

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**



**PREVALENCIA DE ACRETISMO PLACENTARIO EN EL  
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL DR.  
EMILIO CUBAS DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, 2016**

**Trabajo de fin de Grado**

**JUAN CARLOS ZARACHO**

**Coronel Oviedo – Paraguay**

**2017**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ**

---

**PREVALENCIA DE ACRETISMO PLACENTARIO EN EL  
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL DR.  
EMILIO CUBAS DEL INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL, 2016**

**JUAN CARLOS ZARACHO**

**TUTOR: PROF. DR. MARCIAL CARLOS CESAR GONZALEZ GALEANO**

**Trabajo de Fin de Grado presentado a la Facultad de Ciencias Médicas de  
la Universidad Nacional de Caaguazú para la obtención del título de grado  
de Médico-Cirujano.**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ**

---

**PREVALENCIA DE ACRETISMO PLACENTARIO EN EL  
SERVICIO DE OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL CENTRAL DR.  
EMILIO CUBAS DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, 2016**

**Juan Carlos Zaracho**

**Trabajo de Fin de Grado presentado para obtener el título de  
grado de Médico Cirujano**

**Coronel Oviedo - Paraguay**

**Miembros del Tribunal Examinador**

.....

**Examinador**

.....

**Examinador**

.....

**Examinador**

.....

**Examinador**

.....

**Examinador**

**CALIFICACIÓN FINAL.....**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ**

---

## **DEDICATORIA**

Dedico a Dios y la Virgen por brindarme la oportunidad y salud para llegar a este día tan anhelado.

A mi madre, mi padrastro, hermano y todas las personas que estuvieron desde el primer día de iniciado este sueño hasta hoy brindándome su aliento de fuerza y dedicación.

En especial a mi madre que con aliento de amor y fortaleza, por siempre mi voz de aliento y pilar para seguir. A mi padrastro y hermano que gracias a sus consejos hicieron de este sueño cada día se haga posible.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### AGRADECIMIENTOS

Al Director del servicio de Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social (HC-IPS); Dr. Rogelio Sosa y a la Dra. Gladys Sandoval Jefa de Departamento de Enseñanza e Investigación, por abrirme las puertas de la institución para la realización de este trabajo.

A la Universidad Nacional de Caaguazú – Facultad de Ciencias Médicas, a cada uno de sus docentes que a lo largo de este periodo compartieron sin celo alguno sus conocimientos, con el único afán de conseguir excelentes profesionales, humildes y comprometidos con la humanidad. Y cada uno de sus funcionarios y coordinadores que también siempre brindaron muestras de cariño y confianza.

A mi tutor por su acertada e incondicional guía en todo el proceso de elaboración de este trabajo.

A mis compañeros de carrera, el Dr. Carlos Ríos y la Dra. Belén Vera Sanabria por su constante ayuda y guía en todo el proceso de análisis y corrección del trabajo.

Al amigo y colega Dr. Claudio Coronil y la Dra. Jazmín Servín Molas por su ayuda y dedicación para la culminación de este trabajo.

A todos mis compañeros y amigos que compartieron desde el primer día este sueño, y se mostraron participe de esta lucha con las más positivas energías brindadas.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### RESUMEN

**Introducción:** El acretismo placentario es la condición donde una adherencia más profunda que la pared uterina, y pueden ser acreta, percreta e increta, de acuerdo a la penetración de la pared uterina, entre los factores de riesgos principales se citan las cesáreas previas y la placenta previa.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de acretismo placentario en el servicio de Obstetricia del Hospital Central del Instituto Previsión Social durante el 2016.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los datos fueron recolectados de la ficha clínica del servicio de obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, y los resultados se expresan en proporciones, medidas de tendencia central y dispersión.

**Resultados:** De 329 pacientes estudiadas, se vio que la prevalencia fue de 1,52%. La edad media fue de  $29,52 \pm 5,72$ , la presentación conjunta de acretismo placentario con el diagnóstico de placenta previa fue de 3,65%. Se encontró que las pacientes con antecedentes de parto vía vaginal, sometidas a legrado y legrado por aspiración (AMEU) han presentado acretismo placentario.

**Conclusión:** La prevalencia de acretismo placentario de 1,52% y se pudo observar una mayor prevalencia en el grupo etario comprendido entre las edades de 30-34 años.

**Palabras clave:** Placenta accreta; Aborto; Legrado; Placenta previa.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### ABSTRACT

**Introduction:** Placental accreta is a condition where adherence is deeper than the uterine wall, and can be accreta, percreta and increta, according to the penetration of the uterine wall, among the main risk factors are cited the previous caesarean sections and the placenta previous.

**Objective:** To determine the prevalence of placental accreta in the Obstetrics service of the Instituto de Prevision Social in 2016.

**Materials and Methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study with a non-probabilistic convenience sampling. The data were collected from the Hospital Central Instituto de Previsión Social obstetric clinical record, and the results are expressed in proportions, measures of central tendency and dispersion.

**Results:** Of 329 patients studied, the prevalence was 1,52%. The mean age was  $29,52 \pm 5,72$ , the joint presentation of placental accreta with the diagnosis of placenta previa was 3,65%. It was found that patients with a history vaginal delivery, submitted to curettage and aspiration curettage (MVA), presented placenta accreta.

**Conclusion:** The prevalence of placental accreta was 1,52% and a higher prevalence was observed in the age group between the ages of 30-34 years.

**Keywords:** Placenta accreta; Abortion; Curettage; Previous placenta.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### ÍNDICE

RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
LISTA DE TABLAS.....	ix
LISTA DE GRAFICOS.....	xi
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES.....	2
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
4. JUSTIFICACIÓN.....	8
5. OBJETIVOS.....	10
6. FUDAMENTO TEÓRICO.....	11
7. METODOLOGÌA.....	18
8. RESULTADOS.....	22
9. DISCUSIÓN.....	43
10. CONCLUSIONES.....	45
11. RECOMENDACIONES.....	46
12. BIBLIOGRAFIA.....	47
13. ANEXOS.....	52





## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Operalización de variables.....	Pag 18
<b>Tabla 2:</b> Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según edad, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329).....	Pag 23
<b>Tabla 3:</b> Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según estado civil, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329).....	Pag 25
<b>Tabla 4:</b> Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según profesión, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2017. (n=329).....	Pag 26
<b>Tabla 5:</b> Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según número de gestas, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329).....	Pag 27
<b>Tabla 6:</b> Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según número de parto vaginal, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329).....	Pag 28
<b>Tabla 7:</b> Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según número de cesáreas, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329).....	Pag 29
<b>Tabla 8:</b> Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según edad y acretismo, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329).....	Pag 36



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Tabla 9:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según el estado civil y acretismo, del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329).....Pag 37

**Tabla 10:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según número de cesáreas y acretismo, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329).....Pag 38

**Tabla 11:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según antecedentes de abortos y acretismo, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329).....Pag 39

**Tabla 12:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según antecedentes de legrado y acretismo, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329).....Pag 40

**Tabla 13:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según antecedentes de AMEU y acretismo, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329).....Pag 41

**Tabla 14:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según el diagnóstico de placenta previa y acretismo, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329).....Pag 42



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1:** Distribución del promedio de edad de las pacientes del servicio de Obstetricia, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016 (n=329).....Pag 24
- Gráfico 2:** Distribución de las pacientes del servicio de Obstetricia según el Periodo Intergénésico, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329).....Pag 30
- Gráfico 3:** Distribución de las pacientes del servicio de Obstetricia según número de aborto, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329).....Pag 31
- Gráfico 4:** Distribución de las pacientes del servicio de Obstetricia según el antecedente de legrado, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329).....Pag 32
- Gráfico 5:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según antecedentes de AMEU, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329).....Pag 33
- Gráfico 6:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según el diagnóstico de placenta previa y acretismo, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329).....Pag 34
- Gráfico 7:** Prevalencia de acretismo placentario en el Servicio de Obstetricia, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329).....Pag 35



## 1. INTRODUCCIÓN

El acretismo placentario es una condición donde existe un defecto en la inserción anormal de la placenta a la pared uterina. Se clasifica en placenta acreta, incretra y percreta que puede ser con ausencia total o parcial de la decidua basal con anomalías de la caduca verdadera con diferentes grados de penetración de las vellosidades coriales al miometrio, característica que se utiliza para su clasificación<sup>1</sup>.

La incidencia del acretismo placentario es de 1:1000 partos, otro estudio sostiene que esta incidencia aumento a 3:1000 partos una frecuencia que lo cataloga como una entidad poco frecuente en un pasado pero con aumento en el número de casos<sup>1,2</sup>.

Una incidencia actual del acretismo placentario es de 2 por cada 1000 partos. Haciendo también referencia a la importancia del aumento de la tasa de cesáreas como factor condicionante del hecho<sup>2</sup>.

El aumento del acretismo placentario se debe a un incremento en la tasas de cesáreas. Otros predisponentes que se conocen precursores de este evento se citan la placenta previa, cicatriz uterina previa, edad superior a los 35 años, multiparidad, tabaco y entre otros<sup>1,3,4,5</sup>.

En el presente trabajo se expone los resultados de 329 mujeres, a fin de detallar sus características demográficas, antecedentes obstétricos y la prevalencia del acretismo placentario.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 2. ANTECEDENTES

En España, en un trabajo elaborado por Abehsera DD et al., manifiesta que en los últimos 20 años en dicho hospital se vieron tres casos de placenta percreta de un total de 168.625 partos con confirmación diagnóstica mediante histopatología, suponiendo una incidencia de 1 caso por cada 56000 partos, en ninguno de los casos hubo diagnóstico prenatal de placenta acreta. En los 3 casos se requirió tratamiento quirúrgico sin posibilidades de tratamiento conservador. Se registró la lamentable muerte de una las pacientes que presento percretismo placentario, siendo la mortalidad materna de 33%<sup>3</sup>.

En un trabajo hecho por Lira Plascencia et al. en México, titulada "Placenta previa/acreta y cesárea previa. Experiencia de cinco años en el Instituto Nacional de Perinatología." habla de que de los 210 casos de placenta previa, el 17,6% (37) presento acretismo placentario, de los cuales el 70,2% (26) tenían historia previa de cesárea, las pacientes presentaban edades de entre 17 a 43 años, con un promedio de 31 años<sup>6</sup>.

En una investigación realizada en Ecuador por Ruiz Chang SY et al. cuyo objetivo fue determinar el perfil clínico, clasificación y factores de riesgos involucrados en la morbilidad y mortalidad materno-fetal asociada al acretismo placentario como causas de las hemorragias uterinas durante el segundo y tercer trimestre de gestación, se encontró una prevalencia de acretismo placentario de 0,55% durante el periodo de año 2014 – 2015, en este trabajo se encontró que los factores de riesgos correspondieron al 91% de pacientes con cesáreas anteriores, el grupo etario afectado corresponde al 58%(30 a 40 años), multiparidad 62%, antecedentes de legrado 71,1% y placenta previa con un 58%<sup>2</sup>.

En un reporte de caso hecho por Medina GM et al informa que su frecuencia oscila entre 1:1000 hasta 1:70000, habla de una patología entonces poco común pero que puede presentarse de forma grave y urgente, sin



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

posibilidades de un diagnóstico previo dando origen a un grave cuadro clínico quirúrgico para la paciente <sup>7</sup>.

En otro reporte de caso hecha por James C et al (Perú), habla que el riesgo de acretismo placentario en pacientes con una cesárea previa es de 11 a 25%; 35 a 47% en doble cesareadas; 40% en triple cesareadas y más del 50 a 67% en pacientes con más de cuatro cesáreas previas, actualmente forma parte de las principales causas de hemorragias en obstetricia, principalmente en el postparto inmediato, llegando al 7% de mortalidad <sup>8</sup>.

En un reporte de caso elaborada por Wikches-Llanos A et al. cuyo objetivo fue describir y revisar los hallazgos relevantes en imágenes diagnósticas del abordaje prenatal de pacientes con diagnóstico de acretismo placentario, se encontró que el manejo de la placenta acreta podría acompañarse hasta un 13% de lesiones en la vía urinaria, intestino o rotura uterina, además que con un diagnóstico prenatal precoz y preciso permite evaluar las diferentes alternativas terapéuticas con el fin de disminuir la morbimortalidad asociada <sup>5</sup>.

En un trabajo hecho en el país por Velgara MM et al cuyo objetivo fue la de valorar la utilidad del ultrasonido en la escala de grises y el mapeo Doppler color en el diagnóstico prenatal para la presunción de acretismo placentario, comparado con los hallazgos quirúrgicos. Hospital de Clínicas. Paraguay. Año 2012", indican que de 30 pacientes en estudio el 33%(10) de ellas tuvieron un diagnóstico de alta probabilidad de acretismo placentario y que la concordancia de la escala de grises y el mapeo Doppler color con el hallazgo quirúrgico fue del 90%, y que el Doppler color mostró además signos de percretismo en el 55% que fueron confirmadas en el acto quirúrgico.

Con este trabajo pone en evidencia que el acretismo podría tener signos presuntivos mediante el estudio con Ultrasonido en escalas de grises junto con el mapeo Doppler-Color, siendo una herramienta de alto valor para la detección



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

del grado de acretismo en Placenta Previa y en aquellos pacientes con cicatriz uterina anterior. Siendo confirmada la patología al momento del parto, debido a la dificultad que presenta la extracción manual de la placenta <sup>9</sup>.

En una investigación llevada a cabo por Garcia F et al con el siguiente objetivo de determinar la incidencia y resultados de la cesárea-histerectomía en el servicio de Obstetricia. Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima, Perú, fueron hechas 29 histerectomías, 26 (89,7%) fueron histerectomías abdominales totales, mientras que 3 (10,3%) fueron histerectomías subtotales de urgencia. Se puso en evidencia que la causa principal del procedimiento fue debido al Acretismo Placentario (37,9%), la Atonia Uterina (31%), Miomatosis Gigante (10,3%), Útero de Courvelaire (6, 9%), Corioamnionitis (6,9%), Ruptura Uterina (3,4%) y el Carcinoma in situ de cérvix fue responsable del (3,4%) restante <sup>10</sup>.

Un reporte de caso elaborado en Chile por Vera ME et al de Placenta Percreta con invasión vesical: Reporte de 2 casos, habla de que en caso de existir placenta previa la probabilidad de sufrir placenta acreta va de 23% con una historia de una cesárea mientras que esta probabilidad asciende a 67% con una historia de cuatros cesáreas. También menciona una frecuencia de presentación fluctuante de 1 en 540 y 1 en 93000 partos <sup>11</sup>.



### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ávila DS et al realizaron un trabajo en el 2016, donde se encontró una incidencia del acretismo placentario es de 1 de cada 533 partos, se ha visto este aumento en los últimos 20 años, siendo uno de los problemas más serios de la obstetricia moderna. Este aumento en su incidencia se debe al uso indiscriminado que se le ha dado a la cesárea como método de parto, siendo más frecuentes en pacientes sometidas a varias cirugías de Kehr, en mujeres de avanzada edad o con algún tipo de antecedente obstétrico como la placenta previa <sup>12</sup>.

Dentro de la definición hay que distinguir el acretismo placentario de otras variantes como es la placenta incarcerada en donde se ve dificultada su expulsión al momento del alumbramiento debido a que existe un cierre parcial del cérvix. Placenta adherida; donde la placenta se encuentra adherida a la pared uterina pero, es fácilmente separada en forma manual y en el acretismo placentario se produce una invasión patológica al miometrio <sup>2</sup>.

Actualmente se sostiene que la prevalencia del acretismo placentario es diez veces mayor que las estadísticas reportadas 50 años atrás. Siendo más frecuente en la población de embarazadas con diagnóstico previo de Placenta Previa 5-10% <sup>4</sup>.

En EE.UU. el acretismo placentario se presenta en el 9,3% en la población de mujeres con diagnóstico de placenta previa, esta tendencia se debe al aumento de la tasa de cesáreas en 29,1% de los nacimientos para el año 2004 <sup>13</sup>.

Las investigaciones hechas sobre esta enfermedad que compromete la morbimortalidad materno fetal son varias, los reportes de casos innumerables <sup>12,14,15</sup>.





## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

Es importante conocer aún más sobre acretismo placentario y los problemas que esta conlleva. Las herramientas para conocer y aprender mejor esta entidad son varias, esto obliga en cierta manera a profundizar los conocimientos en el tema para poder de esta forma saber abordar esta urgencia obstétrica en el desempeño diario como médico general o especialista.

Los trabajos existentes hablan del aumento relacionado concomitantemente con el aumento del número de cesáreas, mientras a más cesáreas sea sometida una embarazada mayor va ser su riesgo de padecer defectos en la inserción de la placenta en un futuro.

Esta casuística indica que no solo debe ser estudiada a fondo el problema, sino también sus factores de riesgo. A modo de poner como estrategia preventiva la disminución de las cesáreas, ofreciendo a las gestantes el parto humanizado y dejando las cesáreas para aquellas gestaciones de alto riesgo en donde se ponga en peligro la vida e integridad fetal como materna <sup>14</sup>.

El aumento del acretismo placentario debe preocupar, los centros médicos del país deberían estar bien preparados para manejar esta urgencia obstétrica facilitando en cada rincón del país una inmediata y correcta atención, ya que no todas las pacientes disponen del medio físico y económico para recurrir a centros más especializados.

Algunos estudios mencionan estrategias como una buena planificación familiar, diseños de estrategias para proporcionar la reducción de elección de una cesárea. Pero estos no hablan de mejorías sobre la problemática <sup>16</sup>.

El énfasis para reducir este evento obstétrico parece ser la reducción del número de parto por vía quirúrgica, como lo antes mencionado factor desencadenante principal. Sin menoscabar la importancia de los siguientes factores de riesgo que la predisponen como; edad materna avanzada, placenta



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

previa, antecedentes de curetaje, miomectomias, multiparidad, antecedentes de placenta acreta previas <sup>17</sup>.

No se dispone de trabajos que muestren la prevalencia mundial de este evento; tampoco existen registros de haber sido estudiado en el país o en ciertas regiones de ella, los trabajos existentes hacen especial hincapié al aumento de este proceso concomitantemente al aumento del número de cesáreas.

Tampoco se dispone de informaciones actuales de acretismo placentario dentro del Hospital Central del Instituto de Previsión Social (IPS), hecho que deberá incentivar a estudiarlo para conocer su prevalencia en las diferentes poblaciones de cesareadas previas.

Por lo antes expuesto se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la prevalencia de Acretismo Placentario en el Servicio de Obstetricia en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante el 2016?



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 4. JUSTIFICACIÓN

La importancia del estudio de la inserción anormal de la placenta radica en la incapacidad funcional y psicológica que ella causa, debido que el diagnóstico durante el embarazo se basa solo en signos presuntivos y el diagnóstico certero solo en sala de quirófano, esto obligó a investigar su prevalencia, factores de riesgo, diagnóstico para poder manejar mejor sus complicaciones preoperatorias como postoperatorias <sup>18</sup>.

Unos de los desafíos de este estudio fue la importancia de contar con datos actuales del país, conocer la realidad y lo que ella implica. No solo conocer datos basados de países con sistemas de organización de salud diferentes a nuestro medio.

La realización de este estudio permitió conocer el panorama que existe en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social, ya que es uno de los centros de mayor complejidad del país y capaz de manejar está problemática. Por lo cual deja como un hecho muy importante el conocimiento de la prevalencia actual de está casuística.

Con el fin de determinar la prevalencia existente de la misma, fue necesario tener información reciente de estos hallazgos, información reciente que ayude como un instrumento para diseñar protocolos o mejorar los existentes, buscando una mejor atención primaria a pacientes embarazadas, proponer los mejores recursos humanos, físicos y materiales necesarios para dicha atención, plantear medidas de manejo y atención, factibles y concretas en post de mejorar la calidad de atención por parte del médico general como del médico especialista.

Debido a todo esto se dio una real importancia a la realización y conclusión de este trabajo, a fin de proporcionar conocimientos nuevos e instar a colegas para nuevas investigaciones, con mayores complejidades y corregir



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

errores o datos que se han solapado quizás con esta investigación. Siempre con el fin común de mejorar los conocimientos adquiridos y plantear estrategias que permitan la mejor calidad de atención y vida de los pacientes.

Esta investigación constituirá un registro accesible que permitirá conocer la realidad del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, ya que los resultados serán publicados y socializados al servicio de Obstetricia. Finalmente se podría recalcar la importancia de campañas sanitarias para actuar sobre los factores de riesgo modificables como mejorar el control prenatal ya que constituye una herramienta importante para el diagnóstico de esta entidad con los métodos auxiliares de diagnóstico.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 5. OBJETIVOS

#### 5.1 Objetivo General:

5.1.1 Determinar la prevalencia de acretismo placentario en el servicio de Obstetricia del Hospital Central Dr. Emilio Cubas del Instituto Previsión Social durante el 2016.

#### Objetivos Específicos:

- 5.2.1 Identificar la prevalencia de acretismo placentario según las características demográficas de las pacientes.
- 5.2.2 Determinar la prevalencia de acretismo placentario según los antecedentes obstétricos de las pacientes.
- 5.2.3 Identificar la prevalencia de acretismo placentario en las pacientes con diagnóstico de placenta previa.



## 6. FUNDAMENTO TEÓRICO

La placenta es un órgano de gran complejidad, donde se establecen estrechas relaciones entre la circulación materna y fetal para el intercambio gaseoso y de nutrientes; regula también las funciones metabólicas y endocrinas ayudando a llevar al término la gestación, también tiene la función de actuar como interface inmunológica entre la madre y el feto <sup>19</sup>.

El epitelio de las vellosidades coriales durante el proceso de la placentación, de la implantación de la placenta a la decidua basal, va horadando la decidua basal, abriendo los capilares maternos produciendo extravasaciones hemáticas que formaran los lagos sanguíneos maternos donde penetran y se multiplican las vellosidades coriales <sup>19</sup>.

Por lo tanto la placenta normalmente inserta constituye un órgano materno-fetal importante para el desarrollo normal y sostenible del feto. Con una parte materna constituida por la decidua basal y una parte fetal a la cual corresponden las vellosidades coriales <sup>19,20</sup>.

Se define como acretismo placentario o placenta acreta, como la inserción anormal de las vellosidades coriales en el miometrio, en ausencia de la decidua basal y de la banda fibrinoide de Nitabuch <sup>20</sup>.

Algunas investigaciones sustentan que su etiología no es bien conocida, aunque podría ser consecuencia de un fallo en la decidualización, un defecto primario del trofoblasto que desemboca en una excesiva invasión en el miometrio <sup>20</sup>.

Aunque, otros sostienen que esta implantación anormal por parte de la placenta puede verse predispuesta por varios factores predisponentes anteriormente ya mencionados <sup>(1, 6, 7,19)</sup>.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

En una investigación elaborada por Jauniaux E et al, pone de manifiesto que en ausencia de reepitelización del endometrio en la zona de cicatriz el trofoblasto vellosos puede invadir profundamente el miometrio, su circulación, en especial en la zona afecta y llegar así incluso a órganos pélvicos vecinos. Entonces esta excesiva invasión del trofoblasto se debería, no a cambios biológicos o celulares primarios del trofoblasto, sino secundario a un medio inusual y trasgredido del miometrio <sup>2,21</sup>.

La gravedad e infiltración de la implantación son puntos referentes en la clasificación de la placenta acreta. Esta puede ser según su grado de extensión focal, parcial o total; cada una representando un mayor riesgo en orden ascendente respectivamente. La placenta acreta se clasifica según su grado de infiltración a las diferentes capas del útero en acreta, increta y percreta. Clasificación más conocida y utilizada <sup>15</sup>.

En un trabajo elaborado en Perú por Benites VES et al clasifica al acretismo placentario de cuatro formas distintas, basándose igualmente en el grado de penetración de la placenta pero agregándole una variante más, siendo la Placenta destruens ocasionada por una penetración placentaria donde los cotiledones llegaban a perforar el peritoneo y llegando de esta forma a la cavidad abdominal <sup>22</sup>.

El problema del acretismo placentario es que puede cursar en forma totalmente asintomática durante todo el embarazo o ser detectado por signos presuntivos; no diagnósticos, de acretismo placentario mediante ultrasonografía. Su primera aparición clínica suele ser en el periodo del alumbramiento, donde se constata ausencia de cotiledones durante la revisión o ausencia del desprendimiento placentario <sup>2,23</sup>.

Este problema impide que la placenta pueda desprenderse del útero al momento del alumbramiento y expone a la parturienta a un mayor riesgo de



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

sangrado post parto. Considerándose entonces al acretismo placentario como una causa poco frecuente pero grave de hemorragia post parto <sup>23</sup>.

En cuanto a la epidemiología de esta problemática es muy variada en los diferentes países, contándose con muy poca información de una prevalencia nacional de algún país, pero todos los trabajos hechos concuerdan que este evento va en aumento <sup>(1, 2, 5, 9)</sup>.

El acretismo placentario se ve muy relacionado con las injurias que sufre el musculo miometrial del útero, evento desencadenante importante para el desarrollo del defecto de implantación <sup>(1, 2, 9)</sup>.

En el ya mencionado trabajo de Lira Plascencia et al. menciona que de 210 casos de placenta previa de una población total de 32556 nacimientos, el 17,6% (37) presento acretismo placentario dando una frecuencia del 17,6%, de los cuales el 44,2% (93) tenían historia previa de cesárea <sup>6</sup>.

En Estados Unidos la incidencia encontrada por el estudio de Miller DA et al, fue de 1 caso por cada 2500 mientras que en el trabajo realizado por Wus S et al<sup>15</sup>, menciona que el acretismo placentario aumento en conjunción con las cesáreas, llegando a una incidencia en 1 de cada 553<sup>12,24</sup>.

De acuerdo a ambos autores los factores de riesgo más importantes fueron los siguientes: Gestantes mayores de 30 años, Multíparas, Placenta previa con antecedentes de cesárea (35%), Placenta previa más de 2 a 3 cesáreas (67%) <sup>(6, 24)</sup>.

En cuanto a la morbilidad materna relacionada con el acretismo placentario se encontró en una cohorte hecha por MD Plata R. et al. que la morbilidad materna grave aumenta sustancialmente con el número de partos por cesáreas, el acretismo placentario presentaba un 2% de morbilidad en las mujeres su cuarta cesárea, mientras las que tenían historias de seis o más cesáreas presentaban 6,7%. Según los resultados hallados en este estudio<sup>25</sup>.





## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

En el ya mencionado trabajo hecho por Ruiz Chang et al, menciona en cuanto al riesgo de presentar placenta acreta en mujeres con placenta previa y con una historia obstétrica de una cesárea previa 11-25%, dos cesáreas previas 35-47%, tres cesáreas previas 40% y con cuatro o más cesáreas 50-67%<sup>2</sup>.

El mismo estudio se menciona que la mortalidad materna ha disminuido en las últimas décadas desde el 9,5% de hace 50 años a cifras <1%. Pero mención especial presenta la variante de placenta percreta donde la mortalidad fue de 7%. La mortalidad fetal ha disminuido de 9,6% a cifras aproximadas al 2%<sup>2</sup>.

En el trabajo realizado en Colombia por Casas PR. et al. estudio de cohorte donde se dio a conocer que el acretismo placentario fue la segunda, por detrás de la atonía uterina, como causa principal de necesidad de histerectomía. De un total de 8167 pacientes en estudio el 0,599% (n=49) requirió de la histerectomía, siendo el acretismo placentario responsable del 18,4% (n=9), por detrás de la atonía uterina que fue responsable del 47,4% (n=23) de los casos de histerectomía de urgencia<sup>26</sup>.

Este estudio evidencia la necesidad de poner a consideración al acretismo placentario como un evento mayor de urgencia obstétrica, pudiendo llegar a la histerectomía de urgencia, hecho que pondría a las mujeres en una situación de incapacidad funcional para futuras gestaciones.

En otro trabajo realizado en el Reino Unido por Green L. et al, de 181 pacientes del estudio, el total de 45% de las pacientes sometidas a histerectomía fue a causa del acretismo placentario. Siendo la atonía uterina la causa principal de transfusión masiva 40%<sup>27</sup>.

Estos estudios muestran el papel que desempeña el acretismo placentario como complicación grave de la obstetricia, con el aumento de su



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

presentación por el desmesurado crecimiento del parto por cesárea, hecho fundamental para su presentación.

Esto no solo involucra a la necesidad de una histerectomía de urgencia en caso del que el diagnóstico sea intra-operatorio, sino también múltiples complicaciones que también se dilatan con el acretismo placentario, como la tasa de morbilidad, el número de requerimiento de transfusiones sanguíneas.

Históricamente su diagnóstico ha sido un enorme desafío, dado que su diagnóstico se hace mediante criterios clínicos en una sala de partos o en una sala de cirugía.

En un trabajo hecho por la Dra. Gutiérrez SLA et al, menciona la importancia del diagnóstico prenatal preciso y oportuno del acretismo placentario, aunque no exista evidencia de una especificidad con los medios auxiliares de diagnóstico que ayude a saber de la existencia de esta problemática prenatalmente, destaca medios como la Ecografía 2D, Doppler Color y la Resonancia Magnética como posibles métodos auxiliares que ayuden al equipo multidisciplinario para su preparación en la recepción de una paciente con acretismo placentario<sup>4</sup>.

Otros estudios mencionan que el diagnóstico se limita al empleo de estudios auxiliares; tales como la Ecografía y la Resonancia Magnética. Sin embargo, el diagnóstico certero de acretismo placentario se realiza mediante el estudio histopatológico, mediante la comprobación de la invasión de las vellosidades coriales a la pared uterina<sup>1</sup>.

En una cohorte realizada por Ferreira NFE et al, de un total de 51 pacientes con riesgo de acretismo placentario se vio que la sensibilidad de la ecografía doppler al momento del parto fue 100% y 96% de específica<sup>13</sup>.

De las 51 pacientes con riesgo de acretismo placentario 5 tenían alta probabilidad y el 46 restante, baja probabilidad. De las 5 con alta probabilidad 4



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

a 5 tenían antecedentes de cesáreas y se confirmó el diagnóstico intraoperatorio de 3/5 pacientes. Mientras que las 46 con bajas probabilidades ninguna presentó hallazgos intraoperatorios de acretismo placentario<sup>13</sup>.

El trabajo de Ruiz Chang SY et al menciona que el diagnóstico del acretismo placentario ha sido siempre intraparto, por la falta de expulsión de la placenta durante la fase de alumbramiento o su imposibilidad de extracción mediante el alumbramiento manual o tiene lugar una extracción parcial. Siendo esto el hecho más importante para su diagnóstico teniendo en cuenta esta bibliografía<sup>2</sup>.

En cuanto al tratamiento del acretismo placentario, cuando es causa de hemorragia grave que atente contra la vida de la paciente se recurre a la histerectomía de urgencia, siendo el tratamiento más utilizado<sup>28</sup>.

Existen en la actualidad existen tratamientos conservadores, estos varían ampliamente y consiste en el uso de retractores uterinos, ligaduras de las arterias uterinas y/o arterias hipogástricas, sutura al lecho placentario, embolización de las arterias uterinas y uso de métodos mecánicos de compresión como packing de compresas y dispositivos intrauterinos como la sonda Sengstaken-Blakemore utilizada tradicionalmente en hemorragia de origen esofágico<sup>28</sup>.

En los últimos años se ha utilizado y se vieron resultados promisorios con la utilización de un tapón intrauterino con un balón especialmente para cumplir esa función, procedimiento que lleva el nombre de Taponamiento con Balón de Bakri. Dispositivo hecho de silicona, está constituido por una sonda tubular de 24 Fr de diámetro y 58 cm de largo, en cuyo extremo presenta un balón con capacidad de 800 ml y la sonda fenestrada, en el otro extremo presenta el orificio de drenaje que se conecta a un colector de orina para la salida de los loquios y una llave de 3 pasos para el llenado del balón<sup>28</sup>.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

Todos los trabajos expuestos hablan de la importancia de conocer más este evento, pero más realce merece la necesidad de contar con datos sistemáticos, frecuencia e incidencia de presentación actuales de diferentes regiones y países. Para conocer mejor la actualidad de cada una y buscar maneras para poder evitar el incremento del acretismo placentario.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

# 7. METODOLOGÍA

### 7.1. Tipo y diseño general del estudio

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.

**Tabla 1: Operalización de variables:**

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición
<b>Variables Socio-demográficas</b>			
<b>Edad</b>	Años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa Discreta	Numérica Años
<b>Estado Civil</b>	Condición de una persona según el registro civil, registrado en la historia.	Cualitativa Nominal	1. Soltera 2. Casada 3. Unión estable 4. Viuda
<b>Profesión</b>	Empleo u oficio en la embarazada registrado en la historia clínica.	Cualitativa nominal	1. Ama de casa 2. Docente 3. Funcionaria 4. Estudiante 5. Otros
<b>Antecedentes Obstétricos</b>			
<b>Gestas</b>	Número de embarazo que haya tenido la paciente, independientemente de su terminación.	Cuantitativa Discreta	Numérica



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

<b>Parto Normal</b>	Cantidad de partos por vía vaginal previo al estudio.	Cualitativa Nominal	Numérica
<b>Parto Vía Cesárea</b>	Cantidad de partos por cesárea previo al estudio.	Cuantitativa Discreta	Numérica
<b>Periodo intergenésicos</b>	Tiempo transcurrido entre el ultimo parto y el embarazo actual	Cuantitativa Nominal	Numérica Meses
<b>Aborto</b>	Cantidad de aborto al momento del estudio	Cuantitativa Discreta	Numérica
<b>Legrado</b>	Antecedente de legrado al momento del estudio	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2. No
<b>AMEU</b>	Antecedente de Aspiración Manual Endouterina al momento del estudio	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2. No
<b>Variable Obstétrica Actual</b>			
<b>Acretismo Placentario</b>	Diagnóstico de acretismo placentario al momento del parto	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2. No
<b>Placenta Previa</b>	Diagnóstico de placenta previa en el embarazo actual	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2. No



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### **7.2 Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **7.2.1. Universo de estudio**

Pacientes que acudieron al Servicio de Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante el año 2016.

#### **7.2.2. Selección y tamaño de muestra**

Muestro no probabilístico por conveniencia.

Para la estimación del tamaño de la muestra se utilizó el programa estadístico Epidat versión 4.1 para Windows. Donde se tuvo en cuenta un tamaño poblacional de 2280, con una proporción esperada del 50%, una precisión del 5%, con un intervalo del 95% obteniendo el tamaño de la muestra de  $n=329$  sujetos necesarios para el estudio.

#### **7.2.3. Unidad de análisis y observación**

Para el presente trabajo de investigación fueron seleccionadas 329 pacientes que acudieron al Servicio de Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante el año 2016.

#### **7.2.4. Criterios de inclusión**

Pacientes que acudieron al Servicio de Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de enero a diciembre 2016 con ficha clínica completa y legible.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### **7.3 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar.**

En primer lugar la institución fue previamente informada de manera precisa del objetivo de la realización del trabajo, sus beneficios y alternativas, así como los derechos y responsabilidades al aceptar llevar a cabo la realización del estudio.

Posterior a la aceptación para la realización del trabajo por parte del instituto, se procedió a la búsqueda de la información, haciendo la búsqueda en fichas clínicas y en el sistema informático con que cuenta el Hospital Central del IPS.

La información fue recolectada de fuentes secundarias, que son las fichas clínicas de las pacientes gestantes del servicio de obstetricia en el año 2016, también del sistema informático con la que cuenta el Hospital Central del IPS. Se extrajeron de las fichas las variables en estudio en el instrumento de recolección de datos que consta de 3 apartados; (variables sociodemográficas, antecedentes obstétricos y variables obstétricas actuales).

Finalmente la información extraída fue tabulada y almacenada en una planilla digital del paquete informático Microsoft Office Excel 2010<sup>®</sup>.

El tiempo para la realización de la investigación fue posterior a la aceptación del correspondiente protocolo por parte de los evaluadores como también por la Comisión de Ética del Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

### **7.4 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos:**

Este trabajo corresponde a una investigación sin riesgos, ya que no son empleados tratamientos invasivos a ninguna paciente.





## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

Para la realización del trabajo se procedió de manera totalmente igualitaria, se respetaron los principios de: confidencialidad, beneficencia, no maleficencia y justicia, fueron preservados en el desarrollo del protocolo; por ser un estudio sin riesgo y sin intervención no se requiere consentimiento informado.

Utilizando una planilla con los datos cargados en forma anónima a modo de proteger la integridad de los pacientes que fueron seleccionados para dicho estudio. Esta investigación está regida con toda responsabilidad, cuya base primordial es la de mantener siempre la ética, la integridad y confidencialidad de los pacientes.

### **7.5 Plan de análisis:**

El análisis de los datos se llevó a cabo con el paquete informático Stata versión 14.0®.

Se realizó un análisis exhaustivo de cada variable presentando la variable cualitativa en tablas de frecuencia (%). Se realizó el cálculo de medidas de tendencia central (media, mediana) en donde correspondan y de dispersión (desviación estándar y percentiles) de las variables cuantitativas.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 8. RESULTADOS

Se incluyeron al estudio 329 pacientes del servicio de Obstetricia del Hospital Central Dr. Emilio Cubas del Instituto de Previsión Social que cumplían los requisitos para el estudio.

**Tabla 2:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según edad, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329)

Edad	Frecuencia	%
18-19 años	7	2,13
20-24 años	63	19,15
25-29 años	97	29,48
30-34 años	99	30,09
35-39 años	46	13,98
40-45 años	17	5,17
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección elaborado por el autor.

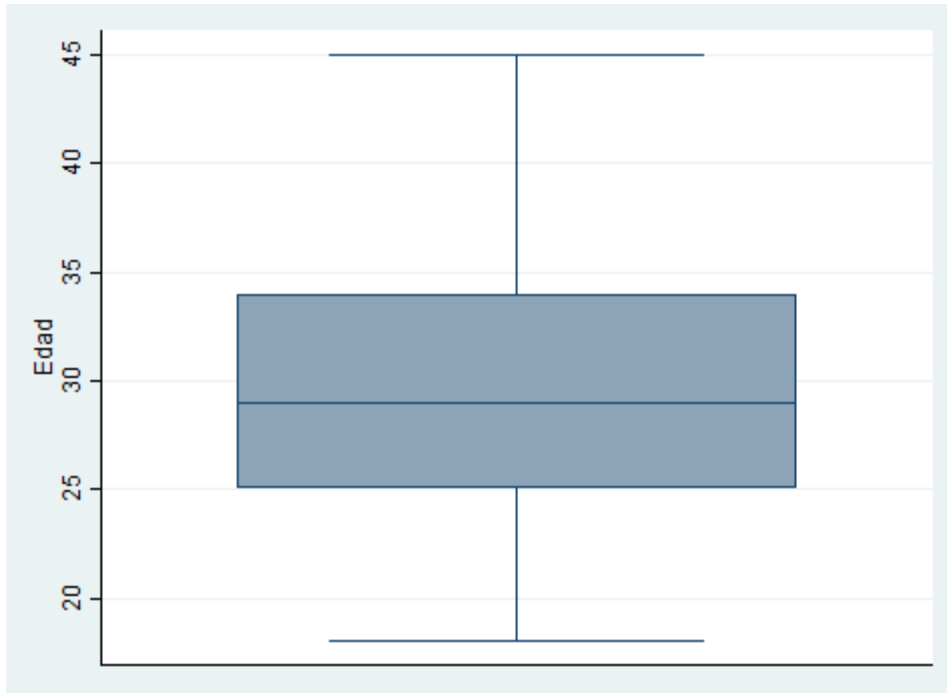
Del total de la población se vio que el 30,09% corresponde al grupo etario de 30-34 años (99/329). Siendo la mínima de edad 18 años y la máxima de 45 años.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Gráfico 1:** Distribución del promedio de edad de las pacientes del servicio de Obstetricia, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, año 2016. (n=329)



Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

El promedio de edad corresponde a  $29,52 \pm 5,72$  años.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Tabla 3:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según estado civil, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329)

<b>Estado Civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Soltera	59	17,93
Casada	121	36,78
Unión Estable	149	45,29
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

Del total de las pacientes, el 45,29% (149/329) corresponde a las de unión estable, el 36,78% (121/329) estaban casadas.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Tabla 4:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según profesión, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329)

<b>Profesión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Ama de casa	80	24,32
Docente	24	7,29
Funcionaria	54	16,41
Estudiante	29	8,81
Otros	142	43,16
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

De las pacientes el 43,16% (142/329) posee otras profesiones a las citadas, seguida en frecuencia de las pacientes que se desempeñan como amas de casa 24,32(80/329).



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Tabla 5:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según número de gestas, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329)

Nº	Frecuencia	%
1	107	32,52
2	103	31,31
3	68	20,67
4	28	8,51
5	12	3,65
6	9	2,74
7	2	0,61
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

El mayor porcentaje de número de gestas corresponde a las pacientes con historia de una primera gesta 32,53%(107/329), seguida en frecuencia de las que tienen historia de dos gestas 31,31%(103/329).



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Tabla 6:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según número de parto vaginal, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329)

Nº	Frecuencia	%
0	136	41,34
1	76	23,10
2	66	20,06
3	34	10,33
4	12	3,65
5	2	0,61
6	3	0,91
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

El mayor porcentaje con historia de parto vía vaginal fue 23,10%(76/329) y corresponde a las pacientes con un parto vía vaginal. Seguida por el grupo de dos partos vía vaginal, representando el 20,06%(66/329).



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Tabla 7:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según número de cesáreas, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329)

Nº	Frecuencia	%
0	127	38,60
1	121	36,78
2	59	17,93
3	18	5,47
4	2	0,61
5	2	0,61
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

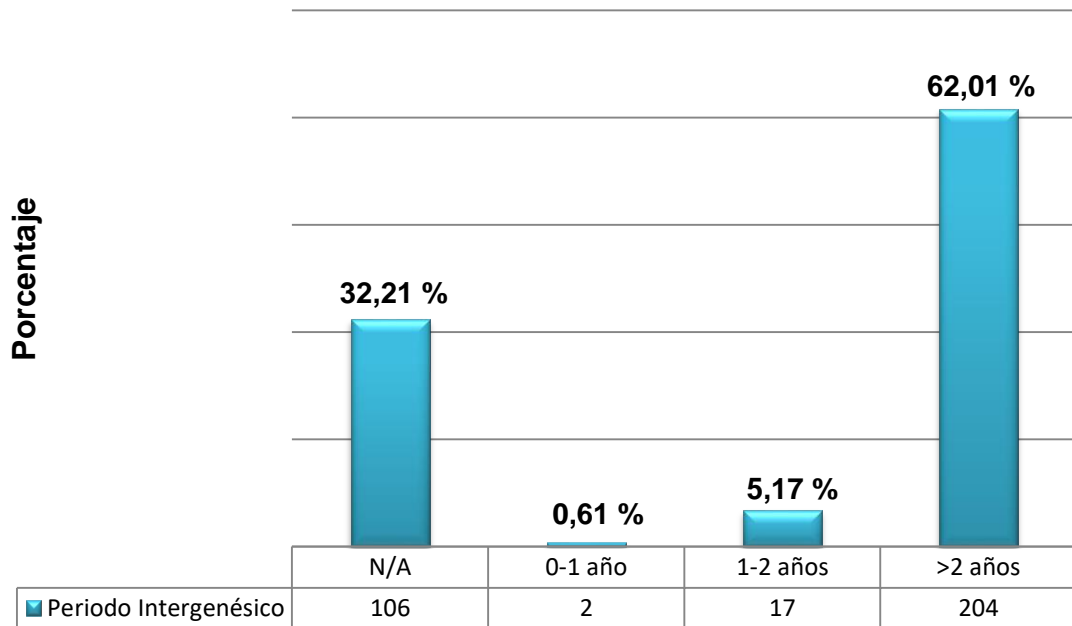
Del total de la población se vio que el 36,78% (121/329) presentó el antecedente de una cesárea.





## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**Gráfico 2:** Distribución de las pacientes del servicio de Obstetricia según el Periodo Intergénésico, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329)



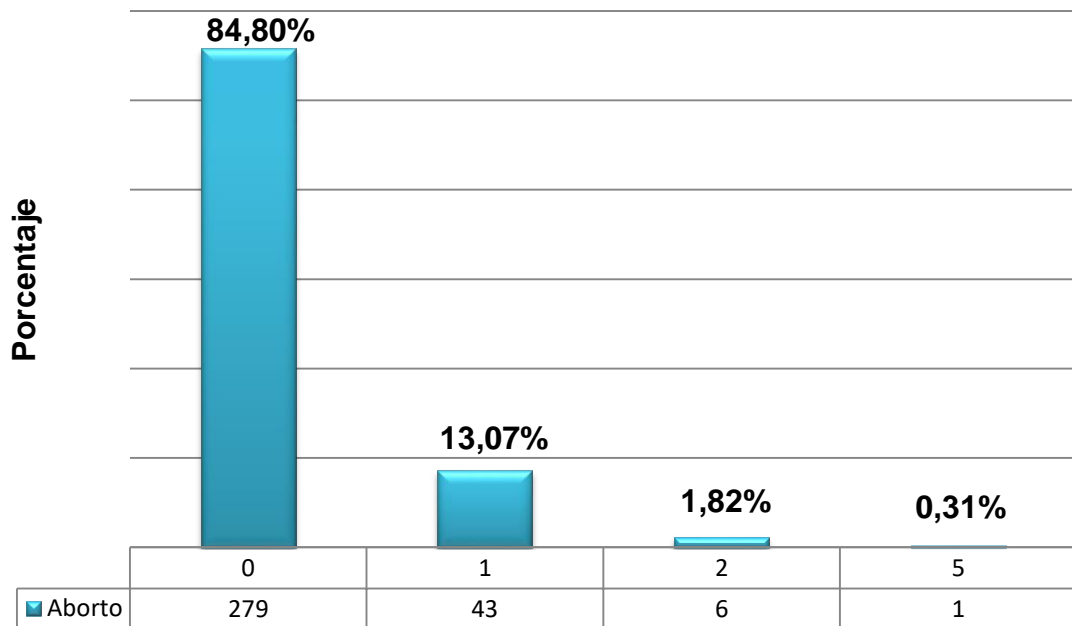
Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

El mayor porcentaje se encuentra en el grupo con un periodo intergenésico >2 años 62,01%(204/329), seguido por el grupo que No Aplica 32,21%(106/329) al periodo intergenésico debido a que cursaron con su primer embarazo; 5,17%(17) corresponde al grupo con un periodo intergenésico entre 1 a 2 años y el 0,61%(2) al grupo con un periodo intergenésico <1 año. La media corresponde a  $44,02 \pm 42,74$  meses, siendo la mínima de 10 meses y la máxima de 180 meses.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**Gráfico 3:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según número de aborto, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329)



Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

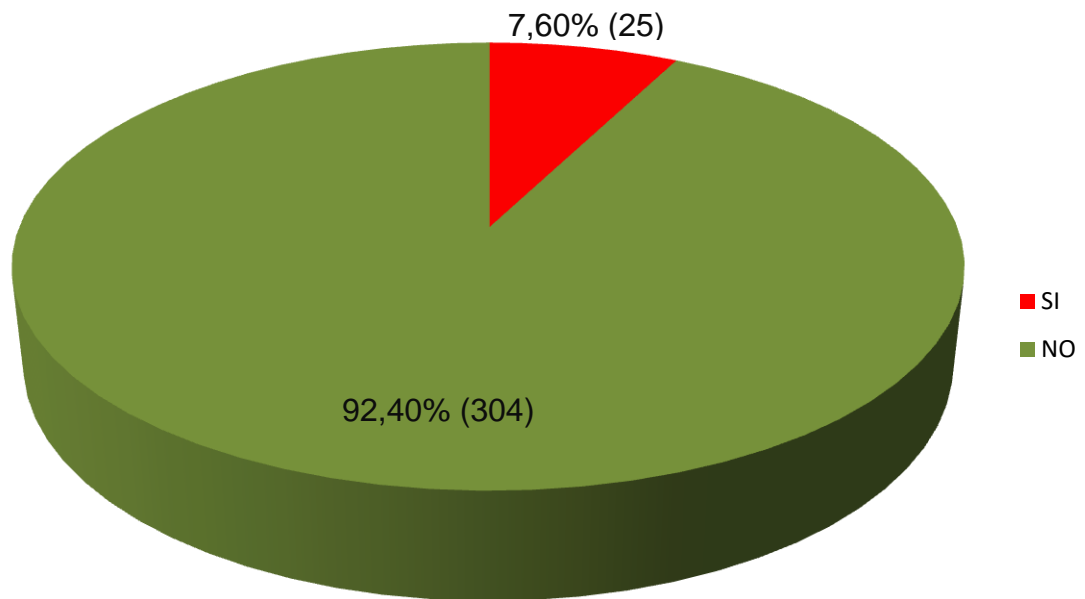
Del total de la población se vio que el 84,80%(279/329) no presentaban antecedentes de aborto, mientras que el 13,07%(43/329) presentaba antecedentes de por lo menos un aborto.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Gráfico 4:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según antecedentes de legrado, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329)



Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

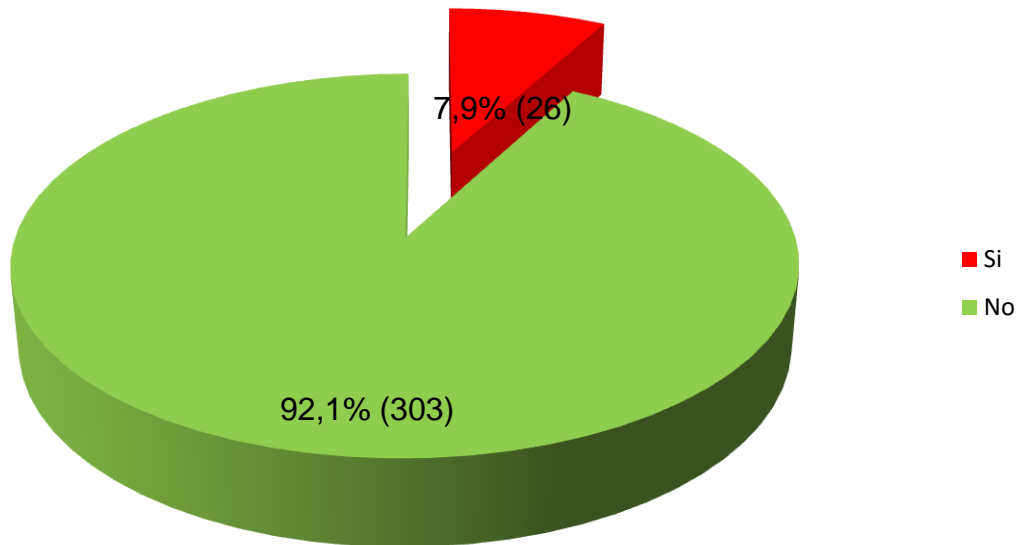
Del total de pacientes se vio que el 7,60% (25/329) presentó antecedentes de legrado.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Gráfico 5:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según antecedentes de AMEU, del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329)



Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

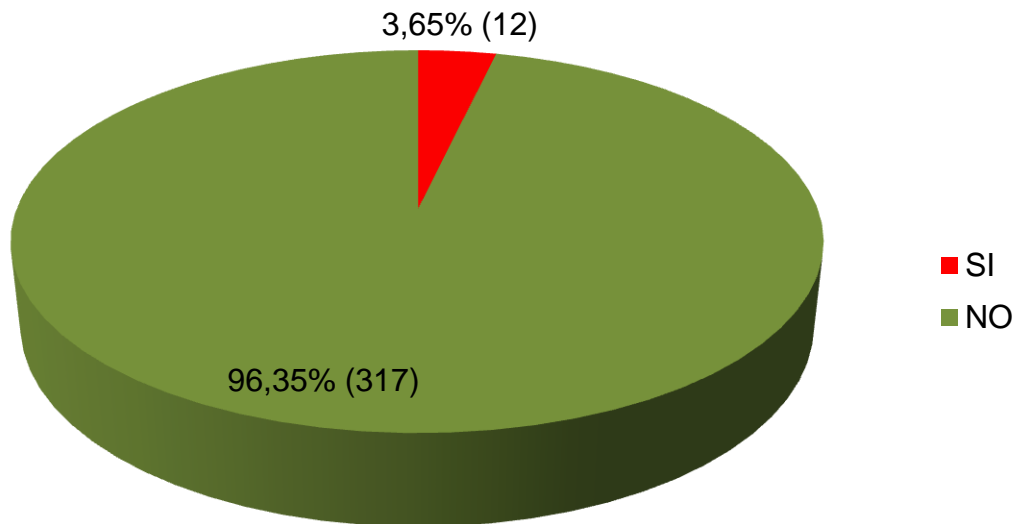
Del total de la población se vio que 7,9% (26/329) presentó el antecedente de AMEU.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Gráfico 6:** Distribución de las pacientes del servicio de Obstetricia según el diagnóstico concomitante de Placenta Previa, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329)



Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

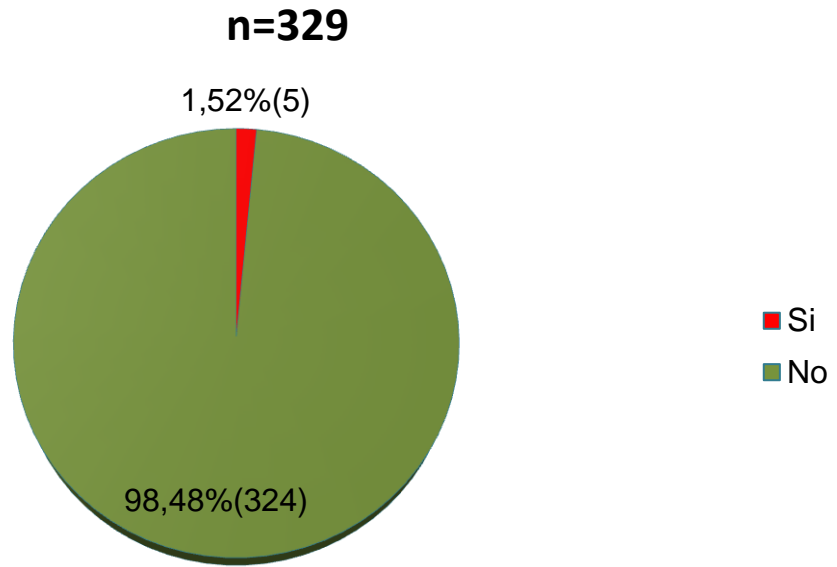
Del total de la población se vio que el 3,65%(12) presentó el diagnóstico de Placenta Previa al momento del estudio, mientras que el restante 96,35%(317) no presentó dicha enfermedad.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Gráfico 7:** Prevalencia de acretismo placentario en el servicio de Obstetricia, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329)



Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

Del total de la población se vieron un total de cinco casos de acretismo placentario, siendo la prevalencia encontrada de 1,52%. Los restantes 98,48% (328) no presentaron acretismo placentario.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Tabla 8:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según edad y acretismo, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329)

Edad	Acretismo		%
	Si	No	
18-19 años	0	7	2,13
20-24 años	0	63	19,15
25-29 años	2	95	29,48
30-34 años	3	96	30,09
35-39 años	0	46	13,89
40-45 años	0	17	5,17
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

Del total de la población se encontraron 3 casos positivos entre el grupo etario comprendido entre los 30-34 años y 2 casos positivos entre los grupo de 25-29 años.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Tabla 9:** Distribución de las pacientes del servicio de Obstetricia según el estado civil y acretismo, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329)

	<b>Acretismo</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Soltera	0	0,00	59	18,21
Casada	3	60,00	118	36,42
Unión Estable	2	40,00	147	45,37
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por el autor.

Del total de las pacientes diagnosticadas con acretismo placentario el 60% (3/5) son casadas y el 40% (2/5) son de unión de estable.





## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Tabla 10:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según número de cesáreas, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329)

N°	Acretismo			
	Si		No	
	n	%	n	%
0	0	0,00	127	39,20
1	2	40,00	119	36,73
2	2	40,00	57	17,59
3	1	20,00	17	5,25
4	0	0,00	2	0,62
5	0	0,00	2	0,62
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: Fuente de recolección de datos elaborado por el autor.

Del total de pacientes con diagnóstico de acretismo el 40% (2/5) poseen historia de una cesárea previa, de la misma forma los pacientes con historia de dos cesáreas previas 40% (2/5) y un caso con historia de tres cesáreas previas 20%(1/5).



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**Tabla 11:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según antecedentes de aborto y acretismo, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329)

	Acretismo			
	Si		No	
Nº	N	%	n	%
0	2	40,00	277	85,49
1	3	60,00	40	12,35
2	0	0,00	6	1,85
5	0	0,00	1	0,31
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: Fuente de recolección de datos elaborado por el autor.

De total de pacientes diagnosticadas de acretismo placentario, el 60% (3/5) presento antecedentes de un aborto, mientras que el 40% (2/5) no presento antecedentes de aborto.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Tabla 12:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según antecedentes de legrado y acretismo, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329)

	Acretismo			
	Si		No	
Legrado	n	%	n	%
Si	2	40,00	23	7,10
No	3	60,00	301	92,90
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: Fuente de recolección de datos elaborado por el autor.

Del total de las pacientes diagnosticadas con acretismo placentario el 40% (2/5) de ellas poseen antecedentes de legrado, el 60% (3/5) de ellas no presento antecedentes de legrado.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Tabla 13:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según antecedentes de AMEU y acretismo, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329)

	Acretismo			
	Si		No	
AMEU	n	%	n	%
Si	1	20,00	25	7,72
No	4	80,00	299	92,28
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: Fuente de recolección de datos elaborado por el autor.

Del total de las pacientes diagnosticadas de acretismo solo el 20% (1/5) presentó antecedentes de AMEU, el restante 80% (4/5) no presento dicho antecedente.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Tabla 14:** Distribución de las pacientes del Servicio de Obstetricia según diagnóstico de placenta previa y acretismo, Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Año 2016. (n=329)

	<b>Acretismo</b>			
	<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>Placenta Previa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	4	80,00	8	2,47
No	1	20,00	316	97,53
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: Fuente de recolección de datos elaborado por el autor.

Del total de las pacientes diagnosticadas de acretismo el 80% (4/5) presentó el diagnóstico concomitante de acretismo placentario.



## 9. DISCUSIÓN

Se ha visto que la frecuencia de presentación del acretismo placentario coincide con las distintas bibliografías vistas en cuanto a los factores predisponentes para su desarrollo, los distintos antecedentes obstétricos que tienen un papel importante son el número de cesáreas, mientras más cesáreas tenga una paciente mayor será el riesgo de sufrir tal enfermedad, así también se encuentran como factores de riesgo al antecedente de abortos, legrado, legrado por aspiración (AMEU) y placenta previa.

En el presente trabajo realizado se encontró que la prevalencia de acretismo placentario es de 1,52%( 5 pacientes), cifra superior a la prevalencia encontrada en el trabajo de Ruiz Chang SY, obteniéndose una prevalencia del 0,55%<sup>2</sup>.

En este trabajo se encontró que el antecedente de cesáreas previas corresponde al 61,4%(202), cifra menor al encontrado en el trabajo de Ruiz Chang SY et al, donde se observó que el 91% presentó antecedentes de cesáreas. El porcentaje del grupo etario más afectado de acretismo placentario fue de 30,09%(30-34 años) del total en comparación al 58%(30-40 años). Las multíparas (>4 partos vaginales) presentaron un porcentaje de 5,16%, cifra muy por debajo al encontrado en el trabajo de Ruiz Chang et al, 62%. En cuanto a antecedentes de legrado se encontró sólo un 7,60%(25) en comparación con el 71,1%. El porcentaje de diagnóstico de placenta previa al momento del estudio fue 3,65%(12/329) de los cuales el 41,66%(5/12) presentaron el diagnóstico de acretismo placentario<sup>2</sup>.

Por todo lo mencionado anteriormente podemos afirmar que el grupo etario más afectado fue el de 30-34 años (3/5 pacientes), una cifra por debajo de lo encontrado en trabajos anteriores presentaron antecedentes de multiparidad, legrado y placenta previa.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

En cuanto al antecedente de cesáreas previas se vio que 36,78%(121) presento una única cesárea, mientras el 17,93%(59) dos cesáreas, 5,47%(18) tres cesáreas y en la misma cantidad 0,61%(2) presentaron historia de cuatro a cinco cesáreas. En el estudio de Jamas C et al, se encontró que mientras mayor sea el número de cesáreas, mayor era el riesgo de sufrir acretismo placentario. Con una historia de una cesárea el riesgo es de 11-25%, dos cesáreas 35-47%, tres cesáreas 40% y con más de cuatro cesáreas el riesgo asciende más de 50-67%<sup>8</sup>.

En este estudio se encontró que 3,65%(12/329 pacientes) presentaron diagnóstico de placenta previa y de ellos el 41,66%(5/12 pacientes) terminaron por presentar acretismo placentario. Mientras que Plascencia L, vio que de 210 casos de placenta previa, desarrollaron acretismo placentario el total de 17,6%(37 pacientes). En el trabajo realizado por Vera ME, menciona que en caso de coexistir el diagnóstico de placenta previa la probabilidad de sufrir placenta acreta va de 23% con historia de una cesárea previa, mientras que con una historia de cuatro cesáreas las probabilidades se dilatan al 67%<sup>6,11</sup>.

Mientras mayor sea el número cesáreas de una paciente y si existe el diagnóstico concomitante de placenta previa las posibilidades de presentar acretismo placentario aumentan.

Las limitaciones del estudio se centran principalmente en el muestreo empleado, puesto que al ser un muestreo no probabilístico, no presenta validez externa por lo que no puede extrapolarse los resultados a otra población, por lo tanto es importante de la realización de otro estudio con un cambio en el diseño y que abarque mayor periodo de tiempo.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 10. CONCLUSIONES

La prevalencia del acretismo placentario en el servicio de Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social fue de 1,52% de un total de 329 pacientes en estudio.

La prevalencia de acretismo placentario se encuentra distribuida dentro de los grupos etarios comprendidos entre las edades de 25 a 29 años, y en unión estable.

La prevalencia de acretismo placentario se encuentra distribuida entre las pacientes con antecedentes de entre 1 a 3 cesáreas previas, del total de pacientes con acretismo placentario, presentaron antecedentes de aborto, legrados y AMEU.

La prevalencia se halla dentro del grupo con el diagnóstico concomitante de placenta previa 3,65% (12/329).





## 11. RECOMENDACIONES

Hacer hincapié a las madres sobre la importancia de un buen control prenatal desde su primera visita de control.

Realizar charlas o conferencias sobre los factores de riesgo a las mujeres en edad reproductiva, para que de esta manera las mujeres conozcan más esta patología. De esta manera ellas puedan optar por un parto vía vaginal y dejar el parto vía cesárea sólo para casos de urgencia.

Realizar un trabajo de investigación del mismo tema pero de mayor envergadura que incluya un periodo de año mayor al trabajo realizado y que puedan corregir errores que quizás se dejaron pasar en este trabajo.



## 12. BIBLIOGRAFÍA

1. Dueñas GO, Rico OG, Rodriguez BM. Actualidad en el diagnóstico y manejo del acretismo placentario. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Revista on-line] 2007 [Citado 28 septiembre 2017]; 72(4):266-271. Dispone en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000400011>
2. Ruiz Chang SY.. Acretismo placentario: perfil clínico y clasificación. Estudio realizado en el hospital especializado Mariana de Jesús en el Periodo 2014 - 2015. Repositorio Universidad de Guayaquil [Revista on-line] 2016 [Citado 12 octubre 2017]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/18913>
3. Abehsera DD, González BC, López MS, Sancha NM, Magdaleno DF. Placenta percreta, experiencia en 20 años del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. [Online] 2011 [Citado 2 noviembre]; 76(2):127-131. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-7562011>
4. Gutierrez SLA, Herrera MM, Pinzón C. Evaluacion características operativas: ecografía 2d y Doppler Color para diagnóstico de acretismo placentario, Clínica Universitaria Colombia, Bogotá. Repositorio Universidad del Rosario. [Online] 2010 [Citado 2 noviembre 2017]; 2(200). Disponible en: [repository.urosario.edu.co/handle/10336/2293](http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/2293)
5. Wilches LA, Palazuelos JG, Trujillo CS, Romero EJ. Diagnóstico prenatal de acretismo placentario: Hallazgos y utilidad del ultrasonido y la resonancia magnética. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [Revista on-line] 2014 [Citado 15 octubre 2017]; 65(4):346-353. Disponible en : <https://doi.org/10.18597//issn.0034-7434>
6. Lira PJ, Ibarguengoitia OF, Argueta ZM, Karchmer KS. Placenta previa/acreta y cesárea previa. Experiencia de cinco años en el Instituto Nacional de Perinatología [Resumen] Revista Ginecología y Obstetricia



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

- México [Online] 1995 [Citado 15 Julio 2017]; 63(8):337-40. Disponible en: [pesquisa.bvsalud.org/saudepublica/resource/pt/lil-161950](http://pesquisa.bvsalud.org/saudepublica/resource/pt/lil-161950)
7. Medina GME, Nip FOJ, Rodriguez RJC. Acretismo placentario como urgencia en el servicio Obstetricia. Presentación de dos casos. Rev. méd electro [Revista on-line] 2009 [Citado 12 octubre 2017]; 31(6). Disponible en:  
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol6%202009/tema16.htm>
  8. James C, Aguilar A, Garaycochea. Placenta acreta en paciente sin antecedentes quirúrgicos uterinos. Presentación de caso. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Revista on-line] 2017 [Citado 12 octubre]; 61(2). Disponible en: [www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322015000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322015000200010&script=sci_arttext)
  9. Velgara MM, Gonzalez RDMA. Utilidad en el diagnóstico del acretismo placentario por ultrasonido – Doppler color en el Hospital de Clínicas - Paraguay. Revista Científica UNA. [Revista on-line] 2012 [Citado 18 octubre 2017]; 45(2). Disponible en: [revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/view/73](http://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/view/73)
  10. García F, Donayre A. Cesarea Histerectomía en el Hospital Nacional Guillermo Almenara. Lima, Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Online] 1999 [Acceso 17 de Septiembre de 2017]; 45(4):280-285. Disponible en: <http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/652/615>.
  11. Vera ME, Lattus OJ, Bermudez L, Ibañez BC, Herrera VA, Almuna VR. Placenta percreta con invasión vesical: Reporte de 2 casos. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. [Revista on-line] 2005 [Citado 2 noviembre 2017]; 70(6):404-410. Disponible en: [www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262005000600010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262005000600010&script=sci_arttext)



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

12. Ávila DS, Alfaro MT, Olmedo SJ. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. [Online] 2016 [Citado 1 septiembre 2017]; 6(3):7-10. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr163c.pdf>
13. Ferreira NFE, Angulo CM. Predicción del acretismo placentario con ultrasonido Doppler en el Hospital Universitario de Neiva, Colombia. Estudio de cohorte. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [Online] 2007 [Citado 2 noviembre 2017]; 58(4):290-295. Disponible en: [www.scielo.org.co/pdf/rcog/v58n4/v58n4a05.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v58n4/v58n4a05.pdf)
14. Reveles VJA, Villegas RG, Hernández SH, Grover PF, Hernández VCC, Patiño SA. Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. Revista Ginecología Obstetricia México. [Online] 2008 [Citado 15 julio 2017]; 76(3):156-60. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom083d.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom083d.pdf)
15. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-years analysis [Abstract]. PubMed. [Online] 2005 [citado 15 julio 2017]; 5(192):1458-61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15902137>
16. Noguera SMF, Karchmer KS, Rabadán MCE, Sánchez PA. Acretismo Placentario, un problema en aumento. El diagnóstico oportuno como éxito en el tratamiento. Revista Ginecología y Obstetricia de México. [Online] 2013 [Citado 15 Julio 2017]; 81(02):99-104. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom132f.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom132f.pdf)
17. Linn RL, Miller ES, Lim G, Ernst LM. Adherent basal plate myometrial fibers in the delivered placenta as a risk factor for development of subsequent placenta accreta. PubMed. [Online] 2015 [Citado 15 Julio 2017]; 36(12):1419-24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26494605>
18. Aguilar FOF, Renan RO, Coronado C, Sánchez GF. Rotura uterina por acretismo placentario. Ginecología y Obstetricia México. [Online] 2010



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

- [Citado 15 Julio 2017]; 78(4):250-253. Disponible en: [new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi](http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi)
19. Cutié LE, Cabezas CE, Oliva RJA, Vazquéz CA, Pérez EM, Rigol RO et al. Placentación. Obstetricia y Ginecología. [Online] Ciudad de la Habana: Ecimed; 2004 [Citado 15 Julio 2017]:23-25. Disponible en: [https://apuntesdemedicina.files.wordpress.com/2012/01/ginecologia\\_obs\\_tetricia.pdf](https://apuntesdemedicina.files.wordpress.com/2012/01/ginecologia_obs_tetricia.pdf)
20. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Acretismo Placentario. En Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. [Libro electrónico]. proSEGO; 2012. Disponible en: [www.sego.es/Content/pdf/Guia\\_Pract\\_Urg.pdf](http://www.sego.es/Content/pdf/Guia_Pract_Urg.pdf)
21. Jauniaux E., Collis S, Graham J. Placenta accreta spectrum: pathophysiology and evidence-based anatomy for prenatal ultrasound imaging [Abstract]. AJOG [Online] 2017 [Citado 15 Julio 2017]; 05(67):10-26. Disponible en: [www.ajog.org/article/S0002-9378\(17\)30731-7/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(17)30731-7/abstract)
22. Benites VES.. Retención Placentaria como causa de hemorragia postparto en el Hospital de Vitarte Reportorio Universidad ICA - caso clínico [Online] 2015 [Citado 8 noviembre]:24-55. Disponible en: [repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/27/3/ELVIRA%20BENITES%20VIDAL%20-%20RETEN%20PLACENTARIA%20COMO%20CAUSA%20HEM%20POSTPARTO.pdf](http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/27/3/ELVIRA%20BENITES%20VIDAL%20-%20RETEN%20PLACENTARIA%20COMO%20CAUSA%20HEM%20POSTPARTO.pdf)
23. Ministerio de Salud de la República Argentina. [homepage en internet] Placenta accreta. Buenos Aires. Argentina.gob.ar; c2016 [Citado 15 Julio 2017] Disponible en: [www.argentina.gob.ar/salud/glosario/placenta](http://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/placenta)
24. Miller DA, Chollet JA, Goodwin J, Goodwin TM. Placenta Accreta [Abstract]. AJOG [Online] 2012 [Citado 15 Julio 2017]; 120(529):210-214. Disponible en: [www.ajog.org/article/S0002-9378\(97\)70463-0/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(97)70463-0/fulltext)



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

25. Plata RM. Maternal Morbidity Associated with multiple repeat cesarean deliveries. [Abstract]. PubMed [Online] 2006 [Citado 15 Julio 2017]; 107(6):1226-32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16738145>
26. Casas PR, Pérez VIL, Chicangana FG. Frecuencia, indicaciones y complicaciones de la histerectomía obstétrica en el Hospital Universitario San José de Popayán, 2006-2010. Estudio de Cohorte. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Online] 2013 [Citado 1 Noviembre 2017]; 64(2):121-125. Disponible en: [www.scielo.org.co/pdf/rcog/v64n2/v64n2a06.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v64n2/v64n2a06.pdf)
27. Green L, Knight M, Seeney F, Hopkinson C. The epidemiology and outcomes of women with postpartum haemorrhage requiring massive transfusión with eight or more units of red cells: a national cross-sectional study Londres [Abstract]: PubMed [Online] 2016 [Citado 16 Julio 2017]. 123(13):2164-2170. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26694742>
28. Morales LA, Insunza FA. , Latorre RR. Manejo exitoso de la hemorragia postparto por acretismo placentario mediante tamponamiento con balón de bakri. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2006[Citado 8 Noviembre 2017]; 71(2):121-124. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262006000200008>



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

### 13. ANEXOS

**Anexo 13.1:** Ficha de recolección de Datos.

#### UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CAAGUAZU

#### FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

#### CARRERA DE MEDICINA

El siguiente instrumento de recolección de datos consta de tres secciones: Características sociodemográficas; Antecedentes Obstétricos; Historia obstétrica actual). El llenado de dicho formulario estuvo a cargo del investigador y se utilizaron las fichas clínicas y el sistema informático del Servicio de Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, facilitando de esta manera el análisis. El cuestionario es totalmente confidencial.

I. Características Sociodemográficas		
1. Edad: años		
2. Estado Civil:		
<input type="radio"/> 2.1 Soltera	<input type="radio"/> 2.2 Casada	<input type="radio"/> 2.3 Unión Estable
3. Profesión:		
3.1 Ama de casa	3.2 Docente	3.3 Funcionaria
3.4 Estudiante	3.5 Otros	
II. Antecedentes Obstétricos		



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

4. Gestas: Numérica

5. Parto: Numérica

6. Cesáreas: Numerica

7. Periodo Intergenésico: Numerica

8. Abortos: Numerica

9. Legrado:

9.1 SI

9.2 NO

10. AMEU:

10.1 SI

10.2 NO

### III. Historia Obstétrica al momento del estudio

11. Diagnóstico concomitante de Placenta Previa:

11.1 SI

11.2 NO

12. Diagnóstico de Placenta Previa:

12.1 SI

12.2 NO