



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN POSGRADO**

**FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES DE ACRETISMO
PLACENTARIO HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2018**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR

PERCY LUIS GUTIERREZ CONDORI

ASESOR

DRA. GEZEL RAQUEL VASQUEZ JIMENEZ

LIMA, PERÚ

2020



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE POSGRADO

**FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES DE ACRETISMO
PLACENTARIO
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2018**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR

PERCY LUIS GUTIERREZ CONDORI

ASESOR

DRA. GEZEL RAQUEL VASQUEZ JIMENEZ

LIMA, PERÚ

2020

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	3
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad y factibilidad	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	8
2.3 Definición de términos básicos	20
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	21
3.1 Formulación de la hipótesis	21
3.2 Variables y operacionalización	22
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	23
4.1 Tipos y diseño	23
4.2 Diseño muestral	23
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	24
4.4 Procesamiento y análisis de datos	24
4.5 Aspectos éticos	28
CRONOGRAMA	29
PRESUPUESTO	30
FUENTE DE INFORMACIÓN	31
ANEXOS	
1 Matriz de consistencia	
2 Instrumento de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

Las patologías gineco-obstétricas son consideradas como un problema de salud pública, que se encuentra presente a nivel mundial, el cual es demostrado mediante el incremento de las tasas de incidencia y casos de mortalidad materna. El acretismo placentario no es un problema ajeno, ya que, afecta a las mujeres sometidas a cesáreas previas, la presencia de placenta previa sobre la cicatriz uterina o que se sometieron a un procedimiento de resolución quirúrgica de alguna patología ginecológica como miomas submucosos, esto ocurre sobre todo durante su periodo fértil (1).

La Organización Mundial de la Salud, (OMS), refiere que alrededor de 830 féminas fallecen a consecuencia del embarazo o parto, donde el 99% de mortalidad corresponde a países que se encuentran en vías de desarrollo, considerando como factor de riesgo a la edad materna mayor de 35 años, la multiparidad, siendo aún mayor en las poblaciones de zonas rurales, a partir del año noventa las zonas de Asia y la zona norte de África han logrado reducir a la mitad su mortalidad materna, logrando hasta el 2015 reducir un 2.3%, a pesar de ello en otros países entre el 2000 y 2010 sobrepaso el 5.5% de mortalidad (2).

En la región de América, en Estados Unidos, los casos de placenta acreta son frecuente en pacientes que presentaron placenta previa, que fueron intervenidas quirúrgicamente por cesárea en embarazos anteriores. La incidencia se ha incrementado desde el 2000 en un aproximado de 2/1000. Asimismo, pacientes con 1 cesárea anterior a causa de placenta previa el riesgo es del 10%, mientras que las pacientes que fueron sometidas a más de 4 cesáreas el riesgo se incremento es en 60%, de presentar acretismo placentario, considerando como manejo principal el diagnóstico precoz, que debe ser realizado mediante ultrasonido y resonancia magnética (3).

En Perú Del Carpio L, especialista de salud reproductiva, refiere que las intervenciones quirúrgicas por cesárea se han incrementado, presentando una cifra de 32.8%, con la finalidad de reducir las complicaciones durante el momento del parto y en ocasiones es por pedido de la gestante para evitar la situación del dolor

del parto, las zonas urbanas presenta un 9.9% de casos, donde las usuarias poseen un nivel de educación superior, en zonas rurales se presentó solo un 13.1% (4). Asimismo, la especialista Del Carpio, menciona que al realizarse una intervención quirúrgica por cesárea, la cual, no se desarrolle en condiciones óptimas o no sea realizada con una técnica adecuada, favorece a generar la predisposición a padecer complicaciones, condicionando que los embarazos posteriores presenten placenta acreta, conllevando esta situación a realizarse como procedimiento la histerectomía, con la única finalidad de salvar la vida de la paciente, finalizando así la condición reproductiva (4).

El servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Arzobispo Loayza, localizado en la ciudad de Lima Cercado, en la actualidad el número de casos de placenta acreta se ha venido observando como una de las causas de mortalidad materna, ocasionada por la inserción anormal de la placenta o parte de ella en la zona del miometrio, debido a la deficiente reconstitución del endometrio, lo cual hace sospechar la predisposición a desarrollar la patología mencionada, esta situación es ocasionada por múltiples factores, dentro de los cuales, se está considerando las cesáreas anteriores, la placenta previa sobre la cicatriz uterina, es por ese motivo que se consideró necesario realizar el presente estudio de investigación, para determinar los factores de riesgos frecuentes que conlleva a desarrollar este síndrome teniendo en consideración que cada paciente es diferente; sin embargo, se presenta la tendencia a ocasionar hemorragias obstétricas severas, sobre todo en el postparto inmediato, el cual, puede ocasionar la muerte (5).

1.2 Formulación el problema

¿Cuáles son los factores de riesgo predisponentes de acretismo placentario del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2018?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores de riesgo frecuentes vinculados al acretismo placentario en las gestantes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2018.

Objetivos específicos

Determinar el vínculo entre cesárea previa y acretismo placentario.

Determinar el vínculo entre placenta previa y acretismo placentario.

1.4 Justificación

El presente proyecto de investigación es de suma utilidad para el profesional médico, debido a que los factores de riesgo del acretismo es considerado como una de las causas de mortalidad materna, siendo un riesgo fundamental para el desarrollo de la función reproductiva, debido a que traerá como consecuencia procedimientos como es la histerectomía, como tratamiento ante la presencia de hemorragia masiva que es la causa principal mortalidad materna.

Igualmente, el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, no es ajena a esta problemática, la presente investigación brindará información importante para investigaciones futuras, ya que, permitirá la identificación oportuna de los factores de riesgo para reducir la incidencia de casos, previniendo la mortalidad materna, mejorando así la calidad de vida de las mujeres en edad reproductiva.

1.5. Viabilidad y factibilidad

El presente estudio de investigación es viable, la institución donde se realizará la muestra ha brindado la autorización para la ejecución del presente proyecto. El instrumento para recabar la información, se podrá dar a conocer al personal de salud, debido a que se cuenta con el permiso respectivo del jefe del servicio.

Este estudio de investigación, cuenta con los recursos, tanto económicos como humanos, que acredite el desarrollo del proyecto de investigación sin dificultades.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Kong X et al., en 2017, realizaron una investigación cuyo objetivo consistió en analizar los factores de riesgo y el diagnóstico de placenta acreta, para lo cual emplearon la metodología de estudio de cohorte retrospectivo, entre sus hallazgos de la población general de estudio obtuvieron que 47 usuarias fueron diagnosticadas con placenta acreta, 44 (91%) se les realizó legrado uterino anterior 33 (70%) tenían cesárea múltiple, 34 (72%) placenta previa, 28 (60%) presentaron placenta previa más cesárea anterior. Llegaron a la conclusión que para disminuir la mortalidad materna es necesario la identificación oportuna, el método diagnóstico de apoyo es el ultrasonido y resonancia magnética, las cesáreas programadas, es mejor que la cesárea de emergencia (6).

Farquhar C et al., en 2017, realizaron una investigación cuyo objetivo consistió en estimar la incidencia del desarrollo de placenta acreta y describir los factores de riesgo, el desarrollo de la práctica clínica y resultados perinatales, para lo cual emplearon la metodología de recolección de datos, diseño de estudios de casos y controles. Entre sus hallazgos obtuvieron que la incidencia en Australia fue de 47.4/100 000 y en Nueva Zelanda fue 36.0/100 000. De los cuales 184 casos fueron identificados durante la realización de la cirugía o mediante histología, 107 casos se identificaron por imágenes pre natales, se identificó 213 casos de acretismo placentario, 37 con placenta increta y 45 con placenta percreta. Se presentó 2 muertes maternas, una fue por causa cerebrovascular como efecto secundario a embolia pulmonar y el otro caso por acretismo placentario. Llegaron a la conclusión que los factores de riesgo para el desarrollo de placenta acreta son 80% por parto anterior, cesárea previa con 68%, la edad materna en mujeres mayores de 35 años con un 95%, partos múltiples con 95% (7).

Buenaño R et al., en 2016, realizaron una investigación, cuyo objetivo consistió en determinar los factores de riesgo y complicaciones del acretismo placentario, para lo cual emplearon la metodología descriptiva, observacional, retrospectivo, analítico, el material se obtuvo mediante revisión de la historia clínica, análisis y clasificación. Gestante de 28.6 semanas con presencia de placenta previa,

presenta como antecedente 5 gestaciones, con 2 cesárea anterior, con 3 casos de óbito fetal, llegando a la conclusión que los antecedentes mencionados son factores de riesgo que favorecen el desarrollo de acretismo placentario (8).

Palova E et al., en 2016, realizaron una investigación cuyo objetivo consistió en identificar los factores de riesgo asociados con la placenta acreta, para lo cual emplearon la metodología de tipo analítica, de cohorte retrospectivo, se consideró solos los casos con evidencia histológica de placenta acreta. Entre sus hallazgos obtuvieron que 50 pacientes sometidas a histerectomía en 2008 y 2013, identificaron 8 casos de placenta acreta, 5 casos (62.5%) presentaron sospecha antes del parto, la edad gestacional promedio fue de 25-41 semanas 6 de 8 mujeres (75%) presentaron placenta acreta y antecedente de legrado o cesárea anterior y llegaron a la conclusión que 8 casos (16%) de gestantes tuvieron como antecedentes placenta previa y cesárea anterior, de las cuales 4 (50%) se sospechó el riesgo de placenta acreta (9).

Öscan S et al., en 2015, realizaron una investigación cuyo objetivo consistió en investigar la morbilidad perinatal asociada a cesáreas anteriores, para lo cual emplearon la metodología de diseño de cohortes de tipo prospectivo, se consideró a 500 gestantes, clasificadas en 4 categorías, considerando las características sociodemográficas y antecedentes clínicos, entre sus hallazgos obtuvieron que el acretismo placentario se incrementó en los grupos con mayor número de cesáreas, presentando adherencias graves, lesionando órganos aledaños y llegaron a la conclusión que existe una relación entre la morbilidad de la madre con el número de cesárea y el tiempo prolongado de cirugía, con riesgo de daño de los órganos vecinos (10).

Carbajal F, en 2014, realizó una investigación, cuyo objetivo consistió en describir los antecedentes gineco-obstétricos, clasificación histopatológica y tratamiento de la inserción anómala de la placenta en las pacientes de la unidad de cuidados intensivos obstétricos, para lo cual emplearon la metodología de un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Muestreo no probabilístico, entre sus hallazgos obtuvieron que de 10 pacientes diagnosticadas, la edad promedio fue de 33 años existiendo una relación con la multiparidad en un 80% aunado a la cesárea previa, y con legrado uterino un 90%, el 100% del tratamiento

fue quirúrgico, al 20% se realizó embolización de arterias uterinas y el 20% de arterias hipogástricas (11).

Torres K, en 2018, realizó una investigación, cuyo objetivo consistió en describir el manejo de un caso clínico con acretismo placentario, en cesárea anterior más diagnóstico de placenta previa, para lo cual empleó la metodología de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo, analítico por referencia la historia clínica. Entre sus hallazgos se analizó antecedentes personales, patológicos, examen clínico y auxiliares se presentó multigesta de 38 semanas con diagnóstico de placenta acreta con factor de riesgo de cesárea anterior, edad materna avanzada, multiparidad y placenta previa, durante la cesárea presentó hemorragia masiva, con placenta previa y adherencia, conllevando a histerectomía total, llegó a la conclusión de que se debe tener en cuenta los antecedentes obstétricos (12).

Fernández F, en 2017, realizó una investigación, cuyo objetivo consistió en identificar los factores de riesgo para el desarrollo de placenta previa y placenta acreta, para lo cual empleó la metodología de análisis de casos, tipo descriptivo, retrospectivo. Entre sus hallazgos obtuvo, que una paciente primigesta de 26 años de edad, con 34 semanas de gestación por FUR, con presencia de placenta previa y placenta acreta, a las 32 semanas presento sangrado vaginal. Se presenta un segundo caso, gestante de 34 semanas con presencia de contracciones uterinas, sin señales de sangrado, se logra prolongar gestación hasta 35 semanas, la gestante presentó hemorragia en la etapa intra-operatorio, debido a la presencia de placenta acreta y llegó a la conclusión que existe relación entre el acretismo placentario y la placenta previa en un 82.6%, siendo la principal complicación el sangrado profuso (13).

Quispe P, en 2017, realizó una investigación, cuyo objetivo consistió en obtener conocimiento sobre la fisiopatología y manejo de las hemorragias posterior al parto por presentar acretismo placentario, para lo cual empleó una metodología de análisis de casos, tipo descriptivo, retrospectivo y entre los hallazgos obtenidos la ausencia o presencia de fibras musculares cercanas a las vellosidades a nivel placentario, presencia de sangrado en la unión placentaria, posterior a la extracción forzada durante el periodo de cesárea incrementa el riesgo de acretismo placentario, llegando a la conclusión que el incremento de los casos de acretismo placentario es

por el aumento de la tasa de intervenciones quirúrgicas por cesárea, lo cual constituye causa de morbilidad materna (14).

Saldívar J, en 2016, realizó una investigación, cuyo objetivo consistió en determinar si la cirugía uterina previa es un factor de riesgo asociado a acretismo placentario, para la cual empleó la metodología de estudio analítico, observacional y retrospectivo de casos y control, trabajó con dos grupos, 41 casos de gestantes con presencia de acretismo placentario y 82 controles de gestantes sin presencia de acretismo. Entre sus hallazgos obtuvo que se presentó una frecuencia de 0.12 pacientes con acretismo placentario, 1/1757 partos (de 69 casos, 32 son del Hospital Regional Docente y 37 del Hospital Belén. El 0.05% fueron sometidas a cirugías previas, aproximadamente las cesáreas fueron 0.03%, miomectomía un 0.008%, legrados y otros 0.012%, llegaron a la conclusión que la cesárea anterior, cirugía uterina, miomectomía son un factor de riesgo relacionado para el desarrollo de placenta acreta (15).

2.2 Bases teóricas

Factores de riesgo

Se denomina factor de riesgo a la situación con características en la cual un ser vivo se expone a la probabilidad de padecer una patología o lesión, que afecte su integridad física y psicológica. Esta condición se presenta de manera individual, sin embargo, no se desarrolla de manera aislada, es frecuente que esté condicionada a otra situación, sobre todo cuando refiere al área de salud que puede conllevar incluso a la muerte (16).

Clases de factores de riesgo

Factor de tipo conductual

Este tipo de riesgo está relacionado con las acciones propias que posee el ser humano, por consiguiente se puede disminuir o eliminar el riesgo sobre un determinado estilo de vida, como el consumo de tabaco, el consumo de bebidas alcohólicas, los malos hábitos alimenticios, la poca actividad física, la exposición a los rayos de sol de manera prolongada, así como las prácticas sexuales sin protección adecuada (16).

Factor de tipo fisiológico

Este factor se relaciona con la biología del ser humano, incluido las características genéticas, la forma de vivir de manera inadecuada; se relaciona el sobrepeso, la hipertensión, el colesterol elevado, el incremento de glucosa en sangre (16).

Factor de tipo demográfico

Los factores demográficos se encuentran en relación con la población en general, como son la edad, el desarrollo de actividades en una determinada población, el género (16).

Factor de tipo medioambiental

Este factor implica un amplio tema de a desarrollar en las áreas como son social, económico, político, ecológico, cultural, como es el acceso al agua potable, el medio ambiente y el entorno social (16).

Factor de tipo genético

Es este aspecto el estudio es sobre las características genéticas del sujeto, presentando enfermedades como fibrosis, alteración muscular, asma o diabetes que se encuentra en relación a la carga genética y el ambiente en algunos grupos poblacionales se presenta la anemia falciforme (16).

Placenta acreta

Definición

La placenta acreta es considerado una anomalía de la implantación, la cual presenta una adherencia anormal en la pared del útero sin interposición de la decidua, es decir hay ausencia de la capa de Nitabuch (17).

Epidemiología

Incidencia

Los casos de incidencia a causa de acretismo placentario viene a ser 1 por cada 533 partos atendidos, presentado un incremento considerable de aproximadamente 10 veces durante los últimos 20 años, donde la incidencia es de 75% presente en placenta acreta, mientras un 18% se relaciona a la placenta increta y un 7% se

presenta en placenta percreta, siendo considerado un problema para la especialidad de ginecoobstetricia (1).

En la actualidad estos casos han ido en incremento, relacionado directamente con antecedentes de cesárea previa 1/1000 a 1/5000 (17).

Clasificación

El síndrome de acretismo placentario según su profundidad en la que invade el trofoblasto se clasifica en:

Placenta acreta

Se produce cuando las vellosidades logran llegar al miometrio sin lograr atravesar. Es considerada la más frecuente debido a que presenta un 80% de casos (17).

Placenta increta

En este caso las vellosidades migran al miometrio, pero no logran llegar a hacia la capa serosa, se encuentra presente en 15% de casos (17).

Placenta percreta

Sucede cuando las vellosidades ingresan y logran invadir la zona ubicada en la capa serosa, comprometiendo incluso órganos aledaños como la vejiga. Se considera que es altamente mortal. Este caso es menos frecuente, presentando solo un 5% de casos (17).

Relación a la cantidad presencia de cotiledones

Acretismo a nivel focal: Presenta un cotiledón único.

Acretismo a nivel parcial: Presencia de algunos cotiledones.

Acretismo a nivel total: Abarca la placenta en general (17).

Factores de riesgo

Se considera como factor de riesgo

Antecedentes de intervención quirúrgica por cesárea anterior, debido a que las capas internas del útero son delgadas, lo cual, facilita la penetración de las

vellosidades de la placenta, ingresando más de lo necesario, sobretodo en la cesárea de emergencia (18).

El síndrome de Asherman, que se refiere a las cicatrices que se encuentran en el interior del útero, que puede ser leve con presencia de pequeñas cicatrices o severas conformado por tejido cicatrizal de grosor grueso que puede destruir el útero parcial o general (18).

La existencia de antecedentes de curetaje y miomectomía, así como la presencia de placenta previa que se encuentra ubicada encima de la cicatriz anterior, a esto sumado la avanzada edad materna y los partos múltiples (18).

Complicaciones

La presencia de placenta acreta en la actualidad está asociada con la morbilidad y mortalidad materno-fetal, ocasionado frecuentemente por la presencia de hemorragia masiva, lo cual conlleva a una coagulación intravascular disemina, tromboembolia, asimismo presentará insuficiencia multisistémica, ocasionando incluso la necesidad de realizar una histerectomía (19).

El riesgo de presentar diversas complicaciones está latente cuando la paciente ingresa a la unidad de cuidados intensivos debido a pielonefritis, tromboembolismo, neumonía, insuficiencia renal, síndrome de dificultad respiratoria, infecciones sobre la herida operatoria (19).

Otra de las complicaciones frecuentes es a causa de histerectomía que se asocia a lesión de la vejiga, lesión uretral, otras lesiones menos frecuentes son al intestino, vasos de gran dimensión y nervios de la zona pélvica, esta probabilidad se incrementa cuando hay presencia de placenta percreta (19).

La repetición de cirugías es un factor predisponente, pero a la vez necesario que es empleado como medio de control de hemorragias, tratamiento de lesión de estructura pélvica o tratamiento de infecciones (19).

Método diagnóstico

Diagnóstico clínico

La diversa clasificación de acretismo placentario, puede surgir durante el transcurso de la gestación, así como en el periodo de parto y post parto inmediato, para realizar un diagnóstico se tomará en consideración los factores de riesgo como son las intervenciones quirúrgicas previas como cesáreas, miomectomías, legrados, placenta previa sobre cicatriz de cesárea anterior, asimismo los antecedentes de infecciones uterinas frecuentes, la edad mayor de 35 años (17).

La placenta previa acreta, durante el embarazo la presencia de sangrado vaginal puede ser frecuente, lo cual puede confundirse con otras patologías, un porcentaje alto de usuarias, desarrollan una clínica inminente hasta la culminación del embarazo, el diagnóstico se puede presentar de manera casual posterior a una ecografía de control, cuando la clínica se haga presente el signo común es la presencia de sangrado el cual puede ser de diferente volumen, que va desde un sangrado leve con pérdida al exterior como es en el placenta acreta o un sangrado moderado como se evidencia en la placenta percreta (17).

Diagnóstico ecográfico

Este procedimiento es la técnica de elección inmediato para el diagnóstico de placenta acreta, en el segundo y tercer trimestre. Esto favorece a identificar la localización de la placenta, con una sensibilidad de 77-93% y una especificidad de 71-97% (18).

Los criterios ecográficos a ser considerado son

- La desaparición de la zona hipoecoica retro placentaria.
- La presencia de diversas dilataciones vasculares, hipervascularización, lagunas placentarias, evidenciadas en el Doppler a color.
- Grosor de la zona miometrial retroplacentario menor a un 1mm.
- Evidencia de tejido placentario o vasos en la zona útero-placentario, ubicado en la serosa uterina y la vejiga urinaria (18).

Diagnóstico mediante Power Doppler 3D

Se encontrará

- Gran presencia de vasos que confluyen en la unión vesico-uterina.
- Hipervascularización en la zona interna de la placenta.
- Incremento del calibre de los vasos sanguíneos con forma irregular y de aspecto tortuoso (18).

Diagnóstico por resonancia magnética

Para realizar la resonancia magnética el criterio es que no se logre visualizar mediante la ecografía, en casos de obesidad de la madre, presencia de placenta posterior, la presencia de abombamiento en la superficie del útero llegando incluso a lesionar estructuras contiguas, las cuales presentan lagunas vasculares y áreas con hemorragia placentaria. A esto se incluye, el incremento de la vascularización, heterogeneidad placentaria, visualización de bandas hipotensas en secuencias potenciadas en T2, que se prolongan desde la interface miometrial y que poseen una distribución al azar, reduciendo el grosor miometrial, zonas con pérdida de línea miometrial (característica delgada con línea hipotensa). En la observación; el empleo de Gadolinio a las 34 semanas por vía intravenosa, mejora la capacidad diagnóstica, su uso no se considera seguro durante el embarazo por ser un fármaco de categoría C (18).

Manejo

El manejo cotidiano del acretismo placentario es la intervención quirúrgica por cesárea e histerectomía, en la actualidad se han incorporado nuevas técnicas terapéuticas para el tratamiento conservador se debe realizar mediante un trabajo multidisciplinario. El tratamiento adecuado dependerá del diagnóstico que se brinde durante el periodo prenatal, lo cual, permitirá establecer una estrategia para la realización quirúrgica de manera adecuada, como la incisión mediana infraumbilical, independiente a la cicatriz anterior, se realizará cesárea clásica si la placenta fuera de presentación anterior en todo casos ante la existencia de una complicación durante el alumbramiento el procedimiento a seguir será la histerectomía (18).

PROTOCOLO DE MANEJO DE ACRETISMO PLACENTARIO	NIVEL		
	I	II	III
Tratamiento para acretismo placentario diagnosticado antes del parto	x	x	x
<p>Se realizara evaluación por diversas especialidades, diagnosticando asertivamente la anomalía, ante la presencia de placenta previa sobre la cicatriz de cesárea anterior:</p> <p>El percretismo, se asocia al incremento de la mortalidad, ya que predispone a un compromiso a órganos vecinos como la vejiga, intestinos y el epiplón.</p> <p>La cistoscopia, está indicado en la cateterización uretral, favorece a reducir el riesgo de lesión.</p> <p>Se podrá dar por concluida la gestación de forma programada de la semana 36 o 37 en adelante siempre que no haya signos de sangrado (18).</p>		x	x
<p>Se deberá informar a la paciente del proceso a seguir. Para lo cual se recomienda hospitalizar a las 32 semanas para complementar estudios y programar la cirugía.</p> <p>Preparar el equipo multidisciplinario con soporte de cirugía urológica, vascular, anestesia y reanimación, reservando una unidad de sangre.</p> <p>El equipo de neonatología deberá estar alerta, para la atención del recién nacido.</p> <p>Coordinar con la unidad de cuidados intensivos ante posibles complicaciones. Obtener la firma de los consentimientos informados de transfusión sanguínea, histerectomía o ante posibles complicaciones previa explicación del caso (18).</p>			x
<p>Técnica</p> <p>Se deberá tomar las precauciones del caso ante posibles daños a la vejiga, recto, etc. Se realizará el procedimiento de laparotomía infraumbilical amplia, con el riesgo de ampliación de la misma.</p>	NIVEL		

<p>Diagnóstico dentro de la cesárea</p> <p>La presencia de acretismo se podrá observar al abrir el abdomen, un paquete vascular anormal ubicado sobre la zona placentaria con un color típico.</p> <p>En caso la placenta se esté sobre el orificio cervical interno de forma rápida se procederá a una histerectomía subtotal, de complicarse será histerectomía total.</p> <p>De igual manera se contará con el equipo multidisciplinario y seguirá las intervenciones anteriormente descritas (18).</p>			x
---	--	--	---

Tratamiento conservador

- Minimizar los índices de mortalidad como consecuencia del sangrado.
- Optar en primera instancia por el tratamiento conservador.
- Clampar el cordón umbilical, mantener la placenta *in situ* esperando su reabsorción.
- Realizar exéresis sobre la mayor parte de la placenta y continuar el tratamiento con oxitócicos, antibióticos.
- Mediar con metotrexate a nivel sistémico.
- Embolización de grandes vasos.
- Optar por el tratamiento conservador representa un gran riesgo de desarrollar hemorragia, infección e incluso ruptura uterina.
- De contarse con los recursos adecuados, optar por el tratamiento conservador hasta realizar el traslado a un centro especializado (18).

Cesárea

El parto por cesárea es un tipo de nacimiento de un nuevo ser, mediante el procedimiento conocido como laparotomía, seguido de una histerotomía, se caracteriza dos tipos de cesáreas (17).

Cesárea primaria: Es considerado cuando se ha realizado la histerotomía por vez primera (17).

Cesárea secundaria: Se denomina así cuando se ha realizado más de una vez el procedimiento de histerotomía (17).

Situaciones frecuentes para indicar parto por cesárea:

Macrosomía fetal.

Desproporción cefalopélvica.

Placenta previa.

Desprendimiento prematuro de placenta.

Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Anormalidades del estudio DOPPLER del cordón umbilical.

Cáncer cérvico uterino invasor.

Cerclaje permanente.

Dehiscencia de cicatriz anterior de cesárea.

Cesárea anteriores.

Presentación anormal del feto.

Cardiopatía o neumopatía de la madre.

Aneurisma o malformación arteriovenosa cerebral de la madre (17)

Complicaciones de la cirugía por cesárea

Histerectomía.

Transfusión sanguínea.

Shock hipovolémico.

Paro cardíaco.

Tromboembolia venosa.

Infección puerperal.

Dehiscencia de la herida (17).

Técnicas empleadas en la realización de cesárea

Incisión transversa

Es la realización de la incisión de Pfannensteil, se secciona la piel y el tejido subcutáneo, por medio de una incisión un poco curvilínea, transversa y baja, la cual se sitúa en el nivel de la línea de implantación del vello púbico, generalmente se ubica a 3 centímetros del borde superior de la sínfisis púbica (17).

Incisión vertical

Esta incisión vertical media infraumbilical, tiene por inicio de 2 a 3 centímetros por arriba del borde superior de la sínfisis del pubis, la cual debe tener la longitud adecuada de 12 a 15 centímetros, para extraer sin dificultad al feto (17).

Histerotomía

Mayormente el segmento uterino inferior se corta en sentido transversal tipo Kerr. En otras ocasiones se realiza la incisión vertical del segmento inferior, tipo Kronig, con frecuencia se prefiere la cesárea transversa (17).

Placenta

La placenta es considerada un órgano, el cual se desarrolla en el interior de la cavidad uterina, durante el periodo de gestación, la cual cumple la función de nutrición, eliminación de los residuos y aporte de oxígeno al nuevo ser, esta estructura se encuentra unida a la pared del útero, la cual da origen al cordón umbilical, usualmente se encuentra ubicada en la zona superior, lateral, anterior o posterior del útero (17).

Entre las anomalías de la placenta durante el periodo de gestación es frecuente que se presente el desprendimiento de la placenta, placenta adherida y la placenta previa, el manejo adecuado favorece a reducir el riesgo de hemorragia vaginal, posterior al parto y retención de la placenta (17).

Placenta previa

Esta anomalía sucede cuando el orificio cervical interno es cubierto de manera parcial o total, la prevalencia es de 0.25 a 0.5 % en los embarazos únicos (17).

Consideraciones para el desarrollo de placenta previa

La cesárea previa es un factor de riesgo que predispone al incremento de cesáreas posteriores, además se considera la miomectomía, el legrado y extracción digital de placenta (17).

Clasificación de placenta previa se describe

Placenta previa oclusiva: Cubre totalmente el orificio cervical interno.

Placenta previa no oclusiva: Es adyacente al orificio cervical interno (17).

Complicaciones

Presencia de placenta acreta, inserción velamentosa de cordón y vasa previa.

Hemorragia posterior al parto.

La presentación fetal anormal.

Sangrado grave

Histerectomía de emergencia

Embolia de líquido amniótico (17).

Método diagnóstico

Se determina la ubicación de la placenta por ecografía en el segundo y tercer trimestre (17).

Ecografía transvaginal: Visualiza el segmento inferior del útero.

Ecografía Doppler: Sirve para descartar vasa previa o hematoma marginal (17).

Manejo de placenta previa

El manejo se llevará a cabo según la edad gestacional de la gestante, realizando control ecográfico de tercer trimestre, abstener relaciones sexuales, reposo relativo, prevención de la anemia. Se realizará cesárea electiva en las placentas previa asintomáticas y en las placentas previas sintomáticas en lo posible programar cesárea a partir de las 36 - 37 semanas de gestación, caso contrario realizar cesárea de emergencia (17).

2.3 Definición de términos

Muerte materna: Se considera al fallecimiento de la madre como causa de una complicación durante el proceso del embarazo (18).

Miometrio: Se encuentra constituido por el musculo liso el cual esta aunado al tejido conjuntivo donde se encuentra fibras elásticas, las fibras del miometrio durante la contracción controla la hemorragia durante el periodo del parto (18).

Endometrio: Se encuentra formado por epitelio superficial, el cual cubre la cavidad uterina (18).

Placenta acreta, percreta e increta: Son anomalías presentes en la placenta, la cual se origina cuando el trofoblasto invade la zona del miometrio ocasionando una adhesión patológica (18).

Placenta previa: Esta situación en la cual la placenta se localiza en el segmento uterino anterior (18).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

Hipótesis alterna (H1)

Los Factores de riesgo si predisponen al acretismo placentario, Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018.

Hipótesis nula (H0)

Los Factores de riesgo no predisponen al acretismo placentario, Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Acretismo placentario	La placenta acreta es considerado una anomalía relacionado con la implantación de la placenta, la cual se adhiere de forma anormal en la pared del útero sin interposición de la decidua, es decir hay ausencia de la capa de Nitabuch.	Cualitativa	Informe histológico Con diagnóstico de placenta acreta	Nominal	Factor Aspectos generales Diagnóstico Manejo	Pruebas diagnósticas: Ecografía Resonancia
Factores de riesgo	Se denomina factor de riesgo, a aquella situación con características, en la cual, un ser vivo se expone a la probabilidad de padecer una patología o lesión, que afecte su integridad física y psicológica. Esta condición se presenta de manera individual, sin embargo, no se desarrolla de manera aislada, es frecuente que esté condicionada a otra situación, sobre todo cuando es el área de salud que puede conllevar incluso a la muerte (16).	Cualitativa	Número de cesáreas anteriores Frecuencia de placenta previa Tipos de placenta previa	Nominal	Conductual Fisiológico Demográfico Medioambiental Genético	Historia clínica Antecedentes

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Según la intervención del investigador: Es observacional debido a que no controla las variables estudiadas.

Según su alcance: Es analítico puesto que muestra la relación causal y tiene grupo(o) de control(es)

Según el número de mediciones de las variables de estudio: Es transversal, porque mide la variable una sola vez.

Según el momento de la recolección de datos: Es retrospectivo pues recolecta los datos antes de la ejecución del estudio.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Usuaris atendidas en el Hospital Arzobispo Loayza 2018.

Población de estudio

Gestantes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Arzobispo Loayza 2018.

Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se trabajó la fórmula aplicada para estudios de casos y controles.

***Fórmula para sacar la muestra

$$N * (\alpha_c * 0,5)^2 = \frac{1}{1 + (e^2 * (N - 1))}$$

Tamaño de la muestra = 298

Dónde:

N=Tamaño de la población (Universo)=1320

N= Tamaño de la población

α_2 =Valor de nivel de confianza=95%

e= Margen de error=5%

Valor de nivel de confianza=95%

Margen de error=5%

***Análisis de confiabilidad

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,713	5

El Alfa de Crombach nos indica un valor de 0.713, el cual es una muestra de alta confiabilidad.

Muestreo

No probabilístico por conveniencia, a criterio del investigador.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Usuarías con presencia de acretismo placentario.
- Gestantes con más de 22 semanas de gestación.

- Gestante en donde sus historias clínicas se encuentren las variables de estudio.

Criterios de exclusión

- Gestante sin gestación previa.
- Gestante en la cual su historia clínica esté incompleta.

4.3 Técnicas y procesamientos de recolección de datos

La técnica empleada para la realización del presente trabajo de investigación fue la observación de la historia clínica, mediante las hojas de registro se obtuvo la información, los cuales posteriormente fueron procesados en el programa de SPSS 23.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Se realizó el cálculo de puntaje y el análisis de datos mediante el programa de Base de dato SPSS 23, así como el Alfa de Cronbach, para la confiabilidad del instrumento.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,996 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	12,080	1	,001		
Razón de verosimilitud	19,738	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	13,949	1	,000		
N de casos válidos	298				

$\alpha = 0.05$

H1: LAS CESAREAS PREVIAS SI INFLUYEN EN EL ACRETISMO

H0: LAS CESAREAS PREVIAS NO INFLUYEN EN EL ACRETISMO

De la tabla anterior, lo que nos interesa es el valor de significancia (α), el cual arroja un valor de 0,00 es decir, es MENOR que 0.05 ($\alpha < 0.05$); por lo que rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna; es decir:

H0: LAS CESAREAS PREVIAS SI INFLUYEN EN EL ACRETISMO PLACENTARIO

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,313 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	16,110	1	,000		
Razón de verosimilitud	24,020	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	18,252	1	,000		
N de casos válidos	298				

$\alpha = 0.05$

H1: LAS PLACENTAS PREVIAS SI INFLUYEN EN EL ACRETISMO

H0: LAS PLACENTAS PREVIAS NO INFLUYEN EN EL ACRETISMO

De la tabla anterior, lo que nos interesa es el valor de significancia (α), el cual arroja un valor de 0,00 es decir, es MENOR que 0.05 ($\alpha < 0.05$); por lo que rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna; es decir:

H0: LAS PLACENTAS PREVIAS SI INFLUYEN EN EL ACRETISMO PLACENTARIO

*** RELACION ENTRE LAS VARIABLES.

4.5 Aspectos éticos

La presente investigación se fundamenta en cuatro principios éticos como es la autonomía donde el investigador posee la capacidad y el criterio de elección para la búsqueda y desarrollo del presente estudio, contando con el acceso a las historias clínicas, eligiendo los casos que cumplan con los criterios de investigación, actuando con justicia para lograr la obtención de datos actualizados para implementar acciones de mejora, para lograr la disminución de los factores de riesgo, ejerciendo el principio de no maleficencia manejando la información obtenida con discreción, sin perjudicar la situación de la paciente. Asimismo, incentivara la beneficencia, en cual, se verá reflejado con la iniciativa del personal médico para lograr un adecuado tratamiento mediante un diagnóstico oportuno. Por lo cual el Comité de Ética del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, así como la universidad, aprueba la realización de la presente investigación, no se presenta ningún tipo de impedimento.

CRONOGRAMA

PASOS	2018	2019									
	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Redacción final del proyecto de investigación	X										
Aprobación del proyecto de investigación		X									
Recolección de datos			X	X							
Procesamientos y análisis de datos					X	X					
Elaboración de informe							X				
Correcciones del trabajo de investigación								X	X		
Aprobación del trabajo de investigación										X	
Publicación del artículo científico											X

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	180.00
Soporte especializado	300.00
Transcripción	500.00
Impresiones	200.00
Logística	300.00
Refrigerio y movilidad	500.00
Total	1980.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ávila S, Alfaro T y Olmedo J. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. [Publicación periódica en línea] 2016. Junio [Extraída el 29 de abril de 2019];6(3): [aproximadamente 10pp.].

Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr163c.pdf>

2. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna 2019 [Sitio Web Mundial]. España: Organización Mundial de la Salud, 2019. [Extraída el 03 de octubre 2019]

Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

3. Moldenhauer J. Acretismo placentario (placenta accreta). Manual MSD. 3:1-2[Internet] 2016. Extraída el 3 de octubre de 2019.

Disponible en:

<https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/acretismo-placentario-placenta-accreta>

4. Mejia M. Partos por cesárea aumentaron a 32.8% en Perú en el último año. Andina. 2016 marzo 27; sección salud:4.

Disponible en:

<https://andina.pe/agencia/noticia-partos-cesarea-aumentaron-a-328-peru-el-ultimo-ano-605021.aspx>

5. Granado A., Martín C., Bosh M., Gómez I., Duran R. Y Mestanza J. Manejo conservador de la placenta accreta [Publicación periódica en línea] 2017. [Extraída el 3 de octubre de 2019 octubre 3] 60(6)579-581.

Disponible en:

https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n6/10_placenta%20acreta.pdf

6. Kong X, Kong Y, Yan J, Hu J, Wang F.y Zhang L. Oportunidad de histerectomía por cesárea de emergencia y resultados de embarazo de pacientes con placenta accreta. Medicine [Publicación periódica en línea] 2017. Septiembre [Extraída el 3 de octubre de 2019] 10.

Disponible

en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5626258/>

7. Farguhar C, Li Z, Lensen S, McLintock C, Pollock W, Peek M, Ellwood D, et al. Incidencia, factores de riesgo y resultados perinatales para la placenta acreta en Australia y Nueva Zelanda: un estudio de casos y controles. [Publicación periódica en línea] 2017. Octubre [Extraída el 3 de octubre de 2019]; (18)

Disponible en:

<https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e017713>

8. Buenaño R. Acretismo placentario [Tesis para optar el grado de medico]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2016.

Disponible en:

<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23097/2/Buena%C3%B1o%20Gonz%C3%A1lez%20Ricardo%20Andr%C3%A9s.pdf>

9. Palova E, Redecha, Malova, Hammerova L, Kosibova Z. Placenta acreta como causa de histerectomía periparto [Publicación periódica en línea] 2016 [Extraída el 3 de octubre de 2019]; 116 (4): 212-2016.

Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27075384>

10. Oscan S, Karayalcin R, Kanat M, Artar I, Sucak, A, Celen S, Danisman N. Multiple repeat cesarean delivery is associated with increased maternal morbidity irrespective of placenta accrete [Publicación periódica en línea] 2015 [Extraída el 3 de octubre de 2019]; 19: 1959-1963.

Disponible en:

<https://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/1959-1963.pdf>

11. Carbajal F. Antecedentes gineco-obstétricos, clasificación y tratamiento de inserción anómala de placenta, de las pacientes ingresadas a la unidad de terapia intensiva obstétrica del Hospital materno Infantil Issemyn, en el periodo comprendido del 1 de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2013. [Tesis para obtener la especialidad en medicina crítica en obstetricia]. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2014.

Disponible en:

<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14798/Tesis.416941.pdf?sequence=1>

12. Torres K, Hernández R. Acretismo placentario en cesárea anterior con diagnóstico de placenta previa en el Instituto Nacional Materno Perinatal, mayo 2017. [Tesis para obtener el título profesional de segunda especialidad en riesgo obstétrico]. Peru: Universidad Norbert Wiener. 2018.

Disponible en:

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/2739/TRABAJO%20ACAD%C9MICO%20C%E1rdenas%20Rosario%20-%20Torres%20Karla.pdf?sequence=4>

13. Saldívar J. Cirugía Uterina previa como factor de riesgo para acretismo placentario Hospital Regional Docente de Trujillo y Hospital Belén de Trujillo, 2005-2015. [Tesis para obtener el título de médico cirujano].Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. 2016.

Disponible en:

http://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/ujcm/255/Orfelinda_TrabajoAcademico_SegundaEspecialidad_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

14. Quispe P. Hemorragia post parto por acretismo placentario en el servicio de maternidad del hospital Quillabamba. [Tesis para obtener el título de segunda especialidad de emergencias obstétricas, alto riesgo y cuidados críticos maternos].Perú: Universidad Privada de Ica. 2017.

Disponible en:

<http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/192/1/PILAR%20QUISPE%20MAYTA-HEMORRAGIA%20POST%20PARTO%20ACRETISMO%20PLACENTARIO.pdf>

15. Saldívar J. Cirugía uterina previa como factor de riesgo para acretismo placentario Hospital Regional Docente de Trujillo y Hospital Belén. [Tesis para obtener el título de médico cirujano]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. 2016.

Disponible en:

http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2179/1/RE_MED.HUMA_JOSE.SALDIVAR_CIRUGIA.UTERINA.PREVIA.COMO.FACTOR.DE.RIESGO.PARA.ACCRETISMO_DATOS.PDF

16. Factores de riesgo en la salud y la enfermedad. Academia Europea de Pacientes. 2015 julio 07[citada 07 de octubre 2019] 4.

Disponible en:

<https://www.eupati.eu/es/farmacoe epidemiologia-es/factores-de-riesgo-en-la-salud-y-la-enfermedad/>

17. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong C, Hoffman B, Casey B, et al. Williams Obstetricia. 24.a ed Mexico: Mc Graw Hill Interamericana editores S.A.; 2015

18. Morinigo C, Baran M, Ruoti M. Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas [Libro virtual]. Perú: Ministerio de Salud Pública y bienestar social, 2018. [Extraída el 01 de julio de 2019].

Disponible en:

<https://paraguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PATOLOGIAS%20WEB.pdf>

19. Silver R, Implantación anormal de la placenta previa, Vasa Previa y Placenta Acreta [Publicación periódica en línea] 2015. [Extraída el 01 de julio de 2019]; 126:654-668.

Disponible en:

https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Sep2015_Translation_Silver.pdf

20. Hernández R., Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6th ed. México: McGraw-Hill; 2014.152 p.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

TÍTULO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVO	HIPÓTESIS	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
Factores de riesgo predisponentes de acretismo placentario, Hospital Arzobispo Loayza 2018	¿Cuáles son los factores de riesgo predisponentes de acretismo placentario del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2018?	Objetivo general Determinar los factores de riesgo frecuentes vinculados al acretismo placentario en las gestantes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el 2018.	Hipótesis alterna (Ha) Los Factores de riesgo si predisponen al acretismo placentario, Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018.	Observacional Analítico Transversal Retrospectivo,	Población de estudio Gestantes atendidas en el Servicio de gineco-obstetricia del Hospital Arzobispo Loayza 2018.	Unidad de muestreo Estaba compuesta por la historia clínica médica de cada una de las gestantes evaluadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Arzobispo Loayza, período 2018.
		Objetivo específico Determinar el vínculo entre cesárea previa y acretismo placentario. Determinar el vínculo entre placenta previa y acretismo placentario.	Hipótesis nula (H0) Los Factores de riesgo no predisponen al acretismo placentario, Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018.			

2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Edad.....

II. ANETCEDENTES OBSTETRICOS

- a. G__P_____
- b. Periodo intergenésico: _____
- c. Cesárea: SI__NO__
- d. Miomectomía: SI__NO__
- e. Legrado uterino y/o AMEU: SI__NO__
- f. Extracción manual de placenta: SI__NO__
- g. Tipo de placenta previa:
 - i. Completa: _____
 - ii. Parcial: _____
 - iii. Marginal: _____
 - iv. Inserción baja: _____