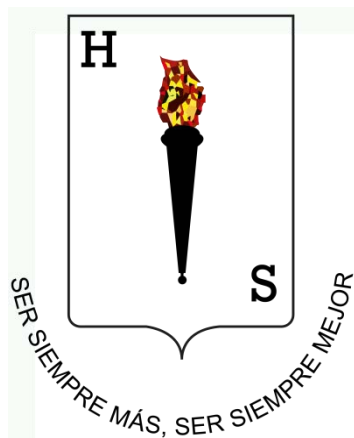


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL
DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR HEMORRAGIA
OBSTETRICA PREPARTO POR PLACENTA PREVIA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

CECILIA ITZEL LUNA GONZÁLEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN ; 2015



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser mi gran fortaleza que guía mis pasos cada día

A la ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD por darme la oportunidad de recibirme en sus aulas y aprender día a día cosas nuevas, de enseñarme el sentido humano de la vida, la importancia de ser mejor persona y amar al prójimo.

Agradezco a la maestra y directora Martha Alcaraz Ortega que siempre ha sido un gran ejemplo de superación y sencillez, con su experiencia y buenos consejos me enseñaron que la vida está llena de grandes retos los cuales se deben seguir y cumplir. Que no existe meta a la que no se pueda llegar, por su valiosa formación académica y humana que me brindó a lo largo de mi estancia en la escuela.

A todos los maestros que contribuyeron de una manera esencial en este trabajo y a la realización de este, por su comprensión y ayuda, por los conocimientos aportados, por su valiosa información, que con su experiencia y gran sentido humano lo hicieron posible.

Dedicatorias

A Dios por ser mi gran fortaleza que guía mis pasos cada día

A mis padres, a esas grandes personas de gran corazón con una humildad y sencillez inconfundible, que nunca se rindieron en los momentos más difíciles que con su fortaleza, amor y paciencia me han enseñado el camino correcto, por brindarme ese apoyo y ese amor incondicional que siempre me han demostrado, que con su lucha y esfuerzo han contribuido a este gran logro que es el comienzo de tantos.

A una persona muy especial que es y será un gran ejemplo de vida, con su fortaleza me enseñó que no hay imposible, que todo lo que quiera y me proponga se puede lograr. Con ese gran corazón lleno de fortaleza y amor me enseñaron que la vida está llena de grandes regalos y bendiciones, que siempre estuvo conmigo en todo momento apoyándome incondicionalmente y que ahora desde el cielo estará para siempre en mi corazón.

A mis hermanos Ángel, Fer, Yaquí y Tomí que estuvieron en los momentos más difíciles de este camino, con su apoyo y paciencia, con sus alegrías y buenos consejos han ido de la mano siempre conmigo.

A los maestros que han aportado gran parte de su tiempo y valiosos conocimientos así como su gran ejemplo de ser cada día mejores.

A todas las personas que conocí a lo largo de este camino que con su compañía y convivencia hicieron más llevadera la estancia en esta institución

A mis amigas y amigos que con sus grandes consejos y compañía me enseñaron el sentido de la vida, por sus buenos deseos y esas experiencias que jamás se olvidaran ya que a través de ellas se forjó más que una amistad.

A toda mi familia, mis tíos, mi abuela y mi prima que me impulsaron a salir adelante, a seguir y alcanzar este gran logro en mi vida.

CONTENIDO

1. DELIMITACIÓN DEL CONTENIDO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	1
2. CONTEXTO PROBLEMÁTICO	3
3. HIPÓTESIS	5
4. OBJETIVOS	6
5. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN	7
6. METODOLOGÍA.....	8
7. MARCO TEÓRICO	17
7.1. Terminología empleada	17
7.2. Hemorragia obstétrica preparto por placenta previa.....	20
8. INVESTIGACIÓN DE CAMPO (RESULTADOS).....	45
9. CONCLUSIONES.....	54
10. PROPUESTAS DE SOLUCIONES	55
11. FUENTES DE INFORMACIÓN	56
12. ANEXOS	58

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. ¿Sabe lo que implica el embarazo?	45
Cuadro 2. ¿Conoce las complicaciones que ocasiona un embarazo sin adecuado control prenatal?.....	46
Cuadro 3. ¿Conoce y aplica las intervenciones necesarias dentro del cuidado del embarazo, parto y puerperio?	47
Cuadro 4. ¿Usted considera que el sector salud influya en la incidencia de casos de hemorragia obstétrica?.....	48
Cuadro 5. ¿Considera que es por falta de atención que brinda el personal de salud, que ocurran las hemorragias obstétricas?	49
Cuadro 6. ¿Cree que es por falta de educación del sector salud hacia la población que ocurran los casos de hemorragias?	50
Cuadro 7. ¿Considera que la incidencia de casos se siguen dando por falta de prevención por parte del sector salud?	51
Cuadro 8. ¿Usted realiza las intervenciones necesarias durante su turno para el cuidado de la paciente puérpera?	52
Cuadro 9. ¿Considera conveniente la implementación de programas de prevención y educación a la población?.....	53

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. ¿Sabe lo que implica el embarazo?	45
Gráfica 2. ¿Conoce las complicaciones que ocasiona un embarazo sin adecuado control prenatal?.....	46
Gráfica 3. ¿Conoce y aplica las intervenciones necesarias dentro del cuidado del embarazo, parto y puerperio?	47
Gráfica 4. ¿Usted considera que el sector salud influya en la incidencia de casos de hemorragia obstétrica?.....	48
Gráfica 5. ¿Considera que es por falta de atención que brinda el personal de salud, que ocurran las hemorragias obstétricas?	49
Gráfica 6. ¿Cree que es por falta de educación del sector salud hacia la población que ocurran los casos de hemorragias?	50
Gráfica 7. ¿Considera que la incidencia de casos se sigue dando por falta de prevención de parte del sector salud?.....	51
Gráfica 8. ¿Usted realiza las intervenciones necesarias durante su turno para el cuidado de la paciente puérpera?	52
Gráfica 9. ¿Considera conveniente la implementación de programas de prevención y educación a la población?	53

1. DELIMITACIÓN DEL CONTENIDO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

La muerte materna es un indicador del desarrollo económico de un país que nos permite visualizar la desigualdad social, la inequidad de género y la respuesta del sistema de salud. Cada año en el mundo mueren 500.000 mujeres a causa de complicaciones del embarazo, parto y puerperio en edades de 15 a 49 años de las cuales se estima que aproximadamente 150.000 mueren por hemorragia, es una de las complicaciones que representan las causas más frecuentes de morbi-mortalidad en el momento del parto, una conjunción de factores como la ausencia de antecedentes patológicos de la gestante, la aparición sorpresiva de sangrado, y el riesgo de vida inminente para la madre y el feto, convierte a la hemorragia grave en una de las situaciones más apremiantes de la práctica del equipo de salud en general. Es por esto que con el presente trabajo de investigación se pretende conocer y establecer a ciencia cierta parámetros que influyen o que conllevan a la hemorragia, debido a que es la segunda causa de muertes maternas en el mundo, y esto con la finalidad de prevenirla y aportar nuevos instrumentos para su mejor manejo y de esta manera reducirlas. Tomando en cuenta que aun la población no cuenta con la información necesaria para poder prevenirla de alguna forma, la hemorragia preparto del tercer trimestre del embarazo se ha asociado a la presencia de placenta previa y desprendimiento prematuro de la misma. La mayoría de estos sangrados son consecuencia de placenta previa, no sólo en el período antenatal, si no durante el parto y aún después del alumbramiento.

Afecta por igual a países subdesarrollados e industrializados la diferencia radica en la ocurrencia de los eventos, México ocupa uno de los primeros lugares, y en algunas regiones de este sigue siendo muy frecuente debido a la poca información que existe, como por ejemplo en las zonas marginadas donde no existe la atención de primer nivel ni mucho menos algún otro centro de salud, la importancia de la información, investigación y estudio de la hemorragia obstétrica es que puede ser consecuencia de diversas patologías, algunas de ellas pueden ser mortales, se pretende hacer y aportar algunas recomendaciones al respecto.

La investigación es importante ya que se ha observado que la falta de atención y prevención por parte del sector salud es uno de los detonantes para que esto suceda, el beneficio es para la población principalmente para las mujeres ya que son las afectadas y de esta manera tener una menor incidencia de mortalidad, es factible por la incidencia.

2. CONTEXTO PROBLEMÁTICO

Según la organización mundial de la salud en el mundo se produce aproximadamente 500,000 muertes maternas de las cuales 25% corresponde a muertes por hemorragias principalmente posparto 19% corresponde a muertes por toxemia. En el censo de 2011 del total de defunciones por complicaciones de emergencia obstétrica, en mujeres de 15 a 49 años, 31 de cada 100 son por hemorragias posparto.

La hemorragia preparto es una de las principales causas de muerte en todo el mundo sin tomar en cuenta que afecta no solo a la mujer embarazada si no al neonato. Es de importancia saber, investigar y educar a la población sobre el embarazo y sus complicaciones así como sus signos de alarma para poder prevenirla, a edades tempranas de la gestación, el grupo de edad más vulnerable comprende entre los 15 y 49 años de edad siendo más frecuente entre 30 y 39 años y la población con más vulnerabilidad es de recursos bajos y zonas marginados donde aún no ha llegado la atención de salud o es deficiente.

¿Por qué se sigue dando la incidencia de mortalidad materna aun en nuestros tiempos?, el avance científico y el énfasis que se hace en la prevención han ido en aumento y por consiguiente debería tener un índice por debajo del 30% o casi nulo, el sector salud se enfoca más al campo clínico que al preventivo y las enfermeras se concentran más en hospitales de especialidades dejando de lado la prevención, sabiendo que esta es la más importante, ya que no se cura no se rehabilita si no se previene.

Algo que llama la atención es que, con el avance de la medicina y técnicas actualizadas un porcentaje de muertes maternas se dan en hospitales de segundo y tercer nivel, se ha calculado que el 90% de casi todas las muertes maternas se producen en los países en “desarrollo”, si la deficiencia de atención o falta de conocimientos por parte del sector salud y/o en parte de la madre llevan a esta

consecuencia del embarazo. Las intervenciones de enfermería para conocer el por qué, el sector salud no proporciona la educación adecuada en prevención a la hemorragia obstétrica preparto, son, en base y relacionadas a la adecuada información que nosotras proveamos a la población y el énfasis en la educación que otorguemos, teniendo en cuenta que la mayoría del grupo de estudio se encuentra entre los 15 y 49 años siendo más vulnerables entre los 30 y 39 años con un grupo de población de bajos recursos, zonas marginadas e incluso en ciudades industrializadas. Una de las principales causas por las que se manifiesta esta complicación del embarazo, es debido a la falta de un buen control prenatal, tomando en cuenta que aún sigue siendo causa de mortalidad, el sector salud no hace énfasis en la prevención ya que las enfermeras y demás equipo se centra en el campo de acción.

¿Cuál es la intervención de enfermería para prevenir la hemorragia obstétrica preparto por placenta previa?

3. HIPÓTESIS

La intervención de enfermería para prevenir la hemorragia obstétrica preparto por placenta previa es proporcionar educación a la población, informar y realizar campañas sobre lo que es el embarazo y lo que este implica para que de este modo las mujeres embarazadas sepan cual es el cuidado y el control prenatal adecuado que se debe llevar durante este. Y a las mujeres que no lo estén también se les brinde esa información.

4. OBJETIVOS

CONOCER CUALES SON LAS CAUSAS

Objetivo general:

Cuáles son las causas por las que no se proporciona educación para la salud en prevención a la hemorragia obstétrica preparto por placenta previa

Objetivo específico:

- Que riesgos implica la hemorragia obstétrica preparto
- Cuáles son las nuevas intervenciones para prevenirla
- Identificar las causas generales de las muestras de estudio
- Determinar los factores de riesgo que desencadenaron la hemorragia obstétrica
- Identificar las causas más frecuentes de la hemorragia preparto
- Identificar el tipo de tratamiento más utilizado en la hemorragia preparto
- Identificar por que el sector salud no realiza y/o difunde la adecuada información para prevenir la hemorragia obstétrica
- Por qué no se previene en primera instancia, antes de curar y rehabilitar

5. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

1. Hemorragia obstétrica preparto por placenta previa
- 2.Cuál es la intervención de enfermería para prevenir la hemorragia obstétrica preparto por placenta previa.

Congruencia de variables

Variable	Dimensiones
Hemorragia obstétrica preparto por placenta previa	Concepto Métodos Beneficios
Intervención de enfermería mediante la educación para la salud para prevenir la hemorragia obstétrica preparto por placenta previa educación para la salud hacia la población	Campañas de prevención Pláticas sobre lo que es el embarazo Programas de prevención durante el embarazo para prevenir patologías del mismo Llevar un adecuado control prenatal

6. METODOLOGÍA

En el siguiente tema de investigación se utilizaron los siguientes métodos:

- investigación documental
- investigación de campo
- método científico

La importancia de utilizar estas herramientas es poder tener la facilidad que nos da el método científico de mostrarnos el camino para descubrir nuevas cosas en todos los ámbitos, por lo cual debemos tenerlo presente ya que al restarle importancia se perdería el camino a donde queremos llegar. La investigación documental es la enseñanza que reside al conocer y practicar principios y procedimientos, a la par de desarrollar habilidades, destrezas y actitudes que se requieren para construir datos, información y conocimiento, es parte esencial de un proceso de investigación puede definirse como una estrategia en la que se observa y se reflexiona sistemáticamente sobre realidades teóricas y empíricas que tienen como finalidad obtener resultados que pueden ser base para el desarrollo de la investigación actual.

Investigación de campo

En la investigación de campo se aplica de forma directa la observación en el objeto de estudio, para que esta sea adecuada y completa es necesario un instrumento que así lo permita, el instrumento de observación se diseña según sea el objeto de estudio.

El fundamento de observación en la investigación científica consiste en hallar y construir las regularidades (leyes) de la naturaleza y la sociedad. Se observan objetos, hechos y entidades empíricas que se encuentran en la realidad.

La observación puede hacerse de modo directo mediante la percepción, pero también en forma indirecta a través de los hechos o las entidades empíricas el propósito de la observación es generar datos u observaciones acerca del conjunto de objetos hechos y entidades empíricas que pueden conocerse en forma directa o indirecta, para formar el cuerpo de conocimientos denominado ciencia.

La observación científica requiere medidas epistemológicas y metodológicas de control y sistematización de acuerdo con ciertas normas que impone el método científico, de ahí que haya datos que se obtienen a través de la observación directa, otros mediante instrumentos tecnificados que representan el grado de complejidad y evolución de la ciencia y la tecnología.

Es la comprobación de un hecho sometido a la investigación, con ayuda de métodos y técnicas especiales, en los procesos para conocer los fenómenos de la naturaleza, algunos conocimientos se obtienen de forma accidental o fortuita esto ha llevado a distinguir dos especies de observación, unas activas y otras pasivas.

Los instrumentos para la investigación de campo son.

- Ficha de campo
- Diario
- Registros
- Tarjetas
- Notas
- Mapas
- Diagramas
- Cámaras

- Grabadoras

Investigación documental

Se caracteriza por la utilización de documentos, recolecta, selecciona y presentan resultados coherentes, utiliza procedimientos lógicos y mentales de toda investigación, análisis, síntesis, deducción e inducción.

Es una investigación que se realiza en forma ordenada y con objetivos precisos, con la finalidad de ser base para la construcción de conocimientos. Puede considerarse como parte fundamental de un proceso de investigación científica, mucho más amplio y acabado.

El objetivo de la investigación documental es elaborar un marco teórico conceptual para formar un cuerpo de ideas sobre el objeto de estudio. Todo material que proporciona información y que puede utilizarse para consulta se considera importante en la investigación documental, por ejemplo dibujos, grabaciones, libros, archivos etc. Con el propósito de elegir los instrumentos para la recopilación de información es sumamente conveniente remitirse a las fuentes de información.

Las fuentes primarias de información son los documentos que registran o corroboran el conocimiento inmediato de la investigación e incluyen libros, revistas informes técnicos y tesis.

Las fuentes secundarias incluyen enciclopedias, anuarios, manuales, almanaques, bibliografías, e índices entre otros los datos que integran las fuentes secundarias se basan por lo regular en documentos primarios.

PASOS PARA RELIZAR LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

1. Elección del tema
2. Acopio de bibliografía básica sobre el tema
3. Elaboración de fichas bibliográficas y hemerográficas
4. Lectura rápida del material
5. Delimitación del tema
6. Elaboración del esquema de trabajo
7. Ampliación del material sobre el tema ya de militado
8. Lectura minuciosa de la bibliografía
9. Elaboración de fichas de contenido
10. Organización de fichas de contenido y revisión del esquema
11. Redacción de trabajo final
12. Borrador
13. Redacción final
14. Desarrollar estrategias de difusión y comunicación de los resultados mediante la presentación de la información en diferentes formatos impresos y digitales (páginas web, foros virtuales, blogs, etc.)

Los diversos tipos de la investigación documental

- Investigación histórica: trata de la experiencia pasada describe lo que era y representa una búsqueda crítica de la verdad que sustenta los acontecimientos pasados. Actualmente la investigación histórica se presenta con una búsqueda crítica de la verdad, sustentando los acontecimientos del pasado.
- Investigación descriptiva: Abarca la descripción, registra, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la comprensión de procesos y fenómenos de la realidad estudiada (trabaja sobre realidades de hecho, su característica fundamental es presentar una interpretación correcta).
- Investigación experimental: Se desarrolla mediante la manipulación de una variable experimental no comprobada, en condiciones rigurosamente controladas, con el fin de describir de qué modo o por que causa se produce una situación o acontecimiento particular.

Las características de la investigación documental se definen por:

La recolección, selección, análisis y presentación de información coherente a partir del uso de documentos. La realización de una recopilación adecuada de datos e información que permiten redescubrir hechos, sugerir problemas, orientar hacia otras fuentes de investigación, orientar formas para elaborar instrumentos de investigación, elaborar hipótesis, etc.

Considerarse como parte fundamental de un proceso de investigación científica, mucho más amplio y acabado. Realizarse en forma ordenada y con objetivos precisos, con la finalidad de ser base para la construcción de conocimientos. El uso de diferentes técnicas e instrumentos para la localización y clasificación de datos, análisis de documentos y de contenidos

Conceptos básicos

Dato: Son símbolos tales como letras del alfabeto, números, señales con la mano, rayas, puntos, dibujos. Los datos se caracterizan por no contener ninguna información. La importancia de los datos está en su capacidad de asociarse, dentro de un contexto para convertirse en información. Por sí mismos los datos no tienen capacidad de comunicar un significado y por lo tanto no pueden afectar el comportamiento del hombre de quien los recibe. Para ser útiles los datos, deben convertirse información y ofrecer un significado, conocimiento, idea o conclusiones.

Para que el dato pueda tener efecto se requiere darle sentido y significado al relacionarlo de manera lógica y coherente con otros datos de tal manera que se conviertan en una información o mensaje que en su contenido tiene una intención.

Información. Conjunto de datos que guardan una relación lógica y coherente entre sí, de la cual se infieren sentidos y significados y que describen sucesos o entidades. Para que la información sea de calidad, los datos con los que se construye dicho tipo de información deben tener las características siguientes:

- Contener símbolos reconocibles
- Estar completos
- Expresar una idea de manera precisa y no ambigua.

Documento. Cualquier tipo de soporte material (papel, piedra, madera, plástico, etc.) en los cuales a través de distintos mecanismos tecnológicos se logró imprimir, registrar o almacenar información sobre algún fenómeno u objeto. Esta definición es de tal amplitud que se puede entender que un documento es una fotografía, una pintura, un video, un grafiti, una enciclopedia digital, un libro digital

o impreso, una, revista, periódico, libro, página web, folleto, y prácticamente cualquier material del cual podemos obtener información que sea de interés para nuestra investigación.

Unidad documental. Es el espacio físico (biblioteca, hemeroteca, videoteca, fonoteca, etc.) y virtual (bibliotecas, catálogos y páginas digitales) donde se localizan los documentos que son de utilidad para la investigación.

Fuente documental. Son los diferentes tipos de documentos que contienen datos e información útil para la investigación.

Fichas de investigación. Son los instrumentos físicos o virtuales que nos permiten ordenar los datos de las fuentes documentales consultadas y la información sobre el tema y subtemas que son de interés para cubrir el problema y objetivos que se plantearon en la investigación.

Método científico

El método científico es un proceso destinado a explicar fenómenos, establecer relaciones entre los hechos y enunciar leyes que expliquen los fenómenos físicos del mundo y permitan obtener con estos conocimientos, aplicaciones útiles al hombre.

Los científicos emplean el método científico como una forma planificada de trabajar, sus logros son acumulativos y han llevado a la humanidad al momento cultural actual. Aunque podemos decir que no hay un solo método científico modelo clásico, algunos factores son comunes a todos una idea brillante del hombre, el trabajo complementario de los científicos y de las ciencias, la verificabilidad, la utilización de herramientas matemáticas etc. También son comunes los procedimientos descritos en este tema toda investigación científica se somete siempre a una prueba de la verdad que consiste en que sus

descubrimientos pueden ser comprobados mediante experimentación, por cualquier persona y en cualquier lugar y en que sus hipótesis son revisadas y cambiadas si no se cumplen. Está sustentado por dos pilares fundamentales, el primero de ellos es la reproducibilidad es decir, la capacidad de repetir un determinado experimento, en cualquier lugar y por cualquier persona, este pilar se basa, esencialmente, en la comunicación y publicidad de los resultados obtenidos, el segundo pilar es la refutabilidad, es decir, que toda proposición científica tiene que ser susceptible de ser falsada o refutada (falsacionismo) esto implica que se podrían diseñar experimentos, que en el caso de dar resultados distintos a los predichos, negarían la hipótesis puesta a prueba. La falsabilidad no es otra cosa que el *modus tollendo tollens* del método hipotético deductivo experimental. Según *James B. Conant*, no existe un método científico. El científico usa métodos definitorios, clasificatorios, estadísticos, hipotético-deductivos, procedimientos de medición, etcétera. Y según esto, referirse al método científico es referirse a este conjunto de tácticas empleadas para constituir el conocimiento, sujetas al devenir histórico, y que eventualmente podrían ser otras en el futuro ello nos conduce tratar de sistematizar las distintas ramas dentro del campo del método científico.

Los conocimientos que la humanidad posee actualmente sobre las diversas ciencias de la naturaleza se deben, sobre todo, al trabajo de investigación de los científicos. El método científico consta de las siguientes fases:

- Observación
- Formulación de hipótesis
- Experimentación
- Emisión de conclusiones.

Observación: consiste en examinar atentamente los hechos y fenómenos que tienen lugar en la naturaleza y que pueden ser percibidos por los sentidos.

Formulación de hipótesis: consiste en elaborar una explicación provisional de los hechos observados y de sus posibles causas.

Experimentar: consiste en reproducir y observar varias veces el hecho o fenómeno que se quiere estudiar, modificando las circunstancias que se consideren convenientes.

Emisión de conclusiones: consiste en la interpretación de los hechos observados de acuerdo con los datos experimentales.

A veces se repiten ciertas pautas en todos los hechos y fenómenos observados. En este caso puede enunciarse una ley. Una ley científica es la formulación de las regularidades observadas en un hecho o fenómeno natural.

Las leyes científicas se integran en teorías. Una teoría científica es una explicación global de una serie de observaciones y leyes interrelacionadas.

7. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

7.1. Terminología empleada

Ahlfeld: El doctor David P. Ahlfeld fue quien describió este signo. Un signo presuntivo de embarazo, contracciones irregulares del útero después del tercer mes de embarazo.

AHLFELD II: un signo de pérdida de la placenta. Después del parto, aparece el cordón umbilical en la cavidad vulvar, cuando más sale de la vulva, más avanza la placenta hacia abajo.

Asherman: Es la formación de adherencias intrauterinas (tejido cicatricial) que se desarrolla de manera característica después de una cirugía uterina, los signos de este síndrome se presentan de manera súbita después de legrado enérgico u otra cirugía uterina.

Baudelocque Duncan: una variación de desprendimiento de la placenta comienza a desprenderse por su borde lateral, al expulsarse aparecerá primero el borde de la misma, se expulsa por la cara materna.

Baudelocque shultze: la placenta comienza a desprenderse en el centro de la zona de inserción, con la formación del hematoma retro placentario, que expulsa la placenta al exterior por su cara fetal.

Braxton-Hicks: signo en el cual las contracciones intermitentes del útero después del tercer mes del embarazo; pueden ser producidas también por un tumor uterino.

Citotrofoblasto: o capa de Langhans es un término que se emplea para la capa más interna del trofoblasto, unidas al sincitiotrofoblasto del embrión y que funciona como un anclaje para el corión embrionario al endometrio materno. Su

desarrollo comienza durante la primera semana embrionaria y continúa creciendo en las vellosidades coriónicas.

Embarazo: es un proceso fisiológico pasajero que se inicia con la unión del ovulo y el espermatozoide y termina con el nacimiento de un nuevo ser.

Embrión: es la etapa inicial del desarrollo del ser vivo, mientras se encuentra en el útero, se aplica hasta el final de la octava semana de gestación.

Fabre o del pescador: es un signo funicular del desprendimiento de placenta, al ejercer ligeras sacudidas sobre el cordón con una mano, éstas no se apreciarán en la otra mano, colocada sobre el fondo uterino.

Fecundación: es un proceso mediante el cual el ovulo y el espermatozoide se unen y que se inicia con el recambio de ADN que termina en la formación de un nuevo ser.

Feto: se le llama así después de las 8 semanas de gestación al huevo o cigoto que ya se había implantado en el útero.

Gestación: se refiere al tiempo desde la concepción hasta el parto incluyendo todas sus etapas.

Hidramnios: Es una afección que ocurre cuando se acumula demasiado líquido amniótico durante el embarazo. También se conoce como trastorno de líquido amniótico.

Kleihauer-Betke: es una prueba para determinar la cantidad de globulina inmune Rh que una mujer Rh-negativa debe recibir para prevenirla de los anticuerpos o proteínas anormales en vías de desarrollo contra su feto.

Signo de Küstner: tumor quístico en la línea media anterior del útero, en los dermoides del ovario. Si un tumor ovárico es del lado izquierdo la torsión del pedículo se realiza hacia el lado derecho; si el tumor es del lado derecho la torsión es hacia el lado izquierdo. Al ejercer presión manual sobre el útero en sentido ascendente; si la placenta no está desprendida el cordón ascenderá; si la placenta se ha desprendido, no se moverá en el sentido del fondo uterino.

Laceración: se puede definir como una ruptura que se produce en la piel, esto se refiere a lastimar, herir, vulnerar o afligir, en obstetricia se refiere cuando se lacera el canal de parto.

Miometrio: capa del útero, es una capa de músculo liso que forma la mayor parte de la masa muscular del útero.

Pinard: Signo en el cual se manifiesta un dolor agudo a la presión sobre el fondo del útero; después de los seis meses del embarazo es un signo de presentación de nalgas.

Placenta: es un órgano de vital importancia en el embarazo, es un órgano que se desarrolla en el útero, lugar donde se produce la implantación del embrión. La placenta se comunica con el feto mediante el cordón umbilical.

Sincitiotrofoblasto: capa externa de la placenta, es la zona que va a producir la HGC y que va a formar las vellosidades coriales.

Schroeder: signo en que consiste en valorar el relieve del fondo uterino a través de la pared abdominal. Si la placenta no se ha desprendido el fondo llega hasta el ombligo; si ya lo está, se coloca 2-3 veces por encima del mismo y generalmente a la derecha; una vez expulsada a 2-3 veces por debajo del ombligo, duro y con una contracción tónica de la musculatura uterina (globo de seguridad).

Strassman: consiste en que una de las manos mantiene el cordón umbilical, la otra determina movimientos en el fondo uterino. Puede ser negativo si la mano que mantiene el cordón recibe la propagación, o positivo si los movimientos del fondo uterino no se propagan al cordón, revelando descenso de la placenta.

Vellosidades coriales: emergen del corion, invaden al endometrio y permiten el intercambio de nutrientes entre la madre y el feto.

7.2. Hemorragia obstétrica preparto por placenta previa

En la etapa de gestación existen riesgos que ponen en peligro la vida de la mujer y el producto, aproximadamente 15% de las mujeres embarazadas presentan alguna complicación mortal que requiere de atención obstétrica calificada y en algunos casos intervención quirúrgica para que sobrevivan. Una complicación no diagnosticada oportunamente puede agravarse y provocar una emergencia que incrementa el riesgo de morbilidad materno-infantil. El proyecto de norma PROY-NOM-007-SSA-2012 para la atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y del recién nacido, considera como emergencia "la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad materna y perinatal que requiere una atención inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención".

Fecundación

Es la unión del ovulo y espermatozoide que se inicia con el recambio del ADN que termina en la formación de un nuevo ser.

La fecundación ocurre en el tercio externo de la trompa de Falopio o región ampular, los espermatozoides penetran en el canal endocervical a través del

moco hacia la cavidad uterina, continúan su viaje y pasan a través del endometrio por las paredes laterales de la cavidad uterina, pasan a través del osteum y se introducen en las trompas donde son ayudados por los movimientos peristálticos centrífugos, siguen su recorrido hasta la región ampular y localizan al ovulo rodeándolo con la intención de penetrar la cabeza.

Al momento de penetrar la cabeza del espermatozoide dentro del ovulo, se desencadena otra reacción química en la membrana del ovulo lo que impedirá que otros espermatozoides al momento de penetrar la cabeza se inicie el recambio de ADN a partir de ese momento cambia su nombre a huevo o cigoto.

El embarazo es un proceso fisiológico, este por si solo es capaz de desencadenar distintas patologías o agravar las ya existentes. Pero el riesgo de hemorragia es más grave aún si la madre tiene patologías asociadas a su condición de salud materna como anemia y mal nutrición, patologías que frecuentemente acompañan a las pacientes de bajos recursos.

Normalmente la placenta debe insertarse de la mitad del útero hacia arriba en cualquier sitio dentro de este, cuando esto no sucede y la placenta se inserta de la mitad del útero hacia abajo se le conoce como placenta previa.

Revisión histórica

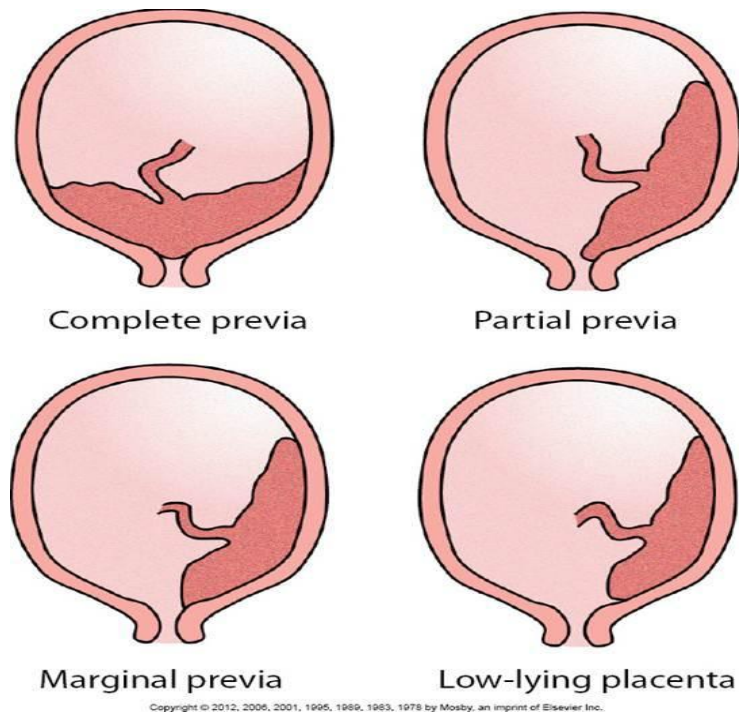
La primera descripción de la placenta previa fue la de Guillemeau en 1685, el cual aconsejó a los cirujanos que, en los partos definieran que se presentaba primero si el feto o la placenta. En 1730 Giffart describió como la hemorragia en el parto se debía a la separación entre el OCI y la placenta inserta en él. Fueron Levret (1750) en Francia y Smellie (1751) en Londres quienes establecieron el concepto de placenta previa, desde entonces su manejo es controvertido, durante los siglos XVIII Y XIX se practicaban técnicas como el taponamiento vaginal, la ruptura de las membranas y versión gran extracción versión de Braxton Hicks.

Hasta nuestros tiempos se han utilizado diversos métodos siempre en busca de la mejor resolución para feto y madre sin embargo se deben tomar en cuenta varios aspectos para su resolución, por consiguiente se debe priorizar y adecuar el mejor tratamiento.

Definición

La Placenta Previa se define como la inserción anormal de la placenta sobre el segmento inferior cercano al orificio interno del canal cervical, es una complicación del embarazo que cubre el orificio cervical completa o incompletamente, evitando el parto vaginal normal, desde el punto de vista clínico puede haber actividad uterina aunque el signo clásico y más común es la hemorragia indolora en el tercer trimestre. La hemorragia preparto del tercer trimestre del embarazo se ha identificado como causas de mortalidad materna, las cuales pueden deberse a la presencia de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta, la mayoría de estos sangrados no sólo existen en el período antenatal, si no durante el parto y aún después del mismo.

La hemorragia es el síntoma más característico de la placenta previa, siendo más precoz cuando más baja se encuentra, en las placentas de inserción baja o marginal la hemorragia puede no presentarse incluso hasta el momento del parto, pero en las oclusivas aparece prácticamente siempre antes del parto. La hemorragia de origen materno en el 90 por 100 de su volumen, se debe a que al formarse el segmento inferior y borrarse y reblandecerse el cuello, la placenta se separa de su inserción en el útero, con lo que los vasos quedarán abiertos y se produce un acumulo de sangre en el espacio intersticial.



Se han reconocido cuatro tipos de placenta previa de acuerdo a su implantación:

- 1) **Placenta previa total:** El orificio cervicouterino interno está cubierto en su totalidad por la placenta.
- 2) **Placenta previa parcial:** La placenta cubre parcialmente el orificio interno.
- 3) **Placenta previa marginal:** El borde de la placenta está en el margen del orificio interno.
- 4) **Implantación baja de la placenta:** La placenta está implantada en el segmento uterino inferior de modo que el borde de la placenta en realidad no llega al orificio interno, pero se encuentra en estrecha proximidad al mismo y vasos previos: los vasos fetales recorren las membranas y están presentes en el orificio cervicouterino. Las relaciones y definiciones usadas para clasificar algunos casos de placenta previa dependen en gran medida

de la dilatación del cuello del útero en el momento del examen. Con la placenta previa tanto total como parcial, cierto grado de separación espontánea de la placenta es una consecuencia inevitable de la formación del segmento uterino inferior y de la dilatación del cuello del útero.

Desde el punto de vista clínico el sangrado transvaginal es de variable magnitud durante la segunda mitad de gestación es el punto cardinal para el diagnóstico de placenta previa lo característico de este sangrado es que es repentino, indoloro aun en presencia de contracciones uterinas el mecanismo de la hemorragia es mecánico por desprendimiento placentario y esto puede ser desencadenado al formarse el segmento, por exploraciones vaginales, relaciones sexuales y durante el trabajo de parto, durante las laceraciones de las vellosidades coriales pueden originar sangrado de origen fetal por lo que debe ser posible practicarse la prueba de Kleihauer-Betke, en busca de eritrocitos fetales dada la importancia desde el punto de vista de inmunización así como algunos casos de pérdida sanguínea fetal. A edades más tempranas del embarazo es más baja la implantación de la placenta, por lo general los episodios de hemorragia mejoran y desaparecen con el manejo sin embargo puede ser tan importante que amerita de inmediato la interrupción del embarazo, el estado general de la paciente va con relación a la magnitud de la hemorragia, otro hallazgo frecuente es el encontrar presentación y situación anormal del feto. En la evolución la placenta previa seguirá sangrando, sobre todo en forma central o parcial y total hasta que se interrumpa el embarazo con resolución por vía abdominal. Existe una correlación lineal entre la edad que se produce el primer episodio hemorrágico y la incidencia de parto pre terminó, siendo este hecho la principal causa de mortalidad perinatal, es importante tener en mente para la toma de decisiones tanto parámetros maternos como fetales entre ellos están:

En los fetales se encuentran:

- Edad gestacional (parto pre terminó)
- Sufrimiento fetal (por cualquier causa)
- Participación fetal en la hemorragia (prueba de Kleihauer-Betke)
- Riesgo de trauma por vía vaginal

En los maternos se encuentran:

- Magnitud de la hemorragia
- Dilatación cervical
- Variedad anatómica de placenta previa presentación fetal
- Estado de las membranas

Se deberá interrumpir la gestación en forma inmediata cuando hay:

- Hemorragia severa
- Hemorragia persistente (12 horas después de estar hospitalizada)
- Trabajo de parto después de la semana 36
- Cuando el trabajo de parto es inevitable
- Presencia de sangre fetal en la hemorragia
- Presencia de sufrimiento fetal

Algo que se hace muy notorio y que sin duda alguna es centro de discusión, es que independientemente de la edad gestacional del feto siempre se debe preferir a la madre, siempre se verá por ella dejando de lado al feto.

La hemorragia obstétrica grave plantea una problemática que comprende tres aspectos diferentes, que necesariamente influirán sobre la mortalidad y deben abordarse simultáneamente con la finalidad de lograr su resolución:

1. **Científico:** se refiere al conocimiento de la patología y de los recursos terapéuticos disponibles
2. **Recursos:** está referido a la disponibilidad de infraestructura y materiales apropiados.
3. **Cultural:** es un concepto amplio, responsable en alguna medida del elevado número de decesos, se refiere a las decisiones políticas a la hora de organizar y disponer los recursos terapéuticos y la logística necesaria, esto no solo abarca las autoridades gubernamentales, sino también a los responsables de tomar decisiones en los distintos centros de salud estatales o privados.

A causa de lo anterior es necesario conocer que factores contribuyen a la muerte materna para poder prevenirla. Es de interés social ya que delineará, los conocimientos básicos que tiene que conocer el sistema en salud, para fortalecer los programas proyectados a la población materna.

La mortalidad materna es indicador de la calidad de atención a la salud.

Dicho proceso aunque evalúe un daño final esconde gran parte de la morbilidad que la mujer padece durante su ciclo reproductivo y los problemas sociales, económicos y psicológicos que la familia tiende con cada muerte materna.

Es muy importante mencionar que los niveles de mortalidad materna, son un indicador de la proporción de personas de bajos recursos, dentro de un país, haciendo una comparación entre países en desarrollo y países desarrollados, siendo los primeros los más afectados ya que el 99 % del total de 585,000 defunciones maternas que se calcula que ocurren en todo el mundo.

Fisiopatogenia

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento estas fibras musculares se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero disminuye, conforme se va separando la placenta el útero se hace firme llegando al abdomen y a veces atraviesa la vía abdominal y esto también indica patología.¹

La perfusión sanguínea placentaria es de aproximadamente 500-800 mililitros por minuto, a medida que la placenta se separa del útero estos vasos se rompen y ocurre un sangrado, las contracciones del miometrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coagulo retro placentario. Cuando el útero falla en contraerse, se dice que existe atonía uterina los vasos sanguíneos en el sitio placentario no se contraen y se produce la hemorragia. El grado de pérdida de sangre asociado con la separación de la placenta y su expulsión depende de la rapidez con que la placenta se separe de la pared uterina y de la efectividad de la acción de las contracciones sobre el lecho placentario durante y después de la separación.

¹ Prevención de hemorragia obstetricia 5ª ed. 2007 pág. 16

Trabajo de parto

Es un proceso fisiológico mediante el cual útero gestante expulsa los productos de la concepción después de las 20 semanas de gestación.

El trabajo de parto normalmente se desencadena de manera espontánea, cuando el feto está maduro y apto para vivir fuera del útero. No se sabe a ciencia cierta porque se desencadena el trabajo de parto sin embargo existen varias teorías que tratan de explicarlo y son:

- Crecimiento uterino
- Hiperactividad de la embarazada
- Liberación de oxitocina endógena en neurohipofisis
- La ruptura prematura de membranas

El trabajo de parto se caracteriza por contracciones uterinas, las cuales tienen el triple gradiente, teniendo como objetivo expulsar los productos de la concepción mediante la modificación del cérvix en cuanto a dilatación y borramiento. Y cuenta con 3 fases que son:

- Dilatación
- Expulsión
- Alumbramiento

La dilatación se inicia con las contracciones uterinas y termina con la dilatación completa.

La expulsión comprende desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto su duración es variable.

Alumbramiento: se le conoce así al momento del parto en el cual se elimina al exterior la placenta y las membranas ovulares. El mecanismo fisiológico del alumbramiento consta de 4 tiempos.

1. Desprendimiento de la placenta
2. Desprendimiento de las membranas ovulares
3. Descenso de la placenta
4. Expulsión de la placenta

Placenta

Es un órgano de vital importancia en el embarazo, ya que es un órgano multifuncional que realiza funciones de todo tipo:

- a) Endocrinas (produce hormonas)
- b) Renales
- c) Funciones circulatorias
- d) Digestivas
- e) Respiratorias

Sin embargo sus principales funciones son las de nutrición, metabolismo, anabolismo y catabolismo

La respiratoria → intercambio gaseoso

De 0-8 semanas de gestación se llama trofoblasto

De 8 hasta el parto se llama placenta

La placenta se comienza a formar después de la implantación del blastocisto en la decidua donde una vez implantado la masa celular externa, emite ramificaciones en busca de sustrato alimentación y oxígeno, por lo que se considera que es invasora. Al inicio del embarazo la placenta se divide en dos partes:

- Citotrofoblasto
- Sincitiotrofoblasto

Desprendimiento de la placenta

De inmediato al parto, el útero se retrae para adaptarse a su menor contenido. No obstante todavía la placenta permanece un tiempo (unos minutos), adherida al útero, después del nacimiento se agregan contracciones rítmicas las cuales son motivo fundamental de desprendimiento de placenta.

El desprendimiento de placenta puede realizarse a través de 2 mecanismos:

Baudelocque shultze: el desprendimiento se localiza en el centro de la placenta, formando así un hematoma retro placentario que a medida que progresa el desprendimiento se hace mayor ocasionando la inversión de la placenta y su expulsión por la cara fetal. Este mecanismo representa el 80% de los casos siendo

el más frecuente; y está en relación con la localización placentaria predominante en las regiones altas del cuerpo uterino.²

Baudelocque Duncan: el desprendimiento se efectúa por el borde inferior de la placenta. La presión uterina completa la acción hasta permitir la expulsión por el mismo borde ósea por la cara materna de la placenta. Representa el 20% de los casos y depende de la inserción placentaria en el segmento inferior la cual es menos frecuente.

Signos de desprendimiento (signos corporales)

La paciente experimenta después del nacimiento del niño un estado de bienestar, las contracciones uterinas que son indoloras permiten la adaptación del útero de la placenta y como consecuencia de esto el fondo uterino llega a nivel del ombligo de 2 a 3 c.m por debajo de él.

La consistencia uterina varía según el momento de la palpación; ya que es dura durante las contracciones y elásticas en las pausas. A medida que la placenta se desprende, el útero se torna más globoso y asciende a nivel del ombligo, lateralizándose levemente hacia el flanco derecho: Signo de Schroeder

Según el mecanismo de desprendimiento habrá o no pérdida de sangre durante el alumbramiento, en el mecanismo de Duncan se exterioriza una cantidad variable de sangre lo que constituye el llamado signo de la pérdida hemática: mientras que el alumbramiento tipo shultze, una discreta cantidad se acumula entre la placenta y el útero que se eliminan junto a ella. Se denomina tiempo corporal al periodo durante el cual toda la placenta está dentro del cuerpo uterino, durante el cual las contracciones se registran perfectamente, a medida que la placenta atraviesa el canal de parto, la acción de las contracciones sobre la presión placentaria es menor.

² Obstetricia y ginecología, 7 ed. 2010 pág. 18, 19

Se denomina tiempo corporal normal cuando es menor de 10 minutos, y tiempo corporal prolongado cuando la expulsión placentaria se realiza entre 10 y 30 minutos. Se considera retención placentaria cuando el alumbramiento se produce después de 30 minutos desde el nacimiento.

Desprendimiento de las membranas ovulares

Las membranas se desprenden por el mismo proceso que el de la placenta, las contracciones del útero lo hacen de tal manera que pliegan primero las membranas y las desprenden después; finalmente el mismo peso de la placenta en su descenso terminara por desprender por simple tironea miento.

Descenso de la placenta

Desprendida la placenta, está descende del cuerpo al segmento, y de aquí a la vagina lo que ocurre por actividad contráctil del útero y mayormente por el peso de la misma.

Signos de descenso (signos segmentarios)

Al llegar la placenta al segmento inferior, lo distiende, y motiva con ello el ascenso y lateralización máxima del fondo uterino.

Signo de ahlfeld

Se coloca a nivel vulvar una pinza de kocher sobre el cordón umbilical y a medida que se produce el descenso placentario, la misma se aleja del lugar inicial.

Signo de küstner

Al sostener con una mano el cordón umbilical y desplazar hacia arriba con la otra, colocada en la región hipogástrica, si el cordón umbilical permanece

inmóvil indicara que la placenta esta desprendida constituyendo éste signo positivo; mientras que si el cordón umbilical asciende la placenta no ha descendido aun, siendo este signo negativo.

Signo de strassman

Si la mano que sostiene el cordón umbilical recibe la propagación de ondas al mover el fondo uterino se considera que la placenta no ha descendido siendo el signo negativo. La no propagación de ondas indicara el descenso placentario lo cual indica un signo positivo.

Signo de Fabre o del pescador

Se cumple el mismo principio del signo de strassman con la excepción de que el movimiento lo realiza la mano que sostiene el cordón umbilical y la mano colocada en el fondo uterino recibe o no las propagaciones de onda.

Signos de expulsión

Al llegar la placenta a la vagina el útero experimenta su mayor descenso. El fondo uterino se sitúa a 5-6 centímetros por debajo del ombligo, constituyendo el signo de mayor descenso del fondo uterino.

La retracción uterina determina que las fibras musculares obliteren los vasos, siendo este el signo del globo de seguridad de pinard, que confiere al útero una consistencia leñosa.

Expulsión de la placenta

Pueden presentarse dos situaciones:

- a) Normal: se repiten algunos pujos y estos con el agregado del peso de la placenta y el hematoma retro placentario permiten la expulsión hasta el exterior
- b) La placenta desprendida y descendida continua alojada en la vagina, por lo que es necesario extraerla con ayuda manual (alumbramiento manual)

Factores predisponentes³

Como factores de riesgo que están relacionados con la mortalidad materna, tenemos los ambientales, socioeconómicos, biológicos. Estos factores de riesgo se concretizan en las dificultades que presenta el adquirir el servicio gratuito, ya que tiene un costo pues se tiene que pagar, el transporte para obtenerlo, se tiene que gastar en alimentación, en medicina y la paciente, tiene que dejar sus quehaceres domésticos, y a los niños en la mayoría de los casos, todo ello, crea la imposibilidad de acudir a un centro de salud que se encuentra a larga distancia.

Ciertos factores aumentan la posibilidad que se presente la hemorragia obstétrica antes y después del parto, una de ellas es la sobre distensión uterina por feto grande, multiparidad, hidramnios, debido a esto las fibras musculares se estiran a un punto hasta que ya no son capaces de retraerse con facilidad y rapidez, de contraerse con la firmeza suficiente para ocluir los vasos abiertos en forma rápida después del parto.

El trabajo de parto prolongado es otra de las causas, debido por contracciones ineficaces del tercer periodo del embarazo. Puede haber hemorragia importante debido a lesiones por laceraciones vaginales, ruptura uterina, laceraciones del cuello o de episiotomía.

³ Obstetricia 3, Méndez Ed México pág. 60

1. La multiparidad
2. Las madres añosas, tener más de 35 años triplica la probabilidad de presentar una placenta previa,
3. El tabaquismo,
4. Embarazo múltiple
5. Cirugía uterina previa.
6. Embarazo gemelar
7. Periodo inter genésico corto
8. Coagulación intravascular diseminada
9. Secuelas de procesos inflamatorios pélvicos
10. Tumores que deformen el contorno uterino
11. Legrado intrauterino instrumentado (síndrome de Asherman)

La mortalidad fetal es de 4-8% ya que casi todos los partos aparecen antes de las 36 semanas de gestación, se estima que ocurre en un aproximado de 5 por cada 1000 embarazos.

Establecer un diagnóstico oportuno, mejorar la atención médica con infraestructura

Adecuada y personal capacitado, disminuye las defunciones por causas obstétricas directas; si bien la atención hospitalaria por hemorragias posparto, pueden prevenirse con tratamientos farmacológicos oportunos, mejores técnicas asépticas e identificación oportunamente de signos de infección puerperal, es la

prevención la mejor medida para disminuir condiciones de salud adversas entre las mujeres embarazadas.

CAUSAS

Se pueden clasificar según la OMS. / OPS como:

Mortalidad materna directa es aquella que se produce, como propia del embarazo, parto y puerperio, intervenciones o tratamiento inadecuado.

La causa o causas reales de la implantación anormal realmente no se conocen, se mencionan eventos relacionados, como la implantación tardía del huevo, disminución de la capacidad del endometrio, así como otras alteraciones endometriales y decidua, provocada por tumores, cicatrices y trastornos circulatorios.

Las presentaciones anormales y las malformaciones congénitas se asocian con la placenta previa en un 60% de los casos; se dan presentaciones pélvicas, de hombros o compuestas, además cuando la presentación es cefálica, existe 15% de variedades occipital posteriores y transversas. No obstante las presentaciones anormales son más bien la consecuencia de la inserción baja placentaria y no su causa.⁴

Otros factores asociados son la edad materna avanzada, embarazos múltiples, periodo inter genésico corto, tumores que deformen el contorno uterino, así como secuelas de procesos infeccioso-inflamatorios, también influyen el tabaquismo y el consumo de cocaína.

La asociación de cesárea anterior y la placenta previa es de importancia relevante, ya que es cuatro veces mayor su frecuencia cuando existe este

⁴ Datos nacionales INEGI 2012

antecedente, además de favorecer ambos factores la posibilidad de expresarse como placenta acreta hasta en 24% y este porcentaje se incrementa de forma directa con el número de cesáreas previas.

La posibilidad de presentar placenta previa en embarazos posteriores es de 6 y hasta 12 veces, un hecho de observación clínica es que la placenta previa se presenta cuando el feto es varón, se reporta menor incidencia de pre eclampsia-eclampsia en pacientes con placenta previa.

En el hospital de nuestra señora de la salud se ha observado que la incidencia de casos se debe a la falta de un control prenatal adecuado por parte de la madre, siendo este una causa importante para la hemorragia, sin embargo se analizaron casos y se observó que una de las causas se debe a la falta de atención por parte del personal de salud hacia la mujer embarazada en todas sus etapas desde el control prenatal.

El tratamiento expectante, así como efectuar cesárea ha reducido considerablemente las muertes maternas y morbilidad perinatal. Este tiene su sustento en prolongar el embarazo el mayor tiempo posible con la finalidad de evitar en lo posible la inmadurez del feto, dado que en la mayoría de los episodios de sangrados se auto limitan y no son graves para el producto de la madre. Las formas asintomáticas detectadas por US en el segundo trimestre de embarazo requieren ser subsecuentes para demostrar que en realidad se trate de placenta previa y en caso de persistir la imagen a la semana 30 se recomendará reposo el resto del embarazo. La vía vaginal está contraindicada para la mayoría de las formas de placenta previa sin embargo, las marginales excepto la posterior se podrán manejar por vía vaginal, siempre que la presentación sea cefálica.

El tratamiento de esta patología depende de varios factores como son:

- Curso y magnitud de la hemorragia

- Edad y desarrollo alcanzado por el feto
- Variedad de la inserción de la placenta
- Presencia o no de trabajo de parto
- Manifestaciones de sufrimiento fetal
- Presencia o no de complicaciones maternas.

El acretismo placentario es una complicación importante de la placenta previa, puede variar de 5 a 67% según los antecedentes.

La mortalidad materna global alcanza 530.000 casos anuales y una cuarta parte es consecuencia de hemorragias obstétricas. Se estima que en el mundo mueren 140.000 mujeres por año, una cada 4 minutos a causa de hemorragia obstétrica:

La mortalidad materna es indicador de la calidad de atención a la salud.

Es muy importante mencionar que los niveles de mortalidad materna, son un indicador de la proporción de personas de bajos recursos, dentro de un país, haciendo una comparación entre países en desarrollo y países desarrollados, siendo los primeros los más afectados ya que el 99 % del total de 585,000 defunciones maternas que se calcula que ocurren en todo el mundo.

Estas son algunas de las complicaciones graves que se presentan antes, durante y después del embarazo:

- Hemorragias graves 28.7%
- Trombo embolismo 19.7%
- Hipertensión gestacional 17.6%

- Infecciones 13.1%
- Miocardiopatías 5.6%
- Complicaciones anestésicas 2.5%
- Otras causas 2.7%

Teniendo en cuenta que 2/3 de los casos no tienen factores de riesgo identificables, podemos afirmar que la hemorragia obstétrica podría afectar a cualquier mujer en cualquier que fuera de los casos sin importar edad, nivel socioeconómico etc. Pero la misma patología proporciona desigualdad de oportunidades en cuanto a la posibilidad de sobrevivir se refiere. Este último se debe por un lado a factores propios de cada paciente, su estado nutricional, la condición médica previa, el acceso a determinados niveles de atención médica, estrato social, por otra parte factores circunstanciales conforma el denominado triple retraso diagnóstico, retraso en la búsqueda de asistencia apropiada y retraso en la aplicación del tratamiento adecuado.

Conociendo la no asistencia periódica a los controles prenatales hace que las hemorragias obstétricas presentes en el embarazo provoquen riesgos en la salud materna y perinatal, la vigilancia el seguimiento es primordial a fin de evitar que la gestación no salga de los límites fisiológicos y en caso de suceder estas sean detectadas en sus fases iniciales para ofrecer de manera oportuna el manejo adecuado y reducir la tasa de morbilidad y mortalidad de las embarazadas.

La Prevención de la hemorragia obstétrica:

Las pacientes que presenten los factores de riesgo deberán ser referidas o en su caso acudir a los servicios de atención que se brinden, al segundo nivel de atención para valoración del caso, se sugiere realizar ultrasonido en la semana 24-

28 para ver el sitio de inserción de la placenta. Sin embargo la prevención se debe realizar desde que la mujer se dé cuenta de su embarazo hasta el final de este.

Diagnóstico en el primer nivel de atención

- Hemorragia transvaginal: es de color rojo brillante, no se acompaña de dolor abdominal, su comienzo es súbito y pueden presentarse varios episodios de sangrado durante la segunda mitad de la gestación, generalmente entre la semana 28 a 34. Su magnitud es variable y puede aumentar conforme avanza la edad gestacional o al iniciar la contractilidad uterina
- El origen de la hemorragia: parece ser secundario al desprendimiento mecánico de la placenta de su sitio de implantación, ya sea durante la formación del segmento uterino, durante el trabajo de parto o bien como consecuencia de exploraciones vaginales. Es frecuente que en las variedades de placenta previa más bajas se presente un sangrado en cantidad mayor en etapas más tempranas (semana 20 a 24) de la gestación.
- El tono uterino: es habitualmente normal, las condiciones del feto son estables y puede acompañarse de presentaciones anormales del feto. Esta implantación anómala de la placenta favorece la presentación cefálica libre o situación fetal transversa, oblicua.
- Estado fetal: habitualmente no hay presencia de sufrimiento fetal, pero puede presentarse Retardo en el Crecimiento Intrauterino (RCIU) y riesgo de prematurez.
- Durante el trabajo de parto: la hemorragia puede ser de magnitud considerable debido a la separación de la placenta del segmento y el feto puede ser afectado por la hipovolemia materna.

Primer nivel de atención:

Toda mujer embarazada, que presenta hemorragia transvaginal en la segunda mitad del embarazo, es obligado su traslado al segundo nivel de atención para su estudio y tratamiento.

Diagnóstico en el segundo y tercer nivel de atención:

- El ultrasonido abdominal tiene una precisión diagnóstica del 95%
- Valoración del líquido amniótico y fotometría
- El ultrasonido endovaginal solo es recomendable cuando no hay hemorragia activa

Se reportan una sensibilidad y especificidad del 100 y 81% respectivamente.

Cuando se hace un diagnóstico de placenta previa por ultrasonido entre las semanas 20 a 24 de la gestación, la paciente deberá tener un seguimiento Ultrasonográfico, ya que gran porcentaje de estos casos no culminarán en placenta previa al término del embarazo.

Criterios para la interrupción de la gestación en el segundo y tercer nivel de atención

- Se realizara la operación cesárea en forma inmediata cuando la hemorragia sea grave, independiente de la edad gestacional.
- El objetivo del tratamiento expectante es prolongar el embarazo el mayor tiempo posible con la finalidad de evitar el nacimiento pre terminó

- Toda paciente con diagnóstico de placenta previa con hemorragia mínima deberá hospitalizarse. La interrupción de la gestación dependerá de la intensidad de la hemorragia, así como de la documentación de la madurez pulmonar fetal.
- La paciente embarazada sin hemorragia activa podrá darse de alta, si reside cerca de la unidad de segundo nivel y bajo responsiva de su familia.
- A las pacientes que sean RH negativas no isoinmunizadas con diagnóstico de placenta previa se sugiere administrar gammaglobulina anti D en la semana 28 o 32 de la gestación.
- La única variedad clínica de placenta previa en que se puede ofrecer vía vaginal previa valoración estricta es la inserción baja anterior.

Los sangrados del primer trimestre del embarazo independientemente de la causa que los origine son más importantes y no debemos pasarlos por alto, ya que pueden poner en riesgo la vida de la madre y el bebé. Sin embargo la conducta a seguir de todo el equipo de salud es el manejo adecuado de este tipo de pacientes.

En la práctica diaria en el hospital de nuestra señora de la salud y en particular en la consulta externa se ha demostrado que la mayoría de las consultas en el área de ginecología son por dudas acerca de cómo llevar su embarazo, no precisamente llevar un control prenatal sino al contrario solo necesitan consejos y apoyo para esta etapa de su vida, lo cual no debería ser así ya que como personal de salud debemos orientar a las futuras madres a llevar un adecuado control prenatal y ayudarlas a que lo realicen adecuadamente.

Intervenciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería en todo el ámbito laboral son importantes, punto clave para la recuperación del paciente, en la actualidad son diversas las técnicas, procedimientos que se realizan para una mejor atención, que se le pueda brindar calidad y calidez, sin embargo hace falta aún mucho por hacer ya que a pesar de la innovación en el área de la salud se ha dejado de lado el sentido humanitario y la sensibilidad hacia los pacientes. Claro está que no es ninguna justificación, por ello se hace énfasis en la atención integral y holística que se le debe de brindar al paciente en cualquier etapa de su enfermedad.

Con respecto a las intervenciones que se realizan a una paciente embarazada y en todas sus etapas y hasta el término de este son múltiples sin embargo se hizo un enfoque hacia aquellas que presenten un riesgo de sangrado en el embarazo. Las pacientes con hemorragia obstétrica parto por placenta previa necesitan y requieren de mayor atención por parte del personal, debido a la magnitud del problema y la severidad que este tiene. Se requiere de destreza y agilidad para la mejor atención posible.

En el hospital de nuestra señora de la salud se presentó un caso en el cual la paciente de 44 años presento placenta previa total, con antecedentes de ser multigesta, multípara y de bajo nivel socioeconómico, se siguió de cerca su caso y se le brindo la atención necesaria para llevar un adecuado control prenatal, se cuidaron los factores de riesgo antes durante y después del embarazo con resultados favorables para la madre, sin embargo él bebe resulto con una alteración de riñones poli quísticos su pronóstico es favorable sin dejar de lado la vigilancia estrecha.

La preparación psicofísica de la paciente es de gran importancia para lograr su cooperación al realizar las diferentes pruebas diagnósticas, el tratamiento clínico y la intervención quirúrgica. El personal de enfermería debe:

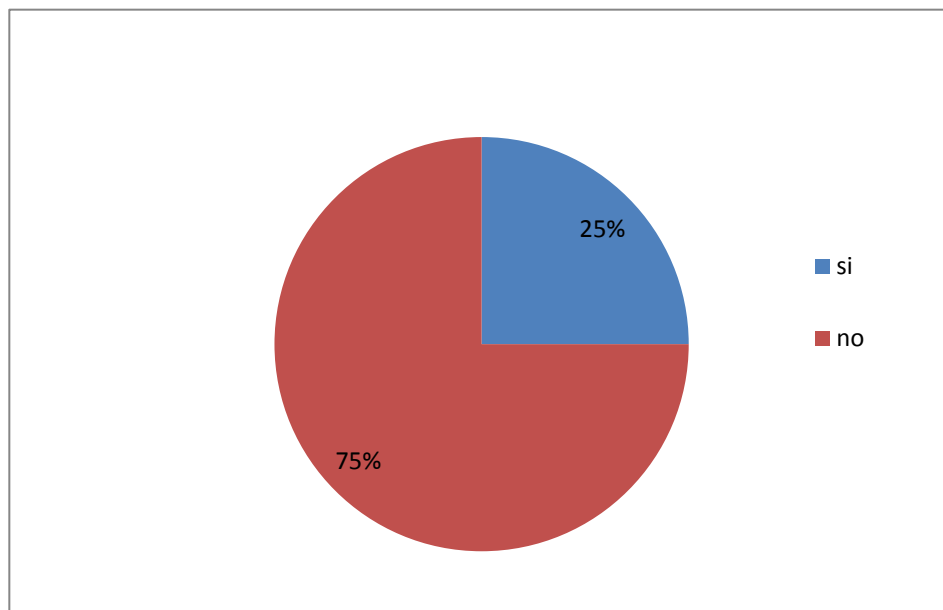
1. Valorar la evolución clínica de la gestante.
2. Mantener a la paciente en reposo absoluto en posición de decúbito lateral izquierdo.
3. Vigilancia materno-fetal estricta y valoración del sangrado.
4. Control de los parámetros vitales, fundamentalmente, el pulso y la presión arterial, para detectar posibles alteraciones.
5. Registrar la administración y la eliminación de líquidos.
6. Valorar examen obstétrico y registrar la frecuencia cardíaca fetal.
7. Mantener la interrelación con la familia para aliviar sus temores.
8. Registro de signos vitales
9. Monitorización continua
10. Valoración del sangrado
11. Reposición de sangre si es necesario

8. INVESTIGACIÓN DE CAMPO (RESULTADOS)

Pregunta	Si		No	
¿Sabe lo que implica el embarazo?	5	25%	15	75%

Fuente: se encuestó al personal de salud entre ellos 3 enfermeros y 17 enfermeras

Cuadro 1. ¿Sabe lo que implica el embarazo?



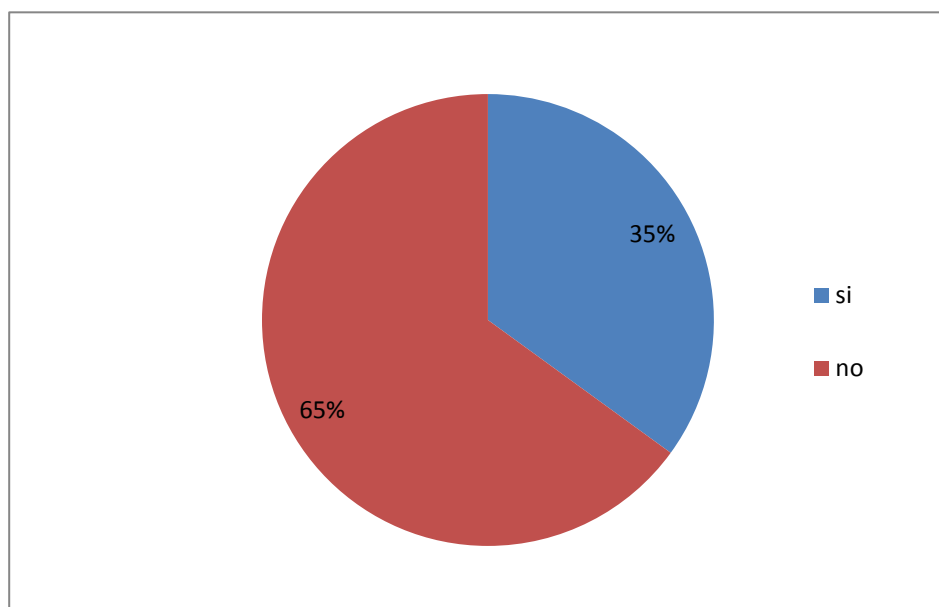
Gráfica 1. ¿Sabe lo que implica el embarazo?

Interpretación: el 25% del personal de salud conoce lo que es y lo que implica un embarazo, por lo tanto el restante aún no sabe que puede ocasionar un embarazo y lo que este conlleva.

Pregunta	Si		No	
¿Conoce las complicaciones que ocasiona un embarazo sin adecuado control prenatal?	7	35%	13	65%

Fuente: se encuestó a personal de enfermería del turno de la noche

Cuadro 2. ¿Conoce las complicaciones que ocasiona un embarazo sin adecuado control prenatal?



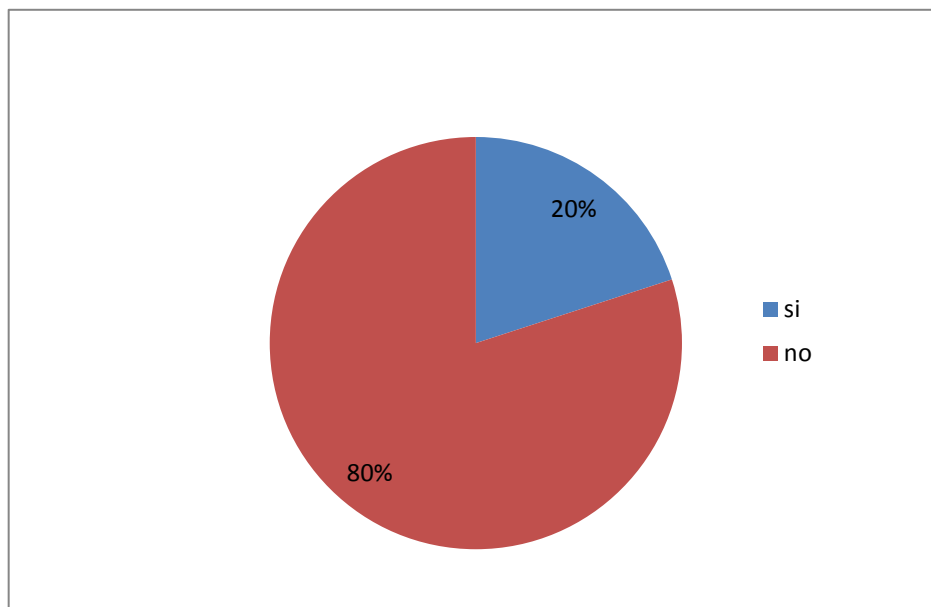
Gráfica 2. ¿Conoce las complicaciones que ocasiona un embarazo sin adecuado control prenatal?

Interpretación: el 35% del personal encuestado sabe las complicaciones que tiene un embarazo sin adecuado control prenatal, el 65% restante no lo sabe por lo cual no se hace énfasis en la prevención y educación sobre el embarazo hacia la población y mujeres en edad fértil como principal objetivo.

Pregunta	Si		No	
¿Conoce y aplica las intervenciones necesarias del cuidado del embarazo, parto y puerperio?	4	20%	16	80%

Fuente: se encuestaron a 25 enfermeros

Cuadro 3. ¿Conoce y aplica las intervenciones necesarias dentro del cuidado del embarazo, parto y puerperio?



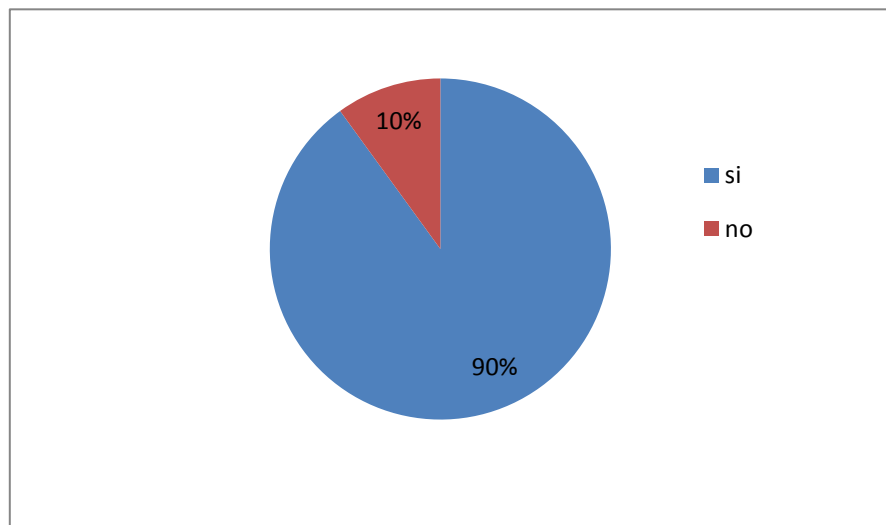
Gráfica 3. ¿Conoce y aplica las intervenciones necesarias dentro del cuidado del embarazo, parto y puerperio?

Interpretación: el 20% del personal está capacitado para poder brindar intervenciones de calidad a las pacientes obstétricas, mientras que el 80% no las aplica siendo este un factor para el mal manejo de estas pacientes.

Pregunta	Si		No	
	Count	Percentage	Count	Percentage
¿Usted considera que el sector salud influya en La incidencia de casos de hemorragia obstétrica?	18	90%	2	10%

Fuente: se encuestó a personal de salud que laboran en el hospital de nuestra señora de la salud

Cuadro 4. ¿Usted considera que el sector salud influya en la incidencia de casos de hemorragia obstétrica?



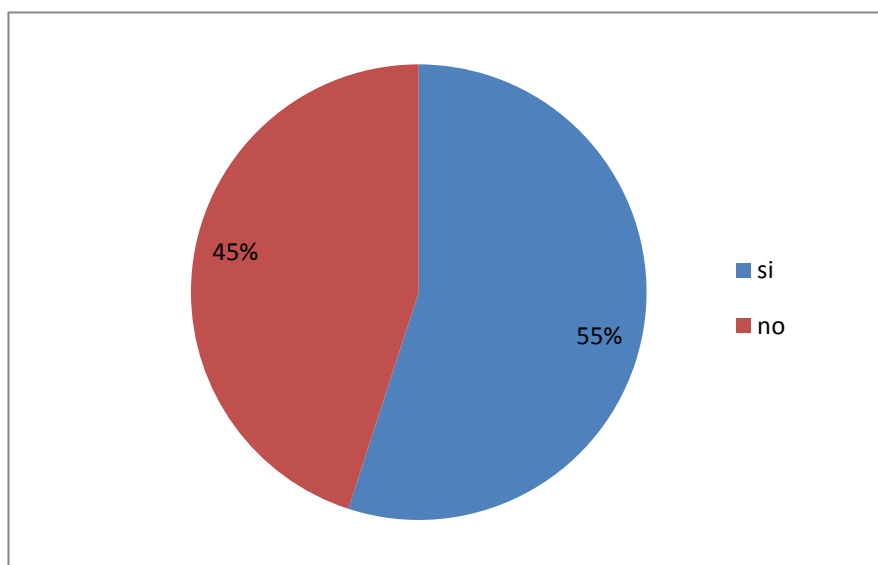
Gráfica 4. ¿Usted considera que el sector salud influya en la incidencia de casos de hemorragia obstétrica?

Interpretación: el 90% del personal está consciente que el sector salud influye de alguna manera en los casos de hemorragia obstétrica, por lo cual el 10% restante considera que no influye en la incidencia de casos y que la ocurrencia se debe a factores distintos.

Pregunta	Si		No	
¿Considera que es por falta de atención que brinda el personal de salud, que ocurran las hemorragias obstétricas?	11	55%	9	45%

Fuente: se obtuvieron resultados del personal de enfermería encuestado

Cuadro 5. ¿Considera que es por falta de atención que brinda el personal de salud, que ocurran las hemorragias obstétricas?



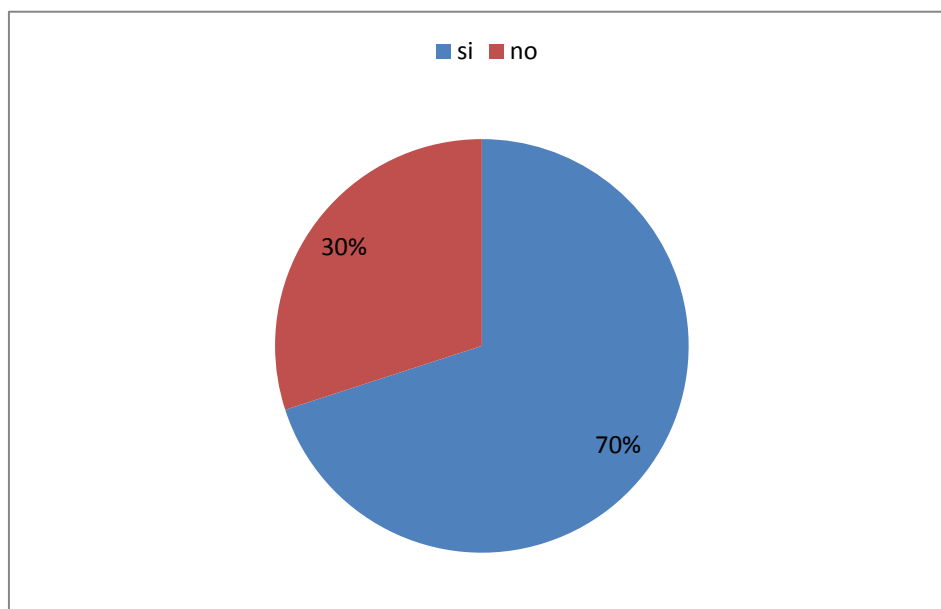
Gráfica 5. ¿Considera que es por falta de atención que brinda el personal de salud, que ocurran las hemorragias obstétricas?

Interpretación: el 55% del personal de enfermería considera que si es por falta de atención del mismo personal que ocurran estas hemorragias, mientras tanto que el restante opina que no que son otras causas ajenas a la falta de atención y prevención.

Pregunta	Si		No	
¿cree que es por falta de educación del sector salud hacia la población que ocurran las hemorragias	14	70%	6	30%

Fuente: se aplicó la encuesta a 25 personas del sector salud

Cuadro 6. ¿Cree que es por falta de educación del sector salud hacia la población que ocurran los casos de hemorragias?



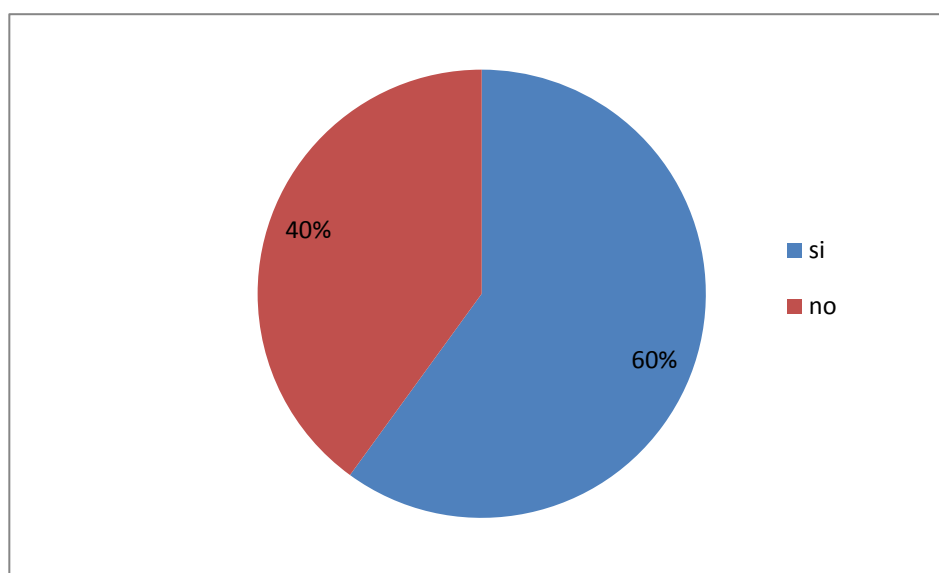
Gráfica 6. ¿Cree que es por falta de educación del sector salud hacia la población que ocurran los casos de hemorragias?

Interpretación: el 70% del personal encuestado está de acuerdo que si es por falta de educación por parte del sector salud hacia la población que ocurren estos casos de hemorragia obstétrica, El 30% restante opina que no es debido a esto

Pregunta	Si		No	
¿Considera que la incidencia de casos se sigue dando por falta de prevención por parte del sector salud?	12	60%	8	40%

Fuente: se encuestó al personal de salud del turno nocturno el cual contestó lo siguiente

Cuadro 7. ¿Considera que la incidencia de casos se sigue dando por falta de prevención por parte del sector salud?



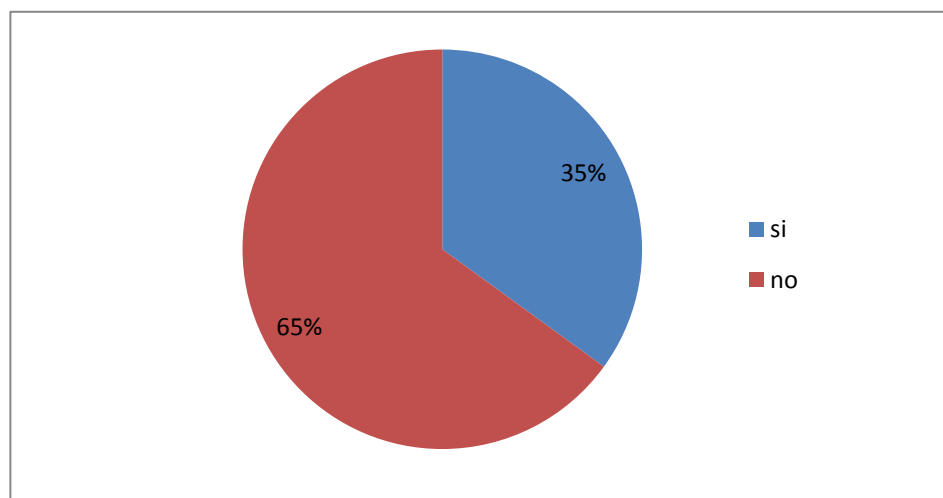
Gráfica 7. ¿Considera que la incidencia de casos se sigue dando por falta de prevención de parte del sector salud?

Interpretación: el 60% del personal encuestado considera que si es por falta del sector salud que se siguen presentando estos casos de hemorragia obstétrica, mientras que una minoría opina que no manifestando que esto ocurre meramente por factores ajenos al sector salud.

Pregunta	Si		No	
	¿Usted realiza las intervenciones necesarias durante su turno para el cuidado de la paciente púérpera?	7	35%	13

Fuente: se realizó la encuesta al personal de salud

Cuadro 8. ¿Usted realiza las intervenciones necesarias durante su turno para el cuidado de la paciente púérpera?



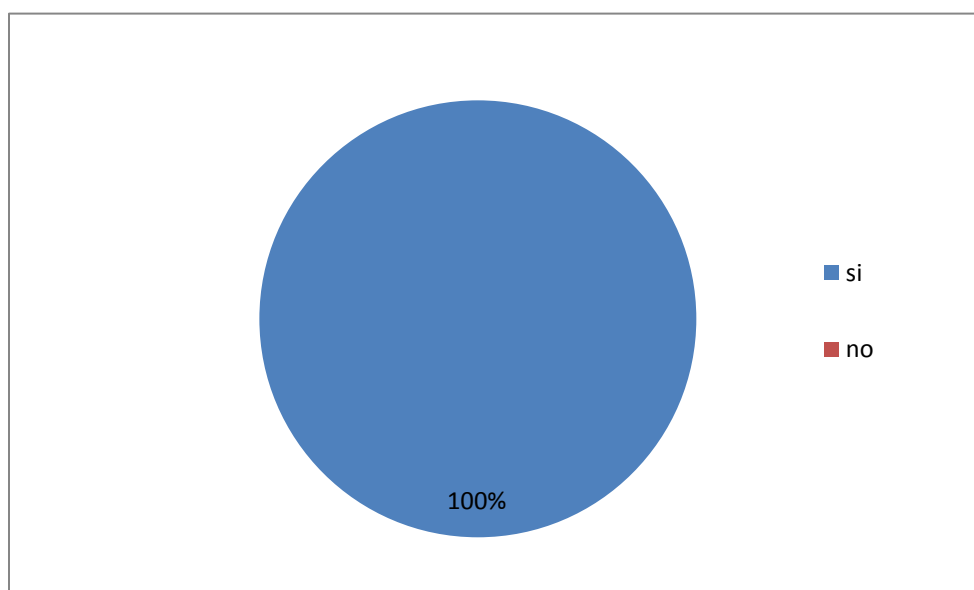
Gráfica 8. ¿Usted realiza las intervenciones necesarias durante su turno para el cuidado de la paciente púérpera?

Interpretación: el 35% del personal de salud si realiza adecuadamente las intervenciones y cuidados necesarios en una paciente púérpera, lo que indica que el 65% del personal restante no realiza los cuidados adecuados, por lo tanto es un factor importante para que ocurran o se agraven las incidencias de hemorragias obstétricas.

Pregunta	Si		No
¿Considera conveniente la implementación de programas de prevención y educación por parte del sector salud hacia la población?	20	100%	

Fuente: Se encuestó al personal de salud

Cuadro 9. ¿Considera conveniente la implementación de programas de prevención y educación a la población?



Gráfica 9. ¿Considera conveniente la implementación de programas de prevención y educación a la población?

Interpretación: el 100% del personal de salud está de acuerdo y considera que es factible la participación y colaboración del sector salud que se implementen los programas de educación hacia la población y de esta manera poder disminuir los casos de hemorragia obstétrica, enfocándose en los grupos con mayor vulnerabilidad.

9. CONCLUSIONES

De acuerdo al tema de investigación se puede observar que la hemorragia obstétrica preparto por placenta previa tiene una incidencia importante aun en la población y que las mujeres con vulnerabilidad de presentarla son aquellas que son de bajos recursos.

No existe a ciencia cierta una causa que nos demuestre porque ocurre esta complicación del embarazo, sin embargo si existen factores de riesgo que lleven a esta complicación, unas de las más importantes y que son muy notorias son aquellas que acompañan a las mujeres con escasos recursos, en extremos de vida reproductiva, y las que no llevan un adecuado control prenatal, o solo han acudido a una o dos consultas en todo su embarazo.

Se logró describir mediante graficas los resultados que se obtuvieron de la encuesta realizada al personal de salud, los cuales demostraron que no aplican las intervenciones adecuadas en las pacientes puérperas.

El sector salud y el personal en general influye de alguna manera en la incidencia de casos ya que un porcentaje de estos no se enfoca a la prevención y no realizan campañas para el adecuado control prenatal, los grupos más vulnerables como ya se había mencionado son de los más afectados ya que no cuentan con los servicios de salud básicos en su comunidad.

10. PROPUESTAS DE SOLUCIONES

De acuerdo a lo anteriormente analizado sobre las incidencias de hemorragia obstétrica por placenta previa, las propuestas son varias y van enfocadas principalmente al sector salud y al personal de enfermería así como médico para la implementación de campañas y estrategias que desarrollen distintos enfoques y puntos de vista para el adecuado control prenatal y la educación sobre el embarazo para la mujer en edad reproductiva.

Las propuestas de soluciones van orientadas a mejorar la capacidad de gestión del personal de salud para que así mismo se abarquen aspectos como los sociales, culturales, educacionales principalmente y de servicio para la población.

El sector salud realiza campañas de vacunación, campañas para la educación de la población, de prevención sobre el CaCu, el cáncer de mama entre otros pero no se hace del todo énfasis a la mujer embarazada, no se lleva a cabo un enfoque como tal para el control prenatal. Lo que se pretende es que se implementen platicas y cursos para las mujeres embarazadas sin importar en qué edad gestacional de encuentren, haciendo énfasis en aquellas que sean de bajos recursos y que no cuenten con ningún servicio de salud por parte del gobierno, esto para la promoción, control y vigilancia.

Los programas de acción continua deben ir orientados a mejorar los sistemas de salud, conservación de recursos con los que se cuenta, mediante tareas de asistencia, servicios de apoyo estatal en educación salud, comunicaciones entre otros. Proyectos de inversión hacia la población de estudio.

Mayor énfasis en los grupos de nivel socioeconómico bajo, en mujeres vulnerables en aquellas que se encuentran en los extremos de vida reproductiva.

11. FUENTES DE INFORMACIÓN

Bibliográficas

1. Méndez, O.F y Méndez, C.F (1986) GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. 3 ED. México Méndez.
2. Aller, J. y Rasines, M.I. (1980). Obstetricia moderna. 3 ed. México: Mc Graw-Hill internacional.
3. F. Gary Cunnigham, Norman F. Gantt, Kenneth J. Leveno, Larry C: Glistrap III Jihn C. Hauth, Katherine D, Wenstrom; (2002). Williams obstetricia. (21ª edición). México: editorial medica panamericana.
4. Núñez, M.E. (2001). Ginecología y obstetricia. México: Cuellar.
5. Placenta praevia and placenta praevia accreta: Diagnosis and management. Guideline. Royal College of Obstericians and Gyneacologist. 2005.
6. Protocolo para el tratamiento y prevención de las hemorragias obstétricas graves. México 2007, 1-99.
7. Tratado EMC ginecología y obstetricia capitulo E -41-910. Pág. 1-9.
8. Datos nacionales. Instituto nacional de estadísticas y geografía 2012-2013.
9. Medicina intensiva, hemorragias obstétricas graves en el periodo peri parto. H, Ferros. J.Lantos 2008.
10. Placenta previa capítulo 31. ED. Científico-medica, 13 edición 667-692.
11. James MFM, Anthony J. gestión de la atención critica de la paciente embarazada. Es: editor Churchill Livingston; 2000 P. 716-32.

12. Panchal S, arria AM, Harris AP. Utilización de cuidados intensivos Durante el cuidado hospitalario en la prevalencia de factores de riesgo y resultados de población del estado, 2000 92: 1537-44.
13. Placenta previa y mortalidad perinatal. Am J epidemiology 2001 153 332-7. Whitty CJ, Reynolds F. cesáreas.
14. Mortalidad- morbilidad- obstétrica intensiva., colegio de ginecología y obstetricia press 2002.

Electrónicas

1. <http://www.webconsultas.com/el-embarazo/complicaciones-del-embarazo/causas-y-riesgos-de-la-placenta-previa-10954>
2. Revista colombiana/ cuidado intensivo. Volumen 12, número 4/ diciembre de 2012
3. Guía de práctica clínica/ diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo parto y puerperio inmediato.
4. La prevención de la hemorragia obstétrica preparto y postparto www.monografias.com/pdf/hemorragiaposparto/prevencion/hemorragia/pdf
5. Hemorragia obstétrica y choque hemorrágico. /PDF/
6. <http://hunired.org/index.php/servicios/codigo-rojo/71-guia-manejo-de-lahemorragia-obstetrica-qcodigo-rojoq/file>
7. La placenta. Fisiología y patología, José Botella Lluisia. Días de santos, pág. 313-315

12. ANEXOS

El plan de investigación que se utilizó fue realizar encuestas al personal de salud para demostrar la incidencia de casos sobre la hemorragia obstétrica preparto por placenta previa.

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

CUESTIONARIO PARA SER APLICADO A PERSONAL DEL EQUIPO DE
SALUD.

OBJETIVO: OBTENER INFORMACION PARA ELABORAR TRABAJO DE TESIS.

1. ¿Sabe lo que implica el embarazo?

SI-_____5_____NO_____15_____

2. ¿Conoce las complicaciones que ocasiona un embarazo sin adecuado control prenatal?

SI_____7_____NO_____13_____

3. ¿Conoce y aplica las intervenciones necesarias dentro del cuidado del embarazo, parto y puerperio?

SI_____4_____NO_____16_____

4. ¿Usted considera que el sector salud influya en la incidencia de casos de hemorragia obstétrica?

SI_____18_____NO_____2_____

5. ¿Considera que es por falta de atención que brinda el personal de salud, que ocurran las hemorragias obstétricas?

SI _____ 11 _____ NO _____ 9 _____

6. ¿Cree que es por falta de educación del sector salud hacia la población que ocurran las hemorragias?

SI _____ 14 _____ NO _____ 6 _____

7. ¿considera que la incidencia de casos se sigue dando por falta de prevención por parte del sector salud?

SI _____ 12 _____ NO _____ 8 _____

8. ¿Usted realiza las intervenciones necesarias durante su turno para el cuidado de la paciente puérpera?

SI _____ 7 _____ NO _____ 13 _____

9. ¿Considera conveniente la implementación de programas de prevención y educación a la población?

SI _____ 20 _____ NO _____

Plan de investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

HEMORRAGIA OBSTETRICA PREPARTO POR PLACENTA PREVIA

LUNA GONZALEZ CECILIA

ASESORA DE TESIS. M.A.E MARIA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

Diciembre de 2013

Índice de Contenido

I. INTRODUCCIÓN	62
II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION	63
III. VARIABLES DE ESTUDIO.....	64
IV. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	64
V. METODOLOGÍA.....	65
VI. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	70
VII FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO.....	72
VIII. MARCO TEORICO	74
IX. CRONOGRAMA.....	89
X. BIBLIOGRAFIA.....	91
XI.ANEXOS.....	93

I. Introducción

La hemorragia obstétrica y las complicaciones derivadas de la misma, representan las causas más frecuentes de morbimortalidad en el momento del parto. Una conjunción de factores como la ausencia de antecedentes patológicos de la gestante, la aparición sorpresiva de sangrado, y el riesgo de vida inminente para la madre y el feto, convierte a la hemorragia grave peri parto en una de las situaciones más apremiantes de la práctica del equipo de salud en general. En el presente trabajo se abordara el tema de la hemorragia obstétrica preparto por placenta previa, debido a que es la segunda causa de muertes maternas en el mundo, y esto con la finalidad de prevenirla y aportar nuevos instrumentos para su mejor manejo y de esta manera reducir las muertes maternas. Tomando en cuenta que aun la población no cuenta con la información necesaria para poder prevenir de alguna forma, sin embargo en el sector salud está luchando para combatirla. La hemorragia preparto del tercer trimestre del embarazo se ha identificado como causas de mortalidad materna, las cuales pueden deberse a la presencia de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta. Aún sigue siendo una causa importante de morbimortalidad y muertes maternas en todo el mundo. La mayoría de estos sangrados son consecuencia de placenta previa, no sólo en el período antenatal, si no durante el parto y aún después del alumbramiento.

Se menciona que la hemorragia obstétrica afecta por igual a países subdesarrollados e industrializados la diferencia radica en la ocurrencia de los eventos, en México esta es la causa de mortalidad materna que ocupa uno de los primeros lugares, y en algunas regiones de este siguen siendo muy frecuentes debido a la poca información que conocen y también en los lugares que están como por ejemplo en las zonas marginadas donde no existe la atención de primer nivel. La importancia de la información, investigación y estudio de la hemorragia obstétrica es que puede ser consecuencia de diversas patologías, algunas de ellas pueden ser mortales, las causas son distintas y dependen del momento del embarazo y con esta investigación se pretende hacer y aportar algunas recomendaciones al respecto. La investigación sobre la hemorragia obstétrica preparto se analizó y se investigó con la finalidad que la población conociera

algunas de sus causas y el porqué de ello, y que el equipo de salud tomara conciencia debido a que es una de las primeras causas de morbimortalidad en México y también globalmente. Con respecto a la práctica de enfermería se realizó con la importancia de saber cómo prevenir la hemorragia obstétrica e implementar algunos cuidados que sean útiles para el cuidado mismo, el objetivo es la prevención y que se reduzca la mortalidad materno-fetal ya que también incluye a este último.

II. Definición del Problema de investigación

Problema:

Cuáles son las causas de la hemorragia obstétrica preparto por placenta previa

Por qué investigo este tema:

El tema que se investigara es con la finalidad de reducir las muertes maternas y fetales, ya que la hemorragia es una de las causas principales de mortalidad materna.

Es de importancia saber cuáles son las causas que ocasionan la placenta previa y por tanto la hemorragia obstétrica.

Pregunta:

¿Sabe la población cuales son los factores, causas y prevenciones para la hemorragia obstétrica preparto por placenta previa, y cuáles son sus riesgos que implica?

III. Variables de estudio

1.- hemorragia obstétrica preparto por placenta previa

2.- intervención de enfermería para prevenir la hemorragia obstétrica preparto por placenta previa

Variable	Dimensiones
Hemorragia obstétrica preparto por placenta previa	Concepto Métodos Beneficios
intervención de enfermería para prevenir la hemorragia obstétrica preparto por placenta previa	Económicos Culturales Psicológicos Ambientales

IV. Objetivos de estudio

Objetivo general:

Identificar cuáles son los factores que intervienen en la hemorragia obstétrica preparto por placenta previa

Objetivo específico:

Conocer cuáles son las causas exactas de la hemorragia y de esta manera implementar cuidados para prevenirla.

Tema	Objetivo general	Objetivo específico	Indicador
------	------------------	---------------------	-----------

Hemorragia obstétrica preparto por placenta previa	Identificar cuáles son los factores que intervienen en la hemorragia obstétrica preparto por placenta previa	Conocer cuáles son las causas exactas de la hemorragia y de esta manera implementar cuidados para prevenirla	Concepto Método Beneficios Sociales Económicos Culturales Psicológicos
----------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

V. Metodología

La metodología utilizada para esta investigación es el método científico el cual puede conceptualizarse como:

Investigación de campo

En la investigación de campo se aplica de forma directa la observación en el objeto de estudio. Para que esta sea adecuada y completa es necesario un instrumentó que así lo permita. El instrumento de observación se diseña según sea el objeto de estudio.

El fundamento de observación en la investigación científica consiste en hallar y construir las regularidades (leyes) de la naturaleza y la sociedad. Se observan objetos, hechos y entidades empíricas que se encuentran en la realidad.

La observación puede hacerse de modo directo mediante la percepción, pero también en forma indirecta a través de los hechos o las entidades empíricas; el propósito de la observación es generar datos u observaciones acerca del conjunto de objetos hechos y entidades empíricas que pueden conocerse en forma directa o indirecta, para formar el cuerpo de conocimientos denominado ciencia.

La observación científica requiere medidas epistemológicas y metodológicas de control y sistematización de acuerdo con ciertas normas que impone el método científico. De ahí que haya datos que se obtienen a través de la observación directa, otros mediante instrumentos tecnificados que representan e grado de complejidad y evolución de la ciencia y la tecnología.

Es la comprobación de un hecho sometido a la investigación, con ayuda de métodos y técnicas especiales, en los procesos para conocer los fenómenos de la naturaleza, algunos conocimientos se obtienen de forma accidental o fortuita; esto ha llevado a distinguir dos especies de observación, unas activas y otras pasivas.

Los instrumentos para la investigación de campo son:

- Ficha de campo
- Diario
- Registros
- Tarjetas
- Notas
- Mapas
- Diagramas

- Cámaras
- Grabadoras

Investigación documental

Se caracteriza por la utilización de documentos: recolecta, selecciona y presentan resultados coherentes.

- Utiliza procedimientos lógicos y mentales de toda investigación, análisis, síntesis, deducción e inducción.
- Es una investigación que se realiza en forma ordenada y con objetivos precisos, con la finalidad de ser base para la construcción de conocimientos.
- Puede considerarse como parte fundamental de un proceso de investigación científica, mucho más amplio y acabado.

El objetivo de la investigación documental es elaborar un marco teórico conceptual para formar un cuerpo de ideas sobre el objeto de estudio. Todo material que proporciona información y que puede utilizarse para consulta se considera importante en la investigación documental, por ejemplo dibujos, grabaciones, libros, archivos etc. Con el propósito de elegir los instrumentos para la recopilación de información es sumamente conveniente remitirse a las fuentes de información.

Las fuentes primarias de información son los documentos que registran o corroboran el conocimiento inmediato de la investigación e incluyen libros, revistas informes técnicos y tesis.

Las fuentes secundarias incluyen enciclopedias, anuarios, manuales, almanaques, bibliografías, e índices entre otros los datos que integran las fuentes secundarias se basan por lo regular en documentos primarios.

PASOS PARA RELIZAR LA INVESTIGACION DOCUMENTAL.

1. Elección del tema
2. Acopio de bibliografía básica sobre el tema
3. Elaboración de fichas bibliográficas y hemerográficas
4. Lectura rápida del material
5. Delimitación del tema
6. Elaboración del esquema de trabajo
7. Ampliación del material sobre el tema ya de militado
8. Lectura minuciosa de la bibliografía
9. Elaboración de fichas de contenido
10. Organización de fichas de contenido y revisión del esquema
11. Redacción de trabajo final
12. Borrador
13. Redacción final

LOS DIVERSOS TIPOS DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

- **Investigación histórica:** trata de la experiencia pasada describe lo que era y representa una búsqueda crítica de la verdad que sustenta los acontecimientos pasados. Actualmente la investigación histórica se presenta con una búsqueda crítica de la verdad, sustentando los acontecimientos del pasado.
- **Investigación descriptiva:** Abarca la descripción, registra, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la comprensión de procesos y fenómenos de la realidad estudiada (trabaja sobre realidades de hecho, su característica fundamental es presentar una interpretación correcta).
- **Investigación experimental:** Se desarrolla mediante la manipulación de una variable experimental no comprobada, en condiciones rigurosamente controladas, con el fin de describir de qué modo o por que causa se produce una situación o acontecimiento particular.

Método científico

El método científico es un proceso destinado a explicar fenómenos, establecer relaciones entre los hechos y enunciar leyes que expliquen los fenómenos físicos del mundo y permitan obtener, con estos conocimientos, aplicaciones útiles al hombre.

Los científicos emplean el método científico como una forma planificada de trabajar. Sus logros son acumulativos y han llevado a la Humanidad al momento cultural actual. Aunque podemos decir que no hay un solo método científico modelo clásico, algunos factores son comunes a todos: una idea brillante del hombre, el trabajo complementario de los científicos y de las ciencias, la verificabilidad, la utilización de herramientas matemáticas, etc. También son

comunes los procedimientos descritos en este tema. Toda investigación científica se somete siempre a una "prueba de la verdad" que consiste en que sus descubrimientos pueden ser comprobados, mediante experimentación, por cualquier persona y en cualquier lugar, y en que sus hipótesis son revisadas y cambiadas si no se cumplen.

El método científico está sustentado por dos pilares fundamentales. El primero de ellos es la reproducibilidad es decir, la capacidad de repetir un determinado experimento, en cualquier lugar y por cualquier persona. Este pilar se basa, esencialmente, en la comunicación y publicidad de los resultados obtenidos (por ej. en forma de artículo científico). El segundo pilar es la refutabilidad. Es decir, que toda proposición científica tiene que ser susceptible de ser falsada o refutada (falsacionismo). Esto implica que se podrían diseñar experimentos, que en el caso de dar resultados distintos a los predichos, negarían la hipótesis puesta a prueba. La falsabilidad no es otra cosa que el *modus tollendo tollens* del método hipotético deductivo experimental. Según *James B. Conant*, no existe **un** método científico. El científico usa métodos definitorios, métodos clasificatorios, métodos estadísticos, métodos hipotético-deductivos, procedimientos de medición, etcétera. Y según esto, referirse al método científico es referirse a este conjunto de tácticas empleadas para constituir el conocimiento, sujetas al devenir histórico, y que eventualmente podrían ser otras en el futuro.³ Ello nos conduce tratar de sistematizar las distintas ramas dentro del campo del método científico.

VI. Justificación del Estudio

La justificación del estudio sobre la hemorragia obstétrica preparto por placenta previa se realiza con la finalidad de reducir la morbimortalidad materna debido a que en la actualidad es una de las causas de muerte en México y ocupa el segundo lugar. El propósito de la investigación se realiza ya que la causa o causas reales de la implantación anormal de la placenta aún no se conocen del todo bien, se mencionan eventos relacionados, como la implantación tardía del

huevo, disminución de la capacidad del endometrio, así como otras alteraciones endometriales que son causadas por anomalías en la vasculatura endometrial y decidual provocadas por tumores, cicatrices y trastornos circulatorios.

La muerte materna es un indicador del desarrollo económico de un país que nos permite visualizar la desigualdad social, la inequidad de género y la respuesta del sistema de salud. Según la Organización Mundial de la Salud, en el mundo se producen aproximadamente 500 000 muertes maternas, de las cuales 25% corresponde a muertes por hemorragias, principalmente posparto, 19% corresponde a muertes por toxemia, 19% a infecciones, 13% a aborto y 9% a parto obstruido.

Desgraciadamente la hemorragia obstétrica sigue siendo una de las principales causas de muertes maternas en México, por eso la importancia de estudiar sus causas e implementar nuevas técnicas para prevenirla, ya que la madre no solo es la afectada, pues se ha demostrado que también se afecta al feto.

La Enfermería Maternal incluye los conocimientos sobre el proceso reproductivo normal, embarazo, parto y cuidados de la madre-hijo durante el puerperio, así como las principales alteraciones ginecológicas de la salud de la mujer.

La finalidad del estudio es que la población sepa cuáles son las causas de la hemorragia obstétrica y cuáles son sus factores de riesgo para que se pueda prevenir.

En algunos lugares de México e inclusive en la población de estudio es decir Morelia existen comunidades donde aún no llega la atención hospitalaria ni de primer, segundo y tercer nivel es aquí donde ocurren con mayor frecuencia las muertes maternas.

A nivel institucional y sector salud aún no se ha logrado combatir las muertes maternas debido al mal manejo que se les da y es por ello que se decide esta investigación para implementar nuevas técnicas que ayuden al buen tratamiento de la hemorragia obstétrica preparto.

Nos encontramos en una sociedad tan avanzada en donde la tecnología nos está rebasando y se está dejando de lado el humanismo en el sector salud por parte de todo el personal, y también se toma una actitud donde los nuevos instrumentos están haciendo nuestro trabajo, de modo que ya no se brinda esa atención necesaria para poder combatir patologías como esta que son de verdad potenciales para la población.

VII. Factibilidad del Estudio

Por qué tengo la oportunidad, puedo identificar cuáles son los factores.

En la práctica diaria en el hospital de nuestra señora de la salud y en particular en la consulta externa se ha demostrado que la mayoría de las consultas en el área de ginecología son por dudas acerca del embarazo y principalmente por complicaciones en la segunda mitad del embarazo.

He tenido la oportunidad de saber cuáles son algunas de las causas de la hemorragia obstétrica preparto y que algunas o la mayoría de las veces la mujer embarazada no sabe cuáles son las complicaciones de este proceso y se quedan con la idea que es lo más normal del mundo, sin embargo aún no se ha implementado el cuidado adecuado para el mismo y al mismo tiempo no saben cuáles son las patologías que desencadena el embarazo por si solo y que implica muchos riesgos para la vida de la mujer y el feto.

El estudio se realizó con la finalidad de prevenir las causas de la muerte materno-fetal ya que se ha visto y se ha demostrado que las mujeres

embarazadas no conocen los factores de riesgo que ocasionan la hemorragia obstétrica preparto a la segunda mitad del embarazo. Las defunciones en el hospital de nuestra señora de la salud no son tan frecuentes debido al manejo que se ha estado implementando para el objetivo mismo pero aun así esto no reduce la tasa de mortalidad en México pues estudios recientes han demostrado que en el año de 2009 se registraron 408 muertes maternas y han ido disminuyendo considerablemente a 238, ocupando el segundo lugar de causas de muerte

Después de realizar este estudio se habrá desarrollado las competencias necesarias para identificar y realizar los requisitos de autocuidado durante la gestación y las situaciones de riesgo maternal-fetal.

Debido a que la hemorragia preparto por placenta previa es una de las complicaciones y causas de muertes en México y en todo el mundo se decidió implementar cuidados e investigaciones para reducirlas, si embargo el manejo hasta ahora es la cirugía tipo cesárea para detener la hemorragia y prevenir un shock hipovolémico.

La hemorragia que se presenta durante el tercer trimestre del embarazo, pueden poner con mayor frecuencia en riesgo a la madre y al producto y de no ser tratada a tiempo y de manera adecuada ocasionar el deceso de la madre, el producto o ambos. Por tal motivo hablaremos más sobre este tipo de hemorragias y sus complicaciones.

VIII. Marco Teórico

Hemorragia obstétrica preparto por placenta previa

La Placenta Previa se define como la inserción anormal de la placenta sobre el segmento inferior cercano al orificio interno del canal cervical.

Es una complicación del embarazo que cubre el orificio cervical completa o incompletamente, evitando el parto vaginal normal. Desde el punto de vista clínico, puede haber actividad uterina, aunque el signo clásico y más común es la hemorragia indolora en el tercer trimestre.

La hemorragia preparto del tercer trimestre del embarazo se ha identificado como causas de mortalidad materna, las cuales pueden deberse a la presencia de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta. Aún sigue siendo una causa importante de morbilidad y muertes maternas en todo el mundo. La mayoría de estos sangrados son consecuencia de placenta previa, no sólo en el período antenatal, si no durante el parto y aún después del alumbramiento.

Se han reconocido cuatro tipos de placenta previa de acuerdo a su implantación:

1. Placenta previa total: El orificio cervicouterino interno está cubierto en su totalidad por la placenta.
2. Placenta previa parcial: La placenta cubre parcialmente el orificio interno.
3. Placenta previa marginal. El borde de la placenta está en el margen del orificio interno.

4. Implantación baja de la placenta: La placenta está implantada en el segmento uterino inferior de modo que el borde de la placenta en realidad no llega al orificio interno, pero se encuentra en estrecha proximidad al mismo.

Dos causas importantes de muerte materna en mujeres por placenta previa son: hemorragia grave y complicaciones de la coagulación intravascular diseminada.

La mortalidad fetal es de 4-8% ya que casi todos los partos aparecen antes de las 36 semanas de gestación.

Los factores predisponentes más importantes son la multiparidad, las madres añosas, tener más de 30 años triplica la probabilidad de presentar una placenta previa, el tabaquismo, embarazo múltiple y la cirugía uterina previa.

Se estima que ocurre en un aproximado de 5 por cada 1000 embarazos.

La causa o causas reales de la implantación anormal realmente nos e conocen, se mencionan eventos relacionados, como la implantación tardía del huevo, disminución de la capacidad del endometrio, así como otras alteraciones endometriales y decidua, provocadas por tumores, cicatrices y trastornos circulatorios.

Las presentaciones anormales y las malformaciones congénitas se asocian con la placenta previa en un 60% de los casos; se dan presentaciones pélvicas, de hombros o compuestas, además cuando la presentación es cefálica, existe 15% de variedades occipito posteriores y transversas. No obstante las presentaciones anormales son más bien la consecuencia de la inserción baja placentaria y no su causa.

Otros factores asociados son la edad materna avanzada, embarazos múltiples, periodo intergenesico corto, tumores que deformen el contorno uterino, así como secuelas de procesos infeccioso-inflamatorios, también influyen el tabaquismo y el consumo de cocaína.

La asociación de cesárea anterior y la placenta previa es de importancia relevante, ya que es cuatro veces mayor su frecuencia cuando existe este antecedente, además de favorecer ambos factores la posibilidad de expresarse como placenta acreta hasta en 24% y este porcentaje se incrementa de forma directa con el número de cesáreas previas.

La posibilidad de presentar placenta previa en embarazos posteriores es de 6 y hasta 12 veces, un hecho de observación clínica es que la placenta previa se presenta cuando el feto es varón. Se reporta menor incidencia de pre eclampsia-eclampsia en pacientes con placenta previa.

Desde el punto de vista clínico el sangrado transvaginal de variable magnitud durante la segunda mitad de gestación es el punto cardinal para el diagnóstico de placenta previa: lo característico de este sangrado es que es repentino, indoloro aun en presencia de contracciones uterinas. El mecanismo de la hemorragia es mecánico por desprendimiento placentario y esto puede ser desencadenado al formarse el segmento, por exploraciones vaginales, relaciones sexuales y durante el trabajo de parto. Durante el desprendimiento del borde placentario y de la separación de la caduca, el desgarramiento de las vellosidades coriales pueden originar sangrado de origen fetal por lo que debe ser posible practicarse la prueba de Kleihauer-Betke, en busca de eritrocitos fetales dada la importancia desde el punto de vista de inmunización así como algunos casos de pérdida sanguínea fetal.

Entre más baja es la implantación la presentación de la hemorragia a edades más tempranas en el embarazo.

Por lo general los episodios de hemorragia mejoran y desaparecen con el manejo; sin embargo el episodio puede ser tan importante que amerita de inmediato la interrupción del embarazo. El estado general de la paciente va con relación a la magnitud de la hemorragia. Otro hallazgo frecuente es el encontrar presentación y situación anormal del feto, e algunos casos al encontrar la vejiga muy distendida o que durante el estudio exista uterina puede dar falsas alarmas.

En la evolución la placenta previa seguirá sangrando, sobre todo en forma central o parcial y total hasta que se interrumpa el embarazo con resolución por vía abdominal. Existe una correlación línea entre la edad que se produce el primer episodio hemorrágico y la incidencia de parto pre terminó, siendo este hecho la principal causa de mortalidad perinatal. Es importante tener en mente para la toma de decisiones tanto parámetros maternos como fetales entre ellos están:

- Edad gestacional (parto pre terminó)
- Sufrimiento fetal (por cualquier causa)
- Participación fetal en la hemorragia (prueba de Kleihauer-Betke)
- Riesgo de trauma por vía vaginal

En los maternos se encuentran:

- Magnitud de la hemorragia
- Dilatación cervical
- Variedad anatómica de placenta previa presentación fetal
- Estado de las membranas

Se deberá interrumpir la gestación en forma inmediata cuando hay:

- Hemorragia severa
- Hemorragia persistente (12 horas después de estar hospitalizada)
- Trabajo de parto después de la semana 36

- Cuando el trabajo de parto es inevitable
- Presencia de sangre fetal en la hemorragia
- Presencia de sufrimiento fetal

El tratamiento expectante, así como efectuar cesárea ha reducido considerablemente las muertes maternas y morbilidad perinatal. Este tiene su sustento en prolongar el embarazo el mayor tiempo posible con la finalidad de evitar en lo posible la inmadurez del feto, dado que en la mayoría de los episodios de sangrados se auto limitan y no son graves para el producto de la madre, también implica reposo absoluto en cama con mantenimiento de venoclisis así mismo se debe practicar toco lisis según la edad gestacional e inducir la madurez pulmonar del producto.

Las formas asintomáticas detectadas por US en el segundo trimestre de embarazo requieren ser subsecuentes para demostrar que en realidad se trate de placenta previa y en caso de persistir la imagen a la semana 30 se recomendará reposo el resto del embarazo. La vía vaginal está contraindicada para la mayoría de las formas de placenta previa; sin embargo, las marginales excepto la posterior se podrán manejar por vía vaginal, siempre que la presentación sea cefálica.

El acretismo placentario es una complicación importante de la placenta previa, puede variar de 5 a 67% según los antecedentes.

La mortalidad materna global alcanza 530.000 casos anuales y una cuarta parte es consecuencia de hemorragias obstétricas. Se estima que en el mundo mueren 140.000 mujeres por año, una cada 4 minutos a causa de hemorragia obstétrica:

Hemorragias graves 28.7%

Trombo embolismo 19.7%

Hipertensión gestacional 17.6%

Infecciones 13.1%

Miocardopatías 5.6%

Complicaciones anestésicas 2.5%

Otras causas 2.7%

La hemorragia obstétrica grave plantea una problemática que comprende tres aspectos diferentes, que necesariamente influirán sobre la mortalidad y deben abordarse simultáneamente con la finalidad de lograr su resolución.

1. Científico: se refiere al conocimiento de la patología y de los recursos terapéuticos disponibles
2. Recursos: está referido a la disponibilidad de infraestructura y materiales apropiados.
3. Cultural: es un concepto amplio, responsable en alguna medida del elevado número de decesos, se refiere a las decisiones políticas a la hora de organizar y disponer los recursos terapéuticos y la logística necesaria, esto no solo abarca las autoridades gubernamentales, sino también a los responsables de tomar decisiones en los distintos centros de salud estatales o privados.

Teniendo en cuenta que 2/3 de los casos no tienen factores de riesgo identificables, podemos afirmar que la hemorragia obstétrica podría afectar a cualquier mujer en cualquier parto. Pero la misma patología proporciona desigualdad de oportunidades en cuanto a la posibilidad de sobrevivir se refiere. Este último se debe; por un lado a factores propios de cada paciente, su estado nutricional, la condición médica previa, el acceso a determinados niveles de

atención médica, estrato social, por otra parte factores circunstanciales conforman el denominado triple retraso: retraso diagnóstico, retraso en la búsqueda de asistencia apropiada y retraso en la aplicación del tratamiento adecuado.

Toda paciente con cualquiera de los siguientes factores de riesgo deberá referirse al segundo nivel de atención para valoración:(20, 21,37, 40,44) cicatrices uterinas previas (cesáreas, miomectomias, metro plastias) se sugiere realizar ultrasonido obstétrico en la semana 24-28 para ver sitio de inserción de la placenta, multiparidad, mujeres mayores de 35 años tabaquismo, anomalías en la vascularización endometrial.

Diagnóstico en el primer nivel de atención:

- Hemorragia transvaginal: es de color rojo brillante, no se acompaña de dolor abdominal, su comienzo es súbito y pueden presentarse varios episodios de sangrado durante la segunda mitad de la gestación, generalmente entre la semana 28 a 34. Su magnitud es variable y puede aumentar conforme avanza la edad gestacional o al iniciar la contractilidad uterina
- El origen de la hemorragia: parece ser secundario al desprendimiento mecánico de la placenta de su sitio de implantación, ya sea durante la formación del segmento uterino, durante el trabajo de parto o bien como consecuencia de exploraciones vaginales. Es frecuente que en las variedades de placenta previa más bajas se presente un sangrado en cantidad mayor en etapas más tempranas (semana 20 a 24) de la gestación(7,18,19,44,67)
- El tono uterino: es habitualmente normal, las condiciones del feto son estables y puede acompañarse de presentaciones anormales del feto. Esta implantación anómala de la placenta favorece la presentación cefálica libre o situación fetal transversa, oblicua(18,19, 67)

- Estado fetal: habitualmente no hay presencia de sufrimiento fetal, pero puede presentarse Retardo en el Crecimiento Intrauterino (RCIU) y riesgo de prematuridad(18,19,40)
- Durante el trabajo de parto: la hemorragia puede ser de magnitud considerable debido a la separación de la placenta del segmento y el feto puede ser afectado por la hipovolemia materna.

Primer nivel de atención:

Toda mujer embarazada, que presenta hemorragia transvaginal en la segunda mitad del embarazo, es obligado su traslado al segundo nivel de atención para su estudio y tratamiento.

En caso de que la paciente presente hemorragia activa, se debe realizar el traslado bajo las siguientes condiciones:

- Disponibilidad de dos venas permeables (de preferencia, con catéter No 18 para infusión rápida)
- Administrar carga rápida de solución Hartman de acuerdo a la cantidad de la hemorragia y reposición de acuerdo a la hemorragia (ver apéndice de ATLS)
- Signos vitales y Frecuencia Cardíaca Fetal(FCF) cada 15 minutos
- Avisar del traslado a la unidad de atención del segundo o tercer nivel
- Asistencia del médico tratante y enfermera
- Mantener las vías aéreas permeables
- Administrar oxígeno 3 litros por minuto mediante puntas nasales
- Mantener en posición de decúbito lateral izquierdo

Diagnóstico en el segundo y tercer nivel de atención:

La ultrasonografía: el ultrasonido abdominal tiene una precisión diagnóstica de 95% y se debe realizar para clasificar la inserción anómala de la placenta, valoración del líquido amniótico y fotometría.

El ultrasonido endovaginal sólo es recomendable cuando no hay hemorragia activa y mediante un médico especialista con experiencia. Se reporta una sensibilidad y especificidad del 100 % y 81% respectivamente.

Cuando se hace un diagnóstico de placenta previa por ultrasonido entre las semanas 20 a 24 de la gestación, la paciente deberá tener un seguimiento ultrasonográfico, ya que gran porcentaje de estos casos no culminarán en placenta previa al término del embarazo.

Tratamiento en el segundo y tercer nivel de atención:

El tratamiento de esta patología depende de varios factores como son:

- Curso y magnitud de la hemorragia
- Edad y desarrollo alcanzado por el feto
- Variedad de la inserción de la placenta
- Presencia o no de trabajo de parto
- Manifestaciones de sufrimiento fetal
- Presencia o no de complicaciones maternas.

Criterios para la interrupción de la gestación en el segundo y tercer nivel de atención

- Se realizara la operación cesárea en forma inmediata cuando la hemorragia sea grave, independiente de la edad gestacional.

- El objetivo del tratamiento expectante es prolongar el embarazo el mayor tiempo posible con la finalidad de evitar el nacimiento pre término
- Toda paciente con diagnóstico de placenta previa con hemorragia mínima deberá hospitalizarse. La interrupción de la gestación dependerá de la intensidad de la hemorragia, así como de la documentación de la madurez pulmonar fetal.
- La paciente embarazada sin hemorragia activa podrá darse de alta, si reside cerca de la unidad de segundo nivel y bajo responsiva de su familia.
- A las pacientes que sean RH negativas no isoimmunizadas con diagnóstico de placenta previa se sugiere administrar gammaglobulina anti D en la semana 28 o 32 de la gestación.
- La única variedad clínica de placenta previa en que se puede ofrecer vía vaginal previa valoración estricta es la inserción baja anterior.

Los sangrados del primer trimestre del embarazo independientemente de la causa que los origine son más importantes y no debemos pasarlos por alto, ya que pueden poner en riesgo la vida de la madre y el bebé. Sin embargo la conducta a seguir de todo el equipo de salud es el manejo adecuado de este tipo de pacientes.

En la práctica diaria en el hospital de nuestra señora de la salud y en particular en la consulta externa se ha demostrado que la mayoría de las consultas en el área de ginecología son por dudas acerca del embarazo y principalmente por complicaciones en la segunda mitad del embarazo.

He tenido la oportunidad de saber cuáles son algunas de las causas de la hemorragia obstétrica preparto y que algunas o la mayoría de las veces la mujer embarazada no sabe cuáles son las complicaciones de este proceso y se quedan con la idea que es lo más normal del mundo, sin embargo aún no se ha implementado el cuidado adecuado para el mismo y al mismo tiempo no saben

cuáles son las patologías que desencadena el embarazo por si solo y que implica muchos riesgos para la vida de la mujer y el feto.

El estudio se realizó con la finalidad de prevenir las causas de la muerte materno-fetal ya que se ha visto y se ha demostrado que las mujeres embarazadas no conocen los factores de riesgo que ocasionan la hemorragia obstétrica preparto a la segunda mitad del embarazo. Las defunciones en el hospital de nuestra señora de la salud no son tan frecuentes debido al manejo que se ha estado implementando para el objetivo mismo pero aun así esto no reduce la tasa de mortalidad en México pues estudios recientes han demostrado que en el año de 2009 se registraron 408 muertes maternas y han ido disminuyendo considerablemente a 238, ocupando el segundo lugar de causas de muerte.

Después de realizar este estudio se habrá desarrollado las competencias necesarias para identificar y realizar los requisitos de autocuidado durante la gestación y las situaciones de riesgo maternal-fetal.

Debido a que la hemorragia preparto por placenta previa es una de las complicaciones y causas de muertes en México y en todo el mundo se decidió implementar cuidados e investigaciones para reducirlas, si embargo el manejo hasta ahora es la cirugía tipo cesárea para detener la hemorragia y prevenir un shock hipovolémico.

La hemorragia que se presenta durante el tercer trimestre del embarazo, pueden poner con mayor frecuencia en riesgo a la madre y al producto y de no ser tratada a tiempo y de manera adecuada ocasionar el deceso de la madre, el producto o ambos. Por tal motivo hablaremos más sobre este tipo de hemorragias y sus complicaciones.

En el grupo de pacientes estudiado, como ocurre con la mayoría de las CID obstétricas diagnosticadas precozmente, no se requirió tratamiento con heparina.

Si las medidas anteriores resultaran insuficientes, y en presencia de púrpura necrótica, trombo embolismo pulmonar, distress pulmonar, hipotensión persistente y/o sangrado precoz y múltiple, se indicará heparina (500 UI/hora), en todos los casos precedida del tratamiento sustitutivo mencionado. La existencia de signos neurológicos con déficit focalizado, requieren la realización de una tomografía computarizada para descartar hemorragia cerebral. Con insuficiencia hepática severa, se contraíndica el uso de heparina. La ausencia de respuesta a la heparina podrá deberse al déficit de AT-III. Su sustitución se realizará en base a preparados comerciales (25-30 U/kg/día) o bien con plasma fresco congelado (dosis inicial 15-20 ml/kg peso). Se respetará la respuesta fibrinógeno: si resultara exagerada se tratará con aprotinina por vía IV (200.000 U/hora). De ser posible, el ácido epsilonaminocaproico deberá evitarse, ya que los trombos formados en su presencia no son susceptibles de lisis posterior, agravando las lesiones trombóticas de la microcirculación, especialmente a nivel cerebral y renal.

Finalizada la fase de consumo, con niveles plaquetarios superiores a 150.000/mm³ se instituirá dosis bajas de heparina cálcica en prevención de trombosis venosas profundas.

La reposición de plaquetas de donantes Rh positivos a una paciente Rh negativa, requiere de la administración inmediata de inmunoglobulina anti-Rh, por vía intravenosa, en dosis de 10 µg/ml por cada unidad transfundida. En ausencia de cirugías y descartadas las causas de sangrado de origen puramente obstétrico ya citadas, se evaluarán otros diagnósticos diferenciales.

En oportunidades coexisten signos de hemólisis con presencia de esquistocitos, elevación de LDH y descenso de hemoglobina. Estas alteraciones no son frecuentes y la transfusión suele ocultarlas. Ciertos parámetros de la coagulación y/o la fibrinólisis podrán no coincidir con los descritos anteriormente.

Así, por ejemplo, las plaquetas o el fibrinógeno podrán estar dentro de límites normales, debiéndose por lo tanto asumir que, desconociéndose sus valores previos, estos descendieron a partir de niveles supra normales, y que la cuantía de la activación del sistema de coagulación no fue suficiente para provocar disminución significativa de los mismos. Otras veces, los niveles de PDF son bajos o normales, con el resto de los parámetros compatibles con cirugías. En este caso deberá asumirse que la paciente tiene una escasa respuesta fibrinolítica secundaria, por exceso de PAI- 1 y PAI-2. El tratamiento deberá orientarse hacia la corrección de la causa desencadenante; el soporte de funciones vitales, principalmente circulatoria, pulmonar y renal; y la sustitución de factores: factor V (plasma fresco en dosis 10-20 ml/kg. peso), factor I, V y VIII (crio precipitados en dosis de 1-2 U. cada 10 Kg. De peso), transfusiones con plaquetas (1 U. eleva el recuento plasmático en 5.000-10.000 mm³).

Este valor debe considerarse solo orientador, ya que el hematocrito óptimo en cada caso dependerá del monitoreo de la oxigenación tisular. Para lograr este objetivo, el manejo racional del shock hemorrágico se asegurará mediante el control hemodinámico con un catéter en la arteria pulmonar, y la medición del pH intragástrico como indicador de oxigenación tisular visceral. En nuestras pacientes, su utilización fue limitada debido a la premura de una resolución quirúrgica. El incremento de la fracción de oxígeno inspirada, asociado al apoyo ventilatorio cuando éste resulte necesario, permitió una saturación adecuada de la hemoglobina. Estudios experimentales demostraron la utilidad de asociar una infusión con dopamina a la expansión de la volemia, al mejorar los índices de oxigenación tisular¹⁹. Hasta tanto se disponga de los datos que descarten la existencia de cirugías, se evitará la colocación de una vía venosa por punción percutánea de subclavio yugular interna; optando por dos ven punturas con cánulas de calibre adecuado en vasos de fácil compresión. En 5 pacientes la inestabilidad hemodinámica persistió ya practicada la histerectomía. La ecografía abdominal confirmó la presencia de hemorragia retro y/o intra peritoneal. En este último caso, una punción abdominal o una culduocentesis confirmarán el

diagnóstico. Si la reposición de la volemia lograra mejorar el estado hemodinámico, la obtención de una tomografía computarizada abdominal pelviana brindará localización y extensión de la colección. Con transfusiones masivas se aprecian alteraciones de la coagulación consistentes en el descenso de plaquetas, y caída de los factores V y VIII, que deberá considerarse en el momento de establecer el diagnóstico diferencial con la coagulación por consumo. Los bajos niveles de factores V y K-dependientes, podrán corregirse con el aporte de plasma fresco congelado si el tiempo de protrombina o el KPTT exceden.

El shock es definido como la existencia de: hipotensión arterial sistólica menor de 80 mmHg, frecuencia cardíaca mayor de 100 por minuto, oligoanuria, deterioro del estado de la conciencia (obnubilación, estupor), y alteraciones en la perfusión tisular (frialidad en las extremidades, palidez, enlentecimiento en el retorno capilar reconocida la magnitud de la hemorragia).

La hemorragia obstétrica y las complicaciones derivadas de la misma, representan las causas más frecuentes de morbimortalidad en el momento del parto.

Una conjunción de factores como la ausencia de antecedentes patológicos de la gestante, la aparición sorpresiva de sangrado, y el riesgo de vida inminente para la madre y el feto, convierte a la hemorragia grave peri parto en una de las situaciones más apremiantes de la práctica médica.

Óptimo porcentaje de supervivencia materna vinculado con:

- a)** disponibilidad de hemoderivados y resolución de estudios complementarios, y
- b)** actuación de un equipo multidisciplinario.

2. Se aprecia una alta incidencia de histerectomías como última alternativa para controlar las hemorragias.

En centros de reconocida calidad asistencial, la necesidad de transfusiones durante el parto se presentó en menos del 1% de los casos. Se considera que, en condiciones normales, las pérdidas hemáticas en el parto no superan volúmenes de 500 ml, siendo un poco mayores en caso de cesárea. Estos volúmenes resultan habitualmente subvalorados por estimación visual, contribuyendo al tardío reconocimiento de una situación de hipovolemia inicial.

Además, el grado de compromiso cardiocirculatorio no siempre se relaciona con la magnitud de la hemorragia, ya que otros factores como el dolor, el bloqueo anestésico epidural o raquídeo y algunas drogas modifican las respuestas fisiológicas.

IX. Cronograma

actividad	Inicia	Termina	observaciones
Investigación documental	Agosto 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de fichas bibliográficas	Agosto 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de marco teórico	Septiembre 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de tema	Septiembre 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de variables	Septiembre 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de subtema	Septiembre 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de objetivo general	Septiembre 2013	Diciembre 2013	
Elaboración del problema	Septiembre 2013	Diciembre 2013	
Elaboración de	Septiembre 2013	Diciembre 2013	

hipótesis			
Elaboración de la estructura de mi investigación	Octubre 2013	Diciembre 2013	
Terminación de mi estructura de investigación	Noviembre 2013 Diciembre 2013	Diciembre 2013	

X. Bibliografía

- 1- Crane, S chun B, tratamiento de la hemorragia obstétrica como emergencia 1963,
- 2-codigo rojo Marvin S, Eiger, M.D., Wendkos Olds, S.Ed. Medicine. Barcelona, 1989
- 3-la exposición y relación de tabaquismo con placenta previa Royal College of Midwives. ACPAM. Barcelona, 1994.
- 4-anestesiología y reanimación en obstetricia Waecher Blake Ed. Interamericana
- 5-factores asociados con la hemorragia en la cesárea Wiggins. L.A. Publishing
- 6-evolucion hemodinámica después de histerectomía por placenta percreta Emergencias cur oppin obstetrician gynecol1998
- 7-hemorragia y coagulopatía Alejandro Miranda, panamericana 2001
- 8- principios de obstetricia Obstetricia de Williams edición 3^a
- 9- hemorragias obstétricas graves en el periodo peri parto R. Jove. La esfera de los libros, 2006.
- 10- placenta previa peri parto
- 11. Sherman SJ, Nelson JM, Paul RH. Obstetric hemorrhage and blood utilization. J Repro'd Med 1993; 38:929-934
- 12. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Glistrap LC. Williams. Obstetricia. 4ta. edición. Masson Barcelona. 1996
- 13. Cohen W, Olivenbnes F. Postpartum hemorrhage. Rev Part 1995; 45:1777-81.
- Gilbert L., Porter W., Brown V. Postpartum haemorrhage, a Continuing problem. Br J Obstetrician Ginecol 1987; 67-71:94
- Pritchard J., Macdonald P. Obstetric. 3th. edition. W.B. Saunders Editores. Philadelphia; 1980
- Norris T. Management of postpartum hemorrhage. Am Fam Physician 1997; 55(2):635-640

- 17. Roberts W. Emergent obstetric management of postpartum Hemorrhage. *Obstetrician Gynecol Clin N Am* 1995; 22(2):283-302
- 18. Burrow G., Ferris T. *Medical complications during pregnancy*. 4th. edition. W.B. Saunders, Philadelphia, 1995.

XI. Anexos

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM.

CUESTIONARIO

- 1.- ¿Qué es la hemorragia obstétrica?
- 2.- ¿Cuál son las consecuencias de la hemorragia obstétrica?
- 3.- ¿sabe usted cuando y como se presenta la hemorragia?
- 4.- ¿Cuál son las complicaciones de la hemorragia?
- 5.- ¿Sabe cuál son los riesgos que podría tener usted si presenta placenta previa durante el embarazo?
- 6.- ¿Qué edad es cuando se presenta esta patología?
- 7.- ¿Cuál son las ventajas de prevenir la hemorragia?
- 8.- ¿Qué es la placenta previa?
- 9.- ¿Por qué es importante prevenir la hemorragia obstétrica?
- 10.- ¿sabe la población y conoce cuál es la causa materna en México?