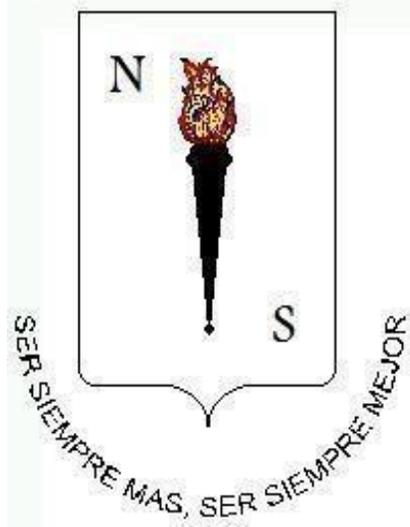


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 8722



TESIS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA MUJERES QUE PRESENTAN
ACRETISMO PLACENTARIO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ADRIANA SOLEDAD ZAPATA GARCÍA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. Y OBST. LETICIA MEZA ZAVALA

MORELIA MICHOACÁN 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis docentes y en especial a mi tutor por su ayuda, paciencia y dedicación.

Agradezco a Dios por permitirme tener a la familia que tengo, por permitirme entrar a esta escuela que me inspira a ser mejor cada día de mi vida.

Agradezco a mis padres que me enseñaron a jamás rendirme y siempre dar lo mejor de mí.

A mi familia por su gran apoyo cuando más los necesite.

Agradezco a esta escuela ya que en ella conocí a mis amigas que son parte clave en este transcurso de mi vida, ya que siempre estuvieron en cada momento a mi lado.

A mis amigas que sin importar nada permanecieron a mi lado en todo momento

DEDICATORIAS

A mi enorme Ángel que está en el cielo que siempre me apoyo sin pensarlo.

A mi mamá Adriana García Álvarez por su esfuerzo para que yo pudiera terminar mis estudios.

A mis hermanos Fernando y Leonardo por su apoyo. A mi familia por siempre estar presente.

A mis amigas que fueron un rayito de sol en mis momentos oscuros.

A esas personas inesperadas que aparecieron en el momento correcto y me dejaron grandes enseñanzas.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| ANTECEDENTES | 2 |
| Virginia Henderson | 2 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 3 |
| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 4 |
| OBJETIVOS | 5 |
| HIPÓTESIS | 6 |
| JUSTIFICACIÓN | 7 |
| CAPÍTULO I. Fisiología de la placenta | 8 |
| 1. Anatomía de la placenta. | 8 |
| 1.1 Cara materna | 9 |
| 1.2 Cara fetal | 9 |
| 1.3 Hemodinámica placentaria | 10 |
| 1.4 Funciones de la placenta | 11 |
| 1.5 Metabolismo placentario | 11 |
| 1.6 Endocrinología placentaria | 12 |
| 1.7 Gonadotropinas coriónicas | 12 |
| 1.8 Hormonas esteroideas | 12 |
| 1.9 Estrógenos | 13 |
| 1.10 Somatotropina | 13 |
| 1.11 Progesterona | 13 |
| 1.12 Transferencia placentaria | 13 |
| 1.12.1 Transporte activo y selectivo: | 14 |
| 1.13 Circulación materna/ fetal | 15 |
| 1.14 Cambios anatómicos después del nacimiento | 15 |
| 1.15 Fisiopatología de la placenta | 16 |
| 1.16 Cordón umbilical | 17 |
| 1.16.1 Forma | 17 |

| | |
|---|----|
| 1.16.2 Funciones ----- | 17 |
| 1.16.3 Problemas durante el parto ----- | 18 |
| 1.16.4 Corte del cordón umbilical----- | 19 |
| 1.16.5 Cuidados del cordón umbilical----- | 19 |
| CAPÍTULO II Acretismo placentario ----- | 21 |
| 2. Acretismo placentario ----- | 21 |
| 2.1 Epidemiología ----- | 21 |
| 2.2 Etiología ----- | 22 |
| 2.3 Complicaciones ----- | 22 |
| 2.4 Clasificación ----- | 23 |
| 2.5 Fisiopatología ----- | 24 |
| 2.6 Cuadro clínico ----- | 24 |
| CAPÍTULO III Método de diagnóstico ----- | 26 |
| 3. Métodos de diagnóstico ----- | 26 |
| 3.1 Diagnóstico ecográfico antenatal. ----- | 27 |
| 3.2 Pronóstico----- | 28 |
| CAPÍTULO IV. Tratamiento----- | 29 |
| 4. Tratamiento----- | 29 |
| 4.1 Placenta previa sin síntomas ----- | 29 |
| CAPÍTULO V. Procesos quirúrgicos para acretismo placentario ----- | 31 |
| 5. Cesárea en la placenta acreta ----- | 31 |
| 5.1 ¿En qué casos se realiza?----- | 31 |
| 5.2 Histerectomía ----- | 33 |
| 5.3 Técnica para la histerectomía peri parto----- | 34 |
| 5.4 Riesgos----- | 35 |
| 5.4.1 Menopausia temprana si se extirpan los ovarios ----- | 35 |
| CAPÍTULO VI. Complicaciones maternas ----- | 36 |
| 6. Complicaciones maternas ----- | 36 |
| 6.2 Anemia ferropénica ----- | 36 |
| 6.3 Deficiencia de vitamina B12. ----- | 37 |
| 6.4 Deficiencia de folato----- | 37 |

| | |
|--|----|
| 6.5 Síntomas de la anemia----- | 37 |
| 6.5.1 ¿Cómo se diagnostica la anemia? ----- | 38 |
| 6.6 Choque hipovolémico----- | 38 |
| 6.7 Complicaciones fetales ----- | 39 |
| 6.8 Presentaciones distócicas----- | 39 |
| 6.8.1 Actitud:----- | 39 |
| 6.8.2. Situación: ----- | 39 |
| 6.8.3 Presentación:----- | 40 |
| 6.8.4. Posición:----- | 40 |
| 6.9 Hemorragia fetal ----- | 40 |
| CAPITULO VII. Cuidados del personal de enfermería----- | 42 |
| Capítulo 7.NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. ----- | 42 |
| 7.1 Cuidado en Enfermería ----- | 42 |
| 7.3 Proceso de atención de Enfermería ----- | 45 |
| 7.4 Plan de cuidados NANDA NIC NOC ----- | 46 |
| ÁNÁLISIS DE DATOS----- | 48 |
| Método ----- | 48 |
| Variables ----- | 48 |
| CONCLUSIÓN ----- | 59 |
| SUGERENCIAS ----- | 60 |
| ANEXOS----- | 61 |
| Código de ética ----- | 64 |
| GLOSARIO ----- | 68 |
| BIBLIOGRAFÍAS----- | 76 |

INTRODUCCIÓN

La primera publicación de acretismo placentario data de 1937 por Irving y Herting, una revisión de 18 casos que describía clínicamente la adherencia anormal de la placenta a la pared uterina luego del parto e histológicamente como la ausencia parcial o completa de la decidua basal en la zona de inserción placentaria.

En 1960, se introdujo una clasificación histopatológica de acretismo placentario según el grado de invasión vellosa en el miometrio: Placenta acreta, cuando las vellosidades se adhieren al miometrio; placenta increta cuando las vellosidades invaden el miometrio; y placenta percreta cuando las vellosidades invaden todo el grosor del miometrio y a órganos aledaños. La falta de un plano de escisión entre la placa placentaria y la pared uterina conduce a una hemorragia profusa y la gravedad de las complicaciones varía de acuerdo con la profundidad de la invasión vellosa.

Esta investigación ayudara a toda persona saber más acerca de la patología que es el acretismo placentario, su cuadro clínico, factores de riesgo que pueden desencadenar el acretismo placentario, como diagnosticar esta patología para evitar la muerte materno-fetal. También se hablará de su clasificación.

También se hablará acerca de los cuidados de enfermería con las pacientes gestantes, el papel fundamental que tiene enfermería para que la gestante pueda estar en estado de salud tranquilo y cómodo mediante sus cuidados.

ANTECEDENTES

Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas y falleció el 19 de marzo de 1996 a la edad de 98 años. Desarrolló su interés por enfermería a partir de la Primera Guerra Mundial. Es ahí donde se destacó por asistir a sus semejantes. Estudió en ([Washington D. C. en 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército y Se graduó en 1921 y trabajó en Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York como enfermera visitadora. Interesada en la docencia e investigación profesional, realizó un máster y luego la especialización.

Sobre la teoría de Virginia Henderson

En 1955 revisó un libro de enfermería escrito por Bertha Harmer que había definido la enfermería en 1922 diciendo que la enfermería estaba para ayudar a la humanidad. Es en este año que Virginia Henderson Formuló una definición propia de la Enfermería. Esta definición fue un punto de partida esencial para que surgiera la enfermería como una Disciplina separada de la medicina. Es decir, Trabajó en definir la profesión y qué eran los cuidados de enfermería. Función propia de la enfermería

Para ella la enfermería es: Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible. La prioridad de la Enfermera es ayudar a las personas y sus familiares (que ella consideraba como una unidad). Por lo tanto, la enfermera es dueña de la atención. En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera.

(Fig. 1)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Describir cómo afecta la placenta accreta al feto y a la madre.

En la actualidad a pesar de la tecnología, muchas mujeres que están embarazadas, no saben que es la placenta accreta ni los daños que esta causa, sus riesgos y sus consecuencias.

Esta investigación es para crear un poco de conciencia en todas las personas no solo en mujeres que desean embarazarse.

No saben cuáles son los factores de riesgo que puede desencadenar esta patología.

Esta investigación también nos ayudara a comprender, si el personal de enfermería realmente está capacitado ante la presencia de una mujer embarazada que presenta placenta acreta, en cómo podemos ayudar a la madre gestante para que tenga los cuidados necesarios.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Saber si las mujeres embarazadas saben que es el acretismo placentario, y los cuidados necesarios para evitar el acretismo placentario?

OBJETIVOS

GENERAL

- Mostrar el efecto que tiene el acretismo placentario durante la gestación.

ESPECÍFICOS

- Enseñar la clasificación de los diferentes tipos de placenta
- Describir la forma en la que la placenta previa afecta al feto y a la madre.
- Mostrar los cuidados enfermeros necesarios

HIPÓTESIS

Teniendo mejor conocimiento las mujeres gestantes acerca de lo que es el acretismo placentario, sus factores de riesgo podrán tener los cuidados necesarios para tener un embarazo sin riesgo.

Si se le capacita a todo el personal de enfermería acerca de cómo lidiar con una situación que presente acretismo placentario se podrían evitar situaciones fatales durante el momento de alumbramiento.

JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se realizó para poder explicar a todas las mujeres gestantes y no gestantes acerca de que es el acretismo placentario, su etiología, factores de riesgo, mostrarles desde ¿Qué es el embarazo?, ¿Qué es la placenta previa?, las clasificaciones de la placenta previa.

En la actualidad las mujeres aún desconocen que es la placenta previa ya que no reciben la información acerca de la educación sexual en su vida, ni saben el gran riesgo que este implica padecerla. No sabrían reconocer los síntomas ni signos para poder estabilizar a la mujer gestante.

La placenta previa tiene algunas clasificaciones y cada una de ellas cuenta con un cuadro clínico parecido así que en esta investigación se tratara de describir un poco de cada una de ellas para que así puedan reconocer si llegan a presentar alguna de ellas. Deben de conocer el factor de riesgo que puede desarrollar la mujer durante la gestación, en ocasiones es la edad, la genética la raza la condición geográfica.

La placenta accreta es una afección grave ocurre durante el embarazo cuando la placenta se adhiere profundamente a las paredes uterinas. Regularmente la placenta se desprende de la pared uterina luego de la concepción del bebé. En la placenta accreta una parte de la placenta o su totalidad permanece unida al útero.

Por eso el personal de enfermería debe estar completamente capacitado para poder ayudar tanto a la madre como al bebé al momento del alumbramiento para que estén a salvo.

CAPÍTULO I. Fisiología de la placenta

1. Anatomía de la placenta.

La placenta humana es de tipo vellosa hemocorial y corioalantoidea, ya que las vellosidades coriónicas se encuentran rodeadas de sangre materna y vasos vellosarios derivan de la circulación alantoidea fetal. La placenta se encuentra perfectamente bien delimitada a partir del tercer mes y va creciendo en forma proporcional al crecimiento uterino. Le corresponde 25 a 30% de la superficie interna del útero.

(HÉCTOR MONTAGRÓN CASTRO, 2007)

La placenta se desarrolla en el útero durante el embarazo en la parte superior o lateral del útero, la placenta brinda oxígeno y nutrientes al bebé durante su desarrollo, la placenta se une a la pared del útero y de ahí surge el Cordón umbilical del bebé. (Fig. 2)

En el primer trimestre ocupa hasta 80% de la cavidad endometrial, por lo que en el estudio del ultrasonido se describe un gran número de placentas bajas cercanas al orificio interno, asunto que se modifica a medida que avanza el embarazo. A este proceso se le llama como migración placentaria y ocurre al integrarse el segmento inferior del útero.

(HÉCTOR MONTAGRÓN CASTRO, 2007)

Al término del embarazo, la placenta la cual tiene forma de disco, mide 20 cm de diámetro y 3 cm de espesor. Su peso aproximadamente es de 500g. El disco placentario tiene una cara que está en contacto con la decidua uterina, llamada cara materna y otra que está recubierta por el amnios llamada cara fetal.

(HÉCTOR MONTAGRÓN CASTRO, 2007)

El dolor de las contracciones uterinas para alumbrar la placenta es leve, incluso muchas madres por la emoción del momento de ver a su bebé por primera vez, ni

las notan. El alumbramiento de la placenta dura entre 10 y 30 minutos, pero puede incluso alcanzar la hora. Con él, el parto termina clínicamente. A continuación, el útero comienza a contraerse, ahora para reducir su tamaño y cerrar la herida que la placenta dejó en la pared del útero al desprenderse. Así comienza el puerperio, más conocido como cuarentena.

1.1 Cara materna

Esta cara presenta el aspecto rugoso, ya que posee de 20 a 25 sectores llamados cotiledones, divididos a su vez entre 80 y 100 subcotiledones, los cuales se encuentran separados entre sí por tabiques deciduales de origen mixto (materno y fetal) llamados tabiques intercotiledones y constituidos por trofoblasto y de decidua. Sobre la superficie de los cotiledones, aspecto granular, se aprecian múltiples laceraciones que corresponden a vasos maternos, los cuales se rompen al despegarse.

(HÉCTOR MONTAGRÓN CASTRO, 2007)

Es la que mira hacia el útero, es de superficie rugosa por los cotiledones (que son la utilidad funcional de la placenta), es de color rojo, en cada cotiledón existen orificios de .5 a 2mm de diámetro. Formada por la decidua basal.

1.2 Cara fetal

Es lisa por su recubrimiento amniótico, debajo del cual se aprecian vasos de grueso calibre, las arterias y venas coriónicas que convergen hacia el cordón umbilical.

(HÉCTOR MONTAGRÓN CASTRO, 2007)

Mira hacia la cavidad amniótica, tiene un color azul acerado. Es donde se inserta el cordón umbilical y la superficie es lisa por el amnios formado por el corion velloso.

1.3 Hemodinámica placentaria

La sangre materna, procedente de las arterias uterinas, se distribuye en el espesor del miometrio hasta llegar a las arteriolas espirales de la decidua. La sangre tiene una presión de 70mm Hg, considerablemente mayor que la del espacio intervelloso (10 mm Hg), por lo que pasa al interior de este espacio y se distribuye en forma de chorros de vapor. La totalidad de la superficie de las vellosidades coriónicas al circular entre las arborizaciones y volver a la placa decidual, en donde es captada por las venas uterinas, las cuales tienen una presión menor. Desde el punto de vista de la circulación fetal, la sangre llega a la placenta por las dos arterias umbilicales que provienen de las arterias iliacas del feto y se ramifican en el interior de las arborescencias que constituyen las vellosidades coriónicas hasta llegar a la parte más delgada de las mismas; de aquí regresan las venas y se van uniendo hasta formar la vena umbilical, la cual desemboca en la vena cava inferior del feto.

(HÉCTOR MONTAGRÓN CASTRO, 2007)

La circulación útero-placentaria es un sistema hemocorioendotelial, que quiere decir que, la sangre materna baña directamente el sincitiotrofoblasto, sin embargo, la sangre fetal está separada de la materna por el endotelio de los capilares que recorren los espacios intervellosos. Es a nivel de las cámaras intervellosas en donde la sangre proveniente del feto descarga su bióxido de carbono, agua, urea, hormonas y productos del catabolismo fetal, al mismo tiempo que se provee de oxígeno, agua y electrolitos, glúcidos, lípidos, proteínas, vitaminas, hormonas y anticuerpos. Esta parte constituye la mal llamada barrera placentaria, ya que en casos anormales también deja pasar algunos virus y medicamentos provenientes de la sangre materna.

(HÉCTOR MONTAGRÓN CASTRO, 2007)

1.4 Funciones de la placenta

Las funciones de la placenta son las siguientes:

- Producción de hormonas placentarias.
- Acción de barrera inmunológica.
- Intercambio gaseoso y nutricional.
- Participación en la excreción de productos del catabolismo fetal.
- Termorregulación.

(HÉCTOR MONTAGRÓN CASTRO, 2007)

1.5 Metabolismo placentario

El metabolismo placentario es el siguiente:

- Sistema glucolítico
- Tiene un sistema activo de glucosa-6- fosfato para producir glucosa. Sintetiza glucógeno en presencia de insulina el cual puede transformarse en glucosa cuando el feto lo requiere.
- Producción de ácidos grasos y esteroides a partir de la acetil-coenzima A.
- Incorpora ácidos grasos y triglicéridos maternos para convertirlos en ácidos grasos libres que contribuyen al crecimiento fetal.

(HÉCTOR MONTAGRÓN CASTRO, 2007)

1.6 Endocrinología placentaria

La placenta desde su fase inicial de trofoblasto, tienen una función endocrina importante ya que produce varias hormonas: gonadotropinas coriónicas y hormonas esteroideas.

1.7 Gonadotropinas coriónicas

Se producen especialmente en el sincitiotrofoblasto, alcanzan su valor máximo entre los 60 y 70 días de embarazo y descienden de manera muy rápida hasta desaparecer casi del todo después de 120 días.

Poseen dos subunidades alfa y beta, siendo esta última la que proporciona la especificidad hormonal.

Las gonadotropinas prolongan la función del cuerpo amarillo (acción luteoestimulante y luteotrófica) con lo que se asegura la permanencia del embarazo; este hecho tiene gran importancia en la síntesis proteica de la placenta. La dosificación de gonadotropinas sirve para efectuar el diagnóstico del embarazo y valorar la vitalidad ovular en el primer trimestre. La dosificación de gonadotropinas sirve para efectuar el diagnóstico del embarazo y valorar la vitalidad ovular en el primer trimestre del mismo.

(HÉCTOR MONTAGRÓN CASTRO, 2007).

1.8 Hormonas esteroideas

Se producen en el sincitiotrofoblasto y están constituidas por los estrógenos, la mamotropina y tirotropina coriónicas humanas y la glucoproteína o globulina 1, específica del embarazo, que guarda relación con el sexo del producto (mayor en varones), así como hormonas como la progesterona, estrona y estradiol.

(HÉCTOR MONTAGRÓN CASTRO, 2007)

1.9 Estrógenos

La placenta no puede producir esta hormona directamente a partir del acetato o del colesterol, sino que requiere de la presencia de sustancias precursoras producidas en el feto. Por este acontecimiento Diczfaluzi considera que el feto y la placenta funcionan como un todo y los denomina unidad feto placentaria.

El feto produce la 17 - α - hidroxideshidroepiandrosterona; la placenta convierte dicha sustancia en estrona y estradiol, el cual, a través de los tejidos fetales origina el estriol que pasa a la circulación materna y es eliminado por la orina. Las cifras ascendentes durante el embarazo indican su evolución normal y la presencia de un feto íntegro y si hay un descenso de esta hormona durante el embarazo tiene un mal pronóstico.

(HÉCTOR MONTAGRÓN CASTRO, 2007).

1.10 Somatotropina

Esta aumentada de 1mg/ ml hasta 6 a 7 mg/ ml al término de la gestación.

1.11 Progesterona

La placenta sintetiza la progesterona a partir del colesterol de la circulación materna; se eleva de 5 a 10 ng /ml hasta 150 ng/ ml. La producción de esta hormona es progresiva durante el embarazo.

(HÉCTOR MONTAGRÓN CASTRO, 2007)

1.12 Transferencia placentaria

La placenta constituye una barrera entre el feto y la madre, ya que cuenta con un revestimiento provisto de cuatro capas celulares:

- Revestimiento endotelial de los vasos fetales.
- Tejido conectivo de las vellosidades coriónicas. (esta capa se adelgaza a partir del cuarto mes).
- Cito trofoblasto. (Permanece hasta el 4º. Mes y aumenta el índice de recambio).
- Sinciciotrofoblasto.

El intercambio normal de la placenta comprende, por un lado, el suministro de oxígeno, aminoácidos, minerales, vitaminas y otros materiales anabólicos al feto, y por la otra, la liberación de CO₂ y de diversos productos del catabolismo fetal. Estos elementos nutricios depositados en el espacio intervelloso son transferidos al feto por medio de dos mecanismos:

- Mediante difusión simple, donde las sustancias que se encuentran en un área de mayor concentración pasan a otra de menor concentración.
- Mediante difusión facilitada, donde intervienen principios físicos y químicos en la estructura molecular de las sustancias, las cuales pasan a través de la placenta.

1.12.1 Transporte activo y selectivo:

- Implica actividad propia de la membrana por la participación de sistemas enzimáticos.
- También implica actividad propia de la membrana por el fenómeno de pinocitosis, el cual obedece a la presencia de invaginaciones microscópicas de las vellosidades coriónicas y asegura la nutrición del trofoblasto. La existencia de fago lisosomas explica la presencia de moléculas diversas o gotitas de plasma.

En el feto, las vellosidades coriónicas y el espacio intervelloso desempeñan conjuntamente las funciones de los pulmones, del aparato digestivo y los riñones.

Es por eso que la mal llamada “barrera placentaria” no solo permite el paso de sustancias.

(HÉCTOR MONTAGRÓN CASTRO, 2007).

1.13 Circulación materna/ fetal

El oxígeno y los nutrientes de la sangre de la madre se transfieren al feto mediante la placenta. 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. (Fig.3).

(STANFORD, CIRCULACIÓN FETAL, 2022)

La vena cava superior y seno venoso coronario recogen toda la sangre desoxigenada proveniente del resto del organismo, pasando a la aurícula derecha y ventrículo derecho, llegando a la arteria pulmonar y, a través del ducto arterioso pasará a aorta, pasando de nuevo al resto del cuerpo.

El cordón umbilical presenta dos arterias y una vena que podemos distinguir fácilmente en el neonato a partir de su tamaño y características de su pared. Todos nacemos con: 2 arterias de menor calibre y 1 vena de mayor diámetro.

(FORTUNY, 2019).

1.14 Cambios anatómicos después del nacimiento

Después del nacimiento, se producen los siguientes cambios:

- Antes de los 3 meses de vida: cierre del foramen oval interauricular, formando un tabique interauricular completo.
- A las 10-15 horas de vida: cierre del ducto, pasando a ser el ligamento arterioso.
- Cierre del conducto venoso de Arancio pasando a ser el ligamento venoso y obliteración de los vasos umbilicales.

(Fortuny, 2019)

1.15 Fisiopatología de la placenta

La placenta es el órgano que une de forma directa y funcional al bebé en gestación con su madre. Se forma a partir de las células del feto, se adhiere al útero de la madre y se conecta con el cordón umbilical.

Permitiendo distintas funciones, como el intercambio de nutrientes de la sangre materna a la fetal, la oxigenación, producción de hormonas, funciones metabólicas, excretora eliminando sustancias de deshecho o tóxicas al feto, entre otras.

Anomalías de la placenta: hay ocasiones, en que la placenta puede presentar anomalías que alteran su composición y forma, poniendo en riesgo la formación o desarrollo del bebé en el embarazo, problemas en el parto, puerperio o para un próximo embarazo en la madre. A continuación, presentaremos las más comunes: desprendimiento de placenta, placenta previa y placenta acreta.

La placenta debe implantarse en el fondo superior del útero, pero hay ocasiones en que lo hace más abajo, generando complicaciones, esto se denomina “placenta previa”, ya que se implanta total o parcialmente en la parte inferior del útero, obstruyendo el orificio cervical interno, el cual posteriormente debe dilatarse para la salida del bebé.

- Cuando lo cubre totalmente se le llama placenta previa central total.
- Cuando cubre sólo una parte se le llama previa parcial o marginal.
- Se comienza a notar en la segunda mitad del embarazo, ya que aquí el cuello comienza a tener modificaciones (borramiento, dilatación, etc.) y al ocurrir en este sitio donde se insertó, se rompen vasos sanguíneos o despegamiento placentario que pueden llevar a hemorragias.

(MOMMY, 2019)

1.16 Cordón umbilical

Es el cordón que une al feto a la placenta y a través de él intercambia sustancias nutritivas, así como sangre rica en oxígeno. El cordón umbilical se mantiene durante toda la gestación hasta el momento del nacimiento, en el que se corta y deja una cicatriz permanente, el ombligo. (Fig.4)

(CUIDATE PLUS, 2016)

1.16.1 Forma

La medida del cordón umbilical es de aproximadamente 50 centímetros de longitud y contiene dos arterias principales que provienen del bebé y una vena que procede de la placenta. Todo ello es rodeado por una sustancia gelatinosa que se conoce como Gelatina de Wharton, formada por distintas células.

En ocasiones, el cordón umbilical sólo tiene una arteria, lo que puede suponer un menor peso del bebé cuando nazca o a la aparición de problemas en los sistemas nervioso, renal o cardiovascular. Es aun así un hecho muy poco frecuente, con una probabilidad menor al uno por ciento.

(CUIDATE PLUS, 2016).

1.16.2 Funciones

- Actuar como la única vía para que el bebé se alimente transportando los nutrientes que le pasa la madre a través de la placenta.
- Transportar sangre con altos niveles de oxígeno.
- Trasladar al feto los anticuerpos de la madre para ayudarlo a formar su propio sistema inmunológico.
- Expulsar el dióxido de carbono que se desecha de la respiración y los residuos de la alimentación del bebé.

- También se encarga de eliminar los residuos y el CO₂, pues es el encargado de expulsar tanto el dióxido de carbono producido por la respiración y los residuos de la alimentación.

En el último trimestre del embarazo, el cordón umbilical también proporciona la transmisión de anticuerpos de la madre al feto. De esta forma, el cordón umbilical se encarga de proporcionar los anticuerpos para que el feto vaya formando su propio sistema inmunológico. El cordón umbilical y las células madre están muy relacionados ya que el cordón umbilical está compuesto por células madre. Este tipo de células puede convertirse en cualquier tipo de células para el organismo, por lo que son muy utilizadas en tratamientos de ciertas enfermedades, como puede ser la leucemia infantil o lesiones en la médula espinal. Es por lo que en muchas ocasiones se opta por la donación del cordón umbilical. Otra de las funciones del cordón umbilical muy relacionada con esta última función, es que a través del cordón umbilical se pueden diagnosticar determinadas patologías y prevenirlas.

(SÁNCHEZ, 2022)

1.16.3 Problemas durante el parto

Se pueden dar complicaciones en el parto relacionadas con el cordón umbilical que requieren la intervención para evitar daños en el bebé:

- Prolapso del cordón: En ocasiones el cordón umbilical sale del útero antes que el bebé, limitando el oxígeno y nutrientes que está suministrando hasta el momento del nacimiento y el corte. En estos casos, se recomienda llevar a cabo una cesárea.
- Enroscamiento del cordón: El cordón puede quedarse enrollando en alguna parte del cuerpo del feto mientras este se gesta en el útero. El método para solucionarlo suele ser la propia intervención manual del médico. Si el enroscamiento se da en el cuello se denomina cordón nuchal y precisa de cesárea.

La obstrucción en el cordón umbilical provoca lo que se conoce como sufrimiento fetal agudo o diestrés fetal. Los síntomas de este problema son una disminución en el movimiento del feto o las variaciones en su frecuencia cardiaca. Si no se trata a tiempo, puede causar la aparición de lesiones permanentes o la muerte del bebé.

1.16.4 Corte del cordón umbilical

Lo recomendado por los expertos es que el cordón se separe del bebé en un plazo de uno a tres minutos tras el parto. Este proceso se llama pinzamiento y corte tardío. Dentro de este plazo se intenta siempre retrasar el corte lo máximo posible, pues de esta forma se consigue mejorar la dotación de hierro en el bebé hasta los seis meses de vida.

Una vez que ha sido cortado, quedará un pequeño bulto gris en el lugar del corte, que al cabo de dos semanas caerá de forma natural, dejando como única marca el ombligo. Los cuidados de esta zona hasta que se caiga son muy importantes, pues de llevarse a cabo de forma incorrecta puede causar infecciones. Por ejemplo, debe evitarse sumergir la tripa del bebé en agua.

(CUIDATE PLUS, 2016)

1.16.5 Cuidados del cordón umbilical

Cuando el bebé nace, se corta el cordón umbilical y queda un muñón. El muñón debe secarse y caer cuando el bebé tiene de 5 a 15 días de edad. Mantenga el muñón limpio con gasas y agua solamente. Bañe también el resto de su bebé con esponja. No lo ponga en una tina con agua hasta que el muñón haya caído.

- Deje que el cordón se caiga de manera natural. No trate de halarlo, ni siquiera si sólo pende de un hilo.
- Vigile el muñón del cordón umbilical por si hay infección. Esto no ocurre con frecuencia, pero si pasa, la infección puede diseminarse con rapidez.

Los signos de una infección local en el muñón incluyen:

- Secreción amarillenta y mal oliente del muñón
- Enrojecimiento, hinchazón o sensibilidad de la piel alrededor del muñón
- Alimentación deficiente
- Fiebre de 100.4°F (38°C) o superior
- Letargo
- Tono muscular deficiente y flácido

Si el muñón del cordón se jala demasiado pronto, se podría iniciar un sangrado activo, lo cual significa que cada vez que se limpia una gota de sangre, aparece otra. Si el muñón del cordón sigue sangrando, llame al proveedor de su bebé de inmediato.

Algunas veces, en lugar de secarse por completo, el cordón formará tejido cicatricial rosado, llamado granuloma. Este granuloma drena un líquido amarillento y claro. Esto con frecuencia desaparece en alrededor de una semana. Si no lo hace, llame al proveedor de su bebé. Si el muñón del bebé no ha caído en 4 semanas (y más probablemente mucho antes), llame al proveedor de su bebé. Puede haber un problema con la anatomía o el sistema inmunitario del bebé.

(MEDLINE PLUS, 2022)

CAPÍTULO II Acretismo placentario

2. Acretismo placentario

EL acretismo placentario es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anormalidad de la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio. El término “acreta” se usa cuando la adhesión anormal de la placenta ocurre solo en la capa más superficial de la pared del útero. Cuando la placenta invade el músculo de la pared uterina se llama “increta” y, cuando la invasión compromete la totalidad de la pared uterina, llegando hasta la superficie externa del útero, se hace referencia a una placenta “percreta”. (Fig. 5)

La placenta acreta es una placenta anormalmente adherente que produce una postergación del alumbramiento. La función placentaria es normal, pero la invasión trofoblástica se extiende más allá del límite normal (llamado plano de Nitabuch).

(MSD, MANUAL, S.F.)

Es la inserción anormal del parto o de toda la placenta con ausencia total o parcial de decidua basal y anormalidad de la capa celular de NITABUCH con penetración de las vellosidades coriales al miometrio. (Fig. 5 a).

2.1 Epidemiología

El espectro de placenta acreta es un fenómeno poco común del embarazo cuya incidencia ha aumentado considerablemente con el tiempo y se caracteriza por el anclaje anormal de las vellosidades coriónicas al miometrio, lo que aumenta la morbimortalidad materna durante la resolución quirúrgica. Según las capas uterinas comprometidas, se clasificarán en placenta accreta (contacta con el miometrio), increta (penetra en el miometrio) y percreta (compromete todo el miometrio y/o posiblemente órganos adyacentes).

El desarrollo de acretismo se ha relacionado principalmente con el daño quirúrgico que altera la integridad del endometrio y del miometrio.

(ACRETISMO PLACENTARIO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, 2019)

2.2 Etiología

El principal factor de riesgo para la placenta accreta es

- Cirugía uterina previa

Otros factores de riesgo incluyen los siguientes:

- Edad materna > 35
- Multiparidad (el riesgo aumenta a medida que se incrementa la paridad)
- Miomas submucosos
- Cirugía uterina previa, incluso la miomectomía
- Lesiones endometriales como el síndrome de Asherman (MSD, 2020)

2.3 Complicaciones

La placenta adherida puede causar lo siguiente:

- Sangrado vaginal abundante. La placenta adherida representa un riesgo importante de sangrado vaginal grave (hemorragia) después del parto. El sangrado puede causar un trastorno potencialmente mortal que evita que la sangre se coagule normalmente (coagulo Patía intravascular diseminada), así como insuficiencia pulmonar (síndrome de dificultad respiratoria en adultos) e insuficiencia renal. Probablemente será necesaria una transfusión de sangre.

- Nacimiento prematuro. La placenta adherida puede hacer que el parto comience anticipadamente. Si la placenta adherida causa sangrado durante el embarazo, es posible que debas adelantar el parto.

(MAYO CLINIC, 2022)

El sangrado con frecuencia se presenta a medida que la parte inferior del útero se afina durante el tercer trimestre del embarazo. Esto provoca el sangrado de la zona de la placenta que está sobre el cuello uterino. El riesgo de sangrado es más alto si una parte grande de la placenta cubre el cuello del útero. Otras posibles complicaciones incluyen:

- La placenta no se adhiere al útero como debería.
- El crecimiento de su bebé en el útero se hace lento. Defectos de nacimiento.

(STANFORD, PLACENTA PREVIA, 2022)

2.4 Clasificación

Existen tres variedades de adherencia anormal de la placenta:

- Placenta acreta: es la adherencia anormal de una parte o de la totalidad de la placenta a la pared uterina, sin que las vellosidades coriales penetren el miometrio.
- Placenta increta: las vellosidades coriales penetran el miometrio.
- Placenta percreta: es la penetración de los elementos coriales hasta sobrepasar la serosa del útero, pudiendo alcanzar órganos vecinos. (Fig. 6)

(PERÚ, 2020)

2.5 Fisiopatología

Se piensa que el acretismo placentario es debido a una ausencia o deficiencia de la capa de Nitabuch, que es una capa de fibrina que se ubica entre la decidua basal y el corion frondoso. Be-nirschke y Kaufman, sugieren que esta situación es consecuencia de una falla en la reconstitución del endometrio/decidua basal, especialmente después de la reparación de una operación cesárea.

(ACRETISMO PLACENTARIO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, 2019)

2.6 Cuadro clínico

Entre el 70% y el 80% de los casos, la placenta previa se presenta como:

- Un sangrado vaginal repentino e indoloro de sangre roja y líquida.

La embarazada se encuentra “húmeda” repentinamente y piensa que ha tenido una rotura de la bolsa de las aguas; al tratar de comprobarlo encuentra que el líquido es sangre.

- Entre un 10% y un 20% de los casos se producen además contracciones uterinas dolorosas.
- Un 10% de pacientes con placenta previa no experimenta sangrado vaginal ni ningún otro síntoma.
- Existe tendencia a que el sangrado se interrumpa espontáneamente, con la ayuda del reposo.
- Sin embargo, lo habitual es que comience de nuevo días o semanas después con sangrados mayores e intervalos cada vez más cortos.
- Cuanto antes se produzca la primera hemorragia, peor será el pronóstico.
- En una tercera parte de los casos el sangrado se produce antes de la semana 30 de la gestación; este grupo es el que tiene mayor riesgo de necesitar

transfusiones sanguíneas, de sufrir partos prematuros y de mayor mortalidad perinatal.

- Otro tercio de las pacientes sangran por primera vez entre las semanas 30 y 36 de la gestación, y el resto lo hace después de la semana 36.

(MÉDICA, 2004)

CAPÍTULO III Método de diagnóstico

3. Métodos de diagnóstico

Su médico le preguntará sobre sus antecedentes de salud. También le realizará un examen físico. La placenta previa se diagnostica mediante una ecografía, ya sea durante una consulta prenatal de rutina o después de un episodio de sangrado vaginal. La mayoría de los casos de placenta previa se diagnostican durante una ecografía en el segundo trimestre.

(STANFORD, PLACENTA PREVIA, 2022)

Un diagnóstico podría requerir una combinación de ecografía abdominal y ecografía transvaginal, que se realiza con un dispositivo con forma de varilla que se coloca en el interior de la vagina. El proveedor de atención médica tendrá cuidado con la posición del transductor en la vagina para no romper la placenta ni causar sangrado.

(MÉDICA, 2004)

- Ecografía para mujeres en riesgo

La evaluación cabal de la interface uteroplacentaria mediante ecografía (transvaginal o transabdominal) está justificada en mujeres en riesgo; puede realizarse periódicamente, comenzando entre las 20 a 24 semanas de gestación. Si la ecografía modo B (en escala de grises) no es concluyente, los estudios de RM y de flujo Doppler pueden ayudar.

Durante el parto, se sospecha placenta accreta si

- La placenta no ha sido expulsada a los 30 minutos de la salida del bebé.
- Los intentos de extracción manual no pueden crear un plano de separación.
- La tracción de la placenta causa hemorragia de gran volumen.

Cuando se sospecha una placenta accreta, se requiere una laparotomía con preparación para una hemorragia de gran volumen.

(MSD, 2020).

3.1 Diagnóstico ecográfico antenatal.

Hoy, gracias al mejor entendimiento y conocimiento de los factores de riesgo y al mejoramiento de las pruebas diagnósticas, la mayoría de los casos de placenta accreta puede y deben ser diagnosticados durante el embarazo. El diagnóstico temprano, hace posible la preparación adecuada y correcta para el momento del parto y sus complicaciones. La valoración de la morfología y localización placentaria es parte de la evaluación ultrasonográfica obstétrica de rutina, lo cual permite el diagnóstico antenatal de localización anormal de la placenta; es aquí que, sobre todo, frente a una localización anormal (Ej. Placenta previa) o frente a factores de riesgo, se debe dirigir los métodos diagnósticos disponibles (ecografía, RMN, o ambas) para confirmar o descartar un trastorno adherencia de la placenta.

Finberg y Williams fueron los que formularon los criterios ultrasonográficos de placenta accreta que incluyen:

- 1.- Pérdida o adelgazamiento de la zona hipoecogénica miometral retro placentaria normal menor a 2 mm de espesor.
- 2.- Adelgazamiento o disrupción de la interface seroso hiperecogénico, entre el útero y la vejiga.
- 3.- Masa focal exofítica o extensión de la placenta a través del miometrio, fuera del cuerpo uterino.
- 4.- Presencia de numerosos lagos vasculares intraplacentarios, como criterio de riesgo adicional para placenta accreta.

3.2 Pronóstico

La placenta accreta ha sido tradicionalmente un factor de riesgo de mortalidad materna, pero en las últimas décadas la mortalidad por placenta accreta ha disminuido del 9,5% a ser menor del 1%.

El grado más severo de placenta accreta es la placenta percreta en que el tejido de la placenta atraviesa totalmente la pared del útero y puede llegar a invadir los órganos vecinos como la vejiga de la orina. En estos casos además de un riesgo de mortalidad sobre el 7%.

La hemorragia excesiva producida por la placenta mal insertada suele llevar a la necesidad de transfusión sanguínea. Si la placenta es percreta puede obligar a una cirugía es que se deban reconstruir los órganos afectados como la vejiga de la orina, con la consecuente posible afectación de estos órganos de forma definitiva. (MAFPRE, 2022).

CAPÍTULO IV. Tratamiento

4. Tratamiento

Si el Doctor piensa que tienes placenta accreta, trabajará contigo para elaborar un plan de parto seguro para el bebé. Si la placenta accreta es extensa, quizás sea necesario hacer una cesárea seguida de la extirpación quirúrgica del útero (histerectomía). Este procedimiento, también llamado histerectomía post cesárea, ayuda a evitar la pérdida de sangre potencialmente mortal que se produce si se intenta separar la placenta. Si tienes sangrado vaginal durante el tercer trimestre, el Doctor quizás recomiende descanso pélvico u hospitalización.

4.1 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.

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.

(CLINIC, PLACENTA ADHERIDA, 2022)

CAPÍTULO V. Procesos quirúrgicos para acretismo placentario

5. Cesárea en la placenta acreta

Es una intervención quirúrgica en la cual se realiza una incisión en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés.

En un parto por cesárea se realiza una incisión en la piel y en el útero en la región baja del abdomen de la madre. La incisión en la piel puede ser vertical (longitudinal) o transversa (horizontal), y la incisión en el útero puede ser vertical o transversa. Una incisión transversa se extiende a través de la línea del vello púbico, mientras que una incisión vertical se extiende desde el ombligo hasta la línea del vello púbico. Se utiliza con mayor frecuencia la incisión uterina transversa, ya que sana bien y hay menos sangrado. Las incisiones uterinas transversas también aumentan la probabilidad de un parto vaginal en un futuro embarazo. Sin embargo, el tipo de incisión dependerá de las condiciones de la madre y del feto. (Fig. 7)

(ALEMÁN, 2022)

5.1 ¿En qué casos se realiza?

- Obstrucciones del canal pelvi genital por tumores benignos (fibromas) o malignos (cáncer del cuello uterino).
- Enfermedades severas, a saber: hipertensión grave e irreductible, que pone en riesgo la vida materna, eclampsia (convulsiones en el parto), enfermedades pulmonar o renal severas, secuelas de una antigua diabetes sin tratamiento que produzca un bebé muy grande y débil.
- Falta de contracciones uterinas o exceso de ellas, que no responden al tratamiento con medicación, embarazo que se prolongue más allá de las 42

semanas de gestación y no responda a la inducción o provocación del parto.
Infecciones activas por herpes virus, con localización genital.

- Anormalidad en la posición del feto (niño atravesado en la pelvis de la madre).
- Primer bebé en presentación pelviana, tanto en gemelares como en parto único.
- Presentación de frente o de cara (con la cabeza doblada hacia atrás).
- Gigantismo del feto (peso estimado en 4.500 gramos o más) que pueda producir al momento de nacer un traumatismo de su hombro con consecuente parálisis del miembro superior.
- Presencia de anomalías o tumores fetales que dificulten el nacimiento.
- Prematurez por rotura prematura de las membranas.
- Retardo del crecimiento dentro del útero.
- La muerte fetal habitual, previa al nacimiento en partos anteriores.
- Placenta previa (la placenta se sitúa delante del niño).
- Desprendimiento de la placenta de su lugar de inserción previo al parto.
- Envejecimiento de la placenta, hemorragias e infartos.
- El diagnóstico ecográfico de inserción anormal de la misma, llamado «Acretismo placentario».
- Circulares del cordón «ajustadas» al cuello fetal, brevedad real del cordón, nudo real del mismo, alteraciones en su inserción en la placenta. Cada una de estas alteraciones y/o la combinación entre ellas o con otras varias enfermedades, conducen al «sufrimiento fetal».
- La presencia de «cicatrices de operaciones previas» (varias cesáreas anteriores o cirugías uterinas previas al embarazo en los dos años previos) y antecedentes

de rotura uterina, son condicionantes de graves daños maternos, con hemorragias cataclísmicas muchas veces sin solución.

(ALEMÁN, 2022), (STANFORD, PARTO POR CESAREA, 2021)

5.2 Histerectomía

Es la cirugía para extirpar el útero (matriz) de una mujer. El útero es un órgano muscular hueco que alimenta al feto durante el embarazo. Las histerectomías por cesárea suelen realizarse para cohibir o evitar hemorragias por atonía uterina imposible de tratar o placentación anormal.

Durante una histerectomía, a usted le pueden extirpar todo el útero o parte de este. Las trompas de Falopio y los ovarios pueden también extirparse.

Hay muchas maneras diferentes de hacer una histerectomía. Puede hacerse a través de:

- Una incisión quirúrgica en el abdomen (llamada abierta o abdominal)
- Tres a cuatro pequeñas incisiones quirúrgicas en el vientre y luego usando un laparoscopio
- Una incisión quirúrgica en la vagina, ayudada por el uso de un laparoscopio
- Una incisión quirúrgica en la vagina sin la ayuda de un laparoscopio
- Tres a cuatro pequeñas incisiones quirúrgicas en el vientre, con el fin de realizar la cirugía robótica

El médico y usted decidirán el tipo de procedimiento. La opción dependerá de su historia clínica y de la razón para la cirugía.

5.3 Técnica para la histerectomía peri parto

Después del parto por cesárea, por lo regular se extrae la placenta. En casos en los que ya se ha planeado la histerectomía y se desarrolla el síndrome de placenta accreta, por lo común ésta se deja intacta e in situ. En cualquiera de las situaciones, si la incisión de histerotomía sangra con intensidad se puede suturar o aplicar pinzas para torundas o de Pennington para conseguir hemostasia.

Los ligamentos redondos se seccionan cerca del útero, entre dos pinzas de Kocher, y se ligan por duplicado. Se puede utilizar catgut crómico o material de absorción retardada de calibre 0 o 1. La incisión en la serosa vesicouterina que se hizo para movilizar la vejiga, se extiende a ambos lados y hacia arriba a través de la hoja anterior del ligamento ancho, hasta llegar a los ligamentos redondos seccionados. La hoja posterior del ligamento ancho junto al útero se perfora justo por debajo de las trompas de Falopio, los ligamentos uteroováricos y los vasos ováricos. En este momento se colocan dobles pinzas a las estructuras mencionadas cerca del útero, se seccionan y también se liga por duplicado el pedículo lateral. La hoja posterior del ligamento ancho se secciona hacia los ligamentos uterosacros. Después se incrementa la deflexión de la vejiga y del colgajo peritoneal a ella unido, se disecciona según se necesite desde el segmento uterino inferior, y se retrae para despejar el campo operatorio. Si el colgajo mencionado está muy adherido, como pudiera ocurrir por incisiones de histerectomía previas, es posible que se requiera hacer una disección cortante cuidadosa. Se necesita tener cuidado especial a partir de este punto para no lesionar los uréteres que pasan detrás de las arterias uterinas. Para lograr tal objetivo, un asistente debe ejercer tracción constante para tirar del útero lejos del lado en que se ligan los vasos uterinos. El operador identifica cerca de su punto de nacimiento a la arteria y las venas uterinas ascendentes; los pedículos se pinzan de inmediato por duplicado junto al útero, se seccionan y se colocan dobles suturas. En el caso de la histerectomía por cesárea puede ser más provechoso en casos de hemorragia profusa colocar con rapidez dos pinzas y seccionar todos los

pedículos vasculares entre ellas para cohibir la hemorragia. Hecho lo anterior, el operador podrá volver a ligar todos los pedículos.

(WILLIAMS, 2021)

5.4 Riesgos

Los riesgos de cualquier cirugía son:

- Reacciones alérgicas a los medicamentos.
- Problemas respiratorios
- Coágulos de sangre, los cuales pueden causar la muerte si viajan a los pulmones
- Sangrado
- Infección
- Lesión de zonas corporales cercanas Los riesgos de una histerectomía son:
- Lesión de la vejiga o los uréteres
- Dolor durante las relaciones sexuales.

5.4.1 Menopausia temprana si se extirpan los ovarios

- Disminución de la libido
- Aumento del riesgo de enfermedad cardíaca si los ovarios se extirpan antes de la menopausia.

Según el artículo (PLUS, 2022)

CAPÍTULO VI. Complicaciones maternas

6. Complicaciones maternas

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.

6.1 Anemia

Durante el embarazo, una mujer tiene más cantidad de sangre. Esto hace que la concentración de glóbulos rojos en su cuerpo se diluya. Esto suele denominarse anemia del embarazo y no se la considera anormal, a menos que los niveles sean muy bajos.

6.2 Anemia ferropénica

Durante el embarazo, su bebé usa los glóbulos rojos de la madre para crecer y desarrollarse, en especial en los últimos tres meses de embarazo. Si usted tiene un exceso de glóbulos rojos almacenados en la médula ósea antes de quedar embarazada, puede usar esas reservas durante el embarazo para satisfacer las necesidades del bebé. Las mujeres que no tengan las reservas adecuadas de hierro pueden desarrollar anemia ferropénica. Es el tipo más común de anemia durante el embarazo. Es la falta de hierro en la sangre, que es necesario para producir hemoglobina (la parte de la sangre que distribuye oxígeno desde los pulmones hacia los tejidos del cuerpo). Es importante tener una buena nutrición antes de quedar embarazada para ayudar a crear estas reservas y evitar la anemia ferropénica.

6.3 Deficiencia de vitamina B12.

La vitamina B12 es importante para la formación de glóbulos rojos y la síntesis de proteínas. Comer alimentos de origen animal, tales como leche, carnes, huevos y aves, puede prevenir la deficiencia de vitamina B12. Las mujeres que no comen alimentos de origen vegetal (veganos) son las más propensas a tener deficiencia de vitamina B12. Las mujeres veganas estrictas suelen necesitar inyecciones de vitamina B12 durante el embarazo.

6.4 Deficiencia de folato

El folato, también denominado ácido fólico, es una vitamina B que colabora con el hierro en el crecimiento celular. Si no tiene suficiente folato durante el embarazo, puede tener una deficiencia de hierro, ya que el hierro y el ácido fólico se encuentran en los mismos tipos de alimentos. Las investigaciones muestran que el ácido fólico puede ayudar a disminuir el riesgo de tener un bebé con ciertos defectos de nacimiento en el cerebro o la médula espinal si se lo consume antes de la concepción y en las primeras etapas del embarazo.

6.5 Síntomas de la anemia

- Palidez de la piel, los labios, las uñas, las palmas de las manos y la parte inferior de los párpados;
- Fatiga;
- Vértigo o mareos;
- Respiración dificultosa
- Ritmo cardíaco rápido (taquicardia).

6.5.1 ¿Cómo se diagnostica la anemia?

Realizándose análisis de sangre

(STANFORD, ANEMIA EN EL EMBARAZO - STANFORD CHILDREN'S HEALTH, 2021)

6.6 Choque hipovolémico

Un shock obstétrico es una insuficiencia circulatoria aguda que se presenta en la mujer embarazada, durante el parto o el puerperio. Se trata de una complicación grave, si bien poco frecuente gracias a la mejora del control y la atención al embarazo, y también a la menor duración del parto. El shock hipovolémico y el traumatismo craneoencefálico son los mayores exponentes de muerte materno-fetal y afectan predominantemente al tercer trimestre de la gestación.

Debido a los cambios fisiológicos que sufre la mujer en esta etapa de su vida, su capacidad de respuesta ante determinadas circunstancias tales como las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (R.C.P.) se encuentran alteradas.

Las prioridades son: salvar a la madre, salvar al feto y, por último, salvar la capacidad reproductora. Se ha visto que, en una situación de parada cardiopulmonar, la extracción fetal mejora los efectos de las actuaciones de los equipos de emergencia para salvar a la madre. Es muy importante que los profesionales que tratan con emergencias conozcan estas particularidades para tratar adecuadamente a este grupo poblacional ya que aumentará el éxito de las maniobras de reanimación.

Es el más frecuente y suele ser secundario a hemorragia. Las causas principales son:

Ante parto: Desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, hemorragias del primer trimestre, traumatismo de grandes vasos.

Durante el parto: Rotura uterina, lesiones por tocurgia, trombofilias. Puerperio: Atonía uterina, lesiones en el canal del parto, retención de restos ovulares,

subinvolución uterina. Suelen asociarse a trastornos de la coagulación tipo fibrinólisis o coagulopatía de consumo. En presencia de hemorragia activa, la embarazada dispone de un mayor volumen sanguíneo lo que le permite mantener los signos vitales durante un periodo más prolongado que otra persona no embarazada, con lo cual el pulso y la tensión arterial pueden estar en niveles normales hasta el momento de entrar en fracaso hemodinámico franco. (GARCÍA GALÁN, 2015)

6.7 Complicaciones fetales

Las complicaciones durante el embarazo son aquellos problemas de salud que suceden durante la etapa de gestación, ya afectan a la madre i /o al bebé. Pueden ser causadas debido a una enfermedad previa de la embarazada que haya empeorado debido a su estado o aparecer a causa de este.

6.8 Presentaciones distócicas

6.8.1 Actitud:

Forma en que se ponen las partes el feto, lo normal o “eutócica” es la de flexión máxima, donde la cabeza está muy flectada sobre el tórax, brazos cruzados, piernas flectadas y los pies descansan sobre la cara anterior de los muslos. Esta actitud se debe a que a que el feto mide cerca de 50cm en un útero de aproximadamente 30cm. La presentación cefálica bien fletada es la que se denomina vértice.

6.8.2. Situación:

Relación entre el eje mayor del feto y el eje mayor del útero, esta puede ser longitudinal (paralelos), Transversal (90°) u Oblicua. El 99% de los embarazos de término están en situación longitudinal, las otras situaciones se observan con preferencia antes de las 34 semanas.

6.8.3 Presentación:

La parte que ofrece el feto a al estrecho superior de la pelvis. La presentación eutócica es la cefálica, existiendo también las presentaciones distócicas podálica y de tronco.

6.8.4. Posición:

Relación del dorso fetal con el lado del cuerpo de la madre, específicamente se denomina “variedad de posición” a la relación entre un punto de reparo y el hueso iliaco.

En presentación cefálica de vértice, el reparo anatómico es el occipucio, y la variedad de presentación más frecuente es la occipitoiliaca izquierda anterior (OIIA). En este caso las distocias de variedad de posición son las posteriores (OIIP, OI DP, OS), que frecuentemente requieren del uso de fórceps.

(A., 2014).

6.9 Hemorragia fetal

La hemorragia feto materna masiva es el paso de sangre fetal al torrente sanguíneo materno a través de pequeñas alteraciones de las vellosidades placentarias en una cantidad importante (superior a 50 ml), capaz de ocasionar una anemia fetal severa con riesgo elevado de muerte para el feto.

La frecuencia exacta de esta entidad es desconocida, aunque se estima alrededor del 0,09-0,45% de todas las gestaciones. Aunque se han descrito casos asociados a traumatismos abdominales maternos, amniocentesis, versión cefálica externa, alteraciones placentarias (corioangioma, coriocarcinoma), o en mayor frecuencia afecciones en el momento del parto, como desprendimiento de placenta normalmente inserta o vasa previa, en la mayoría de los casos publicados acontece en gestaciones cercanas al término sin factores de riesgo y etiología desconocida. En este sentido, en la revisión que Giacoia hace sobre la hemorragia feto materno severo de 134 casos estudiados con hemorragia feto materno de más de 50 ml, la causa fue desconocida en el 82% de los casos. No hemos encontrado en la bibliografía ningún caso publicado que relacione antecedente de

apendicetomía durante el embarazo y hemorragia feto materna. En nuestro caso, la buena evolución de la gestación hasta el momento del término (salvo peso al nacer límite para edad gestacional) y el test de Apgar (3/5) y pH del cordón en el momento del parto (que reflejan que no ha dado lugar al desarrollo de mecanismos reguladores por parte del feto para tolerar la pérdida hemática) nos orientan hacia una hemorragia feto materna aguda (frente a hemorragia crónica en los que Apgar y pH suelen permanecer dentro de la normalidad) y, por tanto, hacia una causa en torno al término y desconocida; sin embargo, no podemos descartar el traumatismo abdominal (apendicetomía) ocurrido en la semana 23 como uno de los factores etiológicos.

(ELSEVIER, 2003)

CAPITULO VII. Cuidados del personal de enfermería

Capítulo 7.NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Objetivo y campo de aplicación

1.1 Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.

1.2 Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas.

7.1 Cuidado en Enfermería

En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona.

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente

“La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar” — Florence Nightingale.

7.2 Necesidades de Virginia Henderson:

1. Necesidad de oxigenación. Preciso gafas nasales a dos litros tras intervención durante su estancia en sala de despertar. Tras retirada se mantiene con buena saturación basal.
2. Necesidad de nutrición e hidratación. Se mantiene en dieta absoluta hasta 4 horas tras intervención quirúrgica. Se inicia tolerancia con líquidos y se progresa dieta. Es parcialmente dependiente para comer el primer día. Después totalmente independiente para cubrir esta necesidad.
3. Necesidad de eliminación. Permanece con sonda vesical hasta 48 horas tras cesárea. Una vez retirada, realiza micción espontánea sin incidencias. Independiente para cubrir esta necesidad. La paciente es continente para deposiciones, por lo que cuando consigue deambulación va al W.C.
4. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada. Necesidad alterada. Durante los dos primeros días la paciente tuvo dolor, por lo que le costó iniciar sedestación y necesitó ayuda para transferencias y para iniciar deambulación. Preciso analgesia.
5. Necesidad de descanso y sueño. Necesidad alteada. Pasó dos noches con abundantes despertares, tanto por el dolor como por tener que estar pendiente de su bebé.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas. No presenta alteración en esta necesidad. Es independiente para vestirse y utilizar prendas adecuadas. Tras la intervención preciso ayuda parcial hasta que poco a poco se vio más segura e independiente.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal adecuada. Presenta febrícula tras la intervención que fue tratada con antipiréticos. Durante el resto de su estancia hospitalaria se mantienen afebril.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel. Preciso ayuda para el aseo durante los dos primeros días. Después, sólo ayuda parcial para cubrir esta necesidad.

9. Necesidad de evitar los peligros entorno. La paciente se muestra temerosa por la herida quirúrgica. Le explicamos cómo le haremos las curas y qué precauciones debe tener. Expresa el miedo que ha pasado por su hemorragia y teme que le vuelva a ocurrir. Se siente limitada por no poderse mover por el dolor, por lo que siente angustia y ansiedad porque no se ve capaz de cuidar a su hijo. Precisa la presencia continua de un familiar.

10. Necesidad de comunicarse. Expresa angustia por sentirse limitada para manejar y cuidar a su bebe, ya que ella tiene dolor y le cuesta moverse. Se siente preocupada con la nueva situación. Le explicamos que el dolor cesará, que poco a poco irá adquiriendo mayor movilidad. También la matrona puede resolver todas las dudas que se le presenten respecto al cuidado y manejo de su bebe, tanto para dar el pecho, curas de cordón umbilical, etc.

11. Necesidad de vivir según sus valores y creencias. Sin alteración observada.

12. Necesidad de trabajar y sentirse realizado. Sin necesidad alterada. Tiene trabajo estable y ha solicitado la baja por maternidad.

13. Necesidad de participar en actividades recreativas. Sin necesidad alterada. Hace deporte y participa en grupos de lectura.

14. Necesidad de aprendizaje. Se muestra colaboradora y muestra mucho interés a las explicaciones de la matrona. Tiene miedo de no saber manejar la nueva situación con su bebé, al sentirse limitada por el dolor y el cansancio. Esto le está generando ansiedad según explica la paciente.

7.3 Proceso de atención de Enfermería

Valoración: En esta etapa se recoge e interpreta la información más relevante del paciente a través de la anamnesis y examen cefalo 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 establece 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

7.4 Plan de cuidados NANDA NIC NOC

Dolor agudo (00132): Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o descrita en tares términos, de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave y con un final previsible y una duración menor de 6 meses.

Objetivos NOC:

- Control del dolor (1605): acciones personales para controlar el dolor.
- Nivel del dolor (2102): intensidad del dolor referido o manifestado.

Intervenciones NIC:

- Manejo del dolor (1400): Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.
- Administración de analgésicos (2210)

Manejo de la medicación (2380): Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre disposición.

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que facilite el alivio del dolor, si procede.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.

- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.
- Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos (estreñimiento e irritación gástrica).
- Comprobar la capacidad del paciente para auto medicarse, si procede.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.

ANÁLISIS DE DATOS

Método

Método de investigación cualitativo

Mediante el método de investigación cualitativo, se pretende demostrar la mayor información posible de la placenta previa para que todas no solo las mujeres sepan que es y que la causa y el daño que puede llegar a tener sobre el feto y la madre. Como distinguir sus síntomas y los cuidados necesarios para que así ambos estén a salvo.

La presente encuesta se aplicó al personal de enfermería tomando una muestra de 30 enfermeras de un total de 50 enfermeras. Donde podemos observar con la encuesta realizada que no todo el personal de enfermería, esta actualizado y capacitado por si se presenta un caso de acretismo placentario.

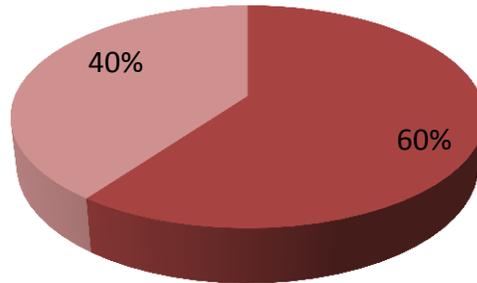
Variables

Dependiente: acretismo placentario

Independientes: intervenciones de enfermería.

1. ¿Conoce usted las funciones de la placenta?

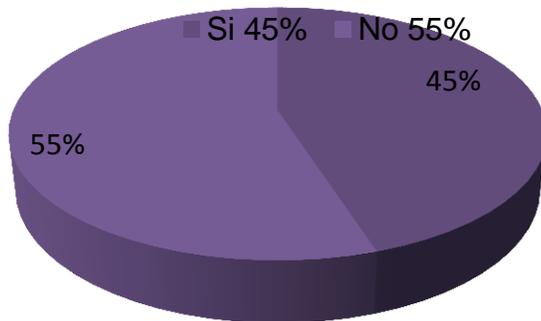
■ Si 60% ■ No 40%



Como podemos observar en las preguntas 1° la mayor parte de las personas entrevistadas siendo mujeres, no conocen lo que son las funciones de la placenta. Ya que no siendo personal de enfermería no tenían el conocimiento suficientemente acerca de la placenta ni menos del acretismo placentario.

2.- ¿Sabe que es el acretismo placentario?

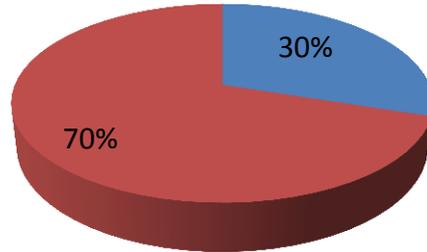
■ Si 45% ■ No 55%



Como podemos observar en la pregunta 2° el conocimiento sobre la placenta, es un poco variado el resultado acerca del conocimiento de la placenta, siendo el cuerpo de estudiantes de enfermería es quien más tiene el conocimiento acerca de la placenta acreta.

3.- ¿Conoce cuantos tipos de acretismo placentario existen?

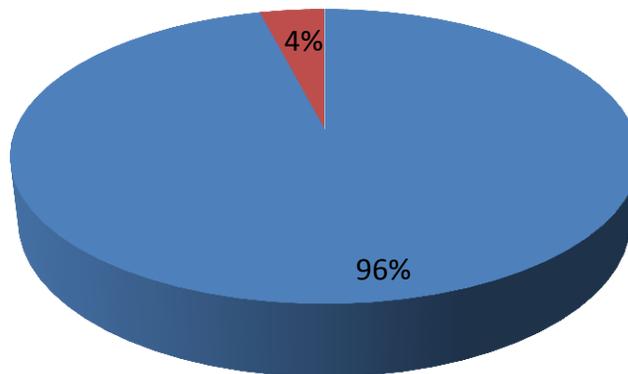
■ Si 30% ■ No 70%



Se observa la pregunta 3° el personal de enfermería no conoce completamente la clasificación del acretismo placentario, y si el personal de enfermería no conoce por completo la clasificación del acretismo placentario, mucho menos las personas fuera del área de la salud ya que no cuentan con la información correcta acerca de la patología. Mientras que otras personas encuestadas no tenían idea que había clasificación de acretismo placentario.

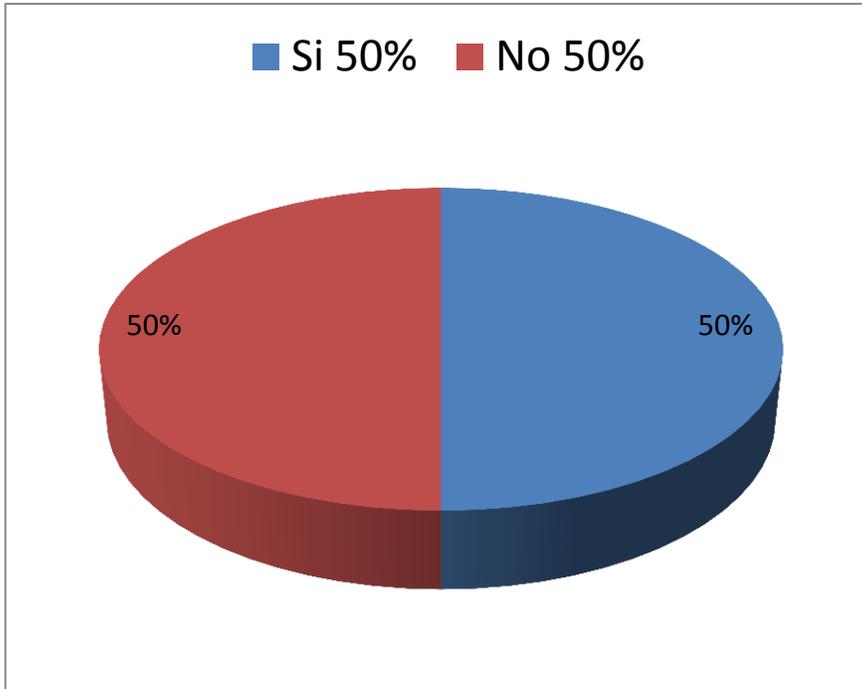
4.-¿Sabe identificar los factores de riesgo que tiene esta patología?

■ Si 96% ■ No 4%



En la pregunta 4° se puede observar que casi el total de entrevistados conoce los factores de riesgo que puede presentar el acretismo placentario, el personal de enfermería se

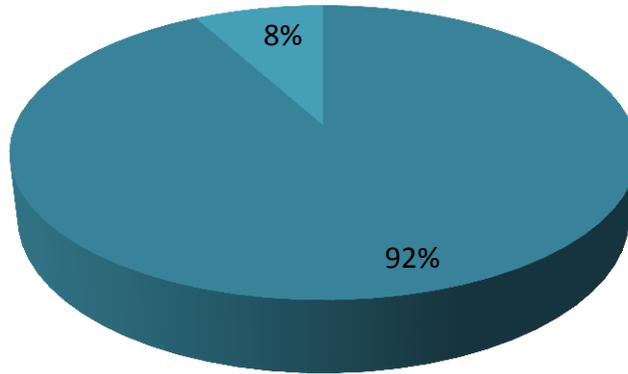
considera capaz de actuar en una situación de riesgo en una paciente que presente acretismo placentario. Mientras que el otro porcentaje de encuestadas desconocen los factores de riesgo que tiene esta patología.



En la pregunta 5° podemos observar que la mitad del personal de enfermería sabe cómo diagnosticar el acretismo placentario, si se presenta un caso clínico no esperado, mientras que la otra parte de enfermería no se siente totalmente capacitado cómo reaccionar ante tal situación.

6.-¿ Ha tenido usted a pacientes con esta patología?

■ Si 92% ■ No 8%

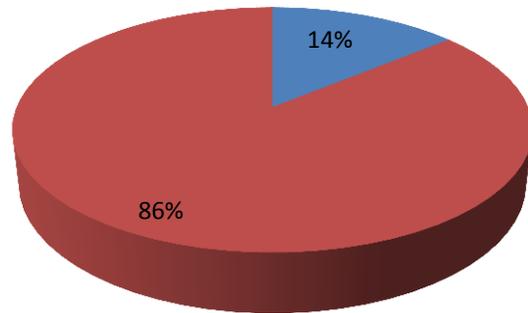


En la pregunta 6°

podemos darnos cuenta que el personal de enfermería no se ha enfrentado ante pacientes con esta patología, por lo cual no cuenta con la experiencia suficiente de cómo llevar a cabo los cuidados necesarios para sacar adelante al paciente.

7.-¿Una paciente con acretismo placentario puede tener un parto vaginal?

■ Si 14% ■ No 86%

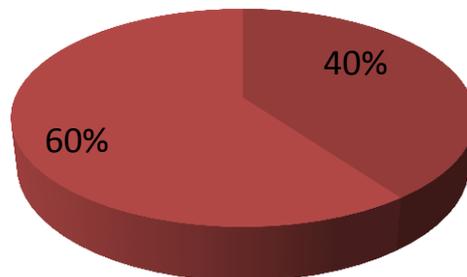


En la pregunta 7

podemos observar que el personal de enfermería la mayoría está de acuerdo en que tener un parto vaginal en la situación de acretismo placentario es muy riesgoso, lo ideal es un parto por cesárea.

8.- ¿Se considera usted capacitada para atender a este tipo de pacientes?

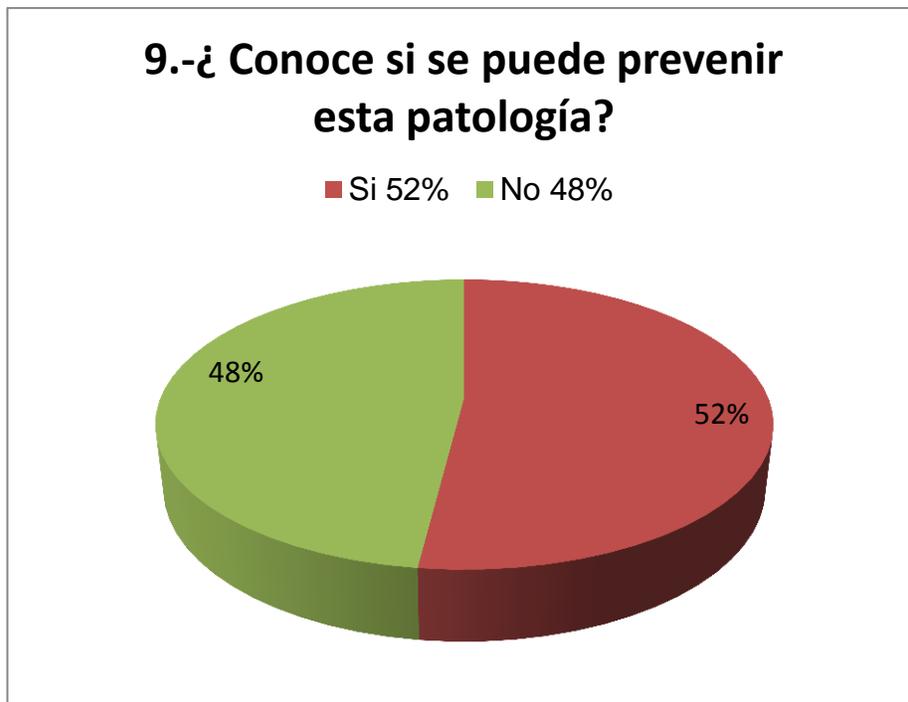
■ Si 40% ■ No 60%



En la pregunta

8 podemos observar que el personal de enfermería no se cree de todo capacitado

para poder atender una situación de acretismo placentario ya que no cuentan con la capacitación adecuada para atender esta situación

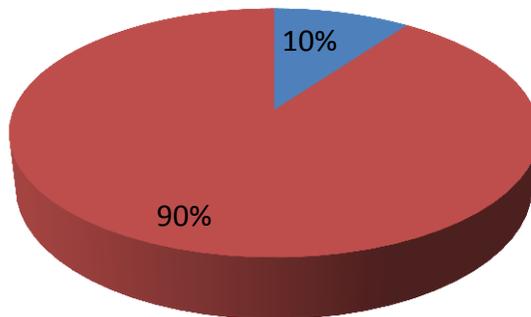


En la pregunta 9°

podemos observar que el personal de enfermería no sabe cómo prevenir el acretismo placentario ya que no sabe mucho acerca de esta patología, por lo tanto, no cuenta con la suficiente información adecuada.

10.-¿ Conoce las complicaciones que se desarrollan en el acretismo placentario?

■ Si 10% ■ No 90%

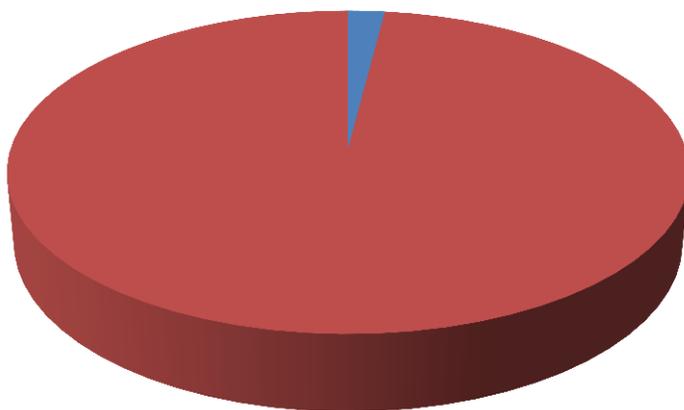


En la

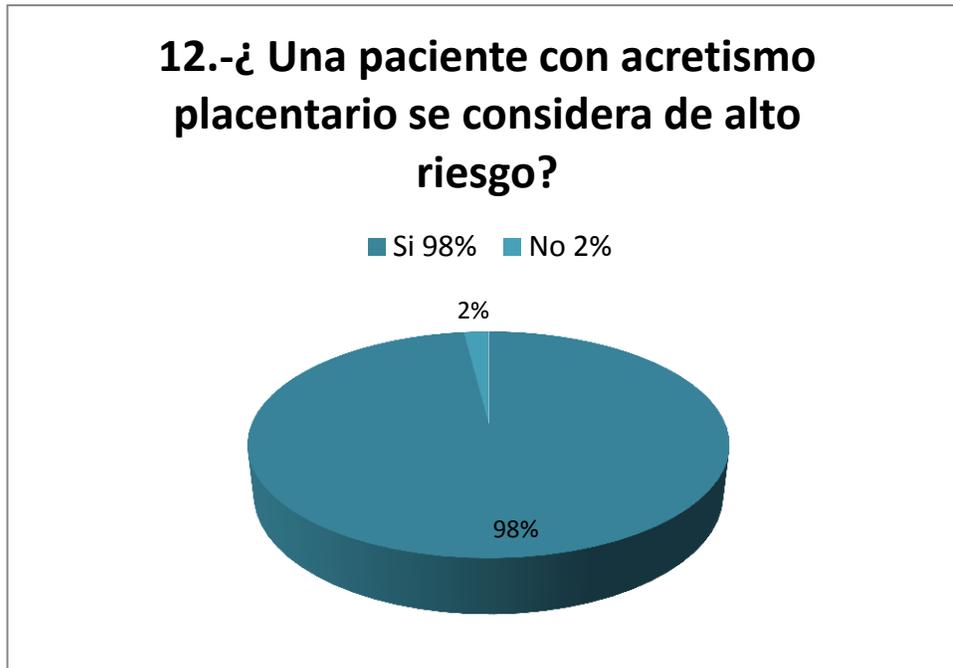
pregunta 10° Podemos observar que el personal de enfermería no conoce las complicaciones que tiene el acretismo placentario al momento del parto, ya que casi no se han presentado casos con esa patología.

11.-¿ Conoce cuál es el tratamiento del acretismo placentario?

■ Si 2% ■ No 98%

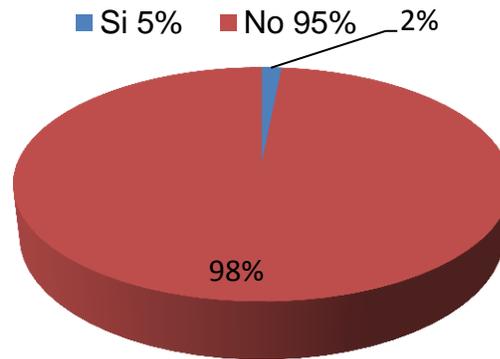


En la pregunta 11° podemos observar que el personal de enfermería no conoce el tratamiento que se debe llevar a cabo en una paciente que curse por esta patología.



En la pregunta 12° podemos observar que la mayoría del personal de enfermería está de acuerdo que el acretismo placentario se debe considerar una patología de alto riesgo ya que puede ocasionar la muerte materno-fetal.

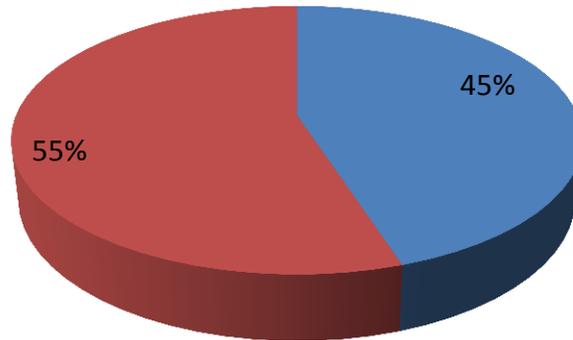
13.-¿Sabe cuál es la norma que va dirigida a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio?



En la pregunta 13° podemos observar que el personal de enfermería no conoce cuál es la norma va dirigida a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio por lo cual debería ser una prioridad enseñar desde un principio la norma para que así puedan tener todas las enfermeras la misma información.

14.-¿Conoce cuánto es la cantidad normal de sangrado durante el parto?

■ Si 45% ■ No 55%



En la pregunta 14° podemos observar que el personal de enfermería la mayoría del personal de enfermería conoce cuanto es la cantidad normal del sangrado y así es más fácil identificar una hemorragia y estar alertas ante cualquier situación.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a la pregunta de investigación planteada se logró describir la importancia que tiene saber los cuidados de enfermería para poder mejor control en el embarazo y ante una situación de acretismo placentario.

Se cumplen los objetivos mediante la recopilación de datos acerca de la información y clasificación acerca del acretismo placentario.

Se concluye con los resultados antes mostrados en las encuestas aplicadas, donde nos indica que a pesar de toda la tecnología que hay hoy en día, sigue habiendo ignorancia en la población de mujeres ya que siguen sin conocer lo que es el acretismo placentario.

También podemos describir la importancia de las responsabilidades que tiene la enfermera al momento de tener a una paciente con la patología de acretismo placentario, los cuidados que se deben impartir en ella.

Ante este escenario podemos darnos cuenta que al personal de enfermería del Hospital Nuestra Señora de la Salud les falta mucho recibir capacitaciones para poder así tener un buen control ante pacientes que lleguen a presentar esta patología, pero también se observó la disposición por parte del personal de enfermería para recibir la capacitación acerca de esta patología y tener el mayor conocimiento posible para poder así tener mayor conocimiento y habilidades con esta patología.

SUGERENCIAS

Por medio de esta investigación y la encuesta nos podemos percatar que actualmente a pesar de la tecnología, el personal de enfermería debería tener más capacitaciones para poder llevar a cabo alguna situación de acretismo placentario.

También nos damos cuenta que la mayoría de las mujeres no conoce del todo esta patología lo cual es algo de preocupación puesto que en algún momento serán madres o están por serlo y no conocen los factores de riesgo.

Sería bueno incrementar pláticas sobre sexualidad desde edad pequeña para que conforme crezcan tengan el conocimiento necesario acerca de su sexualidad, el riesgo de tener un embarazo no planeado a edad muy temprana y los efectos de riesgo que pueden llegar a desencadenar esto.

Que los Doctores no duden del conocimiento que puede llegar a tener el personal de enfermería, ya que es el que está en más contacto con las pacientes gestantes, así que ellas son las que se dan cuenta en primera instancia si la paciente corre peligro.

Que las salas de Toco cirugía estén completamente equipadas con material suficiente para cualquier emergencia.

Que las camillas estén en buen estado para poder trasladar adecuadamente a la paciente.

Que los Doctores permitan a el personal de Enfermería poder colaborar del todo para poder obtener mejores resultados a la hora de la cirugía.

ANEXOS



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

CLAVE: 8722

LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Se le pide de la manera más atenta conceda su consentimiento para participar en la metodología de este proyecto de investigación, que tiene como objetivo general determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería en el manejo de los cuidados de la mujer embarazada con placenta previa.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de la metodología de intervención, así como de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy convencido (a) que mis datos serán totalmente confidenciales y contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de enfermería a través del conocimiento de mis necesidades.

Se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento, sin obligación y consciente, sin recibir ninguna remuneración económica.

Nombre y firma

Acepto participar



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

CLAVE: 8722

Objetivo: Conocer el nivel de conocimientos de las enfermeras del HNSS a cerca de la placenta previa con fines educativos.

Indicaciones: Lea cuidadosamente las preguntas y subraye la opción que corresponda a su respuesta, dando una leve explicación a cada pregunta.

1. ¿Conoce usted las funcione de la placenta?

Sí No

2. ¿Sabe que es el acretismo placentario?

Sí No

3. ¿Conoce cuantos tipos de acretismo placentario existen?

Sí No

4. ¿Sabe identificar los factores de riesgo que tiene esta patología?

Sí No

Explique:

5. ¿Conoce cómo se diagnostica el acretismo placentario?

Sí No

6. ¿Ha atendido usted a paciente con esta patología?

Sí No

7. ¿Una paciente con acretismo placentario puede tener un parto vaginal?

Sí No

8. ¿Se considera usted capacitada para atender a este tipo de pacientes?
Sí No

Explique:

9. ¿Conoce si se puede prevenir esta patología?

Sí No

10. ¿Conoce las complicaciones que se desarrollan en el acretismo placentario?

Sí No

11. ¿Conoce cuál es el tratamiento del acretismo placentario?

Sí No

12. ¿Una paciente con acretismo placentario se considera de alto riesgo?

Sí No

13. -¿Sabe cuál es la norma que va dirigida a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio?

Sí No

14. ¿Conoce cuánto es la cantidad normal de sangrado durante el parto?

Sí No

Explique:

Código de ética

La condición fundamental para el logro del desarrollo integral de toda sociedad es el bienestar que conlleva a la salud de todos los ciudadanos. En nuestro país se viene haciendo un reclamo de la mayor justicia, para contar con la mejor calidad de los servicios de salud ya sean públicos o privados. Este reclamo obliga a los profesionales que interactúan en la atención a la salud a encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad ética que les corresponde. En este sentido el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional. Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la enfermería en México. Como resultado de su educación formal, la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas. Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue. Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una

responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue. Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión.

Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones. En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). La Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México. Además, existen otras leyes y reglamentos en el área de la salud que determinan el ejercicio profesional de enfermería. No obstante, es importante orientar y fortalecer la responsabilidad ética de la enfermera. Precizando sus deberes fundamentales y las consecuencias morales que hay que enfrentar en caso de violar alguno de los principios éticos que se aprecian en la profesión y que tienen un impacto de conciencia más fuerte que las sanciones legales en la vida profesional. Es importante recordar que un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias. Para su mejor comprensión un código de ética debe utilizar un lenguaje claro, contar con un marco conceptual y una declaración de principios que sirvan de base para contextualizar el desarrollo del capitulado en

el que se precisan los deberes de la enfermera para con las personas, los deberes como profesionista para con su colega y su profesión, así como los deberes para con la sociedad. El compendio de los deberes que los profesionistas de la enfermería asumen al aceptar como suyo un código de ética se resume en el denominado Decálogo. Con motivo de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud que la Secretaría de Salud emprende en esta gestión, y en la cual el Código de Ética se constituye en un imperativo para fortalecer el comportamiento ético de los profesionales de la salud y con ello contribuir a mejorar la calidad de los servicios, la Comisión Interinstitucional de Enfermería, en su carácter propositivo e integrador de todos los esfuerzos que desarrollan los diferentes grupos de la enfermería en el ámbito nacional, presenta para su conocimiento y en su caso aceptación y cumplimiento por la comunidad de enfermería, el presente documento que concluye la iniciativa asumida por el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería (COMLE), mismo que socializó en tres versiones a nivel nacional en diferentes instituciones educativas y de salud, así como en la Asamblea del Colegio Nacional de Enfermeras. Con la misma intención, la Comisión Interinstitucional trabajó dicho documento y lo socializó a nivel nacional en las Comisiones Interinstitucionales de los estados de la república y en el Distrito Federal en la mayoría de los hospitales e institutos del sector salud.

En síntesis, el ejercicio de la enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en suma, la vida humana toda, requiere que todos los profesionales de la enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen. En este contexto es importante establecer la diferencia entre deontología y ética, en ambas se definen reglas; sin embargo, es sabido desde siempre que a la deontología se le relaciona con los deberes y obligaciones en el ejercicio de una profesión y como la búsqueda de las exigencias éticas. No obstante, en muchas ocasiones un código deontológico se apega más a reglas administrativas que a la esencia misma de la ética en el deber profesional, por esta razón se le da mayor relevancia a un código de ética, pues es precisamente

la dignidad ontológica o constitutiva de la persona la que debe fundamentar todo planteamiento ético en la práctica de enfermería. Lo que la ética a la enfermera le solicita y más aún le exige es que de un testimonio unánime a través de sus acciones, de lo que son sus convicciones acerca de la dignidad humana, y que proporcione atención personalizada y humanizada, en un ejercicio de la profesión de constante interacción con la persona, concepto clave en la definición y práctica de la enfermería. Al hablar de enfermería se asocia la relación tan íntima que esta profesión tiene con los valores humanísticos, éticos y morales. La enfermera, consciente o inconscientemente los utiliza al proporcionar los cuidados por lo cual no se concibe a la enfermería sin esta interrelación.

(Aristóteles., 1989)

GLOSARIO

ACRETISMO PLACENTARIO: Es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anomalía de la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio.

ALUMBRAMIENTO: El alumbramiento es el paso del feto y la expulsión de la placenta (después del nacimiento) desde el útero al exterior.

CÉSAREA: El parto por cesárea es un procedimiento quirúrgico utilizado para tener un bebé a través de incisiones en el abdomen y el útero.

COTIDELONES: Cada una de las divisiones de la placenta, separadas en la superficie materna por pequeños surcos y, en el espesor, por los tabiques placentarios.

CAPA DE NITABUSH: Esta es una capa de fibrina que se ubica entre la decidua basal y el corion frondoso.

COAGULOPATIA: Son enfermedades de la sangre que afectan a los cambios en el proceso de coagulación.

CORDÓN NUCAL: Se refiere a una condición en la cual el cordón umbilical se enrolla alrededor del cuello del feto .

DECIDUA: Es el endometrio del útero de una mujer gestante.

DECIDUA BASAL: parte de la decidua situada profundamente al producto de la concepción (embrión y membranas) que forma la parte materna de la placenta

DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA: Se produce cuando la placenta se separa parcial o totalmente de la pared interna del útero antes del parto.

EMBARAZO: Período que transcurre entre la concepción (fecundación de un óvulo por un espermatozoide) y el parto; durante este período el óvulo fecundado se desarrolla en el útero.

ENDOMETRIO: Es el tejido que recubre el interior del útero.

FETO: Es un bebé antes del nacimiento, que se desarrolla y crece en el interior del útero.

HEMORRAGIA OBSTETRICA: Como la pérdida sanguínea de origen obstétrico.

LETARGO: Tono muscular deficiente y flácido

MENOPAUSIA: Es la época de la vida de una mujer en la cual deja de tener menstruaciones.

MIOMETRIO: Capa muscular exterior del útero.

MIOMAS SUBMUCOSOS: Son los que se forman en bajo la capa mucosa que recubre el interior del útero, denominada endometrio, que se mantiene en todos los ciclos menstruales.

PLACENTA: Es una estructura que se forma dentro del útero durante el embarazo y proporciona oxígeno y nutrición al bebé, a la vez que elimina sus desechos.

PROSTERGACIÓN: Dejar atrasado algo.

PROGESTERONA: Hormona sexual que segrega el ovario femenino y la placenta, y que tiene la función de preparar el útero para la recepción del huevo fecundado.

PROLAPSO DEL CORDÓN: Es cuando este precede al bebé a través de la vagina.

SOMATOTROPINA: Está indicada para el tratamiento de padecimientos por deficiencia de secreción de la hormona de crecimiento, enanismo hipofisiario y en niños de talla baja por el síndrome de Turner

RECUBRIMIENTO AMNIÓTICO: Es un tejido semitransparente y delgado que forma la capa más interna de la membrana fetal.

VELLOSIDADES CORIÓNICAS: Las vellosidades coriónicas son proyecciones minúsculas de tejido placentario que comparten la composición genética del bebé.



Figura 1 Virginia Henderson



Figura 2 placenta humana

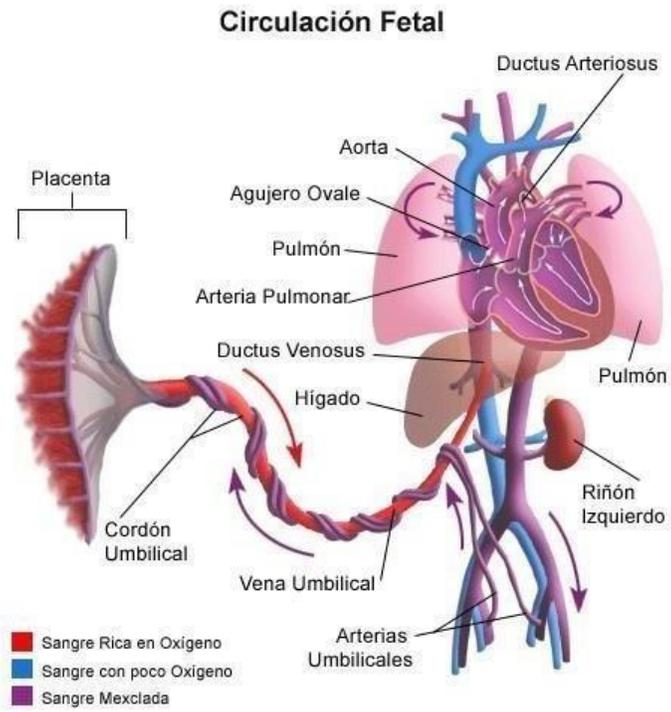


Figura 3 Circulación Materno- Fetal

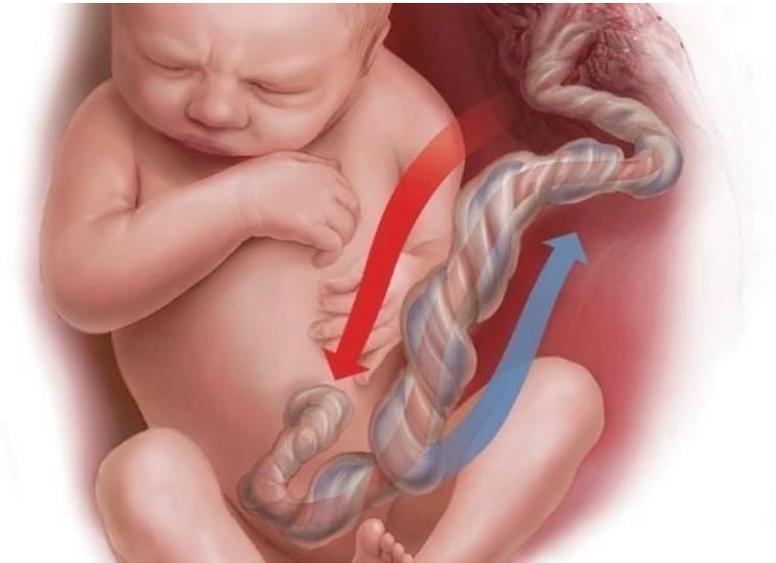


Figura 4 cordón umbilical

FIGURA 1. LA IMAGEN DE LA PIEZA QUIRÚRGICA MUESTRA A LA PLACENTA FÚNDICA ANTERIOR FUERTEMENTE ADHERIDA AL ÚTERO, APARENTANDO PENETRAR EL MIOMETRIO, A. EL MIOMETRIO SE OBSERVA MUY ADELGAZADO, ESPECIALMENTE A NIVEL DE FONDO UTERINO (B).



Figura 5 placenta accreta

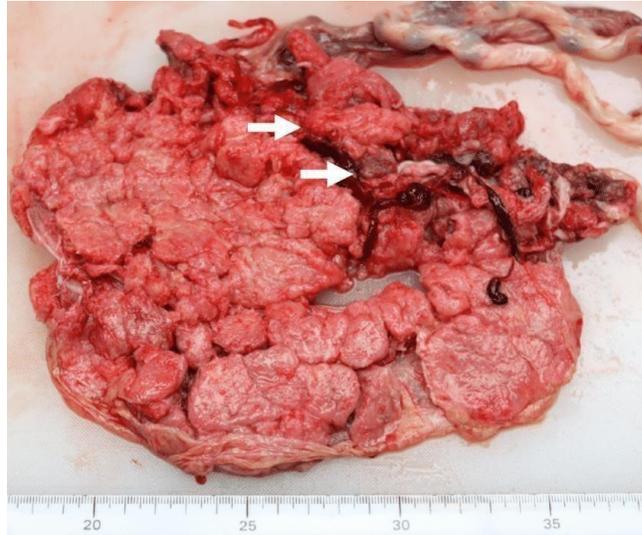


Figura 5 a acretismo placentario

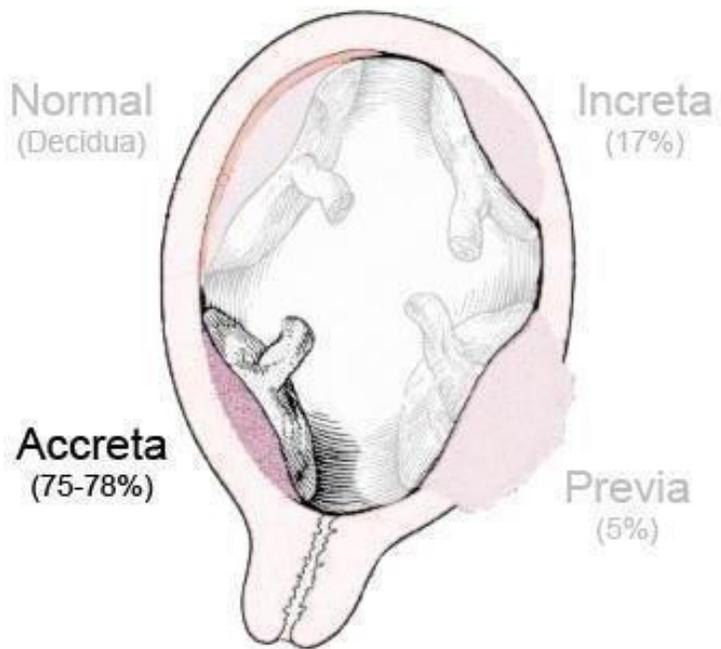


Figura 6 Clasificación de tipos de placenta

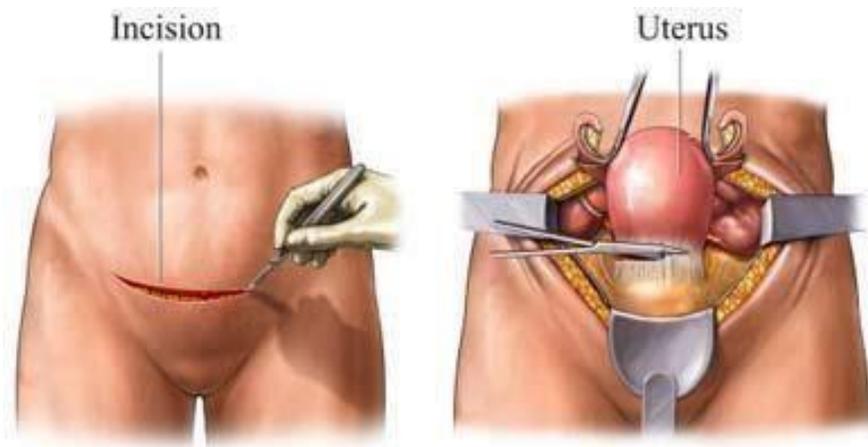


Figura 7 Histerectomía

BIBLIOGRAFÍAS

Trabajos citados

A., T. P.-L. (2014). Ginecología y Obstetricia . Obtenido de Ginecología y Obstetricia: <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/respecialidades/r-ginecologiayobstetricia?id=1640>

ACRETISMO PLACENTARIO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. (2019). Revista Peruana de INVESTIGACION MATERNO

Perinatal. Obtenido de Revista Peruana de INVESTIGACION MATERNO Perinatal: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/2017-2-acretismoplacentario>

ALEMÁN, H. (2022). ¿QUE ES LA CESAREA? Obtenido de ¿QUE ES

LA CESAREA?: <https://www.hospitalaleman.org.ar/mujeres/que-es-la-cesarea/>

CLINIC, M. (2022). MAYOCLINIC. Obtenido de MAYO CLINIC: <https://www.mayoclinic.org/es-es/about-mayo-clinic>

CLINIC, M. (2022). Placenta adherida . Obtenido de placenta adherida :

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/placentaaccreta/symptomscauses/sync-20376431#:~:text=La%20placenta%20accreta%20es%20una,luego%20del%20nacimiento%20del%20beb%C3%A9>.

Condes, R. M. (2014). Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Obtenido de Reseña histórica e hitos de la obstetricia: [https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-](https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-resena-historica-e-hitos-obstetricia-S0716864014706327#:~:text=el%201500%20a.-,C.,obstetra%20reconocido%20de%20la%20historia)

[condes-202-articulo-resena-historica-e-hitos-obstetricia-S0716864014706327#:~:text=el%201500%20a.-](https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-resena-historica-e-hitos-obstetricia-S0716864014706327#:~:text=el%201500%20a.-,C.,obstetra%20reconocido%20de%20la%20historia)

[,C.,obstetra%20reconocido%20de%20la%20historia.](https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-resena-historica-e-hitos-obstetricia-S0716864014706327#:~:text=el%201500%20a.-,C.,obstetra%20reconocido%20de%20la%20historia)

consultas, w. (2010). web consultas . Obtenido de web consultas :
[https://www.webconsultas.com/embarazo/complicaciones-
delembarazo/que-es-laplacenta-accreta](https://www.webconsultas.com/embarazo/complicaciones-delembarazo/que-es-laplacenta-accreta)

Cuidate Plus. (18 de Febrero de 2016). Obtenido de Cuidate Plus:
[https://cuidateplus.marca.com/reproduccion/embarazo/diccionario/cor
donumbilical.html](https://cuidateplus.marca.com/reproduccion/embarazo/diccionario/cor
donumbilical.html)

ecuRED. (2022). placenta marginal. Obtenido de placenta marginal:
https://www.ecured.cu/Placenta_marginal

ELSEVIER. (2003). Hemorragia fetomaterna masiva. Obtenido de Hemorragia
fetomaterna masiva.: [https://www.elsevier.es/es-revista-
clinica-e-
investigacion-ginecologiaobstetricia-7articulo-hemorragia-
fetomaterna-masiva-
casoclinico13082333#:~:text=La%20hemorragia%20fetomaterna%20m
asi
va%20es%20el%20paso%20de%20sangre%20fetal,de%20muerte%20para%20el](https://www.elsevier.es/es-revista-
clinica-e-
investigacion-ginecologiaobstetricia-7articulo-hemorragia-
fetomaterna-masiva-
casoclinico13082333#:~:text=La%20hemorragia%20fetomaterna%20m
asi
va%20es%20el%20paso%20de%20sangre%20fetal,de%20muerte%20para%20el)

FJT. (16 de 05 de 2016). Sorano de Éfeso. Obtenido de Sorano de Éfeso:
[https://franciscojaviertostado.com/2016/05/16/sorano-de-efeso-
elgran-ginecologo-
dela-antiguedad/](https://franciscojaviertostado.com/2016/05/16/sorano-de-efeso-
elgran-ginecologo-
dela-antiguedad/)

Fortuny, M. J. (10 de enero de 2019). Circulación Materno-fetal: Esquema básico.
Obtenido de Circulación Materno-fetal: Esquema básico:
[http://www.chuletasmedicas.com/circulacionmaterno-fetal-
esquemabasico/](http://www.chuletasmedicas.com/circulacionmaterno-fetal-
esquemabasico/)

García Galán, R. E. (2015). EL SHOCK EN OBSTETRICIA:

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA ATENCION A LA
EMBARAZADA. Obtenido de EL SHOCK EN OBSTETRICIA:
CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA ATENCION A LA EMBARAZADA:

<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2015/pagina4>

.html#:~:text=Resumen,la%20menor%20duraci%C3%B3n%20del%20parto.

HÉCTOR MONTAGRÓN CASTRO, H. M. (2007). GINECOOBSTETRICIA DE LA NIÑEZ A LA SENECTTUD. MEXICO DF: TRILLAS.

Huamán-Berrios JE. Lattus, J. (2014). Reseña histórica e hitos de la obstetricia.

Revista Médica Clínica Las Condes, 873.

LEMOS, R. (18 de 03 de 2020). SALUD. Obtenido de SALUD : <https://www.20minutos.es/noticia/4183414/0/placenta-baja-o-previariesgos-y-formasde-tratarla/>

MAFPRE. (2022). Placenta accreta . Obtenido de placenta accreta : <https://www.salud.mapfre.es/saludfamiliar/mujer/embarazo/placentaaccreta/#:~:text=El%20grado%20m>

%C3%A1s%20severo%20de,de%20mortalidad%20sobre%20el%207%25.

MAYO CLINIC. (2022). MAYO CLINIC. Obtenido de MAYO CLINIC :

<https://www.mayoclinic.org/eses/diseases-conditions/placentaaccreta/symptoms-causes/syc-20376431>

médica, R. (2004). Placenta previa. Obtenido de placenta previa: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionarioenfermedades/placentaprevia#:~:text=La%20placenta>

%20previa%20es%20un,a%20medida%20que%20%C3%A9st e%20crece.

Medline Plus . (2022). Obtenido de Medline Plus :

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001926.htm#:~:text=El%20mu%C3%B1%C3>

%B3n%20debe%20secarse%20y,que%20el%20mu%C3%B1%C3%B3n%20haya%20ca%C3%ADdo.

MOMMY, I. (2019). Patología placentaria . Obtenido de patología placentaria :

<https://ironmommy.cl/patologia-placentaria/#:~:text=Se%20refiere%20a%20la%20implantaci%C3%B3n,seroso%20y%20afectar%20%C3%B3rganos%20ceranos.>

MSD, M. (enero de 2020). Acretismo placentario . Obtenido de acretismo placentario:

<https://www.msmanuals.com/esmx/professional/ginecolog%C3%ADayobstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-departo-y-elparto/acretismo-placentario-placenta-accreta>

MSD, MANUAL. (s.f.). MANUAL MSD. Recuperado el 07 de 05 de 2022, de MANUAL MSD:

<https://www.msmanuals.com/esmx/professional/ginecolog%C3%ADayobstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-departo-y-elparto/acretismo-placentario-placenta-accreta>

Perú, S. C. (MARZO de 2020). espectro de placenta accreta. Obtenido de espectro de placenta accreta:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322020000100049&script=sci_arttext#:~:text=Hay%20tres%20variaciones%20de%20EP A,coriales%20que%20sobrepasa%20la%20serosa

Plus, M. (2022). Histerectomía: MedlinePlus enciclopedia médica. Obtenido de Histerectomía: MedlinePlus enciclopedia médica:

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002915.htm>

Sanchez, D. P. (2022). Ginecología y Obstetricia . Obtenido de Ginecología y Obstetricia : <https://drapatriciasanchez.com/funciones-del-cordon-umbilical-y-laplacenta/>

STANFORD. (2021). Anemia en el embarazo - Stanford Children's Health. Obtenido de Anemia en el embarazo - Stanford Children's Health:

<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=anemiainpregnancy-90->

