

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA PERINATAL
EN MUJERES EMBARAZADAS CON DESPRENDIMIENTO
PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA, EN EL HOSPITAL
COMUNITARIO DE ZACATELCO, EN TLAXCALA, TLAXCALA.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERA PERINATAL

PRESENTA

LUCIA DE LA FUENTE PEREZ

CON LA ASESORIA DE LA
DRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

TLAXCALA, TLAX.

FEBRERO DEL 2013



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 la Dra. Lasty Balseiro asesora de esta tesina por todas las enseñanzas de Metodología de la investigación y corrección de estilo que hicieron posible la culminación de este trabajo.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM por las enseñanzas de la Especialidad de Enfermería Perinatal con lo que fue posible obtener los aprendizajes significativos, de sus excelentes maestros.

Al Hospital Comunitario de Zacatelco en Tlaxcala, Tlax. por haberme brindado la oportunidad de ser una Especialista Perinatal para brindar los cuidados especializados de enfermería, con calidad profesional.

DEDICATORIAS

A mis padres: Genoveva Pérez Cahuantzi y Carlos de la Fuente Xochitiotzi, quienes han sembrado en mí el camino de la superación profesional cada día y a quienes debo lo que soy. Dios los cuide y bendiga ¡Gracias por ser mis padres!

A mis hermanos: Minerva, Imelda, Juan Alfredo, Miguel, Marisela, Carlos, Beatriz y Eduardo de la Fuente Pérez, quienes gracias a su amor y comprensión, he podido culminar esta meta.

A mi amor: Juan Nicolás Espinoza Sánchez, por todo el apoyo incondicional que me ha brindado con amor, cariño, comprensión y por el tiempo que me brindaste cuando más lo necesitaba. ¡Gracias amor por ayudarme a cumplir este sueño!

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN:	Pág.
1 <u>FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE LA TESINA</u>	
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN-PROBLEMA.....	3
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEM.....	6
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA.....	6
1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE TESINA.....	7
1.5 OBJETIVOS.....	8
1.5.1 General.....	8
1.5.2 Específicos.....	9
2 <u>MARCO TEÓRICO</u>	
2.1 INTERVENCIÓNES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA PERINATAL EN MUJERES EMBARAZADAS CON DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA.....	10
2.1.1 Conceptos básicos.....	10
- De Placenta.....	10
- De Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta.....	11
2.1.2 Factores de riesgo del Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta.....	12
-Por traumatismo abdominal.....	12
- Por adicciones.....	14

- Por descompresión brusca del útero.....	17
- Por antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera en embarazo previo.....	18
- Por trastornos hipertensivos en el embarazo.....	19
- Por edad materna y multiparidad.....	21
2.1.3 Epidemiología del Desprendimiento Prematuro de placenta normoinsera.....	22
- Mundial.....	22
- En USA.....	23
- En México.....	25
2.1.4 Clasificación del Desprendimiento Prematuro de placenta normoinsera.....	26
- Grado I ó Incipiente.....	26
- Grado II ó Avanzado.....	27
- Grado III ó Masivo.....	28
2.1.5 Diagnóstico del Desprendimiento Prematuro de placenta normoinsera.....	29
- Cuadro clínico.....	29
- De Gabinete.....	31
• Ultrasonido.....	31
• Ecografía.....	32
- Diferencial.....	32

- Placenta previa.....33
- Rotura uterina.....33
- Rotura del seno marginal.....33
- Colecistitis o apendicitis aguda.....34
- Rotura de vasa previa.....34

2.1.6 Tratamiento del Desprendimiento Prematuro

- de placenta normoinsera.....34
 - Prevenir la morbimortalidad.....34
 - Atención inmediata.....35
 - Terminar la gestación.....36

2.1.7 Complicaciones del Desprendimiento Prematuro

- de placenta normoinsera.....37
 - Maternas.....37
 - Utero de couvelaire.....37
 - Coagulación intravascular diseminada.....38
 - Insuficiencia renal aguda.....39
 - Choque hipovolémico y muerte.....40
 -- Fetales.....40

2.1.8 Intervenciones de Enfermería Especializada en

Mujeres embarazadas con Desprendimiento

- Prematuro de placenta normoinsera.....41
 - En la prevención.....41

- Educar a la mujer embarazada que tiene que acudir a control prenatal.....41
 - Evitar el consumo de drogas en la embarazada.....41
 - Orientar a la mujer embarazada sobre los factores de riesgo de complicaciones durante el embarazo.....44
- En la atención
- Administrar oxígeno.....46
 - Indicar que la paciente se mantenga en reposo absoluto.....48
 - Monitorear la presión arterial.....49
 - Valorar que no aumente el sangrado vaginal de la paciente.....51
 - Colocar un acceso venoso periférico de grueso calibre.....52
 - Monitorizar la frecuencia cardíaca fetal.....53
 - Colocar sonda vesical y vigilar diuresis.....54
 - Solicitar muestras sanguíneas para laboratorios clínicos.....55
- En la recuperación
- Valorar el sangrado vaginal en el puerperio inmediato.....56
 - Tomar signos vitales.....57
 - Medir la diuresis de la paciente.....59

- Brindar cuidados de la herida quirúrgica.....61

3 METODOLOGÍA

3.1 VARIABLE E INDICADORES.....63

3.1.1 Dependiente: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA PERINATAL EN MUJERES EMBARAZADAS CON DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA

- En la prevención.....63
- En la atención.....63
- En la recuperación.....64

3.1.2 Definición operacional: Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta.....64

3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable74

3.2 TIPO Y DISEÑO DE LA TESINA

3.2.1 Tipo.....75

3.2.2 Diseño.....76

3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACION UTILIZADAS

3.3.1 Fichas de trabajo.....77

3.3.2 Observación.....77

4 <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	
4.1 CONCLUSIONES.....	78
4.2 RECOMENDACIONES.....	83
5 <u>ANEXOS Y APÉNDICES</u>	92
6 <u>GLOSARIO DE TÉRMINOS</u>	102
7 <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	114

ÍNDICE DE ANEXOS Y APENDICES

ANEXO N° 1:	IMAGEN DE UNA PLACENTA.....	94
ANEXO N° 2:	FUNCIÓN NORMAL DE LA PLACENTA.....	95
ANEXO N° 3:	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA NORMO INSERTA EN DIVERSOS SITIOS DE SEPARACIÓN.....	96
ANEXO N° 4:	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMO INSERTA CON INTERRUPCIÓN DE LA CIRCULACIÓN FETAL.....	97
ANEXO N° 5:	HEMATOMA RETROPLACENTARIO.....	98
ANEXO N° 6:	UTERO COUVELAIRE.....	99
ANEXO N° 7:	MONITOREO DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL EXTERNA.....	100
ANEXO N° 8:	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA.....	101

INTRODUCCIÓN

La presente tesina tiene por objeto analizar las intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres embarazadas con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta, en el Hospital comunitario de Zacatelco, en Tlaxcala.

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

En el primer capítulo se da a conocer la Fundamentación del tema de la tesina, que incluye los siguientes apartados: Descripción de la situación problema, identificación del problema, justificación de la tesina, ubicación del tema de estudio y objetivos, general y específicos.

En el segundo capítulo se ubica el Marco teórico de la variable, Intervenciones de Enfermería especializada en mujeres embarazadas con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta, a partir del estudio y análisis de la información empírica primaria y secundaria, de los autores más connotados que tienen que ver con las medidas de intervención de Enfermería en mujeres embarazadas con

Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta. Esto significa que el apoyo del marco teórico ha sido invaluable para recabar la información necesaria que apoyan el problema y los objetivos de esta investigación documental.

El tercer capítulo se muestra la Metodología empleada con la variable Intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres embarazadas con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta, así como también los indicadores de esta variable, la definición operacional de la misma y el modelo de relación de influencia de la variable. Forma parte de este capítulo el tipo y diseño de la tesina, así como también las técnicas e instrumentos de investigación utilizadas, entre los que están: las fichas de trabajo y la observación.

Finaliza la tesina con las Conclusiones y recomendaciones, los anexos y apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas que están ubicados en los capítulos: cuarto, quinto, sexto y séptimo, respectivamente.

Es de esperarse que al culminar esta tesina se pueda contar de manera clara con las Intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres embarazadas con Desprendimiento Prematuro

de placenta normoinserta, para proporcionar una atención de calidad a este tipo de mujeres.

1 FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE TESIS

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACION-PROBLEMA

El Hospital Comunitario de Zacatelco es una organización de salud de primer y segundo nivel de atención que está ubicado en la Privada del Deporte sin número en el Municipio de Zacatelco, en Tlaxcala. El objetivo primordial de este Hospital Comunitario es el de brindar atención preventiva integral, consulta externa y atención médico quirúrgica a aquellas pacientes que así lo requieran.

El Hospital Comunitario empezó a dar servicios desde 1998 como un Centro de Salud contando entonces con solo dos médicos, un dentista y el servicio de medicina preventiva, y desde luego, el servicio de enfermería. Años más tarde, en el 2002 se convierte en Hospital Comunitario dando atención integral a los pacientes con consultorios de medicina general, en los turnos matutino, vespertino y nocturno, y para el año 2003 abrió la consulta sábados y domingos.¹

Actualmente, esta unidad cuenta con médicos generales, especialistas, personal administrativo y enfermeras que han sido en

¹Hospital comunitario de zacatelco. *Antecedentes históricos*. Departamento de enfermería, documento impreso. Tlaxcala, 2013 p.5

todo momento el recurso primario del hospital. Los servicios que provee el hospital son: medicina preventiva, salud reproductiva, epidemiología y odontología, en el área de servicios generales se cuenta con mantenimiento, farmacia, comedor y caja. Para la atención medico quirúrgica el Hospital tiene servicios de medicina interna, ginecología, cirugía general, pediatría, anestesiología, laboratorio, trabajo social, rayos x en todos los turnos. De hecho son ya 200 personas con las que cuenta este hospital para otorgar los servicios.²

Dentro de todo este personal las enfermeras constituyen hasta más del 60% del total del personal. En general existen 89 Licenciadas en enfermería, una Enfermera General y dos especialistas. Todas las Licenciadas en enfermería, así como las Especialistas brindan un servicio profesional a los pacientes aunque todavía ostentan la categoría de auxiliares de enfermería porque no han conseguido su nivelación profesional por la carencia de plazas.³

Lo anterior que pudiera constituirse en un problema, se convierte en una oportunidad de preparación especializada para poder intervenir en los problemas de salud que presente el paciente y tratar de evitar las

²Ibid p.2

³Id

complicaciones graves que puedan tener las mujeres embarazadas con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta.

Por ello, es sumamente importante contar con el personal de Enfermería Especializado Perinatal que coadyuve en la atención de la mujer embarazada con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta y también a la prevención de esta patología, para evitar riesgos innecesarios en las mujeres embarazadas.

Por lo anterior, en esta tesina se podrá definir en forma clara cuál es la participación de la Enfermera Especialista Perinatal para mejorar la atención de la mujer embarazada con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

La pregunta eje de esta investigación documental es la siguiente:

¿Cuáles son las intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres embarazadas con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta en el Hospital Comunitario de Zacatelco, en Tlaxcala?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA

La presente investigación documental se justifica ampliamente por varias razones:

En primer lugar se justifica porqué en la presencia de un Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta hay riesgo de aumentar la tasa de mortalidad perinatal, encontrándose en un 20% y 35 % dependiendo de la severidad del cuadro y de la edad gestacional. Constituye una urgencia obstétrica, presentándose en 1 de cada 100 partos, con una recurrencia del 5% al 7%, siendo este un antecedente de riesgo con un 25% de probabilidad de presentarse en el próximo embarazo.⁴

En segundo lugar esta investigación documental se justifica porque el Desprendimiento Prematuro de placenta se presenta en un 30% como causa de productos prematuros y un 30% de las causas de sangrado en el tercer trimestre del embarazo. También ocupa el segundo lugar de causa en un orden de frecuencia de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación y se presenta con frecuencia, en mujeres embarazadas con hipertensión arterial. En el hospital comunitario de zacatelco se han presentado casos de mujeres con esta patología, originando complicaciones severas que pudieron haberse prevenido o

⁴Maternidad Angeles Oaxaca *Desprendimiento de placenta normoinserta*. Oaxaca, 2008. p. 12.

controlado al llevar un control prenatal y conocer los factores de riesgo durante el embarazo.⁵

Por ello, en esta tesina es necesario sustentar las bases de lo que la Enfermera Especialista Perinatal debe realizar a fin de intervenir oportunamente para evitar las complicaciones en mujeres embarazadas con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinsera.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE TESINA.

El tema de la presente investigación documental se encuentra ubicado en Obstetricia y Enfermería. Se ubica en Obstetricia porque esta es la rama de la medicina que trata el embarazo, parto y del estudio de la función fisiológica y patológica del sistema reproductor de la mujer, así como de los cuidados de la madre y del feto durante el embarazo, parto y puerperio.

Se ubica en enfermería porque este personal, es el Especialista encargado de brindar una atención desde los primeros síntomas de la patología, no solo aliviando el dolor, colocar oxígeno, administrarle medicamentos, ayudando a controlar la ansiedad y angustia de la

⁵Op cit p.4

paciente. Entonces, la intervención de la Enfermera Especialista perinatal es vital, tanto en el aspecto preventivo, como el curativo y de recuperación.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Analizar las intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal a mujeres embarazadas con Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta en el Hospital Comunitario de Zacatelco, en Tlaxcala.

1.5.2 Específicos

-Identificar las principales intervenciones de la Enfermera Especialista Perinatal en el cuidado preventivo, curativo y de recuperación en mujeres embarazadas con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta.

-Proponer las diversas intervenciones que el personal de Enfermería Especializado debe llevar a cabo en cuidado cotidiano de la mujer embarazada con Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA PERINATAL EN MUJERES EMBARAZADAS CON DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA

2.1.1 Conceptos básicos

- De placenta

La placenta es una estructura adosada al útero materno por su cara interna, que permite al feto alimentarse de los nutrientes que recibe de la sangre materna.⁶ Por lo tanto, es un órgano que actúa como filtro, permitiendo el intercambio entre la circulación materna y la circulación fetal.⁷ Así, la placenta es el órgano vascularizado a través del cual el feto absorbe oxígeno, nutrientes y otras sustancias, y excreta dióxido de carbono y productos de desecho.⁸ (Ver Anexo N° 1: Imagen de una placenta)

⁶Medlineplus. *Placenta previa*_Disponible en www.nlm.gov. Estados unidos. 2012. p.1 consultado el día 30 de junio del 2013

⁷Ibid. p.2

⁸Kemeth N; Anderson. *Diccionario de medicina Océano Mosby*, 5ta Ed, Madrid, 2005, p.101

- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

Según Kemeth N; Anderson, el Desprendimiento Prematuro de placenta consiste en la separación total o parcial de una placenta normalmente inserta en la pared uterina a partir de las 20 semanas de gestación.⁹ De hecho, Para Estela Lorenzo H. y Cols es la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada en la cavidad uterina siempre que ocurra después de las 20 semanas de gestación y antes del tercer periodo de trabajo de parto,¹⁰ puede ser parcial o total.¹¹(Ver anexo N° 2: Función normal de la placenta)

Entonces, el desprendimiento prematuro de placenta, también llamado abruptio placentae, o accidente de baudelocque, es una situación obstétrica que se caracteriza por el desprendimiento de placenta de forma parcial o total, a partir de las 20 semanas de gestación y antes del tercer período del trabajo de parto. ¹² (Ver anexo N° 3: Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en diferentes sitios de separación)

⁹Ibid. p. 102

¹⁰Estela Lorenzo H; y Cols *Manual de Ginecología y Obstetricia* Ed. AMIR, 3ra Ed, Madrid,2006 p.23

¹¹Secretaria de salud, *Prevención y manejo de la hemorragia obstétrica: Lineamiento técnico*. Documento impreso. México, 2010, p.42

¹²Guillermo Vergara, *Protocolo de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta*, Documento impreso, Bogotá, 2010, p.2

2.1.2 Factores de riesgo del Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta

- Por traumatismo abdominal

Para Silvina Vispo los traumatismos externos, la descompresión brusca del útero en los casos de polihidramnios y embarazo gemelar, como así también la brevedad del cordón, ya sea real o aparente y la diabetes pregestacional, se encuentran entre los múltiples factores de menor frecuencia que pueden desencadenar el desprendimiento de la placenta.¹³(Ver Anexo N° 4: Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta con la interrupción de la circulación fetal)

Entonces, el trauma materno ya sea sostenido durante un accidente automovilístico, o por caídas o de algún abuso físico, son factores de riesgo para desencadenar un Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta. En la mayoría de los informes el trauma materno llega a presentar una complicación del 1% al 2% en el grado III de complicación de desprendimiento o del 1% al 5% en lesiones menores y el 40% al 50% en complicaciones potencialmente mortal.¹⁴

¹³Silvina Vispo. Op cit. p.1.

¹⁴Maternidad Ángeles Oaxaca. Op cit. p.18

Es importante descartar el Desprendimiento Prematuro de placenta normoinsera después de que una mujer embarazada sufra un accidente automovilístico. Por lo que es importante que toda mujer con trauma materno, se le inicie una vigilancia estrecha feto-materna, vigilando la presencia de hemorragia vaginal o que el feto presente alteraciones de movilidad o de su frecuencia cardíaca.¹⁵

Algo que pudiera fundamentar el Desprendimiento de Placenta por un trauma abdominal, es debido a que la placenta no contiene tejido elástico, es decir que no puede expandirse y contraerse. Por el contrario, y aunque el útero sí tiene tejido elástico, que puede reaccionar a fuerzas de aceleración y desaceleración, cambiando su forma, las presiones muy altas en el útero durante la desaceleración brusca y la distorsión de alta presión, origina un Desprendimiento de Placenta.¹⁶ Por lo tanto, es indispensable un estudio completo a realizar en los casos sospechosos de Desprendimiento de Placenta, agregando un periodo suficiente de observación de la madre y del feto, junto con el monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal. Las recomendaciones incluyen la monitorización materno-fetal continua mínima de 24 horas.¹⁷

¹⁵Maternidad Angeles Oaxaca. Op cit. p.20.

¹⁶Ibidem p.28.

¹⁷Ibid. p.22.

Así, las madres candidatas a recibir la monitorización materno fetal por lo menos 24 horas, son aquellas pacientes que presenten seis o más contracciones por hora, dolor abdominal o del útero, sangrado vaginal, evidencia de hipovolemia o alteraciones marcadas de la frecuencia cardíaca fetal. En ausencia de la actividad uterina y un buen ritmo cardíaco fetal, la monitorización puede ser de menor tiempo.¹⁸

- Por adicciones

Dentro de las adicciones es muy importante conocer cuáles son los que tienen más riesgo de desencadenar un Desprendimiento Prematuro de placenta, por ejemplo, el tabaco.

Se menciona que aunque el mecanismo que une el humo del tabaco para el desarrollo de Desprendimiento Prematuro de placenta normoinsera, aún no está muy claro, varios estudios han encontrado que fumar es un factor de alto riesgo. Mientras que otros estudios muestran que la fuerza y la magnitud de la asociación entre fumar y el desprendimiento de placenta no fueron consistentes. Pero un reciente meta-análisis demostró que el tabaquismo si se asoció con un

¹⁸Maternidad Angeles Oaxaca. Op cit. p. 28

aumento del 90% en las probabilidades de desarrollo de Desprendimiento de placenta.¹⁹

Dentro de las investigaciones que se han hecho, hay varios posibles mecanismos relacionados con el tabaco para desarrollar un Desprendimiento de placenta. Con base en un examen patológico, Spira y sus colegas sugieren que fumar conduce a una hipoxia crónica, que a su vez, produce una ampliación de la placenta, aumentando el riesgo de desprendimiento y que también puede llegar a originar lesiones de hipoperfusión del útero. Otros investigadores especulan que fumar puede causar cambios endoteliales, originando una vasoconstricción y la rigidez de las paredes de las arteriolas, lo que origina hipoperfusión placentaria. Esto a su vez, puede conducir a una isquemia de la decidua basal con necrosis y hemorragia decidual eventual.²⁰

De igual forma, en un estudio reciente examinaron la relación entre el tabaquismo y la Pre eclampsia y entre éstas, la hipertensión crónica, y en comparación con mujeres no fumadoras normotensas, las fumadoras con Pre eclampsia a grave, se encontraban 5.9 veces con mayor riesgo de Desprendimiento de placenta.²¹

¹⁹Maternidad Angeles Oaxaca. Op cit. p. 20.

²⁰Maternidad Angeles Oaxaca Op cit. p. 22.

²¹Maternidad angeles Oaxaca. Op cit. p. 21

Por otro lado, la adicción más comprobada que origina el Desprendimiento de placenta es la cocaína. En la década de 1980, el consumo de cocaína alcanzó proporciones de epidemia entre los estadounidenses y aún está muy extendida. Por ello, Muchos casos de mujeres embarazadas que usan cocaína, con episodios transitorios de hipertensión, presentan un alto porcentaje de Desprendimiento de placenta, con grados de complicación que originan la muerte fetal y un riesgo elevado de muerte materna.²²

Para Rodrigo Cifuentes, la cocaína es presináptica de los neurotransmisores Norepinefrina y Dopamina, por lo tanto hay un exceso de transmisores de receptores pos sinápticos lo que provoca la taquicardia que resulta en la activación del sistema nervioso simpático, produciendo una vasoconstricción, un aumento brusco de la presión arterial y una predisposición a las arritmias ventriculares y convulsiones. Esto en las mujeres embarazadas origina una vasoconstricción placentaria y disminución del flujo sanguíneo a la unidad útero-placentaria-fetal.²³ Se dice que la hipertensión y la vasoconstricción probablemente son los que originan el Desprendimiento Prematuro de placenta normoinsera en mujeres con adicción a la cocaína.²⁴

²²Maternidad Angeles Oaxaca. Op cit. p.23.

²³Rodrigo Cifuentes. *Ginecología y obstetricia basada en las nuevas evidencias*. Ed. Distribuna.2ª ed.Bogota,2008 p. 167

²⁴Rodrigo Cifuentes. Ibid. p. 170.

Otro de los fundamentos encontrados sobre el consumo de la cocaína es que inhibe la receptación de los neurotransmisores como la adrenalina y la noradrenalina, a nivel de las uniones de nervios con otros nervios o músculos. En la mujer embarazada esta asociación produce euforia y otros fuertes efectos estimuladores sobre el sistema nervioso simpático, entre ellos, la vasoconstricción e hipertensión, entonces la cocaína al atravesar la placenta, causa estos mismos efectos simpaticomiméticos sobre el feto. El abuso de cocaína durante el embarazo se asocia con una tasa mayor de abortos espontáneos, de muerte fetal y de Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta, que puede provocar la muerte intrauterina del feto o una lesión neurológica si sobrevive.²⁵ Por último, la reacción de tabaco y la cocaína están muy comprometidas, ya que ambas presentan un alto riesgo de Desprendimiento Prematuro de placenta normo inserta.²⁶

- Por descompresión brusca del útero

Dentro de las otras posibilidades traumáticas que pueden originar un Desprendimiento Prematuro de placenta, se encuentran el embarazo

²⁵Medline Plus. *Desprendimiento prematuro de placenta normo* Disponible en www.nlm.gov. Washington, 2012. p.1 Consultado el día 20 de junio del 2013

²⁶Guillermo Vergara. Op cit. p. 4.

gemelar, tras el parto del primer gemelo con la descompresión posterior.

Otra descompresión es la del drenaje del líquido amniótico asociado con Polihidramnios (en raras ocasiones después de la amniocentesis para estudios de madurez), ya que puede ocurrir a partir de la inserción de la aguja, de la pérdida de líquido y de la descompresión uterina; por ello, una rápida descompresión debe ser evitada.

También es un factor de riesgo un cordón umbilical corto, menor de 30 centímetros, que puede originar un Desprendimiento de Placenta por la tracción excesiva del feto en la placenta, ya sea antes o durante el parto.²⁷

- Por antecedentes del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en embarazo previo.

De acuerdo con los antecedentes obstétricos que presente la mujer e identificar que en su embarazo previo presento desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, es un factor de riesgo que

²⁷Silvina Vispo Op cit. p.1.

aumenta la posibilidad de presentarlo nuevamente en su embarazo actual, ya que el riesgo de recurrencia ha sido reportado entre el 5% y el 15% en la población general, este riesgo aumenta si hay dos Desprendimientos de placenta sucesivos en sus embarazos anteriores.²⁸

Esta es una patología que tiene una tendencia a recurrir en embarazos posteriores con un riesgo de 5.6% a 17% con un antecedente de desprendimiento de placenta anteriores y de aproximadamente un 25% con antecedentes de episodios previos.²⁹

- Por trastornos hipertensivos en el embarazo

En el caso de los trastornos hipertensivos, la gran mayoría es multicausal aunque plantean la posibilidad de un mecanismo isquémico a nivel de decidua como factor involucrado, asociado con patologías variadas. De éstas, la más común es la enfermedad hipertensiva asociada al embarazo, con la cual se presentan los casos

²⁸ Enrique Oyarzun. *Urgencias en Obstetricia*. En la Revista Médica Clínica las Condes. Vol.22, N° 3, Mayo. Santiago de Chile, 2011. p. 320.

²⁹ Enrique Oyarzun. Op cit. p. 322.

de Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta más graves que ocurren en el 45% de los casos.³⁰

Es importante saber, que el síndrome hipertensivo del embarazo es la causa más frecuente hallada en los desprendimientos que conllevan a la muerte fetal, es decir, en las formas más graves de esta enfermedad.

La hipertensión inducida por el embarazo se da en un 40% a 60%, siendo no menos importante la hipertensión arterial crónica en las madres.³¹ La hipertensión durante el embarazo se asocia con una incidencia del 2.5% al 17%, sin embargo, se ha visto que más del 50% de los casos de Desprendimiento Prematuro de placenta severos asociados con muerte fetal, tenían como antecedentes una hipertensión asociada al embarazo.³²

La enfermedad vascular juega un papel predisponente en la interrupción de la inserción placentaria en algunos desprendimientos, dado que la hipertensión se ha demostrado que causa la degeneración arteriolar superpuestas que tienden a agravar la isquemia. Tal vez

³⁰ Juan Vázquez. Op cit. p. 54.

³¹ Enrique Oyarzun. Op cit. p.322.

³² Guillermo Vergara Op cit p.8.

toda la entidad puede ser una tensión progresiva o degeneración acelerada de una vascularidad ya defectuosa del lecho placentario.³³

Entonces, la hipertensión durante el embarazo se asocia con una incidencia del 2.5% al 17 %, del Desprendimiento de placenta. Aproximadamente el 50% de los casos son severos y están asociados a muerte fetal, y tienen como antecedente la hipertensión.³⁴

- Por edad materna y multiparidad

La edad materna así como la multiparidad, son factores de riesgo que se asocian para originar un Desprendimiento Prematuro de placenta normoinsera. Hay estudios que han encontrado que en mujeres primigestas con edad materna avanzada, están en mayor riesgo para padecerla. Otros estudios han demostrado que la multiparidad juega también un papel importante.³⁵

A pesar de estas complicaciones, en 1996, Ananth y Cols, demostraron mediante el uso de datos de un cohorte de base poblacional de nueva Escocia Canadá, que las mujeres jóvenes, multíparas de 20-24 años de edad y la paridad de 3 o más tenían un

³³Rodrigo Cifuentes. Op. cit. p. 168.

³⁴Enrique Oyarzun. Op cit. p. 322.

³⁵Id

riesgo de 3.2 veces mayor de Desprendimiento Prematuro de placenta, en comparación con mujeres nulíparas de 25-29 años, por lo que en este estudio concluyeron que la edad y la paridad materna son factores de riesgo.

Otro estudio retrospectivo que se realizó en Estados Unidos, encontró que el riesgo de desprendimiento de placenta en las mujeres embarazadas con feto único fue de 1,85 veces mayor entre multigrávidas mujeres menores de 20 años, en relación con las primigestas de 25 a 29 años. En este mismo estudio, el riesgo de desprendimiento de placenta entre los nacimientos de gemelos fue el más alto entre multigrávidas de 35 a 49 años.³⁶

2.1.3 Epidemiología del Desprendimiento Prematuro de placenta normoinsera

- Mundial

La incidencia del Desprendimiento Prematuro de placenta normoinsera, incluso en cualquier separación de la placenta previa al parto, es aproximadamente de 1 por cada 150 partos. La forma grave,

³⁶Maternidad Angeles Oaxaca. Op cit. p.16.

que produce la muerte del feto, se presenta únicamente en alrededor de 1 por cada 500 a 750 partos.³⁷

De hecho, para Juan Vázquez Cabrera el Desprendimiento de placenta normoinserta es una de las causas de sangrado durante la segunda mitad de la gestación y es una complicación que afecta el 2.5% de los embarazos. Así, en un estudio realizado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia se encontró una frecuencia de la hemorragia genital en la segunda mitad del embarazo en un 0.86%.³⁸

- En USA

En el Parkland Hospital, de USA, en un estudio que abarcaba los nacimientos desde 1988 hasta 2003 encontraron una incidencia de 1 Desprendimiento por 290 nacimientos. También concluyeron una entidad de extrema urgencia en obstetricia, con una tasa de mortalidad neonatal entre el 30 % y 60% y materna del 1%.

³⁷Infogen. *Desprendimiento prematuro de placenta*. México, 2010. p.4. Disponible en: www.infogen.org.mx Consultado el día 15 de junio del 2013.

³⁸Juan Vázquez. Op cit p. 53

Existe una incidencia de 0.17% de todos los nacimientos, una frecuencia de 0,11% en los partos eutócicos y el 11% en las cesáreas.

Esta patología tiene su importancia cardinal por la alta mortalidad perinatal que presupone en algunos estudios hasta 100% de los fetos en formas graves y de 30% a 35% de todos los casos, y se asocian también con parto prematuro, con la inmadurez que conlleva implícito en pacientes donde generalmente no se hace profilaxis de la prematuridad por lo agudo del cuadro clínico, lo cual conlleva a tomar una conducta urgente con la paciente, para tratar de salvar la vida del producto en muchas ocasiones y no pocas veces, también el de la madre.

Este problema se asocia también con la muerte materna, sobre todo cuando llega a presentar choque hipovolémico o trastornos de la hemostasia. Esta complicación oscila entre el 0.5% y el 1% de todos los embarazos.³⁹

Por otra parte, para Rodrigo Cifuentes la incidencia de Desprendimiento prematuro es muy variable y puede estar entre el 1% y 2% de todos los nacimientos y la mortalidad fetal es de más o menos 1,2 por cada 1,000.

³⁹Id

Esta patología se presenta más frecuentemente entre las 24-28 semanas de gestación pero dependiendo de la patología asociada, puede ser en cualquier edad de gestación.⁴⁰

Así, en otro estudio relacionado con la misma temática se observó que se produce en aproximadamente el 1% de todos los embarazos o 1 de cada 100 nacimientos. De hecho, se ha demostrado que el Desprendimiento de placenta se asocia con una tasa de mortalidad perinatal de 119 por cada 1000 nacimientos, en comparación con una tasa de 8.2 por 1,000 nacimientos en la población de referencia de los Estados Unidos de Norteamérica.⁴¹

- En México

En México el Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta es la segunda causa en orden de frecuencia de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación, siendo ésta una complicación que afecta el 2.5% de la mujeres embarazadas.

⁴⁰Rodrigo Cifuentes. Op cit. p. 167.

⁴¹Maternidad Angeles Oaxaca. Op. cit. p. 13.

Constituye así mismo, una de las complicaciones más riesgosas del embarazo y el parto, a pesar de todos los progresos aplicados a la vigilancia del embarazo de alto riesgo. Es así que esta complicación continúa apareciendo en México, como una de las primeras tres causas de mortalidad materna, que en las formas clínicas graves de la complicación alcanza un 20% a causa de shock originado por la hemorragia y la hipofibrinogenemia, que se asocia a muerte fetal en el 100% de los casos y en un 30% a 35% con muerte perinatal.⁴²

2.1.4 Clasificación del Desprendimiento Prematuro de placenta normoinsera

- Grado I ó Incipiente

En este Grado, la zona desprendida es aún menor del 25% del total de la zona de inserción placentaria. Aquí no hay lesión fetal ni materna y solo hay una hemorragia vaginal escasa y puede ser ubicada como un pequeño hematoma retroplacentario.⁴³ Para Fernando Arias este grado es asintomático y casi siempre se diagnostica en el postparto y la paciente solo llega a presentar hemorragia vaginal leve.⁴⁴

⁴²Silvina Vispo. Op. cit. p. 3.

⁴³Grupo CTO. *Manuales CTO de Medicina y Cirugía*. Ed. CTO, 8ª ed, Madrid, 2011. p. 94.

⁴⁴Fernando Arias. Op. cit. p. 177.

Sin embargo, hay otras explicaciones que dicen que este grado corresponde a los casos en los que el diagnóstico de Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta se hace de forma retrospectiva, ya que estas pacientes suelen presentar hematomas retro-placentarios de aproximadamente 150ml, que en ninguno de los casos, supera los 500ml de volumen. Este Desprendimiento no supone riesgo alguno para el feto que suele tener una buena supervivencia.⁴⁵

-Grado II ó Avanzado

Se presenta un Desprendimiento de entre $\frac{1}{4}$ y $\frac{2}{3}$ de la inserción placentaria. Cursa con dolor uterino continuo o de aparición brusca o gradual, seguido de sangrado vaginal oscuro, puede o no haber signos de shock. Aún cuando la hemorragia externa es escasa, el útero se encuentra hipertónico y doloroso a la palpación, y la frecuencia cardíaca fetal se ausculta con dificultad. En este grado de complicación se puede presentar coagulopatía y daño renal. Para Rodrigo Cifuentes este grado presenta hemorragia vaginal, hematoma retro placentario, sensibilidad uterina y signos de sufrimiento fetal.⁴⁶

Este grado corresponde a los casos en los que la hemorragia va acompañada de los clásicos signos del desprendimiento de placenta normoinserta y el feto está vivo.

⁴⁵Rodrigo Cifuentes. Op. cit. p. 168.

⁴⁶Idem.

El volumen del hematoma retroplacentario en estas pacientes es de entre 150-500ml, superando en el 27% de los casos los 500ml.

El 92% de estas pacientes presentan alteraciones del patrón de la frecuencia cardiaca fetal y la mortalidad perinatal es elevada, sobre todo si es parto vaginal.

Según parece, la presencia de rigidez uterina palpable supone un factor de alto riesgo para el feto.⁴⁷(Ver Anexo N° 5: Hematoma Retroplacentario)

-Grado III ó Masivo

Aquí se presenta una separación de 2/3 de la inserción placentaria, su comienzo es brusco con dolor uterino intenso y continuo. En este grado se asocia a útero couvelaire, por lo regular el feto se encuentra muerto, en la madre se origina shock hipovolémico y oliguria.⁴⁸ Además, la madre experimenta hemorragia vaginal, la sensibilidad uterina aumenta, en este grado es común que se presente muerte fetal y coagulopatía de consumo.⁴⁹

⁴⁷Idem.

⁴⁸Idem.

⁴⁹Idem.

Por otro lado, en el grado III, corresponde a los casos en los que se dan circunstancias del grado II, pero que en este se confirma la muerte fetal y puede subdividirse en dos categorías dependiendo de la presencia (1) o ausencia (2) de coagulopatía.

Casi todos los casos de muerte materna se producen entre las pacientes con grado III de Desprendimiento.

Se sugiere que en este grado de complicación toda paciente debe de ser manejada con un control meticuloso del sistema cardiovascular y de la función renal para asegurar la supervivencia materna.⁵⁰ (Ver Anexo N° 6: Útero Couvelaire)

2.1.5 Diagnóstico del Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta

- Cuadro clínico

El diagnóstico es eminentemente clínico, ya que el tiempo es vital para la sobrevivencia fetal y en ocasiones, materna. Por este motivo, es muy importante llevar el seguimiento, sobre la base del cuadro clínico que

⁵⁰Idem

presenta la paciente y prescindiendo de métodos auxiliares de diagnóstico, siempre que le sea posible.

Los elementos que orientan hacia el diagnóstico son: el embarazo con más de 20 semanas de gestación y antes del tercer período del parto, metrorragia, incluso puede no presentarse exteriormente (está ausente hasta en 10 % de los casos), y no se corresponde con el estado de las pacientes, presentan dolor uterino intenso, compromiso hemodinámico, puede haber hipertensión con dificultad para palpar partes fetales y puede aparecer choque hipovolémico. Los grados variables del compromiso fetal pueden ir desde; taquicardia, sufrimiento fetal y la muerte del producto.⁵¹ (Ver Anexo N° 7: Monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal externa)

Varios autores coinciden en que el diagnóstico es clínico, y la condición se debe sospechar en toda gestante con embarazo mayor de 20 semanas de gestación que presente metrorragia o dolor uterino, que tengan antecedentes de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta en embarazo previo, mujeres embarazadas con trauma abdominal o aquellas que presenten trabajo de parto pre termino.⁵²

⁵¹Juan Vázquez. Op. cit. p. 58.

⁵²Reinaldo Niño. Op. cit. p. 3.

- De gabinete

- Ultrasonido

La utilización de los métodos de gabinete complementarios en el Desprendimiento Prematuro de placenta, tienen usos muy limitados aunque el ultrasonido es muy esclarecedor, solo se hará cuando el equipo se encuentre en el mismo lugar de la gestante y haya dudas en el diagnóstico.

En algunas gestantes que se están realizando algún estudio ultrasonográficos por alguna razón que no sea buscando un hematoma retroplacentario, éste hallazgo es fortuito.

Los estudios complementarios son muy útiles en los casos de hematoma retroplacentario con fetos muertos, en los cuales el Obstetra buscará signos de una coagulopatía de consumo como preludio de una coagulación intravascular diseminada durante la inducción del parto.⁵³

⁵³Juan Vázquez. Op. cit. p. 58.

- Ecografía

Otra de las opciones para el apoyo en el diagnóstico es recurrir al estudio complementario como la Ecografía, ya que éste es considerado el método de elección para evaluar la vitalidad del feto. Además, permite excluir el diagnóstico de placenta previa en primer lugar y a la vez, recoger imágenes positivas del hematoma retroplacentario de ecogeneidad variable, según el tiempo transcurrido desde que se originó el problema.⁵⁴

Por eso, es importante recordar que la apariencia ultrasonográfica del Desprendimiento de placenta depende de la extensión del tamaño y localización del sangrado, así como el tiempo entre el Desprendimiento y el examen ecográfico. En los casos agudos el examinador puede no detectar hallazgos ultrasonográficos anormales.⁵⁵(Ver Anexo N°8: Ecografía Obstétrica)

- Diferencial

En el diagnóstico diferencial se debe pensar siempre primero en placenta previa y una vez descartada ésta, podría atribuirse la hemorragia a otras complicaciones como placenta previa, rotura

⁵⁴Enrique Oyarzun. Op. cit. p. 321.

⁵⁵Rafael Calvo. Op. cit. p. 10.

uterina, rotura del seno marginal, colecistitis aguda, apendicitis aguda y rotura de vasa previa. La más común es la placenta previa.

- Placenta previa.

Se presenta con hemorragia progresiva sin dolor y sin hipertonía uterina, originando en la madre anemia, generalmente el feto está vivo.⁵⁶

- Rotura uterina

Esta se presenta en caso de hemorragia interna, pero casi nunca falta el antecedente de operaciones previas en el útero por cesárea o miomectomía anterior. Así, la rotura uterina, presenta un cuadro de abdomen agudo y choque, con útero pequeño, que a veces no se palpa, el feto se palpa bajo de la piel, muy superficial y generalmente, muere.⁵⁷

- Rotura del seno marginal

Esta patología tiene similitud con la placenta previa dado que, la hemorragia es silenciosa, por lo común, moderada, de sangre roja y

⁵⁶José Botella. *Tratado de Ginecología: Fisiología. Obstetricia y Perinatología*. Ed. Díaz de Santos 14^a ed. Madrid, 1993. p. 443

⁵⁷José Botella Op cit p.444

sin coágulos, no hay dolor ni aumento de tamaño del útero y no afecta el estado general de la embarazada. Ocurre en el período expulsivo.⁵⁸

- Colecistitis o apendicitis aguda.

En la colecistitis y apendicitis aguda, existe dolor abdominal sin hipertensión uterina, sin hemorragia y sin alteración del bienestar fetal.⁵⁹

- Rotura de vasa previa

La rotura de vasa previa, ocurre aproximadamente en 1 de cada 1 000 partos 1 de 5 000 partos de todos los embarazos y se asocia con alta mortalidad fetal 33 %-100 %, según Danforth. Su diagnóstico se hace cuando los vasos fetales se palpan a través del orificio cervical interno, recorriendo las membranas amnióticas, reconociendo su latido.⁶⁰

2.1.6 Tratamiento del Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta

- Prevenir la morbimortalidad

El objetivo principal del manejo es prevenir la aparición de complicaciones y mejorar la supervivencia materno-perinatal, logrando esto desde una atención y control antes del embarazo y durante el

⁵⁸ Juan Vázquez. Op. cit. p. 59.

⁵⁹ Jose Botella Op cit p.445

⁶⁰ Id.

embarazo, por lo que la paciente debe ser manejada en una Unidad de tercer nivel de atención con personal capacitado y tecnología apropiada.

Además, el tratamiento del desprendimiento de placenta normoinsera depende de la presentación clínica, edad gestacional y el grado de compromiso materno-fetal.⁶¹ Debido a que la presentación de la misma tiene un amplio rango, es importante individualizar el manejo caso por caso.⁶²

- Atención inmediata

Las intervenciones de enfermería especialista perinatal incluye colocar a la paciente flujo de oxígeno continuo, instalar accesos venosos vasculares con solución salina o lactato ringer, monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal, transfusión sanguínea temprana, aunque la presión sanguínea este normal y tener solicitados mínimo cuatro concentrados eritrocitarios y disponibles, realizar amniotomía y preparar para una cesárea inmediata o para parto.

Manejo de la coagulopatía de consumo o de otra causa asociada al Desprendimiento Prematuro de placenta, cateterizarían la vena

⁶¹Rubén Edgardo Mata. *Guía técnica para el sistema de vigilancia de la salud materno perinatal*. El Salvador, 2010. p. 23. Disponible en www.unfpa.org.sv Consultado el día 9 de julio del 2013

⁶²Rubén Edgardo Mata. Op cit. p. 24

yugular para la administración rápida de líquidos y catéter para medir la presión venosa central, manejo de choque si lo hubiese y el control de la eliminación urinaria, como parte importante del manejo de la coagulopatía, debe tenerse en cuenta que el hematocrito se debe mantener por encima del 30% además de tener disponibles paquetes globulares, crioprecipitados, plasma y plaquetas.⁶³

- Terminar la gestación

Según la gravedad del desprendimiento y la etapa del embarazo en la que se encuentre, si la separación de la placenta es menor, el médico podrá sugerir reposo en cama para detener el sangrado.⁶⁴

Sin embargo, en general, el tratamiento consiste en terminar la gestación lo antes posible, además de mantener las constantes vitales maternas. Para ello hay que tomar muestras sanguíneas de laboratorio para solicitar paquetes de hemoderivados y mantener en reserva, para realizar una posible transfusión y hacer un estudio de coagulación.

⁶³Rodrigo Cifuentes. *Ginecología y Obstetricia basadas en las nuevas evidencias*. Ed. Distribuna. 2a. ed. Bogotá. 2008 p. 167

⁶⁴Estela Lorenzo. *Ginecología y Obstetricia*. En la Revista AMIR. 3^a ed. 2008. p. 24.

Como regla general, se realizará una cesárea urgente. Si el feto está muerto, se prefiere la vía vaginal, siempre que las condiciones maternas lo permitan, y controlando la posible aparición de complicaciones.⁶⁵

Dentro del tratamiento el enfoque terapéutico del Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta dependerá fundamentalmente de dos variables que son: el estado materno y la viabilidad fetal. En función de las mismas podrán establecer el tratamiento conservador o el tratamiento activo.

2.1.7 Complicaciones del Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta

- Maternas

En las complicaciones maternas se pueden presentar las siguientes:

- Utero de couvelaire

Es el accidente de Couvelaire (*apoplejía uteroplacentaria*) cuando la sangre se infiltra, invade la pared uterina provocando zonas de

⁶⁵Manuales CTO. Op cit p. 94.

extensas hemorragias miometriales que disocian los haces musculares y puede difundirse hacia el tejido subperitoneal, las trompas de Falopio, los ovarios y a veces los ligamentos anchos.

A causa de esta infiltración sanguínea, el miometrio pierde su propiedad contráctil. Esta complicación es más frecuente en embarazos con trastornos hipertensivos. La solución de este cuadro compromete la vida reproductiva futura de la mujer, puesto que es necesaria la práctica de una histerectomía obstétrica para resolverlo y además, puede ser la causa de una muerte materna.⁶⁶

- Coagulación Intravascular Diseminada

La coagulación Intravascular Diseminada (CID) es un cuadro producido por el paso a la circulación materna de tromboplastina hística (liberada por la placenta), en los espacios intervillosos. En un primer momento la tromboplastina, junto con el calcio y los factores V y VII de la coagulación, activan el paso de protrombina a trombina y ésta el paso de fibrinógeno a fibrina. Esto da lugar a un cuadro que afecta a los diferentes órganos.⁶⁷

⁶⁶Perci, Pacora *Desprendimiento Prematuro de placenta es una manifestación de enfermedad vascular severa en el embarazo*. En la Revista de Ginecología. Vol.51. N° 1. Enero- Marzo. Lima, 2008 p.39

⁶⁷Carlos, Pérez. *Hemorragias de la segunda mitad del embarazo, en la revista peruana de ginecología y obstetricia*, vol. 56 N° 1. Lima, 2010, p.20-21

En una segunda fase, se origina una hiperfibrinólisis para compensar este exceso de coagulación; lo cual ocasiona trastornos hemorrágicos, ya que, por un lado, se consumen los factores de coagulación y, por el otro, los productos de degradación de la fibrina, produciéndose la hiperfibrinólisis compensatoria, que tienen acción antitrombina y alteran la función plaquetaria, favoreciendo el sangrado. Este trastorno de la coagulación se autolimita al eliminar la causa que lo produce. Es decir, en este caso, el evacuar el útero.⁶⁸ Se ha observado que la CID aparece en 10 % de los casos de Desprendimiento Prematuro de la placenta normoinserata, llegando a más de 30 % en los casos graves. Este evento aparece, generalmente, cuando el hematoma tiene más de 8-10 hrs de evolución.⁶⁹

- Insuficiencia renal aguda

Con la insuficiencia Renal Aguda, el colapso circulatorio periférico y la sobre distensión uterina provocan isquemia en las zonas corticales de los riñones.⁷⁰

⁶⁸Juan Vázquez. Op cit. p.72.

⁶⁹Id

⁷⁰Pernoll Benson. *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Ed. Mc Graw-Hill. 10ª ed. Madrid, 2001, P.128.

- Choque hipovolémico y muerte

El choque hipovolémico es una afección de emergencia en la cual la pérdida grave de sangre y líquidos hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo. Esto se tiene que seguir muy de cerca, pues a pesar de que la sangre que se exterioriza en la mayoría de las veces no es abundante, puede ocasionar una falsa sensación de seguridad al personal no muy adiestrado en el manejo de estos casos.⁷¹

- Fetales

Dentro de las complicaciones fetales se encuentran; la Asfixia perinatal, la Anemia, restricción en el crecimiento intrauterino, anomalías del sistema nervioso central y la Muerte fetal

⁷¹Juan Vázquez. Id.

2.1.8 Intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres embarazadas con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta

- En la prevención

- Educar a la mujer embarazada que tiene que acudir a control prenatal.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, relativa a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, dice que las acciones propuestas durante el embarazo, tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente, contribuyen a brindar una atención con mayor calidad y calidez. Su objetivo primordial es establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.⁷²

⁷²Secretaría de Salud. *Atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio*. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA. México, 1993. p.1-4.

Por ello, el control prenatal que se brinda a la mujer embarazada permite poner en práctica el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia.⁷³

Por lo tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe educar a la mujer embarazada acerca de los cuidados que debe llevar en el embarazo, la dieta, acudir a toma de muestras para exámenes de laboratorio y análisis, que acuda a sus 5 consultas prenatales para prevenir cualquier complicación del embarazo. Las intervenciones de la Enfermera Especialista perinatal son efectivas para prevenir una complicación en la mujer embarazada.

- Evitar el consumo de drogas en la embarazada

Numerosos estudios han señalado que tanto el alcohol como su asociación con otras drogas durante la gestación, causan diversos problemas para la madre y el niño, no solamente durante el período

⁷³Angelina Rivera. *Control prenatal. Antología de Éneo*. México, 2008. p. 3-8. Disponible en www.eneo.unam.mx. Consultado el día 22 de mayo del 2013.

embrionario y fetal, sino también durante el resto de sus vidas con alteraciones en los procesos de aprendizaje y conductuales. Diferentes investigaciones han demostrado las consecuencias de estos consumos tóxicos, han sido observadas en la placenta, embrión y feto.

Así, entre las más frecuentes se ha detectado el bajo peso al nacer (menor a 2.500kg, OMS), es el resultado de la influencia de sustancias como las drogas, lo que provoca una gestación de pretérmino de la semana 37 o en una restricción del crecimiento intrauterino.⁷⁴

En un estudio realizado en Uruguay, el porcentaje de recién nacidos de bajo peso en los años 2000 al 2004 fue de 5% a 6% se comprobó que existe una amplia gama de alteraciones vinculadas al consumo de las diferentes drogas. Entre ellas cabe destacar el síndrome de abstinencia por opiáceos, barbitúricos, benzodiazepinas, cocaína, alcohol, provocando alteraciones neurológicas y un efecto teratogénico.

El daño producido por el alcohol sobre las neuronas se produce en todo el embarazo, no sólo durante el primer trimestre, siendo esta la primera causa de retraso mental, por lo que es importante que al

⁷⁴Ibíd p.4

detectar alcoholismo en la mujer embarazada reciba el tratamiento que le ayude a evitar el consumo y disminuir el riesgo en el feto. El consumo de tabaco y cocaína durante el embarazo a su vez se han relacionado con mayor incidencia de muerte súbita del neonato.⁷⁵

Por lo anterior, la Enfermera Especialista Perinatal debe tener el conocimiento de los efectos de las drogas en el embarazo, ya que son base fundamental para poder educar a la mujer embarazada y conozca los riesgos para ella y el feto. También la Enfermera Especialista debe valorar e identificar las señales de adicción que llegue a presentar la mujer embarazada en caso de que sea consumidora de drogas. Aquí es muy importante la comunicación que se establece entre la especialista y la primera entrevista de control prenatal, para saber obtener toda la información que permita conocer el estilo de vida que la mujer embarazada lleva y de esta forma poder orientarla.

- Orientar a la mujer embarazada sobre los factores de riesgo de complicaciones durante el embarazo.

Es de suma importancia indicar a la embarazada que existen varios factores con los cuales se asocia el Desprendimiento Prematuro de

⁷⁵Raquel Magri. *Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas*. En la Revista archivos Pediátricos de Uruguay. Montevideo, 2007. Vol. 78. N° 2. p. 2-4.

placenta normoinsera como son los trastornos hipertensivos durante la gestación, hábito de fumar, edad materna mayor a los 34 años, multiparidad, alcoholismo, adicciones, antecedentes obstétricos quirúrgicos, traumatismos externos y descompresión brusca en el caso de polihidramnios.⁷⁶

De igual forma, para Fernando Ibáñez las causas definibles y directas que producen el Desprendimiento Prematuro de placenta tienen que ser con factores mecánicos como: trauma abdominal, por ejemplo un accidente automovilístico o una caída, pérdida súbita en el volumen uterino como ocurre con la pérdida rápida del líquido amniótico, el parto del primer gemelo o un cordón umbilical anormalmente corto que por lo general el problema que sólo se presenta en el momento del parto.⁷⁷

Por tanto, la Enfermera Especialista Perinatal debe orientar a la embarazada a fin de que ella pueda conocer los riesgos que se tiene en el embarazo para lograr obtener el interés de un mejor cuidado en su vida diaria y en sus hábitos alimenticios, no olvidando que su control prenatal es muy importante para llevar a buen término el embarazo, disminuyendo los riesgos de complicaciones.

⁷⁶Juan Vázquez. Op cit. p.54

⁷⁷Fernando Ibáñez. *Embarazo posterior a las ligaduras de las arterias uterinas e hipogástricas*. En la Revista Panorama de Cuba y Salud. Vol. 8. Enero – Abril. La Habana, 2013, p.40.

- En la atención

- Administrar oxígeno

Es el procedimiento mediante el cual se administra oxígeno al paciente a través de un dispositivo, con fines terapéuticos, logrando mantener niveles de oxigenación adecuados, así mismo para evitar la hipoxia tisular, aumentar la eficacia ventilatoria, disminuir las demandas corporales como pueden ser cardíaca y mejorar el intercambio gaseoso.

La administración de oxígeno a concentraciones mayores a las del aire ambiente (21%), debe ser la primera estrategia implementada en la paciente.

La hipoxemia produce hipotensión, que altera y daña todo el organismo, con alto riesgo de muerte, la conducta más adecuada en clínica es la sospecha sistemática en todas las condiciones que puedan presentarla con administración precoz de oxígeno y rápida investigación de sus mecanismos causales para completar el tratamiento, es necesario que la oxigenoterapia se complemente con

estrategias adicionales, ya que una baja disponibilidad de oxígeno a los tejidos puede tener distintas etiologías.⁷⁸

Así, las Indicaciones de oxigenoterapia son para el episodio de insuficiencia respiratoria aguda, sobre todo con valores de PaO₂ menores de 40 mmHg que constituye una urgencia médica. Por debajo de 30 mmHg hay riesgo inminente de fibrilación ventricular y paro cardiorrespiratorio. Ante la sospecha de una insuficiencia respiratoria, si no es posible la confirmación gasométrica o con pulso oximetría debe iniciarse inmediatamente el aporte de oxígeno.⁷⁹

Por lo tanto, la Especialista en Enfermería Perinatal debe evitar la hipoxemia de la paciente suministrando la oxígeno, logrando disminuir los riesgos y complicaciones que pongan en riesgo la vida del binomio. Por lo tanto es muy importante que la enfermera especialista tenga la visión de las posibles complicaciones respiratorias que puede llegar a presentar la embarazada.

⁷⁸Alberto Jarillo. *Oxigenoterapia. Documento impreso*. México, 2013. p.2 Disponible en: www.himfg.edu.mx Consultado el día 20 de julio del 2013

⁷⁹Joaquín Aldaz. *Oxigenoterapia y monitorización respiratoria no invasiva*. En la Revista: Libro electrónico de temas de urgencias. Madrid, 2013. Disponible en: www.cfnavarra.es Consultado el día 29 de Julio 2013.

- Indicar que la paciente se mantenga en reposo absoluto.

El reposo en cama es usado frecuentemente para tratar una amplia variedad de condiciones médicas, lo que conlleva al condicionamiento del cuerpo.

En el embarazo se producen una serie de modificaciones fisiológicas, anatómicas, farmacocinéticas y psicológicas, que es conveniente conocer y no confundir con estados patológicos que cursan con síntomas similares.

Estas modificaciones o adaptaciones del cuerpo de la madre hacia el reposo en cama tienen como misión principal favorecer el cuidado, la nutrición y la difusión de nutrientes de la madre al feto.⁸⁰ Es evidente, que un paciente de estas características, representa un reto de enormes proporciones para el profesional de enfermería, ya que para llevar a cabo las intervenciones, debe reunir los conocimientos y destrezas que le permitan valorar y corregir alteraciones en el funcionamiento de los sistemas y logre una pronta recuperación de la paciente.

⁸⁰Santiago Cuéllar. *Uso de medicamentos en el embarazo*. La Habana, 2013.p.1 Disponible en: www.sld.cu Consultado el día 16 de junio del 2013.

Por tal razón, la Enfermera debe brindar una intervención integral a la mujer embarazada, utilizando la metodología del proceso de atención en enfermería, los principios éticos y legales, la toma de decisiones para desenvolverse en un ambiente interdisciplinario como miembro de un equipo de salud.⁸¹

Entre estas intervenciones de la enfermera especialista, es sumamente importante dar a conocer a la mujer embarazada cuales son los beneficios del reposo absoluto para el feto y ella misma.

- Monitorear la presión arterial.

Se define como Hipertensión a la presión arterial igual o mayor a 140 mmHg de sistólica y/o 90 mm Hg de diastólica, registrada en dos tomas separadas por lo menos por 6 horas en el transcurso de una semana.

El término Hipertensión en el Embarazo (o Estado Hipertensivo del Embarazo) describe un amplio espectro de condiciones cuyo rango

⁸¹Carlos Pérez. *Hemorragias de la segunda mitad del embarazo*. En la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Vol. 56. N° 1. Lima, 2010. p.23

fluctúa entre elevaciones leves de la tensión arterial a hipertensión severa con daño de órgano blanco y grave morbilidad materno-fetal.⁸²

La consideración más importante en la clasificación de la hipertensión en el embarazo, está en diferenciar los desórdenes hipertensivos previos y de los propios del embarazo, particularmente en la Preeclampsia.

Debe tenerse en cuenta que la hipertensión puede estar presente antes del embarazo y sólo diagnosticarse por primera vez durante el mismo ya que ésta puede hacerse evidente durante el trabajo de parto o en el postparto.⁸³

Por ello, la Enfermera Especialista debe vigilar la presión arterial de la embarazada para evitar las complicaciones que pudieran presentarse, y lo más importante, que la paciente siga las indicaciones que le da la Enfermera Especialista ya que este profesional tiene la capacidad de poder mantener una presión estable de la paciente, logrando detectar prontamente lo que pudiera alterar el bienestar materno fetal.

⁸²Alicia Lapidus. *Guía para el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión en el embarazo*. Buenos Aires, 2009. p. 7 Disponible en www.ms.gba.gov Consultado el día 18 de julio del 2013

⁸³Juan Vázquez. Op. cit. p.54.

- Valorar que no aumente el sangrado vaginal de la paciente

El sangrado vaginal puede ser interno y externo. Éste puede llegar a provocar el aumento del tono uterino, originando que aumente la presión intramiometral y comprima los vasos que lo atraviesan colapsando las venas, en las arterias no pasaría porque su presión es superior a la presión intramuscular.

Derivada de esta presión, la sangre que sigue entrando al útero halla dificultades para salir, entonces, la presión sanguínea de los capilares, venas y vasos sanguíneos sigue aumentando, hasta que se rompen y dan origen al hematoma y al desprendimiento de la placenta.⁸⁴

Por ello, la Enfermera Especialista Perinatal, en cada consulta prenatal, debe alertar a la paciente y explicar cuáles son los riesgos en caso que llegue a presentar algún sangrado mínimo y no acuda inmediatamente a su revisión para evitar alguna complicación.

⁸⁴Enrique Oyarzun. Op cit. 320.

- Colocar un acceso venoso periférico de grueso calibre.

La colocación de un acceso venoso periférico es un procedimiento invasivo consistente en la colocación de un catéter corto en una vena periférica para un realizar tratamiento intravenoso de corta duración como: administración de medicamentos o sustancias, toma de muestras de sangre, transfusión de sangre y hemoderivados, con fines diagnósticos. Dentro de los cuidados que requiere son vigilar que tenga su permeabilidad y prevenir de complicaciones asociados a aparición de flebitis, irritación local, deterioro de catéter, extravasación, reflujo a través del punto de punción y posible transmisión de infecciones o trombosis venosa.⁸⁵

Por lo anterior, la Enfermera Especialista Perinatal debe buscar en la embarazada una vena de grueso calibre y un buen sitio, que permita la manipulación del equipo, y lo más importante, que sea de fácil acceso para la administración de medicamentos y hemoderivados. Esto permitirá que la Enfermera este segura de que no tendrá problema alguno durante el tratamiento de la paciente.

⁸⁵Nelson Augusto Perón. *Acceso venoso periférico: venoclisis*. 10 de Marzo. México, 2013. p. 1. Disponible en www.enfermeriaglob.blogspot.mx. Consultado el 28 de junio del 2013.

Es decir, el profesional de Enfermería debe realizar una buena valoración del sitio en el que va a instalar el acceso venoso, para evitar multipunciones y realizar una buena vigilancia del sitio de punción.

- Monitorizar la frecuencia cardíaca fetal.

El monitoreo de frecuencia cardíaca fetal rastrea y registra la frecuencia cardíaca del feto y la fuerza y duración de sus contracciones. Este monitoreo se puede realizar externa o internamente. El método común es el monitoreo externo involucra dos sensores planos que se colocan sobre el abdomen de la madre, se conoce como método indirecto el primero es a través de un transductor que se coloca sobre el útero de la madre identificando el foco fetal y vigila la frecuencia cardíaca del feto, y el segundo es un tocodinamómetro que se coloca en el fondo uterino y registra las contracciones uterina.⁸⁶

De hecho, el monitoreo interno proporciona una medición más precisa de la frecuencia cardíaca del bebé y sus contracciones, que el externo. El cérvix se puede dilatar al menos dos centímetros y romperse el

⁸⁶Rhos Goddard. *Ventajas y desventajas del monitoreo fetal intraparto en embarazos de bajo riesgo*. En la Revista British Medical Journal. Ed. Papers. Junio. Lima, 2008. p. 1457.

saco amniótico para hacer el monitoreo interno. Una frecuencia cardíaca anormal puede ser una señal de que algo está mal y que se puede necesitar acción.

El sufrimiento fetal agudo es un disturbio metabólico que lleva a la hipoxia y acidosis, pudiendo provocar graves lesiones e incluso la muerte. Así, el sufrimiento fetal constituye una de las principales causas de morbilidad neonatal.⁸⁷

Por ello, la Enfermera Especialista Perinatal debe monitorizar la frecuencia cardíaca fetal, en cada consulta para así verificar el bienestar fetal durante el desarrollo de la gestación.

- Colocar sonda vesical y vigilar diuresis.

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral de la madre, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga, al exterior, con fines

⁸⁷María Fernanda y Cols. *Importancia de la monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal intraparto como predictor de los resultados neonatales*. En la Revista Médica del Uruguay. Vol. 24. N° 2. Junio. Montevideo, 2008. p.94.

diagnósticos y/o terapéuticos. El sondaje vesical permite evitar retenciones urinarias por obstrucciones de la uretra, se utiliza Intervenciones quirúrgicas, permite la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía, control y vigilancia de diuresis.⁸⁸

- Solicitar muestras sanguíneas para laboratorios clínicos

Las tomas de muestras de laboratorio son el espécimen más usado habitualmente para los estudios analíticos por la riqueza de datos que puede aportar, por su funcionalidad y por ser relativamente fácil su obtención. Dependiendo del tipo de estudio que se vaya a realizar, el tipo de muestra puede coincidir con el espécimen (sangre total) o ser una parte del mismo (plasma, suero).⁸⁹

Es muy importante que la Enfermera Especialista Perinatal tenga un amplio conocimiento de la toma de muestras sanguíneas en una paciente con hemorragia o riesgo de la misma, contar con paquetes globulares o derivados disponibles para el momento que lo necesite.

⁸⁸José Botella y José A. Clavero. *Op cit* p. 456.

⁸⁹Javier Aznar. *Manual de obtención y manejo de muestras para laboratorio Clínico*. Ed. Servicio Andaluz de Salud. Madrid, 2009. p.12. Disponible en www.enferaclinic.org. Consultado el día 30 de julio del 2013.

Además, contar con resultados de laboratorios recientes para anexarlos a expediente y tomar nuevamente muestras de sangre en caso de que sea necesario. Por lo tanto, en todo momento la Enfermera Especialista debe estar informada sobre los resultados de laboratorio de cada paciente, para disminuir el riesgo de complicación en el binomio.

- En la recuperación

- Valorar el sangrado vaginal en puerperio inmediato.

Uno de los riesgos inmediatos tras el nacimiento, es la hemorragia vaginal postparto. Esta es una complicación que sucede sobre todo durante las dos primeras horas pos parto, y aunque no es frecuente puede llegar a ser grave, incluso en uno de cada cuatro casos, puede originar la muerte materna.⁹⁰

No se deben confundir las hemorragias con los loquios del postparto en donde el período de regresión uterina, origina un sangrado vaginal similar al de una menstruación. Si bien la pérdida de sangre durante el período expulsivo y las primeras horas del postparto es normal (el parto vaginal espontáneo supone la pérdida de un promedio de 500 ml

⁹⁰Secretaría de salud. Op cit. p.20

de sangre, y una operación cesárea aproximadamente de 930 ml.), un reducido porcentaje mujeres (7-8%) excederán la pérdida promedio.⁹¹ Por el contrario, cuando la hemorragia vaginal es intensa es cuando pueden producir complicaciones peligrosas por la insuficiencia circulatoria y un riego insuficiente, provocando una hipovolemia.⁹²

Por lo anterior, la Enfermera Especialista Perinatal debe mantener a la paciente con vigilancia estrecha en el puerperio inmediato, vigilando su involución uterina y el sangrado vaginal, es importante que cuente con los conocimientos básicos y cuente con un equipo de trabajo de Enfermería, en caso de que la paciente llegue a presentar alguna complicación en su etapa de recuperación.

- Tomar signos vitales

Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (Cerebro, corazón, pulmones) y expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera, no podrían ser cualificados ni cuantificados.

⁹¹Carlos Pérez. Op. cit. p. 20.

⁹²Enrique Oyarzun. Op. cit. p. 324.

Los signos vitales normales cambian según la edad, el sexo, el peso, la tolerancia al ejercicio y la enfermedad. Los cuatros principales signos vitales son: Frecuencia cardiaca, que se mide por el pulso, en latidos/minuto, frecuencia respiratoria, tensión (presión) arterial y por último, la Temperatura corporal que se puede tomar en los sitios: oral, ótica, axilar o rectal.⁹³

Los signos vitales constituyen una herramienta valiosa como indicadores que son del estado funcional del paciente, la medición de estos signos no debe convertirse en una actividad rutinaria. Su interpretación adecuada y oportuna ayuda tanto a los profesionales de salud a decidir conductas de manejo.⁹⁴ De hecho, su determinación de tiene particular importancia en los servicios de urgencia, donde llegan pacientes con gran variedad de cuadros clínicos, algunos, en estado crítico.⁹⁵

De hecho, para la Enfermera Especialista Perinatal los signos vitales son el punto de partida clínico que permite identificar el problema que

⁹³Lizet Adon Altagracia. *Factores de riesgo y características clínicas asociadas al desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en la maternidad Nuestra señora de Altagracia*. En la Revista Médica Dominicana. Vol. 71. N° 3. Septiembre-Diciembre, República Dominicana, 2010. p. 111.

⁹⁴Silvina Vispo. Op cit p.5

⁹⁵Reinaldo Niño. p. 5.

está iniciando la mujer embarazada. Por lo tanto, es muy importante saber cuáles son los valores que tiene la paciente desde su ingreso al hospital para mantener monitoreada a la paciente y estar vigilando los signos vitales. También es muy importante que desde el inicio del control prenatal se lleve una vigilancia de la presión arterial, ya que su alteración durante el embarazo es un factor de riesgo para desencadenar un Desprendimiento Prematuro de placenta.

- Medir la diuresis de la paciente

La diuresis es el parámetro que mide la cantidad de orina en un tiempo determinado. Normalmente se mide la orina en un período de 24 horas. Sin embargo, en situaciones de cuidados especiales, se debe controlar la orina de forma horaria. Para ello, se necesita que la paciente tenga instalada la sonda vesical.⁹⁶

Un adulto promedio, suele eliminar entre 1000 y 1500 ml de orina en 24 horas. El número y la cantidad eliminada de cada persona es individual. Se podría establecer como patrón normal, de 5 ó más veces al día, sin necesidad de levantarse por la noche. La orina normal es

⁹⁶José Botella y José A. Clavero. Op. cit. p. 444

transparente y de color paja o ámbar claro, con olor característico suave.⁹⁷

Dentro de la vigilancia de la uresis y la administración de concentrados hematíes e infusión intravenosa de líquidos, hay autores que mencionan que para mantener una perfusión orgánica adecuada en la paciente con desprendimiento prematuro de placenta grave, es necesario mantener al menos un hematocrito del 30% y una eliminación de orina de 30ml por hora. Estos dos criterios son de vital importancia, dado que un hematocrito del 30% o más, garantiza a la paciente una capacidad de transporte de oxígeno suficiente y una eliminación urinaria de 30ml/hr o mayor, esta reacción proporciona una relativa seguridad de que se está manteniendo el volumen intravascular y de que no se va a producir una necrosis tubular aguda o una necrosis cortical bilateral, que son las principales causa de muerte en mujeres con Desprendimiento Prematuro de placenta normo inserta.⁹⁸

Por ello, la Enfermera Especialista Perinatal debe, mantener su estrecha vigilancia en la función renal de la paciente, desde el primer minuto al inicio de colocación de la sonda vesical, es decir realizar una

⁹⁷Pernol Beson. *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Ed. Mc Graw-Hill. 10^a ed. Madrid, 2001, p.128-134.

⁹⁸Fernando Arias. Op. Cit. p.178

buena técnica de colocación, verificar que el globo vesical no tenga fuga alguna y vigilar que la sonda no se obstruya ni se doble al momento de la fijación, para así vigilar los pequeños detalles antes durante y después de la colocación vesical, permitiendo vigilar que la diuresis tenga un buen drenaje y así se realizara un buen control y evitando alguna complicación renal en la paciente. La enfermera especialista perinatal debe tener los conocimientos principales para poder valorar los resultados de un examen general de orina.

- Brindar cuidados de la herida quirúrgica

En toda mujer obstétrica con herida quirúrgica se toman medidas universales con el objeto de prevenir infecciones, pero el riesgo de aparición de infecciones del sitio quirúrgico es mayor en ciertos casos, de modo que es importante valorar en forma apropiada este riesgo y extremar los cuidados cuando sea necesario.

Asimismo, el uso de una profilaxis antimicrobiana adecuada, en el momento y dosis precisos, es vital para la prevención de infecciones, como también lo es la preparación preoperatoria de la piel, tanto con respecto al baño como a otras medidas, como el rasurado.⁹⁹

⁹⁹Grupo CTO. Op cit. p.94

Además de las recomendaciones generales, una vez que termina la cirugía, se debe utilizar solución salina estéril para retirar los excedentes de antisépticos y restos de sangre, aunque algunos antisépticos pueden permanecer por más tiempo sin dañar la piel. Las heridas cerradas se deben cubrir con un apósito seco estéril, con el objetivo de absorber los fluidos, evitar la contaminación con fuentes exógenas y proteger las heridas de las agresiones externas.¹⁰⁰

La herida se debe mantener cubierta durante las primeras 24 a 48 horas, porque en ese lapso se lleva a cabo la formación de coágulos y la angiogénesis propia del proceso de cicatrización; por lo tanto, se justifica mantener la herida cubierta y evitar que se manipule, a menos que los apósitos estén mojados con exudado y haya que cambiarlos.¹⁰¹

Entonces, la Enfermera Especialista Perinatal debe realizar los cuidados preventivos en la herida quirúrgica. Es muy importante que se vaya capacitando a la paciente poco a poco sobre su autocuidado, y principalmente sobre los cuidados de su herida, para lograr una pronta cicatrización y evitar complicaciones en la misma.

¹⁰⁰Pilar Izagoñola y Cols. *Las heridas, cuidados y curas*. En *Enfermería quirúrgica y obstétrica*, Editorial Bubokpublishin., Madrid, 2009, p.24

¹⁰¹Fernando Arias. Op. cit. p. 177.

3 METODOLOGÍA

3.1 VARIABLES E INDICADORES

3.1.1 Dependiente: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA PERINATAL EN MUJERES EMBARAZADAS CON DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA.

- En la prevención

- Educar a la mujer embarazada que tiene que acudir al control prenatal
- Evitar el consumo de drogas en la embarazada
- Orientar a la mujer embarazada sobre los factores de riesgo de complicaciones durante el embarazo

- En la atención

- Administrar oxígeno
- Indicar que la paciente se mantenga en reposo absoluto
- Monitorear la presión arterial
- Valorar que no aumente el sangrado vaginal de la paciente

- Colocar un acceso venoso periférico de grueso calibre
- Monitorizar la frecuencia cardíaca fetal
- Colocar sonda vesical y vigilar diuresis
 - Solicitar muestras sanguíneas para laboratorios clínicos

- En la recuperación

- Valorar el sangrado vaginal en el puerperio inmediato
- Tomar signos vitales
- Medir la diuresis de la paciente
- Brindar cuidados de la herida quirúrgica

3.1.2 Definición operacional: Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

- Concepto

El Desprendimiento Prematuro de placenta abruptio placentae o accidente baudelouque, es el proceso de separación total o parcial de la placenta de su lugar de inserción normal que corresponde al fondo uterino.

Esta complicación se produce a partir de las 22 semanas de gestación, hasta antes del nacimiento del feto, aunque puede ocurrir incluso, durante el trabajo de parto.

- Factores de riesgo

La causa de Desprendimiento Prematuro de la placenta aún no se ha determinado con exactitud, pero se cree que es una enfermedad de la decidua y los vasos sanguíneos uterinos. Una serie de condiciones siguen siendo asociadas con Desprendimiento, sin embargo, en más del 40 % de los casos no se puede identificar la causa.

Dentro de los factores de riesgo más comunes se encuentran el traumatismo abdominal, las adicciones, descompresión brusca del útero, los antecedentes de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en embarazo previo, los trastornos hipertensivos en el embarazo, por último la edad materna y multiparidad.

El papel de la hipertensión aguda o crónica durante el embarazo en la génesis del Desprendimiento Prematuro obstetrico es algo más controvertido, ya que Pichard y Cols el 45 % de sus pacientes con un

Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta suficientemente grave como para matar el feto, presentaban tensión arterial elevada.

Esta asociación entre hipertensión y Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta también fué confirmada por Abdella y Cols. Sin embargo, ambos estudios fueron realizados en pacientes con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta grave y parece ser que la asociación entre hipertensión y desprendimiento de placenta grave no es tan clara en las pacientes con grados más leves de Desprendimiento.

Otros estudios han demostrado la relación entre la multiparidad y Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta, pero la mayor incidencia se aprecia cuando existe una historia previa de Desprendimiento.

Epidemiología

El Desprendimiento Prematuro de placenta normo inserta ocurre aproximadamente entre un 0.4% y un 3.5% de todos los partos.

La forma grave que produce la muerte del feto se presenta únicamente alrededor de 1 por cada 100 partos. Así, el Desprendimiento Prematuro es la segunda causa en orden de frecuencia de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación, siendo esta una complicación que afecta del 2-5% de las embarazadas constituye asimismo, una de las complicaciones más riesgosas del embarazo y parto, a pesar de todos los programas aplicados a la vigilancia del embarazo de alto riesgo. Es así que esta patología continua apareciendo en México como una de las tres primeras causas de mortalidad materna, que en las formas clínicas graves de la enfermedad alcanza un 20% a causa del shock motivado por la hemorragia y la hipofibrinogenemia asociada a la muerte fetal en un 100% de los casos y en un 30-35 % se asocia a la muerte perinatal que se halla en estrecha relación a cuadros de hipoxia y prematurez.

- Clasificación

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta se clasifica de la siguiente forma: Grado I ó Incipiente, Grado II ó Avanzado, Grado III ó masivo.

El grado I ó Incipiente: corresponde a los casos en los que el diagnóstico se hace de forma retrospectiva. Aquí hay sangrado vaginal

leve e irritabilidad uterina ligera. La presión arterial y el fibrinógeno están normales, la frecuencia cardiaca fetal normal sin evidencias de sufrimiento fetal con un grado de Desprendimiento Placentario menor del 30 %, es decir, con un hematoma retro placentario aproximado de 150 ml. Este grado de Desprendimiento no supone riesgo alguno para el feto que suele tener buena supervivencia.

El Grado II ó Avanzado: corresponde a los casos en los que la hemorragia ante parto va acompañada de los clásicos signos de Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta y el feto está vivo. Aquí hay sangrado uterino externo que es leve a moderado. Hay irritabilidad uterina e hipertonia uterina, taquicardia materna y sus niveles de fibrinógeno están reducidos a los 150 a 250 mg y hay datos de sufrimiento fetal agudo. El Grado II presenta un grado de Desprendimiento Placentario del 30 al 50 %, formando un hematoma retroplacentario de 150-500ml, superando en el 27% de los casos, los 500ml. Este grado muestra una mortalidad perinatal elevada.

El Grado III ó masiva: este corresponde a los casos en los que se dan las circunstancias del grado II, pero en los que se confirma la muerte fetal. Es decir, hay sangrado vaginal severo y este puede estar oculto, hay hipotensión materna, anormalidades de la coagulación como trombocitopenia o coagulopatía por consumo, los niveles de fibrinógeno menor de 150 mg y el Desprendimiento de placenta es

mayor del 50%. Casi todos los casos de muerte materna se producen entre los pacientes con un grado III de desprendimiento. En estas pacientes es necesario un control meticuloso del sistema cardiovascular y de la función renal, Para asegurar la supervivencia materna.

- Diagnóstico

Se obtiene es a través del cuadro clínico y la condición se debe sospechar en toda gestante con embarazo mayor de 20 semanas de gestación que presente metrorragia o dolor uterino, compromiso hemodinámico, alteración en el bienestar fetal ,una historia de trauma abdominal o aquellas que presentan trabajo de parto pre término no explicado.

Esta patología se presenta a partir del tercer trimestre o durante el parto. Para esto en el cuadro clínico se encuentra el sangrado vaginal, que puede estar presente en hasta un 80% a 90 % de los casos, la hemorragia oculta puede ocurrir en un 10 % al 20 % de los casos.

Las pacientes con Desprendimiento de placenta con más frecuencia, se presentan con la triada de dolor uterino, sensibilidad uterina anormal y sangrado vaginal.

Después de la semana 20 de gestación, el dolor uterino puede estar presente en hasta el 50 % de los casos y probablemente es causado por las contracciones hipertónicas o extravasación de sangre en el miometrio.

Un estudio reciente sobre 198 mujeres con Desprendimiento Prematuro de la placenta encontraron que las manifestaciones más comunes fueron: el sangrado vaginal en un 70%, dolor abdominal en un 51%, el líquido amniótico hemático en un 50% y anomalías de la frecuencia cardiaca fetal en un 69%. A un hecho importante también fue que el 19% de los casos ni sangrado ni dolor estaban presentes. Por lo tanto, es importante recordar que estos síntomas no siempre están presentes, y la ausencia de síntomas no excluye el diagnóstico, ya que también depende el grado de severidad y la magnitud de separación de la placenta.

Los exámenes de laboratorio que se deben de tomar durante el diagnóstico son: hemograma completo, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno y productos de degradación del

fibrinógeno, prueba de aglutinación de los D- dímeros, la cual se ha usado como marcador temprano y hemoclasificación.

- Diagnóstico diferencial

En este diagnóstico se debe pensar primero en una placenta previa y una vez descartada ésta, puede atribuirse la hemorragia a los siguientes cuadros:

- Placenta previa: Hay hemorragia abundante, roja, rutilante líquida, sin dolor y sin hipertoniá uterina, con feto vivo y mujer con anemia secundaria a la hemorragia.
- Rotura uterina: En caso de hemorragia interna se piensa en esta patología falta el antecedente de operaciones previas en el útero (cesárea o miomectomia anterior). Presenta un cuadro de abdomen agudo y shock, no se palpa útero y el feto se palpa debajo de la piel, muy superficial.
- Rotura del seno marginal: Este cuadro tiene similitud con la placenta previa, la hemorragia es silenciosa, por lo común moderada, de sangre roja sin coágulos, no hay dolor ni aumento de tamaño del útero y no afecta el estado general de la embarazada.

- Colecistitis aguda y apendicitis aguda: En estos cuadros existe el dolor abdominal sin hipertonía uterina y sin hemorragia.

- Intervenciones de Enfermería

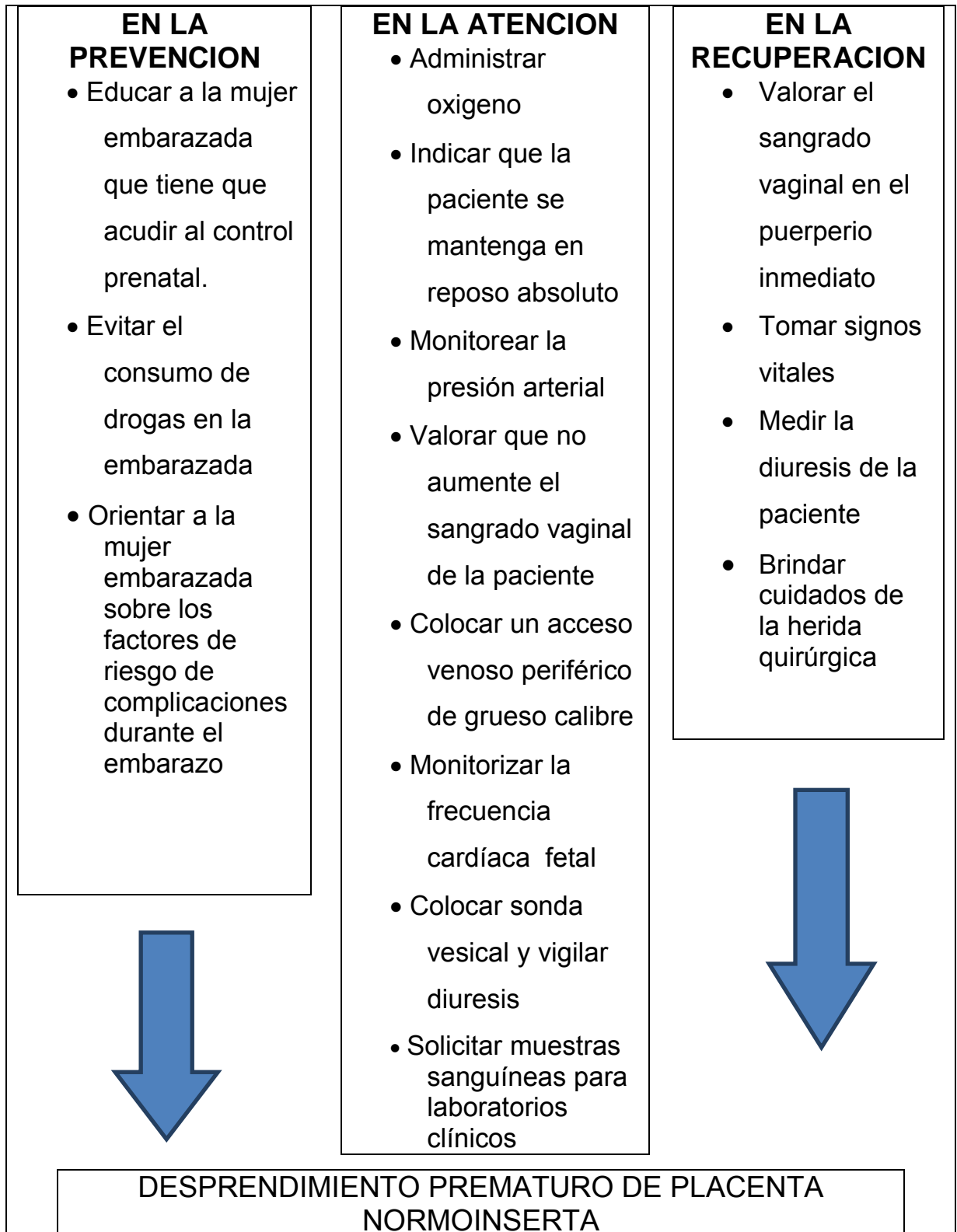
Las intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal se consideran en la prevención, atención y recuperación.

En la prevención la Enfermera Especialista Perinatal debe educar a la mujer embarazada que tiene que acudir a control prenatal, evitar el consumo de drogas en la embarazada, orientar a la mujer embarazada sobre los factores de riesgo de complicaciones durante el embarazo.

En la atención, la Enfermera Especialista Perinatal debe administrar oxígeno, indicar que la paciente se mantenga en reposo absoluto, monitorear la presión arterial, valorar que no aumente el sangrado vaginal de la paciente, colocar un acceso venoso periférico de grueso calibre, monitorizar la frecuencia cardíaca fetal, colocar sonda vesical y vigilar diuresis, solicitar muestras sanguíneas para laboratorios clínicos.

En la recuperación, la Enfermera Especialista Perinatal debe valorar el sangrado vaginal en el puerperio inmediato, tomar signos vitales, medir la diuresis de la paciente, Brindar cuidados de la herida quirúrgica.

3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable



3.2 TIPO Y DISEÑO DE LA TESINA

3.2.1 Tipo

El tipo de investigación documental que se realiza descriptiva, analítica, transversal, diagnóstica y propositiva.

Es descriptiva porque se describe ampliamente el comportamiento de la variable Intervenciones de Enfermería Especialista Perinatal en mujeres embarazadas con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta.

Es analítica porque para estudiar la variable intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres embarazadas con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta, ha sido necesario descomponerla en sus principios básicos: en la prevención, en la atención y en la rehabilitación.

Es transversal porque esta investigación documental se hizo en un período de corto tiempo. Es decir, en los meses de abril, mayo y junio del 2013.

Es diagnóstica porque se realizó un diagnóstico situacional de la variable intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres embarazadas con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta, en el Hospital Comunitario de Zacatelco, Tlaxcala.

Es propositiva porque para brindar los cuidados a una mujer embarazada con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta, fue necesario proponer una serie de intervenciones especializadas de enfermería en la prevención, en la atención y en la rehabilitación de las mujeres embarazadas.

3.2.2 Diseño

El diseño de esta investigación documental se ha realizado atendiendo los siguientes aspectos.

- Asistencia a un Seminario-taller de Elaboración de tesis en las instalaciones del Hospital Infantil de Tlaxcala, en Tlaxcala.
- Búsqueda de una problemática de investigación de Enfermería Especializada relevante en las Intervenciones de la Especialidad de Enfermería Perinatal.
- Elaboración de los objetivos de la tesis así como el Marco teórico conceptual y referencial.

- Asistencia a la biblioteca en varias ocasiones para elaborar el Marco teórico conceptual y referencial del Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta en la de Especialidad de Enfermería Perinatal.
- Búsqueda de los indicadores de la variable intervenciones de Enfermería Perinatal en mujeres embarazadas con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta.

3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACION UTILIZADAS

3.3.1 Fichas de trabajo

Mediante las fichas de trabajo ha sido posible recopilar toda la información para elaborar el Marco teórico. En cada ficha se anotó el Marco teórico conceptual y el Marco teórico referencial, de tal forma que las fichas fue posible clasificar y ordenar el pensamiento de los autores y las vivencias propias de la atención de Enfermería Especializada Perinatal en mujeres embarazadas con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta.

3.3.2 Observación

Mediante esta técnica se pudo visualizar la importante participación de tiene la Enfermera Especialista Perinatal en la atención de la mujer embarazada con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta en el Hospital Comunitario de Zacatelco, Tlaxcala.

4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos de esta tesina al analizar las Intervenciones de Enfermería Especializada Perinatal en las mujeres embarazadas con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta. Se pudo demostrar la importante participación que tiene la Enfermera Especialista Perinatal en la prevención, en la atención y recuperación de las mujeres embarazadas con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta.

Por tanto, es indispensable que la Enfermera Especialista perinatal valore a aquellas pacientes que sean vulnerables por sus antecedentes Gineco-Obstétricos o factores de riesgo de Desprendimiento de Placenta. Para iniciar los cuidados de Enfermería desde que la mujer se sabe embarazada, mediante la prevención, ya que la Enfermera Especialista Perinatal interviene a través de realizar un control prenatal, vigilando el embarazo. Por ello, el personal de Enfermería tiene cuatro áreas básicas que cuidar en el manejo de las mujeres embarazadas con Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta, por ejemplo: en servicios, en docencia, en administración y en investigación, como a continuación se explica.

- En servicios

En materia de servicios la Especialista Perinatal tiene tres áreas que establecer: la prevención, la atención, la rehabilitación. En la prevención la especialista debe informar a la mujer embarazada que tiene que acudir al control prenatal, que tiene que evitar el consumo de drogas y educar a la mujer embarazada sobre los factores de riesgo de complicaciones durante el embarazo.

En la atención la Especialista Perinatal, debe siempre identificar los signos y síntomas de esta patología, para así brindar las intervenciones mediatas e inmediatas que satisfagan las necesidades de salud de la mujer embarazada y disminuyan los riesgos de complicación, por lo que es importante: administrar oxigenoterapia, vigilar que la paciente se mantenga en reposo absoluto, vigilar la presión arterial, vigilar que no aumente el sangrado vaginal de la paciente, colocar un acceso venoso periférico de grueso calibre, monitorizar la frecuencia cardíaca fetal, colocar sonda vesical y vigilar diuresis y tomar muestras sanguíneas para laboratorios clínicos.

En la recuperación la Enfermera Especialista Perinatal debe explicar a la paciente la importancia del tratamiento que se le está aplicando, la recuperación depende de la presentación del problema, desde la edad

gestacional y el compromiso materno-fetal. Para la recuperación pueden ser desde cuidados post quirúrgicos, conservadores o activos. Es decir la Enfermera Especialista perinatal tiene que valorar el sangrado vaginal en el puerperio inmediato, medir la diuresis y tomar signos brindando cuidados de la herida quirúrgica.

Tomando en cuenta que la paciente puede egresar del hospital continuando con su embarazo bajo un estricto cuidado y vigilancia del mismo. Es aquí donde la Enfermera Especialista Perinatal interviene para educar a los familiares y pacientes para llevar a cabo el tratamiento en casa y lograr una buena y pronta recuperación de la paciente.

- En docencia

El aspecto docente de la Enfermera Especialista Perinatal incluye la enseñanza y el aprendizaje del paciente y su familia. Para ello, la Especialista Perinatal debe explicar a la paciente sobre su problema de salud y decirle cómo evoluciona un embarazo normal y cuáles son las complicaciones que puede presentar en caso de no llevar un buen control prenatal y no tomar en cuenta las indicaciones que se le den.

La explicación incluye hacerle un dibujo de cómo se encuentra el feto y su placenta, y como se pudiera presentar o complicar el Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta.

También deben explicarle la función de las vitaminas o fármacos que le indiquen, y por qué deben tomarse en la hora, la dosis y la vía correcta indicada, ya que estos actúan correctamente para disminuir los riesgos que pudiera presentar en el transcurso del embarazo o durante el parto o cesárea. Por ejemplo, aquellos pacientes que fuman deben dejar de hacerlo, los pacientes de vida sedentaria deben iniciar un ejercicio de bajo impacto que le ayuden al corazón, aquellos pacientes obesos, deben bajar de peso. En relación con la obesidad de algunos pacientes es sumamente importante explicarles porqué tienen que hacerle cambios en los hábitos dietéticos, reduciendo el consumo de las grasas, minimizando el consumo de la sal y manejando el peso ideal.

- En la administración

La Enfermera Especialista perinatal ha recibido durante la carrera de Enfermería enseñanzas de Administración de los servicios, por lo que está capacitada para planear, organizar, dirigir y controlar las intervenciones de enfermería, teniendo como meta principal, el

minimizar las molestias al paciente y asegurar su pronta recuperación. Las intervenciones especializadas así como se planean, se podrán evaluar. Esta evaluación está encaminada a retroalimentar y corregir todas las desviaciones de la actuación profesional para lograr una evolución positiva del paciente y su pronta recuperación.

- En investigación

El aspecto investigación permite a la Especialista hacer diseños de investigación, derivado de las intervenciones que la enfermera realiza. Por ejemplo: intervenir en mujeres embarazadas con Hipertensión, en el tipo de trabajo que realiza a diario la mujer embarazada, antecedentes obstétricos, problemas de coagulación, así como también estudios relacionados con la interacción de la familia y los pacientes.

De igual forma, la Especialista Perinatal también puede estudiar cómo afronta el paciente y su familia el problema de salud de la mujer embarazada y las complicaciones potenciales de las pacientes. Los diagnósticos de Enfermería, los planes de atención, son temáticas que la Enfermera debe analizar en investigaciones en beneficios de sus pacientes.

4.2 RECOMENDACIONES

- Realizar la valoración preconcepcional de la mujer tres meses antes de embarazarse, así como indicarle la ingesta de ácido fólico, así como brindar educación para la salud y autocuidado, para disminuir los riesgos durante el embarazo.
- Vigilar a la mujer embarazada que tenga más riesgo de presentar Desprendimiento Prematuro de placenta, y asegurarse que acuda a la Unidad Médica para su atención.
- Orientar a la mujer embarazada que tiene que acudir a su Unidad de salud para su control prenatal y proporcionarle su carnet perinatal que le servirá para saber la evolución de su embarazo.
- Conocer los antecedentes gineco-obstétricos de la mujer embarazada e identificar los factores de riesgo que tiene durante el embarazo y así lograr disminuir las complicaciones.

- Controlar la presión arterial antes y durante el embarazo, y así poder identificar a la mujer embarazada predispuesta al desarrollo de complicaciones potencialmente mortales para el binomio.
- Educar a la mujer embarazada sobre los signos y síntomas de infección vaginal o vías urinarias y acudir a la consulta oportuna para confirmar el diagnóstico y darle tratamiento para evitar complicaciones.
- Cumpla con el esquema de la vacuna toxoide antitetánico, así como el hierro y ácido fólico para su ingesta en el período preconcepcional y hasta el término del embarazo.
- Identificar los embarazos de alto riesgo principalmente en la edad de la paciente y explicarle cuales son los riesgos para ella y el feto en caso que decidiera embarazarse, ya que la edad es uno de los factores que predisponen a un Desprendimiento Prematuro de placenta.

- Evitar las complicaciones clínicas materno-fetales a consecuencia del Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta.
- Llevar a cabo una planificación familiar, para lograr espaciar el periodo intergenésico, mínimo de dos años, para el siguiente embarazo, ya que esto ayudara a disminuir los riesgos obstétricos en el siguiente embarazo.
- Brindar la recomendación oportuna, según sea la necesidad de salud de cada paciente, para que sea capaz de realizarlo en su caso y logre obtener y manejar un autocuidado de salud.
- Consultar a la mujer embarazada bajo el régimen de la Norma-007, y reciba la mujer embarazada otorgándole como mínimo cinco consultas prenatales, de acuerdo a las semanas que indican en el siguiente orden: Primera consulta entre la semana 1ra -12 semana, la segunda consulta entre la semana 22-24, tercera consulta entre la semana 27-29, la cuarta consulta entre la semana 33-35 y la quinta consulta entre la semana 38-40.

- Mostrarle cuales son los grupos de alimentos y el plato del buen comer, para que la mujer embarazada conozca los beneficios de consumir una dieta balanceada y adquiera un hábito alimenticio, favoreciendo su salud, economía y consumiendo nutrientes adecuados que le aporten beneficios a su bebé.
- Acudir a consultas programadas, para saber cómo está evolucionando el embarazo, para así lograr obtener el interés de la salud de la madre y el bebé.
- Mostrar a la mujer embarazada cuales son los ejercicios que puede realizar durante su embarazo, para así evitar riesgos como pueden ser un esfuerzo brusco que pueda originar una ruptura Prematura de membranas, pudiendo originar un Desprendimiento de placenta y complicaciones con el bebé que lo pueden llevar hasta la muerte.
- Informar a la mujer embarazada que cuando maneje o vaya de copiloto, siempre utilice el cinturón de seguridad, ya que su uso disminuye las víctimas fatales, así como las lesiones a consecuencias de los accidentes de tránsito.

- Mantener el organismo de la embarazada bien hidratado, por lo que debe consumir diariamente mínimo dos litros de agua, ya que es un diurético natural que previene la constipación, reduce las náuseas y elimina el exceso de sodio en el organismo. Por el contrario, sin el consumo de agua, el organismo se deshidrata, hay un aumento del nivel de hormonas y el resultado de esto, es la retención de líquidos.
- Promover que la mujer embarazada siempre acuda acompañada principalmente de su pareja o como opción que la acompañe algún familiar de confianza. Esto permite que se puedan involucrar a la pareja y familiar en la evolución del embarazo y fomentar el interés, la vigilancia y cuidado por parte de los familiares.
- Informar a la embarazada sobre la importancia del consumo de las verduras de hoja verde, frutas, cereales y frutos deshidratados, ya que son ricos en ácido fólico, siendo este muy importante durante la gestación.
- Informar a la embarazada sobre el riesgo que presenta para ella y él bebe, él consumir algún tipo de droga (alcohol, tabaco, cocaína) ya que estos interactúan de diferente manera, desde

inhibir el efecto del medicamento, restricción del crecimiento intrauterino, hasta las alteraciones de la circulación de la decidua basal y la placenta. Esto provoca un riesgo de originar un Desprendimiento Prematuro de placenta normoinserta.

- Sugerir a la mujer embarazada que logre desarrollar una rutina de trabajo habitual, que no le cause fatiga, estrés y que evite realizar movimientos bruscos o cargue algo con mucho peso. Esto ayudara a disminuir los riesgos que la orillen a un Desprendimiento de placenta.
- Informar a la mujer embarazada que es muy importante su aseo personal diario, ya que esto logrará en su persona un mejor bienestar emocional y físico, aumentando la seguridad y el autoestima de sí misma.
- Capacitar e informar a la mujer embarazada en su primera consulta prenatal, sobre los signos y síntomas de un embarazo normal, y los cambios que sufrirá su cuerpo. También hay que hacer énfasis en el aumento máximo normal de peso, explicarle sobre la sensibilidad emocional y física que puede llegar a presentar ya que esto disminuirá las dudas que se le irán

presentando sobre la evolución de su embarazo y podrá ser capaz de identificar algo anormal en relación a lo explicado.

- Solicitar estudios de laboratorio a toda mujer embarazada, para descartar algún problema hematológico. Es importante saber si su padecimiento es hereditario o adquirido. Uno de los problemas hematológicos comunes que se encuentran en la mujer embarazada es la trombofilia, que altera la circulación sanguínea y es capaz de originar un Desprendimiento de placenta, poniendo en riesgo la vida del feto.
- Informar a la paciente que a partir de qué semana empezará a sentir los movimientos mínimos de su bebé, y que irán aumentando a través de los días, que debe estar atenta a los movimientos, ya que son signos de bienestar fetal.
- Conocer los antecedentes heredofamiliares de la mujer embarazada, para identificar los riesgos que puede presentar la madre y evitar las complicaciones para el embarazo.
- Fomentar la confianza de la paciente desde la primera consulta prenatal, esto permitirá y ayudará a tener una mejor relación de

enfermera – paciente, realizando una valoración efectiva y un seguimiento adecuado de su tratamiento, para lograr una atención que cumpla con las necesidades de salud de la paciente.

- Fomentar la capacitación a la mujer embarazada sobre los datos de alarma que se pueden presentar en el transcurso del embarazo y lograr que ejecute las medidas adecuadas mientras llega a la Unidad de Salud y pueda ser atendida.
- Solicitar a la mujer embarazada que se realice una ecografía obstétrica para verificar que la evolución de su embarazo se encuentra normal y que no presenta problema alguno su bebé.
- Sugerir a la mujer que durante su embarazo no debe usar zapatos con un tacón muy alto, ya que estos ponen en riesgo de sufrir alguna caída y poner en riesgo su embarazo, por lo que se sugiere utilizar zapato que le brinde comodidad, que sea bajo y tenga una suela antiderrapante.
- Cuidar, guardar y respetar el pudor de cada paciente, evitando que se exhiba cuando se le esté realizando alguna exploración

física, o exista la posibilidad de algún comentario muy íntimo de la paciente.

- Atender a la mujer embarazada siempre con profesionalismo, demostrando siempre la seguridad de todo lo que se está realizando y siempre manejar una ética y respeto ante cada una de las pacientes.
- Actuar de manera expedita ante una emergencia obstétrica y tomar las medidas necesarias para evitar alguna otra complicación en el binomio, mientras llega a la Unidad en la que será atendida.

5 ANEXOS Y APENDICES

ANEXO N° 1: IMAGEN DE UNA PLACENTA

ANEXO N° 2: FUNCION NORMAL DE LA PLACENTA

ANEXO N° 3: DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA
PLACENTA NORMO INSERTA
EN DIVERSOS SITIOS DE SEPARACION

ANEXO N° 4: DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE
PLACENTA NORMO INSERTA
CON INTERRUPCION DE LA CIRCULACION
FETAL

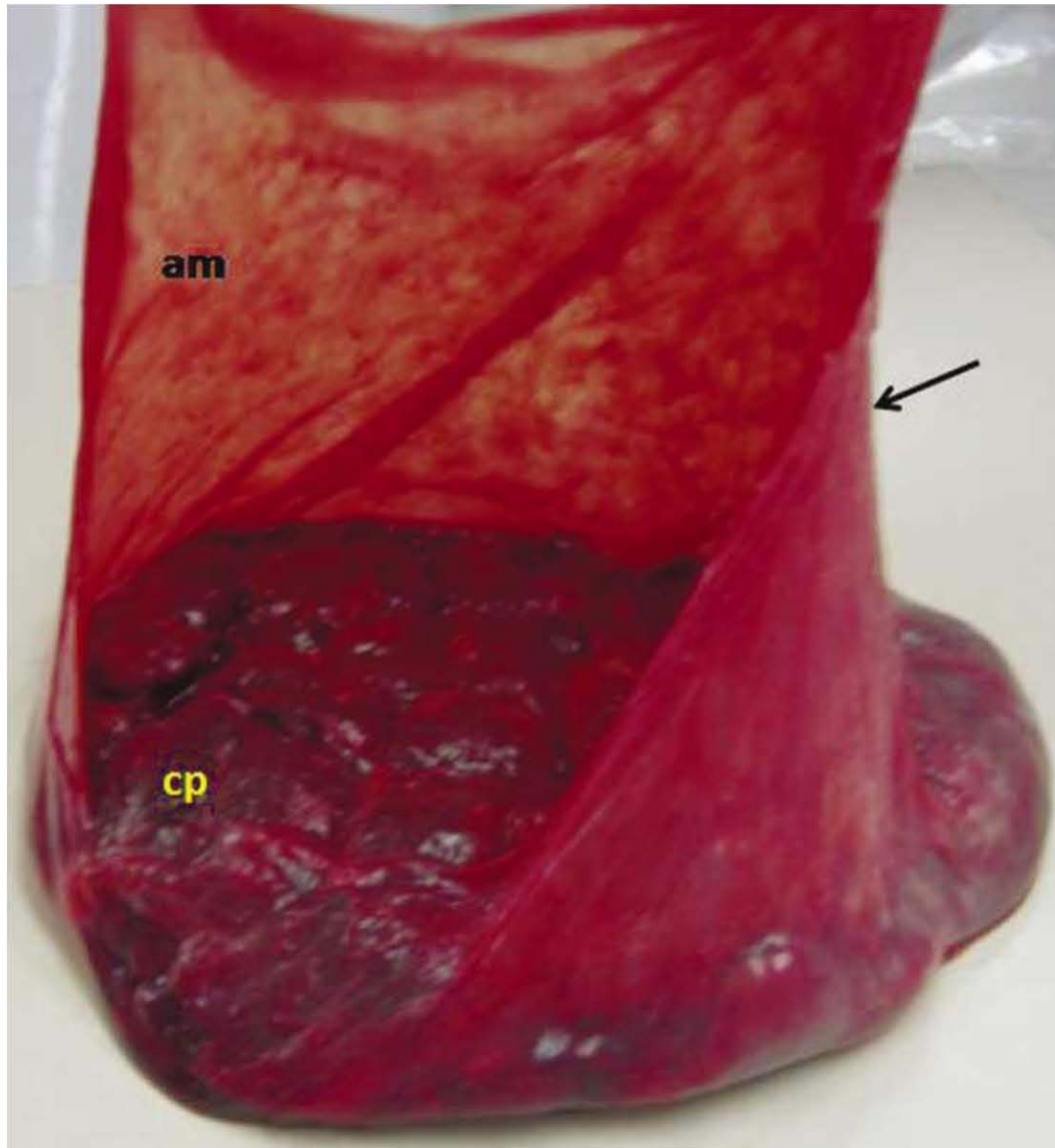
ANEXO N° 5: HEMATOMA RETROPLACENTARIO

ANEXO N° 6: UTERO COUVELAIRE

ANEXO N° 7: MONITOREO DE LA FRECUENCIA CARDIACA
FETAL EXTERNA

ANEXO N° 8: ECOGRAFIA OBSTETRICA

ANEXO N° 1
IMAGEN DE UNA PLACENTA



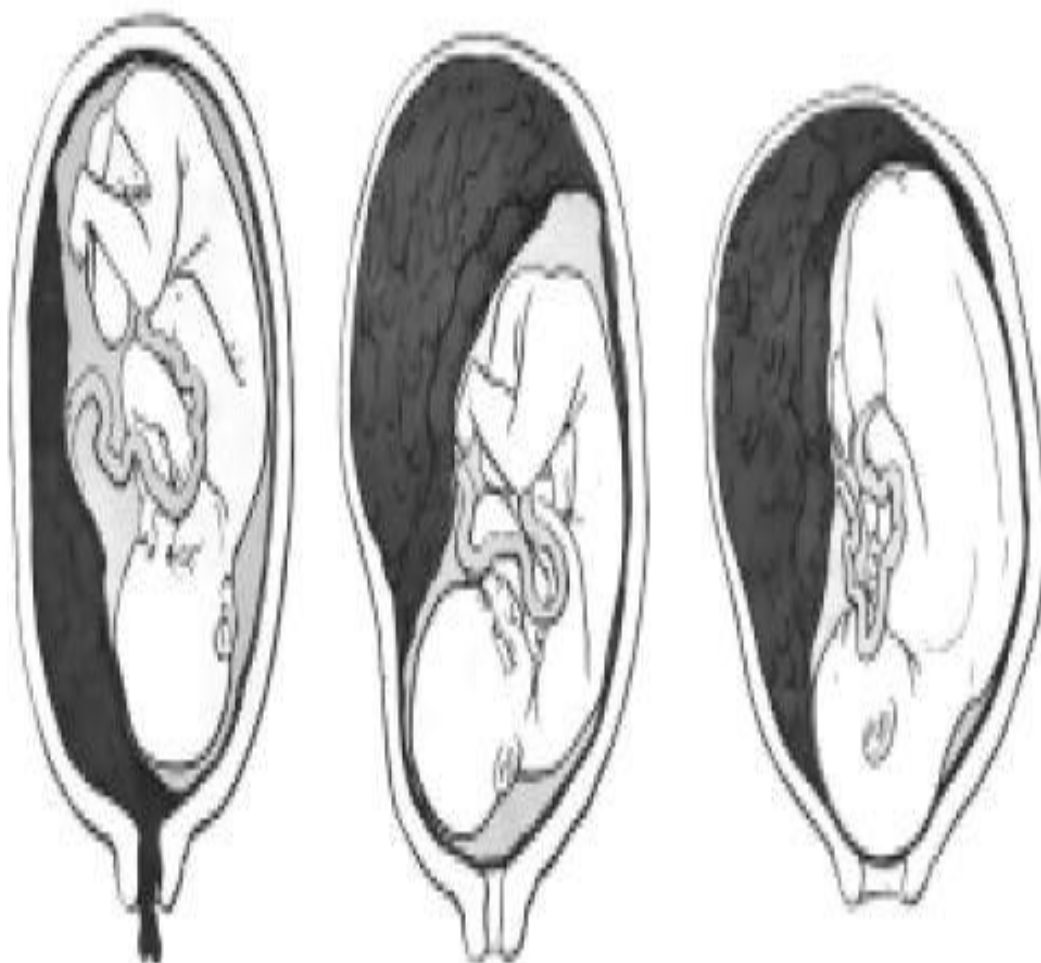
FUENTE: PRIETO, Ruth. *Imagen de una placenta*. Santiago de Chile, 2011. p. 433. Disponible www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v29n2/art22.pdf. Consultado 30 de julio 2013.

ANEXO N°2 FUNCION NORMAL DE LA PLACENTA



FUENTE: INFOGEN. *Función de la placenta*. México, 2010.
p.6. Disponible en www.infogen.org.mx. Consultado el 15 de julio del 2013.

ANEXO N° 3
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA
NORMOINSERTA EN DIVERSOS SITIOS DE SEPARACION.



Hemorragia externa Hemorragia interna u oculta Separación total

FUENTE: ORLANDO Ricardo. *Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en diversos sitios de separación.* La Habana, 2013.p.1 Disponible en: www.gsdl.bus.sld.cu. Consultado el día 29 de julio 2013.

ANEXO N° 4

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA NORMO
INSERTA CON INTERRUPCIÓN DE LA CIRCULACION FETAL.



FUENTE: MEDLINE PLUS. *Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta con interrupción de la circulación fetal*. México, 2009,p.1 Disponible

en:www.catalog.nucleusinc.com/imagescooked/27896W.jpg Consultad a el 25 julio del 2013.

ANEXO N° 5
HEMATOMA RETROPLACENTARIO



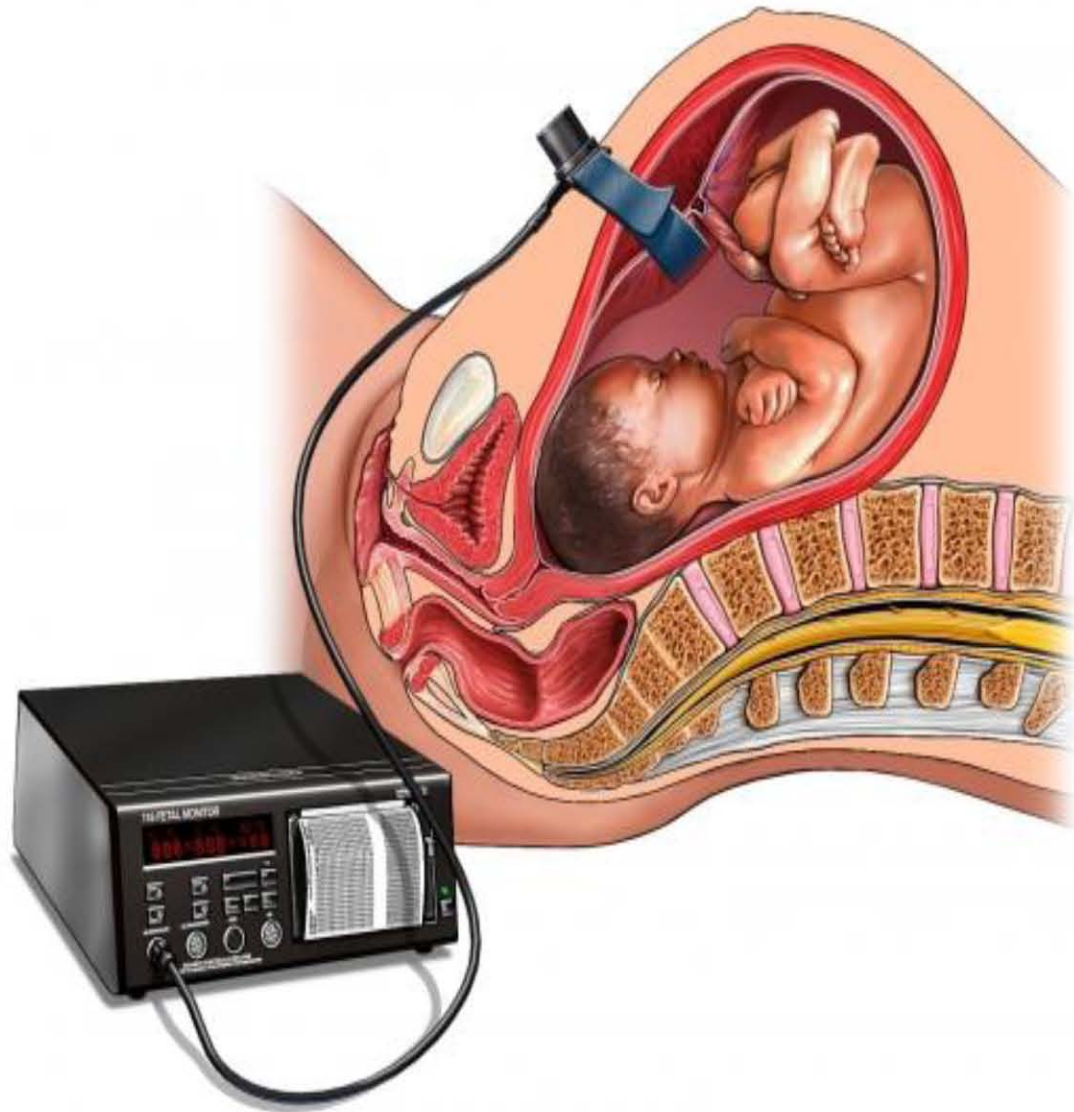
FUENTE: SANANESN. y Cols *Hematoma retroplacentario*. En la revista de Ginecología y Obstetricia. Vol. 48. Diciembre. París, 2012. p.1, Disponible en: www.sciencedirect.com. Consultado el día 15 de julio del 2013.

ANEXO N° 6
UTERO COUVELAIRE



FUENTE: VASQUEZ, Juan. *Útero couvelaire: principales complicaciones*. Documento impreso. La Habana, 2010.p.57. Disponible en: www.medicomoderno.blogspot.com Consultado 16 de junio de 2013.

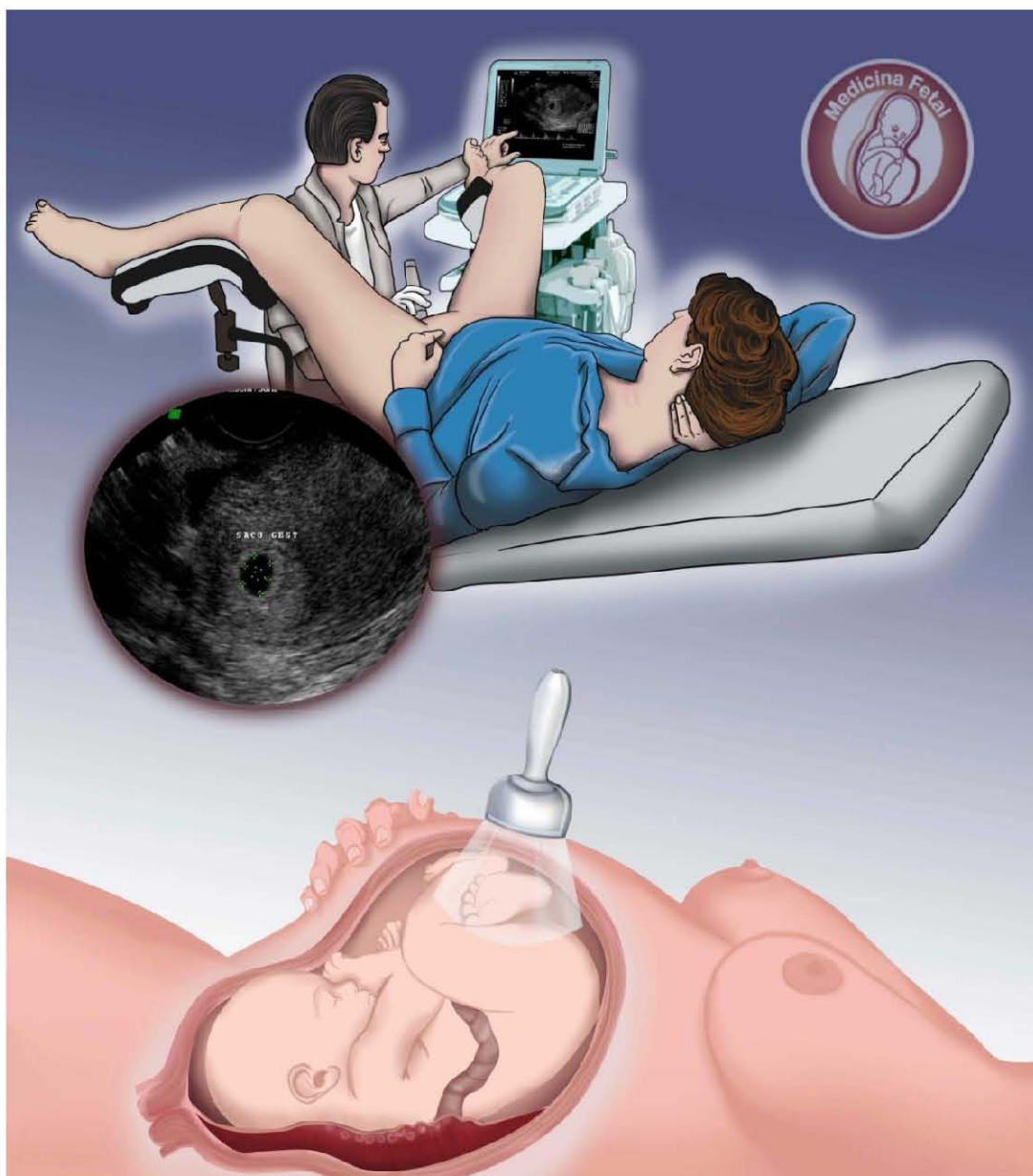
ANEXO N° 7
MONITOREO DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL EXTERNA



FUENTE: KASSEL, Karen. *Monitoreo fetal*. Phoenix, 2007.p.1.Documento impreso Disponible en www.empowher.com. Consultado el 20 de julio del 2013.

ANEXO N° 8

ECOGRAFIA OBSTETRICA



FUENTE: AMERICANA DE MARKETING. *Ecografía obstétrica*. Medicina fetal, Lima, 2013. p.1 Disponible en www.americanamyp.com. Consultado el día 22 de julio del 2013.

6 GLOSARIO DE TÉRMINOS

ADICCION: Es la dependencia compulsiva e incontrolable de una sustancia, un hábito o una práctica hasta tal punto que su cesación produce reacciones emocionales, mentales o fisiopatológicas graves. Es también la dependencia hacia el consumo de sustancias con un deseo compulsivo por una actividad o relación.

AMNIOS: Es la membrana que recubre la cara fetal de la placenta formando la superficie externa del cordón umbilical y constituye la capa más externa de la piel del feto, en desarrollo.

ASFIXIA: Es una hipoxia grave que evoluciona hacia la hipoxemia, hipercapnia y la pérdida de la conciencia y si no se corrige, produce la muerte. Implica la suspensión o dificultad en la respiración.

BRADICARDIA: Es el trastorno circulatorio que consiste en la contracción irregular del miocardio, con una frecuencia cardíaca inferior a los 60 latidos por minuto.

CERVIX: Es la parte del útero que protusa en la cavidad vaginal. Se divide en una porción supra vaginal, y porción fibro muscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vejiga.

COCAINA: Es un alcaloide cristalino que en forma de clorhidrato se utiliza como anestesia local. Es un alcaloide que se puede administrar por vía intranasal, subcutánea, intramuscular, intravenosa, oral, vaginal, sublingual o rectal. En particular una forma de cocaína libre de base, llamada roca o crack.

CESAREA: Es la intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en el abdomen y útero, para extraer el feto por vía transabdominal. Esta extracción del feto se realiza, mediante la sección o corte de la pared abdominal y útero.

CONTROL PRENATAL: Es el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de éste proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia.

COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA: Es una coagulopatía grave debida a la acumulación excesiva de los procesos de coagulación y anticoagulación fisiológicos en respuesta a una enfermedad o lesión. Es el proceso por el cual la sangre pierde su liquidez, tornándose similar a un gel en primera instancia, luego sólida, sin experimentar un verdadero cambio de estado. Es debido en última estancia, a una proteína soluble que normalmente se encuentra en la sangre.

CRIOPRECIPITADO: Es un precipitado formado al enfriar una solución. Es un preparado rico en factor VIII necesario para normalizar la coagulación en la hemofilia que se obtiene a partir de plasma humano que ha sido sometido a congelación y descongelación.

DECIDUA: Es un tejido epitelial del endometrio que tapiza el útero, especialmente el que recubre al huevo durante la gestación y se elimina durante el puerperio, aunque se refiere también al que se elimina con la menstruación. Existe la decidua basal, capsular y parietal.

DROGA: Es un sustancia estupefaciente. Es la materia prima de origen biológico que sirve para la elaboración de los medicamentos.

También es una sustancia psicoactiva de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.

ENFERMEDAD IDIOPATICA: Es la enfermedad que no tiene causa conocida o aparente. En algunos casos, puede tener un patrón reconocible de síntomas y signos y ser incluso curable, pero su etiología sigue siendo desconocida. Implica una enfermedad de interrupción espontánea o de causa desconocida.

ESTUDIO RETROSPECTIVO: Es un estudio en el que se investiga la relación existente entre un fenómeno y otro ocurrido en el pasado. Es un tipo de investigación que estudia los acontecimientos ya ocurridos en el periodo.

EXTRAVASACION: Es el paso o escape hacia los tejidos de un líquido, generalmente sangre, suero o linfa.

ESPASMO: Es la contracción muscular involuntaria de comienzo brusco, como el hipo o un tic. Implica una constricción transitoria y brusca de un vaso sanguíneo, un bronquio, el esófago, píloro, uréter u otro órgano hueco.

ECOGRAFIA: Es una técnica de exploración del interior del cuerpo, mediante ondas electromagnéticas o acústicas que registra las reflexiones o ecos que producen en su propagación, las discontinuidades internas.

FLUIDOTERAPIA PARENTERAL: Es la infusión intravenosa de varias soluciones para mantener la hidratación adecuada, restablecer el volumen sanguíneo, compensar las pérdidas de electrolitos o proveer nutrición parenteral.

FIBRINOGENO: Es una proteína plasmática esencial para la coagulación de la sangre que es convertida en fibrina por la trombina en presencia de iones calcio. Es definida también como proteína soluble del plasma sanguíneo precursora de la fibrina.

GENESIS: Implica el origen, generación o desarrollo de algo. Es el acto de producir o crear, origen o principio de una cosa. Es una serie encadenada de hechos y de causas que conducen a un resultado.

HIPOXIA: Es la reducción del oxígeno arterial, que se caracteriza por cianosis, taquicardia, hipertensión, vasoconstricción periférica, vértigos y confusión mental.

HISTERECTOMIA: Es la extirpación parcial o total de la matriz. Implica la extirpación quirúrgica del útero, por presencia de tumores fibrosos uterinos. Es una enfermedad inflamatoria pélvica, hemorragia uterina y lesiones precancerosas o cancerosas que afectan al útero.

HEMATOMA: Es la colección de sangre extravasada, incluida en los tejidos de la piel o de un órgano que se forma como consecuencia de un traumatismo o una hemostasia incompleta tras una intervención quirúrgica. Es una acumulación de sangre extravasada.

HEMOGRAMA: Es un registró escrito o gráfico del recuento sanguíneo diferencial que pone énfasis en el tamaño, la forma, las características especiales y el número de elementos sólidos. Es la representación gráfica de la fórmula sanguínea en la que se expresa el número, proporción y variación de sus elementos celulares.

ISQUEMIA: Es la disminución del aporte de sangre a un órgano o a una zona del organismo de forma transitoria o permanente del riego sanguíneo de una parte del cuerpo. Es producida por una alteración normal o patológica de la arteria o arterias aferentes a ella.

LIQUIDO AMNIOTICO: Es un líquido producido por las membranas fetales que alimentan el feto. Es el líquido que rodea al feto durante el embarazo. Su volumen al término del embarazo, es aproximadamente 1000ml.

MORTALIDAD PERINATAL: Es la valoración estadística de las muertes fetales y neonatales, incluyendo los abortos tardíos desde las 28 semanas de gestación. Incluye también las muertes producidas finalizadas la cuarta semana después del nacimiento.

METRORRAGIA: Es la hemorragia de la matriz fuera del período menstrual. Implica una hemorragia uterina no relacionada con la menstruación que puede deberse a lesiones del útero y a veces, constituye un signo de neoplasia maligna urogenital, especialmente cáncer cervical.

NECROSIS: Es la muerte de una porción de tejido, consecutiva a enfermedad o lesión. La formación de trombos que bloquean el flujo sanguíneo, produciéndose la necrosis en los tejidos distales al trombo con mortificación o gangrena de los tejidos del organismo.

OBSTETRICIA: Es la parte de la medicina que trata de la gestación, parto y el puerperio. Implica el estudio de la función fisiológica y patológica del sistema reproductor femenino de la mujer con los cuidados de la madre, feto, parto y puerperio.

PLACENTA: Es el órgano fetal muy vascularizado a través de la cual el feto absorbe oxígeno, nutrientes y otras sustancias y excreta dióxido de carbono y productos de desecho. Es el órgano intermediario durante la gestación entre la madre y el feto, que se adhiere a la superficie interior del útero, del que nace el cordón umbilical.

PERINATAL: Es el periodo relativo al tiempo y al proceso de nacimiento. Toma en cuenta el anterior y el posterior al nacimiento, aproximadamente desde la semana 28 de gestación, hasta el séptimo día de la vida.

PARTO PREMATURO: Es el parto que se produce antes de que el feto alcance entre 2,000 y 2,500 grs o antes de las 37 o 38 semanas de gestación.

PERFUSION: Es el paso de un líquido a través de un órgano o área determinada del cuerpo. Es la medida terapéutica con la que se

introduce un fármaco a través del torrente sanguíneo. Implica la circulación o aporte sanguíneo a un territorio u órgano. Introduciendo de manera artificial un líquido en el sistema circulatorio.

PREVENCION: Es cualquier acto dirigido a prevenir la enfermedad y promover la salud, cuyo objetivo es evitar la necesidad de atención primaria, secundaria o terciaria. Incluye la promoción del potencial de salud, la administración de las medidas prescritas, la inmunización, la educación sanitaria, el diagnóstico precoz y el tratamiento, el diagnóstico de las limitaciones funcionales, las posibilidades de rehabilitación y la evaluación de todas estas medidas.

PREMATURO: Implica que no está maduro o completamente desarrollado, que aparece antes del momento habitual o adecuado. Es relativo a un niño nacido antes de las 37 semanas de gestación.

RECIDIVA: Es la reaparición de los síntomas de una enfermedad que parecía haberse terminado.

RETROPLACENTARIO: Implica que se encuentra situado detrás de la placenta.

SHOCK: Es el estado fisiológico anormal que constituye la primera fase de la reacción del organismo frente a una lesión traumática. Implica la reducción del gasto cardíaco, insuficiencia circulatoria, taquicardia, hipotensión, inquietud, palidez y disminución de la uresis. Es la respuesta frente a lesiones tisulares intensas dando como resultado una insuficiencia circulatoria aguda, colapso y estado patológico desarrollado de forma aguda en que no llega suficiente sangre a los tejidos.

SHOCK HEMORRAGICO: Es el estado de postración y colapso físico debido a la pérdida brusca y rápida de cantidades importantes de sangre.

TROMBOCITOPENIA: Es la situación hematológica anormal en que el número de plaquetas esta disminuido debido a la destrucción de tejidos eritrocíticos en la medula ósea por ciertas enfermedades neoplásicas o respuesta inmunológica a un medicamento.

TRANSFUSION: Es la administración de sangre al torrente sanguíneo, ya sea completa o con componentes de la misma como: plasma, plaquetas o eritrocitos que van directamente a los vasos sanguíneos de un individuo.

TRAUMATISMO: Es la lesión física producida por una acción violenta o por la introducción al organismo de una sustancia tóxica. Es una lesión o daño psíquico resultante de un grave shock emocional. Implica una lesión de los tejidos por agentes mecánicos, generalmente externos.

TERAPEUTICO: Es relativo al tratamiento médico para curar o que tiene efectos curativos. Es la parte de la medicina que se ocupa del tratamiento de las enfermedades.

TAQUICARDIA: Es un trastorno circulatorio consistente en la contracción del miocardio con una frecuencia de 100 a 150 latidos por minuto. Es la frecuencia excesiva del ritmo de las contracciones cardíacas.

TAQUIPNEA: Es la aceleración del ritmo de la respiración normal. Es la aceleración anómala de la frecuencia respiratoria.

UTERO: Es el órgano reproductor de la mujer de aspecto piriforme. Es un órgano hueco situado en el interior de la pelvis de la mujer, lugar donde se produce la hemorragia menstrual y se desarrolla el feto, hasta el momento del parto.

UTERO COUVELAIRE: Es un proceso hemorrágico de la musculatura uterina, que puede acompañar al abrupcio placentae grave en donde la sangre extravasada se dispone entre la fibras musculares y por debajo del peritoneo que cubre al útero; que adopta un color púrpura y se contrae anormalmente.

VIABLE: Implica que es capaz de desarrollarse, crecer y mantener la vida. Así el feto humano normal es viable a partir de las 28 semanas de gestación.

VAGINA: Es la parte del aparato reproductor femenino que forma un canal desde el orificio vestibular hasta el cuello del útero y que se encuentra por detrás de la vejiga y por delante del recto. Es el conducto femenino que se extiende desde la vulva hasta el útero, y que recibe el pene durante la copulación.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADON, L; Altagracia. *Factores de riesgo y características clínicas asociadas al desprendimiento prematuro de placenta normo inserta en la maternidad nuestra señora de Altagracia*. En la Revista Médica Dominicana. Vol. 71. N° 3. Septiembre – Diciembre. República Dominicana, 2010. p.111-113.

AMAYA, Jairo y Magda Alexandry Gaitán. *Obstetricia integral en el siglo XXI*. México, 2013. p.58-64. Disponible en www.bdigital.unal.edu.com. Consultado el 16 de julio del 2013.

AZNAR, Javier. *Manual de obtención y manejo de muestras para laboratorio clínico*. Editorial Servicio Andaluz de Salud, Madrid, agosto 2009, p.12-14. Disponible en www.enferaclinic.org. Consultado el día 30 de julio del 2013.

BENSON, Pernoll. *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Ed. Mc Graw-Hill. 10ª ed. Madrid, 2001.p.128-134.

BOTELLA, José y José A. Clavero. *Tratado de Ginecología. Fisiología. Obstetricia y Perinatología*. Ed. Díaz de Santos¹⁴ª ed. Madrid, 1993. p. 443-457.

CIFUENTES, Rodrigo. *Ginecología y Obstetricia basadas en las nuevas evidencias*. Ed. Distribuna. 2ª. edición. Bogotá. 2008 p. 167-171.

CTO, Grupo. *Manuales CTO de Medicina y Cirugía*. Ed. CTO, 8ª Ed, Madrid, 2011. p.94-96

DURAN, Javier. *Ecografía Ginecológica y Obstetricia: Seguimiento ecográfico del embarazo normal*. En la Revista Digital de Ecografía Clínica. Vol. 1. N°1. Marzo. Madrid, 2010. p.10-15.

FIALLOS, Federico J. *Tratamiento profiláctico del alumbramiento u acortamiento del tiempo del mismo por el Methergin*. En la Revista Médica Hondureña. Vol. 20. N°3. Marzo. Tegucigalpa, 1958 p. 122-138.

GONZALEZ, Rubén. *Placenta previa: Clasificación y ultrasonografía*. En la Revista Chilena de Ultrasonografía. Vol. 10. N° 3. Noviembre. Santiago de Chile. 2007. p.85-87.

HAUT, Cunningham. *Obstetricia* Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 22^a ed. México, 2006. 1454 pp.

HERNANDO, Estela y Cols. *Ginecología y Obstetricia*. Ed. GC. 3^a ed. Madrid, 2008. p.22-24.

IBAÑEZ, Fernando. *Embarazo posterior a las ligaduras de las arterias uterinas e hipogástricas*. En la Revista Panorama de Cuba y Salud. Vol.8. Enero – Abril. La Habana, 2013. p.40-42.

INFOGEN. *Desprendimiento de placenta*. México, 2013. p.2-10. Disponible en: www.infogen.org.mx. Consultado el 28 de julio del 2013.

IZAGOÑOLA, Pilar y Cols, *Enfermería quirúrgica y obstétrica: Las heridas, cuidados y curas*. Ed. Bubok. Madrid, 2009, p.24-29

KEMETH N; Anderson. *Diccionario de medicina océano mosby* editorial océano, 5ta edición, Madrid, 2005, p.1018

LAPIDUS, Alicia. *Guía para el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión en el embarazo*. Disponible en www.ms.gba.gov.ar. Buenos Aires, 2009. p.15-22. Consultado el día 30 de julio del 2013

MATERNIDAD ANGELES OAXACA. *Desprendimiento de placenta normoinserta*. Oaxaca, 2008. p.12-38.

MATA, R; Edgardo. *Guía técnica para el sistema de vigilancia de la salud materna perinatal*. El Salvador, 2010. p. 23-25. Disponible en www.unfpa.org.sv. Consultado el día 9 de julio del 2013.

MINISTERIO DE SALUD. *Guía de práctica clínica, servicio de medicina materno-fetal*. Lima, 2010. p.79-87. Disponible en www.hsr.gob.pe. Consultado el día 28 de Junio 2013.

MORAES, Mario. *Consumo de pasta a base de cocaína, en Uruguay en el embarazo: Su incidencia, características y repercusiones*. Montevideo, 2010. p.100-104. Consultado el día 14 de junio 2013.

NIÑO, Reinaldo. *Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta*. En la Revista Bogotá Humana. Febrero. Bogotá, 2011. p.1-7.

OYARZUN, Enrique. *Urgencias en Obstetricia*. En la Revista Médica Clínica las Condes. Vol.22, N° 3, Mayo. Santiago de Chile, 2011. p.320-321

PACORA, Perci. *El desprendimiento prematuro de placenta es una manifestación de enfermedad vascular severa en el embarazo*. En la Revista de Ginecología.Vol.51. N° 1.Enero- Marzo. Lima, 2008 p.39-45.

PEREZ, Carlos, Hemorragias de la segunda mitad del embarazo, en la revista peruana de ginecología y obstetricia, vol. 56 N° 1.Lima, 2010, p.20-21.

RIEDEL, Anelise. *Obstetric complications in pregnancies with fetal anomalies incompatible with neonatal survival*. Sao Paulo, 2010. P. 615-617. Disponible en: www.scielo.br Consultado el 18 de Julio del 2013.

SALINAS, Hugo y Cols. *Obstetricia*. Santiago de Chile, 2006. p.301-315.

SECRETARIA DE SALUD. *Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica, lineamiento técnico*. México, 2010, p.42-45 Disponible en www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx. Consultado el día 31 de julio del 2013

SECRETARIA DE SALUD. *Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. Guía de referencia rápida*, Consultado el día 30 de julio del 2013, México, 2011.P.2-32. Disponible en www.cenetec.salud.gob.mx.

SEGO. *Guía práctica de urgencias en Obstetricia y Ginecología*. Madrid, 2008. p.33-37. Disponible en www.sego.es. Consultado el día 16 de julio del 2013.

VAZQUEZ, Juan. *Embarazo, parto y puerperio: Principales complicaciones*. Ed. Ciencias Médicas. La Habana, 2010. p.52-63.

VAZQUEZ, Pedro. *Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta*. Ed. PACE-MD. México, 2010, p.10

VERGARA, Guillermo. *Protocolo de desprendimiento prematuro de placenta normo inserta*. Bogotá, 2009. p.4-19. Disponible en www.maternidadrafaelcalvo.gov.com. Consultado el día 29 de julio del 2013

VISPO, Silvina. *Abruptio placentae*. En la Revista de Posgrado de la cátedra Vía medicina. N° 109. Octubre. Madrid 2009. p.1-4.