



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

EMBARAZO DE 31 SEMANAS DE GESTACION
Y PLACENTA PREVIA CENTRAL.

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN
ENFERMERIA

P R E S
MONTIEL DIAZ

OBSTETRICIA
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE ESTUDIOS
MARIA IRENE
U. N. A. M.
VALVERDE MOLINA

ASESORA: LIC. IRMA

MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
AÑO DE 1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

CONTENIDO

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	3
UNIVERSO DE TRABAJO	4
MUESTRA	4
MARCO TEORICO	
- UTERO	
. Generalidades	5
. Localización	7
. Relaciones	7
. Histología	8
. Elementos de sostén (Ligamentos)	11
. Irrigación	13
. Vasos linfáticos	15
. Inervación	15
- FECUNDACION	17
- IMPLANTACION	18

- LA PLACENTA

. Características generales	21
. Localización	23
. Tamaño	24
. Morfología	25
. Histología	26
. Circulación Feto-Placentaria ...	28
. Circulación Utero-Placentaria ..	30
a) Venas	
b) Arterias	

- PLACENTA PREVIA

. Etiología	32
. Variedades	34
a) Placentas No Oclusivas	
b) Placentas Oclusivas	
. Curso clínico	38

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

. Concepto	40
. Agente	40

. Huesped	41
. Medio ambiente	41
. Lugar de implantación	41
. Cambios tisulares	42
. Signos y síntomas inespecíficos .	42
. Signos y síntomas específicos .	43
. Complicaciones	44
- NIVELES DE PREVENCIÓN	
. Promoción a la salud	46
. Protección específica	46
. Diagnóstico precoz	46
. Diagnóstico diferencial	49
. Tratamiento	50
. Pronóstico	53
HISTORIA CLINICA	54
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA	61
CONCLUSIONES	77
BIBLIOGRAFIA	80

INTRODUCCION :

En la presente investigación se pretende - dar a conocer algunos factores que contribuyen a que se - presente la Placenta Previa Central, su diagnóstico y tra^utemiento. Este es un transtorno del embarazo que se preesenta cuando la placenta se implanta en el segmento uteri^uno inferior o en la zona de dilatación y borramiento del cervix; constituyendo así una obstrucción para el descens^o de la presentación, produciéndose con ello un riesgo - tanto para la madre como para el producto, si este proble^uma no es detectado oportunamente.

Se desconocen las causas que originan la - Placenta Previa Central, pero existen algunos factores -- que pueden contribuir los cuales son; Endometrio Cicatri^zado, Presencia de Miomas, Cesáreas Anteriores, Operacio^unes en Utero (Miomectomias), Defectos de Decidua en la - parte Superior del Utero, etc.

Este padecimiento no se presenta con gran frecuencia: Se dice que se pueden encontrar aproximadame^un

te en 1:200 nacimientos, de los cuales un 90% concluyen - el embarazo sin mayores problemas. Entre las grandes multiparas la frecuencia puede ser tan alta como de 1:20 nacimientos, también puede encontrarse Placenta Previa hasta en un 5% de los abortos espontáneos, aunque suele no ser descubierta su presencia. (1)

Para realizar esta investigación se tomó a una paciente del Servicio de Hospitalización de Gineco---Obstetricia , del Hospital General de Cusutitlán " General José Vicente Villada"; que ingreso con diagnóstico de Placenta Previa Central. A esta paciente se le realizó un Plan de Atención de Enfermería de acuerdo a sus necesidades, una Historia Clínica de Enfermería, la Historia Natural de la Placenta Previa Central y se evaluó su evolución.

(1) Bensón, Ralph ; DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
GINECOOBSTETRICOS; pg. 371.

OBJETIVOS :

- Obtener información de los factores que pueden propiciar la Placenta Previa Central.

- Proporcionar los cuidados específicos a una paciente con Placenta Previa Central.

UNIVERSO DE TRABAJO :

- Servicio de Hospitalización Gineco - Obstetricia, -- Hospital General, Cuscutitlán, " General José Vicente Villada ".

MUESTRA :

- Paciente del Servicio de Hospitalización Gineco - Obstetricia con diagnóstico de Placenta Previa Central.

UTERO

GENERALIDADES;

El útero es el órgano donde se efectúa la -
la menstruación, la implantación del óvulo fecundado,
el desarrollo del feto durante el embarazo y el parto
Tiene forma piriforme (fig. 1), en la adulta joven
nullípara mide 7.5 cm de longitud, 5 cm de ancho y ---
1.75 cm de grosor.

Las subdivisiones anatómicas del útero in--
cluyen:

- Fondo; es la parte situada arriba de la -
entrada de las trompas uterinas.

- El cuerpo; es la porción central, que es-
de mayor tamaño y presenta forma ahusada.

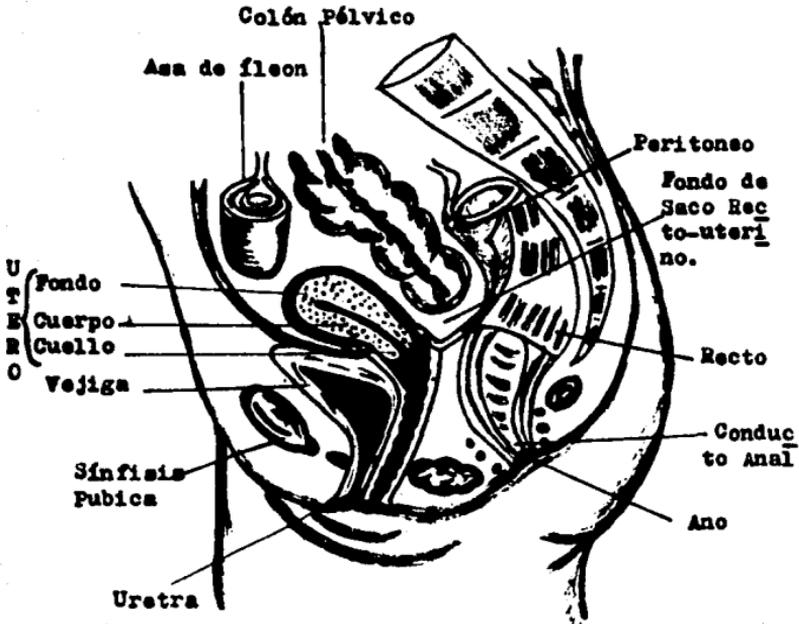
- Cuello uterino o Cervix; es la porción in-
ferior abierta y estrecha, que se comunica con la va-
gina y se divide en las partes supravaginal y vaginal
del cuello.

- El istmo; se encuentra entre el cuerpo y
el cuello, es la región angosta que mide 1 cm de longi-
tud.

- El Cuerpo Uterino; Tiene aproximadamente:
4 cm y forma triangular. La pared del cuerpo uterino-
es más gruesa y esta formada por peritoneo (perime---
trio), músculo liso (miometrio) y un tejido glandular
en su parte interior (endometrio).

- Se denomina Cavidad Uterina al interior -

Fig. 1 : Sección sagital de la
cavidad pelviana y periné
femenino.



FUENTE : Snell, R. S ; ANATOMIA CLINICA ; pg 291

del cuerpo del útero.

La unión de la Cavidad Uterina y el Canal - del Cuello Uterino, presenta un orificio llamado Orificio Interno del Utero, mientras el Orificio Uterino (Orificio Externo del Utero) es el punto en el que el cuello se comunica con la vagina. (2)

LOCALIZACION :

El útero, localizado entre el recto y la vejiga está apoyado sobre esta última (fig. 1). Se encuentra incurvado hacia adelante y forma un ángulo -- recto respecto al canal vaginal. La superficie vesical está en relación directa con la vejiga y el peritoneo no cubre esta zona del útero por completo. La superficie intestinal del útero está totalmente cubierta por peritoneo, y en relación directa con el íleon. Puede notarse que el apéndice puede colgar dentro de la cavidad pélvica muy cercana del útero. (3)

RELACIONES :

En la Parte Anterior; el cuerpo del útero - se relaciona con el fondo de Saco Utero-Vesical y la cara superior de la Vejiga. El Cuello Supravaginal se relaciona con la cara superior de la vejiga. El Cuello

- (2) Tortora, G y Anagnostakos, N ; PRINCIPIOS DE ANATOMIA Y FISILOGIA ; Pgs. 918 a la 920.
- (3) Danforth, David W ; TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA; pg. 57

Vaginal se relaciona con el Fórnix anterior de la Vagina.

En la parte Posterior; El cuerpo del útero se relaciona con el fondo de Saco Recto-Uterino (de -- Douglas), que contiene asas de ileon o de colón pélvico.

En la parte Lateral; El cuerpo uterino se relaciona con el ligamento Ancho y la arteria y vena uterina. El Cuello Supravaginal se relaciona con el uréter en el sitio donde éste pasa hacia adelante para entrar en la vejiga. El Cuello Vaginal está relacionado con el Fórnix Lateral de la Vagina. Las trompas uterinas entran a los ángulos Superolaterales del Útero y los ligamentos redondos del ovario y del útero se fijan a la pared uterina justo debajo de este nivel. (4)

HISTOLOGIA :

En cuanto a sus características histológicas, el útero consiste en tres capas de tejido (fig 2) las cuales son;

- La Capa externa; forma parte del peritoneo parietal, y se le denomina TUNICA SEROSA y en sen

(4) Snell, R.S ; ANATOMIA CLINICA ; Pg. 296.

tido lateral se transforma en Ligamento Ancho. En di-
rección anterior, la serosa se refleja sobre la vejiga
y forma la pequeña Excavación Vesicouterina (Fondo de
Saco Vesicouterino), mientras que posteriormente se re
pliega sobre el recto para dar origen a una " bolsa ",
la Excavación Rectouterina (Fondo de Saco Douglas) que
es el punto más bajo de la cavidad pélvica.

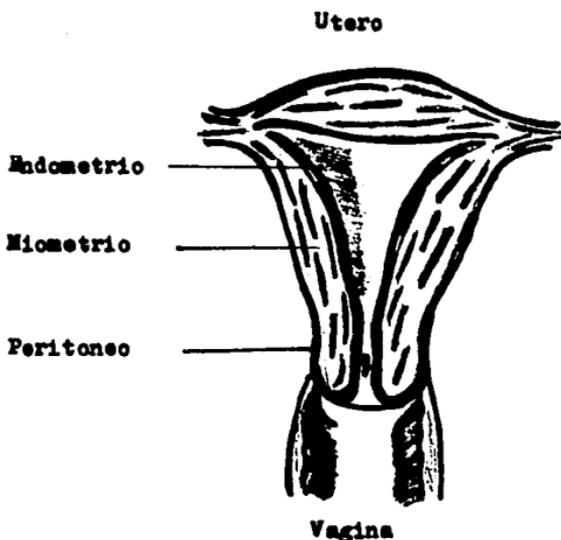
La Capa Media del Utero es el MIOMETRIO, y -
el corresponde a la mayor parte del grosor de la pared
uterina. Consiste en fibras de músculo no estriado (li
so), y es más gruesa en el fondo y más delgada en el -
cuello. Las contracciones coordinadas de estas fibras
durante el parto facilitan la expulsión del producto -
en dirección a la vagina.

La Capa Interna del Utero es el ENDOMETRIO ,
túnica mucosa compuesta de dos capas principales. La -
Capa Funcional, que es la de disposición más interna -
de la pared del útero, se desprende durante la menstru
ación, mientras que la Capa Basal es permanente y da -
origen a una nueva capa funcional después de la men-
struación. El Endometrio contiene numerosas glándulas.

(5)

(5) Tortora, G y Anagnostakos, N ; PRINCIPIOS DE
ANATOMIA Y FISIOLÓGIA: op cit. pg. 920

Fig. 2 : Capas anatómicas del útero.



**FUENTE ; Mondragón Castro, Hector ; OBSTETRICIA
BASICA ILUSTRADA ; pg. 16.**

ELEMENTOS DE SOSTEN (LIGAMENTOS) ;

Diversas estructuras, que son extensiones - del peritoneo parietal o cordones fibromusculares, y a las que se le denominan ligamentos, cuya función -- principal es sostener y mantener al útero en su posición.

El útero tiene cinco pares de ligamentos -- los cuales son; (fig. 3)

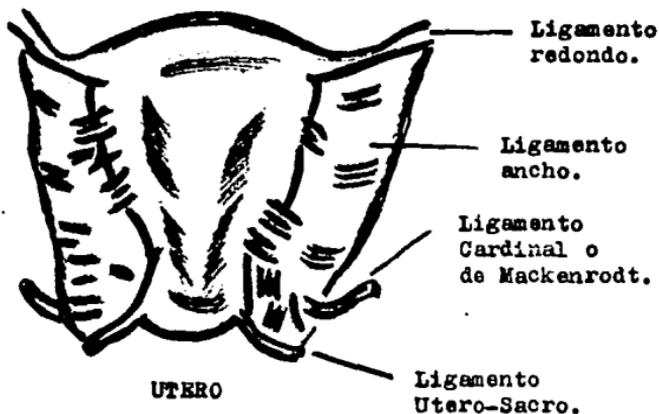
- Ligamentos Anchos: son expansiones del peritoneo sobre los bordes del útero a las paredes laterales de la pelvis; las dos capas que lo forman se extienden sobre las trompas uterinas, desde el suelo de la pelvis. Además del útero, ambas capas del ligamento - ancho contienen restos embrionarios, el ligamento ovarico, vasos linfáticos y nervios.

- Ligamentos Redondos; del útero, se extiende lateralmente desde el fondo, entre las hojas de ligamento Ancho a la pared lateral pelviana, abandonando por último la cavidad abdominal a través del anillo interno del conducto inguinal.

- Los Ligamentos Cardinales; se extienden desde la pared pélvica lateral al cervix uterino, y son condensaciones de la fascia subserosa que esta alrededor de los vasos sanguíneos del útero.

- Los ligamentos Utero-Sacros son también - condensaciones de la fascia subserosa que se extienden desde el sacro, alrededor del recto, al cervix.

**Fig. 3 : Ligamentos uterinos o
Elementos de Sosten.**



**FUENTE : Méndragón Castro, Hector ; OBSTETRICIA
BASICA ILUSTRADA, op cit, pg. 16**

- Ligamentos Utero-Vesicales; son condensaciones de la fascia de subserosa que se extiende por delante, desde el útero a la base de la vejiga urinaria.

Los ligamentos Utero-Sacros y Cardinales -- son, los más importantes del útero. Sin ellos, el útero tiende a desplazarse hacia abajo, a través de la vagina, situación denominada Prolapso Uterino. Los ligamentos Redondos tienen poco valor, y los repliegues peritoneales tienen, de la misma forma, poca importancia. Los pliegues Anchos probablemente sirven para -- mantener al útero en su posición. (6)

IRRIGACION :

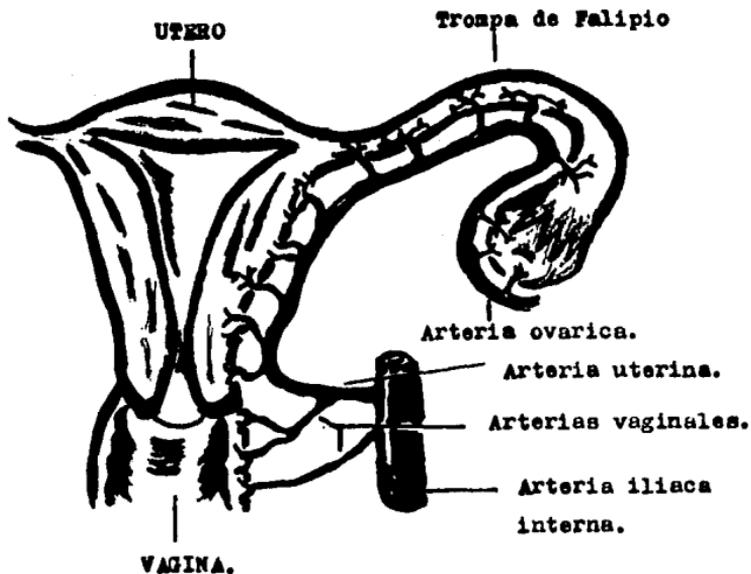
La Irrigación Arterial del útero proviene -- principalmente de la Arteria Uterina, rama de la Arteria Iliaca Interna. Llega al útero viajando medialmente en la base del Ligamento Ahocho (fig. 4). Cruza -- arriba del uréter a ángulos rectos y llega al cuello, a lo largo del margen lateral del útero dentro del ligamento Ancho y termina haciendo anastomosis con la -- arterio ovarica, que también irriga al útero.

La Vena Uterina, sigue a la arteria y drena en la vena Iliaca Interna. (7)

(6) Danforth, David N ; TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA ; op cit. pgs. 57 y 58.

(7) Snell, R S ; ANATOMIA CLINICA ; op cit, pg. 296

Fig. 4 : La irrigación arterial del útero proviene principalmente de la Arteria Uterina y de la rama de la Arteria Iliaca Int.



FUENTE : Danforth, David N ; TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA , op cit. pg. 59

VASOS LINFATICOS :

Embriológicamente el sistema linfático uterino se deriva de conductos venosos. El drenaje linfático del útero se dirige hacia los ganglios iliacos, aórticos, sacros inguinales. Sin embargo los linfáticos del útero y de los órganos vecinos se entrelazan permitiendo así un flujo en avance y retroceso. (8)

Los vasos linfáticos del fondo uterino acompañan a la arteria ovarica y drenan a los ganglios paraaórticos a nivel de la primera vertebra lumbar. Los vasos del cuerpo y cuello drenan hacia los ganglios linfáticos siguen al ligamento redondo del útero a través del conducto inguinal y drenan hacia los ganglios linfáticos inguinales superficiales. (9)

INERVACION :

Los Nervios Simpáticos: surgen de los segmentos medulares T 12 y L 1, y alcanzan al útero a través del plexo hipogástrico y de las arterias uterinas.

La Inervación Parasimpática: se realiza mediante el nervio pélvico desde los segmentos 2^a, 3^a, 4^a sacros. El papel de los nervios es todavía poco co

-
- (8) Bensón, Ralph; MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, pg. 17
- (9) Snell, R.S.; ANATOMIA CLINICA, op cit. pg. 296

nocido puesto que, denervamos al útero, este órgano - continúa funcionando.

. La Inervación Sensitiva ; es más importante las terminaciones nerviosas estan en relación con las arterias del miometrio; hay muy pocas en el endometrio Las zonas del útero cubiertas por el peritoneo siguen a los nervios simpáticos a través del plexo hipogástrico hasta los segmentos medulares T 12 y L 1; las del cervix siguen a los nervios pélvicos hasta los segmentos sacros. El dolor uterino suele referirse a las regiones sacroilíacas y púbicas. (10)

(10) Danforth, David N ; TRATADO DE OBSTETRICIA
Y GINECOLOGIA, op cit. pg. 58

REGUNDACION .

Las glandulas endometriales empiezan, alrededor del 14o dia de un ciclo menstrual ovulatorio tipico, a desarrollar el contorno que las asemeja a plumas, caracteristico del endometrio de la gestación. - Las células del estroma toman su forma poligonal de células deciduales. Esta preparación para la implantación del óvulo fertilizado es propiciado por la progesterona (elaborada por el cuerpo lúteo) y en menor grado por los estrógenos.

A continuación de la capacitación (preparación del óvulo para la entrada del espermatozoide y la fertilización, que se efectúa normalmente en el tercio externo de la Trompa de Falopio, el huevo evoluciona a blastocito embrionario. Para llegar al útero, el blastocito requiere de 3 - 4 días, y la implantación tiene lugar 5 - 6 días después. Durante el periodo previo a la implantación, el embrión depende de las células granulosas adheridas, y posiblemente también los fluidos tubaricos y uterinos contribuyen a su nutrición (Fase Histotrófica del embrión). (11)

(11) Benson, Ralph; MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA; op cit. pg. 63

IMPLANTACION

El corión, capa más externa del óvulo fertilizado, sirve para la nutrición y protección del embrión y consta de una capa interna mesodérmica y una externa ectodérmica denominada trofoblasto. Inicialmente el Trofoblasto es un sincitio poco definido, pero pronto se diferencia en dos tipos de tejido :

Uno interno, capa de Langhans o Citotrofoblasto y otro externo confluyente, Sincitiotrofoblasto o Plasmotrofoblasto.

El trofoblasto produce enzimas proteolíticas capaces de destruir rápidamente el endometrio, y aun el miometrio. Esto permite al embrión penetrar pronto a la capa funcional del endometrio, pero por lo general no más allá de la capa compacta. La invasión más profunda (placenta Accreta) es impedida por una membrana de fibrina hializada, que se forma atrás del trofoblasto invasor (estrías de Nitabuch) y detiene el avance.

Normalmente el blastocito se implanta al 5º ó 6º día de su llegada a la cavidad uterina, y lo hacen comunmente en la caduca que reviste la pared anterior o posterior del endometrio fúndico. El sitio de nidación cicatrizado de inmediato. Para entonces es posible reconocer tres capas o zonas de decidua:

- La Decidua Capsularis o Caduca Refleja ,

que recubre a la mucosa uterina que rodea al huevo.

- La Decidua Basalis o Caduca Serotina, debajo del embrión, y

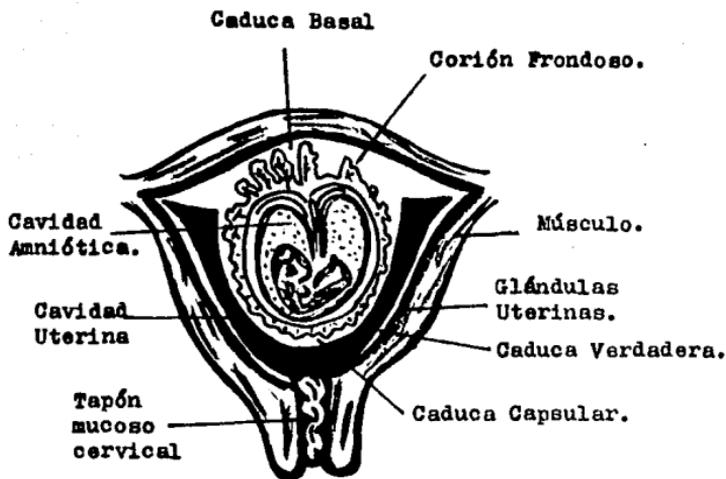
- La Decidua Parietalis o Caduca Verdadera, que tapiza al resto de la cavidad uterina. (fig. 5)

La Decidua Capsular desaparece en el momento que el embrión ha crecido lo suficiente para llenar - la cavidad uterina. La Decidua Basal ocupa el lugar - del futuro desarrollo de la placenta.

Al rededor de las 10 - 11 semanas, el amnios el corión y la decidua capsular atenuado que componen la membrana de la cavidad amniótica, contiene líquido suficiente para llegar a estar en oposición con la decidua parietal para obliterar la cavidad uterina por toda la duración del embarazo. (12)

(12) Bensón, Ralph ; MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, op cit. pgs. 63 y 64.

Fig. 5 : Las zonas de la decidua o caducas son: a) Basal o Serotina, b) Verdadera, c) Capsular.



FUENTE : Bensón, Ralph ; MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, op cit. pg. 64

LA PLACENTA

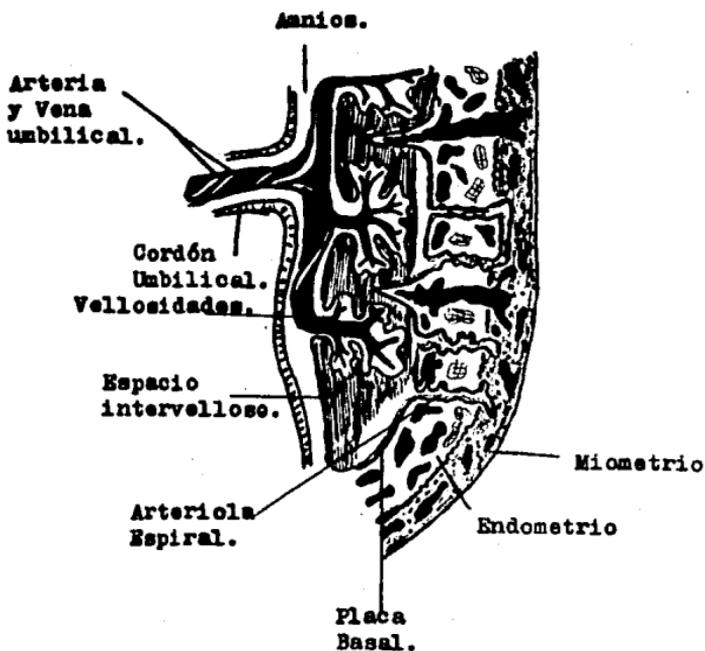
CARACTERISTICAS GENERALES:

La Placenta Madura (fig. 6), es un órgano - carnososo, redondeado y aplanado, de color rojo azulado sus diámetros miden 15 - 20 cm y su espesor es de 3cm Pesa 400 - 600 grs, o sea, más o menos, la sexta parte del peso del recién nacido. El cordón umbilical -- (Funis) se extiende de la superficie fetal de la placenta al ombligo del producto. Las membranas fetales se originan del margen placentario. En los embarazos-múltiples puede existir una o más placentas, de acuerdo con el número de huevos implantados y el tipo de - segmentación que se siga. La placenta tiene un origen mixto, o sea, materno-fetal. Al término, cerca de cuatro quintos son de origen fetal.

La posición materna de la placenta está -- constituida por hojas comprimidas de decidua basal, - vestigios vasculares y en su periferia por decidua esponjosa. La placenta es dividida en cotiledones por - surcos o hendiduras irregulares. Al desprenderse la - placenta de la pared uterina en el alumbramiento maternal aparece rugosa, roja y esponjosa.

La posición fetal de la placenta está constituida por numerosas vellosidades. Son éstas, ramificaciones terminales de la circulación fetal, sirviendo así mismo como medio de transporte para los productos metabólicos. La superficie vellosa expuesta a la-

Fig. 6 : Corte transversal de
la Placenta Madura.



FUENTE : Benesón, Ralph ; MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, op cit. pg. 66

sangre materna, se ha calculado en 50 m². El sistema - capilar fetal dentro de las vellosidades tiene una longitud de casi 50 km. La mayoría de las vellosidades -- flotan libres en el espacio interveloso, pero una que otra vellosidad-garfio ancla a la placenta en la decida basal. La superficie fetal de la placenta está recubierta por membranas amnióticas, son lisas y brillantes. Las ramas de los vasos umbilicales circulan sobre estas membranas antes de introducirse en la placenta.

(13)

LOCALIZACION :

La placenta definitiva aparentemente tiende a formarse y a delimitarse así misma en la zona en la que el suministro de sangre es más satisfactorio. Cuando la implantación tiene lugar en la posición más inferior del útero, lo que casi con seguridad es el antecendente anatómico de la Placenta Previa, el suministro de sangre no es tan eficiente como lo es en el cuerpo y la placenta generalmente es mucho más grande en el área y de menor grosor. Ya que, sin embargo, la totalidad de la superficie del corión esta en sus estadios primitivos recubierta con vellosidades placentarias que participan en la circulación fetal y que luego se pierden secundariamente, la placenta puede asentarse casi en cualquier sitio. (14)

(13) Bensón, Ralph; MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA; op cit. pgs. 66 a la 68.

(14) Danforth, David N ; TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, op cit; pg. 297

TAMAÑO :

En el segundo trimestre, la placenta es aproximadamente del mismo tamaño que el feto; a medida que avanza la gestación, se hace relativamente más pequeña, aunque sigue creciendo hasta el término. La placenta eventualmente alcanza un tamaño de: Diámetro de 15 - 20 cm y espesor de 3 cm. Al término, la relación de su peso al del feto es de alrededor de 1:6, pero puede variar de 1:2 a 1:10. El peso de las membranas y el cordón es trivial. Las placentas de menor tamaño están asociadas con fetos menores. Los infartos placentarios extensos no están en relación con una disminución llamativa del peso placentario. El edema de placenta, sin embargo, en ocasiones causa un incremento de peso, así como una alteración en el color.

La observación de que la placenta sigue creciendo en tamaño, establece un punto clínicamente importante. Esta claro que el bienestar del feto depende del crecimiento de la placenta, y que este crecimiento ha de mantenerse parejo con el feto. Si la placenta falla, el feto, o bien nace o experimenta tendencia a la asfixia, o incluso muere. Es incuestionable que, en determinadas circunstancias, la placenta no crece lo suficiente para mantener las necesidades del feto, y el resultado es o bien que este se marchita, adquiere un aspecto poco saludable, debido a la disminución de la grasa subcutánea, y su tamaño y maduración están por debajo de lo normal, o incluso llevar

a montinato. Existe, sin embargo, poca evidencia de que el crecimiento placentario esté limitado a condiciones normales o que esta limitado y restrinja el crecimiento fetal. (15)

MORFOLOGIA :

Normalmente, la placenta conciste en vasos sanguíneos y espacios vasculares, con una pequeña cantidad de tejido conectivo y un, relativamente transparente, endotelio en la superficie de las vellosidades. La superficie materna de la placenta normalmente tiene un color rojo oscuro, debido a la sangre venosa. La superficie fetal es brillante, y consiste en grandes vasos y paredes opacas que cursan por la superficie opalescente del gruecorión. El color pálido de la placenta edematosa está normalmente reforzado en la superficie fetal, porque muchas condiciones que producen edema placentario están asociadas con anemia fetal.

La placenta, en su superficie materna esta normalmente fraccionada en 12 a 20 subdivisiones, conocidas como cotiledones. No existe un patrón consistente en cuanto a la forma de anclaje de las vellosidades

----->

(15) Danforth, David N; TRATADO DE OBSTETRICIA
Y GINECOLOGIA ; op cit. pg. 298

o los septos de tejido conectivo que establezca la - distribución de los cotiledones. La arborización de - los vasos fetales eventualmente está distribuida en - pequeñas unidades placentarias, cada una de las cua-- les esta irrigada por una arteria en el lado materno. El flujo de sangre se esparce hacia afuera. Existen - alrededor de 50 de estos lóbulos en la placenta huma-- na. (16)

HISTOLOGIA :

Con el tiempo se producen cambios en la apa-- riencia microscópica de la placenta. Las vellosidades primitivas son reemplazadas por vellosidades que con-- tienen vasos sanguíneos y una cantidad relativamente-- grande de tejido conectivo. Su superficie está cubier-- ta por una doble capa de epitelio, siendo la más inter-- na el Citotrofoblasto (Capa de Langhans) y la externa el Sincitiotrofoblasto. Existe evidencia de que el -- Sincitiotrofoblasto deriva del Citotrofoblasto.

Algunas de las vellosidades se extienden -- hasta la decidua basal, y su soporte de tejido conec-- tivo se convierte en zonas de anclaje de la placenta. Otras forman los troncos principales, a través de los

(16) Danforth, David N.; TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA; op cit. pgs. 298 y 299.

cuales los grandes vasos fetales fluyen y desde los que se ramifican los secundarios y los terciarios. A medida que la gestación avanza, las vellosidades contienen cada vez menos tejido conectivo; hacia el término, las ramas vellosas más extensas consisten un poco más que capilares fetales rodeadas por el sincitio trofoblasto, que es equivalente a la capa de endotelio del espacio intervelloso.

Existen dos células que pueden encontrarse en el tejido conectivo. Una de ellas es la célula plasmática, que ordinariamente es bastante rara, pero que ha sido identificada en relación con la Agamagloculinemia Materna. La otra, es la célula de Haubauer, que tiene una apariencia variable, dependiendo del tipo de preparación con que se ve. Generalmente, tiene una pequeña cantidad de citoplasma eosinófilo y un denso núcleo basófilo. Contrasta con las células de tejido conectivo, que contiene muy poco citoplasma y tiene un núcleo menor y más picnótico. La célula de Haubauer es un fagocito y ha demostrado tener receptores de su periferia para la IgG.

A medida que avanza la gestación, el trofoblasto se extiende cada vez más fino sobre la superficie de las vellosidades, y su núcleo tiende a acumularse en zonas localizadas. Esto lleva al conocido nudo sincitial. En respuesta a una agresión, el trofoblasto tiende a revertir a un tipo más primitivo y, con una enfermedad fetal, se puede ver ocasionalmente

citotrofoblasto. Un acontecimiento, sin embargo, es el depósito de fibrina materna en la superficie de las vellosidades. Aparentemente, este puede ocasionar quizá por la interferencia con el flujo del espacio intervilloso, que grandes zonas de un cotiledón queden privadas de la normal circulación materna. Esto, al término parece que va seguido de una disminución de la cavidad del lado fetal, y eventualmente puede ser observada una gran área inactiva de la placenta que lentamente va hacia la involución. (17)

CIRCULACION FETO-PLACENTARIA ;

Efectuada la nidación, se empieza a formar en el Plasmotrofoblasto pequeñas lagunas que más tarde confluyen. Estas lagunas, que se convertirán en espacios intervillosos, se llenan de sangre materna proveniente de las venas erosionadas. Al abrirse a ellas un vaso arterial materno, se inicia una circulación lenta dando así, principio a la fase hematotrófica del embrión. El sistema lacunar está dividido por trabéculas muchas de las cuales emiten prolongaciones. Por dentro de estas proyecciones, el citotrofoblasto forma un núcleo mesenquimatoso. El núcleo se canaliza después y se establecen conexiones con otros vasos sanguíneos -

(17) Danforth, David N ; TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, 8ª ed. cit. pgs. 299 a la 301.

potenciales. Las ramificaciones vascularizadas reciben el nombre de vellosidades coriónicas.

Las ramificaciones más extensas del árbol velloso se desarrollan en la zona del corión más inmediata a la región del aprovisionamiento de sangre materna (corión frondoso), y que corresponde a la zona de la futura placenta. En el resto del corión se desarrollan escasas vellosidades (corión leve). Las vellosidades están sobre el corión (corión reflejo).

El sistema velloso es comparable a un abeto invertido. Las ramas se dirigen hacia abajo y afuera del espacio intervelloso. Es probable que esta disposición favorezca determinadas corrientes y establezca gradientes sanguíneos, como sucede en el hígado. De todas formas, esta distribución ayuda al depósito de fibrina, hecho comúnmente observado en la placenta madura.

Las subdivisiones de la placenta en cotiledones puede apreciarse desde las primeras etapas del desarrollo de ésta. Los cotiledones se separan entre sí por columnas de tejido fibroso delgado (tabiques placentarios). Los tabiques carecen de vascularización.

Los cotiledones se intercomunican por fenestraciones. Los tabiques propios de cada cotiledón tienen sólo unas aberturas. Sin embargo, la región superior de los espacios intervellosos, a lago subcoriónico proporciona ciertas comunicaciones entre los cotiledones.

CIRCULACION UTERO-PLACENTARIA :

a) Venas:

En toda la extensión de la decidua basal --- (placa basal de la placenta) es posible identificar muchos orificios venosos localizados aleatoriamente. Durante toda la gestación perdura un gran número. Estas venas no tienen esfínteres y no se observa arteriolización de ellas que pudieran sugerir comparaciones de la placenta y una fístula arteriovenosa.

La placenta humana carece de un sistema colector venoso periférico, función que ha sido adscrita -- con frecuencia a un seno marginal. A este seno drena -- menos de una tercera parte de la sangre placentaria. Al principio del desarrollo de la placenta, no existe el seno marginal, y en la placenta madura no se distingue con frecuencia lagos subcoriales marginales. Ocasionalmente se descubren vasos maternos debajo de la periferia, y éstos se han descrito como venas coronarias o lagos venosos. Estos vasos pueden o no tener comunicación con el espacio intervelloso, y su papel permanece discutible. Estos vasos de pared delgada pueden romper se durante la separación marginal prematura de la placenta, dando lugar a un sangrado que puede ser erróneamente catalogado como " Ruptura de Seno Marginal ". En la actualidad el problema es la separación marginal de la placenta.

b) Arterias:

En contraste con las venas, las arterias se

disponen en grupos próximos a las adherencias decidua-
les de los tabiques intercotiledóneos. Con la madura-
ción de la placenta, los orificios arteriales de la --
placenta, los orificios arteriales de la placa basal --
disminuyen en un número a causa de la trombosis. A tér-
mino, la relación de venas o arterias es de 2:1, o sea
la proporción existe en otros órganos maduros.

Aun en los sitios donde la placenta está ---
bien formada, algunas arterias espirales desembocan di-
rectamente en los espacios intervellosos, pero muchas
de ellas permanecen flexuosas o comprimidas. Estas ar-
teriolas que abocan al espacio intervelloso, aparecen
cortas y anguladas por su fijación y el crecimiento de
la placenta. La tortuosidad crea obstáculos o puntos d
de flexión, que tienden a hacer lenta la corriente san-
guínea aferente.

En la proximidad de su desembocadura, las ar-
teriolas maternas pierden su retículo elastico. Dado --
que las porciones distantes de ellas se pierden con la
placenta, el sangrado de esta fuente puede ser única-
mente dominado por la contracción uterina. (18)

(18) Bensón, Ralph ; MANUAL DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA, op cit. pgs. 64 a la 66.

PLACENTA PREVIA

Se denomina Placenta Previa a la implantación de la placenta en el istmo o segmento del útero en un nivel inferior (previo) al que tiene la presentación. (19)

ETIOLOGIA :

La causa específica de la placenta previa es desconocida. Varios factores pueden afectar el lugar de la implantación en cualquier embarazo. La fertilización precoz o tardía, la variabilidad en la implantación potencial del blastocito, y la receptividad y preparación adecuada del endometrio, que varía de ciclo a ciclo, todos ellos pueden jugar un papel. Sin embargo, es posible que el lugar de implantación lo controle algo más que el azar. Los embarazos múltiples pueden predisponer a la placenta previa, a causa de una mayor superficie placentaria o placentarias. En las enfermas que tienen una cicatriz por una incisión uterina después de intervenciones como cesárea, histerectomía, miomectomía o metroplastia, es bastante frecuente encontrar que la superficie placentaria incluye el área de la cicatriz. Hay una elevada incidencia de pacientes con placenta previa que han tenido una cesárea de inci

(19) Mondragón Castro, Hector ; OBSTETRICIA BASICA
ILUSTRADA ; op cit. pg. 366

sión baja, ya sea incisión uterina vertical o transver
sa. Esto puede dar lugar a una alteración de la irriga
ción del área placentaria, con cambios en el grosor y
calidad del endometrio y por cambios en la forma y con
torno de la cavidad uterina. El cambio en el tamaño y
contorno de la cavidad uterina después de cualquier --
gestación explica el hecho de que la placenta previa --
sea más frecuente en las multíparas. No solamente es --
que la incidencia aumenta con la paridad, sino que a --
mayor número de embarazos, mayor es la tasa de inciden
cia. Los vasos de la localización de las placentas an
teriores sufrieron cambios que conducen a una disminu
ción del aporte sanguíneo a esas zonas endometriales .
En las siguientes gestaciones, debido a esto, se re---
quiere mayor superficie placentaria para conseguir el
aporte adecuado de sangre a los espacios intervellosos
lo que conlleva mayores posibilidades de alcanzar el --
orificio cervical. La placenta de una paciente con pla
centa previa es muy fina y la superficie placentaria --
es mayor en los casos de placenta normalmente inserta.

(20)

El sangrado de la placenta previa puede de--
berse a cualquiera de las siguientes causas:

-- Desprendimiento mecánico de la placenta --

(20) Danforth, David N ; TRATADO DE OBSTETRICIA Y
GINECOLOGIA ; op cit. pgs. 346 y 347

de su sitio de implantación ya sea durante de la formación del segmento uterino inferior durante el borramiento y dilatación del cervix en el trabajo de parto, como resultado de la manipulación intravaginal.

- Placentitis

- Ruptura de lagos venosos deficientemente sostenido en la decidua basal que se ha congestionado con sangre venosa. (21)

VARIETADES :

Según el lugar de implantación, hay cuatro variedades de placenta previa. El conocimiento de esto es muy importante ya que el cuadro clínico, el pronóstico y el tratamiento están íntimamente ligados a dichas variedades, las cuales se agrupan en dos clases : a) Placentas No Oclusivas, b) Placentas Oclusivas .

a) Placentas No Oclusivas (Fig. 7):

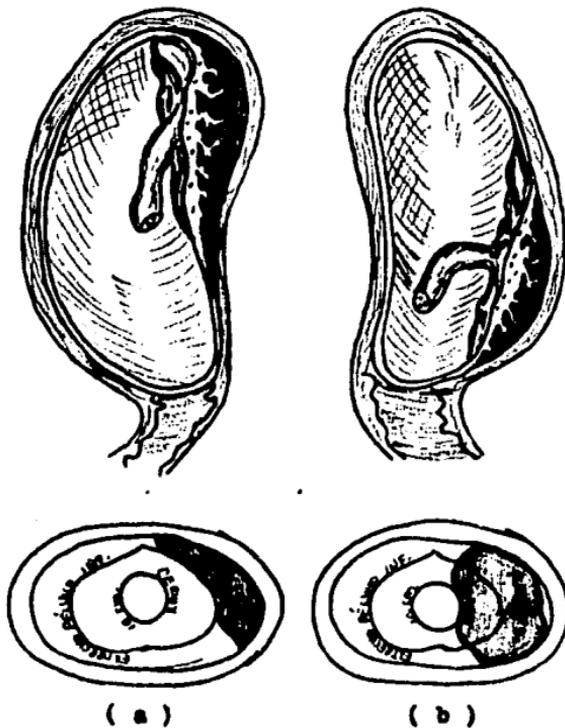
- Placenta Previa Lateral: Se encuentra la placenta implantada en la cara lateral del útero en un nivel más bajo de la inserción normal.

- Placenta Previa Marginal: El borde inferior de la placenta llega al orificio interno del cer-

(21) Bensón, Ralph; DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECO-OBSTETRICO; pgs. 371 a la 375.

Fig. 7 : Placentas No Oclusivas

a) Placenta de inserción normal. b) Placenta pre-
via lateral.



FUENTE : Bensón, Ralph ; TRATADO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA , op cit. pg. 252

vix pero no lo ocluye.

b) Placentas Oclusivas (Fig. 8):

- Placenta Previa Central Parcial ; La inserción placentaria es más baja que en el caso anterior, Placenta Previa Marginal, de tal manera que la placenta ocluye parcialmente el orificio interno del cervix.

- Placenta Previa Central Total ; La placenta se encuentra en el segmento inferior y ocluye en su totalidad el orificio cervical interno.

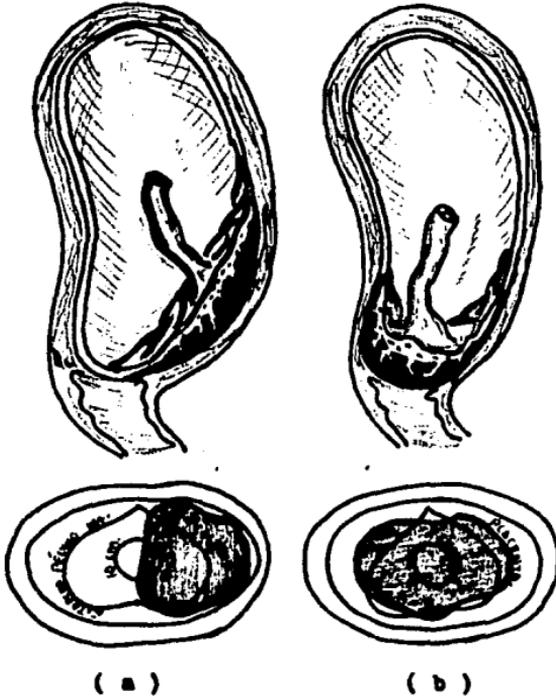
Todas las variedades anteriores pueden subdividirse de acuerdo con su localización topográfica en :

- Anteriores y posteriores
- Derechas e izquierdas. (22)

(22) Mondragón Castro, Hector ; OBSTETRICIA
BASICA ILUSTRADA; op cit. pg. 367

Fig. 8 ; Placentas Oclusivas

a) Placenta Previa Central
Parcial. b) Placenta Previa Central Total.



FUENTE : Bensón, Ralph ; TRATADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA , op cit. pg. 253

CURSO CLINICO :

La hemorragia indolora es el síntoma típico de la placenta previa. Normalmente, se produce en el tercer trimestre, pero a veces ocurre antes, hasta en la 20 semana. En el tercer trimestre del embarazo, el polo inferior del útero se reblandece y el cervix, más blando, comienza a borrarse y a dilatarse; si la placenta se implanta en el polo inferior, el tamaño y bordes de la misma se alteran debido a los cambios uterinos. Se produce cierta separación en los bordes placentarios, y se produce una hemorragia en el espacio intervelloso. En mayor o menor grado, esto ocurre en todos los tipos de placenta previa. En época precoz del embarazo, el segmento inferior comienza a formarse y, cuando más baja está la placenta, más precoz es el primer síntoma. A no ser que el primer episodio coincida con el inicio del parto, la enferma no experimenta dolor, y el útero permanece blando, la pérdida hemática asociada al primer síntoma varía de escasa a intensa. A no ser que se abran senos venosos importantes, la hemorragia inicial tiende a parar cuando se forman coágulos, pero puede reanudarse con mayor intensidad cuando se produce mayor dilatación del cervix.

La hemorragia puede producirse cuando la paciente está acostada o desarrollando cualquier actividad. La sangre es rojo brillante, como la hemorragia que se produce cuando se da un corte o hay un traumatismo, y no obscura, como la sangre menstrual a la que

se asocia a la separación prematura de la placenta normalmente inserta.

Aproximadamente la cuarta parte de las pacientes sufren el primer episodio hemorrágico antes del término de las 30 semanas de embarazo. En algo menos de la mitad, la hemorragia inicial tiene lugar entre la 34 - 40 semanas. El feto no se afecta, a no ser que el intercambio placentario se vea afectado por un gran parto de la placenta o por la hipovolemia materna secundaria a la pérdida de sangre. El parto pretérmino es la mayor amenaza para el feto, y el momento del embarazo en que se inicie la hemorragia puede ser el factor más importante en lo que se refiere al porvenir del recién nacido. Rara vez se diagnostica una placenta previa asintomática en el transcurso de una cesárea iterativa, o que la paciente sangre por primera vez cuando el parto se ha iniciado realmente.

La hemorragia indolora, en el tercer trimestre del embarazo, independientemente de que sea intensa o escasa, debe considerarse debida a una placenta previa hasta que se demuestre lo contrario. (23)

(23) Danforth, David N ; TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA ; op cit. pg. 437

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD :
PLACENTA PREVIA.

CONCEPTO:

Se denomina Placenta Previa a la implantación de la placenta en el istmo o segmento del útero - en el nivel inferior (previó) al que tiene la presentación. (24)

AGENTE:

Se desconoce la causa que origina la placenta previa, pero existen varios factores que pueden contribuir a ello los cuales son:

- Fertilización precoz o tardía.
- Variabilidad en la implantación potencial del blastocito.
- Receptividad y adecuación del reestimiento del endometrio.
- Embarazos múltiples.
- Cicatriz por incisión uterina después de intervenciones como:
 - + Cesárea (ya sea incisión baja, vertical o transversa.
 - + Histerectomía

(24) Mondragón Castro, Hector; OBSTETRICIA BASICA
ILUSTRADA, op cit. pg. 366.

- + Miomectomía.
- + Metroplastia.
- Deficiente vascularización en el cuerpo del útero.
- Defectos de la decidua en la parte superior del útero. (25)

HUESPED :

- Sexo: Femenino
- Edad reproductiva (14 - 50 años). Se representa con mayor frecuencia en la edad avanzada.
- Multíparas.
- Embarazos múltiples (se debe a que la placenta requiere una superficie más extensa para adherirse).
- Se presenta con relativa frecuencia en la raza blanca.
- Afecta a los tres niveles socioeconómicos.

MEDIO AMBIENTE :

- Universal.

LUGAR DE IMPLANTACION :

- Isthmo o segmento uterino. (26)

(25) Danforth, David N; TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, op cit. pgs. 346 y 347.

(26) . Bensón, Ralph; DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECOOBSTETRICO; op cit. pg. 371.

CAMBIOS TISULARES :

Nidación primaria parasegmentaria y subsiguiente extensión de la placenta hacia abajo por falta de un medio apropiado para su crecimiento en las zonas altas.

Nidación primaria del huevo en el segmento uterino inferior.

Retardo en la nidación, debida a la disminución del poder citolítico del trofoblasto, a la presencia de un endometrio poco propicio para que ocurra la implantación del huevo en el fondo uterino. (27)

SIGNOS Y SINTOMAS INESPECIFICOS :

- Utero blando
- No hay dolor
- Náuseas
- Fiebre
- Anorexia
- Mal estado general
- Taquicardia
- Sangrado transvaginal indoloro.

(27) Mondragón Castro, Hector; OBSTETRICIA
BASICA ILUSTRADA, op cit. pg 367

SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS :

- Hemorragia indolora, normalmente, se produce en el tercer trimestre, pero a veces ocurre antes, hasta en la 20 semanas.

- La hemorragia puede producirse cuando la paciente está en la cama o desarrollando cualquier actividad.

- La sangre es rojo brillante, líquida pero con coagulación normal. Suele ser progresivo en intensidad y en forma de episodios.

- En el tercer trimestre del embarazo, el polo inferior del útero se reblandece y el cervix, más blando, comienza a borrarse y a dilatarse.

- Signos Fetales: Hay diversas presentaciones anormales a causa de la localización placentaria y ésta obstaculiza el descenso normal de la cabeza fetal (a pesar de ello el feto permanece activo y emite bien los ruidos cardíacos). Algunas presentaciones de nalgas y anormales son frecuentes con la placenta previa; inclusive una cabeza permanecerá alta y sin enclavarse.

(28)

(28) Danforth, David N ; TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA , op cit. pg. 437

COMPLICACIONES :

Las complicaciones de la Placenta Previa son múltiples y pueden ocurrir durante el embarazo, el parto o la cesárea. Se pueden resumir en la forma siguiente:

- Complicaciones Durante el Embarazo:
 - + Hemorragia profusa.
 - + Anemia de la paciente.
 - + Shock hipovolémico.
 - + Sufrimiento fetal.
 - + Muerte fetal.intrauterina.
 - + Transtornos de la coagulación.

- Complicaciones Durante el Parto:
 - + Hemorragia intraparto.
 - + Mayor frecuencia de distocias por situaciones anormales del producto.
 - + Sufrimiento fetal.
 - + Muerte fetal intraparto.

- Complicaciones Durante la Cesárea:
 - + Mayor sangrado transoperatorio.
 - + Mayor frecuencia de subinvolución del Lecho placentario.
 - + Mayor frecuencia de acretismo placentario sobre todo en mujeres con antecedentes de incisiones uterinas previas. (29)

(29) Mondragón Castro, Hector; OBSTETRICIA BASICA
ILUSTRADA, op cit. pg. 268

Otra clasificación de las complicaciones es;

- Maternas :

- + Hemorragia materna, shock y muerte.
- + Sangrado pre, intra y postparto por la --
placenta previa.
- + Embolia.
- + Peritonitis. aparecen generalmente co
- + Endometritis. no continuación de la --
- + Parametritis. Placentitis.

- Fetales :

- + Prematurez
- + El producto puede fallecer como resultado
de una asfixia intrauterina.
- + Hemorragia fetal; por desgarro de la pla-
centa, puede obedecer a maniobras vaginales
pero particularmente a las manipulaciones -
al entrar a la cavidad uterina en la opera-
ción cesárea practicada por la placenta pre
via.
- + Lesiones neurológicas.
- + Mortalidad fetal.

(30)

(30) Bensón, Ralph; MANUAL DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA, op cit. pgs. 255 y 256.

NIVELES DE PREVENCIÓN :

- Promoción a la Salud :

- + Orientación nutricional.
- + Higiene personal.
- + Saneamiento ambiental.

- Protección Específica :

- + Orientación sobre la importancia del control médico prenatal.
- + Orientación sobre los métodos de Planificación Familiar.
- + Educación Sexual.
- + Orientación sobre los riesgos de la multiparidad y el embarazo en mujeres arias.
- + Control del embarazo en mujeres con antecedentes de Cesáreas previas, así como de incisiones uterinas por (Miomectomía o Metrotroplastia, etc.)

- Diagnóstico Precoz :

+ Historia Clínica (Cuadro Clínico): La hemorragia vaginal indolora, es un signo cardinal y clásico de la Placenta Previa. Su aparición en el segundo trimestre del embarazo, nos sugerirá inmediatamente esta complicación.

- + Exploración Física: A la exploración físi-

ca se observa con mayor frecuencia presentaciones cefálicas libres, pélvicas o situaciones transversas; estas últimas son más frecuentes cuando es más baja la inserción placentaria.

Aunque el hecho de sentir la inserción de la placenta a través del orificio cervical interno (Colchón Placentario) confirma el diagnóstico, el tacto -- cuando se sospecha clínicamente de la existencia de -- Placenta Previa, **ESTA CONTRAINDICADO**, puede desencadenarse una hemorragia masiva. Sólo es permisible realizarlo en un medio hospitalario en el que se pueda intervenir quirúrgicamente de urgencias en caso necesario. (31)

Los métodos indirectos de diagnóstico sólo-- serán aplicables cuando se ha parado la hemorragia inicial y si existe una clara ventaja en diferir el parto hasta que el parto sea más maduro. Como sólo la mitad de las pacientes con hemorragia indolora tienen placenta previa, será de mayor importancia confirmar o destacar si esta existe, en cuyo caso no será necesario que la enferma permanezca en el hospital en prolongada observación.

(31) Mondragón Castro, Hector; OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA ; op cit. pg. 269.

El método más frecuentemente utilizado para localizar la placenta es el Ultrasonido. Tiene la ventaja de no provocar radiación sobre la madre o el feto. Debe ponerse de manifiesta que este método diagnóstico sólo está indicado si no hay hemorragia activa. Si se descarta placenta previa por ultrasonidos, la hemorragia se considera causada por una separación mínima de la placenta normalmente inserta, o por una lesión de cervix; ocasionalmente, la causa puede ser un carcinoma de cervix, por lo que deberá excluirse; si no podemos descartar una placenta previa, debe tratarse a la paciente como si la tuviera. (32)

Los datos que se corroborarán en el diagnóstico incluyen;

- Grado de descenso de la cabeza fetal.
- Diminución de la hemoglobina (por la pérdida de sangre)

- Estudios radiológicos:

- + Radiografías de tejidos blandos
 - + Arteriografía femoral.
 - + Cateterización retrógrada.
 - + Gammagrama o
 - + Localización por Radioisótopos, para localizar la placenta. Sin embargo to
-

(32) Danforth, David N ; TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, op cit. pg. 437

das estas pruebas son de escaso valor o resultan peligrosos; sólo se aplican cuando cuando no se dispone de Ultrasonido.

Otros medios de diagnóstico son:

- Amniografía.
- Ultraecsonografía. (33)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ;

Este se realiza a fin de descartar todos -- los cuadros patológicos que producen que producen san grado durante la segunda mitad del embarazo, principalmente ;

- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Placenta circunvalada.
- Erosión de cervix o ectropión.
- Pólipos cervicales.
- Carcinoma cervicouterino (variedades exofíticas).
- Ruptura de varices vulvares.
- Ruptura de vasos umbilicales, previos -- por inserción velamentosa del cordón umbilical.

(33) Hamilton, H. K., Rose, M. B. ; CLINICA Y TERAPEUTICA , pg. 975

TRATAMIENTO :

Tiene por objeto valorar, controlar y re-
taurar la pérdida de sangre, lograr un niño viable e
impedir los trastornos de la coagulación.

Las medidas de tratamiento inmediato consis-
ten en lo siguiente;

- En el momento del ingreso, debe permane-
cer en reposo absoluto.

- Administrar soluciones por vía intraveno-
sa.

- Extraer sangre para efectuar las pruebas
de Hemoglobina y Hematócrito, así como las tipifica-
ciones y compatibilidad cruzada.

- Iniciar la vigilancia mediante registro-
externo del feto.

- Vigilar la Tensión Arterial, Pulso, Res-
piración y Frecuencia Cardíaca de la madre.

- Evaluar el volúmen de la hemorragia vagi-
nal. La hemorragia inicial de la placenta previa pue-
de ocurrir antes de que el feto alcance la madurez --
pulmonar. En estos casos puede aumentar la superviven-
cia fetal con tratamiento conservador.

- En fases tempranas del embarazo están in-
dicadas las transfusiones para reponer la pérdida san-
guínea y uteroinhibidores para evitar el trabajo de -
parto prematuro y prolongar la gestación al menos has-
ta las 36 semanas de gestación. Después de esta fecha
deben sopesarse los beneficios de una madurez adicio-

nal con los riesgos de una hemorragia grave.

- También debe considerarse la posibilidad de que hemorragias repetidas se acompañen de retraso en el crecimiento intrauterino, por lo que al 75% de las pacientes con placenta previa se les interrumpe - el embarazo entre las 36 y 40 semanas de gestación.

- Las pruebas de maduración pulmonar, como la cuantificación de agentes tensioactivos en líquido amniótico y las mediciones de crecimiento fetal con - el ultrasonido son coadyuvantes invaluable para de-- terminar el momento preciso para interrumpir el emba-- razo.

- El Parto Vaginal; suele reservarse para pacientes con inserción baja de placenta y con presen-- tación cefálica o un grado mayor de placenta previa , cuando hay muchas perspectivas o ninguna de salvar al producto. Si se escoge el parto vaginal, deben romper se en forma artificial las membranas, antes de cual-- quier intento de estimular el trabajo de parto (la -- oxitocina administrada antes de la amniotomía tiende a causar más sangrado). El taponamiento de la parte - de la presentación sobre los bordes placentarios por lo regular reduce el sangrado a medida que progresa - el trabajo de parto.

Si no se dispone de monitoreo, debe auscultarse el Latido Cardíaco Fetal a intervalos de 5 - 10 minutos, durante el trabajo de parto activo y con más frecuencia si ocurre sangrado activo. Si se desarrol-- la sufrimiento fetal, debe realizarse una operación--

cesárea rápida a menos que el parto vaginal sea inminente. Se atenderá el parto de la paciente en la forma más fácil y rápida, tan pronto como el cervix esté completamente dilatado y la parte de la presentación esté sobre el peritoneo. Deberán evitarse manipulaciones vaginales operatorias, como rotación con fórceps, extracción pélvica y versión, por el peligro de ruptura uterina.

- La operación cesárea es preferible para la mayoría de las pacientes con placenta previa. A menos que las condiciones para el parto vaginal sean -- particularmente favorables. Una operación cesárea es más segura para el feto y menos peligrosa para la madre.

Se debe corregir el shock hipovolémico mediante la administración de líquidos intravenosos y sangre antes de iniciar la operación; no sólo se protegerá mejor a la madre, sino que el producto se recuperará más rápidamente in utero que si nace mientras la madre está todavía en shock. (34)

(34) Hamilton, H.K., Rose, M. B. ; CLINICA Y
TERAPEUTICA, pg. 976

PRONOSTICO :

La placenta previa es más común después de la cesárea repetida y ocurre cuando menos en un 5% de estos casos.

A.- Para la Madre:

Si se utiliza tratamiento adecuado, el pronóstico materno en casos de placenta previa es excelente, con la terapéutica moderna, la frecuencia de mortalidad materna en los grandes hospitales ha disminuido de 1% a 0.5% en los últimos años.

B.- Para el Lactante:

La mortalidad perinatal asociada con la placenta previa es aproximadamente de un 15% en casi todos los centros médicos, o sea, diez veces mayor que la del embarazo normal.

Mediante tratamiento expectante a fin de disminuir la posibilidad de trabajo de parto prematuro y con cuidados obstétricos y neonatales ideales, la tasa de mortalidad perinatal quizá pueda disminuirse hasta en un 10% (tomando en cuenta a recién nacidos viables sin anomalías graves). (35)

(35) Bensón, Ralph ; TRATADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA , pg. 437.

HISTORIA CLINICA :

1.- FICHA DE IDENTIFICACION :

NOMBRE: J. P., M.

EDAD: 28 años

SEXO: Femenino

ESTADO CIVIL: Casada

ESCOLARIDAD: Secundaria

OCUPACION: Hogar

RELIGION: Católica

NACIONALIDAD: Mexicana

RESPONSABLE: Su esposo, con domicilio en -
Tepetzotlan.

SERVICIO: Hospitalización Gineco-Obstetri-
cia.

NUM. DE CAMA: 111

FECHA DE INGRESO: 20 de mayo de 1989.

2.- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES :

Abuela materna de 80 años, diabética con --
control médico. Padre de 52 años diabético. Niega la
existencia de otras patologías.

3.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS :

Originaria de Cuautitlán, Estado de México,
actualmente radica en Tepetzotlan, Estado de México.

Se dedica al hogar. Niega toxicomanías y --
alergias a medicamentos. Pertenece al Grupo " A " y -
Rh "positivo".

Hábita en casa propia con tres recamaras, - baño, cocina, sala y comedor.

Animales domésticos; 1 perro.

Cuenta con los servicios de: Baño intradomi- ciliar, drenaje, agua potable intradomiciliaria, - alumbrado público y pavimentación.

Hábitos higiénicos: Baño diario, de regade- ra, cambio parcial de ropa, diario, aseo bucal tres - veces al día.

Alimentación: Desayuno a las 8:00 hrs. café con leche y pan. Comida a las 14:00 hrs. sopa, guisa- do, frijoles, 7 u 8 tortillas. Cena a las 21:00 hrs. guisado, frijoles y 4 o 5 tortillas; o café con leche y pan.

Alimentos que le agradan: verduras y pollo.

Alimentos que le desagradan: leche sola.

Alimentos que le producen intolerancia:huevo

4.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS :

En 1979, refiere haber sido hospitalizada - durante 45 días, por haber presentado retención de -- restos placentarios, se le realizó Legrado Uterino -- Instrumental, esta misma ocasión recibió transfusión- sanguínea.

En 1981, en su tercer embarazo, cuando cur- saba el sexto mes, presento congestión venosa perifé- rica en miembros inferiores, acudiendo a hospital en el cual se le diagnóstico Cuadro Troboflebítico por -

tal motivo fué hospitalizada permaneciendo una semana en dicha institución.

5.- ANTECEDENTES- GINECO-OBSTETRICOS :

Menarca a los 12 años, con una frecuencia de 30 días, duración de 7 días. El sangrado es abundante, eumenorreico. Inicia vida sexual activa a los 17 años, con un compañero sexual, circuncidado.

Antecedentes gineco-obstétricos: G: IV , -
P: II (1979 con peso de 3 500 grs., 1983 con peso de 3 300 grs.)G: I (1981 por presentación pódalica y peso de 3 100 grs.)

Fecha de Ultima Menstruación (FUM) 18 de octubre de 1988.

6.- PADECIMIENTO ACTUAL :

22 de Mayo de 1989 :

Actualmente cursa el tercer día de internamiento. Ingresó el día 20 de mayo cursando 31 semanas de gestación, refirió tener sangrado transvaginal abundante, color rojo brillante, desde las 02:00 horas de ese día. Sin presentar actividad uterina.

La paciente muestra un estudio de Ultrasonido, realizado en abril, en el que se informa la presencia de Placenta Previa Posterior. Confirmando-se esto a la exploración física armada.

7.- EXPLORACION FISICA :

Habitus Exterior :

- 1.- Sexo; Femenino.
- 2.- Edad; 30 años.
- 3.- Facies; No característica.
- 4.- Biotipo; Mesoectomorfica.
 - Persona alta.
 - Predomina el eje mayor de la nariz y los pómulos.
 - Tiene brazos fuertes.
- 5.- Actitud;
 - Física; Libre.
 - Psicológica; Adaptada.
- 6.- Marcha; Normal.
- 7.- Movimientos; Normales.
- 8.- Nivel socioeconómico y cultural; Medio

Exploración Física:

CRANEO: Normocefalo.

CABELLO: Abundante, grasoso, bien distribuido.

CARÁ: Palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas.

OJOS: Reflejo fotomotor normal, pupilas -- isocóricas.

GUELLO: Cilindrico, grande, grueso y con movimientos normales.

TORAX: Tiene forma de cono invertido, grande, el estado de la superficie no presenta alteraciones dermatológicas.

Frecuencia Cardíaca de ; 80 x'.

MAMAS: Blandas sin secreción láctea.

PULMONES: Movimientos de amplexión y amplexación normales.

Frecuencia Respiratoria; 18 x'.

MIEMBROS SUPERIORES: Simétricos, largos, - cicatriz en antebrazo izquierdo por cortadura de vidrio.

Pulso Radial; 80 x'.

ABDOMEN: Blando, Fondo Uterino de 29 cm.

Frecuencia Cardíaca Fetal de 140 x'.

Sangrado Transvaginal escaso, de color rojo brillante.

MIEMBROS INFERIORES: Simétricos, movimientos normales. Presenta cicatrices por raspaduras en ambas rodillas.

8.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Paciente femenina mesoectomorfica, de 28 - años de edad que aparenta tener 30 años o más. Tranquila, orientada en tiempo , espacio y lugar, con nivel socioeconómico medio.

Presenta palidez de tegumentos, mucosas -- orales hidratadas, cursa un embarazo de 31 semanas de gestación, fondo uterino de 29 cm. Frecuencia cardia--

ca fetal de 140 x', sin actividad uterina, con sangra
do transvaginal escaso de color rojo brillante.

9.- EXAMENES DE LABORATORIO :

20 de Mayo de 1989:

BIOMETRIA HEMATICA	NORMAL	RESULTADOS
Hb.	13.5 - 17 g	11.2 g
Hto.	42 - 48	33.5
Leuc./mm ³	4000 - 10 000	5 300 mm ³
Segm.	50 - 74 %	77 %
Linfoc.	21 - 35 %	23 %

QUIMICA SANGUINEA

Glucosa /100 ml	60 - 100 mg	84.5 mg
Urea /100 ml	16 - 40	15.6 mg

EXAMEN GRAL. DE ORINA

Ph	5 - 6.5	6
Sangre	Negativo	Positivo
Leuc.	- 10/Campo	0 - 2
Urea	Negativo	Positivo
Cel. Epit.	Negativo	Positivo
Filam. Mucosos	Negativo	Positivo

PRUEBAS DE COAGULACION

T. P.	70 - 100 %	12 seg 100 %
T. P. T.	30 - 45 seg.	30 seg
Grupo		" A "
Rh		Positivo

10.- EXAMENES DE GABINETE :

ULTRASONOGRAFIA :

18 de Abril de 1989 :

En la región pélvica encontrando; Vejiga -
urinaria distendida, aumentada de tamaño y volumen -
a expensas de producto único vivo, en situación va-
riable, dorso anterior con diámetro biparietal de --
6.8 cm y longitud femoral de 5.0 cm., durante el es-
tudio se observarán movimientos corporales y su acti-
vidad cardiaca rítmica, columna vertebral íntegra en
todo su trayecto sin presentar el cierre del tubo --
neuronal,

Placenta Previa Posterior de grado interme-
dio de acuerdo con la gestación; líquido amniótico -
en cantidad y aspecto normal.

Embarazo de 27 semanas de gestación aprox.

22 de Mayo de 1989 :

Utero aumentado de tamaño a expensas de --
producto único vivo intrauterino, con frecuencia car-
diaca fetal de 145 x', movimientos fetales satisfac-
torios. Diámetro biparietal que corresponde a 33.1 -
semanas de gestación aproximadamente. Líquido amnió-
tico de características y cantidad normal.

Placenta Previa Completa, en zona segmenta-
ria con desprendimiento de 4.6 cm. posterior.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA :

1.- FICHA DE IDENTIFICACION :

NOMBRE: J. P., M.

EDAD: 28 años.

SEXO: Femenino.

ESTADO CIVIL: Casada.

ESCOLARIDAD: Secundaria.

OCUPACION: Hogar.

RELIGION: Católica.

NACIONALIDAD: Mexicana.

RESPONSABLE: Su esposo, con domicilio
en Tepetzotlan.

SERVICIO: Hospitalización Gineco-Ob-
tetricia.

NUM. DE CAMA: 111

FECHA DE INGRESO: 20 de mayo de 1969.

2.- OBJETIVO: :

Proporcionar cuidados específicos de
enfermería a una paciente con Placenta Previa -
Central.

3.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA :

Paciente femenina mesoectomorfica, de 28 años de edad, que aparenta tener 30 años o más. Tranquila, orientada en tiempo, lugar y espacio. Nivel socioeconómico medio.

Presenta; Palidez de tegumentos, mucosas -- orales hidratadas, cursa un embarazo de 31 semanas de gestación, mamas blandas sin secreción láctea, -- fondo uterino de 29 cm., frecuencia cardiaca fetal de 140 x' sin actividad uterina, con sangrado transvaginal escaso de color rojo brillante.

4.- DIAGNOSTICO MEDICO :

Embarazo de 31 semanas de gestación y Placenta Previa Central.

PLAN DE ATENCION ;

PROBLEMA ;

31 semanas de gestación y Placenta Previa - Central.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA :

1.- Sangrado transvaginal escaso.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA :

1.- El sangrado transvaginal puede deberse al desprendimiento mecánico de la placenta de su sitio de implantación, aunque son difíciles de confirmar las causas del desprendimiento, pero un mecanismo puede ser la lesión vascular local que ocasiona la ruptura vascular en la decidua basal, sangrado y formación de hematoma. El hematoma desgarrará los vasos desnudos adyacentes, produciendo mayor sangrado y crecimiento de la zona de desprendimiento.

Otros mecanismos que favorecen el sangrado son; a) Desprendimiento mecánico de la placenta de su sitio de implantación, ya sea durante la formación del segmento uterino inferior, durante el borramiento y dilatación del cervix en el trabajo de parto, o como resultado de la manipulación transvaginal. b) Placentitis, c) Ruptura de largos vasos deficientemente sostenidos en la decidua basal que se ha congestionado.

nado con sangre venosa. (36)

ACCIONES DE ENFERMERIA :

1.1 : Vigilar signos vitales (en especial Tensión Arterial).

La Tensión Arterial es un parámetro importante en este problema ya que está nos indicará si el volumen sanguíneo esta disminuyendo debido a la hemorragia transvaginal y esto ayudará a tomar medidas para recompensar los líquidos perdidos y prevenir el shock hipovolémico.

1.2 : Vigilar la presencia y características del sangrado transvaginal.

Aunque puede haber manchado durante el primero y segundo trimestre del embarazo, el primer episodio de hemorragia suele comenzar en determinado momento después de las 28 semanas de gestación y se caracteriza por ser repentino, no producir dolor, y ser abundante. La ropa de cama o de la paciente se moja por una cantidad impresionante de sangre coagulada de color rojo brillante, pero la pérdida de sangre suele no ser extensa, rara vez produce shock y casi nunca es mortal. En una pequeña minoría el sangrado será me

(36) Benson, Ralph ; DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
GINECOOBSTETRICO , op cit. pg. 73l.

nos espectacular o no comenzará sino después de la ~~ra~~ ruptura prematura de membranas o el inicio del trabajo de parto. Unas pocas pacientes nulíparas inclusive llegan al término sin sangrar, posiblemente debido a que la paciente ha sido protegida por un cervix no borrado. (37)

En el tercer trimestre del embarazo, el polo inferior del útero se reblandece y el cervix, más blando, comienza a borrarse y a dilatarse; si la placenta se implanta en el polo inferior, el tamaño y bordes de la misma se alteran debido a los cambios uterinos. Se produce cierta separación en los bordes placentarios, y se produce una hemorragia en los espacios intervelllosos. En mayor o menor grado, esto ocurre en todos los tipos de placenta previa. En época precoz del embarazo, el segmento inferior comienza a formarse y, cuanto más baja está la placenta, más precoz es el primer síntoma. A no ser que el primer episodio coincida con el inicio del parto, la enferma no experimenta dolor, y el útero, permanece blando, la pérdida hemática asociada al primer síntoma varía de escasa a intensa. A no ser que se abran senos venosos importantes, la hemorragia inicial tiende a parar ---

(37) Bensón, Ralph ; DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECOOBSTETRICOS , op cit. pg. 732.

cuando se forman coágulos, pero puede reanudarse con más intensidad cuando se produce mayor dilatación del cervix. (38)

1.3 : Reposo absoluto ;

Se recomienda colocar en reposo absoluto -- desde el momento de ingreso, ya que está actua como - uteroinhibidor, y además evita que por gravedad sumen te el sangrado.

A demás si el feto es prematuro, el reposo- contribuye para permitir que el feto tenga tiempo pa- ra madurar.

1.4 : Vigilar la actividad Uterina y la -- Frecuencia Cardiaca Fetal ;

Es importante vigilar la actividad uterina- ya que las contracciones uterinas son un factor muy - importante de hemorragia, por lo tanto, no debe esti- mularse el trabajo de parto, a no ser por ruptura de de membranas si ello puede conseguirse con facilidad. La distensión del segmento uterino inferior puede fa- vorecer la ruptura uterina. (39)

(38) Danforth, David N ; TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA; op cit. pg 437.

(39) Banson, Ralph ; MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, op cit. pg. 256

El feto no se afecta, a no ser que el intercambio placentario se vea afectado por un gran parto de la placenta o por la hipovolemia materna secundaria a la pérdida de sangre. El parto pretérmino es la mayor amenaza del feto, y el momento del embarazo en que se inicie la hemorragia puede ser el factor más importante en lo que se refiere al porvenir del recién nacido. (40)

1.5 : Administrar medicamentos que actúan como uteroinhibidores :

- Terbutalina (Bricanyl): Tabletas de 5 mg vía oral, 1 x 3.

- Terbutalina (Bricanyl): Ampolletas, diluir 1 amp. en 500 ml de solución glucosada al 5 % a un ritmo de 20 gotas por minuto.

BRICANYL :

Broncodilatador de acción inmediata y prolongada.

FORMULA :	Tab.	Sol. oral
Sulfato de Terbutalina	5 mg	0.3 mg/ml

MODO DE ACCION :

La terbutalina es una amina simpaticomimética

(40) Danforth, David N ; TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA ; op cit. pg. 437.

ca de acción broncosselectiva inmediata y prolongada. Su predominio de acción sobre los receptores adrenérgicos B₂, permite el logro de una broncodilatación adecuada sin efectos secundarios sobre el corazón.

Como la Terbutalina no es afectada por la Catecol-ortometil-transferasa también es eficaz por vía oral, pudiendose administrar por largo plazo con fines profilácticos.

INDICACIONES :

Bronquitis, Asma Bronquial, Enfisema Pulmonar y en general toda enfermedad de las vías respiratorias que curse con Espasmo Bronquial, v.g., bronquioectasia, Atelectasia, Neumoconiosis, Traqueobronquitis, Tuberculosis.

CONTRAINDICACIONES :

Tirotoxicosis, se recomienda precaución durante el primer trimestre, idiosincrasia a la sal.

REACCIONES SECUNDARIAS :

Dosis excesivas pueden causar las características de otras aminas simpaticomiméticas, palpitaciones y temblores que desaparecen al disminuir la dosis.

POSOLOGIA :

1 Tableta 2 - 3 veces al día.

Niños 1/2 - 1 cucharada 2 - 3 veces al día

PRESENTACION :

Caja con 30 tabletas de 5 mg.

Frasco con 150 ml con 0.3 mg.

BRICANYL

(Solución inyectable)

Inhibidor de la contractilidad uterina.

FORMULA :

Cada ampollita contiene :

Sulfato de Terbutalina 0.5 mg
Vehículo c.b.p. 10 mg

ACCION :

La contractilidad uterina es inhibida por la Terbutalina a dosis de 5 - 10 mcg/min. en los primeros diez minutos de su administración por vía intravenosa, observándose una disminución promedio de 70% de la actividad uterina registrada en los 10 minutos previos a su administración.

INDICACIONES :

Amenaza de Aborto y Prematuros, Hiperccontractilidad Uterina, Sufrimiento Fetal Agudo.

DOSEIFICACION :

El contenido de la ampollita debe disolverse en 500 ml de solución salina isotónica o de glucosada, y administrar la solución resultante, por venoclisis, a un ritmo de 10 - 20 gotas (5 - 10 mcg de Terbutalina) por minuto y bajo vigilancia estrecha del médico.

Puede aumentar o disminuir la dosis señalada

según la respuesta que se obtenga; durante 1 o varias horas, suspender la venoclisis y seguir administrando Terbutalina por vía oral (Tabletas de Ericanyl a la 4 dosificación de 5 mg cada 8 horas 1 tableta), hasta el fin del periodo gestacional.

CONTRAINDICACIONES :

Tirotoxicosis, idiosincrasia a la sal.

REACCIONES SECUNDARIAS :

A dosis excesivas pueden presentarse reacciones secundarias características de otras aminas simpaticomiméticas; palpitaciones y temblores, que desaparecen al disminuir la dosis.

PRESENTACION :

Caja con 3 ampolletas de 10 ml con 5 mg cada una. (41)

(41) DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS : pg. 154

1.6 : Dieta líquida y posteriormente dieta normal ;

La alimentación por vía oral, después de --
varas horas de ayuno, estimula la secreción de jugos
gástricos y normaliza la función gástrica y el peris-
taltismo intestinal.

Los líquidos son casi siempre la primera su-
stancia deseada y tolerada después del ayuno. Tan --
pronto como son tolerados se inicia la alimentación --
blanda, ya que la paciente debe ingerir una dieta nu-
tricional y adecuada con objeto de conservar la fun-
ción tisular o corporal, esta dieta acelerará la recu-
peración e incrementará la resistencia a las infeccio-
nes. (42)

1.7 : Baño ;

El baño elimina los productos de la descama-
ción epitelial, la excreción de las glándulas sebáceas
el sudor y el polvo. Favorece la función circulatoria
por medio de la movilización y el masaje. Estimula en
la paciente la confianza de sentirse bien presentada
y limpia, y continuar o iniciar su educación higiénica

(42) Brunner, L. S. ; MANUAL DE ENFERMERIA
MEDICOQUIRURGICA , pg. 147

ca. La piel y las mucosas sanas o íntegras son las -- primeras líneas de defensa contra agentes nocivos.

1.8: Educación higiénica.

La enfermera es la profesionalista idónea para enseñar y aconsejar a jovencitas y adultas sobre los principios de la salud e higiene personal, en especial la higiene femenina, esto es, el cuidado de las partes del organismo femenino relacionadas con la reproducción. El aparato de reproducción, al igual que cualquier otro órgano, funcionará adecuadamente si el cuerpo recibe nutrición adecuada, si la persona hace ejercicio y si su descanso y eliminación son satisfactorios. Además de enseñar a las mujeres los aspectos generales de la asistencia, la enfermera debe instruir sobre las enfermedades venéreas y asistencia prenatal y postnatal.

Es posible evitar las complicaciones de problemas ginecológicos si se tiene asistencia y supervisión médica satisfactoria, así como una higiene adecuada. La enfermera está en posición adecuada para -- orientar a cualquier mujer acerca de los fenómenos fisiológicos de la menstruación y la menopausia. Es posible corregir con bastante facilidad muchos transtornos que sufre la jovencita o la mujer de mediana edad que, de no ser tratados, causarían un daño irreparable.

1.9 : Orientación sobre el Papanicolaou --
(Citología para el Diagnóstico de Cáncer).

Esta prueba se hace para el diagnóstico de cáncer cervical. Comprende la aspiración de secreciones vaginales o la toma de ellas, desde el fondo de -saco posterior. Es importante orientar a la paciente sobre la importancia de que no se duche antes del examen, pues con ello eliminaría los depósitos celulares.

El patólogo examina e interpreta el frotis-citológico. La clasificación de los datos citológicos sugerida por el Papanicolaou, son:

Clase 1: Ausencia de células atípicas o --
anormales.

Clase 2: Citología atípica, pero sin signos de malignidad.

Clase 3: Citología que sugiere malignidad,

Clase 4: Citología que sugiere fuertemente malignidad.

Clase 5: Citología concluyente en lo que -
respecta a cáncer.

Observar anomalías en una extensión ---
(con excepción de la clase 5) no significa obligadamente que la paciente tenga cáncer, sino más bien --- orientada a la práctica de métodos adicionales como -
biopsias de socabado o dilatación y legrado.

La paciente que se sometea examen ginecológico a menudo tiene muchos temores y preocupaciones . Además de disgustarle la idea de descubrir su cuerpo-

para ser examinada, también lo está por la posición molesta, que puede hacer de la experiencia algo desagradable. Además, la preocupación y el temor acerca de lo que pueda encontrar el médico influyen en su reacción al examen. Necesita tranquilización, comprensión y trato prudente en lo que respecta a sus problemas emocionales y físicos. (43)

1.10 : Autoexploración de mamas.

Hasta el momento de la pubertad no es posible advertir diferencias microscópicas alguna entre la mama del varón y la mama de mujer. En la pubertad hay algo de tumefacción en la mama (Tetilla) del varón, al mismo tiempo, en la mama de las mujeres hay aumento notable del tamaño, que comienza por el décimo año de vida y se acentúa entre el decimicuarto y el decimosexto años. El desarrollo de la glándula mamaria es resultado de acción hormonal que comienza con la pubertad en la mujer. En este periodo, el pezón adquiere su forma natural sobresaliente. En el varón, de manera contraria a algunas afirmaciones, siempre hay tejido mamario que puede desarrollarse.

La mayor parte de los trastornos de la mama son benignos, pero éste es uno de los dos órganos de-

(43) Brunner, L.S. ; MANUAL DE ENFERMERIA
MEDICOQUIRURGICA, pgs. 1003 a 1006.

la mujer que con mayor frecuencia es asiento de cáncer primario. La mama muestra cambios normales durante la menstruación, el embarazo, la lactancia, y la menopausia, con los cuales hay que diferenciar los de tipo patológico. Es un órgano bastante accesible al examen pero el descubrimiento y el diagnóstico preciso de una enfermedad en él, puede ser difícil.

En algún momento las mujeres muestran zonas irregulares en sus mamas. Antes de la menstruación, hay irregularidades por hiperplasia e involución; estos nódulos o gránulos finos suelen palpase en los cuadrantes superoexternos. Algunas mujeres tienen de manera persistente tejido mamario irregular, que se palpa como placas o masas duras entre una y otra períodos menstruales. Estas masas no son consideradas patológicas pues suelen ser bilaterales y su tamaño no aumenta, ni muestran endurecimiento. Por otra parte, las masas verdaderas no muestran cambio de tamaño y suelen ser unilaterales.

Es hecho sabido que un 95% de los cánceres en la mama son advertidos por la propia mujer, por lo que es necesario conceder prioridad absoluta a la orientación respecto a la forma y el momento de explorar las mamas. Se recomienda examen de las mamas dos veces al año, sobre todo en mujeres con antecedentes de cáncer mamario.

EVOLUCION DE LAS ACCIO
NES DE ENFERMERIA :

Con los cuidados especifi
cos y generales de enfermería que -
se le proporcionaron a la paciente-
durante su estancia hospitalaria se
logró que evolucionara satisfacto--
riamente hasta la semana 37 de ges-
tación, que fue cuando se le practi
có la operación cesárea, obteniendo
se producto único vivo del sexo mas
culino en buenas condiciones genera
les.

CONCLUSIONES :

La Placenta Previa Central es una patología poco frecuente que se detecta en el segundo y tercer trimestre del embarazo, de la cual se desconocen las causas - que la provocan, pero existen factores que pueden favorecer la presencia de esta, los cuales son:

- Endometrio cicatrizado.
- Presencia de miomas en útero.
- Cesáreas anteriores.
- Embarazos múltiples.
- Operaciones uterinas (miomectomías, Hig terotomías, Metroplastias).
- Defectos de la decidua en la parte superior del útero.

Esta patología se ha observado que se presenta a cualquier edad (14 - 50 años) pero con mayor frecuencia en la edad avanzada.

Los síntomas específicos son: La aparición de sangrado en la segunda mitad del embarazo, este es sorpresivo, la sangre es fresca y de color rojo brillante con coagulación normal. Suele ser progresivo en intensidad y en forma de episodios.

Las complicaciones más frecuentes son; Hemorragia durante el embarazo y el parto, llevando con esto a la paciente a una anemia o al shock hipovolémico pudiendo

do provocar Sufrimiento Fetal o la muerte del producto en útero.

Aunque el hecho de sentir la inserción de la placenta através del orificio cervical interno (Colchón Placentario), confirma el diagnóstico de Placenta Previa, pero el tacto cuando se confirma clínicamente la existencia de esta patología esta CONTRAINDICADO, ya que puede desencadenar una hemorragia masiva. Sólo es permisible realizarlo en un medio hospitalario en el que se pueda intervenir quirúrgicamente de urgencias en caso necesario. (44)

El tratamiento es mediante reposo, la administración de soluciones para evitar el shock hipovolemico, también conciste en la administración de inhibidores de la contractilidad uterina (Terbutalina) y la cesárea.

El pronóstico de este padecimiento es muy favorable tanto para la madre como para el producto si se tiene un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado.

En el caso de la paciente que se estuvo --tratando en esta investigación, evolucionó satisfactoriamente con los cuidados específicos y generales de enferme

(44) Mondragón Castro, Hector OBSTETRICIA BASICA
ILUSTRADA, op cit. pg. 269

ría que se le proporcionarón durante su estancia hospitalaria, siendo estos :

- Vigilar signos vitales (en especial la Tensión Arterial).

- Vigilar la presencia y características del sangrado transvaginal.

- Mantener a la paciente en reposo absoluto.

- Vigilar la actividad uterina y la Frecuencia de actividad uterina y la Frecuencia Cardiaca Fetal.

- Ministración de medicamentos que actúan como uteroinhibidores. (Terbutalina).

- Proporcionar dieta líquida y posteriormente blanda.

- Baño.

Todos estos cuidados ayudaron en gran medida para que evolucionara el embarazo hasta la semana 37 de gestación, practicandose la operación cesárea de la cual se obtuvo un producto único vivo del sexo masculino.

Encontrandose en buenas condiciones generales tanto la madre como el recién nacido.

BIBLIOGRAFIA :-

- 1.- A.M.H.G.O. No. 3 IMSS
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Edit. Méndez Oteo
Segunda edición
Méx. 1980
1001 pgs.

- 2.- Bensón, Ralph
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
GINECO/OBSTETRICOS
Edit. Manual Moderno
Cuarta edición
Méx. 1986
1103 pgs.

- 3.- Bensón, Ralph
MANUAL DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA
Edit. Manual Moderno
Méx. 1985
Séptima edición

- 4.- Bevan, John A., et al
FUNDAMENTOS DE FARMACOLOGIA
Edit. Harla
Segunda edición
Méx. 1982
1825 pgs.
- 5.- Botella Illusia - Clavero Nuñez
TRATADO DE GINECOLOGIA
Tomo II Patología Obstetrica
Edit. Científico - Médica
Decima segunda edición
España, 1981
1013 pgs.
- 6.- Brunner, L. S.
MANUAL DE ENFERMERIA
MEDICOQUIRURGICA
Edit. Interamericana
Cuarta edición
Méx. 1986
1562 pgs.

- 7.- Danforth, David N.
TRATADO DE OBSTETRICIA Y
GINECOLOGIA.
Edit. Interamericana
Cuarta edición
Méx. 1989
- 8.- DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES
FARMACEUTICAS.
Edit. P.L.M.
Trigecimo quinta edición
Méx. 1989
2151 pgs.
- 9.- Hamilton, H.K. et al
CLINICA Y TERAPEUTICA.
Edit. Interamericana
Méx. 1986
1985 pgs.
- 10.- Mondragón Castro, Hector
OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA.
Edit. Trillas
Segunda edición
Méx. 1987
701 pgs.

- 11.- Eritshard, Jack et al
WILLIAMS OBSTETRICIA.
Edit. Salvat Mexicana
Segunda edición
Méx. 1980
967 pgs.
- 12.- Snell, R.S.
ANATOMIA CLINICA.
Edit. Interamericana
Segunda edición
Méx. 1984
873 pgs.
- 13.- Tamayo Tamayo, Mario
METODOLOGIA FORMAL DE LA
INVESTIGACION CIENTIFICA.
Edit. LIMUSA
Méx. 1985
159 pgs.
- 14.- Tortora, G. y Anagnostakos, N.
PRINCIPIOS DE ANATOMIA Y
FISIOLOGIA.
Edit. Harla
Tercera edición
Méx. 1984
1034 pgs.