

REPÚBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA



REPERCUSIONES MATERNO-NEONATALES Y VALOR DIAGNOSTICO
PRENATAL POR IMÁGENES DEL ESPECTRO DE ACRETISMO PLACENTARIO EN
PACIENTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL
HOSPITAL GENERAL DE LA PLAZA DE LA SALUD EN EL PERIODO DE MAYO
2024- MAYO 2026.

TRABAJO FINAL PROFESIONAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN:
MEDICINA MATERNO FETAL

SUSTENTANTE:

DRA. ADANI CAROLINA QUEZADA SOLANO 24-1609

*“Los conceptos expuestos en la presente
investigación son de la exclusiva responsabilidad
de los sustentantes de la misma”*

ASESOR CLÍNICO:

DR. RAUL SANCHEZ, FACOG MD

ASESORA METODOLÓGICA:

DRA. VIOLETA GONZÁLEZ PANTALEÓN

DISTRITO NACIONAL
JUNIO 2026

Índice

Contenido	Pagina
Resumen	4
Abstract.....	6
Introducción.....	8
CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA	10
1.1 Planteamiento del problema	11
1.2 Preguntas de investigación	12
1.3 Objetivos del estudio.....	13
1.3.1 Objetivo general	13
1.3.2 Objetivos específicos.....	13
1.4 Justificación	14
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	15
2.1 Antecedentes	16
2.1. Antecedentes internacionales y nacionales.....	16
2.2 Marco conceptual y teórico	18
2.2.1 Conceptualización	18
2.2.2 Epidemiología y factores de riesgos.....	19
2.2.3 Importancia clínica del acretismo placentario.....	20
2.2.4 Variedades histopatológicas, clasificación por extensión y FIGO.	20
2.2.5 Clínica	21
2.2.6. Diagnóstico prenatal.....	21
2.2.7. Identificación de pacientes con alto riesgo de PAS	22
2.2.8. Diagnóstico por sonografía.....	22
2.2.9. Utilidad de la resonancia magnética.....	24

2.2.10 Manejo prenatal del PAS	25
2.2.11 Preparación quirúrgica	25
2.2.12 Finalización con estrategias de manejo conservador	27
2.2.13 Resultados neonatales	29
CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
3.1. Contexto.....	31
3.2 Modalidad del trabajo final	32
3.3 Tipo de estudio	32
3.4 Variables y su operacionalización	33
3.5 Métodos y técnicas de investigación.....	34
3.6 Consideraciones éticas	34
3.7 Selección de la población y muestra.....	35
3.7.1 Criterios de Inclusión:.....	35
3.7.2 Criterios de Exclusión:	35
3.8 Consentimiento Informado	35
3.9 Procedimientos para el procesamiento y análisis de datos.....	36
CAPÍTULO 4: RESULTADOS	37
Resultados	38
CAPÍTULO 5: DISCUSION Y CONCLUSIONES	47
5.1 Discusión	48
5.2 Conclusiones	51
CAPÍTULO 6: RECOMENDACIONES.....	53
Recomendaciones	54
Referencias bibliograficas.....	56
Anexos.....	59

Resumen

Introducción: El espectro de acretismo placentario (EAP) constituye una de las principales causas de morbilidad materna y neonatal debido a su asociación con hemorragia obstétrica masiva, necesidad de histerectomía, ingreso a unidades de cuidados intensivos y parto pretérmino. El diagnóstico prenatal mediante sonografía y resonancia magnética permite planificar el tratamiento y disminuir las complicaciones materno-fetales. **Objetivo:** Determinar las repercusiones materno-neonatales y evaluar la concordancia diagnóstica de la sonografía y la resonancia magnética con el estudio histopatológico en pacientes con espectro de acretismo placentario atendidas en la Unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el período mayo 2024-mayo 2026. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo y de cohorte, mediante la revisión de expedientes clínicos de 25 pacientes con sospecha prenatal de espectro de acretismo placentario. Se analizaron antecedentes obstétricos, complicaciones maternas y neonatales, estancia hospitalaria, resultados histopatológicos y la concordancia entre los métodos diagnósticos por imágenes y el diagnóstico histopatológico definitivo. Los datos fueron procesados en Microsoft Excel mediante estadística descriptiva y prueba exacta de Fisher, considerando significativo un valor de $p < 0.05$. **Resultados:** El 72.0% de las pacientes presentó cuatro o más gestaciones y el 88.0% tenía antecedentes de dos o más cesáreas. La hemorragia obstétrica fue la complicación materna más frecuente (84.0%), seguida del ingreso a la unidad de cuidados intensivos (76.0%) y la necesidad de ventilación asistida (44.0%). Las principales complicaciones neonatales fueron prematuridad (68.0%), bajo peso al nacer (60.0%) y síndrome de dificultad respiratoria (44.0%). El diagnóstico histopatológico confirmó espectro de acretismo placentario en el 92.0% de los casos. La sonografía mostró una concordancia del 92.0% con el diagnóstico histopatológico, mientras que la resonancia magnética alcanzó un 63.2%, observándose una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.027$). **Conclusiones:** El espectro de acretismo placentario continúa siendo una condición de alta complejidad obstétrica con importantes repercusiones maternas y neonatales. La sonografía demostró mayor concordancia diagnóstica que la resonancia magnética respecto al estudio histopatológico, por lo que constituye la principal herramienta para el diagnóstico prenatal del EAP. La resonancia

magnética debe reservarse como método complementario en casos seleccionados, contribuyendo a una adecuada planificación quirúrgica y a la reducción de la morbilidad materno-neonatal.

Palabras clave: espectro de acretismo placentario; placenta acreta; sonografía; resonancia magnética; histopatología; diagnóstico prenatal; hemorragia obstétrica; resultados maternos; resultados neonatales

Abstract

Introduction: Placenta accreta spectrum (PAS) is one of the leading causes of maternal and neonatal morbidity and mortality due to its association with massive obstetric hemorrhage, hysterectomy, intensive care unit admission, and preterm birth. Prenatal diagnosis using ultrasound and magnetic resonance imaging (MRI) allows appropriate treatment planning and may reduce maternal and fetal complications.

Objective: To determine the maternal and neonatal outcomes and to evaluate the diagnostic agreement of ultrasound and magnetic resonance imaging with histopathological findings in patients with placenta accreta spectrum treated at the Maternal-Fetal Medicine Unit of the Hospital General de la Plaza de la Salud between May 2024 and May 2026.

Methods: A retrospective, analytical cohort study was conducted through a review of the medical records of 25 patients with a prenatal suspicion of placenta accreta spectrum. Obstetric history, maternal and neonatal complications, length of hospital stay, histopathological findings, and the agreement between imaging modalities and the definitive histopathological diagnosis were analyzed. Data were processed using Microsoft Excel. Descriptive statistics and Fisher's exact test were performed, with statistical significance established at $p < 0.05$.

Results: Seventy-two percent of patients had four or more pregnancies, and 88.0% had a history of two or more previous cesarean deliveries. Obstetric hemorrhage was the most frequent maternal complication (84.0%), followed by intensive care unit admission (76.0%) and the need for assisted ventilation (44.0%). The most common neonatal complications were prematurity (68.0%), low birth weight (60.0%), and respiratory distress syndrome (44.0%). Histopathological examination confirmed placenta accreta spectrum in 92.0% of cases. Ultrasound demonstrated a diagnostic agreement of 92.0% with the definitive histopathological diagnosis, whereas magnetic resonance imaging showed an agreement of 63.2%, with a statistically significant difference ($p = 0.027$).

Conclusions: Placenta accreta spectrum remains a high-risk obstetric condition associated with significant maternal and neonatal morbidity. Ultrasound demonstrated greater diagnostic agreement than magnetic resonance imaging when compared with histopathological findings and should be considered the primary imaging modality for prenatal diagnosis of placenta accreta spectrum. Magnetic resonance imaging should be reserved as a complementary

diagnostic tool in selected cases, contributing to improved surgical planning and reduced maternal and neonatal morbidity.

Keywords: Placenta accreta spectrum; placenta accreta; ultrasound; magnetic resonance imaging; histopathology; prenatal diagnosis; obstetric hemorrhage; maternal outcomes; neonatal outcomes.

Introducción

El espectro de acretismo placentario (EAP) comprende un grupo de alteraciones caracterizadas por la adherencia anormal de las vellosidades coriales al miometrio debido a la ausencia parcial o completa de la decidua basal. En las últimas décadas, esta entidad ha adquirido gran relevancia en la práctica obstétrica por el incremento sostenido de su incidencia, asociado principalmente al aumento de la tasa de cesáreas y de placenta previa. Actualmente constituye una de las principales causas de hemorragia obstétrica severa y de morbilidad materna y perinatal a nivel mundial.¹

Las pacientes con espectro de acretismo placentario presentan un elevado riesgo de complicaciones graves, entre las que destacan hemorragia masiva, necesidad de transfusión sanguínea, lesión de órganos vecinos, coagulopatía, ingreso a unidades de cuidados intensivos e histerectomía obstétrica. Asimismo, las repercusiones neonatales incluyen prematuridad, bajo peso al nacer, síndrome de dificultad respiratoria e ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales, principalmente como consecuencia de la interrupción programada del embarazo antes del término.²

El diagnóstico prenatal oportuno es fundamental para optimizar el pronóstico materno y neonatal. La sonografía constituye el método de imagen de primera línea debido a su elevada sensibilidad y especificidad para identificar los signos característicos del espectro de acretismo placentario. Por su parte, la resonancia magnética desempeña un papel complementario en pacientes con hallazgos ecográficos no concluyentes, sospecha de invasión profunda o compromiso de órganos adyacentes, permitiendo una mejor planificación quirúrgica y la conformación de equipos multidisciplinarios especializados.³

Diversos estudios internacionales han demostrado una alta precisión diagnóstica de la sonografía y la resonancia magnética, así como una reducción de las complicaciones cuando el diagnóstico se establece durante el período prenatal y el manejo se realiza en centros especializados. Sin embargo, los resultados pueden variar entre instituciones debido a diferencias en la experiencia del personal, la disponibilidad tecnológica, los protocolos de manejo y las características de la población estudiada.⁴

En la República Dominicana existe limitada evidencia publicada sobre las repercusiones materno-neonatales del espectro de acretismo placentario y sobre el rendimiento diagnóstico de las modalidades de imagen en comparación con el estudio histopatológico definitivo. La generación de evidencia local resulta indispensable para fortalecer las estrategias de diagnóstico prenatal, optimizar la planificación quirúrgica y contribuir al desarrollo de protocolos institucionales dirigidos a disminuir la morbilidad materna y neonatal.

CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Las anomalías del espectro placenta acreta (PAS) se definen como aquella situación en que el trofoblasto se implanta de forma anormal al miometrio y/o a órganos vecinos. Su incidencia, en la actualidad, es de 3/1000 gestaciones, aunque estas cifras pueden variar en función de las diferentes zonas geográficas. Se ha asociado con una elevada mortalidad materna de hasta el 7%.¹

Su morbilidad asociada está principalmente causada por el elevado riesgo de hemorragia masiva, necesidad de transfusiones, distrés respiratorio, tromboembolismo, infección intraabdominal y lesión de órganos vecinos; también pueden estar presentes repercusiones neonatales principalmente relacionadas con la prematuridad y Apgar bajo. El diagnóstico antenatal preciso de la placenta adherida mórbidamente tiene el potencial de mejorar significativamente los resultados maternos- neonatales.²

En los últimos años, la patología de acretismo placentario ha adquirido gran importancia clínica, producto de su relación paralela con las cesáreas electivas. En los últimos 40 años, el parto mediante cesárea ha aumentado exponencialmente pasando de ratios inferiores al 10% a ratios de más del 30%. Esta situación se ha acompañado de un aumento simultáneo, de hasta 10 veces, en la incidencia del PAS, estadísticas de la Organización Mundial de la Salud indican que la tasa de cesáreas en República Dominicana llega a 58.1%.^{2,3}

Queda claro por todo lo expuesto la importancia de investigar sobre las repercusiones materno-neonatales de esta entidad y el valor diagnóstico prenatal por imágenes de la misma con el fin de tener un mejor abordaje clínico-quirúrgico y concientizar sobre los factores potencialmente predisponentes que podemos modificar en nuestra práctica diaria.

1.2 Preguntas de investigación

¿Cuáles son las repercusiones materno-neonatales y el valor diagnóstico prenatal por imágenes del espectro de acretismo placentario en pacientes que acudieron al servicio de medicina materno fetal del hospital general de la plaza de la salud en el periodo de mayo 2024- mayo 2026?

1. ¿Cuáles son los antecedentes obstétricos de las pacientes con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario?
2. ¿Cuáles fueron las principales complicaciones quirúrgicas de las pacientes con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario?
3. ¿Cuánto tiempo duraron ingresadas las pacientes con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario?
4. ¿Cuál es la puntuación APGAR de los neonatos de madres con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario?
5. ¿Cuáles fueron las principales complicaciones de los neonatos de madres con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario?
6. ¿Cuáles fueron los resultados histopatológicos de las pacientes con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario?
7. ¿Cuál es la concordancia de los hallazgos por sonografía y resonancia magnética con el diagnóstico histopatológico definitivo del espectro de acretismo placentario?

1.3 Objetivos del estudio

1.3.1 Objetivo general

Conocer las repercusiones materno-neonatales y el valor diagnóstico prenatal por imágenes del espectro de acretismo placentario en pacientes que acudieron al servicio de medicina materno fetal del hospital general de la plaza de la salud en el periodo de mayo 2024- mayo 2026.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Indagar los antecedentes obstétricos de las pacientes con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario.
2. Identificar las principales complicaciones quirúrgicas de las pacientes con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario.
3. Determinar el tiempo de estancia hospitalaria de las pacientes con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario.
4. Indagar la puntuación APGAR de los neonatos de madres con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario.
5. Investigar las principales complicaciones de los neonatos de madres con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario.
6. Conocer los resultados histopatológicos de las pacientes con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario.
7. Determinar la concordancia de los hallazgos por sonografía y resonancia magnética con el diagnóstico histopatológico definitivo del espectro de acretismo placentario.

1.4 Justificación

La hemorragia obstétrica es la causa más frecuente de morbilidad materna en el mundo, representando una problemática global de salud pública, siendo las anomalías de la inserción placentaria (placenta previa, acretismo placentario y vasa previa) responsables de hasta el 41% de estos eventos. Desde el punto de vista del recién nacido, alrededor del 40% de los casos se complica con parto pretérmino y la mortalidad perinatal se incrementa hasta cuatro veces.

Los mejores resultados en embarazos con trastornos de la adherencia placentaria se han obtenido con estrategias que insisten en la importancia del diagnóstico prenatal. Para realizar el diagnóstico prenatal de espectro de placenta accreta se usan diversas herramientas entre las cuales tenemos: ecografía obstétrica y resonancia magnética.⁴

Dada la importante morbilidad asociada a este diagnóstico, la capacidad de diagnosticar con precisión la placenta accreta es esencial, ya que permite un manejo multidisciplinario y protocolizado de la paciente disminuyendo así la morbilidad materno-fetal.

Desde el punto de vista científico, esta investigación aporta conocimientos valiosos sobre las principales repercusiones materno-neonatales y el valor diagnóstico prenatal por imágenes prenatal del espectro de acretismo placentario. Los hallazgos podrían motivar a la utilización de nuevas prácticas tanto clínicas como quirúrgicas en busca de disminuir las principales complicaciones; como por ejemplo el uso de técnicas quirúrgicas para prevenir hemorragias masivas, realizar protocolos institucionales para el manejo de esta entidad y a su vez concientizar sobre la realización de cesáreas de manera electiva sin una causa absoluta aparente.

Además, estaríamos contribuyendo a disminuir la mortalidad materna y neonatal; que representan los principales indicadores de salud de cualquier país, así como a optimizar los recursos de los sistemas de salud.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1. Antecedentes internacionales y nacionales.

En una tesis titulada “Acretismo diagnóstico prenatal mediante ultrasonido y resonancia magnética y su correlación histopatológica en Barranquilla (Colombia) julio-septiembre 2019, realizada por Guido Parra Anaya; que tuvo como objetivo evaluar la utilidad del ultrasonido y la resonancia magnética en el diagnóstico prenatal de este trastorno adherencial placentario, realizando un estudio de cohorte prospectivo que incluyó a once mujeres en tercer trimestre de embarazo con antecedentes de placenta previa y cesárea anterior, a las cuales se les practicó US transabdominal y transvaginal, Doppler color y resonancia magnética, buscando signos de acretismo, los cuales fueron comparados con los hallazgos durante el parto y la histopatología, se obtuvo como resultados que el ultrasonido mostró una sensibilidad de 70% (IC95% 35,4-91,9). En contraste, el Doppler color y la resonancia magnética evidenciaron una sensibilidad de 90% (IC 95% 54,1-99,5). Conclusión: en pacientes con placenta previa y cesárea anterior, el US y el Doppler color surgen como una herramienta útil en la detección de acretismo placentario; sin embargo, se requieren mayores estudios para confirmar su validez diagnóstica.⁵

En un estudio titulado “Precisión diagnóstica y concordancia ecográfica-anatomopatológica del espectro de acretismo en pacientes con inserción anómala de placenta, realizado por Maritza Garcia Espinosa; con el objetivo de Determinar la precisión diagnóstica y concordancia de los hallazgos ultrasonográficos de espectro de placenta acreta propuesto por la FIGO demostrada por el estudio anatomopatológico, realizando un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, comparativo, unicéntrico y no controlado llevado a cabo en el Hospital de Ginecoobstetricia 4 Luis Castelazo Ayala entre 2013 y 2021; incluyendo 151 pacientes con diagnóstico de inserción anómala de placenta y diagnóstico presuntivo de espectro de placenta acreta, de un total de 176 expedientes revisados, se concluyó que la precisión diagnóstica global fue superior al 80%, con un incremento superior al 90% a mayor infiltración placentaria. Para los resultados negativos, la concordancia también fue alta, con un 93% de

especificidad, lo que permite descartar de manera efectiva los casos sin espectro de placenta acreta.⁶

Tesis titulada “resultados perinatales en pacientes con espectro de placenta acreta atendidas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque años 2019 y 2020”, realizada por Axel Mauricio Kristoffle Soza; tuvo el propósito de analizar los resultados perinatales en pacientes con espectro de placenta acreta, se realizó un estudio de serie de casos de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, en el que se incluyeron 24 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de acretismo placentario obteniendo, como resultados: El 75% de la población tuvo pérdidas hemáticas entre 900 y 2800 ml, el 100% de las pacientes estudiadas tuvo al menos un grado de shock hipovolémico, el 83% de la población recibió transfusión sanguínea. El 83% de las pacientes que fueron operadas por acretismo placentario ingresaron a la unidad de cuidados intensivos. La mortalidad materna por esta patología fue del 4% equivalente a 1 paciente. La edad gestacional promedio al momento del nacimiento de los neonatos fue de 35 semanas. El 56% de los neonatos ingresaron a la unidad de cuidados mínimos, el 21% ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, 17% a cuidados intermedios y el 6% a la maternidad en alojamiento conjunto. La mortalidad neonatal fue del 4% equivalente a 1 caso.⁴

Tesis titulada “Complicaciones maternas del acretismo placentario ocurridos en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los años de 2016 y 2017”, realizada por Hernandez Parra; tuvo como objetivo determinar complicaciones maternas del acretismo placentario ocurridos en el Instituto Nacional Materno Perinatal por el periodo de los años 2016 y 2017. Se realizó un estudio descriptivo – observacional de corte transversal desarrollado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, la población fueron las gestantes hospitalizadas con el diagnóstico de acretismo placentario, con una muestra de 42 historias clínicas, donde se realizó la recolección de datos mediante revisión de historias clínicas a través de fichas con cuestionario estructurado. Resultados: se estudiaron 42 historias clínicas en el cual las pacientes hubo predominio de complicaciones maternas (57.1%) siendo la anemia severa una de las más frecuentes (28.6%), asociándose al

acretismo de tipo focal (33.3%), donde las pacientes admitidas a UCI fueron un total de (19%) a causa de las diversas complicaciones.⁷

Una tesis titulada: Análisis comparativo de los resultados sonográficos, hallazgos transquirúrgicos y resultados histopatológicos en pacientes con acretismo placentario atendidas en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo 2019-2022. Tuvo como objetivo comparar los resultados sonográficos, hallazgos transquirúrgicos y resultados histopatológicos en pacientes con acretismo placentario atendidas en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo 2019-2022. Este estudio conto con una metodología de campo, cuantitativa y descriptiva donde se tuvo un muestreo por conveniencia no aleatorio de 27 pacientes con acretismo placentario. Demostró que existió relación entre los resultados histopatológicos con los hallazgos transquirúrgicos entre el acretismo placentario y la placenta acreta con un 76.47%, a su vez se evidencio que no existió relación entre los resultados histopatológicos de pacientes histerectomizadas por acretismo placentario y los datos sonográficos y los hallazgos transquirúrgicos, evidenciándose en los indicadores de acretismo placentario con un 65.22%.⁸

2.2 Marco conceptual y teórico

2.2.1 Conceptualización

Las anomalías del espectro placenta accreta (PAS) se definen como aquella situación en que el trofoblasto se implanta de forma anormal al miometrio y/o a órganos vecinos. Generalmente se producen cuando la placenta se adhiere a una zona pobremente decidualizada de la cavidad uterina (normalmente una cicatriz previa) permitiendo que las vellosidades coriales entren en contacto directo con el miometrio.¹

El criterio histopatológico clásico para su diagnóstico es la ausencia parcial o completa de decidua basalis. Su morbilidad asociada está principalmente causada por el elevado riesgo de hemorragia masiva, necesidad de transfusiones, distrés respiratorio, tromboembolismo, infección intraabdominal y lesión de órganos vecinos. Se ha asociado con una elevada mortalidad materna de hasta el 7%.¹

El acretismo placentario es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anomalía de la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio. Es una de las principales causas de hemorragia obstétrica, principalmente del post parto inmediato, y que condiciona un importante riesgo de morbilidad materna, por la patología misma, como también por el tratamiento aplicado.⁹

2.2.2 Epidemiología y factores de riesgos

Su incidencia, en la actualidad, es de 3/1000 gestaciones, aunque estas cifras pueden variar en función de las diferentes zonas geográficas. En los últimos años su incidencia ha ido en aumento y se ha relacionado directamente con el aumento en la tasa de cesáreas. En los últimos 40 años, el parto mediante cesárea ha aumentado exponencialmente pasando de ratios inferiores al 10% a ratios de más del 30%. Esta situación se ha acompañado de un aumento simultáneo, de hasta 10 veces, en la incidencia del PAS.¹

- Cesarea anterior.
- Legrado uterino.
- Miomectomía.
- Resección endometrial.
- Síndrome de Asherman.
- Fertilización in vitro.
- Embolización de arterias uterinas.
- Quimioterapia/ radioterapia.
- Endometritis.
- Dispositivo intrauterino.
- Placenta previa.
- Ectópico en cicatriz de cesárea.
- Útero bicornue.
- Adenomiosis.
- Miomas submucosos.
- Distrofia miotónica.

El principal factor de riesgo de PAS es la combinación de placenta previa en una paciente con cesárea anterior. Ambos son factores de riesgo de PAS individualmente (presentes en más del 90% de casos de PAS), pero la combinación de los dos aumenta entre 10 y 20 veces el riesgo de PAS.¹

2.2.3 Importancia clínica del acretismo placentario

El acretismo placentario puede llevar a hemorragia obstétrica masiva, y como consecuencia alteraciones de la coagulación por la pérdida masiva y coagulación por consumo. La necesidad de realizar histerectomía, especialmente cuando se asocia a placenta previa e inserta en cicatrices de cesáreas previas, puede condicionar riesgo de daño quirúrgico a los uréteres, vejiga y a otras estructuras pélvicas vecinas, así como también síndrome de dificultad respiratoria del adulto e incluso la muerte materna.¹⁰

La pérdida sanguínea en el acretismo placentario oscila entre 3000 a 5000 ml. El mayor riesgo de morbilidad materna disminuye con un adecuado diagnóstico prenatal y planificando la interrupción del embarazo con un equipo quirúrgico multidisciplinario, en una institución que disponga de banco de sangre.^{11,12}

2.2.4 Variedades histopatológicas, clasificación por extensión y FIGO.

Existen tres variedades basadas en la histopatología de adherencia anormal de la placenta acuerdo con la profundidad de la invasión:

- Placenta acreta: es la adherencia anormal de una parte o de la totalidad de la placenta a la pared uterina, sin que las vellosidades coriales penetren el miometrio.
- Placenta increta: las vellosidades coriales penetran el miometrio.
- Placenta percreta: es la penetración de los elementos coriales hasta sobrepasar la serosa del útero, pudiendo alcanzar órganos vecinos.¹

Por su extensión se reconocen tres tipos de inserción anómala de placenta:

- a) Focal: solo involucra pequeñas áreas de la placenta.
- b) Parcial: ≥ 1 cotiledones se involucran en el proceso de implantación anormal.
- c) Total: la superficie completa de la placenta esta anormalmente adherida.¹

Clasificación FIGO.

Grado 1: Placenta anormalmente adherente (placenta adherente o creta).

Grado 2: placenta anormalmente invasiva (Increta).

Grado 3: placenta anormalmente invasiva (Percreta).

Grado 3a: limitado a la serosa uterina.

Grado 3b: con invasión de la vejiga urinaria.

Grado 3c: con invasión de otros tejidos / órganos pélvicos.¹¹

2.2.5 Clínica

En primer trimestre, el PAS puede manifestarse como una gestación ectópica en cicatriz de cesárea, que debe manejarse según protocolo específico. A partir del segundo trimestre, la clínica del acretismo placentario durante la gestación es superponible a la de la placenta previa, puesto que en la mayoría de los casos se asocian.¹³ En caso de invasión de órganos vecinos (placenta percreta) pueden aparecer otros síntomas como, por ejemplo, hematuria por afectación vesical o hidronefrosis por atrapamiento del uréter. Cuando se diagnostica en el periodo de alumbramiento, se manifiesta como una extracción dificultosa o incompleta de la placenta acompañada o no de hemorragia posparto.¹

Se evidencia la falta de cotiledones en la revisión de la placenta (acretismo focal o parcial) o la imposibilidad total de alumbramiento con ausencia de plano de clivaje entre placenta y miometrio (acretismo total).¹

2.2.6. Diagnóstico prenatal

Estudios poblacionales recientes muestran que entre la mitad y dos tercios de las anomalías del PAS siguen sin diagnosticarse durante el periodo prenatal. Por otro lado, existe evidencia de que mortalidad y morbilidad maternas se reducen de forma significativa cuando las mujeres con PAS son atendidas en un centro de referencia y por un equipo multidisciplinar con experiencia en la gestión de los riesgos quirúrgicos y perioperatorios que presenta esta patología. Para llegar a este objetivo es necesario un adecuado diagnóstico prenatal.¹ Para su diagnóstico se utilizan técnicas de imagen, como la ecografía Doppler uteroplacentario y la resonancia nuclear magnética.¹⁴

2.2.7. Identificación de pacientes con alto riesgo de PAS

El cribado prenatal de los trastornos del PAS se basa en la identificación de los pacientes con riesgo de padecer esta complicación para poder ser derivadas y evaluadas por un equipo especializado. Es necesario realizar una correcta anamnesis dirigida a determinar si presentan el antecedente de una cesárea anterior u otros factores de riesgo de PAS.¹

- Cesárea anterior con una placenta previa o una placenta anterior de inserción baja.
- Antecedente de acretismo en gestación anterior.
- Signos ecográficos sugestivos de acretismo placentario.

2.2.8. Diagnóstico por sonografía

La ecografía es la técnica de elección para el diagnóstico de las anomalías del PAS, con una sensibilidad del 91% y una especificidad del 97% en gestantes con riesgo alto de PAS durante el segundo y tercer trimestre de la gestación.¹

Los hallazgos ecográficos más llamativos son la localización anormal de la placenta, hiperecogenicidad y heterogeneidad a la escala de grises en diversas zonas placentarias, parénquima placentario muy diferente al que estamos acostumbrados cuando observamos placentas normoinsertas.¹⁵ Por otro lado, se puede evidenciar modificaciones anatómicas de la placa basal y de la placa corial en la ecografía, producto de un proceso neoproliferativo que afecta toda la placenta en forma focal, parcial o total y la sombra que la acompaña es la presencia de lagunas vasculares de bordes irregulares, que no solamente tienen manifestaciones en la escala de grises sino, más bien, en el flujo aumentado en la placenta al medir con la flujometría Doppler. Estos hallazgos son sugerentes de acretismo ^{16,17}.

Durante el primer trimestre de gestación pueden ya visualizarse signos ecográficos del PAS, que varían entre:

- 1er trimestre precoz (6-8 semanas): se manifiesta como un saco gestacional implantado en el segmento uterino inferior cerca de la cicatriz de la cesárea.

Durante el segundo y tercer trimestre de gestación, en los últimos años, se han estandarizado los signos ecográficos utilizados en el diagnóstico prenatal del PAS y se recomienda su utilización en la descripción de los hallazgos ecográficos para sistematizar la exploración.¹

Signos ecográficos en escala grises 2D:

- Pérdida de la “clear zone” (sensibilidad: 58-74% / especificidad: 95-97%): pérdida o irregularidad del plano hipoecoico en la interfase placenta-miometrio, que representa una extensión anormal de las vellosidades coriales a través de la decidua basal y hacia el miometrio.
- Lagunas vasculares (sensibilidad: 70-83% / especificidad: 94-96%): Presencia de numerosas lagunas vasculares, incluidas algunas grandes e irregulares (grado 3 de Finberg) y que a menudo contienen flujo turbulento, visible en escala de grises, y de alta velocidad (>15cms/s).
- Adelgazamiento miometrial: Grosor miometrial retroplacentario inferior a 1 mm o indetectable.
- Interrupción de la pared vesical: pérdida o interrupción de la banda o línea hiperecoica entre la serosa uterina y la cavidad de la vejiga.
- Bulto placentario (“placental bulge”): desviación de la serosa uterina del plano esperado, causada por un abultamiento anormal del tejido placentario en un órgano vecino, típicamente la vejiga.
- Masa exofítica focal: el tejido placentario rompe la serosa uterina y se extiende más allá de ella (habitualmente, dentro de la vejiga).¹

Signos ecográficos con Doppler color:

- Hipervascularización útero-vesical: aumento de señal Doppler color entre el miometrio y la pared posterior de la vejiga. Este signo indica la presencia de numerosos vasos tortuosos en esa región que presentan un flujo multidireccional y “aliasing”.
- Hipervascularización subplacentaria: aumento significativo de la señal Doppler color en el lecho placentario. Este signo indica la presencia de

numerosos vasos tortuosos en esa región que presentan un flujo multidireccional y “aliasing”.

- Vasos puente (“bridging vessels”): vasos que parecen extenderse desde la placenta hacia el miometrio e, incluso, hasta más allá de la serosa hacia vejiga u otros órganos.
- Signo de “cérvis lleno de agujeros”: un cervix altamente vascularizado con múltiples lagos vasculares.
- Vasos nutricios de las lagunas placentarias: vasos con flujo turbulento de alta velocidad que van desde el miometrio hacia las lagunas placentarias.¹

Otros signos ecográficos:

- Grosor placentario de >4.5 cms: sensibilidad del 50% y especificidad del 90% por PAS.

- “Separation sign”: Cuando existe una inserción placentaria anormal, la placenta y el miometrio se desplazan en bloque y vuelven a su posición natural al mismo tiempo tras aplicar presión súbita con el transductor, sin que haya un movimiento separado de la placenta respecto al miometrio (“separation sign” negativo). Sensibilidad 98%, especificidad 100% para alumbramiento normal).¹⁸

Un análisis multiparamétrico que utiliza una combinación de diversas características sonográficas y clínicas de mujeres con mayor riesgo de placenta invasiva fue realizado por Rac et al. y propusieron un índice de probabilidad, denominado índice de placenta acreta. Esta combina el número de cesáreas previas, la ubicación y morfología de la placenta, la zona retroplacentaria, la interfaz uteroplacentaria, el grosor miometrial más pequeño y la presencia de vasos puente.¹⁹

2.2.9. Utilidad de la resonancia magnética

Los signos de sospecha diagnóstica del PAS por RM son: protuberancia placentaria, bandas oscuras en T2, pérdida de la interfaz retroplacentaria hipointensa en T2, adelgazamiento miometrial, compromiso de la pared vesical, masa exofítica focal, aumento de la vascularidad subplacentaria y placenta de aspecto heterogéneo o adelgazamiento asimétrico.²⁰

Las últimas revisiones de la literatura no han mostrado un aumento de la capacidad de detección del PAS (sensibilidad 83-95%, especificidad 84-94%) respecto a la ecografía en manos expertas salvo en algunos casos específicos, que constituyen sus principales indicaciones:

- o Pacientes de alto riesgo en las que la ecografía no sea concluyente.
- o Sospecha de placenta percreta.¹

2.2.10 Manejo prenatal del PAS

- Seguimiento se realizará cada 2-4 semanas.
- Se valorará la necesidad de completar el estudio mediante RM. Si se considera, se solicitará alrededor de las 32 semanas de gestación.
- Optimización prenatal de las cifras de hemoglobina es esencial.
- Planificación quirúrgica con equipo multidisciplinar.
- Edad gestacional de la finalización: La mayoría de las guías recomiendan la finalización a las 35 - 37 semanas, con el objetivo de evitar la necesidad de una cirugía urgente. Se puede plantear la finalización electiva a partir de las 34 semanas en pacientes que presenten episodios previos de metrorragia, dinámica uterina frecuente, rotura prematura de membranas pretérmino.
- Maduración pulmonar fetal previa a la finalización.
- Visita preanestésica presencial (2-4 semanas antes de la finalización).
- Reserva de sangre (4-6 concentrados de hematíes, máximo 72h antes del día de la cirugía).
- Cistoscopia.
- Riesgo trombótico: medidas de prevención intra y postoperatorias.
- Método de finalización: para la finalización podemos escoger un manejo no conservador (el más frecuente) o bien un manejo conservador (reservado para casos seleccionados).
- Firma de consentimiento informado.¹

2.2.11 Preparación quirúrgica

Consideraciones anestésicas

La técnica anestésica elegida dependerá de: la profundidad de invasión placentaria, los órganos involucrados, protocolos y recursos institucionales, tipo de vía aérea y experiencia del médico involucrado²¹, se reconocen tres opciones:

Inducción de anestesia general tardía:

Existe una preferencia entre los practicantes hacia el uso de anestesia epidural y/o catéter epidural con conversión a anestesia general posterior al parto del neonato. Entre las ventajas descritas en el uso de esta técnica se encuentran el evitar la exposición fetal a agentes volátiles, optimización de la analgesia post-operatoria, menos pérdidas sanguíneas intra-operatorias, disminución de los requerimientos transfusionales, disminución en las complicaciones respiratorias postoperatorias; permitiendo además la experiencia materna del Nacimiento.²²

Anestesia General:

Entrega más confianza al usuario y asegura de manera precoz la vía aérea; contrario al realizarlo de manera intraoperatoria. Puede facilitar la instalación de monitoreo invasivo de ser necesario y hacer más expedita las indicaciones frente a una eventual reanimación.²³

Colocación de balones de oclusión vascular

Estos dispositivos son colocados preoperatoriamente mediante radiología intervencionista a nivel de iliacas comunes o iliacas internas para ser hinchados después de la extracción fetal con el objetivo de disminuir el flujo sanguíneo a la pelvis y así disminuir el sangrado y mejorar la visualización del campo quirúrgico.¹

Finalización con manejo no conservador

La evidencia reciente muestra que cesárea-histerectomía es el tratamiento de elección en más del 90% de las anomalías del PAS diagnosticadas prenatalmente. Esta cirugía es un procedimiento quirúrgico de alta complejidad con alto riesgo de complicaciones, la más frecuente la hemorragia masiva que puede conducir secundariamente a la coagulopatía con riesgo de fallo multiorgánico y muerte materna.¹

2.2.12 Finalización con estrategias de manejo conservador

Conducta expectante (mantener placenta in situ)

Esta consiste en dejar la placenta in situ, total o parcialmente, y esperar a su reabsorción completa con el objetivo principal de evitar los riesgos de morbilidad materna de la histerectomía periparto. Las principales situaciones en que se puede plantear esta opción terapéutica son:

- Pacientes con sospecha de acretismo focal, ya sea con sospecha prenatal o por extracción no completa de la placenta intraparto.
- Placenta percreta con invasión de órganos vecinos, con el objetivo de favorecer la reabsorción parcial o total de la placenta disminuyendo así la probabilidad de hemorragia severa o de lesión de órganos vecinos.¹

Diagnóstico intraoperatorio de anomalía del PAS.

El manejo postnatal de estas pacientes involucra cuantificación de la hormona gonadotropina coriónica humana luego de la cirugía y seis semanas post natal, además de un ultrasonido pélvico. Para las seis semanas la mayoría de las pacientes (>92%) han completado la reabsorción del tejido placentario restante in situ, además de la involución normal de la placenta.²⁴

Procedimientos adyuvantes

Desvascularización uterina preventiva mediante embolización de las arterias uterinas. Pretendería prevenir la aparición de una hemorragia secundaria y también podría acelerar la reabsorción placentaria.^{1,24}

No se recomienda el tratamiento adyuvante con metotrexate hasta que haya más evidencia disponible sobre su eficacia y seguridad. La baja tasa de regresión de células trofoblásticas en el posparto en comparación con al comienzo del embarazo indica una eficacia mucho menor del metotrexate tardío en comparación con el embarazo precoz. Además, el metotrexate expone al paciente al riesgo de neutropenia o aplasia medular, y estos efectos adversos pueden precipitar otras posibles complicaciones, como una infección secundaria de una placenta dejada in situ. Además, el tratamiento con

metotrexate puede causar fiebre materna como efecto secundario y esto puede dificultar el seguimiento materno posterior.¹

Resección histeroscópica de los restos de placenta accreta retenidos: Los datos son limitados, pero en caso de pacientes sintomáticas (metrorragia persistente), la resección histeroscópica diferida de los fragmentos podría acortar el tiempo de recuperación sin efectos adversos importantes.^{1,24}

Actualizaciones en manejo

El método más novedoso para el manejo conservador de acretismo placentario es el procedimiento de triple P, que consiste en el perioperatorio para ubicar por medio de un ultrasonido abdominal la localización placentaria con el fin de delinear el borde superior de la placenta, luego, se realiza una desvascularización pélvica al insuflar unos catéteres localizados en las arterias pélvicas para reducir la irrigación arterial a la cama placentaria y, por último, una escisión del tejido placentario adherido al miometrio sin separarlos, seguido por una reconstrucción del defecto en el miometrio. Esta técnica requiere de un radiólogo intervencionista que coloque balones oclusivos en la división anterior de la arteria ilíaca interna la placenta, previos a la escisión miometrial. La mayor ventaja de este procedimiento es que reduce significativamente la morbilidad en las pacientes.²⁴

Histerectomía planificada en segundo tiempo

La histerectomía planificada en un segundo tiempo es una estrategia definitiva de manejo quirúrgico para los trastornos del PAS. Retrasar la histerectomía en casos complejos puede reducir la morbilidad quirúrgica. Idealmente, se debería realizar entre 3 y 12 semanas postparto. Se puede plantear:

- Cuando existe una invasión extensa de las estructuras circundantes que haría que la cesárea - histerectomía inmediata fuera extremadamente difícil.
- Ante un diagnóstico inesperado intraparto, sin las condiciones quirúrgicas óptimas y siempre que la situación hemodinámica de la paciente lo permita.¹

2.2.13 Resultados neonatales

Los neonatos de embarazos complicados por EAP presentan mayores tasas de ingreso en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), bajo peso al nacer y Apgar reducido en los primeros minutos de vida. No obstante, los resultados han mejorado con el uso de corticosteroides prenatales y la planificación adecuada de las cesáreas. Un metaanálisis reciente reveló que los neonatos nacidos mediante cesáreas planificadas tienen menores tasas de ingreso a UCIN y mortalidad neonatal en comparación con las cesáreas de emergencia.²⁵

CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Contexto

Las anomalías del espectro placenta acreta (PAS) se definen como aquella situación en que el trofoblasto se implanta de forma anormal al miometrio y/o a órganos vecinos. Se ha asociado con una elevada mortalidad materna de hasta el 7%. Su morbilidad materno-fetal radica principalmente en la aparición de hemorragia masiva, necesidad de politransfusión, larga estancia hospitalaria, necesidad de ingreso a UCI, lesión a órganos vecinos, prematuridad neonatal, así como Apgar bajo. Es de vital importancia la sospecha diagnóstica prenatal por imágenes para un manejo multidisciplinario y protocolizado. Sin embargo, se desconoce el impacto real de esta intervención en el contexto de la República Dominicana, donde las prácticas médicas y el acceso inadecuado a atención especializada pueden influir en el manejo y diagnóstico de esta condición afectando de manera directa las repercusiones materno-neonatales. El objetivo general de esta investigación es conocer las repercusiones materno-neonatales y el valor diagnóstico prenatal por imágenes del espectro de acretismo placentario en pacientes que acudieron al servicio de medicina materno fetal del hospital general de la plaza de la salud en el periodo de mayo 2024- mayo 2026. La modalidad de trabajo que se utilizó es la de proyecto de investigación, ya que se busca generar conocimiento científico sobre un problema relevante para la salud materno-infantil, mediante la aplicación de métodos y técnicas propias de la investigación epidemiológica. El diseño metodológico que se seleccionó es el de estudio observacional, analítico, retrospectivo y de corte transversal, ya que se basa en el análisis de datos ya existentes, sin intervenir ni manipular las variables de interés, buscando establecer relaciones de causalidad o asociación entre las variables, y realizando una medición única de las variables en un momento determinado. Estas elecciones se justifican por la adecuación al objetivo de la investigación, la disponibilidad de datos y la validez y confiabilidad de los resultados. El tiempo estimado para la realización de este trabajo final fue de seis meses.

3.2 Modalidad del trabajo final

Este proyecto de investigación utilizó datos epidemiológicos de las pacientes que asistieron a la Unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital General Plaza de la Salud para conocer las repercusiones materno-neonatales y el valor diagnóstico prenatal por imágenes del espectro de acretismo placentario. Se llevó a cabo el levantamiento de información plasmada en los expedientes de las madres que cursaron con dicho diagnóstico para así determinar las principales complicaciones maternas y neonatales y el valor diagnóstico de la sonografía y la resonancia magnética en el espectro de acretismo placentario.

Este proyecto proporciona un panorama detallado sobre las principales complicaciones quirúrgicas de las pacientes en estudio al igual que el tiempo de estancia hospitalaria; la puntuación Apgar y las principales complicaciones neonatales así como el valor diagnóstico prenatal de la sonografía y la resonancia magnética en el espectro de acretismo placentario. Estos hallazgos podrían tener implicaciones importantes para el desarrollo de estrategias de prevención, protocolos de prácticas clínicas y quirúrgicas, así como una adecuada atención neonatal.

Además, estos hallazgos pueden proporcionar una base para el desarrollo de políticas de salud pública destinadas a disminuir la incidencia de cesáreas, así como impulsar la ampliación en la investigación de esta entidad.

3.3 Tipo de estudio

Se trata de un estudio de casos observacional, descriptivo, tipo estudio de casos.

En este tipo de estudio, se analizan datos previamente recopilados de una población que ya ha experimentado un evento o exposición. En este caso, datos de pacientes que acudieron a la unidad de Medicina Materno Fetal durante un período específico (mayo 2024- mayo 2026). Al observar los resultados y eventos posteriores en función de la exposición pasada (momento del diagnóstico), se sugiere un enfoque retrospectivo.

3.4 Variables y su operacionalización

Variable	Tipo y subtipo	Definición	Indicadores
Antecedentes obstétricos	Nominal	Recopilación de información sobre la salud reproductiva de la mujer.	Cesarea anterior Aborto Embarazo ectópico Parto vaginal
Complicaciones quirúrgicas	Nominal	Eventos adversos que pueden ocurrir durante o después de la cirugía.	Hemorragia obstétrica Coagulopatía Lesión vesical Lesión intestinal Tromboembolismo pulmonar Reintervención quirúrgica Ingreso a UCI
Estancia hospitalaria	Cuantitativa	Periodo de tiempo hospitalizado.	< 7 días 7-15 días >15 días
Puntuación APGAR	Cualitativa ordinal	Prueba rápida que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. Evalúa cinco aspectos para determinar la adaptación y vitalidad del recién nacido: Esfuerzo respiratorio, Frecuencia cardíaca, Tono muscular, Reflejo de irritabilidad y Color de la piel. Con una puntuación del 0 al 2 para cada acápite y una puntuación global de 10.	9/10, 8/9, 7/8, 6/7, 5/6
Complicaciones neonatales	Nominal	Efectos adversos que pueden ocurrir debido a la prematuridad neonatal.	Ingreso a UCIN Prematuridad Restricción del crecimiento fetal Bajo peso al nacer

			Síndrome de distress respiratorio Necesidad de ventilación asistida
Resultados de sonografía Doppler.	Nominal.	Técnica de ultrasonido que se utiliza para evaluar el flujo sanguíneo en el cordón umbilical, la placenta y el feto durante el embarazo.	Datos de acretismo placentario. Sin datos de acretismo placentario.
Resultados de resonancia magnética de pelvis	Nominal	Examen médico no invasivo y seguro que utiliza campos magnéticos potentes y ondas de radio para generar imágenes.	Datos de acretismo placentario. Sin datos de acretismo placentario.
Hallazgos histopatológicos	Nominal	Identificación precisa de patologías a través del análisis de muestras biológicas, como tejidos y células.	Acretismo placentario. Sin evidencia de acretismo placentario.

3.5 Métodos y técnicas de investigación

La información se obtuvo a través de formularios estructurados que contienen preguntas específicas dirigidas a la revisión de registros médicos y bases de datos de las pacientes que asistieron a la unidad de medicina materno fetal del Hospital General Plaza de la Salud en el periodo mayo 2024- mayo 2026, que tuvieron sospecha diagnóstica de espectro de acretismo placentario.

3.6 Consideraciones éticas

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS).

El protocolo del estudio y el instrumento diseñado para la recolección de los datos fueron inicialmente sometidos a la revisión de los departamentos de Medicina Materno Fetal y Neonatología en el Hospital General Plaza de la Salud, luego a la oficina de la coordinación de residencias médicas de la Universidad Iberoamericana (UNIBE); cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de revisión de los expedientes clínicos, recopilación y verificación de datos.

3.7 Selección de la población y muestra

Universo: Comprendido por 2,753 pacientes que fueron asistidas en la Unidad de Medicina Materno Fetal en el Hospital General Plaza de la Salud en el periodo de mayo 2024 – mayo 2026.

Población: 25 pacientes que presentaron diagnóstico prenatal por ultrasonido de espectro de acretismo placentario que fueron asistidas en la Unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital General Plaza de la Salud en el periodo mayo 2024 – mayo 2026 y sus neonatos.

3.7.1 Criterios de Inclusión:

- Pacientes con un embarazo, que hayan tenido diagnóstico prenatal por ultrasonido de espectro de acretismo placentario y sus neonatos.
- Pacientes que hayan acudido a la unidad de medicina materno fetal entre el periodo mayo 2024- mayo 2026.
- Pacientes con resultados histopatológicos de pieza quirúrgica.
- Pacientes que hayan leído y llenado el consentimiento informado para participar en el estudio.

3.7.2 Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no hayan dado su consentimiento informado para participar en el estudio.
- Pacientes sin resultados histopatológicos de pieza quirúrgica.

3.8 Consentimiento Informado

Se utilizó el formulario de consentimiento informado preexistente en la unidad de medicina materno fetal, en el cual se les explica a todas las pacientes los riesgos, beneficios y limitaciones de los estudios realizados en la unidad, así como solicitarle su permiso y aprobación para utilizar los datos obtenidos en la misma, salvaguardando la privacidad del paciente.

3.9 Procedimientos para el procesamiento y análisis de datos

Durante la investigación se realizó análisis documental utilizando una ficha de recolección de datos confeccionados por el autor con las variables seleccionadas para conocer las repercusiones materno-fetales y el valor diagnóstico por imágenes prenatal del espectro de acretismo placentario en pacientes que acudieron al servicio de medicina materno fetal del hospital general de la plaza de la salud en el periodo de mayo 2024-mayo 2026.

Los datos fueron procesados en Microsoft Excel. Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes. Para evaluar la asociación entre los métodos diagnósticos y el diagnóstico histopatológico se utilizó la prueba exacta de Fisher, considerando significativo un valor de $p < 0.05$.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

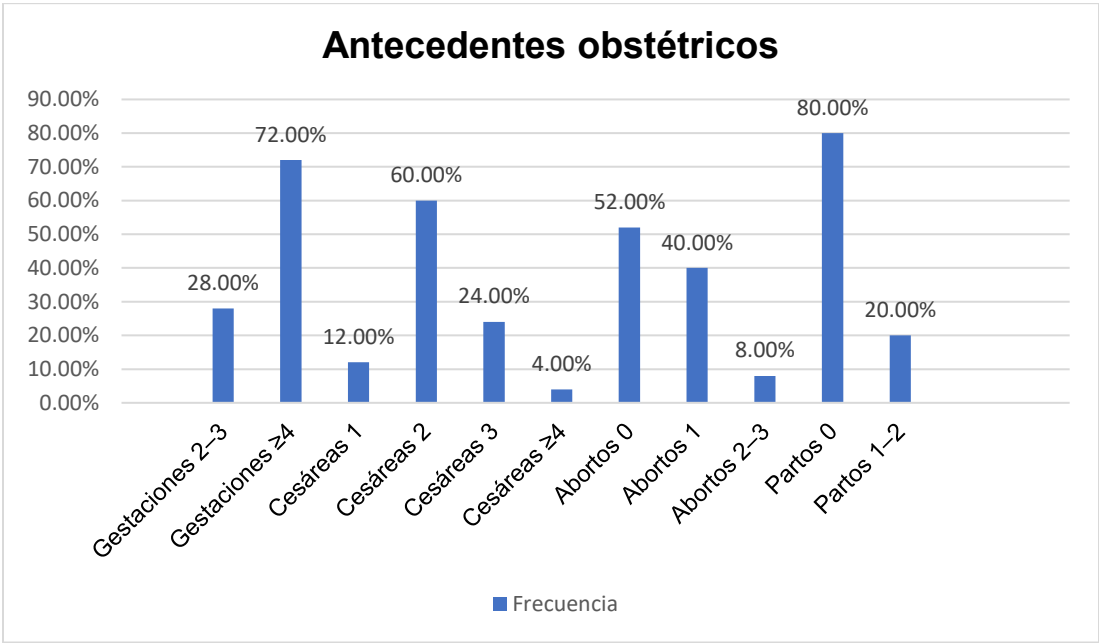
Resultados

Tabla 1. Distribución de los antecedentes obstétricos en pacientes con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario atendidas en el servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el período mayo 2024–mayo 2026.

Antecedentes obstétricos	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Número de gestaciones		
1 gestación	0	0.0 %
2–3 gestaciones	7	28.0 %
≥4 gestaciones	18	72.0 %
Número de cesáreas		
1 cesárea	3	12.0 %
2 cesáreas	15	60.0 %
3 cesáreas	6	24.0 %
≥4 cesáreas	1	4.0 %
Antecedente de aborto		
Ninguno	13	52.0 %
1 aborto	10	40.0 %
2–3 abortos	2	8.0 %
≥4 abortos	0	0.0 %
Número de partos		
Ninguno	20	80.0 %
1–2 partos	5	20.0 %
≥3 partos	0	0.0 %

Fuente: expediente clínico

Gráfico 1. Distribución de los antecedentes obstétricos en pacientes con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario atendidas en el servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el período mayo 2024–mayo 2026.



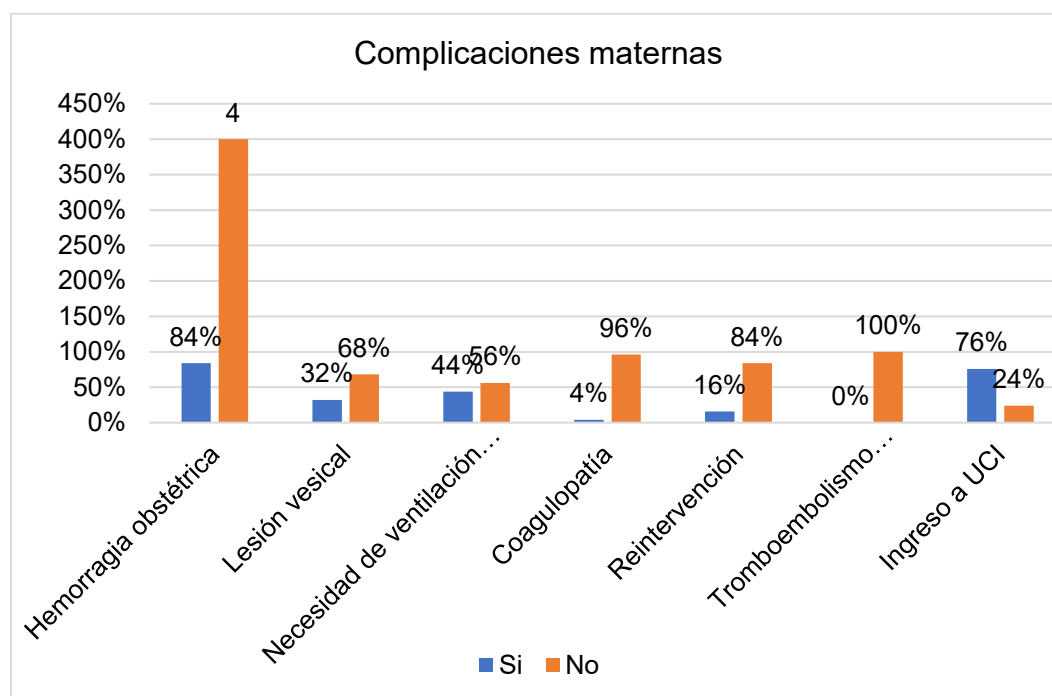
Fuente: tabla 1

Tabla 2. Distribución de las principales complicaciones quirúrgicas en pacientes con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario atendidas en el servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el período mayo 2024–mayo 2026.

Complicaciones		Sí n (%)	No n (%)
Hemorragia obstétrica		21 (84.0)	4 (16.0)
Lesión vesical		8 (32.0)	17 (68.0)
Necesidad de ventilación asistida		11 (44.0)	14 (56.0)
Coagulopatía		1 (4.0)	24 (96.0)
Reintervención		4 (16.0)	21 (84.0)
Tromboembolismo pulmonar		0 (0.0)	25 (100.0)
Ingreso a UCI		19 (76.0)	6 (24.0)

Fuente: expediente clínico

Grafica 2. Distribución de las principales complicaciones quirúrgicas en pacientes con diagnóstico de espectro de acretismo placentario atendidas en el servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el período mayo 2024–mayo 2026.



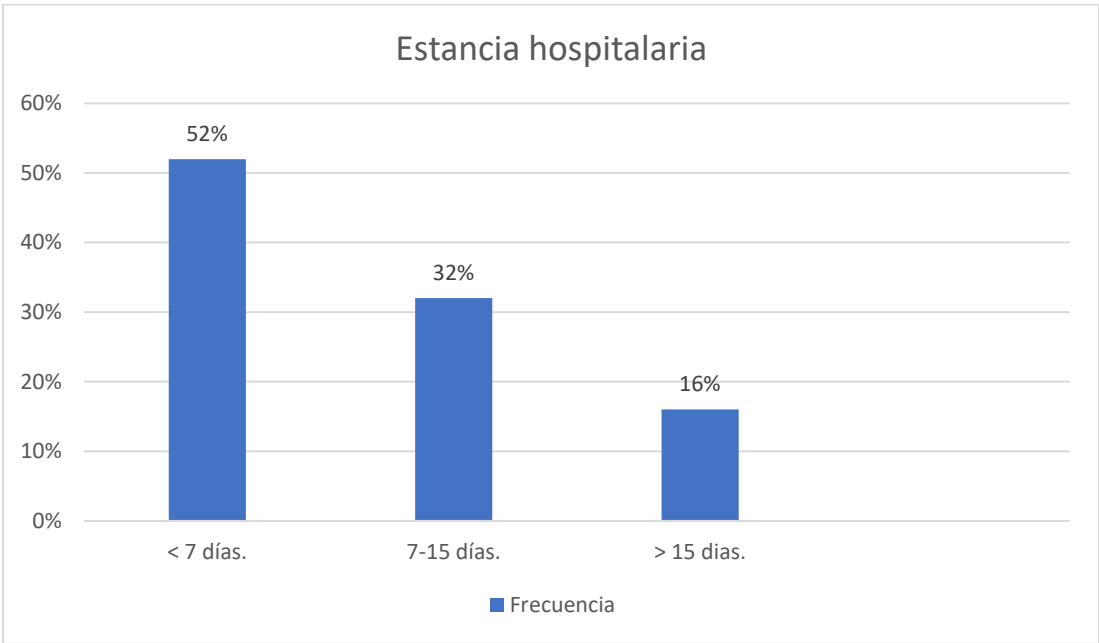
Fuente: tabla 2

Tabla 3. Distribución del tiempo de estancia hospitalaria en pacientes con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario atendidas en el servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el período mayo 2024–mayo 2026.

Estancia hospitalaria	Frecuencia	Porcentaje
< 7 días.	13	52%
7-15 días.	8	32%
> 15 días.	4	16%
Total	25	100%

Fuente: expediente clínico

Gráfico 3. Distribución del tiempo de estancia hospitalaria en pacientes con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario atendidas en el servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el período mayo 2024–mayo 2026.



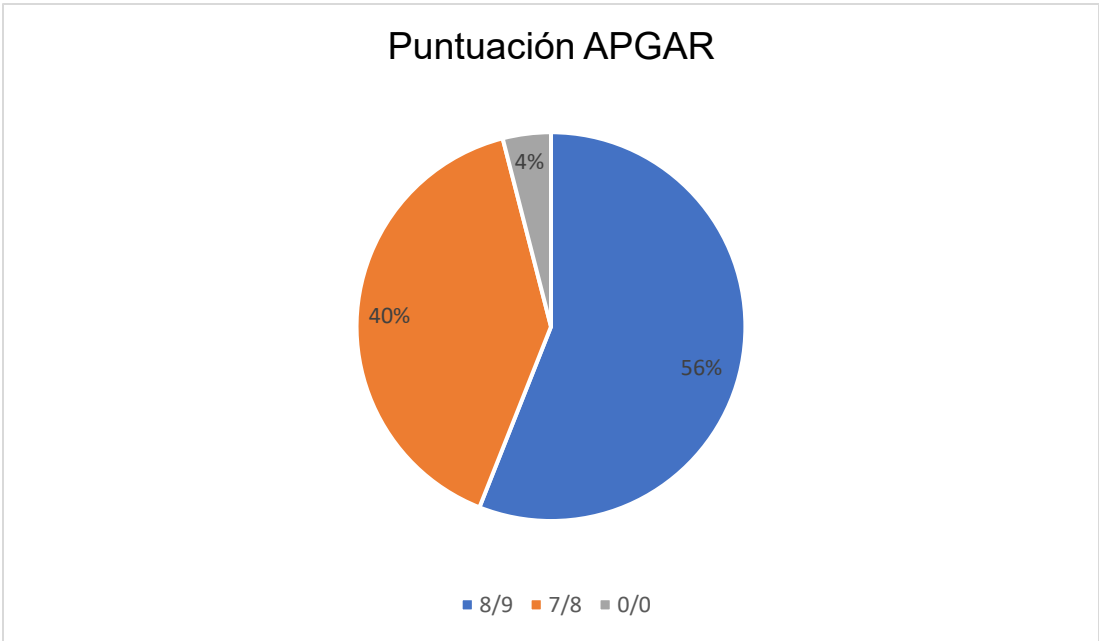
Fuente: tabla 3

Tabla 4. Distribución de la puntuación APGAR de los neonatos en pacientes con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario atendidas en el servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el período mayo 2024–mayo 2026.

Puntuación APGAR	Frecuencia	Porcentaje
8/9	14	56%
7/8	10	40%
6/7	1	4%
Total	25	100%

Fuente: expediente clínico

Gráfico 4. Distribución de la puntuación APGAR de los neonatos en pacientes con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario atendidas en el servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el período mayo 2024–mayo 2026.



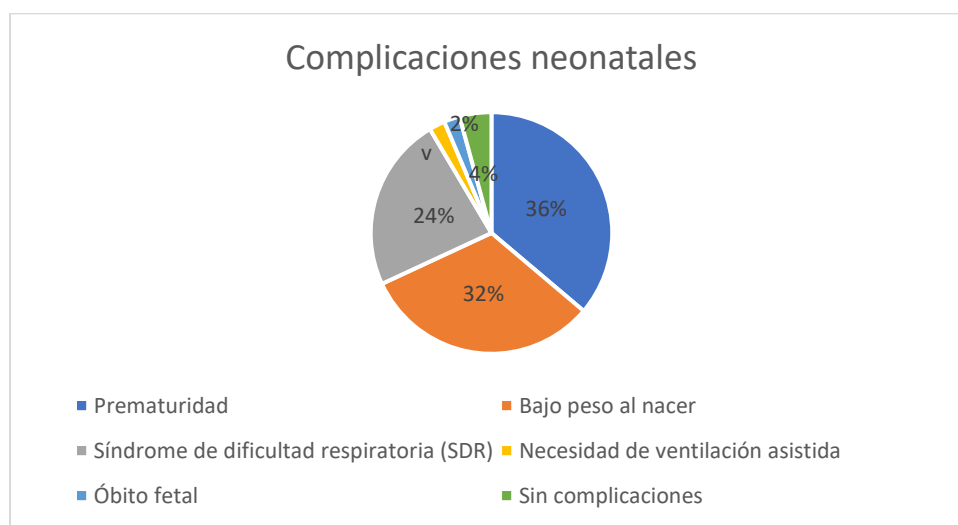
Fuente: tabla 4

Tabla 5. Distribución de las complicaciones de los neonatos en pacientes con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario atendidas en el servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el período mayo 2024–mayo 2026.

Complicaciones neonatales	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Prematuridad	17	68.0
Bajo peso al nacer	15	60.0
Síndrome de dificultad respiratoria (SDR)	11	44.0
Necesidad de ventilación asistida	1	4.0
Óbito fetal	1	4.0
Sin complicaciones	2	8.0

Fuente: expediente clínico

Gráfico 5. Distribución de las complicaciones de los neonatos en pacientes con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario atendidas en el servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el período mayo 2024–mayo 2026.



Fuente: tabla 5

Tabla 6. Distribución de los resultados histopatológicos en pacientes con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario atendidas en el servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el período mayo 2024–mayo 2026.

Resultados histopatológicos	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Acretismo	23	92%
Sin evidencia de acretismo	2	8%
Total	25	100%

Fuente: expediente clínico

Gráfico 6. Distribución de los resultados histopatológicos en pacientes con diagnóstico prenatal por imágenes de espectro de acretismo placentario atendidas en el servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el período mayo 2024–mayo 2026.



Fuente: tabla 6

Tabla 7. Distribución de la concordancia entre los hallazgos por sonografía y resonancia magnética con el diagnóstico histopatológico definitivo en pacientes con diagnóstico de espectro de acretismo placentario atendidas en el servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el período mayo 2024–mayo 2026.

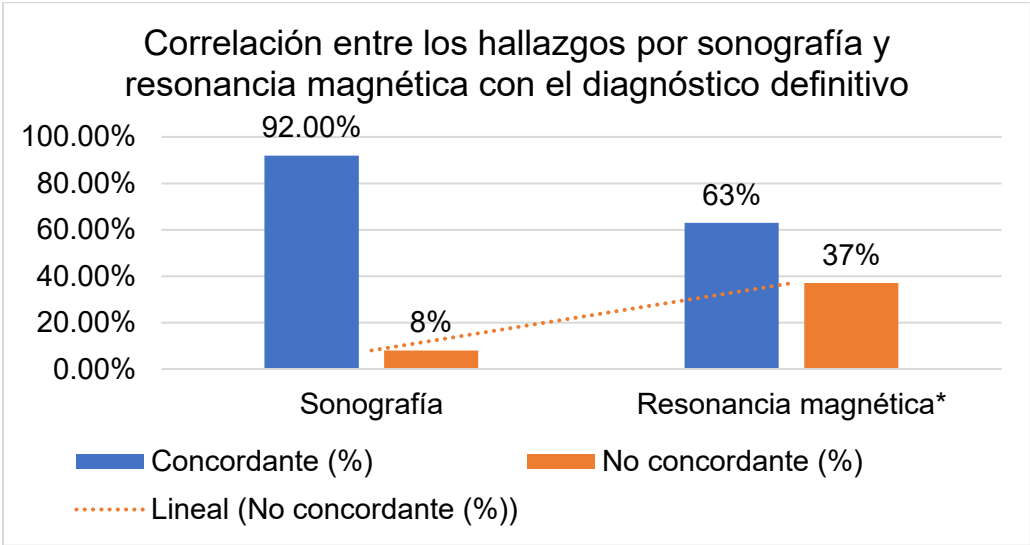
Método diagnóstico	Concordante n (%)	No concordante n (%)	Total
Sonografía	23 (92.0)	2 (8.0)	25 (100.0)
Resonancia magnética*	12 (63.2)	7 (36.8)	19 (100.0)

Fuente: expediente clínico

Prueba exacta de Fisher = 0.027

Nota: Se consideró concordancia cuando los hallazgos por imagen coincidieron con el diagnóstico histopatológico definitivo. *Se excluyeron 6 pacientes a quienes no se les realizó resonancia magnética.

Gráfico 7. Distribución de la concordancia entre los hallazgos por sonografía y resonancia magnética con el diagnóstico histopatológico definitivo en pacientes con diagnóstico de espectro de acretismo placentario atendidas en el servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital General de la Plaza de la Salud durante el período mayo 2024–mayo 2026.



Fuente: tabla

CAPÍTULO 5: DISCUSION Y CONCLUSIONES

5.1 Discusión

El espectro de acretismo placentario constituye una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal a nivel mundial, especialmente en pacientes con antecedentes de cesáreas previas y placenta previa. En el presente estudio se observó que el 72.0% de las pacientes presentaban cuatro o más gestaciones y el 88.0% tenían antecedentes de dos o más cesáreas. Estos hallazgos coinciden con la literatura científica que identifica la multiparidad y las cicatrices uterinas previas como factores de riesgo determinantes para el desarrollo de esta entidad. La elevada frecuencia de cesáreas previas observada en esta investigación refuerza la teoría de que el incremento de las intervenciones quirúrgicas uterinas ha contribuido al aumento de la incidencia del espectro de acretismo placentario durante las últimas décadas.^{11,15}

En relación con las complicaciones maternas, la hemorragia obstétrica fue la más frecuente, presentándose en el 84.0% de las pacientes, seguida por el ingreso a la unidad de cuidados intensivos (76.0%) y la necesidad de ventilación asistida (44.0%). Estos hallazgos evidencian la elevada complejidad clínica y quirúrgica de esta patología, así como la necesidad de un manejo multidisciplinario especializado. Los resultados son comparables a los reportados por Kristoffle Soza, quien encontró que el 83% de las pacientes requirió ingreso a cuidados intensivos y presentó importantes pérdidas hemáticas durante el procedimiento quirúrgico. De igual forma, Hernández Parra reportó una elevada frecuencia de complicaciones maternas, observando que el 57.1% de las pacientes presentó alguna complicación asociada al acretismo placentario y que el 19% requirió ingreso a UCI. Las diferencias observadas entre los estudios podrían explicarse por las características de la población analizada, el grado de invasión placentaria, la oportunidad del diagnóstico prenatal y las variaciones en los protocolos institucionales de manejo.^{17,24}

Respecto a la estancia hospitalaria, más de la mitad de las pacientes permaneció ingresada menos de siete días; sin embargo, el 48.0% requirió una estancia igual o superior a siete días. Este hallazgo probablemente se relaciona con la necesidad de vigilancia posoperatoria estrecha, manejo de complicaciones hemorrágicas y

seguimiento multidisciplinario, aspectos frecuentemente asociados a pacientes con espectro de acretismo placentario.^{2,15}

En cuanto a los resultados neonatales, la mayoría de los recién nacidos presentó puntuaciones APGAR favorables, predominando la categoría 8/9 (56.0%), lo que sugiere una adecuada adaptación neonatal inmediata en la mayoría de los casos. No obstante, las complicaciones neonatales fueron frecuentes, destacándose la prematuridad (68.0%), el bajo peso al nacer (60.0%) y el síndrome de dificultad respiratoria (44.0%). Estos hallazgos guardan relación con lo descrito por Kristoffle Soza, quien reportó una edad gestacional promedio de 35 semanas al nacimiento y una elevada necesidad de atención neonatal especializada. La alta frecuencia de prematuridad observada en este estudio podría explicarse por la necesidad de finalizar el embarazo de manera programada antes del término con el objetivo de disminuir el riesgo de hemorragia materna severa y otras complicaciones potencialmente mortales.³

El diagnóstico histopatológico confirmó la presencia de espectro de acretismo placentario en el 92.0% de los casos estudiados. Este resultado demuestra una elevada correlación entre la sospecha diagnóstica prenatal y el diagnóstico definitivo, lo que evidencia una adecuada selección de pacientes de alto riesgo por parte de la Unidad de Medicina Materno Fetal y resalta la importancia de la evaluación prenatal especializada.¹¹

En relación con la concordancia de los métodos de imagen con el diagnóstico histopatológico definitivo, la sonografía mostró concordancia en el 92.0% de los casos, mientras que la resonancia magnética presentó concordancia en el 63.2% de las pacientes evaluadas. La diferencia observada fue estadísticamente significativa ($p=0.027$). Estos resultados coinciden parcialmente con los reportados por García Espinosa, quien encontró una precisión diagnóstica global superior al 80% y una elevada concordancia entre los hallazgos ultrasonográficos y anatomopatológicos. Asimismo, Parra Anaya destacó la utilidad del ultrasonido para la detección prenatal del espectro de acretismo placentario, reportando una sensibilidad del 70%, aunque observó una sensibilidad superior para la resonancia magnética y el Doppler color.⁴

Las diferencias encontradas entre los resultados de la presente investigación y algunos estudios previos podrían estar relacionadas con el reducido tamaño muestral, el hecho de que todas las pacientes incluidas presentaban sospecha ecográfica inicial de acretismo placentario y que la resonancia magnética no fue realizada en la totalidad de los casos. Estas circunstancias limitan la evaluación completa del rendimiento diagnóstico de ambos métodos y deben considerarse al interpretar los resultados.⁷

Por otra parte, los hallazgos difieren de los reportados en la tesis realizada en el Hospital Docente Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, donde no se encontró una adecuada relación entre los hallazgos sonográficos y los resultados histopatológicos. Esta discrepancia podría atribuirse a diferencias metodológicas, variaciones en los criterios diagnósticos empleados, tamaño muestral y experiencia de los equipos especializados encargados de la evaluación prenatal.²¹

Finalmente, los resultados obtenidos confirman que el espectro de acretismo placentario continúa representando una condición de alto riesgo materno y neonatal. Asimismo, evidencian que la sonografía constituye una herramienta de gran utilidad para la identificación prenatal de esta entidad, mostrando una elevada concordancia con el diagnóstico histopatológico definitivo. La resonancia magnética debe considerarse un método complementario en casos seleccionados o cuando existan dudas diagnósticas tras la evaluación ultrasonográfica, contribuyendo a una adecuada planificación terapéutica y a la reducción de las complicaciones materno-neonatales.⁴

5.2 Conclusiones

1. En relación con los antecedentes obstétricos, se encontró que el espectro de acretismo placentario fue más frecuente en pacientes multigestas, predominando aquellas con cuatro o más gestaciones (72.0%) y con antecedente de dos cesáreas previas (60.0%), lo que reafirma la importancia de estos factores como antecedentes asociados a esta patología.
2. Respecto a las repercusiones maternas, la hemorragia obstétrica constituyó la complicación más frecuente (84.0%), seguida del ingreso a la unidad de cuidados intensivos (76.0%) y la necesidad de ventilación asistida (44.0%), evidenciando la elevada morbilidad materna asociada al espectro de acretismo placentario.
3. En cuanto a la estancia hospitalaria, más de la mitad de las pacientes (52.0%) permanecieron hospitalizadas menos de siete días, mientras que el 48.0% requirió una estancia igual o superior a siete días, reflejando la complejidad del manejo clínico de esta condición.
4. En relación con el estado neonatal al nacimiento, la mayoría de los recién nacidos presentó puntuaciones APGAR favorables, predominando la categoría 8/9 (56.0%), lo que indica una adecuada adaptación neonatal inmediata en la mayor parte de los casos.
5. Las principales complicaciones neonatales fueron la prematuridad (68.0%), el bajo peso al nacer (60.0%) y el síndrome de dificultad respiratoria (44.0%), constituyendo las repercusiones perinatales más relevantes asociadas al espectro de acretismo placentario.
6. El diagnóstico histopatológico confirmó la presencia de espectro de acretismo placentario en el 92.0% de las pacientes estudiadas, constituyéndose como el método definitivo para la confirmación diagnóstica de esta entidad.

7. La sonografía mostró una mayor concordancia con el diagnóstico histopatológico definitivo que la resonancia magnética (92.0% vs. 63.2%), observándose una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.027$). En la población estudiada, estos hallazgos sugieren una adecuada correlación entre la sonografía prenatal y el diagnóstico definitivo del espectro de acretismo placentario.

CAPÍTULO 6: RECOMENDACIONES

Recomendaciones

1. Al Servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital General de la Plaza de la Salud:

Fortalecer los protocolos de tamizaje prenatal en pacientes con antecedentes de cesáreas previas, placenta previa y multiparidad, debido a su estrecha asociación con el espectro de acretismo placentario.

2. Al personal médico encargado de la atención prenatal:

Promover la identificación temprana de pacientes con factores de riesgo para espectro de acretismo placentario mediante una evaluación clínica e imagenológica oportuna, con el fin de optimizar la planificación terapéutica y disminuir las complicaciones maternas y neonatales.

3. A los especialistas en diagnóstico por imágenes:

Mantener la sonografía como método de primera línea para la evaluación prenatal del espectro de acretismo placentario, dada la elevada concordancia observada con el diagnóstico histopatológico definitivo en la población estudiada.

4. A los centros de referencia materno-fetal:

Considerar la resonancia magnética como herramienta complementaria en casos seleccionados.

5. A los servicios de obstetricia y cuidados críticos:

Garantizar la disponibilidad de equipos multidisciplinarios conformados por especialistas en medicina materno-fetal, anestesiología, cirugía, urología, ginecología oncológica, cuidados intensivos, neonatología y banco de sangre para el manejo integral de pacientes con diagnóstico por imágenes de espectro de acretismo placentario.

Elaborar un protocolo quirúrgico asistencial específico con el equipo instrumental y personal adecuado buscando disminuir riesgos y complicaciones.

Utilizar procedimientos adyuvantes tales como colocación de balones de oclusión vascular, cateterización ureteral profiláctica; así como desvascularización uterina preventiva para disminuir el riesgo de aparición de hemorragia, mejorar la visualización del campo quirúrgico y evitar lesiones de órganos vecinos.

6. A los programas de salud materna:

Implementar estrategias orientadas a disminuir la tasa de cesáreas innecesarias, considerando que la cirugía uterina previa constituye el principal factor de riesgo asociado al desarrollo del espectro de acretismo placentario.

7. A futuros investigadores:

Realizar estudios multicéntricos con un mayor tamaño muestral que permitan evaluar con mayor precisión el valor diagnóstico de la sonografía y la resonancia magnética, así como los factores asociados a las complicaciones materno-neonatales del espectro de acretismo placentario.

Referencias bibliográficas

1. Lopez, m. (2023, julio 23). Anomalías placentarias: placenta previa, placenta accreta y vasa previa [protocolo]. Hospital clínic- hospital sant joan de déu- universitat de barcelona. <https://fetalmedicinebarcelona.org/protocolos/protocolo-placenta-previa-placenta-accreta-vasa-previa/>.
2. Garita, e. (2022). Acretismo placentario: revisión bibliográfica. Revista ciencia y salud integrando conocimientos, 6 (2), 39-48. [Doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i2.390](https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i2.390).
3. Graciela, c. (2021, octubre 11). El 90 por ciento de los partos en los centros privados son cesareas. Diario libre. Retrieved february 25, 2026, disponible en: <https://www.diariolibre.com/actualidad/salud/el-90-por-ciento-de-los-partos-en-los-centros-privados-son-cesareas-am29258796>.
4. Kristoffe, a. (2020). Resultados perinatales en pacientes con espectro de placenta accreta atendidas en el hospital escuela bertha calderón roque años 2019 y 2020. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/16097/1/16097.pdf>.
5. Parra, g. (2019). Acretismo diagnóstico prenatal mediante ultrasonido y resonancia magnética y su correlación histopatológica en barranquilla (colombia), revista colombiana de obstetricia y ginecología 60(3):281-285, doi:10.18597/rcog.333.
6. Garcia, m. (2025). Precisión diagnóstica y concordancia ecográfica-anatomopatológica del espectro de acretismo en pacientes con inserción anómala de placenta, ginecol. Obstet. Méx, 2 (11), <https://doi.org/10.24245/gom.v92i11.14>.
7. Hernandez, p. (2018). Complicaciones maternas del acretismo placentario ocurridos en el instituto nacional materno perinatal durante los años de 2016 y 2017. Repositorio institucional upsjb, universidad privada san juan bautista. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14308/1649>.
8. Castanos, I. Análisis comparativo de los datos sonográficos, los hallazgos transquirúrgicos y los resultados histopatológicos en las pacientes con acretismo placentario atendidas en el hospital maternidad nuestra señora de la altagracia en el período 2019-2022. República dominicana.

9. Edu.gt. [citado el 19 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2019/123.pdf>
10. Garita mendez e, salas morgan jp, angulo moya lc. (2022). Acretismo placentario: revisión bibliográfica. Revista ciencia y salud integrando conocimientos [internet]. [citado el 19 de mayo de 2023];6(2):ág. 39-48. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/390>.
11. Jauniaux e, ayres de campos d, langhoff-roos j, fox k, collins s. (2019). Figo placenta accreta diagnosis and management expert consensus panel. Figo classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. Int j gynecol obstet; 146: 20-24 doi: 10.1002/ijgo.12761.
12. Moldenhauer js. (2023). Acretismo placentario (placenta accreta) [internet]. Manual msd versión para profesionales. [citado el 14 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://www.msdmanuals.com/es-do/professional/ginecolog%
c3%ada-y-obstetricia/anomal%
c3%adas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/acretismo-placentario-placenta-accreta](https://www.msdmanuals.com/es-do/professional/ginecolog%c3%ada-y-obstetricia/anomal%c3%adas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/acretismo-placentario-placenta-accreta)
13. Michael, p. N. (2014). Always be vigilant for placenta accreta. The american journal of obstetrics and gynecology, 87-88. Doi: 10.1016/j.ajog.2014.04.037.
14. Garcia, v. (2024). Diagnóstico prenatal de espectro de acretismo placentario y su manejo. A propósito de un caso. Rev. Méd. Urug, 40 (2), <https://doi.org/10.29193/rmu.40.2.5>.
15. american college of obstetricians and gynecologists (2018). Obstetric care consensus no. 7: placenta accreta spectrum. Obstet gynecol, 132(6):e259-e275. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002983>.
16. Fratelli n, profumo f, maggi c, cavalli c, sciarrone a, garofalo a, et al. (2022). (antenatal diagnosis of placental adhesion disorders) working group. Third-trimester ultrasound for antenatal diagnosis of placenta accreta spectrum in women with placenta previa: results from the adopad study. Ultrasound obstet gynecol. 60(3):381-9. Doi: 10.1002/uog.24889.
17. Silver rm, barbour kd. (2015). Placenta accreta spectrum: accreta, increta, and percreta. Obstet gynecol clin north am; 42(2):381-402. Doi: 10.1016/j.ogc.2015.01.014.

18. Acta obstet gynecol scand. 2018 oct;97(10):1219-1227.
19. Shubhra, a. (2020). Role of placenta accreta index in prediction of morbidly adherent placenta: a reliability study, ultrasound, 29(2):92–99. Doi: 10.1177/1742271x20959742.
20. Rivera hechem, h., cervera araez, a., mattiello , g., & alvarez guzman, g. (2024). Diagnóstico prenatal de acretismo placentario por resonancia magnética. Seram, 1(1). Recuperado a partir de <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/10015>.
21. Toledano, r.d, leffert, l.r. (2017). Anesthetic and obstetric management of placenta accreta: clinical experience and available evidence. Current anesthesiology reports (7):93-102. Doi: 10.1007/s40140-017-0200-2.
22. Jolley, j.a. Nageotte, m.p. Wing, d.a. (2012) management of placenta accreta: a survey of maternal-fetal medicine practitioners. The journal of maternal-fetal medicine (25):756-760. Doi: 10.3109/14767058.2011.594467.
23. Nguyen-lu, n. Carvahlo, j.c. Kingdom, j. (2016) mode of anesthesia and clinical outcomes of patients undergoing cesarean delivery for invasive placentation: a retrospective cohort of 50 consecutive cases. Canadian journal of anesthesia (63):1233-1244. Doi: 10.1007/s12630-016-0695-x.
24. Carrillo ap, chandharan e. (2019). Placenta accreta spectrum: risk factors, diagnosis and management with special reference to the triple p procedure. Women's health, 15:1–8. Doi:10.1177/1745506519878081.
25. Peng x, tan x, wu z. (2024). Prenatal ultrasound scoring in diagnosis and postpartum outcomes prediction for placenta accreta spectrum (pas): a systematic review. BMC pregnancy childbirth [internet], 24(1):846. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-024-07076-9>.

Anexos

REPÚBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA



REPERCUSIONES MATERNO-NEONATALES Y VALOR DIAGNOSTICO
PRENATAL POR IMÁGENES DEL ESPECTRO DE ACRETISMO PLACENTARIO EN
PACIENTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL
HOSPITAL GENERAL DE LA PLAZA DE LA SALUD EN EL PERIODO DE MAYO
2024- MAYO 2026.

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

1. Antecedentes obstétricos:

- ☐ Cesárea anterior, si la respuesta es sí; ¿cuántas?
- ☐ Aborto.
- ☐ Embarazo ectópico.
- ☐ Parto vaginal.

2. Complicaciones quirúrgicas en el actual embarazo:

- ☐ Hemorragia obstétrica, especificar cantidad de sangrado.
- ☐ Coagulopatía.
- ☐ Lesión vesical.
- ☐ Lesión intestinal.
- ☐ Tromboembolismo pulmonar.
- ☐ Reintervención quirúrgica.
- ☐ Ingreso a UCI.

3. Estancia hospitalaria:

☐ < 7 días.

☐ 7-15 días.

☐ > 15 días.

4. Puntuación Apgar del recién nacido:

☐ 9/10

☐ 8/9

☐ 7/8

☐ 6/7

☐ 0/0

5. Complicaciones neonatales:

☐ Ingreso a UCIN.

☐ Prematuridad.

☐ RCF.

☐ Bajo peso al nacer.

☐ SDR.

☐ Necesidad de ventilación asistida.

6. Resultados de sonografía Doppler:

☐ Datos a favor de acretismo placentario.

☐ Sin evidencia de datos de acretismo placentario.

7. Resultados de resonancia magnética de pelvis:

☐ Datos a favor de acretismo placentario.

☐ Sin evidencia de datos de acretismo placentario.

8. Hallazgos histopatológicos:

☐ Acretismo placentario.

☐ Sin evidencia de acretismo placentario.



CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Nombre Completo	Adani Carolina Quezada Solano
Matrícula o código institucional	241609
Correo Electrónico Institucional	adani_quezada@hotmail.com
Carrera/Posición:	Otra
Estado del examen	Aprobado
Número de Certificación	DIAIRB2025-1888
Fecha	lunes, mayo 25, 2026

Michael A. Alcántara-Minaya, MD
Coordinador Comité de Ética
Vicerrectoría de Investigación e Innovación
Universidad Iberoamericana (UNIBE)



Aplicación Completa para Estudiantes

Código de Aplicación ACECEI2026-566

Nombre del Estudiante #1 Adani Carolina Quezada Solano

Matrícula del Estudiante #1 241609

Nombre del Proyecto de Investigación

REPERCUSIONES MATERNO-NEONATALES Y VALOR DIAGNOSTICO PRENATAL POR IMÁGENES DEL ESPECTRO DE ACRETISMO PLACENTARIO EN PACIENTES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL HOSPITAL GENERAL DE LA PLAZA DE LA SALUD EN EL PERIODO DE MAYO 2024-MAYO 2026.

ESTADO DE LA APLICACIÓN

APROBADO

Código de Aplicación ACECEI2026-566

Postgrado o Maestría que cursa: Medicina Materno Fetal

Nombre del Profesor o Asesor: Violeta Gonzalez

Correo Electrónico del Profesor o Asesor: vgonzalez@hgps.org.do

Tipo de Investigación observacional, descriptivo, transversal de cohorte retrospectivo.

Indique la categoría que mejor describe su investigación Trabajo final de posgrado/maestría

Los fondos de este proyecto son Personales

El estudio es: Retrospectivo

El estudio tiene un enfoque: Cuantitativo

El diseño del estudio es: No Experimental

Descripción del diseño de estudio

Descripción del diseño de estudio

Experimental (con asignación aleatoria)

Ejemplos: pretest-posttest con grupo control, tratamientos alternos con pretest, longitudinales, factoriales, cruzados, entre otros.

Cuasi Experimental

Ejemplos: series temporales, series temporales interrumpidas, caso control, con grupo control sin pretest, entre otros.

No Experimental

Ejemplos: correlacional, observacional, estudio de caso, entre otros.

Describe brevemente el problema de la investigación y el procedimiento que utilizará en su investigación. Incluya la HIPÓTESIS y describa los procedimientos con detalle.

Las anomalías del espectro placenta acreta (PAS) se definen como aquella situación en que el trofoblasto se implanta de forma anormal al miometrio y/o a órganos vecinos. Se ha asociado con una elevada mortalidad materna de hasta el 7%.

Su morbilidad asociada está principalmente causada por el elevado riesgo de hemorragia masiva, necesidad de transfusiones, distrés respiratorio, tromboembolismo, infección intraabdominal y lesión de órganos vecinos; también pueden estar presentes repercusiones neonatales principalmente relacionadas con la prematuridad y bajo peso al nacer. El diagnóstico antenatal preciso de la placenta adherida mórbidamente tiene el potencial de mejorar significativamente los resultados maternos- neonatales.

Queda claro por todo lo expuesto la importancia de investigar sobre las repercusiones materno-neonatales de esta entidad y el valor diagnóstico prenatal por imágenes de la misma con el fin de tener un mejor abordaje clínico-quirúrgico y concientizar sobre los factores potencialmente predisponentes que podemos modificar en nuestra práctica diaria.

La información se obtendrá a través de formularios estructurados que contienen preguntas específicas dirigidas a la revisión de registros médicos y bases de datos de las pacientes que asistieron a la unidad de medicina materno fetal del Hospital General Plaza de la Salud en el periodo mayo 2024- mayo 2026, que tuvieron sospecha diagnóstica de espectro de acretismo placentario.

Describe los participantes de su investigación. Incluya la muestra esperada, cálculo de muestra, edad, estado civil, etc.

todas las pacientes que presentaron sospecha diagnóstica de espectro de acretismo placentario que fueron asistidas en la Unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital General Plaza de la Salud en el periodo mayo 2024 – mayo 2026 y sus neonatos.

mayores de 18 años.

La selección de la muestra será:

No probabilística

Describa las técnicas que utilizará para reclutar sus participantes

Criterios de inclusion.

- Pacientes con un embarazo, que hayan tenido sospecha diagnostica por ultrasonido de espectro de acretismo placentario y sus neonatos.
- Pacientes que hayan acudido a la unidad de medicina materno fetal entre el periodo mayo 2024-mayo 2026.
- Pacientes que hayan leído y llenado el consentimiento informado para participar en el estudio.

La muestra está conformada por grupos vulnerables:

Si

Indique si sus participantes serán seleccionados por alguna de las siguientes características (seleccione todas las que aplican)

Embarazo

¿Cuáles procedimientos implementará para asegurar la protección de grupos vulnerables?

Codificación de los datos y acceso restringido a la base de datos.

¿Sus participantes recibirán alguna remuneración o recompensa?

No

Describa los pasos que tomará para proteger la confidencialidad de los participantes y sus datos .

Codificación de los datos y acceso restringido a la base de datos.

¿Su investigación utilizará engaños o señuelos?

No

Describa los potenciales beneficios para los participantes de esta investigación (cualquier remuneración por participación no se incluye como parte de los beneficios):

Estableciendo el comportamiento referente a las repercusiones materno- neonatales y el valor diagnóstico por imágenes del espectro de acretismo placentario podemos tener un mejor abordaje clínico-quirúrgico y concientizar sobre los factores potencialmente predisponentes que podemos modificar en nuestra práctica diaria.

¿Cómo manejarán posibles reacciones negativas de los participantes a la investigación?

La información se obtendrá de expedientes clínicos.

Describa los procedimientos estadísticos que utilizará en su investigación. Especifique que tipo de pruebas y análisis espera realizar.

Los datos fueron organizados y procesados en una base de datos de Microsoft Excel. Se realizó un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos. Para evaluar la asociación entre variables categóricas en la tabla analítica final se utilizó la prueba exacta de Fisher, considerando un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.

¿Cuál software o programa utilizará para los análisis estadísticos?

Microsoft Excel 2019.

Si ha recibido instrucción formal en el uso de este programa favor indicar el método

Taller ofrecido por una institución académica

Fecha estimada de recolección de datos

viernes, junio 12, 2026

Indique la institución donde llevará a cabo su recolección de datos

Hospital General De La Plaza De La Salud, Hospital Reynaldo Almanzar.

Por favor ANEXE:

1. La carta de clínicas/hospitales o instituciones externas que le permitirán acceso a sus expedientes o pacientes (la carta está disponible en la página web del Decanato de Investigación)
2. Aprobación o prueba de aplicación al CEI de la Institución donde levantará datos.
3. Cuestionarios o pruebas que se utilizarán o descripción extensa de los mismos.
4. Prueba de compra, acceso abierto o permiso para utilizar la prueba o cuestionario.
5. Certificación en Ética de Investigación.

*Las investigaciones realizadas con niños deben obtener el consentimiento de los padres o tutores legales del niño. Además del consentimiento escrito, el investigador debe obtener el consentimiento verbal del niño.

*En casos en los que el participante no sepa escribir, la firma se debe sustituir por una impresión de la huella dactilar del participante.

Si su muestra se reclutará en otra institución, por favor anexe una carta de la Institución que estará colaborando con usted. La carta debe identificar una persona de contacto.



carta a ferreras.docx

Anexe a esta aplicación una copia de los cuestionarios o pruebas que se utilizarán en la investigación. En caso de que estas pruebas no estén disponibles (porque no se han comprado o su reproducción no está permitida por la ley de derecho de autor y propiedad intelectual) describalas propiedades psicométricas de esta e incluya una breve descripción del uso de esta prueba en investigaciones previas o similares a esta. Si en esta investigación se van a crear los instrumentos, describa los procedimientos que utilizará para establecer la validez y confiabilidad de los instrumentos.

Anexe su certificación en ética de investigación.



formulariotesis.docx



Referencias

1. Dahlinger, A. & Yassaee, M. (2014). What types of research designs exist? University of St. Gallen.
2. Oxford Centre for Evidence Based Medicine. (marzo, 2009). Levels of Evidence.
3. Rohrig, B., Du Prel, J.B., Wachtlin, D., & Blettner, M. (2009). Types of studies in medical research. Deutsches Arzteblatt International, 106 (15), 262-8.
4. Shadish, W.R., Cook, T.D., & Campbell, D.T. (2002). Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference.

Curriculum Vitae del Estudiante #1



curriculum 2026.docx