



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Factores de riesgo para acretismo placentario en
gestantes atendidas en el Hospital Edgardo Rebagliati**

Martins, periodo 2019-2021

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Ginecología y Obstetricia

AUTOR

María Alejandra BARRETO GUEVARA

ASESOR

Jorge Alberto MUERAS QUEVEDO

Lima - Perú

2022



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

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

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Barreto M. Factores de riesgo para acretismo placentario en gestantes atendidas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, periodo 2019-2021 [Proyecto de Investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina/Unidad de Posgrado; 2022.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	María Alejandra Barreto Guevara
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	46823689
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Jorge Alberto Mueras Quevedo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	10055524
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0005-9750-0558
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Santiago Guillermo Cabrera Ramos
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08799819
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Gilberto Francisco Miranda Catiri
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06254738
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Julio Raymundo Aguilar Franco
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25624194
Datos de investigación	

Línea de investigación	No aplica
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Institución: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Lima Centro de salud: Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Lugar: Av. Edgardo Rebagliati 490, Jesús María 15072. Coordenadas: Latitud: -12.0782058 Longitud: -77.0399864964742
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2019-2021
URL de disciplinas OCDE	Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Vicedecanato de Investigación y Posgrado



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACION EN MEDICINA HUMANA

INFORME DE CALIFICACIÓN

MÉDICO: MARÍA ALEJANDRA BARRETO GUEVARA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

FACTORES DE RIESGO PARA ACRETISMO PLACENTARIO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, PERIODO 2019-2021

AÑO DE INGRESO: 2019

ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SEDE: HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS

Lima, 04 de noviembre 2022

Doctor

JESÚS MARIO CARRIÓN CHAMBILLA

Coordinador del Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

El comité de la especialidad de GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ha examinado el Proyecto de Investigación de la referencia, el cual ha sido:

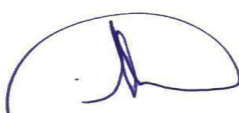
SUSTENTADO Y APROBADO

OBSERVADO

OBSERVACIONES:

NOTA:

*C.c. UPG
Comité de Especialidad
Interesado*


DR. SANTIAGO GUILLERMO CABRERA RAMOS
COMITÉ DE LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú. Decana de América

FACULTAD DE MEDICINA

Vicedecanato de Investigación y Posgrado



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo Jorge Alberto Mueras Quevedo, en mi condición de asesor según consta Dictamen N° 1285-2022-UPG-VDIP-FM/UNMSM de aprobación del proyecto de investigación, cuyo título es FACTORES DE RIESGO PARA ACRETISMO PLACENTARIO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, PERIODO 2019-2021, presentado por el médico BARRETO GUEVARA MARIA ALEJANDRA para optar el título de segunda especialidad Profesional en Ginecología y Obstetricia.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud del Proyecto de investigación. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 8% de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención título de la especialidad correspondiente.

Firma del Asesor

DNI: 10055524

JORGE ALBERTO MUERAS QUEVEDO



Lista general

CAPÍTULO I: DATOS GENERALES	1
1.1 Título	1
1.2 Área de investigación	1
1.3 Autor responsable del proyecto	1
1.4 Asesor	1
1.5 Institución	1
1.6 Entidades o personas con las que se coordinará el proyecto:	1
1.7 Duración	1
1.8 Clave del proyecto	1
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	2
2.1 Planteamiento del problema	2
2.1.1 Descripción del problema	2
2.1.2 Antecedentes del problema	4
2.1.3 Fundamentos	8
2.1.3.1 Marco teórico	8
2.1.4 Formulación del problema	14
2.2 Hipótesis	14
2.3 Objetivos de la investigación	14
2.3.1 Objetivo General	14
2.3.2 Objetivos Específicos	14
2.4 Evaluación del problema	14
2.5 Justificación e importancia del Problema	15
2.5.1 Justificación Legal	15
2.5.2 Justificación Teórico – Científico	16
2.5.3 Justificación Práctica	16
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	17
3.1 Tipo de Estudio	17
3.2 Diseño de Investigación	17
3.3 Universo de pacientes que acuden a la Institución	17
3.4 Población a estudiar	17
3.5 Muestra de Estudio o tamaño muestral	17
3.6 Criterios de Inclusión y Exclusión	18
3.6.1 Criterios de inclusión	18
3.6.2 Criterios de Exclusión	18
3.7 Variable de Estudio	19

3.7.1	Independiente	19
3.7.2	Dependiente.....	19
3.8	Operacionalización de variables	20
3.9	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	22
3.10	Procesamiento y Análisis de Datos.....	22
CAPÍTULO IV: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....		23
4.1	Plan de Acciones	23
4.2	Asignación de Recursos	23
4.2.1	Recursos Humanos.....	23
4.2.2	Recursos Materiales.....	23
4.3	Presupuesto o Costo del Proyecto.....	24
4.4	Cronograma de Actividades.....	24
CAPÍTULO V: REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS		25
CAPÍTULO VI: ANEXOS.....		32
6.1	Definición de Términos	32
6.2	Matriz de consistencia	33
6.4	Ficha de Recolección de Datos	34

Lista de cuadros

- Cuadro 1. Operacionalización de variables
- Cuadro 2. Presupuesto del proyecto
- Cuadro 3. Cronograma de actividades
- Cuadro 4. Matriz de consistencia

Resumen

Durante los últimos años, la incidencia de acretismo placentario ha aumentado de forma significativa y preocupantes. La identificación oportuna de factores para acretismo placentaria permite evaluar completamente a las gestantes, realizando un plan de trabajo multidisciplinario que reduce la morbimortalidad de esta patología. Diferentes estudios demuestran que uno de los principales factores asociados a la morbilidad del acretismo placentario es la ausencia de un diagnóstico prenatal oportuno, lo cual se traduce en un aumento de la necesidad de transfusión de hemoderivados, lesión inadvertida a órganos vecinos, ingreso a la unidad de cuidados intensivos, estancia hospitalaria prolongada y muerte materna. Al ser un hospital de referencia de IV nivel, el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, espera un aumento importante en la incidencia de esta patología y, por ende, la importancia en la identificación de factores de riesgo que permitan una respuesta apropiada. El objetivo del presente proyecto de investigación es determinar los factores de riesgo para acretismo placentario en gestantes atendidas en el Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo de 2019-2021.

Summary

During the last years, the incidence of placenta accreta has been significantly and worryingly noticeable. The timely identification of factors for placental accreta allows pregnant women to be fully evaluated, carrying out a multidisciplinary work plan that reduces the morbidity and mortality of this pathology. Different studies show that one of the main factors associated with the morbidity of placenta accreta is the absence of a timely prenatal diagnosis, which translates into an increased need for transfusion of blood products, inadvertent injury to neighboring organs, admission to the unit intensive care, prolonged hospital stay and maternal death. Being a level IV reference hospital, the Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins expects a significant increase in the incidence of this pathology and, therefore, the importance of identifying risk factors that allow an appropriate response. The objective of this research project is to determine the risk factors for placental accreta in pregnant women treated at the Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins during the 2019-2021 period.

CAPÍTULO I: DATOS GENERALES

1.1 Título

“Factores de riesgo para acretismo placentario en gestantes atendidas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, periodo 2019-2021”

1.2 Área de investigación

Ginecología y obstetricia

1.3 Autor responsable del proyecto

María Alejandra Barreto Guevara

1.4 Asesor

Dr. Jorge Mueras

1.5 Institución

“Hospital Edgardo Rebagliati Martins “

1.6 Entidades o personas con las que se coordinará el proyecto:

- Hospital Edgardo Rebagliati Martins
- Universidad Nacional Mayor de San Marcos

1.7 Duración

6 meses

1.8 Clave del proyecto

Factores de riesgo, acretismo placentario, gestantes.

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

2.1 Planteamiento del problema

2.1.1 Descripción del problema

En los últimos años, el acretismo placentario ha adquirido gran importancia clínica, producto de su relación paralela con las cesáreas electivas. (Mendez et al., 2022) El espectro de placenta acreta es una complicación obstétrica compleja asociada con una alta morbilidad materna. (Collins et al., 2018) La estimación precisa de su resultado es actualmente una problemática debido al uso variable de criterios clínicos para definirlo durante el nacimiento y la falta de un examen patológico detallado en la mayoría de las series. (Jauniaux et al., 2019)

En los embarazos únicos la prevalencia de placenta previa es de 2.8 por 1000 gestaciones y de 3.9 en embarazos gemelares. La placenta previa se asocia con acretismo placentario en el 5% de los casos sin antecedente de cesárea y en el 40% de casos con antecedente de cesárea. (MINSA, 2019) En la región de América Latina y el Caribe, las cesáreas son 10 veces más frecuente, presentándose en un 44% de los nacimientos. (Boerma et al., 2018) La incidencia mundial actual de acretismo es de 3 casos por cada 1000 embarazos, como consecuencia del incremento de la cesárea y asociación con la mortalidad materna, incluso de 7%. Del total de casos 81.6% corresponden a placenta acreta, 11.8% a increta, y 6.6% a percreta. (García-de la Torre et al., 2018)

La placenta acreta es una anomalía de la implantación de la misma, en la que las vellosidades coriales invaden el miometrio. (Arberas et al., 2018) El acretismo placentario es un fenómeno infrecuente del embarazo cuya incidencia ha aumentado considerablemente y que está caracterizado por el anclaje anormal de las vellosidades coriónicas al miometrio, lo cual aumenta la morbi-mortalidad materna durante la resolución quirúrgica. (Véliz et al., 2018)

Los embarazos logrados con técnicas de reproducción asistida, tienen mayor probabilidad de acretismo. (Norzagaray-Barreras et al., 2021) El tratamiento final resulta en 33% la histerectomía subtotal más ligadura de arterias hipogástricas, y 47% histerectomía subtotal más colocación de catéter doble. (Mendoza et al., 2018) Resultando en una alternativa terapéutica en procesos graves, que de no solucionarse influirían directamente en la morbilidad materna. (Hernández Cabrera et al., 2018)

En diferentes estudios señalan que los factores de riesgo para esta patología son 87% por cesárea previa, 43,5% antecedente de legrado uterino, 4,3% antecedente de placenta retenida, y un 44% aproximadamente por edad avanzada ≥ 35 años. (Wang et al., 2019) En el Perú, se determinó que los factores relacionados con la presencia de acretismo placentario eran 94% multíparas, 81% cirugía uterina previa, 61% edades mayores de 35 años y 47% con placenta previa, siendo en 72% la cesárea previa el factor más frecuente. Además, los procedimientos abarcaban en 53% conservadores y 47% histerectomía, la presencia de complicaciones postoperatorias fue 53%. (Cabrera et al., 2020)

Actualmente, el Hospital Edgardo Rebagliati Martins no cuenta con estadística actual sobre acretismo placentario en gestantes; sin embargo, es de interés conocer los factores relacionados a la prevalencia de las patologías asociadas a las hemorragias obstétricas ya que se encuentran dentro de las primeras causas de muerte materna en el país. Por tal motivo se señala que es de vital importancia estudiar los factores de riesgo para acretismo placentario en gestantes atendidas en dicha institución.

2.1.2 Antecedentes del problema

Internacionales

Kyozuka et al. (2019), analizaron la prevalencia de la placenta acreta y sus factores de riesgo. Fue un estudio prospectivo de cohortes que incluyó 202 pacientes. Como principales resultados se encontró que los factores que aumentaron el riesgo de la placenta acreta fueron la “placenta previa (odds ratio ajustado [ORa]: 12,86, $P < 0,001$)”, “gestaciones con tecnología de reproducción asistida (ORa: 6,78, $P < 0,001$)”, “tabaquismo durante el embarazo (ORa: 1,95, $P = 0,013$)”, “cesáreas previas (ORa: 2,51, $P = 0,004$)” y “las anomalías uterinas (ORa: 3,97, $P = 0,020$)”.

Baldwin et al. (2018), evaluaron la asociación entre procedimientos ginecológicos invasivos previos y el riesgo de placenta anormal invasiva como placenta accreta, increta y percreta. Investigación retrospectiva que analizaron 854 datos. Encontraron que 8,7% de las primíparas tenían al menos un procedimiento previo. Además, entre las mujeres con placenta anormalmente invasiva, 17,8 % se habían sometido al menos a un procedimiento en comparación con 8,7 % entre las mujeres sin placenta anormalmente invasiva ($p < 0,01$), el riesgo relativo fue de 1,5 para un procedimiento, 2,7 para dos procedimientos y 5,1 para tres o más procedimientos. La placenta invasiva anormal también se asoció positivamente con la edad materna (33 años, rango intercuartílico 28,3–36,6). Se concluyó que las mujeres con antecedentes de procedimientos ginecológicos invasivos previos tenían más probabilidades de desarrollar una placenta anormalmente invasiva.

Hu et al. (2018), analizaron la asociación entre la cesárea en el primer parto y las complicaciones perinatales en el embarazo posterior. Fue un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó 11.662 pacientes. Como principales resultados se encontró que la cesárea del primer parto arrastró las complicaciones perinatales como placenta accreta y polihidramnios en la madre y parto prematuro, placenta previa, hipertensión inducida por el

embarazo, diabetes mellitus gestacional, anemia gestacional, bajo peso al nacer, macrosomía e ictericia neonatal.

Salmanian et al. (2020), evaluaron a la fecundación in vitro como factor independiente para espectro de placenta acreta. Investigación retrospectiva que analizaron 230 datos. Encontraron como factores de riesgo independientes para el espectro de placenta acreta al embarazo por fertilización in vitro (ORa: 8,7), antecedentes de parto por cesárea anterior (ORa: 21,1) y presencia de placenta previa (ORa: 94,6), la correlación persistió para la fertilización in vitro (ORa: 6,7), concluyendo que la fertilización in vitro es un factor de riesgo independiente de la placenta acreta.

Farquhar et al. (2017), evaluaron los factores y los resultados perinatales de la placenta acreta. Fue un estudio de casos y controles que incluyó 865 pacientes. Como principales resultados se encontró que el aumento de las probabilidades de placenta acreta fueron en mujeres mayores (ORa: mujeres ≥ 40 vs < 30 : 19,1) y parto múltiple actual (ORa: 6,1). En mujeres multíparas, los factores de riesgo independientes fueron cesárea previa (ORa: ≥ 2 secciones previas vs 0: 13,8) y placenta previa actual (ORa: 36,3). Además, los recién nacidos de mujeres con placenta acreta tenían más probabilidades de ser prematuros, ingresar en la UCI neonatal y requerir reanimación.

Zhang et al. (2017), evaluaron los factores de riesgo para la placenta acreta en un hospital de Shanghai. Investigación retrospectiva donde analizaron 153 datos. Encontraron que la edad materna (OR = 1.268, IC 95%: 1.143-1.406), la gravidez (dos veces, OR = 3.435, IC 95%: 1.413-8.350; 3 veces, OR = 9.643, IC 95%: 3.901-23.838) y placenta de implantación baja (OR = 15.952, IC 95%: 4.701-54.127) fueron factores de riesgo independientes para la presencia de placenta acreta. Además, la principal complicación en pacientes con placenta acreta fue la hemorragia posparto, lo que llevó a la necesidad de tratamientos conservadores por taponamiento intrauterino con gasa (15, 33,3 %)/bolsa de agua (15, 9,8 %), sutura de B-Lynch (9, 5,9 %), embolización arterial uterina (14, 9,2 %) e inyección de MTX (105, 68,6%) durante el postoperatorio.

Nacionales

Puicon (2021), determinó si la placenta previa y el número de cesáreas son factores para placenta ácreta. Investigación analítica-retrospectiva, donde analizó 142 datos. Encontró que la edad materna avanzada y ser multigesta ($p < 0,001$) fueron variables intervinientes, así como antecedente de aborto ($p = 0,049$) y legrados uterinos ($p = 0,047$). La placenta previa ($p = 0,001$ OR=3,43) y el número de cesáreas, para 2 cesáreas ($p = 0,001$ OR: 12.128) y 3 cesáreas ($p = 0,001$ OR 14.035) fueron los factores independientes para acretismo placentario.

Grados y Meza (2020), determinaron los factores para acretismo placentario. Fue un estudio observacional con diseño de casos y controles que incluyó 100 pacientes. Encontraron como factores a la multiparidad OR=4,564, placenta previa OR= 4,538 y cesárea previa OR=6,673. Demostrándose existencia de factores para el acretismo placentario.

Gonzales y Llanos (2017), determinaron las características clínicas y el manejo de acretismo placentario. Fue un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó 30 pacientes. Como principales resultados se encontró que las características asociadas a los casos de acretismo placentario fueron la edad promedio de 34 años, multíparas, cesárea anterior y ≥ 2 cesáreas anteriores. Se demostró que las gestantes con acretismo tienen características específicas.

Cotrina (2019), determinó los factores para acretismo placentario. Fue un estudio cuantitativo, analítico, observacional, transversal y retrospectivo que incluyó 108 pacientes. Como principales resultados se encontró que la edad (OR=4.6303), la condición de la ocupación (OR=4.5294), multigestas (OR=6.1979), paridad (OR=10.5000); y antecedente quirúrgico uterina y de cesáreas previas (OR=20.6800) son factores para el acretismo placentario.

2.1.3 Fundamentos

2.1.3.1 Marco teórico.

Acretismo placentario

Definición

En la “placentación normal, las células del trofoblasto extraveloso” emprenden un proceso de remodelación de las arterias uterinas que lleva a la pérdida progresiva de miocitos y su “lámina elástica interna”, que son reemplazados por “material fibrinoide”. Así, las espirales terminales de las arterias espirales se dilatan incrementándose 4 veces su diámetro en la “interfaz miometrial-endometrial y dentro del miometrio distal”. (Morlando y Collins, 2020)

Fisiopatología

El acretismo placentario se da a partir de una placentación anormal que se caracteriza por la invasión de las vellosidades trofoblásticas más allá de la decidua. (Troya, 2019), generando morbilidad elevada. (Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, 2020) Su incidencia incrementa por el alza de la tasa de cesáreas en el mundo. (Casale et al., 2019) Un estudio a nivel nacional en los Estados Unidos mostró que la prevalencia de placenta acreta fue del 0,29 % entre las mujeres que se sometieron a parto por cesárea con nacidos vivos, y la tasa aumentó en un 2,1 % por trimestre de 2015 a 2017. (Matsuzaki et al., 2021)

El acretismo placentario se refiere a un espectro de adherencia placentaria anormal que va desde el hallazgo subclínico de fibras miometriales adheridas dentro de la placa basal hasta una presentación de anomalías placentarias, donde hay invasión placentaria a través del útero y la serosa hacia la cavidad peritoneal o vejiga. Frecuentemente, se considera que el acretismo placentario se produce como consecuencia de una lesión uterina localizada (p. ej., una cesárea previa) que puede provocar una decidualización/cicatrización defectuosa localmente y una adherencia placentaria anormal en un embarazo posterior. (Bartels et al., 2018)

La hipótesis más favorecida con respecto a la etiología del espectro de placenta acreta es la conducción de la falla en “decidualización en la cicatriz uterina”, por defecto del interfaz endometriometrial, permitiendo así la anomalía de las “vellosidades placentarias y trofoblasto”. (Society of Gynecologic Oncology et al., 2018)

Factores de riesgo

La identificación de los factores de riesgo es muy importante para poder sospechar de un acretismo placentario, que permita planificar el manejo intraparto e informar a la paciente de las posibles opciones terapéuticas y complicaciones asociadas. (Karchmer y López Rioja, 2017)

Placenta previa: si se asocia con la cicatriz uterina, se considera como factor pues la presencia de defecto en la cicatrización genera “itsmocele” generando el adelgazamiento del miometrio. (Casale et al., 2019)

Cesáreas previas: considerado como el principal factor por ausencia de reepitelización del tejido en el sitio de la cicatriz uterina permitiendo la invasión del trofoblasto al miometrio. (Society of Gynecologic Oncology et al., 2018)

Legrado Uterino: Se señala que los defectos microscópicos del endometrio y las manipulaciones de la cavidad uterina, pueden llevar a una adherencia anormal de las vellosidades coriónicas o inclusive a la invasión. El legrado uterino como factor de riesgo, y la elevada frecuencia con la que se presenta, debemos valorar la búsqueda de placenta acreta en todas las gestantes con abortos y legrados uterinos previos. (Cantero, 2019)

Manifestaciones clínicas

Es frecuente que el sangrado vaginal se presente profusamente durante la separación manual de la placenta posterior al parto. Sin embargo, el sangrado puede manifestarse en una cantidad mínima o estar ausente, pero la placenta puede que no se desprenda alrededor de los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato. (Moldenhauer, 2021)

El “Panel de Consenso de Expertos de FIGO” desarrolló clasificación del “espectro de placenta acreta”:

Grado 1: “La placenta anormalmente adherente (placenta adherente o creta) que se encuentra unida directamente a la superficie de la capa media de la pared uterina sin invadirla”.

Grado 2: “La placenta anormalmente invasiva (increta) que se encuentra en la zona donde ocurre la invasión del miometrio”.

Grado 3: “La invasión de placenta (percreta) anormalmente invasiva puede llegar a los tejidos, vasos y órganos pélvicos circundantes”. (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, 2019)

La clasificación, según su extensión es:

Total: Más frecuente, abarca todos los cotiledones.

Parcial: Dos o más cotiledones.

Focal: Un cotiledón. (Ministerio de Salud San Salvador, 2019)

Diagnostico

El diagnóstico se sospecha mediante ecografía o resonancia magnética de placenta, confirmado clínicamente en el parto por los cirujanos y por histopatología en caso de histerectomía. (Epee-Bekima, 2018)

Las pacientes que presenten factores relacionados a la enfermedad como lo son las cesáreas previas y placenta previa, debe ser valorada para descartar la presencia de acretismo placentario. (Fundación Valle del Lili, 2020)

El diagnóstico se realiza a través de varias ecografías durante el embarazo para observar de cerca la placenta conforme progresa la gestación. Por lo general, los primeros signos no se ven hasta las 20 a 22 semanas de ultrasonido de anatomía. En muchos casos, las características de la ecografía

pueden no ser evidentes hasta más adelante en el embarazo, entre las semanas 28 y 34. (The National Maternity Hospital, 2019)

Realizar un diagnóstico prenatal permite una correcta planificación del parto y, como consecuencia, una disminución de las secuelas maternas. (Granado San Miguel et al., 2017)

Hallazgos de laboratorio:

Elevación de la AFP: durante el segundo trimestre se ha relacionado con acretismo placentario. Se han descrito elevaciones >2 múltiplos de la mediana, no obstante, aunque apoya el diagnóstico, aún no está avalado su uso y una ausencia de elevación no excluye el diagnóstico.

Hematuria asintomática: causada por la invasión vesical de la placenta. (López Garrido, 2021)

Los hallazgos en la RM que hacen sospechar la presencia de un acretismo placentario son los siguientes:

Bandas intraplacentarias de baja intensidad en T2, cuyo volumen se corresponde con la invasión placentaria.

Señal de intensidad heterogénea en la placenta.

Engrosamiento uterino por efecto masa de la placenta.

Interrupción focal de la pared miometrial.

Adelgazamiento miometrial, con una anchura. (López Garrido, 2021)

El tratamiento de estas pacientes siempre ha representado un gran reto, por la alta morbilidad quirúrgica. (Reyes-Sepúlveda et al., 2019)

Tratamiento conservador

En los últimos años se plantea como una posible opción, el tratamiento conservador de la placenta acreta dejando la placenta "in situ". Este tipo de tratamiento está indicado sobre todo en pacientes que quieren conservar su

fertilidad, en algunos casos de placenta p rcrta con invasión de órganos vecinos. (López Garrido, 2021)

En casos de acretismos focales, se puede realizar este tratamiento, pues se “realizará hemostasia de los vasos sangrantes del lecho placentario y si fracasara: histerectomía”. (Ministerio De Salud Pública y Bienestar Social, 2018)

La conducta es “expectante (conservar la placenta total o parcial in situ), embolización de las arterias uterinas y el tratamiento con metotrexato”. “Por tal es necesario una cesárea, entre las 35-36 semanas evitando posibles complicaciones maternas y fetales”. (Begoña López et al., 2021)

El tratamiento puede complementarse con:

Fármacos: oxitocina, prostaglandinas o ergóticos, para controlar la hemorragia y favorecer la contracción uterina.

Procedimientos mecánicos: como el balón de Bakri u otros tipos de taponamiento uterino.

Suturas compresivas del útero, como las que se utilizan en la plicatura de Blynch. (López Garrido, 2021)

Las complicaciones asociadas al tratamiento conservador son:

Sangrado vaginal, descrito hasta los 3 meses posparto.

Endometritis y/o sepsis.

Retención de placenta con formación de pólipos placentarios.

Formación de fístulas vesico-uterinas.

Fracaso del tratamiento conservador. (Servei de Medicina Maternofetal, 2020)

En caso del “acretismo placentario no diagnosticado, la terapéutica se basa en hallazgos quirúrgicos realizando histerectomía”. “De presentarse complicación en el período del alumbramiento, se procederá histerectomía inmediata”. (Ministerio De Salud Pública y Bienestar Social, 2018)

En casos severos, esta condición puede provocar una pérdida masiva de sangre, lesiones en el intestino o la vejiga e incluso la muerte materna. (Cleveland Clinic, 2022)

Complicaciones:

Sangrado vaginal abundante, “puede causar un trastorno potencialmente mortal evitando que sangre coagule normal, además de insuficiencia pulmonar e insuficiencia renal”.

Nacimiento prematuro: “esta placenta puede ocasionar sangrado lo que anticiparía el parto”. (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2022)

No hay alguna acción para prevenir la placenta acreta después de que es diagnosticada. (American Pregnancy Association, 2021) Sin embargo, la sospecha diagnóstica en los primeros meses a través de los factores de riesgo, permite planear alternativas para un manejo más adecuado y seguro para las pacientes. (Jiménez-Jiménez et al., 2022)

La rehabilitación posterior al tratamiento, consistirá en:

Cuidados de herida operatoria.

Orientación nutricional.

Orientar sobre inicio de relaciones sexuales.

Orientar sobre signos de infección como la fiebre, secreciones fétidas, dolor, rubor, calor.

Importancia de acudir a los controles.

Cuidados higiene y comodidad.

Cuidados centrados en la familia.

Ofrecer consejería en caso de histerectomía y mantener comunicación efectiva con la usuaria y familia, aclarar dudas, temores y preocupaciones. (Ministerio de Salud San Salvador, 2019)

2.1.4 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo para acretismo placentario en gestantes atendidas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, periodo 2019-2021?

2.2 Hipótesis

General

HG: Existen factores de riesgo para acretismo placentario en gestantes atendidas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, periodo 2019-2021.

Específicos

HE1: Existen factores epidemiológicos de riesgo para acretismo placentario en gestantes.

HE2: Existen factores obstétricos de riesgo para acretismo placentario en gestantes.

2.3 Objetivos de la investigación

2.3.1 Objetivo General

Determinar los factores de riesgo para acretismo placentario en gestantes atendidas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, periodo 2019-2021.

2.3.2 Objetivos Específicos

Identificar los factores epidemiológicos de riesgo para acretismo placentario en gestantes.

Establecer los factores obstétricos de riesgo para acretismo placentario en gestantes.

2.4 Evaluación del problema

La placenta acreta forma parte de las anomalías de la implantación y se presenta cuando las vellosidades coriales llegan a invadir el miometrio,

generando problemas que pueden llegar a afectar los órganos cercanos. Suelen presentarse durante la etapa del alumbramiento, siendo importante para su diagnóstico atender la clínica además de evidenciar los factores de riesgo y proporcionar un manejo multidisciplinario.

El acretismo placentario es un problema sanitario debido a su importante número de casos relacionados con el riesgo de hemorragias, transfusiones y su asociación con la mortalidad materna. Además, a nivel global la tasa de cesáreas realizadas se sigue incrementando, y es en Latinoamérica sobre todo donde más nacimientos por cesárea se presenta, demostrando que en los próximos años esta situación se va a agravar, ya que en diferentes estudios el número de cesárea previas es considerada el principal factor del acretismo placentario.

Si bien las graves complicaciones que conlleva el acretismo placentario causan altas tasas de mortalidad materno perinatal, también causan repercusiones importantes a nivel económico y social. Estudiar los factores de riesgo relacionados a esta patología sigue siendo el principal plan para abordar la enfermedad, determinando un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno, con la finalidad de evitar las complicaciones que se presentan en las gestantes y que terminan afectando todos los niveles de atención.

2.5 Justificación e importancia del Problema

2.5.1 Justificación Legal

La presente investigación permitirá conocer los factores de riesgo para acretismo placentario que se presentan en las gestantes y de esta manera se puedan prevenir las complicaciones que traen diversos problemas en la salud integral del paciente y que a su vez generan excesivos gastos en la atención. Mejorar la respuesta para esta patología, así como también reducir el agotamiento del periodo de estancia hospitalaria como consecuencia de la correcta aplicación de los protocolos, garantizará que se optimicen los indicadores en la calidad de atención de los pacientes.

2.5.2 Justificación Teórico – Científico

A nivel mundial el acretismo placentario se asocia a un gran número de complicaciones maternas perinatales, el diagnóstico oportuno a través de la asociación de los síntomas con la valoración de los factores predisponentes del acretismo placentario permitiría un manejo correcto de la enfermedad. A su vez, analizar los diferentes factores de riesgo que se presentan en muchos estudios asociados con las anomalías placentarias permiten anticiparse a estas complicaciones que incrementan la tasa de mortalidad materna, dentro de ellas, la que conlleva a la disminución de las hemorragias.

2.5.3 Justificación Práctica

Las hemorragias que se presentan debido a las complicaciones dentro del parto producto de problemas en el alumbramiento, como es el acretismo placentario. Se considera fundamental ahondar sobre las características de cada paciente en los controles prenatales para diagnosticar estas patologías y prevenir futuras complicaciones. Por tal motivo, el objetivo de este estudio es identificar los factores de riesgo para acretismo placentario que se presentan en las gestantes, con la finalidad de anticiparse al diagnóstico de las anomalías, que terminan siendo la causa de muchas muertes. Además, permitirá involucrar al personal de salud de manera multidisciplinaria y comprometidos a reducir las tasas de morbimortalidad materno perinatal.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Estudio

No experimental, cuantitativa

3.2 Diseño de Investigación

Observacional, analítico (de caso-control) y retrospectivo.

3.3 Universo de pacientes que acuden a la Institución

Gestantes atendidas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

3.4 Población a estudiar

Todas las gestantes atendidas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de enero de 2019 a diciembre de 2021.

3.5 Muestra de Estudio o tamaño muestral

Fórmula de casos y controles. Según investigaciones previas tomadas como referencia para el cálculo. Relación entre grupos 1 a 1.

$$n = \frac{[z_{1-\alpha/2}\sqrt{(r+1)P_M(1-P_M)} + z_{1-\beta}\sqrt{rP_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{r(P_1 - P_2)^2}$$

Parámetros:

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$: Valor Z asociado a un nivel de confianza del 95%.

$Z_{1-\beta} = 0.84$: Valor Z asociado a una potencia de prueba de 80%.

$p_1 = 0.089$: Prevalencia de placenta previa en pacientes que presentaron acretismo placentario.

$p_2 = 0.006$: Prevalencia de placenta previa en pacientes que no presentaron acretismo placentario.

OR = 16.185 : Riesgo del evento en los casos.

$r = 1$: Número de controles por cada caso.

$$P_M = (P_1 + rP_2)/(r+1)$$

Resultado:

n1 = 102: Tamaño para casos.

n2 = 102: Tamaño para controles.

Muestra conformada por 204 pacientes, de los cuales 102 si presentaron acretismo placentario (grupo caso) y 102 no presentaron acretismo placentario (grupo control).

Tipo y técnica de muestreo

Probabilístico - Aleatorio simple para ambos grupos.

3.6 Criterios de Inclusión y Exclusión

3.6.1 Criterios de inclusión

Grupo caso

Gestantes atendidas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Gestantes que si presentaron acretismo placentario.

Gestantes con historia clínica completa.

Grupo control

Gestantes atendidas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Gestantes que no presentaron acretismo placentario.

Gestantes con historia clínica completa.

3.6.2 Criterios de Exclusión

Gestantes con diagnóstico clínico de acretismo placentario pero que los resultados de anatomía patológica no corresponden a este diagnóstico.

Gestantes sin estudio histopatológico.

Gestantes con historia clínica extraviada.

3.7 Variable de Estudio

3.7.1 *Independiente*

Factores epidemiológicos de riesgo

Factores obstétricos de riesgo

3.7.2 *Dependiente*

Acretismo placentario

3.8 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO
Factores epidemiológicos	Cualidades propias de las gestantes atendidas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.	Edad	Años	Cuantitativa Razón	Ficha de recolección de datos
		Procedencia	Rural Urbana	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
		Ocupación	Estudiante Empleado Independiente Ama de casa Otros	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
		Grado instrucción	Sin educación Primaria Secundaria Técnico Universitario	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
		Estado civil	Soltera Conviviente Casada Viuda Separada	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
Factores obstétricos	Particularidades relacionadas al embarazo en curso	Placenta previa	Si No	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos

	relacionadas con la paciente en estudio	Cesárea previa	Si No	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
		Numero de cesáreas	Números	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
		Multiparidad	Si No	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
		Legrado uterino	Si No	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
		Embarazo múltiple	Si No	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos
Acretismo placentario	Adherencia anormal de una parte o de la totalidad de la placenta a la pared uterina y órganos adyacentes, el diagnóstico intraoperatorio y/o histológico deberá estar precisado en historia clínica	-	Si No	Cualitativo	Ficha de recolección de datos

3.9 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos será la documentación. El instrumento será una ficha de recolección. Esta última tendrá la siguiente estructura:

- I. Factores epidemiológicos
- II. Factores obstétricos
- III. Acretismo placentario

3.10 Procesamiento y Análisis de Datos

La información se ingresará a una base de datos en el programa SPSS versión 25 para ser analizada estadísticamente.

Para determinar los factores asociados a acretismo placentario en gestantes se aplicará la prueba Chi-Cuadrado, y para determinar el riesgo se calculará el Odds Ratio (OR), se considerará un nivel de significancia del 5%, en ese sentido un valor $p < 0.05$ resultará significativo.

Finalmente, se realizará una se realizará el análisis de regresión logística binario, se determinarán los OR's ajustados para determinar si las variables independientes son factores protectores o de riesgo.

CAPÍTULO IV: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Plan de Acciones

Las tareas a realizar están descritas en el ítem 4.4 Cabe señalar que se dará cumplimiento al plan de acceso que está a cargo de la investigación.

4.2 Asignación de Recursos

4.2.1 Recursos Humanos

- Asesor de investigación
- Asesor estadístico.
- Recolector de datos
- Digitador

4.2.2 Recursos Materiales

- Útiles de escritorio
- Internet
- Papel bond a4.
- Fotocopias
- Anillados
- Folder
- Tablero
- USB- 8 GB
- Otros gastos

4.3 Presupuesto o Costo del Proyecto

RECURSOS	TOTAL
- Asesor estadístico.	S/. 750.00
- Recolector de datos	S/. 300.00
- Digitador	S/. 300.00
- Útiles de escritorio	S/. 500.00
- Internet	S/. 90.00
- Papel bond a4.	S/. 75.00
- Fotocopias	S/. 100.00
- Anillados	S/. 14.00
- Folder	S/. 21.00
- Tablero	S/. 21.00
- USB- 8 GB	S/. 45.00
- Otros gastos	S/. 650.00
TOTAL	S/ 2866.00

4.4 Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES	AÑOS/MESES	2022				
		JUN	JUL	AGO	SEP	OCT
1. "Problematización"		X				
2. "Revisión de marco teórico y antecedentes"		X				
3. "Planteamiento y formulación del Problema"		X				
4. "Formulación de Objetivos"		X				
5. "Formulación de Justificación"		X				
6. "Formulación de Hipótesis"		X				
7. "Operacionalización de la variable"		X				
8. "Selección del material y Método"		X				
9. "Realización de la población"		X				
10. "Realización del Instrumento"		X				
11. "Recolección de Datos"			X	X		
12. "Procesamiento de Datos"					X	
13. "Entrega del Informe Final"						X

CAPÍTULO V: REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- American Pregnancy Association. (2021, abril 27). *La Placenta Accreta*. American Pregnancy Association. <https://americanpregnancy.org/es/healthy-pregnancy/pregnancy-complications/placenta-accreta/>
- Arberas, L. M., Domingo, J. A. M., Martínez, T. C., Aguirre, A. D., Sáenz, J. B., Padilla, M. F., y Ortiz, D. A. (2018). Hemorragia masiva en gestación de 16 semanas con diagnóstico de placenta ácreta. *Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 61(6), 586-588.
- Baldwin, H. J., Patterson, J. A., Nippita, T. A., Torvaldsen, S., Ibiebele, I., Simpson, J. M., y Ford, J. B. (2018). Antecedents of Abnormally Invasive Placenta in Primiparous Women: Risk Associated With Gynecologic Procedures. *Obstetrics and Gynecology*, 131(2), 227-233. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002434>
- Bartels, H. C., Postle, J. D., Downey, P., y Brennan, D. J. (2018). Placenta Accreta Spectrum: A Review of Pathology, Molecular Biology, and Biomarkers. *Disease Markers*, 2018, e1507674. <https://doi.org/10.1155/2018/1507674>
- Begoña López, Z., Maestre Aguilar, R., Valdrés López, A., Ezquerrou Lou, M., Bruna Barranco, I., y Martínez Giménez, L. (2021, junio 4). Acretismo placentario. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-acretismo-placentario-conceptos-basicos-para-enfermeria/>
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D., Barros, A., Barros, F., y Liang, J. (2018). *Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections—The Lancet*. The Lancet. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31928-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31928-7/fulltext)

- Cabrera, J., Díaz, B., Diaz Lajo, V., Soto, K., y Valverde, M. (2020). Placenta accreta spectrum, experience in a Peruvian hospital. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 66, 13-18. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2226>
- Cantero, V. de la C. S. (2019). Trastornos del espectro de placenta accreta. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 45(3), Article 3. <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/371>
- Casale, R., Basanta, N., Fabiano, P., Lukeštik, J., y Tissera, R. (2019). ACTUALIZACIÓN DE CONSENSO DE OBSTETRICIA. *FASGO*, 40.
- Cleveland Clinic. (2022). *Placenta Accreta: Types, Risks, Causes y Treatment*. Cleveland Clinic Health. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/17846-placenta-accreta>
- Collins, S., Burton, G. J., y Jauniaux, E. (2018). Placenta accreta spectrum: Pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 218(1), 75-87. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.067>
- Cotrina Caceres, M. del P. (2019). Factores asociados al acretismo placentario en el instituto Nacional Materno Perinatal—Maternidad de Lima, Cercado de Lima 2015—2016. *Universidad de San Martín de Porres – USMP*. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5301>
- Epee-Bekima, M. (2018). *Placenta Accreta Spectrum*. 10.
- Farquhar, C. M., Li, Z., Lensen, S., McLintock, C., Pollock, W., Peek, M. J., Ellwood, D., Knight, M., Homer, C. S., Vaughan, G., Wang, A., y Sullivan, E. (2017). Incidence, risk factors and perinatal outcomes for placenta accreta in Australia and New Zealand: A case–control study. *BMJ Open*, 7(10), e017713. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017713>
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. (2019). *Clasificación de los trastornos del espectro placentario accreta*. FIGO. <https://www.figo.org/es/news/clasificacion-de-los-trastornos-del-espectro-placentario-accreta>
- Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología. (2020). Guía clínica de Ginecología. *Ginecología y Obstetricia de México*, 88(7), 86.

- Fundación Valle del Lili. (2020, junio 3). *Acretismo placentario*. Fundación Valle del Lili. <https://valledellili.org/acretismo-placentario/>
- García-de la Torre, J. I., González-Cantú, G., Rodríguez-Valdéz, A., Mujica-Torres, A., Villa-Ponce, D., Aguilar-Zamudio, J., García-de la Torre, J. I., González-Cantú, G., Rodríguez-Valdéz, A., Mujica-Torres, A., Villa-Ponce, D., y Aguilar-Zamudio, J. (2018). Acretismo placentario con abordaje predictivo y preventivo de hemorragia obstétrica. *Ginecología y obstetricia de México*, 86(6), 357-367. <https://doi.org/10.24245/gom.v86i6.2034>
- Gonzales-Carrillo, O., y Llanos-Torres, C. (2017). Acretismo placentario en el Instituto Nacional Materno Perinatal. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 6(2), 13-17. <https://doi.org/10.33421/inmp.201791>
- Grados Celis, D. G., y Meza Canto, R. A. (2020). *Factores de riesgo asociado a Acretismo Placentario en el Hospital Regional Materno Infantil «El Carmen» en el periodo 2014-2019 Huancayo*. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2403880>
- Granado San Miguel, A. M., Martín Díaz, C. M., Bosch Gallardo, M., Gómez Gutiérrez, I., Durán Venera, R., y Mestanza Garrido, J. A. (2017). Manejo conservador de la placenta ácreta. *Prog Obstet Ginecol.*, 60(6), 579-581.
- Hernández Cabrera, Y., Martínez Díaz, D., Montero Padrón, Z., Cabeza Poblet, M., Abreus Castro, A., y Ruiz Hernández, M. (2018). Caracterización de pacientes que requirieron histerectomía obstétrica de urgencia. Cienfuegos, 2013-2015. *MediSur*, 16(2), 301-308.
- Hu, H.-T., Xu, J.-J., Lin, J., Li, C., Wu, Y.-T., Sheng, J.-Z., Liu, X.-M., y Huang, H.-F. (2018). Association between first caesarean delivery and adverse outcomes in subsequent pregnancy: A retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 273. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1895-x>
- Jauniaux, E., Ayres-de-Campos, D., Langhoff-Roos, J., Fox, K. A., Collins, S., y FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. (2019). FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International*

- Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 146(1), 20-24.
<https://doi.org/10.1002/ijgo.12761>
- Jiménez-Jiménez, C. E., Niño-González, J. E., y Meneses-Parra, A. L. (2022). Protocolo para el manejo de placenta percreta con cesárea, embolización uterina e histerectomía diferida. *Revista Colombiana de Cirugía*, 37(1), 106-114. <https://doi.org/10.30944/20117582.945>
- Karchmer, S., y López Rioja, M. (2017). Prenatal diagnosis of placental accretism. *Rev. Latin. Perinat.*, 19(4).
http://www.revperinatologia.com/Acretismo_placentario._Diagn%C3%B3stico_prenatal-ilovepdf-compressed_1.pdf
- Kyozuka, H., Yamaguchi, A., Suzuki, D., Fujimori, K., Hosoya, M., Yasumura, S., Yokoyama, T., Sato, A., Hashimoto, K., Kawamoto, T., Saito, H., Kishi, R., Yaegashi, N., Hashimoto, K., Mori, C., Ito, S., Yamagata, Z., Inadera, H., Kamijima, M., ... the Japan Environment and Children's Study (JECS) Group. (2019). Risk factors for placenta accreta spectrum: Findings from the Japan environment and Children's study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 447.
<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2608-9>
- López Garrido, M. C. (2021). Acretismo placentario. *Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario*. file:///C:/Users/user-idr6/Downloads/clase2021_acretismo_placentario.pdf
- Matsuzaki, S., Mandelbaum, R. S., Sangara, R. N., McCarthy, L. E., Vestal, N. L., Klar, M., Matsushima, K., Amaya, R., Ouzounian, J. G., y Matsuo, K. (2021). Trends, characteristics, and outcomes of placenta accreta spectrum: A national study in the United States. *American Journal of Obstetrics y Gynecology*, 225(5), 534.e1-534.e38.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.04.233>
- Mayo Foundation for Medical Education and Research. (2022). *Placenta adherida—Síntomas y causas*. Mayo Clinic.
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/placenta-accreta/symptoms-causes/syc-20376431>
- Mendez, E. G., Morgan, J. P. S., y Moya, L. C. A. (2022). Acretismo Placentario.: Revisión bibliográfica. *Revista Ciencia y Salud Integrando*

- Conocimientos*, 6(2), ág. 39-48.
<https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i2.390>
- Mendoza, L. D. H., Villalobos, J. E. H., Hernández, F. M., y Leythe, E. A. A. (2018). Placental accreta: Experience in Critical Obstetrics. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 18(1), 75-87.
- Ministerio de Salud (MINSA). (2019). *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de placenta previa*.
http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2020/RD_496-2019-HCH-DG.pdf
- Ministerio De Salud Pública y Bienestar Social. (2018). *Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas* (Primera Edición).
<https://paraguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PATOLOGIAS%20WEB.pdf>
- Ministerio de Salud San Salvador. (2019). *Guías de atención de enfermería en ginecoobstetricia y perinatología*. 1ª. Edición.
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias_de_atencion_de_enfermeria_en_ginecoobstetricia_y_perinatologia_marzo2019.pdf
- Moldenhauer, J. (2021). *Acretismo placentario (placenta accreta)—Ginecología y obstetricia*. Manual MSD.
<https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/acretismo-placentario-placenta-accreta>
- Morlando, M., y Collins, S. (2020). Placenta Accreta Spectrum Disorders: Challenges, Risks, and Management Strategies. *International Journal of Women's Health*, 12, 1033-1045.
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S224191>
- Norzagaray-Barreras, C. E., Oseguera-Torres, L. F., Guizar-Solorio, A. R., Cárdenas-Valdez, J. C., Norzagaray-Barreras, C. E., Oseguera-Torres, L. F., Guizar-Solorio, A. R., y Cárdenas-Valdez, J. C. (2021). Acretismo placentario en embarazo gemelar. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecología y obstetricia de México*, 89(2), 141-150.
<https://doi.org/10.24245/gom.v89i2.4447>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Descriptor en ciencias de la salud*.
<http://decs2020.bvsalud.org/cgi->

bin/wxis1660.exe/decserver/?IscScript=../cgi-

bin/decserver/decserver.xisyinterface_language=eyprevious_page=

homepageyprevious_task=NULLtask=start

- Puicon Olaya, M. A. (2021). Placenta previa y número de cesáreas como factores de riesgo para placenta acreta. *Universidad Privada Antenor Orrego*. <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/8306>
- Reyes-Sepúlveda, H., Soto-Fuenzalida, G. A., Pérez-Rodríguez, R. A., Sepúlveda-Malec, R., García-Rodríguez, C., García-Rodríguez, L. F., Fernández-Gómez, A., Espino-Rodríguez, M., Muñoz-Reyes, P., Castro-Varela, A., y García-Márquez, G. (2019). Tratamiento multidisciplinario de pacientes con acretismo placentario. *Ginecología y Obstetricia de México*, 87(11), 726-733.
- Salmanian, B., Fox, K. A., Arian, S. E., Erfani, H., Clark, S. L., Aagaard, K. M., Detlefs, S. E., Aalipour, S., Espinoza, J., Nassr, A. A., Gibbons, W. E., Shamshirsaz, A. A., Belfort, M. A., y Shamshirsaz, A. A. (2020). In vitro fertilization as an independent risk factor for placenta accreta spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(4), 568.e1-568.e5. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.026>
- Servei de Medicina Maternofetal. (2020). *ANOMALÍAS PLACENTARIAS*. Institut Clínic de Ginecologia. file:///C:/Users/user-idr6/Downloads/placenta%20previa%20y%20otras%20anomalias.pdf
- Society of Gynecologic Oncology, American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal–Fetal Medicine, Cahill, A. G., Beigi, R., Heine, R. P., Silver, R. M., y Wax, J. R. (2018). Placenta Accreta Spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(6), B2-B16. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.042>
- The National Maternity Hospital. (2019). *Placenta accreta*. NMH. <https://www.nmh.ie/support-services/placenta-accreta-service.14585.html>
- Troya, J. L. S. (2019). *ACRETISMO PLACENTARIO IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO OPORTUNO [UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO]*. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8419/E-UTB-FCS-OBST-000245.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Véliz, F., Núñez S, A., y Selman A., A. (2018). Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(5), 513-526. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000500513>
- Wang, Y.-L., Weng, S.-S., y Huang, W.-C. (2019). First-trimester abortion complicated with placenta accreta: A systematic review. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 58(1), 10-14. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.032>
- Zhang, D., Yang, S., Hou, Y., Su, Y., Shi, H., y Gu, W. (2017). *Risk factors , outcome and management survey of placenta accreta in 153 cases: A five-year experience from a hospital of Shanghai , China.* <https://www.semanticscholar.org/paper/Risk-factors-%2C-outcome-and-management-survey-of-in-Zhang-Yang/e02f83e26ce1394a8944bcf51e719377d228279a>

CAPÍTULO VI: ANEXOS

6.1 Definición de Términos

Acretismo placentario: inserción anormal de la placenta (Bartels et al., 2018).

Factores de riesgo: determinante que aumenta la posibilidad de desarrollar una enfermedad(Organización Mundial de la Salud, 2020).

6.2 Matriz de consistencia

Formulación de problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
¿Cuáles son los factores de riesgo para acretismo placentario en gestantes atendidas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, periodo 2019-2021?	<p>General Determinar los factores de riesgo para acretismo placentario en gestantes atendidas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, periodo 2019-2021.</p> <p>Específicos Identificar los factores epidemiológicos de riesgo para acretismo placentario en gestantes. Establecer los factores obstétricos de riesgo para acretismo placentario en gestantes.</p>	<p>General HG: Existen factores de riesgo para acretismo placentario en gestantes atendidas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, periodo 2019-2021.</p> <p>Específicos HE1: Existen factores epidemiológicos de riesgo para acretismo placentario en gestantes. HE2: Existen factores obstétricos de riesgo para acretismo placentario en gestantes.</p>	<p>Independiente Factores epidemiológicos de riesgo Factores obstétricos de riesgo</p> <p>Dependiente Acretismo placentario</p>	<p>Tipo de estudio: No experimental, cuantitativa Diseño de estudio Observacional, analítico (de caso-control) y retrospectivo.</p> <p>Población de estudio: Todas las gestantes atendidas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo de enero de 2019 a diciembre de 2021.</p> <p>Técnica e instrumento de recolección: Técnica: documental Instrumento: Ficha de recolección</p> <p>Análisis estadístico: hi cuadrado, OR</p>

6.4 Ficha de Recolección de Datos

Factores de riesgo para acretismo placentario en gestantes atendidas en
el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, periodo 2019-2021

Fecha: ___/___/___

ID: _____

I. Factores epidemiológicos

Edad: _____ años

Procedencia: () Rural

() Urbana

Ocupación : () Estudiante

() Empleado

() Independiente

() Ama de casa

() Otros: _____

Grado instrucción: () Sin educación

() Primaria

() Secundaria

() Técnico

() Universitario

Estado civil: () Soltera

() Conviviente

() Casada

() Viuda

() Separada

II. Factores obstétricos

Placenta previa: () Si () No

Cesárea previa: () Si () No

Numero de cesáreas: _____

Número de partos: _____

Multiparidad : () Si () No

Legrado uterino: () Si () No

Embarazo múltiple: () Si () No

III. Acretismo placentario:() Si () No