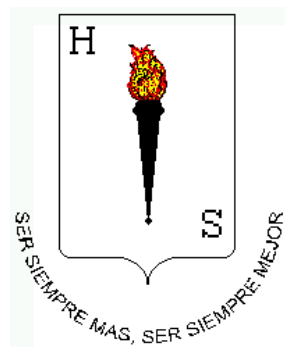


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA  
DE LA SALUD.

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MÉXICO.

CLAVE: 8722



TESIS

“PLACENTA PREVIA”

PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:

MARÍA DE JESUS AVILA MANZO.

MORELIA, MICHOACÁN.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **DEDICATORIA**

### **A MIS PADRES JORGE Y SOFIA**

Al final de esta etapa de mi vida no encuentro forma de agradecer todo lo que han hecho por mí. Gracias por darme la vida, por enseñarme a amar a Dios, por su apoyo incondicional, por sus regaños, por sus sí y sus no, por enseñarme a luchar con razón, por su ejemplo, amor y confianza. A ustedes que fueron testigos del camino andado para llegar hasta aquí, y porque sé que mi sueño era el suyo también, sepan que su unión fue la fuerza que me impulsó y su amor el estímulo que me ayudo a lograrlo. El logro hoy alcanzado es también de ustedes, resultado de sus esfuerzos, sacrificios y el tiempo invertido en mí por lo que ha sido y será. . . gracias.

### **A MI HERMANO JORGE.**

Por tu apoyo moral y económico, por estar siempre pendiente de mí, por su compañía y por sus consejos.

### **A MI HERMANO ALEX Y A LILIANA.**

Por hacerme compañía durante este tiempo que estuve estudiando la licenciatura, por su paciencia y tolerancia.

### **A MI TIO ADRIAN.**

Por su apoyo moral y porque siempre ha estado cuando lo necesito.

A toda mi familia le doy mis más sinceras gracias...

## **AGRADECIMIENTO.**

A LA ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.

Institución que me dio la oportunidad de realizar la carrera de licenciatura en enfermería y obstetricia.

A MIS MAESTROS.

A todos los que me brindaron sus conocimientos durante cuatro años en todo mi proceso de formación educativa, por su apoyo y confianza.

Gracias. . .

## INTRODUCCION.

La placenta previa es una de las principales causas de muerte durante en el segundo y tercer trimestre del embarazo, por este motivo en la siguiente investigación se identificaron las principales causas que originan esta patología. Tales causas en su mayoría pueden ser prevenibles. Se mencionan varias teorías que se relacionan con este padecimiento.

En la actualidad se conoce poco sobre esta enfermedad debido a que no es muy común que se presente.

La presente indagación se realizó sustentada en el positivismo que es una corriente filosófica que afirma que el único conocimiento auténtico es el conocimiento científico, y tal conocimiento solamente puede surgir de la afirmación positiva de las teorías a través del método científico.

Se utilizan los métodos deductivo, inductivo, analítico y sintético. Se realizó la recolección de información la cual más adelante se grafico y se hizo una interpretación de los datos obtenidos.

Al final se muestran una serie de conclusiones y sugerencias con las que se pretende que la población modifique su estilo de vida, aprenda el autocuidado y asista al médico en cuanto lo requiera y no deje que se le complique el cuadro clínico.

También se habla de las enfermeras las cuales sirvieron de unidad de análisis secundaria y que juegan un papel muy importante frente a la población.

## INDICE GENERAL.

### PRELIMINARES.

Página.

Portada -----	i
Portadilla -----	ii
Dedicatoria -----	iii
Agradecimiento -----	iv
Introducción -----	v
Índice General -----	vi

### CAPITULO I

1.1.- Introducción -----	2
1.2.- Antecedentes -----	3
1.3.- Objetivos de la investigación -----	4
1.3.1.- Objetivo general -----	4
1.3.2.- Objetivos particulares -----	5
1.4.- Planteamiento del problema -----	5
1.4.1.- Pregunta de investigación -----	5
1.5.- Hipótesis -----	6
1.5.1.- Variables -----	6
1.5.2.- Operacionalización de las variables -----	7
1.6.- Justificación -----	7
1.7.- Viabilidad del estudio -----	8
1.8.- Limitaciones del estudio -----	9

## **CAPITULO II**

2.1.- Anatomía de la placenta -----	11
2.2.- Circulación materno fetal -----	13
2.3.- Patología de la placenta -----	13
2.3.1.- Definición -----	14
2.3.2.- Epidemiología -----	14
2.3.3.-Etiología -----	15
2.3.4.- Clasificación -----	16
2.3.5.- Signos y síntomas -----	17
2.3.6.- Diagnóstico -----	18
2.3.6.1.- Clínico -----	18
2.3.6.2.- Ultrasonografía -----	19
2.3.7.- Pronostico -----	19
2.3.8.- Tratamiento -----	20
2.3.9.- Complicaciones de la placenta previa -----	23
2.3.10.- Proceso de constitución del marco teórico -----	24

## **CAPITULO III**

3.1.- Paradigma de investigación -----	26
3.2.- Método utilizado -----	27
3.3.- Universo -----	28
3.4.- Sujetos de investigación -----	28
3.4.1.- Selección de la muestra -----	29
3.5.- Instrumentos -----	30
3.6.- Procedimiento -----	31

## **CAPITULO IV**

4.1.- Interpretación de la unidad de análisis primaria -----	37
4.2.- Interpretación de la unidad de análisis secundaria -----	61

## **CAPITULO V**

5.1.- Conclusiones generales -----	63
5.2.- Sugerencias y propuestas -----	64
5.3.- Líneas de investigación -----	65

## **ANEXOS**

6.1.- Anexos A -----	67
6.2.- Anexo B -----	70
6.3.- Anexo C -----	71
6.4.- Anexo D -----	72
6.5.- Bibliografía citada -----	73
6.6.- Bibliografía consultada -----	74
6.7.- Referencias de internet -----	77



# CAPÍTULO I

## **1.1.- INTRODUCCIÓN.**

La placenta previa es una de las principales causas de muerte durante en el segundo y tercer trimestre del embarazo, por este motivo en la siguiente investigación se identificaron las principales causas que originan esta patología. Tales causas en su mayoría pueden ser prevenibles. Se mencionan varias teorías que se relacionan con este padecimiento.

En la actualidad se conoce poco sobre esta enfermedad debido a que no es muy común que se presente.

La presente indagación se realizó sustentada en el positivismo que es una corriente filosófica que afirma que el único conocimiento auténtico es el conocimiento científico, y tal conocimiento solamente puede surgir de la afirmación positiva de las teorías a través del método científico.

Se utilizan los métodos deductivo, inductivo, analítico y sintético. Se realizó la recolección de información la cual más adelante se grafico y se hizo una interpretación de los datos obtenidos.

Al final se muestran una serie de conclusiones y sugerencias con las que se pretende que la población modifique su estilo de vida, aprenda el autocuidado y asista al médico en cuanto lo requiera y no deje que se le complique el cuadro clínico.

También se habla de las enfermeras las cuales sirvieron de unidad de análisis secundaria y que juegan un papel muy importante frente a la población.

## 1.2.- ANTECEDENTES.

La placenta previa se presenta como una hemorragia silenciosa, por lo regular entre el segundo y tercer trimestre del embarazo o más tardíamente en ocasiones en el mismo momento del parto, aún en reposo absoluto o con los movimientos.

En la antigüedad algunas mujeres embarazadas experimentaban la sensación de líquido caliente a lo largo de los músculos y pensaban que era una emisión involuntaria de orina; pero al ver se daban cuenta de que no lo era, al apreciar el color del líquido.

Regularmente la primera hemorragia es de poca consideración y cede espontáneamente con el reposo por lo que la mujer embarazada pensaba que no era de importancia, entre una y otra pérdida sanguínea transcurrían varios días, hasta semanas, por lo que la futura madre podría llegar a presentar una anemia aguda y a desencadenar el trabajo de parto con el nacimiento del feto pretérmino o prematuro en la mayoría de las veces, como antes no se contaba con los conocimientos, aparatos y condiciones necesarias para el cuidado al recién nacido y a la madre estos morían, poco a poco con el descubrimiento de los rayos X se pudieron establecer formas de diagnóstico para reducir el número de muertes maternas y fetales.

En las dos pasadas décadas el pronóstico materno se supeditaba a la cantidad de sangre pérdida y al número de veces que haya sucedido; y el feto casi siempre moría por anoxia o hipoxia, debido a la separación de la placenta.

No obstante los recursos actuales han permitido hacer más favorable el pronóstico materno, pues las enfermas son internadas en hospitales para ser tratadas con transfusiones sanguíneas,

plasma, suero, etc., y cuando se hace necesaria la intervención quirúrgica se realiza de inmediato, al igual que la madre el feto puede sobrevivir ya que se cuenta con los aparatos y fármacos que le pueden ofrecer una esperanza de vida.

En la Habana Cuba precozmente a las 9 semanas, diagnostican la localización anómala de la placenta, permitiendo así un seguimiento adecuado y un terreno profiláctico de complicaciones y encontró que alrededor del 6,2 % de las pacientes en su primer trimestre tenían una placenta previa sin sintomatología.

El tema de la placenta previa es importante porque representa una de las causas más importantes de hemorragias en el tercer trimestre del embarazo, fue elegido porque es una patología que se escucha raramente en el ambiente hospitalario pero se conoce muy poco acerca de ella, por lo que se pretende que la población en edad reproductiva y el personal de salud conozcan mas afondo acerca de esta enfermedad con la finalidad de prevenirla y conocer los signos de alarma que manifiesta esta enfermedad.

### **1.3.- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.**

#### **1.3.1.- OBJETIVO GENERAL.**

Identificar las causas de la placenta previa con la finalidad de que se puedan prevenir algunas de ellas.

### **1.3.2.- OBJETIVOS PARTICULARES.**

Conocer y ordenar la información obtenida acerca de la placenta previa.

Determinar cuáles causas se pueden prevenir.

### **1.4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Para situar el tema de investigación es importante primero que nada realizar un planteamiento del problema el cual junto con sus elementos son muy importantes porque proveen las directrices y los componentes fundamentales de la investigación; además resultan claves para entender los resultados.

Por esto en esta investigación se plantea el siguiente problema:

¿En la placenta previa en mujeres de 25 a 35 años una causa determina la muerte del binomio materno fetal, en el hospital de nuestra señora de la salud?

Es importante conocer las principales causas que ocasionan la placenta previa y los grupos de edad vulnerables con la finalidad de poder prevenir una muerte materna o fetal.

#### **1.4.1.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿En la placenta previa en mujeres de 25 a 35 años una causa determina la muerte del binomio materno fetal, en el hospital de nuestra señora de la salud?

## 1.5.- HIPOTESIS.

Hipótesis:

Hipótesis 1.- La placenta previa puede ocasionar la muerte del feto.

Hipótesis 2.- La placenta previa puede ocasionar la muerte de la madre.

### 1.5.1.- VARIABLES.

Las variables sirven para relacionar los elementos de una investigación y las variables que se van a utilizar en este estudio son:

Tabla No. 1 Variables e indicadores.

<b>La placenta previa.</b> <b>X</b>	<b>Muerte del binomio madre e hijo.</b> <b>Y</b>
X <sub>1</sub> Antecedentes de cesárea por lo que hace a la paciente susceptible.	Y <sub>1</sub> Mal manejo del quirófano y técnicas quirúrgicas.
X <sub>2</sub> Parto pretérmino.	Y <sub>2</sub> Desprendimiento de placenta.
X <sub>3</sub> Tendencia a padecer la enfermedad.	Y <sub>3</sub> Legrados previos.

### **1.5.2.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.**

La variable  $X_1$  propone que el abuso en la utilización de la operación cesárea en casos en que no es muy necesaria predispone a la paciente a en un futuro a padecer la inserción baja de placenta o placenta previa, por lo que se le relaciono con el mal manejo de las técnicas quirúrgicas  $Y_1$ .

Cuando se presenta la inserción baja de placenta se puede inducir un desprendimiento de placenta  $Y_2$  lo cual traería como consecuencia el desencadenamiento del trabajo de parto provocando un parto pretérmino  $X_2$ , que si no es atendido a tiempo puede provocar la muerte del feto o de la madre.

$X_3$  la tendencia a padecer la placenta previa en mujeres que han sido sometidos a legrados  $Y_3$  en varias ocasiones es muy alta ya que la capa del endometrio está muy dañada por lo que la placenta tiende a buscar un lugar adecuado para su nutrición.

Lo antes descrito se va a sustentar con la anatomía y fisiología de la placenta; y los factores macro, matro y microambientales en que se ve afectada la mujer embarazada (contaminación ambiental, tabaquismo, edad nutrición, anormalidades en el útero, etc.).

## **1.6.- JUSTIFICACIÓN.**

El tema de la placenta previa representa una de las causas más importantes de hemorragias en el tercer trimestre del embarazo, fue elegido porque es una patología que se escucha en el ambiente hospitalario pero se conoce muy poco acerca de ella, por lo que se pretende que la población en edad reproductiva y el personal de salud conozcan más a fondo acerca de esta enfermedad con la finalidad de prevenirla y conocer los signos y síntomas de alarma que manifiesta esta enfermedad.

En la actualidad la educación para la salud forma parte esencial en el quehacer diario pues es necesario que la enfermera enseñe a las personas a autocuidarse, la placenta previa es una de las principales causas de muerte en la mujer embarazada por este motivo es forzoso que se tengan conocimientos acerca de esta patología.

Es preciso conocer nuestro cuerpo cual es su anatomía y fisiología para después poder distinguir entre lo que es normal y lo que no.

En nuestro país todavía existe mucha ignorancia, las mujeres no quieren acudir al médico ginecólogo por pena o porque su pareja no las deja ir, por este motivo es necesario realizar una investigación que arroje una serie de datos que nos permitan conocer que tanto es lo que sabe la población acerca de esta enfermedad y que tan frecuente es padecerla.

Es importante que el personal de salud conozca acerca de la placenta previa para poder identificar a una paciente que está cursando con esta enfermedad para poder orientarla y



brindarle los cuidados necesarios para lograr que la paciente lleve a término su embarazo procurando el bienestar de la madre y del producto de la gestación.

### **1.7.- VIABILIDAD DEL ESTUDIO.**

Se realizó un estudio utilizando el método cuantitativo. Este método, esta cada vez más sofisticado e informatizado, sigue jugando un papel importante en la sociología. La cuantitativa engloba la recopilación de gran volumen de datos estadísticos descriptivos y la utilización de técnicas de muestreo, modelos matemáticos avanzados y simulaciones informáticas de procesos sociales.

El análisis cuantitativo es cada vez más utilizado como medio de investigación de las posibles relaciones causales. Se analizaron además diversas literaturas de los cuales se obtuvo información respecto a los antecedentes los cuales se abordaron de la general a lo particular, se elaboraron instrumentos los cuales ayudaron a recolectar datos.

### **1.8.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.**

Recursos materiales: los libros ya que no existen muchos al alcance y la bibliografía que se encontró es poco actual, por lo que se tuvo que acudir a otras bibliotecas en las cuales se dificulto un poco el acceso por no pertenecer a dicha institución, el uso de las computadoras también fue difícil para capturar la información ya que aunque la escuela cuenta con ellas a veces se negaba su uso.

Recursos financieros: se estima gastar alrededor de \$1100.00 y se considera una limitación porque los gastos van a ser cubiertos por la investigadora.

La investigación se realizó en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, en un tiempo de 3 meses los cuales fueron Marzo, Abril y Mayo, fue realizada a mujeres de 25 a 35 años que acuden al servicio de consulta externa del hospital antes mencionado.

## CAPÍTULO II

## 2.1.- ANATOMÍA DE LA PLACENTA.

La placenta es una palabra derivada del latín que significa:

Placentae = pastel redondo.

Es un órgano vital de suma importancia en el embarazo ya que cumple funciones de todo tipo endocrinas, inmunológicas, digestivas, metabólicas y respiratorias.

Su formación se inicia en la segunda semana de **fecundación** después de la implantación del blastocisto en la decidua en donde comienza a emitir ramificaciones que llegan hasta la capa basal donde detiene su crecimiento.

La placenta se encuentra perfectamente bien delimitada a partir del tercer mes y va creciendo.

El trofoblasto (placenta) es invasora para buscar el sustento alimenticio pero al llegar a la capa basal detiene su crecimiento o invasión por que se encuentran con una capa de células llamadas de Nitabuch que impiden que la placenta siga invadiendo.

La placenta está formada por lóbulos o cotiledones. En total de 16 a 18 cotiledones y tiene 2 caras la cara materna que esta adherida con la capa basal del endometrio y la cara fetal que es la que está en contacto con el bebe y está formada por las membranas amnióticas, el tamaño de la placenta siempre será menor al tamaño del bebe y hacia la semana 14 alcanza su desarrollo definitivo de ahí en adelante solo sufre cambios en sus vellosidades, al final del embarazo pesa entre 600 y 800 gr.

El corazón del bebe comienza a latir al final de la quinta semana por lo que puede decirse que en ese momento se inicia la circulación materno fetal.

Al principio del embarazo la placenta se divide en 2 partes que son el Citotrofoblasto y el Sincitiotrofoblasto.

a) Citotrofoblasto. Es el encargado de la producción de la hormona gonadotropina coriónica (HGC), que es propia del embarazo.

b) Sincitiotrofoblasto. Funciona de 4 a 6 semanas después del Citotrofoblasto que es el encargado de producir las hormonas del embarazo.

A la placenta le corresponde de 25 a 30 % de la superficie interna del útero. En el primer trimestre ocupa hasta 80% de la cavidad endometrial, por lo que en el estudio con el ultrasonido se describe un gran número de placentas bajas cercanas al orificio interno, asunto que se modifica a medida que avanza el embarazo. Este fenómeno se denomina migración placentaria y ocurre al integrarse el segmento inferior del útero.

Al término del embarazo, la placenta, que tiene forma de disco, mide 20cm de diámetro y 3cm de espesor. Su peso aproximado es de 500gr.

La placenta y la decidua se encuentran separadas por una capa de células llamadas de Nitabuch.

## **2.2.- CIRCULACIÓN MATERNO FETAL.**

Desde la placenta la sangre oxigenada entra por la vena umbilical de ahí pasa a la vena cava inferior del bebe después al corazón luego a la aurícula derecha y de ahí pasa por un tabaque interventricular que se llama agujero oval y la mayor parte de la sangre pasa a la aurícula izquierda de ahí a la aorta y luego a la circulación general.

El feto esta adaptado para soportar esta hipoxia relativa, existe una corriente interna más pequeña que pasa de la vena cava superior a la aurícula derecha y al ventrículo derecho y de ahí pasa a la arteria pulmonar y después pasa a la arteria aorta por medio de un conducto llamado arterioso esto para evitar que la sangre pase a los pulmones fetales.

Las arterias umbilicales conducen sangre venosa del feto hacia la mama para purificarla y oxigenarla, estas arterias nacen de las arterias iliacas del feto y pasan a través de la pared abdominal y salen por el ombligo formando una espiral alrededor de la vena umbilical. El flujo sanguíneo uterino es de 500ml por minuto es decir llega medio litro de sangre al útero gestante por minuto.

## **2.3.- PATOLOGÍA DE LA PLACENTA.**

Una de las principales patologías que atacan a la placenta es la placenta previa

### **2.3.1.- DEFINICIÓN.**

Cuando la implantación de placenta acontece por encima o muy cerca del orificio cervical interno se le denomina Placenta previa, y consiste en que el huevo se anidó en las porciones más bajas de la pared uterina y la placenta queda implantada en las proximidades o al nivel del orificio interno del cuello, la inserción baja de la placenta ocurre desde que el huevo se anido.

También se le llama inserción baja de la placenta.

### **2.3.2.- EPIDEMIOLOGÍA.**

La placenta previa ocurre en cerca de uno de 200 nacimientos. Es mucho más común en mujeres multíparas; se presenta sólo en una de 1500 nulíparas y hasta en una de 20 grandes multíparas. Al parecer, en Estados Unidos está disminuyendo la incidencia, tal vez como resultado de una declinación del número de mujeres de alta paridad y un aumento de la cifra de primigrávidas. Esto se relaciona más probablemente con los medios de anticoncepción disponibles.

En México aumenta la frecuencia a padecer esta patología ya que la mayoría de la población no tiene un método de anticoncepción por lo que aumenta el número de embarazos y el riesgo a presentar esta patología.

### **2.3.3.- ETIOLOGÍA.**

- Existen teorías que mencionan a la deficiente circulación en la decidua como un posible factor.

- En 1992 Zhang reportó hasta un 6.7 por 1000 nacidos vivos la prevalencia en mujeres fumadoras embarazadas, atribuyendo esta asociación al tabaquismo de la madre.
- La multiparidad, con embarazos repetidos y poco espaciados.
- Cirugías uterinas previas entre las que destaca el antecedente de cesárea previa.
- Legrados uterinos repetidos.
- Procesos infecciosos a nivel de endometrio, lo cual favorecerá la implantación de la placenta en una forma anormal.
- La tardía implantación del huevo: Normalmente se implanta al 7mo día (21vo. Día del ciclo), se puede deber a muchos factores como: mayor actividad de la trompa, factores ovulares donde no haya la capacidad de implantarse el día 7.
- La Dra. Gómez García Cano (1993) advierte que "las causas más frecuentes incluyen falta de motilidad (movimiento) en las trompas de Falopio debido a que ocasiona que el óvulo fertilizado llegue más tarde hacia el útero; asimismo, hay alteraciones hormonales que inducen al tejido placentario a implantarse hacia abajo, o bien esto ocurre cuando el producto estuvo en riesgo de ser abortado, pero finalmente se salvó y se acomodó en la parte baja del útero.
- Ejercicio de la paciente durante la implantación.
- Traumatismos.
- La teoría más acertada es que el blastocisto busca un sitio de mayor irrigación para nutrirse adecuadamente.



En la inserción baja de la placenta, la arquitectura placentaria es exactamente igual que en el huevo normal; lo único que cambia es el sitio de su inserción.

#### **2.3.4.- CLASIFICACIÓN.**

La inserción normal de la placenta en la mayoría de los embarazos ocurre en el fondo uterino es decir en la región fundica o de la mitad del útero hacia arriba. Si la placenta no se inserta en ese lugar o se inserta en la mitad baja del útero se le llama placenta previa y se clasifica en tres variedades:

1. **Placenta previa marginal.-** se inserta cerca del orificio cervical interno pero no lo obstruye.
2. **Placenta previa parcial.-** La placenta se inserta en la parte baja del útero y obstruye parcialmente el orificio cervical interno.
3. **Placenta previa total.-** La placenta cubre totalmente el orificio cervical interno.

#### **2.3.5.- SIGNOS Y SINTOMAS.**

\*Sangrado transvaginal con sangre fresca roja clara con coágulos sin dolor que ocurre con frecuencia cerca del final del segundo trimestre o al comienzo del tercer trimestre. Se debe sospechar que hay placenta previa cuando hay sangrado después de la semana 24 del embarazo. Este sangrado puede iniciarse lentamente y puede incrementarse conforme se aumenta el área de separación de la placenta del útero.

Es posible que el sangrado se detenga por sí solo pero que comience de nuevo en unos días o unas semanas.

\* Al tocar el abdomen está relajado.

\*Al tacto vaginal se encuentra lo que se llama el signo del “colchón placentario”, cuando hay placenta previa se nota que entre los dedos del explorador y la cabeza del bebe se interpone una capa carnosa que impide tocar la cabeza. Este signo no es de gran valor diagnóstico.

\*No hay dolor abdominal ni sensibilidad asociados con el sangrado.

\*Alrededor de un 7 a 30% de las mujeres con placenta previa no experimentan el síntoma de sangrado transvaginal antes del parto. En ocasiones, la condición permanece oculta hasta el momento del parto en donde el médico ginecólogo se da cuenta que esta ante una placenta previa.

\*En muy pocas ocasiones existe sufrimiento fetal.

### **2.3.6.- DIAGNOSTICO.**

#### **2.3.6.1.- CLINICO.**

En base a la historia clínica si no hay sangrado transvaginal ya que generalmente no hay otros signos ni síntomas si al caso una leve molestia en el hipogastrio pero no es específico.

El síntoma capital es la hemorragia, la cual tiene sus propias características patognomónicas: sangre fresca clara si coagula, indolora, se dice que generalmente es nocturna, es intermitente con periodos de calma sin ningún tratamiento.

Se debe valorar a la paciente con rapidez para buscar manifestaciones de choque hipovolémico (Deshidratación, taquicardia, hipotensión arterial, oliguria, taquipnea, diaforesis, palidez, confusión mental, etc.).

Si su estado es estable, también debe realizarse un examen físico completo, con excepción de una exploración vaginal ya que se puede provocar un sangrado mayor.

En la inspección de las extremidades inferiores y el perineo a veces se encuentran residuos de sangre.

En el examen del abdomen, el útero esta casi blando, con tono normal e insensible. Debe valorarse con rapidez el estado del feto mediante vigilancia continua de la frecuencia cardiaca fetal, no hay por lo general sufrimiento ni muerte fetal cuando no existe un choque hemorrágico materno.

Cuando si existe un choque hemorrágico materno severo la vida del bebe esta en peligro inminente.

#### 2.3.6.2.- USG (Ultrasonografía).

Nos da el diagnostico definitivo, es más efectivo después de la semana 32, porque se produce una migración placentaria, porque la parte que más crece en un útero gestante es el segmento, entonces si se produce una implantación baja cerca del orificio cervical interno, el útero va ha cambiar su forma y su dimensión, no es que la placenta migre. (Mondragón C. Héctor y Mondragón A. Héctor, 2006)

### **2.3.7.- PRONOSTICO.**

Para la madre, la morbimortalidad tiende a disminuir en la actualidad debido a un mejor control prenatal, diagnóstico oportuno tratamiento adecuado. La mortalidad que con más frecuencia se reporta es de 1.5 % de pacientes con placenta previa. En el feto la morbimortalidad aumenta o tiene relación directa con la edad gestacional en la que se interrumpe el embarazo; los productos sufren y mueren de asfixia como consecuencia de la hemorragia, ya que se considera que el 10% aproximadamente de la sangre que se pierde por vía transvaginal es de origen fetal, lo cual produce anemia e hipoxia en el bebe.

También el pronóstico depende de las decisiones terapéuticas que se tomen en cuanto a la edad gestacional del feto, el volumen de la hemorragia y el estado de salud de la madre y del feto.

### **2.3.8.- TRATAMIENTO.**

Una vez que se confirma el diagnóstico de placenta previa mediante el examen físico y el ultrasonido, se deben tener en cuenta una serie de parámetros como:

- ❖ La presencia o no de trabajo de parto.
- ❖ La edad gestacional.
- ❖ La magnitud del sangrado.
- ❖ El tipo de inserción de la placenta.
- ❖ Condiciones cervicales y del feto.

Nuestra primera prioridad es estabilizar a la madre.

- LA PRESENCIA O NO DEL TRABAJO DE PARTO Y LA EDAD GESTACIONAL.

**Gestante estable y con 37 semanas de gestación:** con placenta previa total y/o mala presentación fetal se deberá realizar una cesárea. En algunos casos se realiza una incisión transversa alta, en otras ocasiones se recomienda una incisión vertical con la finalidad de evitar atravesar el lecho placentario.

En casos de placenta previa parcial o marginal se puede intentar un parto siempre y cuando se tenga a mano todos los elementos o medios para realizar una cesárea de urgencia si se requiere (paciente acondicionada para cirugía y la anestesia disponible).

**Gestante estable con feto inmaduro estable:** si el sangrado no es activo deberá hacer una observación muy cercana: control del sangrado, hemograma cada 48 horas, factores coagulación, inducir madurez pulmonar fetal con Betametasona 12 mg intramuscular dosis única y se puede repetir a la semana en caso de gestación de menos de 34 semanas, evitar tactos vaginales. En caso necesario el uso de tocolítico el sulfato de magnesio (4g. de carga y luego 2 g/hora).

La hospitalización prolongada sería ideal, pero habitualmente será dada de alta una vez que no existe sangrado, haciéndole conocer a la paciente y familiares del riesgo de una placenta previa y estar preparado para transportarla inmediatamente al hospital en caso de sangrado.

En el caso de una gestante que viva muy lejos del hospital es mejor mantenerla ingresada para que se encuentre en observación y en caso de una urgencia pueda ser atendida de inmediato.

- MAGNITUD DEL SANGRADO.

- 

**Sin hemorragia.** Si la placenta es marginal o parcial se puede intentar el parto vaginal, ya que la vida del bebe y de la madre no están en peligro inminente.

**Con hemorragia grave.** Se procede a terminar la gestación sin importar edad gestacional, mediante una operación cesárea.

- EL TIPO DE INSERCIÓN DE LA PLACENTA.

**Placenta previa marginal.**

- Reposo.
- Observación.
- Es probable un parto vaginal.

**Placenta previa parcial.**

- Reposo.
- Observación.
- A la hora del parto si no obstruye por completo y no hay sangrado transvaginal se puede atender un parto vaginal, pero si no es posible esto debe elegirse por la cesárea.

### **Placenta previa total.**

- Debe realizarse cesárea corporal o clásica.

### **2.3.9.- COMPLICACIONES DE LA PLACENTA PREVIA.**

#### ∞ Hemorragia.

Es la salida de **sangre** fuera de su normal continente que es el **sistema cardiovascular**. Es una situación que provoca una pérdida de sangre, la cual, es en este caso a través de la vagina.

#### ∞ Shock hipovolémico.

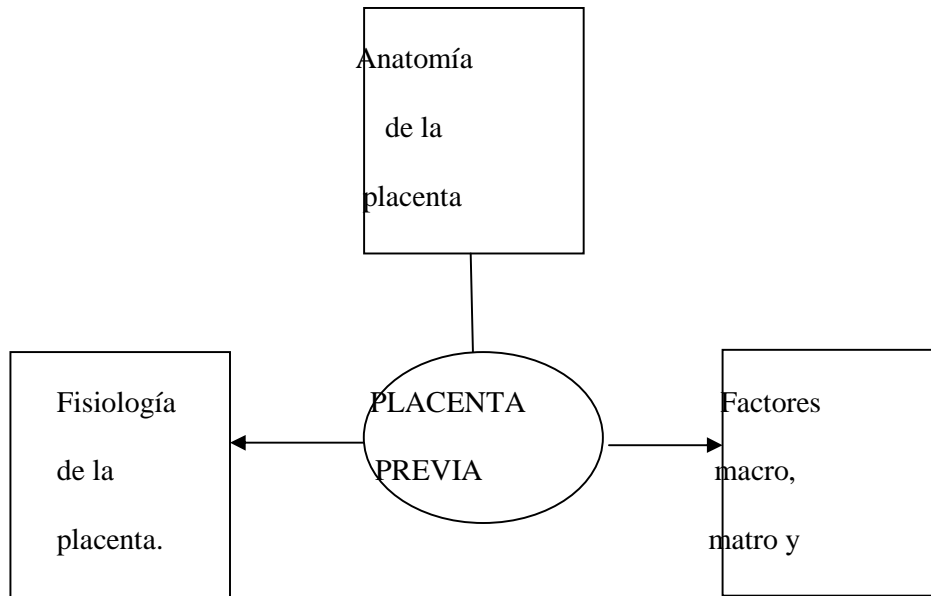
Es un **síndrome** complejo que se desarrolla cuando el volumen sanguíneo circulante baja a tal punto que el corazón se vuelve incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo.<sup>1</sup>

Es un estado clínico de en el cual la cantidad de **sangre** que llega a las **células** es insuficiente para que estas puedan realizar sus funciones. Este tipo de shock puede hacer que muchos órganos dejen de funcionar.

#### ∞ Sufrimiento fetal.

Es una situación clínica que se presenta en el feto que indica hipoxia y que significa que el bebe se encuentra en peligro inminente.

### 2.3.10.- PROCESO DE CONSTITUCIÓN DEL MARCO TEÓRICO.





## CAPÍTULO III

### 3.1.- PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación se realizó sustentada en el positivismo que es una corriente filosófica que afirma que el único conocimiento auténtico es el conocimiento científico, y que tal conocimiento solamente puede surgir de la afirmación positiva de las teorías a través del método científico. El positivismo deriva de epistemología que surge en Francia a inicios del siglo XIX de la mano del pensador francés Auguste Comte (1798- 1857), y dice que todas las actividades científicas deben efectuarse únicamente en el marco del análisis de los hechos reales verificados por la experiencia.

El positivismo prima fundamentalmente las pruebas documentales.

Respecto al tema de placenta previa, se desarrollo con la utilización del enfoque cuantitativo.

Ya que se empleo la recolección y análisis de los datos encontrados los cuales ayudaron a probar las hipótesis propuestas:

Este enfoque se realizó de la siguiente manera.

- ∞ Se planteo un problema de estudio delimitado y concreto.
- ∞ Se formulo una pregunta de investigación.
- ∞ Se crearon dos hipótesis de acuerdo a lo que se planteo.
- ∞ Una vez planteado el problema de estudio, se procedió a realizar una revisión de lo que se ha investigado anteriormente, es decir se hace una revisión de la literatura.
  
- ∞ En base a esta revisión se construye un marco teórico.

- ∞ Posteriormente se procedió a realizar la recolección de datos, utilizando la estadística la cual ayudo a la evaluación de la investigación para fomentar y analizar algunas posibles soluciones al problema de estudio planteado en la investigación.

### **3.2.- MÉTODO UTILIZADO.**

El primer método que intervino en esta investigación fue el deductivo, el cual se ocupo de la información respecto a los antecedentes ya que se abordaron de una manera que fue de lo general a lo particular, el método inductivo se llevó a cabo en lo que respecta a la metodología, la cual se refiere a la elaboración de los instrumentos ya que se partió de cuestionarios para que la muestra contestara educadamente, así mismo se utilizó el método analítico en lo que corresponde a las unidades de análisis de una manera concreta en tiempos y lugar, al igual que se analizaron las estadísticas, los sujetos de estudio y los resultados de los instrumentos previamente elaborados para con esto poder comprobar las hipótesis planteadas anteriormente, se utilizó también el método sintético ya que se fue sintetizando la información encontrada de una manera adecuada en cada una de las teorías relacionadas con la investigación.

Dichas teorías brindaron información precisa con la cual se pretende comprobar las hipótesis propuestas, con este método se seleccionó solamente la materia necesaria para la sustentación del marco teórico.

### **3.3.- UNIVERSO.**

Una vez que se tienen definidas las unidades de análisis primaria y secundaria, se procedió a seleccionar el universo el cual estuvo formado por 400 mujeres de 25 a 35 años que acudieron al servicio de consulta externa en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, el nivel socioeconómico de las pacientes que acuden a dicho hospital se encuentra en medio y bajo, ya que aunque es un hospital de asistencia privada hay mucha consulta de personas de escasos recursos económicos, se eligió este hospital por que es el que se encuentra al alcance, lo que facilita la investigación y el seguimiento de dichas pacientes seleccionadas para el universo.

La unidad de análisis secundaria se realizó con 10 enfermeras que laboran en el hospital antes mencionado, se seleccionaron de acuerdo a los diferentes servicios ya que toda enfermera debe tener noción y estar capacitada sobre las patologías para poder realizar intervenciones de enfermería y lograr una atención de calidad al paciente, que en este caso sería al binomio madre-hijo.

### **3.4.- SUJETOS DE INVESTIGACIÓN.**

Las principales unidades de análisis que se emplearon en esta investigación fueron:

La unidad de análisis primaria son las pacientes que acuden al servicio de consulta externa del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, con una edad de 25 a 35 años, que estén o que hayan estado embarazadas ya que son ellas las que pueden padecer la enfermedad de placenta previa y es necesario conocer que tan latentes están las causas de presentar dicha patología y si las personas están en condiciones de identificarlas.

La unidad de análisis secundaria fueron las enfermeras las cuales proporcionaron datos de sus conocimientos acerca de la placenta previa y con esta información se pudo realizar una evaluación de la capacidad teórica con la que cuenta el personal de enfermería del Hospital de Nuestra de la Salud para poder enfrentarse a una paciente que cursa con esta patología.

### **3.4.1.- SELECCIÓN DE LA MUESTRA.**

La muestra es pues un subgrupo del universo, la cual se selecciono, mediante una formula la cual es la siguiente:

Formula No. 1 Para determinar el tamaño de la muestra.

$$n = \frac{Z^2 p q N}{N e^2 + Z^2 p q}$$

Donde:

n= 28 personas

N= 400 personas

p= .5

q= .5

e= 15%

Z= 1.64

$$n = \frac{(1.64)^2 (.5) (.5) (400)}{(400) (.15)^2 + (1.64) (.5) (.5)}$$

$$n = \frac{268.96}{9.6724} = 27.8$$

Una vez realizada esta fórmula se obtuvo una muestra de 28 personas en números cerrados de la cual se saco el 20% para realizar la prueba piloto que fueron 6 personas, una vez aceptado el instrumento de investigación, se procedió a realizar el pilotaje con la muestra fina.

### **3.5.- INSTRUMENTOS.**

Se utilizaron como una herramienta que permitió darle un concepto científico a esta investigación y los cuales arrojaron resultados y datos importantes que permitieron aprobar las hipótesis propuestas en dicha investigación.

Sirvieron además para estar al tanto de las necesidades de salud de las que carece la población y también saber que tan vulnerable esta la muestra a padecer la enfermedad de la placenta previa y que tan capacitadas están las enfermeras para atender dicha patología.

Dichos instrumentos se aplicaron a las unidades de análisis antes mencionadas (pacientes y enfermeras) y fueron elaborados de acuerdo a cada variable utilizada en esta investigación. Se realizaron 4 preguntas por variable en la unidad de análisis primaria.

Los tipos de instrumento que se utilizaron fueron cuestionarios; se realizo un instrumento para cada una de las unidades de análisis.

El cuestionario es un instrumento escrito elaborado para ser resuelto sin intervención del investigador.

Favorece a la recolección de datos que faciliten el análisis de ellos y que permiten relatar el informe con mayor facilidad.

Para la unidad de análisis primaria se utilizaron 24 preguntas de opción múltiple, las cuales fueron elaboradas de acuerdo con las variables propuestas en la investigación en las cuales las opciones eran: a) Siempre, b) Casi siempre, c) Algunas veces, d) Rara vez y e) Nunca, en donde cada paciente subraya 1 de las 5 opciones. (Ver apéndice A).

En la unidad de análisis secundaria se realizaron 5 preguntas que abordaron sobre lo básico que se tiene que saber sobre la placenta previa con opción múltiple en las cuales se encontraba la respuesta correcta. (Ver apéndice B). Lo que permitió saber si la enfermera conoce algo sobre esta patología.

### **3.6.- PROCEDIMIENTO.**

Lo primero que se realizo fue seleccionar a las unidades de análisis una vez elegidas se identifico cual sería la primaria y cual la secundaria un vez establecido esto, a la unidad primaria se eligió cual sería el universo, cuando ya estaba establecido cual sería se realizo la formula de para determinar el tamaño de la muestra (ver lista de formulas), para la realización de dicha fórmula se utilizo:

Un 90% de nivel de confianza, una probabilidad positiva de .5, una probabilidad negativa de .5, un universo de 400 mujeres de 25 a 35 años utilizando un margen de error de 15%, el resultado fue una muestra de 28 personas con un piloteo del 20% o sea 6 personas para poder lograr un instrumento fino y una vez obtenido poder aplicarlo a la muestra fina para obtener los resultados.

Para seleccionar la muestra fina de 28 personas se utilizo el intervalo de frecuencia el cual ayudo para seleccionar a las 28 pacientes dentro del universo. (Ver apéndice C).

Con la siguiente fórmula:

Formula No. 2 Para el intervalo de frecuencia.

$$K = \frac{N}{n} = \frac{400}{28} = 14.2$$

Dentro del instrumento de seleccionaron opciones las cuales tenían un valor, que es el siguiente:

Tabla No. 2 Escala de valores para determinar la media aritmética.

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca.
10	9	8	7	6

Una vez aplicado el instrumento a la pequeña muestra de 6 pacientes se procedió a obtener la media la cual es entendida como el número promedio de una cantidad de datos con la formula siguiente:



Formula No. 3 Para determinar la media aritmética.

$$\bar{X} = \frac{\sum x^1 + x^2 + x^3 + x_n}{n}$$

Después de realizar esto se obtuvo el instrumento fino el cual se aplicó a la muestra real para el análisis de la unidad primaria.

Para la unidad de análisis secundaria se escogieron 10 enfermeras del turno matutino de los diferentes servicios del Hospital de Nuestra Señora de la Salud lo cual permitió medir el conocimiento de las enfermeras sobre el tema de placenta previa.

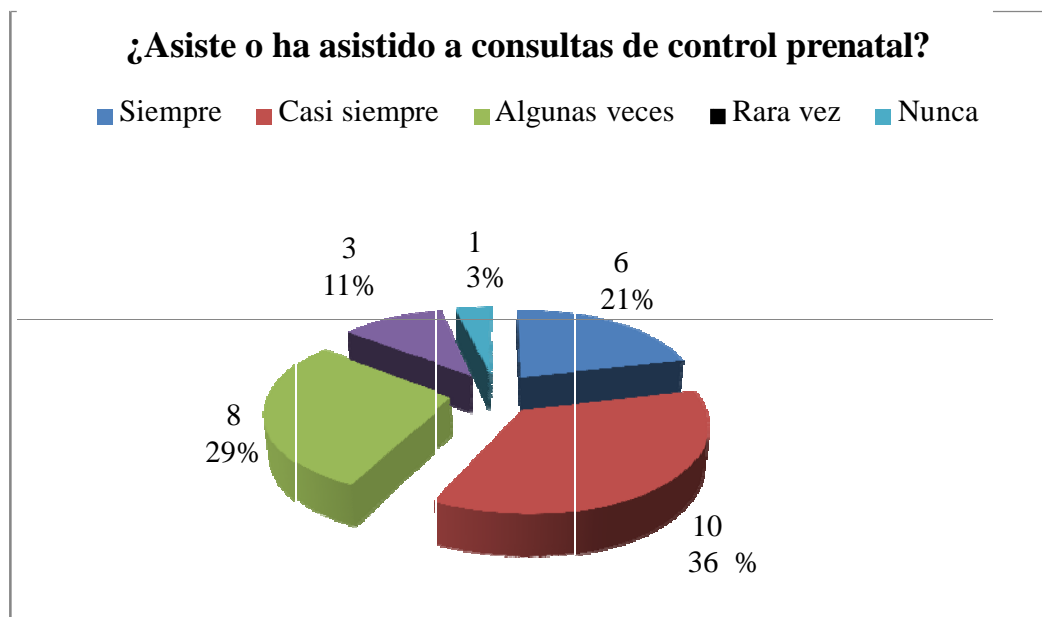
# CAPÍTULO IV

En el presente capítulo se encuentran una serie de figuras en las cuales están plasmados los resultados obtenidos de la recolección de información que se hizo a la muestra fina de 28 pacientes mujeres de 25 a 35 años de edad que acuden al servicio de consulta externa del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, así mismo en estas figuras se encuentra la pregunta de los cuestionarios, las opciones de respuesta, el número de personas que contestaron esa opción, los porcentajes, la descripción e interpretación de cada una de las figuras.

Dicho capítulo cuenta con 24 figuras de la unidad de análisis primaria y la interpretación de los resultados de la unidad de análisis secundaria que como ya se mencionó anteriormente se realizó a 10 enfermeras que trabajan en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud del turno matutino.

#### 4.1.- INTERPRETACIÓN DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS PRIMARIA.

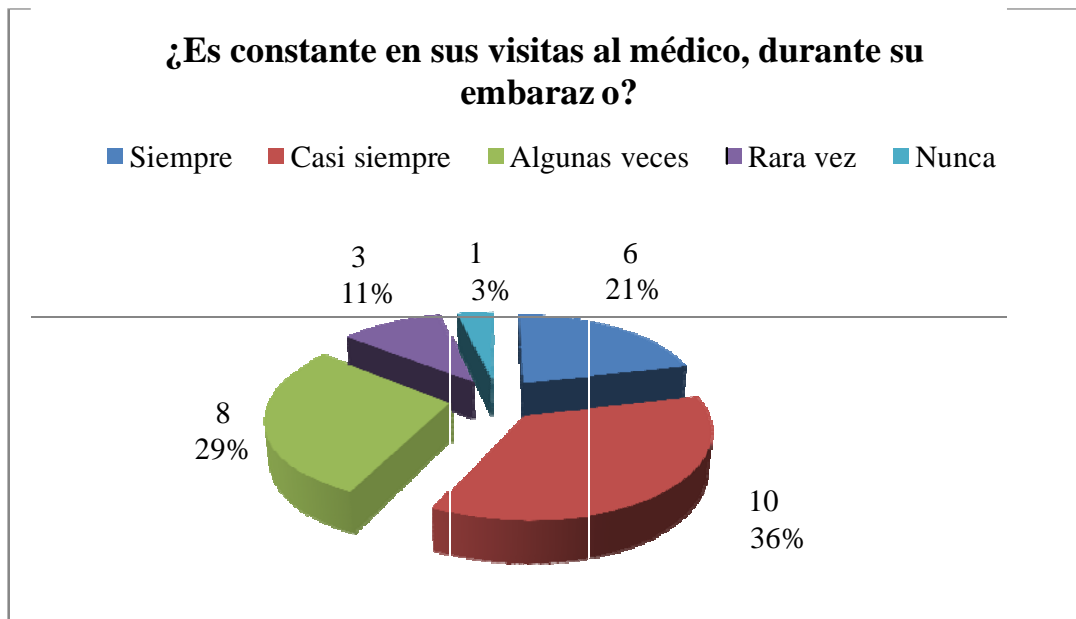
Figura No.1



El 36% casi siempre acude a consultas de control prenatal. El 29% algunas veces asiste a consultas de control prenatal. El 21% de la muestra siempre acude a consultas de control prenatal. El 11% rara vez va a consultas de control prenatal. El 3% nunca ha ido a consultas de control prenatal.

La mayoría de las pacientes casi siempre acuden a consultas de control prenatal, lo cual es una gran ventaja ya que el médico puede identificar alguna anomalía del embarazo, además indicará algunas vitaminas y minerales necesarias para el buen desarrollo del bebé.

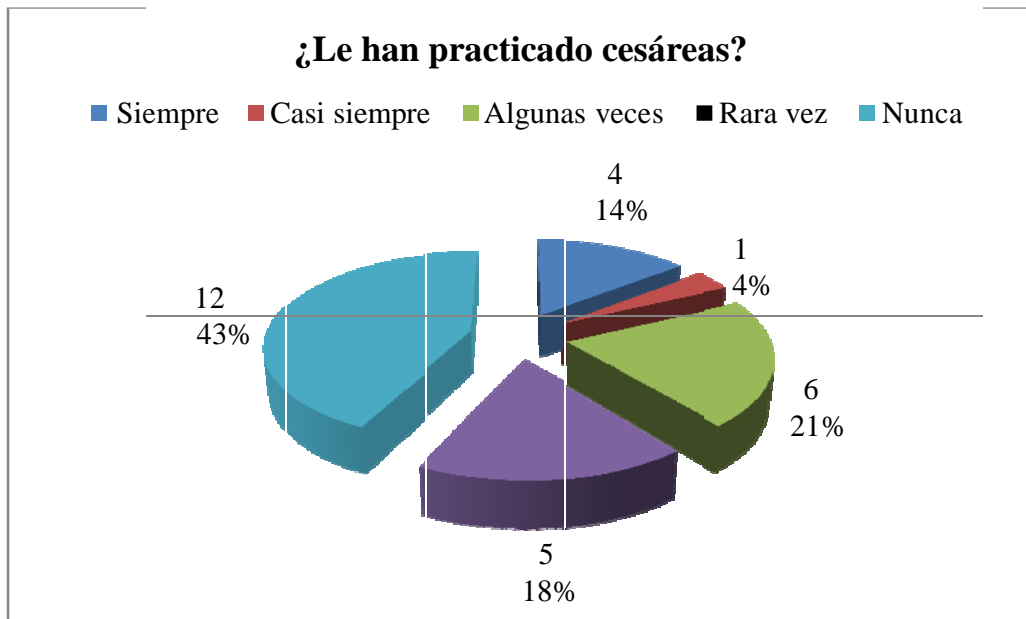
Figura No. 2



El 36% casi siempre es constante en sus visitas al médico. El 29% algunas veces es constante en sus visitas al médico. El 21% de la muestra siempre es constante en las visitas al médico. El 11% rara vez es constante en sus visitas al médico. El 3% nunca visita al médico.

De las personas que asisten a control prenatal casi siempre son constantes en sus citas con el médico lo cual indica que la población tiene cierto compromiso con su salud y la de su hijo, además al acudir a las consultas que el médico les programa pueden evitar ciertas complicaciones de su embarazo ya que el médico identificara cualquier anomalía.

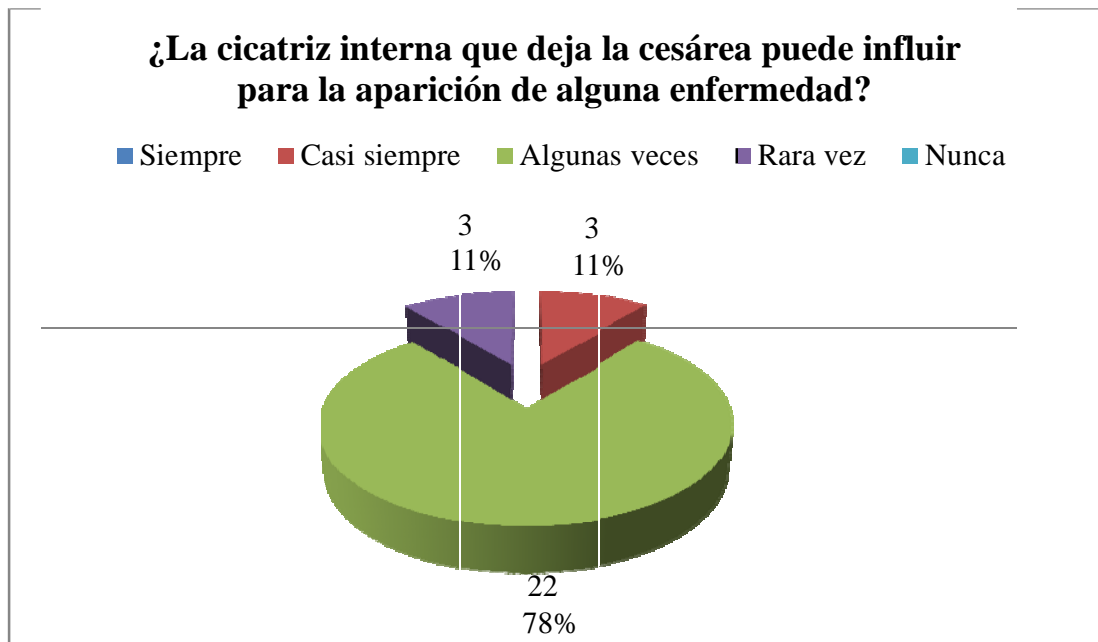
Figura No. 3



Al 43% de la muestra no le han realizado cesárea. Al 21% de las pacientes algunas veces les han practicado la cesárea. Al 18% rara vez le han hecho cesárea. Al 14% siempre le han practicado el parto abdominal. Al 4% casi siempre le han realizado la cesárea.

La mayoría de la muestra no tiene el antecedente de cesárea lo cual es favorable ya que no tienen gran probabilidad de presentar la placenta previa y se omite una de las principales causas, pero existe un 14% que tiene riesgo a presentar la enfermedad en un futuro o próximo embarazo.

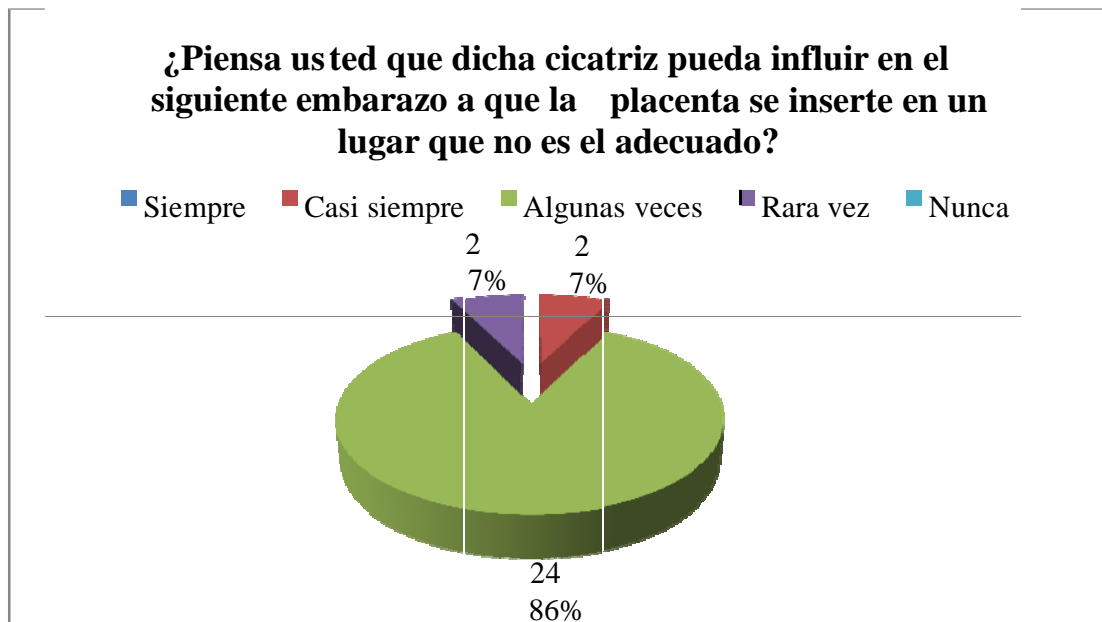
Figura No. 4



El 78% piensa que algunas veces influye. El 11% piensa que casi siempre y otro 11% que rara vez.

La mayoría de la población especula que la práctica de la cesárea algunas veces tiene consecuencia, por lo que muchas pacientes optan por elegir la realización de la operación aunque en muchos casos no lo requieran porque ellas piensan que es menos doloroso y traumático el parto abdominal que el vaginal.

Figura No. 5

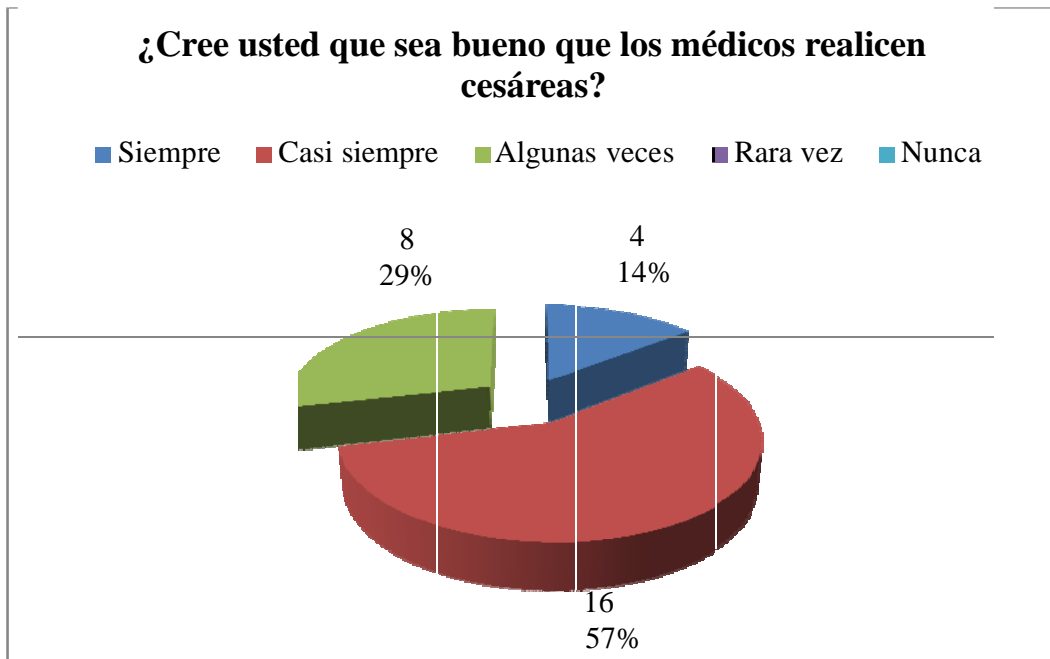


El 86% de las encuestadas creen que algunas veces la secuela de la cesárea es una implantación baja de placenta en el siguiente embarazo. El 7% piensa que casi siempre puede influir a que aparezca placenta previa en el siguiente embarazo y el otro 7% opina que rara vez.

La mayoría de las personas encuestadas opina que algunas veces la cicatriz interna que deja la cesárea puede influir en que la placenta busque un lugar que no es la región del fondo del útero sino que migre hacia otro lugar para buscar una mayor irrigación para poderse nutrirse adecuadamente.



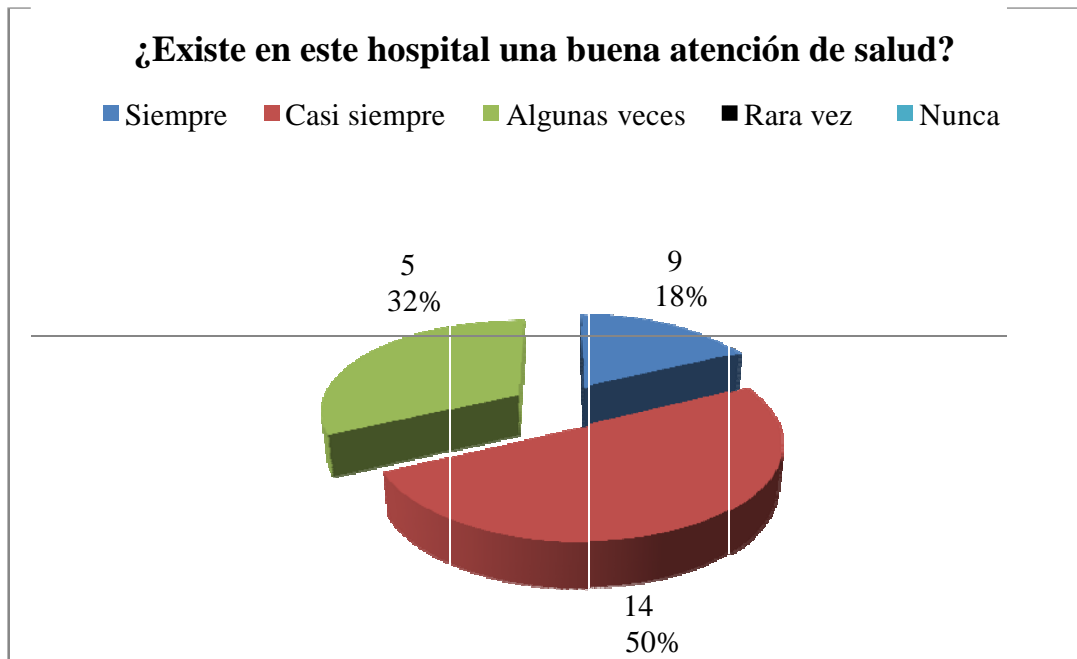
Figura No. 6



El 57% de las personas opinan que casi siempre es necesario que se practique la cesárea. El 29% cree que solo algunas veces es bueno que los médicos acudan a este método. El 14% piensa que siempre es bueno que se realice la cesárea.

En la actualidad muchos de los médicos recurren al uso de la operación cesárea como un método rápido que disminuye tiempo y aumenta los ingresos económicos para el médico, aunque el uso del parto abdominal en muchas ocasiones es necesario para salvar la vida del bebe, ya no se realiza una buena obstetricia y se hace mal uso de las cesáreas.

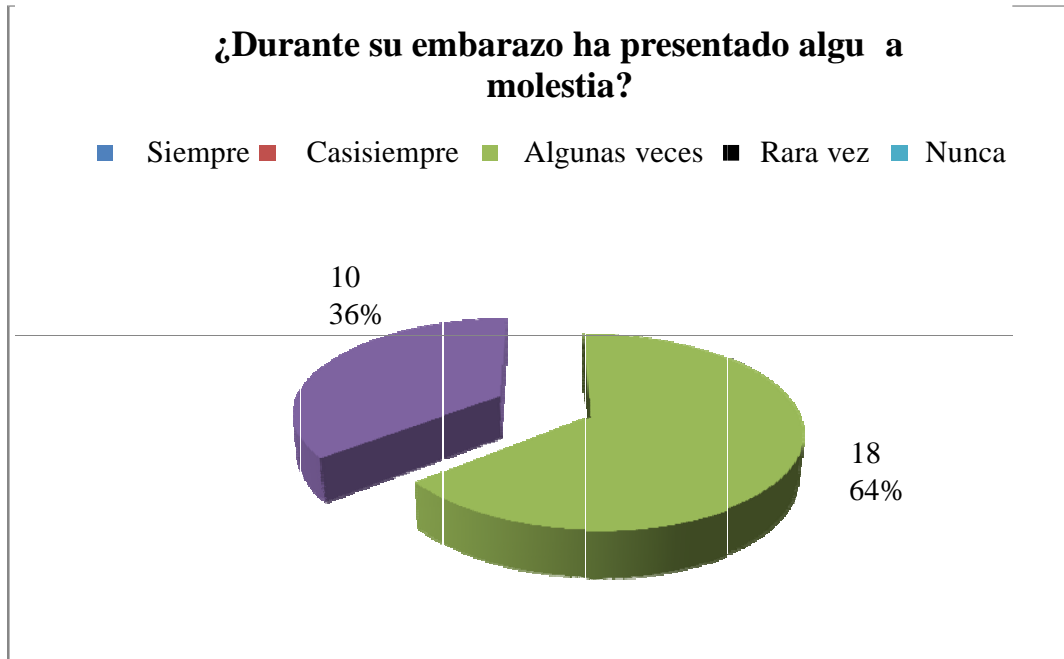
Figura No. 7



El 50% piensa que casi siempre es buena la atención que se le da en el Hospital de la Salud. El 32% opina que algunas veces es buena la atención que recibe. El 18% cree que siempre es buena la atención que recibe por parte del Hospital.

La mayoría de las encuestadas dicen que casi siempre es buena la atención de salud que reciben por parte del personal como enfermeras, médicos, y sobre todo de las estudiantes de enfermería que son las que están más en contacto con ellas y siempre están al pendiente de sus necesidades.

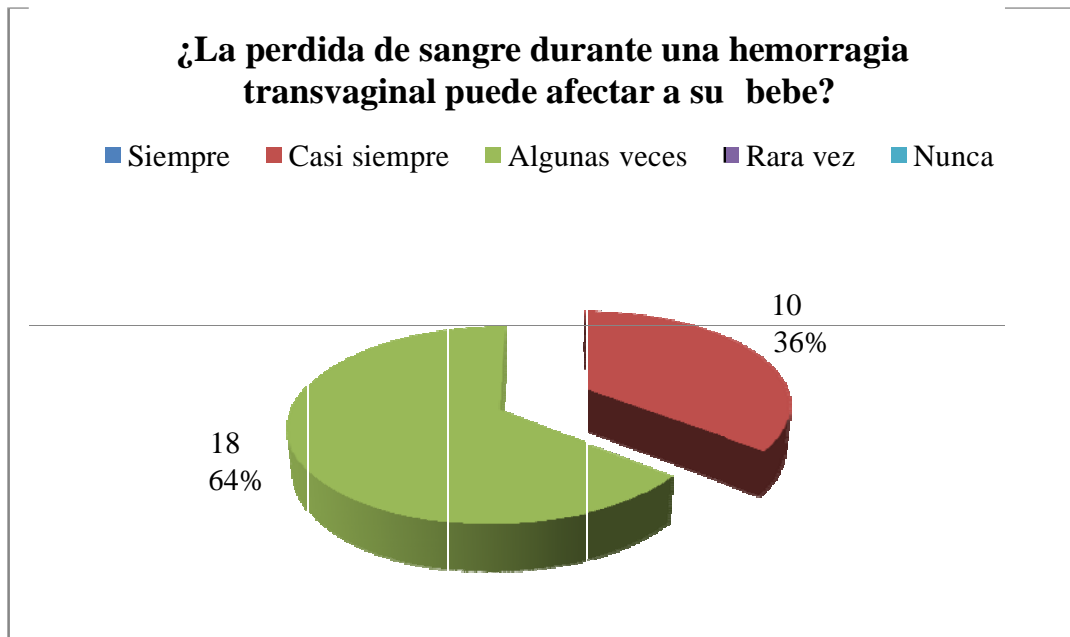
Figura No. 8



El 64% de las pacientes algunas veces presentan molestias durante su embarazo. El 36% rara vez presenta alguna molestia durante su embarazo.

Aunque el embarazo se considera muchas veces como algo “normal” no lo es y por este motivo las mujeres deben estar al pendiente y conocer los cambios normales de su cuerpo que suceden durante su embarazo y lo que ya es patológico, para que acudan de inmediato al médico y eviten complicaciones. La mayoría de las encuestadas solo algunas veces presentan alguna molestia.

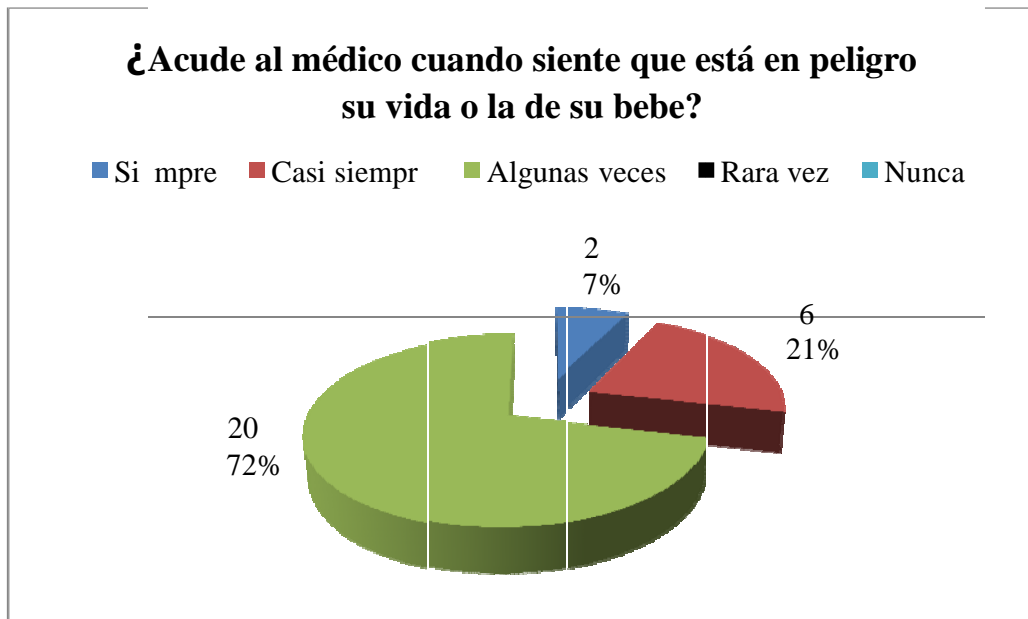
Figura No. 9



El 64% de las personas piensan que una hemorragia transvaginal solo algunas veces puede afectar a su bebe. El 36% de las pacientes opinan que casi siempre la pérdida de sangre afecta a su bebe.

La mayoría de las personas desconocen realmente el daño que se puede ocasionar al bebe en una pérdida de sangre ya que el feto comienza a sufrir hipoxia y desnutrición debido a que el riego sanguíneo disminuye, sería importante concientizar a la población sobre esto, pues es importante que acudan al médico ante una hemorragia aunque no sea de mucho volumen.

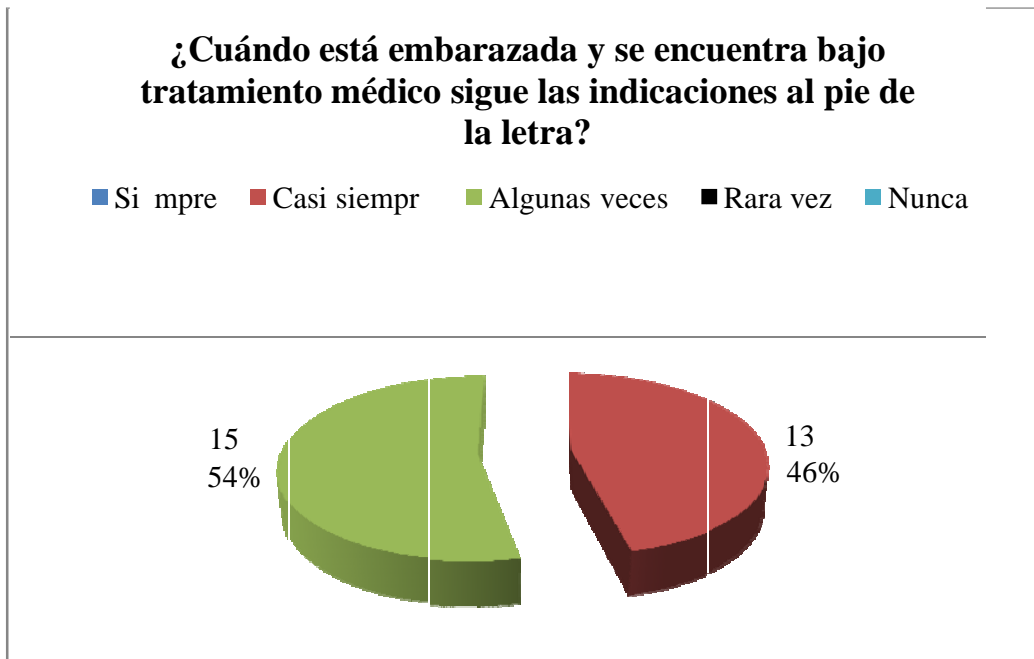
Figura No. 10



El 72% algunas veces acude al médico cuando no se siente bien respecto a su embarazo. El 21% casi siempre acude al médico cuando se siente enferma. El 7% siempre acude al médico cuando siente que está en peligro la vida del bebe.

El 72% de las pacientes solo algunas veces acuden a consulta con el médico cuando sienten que la vida del bebe está en peligro, muchas veces porque no cuentan con un servicio de salud próximo sino que tienen que trasladarse a lugares donde exista la atención medica, pero esto también se debe a que no saben identificar algunos signos de alarma indican que la salud de su bebe no está bien.

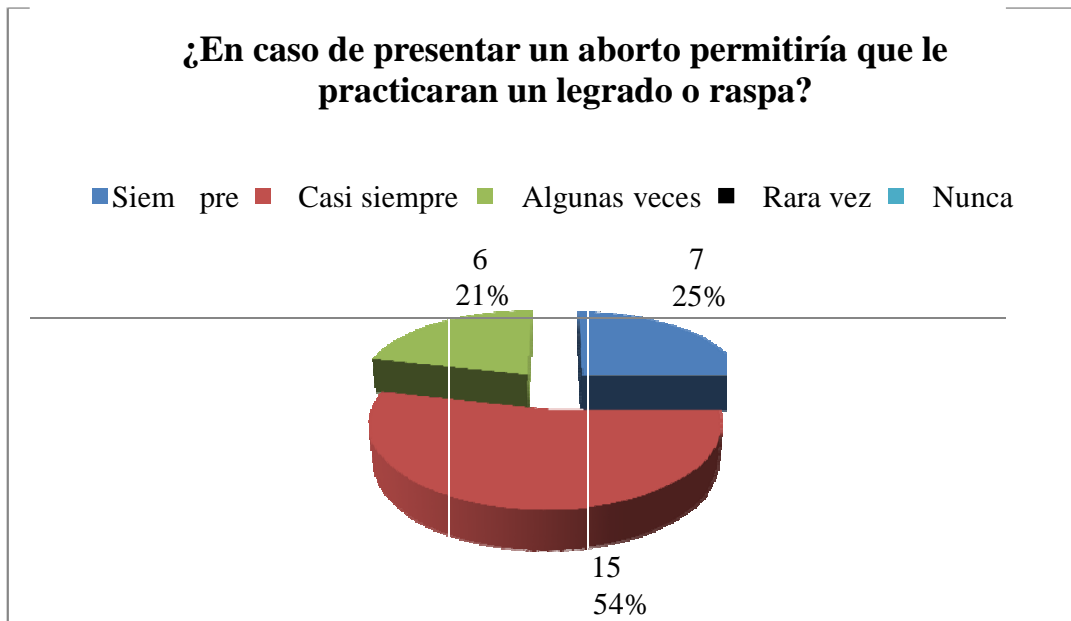
Figura No. 11



El 54% algunas veces sigue las indicaciones del médico. El 46% casi siempre sigue las indicaciones del médico.

Muchas veces se abandona el tratamiento médico debido a que sienten mejoría por lo cual la probabilidad de recaer es alta, otras personas comentaron que a veces se les olvida tomarse el medicamento y otras que casi siempre terminan su tratamiento ya que tienen miedo a que se les complique el padecimiento.

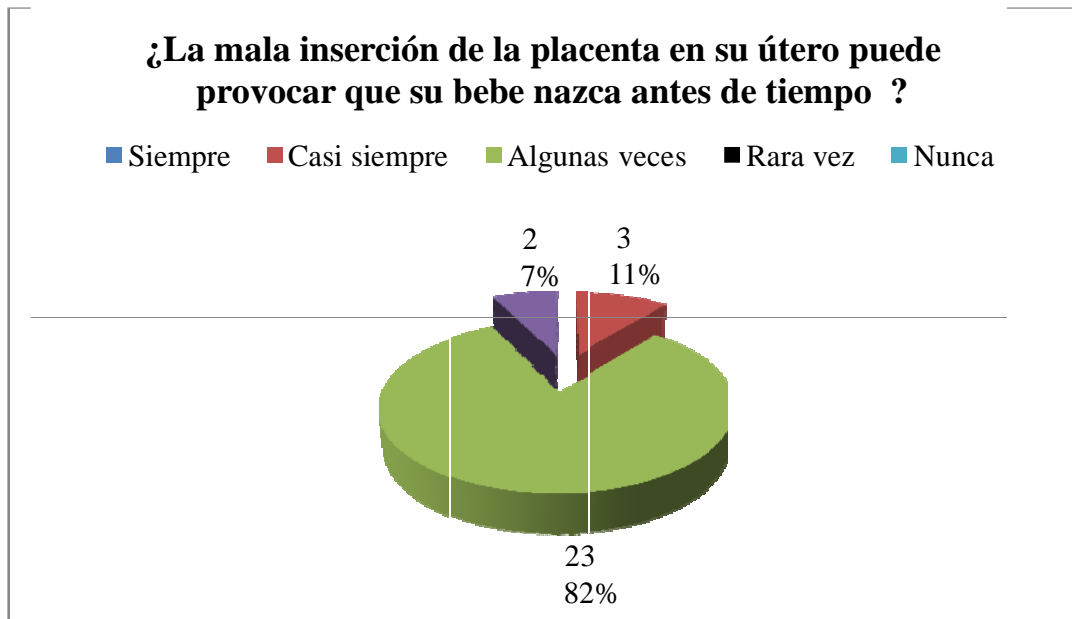
Figura No. 12



El 54% opina que casi siempre se sometería a un LUI. El 25% piensa que siempre concluiría su aborto con un legrado. El 21% dice que algunas veces se realizaría una raspa.

La mayoría de la muestra piensa que en caso de presentar un aborto acudiría al médico para realizarse un legrado con la finalidad de dar por concluido el proceso y poder prevenir alguna infección debido a que se pueden quedar restos de los productos de la gestación y también para que el médico de algún seguimiento a su caso para en un futuro volver a embarazarse y evitar otro posible aborto.

Figura No. 13

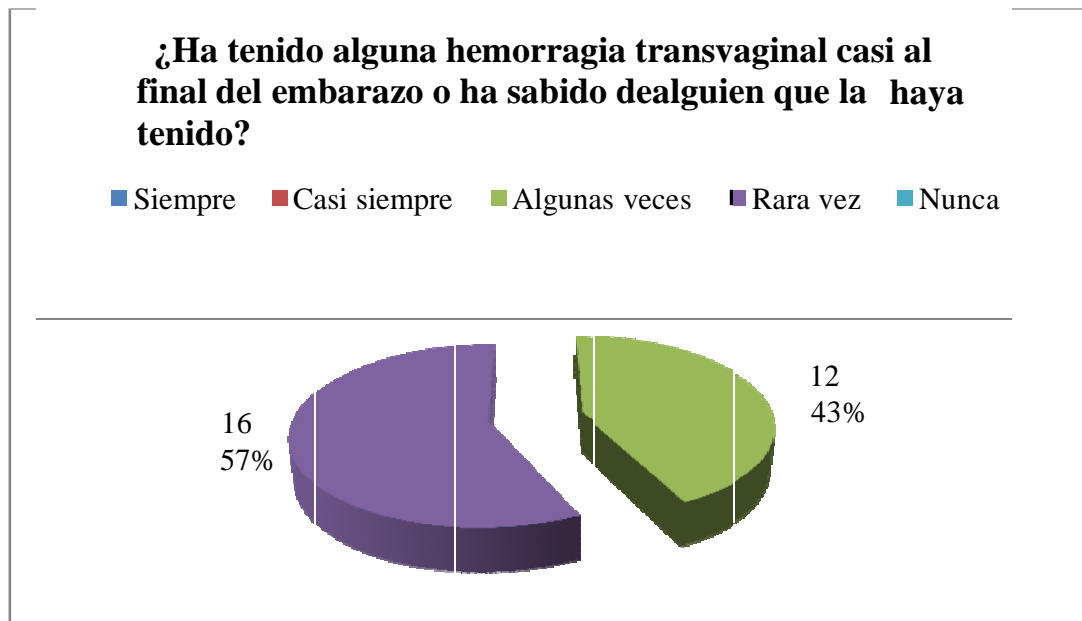


El 82% de las pacientes opinan que algunas veces influye. El 11% dice que casi siempre. El 7% piensa que rara vez influye.

La gran mayoría opina que cuando la placenta no esta en el lugar adecuado algunas veces si puede influir a que se complique su embarazo y el bebe tenga que nacer antes tiempo debido a que surgen problemas, otro porcentaje dice que casi siempre ya que es algo anormal y otras piensan que eso no influye.



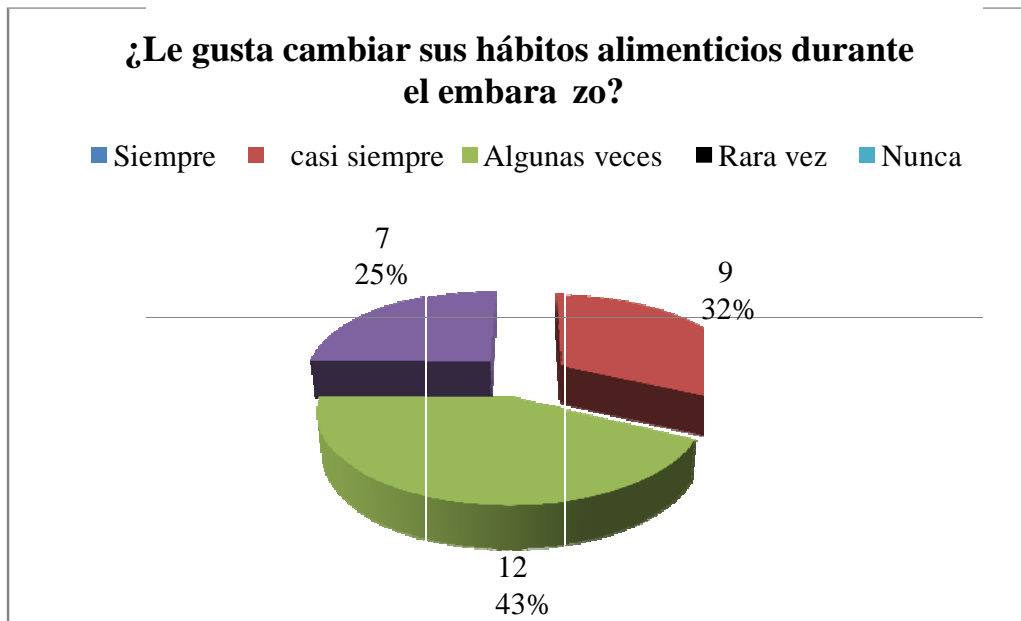
Figura No. 14



El 57% rara vez a escuchado de que alguien presente una hemorragia transvaginal durante el embarazo. El 43% de las pacientes dice que algunas veces ha escuchado o ha presentado alguna hemorragia transvaginal durante el embarazo.

16 personas comentaron que rara vez han escuchado o ha tenido alguna hemorragia transvaginal durante el embarazo lo cual hace sospechar que no son muy comunes y eso es bueno ya que se tiene menos probabilidades de que las pacientes presenten placenta previa o algún otro tipo de patología. El porcentaje restante solo algunas veces ha escuchado o ha presentado una hemorragia transvaginal durante el embarazo.

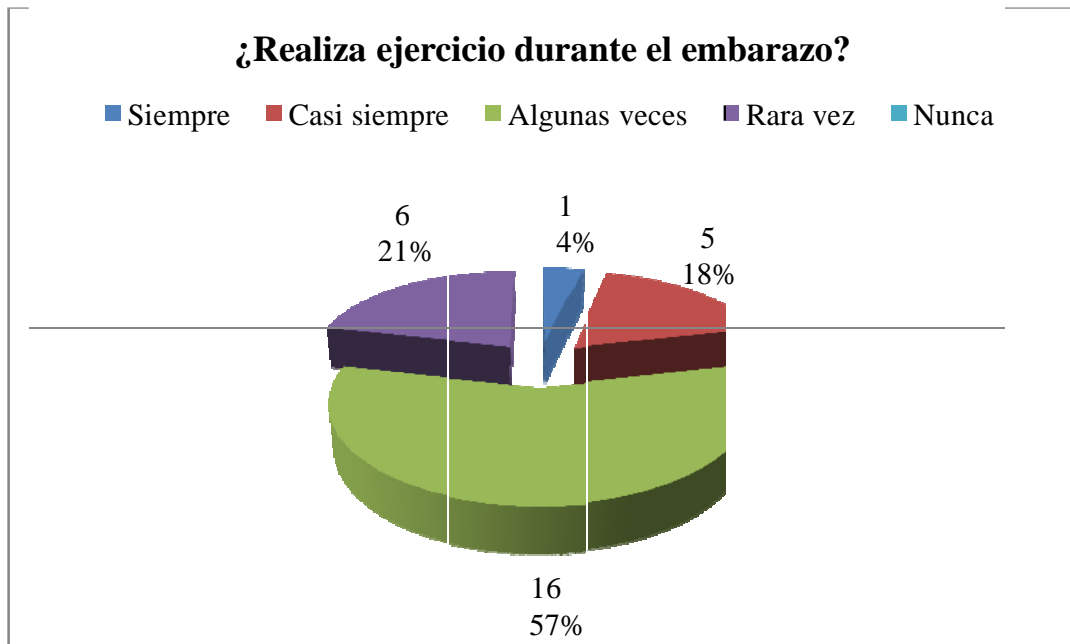
Figura No. 15



El 43% algunas veces cambia de hábitos alimenticios durante el embarazo. El 32% casi siempre cambia de hábitos alimenticios durante el embarazo. El 25% rara vez cambia de hábitos alimenticios durante el embarazo.

El mayor porcentaje de la muestra algunas veces cambia sus hábitos alimenticios, la mayoría coincidieron en que dejan de comer ciertos alimentos como irritantes y grasas, otras dijeron que rara vez ya que consideran al embarazo algo normal y siguen consumiendo los mismos alimentos de siempre. Hace falta que la población este consciente de que el feto necesita de nutrientes por lo cual debe consumir alimentos ricos en estos.

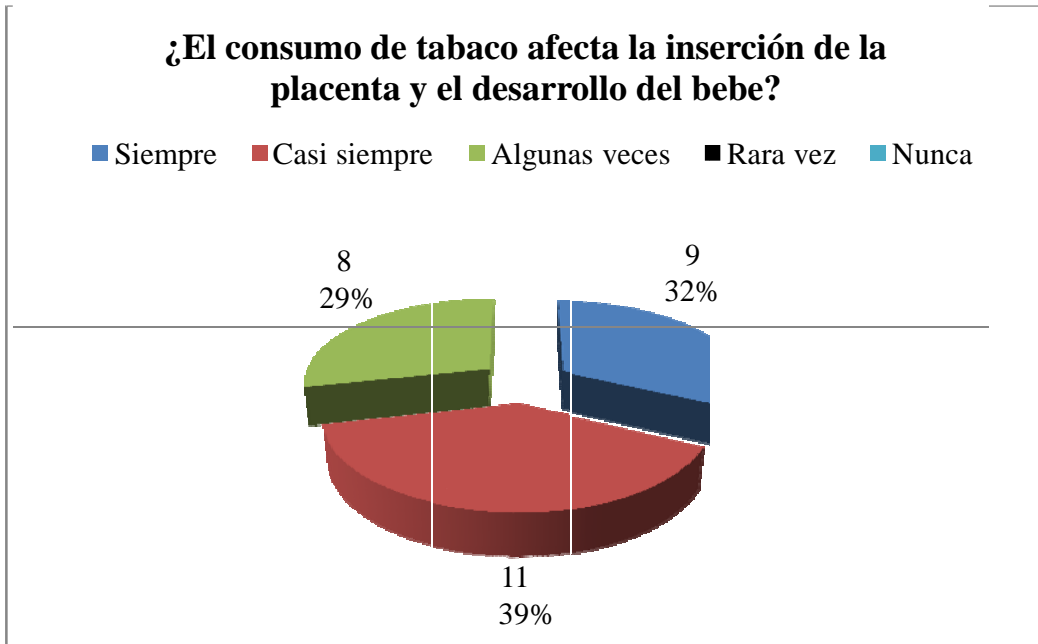
Figura No. 16



El 57% algunas veces realiza ejercicio durante su embarazo. El 21% rara vez realiza ejercicio durante el embarazo. El 18% casi siempre realiza ejercicio durante el embarazo. El 4% siempre realiza ejercicio durante el embarazo.

La mayoría de las personas dentro de sus actividades del hogar realiza ejercicio por lo cual ellas no consideran que sea necesario acudir a una rutina de ejercicio extra. Otra parte de la muestra si aumenta su actividad física con rutinas sencillas.

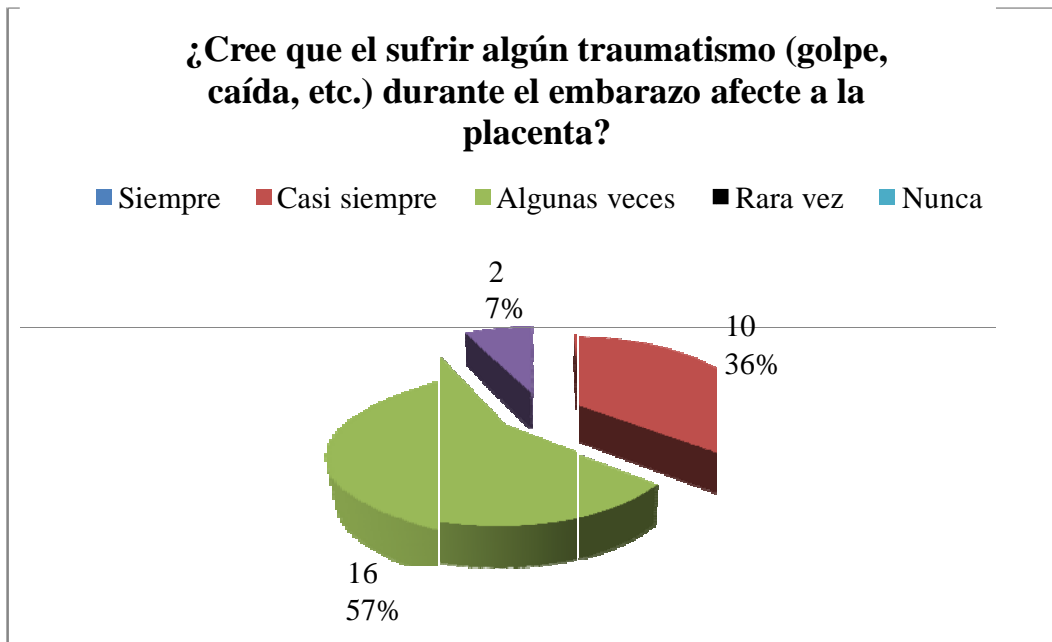
Figura No. 17



El 39% opina que casi siempre afecta. El 32% piensa que siempre afecta. El 29% cree que algunas veces si puede afectar.

La mayoría de la muestra está consciente de que el uso y abuso en el consumo del tabaco es nocivo para la salud del bebe y que una de las consecuencias es que a lo mejor la placenta no se inserte en el lugar adecuado y esto tenga como efecto la placenta previa o que el niño tenga bajo peso al nacer.

Figura No. 18

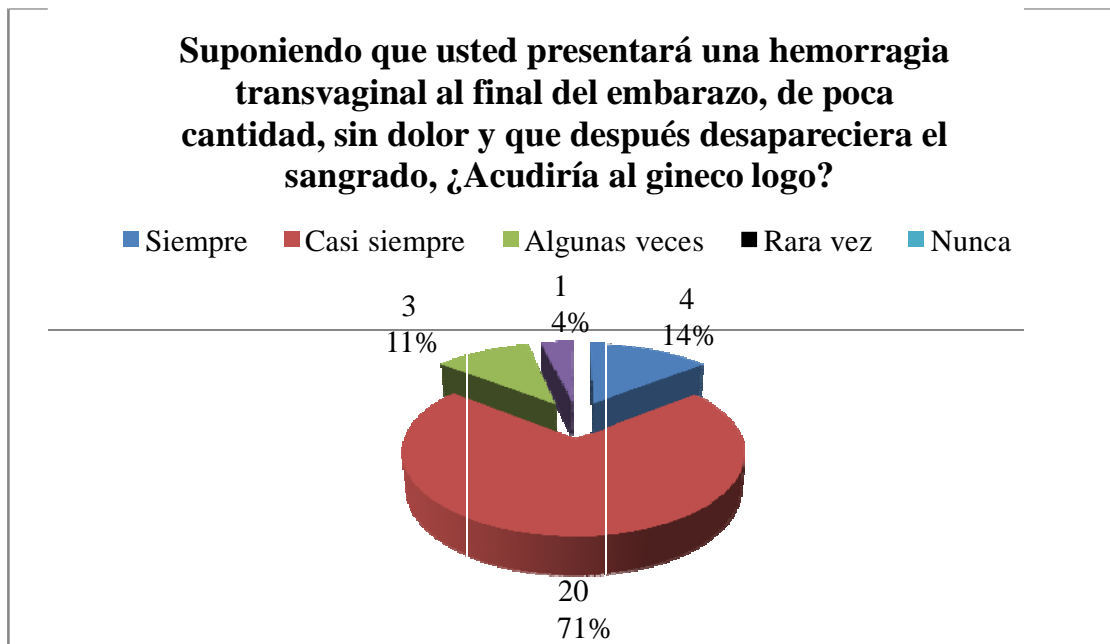


El 57% piensa que algunas veces puede afectar. El 36% dice que casi siempre. El 7% opina que rara vez afecta.

-

La mayoría de la población piensa que algunas veces el sufrir algún traumatismo directo en abdomen puede ocasionar cierto daño a la placenta pero sobre todo al bebe y dependiendo de la fuerza del impacto será el perjuicio.

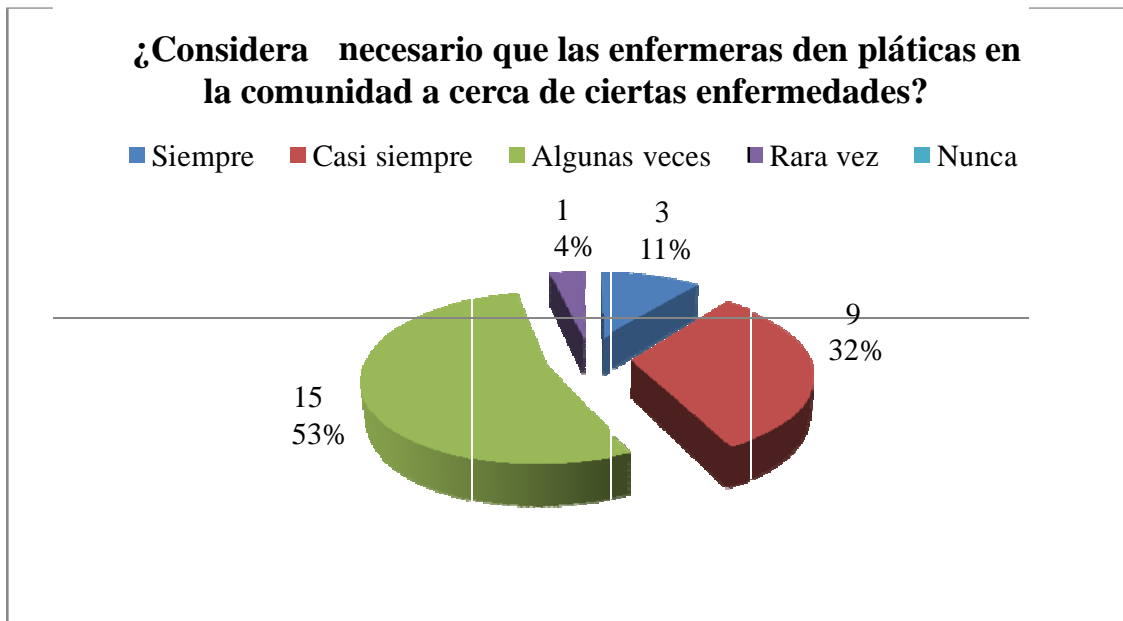
Figura No. 19



El 71% casi siempre acudiría. El 14% siempre acudiría. El 11% algunas veces acudiría. El 4% rara vez acudiría.

El mayor porcentaje de la muestra opina que casi siempre asistiría al médico en caso de presentar una hemorragia ya que se alarmaría y entraría en una angustia de incertidumbre por no saber lo que le está pasando. Otras opinaron que como el sangrado desapareció esperarían a que pasaran más días haber si el sangrado ya no vuelve.

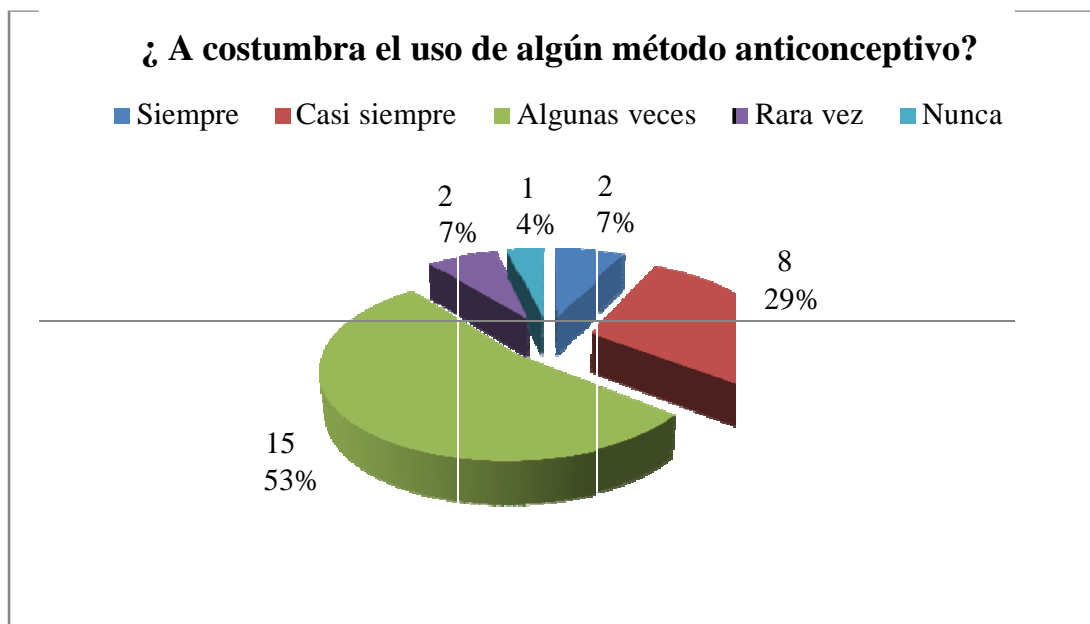
Figura No. 20



El 53% algunas veces piensa que es necesario. El 32% casi siempre es necesario. El 11% dice que siempre es necesario. El 4% opina que rara vez es necesaria la información que den las enfermeras.

Las pacientes opinan que algunas veces suele ser necesario que las enfermeras se trasladen a las comunidades a dar pláticas sobre diversos temas de salud como del uso de métodos anticonceptivos, enfermedades mas comunes, planificación familiar, la importancia del ácido fólico, entre otros. Otro porcentaje dice que casi siempre es necesario ya que la enfermera muchas veces enseña a la población a autocuidarse.

Figura No. 21

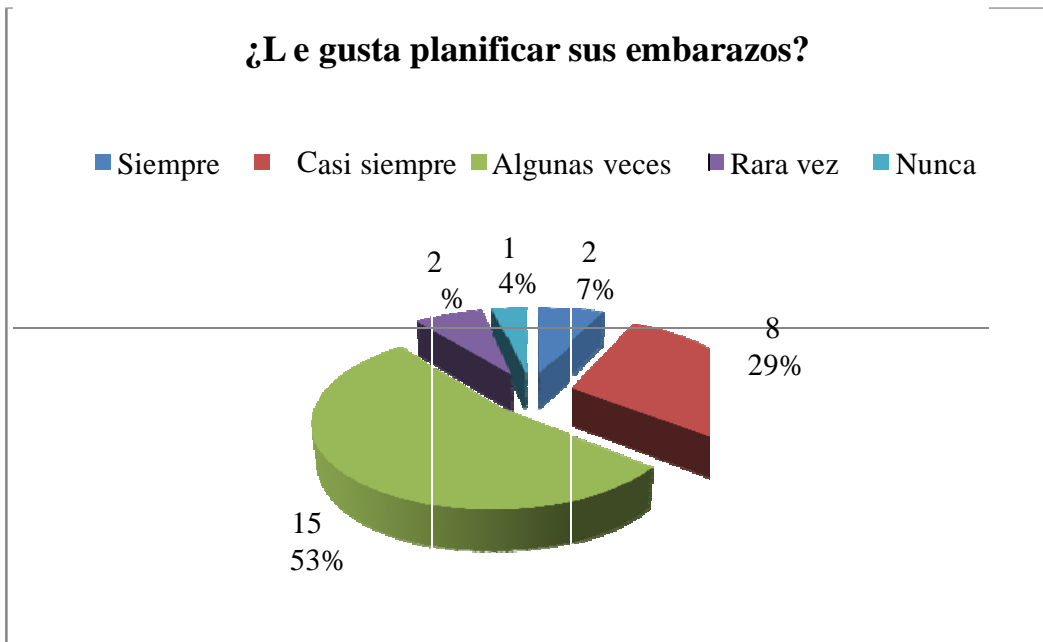


El 53% algunas veces utiliza algún método anticonceptivo. El 29% casi siempre usa algún método anticonceptivo. El 7% rara vez los utiliza y otro 7% siempre los utiliza. El 4% nunca ha utilizado algún método de anticoncepción.

El mayor número de pacientes suele algunas veces acudir al uso de métodos anticonceptivos, otras dicen que casi siempre acuden a las pastillas anticonceptivas, pero otro porcentaje dice que mejor no utiliza ningún método porque luego se les olvida seguir el tratamiento.



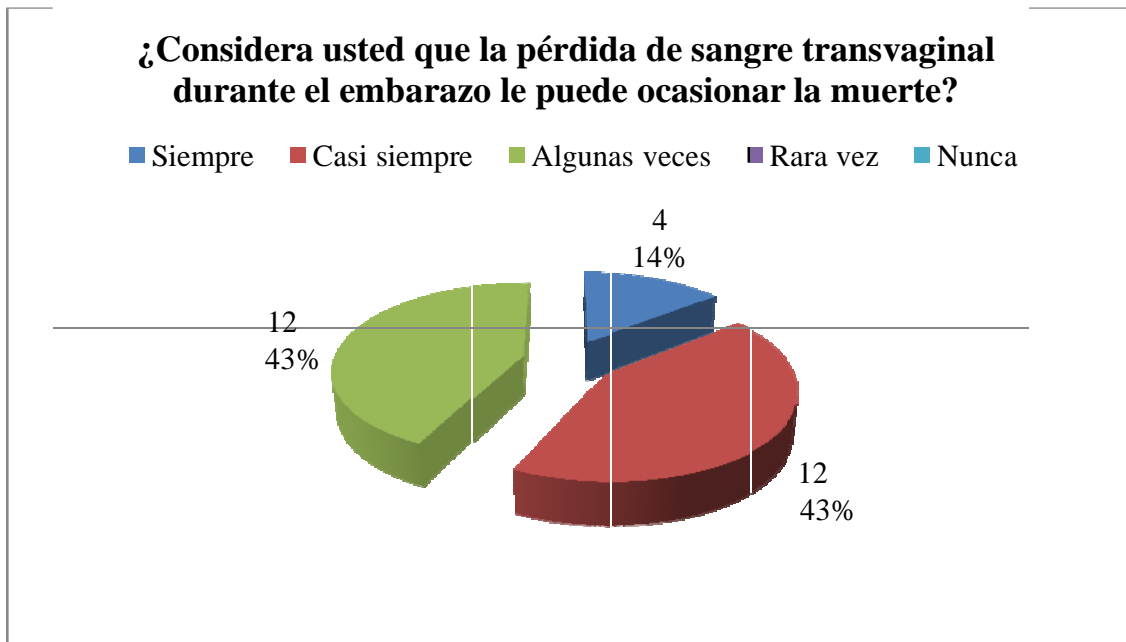
Figura No. 22



El 53% algunas veces planifica sus embarazos. El 29% casi siempre planifica sus embarazos. El 7% rara vez. Y otro 7% siempre planifica sus embarazos. El 4% nunca ha planificado sus embarazos.

La población en su generalidad algunas veces suele planificar sus embarazos para con esto lograr un bienestar emocional, económico y social dentro del núcleo familiar y esto beneficia a lo sociedad debido a que hay un menor índice de natalidad, además hacen que las mujeres tengan menos hijos y con esto disminuye una de las principales causas de placenta previa que es la multiparidad.

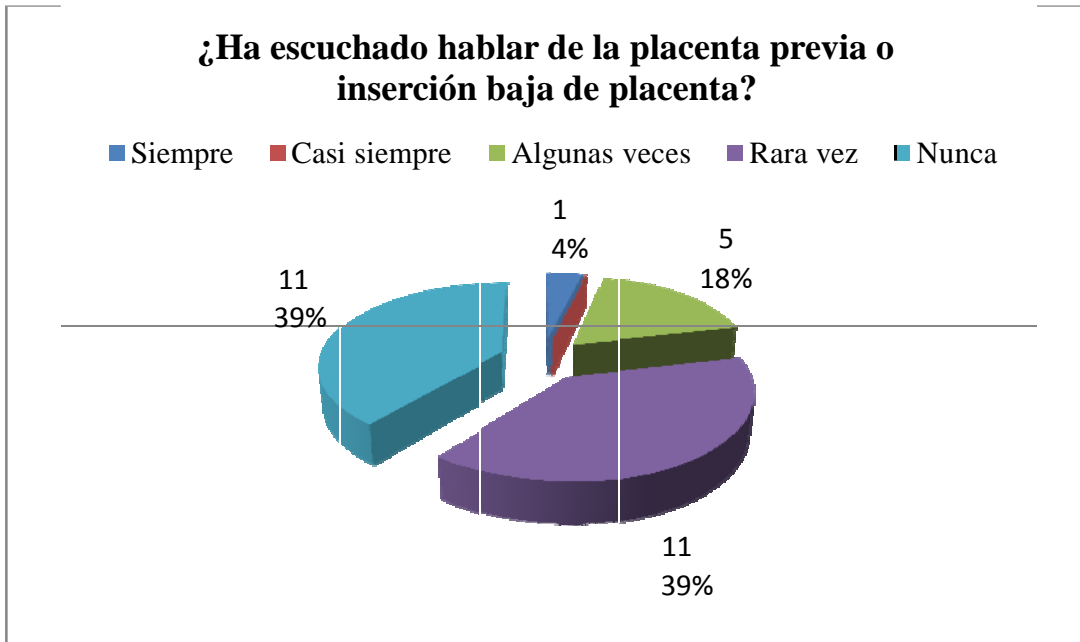
Figura No. 23



El 43% casi siempre lo considera. Y otro 43% algunas veces lo considera. El 14% piensa que siempre la puede ocasionar.

La pérdida abundante de sangre durante una hemorragia transvaginal puede llevar a la paciente a un estado de choque hipovolémico lo cual le provoca deshidratación, taquicardia, hipotensión arterial, oliguria, palidez, confusión mental, entre otros. Lo favorable de esto es que la población está consciente de los daños que le puede provocar si no se atiende de inmediato ante una hemorragia.

Figura No. 24



Un 39% nunca ha escuchado a cerca de la placenta previa. Otro 39% rara vez ha escuchado sobre la placenta previa. El 18% algunas veces ha escuchado sobre la placenta previa. Un 4% siempre ha escuchado de la placenta previa.

Afortunadamente la placenta previa es una enfermedad rara en nuestro estado es decir existen muy pocos casos de esta patología, la gran mayoría de las mujeres desconoce cuáles son las causas que pueden provocarla, es conveniente que el personal de salud sobre todo las enfermeras informen sobre esta enfermedad ya que aunque es rara se puede presentar.

#### **4.2.- INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS SECUNDARIA.**

Como ya se menciono anteriormente se realizó un cuestionario a 10 enfermeras (Ver apéndice B) en donde cada una eligió una de las tres opciones y de lo cual concluimos lo siguiente:

El 60% de las enfermeras si ha escuchado hablar sobre la placenta previa en el ambiente hospitalario y el 40% solo algunas veces ha percibido sobre esta patología en el ambiente hospitalario.

El 80% conoce en donde se inserta la placenta previa, un 10% la confundió con una inserción normal y el otro 10% la confundió con el acretismo placentario.

El 80% de las enfermeras conocen las tres variedades de la inserción baja de placenta y el 20% restante selecciono las tres variedades de acretismo placentario.

El 70% de las enfermeras piensa que la edad vulnerable de la mujer a padecer la enfermedad es de 25 a 35 años y un 30% opina que es de los 36 a los 45 años.

Un 80% de las enfermeras cree que si es importante conocer acerca de esta patología, un 10% opina que algunas veces y otro 10% opina que no es necesario.

Como conclusión se pudo apreciar que la mayoría de las enfermeras cuenta con conocimientos básicos sobre esta enfermedad y con esto puede orientar a una paciente que este cursando con este tipo de patología, además podrá establecer un diagnostico de enfermería para la valoración y los cuidados de enfermería adecuados.

# CAPÍTULO V

## **5.1.- CONCLUSIONES GENERALES.**

La patología de la placenta previa es una enfermedad afortunadamente poco frecuente en nuestro entorno, pero que no por esto se debe desconocer totalmente de ella, porque tanto las mujeres en edad reproductiva como el personal de enfermería debe estar capacitado para identificar las posibles causas que originen esta patología.

Se pudo concluir que las causas que ocasionan la placenta previa son muchas y que en realidad no existe una teoría que sea verdaderamente aceptada, ya que existen muchas posibles causas que la originan.

Las hipótesis propuestas se aceptaron ya que como se analizó la placenta previa es una enfermedad que se caracteriza por un sangrado transvaginal de sangre fresca coagulable, que no ocasiona dolor, el tono uterino se encuentra sin cambios y en un inicio es de poca cantidad y puede desaparecer sin ningún tratamiento para después regresar en mayor cantidad que si no es atendida a tiempo puede provocar en el feto hipoxia y anemia debido a un deficiente riego sanguíneo, en cambio a la madre la puede llevar a una anemia grave y en el peor de los casos a un choque hipovolémico el cual trae consigo síntomas como deshidratación, taquicardia, hipotensión arterial, oliguria, taquipnea, diaforesis, palidez, confusión mental, entre otros. Por este motivo es importante que la paciente tome conciencia del valor que tiene acudir al médico ante cualquier tipo de sangrado que no necesariamente tiene que ser placenta previa sino cualquier otra patología como un desprendimiento de placenta que también se caracteriza por un sangrado pero con diferentes características y con dolor, lo importante de esto es que la población aprenda a cuidarse a tiempo y que no deje que se le complique el cuadro clínico.

Dentro de los objetivos planteados se cumplieron ya que se logró identificar cuáles son las principales causas que originan la placenta previa, además se observó que muchas de ellas se pueden prevenir como por ejemplo la multiparidad con embarazos repetitivos y pocos espaciados en este apartado la enfermera juega un papel muy importante ya que es su obligación informar a la población sobre la planificación familiar que es un procedimiento auxiliar mediante el cual la pareja decide cuántos hijos tener y en qué momento tenerlos, planeando y espaciando el nacimiento entre un hijo y el uso de los métodos anticonceptivos con la finalidad de lograr un bienestar económico, cultural y social del núcleo familiar ya que si se tienen menos hijos se les pueden brindar mayores oportunidades y una mejor calidad de vida y con todo esto se evitaría la multiparidad que es una de las principales causas de placenta previa.

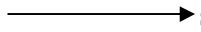
## **5.2.- SUGERENCIAS Y PROPUESTAS.**

Como sugerencia se deja a las enfermeras que se haga más empeño en enseñarle a la población sobre el autocuidado ya que es importante que las personas aprendan a identificar anomalías de su cuerpo, además se les debe proponer que lleven una vida sana libre de drogas, alcohol, que tengan una dieta equilibrada y que realicen ejercicio.

También se les incita a las mujeres a asistir al ginecólogo cuando se requiera, que no dejen que se les complique el cuadro clínico y que cuando estén bajo tratamiento médico lo sigan tan y como el médico lo indique no dejándolo a medias por que ya se sienten bien sino terminarlo para evitar una recaída mayor.

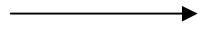
### 5.3.- LINEAS DE INVESTIGACIÓN.

La paciente con cesárea corporal o clásica tiene mayor riesgo de presentar.



Placenta previa en alguno de sus siguientes embarazos

El ejercicio de la paciente durante la implantación puede provocar.



La inserción baja de placenta.



# ANEXOS

## 6.1.- ANEXO A

### ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.



### INCORPORADA A LA UNAM.

Objetivo: Se pretende recabar información para obtener una noción de la predisposición de las mujeres de 25 a 35 años a padecer la enfermedad de la placenta previa con fines únicamente académicos.

Instrucciones: Sea tan amable de subrayar 1 de las 5 opciones.

1. ¿Asiste o ha asistido a consultas de control prenatal?  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.
2. ¿Es constante en sus visitas al médico, durante su embarazo?  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.
3. ¿Le han practicado cesáreas?  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.
4. ¿La cicatriz interna que deja la cesárea puede influir para la aparición de alguna enfermedad?  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.
5. ¿Piensa usted que dicha cicatriz pueda influir en que la placenta se inserte en un lugar que no es el adecuado?  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.
6. ¿Cree usted que sea bueno que los médicos realicen cesáreas?  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.
7. ¿Existe en este hospital una buena atención de salud?  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.
8. ¿Durante su embarazo ha presentado alguna molestia?  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.
9. ¿La pérdida de sangre durante una hemorragia transvaginal puede afectar a su bebe?  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.

10. ¿Acude al médico cuando siente que está en peligro su vida y la de su bebe?
- a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.
11. ¿Cuándo está embarazada y se encuentra bajo tratamiento médico sigue las instrucciones al pie de la letra?
- a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.
12. ¿En caso de presentar un aborto permitiría que le practicaran un legrado o raspa?
- a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.
13. ¿La mala inserción de la placenta en su útero puede provocar que su bebe nazca antes de tiempo?
- a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.
14. ¿Ha tenido alguna hemorragia transvaginal casi al final del embarazo o ha sabido de alguien que la haya tenido?
- a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.
15. ¿Le gusta cambiar sus hábitos alimenticios durante el embarazo?
- a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.
16. ¿Realiza ejercicio durante el embarazo?
- a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.
17. ¿El consumo de tabaco afecta la inserción de la placenta y el desarrollo del bebé?
- a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.
18. ¿Cree que el sufrir algún traumatismo (golpe, caída, etc.) durante el embarazo afecte a la placenta?
- a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.
19. Suponiendo que usted presentará una hemorragia al final del embarazo de poca cantidad, sin dolor y que después desapareciera el sangrado, ¿Acudiría al ginecólogo?
- a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.
20. ¿Es necesario que las enfermeras den pláticas en la comunidad a cerca de ciertas enfermedades?
- a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.
21. ¿Acostumbra el uso de algún método anticonceptivo?
- a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.

22. ¿Le gusta planificar sus embarazos?

- a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.

23. ¿Cree usted que la pérdida de sangre durante el embarazo le pudiera ocasionar la muerte?

- a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.

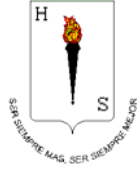
24. ¿Ha escuchado hablar de la placenta previa o inserción baja de placenta?

- a) Siempre      b) Casi siempre      c) Algunas veces      d) Rara vez      e) Nunca.

Gracias por su participación.

## 6.2.- ANEXO B

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.



INCORPORADA A LA UNAM.

Objetivo: Conocer que es lo que saben las enfermeras del H.N.S.S a cerca de la placenta previa, únicamente con fines académicos.

Instrucciones: Sea tan amable de subrayar una de las tres opciones.

1. ¿En el ambiente hospitalario a escuchado hablar sobre la placenta previa?
  - a) Si.
  - b) No.
  - c) Algunas veces.
  
2. ¿Qué es la placenta previa?
  - a) Es cuando la placenta de inserta por encima o muy cerca del orificio cervical interno.
  - b) Es cuando la placenta se inserta en la región fundica.
  - c) Es cuando la placenta invade al miometrio.
  
3. ¿Cuáles son las variedades de la placenta previa?
  - a) Acreta, increta y percreta.
  - b) Marginal, parcial y total.
  - c) No tiene variedades.
  
4. ¿Qué edad de la mujer piensa usted que sea vulnerable a padecer esta enfermedad?
  - a) 15-24 años.
  - b) 25-35 años.
  - c) 36-45 años.
  
5. ¿Considera usted necesario que la enfermera este informada a cerca de esta patología?
  - a) Si.
  - b) Algunas veces
  - c) No.

Gracias por su colaboración.

### 6.3.- ANEXO C

Intervalo de Frecuencia.

1	41	81	121	161	201	241	281	321	361
2	42	82	122	162	202	242	282	322	362
3	43	83	123	163	203	243	283	323	363
4	44	84	124	164	204	244	284	324	364
5	45	85	125	165	205	245	285	325	365
6	46	86	126	166	206	246	286	326	366
7	47	87	127	167	207	247	287	327	367
8	48	88	128	168	208	248	288	328	368
9	49	89	129	169	209	249	289	329	369
10	50	90	130	170	210	250	290	330	370
11	51	91	131	171	211	251	291	331	371
12	52	92	132	172	212	252	292	332	372
13	53	93	133	173	213	253	293	333	373
14	54	94	134	174	214	254	294	334	374
15	55	95	135	175	215	255	295	335	375
16	56	96	136	176	216	256	296	336	376
17	57	97	137	177	217	257	297	337	377
18	58	98	138	178	218	258	298	338	378
19	59	99	139	179	219	259	299	339	379
20	60	100	140	180	220	260	300	340	380
21	61	101	141	181	221	261	301	341	381
22	62	102	142	182	222	262	302	342	382
23	63	103	143	183	223	263	303	343	383

<b>24</b>	64	104	144	184	224	264	<b>304</b>	344	384
25	65	105	145	185	225	265	305	345	385
26	<b>66</b>	106	146	186	226	266	306	<b>346</b>	386
27	67	107	147	187	227	267	307	347	387
28	68	<b>108</b>	148	188	228	268	308	348	<b>388</b>
29	69	109	149	189	229	269	309	349	389
30	70	110	<b>150</b>	190	230	270	310	350	390
31	71	111	151	191	231	271	311	351	391
32	72	112	152	<b>192</b>	232	272	312	352	392
33	73	113	153	193	233	273	313	353	393
34	74	114	154	194	<b>234</b>	274	314	354	394
35	75	115	155	195	235	275	315	355	395
36	76	116	156	196	236	<b>276</b>	316	356	396
37	77	117	157	197	237	277	317	357	397
<b>38</b>	78	118	158	198	238	278	<b>318</b>	358	398
39	79	119	159	199	239	279	319	359	399
40	<b>80</b>	120	160	200	240	280	320	<b>360</b>	400

6.4.- ANEXO D

Tabla de frecuencias

No. de pregunta	Opción A 10	Opción B 9	Opción C 8	Opción D 7	Opción E 6	$X = \frac{\sum x_1+x_2+x_3+x_n}{n}$
1	////	////////	////////	///	/	$60+90+64+21+6=$ $241/28=8.6$
2	////	////////	////////	///	/	$60+90+64+21+6=$ $241/28=8.6$
3	///	/	////	////	////////	$40+9+48+35+72=$ $204/28=7.2$
4		///	//////////	///		$27+176+21=224$ $/28=8$
5		//	//////////	//		$40+144+64=248$ $/28=8.8$
6	///	////////	////////			$144+70=214/28=$ $7.6$
7	////	////////	////////			$90+144=234/28=$ $8.3$
8			////////	////////		$20+54+168=242/28$ $=8.6$
9		////////	////////			$90+144=234/28=$ $8.3$
10	//	////	////////			$20+54+168=242/28$ $=8.6$
11		////////	////////			$117+120=237/28=$ $8.4$
12	////	////////	////			$70+135+48=253/28$ $=9$



13		///	////////////////////	//		$27+184+14=225/28$ $=8$
14			////////	////////		$96+112=208/28=$ $7.4$
15		////////	////////	////		$81+96+49=226/28$ $=8$
16	/	////	////////////////////	////		$10+45+122+42=$ $219/28=7.8$
17	////////	////////	////////			$90+99+64=253/28$ $=9$
18		////////	////////////////////	//		$90+122+14=226/28$ $=8$
19	///	////////////////////	///	/		$40+180+24+7=$ $251/28=8.9$
20	///	////////	////////////////////	/		$30+81+120+7=$ $238/28=8.5$
21	//	////////	////////////////////	//	/	$20+72+120+14+6=$ $232/28=8.2$
22	//	////////	////////////////////	//	/	$20+72+120+14+6=$ $232/28=8.2$
23	///	////////	////////			$40+108+96=244/28$ $=8.7$
24	/		////	////////	////////	$10+40+77+66=$ $193/28=6.8$

## 6.5.- BIBLIOGRAFÍA CITADA.

Cunningham F. Gary, F. Gant Norman, J. Levena Kenneth, C. Gilistrall Larry, C. Hauth Jonh, D. Wenstrom Katharine. *Williams obstetricia*. Editorial. Panamericana, 4ta. Edición 2003, México, Pág. 708.

Hernández Sampieri, Roberto y Cols. *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw-Hill, 4ta. Edición 2006, México, Pág. 5-7, 47-52, 64, 244, 238-239.

Mondragón C. Héctor y Mondragón A. Héctor. *Ginecoobstetricia de la niñez a la senectud*. Editorial. Trillas, 2da. Edición, febrero de 2006, México, páginas 362-377.

Murray R. Spiegel y Larry J. Stephens *Estadística*. Editorial. McGraw-Hill, 3ra Edición, febrero de 2004, México, páginas 1 y 61.

N. Danforth David *Tratado de ginecología y obstetricia*. Editorial. Interamericana, 4ta. Edición 1987, México D.F.

R. Scott James, S. Gibbs Ronald, Y. Karlan Beth, F. Haney Arthur. *Tratado de obstetricia y ginecología*. Editorial. McGraw-Hill, 9na. Edición 2005, México D.F. Pág. 387.

R. Scott MD James *Tratado de obstetricia y ginecología*. Editorial. McGraw-Hill, 7ma. Edición mayo 2000, México.

Zamora G. Miguel y Briones G. Carlos J. *Ginecoobstetricia (temas selectos)* Editado por el IPN (Instituto Politécnico nacional), 1ra. Edición, 1995, México, páginas 107-110.

#### **6.6.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.**

A. Beischer Norman y V. Mackay Eric. *Obstetricia práctica: con cuidados del recién nacido*. Edit. Interamericana, 1ra. Edición 1981, México.

A. Krupp Marcus *Diagnostico clínico y tratamiento*. Editorial. El manual moderno, 2da. Edición 1988, México.

Aladjem Silvo. *Riesgos en la práctica de la Obstetricia*. Editorial. Salvat editores S.A., Edición 1978, Estados Unidos.

Aldrete Velasco Jorge. *Perinatología Moderna*. Editorial. Trillas, 3ra. Edición 1999, Caracas, Venezuela.

Alfaro Rodríguez Héctor J., Cejudo Carranza Eliano, Fiorelli Rodríguez Sergio. *Complicaciones medicas durante el embarazo*. Editorial. McGraw-Hill, 2da. Edición 2005, México.

Aller Juan y Pagés Gustavo. *Obstetricia moderna*. Editorial. McGraw-Hill- Interamericana, 3ra. Edición 1999, México.

Chandrasoma Taylor. *Patología general*. Editorial. El manual moderno, 3ra. Edición 1999.

Cunningham F. Gary, F. Gant Norman, J. Levena Kenneth, C. Gilistrall Larry, C. Hauth Jonh, D. Wenstrom Katharine. *Williams obstetricia*. Editorial. Panamericana, 4ta. Edición 2003, México, Pág. 708.

D. Neeson Jean *Consultor de enfermería obstétrica I*. Editorial. Océano Centrum, 1989, Barcelona España.

Danforth. *Obstetricia y Ginecología*. Editorial McGraw- Hill, 7ma. Edición 1999, México.

Hernández Fernández y Baptista. *Metodología de la investigación*. Editorial McGraw-Hill, 3ra. Edición 2003, Chile.

Hernández Sampieri, Roberto y Cols. *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw-Hill, 3ra. Edición 2004, México, Pág. 705.

Hernández Sampieri, Roberto y Cols. *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw-Hill, 4ta. Edición 2006, México, Pág. 5-7, 47-52, 64, 244, 238-239.

James Crossen Robert. *Enfermedades de la mujer*. Editorial. Hispano America, 3ra. Edición 1959, Washington.

Martínez López Raúl. *Pediatría Moderna*. Editorial Manual Moderno, Edición 2000, México D.F.

Méndez Cervantes Francisco y Méndez Oteo Francisco. *Ginecología y obstetricia IMSS*. Editorial. Méndez Editores, 3ra. Edición 2000, México D.F.

Méndez Cervantes Francisco. *Ginecología y Obstetricia*. Editorial. Méndez editores, Edición 2000, México D.F.

Mondragón C. Héctor y Mondragón A. Héctor. *Ginecoobstetricia de la niñez a la senectud*. Editorial. Trillas, 2da. Edición, febrero de 2006, México, páginas 362-377.

Mondragón Castro Héctor. *Ginecología básica ilustrada*. Editorial. Trillas, 3ra. Edición 2004, México D.F.

Mondragón Castro Héctor. *Obstetricia Básica Ilustrada*. Editorial. Trillas, 4ta. Edición 1991, México.

Murray R. Spiegel y Larry J. Stephens *Estadística*. Editorial. McGraw-Hill, 3ra Edición, febrero de 2004, México, páginas 1 y 61.

N. Brow Gerard MD, P. Duffy Thomas MD. *Complicaciones medicas durante el embarazo*. Editorial. Panamericana, 5ta. Edición 2001, Buenos Aires, Argentina.

N. Danforth David *Tratado de ginecología y obstetricia*. Editorial. Interamericana, 4ta. Edición 1987, México D.F.

Núñez Maciel Eduardo. *Ginecología y obstetricia vol. 1*. Editorial. Cuellar, 3ra. Edición 2001, Guadalajara Jalisco.

R. Scott James, S. Gibbs Ronald, Y. Karlan Beth, F. Haney Arthur. *Tratado de obstetricia y ginecología*. Editorial. McGraw-Hill, 9na. Edición 2005, México D.F. Pág. 387.

R. Scott MD James *Tratado de obstetricia y ginecología*. Editorial. McGraw-Hill, 7ma. Edición mayo 2000, México.

Ramírez Alonso Félix. *Obstetricia para la enfermera profesional*. Editorial El Manual Moderno, Edición 2002, México D.F.

Rojas Soriano Raúl. *Guía para realizar investigaciones sociales*. Editorial. Plaza y Valdez, 17ma. Edición 1995, México.

Tortora J. Gerard y Reynolds G. Sandra. *Principios de Anatomía y Fisiología*. Editorial Oxford, 9na. Edición 2000, México.

Zamora G. Miguel y Briones G. Carlos J. *Ginecoobstetricia (temas selectos)* Editado por el IPN (Instituto Politécnico Nacional), 1ra. Edición, 1995, México, páginas 107-110.

#### **6.7.- REFERENCIAS DE INTERNET.**

<http://www.tupediatra.com/embarazo/placenta-previa.htm> 03/09/07 8:37 p.m.

<http://www.salud.com> 03/09/07 8:45 p.m.

[http://salud.sport.es/información/54/la placenta previa.htm](http://salud.sport.es/información/54/la_placenta_previa.htm) 07/02/08 5:30 p.m.