

Comportamiento del Espectro de Acretismo Placentario en mujeres atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua – Nicaragua

Behavior of the Spectrum of Placental Accreta in Women Treated at the Bertha Calderón Roque Hospital, Managua – Nicaragua

Loiman Manuel Muñoz Flores¹

Yodir Abisai Pérez Arriola²

Armando José Poveda³

Cliffor Jerry Herrera Castrillo⁴

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo describir el comportamiento de los factores asociados en pacientes diagnosticadas con Espectro de Acretismo Placentario en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante el período enero-diciembre de 2022. Se empleó un diseño descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, mediante revisión de expedientes clínicos, lo que permitió identificar antecedentes obstétricos, comorbilidades y características sociodemográficas asociadas. Entre los factores de riesgo más prevalentes se identificaron las cesáreas previas (62%) y la placenta previa (85%), además de antecedentes de legrado uterino y abortos. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (43,44%), diabetes mellitus (28,33%) y obesidad (23,33%). El 90% de los casos fue diagnosticado prenatalmente mediante ecografía, confirmándose histopatológicamente en el 100%. En cuanto al perfil sociodemográfico, predominó el grupo etario menor de 30 años, con nivel educativo secundario y procedencia urbana (68%). Los hallazgos subrayan la fuerte asociación entre determinados antecedentes ginecoobstétricos y el desarrollo del Espectro de Acretismo Placentario, lo cual evidencia la importancia del tamizaje prenatal temprano y el manejo multidisciplinario en pacientes con factores predisponentes.

PALABRAS CLAVE: Acretismo, cesáreas, diagnóstico, espectro, placenta previa, tamizaje.

1- Egresado de la Carrera de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN-Managua), Correo: loiman.munoz18512017@estu.unan.edu.ni ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0309-3841>

2- Egresado de la Carrera de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN-Managua), Correo: yodir.perez18033210@estu.unan.edu.ni ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0309-3841>

3- Médico General y cirujano, especialista en Ginecología Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN-Managua), Correo: armando.poveda@unan.edu.ni ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-7009-5850>

4- Doctor en Matemática Aplicada y Tutor metodológico, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN-Managua), CUR-Esteli, Correo: cliffor.herrera@unan.edu.ni ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7663-2499>

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the behavior of associated factors in patients diagnosed with placental accreta spectrum at the Bertha Calderón Roque Hospital during the period January-December 2022. A descriptive, retrospective, cross-sectional design was used, reviewing clinical records to identify obstetric history, comorbidities, and associated sociodemographic characteristics. The most prevalent risk factors identified were previous cesarean sections (62%) and placenta previa (85%), in addition to a history of uterine curettage and abortions. The most frequent comorbidities were high blood pressure (43.44%), diabetes mellitus (28.33%), and obesity (23.33%). Ninety percent of cases were diagnosed prenatally by ultrasound and confirmed histopathologically in 100% of cases. In terms of sociodemographic profile, the predominant group was under 30 years of age, with a secondary education level and urban origin (68%). The findings underscore the strong association between certain gynecological and obstetric histories and the development of the placental accreta spectrum, highlighting the importance of early prenatal screening and multidisciplinary management in patients with predisposing factors.

KEYWORDS: acretism, cesarean sections, diagnosis, spectrum, placenta previa, screening.

INTRODUCCIÓN

El Espectro de Acretismo Placentario constituye una de las complicaciones obstétricas más complejas en la actualidad, debido a su impacto en la salud materna y perinatal, así como por las exigencias clínicas que implica su manejo. Esta condición se caracteriza por una adherencia anormal de la placenta al útero, lo que puede desencadenar complicaciones graves durante el embarazo, el parto y el puerperio, especialmente relacionadas con hemorragias severas y procedimientos quirúrgicos de alta complejidad.

En términos conceptuales, las guías actuales recomiendan el uso del término Espectro de Acretismo Placentario para agrupar las variantes acreta, increta y percreta, diferenciadas según el grado de invasión de las vellosidades coriales en el miometrio en ausencia de una decidua basal adecuada (Sáez Cantero, 2019). Esta clasificación permite comprender la progresión de la enfermedad y orientar tanto el diagnóstico como la intervención clínica.

Entre los principales factores de riesgo asociados destacan las cesáreas previas, consideradas el predictor más importante, así como la placenta previa, la edad materna avanzada, la multiparidad y antecedentes de intervenciones uterinas como legrados o infecciones (Ramírez Cabrera et al., 2020; Baltodano García, 2017). Estos factores incrementan significativamente la probabilidad de desarrollar la patología, especialmente cuando se presentan de forma combinada.

A nivel global, se ha evidenciado un incremento sostenido en la incidencia del Espectro de Acretismo Placentario, alcanzando entre 2 y 4 casos por cada 1.000 partos, fenómeno estrechamente relacionado con el aumento de cesáreas en las últimas décadas, contribuyendo además a un porcentaje significativo de la mortalidad materna (Roque-Hidalgo et al., 2026; Hernández Mendoza et al., 2018). Este comportamiento epidemiológico refleja una problemática emergente en los sistemas de salud.

En el contexto latinoamericano y nacional, diversos estudios han confirmado tendencias similares, destacando que las cesáreas previas y la placenta previa continúan siendo los factores más frecuentes, asociados a complicaciones como hemorragias severas, histerectomías y necesidad de transfusiones (Escalante García, 2022; Barreto Guevara, 2022; Puicón Olaya, 2021; Flores-Triana et al., 2023; Kristoffle Soza, 2021). Asimismo, se ha reportado un aumento en la incidencia y limitaciones en el diagnóstico oportuno, lo que incrementa el riesgo de desenlaces adversos (Martínez Domínguez, 2021).

Esta condición representa un problema de salud pública, ya que se asocia directamente con la hemorragia obstétrica, principal causa de muerte materna a nivel mundial, con mayor impacto en contextos de recursos limitados (Gamarra Choque & Pante Salas, 2022; Solórzano-Vázquez et al., 2016). Además, implica una alta demanda de recursos humanos, tecnológicos y económicos, lo que genera desafíos significativos para los sistemas de salud (Herrera-Castrillo et al., 2026; Chancay Pincay, 2022).

En este escenario, la prevención mediante la reducción de cesáreas innecesarias, junto con el diagnóstico prenatal temprano y la atención en centros especializados con equipos multidisciplinarios, se posicionan como estrategias clave para mejorar el pronóstico materno-fetal (Lazarte Minaya, 2022; Tenemasa Gavilanez, 2023; Pérez Caballero et al., 2017). En correspondencia con lo anterior, el presente estudio se propone describir el comportamiento de los factores asociados en mujeres diagnosticadas con Espectro de Acretismo Placentario atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el período enero a diciembre de 2022, con el fin de aportar evidencia contextual que contribuya a optimizar su identificación y manejo clínico.

Siendo el objetivo de este artículo describir el comportamiento de los factores asociados al Espectro de Acretismo Placentario en mujeres atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el período de enero a diciembre de 2022. Su hipótesis:

Hipótesis general:

Las pacientes con antecedentes de cesáreas previas y placenta previa presentan una mayor probabilidad de desarrollar Espectro de Acretismo Placentario en comparación con aquellas que no presentan dichos antecedentes.

Hipótesis nula (H_0):

No existe asociación significativa entre los antecedentes de cesáreas previas y placenta previa con la aparición del Espectro de Acretismo Placentario en la población estudiada.

Hipótesis alterna (H_1):

Existe una asociación significativa entre los antecedentes de cesáreas previas y placenta previa con la aparición del Espectro de Acretismo Placentario en la población estudiada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación

El estudio es de tipo descriptivo observacional de corte transversal. Se basa en la recolección de datos mediante la revisión de expedientes médicos de mujeres atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el periodo de enero a diciembre de 2022. Este diseño permite describir las características clínicas y epidemiológicas del Espectro de Acretismo Placentario en una población definida en un momento específico (Arias González et al., 2022; Guevara Alban et al., 2020).

Muestra y muestreo

Debido a que el total de casos confirmados de Espectro de Acretismo Placentario en el periodo de estudio fue de 60, se optó por un muestreo censal (Otzen & Manterola, 2017). Esta decisión permite una cobertura completa del fenómeno bajo estudio, minimizando el sesgo de selección y garantizando una mayor precisión descriptiva. Al trabajar con la totalidad del universo accesible, se evita la necesidad de estimar un tamaño muestral mediante fórmulas, asegurando la representatividad directa de los datos analizados.

Métodos, técnicas e instrumentos de recopilación de datos

La presente investigación se enmarca dentro del paradigma sociocrítico, pues plantea posibles soluciones a una problemática obstétrica real, como es el acretismo placentario, analizando sus efectos e impactos en la calidad de vida de los pacientes (Crespo Antepara, 2023).

El enfoque de la presente investigación se caracteriza por el empleo de datos cuantitativos y el análisis de información cualitativa, integrando y discutiendo de manera holístico-sistémica, diversos métodos y técnicas tanto cualitativas como cuantitativas. Por ello, se adopta un enfoque filosófico mixto de investigación (Hernández Sampieri et al., 2014)

Para la recolección de datos, se emplearon las siguientes técnicas:

- Ficha Clínica

La ficha de recolección de datos es una herramienta diseñada para organizar y buscar los elementos clave necesarios para responder a los objetivos específicos de esta investigación. Su estructura incluye: características sociodemográficas, antecedentes obstétricos, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos personales, hallazgos ecográficos sugerentes de Espectro de Acretismo Placentario y resultados histopatológicos (Vanegas Jarquín et al., 2015). La información se valida a partir de la historia clínica perinatal y los registros del expediente médico.

- Historia Clínica Perinatal

La historia clínica perinatal es un instrumento utilizado para apoyar las decisiones clínicas en el manejo de la mujer embarazada durante la atención prenatal, el parto, el puerperio y el seguimiento del recién nacido hasta el alta hospitalaria (Vanegas Jarquín et al., 2015). Esta ficha clínica contiene diez componentes principales: 1) Datos generales del paciente, 2) Antecedentes personales y familiares, obstétricos, 3) Información de la gestación actual, 4) Datos del parto o aborto, 5) Enfermedades durante la gestación, parto o puerperio, 6) Datos del recién nacido, 7) Estado del puerperio inmediato, 8) Egreso del recién nacido, 9) Egreso materno, y 10) Anticoncepción.

En este estudio, se seleccionaron únicamente aquellos datos que reflejen la condición de antecedentes preconceptionales de pacientes que cumplan con los criterios de inclusión definidos.

Procedimientos para la Recolección de Datos

Selección de Datos a partir de una Revisión Documental de Fichas Clínicas

En esta fase, se calculó el tamaño de muestra considerando una población finita, ya que el estudio es de tipo descriptivo. La selección de los pacientes se realizó de manera aleatoria, incluyendo únicamente aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión previamente establecidos (Vanegas Jarquín et al., 2015).

Para la recolección de datos, se utilizó una ficha clínica perinatal (descrita en el capítulo anterior), construida a partir de la información obtenida durante la atención prenatal de los pacientes. A partir de esta ficha, se extrajeron los datos clínicos relevantes para el estudio, con el fin de construir una base de datos para su posterior análisis estadístico.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

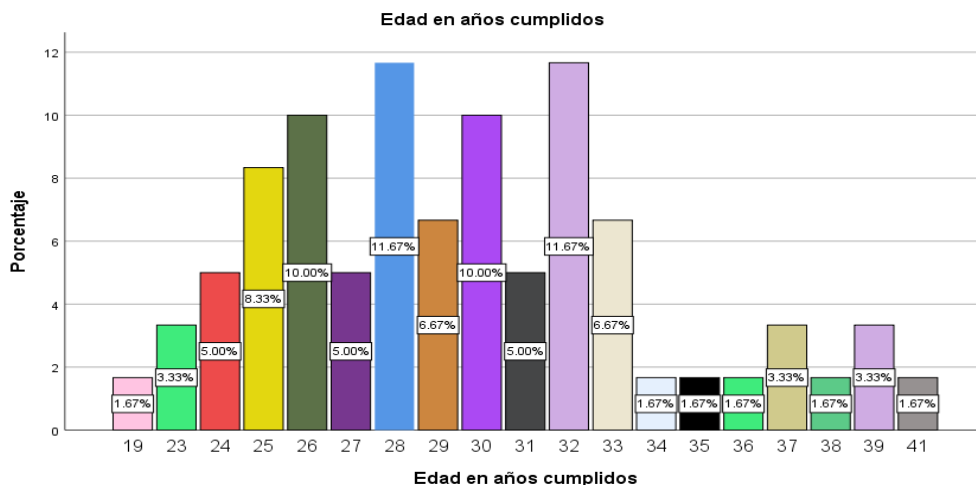
La presente sección expone los hallazgos obtenidos a partir del análisis de los datos recolectados en las fichas clínicas de las pacientes diagnosticadas con Espectro de Acretismo Placentario en el Hospital Bertha Calderón Roque, durante el período de enero a diciembre de 2022. Se presenta una interpretación detallada de las variables sociodemográficas, antecedentes clínicos y obstétricos, así como del diagnóstico prenatal y confirmación histopatológica, contrastando los resultados con la literatura científica nacional e internacional. Este análisis permite comprender el comportamiento de los factores asociados al Espectro de Acretismo Placentario y fundamenta la propuesta de acciones para su diagnóstico y manejo oportuno en contextos similares.

Caracterización sociodemográfica de la población en estudio

Para el procesamiento de los resultados, se trabajó con una población de 60 pacientes, de los cuales se presentaron en su totalidad en el diagnóstico confirmado de acretismo placentario en diferentes grados.

Figura 1

Edad de los pacientes



Nota. Distribución de la edad de las pacientes diagnosticadas con acretismo placentario atendidas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, enero–diciembre de 2022.

En cuanto a la distribución, la mayor proporción de casos se concentró en el grupo de 25 a 29 años, seguido del intervalo de 30 a 34 años, evidenciando una predominancia en mujeres jóvenes. Este comportamiento sugiere que, en el contexto nicaragüense, los factores de riesgo obstétricos pueden manifestarse a edades tempranas, en contraste con la literatura internacional que asocia esta patología con edades maternas avanzadas, lo que refuerza la necesidad de vigilancia prenatal especializada incluso en mujeres menores de 30 años con antecedentes de riesgo.

En la figura 1 se describe la distribución de las edades encontrándose una media entre las pacientes estudiadas de 30 años. La edad mínima fue de 19 años y la máxima de 41 años.

En el análisis sociodemográfico, se observó que la mayor proporción de mujeres con diagnóstico de Espectro de Acretismo Placentario correspondía al grupo etario de 25 a 29 años, seguido por el grupo de 30 a 34 años. Esta distribución indica una mayor tendencia a la concentración de casos en mujeres que cursan embarazos en etapas reproductivas relativamente tempranas.

Tabla 1

Medidas de tendencia Central

Media	Mediana	Moda
29.60	29.00	28

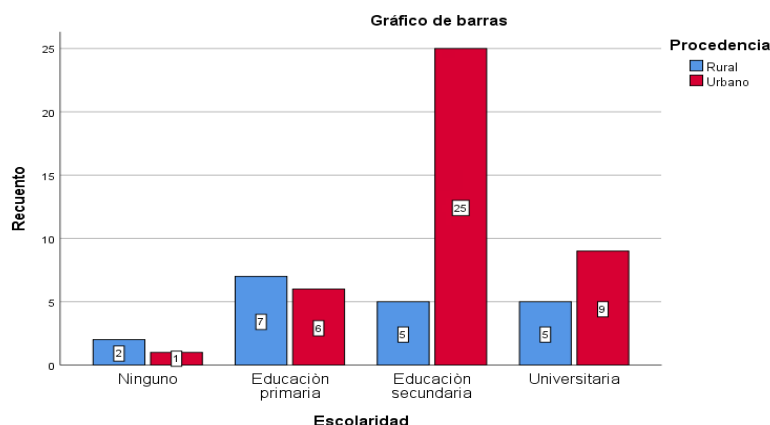
Nota. Existen múltiples modas; se presenta el valor menor.

La tabla 1 evidencia que la edad de las pacientes se concentra alrededor de los 30 años, con valores muy próximos entre la media, mediana y moda, lo que indica una distribución homogénea en edades reproductivas jóvenes.

Al relacionar estos resultados con los antecedentes obstétricos, se identificó que en estos grupos predominan las cesáreas previas y la placenta previa (Chancay Pincay, 2022), lo cual difiere de la literatura que asocia principalmente esta patología con edades maternas avanzadas. Estudios como los de Jauniaux et al. (2018) y Silver et al. (2006) señalan que el riesgo aumenta con la edad debido a la acumulación de intervenciones quirúrgicas; sin embargo, en este estudio se evidencia que también puede presentarse con alta frecuencia en mujeres jóvenes con antecedentes obstétricos de riesgo. Esta situación podría explicarse por el contexto nicaragüense, donde los embarazos a edades tempranas incrementan la exposición precoz a cesáreas, favoreciendo el desarrollo del Espectro de Acretismo Placentario en etapas reproductivas iniciales.

Figura 2

Procedencia y nivel educativo de las pacientes con acretismo placentario



Nota. Distribución de la procedencia y nivel educativo de las pacientes diagnosticadas con acretismo placentario atendidas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, enero-diciembre de 2022.

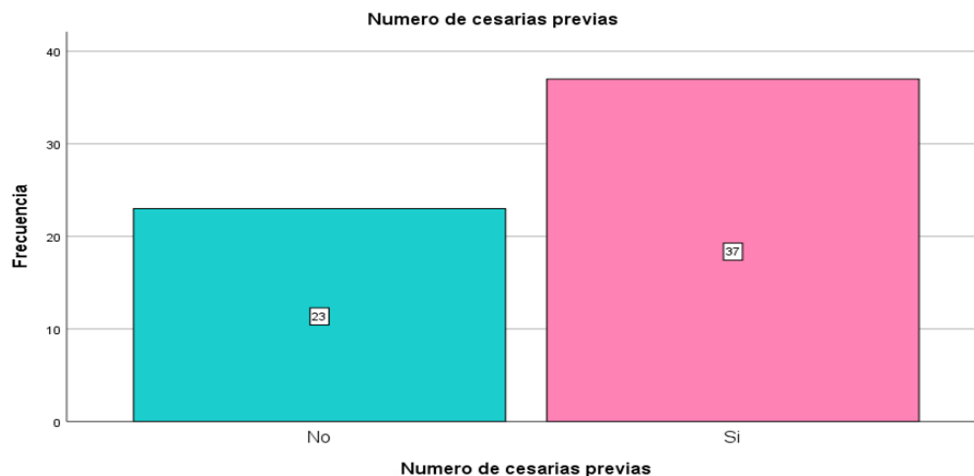
La figura 2 muestra que la mayoría de las pacientes con acretismo placentario presenta educación secundaria (50%), predominando en el área urbana, donde se concentra el mayor número de casos. En general, el 68% de las pacientes proviene de zonas urbanas, lo que sugiere un mayor acceso a servicios de salud y diagnóstico oportuno; sin embargo, el 32% de procedencia rural evidencia brechas en el acceso y posibles riesgos de diagnóstico tardío.

En cuanto al nivel educativo, la predominancia de educación secundaria coincide con lo reportado en la literatura, donde niveles educativos intermedios influyen en la adherencia al control prenatal y en la percepción del riesgo durante el embarazo (Hernández Mendoza et al., 2018). En conjunto, estos hallazgos reflejan la influencia del contexto sociodemográfico en el desarrollo y manejo del Espectro de Acretismo Placentario, destacando la necesidad de fortalecer estrategias integrales que consideren tanto el acceso a servicios como la educación en salud para mejorar los resultados maternos y perinatales.

Factores obstétricos y antecedentes clínicos relacionados con Espectro de Acretismo Placentario

Figura 3

Antecedente de cesáreas previas en pacientes con acretismo placentario



Nota. Distribución de pacientes según antecedente de cesáreas previas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, enero–diciembre 2022 (n = 60).

La figura 3 evidencia que la mayoría de las pacientes con acretismo placentario presenta antecedente de cesáreas previas (62%), lo que sugiere una asociación relevante entre este factor y la aparición de la patología. En conjunto con otros hallazgos del estudio, como la alta frecuencia de placenta previa (85%), se confirma que los antecedentes obstétricos constituyen determinantes clave en el desarrollo del Espectro de Acretismo Placentario, en concordancia con lo reportado en la literatura (Silver et al., 2006).

Tabla 2

Antecedentes obstétricos en pacientes con acretismo placentario (n = 60)

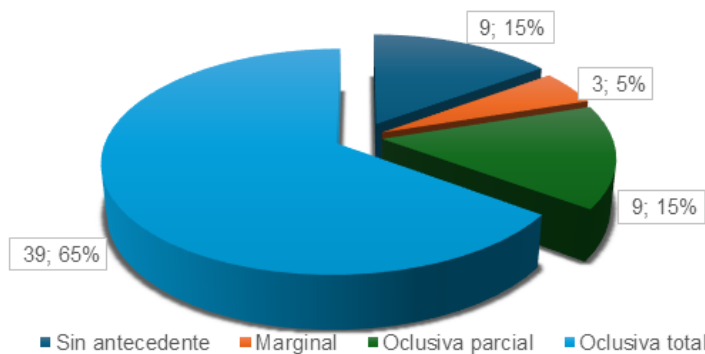
Antecedente	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Legrado uterino instrumental	19	31.7
Aspiración manual endouterina	7	11.7
Aborto previo	21	35.0
Miomectomía	7	11.7
Placenta previa	51	85.0

Nota. Datos obtenidos de expedientes clínicos.

La tabla 2 presenta un análisis de los antecedentes obstétricos de las pacientes con acretismo placentario. Se identificaron antecedentes de legrado uterino instrumental en 19 pacientes, lo que corresponde a un promedio de 0.32 por paciente. En cuanto a aspiración manual endouterina, 7 pacientes reportaron este antecedente, con un promedio de 0.12. Los antecedentes de aborto se presentaron en 21 casos, con un promedio de 0.35 por paciente. En relación con la miomectomía, se registraron antecedentes en 7 pacientes, reflejando un promedio de 0.12. Finalmente, los antecedentes de placenta previa fueron los más frecuentes, con un total de 51 casos y un promedio de 2.30 por paciente. Estos resultados destacan la importancia de evaluar los antecedentes obstétricos como factores asociados al acretismo placentario.

Figura 4

Antecedentes de placenta previa



Nota. Distribución de pacientes según tipo de placenta previa en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, enero–diciembre 2022 (n = 60).

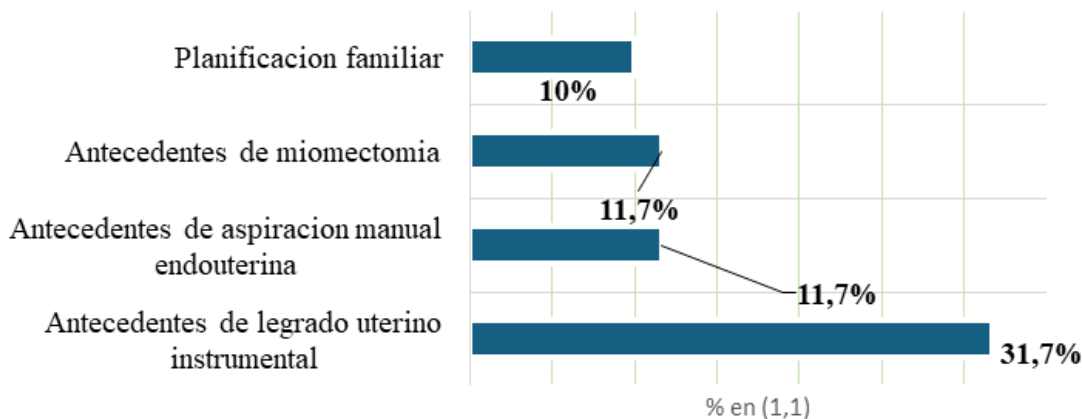
La figura 4 muestra que el 85% de las pacientes con acretismo placentario presentó antecedentes de placenta previa, predominando la forma oclusiva total (65%), seguida de la oclusiva parcial (15%) y la marginal (5%); mientras que un 15% no reportó este antecedente. Estos resultados evidencian el papel determinante de la placenta previa como factor asociado clave en el desarrollo del Espectro de Acretismo Placentario.

Este hallazgo es consistente con lo reportado por Jauniaux et al. (2018) y Silver et al. (2006), quienes señalan que la combinación de placenta previa y cicatrices uterinas incrementa significativamente el riesgo de inserción placentaria anómala debido a alteraciones en la decidua basal. Asimismo, la presencia de casos sin antecedentes confirma que, aunque menos frecuente, esta patología puede desarrollarse en ausencia de factores previos evidentes.

En este contexto, se reafirma la necesidad de fortalecer la vigilancia prenatal y el tamizaje oportuno en pacientes con antecedentes obstétricos de riesgo, tal como lo establecen las Normas de Atención para el Control Prenatal en Nicaragua, con el fin de mejorar los desenlaces materno-perinatales.

Figura 5

Otros antecedentes obstétricos de interés en pacientes con acretismo placentario



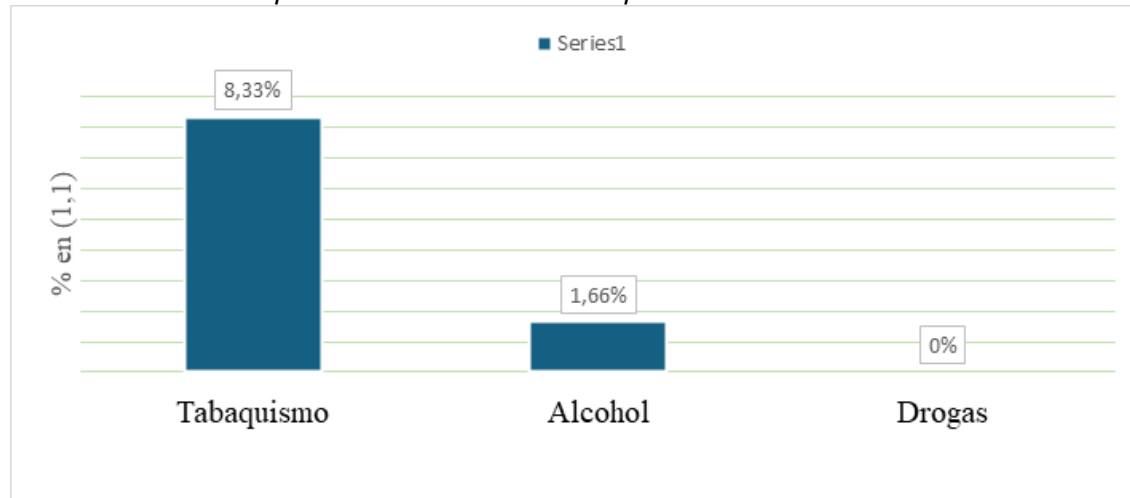
Nota. Distribución de otros antecedentes obstétricos en pacientes con acretismo placentario. Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, enero–diciembre 2022 (n = 60).

La figura 5 muestra que el legrado uterino instrumental fue el antecedente obstétrico más frecuente (31.7%), seguido de la aspiración manual endouterina y la miomectomía (11.7% cada una), así como el uso de métodos de planificación familiar invasivos (10%). Estos procedimientos implican manipulación uterina y pueden afectar la regeneración endometrial, incrementando el riesgo de una implantación placentaria anómala.

En concordancia con la literatura, estos antecedentes quirúrgicos o instrumentales pueden debilitar la barrera decidual y favorecer el desarrollo del Espectro de Acretismo Placentario (Baltodano García, 2017; Escalante García, 2022), lo que resalta la importancia de su identificación durante el control prenatal, especialmente en pacientes con factores de riesgo.

Figura 6

Hábitos tóxicos en pacientes con acretismo placentario



Nota. Distribución de hábitos tóxicos en pacientes con acretismo placentario. Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, enero-diciembre 2022 (n = 60).

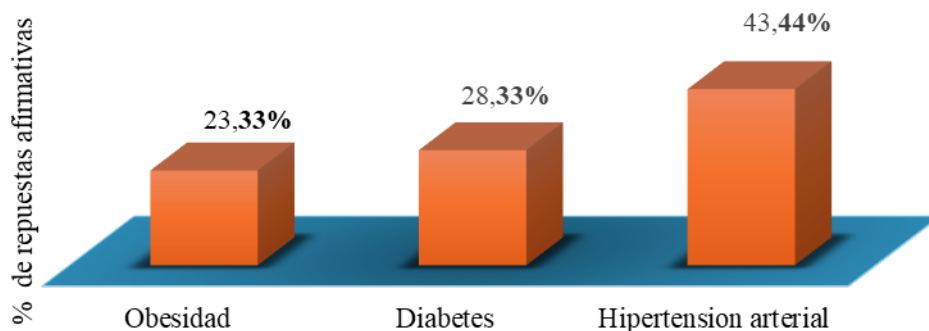
La figura 6 evidencia una baja prevalencia de hábitos tóxicos en las pacientes con acretismo placentario, predominando el tabaquismo (8.3%), seguido del consumo de alcohol (1.7%), sin registro de consumo de drogas. Estos resultados sugieren que, aunque estos hábitos pueden afectar la salud materna, no constituyen factores predominantes en el desarrollo del Espectro de Acretismo Placentario.

En concordancia con la literatura, estudios como los de Yos Laria et al. (2019), Barreto Guevara (2022) y Puicón Olaya (2021) destacan que los principales factores asociados son de tipo obstétrico y quirúrgico, sin evidencia sólida de una relación directa con hábitos tóxicos. A nivel nacional, investigaciones de Kristoffle Soza (2021) y Flores-Triana et al. (2023) refuerzan esta tendencia, al no identificar estas variables como determinantes significativas.

En conjunto, estos hallazgos confirman que el acretismo placentario responde principalmente a factores obstétricos acumulativos, aunque se mantiene la importancia de promover estilos de vida saludables para reducir otros riesgos materno-perinatales.

Figura 7

Antecedentes personales patológicos en pacientes con acretismo placentario



Nota. Distribución de antecedentes personales patológicos en pacientes con acretismo placentario. Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, enero–diciembre 2022 (n = 60).

La figura 7 detalla los antecedentes personales patológicos más frecuentes en pacientes con acretismo placentario. La hipertensión arterial se identificó como el antecedente más prevalente, presente en el 43,44% de las participantes. La diabetes ocupó el segundo lugar, con una prevalencia del 28,33%, seguida por la obesidad, reportada en el 23,33% de los casos. Estos datos resaltan la importancia de estos factores como condicionantes en el desarrollo de complicaciones obstétricas, subrayando la necesidad de un manejo integral de estas condiciones en las pacientes en riesgo.

Estas comorbilidades, si bien no están descritas como factores desencadenantes directos del Espectro de Acretismo Placentario, pueden influir negativamente en la evolución del embarazo, al aumentar el riesgo de complicaciones durante la gestación y el parto. La hipertensión, en particular, se asocia con una mayor incidencia de trastornos placentarios y alteraciones hemodinámicas que podrían complicar la adherencia placentaria. Del mismo modo, la diabetes y la obesidad han sido relacionadas con alteraciones en el desarrollo trofoblástico y en la vascularización uterina.

Los estudios nacionales revisados, como el de Kristoffle Soza (2021), también señalaron la presencia de estas comorbilidades en pacientes con Espectro de Acretismo Placentario, aunque en proporciones variables. A nivel internacional, investigaciones como la de Escalante García (2022) relacionaron la presencia de patologías crónicas con una mayor complejidad quirúrgica y una estancia hospitalaria prolongada en mujeres con acretismo placentario.

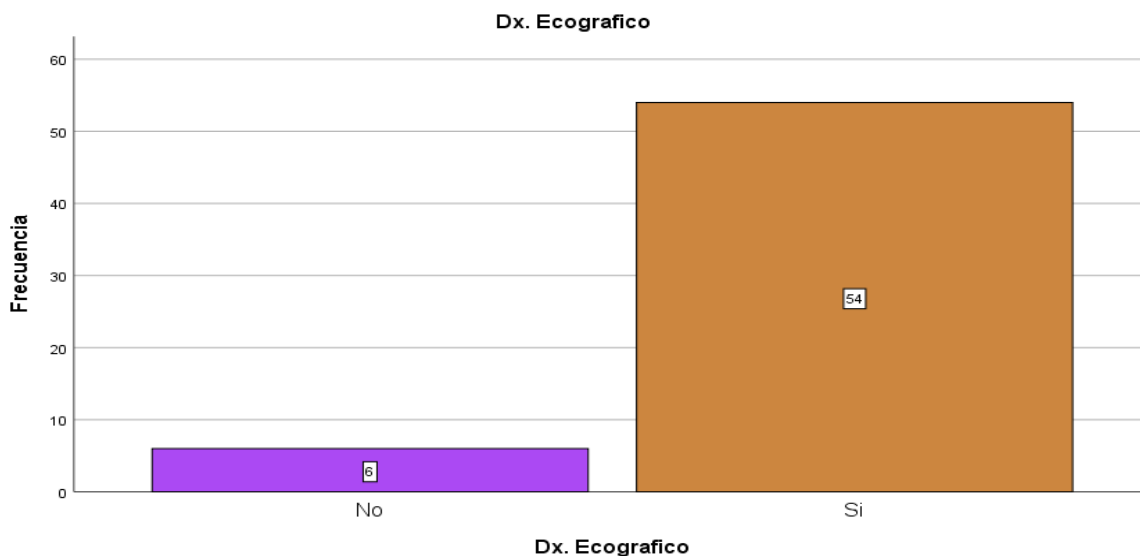
En este sentido, la identificación oportuna de antecedentes personales patológicos puede considerarse un elemento complementario en la valoración del riesgo obstétrico, lo cual apoya la implementación de controles prenatales diferenciados en embarazos con condiciones preexistentes.

a. Diagnóstico prenatal y confirmación histopatológica del Espectro de Acretismo Placentario

El diagnóstico prenatal del Espectro de Acretismo Placentario se realizó mediante evaluación ecográfica en la mayoría de los casos incluidos en el estudio. Sin embargo, al comparar estos diagnósticos con los resultados obtenidos por anatomía patológica posnatal, se observó que no todos los casos fueron confirmados, lo que revela discrepancias importantes entre el diagnóstico presuntivo y el diagnóstico definitivo.

Figura 8

Diagnóstico ecográfico de acretismo placentario



Nota. Distribución del diagnóstico ecográfico de acretismo placentario en pacientes atendidas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, enero–diciembre 2022 (n = 60).

La figura 8 evidencia que el 90% de las pacientes fue diagnosticado mediante ecografía, lo que confirma su alta utilidad como herramienta para la detección temprana del acretismo placentario. No obstante, la presencia de discrepancias con los hallazgos histopatológicos indica limitaciones diagnósticas asociadas a factores técnicos, experiencia del operador y

momento de evaluación, lo que resalta la necesidad de fortalecer los protocolos prenatales.

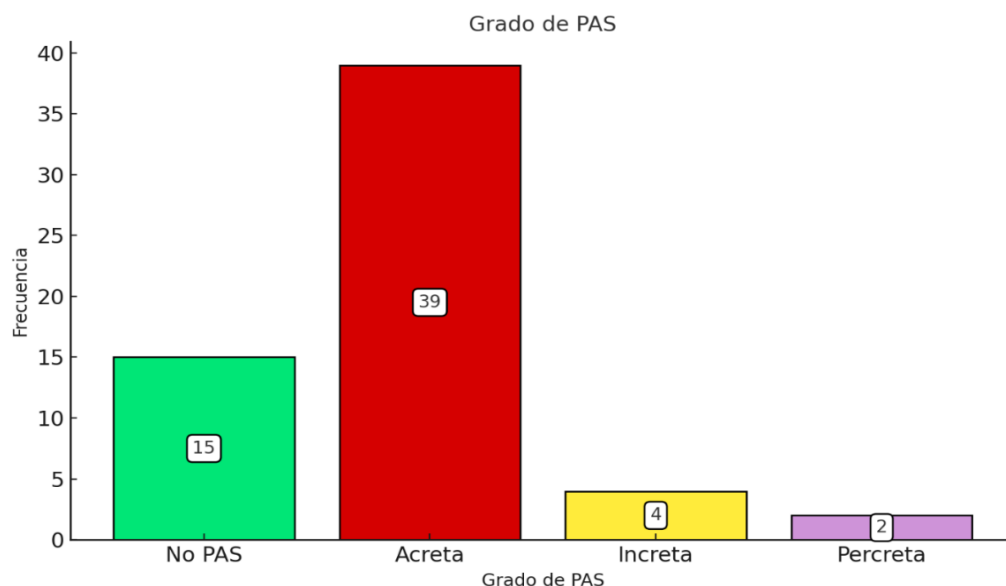
Estos resultados son consistentes con lo reportado por Martínez Domínguez (2021), quien encontró una alta concordancia diagnóstica, y por Kristoffle Soza (2021), quien destacó la relevancia del diagnóstico prenatal en la reducción de complicaciones. A nivel internacional, Escalante García (2022), Puicón Olaya (2021) y Barreto Guevara (2022) coinciden en que la ecografía, especialmente cuando se integra con antecedentes obstétricos, mejora significativamente la detección.

En conjunto, aunque el diagnóstico ecográfico presenta alta frecuencia en esta población, se recomienda complementarlo con otros métodos y fortalecer la capacitación del personal para optimizar la precisión diagnóstica y los desenlaces materno-perinatales.

Asociación entre antecedentes obstétricos y aparición del Espectro de Acretismo Placentario

Figura 9

Distribución del grado de invasión del Espectro de Acretismo Placentario



Nota. Distribución de los grados del Espectro de Acretismo Placentario en pacientes atendidas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, Managua, durante el período de estudio (n = 60).

La figura 9 muestra que la forma más frecuente del Espectro de Acretismo Placentario fue la placenta acreta (65%, n=39), seguida de ausencia de EAP (25%, n=15), mientras que las formas más invasivas, increta (6,7%, n=4) y percreta (3,3%, n=2), fueron menos comunes. Esta distribución evidencia el predominio de formas leves, en concordancia con la literatura, y resalta la importancia del diagnóstico prenatal oportuno para una adecuada planificación clínica.

En relación con los factores asociados, el 62% de las pacientes presentó cesáreas previas y el 85% antecedentes de placenta previa, confirmando su papel como determinantes principales del EAP (Silver et al., 2006). Asimismo, las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (43,44%), diabetes (28,33%) y obesidad (23,33%), las cuales incrementan la complejidad obstétrica (Baltodano García, 2017).

El diagnóstico ecográfico identificó el 90% de los casos, consolidándose como herramienta clave de detección temprana. El análisis estadístico evidenció asociación significativa entre cesáreas previas ($p = 0.001$) y placenta previa ($p = 0.003$) con el desarrollo del EAP, al rechazarse la hipótesis nula ($\alpha = 0.05$). Estos resultados confirman que dichos antecedentes constituyen factores de riesgo relevantes, que requieren vigilancia estricta en el control prenatal.

Asociación de antecedentes obstétricos con el Espectro de Acretismo Placentario

En la población estudiada ($n = 60$), todas las pacientes presentaron Espectro de Acretismo Placentario (EAP). El 61,7% (37/60) tenía antecedente de cesárea previa y el 85% (51/60) antecedente de placenta previa. Aunque no se dispuso de un grupo control sin EAP, se aplicó la prueba de chi-cuadrado para explorar asociaciones internas entre variables categóricas.

Se evidenció asociación estadísticamente significativa entre cesáreas previas y EAP ($p = 0.001$), así como entre placenta previa y EAP ($p = 0.003$), lo que permitió rechazar la hipótesis nula ($\alpha = 0.05$). Estos resultados indican dependencia estadística entre los antecedentes obstétricos analizados y la presencia del EAP, aun con las limitaciones derivadas de la ausencia de grupo comparativo.

En conjunto, los hallazgos confirman que las cesáreas previas y la placenta previa constituyen factores asociados relevantes, lo que respalda la necesidad de fortalecer el tamizaje ecográfico temprano y el seguimiento clínico diferenciado en gestantes con estos antecedentes.

Estos resultados son consistentes con lo reportado por Barreto Guevara (2022), Puicón Olaya (2021) y Martínez Domínguez (2021), quienes destacan el papel de las intervenciones uterinas y la placenta previa en el incremento del riesgo de EAP.

Tamizaje prenatal mediante ecografía

El análisis de los datos indica que el 90% de los casos de acretismo placentario fueron diagnosticados de manera prenatal a través de ecografía. Este hallazgo subraya la alta efectividad de esta técnica como herramienta diagnóstica (Barreto Guevara, 2022). La ecografía se ha establecido como un método clave en la identificación temprana de signos de invasión placentaria, como la morfología anormal de la placenta y la vascularización inusual. Esta capacidad para detectar alteraciones en etapas iniciales del embarazo permite a los profesionales de la salud implementar un manejo obstétrico más adecuado y personalizado, optimizando así la atención a las pacientes y mejorando los resultados perinatales. La detección temprana no solo facilita el monitoreo más cercano de la gestación, sino que también prepara a los equipos médicos para el manejo de posibles complicaciones durante el parto.

Confirmación histopatológica posnatal

Asimismo, es importante destacar que, en todos los casos diagnosticados con Espectro de Acretismo Placentario, se llevó a cabo una confirmación histopatológica después del nacimiento. Este paso es crucial, ya que permite validar los diagnósticos iniciales realizados durante el tamizaje prenatal. La confirmación histopatológica no solo asegura la precisión de los diagnósticos, sino que también contribuye a la recopilación de datos estadísticos sobre la incidencia de Espectro de Acretismo Placentario en la población estudiada. según las recomendaciones de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (Jauniaux et al., 2018), este proceso es esencial para fortalecer la base de evidencia sobre el acretismo placentario, permitiendo una mejor comprensión de su epidemiología y factores asociados. En resumen, la combinación de un diagnóstico prenatal efectivo mediante ecografía y la confirmación histopatológica posnatal establece un enfoque robusto para la identificación y gestión del Espectro de Acretismo Placentario, lo que es fundamental para mejorar la atención obstétrica y los resultados maternos y neonatales.

CONCLUSIONES

- El estudio permitió identificar que el Espectro de Acretismo Placentario se presenta con mayor frecuencia en mujeres entre los 25 a 29 años, siendo los antecedentes de cesáreas previas, placenta previa, legrado uterino y comorbilidades como hipertensión, diabetes y obesidad factores comunes entre las pacientes diagnosticadas. Estos elementos permiten perfilar grupos de riesgo que requieren una vigilancia más estrecha durante el embarazo.
- Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre los antecedentes obstétricos de cesáreas previas y placenta previa con la aparición del Espectro de Acretismo Placentario, lo cual refuerza la importancia de considerarlos como indicadores de riesgo clave en el seguimiento prenatal. Estos hallazgos respaldan la necesidad de aplicar estrategias clínicas preventivas desde el primer trimestre del embarazo, especialmente en contextos hospitalarios de referencia.
- Asimismo, se encontró una alta correspondencia entre el diagnóstico ecográfico prenatal y la confirmación histopatológica posnatal, lo que demuestra la eficacia del ultrasonido como herramienta diagnóstica cuando se cuenta con equipos adecuados y personal capacitado. Esta concordancia favorece la planificación quirúrgica anticipada, lo que a su vez mejora la seguridad materna y neonatal.
- Finalmente, los resultados resaltan la importancia de establecer protocolos institucionales sólidos que promuevan el tamizaje oportuno, el seguimiento individualizado y la articulación de equipos multidisciplinarios. Reforzar la formación continua del personal de salud y fortalecer los mecanismos de vigilancia clínica puede contribuir significativamente a mejorar los desenlaces obstétricos y reducir las complicaciones asociadas al Espectro de Acretismo Placentario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias Gonzáles, J. L., Holgado Tisoc, J., Tafur Pittman, T. L., & Vásquez Pauca, M. J. (2022). Metodología de la investigación: El método ARIAS para realizar un proyecto de tesis. Editorial Inudi. <https://doi.org/10.35622/inudi.b.016>
- Baltodano García, D. C. (2017). Factores obstétricos asociados a morbilidad materna extrema en el hospital santa rosa. Enero – diciembre 2015. [Tesis de Grado]. Universidad Ricardo Palma. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5159>
- Barreto Guevara, M. A. (2022). Factores de riesgo para acretismo placentario en gestantes atendidas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, periodo 2019-2021. [Tesis de Especialidad]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/5c9e6ca0-b946-4e0e-b21a-8f398919d634/content>
- Chancay Pincay, F. L. (2022). Factores que influyen la presentación de Hemorragia Postparto en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General Dr. León Becerra Camacho, de la ciudad de Milagro, de Enero-Diciembre 2020. [Tesis de Maestría]. Universidad Estatal de Milagro. <https://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/5982>
- Crespo Antepara, D. N. (2023). Nuevos paradigmas en la atención obstétrica. Más Vita, 5(4), 156–163. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0219>
- Escalante García, C. J. (2022). Estancia hospitalaria en pacientes con acretismo placentario comparado con pacientes con hemorragia obstétrica sin acretismo placentario. [Tesis de Grado]. Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP). <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7598>
- Flores-Triana, M. R., Hernández-Gómez, L. R., & Palacios-Quintanilla, E. M. (2023). Factores de mal pronóstico para histerectomía obstétrica en pacientes con hemorragia postparto, Unidad de Cuidados Intensivo, Hospital Amistad Japón Nicaragua, Granada, 2019-2023. [Tesis de grado]. UNICA | Universidad Católica Redemptoris Mater. <https://repositorio.unica.edu.ni/151/1/INFORME%20FINAL%20HISTERECTOMIA%20EN%20HPP.pdf>

- Gamarra Choque, P. M., & Pante Salas, G. G. (2022). Embarazo en la adolescencia y los indicadores de salud materna y perinatal, 21(2), 1-6. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2022000200012&script=sci_arttext&lng=pt
- Guevara Alban, G. P., Verdesoto Arguello, A. E., & Castro Molina, N. E. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Recimundo, Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 4(3), 163-173. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.163-173](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173)
- Hernández Mendoza, L. D., Herrera Villalobos, J. E., Mendoza Hernández, F., & Adaya Leythe, E. A. (2018). Acretismo placentario: Experiencia en Obstetricia Crítica. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 18(1), 75-87. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81876>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. D. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGRAW-HILL. <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
- Herrera-Castrillo, C. J., Hernández-Báez, J. A., Armas-Iglesias, K. A., Calero-Lagos, Y. N., & Elías-Campos, L. (2026). Acné como manifestación asociada al síndrome de ovario poliquístico: estudio transversal en mujeres atendidas en un hospital de referencia en Nicaragua. *ARS MEDICA Revista De Ciencias Médicas*, 51(1), 30-36. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v51i1.2153>
- Jauniaux, E., Chantraine, F., Silver, R. M., Langhoff-Roos, J., & Tikkanen, M. (2018). FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders [Guías de consenso de FIGO sobre los trastornos del espectro de placenta acreta: Epidemiología]. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 140(3), 265-273. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12407>
- Kristoffle Soza, A. M. (2021). Resultados perinatales en pacientes con espectro de placenta acreta atendidas en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque años 2019 y 2020. [Tesis de Grado]. UNAN-Managua. <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/16097/1/16097.pdf>

- Lazarte Minaya, N. B. (2022). Placenta previa total en cesareada anterior de 35 semanas. Hospital II-3 MINSA. [Tesis de Especialidad]. Universidad José Carlos Mariátegui. <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/2921>
- Martínez Domínguez, C. A. (2021). Correlación ecográfica, quirúrgica y anatomopatológica en pacientes con acretismo placentario. Hospital Escuela Bertha Calderón Roque años 2019 y 2020. [Tesis de Especialidad]. UNAN-Managua. <https://www.minsa.gob.ni/sites/default/files/2022-10/Correlación%20ecográfica%2C%20quirúrgica%20y%20anatomopatológica%20en%20pacientes%20con%20acretismo%20placentario.pdf>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Pérez Caballero, M. D., León Álvarez, J. L., Dueñas Herrera, A., Alfonso Guerra, J. P., Navarro Despaigne, D. A., de la Noval García, R., . . . G. (2017). Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Cubana de Medicina*, 56(4), 242-321. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0034-75232017000400001&script=sci_arttext
- Puicón Olaya, M. A. (2021). Placenta previa y número de cesáreas como factores de riesgo para placenta acreta. [Tesis de Grado]. Universidad Privada Antenor Orrego. <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/8306>
- Ramírez Cabrera, J. O., Zapata Díaz, B. M., Díaz Lajo, V. H., Catari Soto, K. D., & Flores Valverde, M. (2020). Espectro de placenta acreta, experiencia en un hospital peruano. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 66(1), 13-18. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2226>
- Roque-Hidalgo, E. F., Ticay-Rodríguez, E. R., Herrera-Castrillo, C. J., & Guillén-Díaz, I. A. (2026). Prevalencia de cáncer de mama en mujeres atendidas en el servicio de ginecología en Nicaragua. *Saluta*, 1(13). <https://doi.org/10.37594/saluta.v1i13.1993>
- Sáez Cantero, V. (2019). Trastornos del espectro de placenta acreta. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 45(3), 1-7. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2019000300015&script=sci_arttext
- Silver, R. M., Landon, M. B., Rouse, D. J., Leveno, K. J., Spong, C. Y., Thom, E. A., . . . Miodovnik, M. (2006). Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries

[Morbilidad materna asociada a múltiples cesáreas repetidas]. *Obstetrics & Gynecology*, 107(6), 1226-1232. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000219750.79480.84>

Solórzano-Vázquez, J. F., Hernández-Higareda, S., Segura-Zavala, J. M., Oseguera-Torres, L. F., & De la Rosa-Hernández, S. (2016). Pérdida sanguínea e indicación de hemoderivados en pacientes con cesárea-histerectomía por acretismo placentario. *Ginecología y Obstetricia de México*, 84(8), 491-497. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom168d.pdf>

Tenemasa Gavilanez, J. (2023). Aplicación del Score MAMA por el personal del área de emergencias obstétricas en el Hospital Básico Padre Alberto Buffoni de Quinindé. [Tesis de Maestría]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/5f2c701d-4765-4878-92d0-c20abdddbbe15/content>

Vanegas Jarquín, D. D., Jaime López, C. E., & Cajina Moreno, R. M. (2015). Calidad del llenado de la historia clínica perinatal, Centro de Salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños - Masaya, enero - junio 2013. [Tesis de Grado]. UNAN-Managua. <https://core.ac.uk/download/pdf/129438646.pdf>

Yos Laria, Á. E., Solano Castañeda, Á. F., & Quinich Sotoj, C. P. (2019). Caracterización epidemiológica y clínica de pacientes con acretismo placentario. [Tesis de Grado]. Universidad de San Carlos de Guatemala. <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2019/123.pdf>