

**Factores epidemiológicos relacionados con la placenta previa: Hospital "Abel Santamaría Cuadrado", abril 2006- 2007**

**Epidemiological factors associated with Placenta Previa: "Abel Santamaría Cuadrado" Hospital, April 2006-2007**

**Yuraicis Rivero Pérez<sup>1</sup>, Nelsa Gutiérrez Valdéz<sup>2</sup>, Carlos Romero Díaz<sup>3</sup>, Yasmín Fragoso Rodríguez<sup>4</sup>.**

<sup>1</sup> Lic. en Enfermería, MSc. en Atención Integral a la Mujer. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

<sup>2</sup> Dra. Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia, MSc. en Atención Integral a la Mujer, Profesor Asistente. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

<sup>3</sup> Dr. Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia, MSc. en Atención Integral a la Mujer, Profesor Asistente. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

<sup>4</sup> Lic. en Enfermería. Instructor. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

---

**RESUMEN**

Con el objetivo de identificar los factores epidemiológicos relacionados con la placenta previa se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico (casos y controles) en el Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado", en el período comprendido abril 2006 - 2007. El grupo estudio lo conformaron 19 pacientes con el diagnóstico de placenta previa y el grupo control 60 gestantes excluidas de este diagnóstico. Se estudiaron variables de la madre, del embarazo, nacimiento y neonato. Se utilizó el método empírico de medición usando la estadística descriptiva y deductiva. Se empleó la medición porcentual y Ji cuadrado

( $X^2$ ), con un nivel de significación de  $p < 0,05$ ; además la prueba Odds ratio (OR) con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%). La edad materna más frecuente de asociación con la placenta previa se encontró en el grupo de edades de 25 a 34 años. Los principales factores epidemiológicos a su vez catalogados como riesgos fueron: la procedencia urbana (OR=1,7), la desnutrición por defecto (OR=6,61) y por exceso (OR=3,93), la multiparidad (OR=1,55), antecedentes de aborto (OR=5,08) y de cesárea anterior (OR=3,21), así como la operación cesárea como modo de terminación del embarazo (OR=13,67\*\*). Fue un terreno propicio para la morbilidad materno-neonatal.

**Palabras clave:** Placenta Previa, Multiparidad, Modo de Terminación del Embarazo.

---

## ABSTRACT

Aimed at identifying the epidemiological factors associated with placenta previa a retrospective, cross-sectional and analytical study (cases and controls) was conducted at "Abel Santamaria Cuadrado" University Hospital during April 2006-2007. The study group was comprised of 19 pregnant patients with placenta previa and 60 belonging to control group that were not included in the diagnosis. Variables of mothers, pregnancy, birth and newborn were studied. The empirical method of measurement using the descriptive and inferential statistics was applied; as well as percentage, chi square test ( $X^2$ ), a level of significance  $p < 0,05$ ; also the odds ratio (OR) with a confidence interval of 95% (CI 95%). The maternal age frequently associated with placenta previa was 25-34 years old. The main epidemiological factors taken as risks were: urban origin (OR=1,7), malnutrition for lack (OR=6,61) and for excess (OR=3,93), multiparity (OR=1,55), history of abortions (OR=5,08) and a previous cesarean section (OR=3,21); besides cesarean section as a way to end pregnancy (OR=13,67\*\*) it was very conducive for child-maternal morbidity and mortality.

**Key words:** Placenta Previa; Multiparity; Way Of Ending Pregnancy.

---

## INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo. Sin embargo, para muchas familias el proceso de reproducción puede ser un acontecimiento sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y en última instancia, la muerte de la madre, del producto o de ambos.

Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan todas las condiciones de vida de la mujer. La morbilidad subyacente y la calidad de vida de

una sociedad; la situación social, cultural, económica y política, la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud y las condiciones de educación, alimentación y vivienda en un sitio determinado.<sup>1,2</sup>

Tanto la incidencia de operación cesárea como de histerectomía obstétrica están significativamente aumentadas, como también la necesidad de terapia transfusional. El riesgo perinatal está aumentado significativamente y es dependiente de la prematurez, la cual globalmente alcanza un 30%. La patología asfíctica del recién nacido, determinada por la hipotensión materna, la hipovolemia feto-neonatal y el traumatismo obstétrico, derivado de las maniobras de extracción contribuyen al riesgo perinatal.<sup>3-5</sup>

Se ha alcanzado una marcada reducción de la mortalidad materna por placenta previa. Esta tendencia comenzó en 1927 cuando Hill abogó por la realización de una adecuada transfusión y del parto por cesárea. Desde 1945, cuando Macafee y Johnson sugirieron independientemente la terapia expectante para pacientes que estaban casi a término, una tendencia similar se ha hecho evidente en la tasa de muerte perinatal, aunque la mitad de las mujeres están casi a término cuando el sangrado se desarrolla por primera vez, el parto prematuro todavía plantea un problema muy importante para el resto debido a que no todas las mujeres con placenta previa y feto inmaduro pueden ser tratadas en forma expectante.<sup>6</sup>

### **Objeto científico de investigación:**

El proceso de conocimiento de los factores epidemiológicos relacionados con placenta previa. Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Año 2006 - 2007.

### **Justificación / Fundamentación Teórica.**

- La placenta previa continúa siendo una entidad que provoca morbilidad y mortalidad tanto en la madre como en su producto. A pesar que en los últimos años se han logrado avances en su diagnóstico y tratamiento, aún encontramos en nuestras unidades pacientes con esta patología, cuyas complicaciones llevan tanto a la madre como a su producto a una estancia en unidades de cuidados intensivos. Es fundamental que cada centro hospitalario analice los factores epidemiológicos relacionados con esta patología, ya que de esta forma se elevaría la calidad asistencial y se establecerían las pautas correspondientes a fin de mejorar la calidad de vida en estas pacientes y sus productos. Con el objetivo de identificar los factores epidemiológicos que con su incidencia afectan el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido en pacientes con placenta previa decidimos realizar esta investigación.

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo general:**

- Identificar los factores epidemiológicos que con su incidencia afectan el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido en pacientes con placenta previa.

#### **Objetivos específicos:**

Determinar los grupos de edades maternas más afectados.

- Analizar la relación entre placenta previa y antecedentes maternos.
- Relacionar la repercusión de los antecedentes obstétricos en dicha patología.
- Identificar el principal modo de nacimiento en las gestantes con el diagnóstico de placenta previa.

## **MÉTODOS**

Se realizó una investigación transversal, analítica tipo cohorte (estudio-control), retrospectiva sobre los factores epidemiológicos relacionados con la placenta previa en el Hospital Docente "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río durante el periodo abril 2006-2007.

El universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de gestantes que ingresaron en esta institución hospitalaria en el período señalado (N=13 058), la muestra la conformaron las gestantes con diagnóstico de placenta previa (n= 19) y un grupo control en el que incluimos las primeras 5 gestantes de cada mes, excluidas de este diagnóstico (n=60); seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple.

Para recolectar la información se empleó un formulario con diferentes datos de la madre, del embarazo y neonato, los cuales fueron extraídos de las historias clínicas, así como del carné obstétrico.

Se elaboró una base de datos en Microsoft Excel-2000, utilizando los datos recogidos en cada plantilla obtenida de la revisión de las historias clínicas maternas y neonatales después de ocurrido el parto. Se utilizó el método empírico de medición, haciendo uso de la estadística descriptiva y deductiva.

Para obtener los datos de medición de las variables cualitativas se empleó la medición porcentual y Ji cuadrado ( $X^2$ ), como prueba de hipótesis de independencia con un nivel de significación de  $p < 0,05$ ; además la prueba de Odds ratio (OR) con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%).

Los resultados se analizaron utilizando la información previa del autor y tutores del trabajo. Se realizaron mediante la justificación de los objetivos y la utilización de la información científica aportada por estudios consultados, lo que nos permitió arribar a conclusiones y emitir recomendaciones.

### **Aspectos éticos:**

- Se desarrolló el trabajo sobre la base bioética de la profesión médica cumpliendo los principios éticos fundamentales: la autonomía, el de beneficencia y no maleficencia. Los resultados obtenidos sólo se darán a conocer en eventos y publicaciones de revistas biomédicas; no se utilizó el consentimiento informado ya que se revisaron historias clínicas y carné obstétrico.

## **RESULTADOS**

La tabla 1 muestra el comportamiento de las edades maternas. Podemos plantear que tanto para el GE como el GC la mayor incidencia fue en las gestantes de los grupos de 25-29 y 30-34 años de edad con 15 y 35 casos respectivamente, por ser el período de mayor fertilidad de la mujer en el que se tienen mejores condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas. Resultados semejantes encontró Lira y col.<sup>7,8-12</sup>

**Tabla 1.** Factores epidemiológicos relacionados con la placenta previa según edad materna. Hospital Abel Santamaría Cuadrado. Abril 2006-2007.

EDAD MATERNA (Años).	GE		GC		Total		X <sup>2</sup>	OR	IC
	No.	%	No.	%	No.	%			
15-19	1	5,2	4	6,7	5	6,3	0,05	0,78	0,08-7,41
20-24	2	10,6	13	21,7	15	19,0	1,16	0,43	0,09-2,08
25-29	9	47,4	19	31,7	28	35,4	1,55	1,44	0,68-5,56
30-34	6	31,6	16	26,6	22	27,9	0,17	1,27	0,41-3,91
≥35	1	5,2	8	13,3	9	11,4	0,43	0,36	0,04-3,09
Total	19	100	60	100	79	100	----	----	----

**Legenda:** GE = grupo estudio \*  $p < 0,05$   $GI = 1$

GC = grupo control

En la tabla 2, la edad gestacional en el momento del nacimiento no tuvo significación estadística, sin embargo, al aplicar el OR encontramos que las gestantes con placenta previa tuvieron un riesgo de 3,41 veces de tener sus neonatos entre las 28 y 36.6 semanas de gestación. Estos resultados coinciden con algunos estudios (13-16) que destacan la alta incidencia de prematuridad en pacientes con placenta previa.

**Tabla 2.** Factores epidemiológicos relacionados con la placenta previa según Edad Gestacional (EG) al nacimiento. Hospital Abel Santamaría. Abril 2006-2007.

EG. Semanas.	GE		GC		Total		X <sup>2</sup>	OR	IC
	No.	%	No.	%	No.	%			
< 28.	0	0	1	1,7	1	1,3	3,2	-----	-----
28-36.6	2	10,6	2	3,3	4	5,0	1,5	3,41	0,45-26,06
≥ 37.	17	89,4	57	95,0	74	93,7	0,74	0,45	0,07-2,9
Total	19	100	60	100	79	100	-----	-----	-----

$P < 0,05$   $GI = 1$

La tabla 3 nos muestra los antecedentes maternos asociados a la placenta previa, comportó de forma diferente en ambos grupos. En el caso del grupo estudio la Urbana fue la más frecuente a diferencia del grupo control en el que hubo predominio de la Rural, esta variable no tuvo significación estadística, sin embargo,

al aplicar el OR la procedencia Urbana (OR= 1,7) resultó ser un factor de riesgo de placenta previa (IC de 1,59-4,77).

**Tabla 3.** Factores epidemiológicos relacionados con la placenta previa según antecedentes maternos. Hospital Abel Santamaría Cuadrado. Abril 2006-2007.

	GE		GC		Total		X <sup>2</sup>	OR	IC
	No.	%	No.	%	No.	%			
<b>Procedencia</b>									
Rural	8	42,1	33	55,0	41	51,9	0,96	0,6	0,21-1,69
Urbana	11	57,9	27	45,0	38	48,1	0,96	1,7	1,59-4,77
Total	19	100	60	100	79	100	---	---	---
<b>Ocupación</b>									
Ama de casa	5	26,3	7	11,7	12	15,1	2,4	2,7	0,74-9,82
Estudiante	3	15,7	17	28,3	20	25,4	1,2	0,47	0,12-1,84
Obrera	11	57,9	36	60,0	47	59,5	0,05	1,13	0,4-3,19
Total.	19	100	60	100	79	100	---	---	---
<b>Escolaridad</b>									
Primaria	3	15,7	4	6,6	7	8,9	1,49	2,63	0,53-12,9
Secundaria	2	10,5	4	6,6	6	7,5	0,31	1,65	0,28-9,79
Pre Univ.	5	26,3	17	28,4	22	27,9	0,03	0,9	0,28-2,9
Técnico M.	4	21,0	19	31,7	23	29,1	0,79	0,6	0,17-1,97
Universitario	5	26,3	16	26,7	21	26,6	0,0	0,9	0,3-3,17
Total	19	100	60	100	79	100	---	---	---
<b>Estado nutricional</b>									
Desnutrición	9	47,4	7	11,7	16	20,3	11,39	6,61	3,79-6,18
Normopeso	5	26,3	48	80,0	53	67,0	11,8	0,09	0,03-0,3
Sobrepeso	5	26,3	5	8,3	10	12,7	4,22	3,93	1,8-18,4
Total	19	100	60	100	79	100	---	---	---

**Legenda:** Pre Univ.: Pre Universitario.

\* p<0.05 GI= 1

Técnico M.: Técnico Medio.

En la tabla 4 correspondiente a los antecedentes obstétricos como se observa la paridad no tuvo significación estadística y se comportó de igual forma en ambos grupos con un predominio de gestantes multíparas (n= 31). Al aplicar OR, la multiparidad (OR= 1,55) e IC= 2,55-4,41) resultó ser un factor de riesgo de placenta previa.

**Tabla 4.** Factores epidemiológicos relacionados con la placenta previa según antecedentes obstétricos. Hospital Abel Santamaría Cuadrado. Abril 2006-2007.

	GE		GC		Total		X <sup>2</sup>	OR	IC
	No.	%	No.	%	No.	%			
<b>Paridad.</b>									
Nulípara	5	26,3	13	21,7	18	22,8	0,18	1,29	0,39-4,25
Primípara	2	10,6	15	25,0	17	21,5	1,79	0,35	0,07-1,71
Secundípara	3	15,8	10	16,7	13	16,5	0,01	0,94	0,23-3,83
Múltipara	9	47,3	22	36,6	31	39,2	0,69	1,55	2,55-4,41
Total	19	100	60	100	79	100	-----	-----	-----
<b>abortos</b>									
Si	6	31,6	5	8,3	11	14,0	6,51	5,08	1,34-19,23
No	13	68,4	55	91,7	68	86,0	6,51	0,2	0,05-0,75
Total	19	100,0	60	100,0	79	100,0	-----	-----	-----
<b>Cesárea.</b>									
Si	5	26,3	6	10,0	11	14,0	3,21	3,21	2,85-12,09
No	14	73,7	54	90,0	68	86,0	3,21	0,31	0,08-1,17
Total	19	100	60	100	79	100	-----	-----	-----

P<0,05 G1=1

La tabla 5 representa el modo de terminación del embarazo y muestra una elevación del número de cesáreas en el GE que resultó estadísticamente significativa con un X<sup>2</sup> de 15,1; resultando además un factor de riesgo de placenta previa con un OR= 13,67 e IC entre 2,97-66,4. En el GC el mayor porcentaje alcanzó el parto eutócico que también resultó estadísticamente significativo con un X<sup>2</sup> de 13,4 pero no constituyó un riesgo.



**Tabla 5.** Factores epidemiológicos relacionados con la placenta previa según modo de terminación del embarazo. Hospital Abel Santamaría. Abril 2006-2007.

Modo de terminación.	GE		GC		Total		X <sup>2</sup>	OR	IC
	No.	%	No.	%	No.	%			
Parto Eutócico	2	10,6	34	56,7	36	45,5	13,4	0,09	0,02-0,42
Instrumentado	0	0	3	5,0	3	3,8	0,99	-----	-----
Cesárea	17	89,4	23	28,3	40	50,7	15,1	13,67	2,97-66,4
Total	19	100	60	100	79	100	-----	-----	-----

P<0,05 G1=1.

### Discusión de los resultados

La literatura médica señala que los riesgos para la salud aumentan cuando la madre es adolescente o tiene más de 35 años, porque las condiciones biopsicosociales repercuten en mayor cuantía y existe una mayor incidencia de gestosis e intervenciones obstétricas.<sup>1,2,4, 6,8</sup>

Los estudios muestran que la edad gestacional ideal para el parto se encuentra entre las 37 y 41 semanas. En nuestro trabajo tanto en el grupo estudio como en el grupo control, el mayor número de pacientes tenían más de 37 semanas cuando se les presentó el parto.

En cuanto a la ocupación no se obtuvo al igual que en la procedencia significación estadística aunque las amas de casa tuvieron (OR= 2,7) y las obreras de 1,13 no constituyeron un factor de riesgo de placenta previa.

En el caso de la escolaridad no resultó estadísticamente significativa, aunque las gestantes de escolaridad primaria tuvieron un OR=2,63 y las de escolaridad secundaria OR=1.65 no se consideran como factores de riesgo por los valores del IC 95%.

Analizando el estado nutricional podemos ver que la desnutrición por defecto fue la que predominó en el grupo estudio a diferencia de lo encontrado en el grupo control en el que el mayor número de pacientes eran normopeso; este aunque tuvo significación estadística no constituyó un factor de riesgo en la población estudiada. Al aplicar el estadígrafo X<sup>2</sup> vemos que las gestantes con desnutrición por defecto (X<sup>2</sup>= 11,39) y el sobrepeso (X<sup>2</sup>= 4,22) tuvieron relación estadísticamente significativa con la placenta previa. Así mismo al aplicar OR e IC 95%, la desnutrición por defecto (OR= 6,61) y el sobrepeso materno (OR= 3,93) resultaron ser un factor de riesgo de placenta previa.

Desde hace mucho tiempo se reconoce la importancia de la nutrición materna durante el embarazo. En 1970 la Academia Nacional de Ciencias en Estados Unidos publicó un reporte en el que mencionó diversas experiencias y llegó a la conclusión

de que la nutrición prenatal es uno de los factores más importantes para la salud de las mujeres embarazadas y sus hijos.<sup>17-22</sup>

El antecedente del número de partos previos es usado para establecer el riesgo obstétrico y eventuales resultados adversos del recién nacido. Uno de los factores predisponentes para placenta previa, mencionado por diversos autores<sup>1-8</sup> es la multiparidad. En nuestro estudio al igual que los realizados por dichos autores el mayor riesgo lo constituyeron dichas gestantes, este resultado difiere de lo señalado por Lira y col.<sup>21</sup> y Taylor y col.<sup>23</sup> en sus estudios, en los que el riesgo mayor se reportó en las nulíparas con 55% y 53% respectivamente.

El antecedente de abortos al aplicar el estadígrafo  $X^2$  resultó estadísticamente significativo en nuestro estudio ( $X^2=6,51$ ) y constituyó además un factor de riesgo de placenta previa con un OR= 5.08 e IC= 1,34-19,23. Estos resultados coinciden con los obtenidos por otros autores.<sup>1-8,14,15,22</sup> El antecedente de cesárea anterior aunque no resultó ser estadísticamente significativo se consideró como un factor de riesgo en las pacientes con placenta previa con un OR= 3.21 e IC= 2,85-12,09. Resultados similares encontró Cabar en su estudio.<sup>24</sup> Ananth y col.<sup>25</sup> en un extenso análisis de la asociación de placenta previa con historia anterior de cesárea anterior y aborto, encontraron una relación estadísticamente significativa. Arias<sup>26</sup> considera que la probabilidad de presentar placenta previa es 4 veces mayor en las pacientes con antecedentes de cesárea.

En México,<sup>24</sup> reportaron 22% de cesáreas previas y 28% de abortos anteriores. Estos resultados no son superiores a nuestros hallazgos de 26,3% para cesárea previa y 31,5% para abortos anteriores. La literatura estudiada plantea la influencia negativa de los abortos, la multiparidad y la cesárea anterior para favorecer la génesis de la placenta previa e incluso la predisposición al acretismo placentario que complica el futuro de la paciente.<sup>1-8, 14, 15, 25</sup>

El riesgo de asfixia fetal en un feto estable puede ocurrir debido a la hipotensión materna supina o anestésica, lo mismo en los casos de extracción difícil y aspiración de líquido amniótico.<sup>26, 27</sup> Sin embargo a esta terapéutica se le atribuyen ventajas evidentes en una gran mayoría de casos con placenta previa en la detención de las pérdidas sanguíneas.

Pritchard y col.<sup>28</sup>, señalan que la cesárea es el método aceptado para el nacimiento en prácticamente todos los casos de placenta previa. En las gestantes estudiadas, la vía abdominal representó el 89,4% de los casos (17casos). En los autores consultados hubo variaciones desde 52,4% hasta 100%.<sup>11, 14,28-32</sup>

## **CONCLUSIONES**

En la presente investigación arribamos a las siguientes conclusiones: La edad materna de más frecuente asociación con la placenta previa se encontró en el grupo de edades de 25 a 34 años. Los principales factores epidemiológicos asociados a la placenta previa en nuestra investigación fueron: la procedencia urbana, la multiparidad, los antecedentes de aborto y cesárea anterior, la operación cesárea como modo de terminación del embarazo y la ganancia de peso materno inadecuada (desnutrición por defecto y por exceso). El mayor número de nacimientos se presentó entre las 28 y 36.6 semanas de gestación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Manual de Diagnósticos y tratamientos en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.p.166.
- 2- Rigol Ricardo O, Cutié León E, Santisteban Alba S, Cabezas cruz E. Obstetricia y Ginecología. 1ª .ed. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.157-158.
- 3- Crane JM, Van den Hof MC, Dodds L, Armson BA, Liston R. Maternal complications with placenta previa. Am J Perinatol .2000; 17:101-5.
- 4- Dola CP, Garite TJ, Dowling DD, Friend D, Ahdoot D, Asrat T. Placenta Previa: does its type affect pregnancy outcome? Am J Perinatol .2003; 20:353-60.
- 5- Williams obstetricia. Parte I. Ciudad de la Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2007.p.
- 6- Botero J, Júbiz A, Henao G. Texto Integrado de Obstetricia y Ginecología. 7ª.ed. Santafé de Bogotá: Editorial Quebecor World; 2004.p. 220 - 226.
- 7- Balestena J, Balestena S, Rodríguez B. Paciente obstétrica críticamente enferma. Rev Ciencias Med. 2004; 8 (1): Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-fcm/rev-fcm81/rev-fcm815.html>
- 8- Faneite P, Delgado P, Sablone S. En cuánto contribuye el embarazo de riesgo a la mortalidad perinatal. Rev Obstet Gynecol Venez. 2003; 63(2): 61-66. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322003000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322003000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- 9- Aristizábal Juan Felipe, Gómez Germán Alberto, Lopera Juan Francisco, Orrego Laura Victoria, Restrepo Carlos, Monsalve Germán et al . Paciente obstétrica de alto riesgo: ¿dónde debe realizarse su cuidado periparto?. Rev Colomb Obstet Ginecol [serial on the Internet]. 2005 Jun ; 56(2): 166-175. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342005000200008&lng=es.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000200008&lng=es)
- 10- López VA, Pimentel KA, Matos EC, Torales MB. Complicaciones maternas fetales. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29(7):358-365.
- 11- Guise JM, Berlin M, McDonagh M. Safety of vaginal birth after cesarean a systematic review. Rev Obstet Gynecol .2004; 103: 420-9.
- 12- Puentes RE, Gómez DO, Garrido LF. Las cesáreas en México, tendencias, niveles y factores asociados. Rev Salud Pública Mex. 2004; 46: 16-22.
- 13- Hernández Cabrera Jesús, Hernández Hernández Danilec, García León Lázaro, Rendón García Silvia, Dávila Albuerne Bárbaro, Suárez Ojeda Roberto. Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2003 Ago; 29(2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2003000200002&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2003000200002&lng=es)
- 14- Rivas MG, López JR, Capretta CD, Colmenares BE. Placenta previa. Estudio retrospectivo 1988 - 1992. Rev Obstet Ginecol Venez.2007; 61(4):217-222.

Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322001000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322001000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

15- Grillo-Ardila Carlos Fernando. Manejo ambulatorio de la paciente con placenta previa revisión sistemática. Rev Colomb Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2007 Jun; 58(2): 129-135. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342007000200006&lng=es.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342007000200006&lng=es)

16- Cabar FR, Nombra RM, Costa LC, Alves EA, Zugaib m. Cesárea previa como factor de riesgo de la placenta previa. Rev Bras Ginecol Obstet.2004; 26(9):709-714.

17 - Minkoff H, Powderly KR, Chervenak F, McCullough LB. Ethical dimensions of elective primary cesarean delivery. Rev Obstet Gynecol. 2004; 103: 387-92.

18- Creasy RK, Iams JD. Maternal Fetal Medicine. 5<sup>th</sup> ed. USA: Editorial Saunders Company; 2004.p. 623 \_ 661.

19- Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death a systematic review. Lancet .2006; 367:1066-74.

20- Urbina Sergio Enrique, Aguilar Pilar. Placenta percreta: reporte de caso en relación con un protocolo quirúrgico obstétrico. Rev Colomb Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2006 Mar ; 57(1): 58-61. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342006000100009&lng=es.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342006000100009&lng=es)

21- Mesqueta M, Iramain R, Troche Z. Anemia neonatal dentro de las 24 horas de vida. Pediatr Asunción.2005; 32(1):10-15.

22- Magann EF, Cummings JE, Niederhauser A, Rodriguez-Thompson D, McCormack R, Chauhan SP. Antepartum bleeding of unknown origin in the second half of pregnancy: a review. Obstet Gynecol Surv. 2005; 60:741-5.

23- Controversias en Ginecología y Obstetricia. 2006; 16:2564-94.

24- Bhide A, Thilaganathan B. Recent advances in the management of Placenta previa. Curr Opin Obstet Gynecol .2004; 16:447-51.

25- Morales LA, Insunza FA, Latorre RR. Manejo exitoso de la hemorragia post parto por acretismo placentario. Rev Chil Obstet Gynecol. 2006; 71(2):121-124.

26- Love CD, Fernando KJ, Sargent L, Hughes RG. Major placenta praevia should not preclude out-patient management. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol .2004; 117:24-9.

27- Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. Obstet Gynecol .2006; 107:927-41.

28- Escobar MF, García FA, Herrera EJ, Guerrero JE. Cirugía de control de daños. Rev Colomb Méd.2005; 36(2):110-114.

29- Placenta praevia and placenta praevia-accrete: diagnosis and management [RCOG Guidelines page] January 2005.[ Citado 3 Abr 2006 . Disponible en:<http://www.rcog.org.uk>.

30- Sosa OA, Surita PJ, Giugni CHE, Bermedes ZA, Diaz GL, Martinez DY. Anatomía vascular del sistema umbilical. Rev Obstet Ginecol Venezuela.2004; 64(2):69-76. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322004000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322004000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

31-Bustos P, Delgado J, Greibi D. Rotura uterina espontánea por placenta percreta. Rev Chil Obstet Ginecol.2003; 68(6):519-522.

32- Neilson JP. Interventions for suspected placenta praevia (Cochrane review). The Cochrane Library. Issue 1; 2006. Disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lang=es&lib=COC>

Recibido: 23 de Noviembre de 2008.

Aprobado: 16 de Marzo de 2009.

Lic. en Enfermería Yuraicis Rivero Pérez, MSc. en Atención Integral a la Mujer. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado". Dirección: Calle 5ta ampliación, Coop 19 Apto 2. Reparto H. Cruz. Pinar del Río.