

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SEGUNDA ESPECIALIZACION EN MEDICINA HUMANA



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE MÉDICO ESPECIALISTA
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**Cesárea Iterativa como factor de riesgo para acretismo
placentario en gestantes del Hospital Belén de Trujillo del 2012 al
2020.**

**Área de Investigación:
Medicina Humana**

**AUTOR:
M.C JIMENA VALERIA ALZA RODRIGUEZ**

**ASESOR:
JORGE LOZADA CACEDA**

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4404-924X>

**Trujillo – Perú
2021**

PROYECTO DE TESIS

I. DATOS GENERALES:

1. TÍTULO Y NOMBRE DEL PROYECTO:

Cesárea iterativa como Factor de Riesgo para Acretismo placentario en gestantes del hospital Belén de Trujillo del 2012 al 2020.

2. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud materna y neonatal

3. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

3.1. De acuerdo a la orientación o finalidad: Aplicada

3.2. De acuerdo a la técnica de contrastación: Observacional

4. ESCUELA PROFESIONAL Y DEPARTAMENTO ACADÉMICO:

Escuela de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego.

5. EQUIPO INVESTIGADOR:

5.1 Autor: Jimena Valeria Alza Rodriguez

5.2 Asesor: Jorge Lozada Cáceda

6. Institución sede a realizar el proyecto:

Hospital Belén de Trujillo – Área de Obstetricia y Ginecología.

7. Duración Total del Proyecto: 6 meses

Fecha de Inicio: 1 de enero 2021.

Fecha de Término: 30 de junio del 2021.

II. PLAN DE INVESTIGACION:

1. RESUMEN EJECUTIVO DEL PROYECTO DE TESIS:

Se llevará a cabo un trabajo de investigación para poder observar si la cesárea iterativa es factor de riesgo para Acretismo Placentario. En la presente investigación la muestra estará comprendida por las historias clínicas de las pacientes gestantes que fueron atendidas en el Hospital Belén de Trujillo y que lograron cumplir con los criterios de selección, se seleccionará de forma aleatoria simple 54 pacientes con acretismo (casos) y 54 pacientes sin acretismo (controles) ; en el análisis estadístico se usará la prueba estadística de Chi Cuadrado (X^2) para variables cualitativas y relacionadas; la asociación de las variables en cuestión será considerada estadísticamente significativa si el margen o posibilidad de error es menor al 5% ($p < 0.05$); por ser un estudio de casos y controles retrospectivo; se obtendrá el odds ratio de cesárea iterativa respecto al hallazgo de acretismo placentario. El cálculo del intervalo de confianza será realizado al 95% del estadígrafo respectivo.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La incidencia de placenta accreta se cree que está aumentando a nivel mundial. Esto es probablemente atribuible a un aumento en la frecuencia de cesárea y tendencias de las mujeres para la procreación a mayor edad, condiciones que son factores de riesgo independientes para la placenta accreta.¹

Durante las últimas dos décadas, un creciente cuerpo de la investigación epidemiológica ha identificado el efecto del rápido aumento de las tasas de partos por cesárea sobre los riesgos del acretismo. En Norteamérica, un gran estudio multicéntrico de cohorte señaló que para las mujeres que presentan placenta previa y parto por cesárea previo, el riesgo de acretismo fue del 3%, 11%, 40%, 61% y 67% para el primero, segundo, tercera, cuarta

y quinta o más cesáreas, respectivamente. En el Reino Unido el sistema de vigilancia obstétrica encontró que la incidencia de acretismo aumenta de 1,7 por 10000 nacimientos en general a 577 por 10000 nacimientos en mujeres con una cesárea previa.

Una investigación hecha en un hospital público de Lima, donde el objetivo era determinar la frecuencia e indicaciones más frecuentes de cesáreas en dicho hospital, se encontró que la indicación más frecuente de cesárea es la cesárea previa, y de estas, la cesárea iterativa representó el 42.2% de las pacientes gestantes que requirieron dicho procedimiento quirúrgico.²

La cesárea es una operación obstétrica esencial para mujeres embarazadas que enfrentan condiciones emergentes. Es un procedimiento para prevenir complicaciones maternas y perinatales graves. Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los niveles nacionales sean menores del 15% ³, una encuesta en varios países encontró que las tasas mundiales de cesáreas habían aumentado de 26,4% en 2004 a 32,7% en el 2016.⁴

- **Formulación del problema:**

¿Es la cesárea iterativa factor de riesgo para acretismo placentario en gestantes del Hospital Belén de Trujillo?

3. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

Hyo K. y su equipo (China, 2019) evaluaron la prevalencia de acretismo placentario y dilucidaron sus factores de riesgo mediante un gran estudio de cohorte prospectivo en 90,554 participantes tratados en 15 centros regionales. Este análisis consistió en 202 casos de acretismo (18 con placenta previa y 184 sin placenta previa) y 90.352 casos sin acretismo. El análisis de regresión logística múltiple encontró como factor de riesgo el tener más de dos cesáreas anteriores (OR: 2,51, IC del 95% 1,35–4,67, P = 0,004)⁵.

Gelany S, et al (Reino Unido, 2019); evaluaron la incidencia y, a su vez, los factores asociados a la presentación de acretismo placentario en un estudio prospectivo que incluyó a 102 mujeres diagnosticadas con trastornos de

acretismo. La incidencia de trastornos de acretismo durante el período de estudio fue de 9/1000 maternidades (0,91%). La edad media de los casos fue de $32,4 \pm 4,2$ años, el 60% de ellos tenía una paridad ≥ 3 y el 82% de ellos tenía ≥ 2 cesáreas previas. La incidencia de trastornos de acretismo fue del 0,91%; la cesárea previa a repetición (≥ 2), y la multiparidad (≥ 3) fueron factores de riesgo ($p < 0.05$)⁶.

Farquhar C, et al (Australia, 2017); estimaron la presentación de acretismo placentario y describieron la práctica clínica y los resultados perinatales en un estudio de casos y controles; se incluyeron un total de 295 casos y 570 controles. La incidencia de placenta accreta fue de 44,2 / 100 000 mujeres. En mujeres multíparas, los factores de riesgo independientes fueron cesárea previa (AOR ≥ 2 secciones previas frente a 0: 13,8; IC del 95%: 7,4 a 26,1); además las mujeres con placenta accreta tenían más probabilidades de tener una cesárea (AOR: 4,6; IC del 95%: 2,7 a 7,6)⁷.

Morlando M, et al (Italia, 2013); investigaron el cambio en la presentación de acretismo placentario a lo largo de cuatro décadas, se analizaron todos los casos de placenta accreta en un trienio de muestra para cada década. La incidencia aumentó del 0,12% durante la década de 1970 al 0,31% durante la década de 2000. Durante el mismo período, las tasas de cesáreas aumentaron del 17 al 64%. La cesárea previa fue el único factor de riesgo que mostró un aumento concomitante significativo ($p < 0.05$)⁸.

En el Hospital San Bartolomé (Lima, 2020) se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes que presentaron placenta ácreta, para observar el perfil epidemiológico de dicha condición; se encontró que el 80.5% presentaron una cirugía uterina previa, de las cuales, el 72.2% fue una cesárea anterior. Concluyendo dicho estudio que la placenta ácreta estuvo altamente asociado con cesáreas previas.⁹

4. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA:

La vía de parto por cesárea ha extendido su indicación a gran parte de la población obstétrica; además de la indicación por motivos de una real

emergencia médica, la elección de la gestante para la opción de cesárea electiva es una alternativa de demanda creciente, a pesar de que se han descrito las desventajas relacionadas con la aplicación indiscriminada de este abordaje, tanto para la salud materna como para el bienestar del neonato; en este sentido existe evidencia del impacto de las cicatrices uterinas en las alteraciones de la implantación placentaria, en este sentido se han publicado estudios que la vinculan con un mayor riesgo de acretismo placentario. En el hospital a desarrollarse la investigación se ha visto un aumento en la indicación de cesárea, principalmente en pacientes donde la primera cesárea fue electiva. Por estos motivos, resulta pertinente verificar su asociación específicamente con la aparición de esta complicación y considerando que aún no existen estudios similares en nuestro medio es que nos planteemos realizar el presente estudio.

5.OBJETIVOS:

General:

- Determinar si la cesárea iterativa es factor de riesgo para acretismo placentario en gestantes del Hospital Belén de Trujillo.

Específicos:

- Determinar la frecuencia de cesárea iterativa en gestantes con acretismo placentario en el Hospital Belén de Trujillo.
- Determinar la frecuencia de cesárea iterativa en gestantes sin acretismo placentario en el Hospital Belén de Trujillo.
- Comparar las variables intervinientes entre gestantes con o sin acretismo placentario en el Hospital Belén de Trujillo.

6. MARCO TEÓRICO:

El trastorno del espectro de la placenta accreta, también llamado placenta anormalmente invasiva, describe una situación clínica en la que la placenta

no se desprende espontáneamente después del parto y no puede extraerse por la fuerza sin causar una hemorragia masiva y potencialmente mortal. La incidencia de este trastorno está aumentando en todo el mundo. Esto probablemente se deba al aumento de las tasas de partos resueltos por cesárea, que es el principal factor de riesgo en embarazos posteriores. El acretismo placentario es considerado una de las enfermedades más peligrosas en el embarazo, ya que se asocia significativamente con la elevación de la morbilidad y mortalidad materna¹⁰.

El espectro de placenta accreta es un importante factor obstétrico para resultados adversos que pueden causar masivas y potencialmente mortales complicaciones. Se cree que las adherencias placentarias se deben a que la placenta se adhiere a un sitio defectuoso en la decidua. En tales casos, se requiere un diagnóstico cuidadoso y estrategias de manejo multidisciplinario antes de la cesárea para reducir los riesgos de morbilidad¹¹. Sin embargo, en ocasiones, es posible enfrentarse a un acretismo inesperado en ausencia de placenta previa diagnosticada por primera vez después la culminación del parto¹².

La mayoría de las pacientes son diagnosticadas clínicamente con acretismo y estas situaciones requirieron inesperadas intervenciones médicas, incluidas la extracción manual de la placenta adherente y que podría causar una hemorragia posparto potencialmente mortal y / o un aumento de la morbilidad. Por tanto, es fundamental mantener un alto índice de sospecha de acretismo en el período prenatal en pacientes de alto riesgo sin placenta previa¹³.

La identificación de las variables que influyen en el acretismo es importante porque los pacientes en riesgo tendrían la oportunidad de ser evaluados con más cuidado, consiguiendo la detección utilizando Doppler de potencia tridimensional y resonancia magnética¹⁴. Además, en las mujeres con sospecha de acretismo es recomendable culminar su parto en un hospital de atención terciaria con un equipo multidisciplinario disponible para el manejo de la hemorragia posparto severa¹⁵. El beneficio para estos pacientes sería

significativo debido al potencial de disminución de la mortalidad a través del manejo de un equipo multidisciplinario¹⁶.

La cesárea es el parto del feto, la membrana y la placenta a través del abdomen. La tasa de cesárea es diferente entre países, incluso entre áreas urbanas y rurales, debido a diferentes estados socioeconómicos y oportunidades de acceso servicios sanitarios públicos y privados. El parto por cesárea aumenta significativamente la vulnerabilidad de la mujer al riesgo de morbilidad y mortalidad relacionadas con el embarazo. A pesar de que la cesárea es una intervención médica que salva vidas y procedimientos para disminuir los resultados adversos, controlando diferentes riesgos de complicaciones, son un desafío en términos de seguridad del paciente, larga duración de la estancia hospitalaria, coste y trauma psicológico¹⁷.

Dentro de los resultados adversos maternos relacionados con la cesárea incluyen: fiebre posparto, infección del sitio quirúrgico, sepsis puerperal, mortalidad materna mientras que sepsis neonatal, muerte neonatal temprana, muerte fetal, asfixia perinatal, puntaje de Apgar bajo y prematuridad son las complicaciones más comunes del recién nacido¹⁸.

A pesar de la recomendación de que la tasa óptima de cesárea debería ser entre el 5 y el 15%, la tendencia actual es la de un continuo aumento de las tasas debido a que la edad materna está aumentando, el uso de la monitorización fetal electrónica está generalizado, aumento en la frecuencia de mala presentación, el aumento en la tasa de inducción del trabajo de parto, el aumento drástico de la obesidad y el parto vaginal disminuido después de la cesárea, son algunas de las posibles explicaciones¹⁹.

7. HIPÓTESIS:

7.1 Hipótesis alterna (Ha):

La cesárea iterativa es factor de riesgo para acretismo placentario en gestantes del Hospital Belén de Trujillo.

7.2 Hipótesis nula (Ho):

La cesárea iterativa no es factor de riesgo para acretismo placentario en gestantes del Hospital Belén de Trujillo.

8. MATERIAL Y METODOLOGIA:

8.1. Diseño de Estudio:

- Estudio analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles.

o Diseño de Investigación

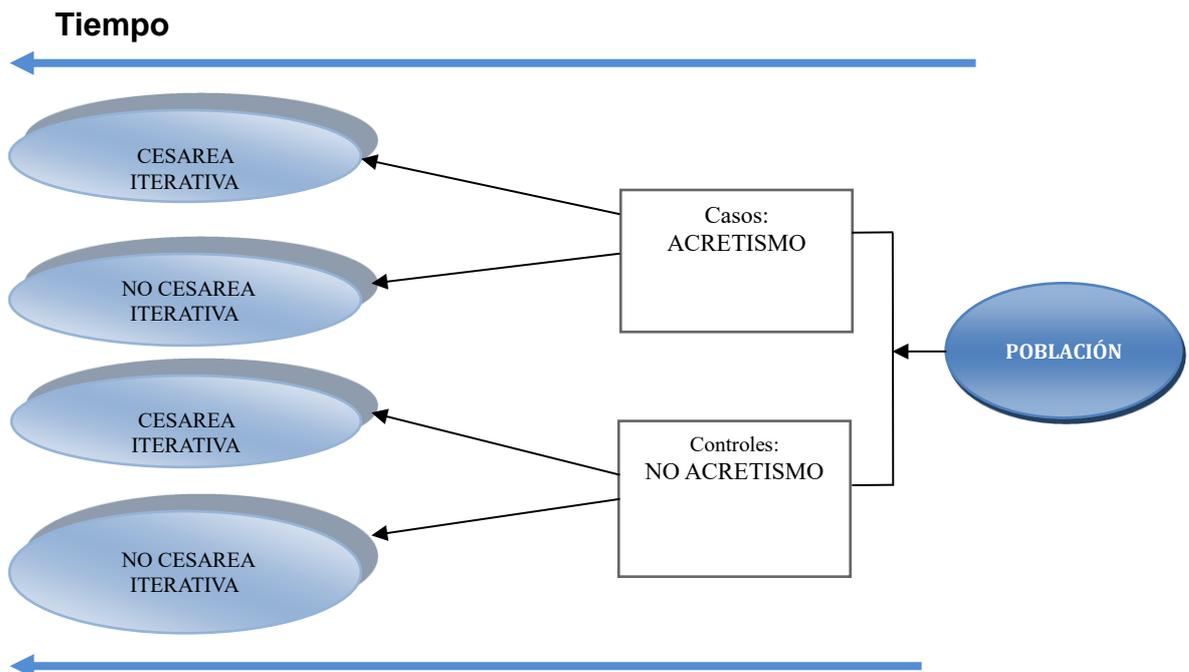
G1	X1
G2	X1

G1: Acretismo placentario

G2: No acretismo placentario

X1: Cesárea iterativa

o Dirección



8.2. Población, muestra y muestreo:

A. Población:

- **Población diana:**

Pacientes gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo.

- **Población de Estudio:**

Pacientes gestantes que se atendieron en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2012 - 2020 y que además logren cumplir con los criterios de selección.

B. Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión:**

-  Casos:

- Gestantes con acretismo placentario
- Gestantes de entre 20 a 35 años
- Gestantes con gestación única

-  Controles:

- Gestantes sin acretismo placentario
- Gestantes de entre 20 a 35 años
- Gestantes con gestación única

- **Criterios de Exclusión:**

- Gestantes con antecedentes de aborto
- Gestantes con otra cirugía uterina previa que no sea cesárea
- Gestantes con antecedente de placenta previa
- Gestantes con antecedente de rotura uterina
- Gestantes con miomatosis uterina

C. Muestra:

❖ Unidad de Análisis

- Estará constituido por cada gestante que haya sido atendida en el Servicio de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2012 – 2020 y que logre cumplir los criterios de selección.

❖ Unidad de Muestreo

- Historia clínica de cada gestante que fue atendida en el Servicio de Ginecología Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2012 – 2020 y que logre cumplir los criterios de selección.

D. Tamaño muestral:

Mediante la siguiente fórmula, calculamos la muestra²⁰:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 p_0 (1 - p_0) (r + 1)}{d^2 \cdot (r)}$$

Donde:

$$p_0 = \frac{p_2 + (r)p_1}{1 + r}$$

p_1 = Proporción de pacientes con acretismo (casos) que tuvieron una cesárea iterativa. Para este tamaño muestral se usó: $p_1 = 0.27^6$

p_2 = Proporción de pacientes con acretismo (controles) que tuvieron una cesárea iterativa. Para este tamaño muestral se usó: $p_2 = 0.01^6$

r = Controles/caso

n = N° de casos

d = $p_1 - p_2$

Resolviendo:

$Z_{\alpha/2} = 1,96$ para $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0,84$ para $\beta = 0.20$

$p_1 = 0.27$

$$p_2 = 0.01$$

$$r = 1$$

$$n = 54$$

- CASOS (Acretismo placentario): 54 pacientes.
- CONTROLES (No acretismo placentario): 54 pacientes.

8.3. Definición operacional de Variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADORES	ÍNDICES
V. Dependiente Acretismo Placentario	Cualitativa	Nominal	Reporte Anatomopatológico Positivo	Sí
			Reporte Anatomopatológico Negativo	No
V. Independiente Cesárea Iterativa	Cualitativa	Nominal	Número de cesáreas ≥ 2	Sí
			Número de cesáreas < 2	No
V. Interviniente <i>Multiparidad</i>	Cuantitativa	Nominal	Número de partos previos ≥ 2	Sí
			Número de partos previos < 2	No
V. Interviniente <i>Obesidad</i>	Cuantitativa	Nominal	Índice de Masa Corporal ≥ 30	Sí
			Índice de Masa Corporal < 30	No

- **Acretismo placentario:** Se caracteriza por la penetración superficial de las vellosidades placentarias en el miometrio uterino⁷.

- **Cesárea iterativa:** Corresponde al antecedente de 2 o más cesáreas anteriores a la gestación actual⁸.

8.4. Procedimientos y técnicas

Ingresaran al estudio las gestantes que hayan sido atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2012 – 2020 y que logren cumplir los criterios de selección. Para tener acceso a las historias clínicas, el proyecto debe ser aprobado y tener autorización del director del Hospital, para luego proceder a:

1. Realizar la captación de los pacientes de cada grupo de estudio, según el registro del código CIE 10 considerado en la historia clínica, para definir a las gestantes con o sin acretismo placentario.
2. Seleccionar de forma aleatoria las historias clínicas mediante el programa de Microsoft Excel 2019, tanto para el grupo que presentó acretismo, como para el grupo que no presentó acretismo.
3. Realizar la revisión de la historia clínica para verificar el status de la gestante según la presencia del antecedente de cesárea y la cantidad total de cesáreas realizadas.
4. Obtener los datos precisos que correspondan a las variables intervinientes consideradas en la investigación. (Anexo 1).

8.5. Plan de análisis de datos:

Procesamiento y análisis de la información:

Los datos obtenidos serán registrados en las respectivas hojas del protocolo de recolección, luego se procesarán estos datos usando el programa estadístico IBM V SPSS 25.

En el análisis estadístico, se aplicará la prueba de chi cuadrado para determinar la asociación de factores, según los resultados obtenidos; si p es menor a 0.05 se considerará que existe asociación. El hallazgo del valor del OR se realizará con un intervalo de confianza del 95%.

8.6. Aspectos éticos:

El presente estudio obtendrá la autorización del Área de Investigación y Ética del Hospital Belén de Trujillo (HBT). Por motivo que es un estudio de casos y controles retrospectivo se tendrá presente los numerales 11, 12, 15 y 23 de la declaración de Helsinki II²¹ y la Ley General de Salud N° 26842 (Decreto Supremo 017-2006-SA)²².

9. CRONOGRAMA DE TRABAJO:

	Actividades	Personas Responsables	Tiempo						
			ENE 2021 - JUN						
			1	2	3	4	5	6	
1	Planificación y elaboración del proyecto.	INVESTIGADOR ASESOR	X	X					
2	Presentación y aprobación del proyecto	INVESTIGADOR			X				
3	Recolección de Datos	INVESTIGADOR - ASESOR ASESOR				X			
4	Procesamiento y análisis	INVESTIGADOR ESTADÍSTICO					X		
5	Elaboración del Informe Final	INVESTIGADOR							X
	DURACIÓN DEL PROYECTO		1	2	3	4	5	6	

10. PRESUPUESTO DETALLADO:

Naturaleza del Gasto	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Bienes				Nuevos Soles
1.4.4.002	Papel Bond A4	01 millar	0.01	100.00
1.4.4.002	Lapiceros	5	2.00	10.00
1.4.4.002	Resaltadores	03	10.00	30.00
1.4.4.002	Archivadores	10	3.00	30.00
1.4.4.002	Perforador	1	4.00	4.00
Servicios				
1.5.3.003	Movilidad	200	1.00	200.00
1.5.6.023	Asesoría por Estadístico	2	250	500.00
			TOTAL	1025.00

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.-Jauniaux E, Grønbeck L, Bunce C, et al. Epidemiology of placenta previa accreta: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2019;9:e031193.
- 2.- Barrena M, Quispe I, Flores M, León C. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2020 Abr [citado 2021 Mayo 15]; 66(2): 00004.
- 3.- Thurn L, Lindqvist PG, Jakobsson M, et al. Abnormally invasive placenta-prevalence, risk factors and antenatal suspicion: results from a large population-based pregnancy cohort study in the Nordic countries. *BJOG: Int J Obstet Gy* 2017;123:1348–55.
- 4.-Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG* 2016; 123(05):745–753.
- 5.-Hyo K. Risk factors for placenta accreta spectrum: findings from the Japan environment and Children’s study. *C Pregnancy and Childbirth* 2019; 19:447.
- 6.-Gelany S. Placenta Accreta Spectrum (PAS) disorders: incidence, risk factors and outcomes of different management strategies in a tertiary referral hospital in Minia, Egypt: a prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2019; 19: 313.
- 7.-Farquhar C, Li Z, Lensen S, et al. Incidence, risk factors and perinatal outcomes for placenta accreta in Australia and New Zealand: a case–control study. *BMJ Open* 2017;7:e017713.
- 8.-Morlando M. Placenta accreta: incidence and risk factors in an area with a particularly high rate of cesarean section. *Short Research Reports* 2013; 4(2):13-17.

9.-Ramirez, J. O., Zapata, B., Diaz, V., Catari K. & Flores Valverde, M. Placenta accreta spectrum, experience in a Peruvian hospital. *Revista Peruana De Ginecologia Y Obstetricia*, 66(1), 13–18. 2020.

10.-Wortman A, Schaefer S, McIntire D, et al. Complete placenta previa: ultrasound biometry and surgical outcomes. *AJP Rep* 2018;08:e74–8.

11.-Collins SL, Chantraine F, Morgan TK, et al. Abnormally adherent and invasive placenta: a spectrum disorder in need of a name. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018;51:165–6.

12.-Jauniaux E, Bhide A, Kennedy A, et al. Figo placenta accreta diagnosis and management expert consensus panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: prenatal diagnosis and screening. *Int J Gynaecol Obstet* 2018;140:274–80.

13.-Greenbaum S, Wainstock T, Dukler D, et al. Underlying mechanisms of retained placenta: evidence from a population based cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;216:12–17.

14.-Bartels HC, Rogers AC, O'Brien D, et al. Association of implementing a multidisciplinary team approach in the management of morbidly adherent placenta with maternal morbidity and mortality. *Obstet Gynecol* 2018;132:1167–76.

15.-Cal M, Ayres D, Jauniaux E. International survey of practices used in the diagnosis and management of placenta accreta spectrum disorders. *Int J Gynecol Obstet* 2018;140:307–11.

16.-Farquhar CM, Li Z, Lensen S, et al. Incidence, risk factors and perinatal outcomes for placenta accreta in Australia and New Zealand: a case–control study. *BMJ Open* 2017;7:e017713.

17.-BĂŢĂŢĂ AM, Al-Daradkah SA, Khader YS, Basha A, Sabet F, et al. Cesarean ^ĞcΘŽn incidence, causes, associated factors and outcomes: a

NÄŒŽnÄŸ WrŽ&ĐĞcŒIĞ study from Jordan. Gynecol Obstet Case Rep. 2017;3(3):5.

18.-Desai G, Anand A, Modi D, Shah S, Shah K, Shah A, et al. Rates, indications, and outcomes of caesarean section deliveries: a comparison of tribal and non-tribal women in Gujarat, India. PLoS One. 2017;12(12):e0189260.

19.-Faith A, et al. Indication and predictors for caesarean sections in Ghana and the birth outcomes. Euro J Obstetrics Gynecology Reprod Biology. 2019;234:e1–e131.

20.-García J, Reding A, López J. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. Investigación en educación médica 2013; 2(8): 217-224.

21.-Di M. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Revista Colombiana de Bioética 2015; 6(1): 125-145.

22.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2011.

12. ANEXOS

ANEXO N° 01:

Cesárea iterativa como factor de riesgo para acretismo placentario en gestantes del Hospital Belén de Trujillo.

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

1.1 Número de historia clínica: _____

1.2. Edad: _____ años

1.3 Procedencia: _____

1.4. Multiparidad: _____

1.5. Obesidad: _____

II: Variable dependiente:

Acretismo placentario: Si () No ()

II. Variable independiente:

Cesárea iterativa: Si () No ()