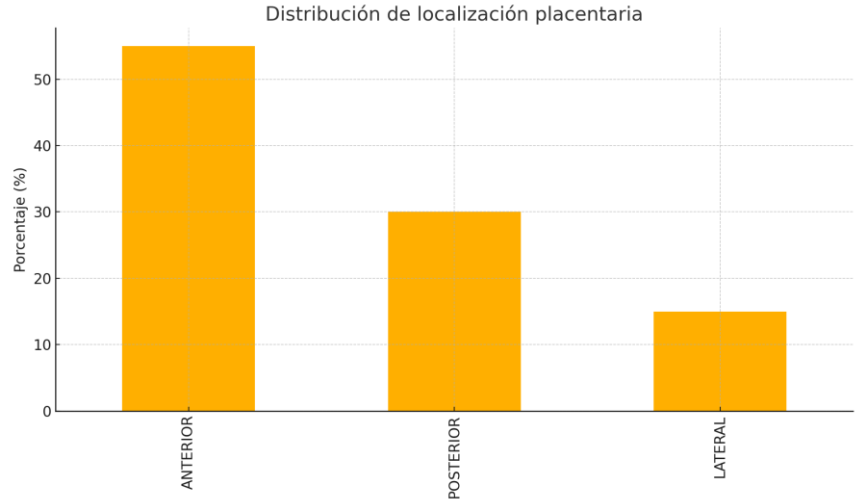
Grupo	N	Media (años)	Rango (mín–máx)	p-valor
Con EPA	20	30.3	20 – 40	0.0346
Sin EPA	2136	27.7	15 – 50	

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	%
20-30	9 pacientes	45%
31-40	11 pacientes	55%

Del total de las pacientes, el 65% (n=13) tenían placenta acreta, el 30% (n=6), placenta percreta y solamente el 5% (n=1) tenía placenta increta. Respecto a la localización, la placenta presentó inserción anterior en la mayoría de los casos (n=11, 55%), seguida de inserción posterior (n=6, 30%) y lateral (n=3, 15%). En 14 pacientes (70 %) se documentó placenta previa asociada.

Tabla 2. Sitios más frecuentes de inserción de placenta

SITIOS DE INSERCIÓN	NO. PACIENTES	PORCENTAJE
Anterior	11	55%
Posterior	6	30%
Lateral	3	15%



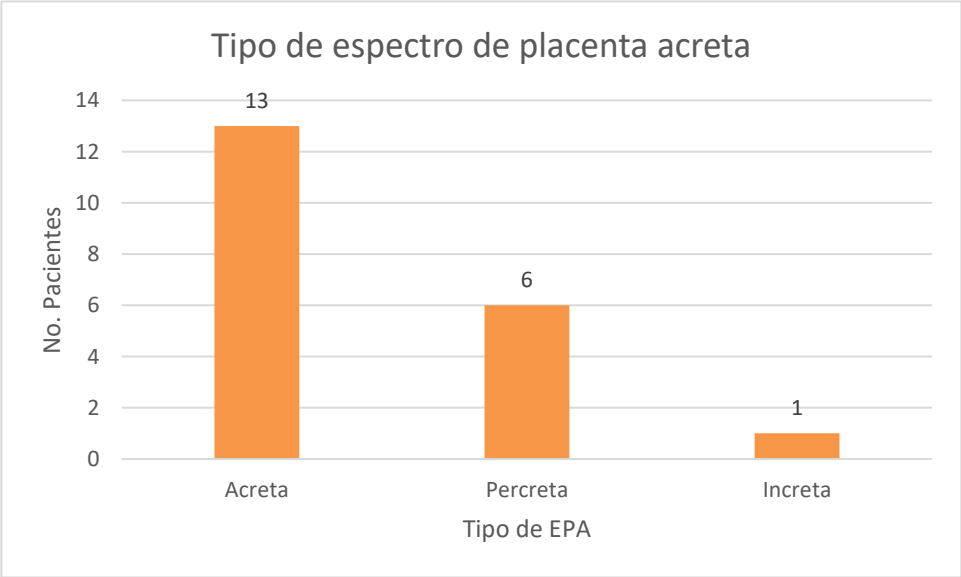


Tabla 3. Tipo de espectro de acretismo

TIPO DE ACRETISMO	NO. PACIENTES	PORCENTAJE
Acreta	13	65%
Increta	6	30%
Percreta	1	5%

La mayoría de las pacientes fueron diagnosticadas en el segundo trimestre

(n=13, 65%), seguido del tercer trimestre (n=6, 30%) y en menor proporción en el primer trimestre del embarazo (n=1, 5%), presentado en la tabla 4.

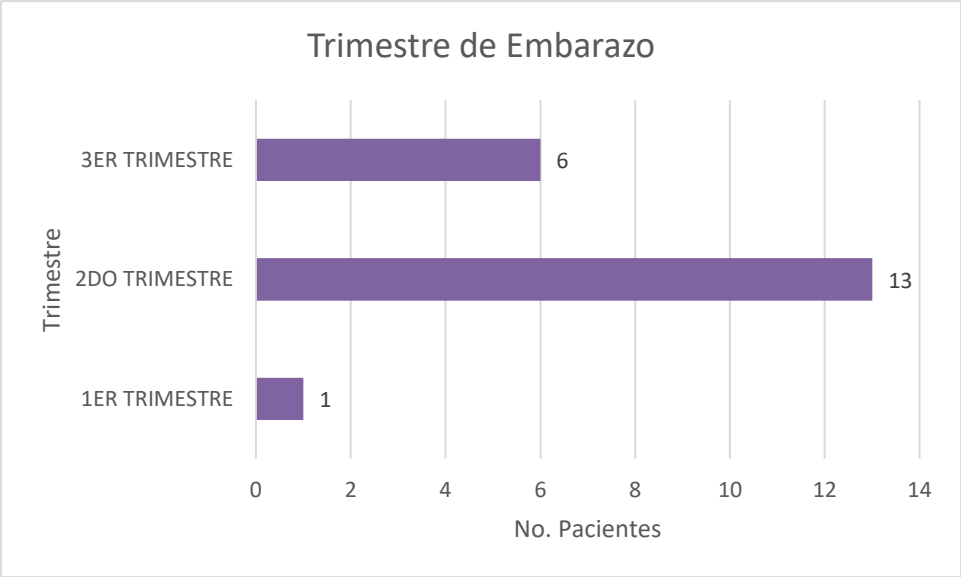


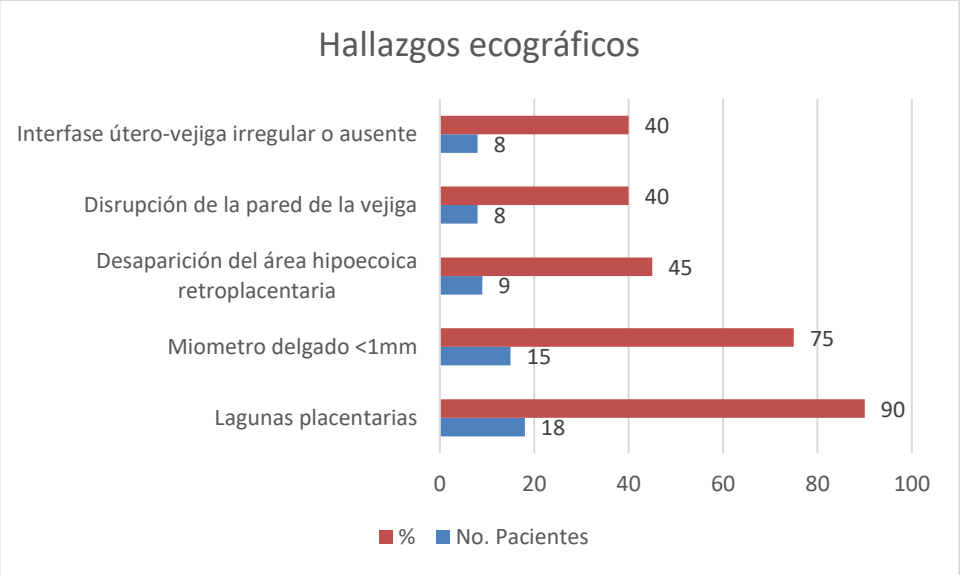
Tabla 4. Diagnóstico de EPA por trimestre de embarazo

El hallazgo ecográfico más común fue la presencia de lagunas placentarias (n=18, 90%) seguido por miometrio delgado (n=15, 75%), y desaparición del área hipoecoica retroplacentaria (n=9, 45%). El resto de los hallazgos ecográficos se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5. Hallazgos ecográficos

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS	NO. PX.	%
Desaparición del área hipoecoica retroplacentaria	9	45%
Miometrio delgado*	15	75%
Lagunas placentarias	18	90%

Disrupción de la pared de la vejiga	8	40%
Interfase útero-vejiga irregular o ausente	8	40%
*Miometrio delgado se describió cuando el grosor era <1mm		



Discusión

En este estudio, de las 2,156 pacientes con antecedente de una cesárea previa, 20 presentaron EAP, con una incidencia de 0.93%, similar a la reportada en literatura internacional para pacientes con una sola cesárea previa.

La distribución por tipo de espectro (65% acreta, 30% percreta, 5% increta) coincide con la proporción clásica descrita por Silver et al. (2019) y Jauniaux et al. (2018), donde la placenta acreta representa la forma más común.

El hallazgo de una diferencia significativa en la edad materna entre los grupos con y sin EAP respalda evidencia previa que señala la edad avanzada como un factor de riesgo independiente para la implantación anormal (Farquhar et al., 2017; Jauniaux et al., 2019).

El predominio de diagnóstico en el segundo trimestre es congruente con estudios que señalan que la mayoría de los signos ecográficos se identifican entre las 18 y 24 semanas de gestación.

Comparando con estudios multicéntricos:

- Fitzpatrick et al. (2012, Reino Unido) reportaron una incidencia de 1.7/10,000 nacimientos, cifra menor posiblemente por menor tasa de cesáreas en esa población.
- En Latinoamérica, Cabrera et al. (2020, Perú) describieron una incidencia de 0.8% en pacientes con una cesárea previa, muy cercana a la observada en este estudio.
- En México, la literatura es limitada, pero reportes hospitalarios muestran cifras similares, lo que sugiere que el aumento de cesáreas en el país podría estar incrementando la carga de esta patología.

Los hallazgos ecográficos predominantes (lagunas placentarias y miometrio delgado) concuerdan con los criterios propuestos por la ISUOG (2021) para el diagnóstico prenatal de EAP.

El porcentaje observado en este estudio podría atribuirse a múltiples factores. En primer lugar, es posible que la población incluida presentara características de mayor riesgo, como una mayor frecuencia de placenta previa, antecedentes obstétricos complejos o mayor edad materna, todos ellos asociados

con un incremento en el riesgo de acretismo placentario. Asimismo, el método diagnóstico, principalmente ecográfico, puede haber influido en la sensibilidad y especificidad para la detección de casos, contribuyendo a la tasa reportada.

Si bien este estudio incluyó únicamente pacientes con antecedente de una cesárea previa, diversos autores han demostrado que incluso una sola cesárea puede predisponer a trastornos de la implantación placentaria, particularmente cuando existe placenta previa. Este fenómeno puede explicarse por la alteración en la decidualización del endometrio secundaria a la cicatriz uterina, que favorece la adherencia anormal de las vellosidades coriónicas al miometrio.

Los hallazgos aquí descritos son congruentes con lo reportado por Silver et al. (2015) y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2020), quienes identifican la cicatriz uterina como un factor clave para el desarrollo de EAP. Sin embargo, la incidencia encontrada en esta población es ligeramente superior a la reportada en estudios europeos, como el de Morando et al. (2016), lo cual podría deberse a diferencias en acceso a controles prenatales tempranos, variaciones en la técnica ecográfica o características demográficas de la población mexicana.

En el Reino Unido se reportó una incidencia estimada de espectro de acretismo placentario de 1.7 por cada 10,000 maternidades. A nivel global, la incidencia ha mostrado un incremento progresivo, pasando de 1 por cada 2,500 embarazos a 1 por cada 500, en relación directa con el aumento de las tasas de cesárea. En Irán, un estudio reportó una prevalencia de 3.7 casos por cada 1,000 partos (0.37%). En México, aún no existen estimaciones robustas a nivel nacional, por lo que estudios locales como este son relevantes.

Este estudio presenta algunas limitaciones. La naturaleza retrospectiva puede introducir sesgos de información, y el tamaño muestral, aunque representativo de la población hospitalaria, sigue siendo relativamente limitado. Además, no se incluyó información sobre todas las posibles variables asociadas, como complicaciones obstétricas específicas o antecedentes médicos adicionales. Ampliar el tamaño de la muestra y considerar variables adicionales podría fortalecer los hallazgos y permitir un análisis más profundo de los factores de riesgo.

Comparando estos resultados con estudios en otras regiones, se observa una tendencia creciente en la incidencia de acretismo placentario, probablemente relacionada con el incremento global en las tasas de cesárea. Este hallazgo resalta

la importancia de reforzar la vigilancia prenatal en pacientes con cesárea previa y planificar adecuadamente la atención quirúrgica y perinatal ante la sospecha de espectro de acretismo, con el objetivo de disminuir la morbimortalidad materna y fetal.

Finalmente, se recomienda la realización de estudios multicéntricos, prospectivos y con mayor tamaño muestral que permitan corroborar estos hallazgos y aportar evidencia sólida sobre la incidencia y los factores de riesgo del espectro de acretismo placentario en la población mexicana.

Conclusiones

- La incidencia de espectro de acretismo placentario en pacientes con antecedente de una cesárea previa en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer durante el periodo 2019–2021 fue del 0.93%, lo que confirma que incluso una sola cesárea previa representa un factor de riesgo relevante para esta patología.

- La cesárea previa es un factor de riesgo significativo**.** Los resultados refuerzan la asociación entre la realización de una cesárea anterior y el desarrollo de acretismo placentario en embarazos subsecuentes, aun cuando solo exista una intervención quirúrgica previa en el útero.

- La edad materna mostró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos con y sin espectro de acretismo placentario, sugiriendo una posible asociación entre mayor edad materna y riesgo incrementado de esta condición.

- Importancia del diagnóstico prenatal oportuno: La alta incidencia encontrada resalta la necesidad de establecer protocolos de detección temprana mediante imagenología (ecografía), especialmente en pacientes con antecedentes de cesárea, para permitir una planificación perinatal adecuada y reducir riesgos materno-fetales.

- Implicaciones para la práctica obstétrica**:** destacar la importancia de limitar las indicaciones de cesárea, como medida preventiva ante complicaciones futuras como el acretismo placentario.

- Necesidad de más estudios locales: Se necesita realizar estudios prospectivos con muestras más amplias y multicéntricas que permitan confirmar estos hallazgos y explorar otros factores asociados a la aparición del acretismo en nuestra población.

Propuestas

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que se utiliza para prevenir y disminuir las complicaciones del parto, así como salvar la vida de la madre y del feto en caso de ciertas urgencias obstétricas. Sin embargo, la cesárea tiene sus riesgos y solo debe ser realizada cuando sea necesaria.

1. Fortalecer el diagnóstico prenatal temprano**:** Se sugiere implementar protocolos de tamizaje sistemático para detectar signos de acretismo placentario en mujeres con cesárea previa, especialmente si presentan placenta previa o inserciones placentarias bajas.
2. Capacitación del personal médico**:** Promover la formación continua del equipo de salud en la identificación ecográfica de signos sospechosos de acretismo y en la atención multidisciplinaria de estos casos, incluyendo obstetras, radiólogos, anestesiólogos y cirujanos.
3. Promover el uso racional de la cesárea: Fomentar el cumplimiento de guías clínicas basadas en evidencia para reducir la tasa de cesáreas innecesarias, lo cual contribuiría a disminuir la incidencia futura de acretismo placentario.
4. Los médicos responsables del manejo de embarazos no complicados deberían de tener una capacitación para prevenir que los nacimientos no complicados se conviertan en complicados y por ende elevar la tasa de cesáreas en aquellos casos que pudieron ser evitados.

V. Bibliografía

Abbas, F., Talati, J., Wasti, S., Akram, S., Ghaffar, S., & Qureshi, R. (2000). Placenta percreta with bladder invasion as a cause of life threatening hemorrhage. *The Journal of Urology, 164*(4), 1270–1274.

Silver RM. Placenta Accreta Spectrum. *N Engl J Med*. 2019;380:1529–1536.

Jauniaux E, Ayres-de-Campos D. FIGO Guidelines on Placenta Accreta Spectrum. *Int J Gynecol Obstet*. 2018.

Cabrera, J., & Díaz, B. B. (2020). Espectro de placenta acreta. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 66*(1), 49–55. https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2232

De Jesús Vargas Barrios, I., & Sánchez, L. P. (2011). Evaluación características operativas: ecografía 2D y Doppler color para diagnóstico de acretismo placentario, Clínica Universitaria Colombia, Bogotá. *Repositorio Institucional EdocUR*. https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/2773

Faralli, I., Del Negro, V., Chinè, A., Aleksa, N., Ciminello, E., & Piccioni, M. G. (2022). Placenta Accreta Spectrum (PAS) Disorder: Ultrasound versus Magnetic Resonance Imaging. *Diagnostics, 12*(11), 2769. https://doi.org/10.3390/diagnostics12112769

Farquhar, C. M., Li, Z., Lensen, S., et al. (2017). Incidence, risk factors and perinatal outcomes for placenta accreta in Australia and New Zealand: A case–control study. *BMJ Open, 7*, e017713. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017713

Fitzpatrick, K. E., Sellers, S., Spark, P., et al. (2012). Incidence and risk factors for placenta accreta/increta/percreta in the UK: A national case-control study. *PLoS ONE, 7*(12), e52893. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0052893

Jauniaux, E., & Ayres-de-Campos, D. (2018). FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Introduction. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 140*(3), 261–264. https://doi.org/10.1002/ijgo.12406

Jauniaux, E., Bunce, C., Grønbeck, L., & Langhoff-Roos, J. (2019). Prevalence and main outcomes of placenta accreta spectrum: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 221*(3), 208–218. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.01.233

Jauniaux, E., Hecht, J. L., Elbarmelgy, R. A., Elbarmelgy, R. M., Thabet, M. M., & Hussein, A. M. (2022). Searching for placenta percreta: A prospective cohort and systematic review of case reports. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 226*(6), 837.e1–837.e13. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.12.030

Kılıççı, Ç., Kürek Eken, M., İlhan, G., Çöğendez, E., Şanverdi, İ., Keskin, M., Yayla Abide, Ç., & Karateke, A. (2018). Evaluation of risk factors, incidence, perinatal and maternal outcome of placenta previa cases with and without placenta accreta spectrum. *Duzce Medical Journal, 19*(3), 75–80. https://dergipark.org.tr/en/pub/dtfd/issue/37310/418955

Kyozuka, H., Yamaguchi, A., Suzuki, D., et al. (2019). Risk factors for placenta accreta spectrum: Findings from the Japan Environment and Children's Study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 19*, 447. https://doi.org/10.1186/s12884-019-2608-9

Liu, X., Wang, Y., Wu, Y., Zeng, J., Yuan, X., Tong, C., & Qi, H. (2021). What we know about placenta accreta spectrum (PAS). *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 259*, 81–89.

Marcellin, L., Delorme, P., Bonnet, M. P., Grange, G., Kayem, G., Tsatsaris, V., & Goffinet, F. (2018). Placenta percreta is associated with more frequent severe maternal morbidity than placenta

accreta. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 219*(2), 193.e1–193.e9. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.04.049

Marshall, N. E., Fu, R., & Guise, J. M. (2011). Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 205*(3), 262.e1–262.e8.

Morlando, M., & Collins, S. (2020). Placenta Accreta Spectrum Disorders: Challenges, risks, and management strategies. *International Journal of Women's Health, 12*, 1033–1045. https://doi.org/10.2147/IJWH.S224191

O, F. V., S, A. O., & A, A. S. (2018). Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 83*(5), 513–521. https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000500513

Obstetric Care Consensus No. 7: Placenta accreta spectrum. (2018). *Obstetrics & Gynecology, 132*(6), e259–e275. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002983

Piñas Carrillo, A., & Chandraharan, E. (2019). Placenta accreta spectrum: Risk factors, diagnosis and management with special reference to the Triple P procedure. *Women's Health, 15*, 1745506519878081. https://doi.org/10.1177/1745506519878081

Shepherd, A. M., & Mahdy, H. (2022). Placenta Accreta. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563288/

Silver, R. M., & Branch, D. W. (2018). Placenta Accreta Spectrum. *The New England Journal of Medicine, 378*(16), 1529–1536. https://doi.org/10.1056/NEJMp1709324

Srisajjakul, S., Prapaisilp, P., & Bangchokdee, S. (2021). Magnetic Resonance Imaging of Placenta Accreta Spectrum: A Step-by-Step Approach. *Korean Journal of Radiology, 22*(2), 198–212. https://doi.org/10.3348/kjr.2020.0580

Tadayon, M., Javadifar, N., Dastoorpoor, M., & Shahbazian, N. (2022). Frequency, risk factors, and pregnancy outcomes in cases with placenta accreta spectrum disorder: A case-control study. *Journal of Reproduction & Infertility, 23*(4), 279–287. https://doi.org/10.18502/jri.v23i4.10814

ABREVIATURAS Y SIGLAS

HENM: Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer
SDG: semanas de gestación
EAP: espectro de acretismo placentario
USG: ultrasonografía