



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

Manejo de pacientes con espectro de placenta acreta y resultados materno perinatales durante los años 2014 al 2024.

Management of patients with placenta accreta spectrum and maternal perinatal outcomes during the years 2014 to 2024.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL  
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

AUTOR

ANGIE EMANUEL GASTELO DAVILA

ASESOR

CARLOS AUGUSTO HIDALGO QUEVEDO

LIMA – PERÚ

2025

# RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

The screenshot shows a Turnitin similarity report. The document title is "Manejo de pacientes con espectro de placenta acreta y resultados materno perinatales durante los años 2014 al 2024". The author is Angie Emanuel Gastelo Davila, and the advisor is Carlos Augusto Hidalgo Quevedo. The document is from the Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina. The similarity score is 22%. The report lists five sources of similarity:

Source	Similarity Percentage	Blocks of Text	Words that Matched
1. Internet: hdl.handle.net	5%	9	77
2. Internet: repositorio.upch.edu.pe	5%	3	73
3. Internet: alicia.concytec.gob.pe	2%	2	30
4. Internet: www.bbc.com	1%	2	20
5. Trabajos del estudiante	-	-	-

At the bottom of the page, it says "Página 1 de 10", "1547 palabras", "184%", and "LIMA - PERÚ 2025".

## **2. RESUMEN**

El espectro de placenta acreta (PAS) es una patología que ha ido en ascenso en la última década debido al incremento de cesáreas, se caracteriza por la implantación anormal del trofoblasto en el útero que llega a invadir el miometrio sin una interfaz de decidua (acretismo), miometrio (incretismo), serosa uterina y otras estructuras (percretismo), lo que provoca dificultad al momento de extraer la placenta después del parto, o en casos más severos, lesión de órganos vecinos. (1) El objetivo principal es describir el manejo de los pacientes con espectro de placenta acreta y los resultados materno perinatales desde el 2014 al 2024. El presente estudio está clasificado como descriptivo, longitudinal, retrospectivo. La población está constituida por historias clínicas de pacientes con diagnóstico pre o post operatorio de espectro de placenta acreta. No se cuenta con muchos estudios que unifiquen la evolución de las pacientes con PAS desde su diagnóstico, seguimiento y término de gestación, hasta los resultados materno perinatales después de la intervención quirúrgica. Para el análisis estadístico de variables se utilizarán medidas de tendencia central y frecuencias con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

**PALABRAS CLAVE: Placenta acreta, placenta, acretismo placentario**

### 3. INTRODUCCIÓN

El espectro de placenta acreta (PAS) es una patología que ha ido en ascenso en la última década debido al incremento de cesáreas, se caracteriza por la implantación anormal del trofoblasto en el útero que llega a invadir el miometrio sin una interfaz de decidua (acretismo), miometrio (incretismo), serosa uterina y otras estructuras (percretismo), lo que provoca dificultad al momento de extraer la placenta después del parto, e incluso predispone la lesión de órganos vecinos. (1)

Según FIGO más del 90 por ciento de las mujeres que se presentan con placenta acreta han tenido al menos un parto por cesárea anterior (2). El Instituto Nacional de Estadística e Informática en el 2023 anunció que el 37,8% de los nacimientos que hubo en el Perú, se dieron por cesárea, lo que representó un aumento de 1.2 por ciento con respecto al informe presentado en el año 2022 cuya tasa de cesárea fue de 36.6%. Las regiones peruanas que presentaron mayores índices de cesárea fueron, Lima Metropolitana (49%) y los departamentos de Tumbes (47.9%) y Moquegua (47%). (3) En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza la tasa de cesáreas en el año 2024 fue de 63.7% (4).

Según el American College of Obstetrician and Gynaecologists (ACOG), los principales factores de riesgo para el PAS son los antecedentes de acretismo en un embarazo previo, el legrado endometrial previo y otras cirugías uterinas, incluyendo legrados endometriales repetidos los cuales elevan proporcionalmente el riesgo de acretismo. (5,6,7) En el Perú no se cuenta con muchos estudios que definan los factores de riesgo asociados a embarazos con espectro de placenta acreta, el mayor factor de

riesgo estudiado y reportado es la cesárea previa sin embargo se ha relegado es estudio de los otros factores (cirugías ginecológicas, placenta previa, multiparidad o procedimientos de instrumentalización uterina) (2,5,6).

El Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) selecciona a la ecografía como un examen altamente preciso (>95%) para la detección del espectro de placenta acreta cuando es realizada por operadores expertos.(5) La ACOG también agrega que la ausencia de hallazgos ecográficos no descarta el diagnóstico y que se debe tener en cuenta los factores de riesgo predictores que son igualmente importantes.(5,6,7) La resonancia magnética nos ayuda a evaluar la extensión de la invasión placentaria; sin embargo, la RCOG concluyó que la resonancia magnética y la ecografía tienen similar valor para el diagnóstico de PAS.(5)

La Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal describe sugerencias para el abordaje durante el acto quirúrgico, basadas en las directrices publicadas por el RCOG y ACOG. Se inicia describiendo el tipo de incisión a realizar en la piel, que debe ser definida de acuerdo a la ubicación de la placenta para evitar lesiones cuando se realice la histerectomía. Se sugiere realizar una incisión mediana infraumbilical, para facilitar la realización de maniobras durante la cirugía. (8,9) La histerotomía también dependerá de la ubicación de la placenta, por lo general se sugiere una incisión transfúndica, se debe evitar el ingreso transplacentario, ya que está asociado con mayor pérdida sanguínea, mayor asociación a histerectomía y menores índices de Apgar. (10,11,12)

De confirmarse el diagnóstico de PAS, las sociedades coinciden en que el mejor manejo es no conservador y proceder a la histerectomía, sin intentar remover la placenta de su lecho, ya que esto puede provocar mayor sangrado. (6,8,9) Se sugiere ligar el cordón umbilical, continuar con la histerorrafia, dejando la placenta in situ y seguir con la histerectomía según técnica habitual, dejando la separación de la serosa vesical para el final, cuando se hayan alcanzado los vasos uterinos. (5,6,10,11) Los resultados neonatales de pacientes con diagnóstico de PAS incluyen parto pretérmino, bajo peso al nacer, pequeño para edad gestacional e índices bajos de Apgar a los 5 minutos. (13,14)

Finalmente, no se cuenta con estudios que unifiquen la evolución de las pacientes con PAS desde su diagnóstico, seguimiento y término de gestación, hasta los resultados materno perinatales después de una cesárea histerectomía, lo que hace necesario la recolección de esta información que nos permita conocer cuál es el enfoque completo de esta patología y cómo impactan las conductas que se toman en su abordaje en la paciente y en el recién nacido. Sólo el 10% de estudios sobre el diagnóstico prenatal de PAS y placenta accreta proporcionan datos histopatológicos de los diferentes grados de PAS, por lo que se hace necesario hacer seguimiento de las piezas operatorias y definir el diagnóstico anatomopatológico para una mejor comprensión de la enfermedad y su abordaje. (7)

#### **4. OBJETIVOS**

Objetivo general

- Describir el manejo de los pacientes con espectro de placenta acreta y los resultados materno perinatales desde el 2014 al 2024.

#### Objetivos específicos

- Describir factores de riesgo presentes en pacientes con diagnóstico de espectro de placenta acreta.
- Describir hallazgos ecográficos en pacientes con espectro de placenta acreta.
- Describir el manejo quirúrgico y complicaciones de pacientes con diagnóstico de espectro de placenta acreta.
- Mencionar los resultados materno perinatales de pacientes con diagnósticos de espectro de placenta acreta.

## 5. MATERIAL Y MÉTODO

### a. Diseño de estudio

Estudio descriptivo, de tipo retrospectivo y longitudinal.

### b. Población

40 historias clínicas de pacientes con diagnóstico pre o post operatorio de espectro de placenta acreta. La cifra fue obtenida de la base de datos del Sistema Informático Perinatal del Servicio de Obstetricia del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

#### i. Criterios de inclusión

Pacientes con diagnóstico pre o post operatorio de espectro de placenta acreta con historias clínicas completas.

Pacientes con edad mayor a 18 años.

ii. Criterios de exclusión

Historias clínicas que no se encontraron en archivo.

**c. Muestra**

No se realiza muestreo debido a que se trata de una población pequeña (40 casos en 10 años), por lo que se decide estudiar toda la población.

**d. Definición operacional de variables**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>FORMA DE REGISTRO</b>
<b>Edad</b>	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento del diagnóstico de PAS	Cuantitativa	Razón	En años
<b>Cirugía realizada</b>	Procedimiento quirúrgico realizado descrito en el reporte operatorio	Cualitativa	Nominal	Histectomía abdominal total Histectomía abdominal subtotal Cesárea
<b>Cesárea de</b>	Procedimiento quirúrgico realizado de forma	Cualitativa	Nominal	Si

<b>emergencia</b>	inmediata para tratar una condición médica que pone en riesgo la vida de la madre o el feto. (14)			No
<b>Diagnóstico incidental</b>	Si el PAS fue un hallazgo inesperado durante la cirugía y no estaba relacionado con el motivo inicial de la intervención.	Cualitativa	Nominal	Si No
<b>Placenta Previa</b>	Es la patología en la cual la placenta cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno. (15)	Cualitativa	Nominal	Si No
<b>Cesárea anterior</b>	Paciente que cuente con el antecedente de una o más cesáreas previas. (14)	Cualitativa	Nominal	Si No
<b>Complicaciones en SOP</b>	Evento inesperado que ocurre durante un procedimiento quirúrgico que puede afectar la	Cualitativa	Nominal	Según reporte operatorio: Sangrado masivo/ Shock hipovolémico Lesión de otros órganos

	seguridad y salud de la paciente (16).			Parada cardiorrespiratoria Otros
<b>Reintervención</b>	Paciente ingresada a sala de operaciones en un periodo de 30 días debido a una complicación de la cirugía primaria (16)	Cualitativa	Nominal	Si  No
<b>Lesión de otras estructuras</b>	Lesiones inadvertidas de otras estructuras durante la realización de la cirugía	Cualitativa	Nominal	Si  Lesión de uréter  Lesión vesical  Lesión de intestino  No
<b>Pasa a UCI</b>	Paciente admitida en unidad de cuidados intensivos.	Cualitativa	Nominal	Si  No
<b>Transfusión de hemoderivados</b>	Paciente a quien se le transfunde paquetes globulares, plasma fresco congelado o plaquetas.	Cualitativa	Nominal	Si  No
<b>Sangrado</b>	Pérdida de sangre	Cuanti	Razón	Según reporte operatorio, en

<b>o intraoperatorio</b>	contemplada dentro de la cirugía realizada.	tativa		mililitros
<b>Clasificación FIGO PAS anatómica patológica</b>	Clasificación del PAS según el Panel de Consenso de Expertos de FIGO. (9)	Cualitativa	Ordinal	<i>Grado 1:</i> Placenta unida a la superficie de la capa media de la pared uterina sin invadirla. <i>Grado 2:</i> Placenta que invade el miometrio <i>Grado 3:</i> La invasión de placenta puede llegar a tejidos, vasos y órganos pélvicos circundantes.
<b>Hemoglobina Pre sop</b>	Último registro de hemoglobina en sangre de un paciente antes de una cirugía	Cuantitativa	Razón	Según historia clínica, en gramos por decilitro
<b>Hemoglobina Post sop</b>	Primer registro de hemoglobina en sangre después de una cirugía.	Cuantitativa	Razón	Según historia clínica, en gramos por decilitro
<b>Ecografía</b>	Clasificación del PAS	Cualitativa	Ordinal	<i>PAS 0:</i> Placenta previa sin

<p><b>a</b></p> <p><b>Obstétrica</b></p>	<p>según el Panel de Consenso de Expertos de FIGO. (2,14)</p>	<p>ativa</p>		<p>signos ecográficos de invasión o con lagunas pero sin evidencia de anormalidad en la interfase útero vejiga. (pérdida de la "clear zone").</p> <p><i>PAS 1:</i> presencia de al menos dos de los siguientes hallazgos ecográficos: Lagunas placentarias, Pérdida de la clear zone o Interrupción de la pared vesical.</p> <p><i>PAS 2:</i> PAS 1 más hipervascularidad uterovesical.</p> <p><i>PAS 3:</i> PAS 1 o PAS 2 más evidencia de incremento de la vascularidad en la parte inferior del segmento uterino extendiéndose a región parametrial.</p>
<p><b>Apgar</b></p>	<p>Evaluación que se realiza al recién nacido al minuto</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Razón</p>	<p>En puntaje, del 0 al 10</p>

	y a los 5 minutos de vida. (18)			
<b>Edad gestacional según Capurro</b>	Test utilizado para calcular la edad gestacional con que nace un bebé. (19)	cuantitativa	Razón	En semanas
<b>Peso al nacer</b>	Peso del recién nacido inmediatamente después de nacer.	Cuantitativa	Razón	En gramos

e. **Procedimientos y técnicas:**

Para la realización del presente estudio se iniciará solicitando los permisos respectivos en el área de docencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, previa aprobación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y de sus comités de ética. Se estudia toda la población obtenida de la base de datos del Sistema Informático Perinatal del Servicio de Obstetricia del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Posteriormente se procede a solicitar las historias clínicas de la Unidad de registros médicos del hospital para su análisis.

Se procede con la elaboración de la ficha de recolección de datos, la cual ha sido dividida en 5 partes: registro de datos personales de la paciente, datos de la cirugía, datos de la ecografía, datos del recién nacido y resultados anatomopatológicos (ANEXO 01).

Las historias clínicas de las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión serán revisadas por el investigador y se llenará una ficha de recolección de datos por cada historia clínica. Los datos obtenidos serán transferidos a una hoja de Excel. Después se procederá a construir la base de datos en STATA versión 15, y a realizar la tabulación de datos y su análisis estadístico según corresponda a cada variable.

**f. Aspectos éticos del estudio**

El presente estudio contará con la aprobación del Comité de investigación y ética institucional del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Los datos obtenidos que se utilizarán exclusivamente para la elaboración del presente trabajo se mantendrá la confidencialidad de cada paciente utilizando códigos para identificar a cada una de las participantes.

**g. Plan de análisis**

En estadística descriptiva, para las variables numéricas se emplearán medidas de tendencia central como media y mediana; y medida de dispersión como desviación estándar, coeficiente de variación, rango, cuartiles; que se seleccionarán según tipo de distribución de

cada variable. Para las variables categóricas se emplearán frecuencias.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Véliz O F, Núñez S A, Selman A. A. Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2018;83(5):513–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500513>
2. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Langhoff-Roos J, Fox KA, Collins S, FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2019;146(1):20–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12761>
3. Informe anual de estadística del servicio de Obstetricia. Oficina de estadística del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Oficina de estadística. 2024.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. INEI. [citado el 2 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/inei/>
5. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort MA, Burton GJ, Collins SL, et al. Placenta praevia and placenta accreta: Diagnosis and management: Green-top guideline no. 27a: Green-top guideline no. 27a. *BJOG* [Internet]. 2019;126(1):e1–48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.15306>
6. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 7: Placenta accreta spectrum. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2018;132(6):e259–75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002983>
7. Society of Gynecologic Oncology, American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal-Fetal Medicine, Cahill AG, Beigi R, Heine RP, Silver RM, et al. Placenta accreta spectrum. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2018;219(6):B2–16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.042>
8. Jauniaux E, Kingdom JC, Silver RM. A comparison of recent guidelines in the diagnosis and management of placenta accreta spectrum disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2021;72:102–16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.06.007>

9. Allen L, Jauniaux E, Hobson S, Papillon-Smith J, Belfort MA, for the FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Nonconservative surgical management. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2018;140(3):281–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12409>
10. Jauniaux E, Bhide A, Kennedy A, Woodward P, Hubinont C, Collins S, et al. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Prenatal diagnosis and screening. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2018;140(3):274–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12408>
11. Jauniaux E, Collins S, Burton GJ. Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2018;218(1):75–87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.067>
12. Balayla J, Bondarenko HD. Placenta accreta and the risk of adverse maternal and neonatal outcomes. *J Perinat Med* [Internet]. 2013;41(2):141–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1515/jpm-2012-0219>
13. Cali G, Forlani F, Lees C, Timor-Tritsch I, Palacios-Jaraquemada J, Dall'Asta A, et al. Prenatal ultrasound staging system for placenta accreta spectrum disorders: US staging of PAS. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2019;53(6):752–60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/uog.20246>
14. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. Protocolo: Cesarea. Clinic Barcelona Hospital Universitari. 2020;26.
15. A Sudha M P. Abnormal Placentation: Placenta Previa, Placenta Accreta and Vasa Previa - An Overview. *Int J Sci Res (Raipur)* [Internet]. 2023;12(5):1428–38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21275/sr23516113538>
16. Normas sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención respecto de: Reoperaciones quirúrgicas no programadas (Norma 4). Resolución Excenta N° 1031 del 17 de Octubre de 2012. Ministerio de Salud. Chile. Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articulos-8928\\_recurso\\_5.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articulos-8928_recurso_5.pdf)
17. Knol WG, den Harder AM, de Heer LM, Benke K, Maurovich-Horvat P, Leiner T, et al. Incidental findings on routine preoperative noncontrast chest computed tomography and chest radiography prior to

cardiac surgery in the multicenter randomized controlled CRICKET study. Eur Radiol [Internet]. 2023;33(1):294–301. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00330-022-09001-0>

18. Apgar V, Holiday DA, James LS, Weisbrot IM, Berrien C. Evaluación del recién nacido: segundo informe. JAMA 1958;168:1985–88.
19. Ventura Laveriano Walter Ricardo. Validez de la evaluación posnatal de la edad gestacional: estudio comparativo del método de Capurro versus ecografía de las 10+0 a 14+2 semanas. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2015 Abr [citado 2025 Mayo 01]; 61( 2 ): 115-120. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322015000200004&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000200004&lng=es).

## 7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Etapas	2025							
	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
Redacción del plan de investigación	X							
Aprobación del plan de investigación		X						
Recolección de datos			X					
Procesamiento y análisis de datos				X				
Elaboración del informe					X			

Aprobación del trabajo de investigación						X	X	
Publicación de artículo científico								X

### TABLA DE PRESUPUESTOS

Insumo	Costo (soles)
Útiles de oficina	200.00
Servicio de internet	300.00
Fotocopias e impresiones	100.00
Movilización y otros	200.00
<b>TOTAL</b>	<b>800.00</b>

El presente trabajo será financiado por el investigador.

## 8. ANEXOS

a. Ficha de recolección de datos

### 1. Datos personales:

N° Historia clínica:

Edad:

### 2. Datos de la cirugía:

Cirugía realizada:

Fecha de cirugía:

Cesárea de emergencia: Si ( ) No ( )

Hallazgo incidental: Si ( ) No ( )

Placenta Previa: Si ( ) No ( )

Cesárea anterior: Si ( ) No ( ) N° cesáreas:

Complicaciones en SOP: Si ( ) No ( ) Detallar:

Reintervención: Si ( ) No ( ) Motivo:

Lesión de otras estructuras: Si ( ) No ( ) Especificar:

Pasa a UCI: Si ( ) No ( )

Transfusión de hemoderivados: Si ( ) No ( ) N°:

Sangrado intraoperatorio:

Clasificación FIGO PAS:

Hemoglobina Pre SOP:

Post SOP:

### 3. Datos de la ecografía:

	Si	No
Lagunas placentarias	N°:	
Disrupción de la interfase		

vesicouterina		
Pérdida de la clear zone		
Hipervascularidad uterovesical		
Evidencia del incremento de vascularidad en la parte inferior del segmento uterino extendiéndose a región parametrial		
Grosor del miometrio	Detallar:	

- a. *PAS 0*: Placenta previa sin signos ecográficos de invasión o placenta previa con lagunas placentarias pero sin evidencia de anomalía en la interfase útero vejiga. (pérdida de la "clear zone").
- b. *PAS 1*: presencia de al menos dos de los siguientes hallazgos ecográficos:
  - lagunas placentarias
  - pérdida de la clear zone
  - Interrupción de la pared vesical.
- c. *PAS 2*: *PAS 1* más hipervascularidad uterovesical.
- d. *PAS 3*: *PAS 1* o *PAS 2* más evidencia de incremento de la vascularidad en la parte inferior del segmento uterino extendiéndose a región parametrial.

#### **4. Datos del recién nacido:**

Apgar:

Peso del recién nacido:

Capurro:

#### **5. Resultados anatomopatológicos**

- a. *Grado 1:* Placenta anormalmente adherente (placenta adherente o creta): unida directamente a la superficie de la capa media de la pared uterina (miometrio) sin invadirla.
- b. *Grado 2:* Placenta anormalmente invasiva (increta) - invasión al miometrio
- c. *Grado 3:* La invasión de placenta (percreta) anormalmente invasiva puede llegar a los tejidos, vasos y órganos pélvicos circundantes.