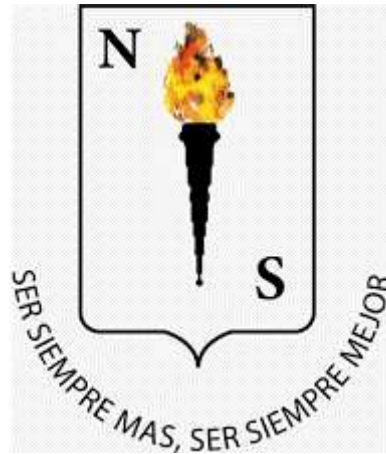


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTES CON  
PLACENTA PREVIA Y SUS COMPLICACIONES MATERNO- FETALES  
DESDE LA PERSPECTIVA DE HILDEGARD PEPLAU

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:  
ALEJANDRA CONTRERAS HERNÁNDEZ

ASESORA DE TESIS:  
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2022.



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.

## **RESUMEN**

El problema es: ¿Cuál es el proceso de enfermería en gestantes con placenta previa para la prevención de las complicaciones materno-fetales?

El objetivo general de esta tesis es aplicar el proceso de atención de enfermería y los conocimientos adquiridos para satisfacer las necesidades de la gestante con placenta previa y prevenir probables complicaciones materno- fetales. Como objetivos específicos se pretende: Aplicar los diagnósticos de enfermería a través de intervenciones y cuidados de enfermería en gestantes con placenta previa, así como evaluar los resultados de las intervenciones de la paciente con placenta previa con la finalidad de favorecer un nacimiento exitoso y prevenir complicaciones materno-fetales.

La placenta previa es una condición en la cual la placenta se encuentra implantada en el segmento uterino bajo, muy cerca del orificio cervical interno o cubriendo el mismo ya sea de manera total o parcial.

La placenta previa supone un 20% de las hemorragias del tercer trimestre y conlleva una elevada morbilidad materno-fetal. Se considera la 3ª causa de transfusión durante la gestación, parto y puerperio y la 2ª causa de histerectomía obstétrica.

La licenciada en enfermería y obstetricia brinda cuidados a la gestante con placenta previa de manera holística e integral. Para ello despliega sus conocimientos en las áreas de servicios de docencia, de administración y de investigación en favor de la gestante.

## **ABSTRACT**

The problem is: What is the nursing process in pregnant women with placenta previa for the prevention of maternal-fetal complications?

The general objective of this thesis is to apply the nursing care process and the knowledge acquired to satisfy the needs of the pregnant woman with placenta previa and to prevent probable maternal-fetal complications. The specific objectives are: To apply nursing diagnoses through interventions and nursing care in pregnant women with placenta previa, as well as to evaluate the results of the interventions of the patient with placenta previa in order to promote a successful birth and prevent complications. maternal-fetal.

Placenta previa is a condition in which the placenta is implanted in the lower uterine segment, very close to the internal cervical os or covering it either totally or partially.

The placenta previa accounts for 20% of third trimester hemorrhages and carries high maternal-fetal morbidity and mortality. It is considered the 3rd cause of transfusion during pregnancy, childbirth and the puerperium and the 2nd cause of obstetric hysterectomy.

The graduate in nursing and obstetrics provides holistic and comprehensive care to pregnant women with placenta previa. For this, it displays its knowledge in the areas of teaching, administration and research services in favor of the pregnant woman.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Licenciada en Enfermería María de La Luz Balderas Pedrero, asesora de esta tesis por toda la paciencia y las enseñanzas recibidas de Metodología de la investigación y corrección de estilo con lo que fue posible culminar exitosamente esta Tesis.

A la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud, por las enseñanzas recibidas en la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia, a lo largo de cuatro años, con lo que fue posible obtener aprendizajes significativos para mi vida profesional.

A todos los Maestros(as) y Profesores(as) de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia quienes han hecho de mí una Licenciada en Enfermería y Obstetricia para beneficio de todos los pacientes que atenderé en un futuro.

## **DEDICATORIAS**

A mi padre: Francisco Contreras Robles, quien cada día me apoyo a lo largo de mi carrera, impulsándome a ser una mejor persona, apoyándome y dándome sus buenos consejos para mi vida futura, por darme todo lo que estuviera a su alcance para que fuera posible poder culminar esta meta.

A mi madre: Luz Mónica Hernández Martínez, por estar en cada momento a mi lado, apoyándome y motivándome para poder continuar con esta carrera, por haber sembrado en mí el camino de la superación profesional, que hizo posible culminar esta meta, por estar conmigo en esos momentos en los que quería abandonar esta bella carrera e impulsarme a ser cada día mejor persona en el ámbito familiar como laboral.

A mis hermanos, Francisco y Oscar Eduardo, por todo su apoyo en todas las etapas de mi vida personal y profesional, aunque no seamos los hermanos más cercanos, siempre estuvieron para mi cuando yo necesité de ellos.

A mi primo, Eduardo Contreras Gutiérrez, por estar a mi lado como un hermano mayor, por estar cuando más necesitaba de alguien y que, aunque ahora ya no se encuentre con nosotros, sé que estaría muy orgulloso de poder ver que he logrado culminar esta meta.

## ÍNDICE

<b>1.- INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>2.- MARCO TEÓRICO</b>	3
2.1.- Vida y obras	3
2.2.- Influencias	4
2.3.- Hipótesis	4
2.4.- Justificación	4
2.5.- Planteamiento del problema	4
2.6.- Objetivos	5
2.6.1.- General:	5
2.6.2.- Específicos:	5
2.7.- Método	5
2.8.- Variables	5
2.9.- Encuesta y resultados	6
<b>3.- GENERALIDADES</b>	17
3.1.-Proceso de atención de enfermería	17
3.2.- Placenta	18
3.3.- Placenta previa	21
3.4.- Manejo de la placenta previa	24
3.5.- Tratamiento	27
3.6.- Riesgos maternos y fetales	30
3.7.- Evaluación del riesgo materno-perinatal	31
<b>4.- EMBARAZO</b>	32
4.1.- Sintomatología del embarazo	32
4.2.- Tipos de embarazo	33
4.3.- Control prenatal: Evaluación inicial.	35
4.4.- Control prenatal: Identificación del riesgo	37
4.5.- Control prenatal: Conducta que se seguirá	39
4.7.- Cesárea	42
4.8.- Placenta	44
4.9.- Anomalías placentarias	46
<b>5.- PLACENTA PREVIA</b>	47
5.1.- Fisiopatología	48
5.2.- Factores de Riesgo	50
5.3.- Clasificación:	51

5.4.- Clínica	53
5.5.- Diagnóstico	55
5.6.- Manejo de la placenta previa	58
5.7.- Complicaciones:	66
5.8.- Prevención	68
5.9.-Pronóstico	68
<b>6.- COMPLICACIONES</b>	<b>69</b>
6.1.- Shock hipovolémico	69
6.2.- Coagulación intravascular diseminada	73
6.3.- Útero de couvelaire	77
6.5- Muerte materna	79
6.6.- Muerte fetal	81
6.7.- Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)	82
6.8.- Parto pretérmino	83
6.9.- Pérdida del bienestar fetal	85
<b>7.- PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA</b>	<b>86</b>
7.1.- Definición	86
7.2.- Características	87
7.3.- Objetivos	88
7.4.- Valoración	89
7.5.- Diagnóstico	96
7.6.- Planificación	102
7.7.- Ejecución	103
7.8.- Evaluación	103
7.9.- Teorías de las relaciones interpersonales de Hildegard E. Peplau	105
<b>8.- CUIDADOS Y SUGERENCIAS ENFERMERILES EN TORNO A GESTANTES CON PLACENTA PREVIA</b>	<b>106</b>
8.1.- Proceso de atención de enfermería en gestantes con placenta previa	106
8.2.- Cuidados de enfermería en gestantes con placenta previa	107
8.3.- Intervenciones de enfermería en gestantes con placenta previa	109
8.4.- Importancia de diagnosticar una placenta previa	110
8.5.- Recomendaciones diagnóstico y manejo de la placenta previa	111
8.6.- Intervenciones prenatales de enfermería para la prevención de complicaciones materno- fetales	112
8.7.- Comunicación eficaz entre paciente y personal de enfermería	115
<b>9.- CONCLUSIÓN</b>	<b>118</b>



<b>10. BIBLIOGRAFÍA</b>	121
10.1.- Básica	121
10.2.- Complementaria	124
10.3.- Electrónica	126
<b>11.- GLOSARIO</b>	128

## **1.- INTRODUCCIÓN**

La presente tesis tiene por objetivo analizar el proceso de atención de enfermería de la licenciada en enfermería y obstetricia, en gestantes con placenta previa y sus complicaciones materno- fetales.

Para realizar esta investigación documental, se ha desarrollado la misma en siete importantes capítulos, que a continuación se presentan:

En el segundo capítulo se da a conocer la fundamentación del tema de la tesis, que incluye los siguientes apartados: Vida y obras de la teórica que se tomará en cuenta para esta investigación, descripción de la situación problemática, identificación del problema, justificación de la tesis, objetivos generales y específicos, así como también el método que se tomara en cuenta para esta investigación y la encuesta que se aplicó al personal del sector salud, así como sus resultados.

En el tercer capítulo se ubican las generalidades que abarcan desde el proceso de atención de enfermería hasta las generalidades de la placenta previa en gestantes y sus complicaciones materno-fetales.

A partir del cuarto capítulo se ubica el marco teórico, que inicia describiendo el embarazo, los tipos de embarazo, y el control prenatal que debería tener la gestante para prevenir una placenta previa, así como las características de un parto y una cesárea y las anomalías placentarias que se pueden presentar durante el embarazo.

En el quinto capítulo se describe la patología de placenta previa, su fisiopatología, factores que influyen en las gestantes para presentar placenta previa durante su embarazo, la clasificación de la placenta previa, y la clínica que presentan las gestantes con placenta previa, el diagnóstico para una placenta previa sintomática y asintomática, el diagnóstico diferencial para

descartar otras patologías, el manejo que se debe tener con las gestantes con placenta previa, las complicaciones materno-fetales que puede ocasionar una placenta previa, previsión y pronóstico de las gestantes con placenta previa.

En el sexto capítulo se abarcan las complicaciones maternas, hablando de las diferentes patologías que afectan al binomio, se ubica el concepto de la patología, los factores de riesgo y en alguna de estas el tratamiento que se debe llevar a cabo para resguardar la vida del binomio.

En el séptimo capítulo se ubica el proceso de atención de enfermería, se describe las características del proceso de atención de enfermería, sus antecedentes históricos, los objetivos del proceso de atención de enfermería, y las etapas en las que se divide este para su aplicación por la licenciada de enfermería y obstetricia, terminando este capítulo con una aportación de la teórica que se tomó en cuenta para esta investigación.

En el octavo capítulo se muestran los cuidados e intervenciones de la licenciada en enfermería y obstetricia en gestantes con placenta previa a partir del estudio y análisis de la información necesaria que apoyan el problema y los objetivos de esta investigación.

Finaliza esta tesis con las conclusiones, el glosario de términos y las referencias bibliográficas, que están ubicadas en los capítulos noveno, décimo y onceavo, respectivamente.

Es de esperarse que al culminar esta tesis se pueda contar de manera clara con las intervenciones de la Licenciada en enfermería y obstetricia para proporcionar los cuidados necesarios a las gestantes con placenta previa.

## **2.- MARCO TEÓRICO**

### 2.1.- Vida y obras

Hildegard Peplau, nace el 1 de septiembre de 1909 en Pensilvania, y muere el 17 de marzo de 1999 en su casa de California. Fue la segunda hija de seis hermanos, nacida de padres emigrantes.

Hildegard Peplau comenzó su carrera profesional en 1931.

En 1952 publica su modelo en el que integra las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad. Desarrolló el primer currículum conceptual para la Licenciatura de ciencias en el programa de enfermería de la Universidad de Rutgers.

Fue una famosa teorizadora estadounidense que establece un modelo de cuidados que actualmente lleva su nombre. En 1994 fue incorporada al «Salón de la Fama» de la American Academy of Nursing. En 1995 fue incluida en una lista de 50 grandes personalidades norteamericanas. Su modelo de cuidados forma parte del programa de estudios de la carrera de Enfermería.

La innovación en el campo de la enfermería moderna y la aplicación de conceptos teóricos de otros autores como Sigmund Freud, Abraham Maslow, Harry Sullivan y Neal Miller lograron que Peplau desarrollar su propia teoría de enfermería psicodinámica basada en las relaciones interpersonales entre los pacientes y los profesionales de la enfermería.

#### 2.1.1.- Bases teóricas

- Teoría psicoanalítica.
- Modelo de interrelación.
- Teorías de las necesidades humanas.
- Concepto de motivación.
- Concepto de desarrollo personal.

En su modelo de enfermería psicodinámica, describe su teoría de las relaciones interpersonales, en la que analiza la relación de enfermera/paciente; en las que

identifica y describe cuatro fases: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución.

## 2.2.- Influencias

Peplau empleó conocimientos tomados de la ciencia conductual, el modelo psicológico. Este permite al enfermero situarse fuera de la concepción de enfermedad hacia otra orientación e incorporar el significado psicológico de los acontecimientos, sentimientos y conductas a las intervenciones de enfermería.

Peplau combinó diferentes ideas tomadas de Maslow, Sullivan, Millar y Symonds. Estas teorías tenían su origen en el genio de Freud, Fromm, y Pavlov. A partir de esto se han desarrollado posteriormente diversas escuelas de psicología profunda o de orientación dinámica y analítica.

## 2.3.- Hipótesis

A través de esta investigación ampliaremos los conocimientos que se tienen con relación al proceso de atención de enfermería en gestantes con la placenta previa y por ende las complicaciones materno-fetales que se pueden llegar a tener en las gestantes.

## 2.4.- Justificación

La presente investigación está realizada para analizar la importancia de un diagnóstico oportuno en gestantes con la intención de prevenir complicaciones durante el trabajo de parto procurando siempre el bienestar materno-fetal.

## 2.5.- Planteamiento del problema

La inquietud sobre este tema surge con un caso que llegó en calidad de urgencia en el que una gestante que se encontraba en el tercer trimestre de su embarazo presentando severas hemorragias y es ahí donde surgió el interés sobre investigar sobre este tema, ya que el personal del hospital tenía poca información

sobre esta patología, así como sus características, cuál sería el tratamiento para estas gestantes y sus efectos materno-fetales.

## 2.6.- Objetivos

### 2.6.1.- General:

Aplicar el proceso de atención de enfermería y los conocimientos adquiridos para satisfacer las necesidades de la gestante con placenta previa y prevenir probables complicaciones materno- fetales.

### 2.6.2.- Específicos:

- Aplicar los diagnósticos de enfermería a través de intervenciones y cuidados de enfermería en gestantes con placenta previa
- Evaluar los resultados de las intervenciones de la paciente con placenta previa con la finalidad de favorecer un nacimiento exitoso y prevenir complicaciones materno-fetales.

## 2.7.- Método

Método deductivo, ya que vamos a tomar datos generales de diferentes fuentes para al final llegar a una conclusión acerca de dicho tema.

## 2.8.- Variables

En lo que respecta a la variable dependiente, se está hablando de aquella cualidad o característica cuyo comportamiento se ve afectado por la variable independiente. Se trata de la o las variables que se miden con el fin de poder interpretar los resultados. Dicho de otra manera, es lo que se está observando para ver si cambia, o cómo cambia, si se dan ciertas condiciones (controladas mediante el uso de las variables dependientes).

Se define como variable independiente a toda aquella variable que se pone a prueba a nivel experimental, siendo manipulada por los investigadores con el fin

de probar una hipótesis. Se trata de una propiedad, cualidad, característica o aptitud con poder para afectar al resto de variables, pudiendo alterar o marcar el comportamiento del resto de variables.

Variable dependiente	Variable independiente
Placenta previa	Causas
Tipos de placenta previa	Signos y síntomas
Diagnóstico	Complicaciones materno- fetales

## 2.9.- Encuesta y resultados

Las siguientes interrogantes se dirigen a todo personal de salud para saber el grado de conocimiento que posee acerca del origen, causas y consecuencias de la placenta previa, así como sus complicaciones y cuidados que se deben aplicar a la gestante con placenta previa.

	SI	NO
1.- ¿Conoce qué es el proceso de atención de enfermería?	100%	0 %
2.- ¿Conoce cómo se clasifican las actividades del PAE?	95 %	5 %
3.- ¿Sabe usted cuál es la placenta previa en las gestantes?	93 %	7 %
4.- ¿Sabe cómo se clasifica la placenta previa?	78 %	22 %
5.- ¿Conoce los factores sociodemográficos que influyen en las gestantes para padecer placenta previa	48 %	52 %
6.- ¿Conoce los factores obstétricos que influyen en las gestantes para padecer placenta previa?	63 %	37 %
7.- ¿Conoce cómo se diagnostica la Placenta Previa?	75 %	25 %

8.- ¿Conoce cuál es el diagnóstico diferencial para una Placenta Previa?	38 %	62 %
9.- ¿Sabe cuál es el control prenatal?	90 %	10 %
10.- ¿Sabe cuántas consultas debe tener la gestante?	93 %	7 %
11.- ¿Conoce los diferentes tipos de embarazo?	90 %	10 %
12.- ¿Conoce las causas fetales por las que se practica una cesárea?	93 %	7 %
13.- ¿Conoce las causas maternas por las que se practica una cesárea?	93 %	7 %
14.- Conoce el síntoma característico de una placenta Previa?	60 %	40 %
15.- ¿La placenta previa se presenta en el primer trimestre del embarazo?	30 %	70 %
16.- O ¿Se presenta en el segundo trimestre del embarazo?	73 %	27 %
17.- ¿Sabe que son los tocolíticos?	30 %	70%
18.- ¿La placenta previa puede ser asintomática?	58 %	42 %
19.- ¿Conoce los tipos de parto?	90 %	10 %
20.- ¿Sabe que son los uterotónicos?	35 %	65 %
21.- ¿Conoce las complicaciones maternas que puede causar la placenta previa?	75 %	25 %
22.- ¿Conoce las complicaciones fetales que puede causar la placenta previa?	83 %	17 %
23.- ¿A atendido a una paciente con placenta previa?	8 %	92 %
24.- ¿Sabe en qué consiste el shock hipovolémico?	85 %	15 %
25.- ¿Sabe en qué consiste la coagulación intravascular diseminada?	55%	45 %



26.- ¿Sabe en qué consiste el Útero de couvelaire?	15 %	85 %
27.- ¿Sabe en qué consiste la restricción del crecimiento intrauterino?	72 %	28 %
28.- ¿Sabe en qué consiste una placenta acreta?	67 %	33 %
29.- ¿Aplica el PAE en su hospital?	67 %	33 %
30.- ¿Conoce las características del PAE?	95 %	5 %
31.- ¿Conoce las etapas del PAE?	95 %	5 %
32.- ¿Sabe en qué consiste un diagnóstico de enfermería Real?	87 %	13 %
33.- ¿Sabe en qué consiste un diagnóstico de enfermería posible?	67 %	33 %
34.- ¿Sabe en qué consiste un diagnóstico de enfermería de riesgo?	87 %	13 %
35.- ¿Sabe en qué consiste un diagnóstico de enfermería de bienestar?	82 %	18 %
36.- ¿Sabe cuáles son los cuidados que se deben tener con una gestante con placenta previa?	65 %	35 %
37.- ¿Sabe cuál es el comportamiento para seguir frente a una hemorragia producida por placenta previa?	37 %	63 %
38.- ¿Sabe que con las intervenciones de enfermería?	85 %	15 %
39.- ¿Sabe cuáles son las Intervenciones de enfermería en gestantes con placenta previa?	40 %	60 %
40.- ¿Sabe cuáles son las Intervenciones prenatales de enfermería para la prevención de complicaciones materno- fetales?	77 %	23 %
41.- ¿En su hospital se tiene una comunicación eficaz entre paciente y personal de enfermería?	70 %	30 %
42.- ¿Una mala atención a una gestante con placenta previa puede llegar a causar una muerte materna?	87 %	13 %

43.- ¿Sabe si la incidencia de placenta previa es mayor en raza negra y asiática?	22 %	78 %
44.- ¿Conoce cuál es la principal causa de la muerte materna?	97 %	3 %
45.- ¿Conoce otras patologías que se pueden presentar en el embarazo?	100 %	0 %
46.- ¿Sabe si la incidencia de placenta previa es mayor en raza negra y asiática?	50 %	50 %
47.- ¿Sabía que las cesáreas previas son un factor de riesgo para la placenta previa?	60 %	40 %
48.- ¿Conoce los factores de riesgo para una placenta previa?	47 %	53 %
49.- ¿Conoce los diferentes tipos de cesárea que se practican?	65 %	35 %
50.- ¿Conoce las indicaciones para realizar una cesárea?	62 %	37 %

Agradezco el haber participado en dar respuesta a esta encuesta, siendo muy significativas sus respuestas.

## Resultados

Encuestando a 40 personas pertenecientes al personal de salud, pudimos observar:

Interrogante 1: Las 40 personas respondieron que sí conocen el proceso de atención de enfermería.

Interrogante 2: 38 personas respondieron que sí conocen cómo se clasifican las actividades del proceso de atención de enfermería, mientras que las otras 2 personas respondieron que no.

Interrogante 3: 37 personas respondieron que sí sabían que es la placenta previa en las gestantes, mientras que 3 personas respondieron que no.

Interrogante 4: 31 personas respondieron que sí saben cómo se clasifica la placenta previa, mientras que 9 personas respondieron que no.

Interrogante 5: 19 personas respondieron que sí conocen los factores sociodemográficos que influyen en las gestantes para parecer placenta previa, mientras que 21 personas respondieron que no.

Interrogante 6: 25 personas respondieron que sí conocen los factores obstétricos que influyen en las gestantes para padecer placenta previa, mientras que 15 personas respondieron que no.

Interrogante 7: 30 personas respondieron que si conocen cómo se diagnostica la placenta previa, mientras que 10 personas respondieron que no.

Interrogante 8: 15 personas respondieron que sí conocen cuál es el diagnóstico diferencial para una placenta previa, mientras que 25 personas respondieron que no.

Interrogante 9: 36 personas respondieron que sí saben qué es el control prenatal, mientras que 4 personas respondieron que no.

Interrogante 10: 37 personas respondieron que sí saben cuántas consultas debe de tener la gestante, mientras que 3 personas respondieron que no.

Interrogante 11: 36 personas respondieron que sí conocen los diferentes tipos de embarazo, mientras que 4 respondieron que no.

Interrogante 12: 37 personas respondieron que sí conocen las causas fetales por las que se practica una cesárea, qué 3 personas respondieron que no.

Interrogante 13: 37 personas contestaron que sí conocen las causas maternas por las que se practica una cesárea, mientras que 3 personas respondieron que no.

Interrogante 14: 24 personas respondieron que sí conocen el síntoma característico de una placenta previa, mientras que 16 personas respondieron que no.

Interrogante 15, 16: 12 personas respondieron que la placenta previa se presenta en el primer trimestre de embarazo, mientras que 28 personas respondieron que la placenta previa se presenta en el segundo trimestre del embarazo.

Interrogante 17: 12 personas respondieron que sí saben que son los tocolíticos, mientras que 28 personas respondieron que no.

Interrogante 18: 23 personas respondieron que la placenta previa puede ser asintomática, mientras que 17 personas respondieron que no.

Interrogante 19: 36 personas contestaron que sí conocen los tipos de parto, mientras que 4 personas respondieron que no.

Interrogante 20: 14 personas respondieron que sí saben que son los uterotónicos, mientras que 26 personas respondieron que no.

Interrogante 21: 30 personas respondieron que sí conocen las complicaciones maternas que puede causar la placenta previa, mientras que 10 personas respondieron que no.

Interrogante 22: 33 personas contestaron que sí conoce las complicaciones fetales que pueden causar la placenta previa, mientras que 7 personas respondieron que no.

Interrogante 23: 3 personas respondieron que sí han atendido a una paciente con placenta previa, mientras que 37 personas respondieron que no.

Interrogante 24: 34 personas respondieron que sí saben en qué consiste el shock hipovolémico, mientras que 6 personas respondieron que no.

Interrogante 25: 22 personas respondieron que sí saben en qué consiste la coagulación intravascular diseminada, mientras que 18 personas respondieron que no.

Interrogante 26: 6 personas respondieron que sí saben en qué consiste el número de couvelaire, mientras que 34 personas respondieron que no.

Interrogante 27: 29 personas respondieron que sí saben en qué consiste la restricción del crecimiento intrauterino, mientras que 11 personas respondieron que no.

Interrogante 28: 27 personas respondieron que sí saben en qué consiste una placenta acreta, mientras que 13 personas respondieron que no.

Interrogante 29: 27 personas respondieron que sí aplican el proceso de atención de enfermería en su hospital, mientras que 13 personas respondieron que no.

Interrogante 30: 38 personas respondieron que sí conocen las características del proceso de atención de enfermería, mientras que 2 personas respondieron que no.

Interrogante 31: 38 personas respondieron que sí conocen las etapas del proceso de atención de enfermería, mientras que dos personas respondieron que no.

Interrogante 32,33,34,35: 35 personas respondieron que sí saben en qué consiste un diagnóstico de enfermería real, 27 personas respondieron que sí saben en qué consiste un diagnóstico de enfermería posible, 35 personas respondieron que sí saben en qué consiste un diagnóstico de enfermería de riesgo, 33 personas respondieron que sí saben en qué consiste un diagnóstico de enfermería de bienestar, mientras que las personas restantes encuestadas respondieron que no conocen estos diagnósticos.

Interrogante 36: 26 personas respondieron que sí saben cuáles son los cuidados que se deben tener con una gestante con placenta previa, mientras 14 personas respondieron que no.

Interrogante 37: 15 personas respondieron que sí saben cuál es el comportamiento para seguir frente a una hemorragia producida por placenta previa, mientras que 25 personas respondieron que no.

Interrogante 38: 34 personas respondieron que sí saben que son las intervenciones de enfermería, mientras que 6 personas respondieron que no.

Interrogante 39,40: 16 personas respondieron que sí saben cuáles son las intervenciones de enfermería en gestantes con placenta previa, 31 respondieron que sí saben cuáles son las intervenciones prenatales de enfermería para la prevención de complicaciones materno-fetales, mientras que el resto de la población entrevistada respondió que no a estas dos interrogantes.

Interrogante 41: 28 personas respondieron que en su hospital si se tiene una comunicación efectiva entre paciente y personal de enfermería, mientras que 12 personas respondieron que no.

Interrogante 42: 35 personas respondieron que una mala atención a una gestante con placenta previa puede llegar a causar una muerte materna.

Interrogante 43: 9 personas saben si la incidencia de placenta previa es mayor en raza negra y asiática, mientras que 31 personas desconocen esta información.

Interrogante 44: 39 personas respondieron que sí conocen cuál es la principal causa de la muerte materna, mientras que 1 persona respondió que no.

Interrogante 45: 40 personas respondieron que sí conocen otras patologías que se pueden presentar en el embarazo.

Interrogante 46: 20 personas respondieron que si saben si la incidencia de placenta previa es mayor en raza negra y asiática, mientras 20 personas respondieron que no.

Interrogante 47: 24 personas respondieron que sí sabían que las cesáreas previas son un factor de riesgo para la placenta previa, mientras que 16 personas desconocen esta información.

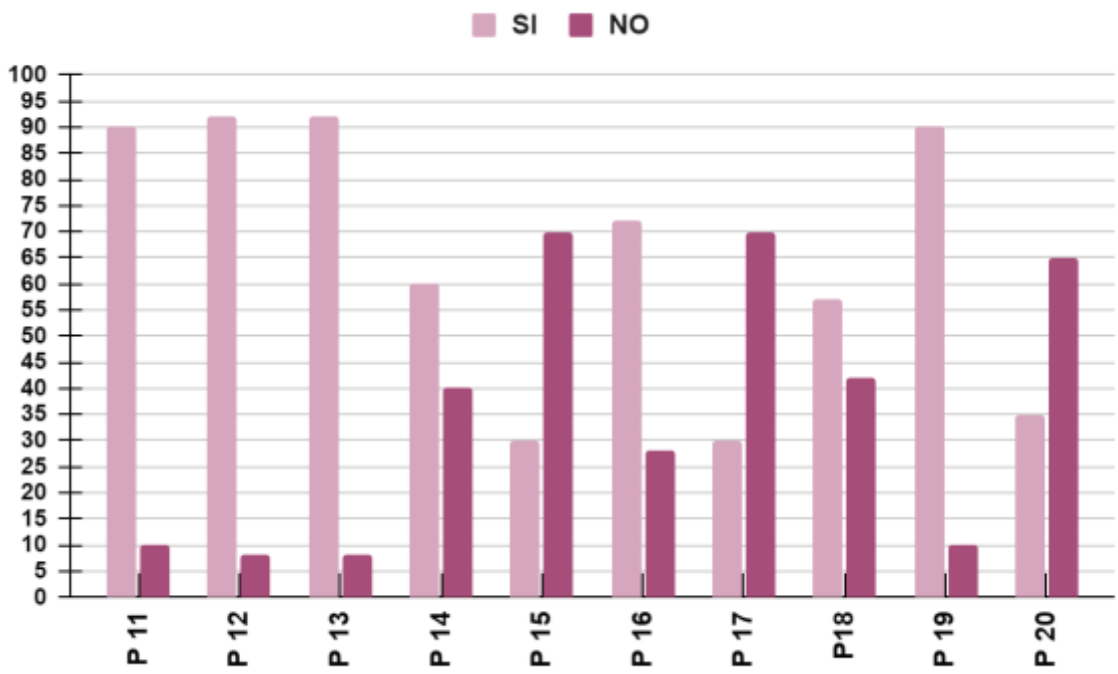
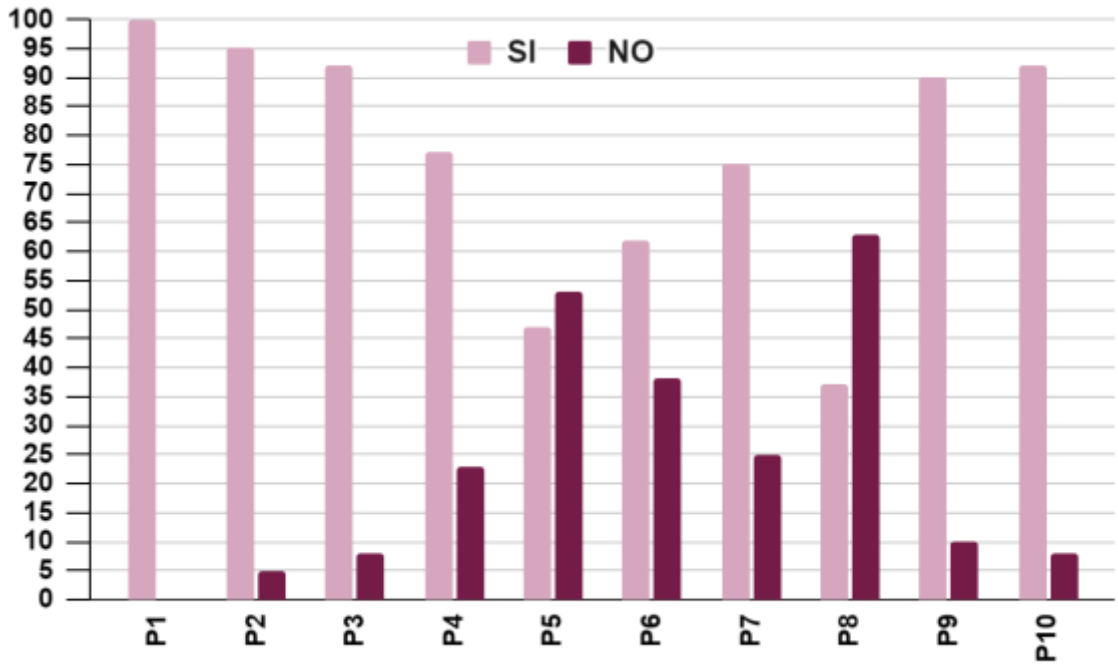
Interrogante 48: 19 personas respondieron que sí conocen los factores de riesgo para una placenta previa, mientras 21 personas respondieron que no.

Interrogante 49: 26 personas respondieron que sí conocen los diferentes tipos de cesárea que se practican, mientras 14 personas respondieron que no.

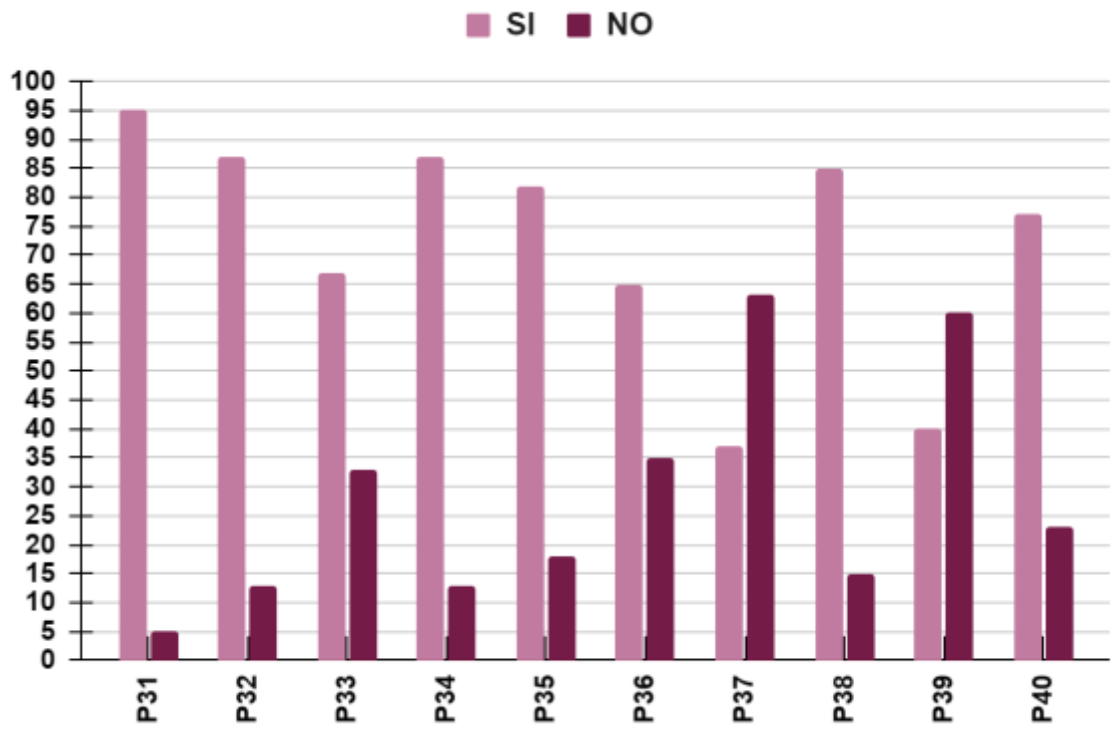
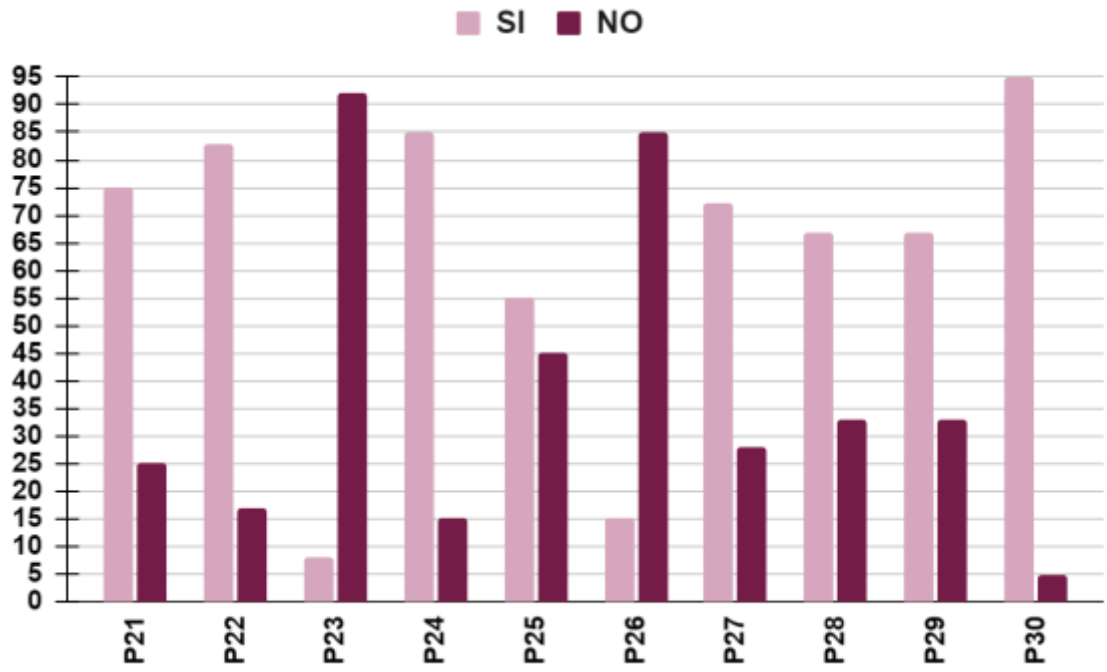
Interrogante 50: 25 personas respondieron que sí conocen las indicaciones para realizar una cesárea, mientras que 15 personas respondieron que no.

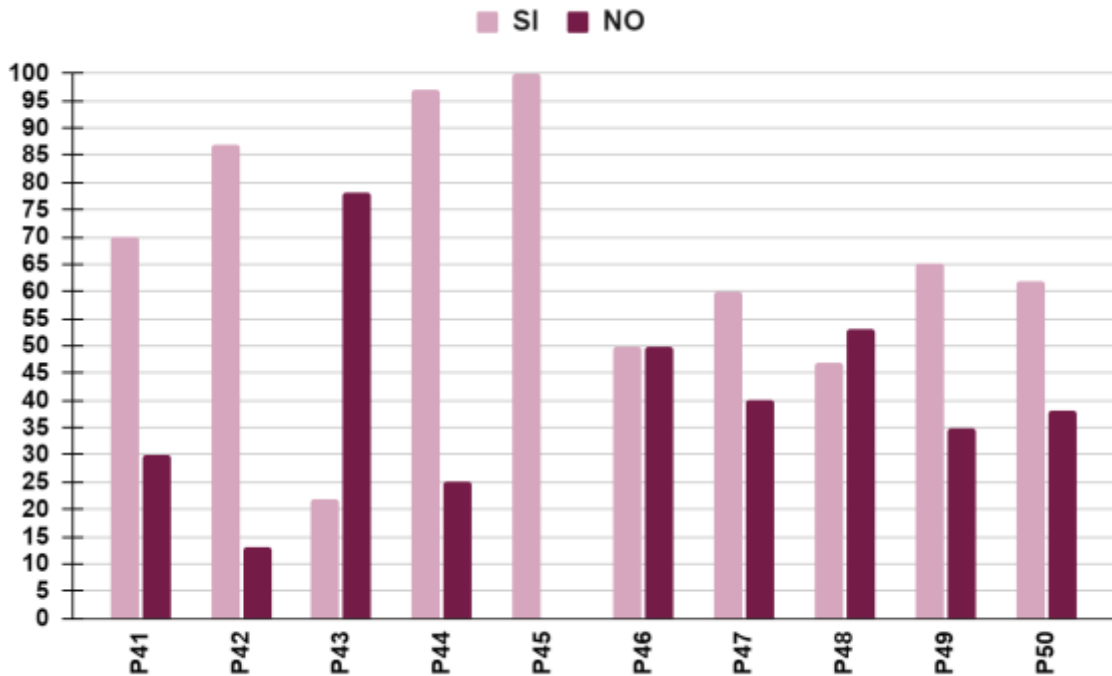
Mediante esta encuesta aplicada a 40 personas que pertenecen al personal de salud se observó que la mayoría conoce el proceso de atención de enfermería, sin embargo no conocen el proceso de atención de enfermería que se debe de tener con una paciente que presenta placenta previa, también observamos que la mayoría de los encuestados no conocen las complicaciones que puede llevar una placenta previa, así también pudimos observar que el personal de salud no cuenta con la información para atender a una gestante con placenta previa, ni tampoco sabe el comportamiento que se debe de tener ante una hemorragia producida por placenta previa.

## 2.10.- Gráficas









### 3.- GENERALIDADES

#### 3.1.-Proceso de atención de enfermería

Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.

##### 3.1.1.- Filosofía de los cuidados:

- Cuidados funcionales o por tareas que se caracterizan porque el conjunto de tareas es distribuido a todo el personal de enfermería.
- Cuidados Progresivos se caracteriza por que los pacientes son distribuidos según su gravedad y cambian de unidad según su evolución, esta modalidad de cuidados no proporciona continuidad en los cuidados.
- Cuidados globales o por paciente que se caracteriza porque el trabajo se realiza en equipo con una auxiliar de enfermería y se ocupan de un número determinado de pacientes.

- Cuidados integrales se caracteriza porque la enfermera se responsabiliza de los cuidados que necesita un paciente desde el ingreso hasta el alta.

3.1.2. Las actividades se pueden clasificar en tres grupos:

- Actividades autónomas, las que están dentro del diagnóstico y del tratamiento de enfermería.
- Actividades derivadas, las que se realizan a demanda de otros profesionales.
- Actividades de soporte, orientadas a facilitar la labor asistencial.

### 3.2.- Placenta

La placenta es un órgano notable, es la interfaz entre la madre y el feto y desempeña diversas funciones como intercambio de gases y metabolitos. Posee dos caras, la coriónica, de la cual sale el cordón umbilical, y la basal la cual se adhiere al endometrio materno. Entre ambas caras se presenta una cavidad llena de sangre materna que proviene de las arterias espiraladas del endometrio.

#### 3.2.1.- Desarrollo de la placenta

El desarrollo de la placenta se inicia con la implantación, cuando el blastocisto entra en contacto con el endometrio. La parte externa del blastocisto corresponde a una capa unicelular de células epiteliales conocidas como trofoblasto. Cuando el trofoblasto entra en contacto con el endometrio se transforma en un sincitio el cual penetra entre las células endometriales. Una vez que la implantación está completa, el producto se encuentra rodeado en su totalidad de sincitiotrofoblasto en el cual empiezan a aparecer vacuolas las cuales se unen.

#### 3.2.2.- Circulación placentaria

La circulación placentaria trae en cercana proximidad a dos sistemas circulatorios independientes, la materna y la fetal. La llegada de sangre a la placenta está influenciada por varios factores, en especial la presión arterial, contracciones uterinas, hormonas y efectos adversos como

el tabaquismo y fármacos. Para el final del embarazo, el flujo sanguíneo en la placenta llega hasta 500 ml/min (80% de la perfusión uterina).

### 3.2.3.- Circulación fetal

El flujo sanguíneo desde el embrión llega a los vasos que se localizan en las vellosidades entre 2 a 8 redes capilares localizadas dentro de 20-50 vellosidades hijas que derivan de un total de aproximadamente 30 troncos vellosos. De modo que estos capilares y pequeños vasos de las vellosidades están conectados a los vasos umbilicales hasta la circulación fetal.

La sangre enriquecida fluye a través del cordón umbilical hasta el hígado y se divide en tres ramas. Luego, la sangre llega a la vena cava inferior, una vena principal conectada al corazón. La mayor parte de la sangre pasa por el ductus venosus, otra derivación que transporta sangre altamente oxigenada a través del hígado hasta la vena cava inferior y luego hacia la aurícula derecha del corazón. Una cantidad pequeña de esta sangre va directo al hígado para brindarle el oxígeno y los nutrientes que necesita.

Los desechos de la sangre fetal se transfieren nuevamente a la sangre de la madre mediante la placenta.

Dentro del corazón fetal:

La sangre ingresa a la aurícula derecha, la cavidad superior derecha del corazón. Cuando la sangre ingresa a la aurícula derecha, la mayor parte de esta fluye a través del foramen oval hasta la aurícula izquierda.

Luego, la sangre pasa al ventrículo izquierdo (cavidad inferior del corazón) y a la aorta (la arteria grande que viene del corazón).

Desde la aorta, la sangre, además de enviarse al corazón mismo, se envía al cerebro y a las extremidades superiores. Luego de circular allí, la sangre regresa a la aurícula derecha del corazón a través de la vena cava superior.

Muy poca cantidad de esta sangre menos oxigenada se mezcla con la sangre oxigenada y, en vez de regresar a través del foramen oval, ingresa al ventrículo derecho.

Esta sangre menos oxigenada es bombeada desde el ventrículo derecho hasta la aorta. Una pequeña cantidad de sangre continúa hasta los pulmones. La mayor parte de esta sangre es derivada a través del ductus arteriosus hasta la aorta descendiente. Luego, esta sangre ingresa a las arterias umbilicales y fluye dentro de la placenta.

En la placenta, el dióxido de carbono y los desechos se liberan dentro del sistema circulatorio de la madre, y el oxígeno y los nutrientes de la sangre de la madre se liberan dentro de la sangre del feto.

Al nacer, el cordón umbilical se corta y el bebé ya no recibe oxígeno y nutrientes de la madre.

#### 3.2.4.- Circulación materna

El oxígeno y los nutrientes de la sangre de la madre se transfieren al feto mediante la placenta. La sangre proveniente de la madre llega a la placa basal por ramas distales de la arteria uterina hasta las cámaras Inter vellosas, circulando entre las numerosas ramificaciones, y retorna por ramas de la vena uterina. La circulación materna es posible por una diferencia de presión: 70 mmHg en la arteria y entre 8 y 10 mmHg en la cámara, mientras que en el feto la circulación se produce en un sistema vascular cerrado con una presión media de 30 mmHg, que evita que los vasos vellosarios se colapsen. Esta sangre materna llega a los espacios intervillosos con un volumen aproximado de 600 ml/min.

#### 3.2.5.- Barrera placentaria

La barrera placentaria está compuesta por estructuras que separan la sangre materna de la fetal y su composición varía a lo largo del curso del embarazo.

#### 3.2.6.- Cordón umbilical

El cordón umbilical se forma cuando, aproximadamente entre la cuarta y la octava semana de la gestación, se unen el amnios (que recubre la cavidad amniótica) y la capa de ectodermo que rodea al embrión, formando un anillo umbilical que se vuelve pedículo

### 3.3.- Placenta previa

La placenta previa es una condición en la cual la placenta se encuentra implantada en el segmento uterino bajo, muy cerca del orificio cervical interno o cubriendo el mismo ya sea de manera total o parcial.

La incidencia ha aumentado y se estima actualmente en 1/200 gestaciones. La placenta previa supone un 20% de las hemorragias del tercer trimestre y conlleva una elevada morbimortalidad materno-fetal. Se considera la 3ª causa de transfusión durante la gestación, parto y puerperio y la 2ª causa de histerectomía obstétrica.

#### 3.3.1.-Clasificación placenta previa

Se han reconocido 4 tipos de esta anomalía:

- Tipo I: Implantación baja de la placenta. La placenta está implantada en el segmento uterino inferior de modo que el borde de la placenta no llega al orificio interno, pero se encuentra en estrecha proximidad.
- Tipo II: Placenta previa marginal. La placenta llega al margen del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.
- Tipo III: Placenta previa oclusiva parcial. La placenta cubre parcialmente el orificio interno.
- Tipo IV: Placenta previa oclusiva total. El orificio cervical interno está cubierto por completo por la placenta.

#### 3.3.2.- Etiología

No se ha encontrado aún una causa específica para la placenta previa, pero la principal hipótesis está relacionada con una vascularización anormal del endometrio, la capa interna del útero, por razón de una cicatrización o atrofia causada por traumatismos previos, cirugía o infección. El trastorno puede

deberse a razones multifactoriales, incluyendo una asociación con multiparidad, embarazos múltiples, edad materna avanzada, antecedentes de cesáreas o abortos y, posiblemente, el hábito tabáquico.

#### 3.3.2.1.- Factores sociodemográficos

- Edad Materna: A mayor edad materna mayor riesgo de placenta previa. La incidencia de placenta previa aumentó de manera significativa con cada grupo de edad más grande. Es de una por cada 1 500 para mujeres de 19 años o menos, y es de uno en 100 para mujeres de más de 35 años.
- Tabaco: Los trastornos que pueda sufrir la embarazada fumadora van en relación directamente proporcional con el número de cigarrillos consumidos, igualmente también influye la permanencia en lugares cuyo entorno ambiental esté contaminado por humo del tabaco, sumándose por ello en muchas gestantes la exposición de su tabaquismo directo al pasivo procedente de la contaminación ambiental. Un dato que se ha observado en muchas mujeres fumadoras es que el tamaño de la placenta es mucho mayor que aquellas otras que no fuman durante el embarazo o nunca han sido fumadoras. Al ser mayor el tamaño de la placenta en estas mujeres, aumenta la frecuencia de placenta previa, con mayor riesgo de desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragias de la misma y rotura precoz de membranas. Todas estas complicaciones ocurren con mayor frecuencia en aquellas fumadoras que tienen un grado de consumo alto.

#### 3.3.2.2.- Factores obstétricos

- Aborto: Se define como la interrupción del embarazo clínicamente reconocida antes de las 22 semanas de gestación o cuando el peso del feto expulsado es menor de 500g. Existen estudios que confirman que el antecedente de aborto influye en la aparición de placenta previa. Asimismo, a mayor número de abortos, mayor será la probabilidad de placenta previa.
- Cesárea Anterior: Por razones desconocidas, la cesárea previa aumenta el riesgo de placenta previa.

- Paridad: Se dice que una mujer ha parido cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o más productos (vivos o muertos) que pesan 500 gramos o más, o que poseen una edad gestacional de 22 semanas o más.
- FIG: El Periodo Intergenésico corto se ha definido como el periodo menor a 18 meses de la fecha de resolución del último evento obstétrico a la fecha de concepción del siguiente embarazo. Es importante mencionar que el riesgo de presentar distintas 32 complicaciones aumenta dependiendo del PIC transcurrido, ya sea 3, 6, 9, 12 o 18 meses, entre estas complicaciones se encuentra la placenta previa

### 3.3.3.- Diagnóstico

Siempre debe sospecharse Placenta previa (PP) o desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta (DPPNI) en mujeres con hemorragia uterina durante la 2ª mitad del embarazo.

El diagnóstico rara vez puede establecerse mediante el examen clínico, que de hecho debe evitarse por la posibilidad de producir hemorragia. La ecografía abdominal es el método más preciso, sencillo y seguro de localización de la placenta. Una fuente poco frecuente de error ha sido la identificación de la placenta implantada en el fondo del útero, pero el fracaso para apreciar que la placenta se extendía en dirección descendente hacia el orificio interno del cuello uterino.

El uso de la ecografía transvaginal ha mejorado de manera considerable la exactitud diagnóstica de la placenta previa. Su utilización no incrementa el riesgo de hemorragia y tiene mayor sensibilidad que la ecografía abdominal para localizar la placenta.

Sería útil para confirmar el diagnóstico cuando la ecografía no es concluyente, sobre todo en casos de placenta localizada en la cara posterior del útero. El hallazgo de una PP parcial o marginal antes de la semana 24 debe interpretarse con precaución; lo más probable es que deje de serlo al avanzar la gestación. Cuando el grueso de la placenta se localiza ocluyendo el Orificio cervical interno



(OCI) en el 2º trimestre es muy probable que persista siendo previa en el momento de parto.

Una pauta de actuación lógica en casos de sospecha de placenta previa sería la siguiente:

- Anamnesis: características de la hemorragia, factores causales
- Exploración obstétrica externa (maniobras de Leopold): es característico encontrar un útero relajado e indoloro.
- Ecografía para confirmar el diagnóstico.
- Cardiotocografía para comprobar el bienestar fetal.
- Especuloscopia: permite comprobar el origen uterino de la hemorragia. No se recomienda realizar un tacto vaginal por el riesgo de aumentar la cuantía de la hemorragia

#### 3.3.3.1.- Diagnóstico diferencial

Se ha de realizar principalmente con el DPPNI. Se deben considerar todas aquellas causas de hemorragia durante la 2ª mitad de la gestación: lesiones vaginales o cervicales (pólipos, neoplasias, traumatismos), rotura de vasos previos, rotura uterina.

#### 3.4.- Manejo de la placenta previa

El control específico de 3er trimestre no será necesario en placentas de inserción baja entre 10-20mm por la alta probabilidad de migración (más del 90%).

- PP asintomática: Control ecográfico a las 36 semanas para confirmar la PP y decidir la vía del parto.
- PP sintomática: Según el grado de metrorragia y los antecedentes de la paciente, se decidirá dejar a la paciente en observación (en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria) o ingreso:

Paciente en observación: Pacientes con sangrado leve-moderado y hemodinámicamente estables sin factores de riesgo hemorrágico añadido:

- Anamnesis y Edad Fetal: evitar tactos vaginales; realizar siempre exploración ecográfica.

- Venocclisis y analítica que incluya: Hemograma, coagulación y bioquímica básica.
- Comprobación de Frecuencia Cardíaca Fetal y de ausencia de Dinámica Uterina. Monitorización fetal (NST) > 24 semanas.
- Ecografía obstétrica: evaluar presencia de hematoma placentario, longitud cervical e integridad de las membranas.
- Reposo relativo.
- Alta si tras unas horas en observación, la paciente se encuentra clínicamente asintomática y la ecografía descarta complicaciones asociadas.
- Control en 1-2 semanas con su ginecólogo de referencia.

Ingreso hospitalario: Pacientes que no cumplen criterios de ingreso en observación. Además de las actuaciones que se realizan en un ingreso en observación:

- Reserva de sangre; valorar necesidad de transfusión.
- Monitorización materna: constantes vitales, diuresis.
- En gestantes RhD negativas, administrar gammaglobulina anti-D (300 mcg o 1500 UI).
- Monitorización fetal diaria en gestaciones > 24 semanas: FCF y dinámica uterina.
- Tocolisis: El tratamiento tocolítico se administra a pesar de longitud cervical normal o ausencia de dinámica uterina. La elección del fármaco se realizará según el protocolo de Amenaza Parto Prematuro, teniendo en cuenta que debe evitarse el uso de indometacina por su efecto inhibitor sobre la función plaquetaria, así como de nifedipino en casos de hipotensión clínica.
- Maduración pulmonar: entre las 24.0 y las 34.6 semanas, según protocolo específico.
- Neuroprotección con sulfato de magnesio: entre las 24.0 y las 31.6 semanas, según protocolo específico.
- Reposo absoluto hasta conseguir la estabilización del cuadro.
- La hemorragia grave que no cede tras tratamiento tocolítico, la inestabilidad hemodinámica o la sospecha de pérdida de bienestar fetal serán criterios de finalización inmediata de la gestación.
- Tras la estabilización del cuadro:

- Si edad gestacional > 36 semanas: finalizamos la gestación mediante cesárea.
- Si edad gestacional

#### 3.4.1.- Control de la gestación

Se tiende a realizar un manejo conservador expectante de las pacientes sintomáticas con placenta previa antes del término y buen estado hemodinámico, si:

La hemorragia no es grave.

- El estado hemodinámico materno es estable.
- EG < 36 semanas o inmadurez pulmonar fetal.
- La paciente no se encuentra en fase activa del parto.
- Feto vivo sin signos de pérdida del bienestar fetal.
- No existen otras complicaciones médico-obstétricas que contraindiquen la prolongación de la gestación.

El manejo se basa en:

- Control del bienestar fetal.
- Maduración pulmonar con corticoides en fetos  $\leq$  34 semanas. Reposo absoluto.
- Evitar tactos vaginales innecesarios.
- Hematocrito materno  $\geq$  30% y Hb  $\geq$  10 g/L (control de pérdidas, controles analíticos y de las constantes maternas).
- Estabilización hemodinámica.

#### 3.4.2.- Tratamiento de la amenaza de parto pretérmino si fuera necesario.

Con el manejo conservador se pretende alcanzar la madurez pulmonar fetal en ausencia de compromiso hemodinámico para la madre y con vigilancia estricta del bienestar fetal. Si la hemorragia compromete el estado materno y/o fetal, el tratamiento será la finalización de la gestación con independencia de la edad gestacional.

#### 3.4.3.- Finalización del embarazo

- Programar reserva de sangre (3 concentrados de hematíes máximo 72 horas antes del día de la cesárea y visita preanestésica)

- La anestesia local-regional suele ser la de elección.

PP asintomáticas (paciente que nunca ha presentado clínica).

- Cesárea electiva a las 37-38 semanas.

PP sintomáticas (paciente que ha presentado al menos un episodio).

- Cesárea electiva a las 36-37 semanas. Si es clínicamente posible, programar a partir de las 37 semanas.
- En los casos de PP de inserción baja situada entre 11-20mm de OCI, puede plantearse la opción a parto vaginal (tasa de éxito descrita 69%), explicando la posibilidad de cesárea en curso de parto por hemorragia intraparto.

### 3.5.- Tratamiento

En el tratamiento se debe tener en cuenta el grado de sangrado, la edad gestacional, la vitalidad fetal, las patologías asociadas y si existe o no trabajo de parto.

#### 3.5.1.-Placenta previa sin síntomas.

Los embarazos con placenta previa sin síntomas se tratan de forma ambulatoria, vigilando la posición de la placenta mediante ecografías para valorar si se modifica durante el curso del embarazo.

Estas pacientes deben evitar las relaciones sexuales y la práctica de ejercicio físico a partir de las 20 semanas de gestación. También deben disminuir su actividad física general a partir del tercer trimestre. En ocasiones deben guardar reposo en cama, lo que implica la baja laboral.

A partir de las semanas 36-37 los riesgos de continuar con el embarazo (hemorragia vaginal, parto urgente) son mayores que los asociados a la prematuridad y se impone la cesárea.

En placentas previas totales o parciales se debe realizar cesárea. Algunos autores consideran la posibilidad del parto vía vaginal en placentas marginales

cuando la distancia entre el borde de la placenta y el orificio del cuello del útero es mayor de 2 cm. En general es preferible programar una cesárea para minimizar riesgos.

### 3.5.2.- Placenta previa en la que se detiene la hemorragia.

En estos casos, el objetivo principal del tratamiento es prolongar el embarazo hasta que el feto alcance la madurez pulmonar.

La paciente debe ingresar en un centro hospitalario en la primera hemorragia para una cuidadosa monitorización tanto materna como fetal. La mayor parte de las hemorragias por placenta previa suelen detenerse por sí solas. Las pacientes que paran de sangrar, que permanecen sin hemorragia un mínimo de 48 horas y que no tienen más complicaciones, pueden ser dadas de alta del hospital siempre que:

- Puedan volver al hospital en poco tiempo (unos 20 minutos).
- Puedan guardar reposo absoluto en cama en sus domicilios.
- Comprendan los riesgos que supone abandonar el hospital.
- Puedan estar acompañadas las 24 horas del día por un adulto que las pueda trasladar al hospital en caso de necesidad.

Las pacientes que persisten con hemorragia deben permanecer ingresadas en el hospital hasta el parto con estricta vigilancia materna y fetal para minimizar riesgos si llegasen a desarrollar complicaciones.

Si la edad gestacional está entre las semanas 23 y 34 se deben administrar corticoides para acelerar la maduración de los pulmones fetales. También se debe administrar inmunoglobulina anti-D a las mujeres Rh negativas con placentas previas sangrantes para prevenir la incompatibilidad sanguínea entre madre y feto.

Estas pacientes pueden necesitar suplementos de hierro para corregir la posible anemia debida a la hemorragia. Durante el tratamiento con hierro deben realizar una dieta rica en fibra para evitar el estreñimiento, dado que este puede precipitar otra hemorragia por el esfuerzo.

Si se presentan contracciones uterinas de parto se debe administrar medicación para detenerlas y prevenir un parto prematuro.

El momento de inducir el parto depende del estado de la madre:

- Las placentas previas estables (sin sangrado o con sangrado mínimo) deben cumplir 36-37 semanas de gestación para programar el parto. Se debe realizar cesárea siempre que la placenta previa sea total o parcial.
- Si la hemorragia es moderada y el embarazo es mayor de 34 semanas, o si el sangrado se va incrementando progresivamente tras haberse interrumpido después de una hemorragia inicial, se debe realizar una cesárea si la paciente ha recibido corticoides durante el embarazo (y por tanto se supone una adecuada maduración de los pulmones del feto). Si no los hubiera recibido porque su primera hemorragia se produjo después de la semana 34, se debe realizar una amniocentesis para valorar la madurez pulmonar del feto. Si la amniocentesis indica que los pulmones del feto están maduros se debe realizar una cesárea. Si, por el contrario, los pulmones fetales fueran inmaduros se deben administrar corticoides y realizar la cesárea a las 48 horas para dar tiempo a que maduren.

Está indicado realizar una cesárea de urgencia si:

- Se produce una afectación grave del feto.
- Se produce una hemorragia que pone en peligro la vida de la madre.
- Se desencadena el parto.

### 3.5.3.- Placenta previa con hemorragia grave activa

Se trata de una urgencia obstétrica. La embarazada debe ingresar en el hospital y someterse a una monitorización tanto materna como fetal, así como a medidas de apoyo para su estabilización (administración de líquidos a través de una vía en la vena, transfusiones de sangre, etc.).

Las cesáreas de urgencia en pacientes inestables se realizan bajo anestesia general. Si la paciente está estabilizada y la frecuencia cardíaca del feto es normal se puede considerar realizar la cesárea con anestesia epidural.

### 3.5.4.-Pronóstico en pacientes diagnosticadas

#### 3.5.4.1.- Madre

La placenta previa aumenta el riesgo de sufrir hemorragias vaginales. Por este motivo, las mujeres con placenta previa precisan más transfusiones sanguíneas, extirpaciones del útero (histerectomías) tras el parto, ligaduras de las arterias uterina e iliaca o embolizaciones de los vasos sanguíneos de la pelvis, que las embarazadas que no sufren esta complicación.

El riesgo es especialmente elevado en los casos de implantación anormal de la placenta (placenta accreta).

La mortalidad materna asociada a la placenta previa es menor del 1% en los países desarrollados, aunque permanece elevada en países con menos recursos.

#### 3.5.4.2.- Recién nacido

El compromiso fetal depende del materno. Las complicaciones y la mortalidad de los recién nacidos de embarazos con placenta previa han disminuido mucho en los últimos años, debido a las mejoras en el manejo obstétrico, a las cesáreas y a la mejora en los cuidados neonatales. Las principales causas de mortalidad y morbilidad en los neonatos son las debidas a la prematuridad.

Estos recién nacidos necesitan una vigilancia especial ya que suelen haber tenido poco oxígeno en el útero, además de ser prematuros y de bajo peso para la edad gestacional.

#### 3.6.- Riesgos maternos y fetales

La placenta previa constituye el máximo peligro de muerte para la madre y el bebé, ya que hay presencia de hemorragias severas y en caso de no ser diagnosticadas aumenta su riesgo.

- Mayor morbi-mortalidad perinatal: RPM, parto prematuro
- Mal presentación fetal
- Hemorragia grave, necesidad de drogas vasoactivas y transfusión, shock hipovolémico
- Presencia de placenta accreta, vasa previa, inserción velamentosa de cordón

- Hemorragia posparto: debido a la inserción placentaria en el segmento inferior, las pacientes con PP tienen un mayor riesgo de hemorragia posparto. Actuar según protocolo de hemorragia posparto.
- Histerectomía urgente
- Embolia de líquido amniótico

### 3.7.- Evaluación del riesgo materno-perinatal

El riesgo se define como la probabilidad que tiene un individuo de experimentar un daño. En medicina materno-fetal, el riesgo es evaluado en relación a daños específicos para la madre o el hijo.

Se denomina factor de riesgo a aquella característica o atributo biológico, social o ambiental, que cuando está presente en un individuo se asocia con un aumento de la probabilidad de experimentar un daño.

#### 3.7.1.- Indicadores de riesgo materno-perinatal

Están constituidos por índices estadísticos que muestran la posibilidad de enfermar o morir del binomio madre-hijo como consecuencia del proceso reproductivo. Estos índices se expresan en tasas cuyo denominador es el número de nacidos vivos. Los indicadores más utilizados en medicina perinatal son la mortalidad materna y mortalidad perinatal. Los indicadores de morbilidad son utilizados con poca frecuencia por ser susceptibles a su registro de la información.

Estos indicadores permiten evaluar y comparar el nivel de desarrollo cultural, social y económico de una región, como también el desarrollo y efectividad de los programas locales de atención materno-infantil.

#### 3.7.2.- Mortalidad materna

Es la tasa que relaciona el número de muertes maternas por 100.000 nacidos vivos.

Se define muerte materna como la muerte durante el embarazo o en los 42 días posteriores al parto independiente de la duración y de la ubicación del embarazo, por cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo, o con su manejo. Se excluyen las causas accidentales o incidentales.



Los problemas que se asocian con mortalidad materna son:

- La hemorragia obstétrica.
- Las infecciones.
- El síndrome hipertensivo del embarazo.
- Las enfermedades maternas pregestacionales.

### 3.7.3.- Mortalidad perinatal

Es la tasa que comprende la suma de las muertes fetales tardías (22 semanas de gestación o más) y las muertes neonatales precoces (primeros 7 días de vida) por 1000 nacidos vivos. Este indicador se utiliza para evaluar la calidad del control prenatal, la atención del parto y del recién nacido.

## 4.- EMBARAZO

Se conoce como el periodo de tiempo, que va desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. El embarazo incluye todos aquellos procesos físicos de crecimiento y desarrollo del embrión y feto en el útero de la madre y en conjunto se relacionan los cambios que experimenta la madre, que además de físicos son morfológicos y metabólicos.

También se define como el proceso en el cual se lleva a cabo el crecimiento y el desarrollo del embrión intraútero. Suele comprender un periodo que se cuenta desde el momento que ocurre la concepción hasta el momento del nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En los fetos humanos la duración media del embarazo es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario)

### 4.1.- Sintomatología del embarazo

Cuando ocurre un embarazo la paciente presenta una sintomatología variada; cursando con náuseas, vómitos, amenorrea, sensibilidad en las mamas, mastalgia, polaquiuria, y comienza a percibir movilidad fetal después de la semana 14.

Hay algunos otros síntomas que aparecen:

- Estreñimiento
- Fatiga

- Aumento de peso
- En menor frecuencia puede haber sialorrea, anorexia, antojos o deseos de alimentos no apetecidos anteriormente, muchas pacientes refieren vértigos, lipotimias, insomnio o somnolencia, irritabilidad, cambios de carácter e incluso pueden presentar alteración de los órganos olfatorios.
- Los signos con los cuales cursa una embarazada son: secreción vaginal blanquecina, cambios en la coloración, consistencia, tamaño y forma del cuello uterino o del útero.
- Además, presenta elevación de la temperatura por el aumento fisiológico de la progesterona; de la cual depende en un inicio el embarazo, mientras se forma la placenta; así como aumento de tamaño del abdomen por el crecimiento del producto.
- Aumento de tamaño e ingurgitación de las mamas y en ocasiones descarga por el pezón, y contracciones uterinas con aumento del tamaño del cuerpo uterino, ocurre una pigmentación cutánea que predomina en cara, abdomen, axilas, ingle (cloasma y “línea negra”) después de la semana 12.

Durante el embarazo, el cuerpo de la mujer experimenta una serie de cambios, tanto fisiológicos como hormonales, para asegurar el crecimiento y desarrollo del feto mientras se mantiene la homeostasis.

#### 4.2.- Tipos de embarazo

Lo ideal es que el embarazo sea un embarazo normal. Entendemos por normal el embarazo cuya concepción ha tenido lugar en el lugar indicado y cuyo embrión, tras la concepción, se ubica en el lugar correcto. Sin embargo, existen otros posibles embarazos, con sus complicaciones correspondientes.

4.2.1.- Embarazo intrauterino: Es el embarazo mayoritario. El embrión, una vez que el óvulo y el espermatozoide se unen en las trompas de Falopio, crecerá en el útero, un lugar seguro en donde, una vez implantado con éxito, podrá desarrollarse, en principio, sin complicaciones. El bebé se alimentará gracias a la placenta y a través del cordón umbilical y si todo va bien, podrá nacer a las 40

semanas aproximadamente desde que se produjo la concepción. Este embarazo se suele dividir en tres trimestres.

4.2.2.- Embarazo gemelar: También se le conoce como embarazo múltiple. Puede producirse de dos formas:

- En los mellizos, el tipo más frecuente, dos espermatozoides diferentes fecundan dos óvulos separados. Cada mellizo tiene su propia placenta y su propio saco amniótico. Los mellizos pueden ser dos niñas, dos niños o una niña y un niño.
- En los gemelos, un único óvulo fertilizado se separa y se forman dos fetos. Los gemelos pueden compartir la placenta y el saco amniótico o pueden compartir la placenta, pero tener diferentes sacos amnióticos. Genéticamente, los dos bebés son idénticos. Tienen el mismo sexo y comparten las mismas características y rasgos físicos. En raras ocasiones, los gemelos no llegan a separarse completamente en dos personas. A esos bebés se los conoce como hermanos siameses.

4.2.3.- Embarazo ectópico: En este caso, óvulo y espermatozoide se unen y se consigue crear un cigoto, pero tras la fecundación, el embrión no se implanta en el útero, sino fuera, normalmente, en las mismas trompas de Falopio, o bien en un ovario o la zona del cérvix o cuello uterino. Es grave, y tras detectarse, se debe practicar un legrado si aún no se ha producido el aborto espontáneo. Este tipo de embarazos es inviable, y pueden poner en peligro la vida de la madre. Normalmente se dan algunos síntomas que pueden poner en alerta a la madre de que su embarazo puede ser ectópico: un dolor abdominal fuerte, sangrados vaginales, calambres y mareos intensos.

4.2.4- Embarazo molar: Este tipo de embarazo es muy peligroso. Su nombre técnico es Mola hidatiforme. Se produce cuando el óvulo es fecundado de forma incorrecta y la placenta crece en forma desmesurada, formando varios quistes. Cuando la placenta se desarrolla de forma anormal pero además no hay embrión, se le conoce como embarazo molar completo. El tratamiento no es otro que la provocación de una dilatación para efectuar un legrado. Es un embarazo muy peligroso para la madre, y además deberá estar en observación en los 12

meses siguientes, para observar que no haya quedado nada del tejido anormal, que podría derivar en un tumor.

4.2.5.- Embarazo intraabdominal: Este tipo de embarazos solo se produce en el caso de que se haya realizado con anterioridad una cesárea. Puede que la cicatriz haya debilitado la zona y se rompa, lo que provoca una abertura por donde el feto desciende hasta la zona abdominal.

4.2.6.- Embarazo de riesgo: Existen muchos posibles embarazos de riesgo. Puede ser por la edad de la mujer, porque se trate de un embarazo múltiple con determinadas características, porque la madre sufre diabetes gestacional, porque la mamá sufre alguna enfermedad delicada.

4.3.- Control prenatal: Evaluación inicial.

Conjunto de acciones médicas asistenciales y educativas con fines preventivos, diagnósticos y curativos, programadas por el equipo de salud con el objetivo de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

4.3.1.- Control clínico

Primera visita: Se realiza anamnesis y evaluación general, estimación de la edad de gestación y fecha probable de parto.

- Se solicitan exámenes de rutina.
- Anamnesis: Datos personales, nombre y apellido, edad, estado civil, nivel de instrucción, profesión u ocupación, datos de la pareja, domicilio.
- Incorporar interrogatorio para descartar violencia basada en género.
- Tipo de etnia. Gestación actual: fecha de la última regla (especificar si fue normal o no), sintomatología presentada hasta el momento de la entrevista.
- Es necesario agregar la edad de gestación en las historias.
- Antecedentes familiares: enfermedades hereditarias, defectos congénitos, muertes perinatales, prematuridad, enfermedades infectocontagiosas en el entorno perinatal directo, diabetes, hipertensión,

cáncer, respiratorias, causa de muerte de los familiares directos en primer grado.

- Antecedentes personales: hábitos psicobiológicos, con énfasis en exposición a medicamentos, radiaciones, factores ambientales, tabaco, alcohol y drogas ilícitas, enfermedades que haya sufrido: virales, vacunas, enfermedades crónicas y tratamiento, enfermedades hereditarias, patología médica aguda, intervenciones quirúrgicas, fracturas, transfusiones sanguíneas.
- Antecedentes gineco-obstétricos: edad de la menarquía, tipo menstrual, dismenorrea, características, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas, últimas citologías, muertes y complicaciones perinatales, prematuridad, enfermedades infectocontagiosas en el entorno perinatal directo antecedentes quirúrgicos, procedimientos diagnósticos, terapéutico ginecológicos y uso de métodos anticonceptivos.
- Gestaciones anteriores: curso de los embarazos, partos y puerperios anteriores.
- Patologías presentadas.
- Cirugías.
- Hijos anteriores: peso y condiciones al nacer.
- Tipo de lactancia y duración en caso de lactancia materna.
- Se deben agregar los detalles de muertes fetales y neonatales con sus causas.

#### 4.3.2.-Examen físico

Primera consulta: Se debe realizar examen físico integral, presión arterial, peso y talla, calcular índice de masa corporal para establecer posible estado nutricional (peso/talla al cuadrado), estado general, piel y neurológico, cabeza y cuello, examen bucodental, tórax y mamas, abdomen, extremidades, con énfasis en la esfera ginecológica.

- Tomar citología cérvico vaginal, independientemente de la edad de gestación, si la última citología tiene más de 1 año.
- Exploración obstétrica: altura uterina, movimientos y latidos cardiacos fetales.

- Exploraciones complementarias
- Exámenes de laboratorio al inicio del control: hematología completa, urea, glicemia, creatinina, VDRL, VIH, heces, examen de orina y urocultivo, grupo sanguíneo y Rh. Antígeno de superficie de la hepatitis B. Serología para toxoplasmosis (IgG E IgM) y rubéola (IgG) (en caso de no haber sido vacunada). En caso de Rh negativo: tipaje de la pareja, aglutininas anti-Rh.
- Eco sonograma básico (establecer edad de la gestación, vitalidad embrionaria, así como la localización del saco gestacional, número de fetos, cantidad de líquido amniótico y ubicación placentaria).
- Amniocentesis para estudio genético entre la semana 16 y 19 en las pacientes mayores de 35 años

#### 4.3.3.-Visitas sucesivas

En ellas se interroga a la gestante, se practica examen clínico obstétrico y se revisan o programan exámenes complementarios de rutina para embarazos de bajo riesgo. Ante la sospecha de una patología se amplía la atención de acuerdo al protocolo correspondiente.

Las visitas se realizan de acuerdo al siguiente esquema:

- Segunda consulta: entre la 13 y la 18 semana
- Tercera consulta: entre la 22 y la 24 semana
- Cuarta consulta: entre la 24 y la 29 semana
- Quinta consulta: entre la 32 y la 35 semana
- Sexta consulta: entre la 38 y la 40 semana
- Después de la semana 38 se deben realizar consultas semanales con el objeto de prevenir, detectar y tratar factores de riesgo de la etapa perinatal. Realizar el control hasta la semana 41 y si alcanza esta edad de gestación, referir a un tercer nivel de atención.

#### 4.4.- Control prenatal: Identificación del riesgo

##### 4.4.1.- Clasificación del riesgo

Bajo riesgo:

Es el estado de las embarazadas que evaluadas integralmente presentan condiciones óptimas para el bienestar de la madre y el feto y no evidencian factores epidemiológicos de riesgo, antecedentes gineco-obstétricos o patología general intercurrente.

Alto riesgo:

- Tipo I: Cuando las embarazadas se encuentran en buenas condiciones de salud pero presentan uno o más factores de riesgo de tipo epidemiológico y/o social: analfabetismo, pobreza crítica, vivienda no accesible al establecimiento de salud, unión inestable, trabajo con esfuerzo físico, estrés, tabaquismo, alcohol u otras drogas, embarazo no deseado, control prenatal tardío, edad materna igual o menor de 19 años y mayor de 35 años, talla 1,50 metros o menos, peso menor a 45 kg u obesidad, paridad menor de 4, intervalo intergenésico menor de 2 años y mayor de 5 años.
- Tipo II: Cuando las embarazadas se encuentran en buenas condiciones de salud pero presentan uno o más antecedentes de patología gineco-obstétrica perinatal o general, con o sin morbilidad materna o perinatal: peso inadecuado para la edad gestacional, malformaciones congénitas fetales, trauma o infección fetal, retardo mental, parálisis cerebral, edad de gestación desconocida, paridad mayor de 4, parto prematuro, embarazo prolongado, preeclampsia eclampsia, cesárea anterior, rotura prematura de membranas, distocias dinámicas, hemorragias obstétricas, mola hidatiforme, accidentes anestésicos, trastornos neurológicos periféricos.
- Tipo III: Constituye el riesgo mayor para las embarazadas que ameritan atención especializada en casos de: pérdida fetal recurrente, infertilidad, incompetencia cervical, malformaciones congénitas uterinas, tumores ginecológicos, cáncer, trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias obstétricas, presentaciones diferentes a la cefálica de vértice, desproporción feto pélvica, placenta previa, anemia, diabetes u otras endocrinopatías, cardiopatías, nefropatías, colagenosis, púrpura hemoglobinopatías, desnutrición severa, psicopatías. Estas patologías

pueden ser antecedentes de morbilidad materna con o sin muerte fetal o patología con el embarazo actual.

#### 4.4.2.- Nivel de atención para embarazadas de bajo riesgo (Servicios)

Nivel 1: Evaluación e identificación de riesgos. Riesgos tipo I (excepto edades extremas de la vida reproductiva).

Nivel 2: evaluación prenatal, del parto y puerperio.

#### 4.4.3.- Medidas terapéuticas básicas o iniciales.

- Educación sobre medidas nutricionales básicas: suplementación universal solo con hierro y ácido fólico (ver protocolo de anemia) e incorporación a programas nutricionales.
- Toxoide tetánico + diftérico: primera dosis al momento de la captación y segunda dosis 4 semanas después de la primera dosis. En caso de haber recibido la inmunización completa en los últimos cinco años aplicar un refuerzo después de la semana 20.
- Vacuna anti-influenza estacional en el 2º o 3er trimestre del embarazo.

#### 4.4.4.- Criterios de referencia

Una vez identificado algún criterio de alto riesgo, la embarazada debe ser referida para evaluación al segundo nivel de atención, donde exista un equipo interdisciplinario especializado, quienes decidirán la aceptación o contrarreferencia al tercer nivel (hospitales) de acuerdo con la severidad del riesgo.

#### 4.5.- Control prenatal: Conducta que se seguirá

##### 4.5.1.- Criterios de hospitalización

Se decidirá de acuerdo con los factores de riesgo, según cada uno de los protocolos de atención.

##### 4.5.2.- Tratamiento o plan terapéutico



De acuerdo con cada patología diagnosticada, manejo de enfermería y del personal de trabajo social: charlas educativas para fomentar la buena y balanceada nutrición, la higiene adecuada, promoción de la salud materno fetal: preparación para el curso del embarazo, parto, puerperio, lactancia materna y planificación familiar.

#### 4.5.3.- Procedimientos con familiares

Estimular la presencia de la pareja o familiar que la pareja desee en cada una de las consultas y apoye en todo momento a la embarazada. Se le debe informar, educar y capacitar acerca de la evolución del embarazo y los signos de alarma.

#### 4.6.- Parto

Se define parto como: término fisiológico del embarazo mediante la expulsión del feto maduro (duración del embarazo a término entre 37 y 40 semanas de gestación) y de la placenta, que comienza cuando el órgano que es entonces Alberta y nutria el peto inicia las contracciones que conducen a su expulsión.

Según las complicaciones por la anormalidad del parto en:

- Parto eutócico: es el parto normal, no existe ninguna alteración en su mecanismo, y se efectúa correctamente con presentación cefálica del feto, es un parto vaginal
- Parto distócico: parto con problemas, en el que existen maniobras o intervenciones quirúrgicas o con instrumental obstétrico (fórceps, ventosas, espátulas) al realizar para llevar a buen término su evolución y desenlace.

##### 4.6.1.-Diferentes opciones de parto

- Parto natural: es la forma tradicional del parto en la que le di salida yo te lo exterior a través de la vagina.

Es el método más frecuente por el que la mujer da a luz, ya que es la forma más recomendable de que el niño nazca cuando no existen complicaciones. En este patrón siempre se cumplen las normativas, y en ocasiones se descuida la vigilancia fetal. No hay que llevar la "naturalidad" hasta el extremo de prescindir por completo de los recursos terapéuticos.

- Parto humanizado: El parto humanizado o parto respetado es la atención del parto en el sistema de salud, de acuerdo con los derechos de la familia que espera el nacimiento. Es decir, de acuerdo con las necesidades y deseos de esa familia.

Se caracteriza por una preparación física durante el embarazo mediante relajación y respiración, vigilancia continua fetal durante el parto, y monitorización del período expulsivo fetal. La presencia del marido durante el parto y la creación de un ambiente afectivo adecuado a la futura madre es muy importante.

- Parto sin violencia: El niño sufre para nacer, pero en cierta medida se puede evitar ese dolor, ayudando a entrar en el mundo con más serenidad, con gestos simples y con una acogida diferente.

El recién nacido se coloca en el vientre de la madre, que le acariciara y hablara, el cordón umbilical no se corta hasta que deja de latir. Después el niño es sumergido en un baño a la temperatura del cuerpo para que vuelva a encontrar el medio acuático en el que ha vivido hasta el momento.

Solo después del baño, el niño queda a cargo del personal médico que se encargará del correspondiente examen físico, y lo vestirá.

- Parto en casa: La mujer que da a luz en casa, normalmente lo hace porque desea vivir este acontecimiento en toda su naturaleza, necesidad que suele ir en contra de las exigencias de organización que imperan en un centro médico, clínica u hospital.

El parto en casa solo puede ser efectuado por mujeres que hayan llevado un embarazo normal y para las que se dan las condiciones idóneas para que se produzca un parto sin problemas.

- Parto acuático: El parto coma en lugar de realizarse en la sala de partos cómo se realiza dentro de una bañera llena de agua a 37<sup>o</sup> centígrados generalmente asistido por la matrona y el ginecólogo

Para él bebe, el parto acuático supone una continuidad del estado en el que se encuentra el líquido amniótico, incluso después de haber nacido por lo que el tramo producido por el estrés del parto vaginal es mucho menos acentuado juntos

- Parto inducido: En ausencia total de contracciones, parto puede ser inducido de modo artificial, mediante el uso de medicamentos que

provocan las contracciones y que se introducen y la vagina en forma de gel o de sonda.

- Parto provocado: Esta técnica tiene el objetivo de acelerar los tiempos de parto. Aunque no se trata de una técnica peligrosa en sí mismo, es realizada con la máxima atención por parte del ginecólogo, ya que el riesgo es de provocar contracciones excesivas, que pueden conducir a una situación peligrosa de sufrimiento fetal.
- Parto controlado: Si el trabajo de parto comienza espontáneamente, pero las contracciones no presentan un ritmo regular o son demasiado débiles, es posible controlar el parto modificando su evolución con fármacos que refuerzan y facilitan las contracciones, suministrados por vía intravenosa.
- Parto con anestesia: La anestesia es una técnica farmacológica que permite un parto prácticamente sin dolor, con la participación de la madre el nacimiento del niño

#### 4.7.- Cesárea

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina.

##### 4.7.1.- Tipos de cesárea:

- Según antecedentes obstétricos de la paciente.
  - Primera: Es la que se realiza por primera vez.
  - Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
  - Previa: Es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.
- Según indicaciones
  - Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
  - Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.
    - Según técnica quirúrgica.

- Corporal o clásica.

La incisión es vertical y se realiza en el cuerpo uterino.

Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cervicouterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea postmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía.

Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.

- Segmento corporal (Tipo Beck).

La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino.

Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas.

Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior

- Segmento arciforme (Tipo Kerr)

Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias.

#### 4.7.2.- Indicaciones de la operación cesárea.

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: Maternas, Fetales o Mixtas.

- Causas maternas.

Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica): Estrechez pélvica, pelvis asimétrica o deformada, tumores óseos de la pelvis.

Distocia de partes blandas: Malformaciones congénitas, tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto, cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas, cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.

Distocia de la contracción: Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta), patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc.

- Causas fetales:

Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica; alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal, prolapso de cordón umbilical, sufrimiento fetal, malformaciones fetales incompatibles con el parto, embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal, cesárea postmortem

- Causas mixtas: Síndrome de desproporción cefalopélvica, preeclampsia/eclampsia, embarazo múltiple, infección amniótica, isoimmunización materno-fetal

#### 4.8.- Placenta

La placenta humana es un órgano discoide que tiene una relación hemocorial con la madre. Es decir, el trofoblasto, que cubre las vellosidades, está en contacto directo con la sangre humana. La transferencia de sustancias tiene que pasar por el sincitiotrofoblasto, citotrofoblasto, las vellosidades de la membrana basal, lecho capilar del feto y su endotelio. Aunque la placenta es el tejido más disponible, es el órgano menos investigado a fondo y muchos aspectos de su control todavía son desconocidos. La placenta tiene un patrón genético diferente. El sentido que prevalece es que una vez ocurrido el parto la placenta es un tejido superfluo que sólo necesita ser desechado.

Es un órgano muy especializado, que interviene en la nutrición del feto, regulación de su crecimiento y metabolismo, así como su actividad endocrina.

El desarrollo de la placenta y el feto es un proceso continuo que comienza en el momento de la fecundación. Cuatro días después de la fecundación, la mórula (una masa sólida de células blastómeros) entra en el útero. A medida que el líquido del útero penetra en la cabeza exterior (la zona pelúcida), se forma un

blastocisto, con una cavidad. Además de los resultados de penetración de líquido en la separación del blastocisto ampliado en dos partes:

- La masa celular interna: es un grupo de blastómeros que forman el embrión
- El trofoblasto: una fina capa celular externa de blastómero que forman la placenta y las membranas fetales

La sangre del feto llega a la placenta por las arterias umbilicales las cuales llegan a la placa coriónica donde se ramifican. El sistema venoso por el que retorna de la sangre al feto es paralelo al arterial terminando en la vena del cordón umbilical.

#### 4.8.1.- Criterios para la clasificación de la placenta

- La clasificación se basa según la funcionalidad que desempeñe la placenta: El prototipo de relación que se constituye entre la madre y el feto según el origen vascular: así tenemos la coriovitelina que involucre y la corioalantoidea que se constituye tardíamente y es la definitiva.
- Anatómico: Será según como se distribuyen las vellosidades coriales en la placenta, así tenemos en los humanos la placenta discoidal, donde las vellosidades del corion abarcan una región redondeada y condensada.
- Histológico: la clasificación según su histología se relaciona con el número de barreras que impiden que haya mezcla entre la sangre fetal y la sangre materna, y tiene como máximo seis barreras, tres fetales y tres maternas.

La placenta humana es Hemocorial, las vellosidades coriales nadan libremente en la cámara hemática, y se mantienen en contacto con la sangre materna. Después de las 20 semanas de gestación no existen las barreras maternas y de las barreras fetales sólo queda el endotelio y un reducido trofoblasto.

#### 4.8.2.- Características de la placenta:

- Forma: discoidal
- Diámetro: 15-25 centímetros
- Grosor: 3 centímetros

- Peso: 500-600 gramos

La placenta normalmente se implanta a 15 cm del cérvix, en la región superior o región media del útero, y durante el nacimiento se desprende de la pared del útero; y 30 minutos después de que él bebe nace, es expulsada fuera de la cavidad uterina.

#### 4.9.- Anomalías placentarias

La placenta puede tener diferentes tipos de anomalías o producir alteraciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio. La hemorragia en el tercer trimestre constituye el signo habitual de presentación de anomalías placentarias.

Pueden existir alteraciones en el sitio de implantación, en el grado de penetración, en la forma de la placenta, puede ocurrir un desprendimiento prematuro de la placenta o por el contrario dificultades para su expulsión o alumbramiento.

Placenta Accreta. Es la adherencia anómala de las vellosidades coriónicas al miometrio. La mayoría de las pacientes con placenta accreta tienen un embarazo y un parto normales. Después del nacimiento, la placenta no se separa de la pared uterina y los intentos para extraerla pueden inducir una hemorragia difícil de controlar. Esta grave complicación no se detecta sino hasta el momento del parto o la cesárea cuando se presentan dificultades para el desprendimiento de la placenta.

Afortunadamente es una complicación poco frecuente y que se presenta principalmente en los casos de placenta previa; por lo que toda paciente con placenta previa debe saber que existe el riesgo de esta penetración anormal de la placenta que obligue a quitarle el útero durante la cesárea.

- Placenta Previa. Es cuando el blastocisto se implanta cerca o por encima del orificio interno del útero; cuando lo cubre totalmente se le llama placenta previa central total, cuando lo cubre sólo en parte se le llama previa parcial o marginal. Aunque la placenta previa se implanta anormalmente desde el inicio del embarazo, se considera una complicación de la segunda mitad del embarazo, pues es cuando el cuello

empieza a tener modificaciones por las contracciones, como son el borramiento, la formación del segmento y finalmente la dilatación, que al ocurrir en el sitio de la inserción placentaria producen la ruptura de vasos sanguíneos o despegamiento placentario que puede ocasionar hemorragias graves con funestas consecuencias no sólo para el bebé sino para su mamá.

- Placenta Percreta. Hablamos de placenta percreta cuando las vellosidades coriónicas penetran en todo el grosor del miometrio, hasta el perimetrio o más allá.
- Placenta bipartida o Bilobulada. La placenta está dividida en dos lóbulos separados pero unidos entre sí por los vasos primarios y por las membranas, este tipo es una variedad rara, la retención de un lóbulo después del parto producirán complicaciones hemorrágicas y de infecciones.
- Inserción Marginal del Cordón Umbilical o Placenta de Raqueta. El cordón umbilical puede insertarse en la placa coriónica en cualquier punto.
- Desprendimiento Prematuro De La Placenta. El desprendimiento prematuro de placenta se define como la separación parcial o completa de una placenta normalmente insertada antes del inicio del parto.

## **5.- PLACENTA PREVIA**

Es definida como la implantación de la placenta en el segmento uterino inferior, traslapando o aproximándose al orificio cervical interno antes de la viabilidad del feto (20 semanas de gestación en países desarrollados y 24-28 en países en vías de desarrollo). Inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, sobre el orificio interno o muy cerca del mismo.



La incidencia de la placenta previa ha aumentado significativamente y se aprecia que en la actualidad se reporta en 1 cada 200 gestaciones. La placenta previa es la causante en un 20% de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo y sobrelleva una elevada tasa de morbimortalidad tanto materno como fetal. Se considera como la tercera causa en las necesidades de transfusión sanguíneas durante el embarazo, parto o puerperio y como la 20 segunda causa de histerectomías obstétricas.

### 5.1.- Fisiopatología

La placenta previa ocurre por la implantación del blastocisto (el cual deriva de la mórula) en el segmento inferior del útero. Aún se desconoce por qué ocurre esta implantación a este nivel uterino, aunque hay múltiples factores asociados a esta entidad, como ser: multiparidad, cesárea anterior y cirugías uterinas previas, que se ha demostrado causan daño endometrial como causa principal.

En la fisiología natural de la evolución el blastocisto busca implantarse en un sitio adecuado que supla sus necesidades para desarrollarse, haciéndolo en el segmento uterino inferior.

Se han estudiado tres teorías fisiopatológicas de importancia clínica que deben considerarse en relación con la placenta previa:

- La primera es que la implantación baja acontece con mayor frecuencia en pacientes embarazadas de mayor edad, paridad, y con antecedentes de cirugía uterina como: cesáreas, miomectomía, histeroscópica que provocan sinequias y más comúnmente en dilataciones cervicales durante un legrado uterino. Entonces la suma de estos factores insinúa que al estar presente una cicatriz endometrial suscita la nidación y el desarrollo anormal del trofoblasto.
- La implantación original del blastocisto es definitiva, pero el trofoblasto y la placenta posteriormente se van desarrollando con la edad gestacional probablemente por factores vasculares. En el segundo trimestre, la relación anatómica de la placenta con el cérvix cambia por la génesis del segmento inferior que tiene un crecimiento diferencial variable, por la

restricción del vello y por atrofia de un margen delgado e isquémico de placenta subyacente en el cuello. El desarrollo del segmento inferior puede ser de hasta 5 cm entre la semana 28 y 38 de embarazo. Este hallazgo es semejante con la observación posterior de un desplazamiento superior que ocurre en la placenta de aproximadamente 5 mm por semana desde la semana 26 y ambos explican las modificaciones de la relación placenta-cuello uterino. En definición y a nivel práctico más del 90% de los casos reportados con placenta previa en el segundo trimestre diagnosticados tempranamente mediante ultrasonido, cambian o migran a una posición normal al término del embarazo o cerca del término; y el ultrasonido permite localizar con exactitud la placenta y la distancia exacta que se encuentra del orificio cervical interno.

- El tercer factor fisiopatológico en la evolución de la placenta Previa, importante para el pronóstico clínico, es la adherencia placentaria anormal (acretismo placentario) y que puede ocurrir tanto en la placenta previa como en la placenta de inserción baja.

En la implantación normal el citotrofoblasto extra veloso (células con gran actividad proliferativa, migratorias e invasivas) en un proceso de migración intersticial, modulado por factores anti invasivos (glicoproteína TGF Beta), invade el endometrio y su vasculatura, preparando a las arterias espirales para una migración continua cito trofoblástica endovascular, células que reemplazan el endotelio y la capa muscular, con el efecto final de vasodilatación fisiológica, aumento del volumen sanguíneo al espacio Inter veloso y reducción de la presión del pulso. Este proceso llega solo hasta el tercio más interno del miometrio.

En adherencia anormal, sobre una decidua basal deficiente, reemplazada por tejido conjuntivo laxo (cicatriz de cesárea), el citotrofoblasto invade más profundamente el miometrio incluyendo las arterias de mayor presión (radiales mayores, arcuatas y parametriales), las que también se vasodilatan, pero conservan el régimen arterial de alta presión y flujo pulsátil (lo cual ocurre en el primer trimestre). El tejido placentario expuesto en forma prolongada a este flujo

pulsátil sufre la atenuación o atrofia del vello formándose cavidades o lagunas placentarias cerca de la placa basal, que son espacios muertos, sólo de conducción, sin función respiratoria y con flujo turbulento (segundo trimestre).

Luego sobreviene una neovascularización progresiva extensa con vasos aberrantes uteroplacentarios que mantienen un alto flujo e invasión placentaria del segmento uterino y vejiga conservando un gran potencial hemorrágico. Esta situación de adherencia placentaria anormal a la pared uterina tiene como criterio histopatológico que el tejido veloso se visualiza en contacto directo con el miometrio, sin mediar tejido decidual.

Se subdivide en:

- Acreta: hay una adherencia placentaria simple al miometrio
- Increta cuando hay invasión placentaria profunda del miometrio
- Percreta con la penetración del vello que compromete todo el grosor de la pared uterina, pudiendo además ser focal o difusa

Ilustración 1. A. Placenta Normo inserta B. Placenta Previa



## 5.2.- Factores de Riesgo

5.2.1.- Factores ovulares: Un retardo en la maduración del blastocisto podría condicionar su implantación en las zonas bajas del útero. O tardía adquisición de la capacidad de implantar por el trofoblasto como ocurre en los embarazos múltiples por mayor masa placentaria.

5.2.2.- Factores maternos: Se considera que las anomalías endometriales debidas a cicatrices, embarazos previos o legrados, disminuyen el área

adecuada para la implantación de la placenta y aumentan la posibilidad de que lo haga en el segmento uterino inferior, por las sinequias secundarias a cicatrices. Además, se mencionan otros factores maternos que influyen en gran manera a la incidencia de esta patología:

- Edad materna: a medida que aumenta la edad materna, el riesgo de placenta previa es mayor.
- Multiparidad: en un estudio realizado en Estados Unidos se informó de una incidencia de placenta previa, aumentada de forma significativa en mujeres con una alta paridad, en comparación con las de mujeres con paridad más baja.
- Cesárea previa: aumenta la probabilidad de placenta previa; el riesgo aumenta a medida que aumenta el número de cesáreas en una misma paciente. En igual proporción los legrados también estarían implicados en la causante de placenta previa, e incluso hay reportes de estudios realizados en los cuales se ve una mayor relación de placenta previa en pacientes con antecedentes de legrados uterinos, y al igual que en las cesáreas, el número de estos predispone a mayor riesgo de placenta previa.
- Tabaquismo: la placenta previa está aumentado dos veces en relación con el tabaquismo. La hipoxemia causada por el monóxido de carbono provocaría una vascularización decidual imperfecta y una hipertrofia placentaria compensadora.
- Raza: la incidencia de placenta previa es mayor en la raza negra y asiática.

5.2.3.- Factores endometriales: son los más importantes, y se trata de alteraciones en el lugar donde debería implantarse el cigoto. Se habla de una alteración del endometrio funcional; en el que hay una transformación irregular del endometrio en la segunda mitad del ciclo.

5.3.- Clasificación:

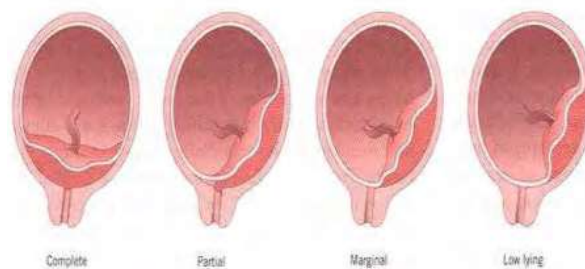
La placenta previa se divide en 4 grados:

- Grado I (placenta previa de inserción baja o lateral): es cuando la placenta penetra el segmento inferior del útero y se localiza máximo a 5 cm del orificio cervical interno, pero sin alcanzarlo.
- Grado II (placenta previa marginal): el borde de la placenta llega imparcialmente al borde del orificio cervical interno, pero no lo cubre. c.
- Grado III (placenta previa parcial): la placenta cubre parcialmente el orificio cervical interno.
- Grado IV (placenta previa central total): la placenta cubre totalmente el orificio cervical interno.

### 5.3.1.- Grados de Placenta Previa

Esta categorización, basada originalmente en la palpación manual a través del cérvix, es de difícil uso en la experiencia clínica. En la actualidad el diagnóstico de placenta previa se realiza en pacientes asintomáticas que tienen algún factor de riesgo en su historia médica o a pacientes sintomáticas que presentan principalmente algún grado de sangrado transvaginal, este se realiza mediante una ecografía de rutina donde se le clasificara el grado de inserción o descarta el diagnóstico.

#### Ilustración 2. Grados de placenta previa

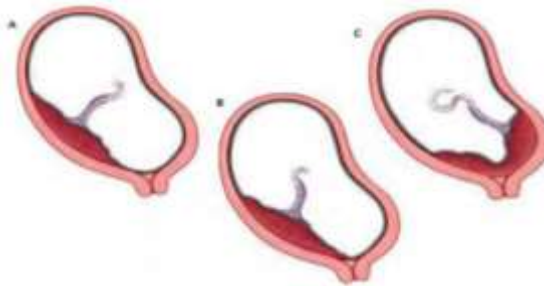


La nueva clasificación de localización placentaria basada en la ecografía transvaginal es la siguiente:

- A. Placenta de inserción normal: esta se encuentra implantada a una distancia de 3.5 cm del orificio cervical interno en un embarazo a término, ya que, si el ultrasonido se realiza a temprana edad gestacional, nos dará un diagnóstico erróneo, tomando en cuenta que la placenta va migrando a medida el embarazo avanza.

- B. Placenta de inserción baja: esta se halla de 2 a 3.5 cm del orificio cervical interno, en un embarazo a término.
- C. Placenta previa: la placenta está a menos de 2 cm del orificio cervical interno, en un embarazo a término. Y esta puede exceder el orificio cervical interno.

Ilustración 3. A. Lateral B. Marginal C. Total



#### 5.4.- Clínica

El síntoma característico de la placenta previa hemorragia indolora de sangre roja brillante 60% y de intensidad variable. Los episodios de sangrado pueden repetirse e ir aumentando en intensidad según avanza la gestación.

Un tercio de los pacientes presentan el primer episodio de hemorragia antes de la semana 30; otro tercio lo presentan entre la semana 30 - 35 y el resto después de la semana 36. Cuanto más precoz sea el episodio de sangrado mayor intensidad de este y mayores servicios de riesgo de recurrencia.

El inicio de las hemorragias parece deberse a la formación del segmento uterino inferior, cuya constitución por desplazamiento de sus capas no puede estar seguida por la placenta insertada a ese nivel, que se desprende en parte ocasionando roturas vasculares responsables de la hemorragia. Éste sangrado puede implicar el útero y originar contracciones que podrían aumentar la zona desprendida y a su vez incrementar el sangrado, convirtiéndose en un círculo vicioso.

El comienzo del parto, al iniciarse la dilatación cervical, pueden agravar la intensidad del sangrado sobre todo en caso de placenta exclusiva total. En los casos de placenta marginal anterior el inicio del parto y el descenso de la

presentación fetal pueden ayudar a cohibir la hemorragia al comprimir la lengüeta placentaria.

Los episodios de sangrado no suelen acompañarte signos de pérdida del bienestar fetal a no ser que la hemorragia sea tan copiosa te quedas en shock hipovolémico en la gestante y por ahí afecta el volumen fetoplacentario.

Las mayores complicaciones fueron las derivadas de un shock hipovolémico y la hipotensión prolongada. Los episodios repetidos de hemorragia ocasionan una anemia que puede agravarse con un nuevo episodio de sangrado.

No se recomienda un programa Nacional de tamizaje para detectar placenta previa; sin embargo, la evaluación del segundo trimestre debe incluir la localización del sitio de inserción placentaria a pesar de que la ecografía transabdominal ha sido utilizada con frecuencia para localizar el sitio de inserción de la placenta, esta técnica carece de precisión para diagnosticar la placenta previa.

- El ultrasonido Endo vaginal en embarazadas en las que existe sospecha de una implantación placentaria baja es una alternativa segura, y permite establecer con precisión la localización placentaria.
- La ultrasonografía mediante abordaje vaginal deberá reportar la relación que existe entre el borde placentero y el orificio cervical interno.

Antes un sangrado vaginal por encima de la semana 20 de gestación siempre debe sospecharse la posibilidad de la existencia de una placenta previa.

En el 10-30% de los casos se asocia a dinámica uterina clínica.

El 30% de las pacientes presentan sangrado antes de las 30 semanas, el 30% entre las 30 y las 36 semanas y el 30% después de las 36.

El 10% permanecen asintomáticas.

## 5.5.- Diagnóstico

Por su rapidez, inocuidad y seguridad, el método de elección para diagnosticar la placenta previa es la ecografía. Aunque la ecografía abdominal es un buen método para diagnosticar la placenta previa, hasta un 26-60% de los diagnósticos realizados con ecografía abdominal cambian al realizar ecografía vaginal durante el segundo trimestre. Y un 12.5% al realizar en el tercer trimestre.

La ecografía abdominal presenta una tasa de falsos positivos superior al 25% para el diagnóstico de la placenta previa la ecografía vaginal presenta mejores resultados por lo que en la actualidad se considera a la ecografía transvaginal como el método ideal para el diagnóstico de la placenta previa.

La resonancia magnética (RM) sería útil para confirmar el diagnóstico de placenta previa cuando la ecografía no es concluyente, sobre todo en casos de placenta localizada en la cara posterior del útero. Sin embargo, la RM no debe ser recomendada para el diagnóstico de la placenta previa.

### 5.5.1.- Actitud ante el diagnóstico de la placenta previa sintomática

El hallazgo de una placenta previa parcial o marginal antes de la semana 24 debe interpretarse con precaución, sobre todo si la paciente está asintomática. Lo más probable es que la placenta previa deje de serlo al avanzar la gestación, sobre todo en casos de placenta previa no oclusiva.

Cuando el grueso de la placenta se localiza ocluye el orificio cervical interno en el segundo trimestre, es muy probable que persista siendo previa en el momento del parto. La migración placentaria, debida a la formación del segmento uterino inferior, tiene lugar durante el segundo y tercer trimestre. En el caso de la placenta de inserción posterior o en el de gestantes con una cesárea anterior esto sucede con menos frecuencia. Por ello, es importante realizar un seguimiento ecográfico de la ubicación placentaria a lo largo del embarazo. En las gestantes con una cesárea anterior es importante descartar dos problemas que pueden ir asociados: placenta previa y placenta acreta. Si en



ecografía de la semana 20, la placenta es anterior y llega hasta el orificio cervical uterino, se debe intentar conocer si la implantación incluye la cicatriz uterina anterior.

En mujeres asintomáticas con placenta previa no oclusiva, el control de la gestación se puede realizar de forma expectante. Se recomienda practicar un control ecográfico alrededor de la semana 36 para confirmar el tipo de placenta previa y planificar la vía de parto más adecuada.

En aquellos casos de mujeres asintomáticas con placenta previa oclusiva o sospecha de acretismo placentario se debe realizar alrededor de la semana 32 una exploración ecográfica para establecer el diagnóstico de cara a planificar el manejo posterior del embarazo, así como el momento y tipo de parto.

#### 5.5.2- Actitud diagnóstica ante una hemorragia con sospecha de placenta previa

En obstétrica hay un aserto que señala que “toda hemorragia del tercer trimestre es una placenta previa mientras no se demuestre lo contrario “. Por ello, una pauta de actitud lógica en estos casos de sospecha de placenta previa es la siguiente:

- Anamnesis: características de la hemorragia, factores causales, etc.
- Valoración obstétrica externa (maniobras de Leopold): Es característico encontrar un útero relajado e indoloro. Con frecuencia hay alteraciones de la estática fetal.
- Ecografía transvaginal: es la prueba complementaria ideal para confirmar el diagnóstico
- Cardiotocográfico: para comprobar el bienestar fetal y la dinámica uterina.
- Especuloscopia: Permite comprobar el origen uterino de la hemorragia y confirmar o descartar otras causas locales hemorragias. No es una prueba recomendada.
- En principio, salvo mejor juicio clínico determinado por las circunstancias clínicas individuales y hasta descartar por ecografía el diagnóstico de placenta previa no se recomienda realizar un tacto vaginal por el riesgo

de aumentar la cuantía de la hemorragia. Cuando se realice el tacto, es recomendable practicarlo en un área con posibilidad de medios quirúrgicos al alcance inmediato.

Debe determinarse la localización de la placenta en la ecografía de rutina de 2º y 3º trimestre. Si existe sospecha de placenta previa, en placentas bilobuladas y en gestaciones gemelares realizar una ecografía transvaginal (TV) para confirmar o no el diagnóstico.

La evaluación de una PP en la ecografía TV incluye:

- Visualizar correctamente todo el segmento inferior: anterior, posterior y lateral (corte transversal) rechazando, si es necesario, la presentación fetal.
- Aplicar Doppler color para descartar hematoma marginal o vasa previa. - Localizar la inserción del cordón.
- En caso de vejiga parcialmente llena: confirmar el diagnóstico de PP tras la micción.
- Valorar signos de acretismo especialmente en PP con antecedente de cesárea previa.

### 5.5.3.- Diagnóstico Diferencial

Como bien se conoce la placenta previa forma parte de los diagnósticos diferenciales del sangrado o hemorragias del segundo y tercer trimestre. Y en general se ha de realizar especialmente con el de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, por la clínica que ambas presentan.

Se ha de realizar principalmente con el DPPNI. Se deben considerar todas aquellas causas de hemorragia durante la 2ª mitad de la gestación: lesiones vaginales o cervicales (pólipos, neoplasias, traumatismos), rotura de vasos previos, rotura uterina.

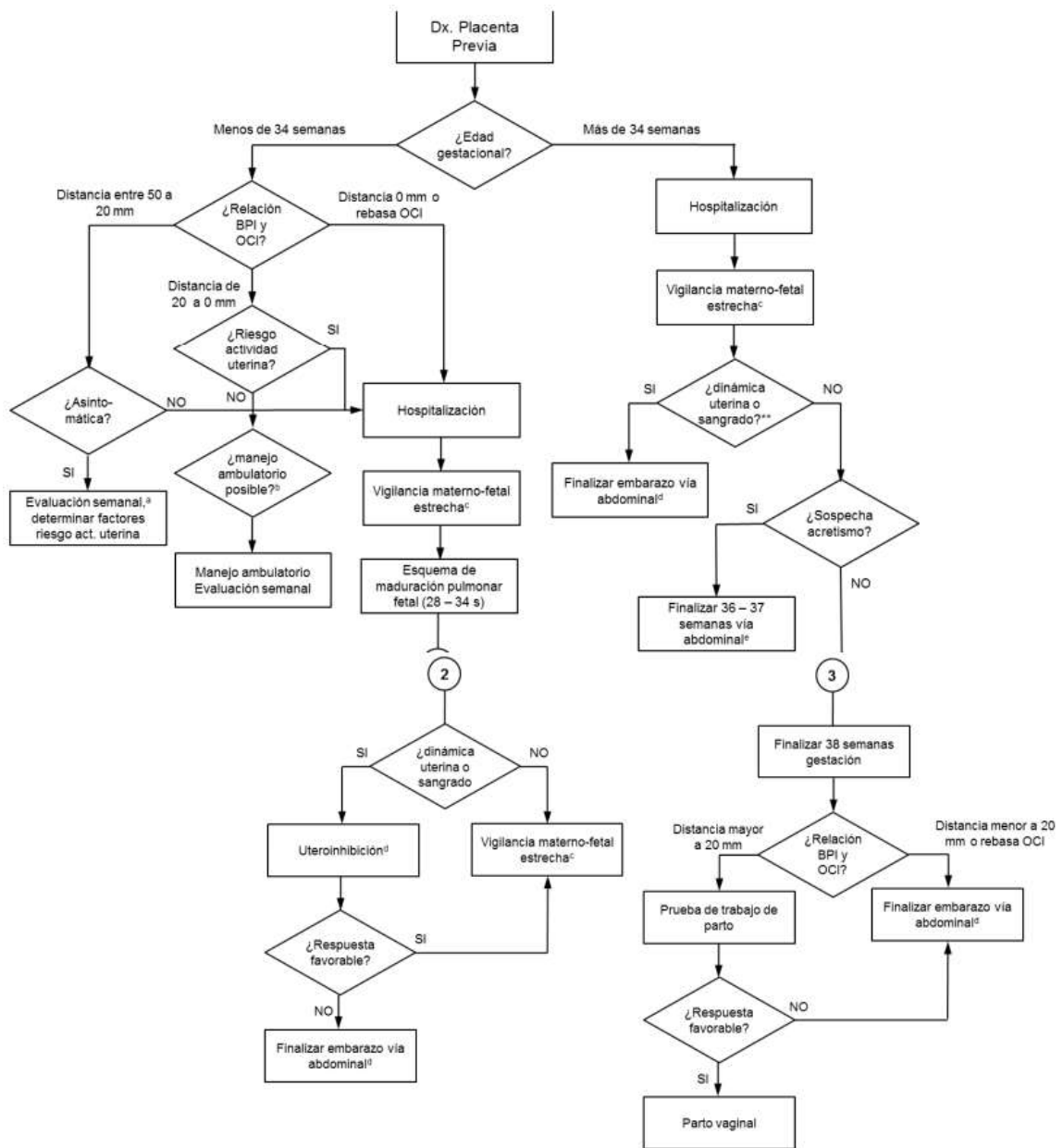
Tabla 1. Signos y síntomas en 3 patologías frecuentes durante el embarazo

	<b>Placenta previa</b>	<b>DPPNI</b>	<b>Rotura uterina</b>
<b>Inicio</b>	Insidioso	Brusco	Brusco
<b>Hemorragia</b>	Externa (repetida)	Interna o mixta (persiste)	Interna o mixta
<b>Sangrado</b>	Rojo brillante	Roja oscura	Roja
<b>Sangrado/síntomas</b>	Relación	Discrepancia	
<b>Tras amniorrexis</b>	Puede ceder	Sigue	Sigue
<b>Hipertensión</b>	No	Frecuente	No
<b>Shock</b>	Ocasional	Frecuente	Frecuente
<b>Dolor</b>	No	Si	Si
<b>Útero</b>	Relajado	Hipertónico	no se palpa
<b>Palpitación fetal</b>	Normal	Difícil	Fácil
<b>Cicatriz uterina</b>	Eventualmente	No	Habitual
<b>Contracciones</b>	Generalmente no	Si	Si (puede cesar)
<b>Bienestar fetal</b>	Normal	Alterado	Alterado

#### 5.6.- Manejo de la placenta previa

Ante el diagnóstico ecográfico de una PP oclusiva, marginal o de inserción baja a < 10mm, programar el control ecográfico de 3er trimestre alrededor de las 32 semanas para confirmar el diagnóstico y ajustar las recomendaciones (reposo relativo, evitar relaciones sexuales, prevención de anemia materna, informar de la posible aparición de sangrado). Es por tanto recomendable que en dichos casos se haga constar la localización de la placenta en el informe ecográfico. El control específico de 3er trimestre no será necesario en placentas de inserción baja entre 10-20mm por la alta probabilidad de migración (más del 90%).

Algoritmo 1. Propuesta de manejo para los trastornos de la inserción placentaria (placenta previa y acretismo placentario)



### 5.6.1.- PP asintomática:

Control ecográfico a las 36 semanas para confirmar la PP y decidir la vía del parto.

### 5.6.2.- PP sintomática:

Según el grado de metrorragia y los antecedentes de la paciente, se decidirá dejar a la paciente en observación (en régimen de CMA) o ingreso:

Paciente en observación: Pacientes con sangrado leve-moderado y hemodinámicamente estables sin factores de riesgo hemorrágico añadido:

- Anamnesis y Examen físico: evitar tactos vaginales; realizar siempre exploración ecográfica TV.
- Venoclis y analítica que incluya: Hemograma, coagulación y bioquímica básica.
- Comprobación de FCF (frecuencia cardiaca fetal) y de ausencia de DU (dinámica uterina).
- Monitorización fetal > 24 semanas.
- Ecografía obstétrica: evaluar presencia de hematoma placentario, longitud cervical e integridad de las membranas.
- Reposo relativo.
- Alta si tras unas horas en observación, la paciente se encuentra clínicamente asintomática y la ecografía descarta complicaciones asociadas.
- Control en 1-2 semanas con su ginecólogo de referencia.

Ingreso hospitalario: Pacientes que no cumplen criterios de ingreso en observación. Además de las actuaciones que se realizan en un ingreso en observación, se realizará:

- Reserva de sangre; valorar necesidad de transfusión.
- Monitorización materna: constantes vitales, diuresis.
- En gestantes RhD negativas, administrar gammaglobulina anti-D (300 mcg o 1500 UI).
- Monitorización fetal diaria en gestaciones > 24 semanas: FCF y dinámica uterina.
- Tocolisis: El tratamiento tocolítico se administra a pesar de longitud cervical normal o ausencia de dinámica uterina. La elección del fármaco se realizará según el protocolo de APP, teniendo en cuenta que debe evitarse el uso de indometacina por su efecto inhibidor sobre la función plaquetaria, así como de nifedipino en casos de hipotensión clínica.
- Maduración pulmonar: entre las 24.0 y las 34.6 semanas, según protocolo específico.
- Neuroprotección con sulfato de magnesio: entre las 24.0 y las 31.6 semanas, según protocolo específico.
- Reposo absoluto hasta conseguir la estabilización del cuadro.

- La hemorragia grave que no cede tras tratamiento tocolítico, la inestabilidad hemodinámica o la sospecha de pérdida de bienestar fetal serán criterios de finalización inmediata de la gestación.

Tras la estabilización del cuadro:

- Si edad gestacional > 36 semanas: finalizamos la gestación mediante cesárea.
- Si edad gestacional <36 semanas: Alta con reposo relativo y visita de control en 1- 2 semanas en medicina materno fetal.
- Posteriormente realizar ecografías regularmente (Al menos cada 4 semanas) dependiendo de la distancia de la placenta al OCI, la edad gestacional y la clínica de la paciente

### 5.6.3- Manejo Conservador y Expectante

El tratamiento conservador estaría indicado cuando:

- La hemorragia no es grave.
- El estado hemodinámico materno es estable.
- Estacionales inferior a 36-37 semanas o hay inmadurez pulmonar fetal.
- La paciente no se encuentra en fase activa del parto.
- No haya contraindicaciones médicas u obstétricas para prolongar la gestación
- Feto vivo, sin malformaciones incompatibles con la vida, ni datos de pérdida del bienestar fetal

El manejo se basa en:

- Estabilización hemodinámica
- Control del bienestar fetal.
- Maduración pulmonar con corticoides.
- Reposo.
- Evitar tactos vaginales
- Intentar mantener el hematocrito materno > a 30% y la hemoglobina > 10 g/dl

Con este manejo conservador se pretende alcanzar la madurez fetal en ausencia de compromiso hemodinámico para la madre y con vigilancia estricta del bienestar fetal. Si la hemorragia compromete el estado hemodinámico materno fetal, el tratamiento será la finalización de la gestación con independencia de la edad gestacional.

#### 5.6.4.- Uso de tocolítico en la placenta previa sintomática

El empleo de tocolíticos ante la aparición de dinámica uterina y sangrado debido a placenta previa parece ser útil en casos seleccionados. En estas situaciones, su empleo se asocia a una prolongación significativa de la gestación y a un mayor peso del recién nacido.

En ausencia de dinámica uterina asociada, el empleo del tratamiento tocolítico en casos de placenta previa sintomática es objeto de debate. Así, mientras hay grupos que opinan que se deben evitar la tocolisis en presencia de sangrado importante hasta que se diagnostique la causa, el origen y la repercusión clínica de la hemorragia; otros grupos plantean el uso de tocolítico para intentar el cese del sangrado. La ausencia de evidencias en este punto no permite establecer recomendaciones sobre el uso de los tocolíticos en esta situación clínica concreta.

#### 5.6.5.- Profilaxis del tromboembolismo venoso

En ocasiones la necesidad de ingresos prolongados puede incrementar el riesgo de tromboembolismo. Por ello se recomienda estimular la movilización, el empleo de medias compresivas de los miembros inferiores y una adecuada hidratación. El empleo de anticoagulación en pacientes con un alto riesgo de sangrado puede ser peligroso y la decisión debe tomarse de forma individual básicamente en función del riesgo tromboembólico que tenga la paciente (factores de riesgo). Por ello parece razonable limitar esta profilaxis, a pacientes con alto riesgo de tromboembolismo.

#### 5.6.6.- Finalización electiva de la gestación:

Antes del parto, la paciente debe ser informada de las diferentes alternativas (parto vaginal o cesárea) en función del tipo de placenta previa que presente.

- En pacientes con placenta previa sintomática y tratamiento conservador, se finalizará la gestación de forma electiva en la semana 37.
- En pacientes con placenta previa asintomática, se realizará cesárea electiva en la semana 37-38 si es oclusiva, o se decidirá la vía del parto si es una placenta no oclusiva. Se considera una contraindicación para el parto vaginal la placenta previa oclusiva total. En estos casos, se debe finalizar la gestación mediante cesárea.
- En los casos de placenta baja o marginal, el riesgo de sangrado es significativo; no obstante, en estas pacientes se puede realizar un intento de parto vaginal si se dispone de personal y medios para realizar una cesárea de emergencia. En muchos casos, la cabeza fetal al descender comprime la zona de placenta sangrante y cede la hemorragia.

#### 5.6.6.1.- Parto vaginal. Manejo del parto

##### Consideraciones generales

- Antes del parto, la paciente debe ser informada de las diferentes alternativas (parto vaginal o cesárea) en función del tipo de placenta previa que presente (oclusiva o no oclusiva). Igualmente debe de conocer la posibilidad de precisar una transfusión.
- Los casos de placenta previa sin cesárea anterior conllevan un riesgo importante de hemorragia obstétrica masiva e histerectomía, por lo que estos partos deberían ser manejados en un centro que disponga de recursos adecuados para la atención de las posibles complicaciones que pueden surgir (banco de sangre y unidad de cuidados intensivos).
- Se debe disponer de sangre cruzada en cantidad suficiente.
- En caso de placenta previa en la complicada, el parto puede retrasarse hasta la 38 - 39 semana completa de gestación.
- En caso de pacientes con placenta previa sintomática y controladas mediante tratamiento conservador expectante, se finalizará la gestación de forma electiva en la semana 37.
- Durante el manejo expectante de los casos de placenta previa asintomática, está indicada la realización de una cesárea urgente en casos de sangrado con signos de pérdida de bienestar fetal hemorragia que compromete a la salud materna o en casos de trabajo de parto activo.



- Si la paciente con placenta previa tiene antecedentes de cesárea debe considerarse la posibilidad de un acretismo placentario y se debe informar a la paciente tanto sobre el riesgo de hemorragia, como sobre la posibilidad de tener que recurrir a realizar una histerectomía obstétrica.
- Ante la sospecha de un acretismo placentario es aconsejable un adecuado estudio ecográfico.
- Aunque en la placenta previa y placenta accreta se asocia frecuentemente con un parto pretérmino (40% tendrán el parto antes de las 38 semanas de gestación), los casos que llegaron a términos son imprescindibles. Además, hay que tener en cuenta que la prolongación de la gestación incrementa el riesgo de mortalidad neonatal. Por todo ello, se debe considerar el caso clínico concreto a la hora de planificar el momento del parto.
- En caso de sospecha de placenta accreta, se recomienda planificar el parto alrededor de la semana 36-37 semanas de gestación.

#### 5.6.6.2.- Tipo de parto

La vía de parto en caso de placenta previa oclusiva es la cesárea. En casos de placenta previa no oclusiva (placenta marginal o placenta de inserción baja), puede plantearse la opción de parto vaginal, esperando al inicio espontáneo del parto y decidiendo la vía del parto en función de la evolución del caso.

En los casos de placenta baja (que llega a 2-3 cm del orificio cervical interno) o de placenta marginal el riesgo de sangrado durante el parto es significativo. Sin embargo, en estas pacientes se puede realizar un intento de parto vaginal si se dispone de personal y medios para realizar una cesárea de emergencia si fuera preciso. En muchos casos, la cabeza fetal al descender comprime la zona de placenta sangrante y consigue el cese de la hemorragia.

#### 5.6.6.3.- Parto vaginal

En casos seleccionados de placenta previa “no oclusiva”, se puede intentar un parto vaginal si no existe hemorragia o esta es mínima. Debe informarse a la paciente de las ventajas y riesgos asociados y disponer de todos los medios adecuados para realizar una cesárea urgente en caso de necesidad.

Si el cérvix es favorable, debe realizarse la amniorrexis para facilitar el descenso de la cabeza fetal e intentar que comprima el borde placentario. De esta forma ayudaremos a cohibir la hemorragia.

Se permitirá la evolución del parto si éste transcurre sin hemorragia o con sangrado mínimo y el estado materno fetal no se altera. Debe hacerse monitorización materno fetal y disponer de sangre cruzada y quirófano preparado.

Para la prevención de la hemorragia del alumbramiento, se recomienda la realización de un manejo activo del alumbramiento.

#### 5.6.6.4.- Medidas para controlar la hemorragia del alumbramiento

La hemorragia masiva es una de las complicaciones más temidas en la placenta previa y puede ocurrir ante parto, intraparto o tras el alumbramiento. En este último caso se debe a la incapacidad para contraerse en el segmento uterino inferior tras la extracción placentaria.

Las medidas médico-quirúrgicas a emplear ante una hemorragia del alumbramiento tras la extracción placentaria En una cesárea por placenta previa incluyen:

- Masaje uterino
- Uterotónicos: oxitocina, carbetocina, ergotínicos, prostaglandinas.
- Legrado del lecho placentario
- Taponamiento uterino
- Embolización arterial radiológica
- Aplicación de suturas hemostáticas tipo B-Lynch o Hayman
- Ligaduras vasculares: arterias uterinas, hipogástricas, etc.
- Suturas circulares en el lecho placentario
- Empleo de gel hemostático.
- Histerectomía: tanto la placenta previa como sobre todo en cretinismo placentaria son las causas más frecuentes de histerectomía obstétrica como consecuencia de una hemorragia masiva

#### 5.6.6.5.- Cesárea

El tipo de incisión uterina en la cesárea depende de la localización placentaria y puede estar condicionado por el estado (formado o no) del segmento uterino inferior.

Se realizará una cesárea segmentaria transversa si la inserción de la placenta no se extiende hacia la pared anterior uterina por encima de la reflexión vesical. Siempre que sea posible se debe evitar atravesar la placenta para llegar a la cavidad uterina, para no causar una hemorragia excesiva.

La inserción de la placenta en la cara anterior del útero puede producir una intensa neovascularización que en ocasiones condiciona una gran hemorragia en el lugar de la apertura uterina. En estos casos de placenta previa anterior si se realiza una cesárea segmentaria transversa, con frecuencia es preciso realizar la extracción fetal a través de la placenta en estas circunstancias la pérdida de sangre fetal se puede minimizar atravesando rápidamente la placenta o, si es posible, apartándose hacia un lado para extraer el feto.

En ocasiones puede ser necesario realizar una incisión vertical, bien en el segmento uterino inferior o en el cuerpo uterino (cesárea clásica).

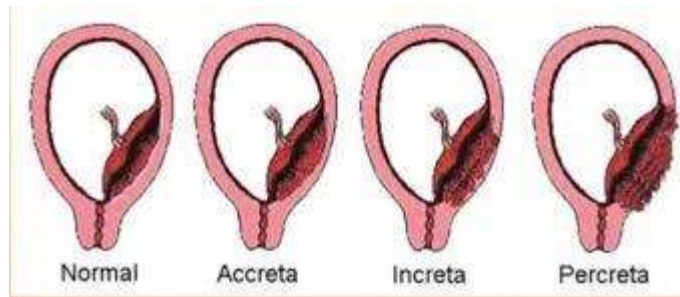
#### 5.7.- Complicaciones:

- Mayor morbi-mortalidad perinatal: ruptura prematura de membranas, parto prematuro
- Mal presentación fetal.
- Hemorragia grave, necesidad de drogas vasoactivas y transfusión, shock hipovolémico.
- Presencia de placenta acreta, vasa previa, inserción velamentosa de cordón.
- Hemorragia posparto: debido a la inserción placentaria en el segmento inferior, las pacientes con PP tienen un mayor riesgo de hemorragia posparto. Actuar según protocolo de hemorragia posparto.
- Histerectomía urgente.
- Embolia de líquido amniótico.
- Acretismo Placentario

La incidencia del acretismo placentario es de 1 por cada 2.500 partos, es decir, se presenta en el 0,0004% de los casos, siendo más frecuente en pacientes con

placenta previa; ocurre hasta en el 9,3% de las pacientes que cursan con esta entidad. La incidencia de acretismo ha aumentado hasta 10 veces en los últimos años debido al aumento del índice de cesáreas. El 51% de 47 histerectomías obstétricas son realizadas por acretismo placentario.

Ilustración 4. Clasificación del Acretismo Placentario



El acretismo placentario es un desorden caracterizado por la penetración placentaria anormal dentro de la pared uterina debido a la ausencia de la capa de Nitabuch en la decidua basalis; dicha adherencia puede darse en toda la placenta o en una porción de ella.

Se clasifica en función del grado de invasión de la misma sobre el miometrio:

- Accreta: Las vellosidades coriales se insertan directamente sobre el miometrio (80%)
- Increta: Las vellosidades coriales invaden el miometrio (15%) 49
- Percreta: Las vellosidades invaden miometrio y serosa o incluso órganos adyacentes como la vejiga (5%).

El principal factor de riesgo es la presencia de una placenta previa insertada sobre una cesárea previa, ya que el segmento inferior es un área de pobre decidualización (el 88% de placentas accretas se asocian a una placenta previa). Otras cicatrices uterinas como miomectomías, legrados o extracción manual de placenta también confieren mayor riesgo, así como los mismos factores predisponentes a presentar una placenta previa.

El riesgo de placenta accreta si existe una placenta previa aumenta en función del número de cesáreas previas:

- Ninguna cesárea previa: 3.3%
- 1 cesárea previa: 11% c. 2 cesáreas previas: 40%

- 3 cesáreas previas: 61%
- 4 a 5 cesáreas previas: 67% Si la placenta no es previa, el riesgo de placenta acreta será menor (del 0.03% sin el antecedente de cesárea previa a cerca del 1% si la paciente tiene 3 o 4 cesáreas previas).

#### 5.8.- Prevención

Los casos de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta deben de diagnosticarse tempranamente para un adecuado control, y deben de manejarse por cesárea para prevenir mortalidades maternas y neonatales.

#### 5.9.-Pronóstico

La mortalidad materna por placenta previa ha descendido. Aunque la mitad de las pacientes está cerca del término cuando aparece por 1ª vez la hemorragia, el parto pretérmino plantea un problema para el resto, porque no todas las mujeres con placenta previa y feto pretérmino pueden mantener una actitud expectante.

La mortalidad perinatal elevada está directamente relacionada con el total de sangre perdida después del parto. Los usos de transfusiones sanguíneas nulifican estos efectos. Aunque en teoría no hay un límite para la cantidad de transfusiones sanguíneas, estas están relacionadas con la disponibilidad económica e idiosincrasia del paciente. Sin embargo, hay que considerar que no solo está el riesgo que la madre pueda cursar con shock hipovolémico y falla renal secundaria a esta, sino que también deben estar presentes las complicaciones que pueden ocurrir secundarias a una transfusión sanguínea.

Para conservar una adecuada oxigenación al feto y proteger a la madre, de futuras hemorragias, la transfusión sanguínea debe mantener una hemoglobina al menos de 10 g/dl o un hematocrito de 30%. Algunos investigadores prefieren, proponen e imponen que la paciente debe permanecer en manejo hospitalario desde el momento en el que se realiza el diagnóstico hasta el momento en que ocurre el parto. Esto es lo más recomendable, ya que se tiene en continua observación a la paciente, recreando pruebas de bienestar fetal y materna al menos cada semana, esto claro que implica altos costos y en algunos estudios

realizados se ven asociados a morbilidad psicológica para la madre y su familia, en preocupación de ambos.

Con el tratamiento conservador, numerosos estudios retrospectivos han reportado tasas de éxito de un 78% con un mínimo de 6% de morbilidad materna severa.

Se enumeran las complicaciones más frecuentes y asociadas al tratamiento conservador en la placenta previa:

- Sangrado transvaginal, descrito como tal hasta los 3 meses posparto.
- Endometritis y/o sepsis. Diagnóstico definitivo que indica hospitalización.
- Retención de placenta con formación de pólipos placentarios.
- Formación de fístulas vesicouterinas.

## **6.- COMPLICACIONES**

Las complicaciones durante el embarazo son problemas de salud que se dan durante el período de gestación. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé, o ambas. Algunas mujeres padecen problemas de salud antes de quedar embarazadas, lo cual puede desencadenar complicaciones.

Complicaciones maternas

### **6.1.- Shock hipovolémico**

#### **6.1.1.- Concepto**

Síndrome que cursa con bajo flujo sanguíneo e inadecuada perfusión tisular, que conduce a un trastorno metabólico celular, disfunción orgánica, falla orgánica y muerte. Anormalidad del sistema circulatorio que provoca una perfusión y oxigenación tisular inadecuada. Es una afección de emergencia, en la cual la pérdida de sangre y líquidos hace el corazón sea incapaz de bombear suficiente al cuerpo, tiene como consecuencia la falta de oxígeno y falla multiorgánica.

#### **6.1.2.- Factores de riesgo de shock hipovolémico en obstetricia**

Momentos de ocurrencia: Primera mitad del embarazo, segunda mitad del embarazo, intra y post parto

- Durante la primera mitad del embarazo:

Aborto, embarazo ectópico y enfermedad del trofoblasto

- Durante la segunda mitad del embarazo:

Placenta previa. Desprendimiento prematuro de placenta. Rotura uterina.

- Durante el intra y postparto:

Desgarros del canal del parto Retención placentaria Alumbramiento incompleto  
Atonía uterina

### 6.1.3.- Mecanismo fisiológico de adaptación en el embarazo

Una gestante normal tiene un volumen de 6-7 L. Al final del embarazo, corresponde al 10% de su peso y a 1-2 L. más que un adulto normal.

Aumento de producción de factores de la coagulación. Mecanismos protectores contra hemorragia.

En general las hemorragias de 500-1000 mL son toleradas

### 6.1.4.- Clasificación de shock hipovolémico según la pérdida de sangre

Tabla 2: Clasificación de shock hipovolémico

	GRADO I	GRADO II	GRADO III	GRADO IV
Perdidas sanguíneas	Hasta 750 cc	750 – 1500 cc	1500 – 2000 cc	>2000 cc
Porcentaje de volumen sanguíneo perdido	Hasta 15 %	15 - 30 %	30 - 40 %	> 40 %
Frecuencia cardiaca	< 100 lpm	>100 lpm	>120 lpm	>140 lpm
Presión arterial	Normal	Normal	Baja	Muy baja
Presión de	Normal o alta	Baja	Baja	Baja

pulso				
F. respiratoria	14 - 20 rpm	20 – 30 rpm	30 – 40 rpm	<35 rpm
Diuresis (ml/h)	>30	20 - 30	5 - 15	0 - 5
Estado mental	Ansiedad	Intranquilidad	Confusión	Letargia
Restitución de líquidos	Cristaloides	Cristaloides	Cristaloides + HD	Cristaloides + HD

#### 6.1.5.- Fases del shock

- I. Fase de shock compensado

Activación del sistema simpático, del S-R-A-A, liberación de vasopresina y otras hormonas. La acción de las catecolaminas ocasiona una vasoconstricción venosa y arterial.

Aumento de la FC, del inotropismo cardiaco, de la PAM y del GC.

- II. Fase de shock descompensado

Cuando los mecanismos de compensación se ven sobrepasados.

Disminución del flujo a órganos vitales e hipotensión.

Clínicamente con deterioro del estado neurológico, pulsos periféricos débiles o ausentes, arritmias y cambios isquémicos en el ECG.

- III. Fase de shock irreversible

Si el shock no se corrige las posibilidades de supervivencia se reducen drásticamente.

La resucitación es difícil.

#### 6.1.6.- Alteraciones orgánicas

##### Gastrointestinal

- Disminución de la motilidad intestinal (Íleo paralítico).
- Ulceración de la mucosa.



- Mala absorción de nutrientes.

#### Hígado

- Disminución de la capacidad de metabolizar ácido láctico.
- Hiperbilirrubinemia.
- Necrosis centrolobulillar.
- Aumento de las transaminasas hepáticas.
- Deterioro de la capacidad de aclaramiento de las células de Kupffer.

#### Riñón

- Disminución de la filtración glomerular
- Oliguria

#### Respiratorio

- Taquipnea inicia
- Disminución de la ventilación alveolar
- Deterioro de la oxigenación
- Retención de CO<sub>2</sub>
- Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)

#### Corazón

- Vasodilatación coronaria
- Aumento de Riesgo de necrosis subendocárdica
- Liberación de depresores miocárdicos

#### Sistema Nervioso Central

- Nerviosismo
- Agitación
- Cefalea

#### 6.1.7.- manifestaciones clínicas

- SNC: Ansiedad, confusión mental, delirio, inquietud, reducción del nivel de conciencia.
- Sistema respiratorio: Respiración corta, disnea, hiperventilación.

- Sistema cardiovascular: Palpitaciones, taquipnea e hipotensión.
- Piel: Fría y pálida
- Gastrointestinal: Sed intensa y apetito por sal.
- Aparato urinario: Reducción del débito urinario, oliguria o anuria.

#### 6.1.8.- Control de la hemorragia

Formas de control de la hemorragia obstétrica: Compresión de aorta abdominal, tracción y compresión uterina, utilización de medicamentos (oxitocina, derivados de la ergometrina, prostaglandinas, misoprostol), taponamiento uterino, cirugía de B-Lynch, ligadura arterial, histerectomía, embolización angiográfica, cola de fibrina, monitoreo.

### 6.2.- Coagulación intravascular diseminada

#### 6.2.1.- Concepto

La coagulación intravascular diseminada (CID) es un síndrome adquirido, secundario a patologías subyacentes, donde la activación localizada de la coagulación y la respuesta inflamatoria generalizada, pueden llevar a daños tisulares y microvasculares donde la isquemia no es fácilmente identificable por métodos clínicos habituales o por mediciones de laboratorio simples, sin embargo, se puede manifestar con falla renal, hepática, respiratoria o alteraciones del sistema nervioso central.

#### 6.2.2.- Etiología

La CID afecta a 12,5/10.000 embarazos y es la segunda causa de morbilidad materna severa en las admisiones obstétricas. Puede resultar de complicaciones no asociadas o asociadas al embarazo entre las primeras se encuentran la sepsis o el trauma y entre las segundas están: hemorragia periparto aguda, desprendimiento placentario, preeclampsia, eclampsia, síndrome de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, trombocitopenia (HELLP), nacimientos muertos retenidos; aborto séptico e infección intrauterina entre otras.

La mayoría de las CID obstétricas se deben a hemorragia masiva por lo que el tratamiento de elección inicial es controlar la hemorragia con plasma, plaquetas y crioprecipitado. Se asocia con efectos adversos como transfusión masiva de

componentes sanguíneos, histerectomía e incluso la muerte por esto es importante realizar un diagnóstico rápido y un tratamiento efectivo.

### 6.2.3.- Manifestaciones clínicas

Las características clínicas de la coagulación intravascular diseminada son variables debido a la intensidad y el origen primario que lo ocasiona; sin embargo, las características más frecuentes observadas en el perioperatorio son:

- Bacteriemias o fiebre.
- Hipotensión.
- Acidosis.
- Hipotermia.
- Proteinuria.
- Hipoxia.
- Sangrado.
- Bullas hemorrágicas.
- Cianosis.
- Livideces.
- A veces necrosis franca.

La principal manifestación de la CID es la hemorragia, con alta frecuencia de presentación en la mayoría de las series publicadas, pero otras manifestaciones como shock, disfunción hepática, insuficiencia renal, manifestaciones pulmonares, neurológicas etcétera.

- Hemorragias.

Las petequias y equimosis pertenecen al síndrome hemorrágico cutáneo de extensión variable y son comunes en relación con otros sitios de sangrados tales como las vías intravenosas, catéteres y en algunos casos las superficies mucosas.

El sangrado puede ser potencialmente mortal si se trata del tracto gastrointestinal, de pulmones o del sistema nervioso central, en aquellos pacientes que desarrollan CID después de procedimientos quirúrgicos, la hemorragia puede desarrollarse alrededor de las heridas quirúrgicas, catéteres,

drenajes y traqueotomías, y puede acumularse también en las cavidades serosas

- Alteraciones renales agudas.

La insuficiencia renal aguda se produce en 25 al 40% de los pacientes con coagulación intravascular diseminada aguda, existen frecuentemente dos mecanismos principales involucrados: microtrombosis de las arteriolas aferentes que pueden producir isquemia o necrosis cortical (microangiopatía trombótica renal), y la hipotensión y/o sepsis que puede conducir a la necrosis tubular aguda.

- Alteraciones hepáticas.

Es muy común en pacientes que cursan con ictericia y generalmente es debido tanto a afectación hepatocelular y canalicular con el aumento de la producción de bilirrubina secundaria a un componente mixto, hemólisis y colestasis.

- Alteraciones respiratorias.

La hemorragia pulmonar con hemoptisis y disnea puede deberse a daños en el endotelio vascular pulmonar, además, la sepsis, el trauma, originan microtrombosis pulmonar difusa debido a la coagulación intravascular diseminada, incrementando la posibilidad de lesión pulmonar asociada con síndrome de insuficiencia respiratoria progresiva del adulto (SIRPA).

- Alteraciones gastrointestinales.

Es frecuente observar lesiones necróticas focales de la mucosa intestinal debido a la oclusión de la microvasculatura y se manifiesta con sangrado: hematemesis, melena, rectorragia. En un porcentaje menor se ha asociado a enterocolitis pseudomembranosa, siendo la CID el mecanismo etiológico de esta complicación.

- Alteraciones del sistema nervioso central.

En las afecciones graves de coagulación intravascular diseminada son frecuentes las crisis convulsivas, déficits neurológicos focales, estos signos

pueden observarse en las fases tempranas de la enfermedad y corresponden a mal pronóstico.

#### 6.2.4.- Diagnóstico

El diagnóstico es complejo teniendo presente lo variado de su fisiopatología, la evaluación por el laboratorio de los pacientes con coagulación intravascular diseminada tiene que ser en repetidas ocasiones para evaluar el comportamiento dinámico. Dentro de los estudios iniciales se solicitan tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial (TTP), el recuento de plaquetas y la cantidad de sustrato de fibrinógeno.

#### 6.2.5.- Prioridades del tratamiento

- Erradicar el proceso patológico primario
  - Reemplazo de volumen intravascular
  - Antibióticos
  - Mantener estado de presión de perfusión sistémica
  - Terapéutica antineoplásica
  
- Detener el proceso de coagulación intravascular
  - Heparina intravenosa
  - Aprotinina
  - Agentes antiplaquetarios
  
- Reemplazo de factores de hemoderivados
  - Concentrados plaquetarios
  - Glóbulos rojos desleucocitados
  - Crioprecipitados
  - Plasma fresco congelado
  - Concentrados de antitrombina III
  
- Inhibir fibrinogenólisis
  - Ácido aminocaproico

#### 6.2.6.- Complicaciones

El mayor riesgo de los pacientes con CID asociada a infección son los episodios trombóticos, especialmente venosos y pulmonares, también se pueden presentar eventos arteriales. En los casos de sepsis puerperal o episodios sépticos en el embarazo, las complicaciones más importantes son la muerte materna o fetal que, en parte, pueden derivarse de la pérdida de irrigación a los órganos bien sea por oclusión o disminución del volumen sanguíneo.

### 6.3.- Útero de couvelaire

#### 6.3.1.- Concepto

El útero de couvelaire es una complicación rara del desprendimiento prematuro de placenta normo inserta caracterizada por infiltración hemática del miometrio debido a la formación de un hematoma retro placentario. El útero de Couvelaire es una de las complicaciones más severas del desprendimiento prematuro de placenta; aparece en 0.4 a 1% de los embarazos.

El útero de Couvelaire se asocia con: desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, coagulopatías, preeclampsia, ruptura uterina y embolismo del líquido amniótico

#### 6.3.2.- Factores de riesgo

El principal factor de riesgo para esta complicación es la separación prematura de la implantación placentaria. Otros factores de riesgo incluyen: hipertensión arterial, edad avanzada, polihidramnios, multiparidad, traumatismo abdominal, restricción del crecimiento uterino, infección intrauterina y abuso de cocaína.

#### 6.3.3.- Diagnóstico

El útero de Couvelaire solo se diagnostica por inspección directa del útero o biopsia. El diagnóstico clínico se establece por la hemorragia vaginal con dolor, incremento del tono uterino, contracciones uterinas y ausencia de la frecuencia cardíaca del feto, que es indicio de posible óbito fetal.

### 6.4.- Insuficiencia renal

Durante el embarazo, la función renal presenta importantes cambios, tanto anatómicos como fisiológicos. La alteración más frecuente es la infección de vías urinarias. La gestación puede empeorar una enfermedad renal preexistente y afectar la evolución del embarazo, así como el resultado perinatal.

#### 6.4.1.- Concepto

Afección en la cual los riñones dejan de funcionar y no pueden eliminar los desperdicios y el agua adicional de la sangre, o mantener en equilibrio las sustancias químicas del cuerpo.

Se presenta en 1 de cada 10,000 a 20,000 embarazos en los países industrializados y en los países subdesarrollados 1 de cada 2,000 a 5,000 embarazos.

#### 6.4.2.- Etiología

Se produce generalmente como complicación de una preeclampsia severa o por choque hipovolémico secundario a placenta previa o desprendimiento de placenta, generalmente a finales del tercer trimestre, mientras que en las primeras semanas de embarazo se relaciona sobre todo con el síndrome de aborto y sus complicaciones, el uso de sustancias tóxicas; en el 5% de los casos la causa es un síndrome nefrótico grave, hipertensión maligna o el síndrome urémico hemolítico.

#### 6.4.3.- División de la insuficiencia renal

- Prerenal. Cualquier situación que condicione la hipoperfusión renal.
- Renal. Necrosis tubular aguda, necrosis cortical.
- Post-renal. Isquemia renal, nefro toxinas, uropatía obstructiva, trastornos de la coagulación.

#### 6.4.4.- Tratamiento

El manejo es individual en cada paciente, según la etiología, la gravedad y las complicaciones renales. Existen varios objetivos que debemos tener en cuenta para el manejo de este padecimiento:

- El aporte hídrico deberá limitarse a las pérdidas por diuresis y del tubo digestivo, se debe registrar el balance de líquidos, conocer si la IRA es oligúrica o no oligúrica, la administración de diuréticos tendrá indicaciones precisas como en pacientes con insuficiencia prerrenal que no responden a la reposición intravenosa de líquidos a causa de la formación de un tercer espacio
- Indicar una dieta pobre en proteínas (40 g/día o 0.5 g/kg), 100 g de carbohidratos al día o más, calculando un aporte calórico de 35 a 50 kcal/kg al día para evitar un estado catabólico; en pacientes con insuficiencia catabólica se podrá requerir nutrición parenteral con aminoácidos esenciales y no esenciales para corregir el balance nitrogenado negativo.
- Corregir la tensión arterial rápidamente.
- La acidosis leve no requiere de tratamiento, en casos más graves se puede utilizar bicarbonato vía oral o parenteral; cuando no haya mejoría, estará indicada la diálisis.
- Para el uso de antibióticos terapéuticos u otro tipo de fármacos, la dosis deberá ser ajustada de acuerdo a la capacidad de filtración renal.
- Cuando el hematocrito sea menor de 30% y haya hemorragia activa, está indicada la transfusión o en caso de síntomas atribuibles a la anemia. Monitorizar función plaquetaria y presencia de coagulopatías.
- La diálisis tiene como objetivo mantener el nitrógeno ureico sérico menor de 60 mg/dL, evitar la hipotensión súbita, controlar la presión sanguínea y el balance de líquidos, mantener el pH y la concentración de electrolitos séricos, vigilar las concentraciones de calcio, evitar la hipercalcemia y limitar la ganancia de peso a 1 kg hasta el embarazo tardío y en la segunda mitad del embarazo, considerar la ganancia de 0.5 kg/semana sin líquidos.

## 6.5- Muerte materna

### 6.5.1.- Concepto



La muerte materna se define como toda defunción de una mujer ocurrida durante el embarazo, el parto o los 42 días siguientes a la terminación de la gestación, por causas relacionadas o agravadas por ésta, pero no por causas accidentales o incidentales

La hemorragia obstétrica es una causa importante de mortalidad materna a nivel internacional, representando de 25 a 30% de todas las muertes maternas. En México es la segunda causa de muerte materna.

#### 6.5.2.- Prevención

La búsqueda intencionada de factores de riesgo como multiparidad, preeclampsia, edad mayor de 35 años, la localización placentaria o cirugías uterinas previas deberán estar contempladas dentro de la historia clínica para efectuar referencia temprana.

Cuando existan factores predisponentes para la hemorragia posparto (sobre distensión uterina, embarazo múltiple y polihidramnios) se extremará la atención, pero, dado que en muchas ocasiones el cuadro se produce en ausencia de estos factores, como medidas generales la mujer en parto debe contar con:

- Historia clínica, en la que se identifiquen factores de riesgo y comorbilidad.
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Hemograma y pruebas de coagulación recientes.
- Cateterización intravenosa para la administración de líquidos y medicamentos.

#### 6.5.3.- Tratamiento

La condición fundamental es la actuación rápida, pero sistemática, dando aviso al equipo multidisciplinario disponible para organizar la asistencia y el apoyo de medios necesarios (farmacológicos, anestésicos, hematológicos, quirúrgicos, etc.) en prevención de que el proceso se agrave.

- Es necesario documentar signos vitales, agentes farmacológicos y productos de transfusión sanguínea utilizados, datos de laboratorio con que se cuenta y los que han sido solicitados.
- Si la entidad o la persistencia de la hemorragia lo requiere se valorará la necesidad de aumentar el calibre de la vía intravenosa, el número de vías

o la instauración de una vía central. La reposición de cristaloides se realizará a razón de 3:1 del volumen de hemorragia calculado.

#### 6.5.4.- Tratamiento etiológico con diagnóstico de placenta previa

- Hospitalizar con sangrado.
- Uso de betametasona 12 mg IM x 2 dosis.
- O Interrumpir el embarazo antes de la semana 35 S Indicar cesárea con incisión corporal.
- Planear la posibilidad de cesárea--histerectomía.
- Ligadura de hipogástricas con 1 000 cc de sangrado transoperatorio

### Complicaciones fetales

#### 6.6.- Muerte fetal

##### 6.6.1.- Concepto

La muerte fetal intrauterina, también llamada óbito fetal, es la muerte del feto antes de su expulsión o extracción en el nacimiento y, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es independiente de la duración del embarazo.

##### 6.6.2.- Causas

- Causas maternas:

Enfermedades crónicas: lupus, diabetes mellitus, anticuerpos antifosfolípidos, hipertensión arterial, etc.

Embarazo prolongado que dura más de 42 semanas. Infecciones durante el embarazo: listeriosis, rubéola o toxoplasmosis.

Preeclampsia.

Incompatibilidad Rh: el Rh de la sangre materna es diferente del Rh del bebé.

Ruptura uterina.

Muerte de la madre.

- Causas fetales:

Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR): el feto no crece al ritmo adecuado y son más pequeños.

Alteraciones genéticas y cromosómicas.

Malformaciones congénitas.

Alteraciones en el líquido amniótico: oligoamnios y polihidramnios. Embarazo múltiple: desequilibrio circulatorio en beneficio de un bebé y perjuicio del otro.

Rotura prematura de membranas.

- Causas placentarias:

Patología de cordón umbilical: circulares, nudos, torsiones y roturas.

Desprendimiento de placenta.

Placenta previa.

Envejecimiento grave de la placenta. Vasa previa

### 6.6.3.- Síntomas

- Ausencia de movimientos del feto
- Pérdidas de líquido amniótico de color marrón
- El útero no crece
- Desaparición de la elasticidad y firmeza de las partes fetales a la palpación
- Dolor abdominal intenso
- Sangrado vaginal

### 6.7.- Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)

#### 6.7.1.- Concepto

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es una patología de causas multifactoriales y manejo complejo para el obstetra. Para un feto el no alcanzar su potencial de crecimiento representa un aumento significativo del riesgo de morbilidad perinatal

La deficiencia en el crecimiento fetal implica una falla en el feto para alcanzar todo su potencial de crecimiento establecido genéticamente. Este potencial de crecimiento varía fisiológicamente de acuerdo a las características maternas como peso, talla, origen étnico, paridad, condición nutricional, además se ve afectado por otro tipo de factores como consumo de cigarrillo, trastornos hipertensivos, diabetes, y otras patologías maternas, como también la prematuridad

### 6.7.2.- Clasificación

- RCIU severo: Fetos que se encuentran con peso ultrasonográfico estimado por debajo del percentil 3 para la edad gestacional. Esta clasificación tiene peor pronóstico y aumento en la morbilidad y mortalidad perinatal.
- RCIU temprano: De aparición antes de la semana 32 de gestación, se ha encontrado relación estrecha con la prematuridad, preeclampsia y alteraciones a nivel placentario.
- RCIU tardío: Es la forma más frecuente, aparece después de la semana 32, se encuentra también asociado a enfermedad placentaria, pero en menor grado que el grupo de RCIU temprano.

### 6.7.3.- Etiología

#### Factores placentarios

Las principales entidades asociadas a RCIU son placenta previa, infartos placentarios, vasculitis, arteria umbilical única, placenta circunvalada, inserción velamentosa del cordón, tumores placentarios, angiogénesis aberrante.

### 6.8.- Parto pretérmino

#### 6.8.1.- Concepto

Se define como parto pretérmino aquel que se produce entre las 22 y las 36 semanas 6 días después de la última menstruación.

#### 6.8.2.- Clasificación

De acuerdo a la edad gestacional de nacimiento

- Parto pretérmino muy temprano: Nacimiento entre las 20 semanas con 0 días hasta las 23 semanas con 6 días.
- Parto pretérmino temprano: Nacimiento entre las 24 semanas con 0 días hasta las 33 semanas con 6 días.
- Parto pretérmino tardío: Nacimiento entre las 34 semanas con 0 días hasta las 36 semanas con 6 días.

De acuerdo a su causa:

- Parto pretérmino espontáneo.

- Parto pretérmino iatrógeno.

#### 6.8.3.- Síntomas

- Sensaciones regulares o frecuentes de endurecimiento del abdomen (contracciones)
- Dolor sordo, leve y constante en la espalda
- Sensación de presión en la pelvis o en la región inferior del abdomen
- Cólicos leves
- Manchado o sangrado vaginal leve
- Rotura prematura de las membranas: pérdida continua de líquido, en forma de chorro o goteo, después de que se rompa o se desgarre la membrana alrededor del bebé
- Cambio en el tipo de flujo vaginal (acuoso, con aspecto de mucosidad o sanguinolento)

#### 6.8.4.- Prevención

- Prevención primaria

Son intervenciones destinadas a evitar la aparición de un nuevo caso de PPT. Como se mencionó líneas arriba se basa en la predicción de riesgo mediante una, dos o hasta tres estrategias

- Prevención secundaria

Corresponde a las medidas que se adoptan en pacientes en trabajo de parto pretérmino en estadios iniciales con el objeto de detenerlo y/o revertirlo y así evitar las secuelas del mismo; es decir, intervenir en la evolución natural de la enfermedad.

- Prevención terciaria

Corresponde a las medidas que se adoptan en pacientes en trabajo de parto pretérmino en estadios iniciales con el objeto de detenerlo y/o revertirlo y así evitar las secuelas del mismo; es decir, intervenir en la evolución natural de la enfermedad.

## 6.9.- Pérdida del bienestar fetal

### 6.9.1.- Concepto

Aquella asfixia fetal progresiva, que, si no es corregida o evitada, provocará una descompensación de la respuesta fisiológica, desencadenando un daño permanente del Sistema Nervioso Central, falla múltiple de órganos y muerte.

### 6.9.2.- Síntomas

- Alteraciones de frecuencia cardiaca fetal.
- Presencia de meconio en líquido amniótico.
- Presencia de DIPS II, DIPS umbilicales.
- Disminución del tono cardiaco fetal y presencia de soplo.
- pH sanguíneo fetal disminuido

### 6.9.3.- Pruebas

- Prueba sin estrés

Observa la capacidad de incrementar la FCF asociada a movimientos fetales. La ausencia de elevaciones de la FCF puede estar asociada a hipoxemia, pero también a otras situaciones como, ciclo de sueño fetal, o efectos de drogas (narcóticos, barbitúricos, betabloqueantes).

El registro de por lo menos dos episodios de aceleración de la FCF superior a 15 latidos por minuto con una duración mayor a 15 segundos durante un periodo de 30 minutos asociados a movimientos fetales, es denominado prueba reactiva.

- Prueba estresante

Se realiza con la paciente colocada en posición semi- Fowler, en decúbito lateral izquierdo, y registrando durante un periodo de 20 minutos la presión arterial, contracciones uterina y FCF, se administra Oxitocina para tratar de llegar a 3 contracciones de 40 segundos en un periodo de 10 minutos.

Evalúa: las reservas fetales, ya que al producirse la contracción uterina disminuye el aporte del flujo sanguíneo.

- Perfil Biofísico

Mide cinco parámetros como son:

- Movimientos Respiratorios
- Movimientos fetales
- Tono Fetal
- Volumen de Líquido Amniótico
- Monitoreo Fetal No estresante, la presencia de normalidad en una de estas variables. 8-10 Normal (sin asfixia); < 6 es específico, sensible y altamente predictivo indicador de acidosis fetal en cordón umbilical.

#### 6.9.4.- Reanimación fetal

Modificación de la posición Materna, decúbito lateral izquierdo. La disminución de la compresión Aorto-cava, mejora tanto el aporte de sangre a la placenta como la supresión de la congestión venosa.

- En la indicación de la cesárea urgente: El tiempo seguro entre el diagnóstico y el inicio de la cesárea: no debe superar los 30 minutos.
- En cesárea muy urgente o emergente, el tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la intervención no debería ser superior a los 15 minutos.

## **7.- PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA**

### 7.1.- Definición

El proceso de enfermería o proceso de atención de enfermería (PAE) es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte de enfermería.

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificada como una teoría deductiva en sí mismo.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la enfermería la categoría de ciencia.

#### 7.1.1.- Antecedentes históricos

El PAE tiene sus orígenes, cuando fue considerado un proceso en 1955, gracias a Hall, a la que posteriormente se unieron otras teóricas como Jonhson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963.

Consistía en un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución. Yura y Walsh en 1967, establecieron cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación.

Como todo método, el PAE, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, y aunque se estudien por separado todas las etapas se superponen.

#### 7.2.- Características

- Tiene validez universal.
- Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales.



- Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional.
- Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara.
- Consta de cinco etapas cíclicas.

El uso del proceso enfermero permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso enfermero trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de Enfermería enfocadas específicamente a él y no solo a su enfermedad.

El proceso enfermero es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso enfermero le da a la profesión la categoría de ciencia.

### 7.3.- Objetivos

- Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.
- Imprimir a la profesión un carácter científico.
- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- Traza objetivos y actividades evaluables.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
- Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.
- Habilidades cognitivas o intelectuales, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del cliente. Incluidas entre estas habilidades están las de identificar y diferenciar los problemas de salud actuales y potenciales a través de la observación y la toma de decisiones, al sintetizar el conocimiento de enfermería previamente adquirido.
- Habilidades interpersonales, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de

confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el cliente, así como la obtención ética de información necesaria y relevante del cliente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.

- Habilidades técnicas, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado por el cliente al realizar procedimientos médicos o diagnósticos, tales como la valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos.

#### 7.4.- Valoración

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Los enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través del uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultados cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática para seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

7.4.1.- En la valoración inicial se debe buscar:

Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.

Factores contribuyentes en los problemas de salud.

7.4.2.- En las valoraciones posteriores, se debe tener en cuenta:

Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.

Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.

Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.

Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

7.4.3.- En la recogida de datos se necesita:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc....) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc....)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

7.4.4.- Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Se necesitan saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

7.4.5.- Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios del paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos - antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades

crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

#### 7.4.6.- Métodos para obtener datos:

##### Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

- Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos.

Tres tipos de interferencias:

- Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- Interferencia emocional: Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso de responsabilización de las obligaciones.
- Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

7.4.7.- Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.

- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimulan la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son: Expresiones faciales, la forma de estar y la posición corporal, los gestos, el contacto físico, la forma de hablar.

Para finalizar la entrevista concretamos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, y otro en el que le da a entender que la comprende.
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos.
- Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista, nos aporta una quinta característica del entrevistador: La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

La observación: En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continúa a través de la relación enfermera-paciente. Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente,

como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

La exploración física: La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física: Se centra en: determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- Percusión: implica dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo.
- Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.



- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar qué sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

### 7.5.- Diagnóstico

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

El diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. El problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de un médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a

la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

- Identificación de problemas:
  - a. Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
  - b. Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.
- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

- Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de

que los resultados de las investigaciones puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
  - Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
  - Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
  - Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada.
  - Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.
- Docencia: la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el currículum básico debe iniciarse y continuar de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el currículum. Permite:
    - Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
    - Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.
  - Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
    - Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de salud.

- Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.
  - Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
  - Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.
  - Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
  - Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de salud de las hechas por otros profesionales.
  - Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
  - Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinaria.
- Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:
    - Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y, por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
    - Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
    - Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
    - Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
    - Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
    - Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, esta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
- Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo, es:

- F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa
- F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)

De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.

Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.

- F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

Tipos de diagnósticos:

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y

factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen. El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precedida por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

## 7.6.- Planificación

Concluida la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas en el Plan de Cuidados

- Establecer prioridades en los cuidados.
- Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.
- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado.

Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados.

- Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.
- Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.
- Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico.

- Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

### 7.7.- Ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizan todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

### 7.8.- Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.



- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son las siguientes áreas:

- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:
  - Observación directa, examen físico.
  - Examen de la historia clínica
- Señales y Síntomas específicos
  - Observación directa
  - Entrevista con el paciente.
  - Examen de la historia
- Conocimientos:
  - Entrevista con el paciente
  - Cuestionarios (test)
- Capacidad psicomotora (habilidades)
  - Observación directa durante la realización de la actividad
- Estado emocional:
  - Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
  - Información dada por el resto del personal
- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):
  - Entrevista con el paciente.
  - Información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearnos otras actividades.

- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

La evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica. Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar cómo va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

#### 7.9.- Teorías de las relaciones interpersonales de Hildegard E. Peplau

Esta teoría describe la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo, terapéutico.

Analiza cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad.

Para Peplau, en la relación enfermera-paciente se identifican cuatro fases, que tienen como punto de partida la orientación y continúa con la identificación, explotación y resolución.

- Orientación: en esta fase, el individuo siente una necesidad y busca atención profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y

comprender su problema de salud para determinar su necesidad de cuidado.

- Identificación: aquí el paciente se identifica con las personas que le brindan cuidados. La enfermera favorece la exploración de las sensaciones y la expresión de los sentimientos relacionados con su percepción del problema para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad y a reforzar los mecanismos positivos de la personalidad que le proporcione la satisfacción que necesita.
- Explotación: durante esta fase el paciente trata de obtener el máximo de la relación y conseguir los mayores beneficios posibles.
- Resolución: esta se produce cuando el paciente abandona los viejos objetivos y se traza nuevas metas. En este proceso, el paciente se independiza de la identificación con la enfermera.

## **8.- CUIDADOS Y SUGERENCIAS ENFERMERILES EN TORNO A GESTANTES CON PLACENTA PREVIA**

### 8.1.- Proceso de atención de enfermería en gestantes con placenta previa

Es un método sistemático en la que brinda cuidados con enfoque humanitario en ella se plasma todo el conocimiento científico en la práctica profesional con el objetivo de restablecer todas las esferas de salud afectadas en el individuo.

Valoración: en esta etapa se recoge e interpreta la información más relevante del paciente a través de la anamnesis y examen céfalo-caudal, se identifica a la persona desde sus dimensiones, en la cual se describe su situación biopsicosocial en la que se encuentra, en el aspecto físico se observa las necesidades afectadas, los valores, la relación que establece con la enfermera y familia, en la situación emocional y espiritual se contempla lo que siente y manifiesta en relación a la enfermedad, en la dimensión social se observa la relación con el entorno que lo rodea.

Diagnóstico: la enfermera emite un juicio clínico sobre el estado de salud de la persona, familia y comunidad pueden ser reales o potenciales proporcionan la

base para elegir las intervenciones de Enfermería y luego conseguir resultados. Un diagnóstico de Enfermería según la taxonomía NANDA está compuesta por los siguientes elementos:

- Problema: manifiesta el problema o respuesta que presenta la persona es decir los signos y síntomas que se evidencian y lo describe de forma clara y precisa.
- Etiología: se refiere a los factores de riesgo en la cual se presenta el problema de salud es el factor relacionado con el diagnóstico.
- Signos y síntomas: es la manifestación o evidencia clínica del problema o respuesta.

Planificación: se establecen los cuidados prioritarios de acuerdo a los recursos disponibles que cuenta la enfermera con el objetivo de solucionar el problema de salud del paciente.

Ejecución o Intervenciones: se aplican el plan de cuidados en la que incluye al paciente y familia encaminados a resolver las necesidades de salud afectadas en el individuo.

Evaluación: se evalúan los resultados alcanzados en relación a las intervenciones empleadas mediante criterios de eficacia y eficiencia de sus resultados.

## 8.2.- Cuidados de enfermería en gestantes con placenta previa

### 8.2.1.- Cuidados de enfermería

Los cuidados de enfermería son las atenciones y cuidados que recibe una persona cuando se encuentra internada en una institución médica. Los principales cuidados de enfermería incluyen el control del suero, de los signos vitales y el suministro de inyecciones y medicamentos, de acuerdo a lo indicado por los profesionales médicos.

Los cuidados de enfermería están fundamentados en cuatro conceptos fundamentales.

- El primer concepto se refiere al ser humano, es decir que los cuidados se centran en todas las funciones biológicas, psíquicas y emocionales del paciente.
- El segundo de estos conceptos consiste en la salud, lo cual alude a la ausencia de enfermedad física y moral de una persona.
- El tercer concepto hace referencia al entorno, para lo cual se tiene en cuenta todos aquellos factores que componen el entorno más cercano del paciente.
- Y el último concepto es el de los cuidados de enfermería en sí mismos, cuidados preventivos, paliativos, curativos.

El comportamiento para seguir frente a una hemorragia producida por placenta previa debe abarcar:

- Mantener reposo absoluto.
- Valoración de las pérdidas hemáticas.
- Reposición de sangre.
- Control de constantes.
- No se deben realizar tactos vaginales.
- Localización de la placenta para saber con exactitud la acción terapéutica que se debe iniciar.
- Administrar mediante prescripción médica fármacos uteroinhibidores que impidan que se inicie el trabajo del parto si el tratamiento elegido es conservador, ya que una contracción uterina puede hacer que se desprenda la placenta dando lugar a una hemorragia masiva que comprometa la vida de la madre.
- Ayudar a:

Controlar la estabilidad materna/fetal

Controlar la frecuencia cardiaca fetal

Se evidencia si existe sufrimiento fetal

- Educar sobre movimiento fetales e identificación de posibles.

- La madre debe adoptar la actitud, cuando está en casa, que va desde disminuir la actividad laboral y deportiva hasta reposo absoluto en cama, debiendo también reducir la actividad sexual.

### 8.3.- Intervenciones de enfermería en gestantes con placenta previa

#### 8.3.1.- Intervenciones de enfermería

Las Intervenciones de Enfermería (actividades o acciones enfermeras), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que, en el Proceso de Atención de Enfermería, debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente, de tal forma que la Intervención genérica, llevará aparejadas varias acciones.

##### 8.3.1.1.- Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

Una intervención de enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.

Estas acciones de enfermería directas pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

Una intervención de enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente, pero en beneficio de este o de un grupo de pacientes.

Las intervenciones indirectas incluyen acciones de cuidados dirigidas al entorno del paciente y a la colaboración con otros profesionales de la salud.

La estructura de taxonomía de la CIE (Clasificación de las Intervenciones Enfermeras) tiene tres niveles:

- Campo
- Clases
- Intervenciones

Existen 7 Campos (Fisiológico básico, Fisiológico complejo, Conductual, Seguridad, Familiar, Sistema de Salud y Comunidad), 30 Clases y un total de 486 Intervenciones de Enfermería. Una característica importante de la clasificación taxonómica CIE, es la de tener un carácter teóricamente neutral.

### 8.3.2.- Intervenciones en gestantes con placenta previa

- Cuidados prenatales:

Monitorización cardiaca fetal, y movimientos fetales

- Cuidados del embarazo de alto riesgo

Control de sangrado transvaginal

Reposo absoluto

Control de sangrado (número y volumen)

Valorar estado de conciencia, coloración de piel y mucosas

- Cuidados prenatales

### 8.4.- Importancia de diagnosticar una placenta previa

#### 8.4.1.- Diagnóstico precoz

El diagnóstico precoz o prevención secundaria también se denomina cribado o screening. La prevención secundaria se basa en los cribados poblacionales. Su propósito es la detección y tratamiento de la enfermedad en estadios muy precoces cuando aún no provoca síntomas.

#### 8.4.2.- Importancia clínica

La placenta previa es una de las causas principales de sangrado periparto. Puede causar morbilidad materna seria incluyendo:

- Hemorragia
- Adherencia placentaria anormal
- Septicemia
- Tromboflebitis
- Transfusión sanguínea masiva
- Histerectomía periparto de emergencia debido a sangrado incontrolado cuyo resultado obvio es la pérdida de fertilidad e incluso se asocia con mortalidad materna.

Los embarazos complicados con placenta previa han mostrado ser más propensos a resultados adversos como mortalidad neonatal. Las tasas de mortalidad perinatal son 3 a 4 veces mayores que en embarazos normales.

La cesárea por placenta previa representa un factor de riesgo mayor para hemorragia postparto severa sin importar la presencia o no de un acretismo placentario asociado

#### 8.5.- Recomendaciones diagnóstico y manejo de la placenta previa

Se debería de informar a la mujer que el tabaquismo se asocia con posibles complicaciones del embarazo, sugerir su abandono lo más pronto posible y utilizar, de encontrarse disponibles, diversos programas de apoyo

En mujeres en edad reproductiva y, de forma sistemática, al otorgar consejo preconcepcional se debe:

- Explicar a la paciente sobre los riesgos que conlleva la multiparidad, por su influencia para una implantación anormal de la placenta
- Concientizar a la pareja sobre el riesgo de placenta previa, el cual se relaciona con una mayor edad materna y la misma paridad
- Informar del incremento en el riesgo reproductivo asociado con las adicciones durante el embarazo.

Toda mujer con el antecedente de cesárea exige al clínico una actitud de sospecha para excluir dos problemas: placenta previa y acretismo placentario. En caso de que la placenta se inserta en la cara anterior y alcance al orificio cervical interno a las 20 semanas, el seguimiento ecográfico puede ayudar a identificar si la placenta se inserta en la cicatriz quirúrgica previa.

Se debe informar a la pareja con 2 o más cesáreas previas o procedimientos quirúrgicos intrauterinos el riesgo que representa un embarazo a futuro. Evaluar con espejo estéril ante cualquier hemorragia transvaginal para descartar que provenga del cérvix.



La exploración digital vaginal (tacto) debe evitarse hasta haber realizado una ecografía.

Se realiza una cistoscopia durante el embarazo, y se observan vasos dilatados sobre la pared vesical o incluso excrecencias en la pared posterior del trígono o una erosión, por ningún motivo debe someterse a biopsia el tejido observado, dado el alto riesgo existente de hemorragia masiva

A todas las embarazadas se les debe ofrecer la posibilidad de realizar al menos un ultrasonido durante el embarazo para la detección de anomalías fetales y posibles complicaciones asociadas al embarazo.

El momento oportuno para realizar el estudio de ultrasonido par a las a detección de anomalías y complicaciones asociadas al embarazo se encuentran entre las 18 a las 22 semanas de gestación (segundo trimestre), no se recomienda un programa nacional de tamizaje para detectar placenta previa; sin embargo, la evaluación ultrasonográfica del segundo trimestre debe incluir la localización del sitio de inserción placentaria.

El ultrasonido vaginal en embarazadas en las que existe sospecha de una implantación placentaria baja es una alternativa segura, y permite establecer con precisión la localización placentaria.

En caso de que después de las 20 semanas exista la sospecha tras realizar un ultrasonido abdominal debería de confirmarse mediante un abordaje ecográfico Endo vaginal.

Las mujeres con el antecedente de cesárea y en quienes se identifica una placenta previa o una placenta con inserción sobre la cicatriz anterior a las 32 semanas de gestación, presenta un aumento del riesgo para acretismo placentario; su manejo deberá corresponder al de la placenta acreta, con las preparaciones acordes a las complicaciones de esta anomalía.

#### 8.6.- Intervenciones prenatales de enfermería para la prevención de complicaciones materno- fetales

El personal de salud debe otorgar una consejería a la paciente tras el diagnóstico de placenta previa. La información debe incluir aspectos sobre el riesgo de parto

pretérmino y hemorragia obstétrica. Además, se debería establecer una estrategia de manejo individualizado y acorde a las características de cada caso. Se recomienda tratar, o en su caso prevenir, cualquier tipo de anemia durante la vigilancia prenatal.

Toda paciente que presente sangrado transvaginal y cuente con el diagnóstico de placenta previa debería ser manejada de forma intrahospitalaria para realizar una vigilancia estrecha del binomio y contar con componentes sanguíneos compatibles y disponibles, en caso de ser requeridos.

La paciente con placenta previa y que se esté manejando de forma ambulatoria, debe estar consciente y quedarle claro que deberá acudir inmediatamente al centro hospitalario de atención en caso de presentar cualquier sangrado, contracciones o dolor.

El manejo ambulatorio en placenta previa puede ser apropiado para mujeres cuyas condiciones clínicas se encuentren estables, cuenten con apoyo y ayuda de otra persona en todo momento en su domicilio, se encuentren cercanas en distancia al hospital en el que se llevará a cabo la atención médica, y tengan disponible en cualquier momento un transporte y la posibilidad de establecer comunicación telefónica.

Dentro de la vigilancia del binomio en casos con diagnósticos de placenta previa, se deberá incluir la monitorización de la hemoglobina, manteniéndola por valores encima de 11 mg/dl y pruebas de vigilancia fetal al menos una vez por semana. En mujeres Rh D negativo, no sensibilizadas y que presenta placenta previa sangrante, se debe realizar prueba de Kleihauer-Betke para cuantificar la cantidad de hemorragia:

- En caso de ser negativa, no es necesario administrar inmunoglobulina anti-D
- En caso de ser positiva, administrar 10µg de inmunoglobulina anti-D por vía intramuscular, por cada ml de sangre fetal, dentro de las primeras 72 h posteriores al diagnóstico

- En caso de no contar con la prueba de Kleihauer-Betke, administrar 300µg de inmunoglobulina anti-D, vía intramuscular, dentro de las primeras 72 horas posteriores al diagnóstico.

#### 8.6.1.- Intervenciones para la preparación del nacimiento

Antes del nacimiento, a todas las mujeres portadoras de placenta previa y a sus parejas, se les debería informar acerca del modo del nacimiento, indicaciones para transfusión de componentes sanguíneos y de histerectomía, además de cualquier aspecto relacionado con el manejo del padecimiento.

#### 8.6.2- Intervenciones en el nacimiento

Optar por un manejo conservador cuando ya existe hemorragia tiene muy pocas posibilidades de éxito, además de que se desperdicia tiempo valioso para el manejo de la paciente.

En caso de que la placenta se separe con las medidas usualmente utilizadas durante una cesárea, evitar forzar el desprendimiento, dejarla en su sitio y cerrar el útero y dejarla en su sitio y posteriormente realizar una histerectomía, se asocia con una menor hemorragia, en comparación con el intento de separarla. Si la placenta se separa, se debería de proceder a realizar el alumbramiento, de existir hemorragia, manejar de la forma usual como cualquier cesárea.

Si la placenta se separa parcialmente, se recomienda retirar la porción desprendida y manejar alguna posible hemorragia de forma similar a la que se presenta en una cesárea. Las porciones adherentes pueden dejarse en la cavidad uterina y optar por manejo conservador o histerectomía. Los casos con desprendimiento parcial de la placenta se asocian con hemorragias masivas, por lo que el equipo quirúrgico deberá optimizar los tiempos en para el manejo de la paciente.

En presencia de sangrado transvaginal especialmente asociado con la ruptura prematura de membranas y compromiso del bienestar fetal, el nacimiento deberá de ser expedido y no esperar a realizar el diagnóstico de vasa previa.

## 8.7.- Comunicación eficaz entre paciente y personal de enfermería

La mayoría de los profesionales de enfermería dedican gran parte de su tiempo a comunicarse con sus pacientes, a hablarles, escucharlos y responderles. Por este motivo, si se quiere ser efectivo en su trabajo, esta interacción cara a cara con intercambio de información es esencial.

### 8.7.1.- La comunicación

Proceso mediante el cual se transfiere una idea o mensaje desde una fuente, que se denomina emisor, a un receptor, con la intención de modificar su comportamiento, generando a su vez un proceso de retroalimentación o feedback que posibilite influencias recíprocas.

#### 8.7.1.1.- El proceso de comunicación

El proceso de comunicación supone la intervención activa, de forma dinámica, de todos los elementos descritos anteriormente, creando una secuencia organizada en la que todos intervienen en mayor o menor grado, en uno o varios momentos de esa secuencia.

Una vez que el mensaje es transmitido por el emisor van a entrar en escena los ruidos y los filtros, dificultando ambos que el mensaje llegue al receptor en las mejores condiciones de calidad para su recepción adecuada, recepción que se constituye en el cuarto punto del proceso.

En este punto hay que considerar que el estrés al que está sometido el enfermo interfiere en muchas ocasiones en su capacidad de escucha, atención y asimilación.

### 8.7.2.- La comunicación no verbal

En la relación profesional de enfermería-paciente ha cobrado una especial relevancia las señales no verbales que se producen durante todo el proceso de comunicación. Hemos de tener en cuenta, que en muchas ocasiones cuando el enfermo acude al hospital o al centro de salud está preocupado y ansioso y esto dificulta que se exprese con claridad. Es por ello que resulta muy importante que se preste especial atención a todas las señales no verbales con las que el sujeto

acompaña su mensaje, porque nos van a proporcionar mucha más información sobre cómo se siente realmente que sus palabras.

No obstante, el profesional de enfermería debe estar atento a su propia comunicación no verbal, ya que de la conducta no verbal del terapeuta depende en gran medida que el paciente le considere como una persona experta que puede ayudarlo, así como el grado de colaboración de éste en el tratamiento.

#### 8.7.2.1.- Componentes no verbales

Los principales componentes no verbales de la comunicación son la expresión facial, la mirada, la sonrisa, la orientación y postura, el contacto físico, los gestos, la apariencia física y las auto manipulaciones y movimientos nerviosos.

- La expresión facial: Podemos hablar de diferentes expresiones de las emociones, a saber, alegría, sorpresa, tristeza, miedo, etc. Las emociones pueden combinarse (sorpresa combinada con miedo, alegría con pena), y cada una de estas reacciones puede variar con intensidad. Por lo tanto, resulta necesario prestar atención a la expresión facial de nuestros pacientes para así percibir sus emociones y sentimientos.
- La mirada: constituye uno de los elementos no verbales de mayor importancia, ya que proporciona mucha información. Cumple una serie de funciones, entre ellas la regulación del flujo de la comunicación.
- La sonrisa: constituye un elemento básico en la bienvenida y la despedida de las personas, además de transmitir aceptación, amabilidad y gusto por la persona a la que sonreímos.
- La orientación y postura: La orientación se refiere a la posición relativa de la persona con relación a su o sus interlocutores, pudiendo presentarse orientada frente a frente o inclinada en mayor o menor grado con relación al interlocutor. En la postura se establecen dos categorías fundamentales que a su vez se subdividen en dos dimensiones: acercamiento-retirada y expansión-contracción. El acercamiento, producido por la inclinación del cuerpo hacia su interlocutor, se interpreta como atención e interés, mientras que la retirada, que se hace de la forma contraria, se interpreta de forma negativa, como rechazo o repulsión.

- El contacto físico: la mayor o menor proximidad se establece por el tipo de relación planteada y el grado de aceptación de la misma, resultando inconvenientes distancias que no son admitidas por ambas partes. El contacto se regula con el movimiento del cuerpo, con la mirada, con el acercarnos demasiado o demasiado poco. Si nos acercamos demasiado, algo muy frecuente en la práctica sanitaria, el paciente puede sentirse «amenazado» en su espacio íntimo. Por ello, si hay que hacerlo, que sea con respeto y explicándole el por qué, e incluso pidiendo excusas.
- Los gestos: hacen referencia al movimiento de las manos que sirve de apoyo al contenido del mensaje verbal. Estos movimientos actúan como ilustradores del mensaje verbal, enfatizando el mismo, y demostrando estados emocionales, normalmente de manera no intencionada.
- La apariencia personal. La apariencia personal se refiere al aspecto exterior de una persona que puede ser susceptible de cambio a voluntad de la misma. Fundamentalmente nos referimos al aseo personal, ropas y adornos. A través de ello, los demás generan impresiones sobre atractivo, estatus, inteligencia, personalidad, clase social, estilo y gusto.
- Las auto manipulaciones y los movimientos nerviosos con manos y piernas. Hablamos de auto manipulaciones cuando tocamos nuestro propio cuerpo (tocarnos el pelo, rascarse la cara o el brazo, tocarnos la nariz, etc.).

#### 8.7.2.2.- Componentes paraverbales

Los componentes paraverbales o paralingüísticos son aquellos que, al emplear el lenguaje, su utilización no altera el contenido de las palabras, pese a que haga variar el significado.

Son los principales elementos paraverbales de la comunicación:

- El volumen de la voz: la función primordial del volumen es hacer que nuestros mensajes puedan ser escuchados por las personas a las que nos dirigimos, con lo que nos estaríamos refiriendo al nivel global medio de volumen con el que transmitimos un mensaje
- El tono. El tono refleja la calidad de la voz. Además, hace que varíe el significado del mensaje y expresa la confianza en uno mismo.

- La velocidad. Sabemos que el tiempo siempre apremia en el ámbito sanitario, pero ello no debe suponer aumentar la velocidad del habla, ya que se corre el riesgo de que si es muy elevada.
- La fluidez y claridad. En ocasiones, e independientemente de la velocidad, las palabras no se entienden, porque se entrecortan, por un acento excesivamente marcado o por otros motivos, lo que, además de impedir a veces que se nos pueda entender, puede ser objeto de interpretación al atribuirnos por ello un determinado estado emocional (normalmente ira o impaciencia).
- El tiempo de habla. Nos referimos a la duración de las intervenciones de los interlocutores mientras se está produciendo una conversación.
- Las pausas y silencios. Las pausas y silencios que se producen durante la comunicación pueden tener como objetivo remarcar los signos de puntuación a lo largo del discurso o bien pueden deberse a factores emocionales (angustia, bloqueos, etc.), intelectuales (reflexión, no saber qué decir, falta de ideas) o de interacción con el profesional sanitario.
- La latencia de respuesta. La latencia de respuesta hace referencia al tiempo que tardamos en empezar a hablar una vez que ha terminado de hacerlo nuestro interlocutor.

## **9.- CONCLUSIÓN**

Se lograron los objetivos de esta tesis al poder analizar las intervenciones del licenciado en enfermería y obstetricia en gestantes con placenta previa. Se demostró la importante participación que tiene el licenciado en enfermería y obstetricia en la atención de las gestantes con placenta previa y la prevención de las complicaciones materno-fetales.

De acuerdo con las encuestas aplicadas al personal de salud se observó que tienen conocimiento de la patología, sin embargo, desconocen el tratamiento adecuado que se debe tener con las gestantes, así como el seguimiento que se les dará a estas. Por lo tanto, cabe destacar que es muy importante que el personal de salud tenga el conocimiento para brindar una intervención adecuada.

El papel del licenciado en enfermería y obstétrica es muy importante para el cuidado de las gestantes con placenta previa ya que es el personal que tiene más contacto con estas pacientes y puede observar su evolución o bien si existe alguna complicación y poder actuar en el momento de una manera rápida y adecuada.

El propósito del proceso de atención de enfermería es el bienestar del paciente atendiendo a las necesidades de las gestantes que se enfrenten a un desorden de salud que podría repercutir en la vida del binomio madre- hijo.

El cuidado de las pacientes gestantes con placenta previa representa una serie de actos de vida que tiene como finalidad y función mantenerlas sanas con el propósito de perpetuar la vida, de tal forma que el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades que en continua interacción con su entorno vive experiencias de salud.

A continuación, se darán a conocer los hallazgos más importantes de esta investigación: todo sangrado transvaginal no doloroso que se presenta durante el tercer trimestre del embarazo debe ser atribuido a una placenta previa hasta no demostrar lo contrario.

El sangrado por placenta previa debe considerarse como una emergencia en obstetricia, aun cuando este haya cedido, ya que es probable que se repita una y otra vez. Toda paciente que haya presentado sangrado transvaginal en cualquier momento de su embarazo requiere de una estrecha vigilancia hasta la terminación de su gestación.

Cuanto mayor sea el número de gestaciones, partos, abortos y cesáreas anteriores, mayor será el riesgo de presentar una placenta previa. En su mayoría los embarazos fueron pretérminos al momento de la cesárea, lo que condiciono a recién nacidos con bajo peso al nacer y con algún grado de asfixia.



La frecuencia de la placenta previa aumenta con la paridad, con la edad, con el antecedente de placenta previa y con la presencia de cesáreas previas. Las causas pueden ser ovulares o endometriales.

El tratamiento implica en la mayoría de las ocasiones la realización de una cesárea.

En la investigación realizada el proceso de atención de Enfermería es base fundamental para brindar los cuidados a las pacientes con problemas de placenta previa ya que su aplicación es científica y por ende al brindar los cuidados de forma adecuada, la salud del binomio mejorará y se evitará complicaciones maternas fetales.

El método aplicado para la validez de esta investigación fue la revisión bibliográfica de fuentes científicas, asimismo la información obtenida sobre placenta previa es de vital importancia ya que sirve como instrumento para poder actuar de forma independiente ante una paciente que presente esta complicación obstétrica, de esta manera Enfermería brinda un cuidado integral y en consecuencia obtener la recuperación satisfactoria tanto maternas como fetales.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

### 10.1.- Básica

- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta praevia, placenta praevia accreta and vasa praevia: diagnosis and management. Green-top Guideline No.27. 2011
- Rowe T. Placenta Previa. J Obstet Gynaecol Can 2014; 36(8): 667–668
- Arce R Calderón E Cruz P Díaz M Medécigo A Torres L. Guía de práctica clínica: Hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012; 50 (6): 673- 682
- Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, y Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia. Madrid: SEGO 2007.
- Carroza MA, Córdón J, Troyano J, Bajo JM. Capítulo 22. Duración del embarazo. Modificaciones de los órganos genitales y de las mamas. Molestias comunes del embarazo normal. Fundamentos de Obstetricia. SEGO. 2007.
- Donat Colomer F. Enfermería Maternal y Ginecología. Barcelona: Masson; 2006.
- Arias, F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. En: Perinatal health care with limited resources. (S. Bergstrom., B. Hoger., J. Liljestrand, and R. Tunell. Eds.). Macmillan Press Ltd London, 1994. pp I-94.
- Cotton, D.B., Operación Cesárea. En: Niswander, K.R., Manual de Obstetricia, Diagnóstico y Tratamiento. Salvat, Eds. 1984. pp 341-368.
- . Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido. NOM-007-SSA2-1993. Diario Oficial de la Federación. Enero de 1995.
- Arias F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2da edición. Editorial Mosby- Doima libros. Madrid 1994. pp. 446-464.
- Clark SL, Yeh SY, Phelan JP, et al. Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. Obstet Gynecol.; 64: 376-380.

- Jones D. Urgencias postparto. En: Benrubi G. Urgencias obstétricas y ginecológicas. Segunda edición. Madrid:Marban libros, SL. 2003. pp. 179-180.
- Tul N, Premru Sisen T, Novak-Antólic Z. Placenta previa. En: Cabero L, Saldívar D, Cabrillo E, editores. Obstetricia y Medicina Maternofetal. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007. pp. 611-627
- Usandizaga J A, De la Fuente P. McGraw-Hill Interamericana 1997. Madrid. Vol 1; pp. 507-510. Uzandizaga J. Placenta previa.
- Usandizaga J A, De la Fuente P. Tratado de obstetricia y ginecología.Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1997. Vol 1; pp. 279-287.
- Aguirre Raya D. Competencias comunicativas del profesional de Enfermería.Universidad de la Habana. Facultad de Comunicación. 2005.
- Van-der CJ, Quiles Y, Quiles MJ. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. Consejería de sanidad. Edita la Generalitat Valenciana. 2006
- Aguirre Raya D. Fundamentos de la relación enfermera -persona sana o enferma. Rev Cubana Salud Pública. 2004
- Society of Obstrtricians and Gynaecologists of Canada. Diagnosis and Management of Placenta Previa. J Obstet Gynaecol Can. 2007.
- Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. Am J Obstet Gynecol 1997.
- Arribas I, Bailón E, Marcos B, Ortega A. Embarazo y puerperio. Protocolo de actuación. Grupo de trabajo de la semFYC de Atención a la mujer. FMC en Atención Primaria. Protocolo 2000/4. Barcelona: DOYMA, 200.
- Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta previa/accreta and prior cesarean section. Obstet Gynecol 1985.
- Andrade Cepeda RMG, López España JT, Proceso de atención de enfermería: Guía interactiva para la enseñanza. 2da ed. México: Trillas.; 2014.
- Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero, fundamento del razonamiento clínico. 8va ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2014.
- Herdman TH, editor. NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.

- LeFebvre M, Dupuis A. Juicio clínico en cuidados de enfermería. Barcelona: Masson; 1995.
- Moorhead S, Johnson M, Mass ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ta ed. Barcelona: Elsevier; 2014. 51.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ta ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- Araben, C. (2013). placenta previa. Lima, Peru: Limas edi.
- Arcosice, J. (2012). acretismo placentario y complicaciones obstetricas. Archivos de GO, 13 - 57.
- Barcelona, H. u. (2015). ANOMALÍAS PLACENTARIAS (PLACENTA PREVIA, PLACENTA ACCRETA Y VASA. Barcelona: Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona.
- Benson/Pernoll. (1994). diagnóstico de embarazo y cuidados prenatales. Illinois: 9ª ed. McGraw-Hill Interamericana.
- Bruce., C. M. (2015). Embriología humana y biología del desarrollo. 4ta ed. Chile: Elsevier Mosby.
- Carter, J. (2011). obstetric admissions to complicate. New York: methorfe.
- Cerro, E. L. (2011). Hemorragias del Tercer Trimestre. Hemorragias del Tercer Trimestre (pág. 17). mexico: complejo Hospitalario Universitario.

## 10.2.- Complementaria

- Pérez, S. A. (2011). S. E. Obstetricia. Santiago, Chile.: Ed. Mediterraneo.,.
- Pérez-Aliaga, C. (2011). Hemorragias en la Segunda Mitad del. Rev Per Ginecol Obstet., 5.
- Pineda, J. a. (2013). incidencia de la placenta previa. Guatemala: universidad San Carlos.
- Oscanoa A. Placenta previa en Instituto Especializado Materno Perinatal. Rev Per Ginecol obstet. Lima 2005; (5):219-224.
- Naheed R, Taskin R, Anjum A. Risk Factors Associated with major placenta previa. J. Med. Sci. (Peshawar, Print) April 2014, Vol. 22, No. 2: 63-65.
- . Martinez Marylin. Revisión de Placenta previa. [tesis postgrado]. Universidad privada de Ica 2015.
- Lazo Y. Factores que influyen en la Placenta Previa en gestantes diagnosticadas mediante ecografía que acuden Hospital Apoyo llave – Puno Enero Abril 2015.
- Domínguez B, Puente MJ. Placenta Previa: Concepto y Clasificación. En: Bajo Arenas, Melchor Marcos, Mercé LT, editores. Fundamentos de Obstetricia. Madrid: Gráficos Marte; 2007.p.457-62.
- Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. Obstet Gynecol 2006; 107:927-41
- BENSON, R. C: Manual de Ginecología y Obst. Pág. 255
- NIEMINEN, U: Placenta previa and low implantation of the placenta. Oct. Obst. & Gyn. Scand. 42: 339, 1964.
- S. Räisänen, V. Kancherla, and M. R. Kramer, “Placenta Previa and the Risk of Delivering a Small-for-Gestational-Age Newborn,” vol. 124, no. 2, pp. 285– 291, 2014.

- P. Y. Manejo, D. E. L. A. Hemorragia, and D. E. T. Trimestre, "1.1. CLÍNICA La manifestación clínica más frecuente de la PP es la metrorragia aislada de sangre roja brillante abundante de origen materno. En el 10-30% de los casos se asocia a dinámica," pp. 1–15.
- M Perelló, R. M. (2013). ANOMALÍAS PLACENTARIAS. Barcelona: hospital universitario clinico.
- Macherry, A. d. (2012). placenta previa complicada. D.F , Mexico: San Cristobal.
- Massive, B. J. (2011). obstetric hemorrhage. Wisconsin: Baillieres Best.
- Michell, W. g. (2010). placenta previa prospective. Denver, Colorado: kepchua edit.
- Ngeh N, B. A. (2011). Antepartum haemorrhage. Current Obstetrics Et Gynecology. alemania: ed colcol.
- E., D. (2013). Mortalidad Materna en Chile. Rev Chil Obstet Ginecol, 9.
- Farine D, P. D.-T. (2010). Placenta previa. new york: Contemporary OB/GYN.
- Finberg HJ, W. J. (2010). Placenta accreta: prospective. wisconsin: condeco ed.
- H., D. J. (2012). PLACENTA PREVIA Y ACRETISMO. Chile: Hospital Clínico José Joaquín Aguirre. Facultad de Medicina.
- Lopez, M. M. (2015). Hemorragias del Tercer Trimestre y complicaciones. chile: Seminario.
- Love CDB, Wallace EM. Pregnacies complicatedby placenta praevia: what is appropriate management?. Br J Obstet Gynaecol. 1996;103:864-7.
- Crane 1M, Van den Hof MC, Dodds Armson BA, Liston R. Maternal complications with placenta previa. Am j Perinato\
- Chou MM, Ho ES, Lee NH. Prenatal diagnosis of placenta praevia accreta by transabdomina\ color Doppler ultrasound, Ultrasound Obstet Gynecol
- [https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/b4e5eb6e-95b6-47fa-8d71-8234e284c52c/6B5DACE8-E074-4104-B6BC-2FD8A8AD4573/df42b241-737e-4415-9932-30fe103aa141/Manual\\_obstetricia\\_g.pdf](https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/b4e5eb6e-95b6-47fa-8d71-8234e284c52c/6B5DACE8-E074-4104-B6BC-2FD8A8AD4573/df42b241-737e-4415-9932-30fe103aa141/Manual_obstetricia_g.pdf)
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr163c.pdf>

- [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS\\_589\\_13\\_ANOMALIASENINSERCIÓNPLACENTARIA/589GER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_589_13_ANOMALIASENINSERCIÓNPLACENTARIA/589GER.pdf)
- <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n5/0717-7526-rchog-83-05-0513.pdf>

### 10.3.- Electrónica

- <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/placenta%20previa%20y%20otras%20anomal%C3%ADas.%20hemorragia%203er%20t.pdf>
- <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/placenta-previa>
- <https://www.guiainfantil.com/embarazo/tipos-de-embarazos-posibles/>
- <https://enfermeriaactual.com/metodologia-enfermera/#:~:text=El%20Proceso%20de%20Atenci%C3%B3n%20de,%2C%20homog%C3%A9nea%2C%20I%C3%B3gica%20y%20sistem%C3%A1tica.>
- <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n1/m3.html>
- [https://www.chospab.es/area\\_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112\\_1.pdf](https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112_1.pdf)
- <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/placenta-previa>
- <https://sites.google.com/site/complicacionesenel embarazo/tercer-trimestre/anomalias-placentarias>
- [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS\\_589\\_13\\_ANOMALIASENINSERCIÓNPLACENTARIA/589GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_589_13_ANOMALIASENINSERCIÓNPLACENTARIA/589GRR.pdf)
- <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/589GER.pdf>
- [https://www.paho.org/nic/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=164-ii-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-puerperio&category\\_slug=publicaciones-antteriores&Itemid=235](https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=164-ii-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-puerperio&category_slug=publicaciones-antteriores&Itemid=235)
- <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/etapas.html>
- <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215#:~:text=De%20modo%20que%20la%20teor%C3%ADa,dem%C3%A1s%20a%20identificar%20sus%20problemas.>

- <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/login/index.php#:~:text=CARACTER%C3%8DSTICAS%20DEL%20PAE&text=Como%20el%20m%C3%A9todo%20de%20soluci%C3%B3n,para%20obtener%20los%20resultados%20esperados.>
- <https://enfermeriaactual.com/listado-intervenciones-nic/>
- <https://mejorconsalud.as.com/tipos-de-embarazo/>
- <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-embarazo/placenta-previa>
- <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/placenta-previa-hw180817>
- <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/acretismo-placentario-placenta-accreta>
- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/placenta-accreta/symptoms-causes/syc-20376431>
- <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/peplau.html>
- <https://ciberindex.com/index.php/pd/article/view/e096>
- <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/hildegard-peplau.html>
- <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema11%2528II%2529.pdf>



## 11.- GLOSARIO

### A

- Aborto: Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno.
- Acidosis: Es una afección en la cual hay demasiado ácido en los líquidos del cuerpo.
- Atrofia: Disminución del volumen o tamaño de un órgano o de un tejido orgánico debido a causas fisiológicas o patológicas.
- Adyacente: Que está muy próximo o unido a otra cosa.
- Anamnesis: Conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente con un objetivo diagnóstico.
- Adherencias: Son cintas de tejido parecidas a una cicatriz.
- Anorexia: Falta anormal de ganas de comer.
- Antibiótico: Que destruye los microorganismos que producen enfermedades e infecciones.
- Anestesia: Ausencia temporal de la sensibilidad de una parte del cuerpo o de su totalidad provocada por la administración de una sustancia química.
- Aprotinina: Es un inhibidor natural de la proteína obtenida de los pulmones bovinos.
- Amnios: Membrana más interna de las que envuelven el embrión de mamíferos, aves y reptiles y que permite su desarrollo en un medio líquido.
- Arteria: Vaso sanguíneo que conduce la sangre desde el corazón a las diversas partes del organismo.
- Arcuata: Saliente óseo en forma arqueada que señala el límite entre la pelvis mayor y la menor.

- Amniocentesis: Punción abdominal de la matriz para extraer una pequeña cantidad del líquido amniótico que rodea el feto.
- Auscultación: Exploración de los sonidos que se producen en el interior de un organismo humano.
- Anemia: Síndrome que se caracteriza por la disminución anormal del número o tamaño de los glóbulos rojos que contiene la sangre o de su nivel de hemoglobina.

## **B**

- Blastocisto: Fase del desarrollo del embrión, equivalente a la blástula, que constituye una estructura celular compleja derivada de la mórula; está formada por una masa celular interna de la que se origina el embrión y de una capa periférica de células que formará la placenta.
- Bilobulada: Que tiene dos lóbulos.
- Blastómeros: Son un tipo de células embrionarias animales indiferenciados resultantes de la segmentación del cigoto después de la fecundación.
- Barbitúricos: Tipo de medicamento que causa una disminución de la actividad cerebral.
- Bacteriemias: Es la invasión del torrente circulatorio por microorganismos.
- Bradicardia: Es un descenso de la frecuencia cardíaca normal.

## **C**

- Catecolaminas: Son hormonas que se vierten al torrente sanguíneo
- Cardiopatías: Es una enfermedad progresiva del miocardio o músculo cardíaco.
- Cateterización: Introducción de un catéter, sonda o aguja en el interior de una estructura vascular o cavidad, comunicándose con el exterior.
- Colagenosis: Son enfermedades crónicas provocadas por alteraciones inmunológicas que cambian la estructura del tejido conectivo colágeno provocando distintos trastornos inflamatorios epiteliales, cuyas manifestaciones se reflejan en el sistema circulatorio, muscular, articular, óseo e incluso nervioso.
- Contracciones: Hace referencia a la acción y efecto de contraer o contraerse.

- Coriónica: Relativo a las vellosidades coriónicas, parte de la placenta que absorbe los nutrientes para el feto.
- Corticoides: se utilizan para tratar la artritis reumatoide, la enfermedad intestinal inflamatoria, el asma, las alergias y muchas otras afecciones. Estos medicamentos también ayudan a suprimir el sistema inmunitario para prevenir el rechazo de órganos en los receptores de trasplantes.
- Cloasma: Conjunto de manchas amarillentas de origen hormonal que generalmente aparecen en la piel de la cara.
- Cérvix: Parte inferior del útero, situada en el fondo de la vagina, flexible, delgada y de unos tres centímetros de longitud.
- Cardiotocografía: Es un método de evaluación fetal que registra simultáneamente la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas.
- Colestasis: Se define como la disminución o la ausencia del flujo normal de la bilis desde el hígado hasta el duodeno.
- Crioprecipitados: Cuando el plasma congelado se descongela lentamente, éste se separa en capas. Este plasma rico en factores coagulantes se denomina crioprecipitado
- Cigoto: Célula que resulta de la unión de las células sexuales masculina y femenina y a partir de la cual se desarrolla el embrión de un ser vivo.
- Citología: Parte de la biología que estudia la célula y sus funciones.
- Corion: Es una envoltura externa que recubre el embrión de la mayoría de los mamíferos y que colabora en la formación de la placenta
- Convicciones: Ideas religiosas, éticas o políticas en las que cree una persona.
- Citotrofoblasto: 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.

## D

- Delirio: Estado de alteración mental, generalmente provocado por una enfermedad o un trastorno, en el que se produce una gran excitación e intranquilidad, desorden de las ideas y alucinaciones.
- Diuresis: Secreción de orina.

- Doppler: Es una prueba no invasiva que calcula el flujo de la sangre en los vasos sanguíneos haciendo rebotar ondas sonoras de alta frecuencia
- Discoide: Que tiene forma redondeada, de disco o parecida a un disco.
- Dismenorrea: Menstruación difícil y dolorosa.
- Distocia: Parto lento, laborioso y difícil.
- Decidua: La parte que comprende desde la mucosa uterina superficial a su capa basal se desprende en cada menstruación

## E

- Endometritis: Es causada por una infección del útero.
- Etnia: Conjunto de personas que pertenecen a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.
- Ergóticos: Son un grupo de alcaloides naturales presentes en el hongo cornezuelo del centeno, aunque bajo esta denominación también se incluyen sus derivados sintéticos, entre los que figuran la ergotamina, la dihidroergotamina, la pergolida, la cabergolina, la bromocriptina y la lisurida.
- Endotelio: Se puede definir como una monocapa que separa los tejidos de la sangre.
- Ecografía: Técnica de exploración de los órganos internos del cuerpo que consiste en registrar el eco de ondas electromagnéticas o acústicas enviadas hacia el lugar que se examina.
- Eco sonograma: Es una prueba de diagnóstico por imagen que utiliza ondas sonoras (ultrasonido) para crear imágenes de órganos, tejidos y estructuras del interior del cuerpo.
- Endometrio: Es la capa que cubre por dentro el útero y cuya función es recibir al óvulo fecundado cuando se produce el embarazo
- Embrión: En los seres vivos de reproducción sexual, óvulo fecundado en las primeras etapas de su desarrollo.
- Ectodermo: Es una membrana que se crea en la gastrulación durante el desarrollo del embrión, para dar formación a estructuras del sistema nervioso, piel y a otras regiones importantes del cuerpo
- Especuloscopia: Consiste en la introducción de un espéculo en la vagina, que permite al examinador determinar la presencia de anomalías cervicales o vaginales.

- Embolia: Obstrucción de una vena o una arteria producida por un émbolo (coágulo sanguíneo, burbuja de aire, gota de grasa, cúmulo de bacterias, células tumorales, etc.) arrastrado por la sangre.
- Endocrinopatía: Es una enfermedad provocada por el aumento de la hormona cortisol por las glándulas suprarrenales.
- Equimosis: El sangrado dentro de la piel puede ocurrir a partir de vasos sanguíneos rotos que forman diminutos puntos rojos
- Eclampsia: Enfermedad que afecta a la mujer en el embarazo o el puerperio, que se caracteriza por convulsiones seguidas de un estado de coma; suele ir precedida de otras afecciones como hipertensión arterial, edemas o presencia de proteínas en la orina.
- Enterocolitis: Inflamación del intestino delgado y del colon.

## **F**

- Fístula: Conducto anormal que se abre en una cavidad orgánica y que comunica con el exterior o con otra cavidad.
- Fetoplacentario: Unidad funcional formada por el feto, la placenta y la madre.
- Fecundación: Fase de la reproducción sexual en la cual el elemento reproductor masculino se une con el femenino para iniciar el desarrollo de un nuevo ser.
- Feto: A partir del momento en que ha adquirido la conformación característica de la especie a que pertenece (en los humanos, a finales del tercer mes de gestación) hasta el nacimiento.

## **H**

- Holístico: Del todo o que considera algo como un todo.
- Hipoxemia: Es una disminución anormal de la presión parcial de oxígeno en la sangre arterial por debajo de 60 mmHg.
- Hematocrito: Volumen de glóbulos con relación al total de la sangre; se expresa de manera porcentual.
- Hipotermia: Disminución de la temperatura del cuerpo por debajo de lo normal.
- Hormona: Sustancia química producida por un órgano, o por parte de él, cuya función es la de regular la actividad de un tejido

- Hematoma: Mancha de la piel, de color azul amoratado, que se produce por la acumulación de sangre u otro líquido corporal, como consecuencia de un golpe, una fuerte ligadura u otras causas determinadas.
- Hemorragia: Salida de sangre de las arterias, venas o capilares por donde circula, especialmente cuando se produce en cantidades muy grandes.
- Hemograma: Descripción y número de las diversas clases de células que se encuentran en una cantidad determinada de sangre y de las proporciones entre ellas.
- Hemoglobinopatías: Es un grupo de trastornos en los cuales hay una estructura y producción anormal de la molécula de la hemoglobina.
- Histerorrafia: Sutura quirúrgica de las laceraciones e incisiones uterinas.
- Histología: Parte de la biología que estudia la composición, la estructura y las características de los tejidos orgánicos de los seres vivos.
- Histeroscopia: Es un procedimiento para examinar el cuello uterino y el útero

## I

- Implantación: Es un proceso complejo a través del cual el embrión se aproxima y se adhiere al endometrio al que finalmente lo invade; esto ocurre por lo general en el tercio superior de la pared posterior del útero.
- Intersticial: Que está en los intersticios de un tejido animal o vegetal.
- Ingurgitación: Es una acumulación de líquidos: líquidos, sangre, plasma
- Inspección: Significa observar la persona o la parte del cuerpo. Es el primer paso en un examen físico.
- Inmunoglobulina: Son proteínas de importancia vital que circulan en el torrente sanguíneo y realizan una amplia variedad de funciones.

## L

- Lipotimia: Pérdida repentina y pasajera del conocimiento que se produce por falta de riego sanguíneo en el cerebro.
- Legrado: Operación quirúrgica que consiste en raspar la superficie de ciertos tejidos, especialmente el útero o los huesos, para eliminar sustancias adheridas o para obtener muestras del tejido.

- Lividez: Es uno de los signos reconocibles de muerte y que se caracteriza por una coloración rojiza-amoratada de las partes declives del cuerpo debida a una acumulación de la sangre en esas zonas.

## M

- Morfológico: Se denomina la rama de una disciplina que se ocupa del estudio y la descripción de las formas externas de un objeto.
- Mola hidatiforme: O un embarazo molar, es el resultado de la fertilización anormal de un ovocito (óvulo).
- Matrona: Persona que tiene por oficio asistir a las mujeres en el parto.
- Mórula: Masa esférica de aspecto de mora que resulta de la primera segmentación del huevo fecundado al iniciarse el desarrollo embrionario.
- Metrorragia: Hemorragia uterina fuera del período menstrual.
- Mastalgia: Es el término médico para el dolor en los senos
- Menarquia: Aparición de la primera menstruación
- Melena: Signo clínico que indica una hemorragia digestiva por la presencia de deposiciones con sangre digerida.
- Miomectomía: Es un procedimiento quirúrgico para extirpar fibromas uterinos, llamados también "leiomiomas".
- Miometrio: Capa muscular exterior del útero. Anatomía del aparato reproductor femenino.

## N

- Neoplasia: Formación anormal en alguna parte del cuerpo de un tejido nuevo de carácter tumoral, benigno o maligno.
- Neovascularización: Desarrollo de los vasos sanguíneos nuevos.
- Nefropatía: Es una enfermedad que causa daño a los diminutos filtros que están dentro de los riñones
- Necrosis: Es la muerte del tejido corporal. Ocurre cuando muy poca sangre fluye al tejido.
- Narcóticos: Que produce sueño, relajación muscular y pérdida de la sensibilidad y la conciencia; puede ser natural o sintético.

## O

- Oliguria: Disminución anormal del volumen de orina emitida en 24 horas.
- Óbito: Muerte de una persona
- Oligohidramnios: Es un volumen deficiente de líquido amniótico

- Orificio cervical interno: Es un conducto por el que desemboca la vagina

## **P**

- Polihidramnios: Es la acumulación excesiva de líquido amniótico
- Pelvis: Cavidad del cuerpo de los vertebrados situada en la zona inferior del tronco y formada por el coxis, el sacro y los dos coxales; en ella se articulan las extremidades inferiores.
- Polaquiuria: Es la necesidad de orinar muchas veces durante el día o la noche
- Pedículo: Es un tallo o pedúnculo de tejido que conecta partes del cuerpo entre sí.
- Percusión: Es un método que consiste en dar golpecitos suaves en partes del cuerpo con los dedos, las manos o con pequeños instrumentos como parte de una exploración física.
- Prematuridad: Significa haber nacido antes de tiempo.
- Preeclampsia: Estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina y aumento excesivo de peso; puede preceder a una eclampsia.
- Pólipo: Masa de células que se forma y crece en los tejidos que cubren las membranas mucosas de algunas cavidades del cuerpo, como la nariz, la vagina, etc., y se sujeta a ellas por medio de un pedúnculo.
- Parametrio: Conjunto de estructuras que unen el útero a las paredes de la pelvis.
- Petequia: Pequeña mancha de color rojo vivo que aparece en la piel a causa de una hemorragia subcutánea.

## **R**

- Rubéola: Enfermedad infecciosa provocada por un virus que se caracteriza por la aparición de manchas rosadas en la piel, algo de fiebre y el aumento de tamaño de los ganglios del cuello.
- Rotura uterina: Es la complicación más grave de una prueba de trabajo de parto o después de una cesárea.
- Resonancia magnética: Es una técnica de imágenes médicas que utiliza un campo magnético y ondas de radio generadas por computadora para crear imágenes detalladas de los órganos y tejidos del cuerpo.

## **S**



- Sincitio: Es una célula con varios núcleos resultante de la fusión de varias células.
- Saco de Douglas: Es la parte más baja de la cavidad peritoneal de la mujer en la posición supina, es un punto común para la acumulación de sangre o secreciones producidas por ascitis, tumores, endometriosis, peritonitis u otras afecciones peritoneales.
- Shock: Es una afección potencialmente mortal que se presenta cuando el cuerpo no está recibiendo un flujo de sangre suficiente.
- Sepsis: Es la respuesta abrumadora y extrema de su cuerpo a una infección.
- Septicemia: Es causada por la respuesta abrumadora y potencialmente mortal del cuerpo a una infección y requiere una intervención rápida.
- Sialorrea: Definida como la pérdida involuntaria y pasiva de saliva desde la boca por dificultad para manejar secreciones orales, es un problema médico relevante que genera una importante discapacidad y dificulta el manejo del enfermo con déficit neurológico.
- Saco amniótico: Porción membranosa de la placenta que contiene al feto y al líquido amniótico
- Sincitrofoblasto: Es la capa más externa del trofoblasto embrionario, adosada al citotrofoblasto, cuya función es crear anticuerpos endometrio materno en el desarrollo de la circulación sanguínea.
- Serología: Es el estudio del suero sanguíneo

## T

- Transaminasa: Son enzimas que se producen en las células de distintas partes del cuerpo, sobre todo en el hígado, pero también en los músculos, los riñones, el corazón o el cerebro.
- Taquipnea: Consiste en un aumento de la frecuencia respiratoria por encima de los valores normales
- Traqueotomía: Es un orificio que se realiza quirúrgicamente en la parte delantera del cuello y en la tráquea.
- Trofoblasto: Es una capa delgada conformada por células que provee nutrientes a un embrión en desarrollo, ayuda a este último a adherirse a la pared del útero y además es parte de la placenta.

- Tiempo de protrombina: Es un examen de sangre que mide el tiempo que tarda la porción líquida de la sangre (plasma) en coagularse.
- Tejido: Son aquellos materiales biológicos constituidos por un conjunto complejo y organizado de células, de uno o de varios tipos, distribuidas regularmente con un comportamiento fisiológico coordinado y un origen embrionario común.
- Taquicardia: Es el término médico para una frecuencia cardíaca de más de 100 latidos por minuto
- Toxoplasmosis: Enfermedad causada por protozoos que se presenta en diversos mamíferos, aves y reptiles y puede contagiarse al ser humano por contacto con animales afectados, especialmente gatos, o por el consumo de verduras contaminadas con las deyecciones de estos.
- Toxoide tetánico: Es una neurotoxina modificada que induce la formación de una antitoxina protectora.
- Tocolisis: Es el procedimiento en el cual las pacientes reciben medicación para reducir la fuerza o la frecuencia de las contracciones, o ambas.
- Tromboembolismo: Es un trastorno que incluye trombosis venosa profunda y embolias pulmonares.
- Tiempo de coagulación: Es una prueba que mide la actividad global de la coagulación y es el tiempo desde que inicia la formación de fibrina hasta que el coágulo llega a su máxima firmeza.
- Trombocitopenia: Afección en la cual hay un número menor que el normal de plaquetas en la sangre. Puede llevar a sufrir de moretones con facilidad y a demasiado sangrado de las heridas, o al sangrado de las membranas mucosas y otros tejidos.
- Tétanos: Es una enfermedad grave causada por una toxina bacteriana que afecta el sistema nervioso y produce contracciones musculares dolorosas, especialmente en la mandíbula y los músculos del cuello.

## U

- Urea: Sustancia orgánica tóxica, resultante de la degradación de sustancias nitrogenadas en el organismo de muchas especies de mamíferos, que se expulsa a través de la orina y del sudor.
- Uterotónicos: Se definen como fármacos que producen una contracción uterina. Se pueden administrar de forma profiláctica o terapéutica

- Ulceración: Acción de ulcerar o ulcerarse.

## V

- Velloosidades coriónicas: Son células del citotrofoblasto que proliferan en la superficie externa del saco coriónico formando acúmulos celulares que se proyectan hacia el sincitiotrofoblasto, todo esto al final de la segunda semana.
- Vértigo: Sensación parecida al mareo que se produce cuando se ven las cosas desde una altura considerable o cuando se gira repetidamente.
- Vasculitis: Engloba un conjunto de enfermedades en el que la característica principal es la inflamación de los vasos sanguíneos
- Vacuna: Sustancia compuesta por una suspensión de microorganismos atenuados o muertos que se introduce en el organismo para prevenir y tratar determinadas enfermedades infecciosas; estimula la formación de anticuerpos con lo que se consigue una inmunización contra estas enfermedades.
- Vasodilatación: Aumento del calibre de un vaso por relajación de las fibras musculares

## Z

- Zona pelúcida: Capa de glucoproteína alrededor de un óvulo en desarrollo en el folículo ovárico.