

**ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

MIRIAM SARAI RESENDIZ ROMERO

ASESOR:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

MIRIAM SARAI RESENDIZ ROMERO

ASESOR:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN

AGRADECIMIENTOS:

Principalmente agradezco a mis padres por estar siempre a mi lado, por darme todo su apoyo a cada momento, tanto en los buenos y principalmente en los malos y los más difíciles.

A mis amistades por brindarme esa confianza, apoyo y cariño cuando más lo necesite, por esos momentos divertidos que hacían olvidarme de todo lo malo.

A mis maestros porque siempre se preocuparon porque aprendiéramos cada día más.

Gracias a todos, sin ustedes no hubiera logrado terminar esta meta en mi vida.

Los quiero mucho...

ÍNDICE

CAPÍTULO 1	1
Antecedente Del Problema.....	2
Planteamiento Del Problema	2
Objetivos	3
Justificación.....	3
Hipótesis.....	3
Variables	3
CAPÍTULO 2	5
La Placenta Humana.....	6
Localización De La Placenta	7
Funciones De La Placenta	8
Hemorragias Obstetricas.....	11
Factores De Riesgo Que Causan La Hemorragia Obstétrica.....	14
Desprendimiento Prematuro De Placenta	16
Etiología	17
Factores Predisponentes.....	18
Fisiopatología	19
Clínica	21
Cuadro Clínico.....	22
Diagnóstico.....	23
Factores Asociados.....	24
Complicaciones	25
Tratamiento	27

CAPÍTULO 3	29
Metodología.....	30
Determinación Estadística De La De Muestra.....	30
CAPÍTULO 4	31
Gráficas Y Resultados.....	34
CAPÍTULO 5	53
Conclusiones.....	54
ANEXOS	55
Instrumento Pricipal.....	56
Bibliografía	59

INTRODUCCION:

La obstetricia es una disciplina sangrienta. Pero al igual la tasa de mortalidad materna se ha reducido drásticamente con la hospitalización por parto y la disponibilidad de sangre para transfusiones, la muerte por hemorragias sigue siendo la causa más importante en la mayoría de los informes de mortalidad en los países avanzados.

La hemorragia obstétrica es más probable que sea fatal en circunstancias en las que la sangre o sus componentes no estén disponibles inmediatamente.

El establecimiento y mantenimiento de las instalaciones que permitan la administración de sangre son requisitos indispensables para poder brindar un cuidado obstétrico aceptable.

La hemorragia puede producirse antes del parto como ocurre cuando se presenta una placenta previa o desprendimiento placentario o después del parto que es más común.

Es evidente que una hemorragia grave se puede presentar en cualquier momento del embarazo o puerperio.

ANTECEDENTES:

Se han realizado diversas tesis y estudios acerca del tema de hemorragias transvaginales, con enfoques diferentes, tomando más en cuenta las hemorragias producidas después del parto siendo estas más frecuentes.

Por lo que se ha visto que no es un tema nuevo, pero del enfoque que se le dará será diferente al puntualizar el tipo de hemorragia transvaginal causada por un desprendimiento de placenta.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Esta investigación surge al encontrarnos con el interés de conocer acerca de las hemorragias transvaginales en las mujeres embarazadas queriendo conocer las principales causas de estas.

Encontramos que unas de estas causas principales es la del desprendimiento de placenta o placenta previa, este caso lo vimos en una paciente del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, la cual tuvo una serie de complicaciones que le provocaron la muerte.

De este caso, nos es necesario conocer sus causas por las cuales se presenta el desprendimiento de placenta, cuáles son sus consecuencias, si de verdad una de estas consecuencias más frecuentes es la muerte.

Conocer si existen métodos preventivos o tratamientos para evitar el desprendimiento de placenta.

Por lo anterior dicho, podemos preguntarnos lo siguiente:

¿Es el desprendimiento placentario parcial en mujeres embarazadas en edad reproductiva una causa que condiciona la aparición de una hemorragia transvaginal en el servicio de urgencias del Hospital de Nuestra Señora de la Salud?

2. LA PLACENTA HUMANA.

De acuerdo a Botella, L. (2003. p210) La placenta es un órgano altamente especializado, constituido por tejido materno y fetal, que tiene un gran número de interacciones del tipo bioquímico y biofísico con el feto.

De la placenta depende casi por completo la nutrición, la respiración y la excreción fetal. Su conocimiento aun es imperfecto, debido a los pocos estudios realizados con la placenta in situ, por lo cual aun existen dudas con respecto al metabolismo y la función placentaria.

2.1 Desarrollo de la placenta

La placenta humana, como órgano de relación estrecha entre el feto y su madre, comienza a formarse en la segunda semana, y evoluciona hasta el tercer-cuarto mes, cuando ya está totalmente formada y diferenciada, aunque sufre algunos cambios menores hasta el término del embarazo.

La implantación es el primer estadio en el desarrollo de la placenta. En la mayoría de los casos ocurre una muy cercana relación entre el trofoblasto embrionario y las células del endometrio. El cigoto, en estado de blastocito, se adosa a la capa funcional del útero, el endometrio, que para entonces ha sufrido modificaciones histológicas a causa de los cambios hormonales del embarazo. La progesterona, por ejemplo, favorece que las glándulas del endometrio se vuelvan voluminosas y se llenen de secreciones ricas en glucógeno, que las células del estroma uterino se vuelvan más grandes y las arterias más tortuosas y amplias en sus extensiones.

La implantación del embrión humano se lleva a cabo por la acción erosiva del sincitiotrofoblasto un grupo de células que rodean parte del blastocito. La actividad de ciertas proteinasas, factores de crecimiento, citocinas, leucocitos uterinos y la

tensión de oxígeno han sido implicadas como reguladores importantes de la invasión del trofoblasto al endotelio materno. Esta destrucción del endometrio hace que el embrión entre en contacto con arteriolas y vénulas que viertan sangre materna a la cavidad de la implantación, llamado espacio intervelloso. La invasión endovascular y el desplazamiento del endotelio materno es seguida por un remodelaje y dilatación vascular que favorece la perfusión materna a los espacios intervelloso. El mesodermo del blastocito es el que dará origen a las células del estroma y de los vasos de la placenta. Desde este punto, el desarrollo de la placenta se distingue por dos períodos.

2.1.1 Período pre-velloso

Es el período de evolución de las vellosidades a lo largo de la cavidad de implantación. Una vez implantado el blastocito en el espesor del endometrio, comienza la diferenciación de las deciduas endometriales.

La decidua basal es la porción situada adyacente al producto de la concepción y por encima de un espacio en contacto con el blastocito llamado corion frondoso, las cuales darán origen a la placenta.

Decidua capsular, semejante a la decidua basal y por encima de ella. La decidua parietal, recubre el resto de la cavidad uterina.

Del día 6 al día 9 ocurre la etapa pre-lacunar: Se inicia desde el momento en que se implanta el blastocito en el epitelio endometrial, hasta que quede totalmente incluido dentro del endometrio, observándose en el sitio de implantación una solución de continuidad creada por un coágulo de fibrina llamado opérculo cicatricial.

Desde el día 9 hasta el día 13, la fase lacunar: Se caracteriza por la aparición de vacuolas aisladas en el sincitiotrofoblasto que, al fusionarse e invaginarse, forman lagunas extensas llamadas cavidades hemáticas con lo cual se origina la nutrición

embrionaria. En esta etapa, las lagunas se fusionan para formar redes extensas que constituyen los primordios de los espacios intervillosos de la placenta, tomando una forma trabecular, por lo que también se le llama a esta etapa, Período Trabecular.

2.1.2 Período velloso

A partir del día 13 a la semana 16.

Día 13: aparecen las vellosidades a modo de tabiques que separan las lagunas. A estas trabéculas o tabiques se los conoce como los troncos de las vellosidades primarias.

Día 15: en cada columna sincitial aparece un eje trofoblástico, el tronco de las vellosidades secundarias. Se inicia un esbozo de la circulación materno-fetal, cuando las columnas sincitiales abren los vasos maternos y vierten el contenido a las lagunas (periodo lacunar: día 9)

Día 18: las vellosidades aparecen como un eje mesenquimatoso envueltas por la capa de citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto, en cuyo seno aparecen unos islotes vasculares que permiten distinguir lo que será la futura circulación fetal. Las lagunas se han convertido en cámaras intervillosas y son ya la base de un intenso intercambio madre-feto.

Día 21: Las células del mesodermo en el centro de la vellosidad terciaria comienzan a diferenciarse en capilares de pequeño calibre que forman redes capilares arterio-venosas constituyendo las vellosidades terciarias. La red vascular que se formó entre las vellosidades contacta con los vasos umbilicoalantoideos, quedando establecida la circulación feto-placentaria, que como hemos dicho, emplea vasos alantoideos (de aquí proviene el nombre de corialantoidea). Al final de la tercera semana la sangre comienza a circular a través de los capilares de las vellosidades coriónicas.

Del 2º al 4º mes: las vellosidades se arborizan y aparecen rodeadas por una doble capa trofoblástica: una parte superficial, originada por el sincitiotrofoblasto; y una parte profunda y fibrótica, originada por el citotrofoblasto, que se conoce como células de Langhans. Aparecen en este momento las vellosidades en grapa, ramas de estos “árboles” que llegan hasta la cara materna de la placenta; mientras que el resto quedan como vellosidades flotantes en la cámara intervillosa. Para este momento suele haber una leve hemorragia en el sitio de implantación debido a un aumento del caudal sanguíneo hacia los espacios lacunares, llamado signo de Long-Evans.

Después del 4º mes: las vellosidades se han transformado en un árbol frondoso, muy vascularizado, a través de cuyos huecos (los espacios intervillosos) circula la sangre materna. El citotrofoblasto en este momento prácticamente ha desaparecido. Cabe destacar que, aproximadamente al séptimo mes, la capa de Langhans desaparece, las vellosidades se adelgazan y los vasos se acercan al sincitiotrofoblasto y a la superficie.

2.2 Localización de la placenta

De acuerdo Brown, Ross, (2002. p.423) Localizar la exacta inserción de la placenta dentro de la cavidad uterina constituye una permanente necesidad en la práctica obstétrica.

Tal diagnóstico sirve para planificar la atención de gestantes con hemorragia al final del embarazo al diferenciar si se trata de Placenta Previa o de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta.

La exacta localización mediante la técnica de mapeo con Doppler se conseguirá con el análisis de los siguientes indicadores de la placenta con respecto al útero:

1. Lado

2. Altura

3. Pared

El lado se refiere a que si la placenta está a la derecha, izquierda o en el centro de la pared abdominal.

La altura sirve para determinar si la placenta se implanta en el fondo (1/3 superior), cuerpo (1/3 medio) o en cuello (1/3 inferior).

Las normo insertas se implantan en los tercios superior y medio y la placenta previa en el tercio inferior.

La pared uterina, anterior o posterior, que ocupa la placenta la debemos deducir de las dimensiones del mapeo.

Si ese esquema tiene diámetros menores de 18 cm, la placenta debe estar implantada en la pared anterior y si los diámetros son mayores que ese promedio, se encontrará en la pared posterior.

2.3 Funciones de la placenta

La placenta humana posee funciones metabólicas de síntesis hormonal de termorregulación, mantiene una zona inmunológicamente inerte entre la madre y el feto y comparten funciones de esteroidogénesis con el feto constituyendo con este una unidad feto-placentaria.

2.3.1 Nutrición

La placenta es un órgano que permite la alimentación ininterrumpida del feto en desarrollo. Cuando las circulaciones materna y fetal se encuentran (separadas por la placenta) el bebé extrae de la sangre materna todos los elementos que le son

necesarios para su existencia: Oxígeno, Aminoácidos (proteínas), Ácidos grasos (grasas) y Glucosa (carbohidratos).

2.3.2 Eliminación de desechos

el feto transfiere a su madre los productos de desecho que se producen por su metabolismo y que no puede eliminar por si solo dado que sus órganos son inmaduros y que se encuentra aislado del mundo exterior; así, se podría decir que la placenta permite al feto purificar su sangre utilizando los órganos maternos.

2.3.3 Funciones endocrinas

La placenta produce hormonas que permiten la permanencia del embarazo y modifican el metabolismo y las funciones fisiológicas maternas para la subsistencia del bebé en crecimiento. La hormona placentaria más conocida es la que dio origen a la prueba de embarazo. Si, la prueba de embarazo se hace positiva gracias a que la placenta produce la Gonadotropina Corionica Humana (hCG), hormona que permite el embarazo en sus etapas precoces (y otras múltiples funciones posteriores sobre la madre).

2.3.4 Tolerancia inmunológica

La placenta y los profundos cambios inmunológicos que imprime el embarazo sobre la madre permite que el feto (aún cuando es un ser extraño dentro de otro organismo –como un trasplante-) no sea atacado por el sistema de defensa de la madre. La

placenta juega un papel fundamental para esconder al bebé del sistema inmunológico de la madre y evitar su rechazo: si esto no fuese cierto, el sistema inmune activaría sus anticuerpos y células de defensa para atacar al bebé y eliminarlo del claustro materno.

2.3.5 Protección biológica

La placenta se comporta como un excelente filtro que impide el paso de muchas moléculas grandes y sustancias que podrían ser tóxicas para el desarrollo adecuado del bebé. También impide el paso de muchos organismos vivos como parásitos, virus y bacterias que pudiesen afectar al bebé. La placenta no es perfecta en este aspecto y desgraciadamente una lista importante de agentes pueden ganar acceso al bebé y causarle daños importantes: alcohol, cigarrillo, medicamentos o fármacos fetotóxicos, rubéola, toxoplasmosis, virus de inmunodeficiencia humana, sífilis, etc.

2.3.6 Protección física

la placenta, las membranas de la Bolsa de Aguas y el líquido amniótico que ellas engloban proporcionan un ambiente cerrado, estéril y de temperatura controlada que mantienen al bebé completamente aislado de los factores físicos que podrían generarle problemas: golpes, cambios bruscos de temperatura, infecciones bacterianas, etc.

2.4 Producción hormonal

Hemos conocido por mucho tiempo que la placenta produce esteroides, entre ellos, los estrógenos, la progesterona, y probablemente corticoides. Estas hormonas son elaboradas en el sincitiotrofoblasto.

Más adelante, se ha encontrado que la placenta, la decidua y las membranas fetales producen hormonas proteicas similares biológica e inmunológicamente a las del hipotálamo y de la hipófisis.

Entre las análogas a las hormonas hipofisarias están la gonadotrofina corionica humana (hCG), la somatotropina corionica humana (hCS o HPL) y la tirotropina corionica humana (hCT). Se piensa que también existe una corticotropica coriónica (hCC).

Además, la placenta produce péptidos relacionados a la ACTH, tales como la betaendorfina. y la hormona alfa-estimulante del melanocito. Entre las hormonas parecidas a la hipotalcímicas, produce la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), la hormona liberadora de tirotropina (TRH) y la somatostatina.

3. HEMORRAGIAS OBSTETRICAS

De acuerdo Strange, J., (2002. p108). La hemorragia obstétrica es un término que se usa para el sangrado que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio. Es un sangrado que puede aparecer por los genitales externos o bien, más peligrosamente, una hemorragia intraabdominal. El sangrado puede ser un evento característico del embarazo mismo, pero otras circunstancias pueden causar sangrados más voluminosos. El sangrado obstétrico es una causa principal de mortalidad materna.

3.1 Etiología

La hemorragia en la primera mitad del embarazo puede ser causada por:

- Aborto
- Embarazo ectópico

- Enfermedad trofoblástica gestacional

La hemorragia en la segunda mitad del embarazo puede ser causada por:

- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
- Placenta previa
- Ruptura uterina

La hemorragia durante el trabajo de parto y puerperio puede ser causada por:

- Atonía uterina
- Desgarros del canal del parto
- Inversión uterina
- Acretismo placentario
- Retención de restos placentarios

3.2 Factores de riesgo que causan la hemorragia obstétrica

- Edad menor de 16 años
- Edad mayor de 35 años
- Nuliparidad
- Anemia
- Desnutrición

- Obesidad
- Embarazo no deseado
- Miomatosis uterina
- Infección recurrente cérvico vaginal y de vías urinarias
- Sobredistensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios, etc.)
- Uso de uteroinhibidores o uterotónicos
- Complicaciones del parto (distócico, prolongado y precipitado)
- Cirugías uterinas previas (cesárea, miomectomía, etc.)
- Trastornos hipertensivos del embarazo

3.3 Causas de hemorragia durante la segunda mitad del embarazo

1. Placenta previa
2. Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
3. Ruptura uterina

4. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

De acuerdo a Núñez, Eduardo, (2003. p.365) Son sinónimos Abruptio placentae, Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, Ablatio placentae o Accidente de Baudelocque.

El desprendimiento prematuro de placenta es la separación parcial o total de la placenta de su inserción decidual en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto. Es la segunda causa de metrorragia en el tercer mes de gestación tras la placenta previa.

4.1 Epidemiología

De acuerdo a Noyak, Emil, (2000. p.69). El desprendimiento prematuro de la placenta, ocurre aproximadamente entre un 0.4 y un 3.5 por ciento de todos los partos. La forma grave, que produce la muerte del feto, se presenta únicamente en alrededor de 1 por cada 500 a 750 partos.

Aproximadamente 1% de los partos. No es posible afirmar si la incidencia se mantiene estable o si ha declinado en las últimas décadas. El 50% ocurre en embarazos con síndrome hipertensivo del embarazo (SHE). Existe un riesgo de recurrencia que va desde 5.5 hasta 30 veces. La tasa de mortalidad perinatal es entre un 20 y un 35%, dependiendo de la severidad del cuadro y de la edad gestacional y determinados básicamente por la prematuridad y la hipoxia.

En un estudio de población de US de 7, 508,655 embarazos se encontró una mortalidad perinatal de 119 por 1000 nacimientos entre embarazos complicados por abruptio, comparado con 8,2 por 1000 en otros nacimientos.

Actualmente la mortalidad materna es infrecuente, pero la morbilidad es común y puede ser severa. Casi todas las complicaciones maternas graves del

desprendimiento de placenta normo inserta (DPPNI) son consecuencia de la hipovolemia, y de la patología de base asociada al DPPNI.

4.2 Etiología

La gran mayoría es multicausal y plantean la posibilidad de un mecanismo isquémico a nivel decidual como factor involucrado, asociado con patologías variadas. De estas la más común es la Enfermedad Hipertensiva asociada al Embarazo, con la cual se presentan los casos de DPPNI más graves (45% de los casos).

Otros trastornos descritos:

- Antecedente de DPPNI en embarazos previos
- Rotura prematura de membranas (RPM)
- Traumatismo abdominal grave
- Descompresión uterina brusca (polihidramnios o salida del primer gemelar)
- Leiomiomas uterinos
- Consumo de cocaína.
- Bajo incremento ponderal materno.
- Tabaquismo.

Causas directas: Constituyen entre el 1% y 5% de todas las causas y especialmente se refieren a: trauma directo (accidentes de tránsito, caídas violentas, etc.), disminución súbita del volumen uterino como puede suceder después de una pérdida

rápida y abundante de líquido amniótico o el parto del primer gemelo, o un cordón umbilical anormalmente corto (lo cual puede ocurrir usualmente durante el parto).

4.3 Factores predisponentes.

- Historia previa de Abruption placentae: meta-análisis demostraron que después del primer episodio, había una recurrencia del 10 al 17%, y después de 2 episodios la incidencia de recurrencia era mayor del 20%.
- 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 Abruption de placenta severos asociados con muerte fetal tenían como antecedentes una hipertensión asociada al embarazo).
- Aumento de la edad materna así como multiparidad se asocian a abruption de placenta.
- Sobre distensión uterina por embarazo gemelar, múltiples, o polihidramnios.
- Diabetes Mellitus en la embarazo es más frecuente que se asocie con desprendimiento de placenta normo inserta.
- Consumo de cigarrillos, drogas y alcohol, hay suficiente evidencia de la asociación de consumo de tabaco, droga y alcohol (más de 14 vasos de alcohol/semana), durante el embarazo y riesgo de abruption de placenta.
- Ruptura prematura de membranas prolongada es una de las entidades que se ha encontrado con una fuerte asociación en relación con el desprendimiento de placenta.
- Trombofilias y especialmente aquellas con resistencia a proteína C actividad y mutaciones del factor V de Leiden han mostrado mayor prevalencia en relación con el Abruption de placenta.

- Algunas veces asociado a Fibromas retroplacentarios así como a trauma de ciertos procedimientos como la Amniocentesis.

Se reconoce que hay unos casos no asociados con lo anterior expuesto, por lo que se le acuña como Idiopáticos y probablemente se relacionen con problemas vasculares de la decidua o de los vasos uterinos terminales.

4.3.1 *Cocaína*

La cocaína inhibe la recaptación de neurotransmisores como la noradrenalina y la adrenalina a nivel de las uniones de los nervios con otros nervios o músculos. En la madre produce euforia y otros fuertes efectos estimuladores sobre el sistema nervioso simpático, entre ellos vasoconstricción e hipertensión. La cocaína atraviesa la placenta y se cree que causa estos mismos efectos simpaticomiméticos sobre el feto. El abuso de cocaína durante el embarazo se asocia a una tasa mayor de abortos espontáneos, de muerte fetal y de desprendimiento prematuro de la placenta, que puede provocar la muerte intrauterina del feto o una lesión neurológica del lactante, si sobrevive.

4.3.2 *Fisiopatología*

La causa precisa que conduce al abrupcio de placenta en la mayoría de los casos es desconocida. El desprendimiento ocurre como consecuencia de una hemorragia entre la interface decidua-placenta. Al parecer existe la presencia de un vaso espasmo en los pequeños vasos, que puede ser el evento que precede al desprendimiento de placenta.

Cuando el abrupcio se presenta como un proceso agudo los mecanismo que llevan a tales consecuencias se enmarcan desde traumas, descompresión aguda del útero en casos de RPM en presencia de un polihidramnios el uso de cocaína (agente vasoconstrictor), los cuales conducen a su desprendimiento. Sin embargo al parecer

en la mayoría de los casos, el abrupcio de placenta es consecuencia de un proceso crónico que se instaura desde principios del embarazo. Existe abundante evidencia que lo soporta.

La hemorragia y el desprendimiento se retroalimentan mutuamente, formando un Hematoma retroplacentario (HRP), que tiende a progresar al no actuar las “Ligaduras de Pinard”, ya que el útero se encuentra ocupado. Además, el HRP y la infiltración sanguínea de la pared muscular estimulan las contracciones colapsando el retorno venoso, y persistiendo el aporte arterial, con presiones superiores a las del útero, por lo que el hematoma sigue creciendo.

Luego de la formación del hematoma subplacentario, la hemorragia puede:

- Limitarse a los márgenes de la placenta, en cuyo caso se produce una hemorragia invisible.
- Desprender las membranas y salir a través de la vagina, produciendo una hemorragia visible.
- Invadir la cavidad amniótica.
- Infiltrarse entre las fibras musculares uterinas, dando lugar al útero de Couvelaire, de color azul característico, con pérdida de la capacidad contráctil.

4.4 Clínica:

De acuerdo a Benson, Ralph C., (2001. p.136). En el cuadro clásico, propio de la segunda mitad del embarazo, el motivo de consulta es el dolor abdominal, de comienzo brusco, intenso y localizado en la zona de desprendimiento, que se generaliza a medida que aumenta la dinámica uterina y se expande el HRP.

Existe compromiso del estado general, palidez taquicardia, pero las cifras de presión pueden aparentar normalidad si existe SHE.

La hemorragia genital (presente en el 78% de los casos) es rojo oscura, sin coágulos o muy lábiles; es posterior a la presencia del dolor y decididamente menor que el compromiso del estado general, ya que la sangre proveniente del HRP debe buscar camino, separando las membranas de la pared uterina para salir al exterior. El sangrado es de inicio súbito y cuantía variable (lo que no guarda necesariamente relación con la gravedad del cuadro).

Según su ubicación, si el HRP aumenta, es posible observar en horas que el útero crece. El dolor uterino se expresa con reblandecimiento y dolor de espalda en el 66% de los casos.

La irritabilidad del útero va progresando: contracciones uterinas, polisistolía e hipertonia (en el 20% de los casos.), contractura, palpándose finalmente un útero de consistencia leñosa, típico de este cuadro.

Es difícil palpar al feto y precisar su presentación debido a la irritabilidad uterina. La auscultación muestra sufrimiento fetal (60% de los casos) o muerte fetal (15 a 35% de los casos).

En el tacto vaginal podemos encontrar dilatación cervical, la que progresa rápidamente debido a la hiperactividad uterina. Las membranas están tensas y al romperse, el líquido amniótico presenta color vinoso, al estar mezclado con sangre y hemoglobina procedente del HRP.

4.5 Cuadro clínico

La sintomatología es proporcional al grado de desprendimiento de la placenta.

- Sangrado oscuro no abundante (sin correlación entre gravedad y sangrado)
- Dolor abdominal
- Hipertonía uterina
- Rigidez o distensión abdominal en tabla
- Distrés fetal o muerte fetal, evidenciado por disminución o ausencia de latidos cardíacos fetales

El DPP suele ser clasificada de acuerdo con la severidad de la sintomatología de la siguiente manera:

- Forma asintomática (grado 0): según la clasificación de Page, donde el desprendimiento es menor a un sexto de la superficie placentaria; la embarazada no tiene síntomas, pero se palpa un coágulo retroplacentario pequeño después del parto.
- Formas leves (grado 1): equivale a los desprendimientos menores al 20% aproximadamente de la superficie placentaria; presenta escasa sintomatología con hemorragia vaginal mínima de color oscuro y pequeños coágulos, hipertonía uterina, dolor abdominal leve, feto vivo y estado general conservado de la madre.
- Formas de gravedad moderada (grado 2): son los desprendimientos de entre el 30 y 50% de la placenta, es el primer síntoma en el dolor agudo en el abdomen, la hemorragia externa es escasa, de color oscuro, o la misma puede ser interna, donde aumenta el tamaño del útero por presencia de hematoma. El útero se presenta hipertónico de consistencia leñosa y no permitiendo palpar al feto. No hay shock materno ni alteraciones de la crisis. En el 20-30% de los casos el feto muere por falta de circulación sanguínea a nivel placentario, en el 90 % de los casos se presenta sufrimiento fetal agudo.

- Forma grave (grado 3): es el desprendimiento total, de comienzo brusco sin aviso previo, presentando en la mayoría de los casos hemorragia externa, dolor abdominal intenso; estado general: shock, anemia aguda, útero leñoso, feto muerto en el 100% de los casos.

4.6 Diagnóstico

De acuerdo a Harrison (2006. p.123). En el monitoreo fetal se observan una pérdida de la variabilidad y desaceleraciones tardías.

En la ecografía se evidencia abruptio (zona hipoecoica entre la pared uterina y la placenta).

Pruebas de laboratorio: Grupo sanguíneo y pruebas cruzadas

- Recuento de sangre completo
- Tiempo de protrombina
- Tiempo de tromboplastina parcial
- Fibrinógeno
- Plaquetas
- Test de Kleihauer-Betke
- Test de Apt
- Diagnóstico diferencial: Placenta previa
- Ruptura uterina
- Rotura del seno marginal de la placenta
- Colecistitis aguda

- Apendicitis aguda
- Complicaciones Maternas Shock hipovolémico
- Coagulación intravascular diseminada.
- Insuficiencia renal aguda
- Apoplejía uteroplacentaria (Útero de Couvelaire).
- Necrosis hipofisaria (Síndrome de Sheehan).
- Fetales Hipoxia
- Anemia
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Prematuridad
- Malformaciones congénitas

4.7 Factores Asociados

- Tabaquismo (necrosis decidual)
- Trauma materno 1 – 2%
- Cordón umbilical corto
- Hipertensión crónica o preeclampsia (se encuentra en 40-50% de los casos con feto muerto)
- Multiparidad - Gestante añosa - Raza negra
- Miomatosis
- Uso de cocaína

- Antecedente de desprendimiento prematuro de placenta (25%)
- Corioamnionitis e historia de RPM prolongada
- Trombofilias
- Síndrome de hipotensión supina
- Descompresión uterina brusca (polihidramnios - embarazo gemelar)

4.8 Exámenes de laboratorio

Sanguínea:

Hemograma completo, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno y productos de degradación del fibrinógeno, pruebas de aglutinación de los D-dímeros, la cual se ha usado como marcador temprano, y hemoclasificación.

Ultrasonido:

El cual ayuda en la localización de la placenta y excluir la placenta previa, pero no tiene utilidad en el diagnóstico de Abruption de Placenta. (El hematoma solo se reconoce en el 2 al 25% de todos los casos de DPPNI).

4.9 Complicaciones

4.9.1 *Maternas:*

- La Coagulación Intravascular Diseminada (CID)

La CID es una complicación grave pero infrecuente (13% de los casos; 30% si hay óbito fetal) limitada a los casos de desprendimiento masivo, en general asociado con muerte fetal.

El paso de tromboplastina a la circulación desde la zona de desinserción, forzado por la hipertonia uterina y facilitada por la alteración de la pared, y el consumo aumentado en el HRP, inducen la coagulopatía y la posterior acelerada fibrinólisis. Hay hipofibrinogenemia <150 mg/dl, aumento de los productos de degradación de la fibrina, disminución de los factores de la coagulación. Se resuelve con la extracción del feto y alumbramiento. La hemorragia oculta con HRP trágicamente lleva en ocasiones a un diagnóstico tardío, asociándose a formas graves de DPPNI.

- Choque hemorrágico.
- Ruptura o Hipotonía uterina (Útero de Couvelaire)

Es la metrorragia que se presenta en el alumbramiento secundaria a la alteración del músculo uterino por infiltración hemática, y al agotamiento de éste derivado de la contractura mantenida. La inercia conduce rápidamente a la anemia aguda.

La mortalidad es variable, según las publicaciones, entre 0.5 al 5% y su tratamiento adecuado la ha disminuido

- Falla renal
- Necrosis isquémica de órganos distales (hepáticos, suprarrenales, hipófisis, etc.)

4.9.10 *Fetales:*

- Asfixia fetal por hipoxia
- Anemia
- Restricción del crecimiento intrauterino
- Anomalías del SNC
- Muerte fetal.

4.10 Tratamiento

El manejo del DPPNI depende de la presentación clínica, edad gestacional y el grado de compromiso materno-fetal. Debido a que la presentación de la misma tiene un amplio rango, es importante individualizar el manejo caso-por-caso.

El objetivo principal del manejo debe estar encaminado a prevenir la morbimortalidad materno perinatal. Debe ser manejada en una unidad de tercer nivel de atención, con personal idóneo y tecnología apropiada, siempre teniendo en mente la alta posibilidad de hemorragia post parto.

El manejo general incluye:

- a. Amniotomía inmediata.
- b. 2 venas de grueso calibre canalizadas con solución salina y/o lactato de ringer
- c. Monitoría continua de los signos vitales
- d. Flujo de oxígeno continuo de 5 a 7 lts/min
- e. Cesárea inmediata si el feto está vivo y el parto no es inminente
- f. Monitoría continua de la frecuencia cardíaca fetal
- g. Manejo del choque si lo hubiese
- h. Control del gasto urinario continuo.
- i. Transfusión sanguínea temprana aunque la presión sanguínea sea normal y/o por lo menos tener cuatro unidades de glóbulos rojos reservadas y disponibles.
- j. Manejo de la coagulopatía de consumo o de otra causa asociada al diagnóstico del Abrupecio (Síndrome de HEELP).

El manejo medicamentoso incluye:

OXITOCINA I.V: 20 - 40 UI en 500cc SSN 0.9% para pasar en 20-30 minutos.
METILERGONOVINA I.M-IM: 1 ampolla 0.2 mg con el inicio de la infusión de oxitocina. Repetir la dosis a los 20 minutos. Metilergonovina ampollas por 0.2mg, ordenar 1 ampolla IM cada 4 horas por 3 dosis. MISOPROSTOL INTRARECTAL: 4 tabletas de 200 microgramos 10-15 minutos después del inicio de las drogas oxitócicas.

Terapia De Mantenimiento:

Oxitocina 20-40 UI en 500cc SSN 0.9% a infusión de 10 gotas/minuto.

Ante la persistencia del sangrado a pesar del manejo medico, más inestabilidad hemodinámica de la paciente se practicará histerectomía de urgencia.

Los Tocolíticos especialmente el beta mimético están contraindicados en presencia de sangrado vaginal, debido a que taquicardia como efecto secundario puede enmascarar el signo clínico de la pérdida sanguínea. Tampoco se debe administrar heparina.

El pronóstico y las complicaciones secundarias suelen ser más favorables, cuando:

- a. La rapidez del diagnóstico de que el feto está vivo y su extracción oportuna
- b. Buena evolución del estado materno
- c. Reposición del volumen de sangre perdida oportunamente
- d. Tratamiento precoz de la coagulopatía

OBJETIVOS:

Objetivo General:

- ☞ Conocer las causas que ocasionan un desprendimiento de placenta como factor condicionante de las hemorragias transvaginales en mujeres multíparas.
- ☞ Que ocasiona las hemorragias transvaginales

Objetivo Especifico:

- ☞ Conocer en mujeres de qué edad se presenta más el desprendimiento de placenta.
- ☞ identificar son las consecuencias que se presentan ante un desprendimiento de placenta
- ☞ identificar los tipos de desprendimiento de placenta

JUSTIFICACIÓN:

El presente estudio busca determinar la relación que existe entre el desprendimiento de placenta y las hemorragias transvaginales en mujeres embarazadas. A si como el porqué del desprendimiento de placenta y sus posibles consecuencias, ya que es una patología que se presenta frecuentemente que en la mayoría de los casos vistos existe un mal pronóstico de vida para la paciente.

Siendo esto inquietante en la práctica obstétrica, por la pérdida de vida de los productos de las pacientes que llegan a presentar un desprendimiento de placenta.

Al igual se busca conocer las formas de tratamiento y las probables formas en las que se pudiera evitar un desprendimiento de placenta, también conocer cuáles son las características que debe tener la paciente para ser más propensa a presentar un desprendimiento de placenta.

HIPÓTESIS:

El desprendimiento de placenta parcial condiciona la aparición de una hemorragia transvaginal en mujeres embarazadas en edad reproductiva en el servicio de urgencias del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

VARIABLES:

Variable dependiente:

- hemorragia transvaginal

Variable independiente:

- desprendimiento de placenta

METODOLOGÍA

Por lo tanto esta investigación se sitúa en el paradigma cualitativo, bajo un estudio descriptivo y analítico, con razonamiento deductivo y llevando a cabo un experimento de tipo natural.

SUJETOS A ESTUDIAR:

- UNIVERSO: mujeres embarazadas en edad fértil
- POBLACION: mujeres embarazadas en edad fértil de Morelia Michoacán
- MUESTRA: mujeres embarazadas en edad fértil de Morelia Michoacán que lleguen al servicio de urgencias del Hospital de Nuestra Señora de la Salud

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DE LA DE MUESTRA

La muestra de población fueron ciento noventa y tres personas ya que fue el dato arrojado con la aplicación de la fórmula para población finita y datos cualitativos.

Con la aplicación de veinte encuestas piloto, se obtuvieron los siguientes datos:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{e^2 N + Z^2 p q}$$

FÓRMULA

$$n = \frac{Z^2 p q N}{e^2 N + Z^2 p q}$$

SIGNIFICADO DE VALORES

n = Tamaño de muestra

Z^2 = Consecuencias del tamaño de muestra

e = Margen de error aceptado

p = Probabilidad de éxito

q = Probabilidad de fracaso

N = Tamaño de la población

SUSTITUCIÓN

$$n = ?$$

$$P = 17/20 = 0.85$$

$$z = 1.96$$

$$q = 3/20 = 0.15$$

$$e = 0.05$$

$$N = 36$$

DESARROLLO DE LA FORMULA

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.85)(0.15)(36)}{(0.05)^2 (36) + (1.96)^2 (0.85)(0.15)}$$

$$n = \frac{6.8416(0.85)(0.15)(36)}{0.0025(36) + 6.8416(0.85)(0.15)}$$

$$n = \frac{7.632944}{0.579804} = 30.4119$$

$$n = 30$$

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Técnica de muestreo probabilística aleatorio simple.

El instrumento usado se validó mediante pilotaje previo y con una confiabilidad del 95%. Basado en las diferentes teorías utilizadas en el marco teórico.

TÉCNICAS UTILIZADAS:

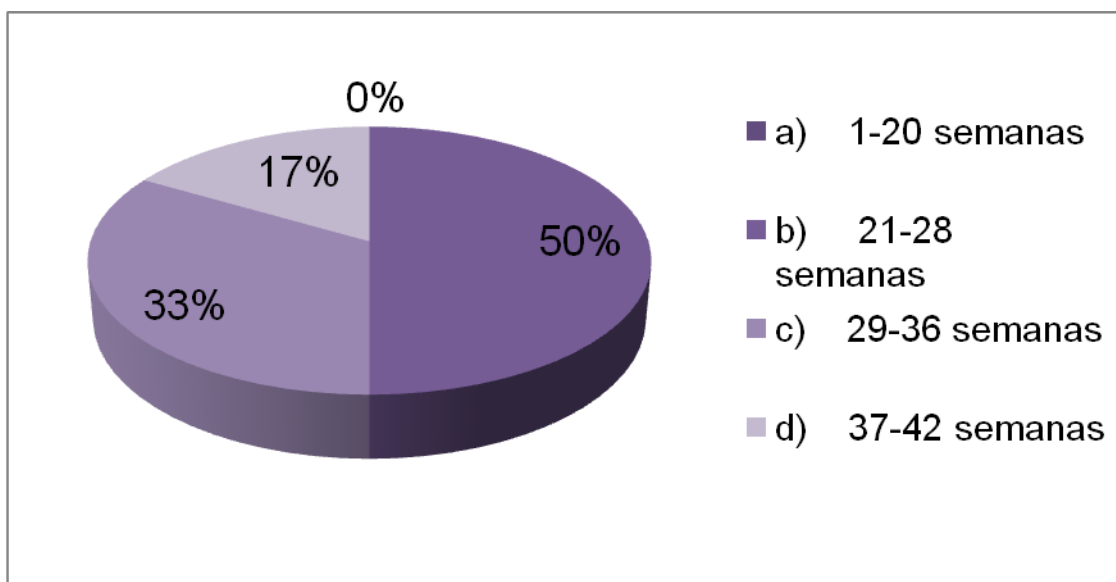
Se utilizarán encuestas

GRÁFICAS Y RESULTADOS.

1.- ¿En qué semana de su embarazo se presentó el desprendimiento prematuro de placenta (DPP)?

a) 1-20 semanas	0
b) 21-28 semanas	15
c) 29-36 semanas	10
d) 37-42 semanas	5

GRÁFICA 1



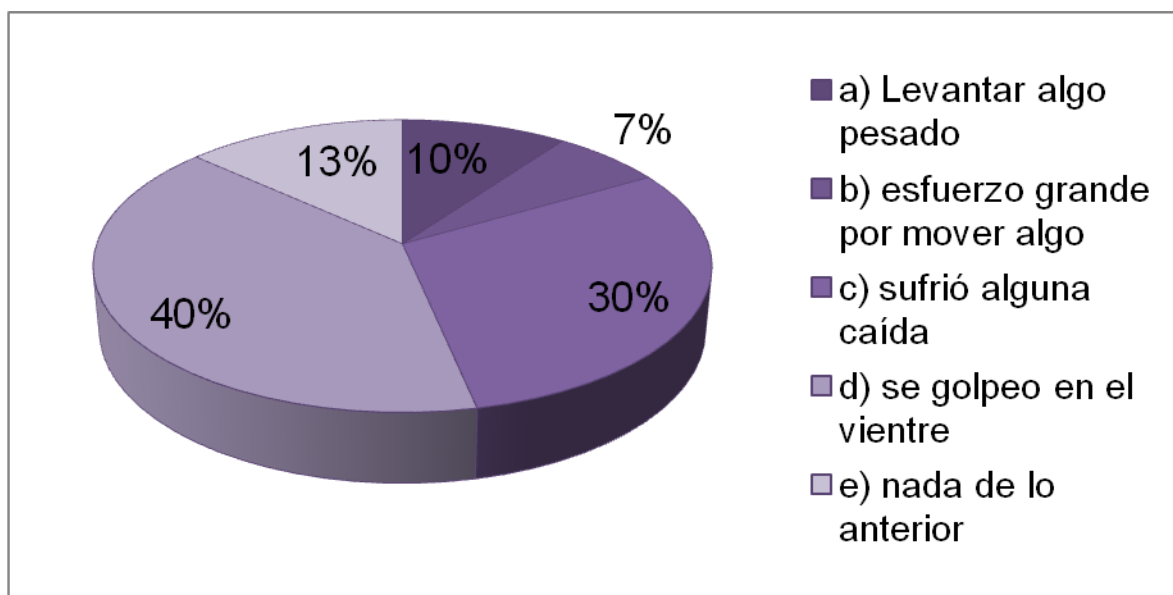
Interpretación

De acuerdo a la gráfica se observa que el 50% de las pacientes presentan un DPP entre la 21 y 28 semanas de gestación, y el otro 50% ocurre en las semanas 29 a las 42, y ninguna paciente tuvo el desprendimiento antes de las 20 semanas de gestación.

2.- ¿Realizo usted alguna de las siguientes actividades que pudieron ocasionar el DPP?

a) Levantar algo pesado	3
b) Esfuerzo grande por mover algo	2
c) Sufrió alguna caída	9
d) Se golpeo en el vientre	12
e) Nada de lo anterior	4

GRÁFICA 2



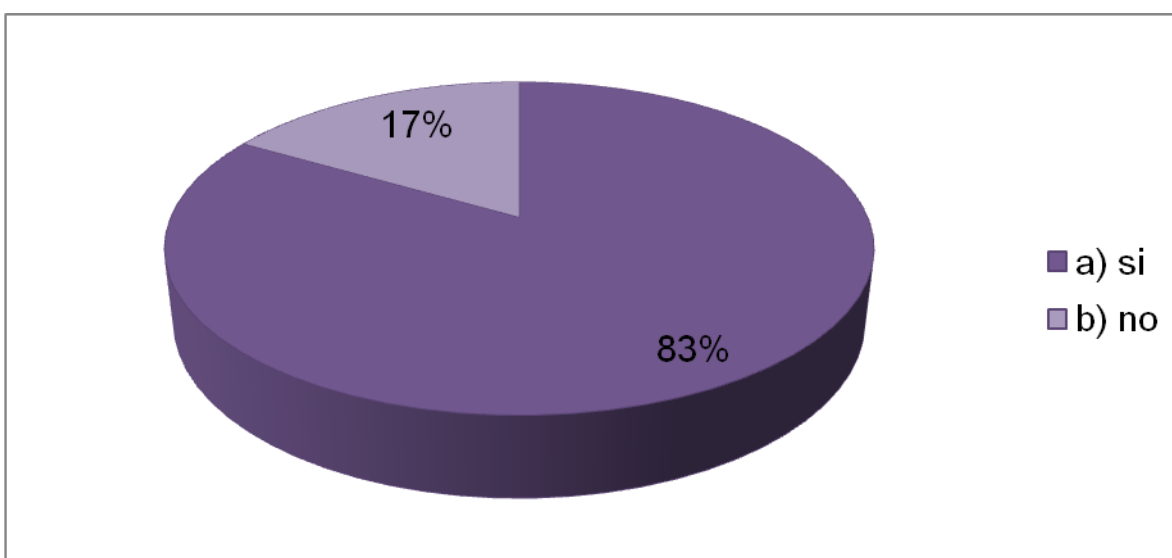
Interpretacion

En los resultados obtenidos en esta pregunta se muestra que la mayoría de las pacientes tuvieron el DPP por recibir un golpe sobre la region del vientre, y en menos porcentaje se entiende que el DPP fue ocasionado por fealizar algun esfuerzo al mover algo o levantar algo pesado.

3.- ¿En sus embarazos anteriores presento DPP?

a) Si	25
b) No	5

GRÁFICA 3



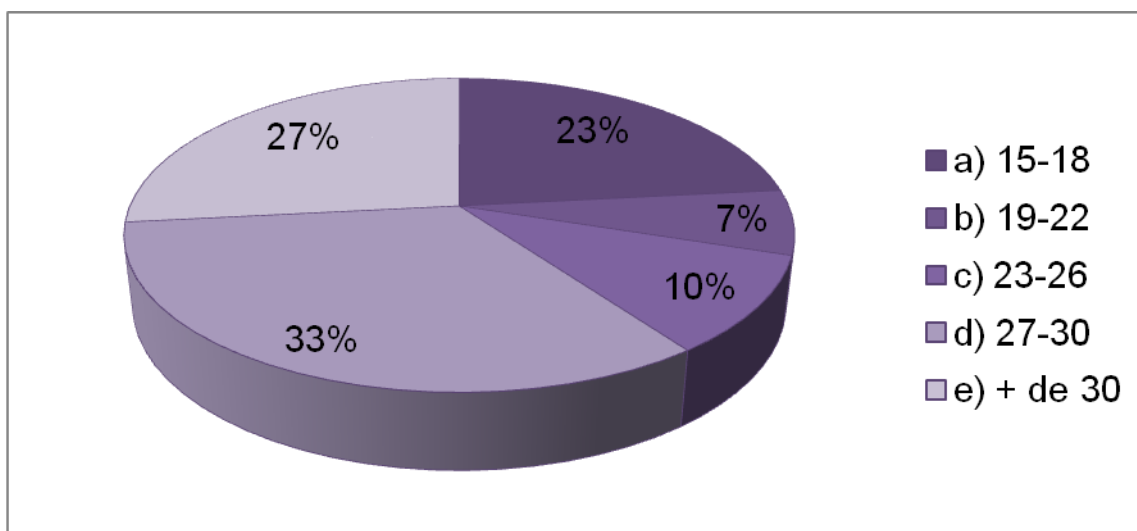
Interpretación

Se muestra en la gráfica que el haber presentado un DPP en su embarazo anterior es al igual un factor condicionante para que en el presente embarazo se presente un DPP.

4.- ¿Si en su(s) embarazo(s) anterior(es) presento DPP que edad tenía usted?

a) 15-18	7
b) 19-22	2
c) 23-26	3
d) 27-30	10
e) + de 30	8

GRÁFICA 4



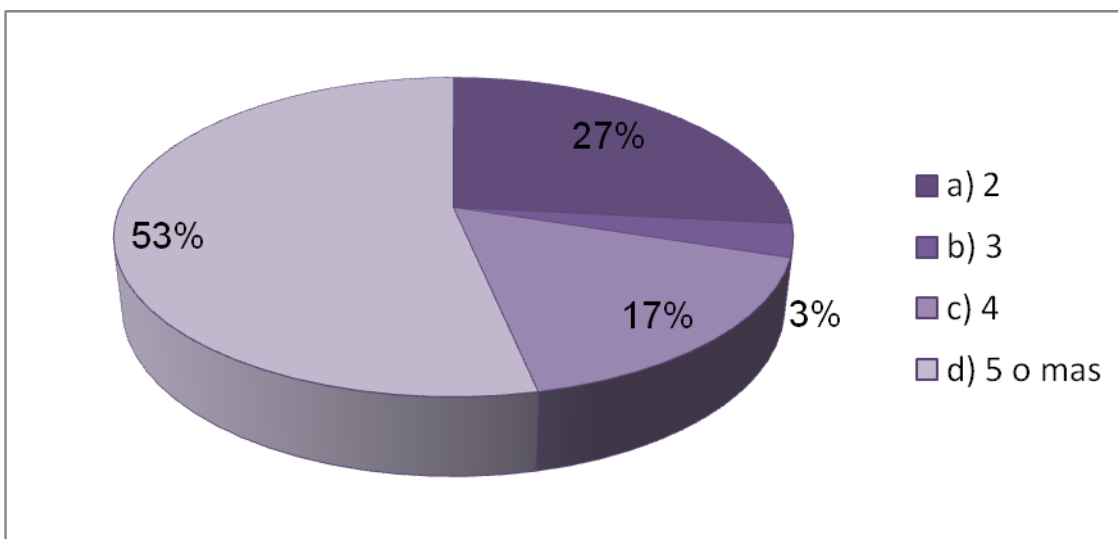
Interpretacion

la edad mas frecuente en la que se presenta un DPP oscila entre los 27 y 30 años lo cual nos indica que las mujeres con mayor edad tienen mas predisposicion a presentarse un DPP, pues las pacientes mayores de 30 años es el segundo porcentaje mas alto en padecer este problema. A diferencia de las pacientes más jóvenes es poco probable que presenten un DPP.

5.- ¿Qué número de embarazo cursa?

a) 2	8
b) 3	1
c) 4	5
d) 5 o más	16

GRÁFICA 5



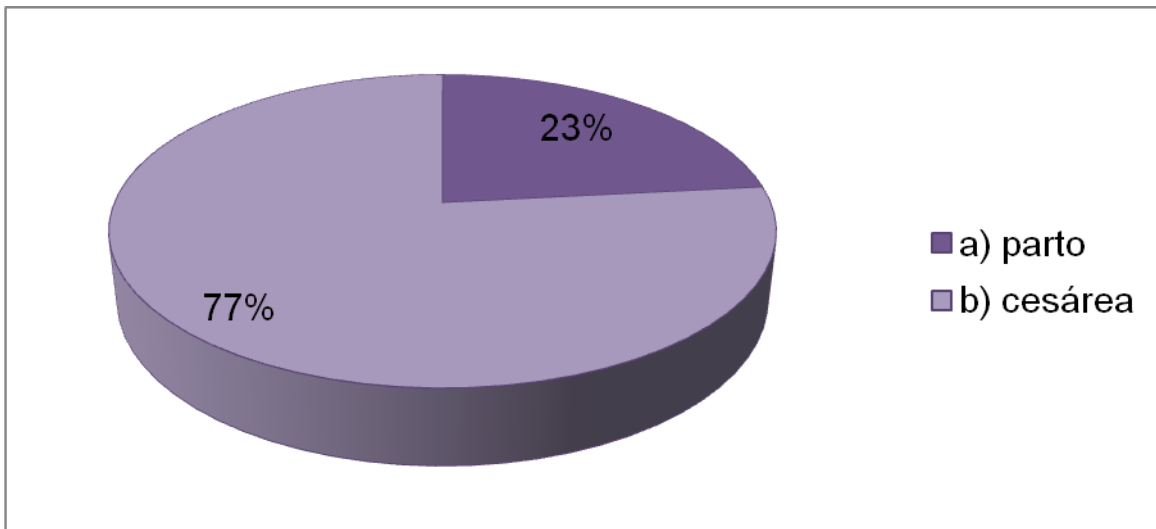
Interpretación

Se muestra que un factor condicionante para un DPP es el número de embarazos cursados, pues a mayor número de embarazos más elevado es el porcentaje de casos de DPP. Pacientes con más de 5 embarazos cursados alcanzan más de la mitad de los casos vistos.

6.- ¿Su embarazo anterior fue atendido?

a) Parto	7
b) Cesárea	23

GRÁFICA 6



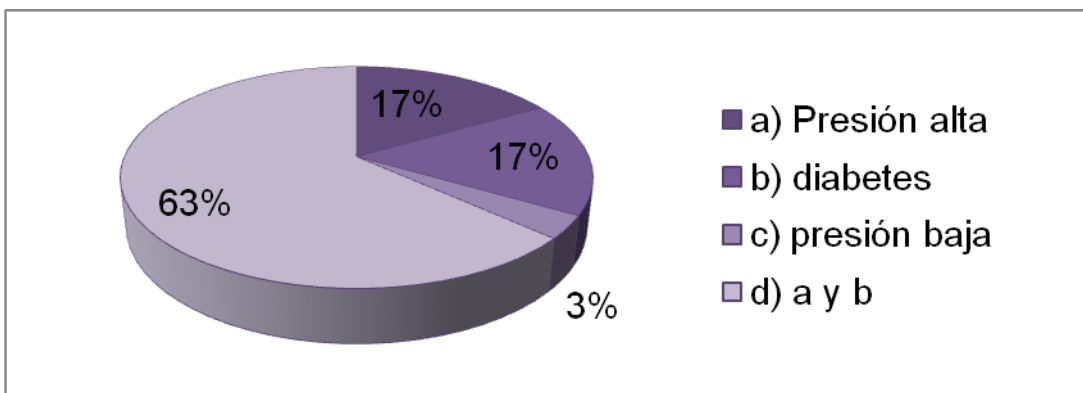
Interpretación

Esta gráfica nos deja ver que un DPP es favorecido al presentar una cesárea previa ya que más de tres cuartas partes de las pacientes con este caso fueron intervenidas con una cesárea en su embarazo anteriores.

7.- ¿Presenta usted alguna de las siguientes enfermedades?

a) Presión alta	5
b) Diabetes	5
c) Presión baja	1
d) a y b	19

GRÁFICA 7



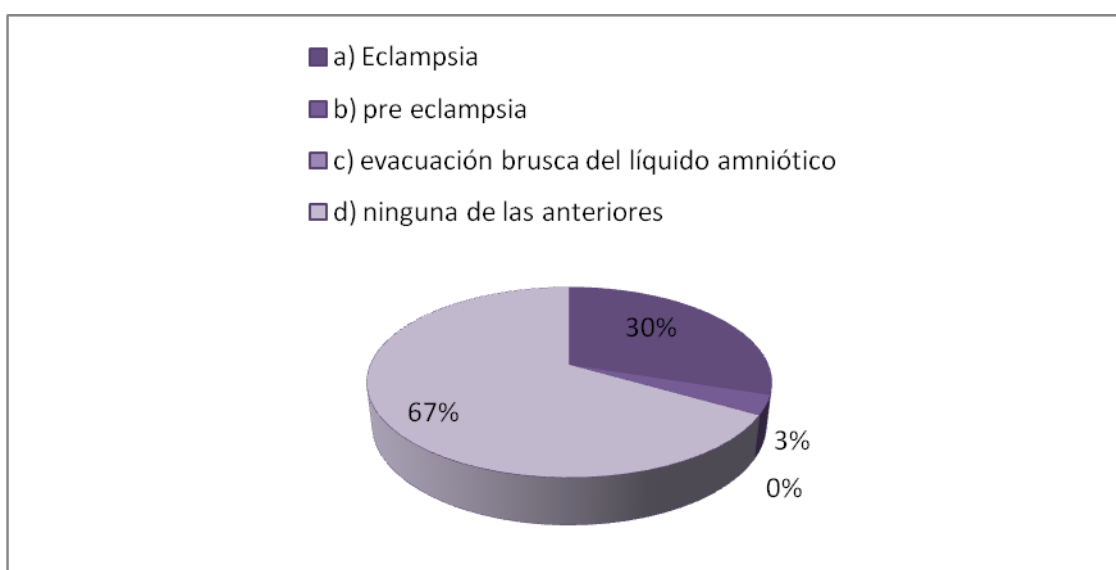
Interpretación

El padecer una o varias enfermedades crónico degenerativas causa una mayor predisposición para presentar un DPP, se observó que las pacientes que padecen tanto hipertensión como diabetes son más propensas a presentar un DPP.

8.- ¿En su embarazo presentó alguna de las siguientes complicaciones?

a) Eclampsia	9
b) Pre eclampsia	1
c) Evacuación brusca del líquido amniótico	0
d) Ninguna de las anteriores	20

GRÁFICA 8



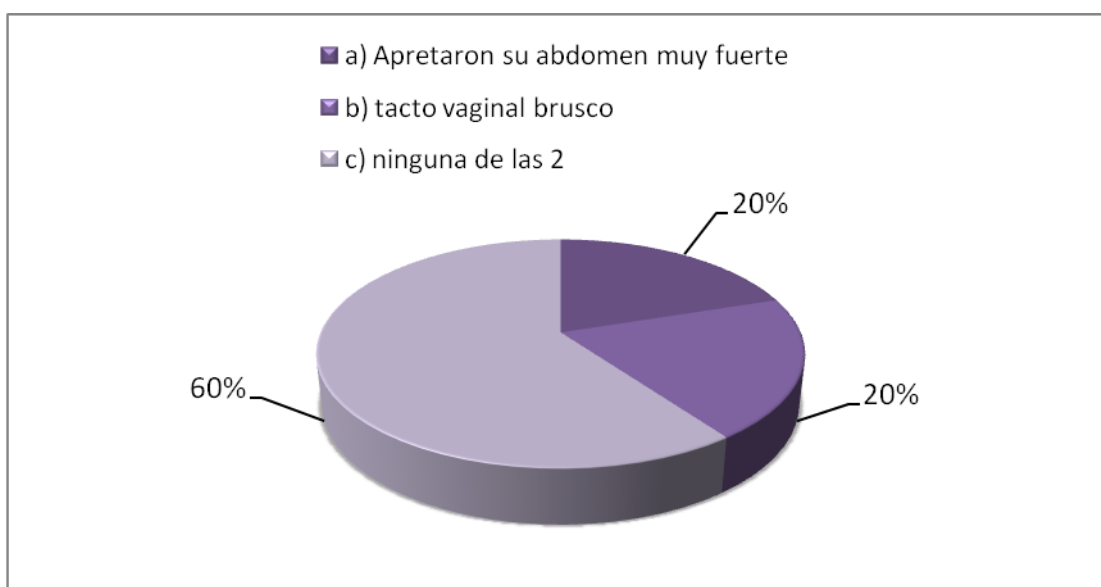
Interpretación

Más de la mitad de las pacientes no presentó ninguna complicación en el transcurso de su embarazo por lo tanto las pacientes que presentaron eclampsia en su embarazo no se considera como factor predisponente para presentar una DPP.

9.- ¿Si usted llegó a presentar trabajo de parto; le realizaron algo de lo siguiente?

a) Apretaron su abdomen muy fuerte	1
b) Tacto vaginal brusco	1
c) Ninguna de las 2	3

GRÁFICA 9



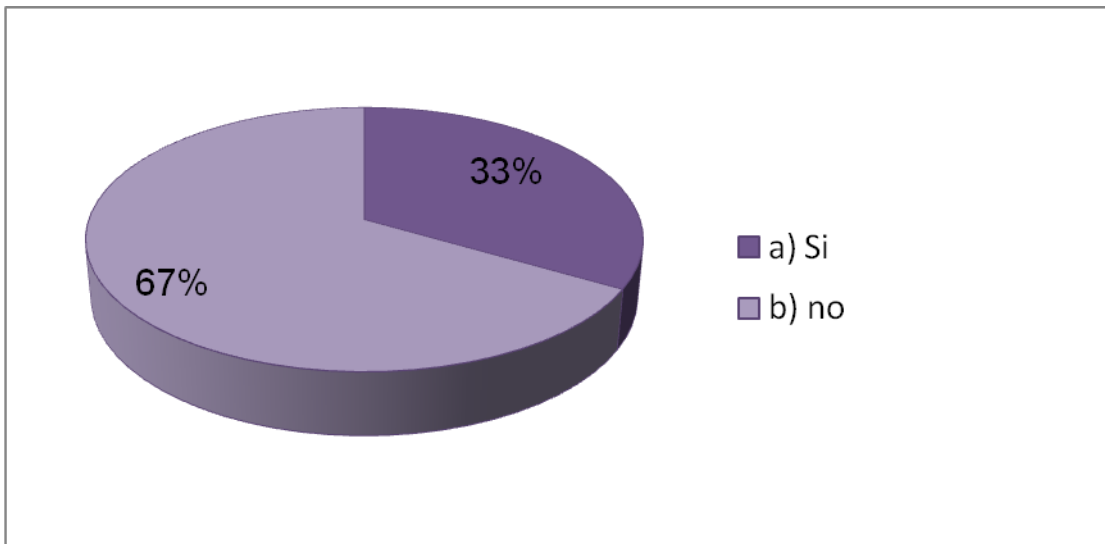
Interpretación

De las 5 pacientes que llegaron a las últimas semanas de embarazo más de la mitad no se le realizó nada que haya provocado un DPP.

10.- ¿Usted presentó dolor en abdomen en algún momento de su embarazo?

a) Si	10
b) No	20

GRAÁFICA 10



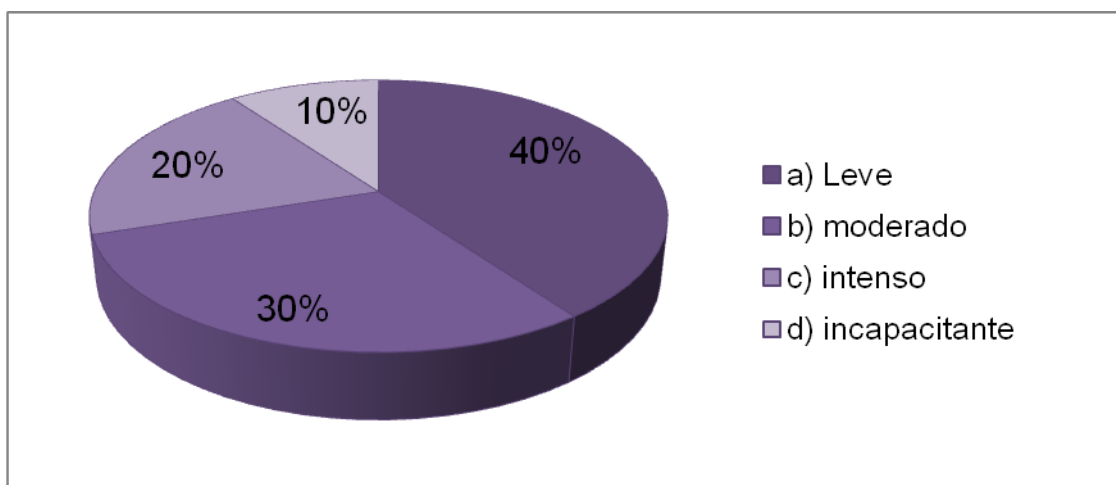
Interpretación

En la mayoría de los casos el DPP no ocasiona dolor, por lo tanto no es un síntoma que nos ayude a diagnosticarlo oportunamente.

11.- ¿Si presentó dolor; como era este?

a) Leve	4
b) Moderado	3
c) Intenso	2
d) Incapacitante	1

GRÁFICA 11



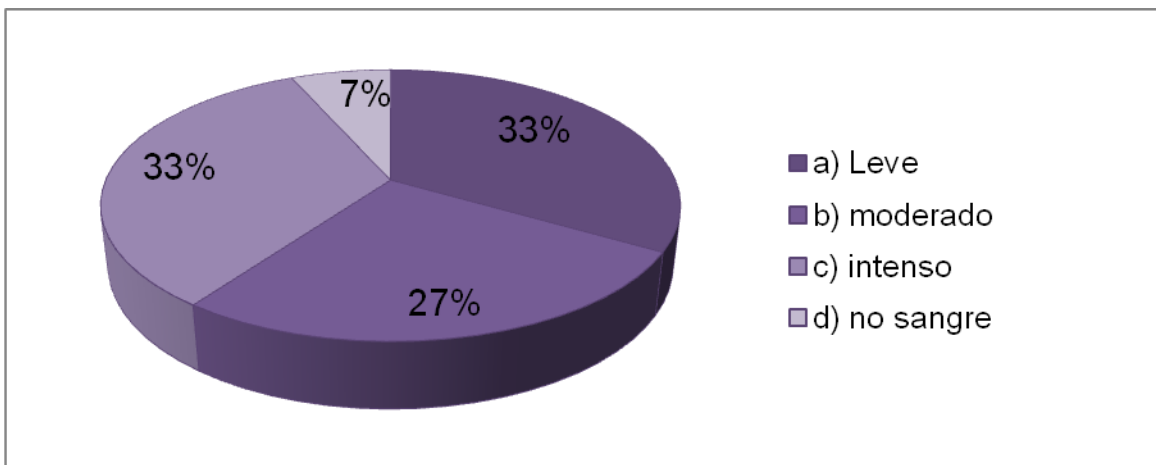
Interpretación

Las pacientes que llegaron a presentar dolor refieren que este fue de una intensidad leve a moderada siendo estas una mayoría en un 70%.

12.- ¿Presentó sangrado transvaginal durante su embarazo?

a) Leve	10
b) Moderado	8
c) Intenso	10
d) No sangre	2

GRÁFICA 12



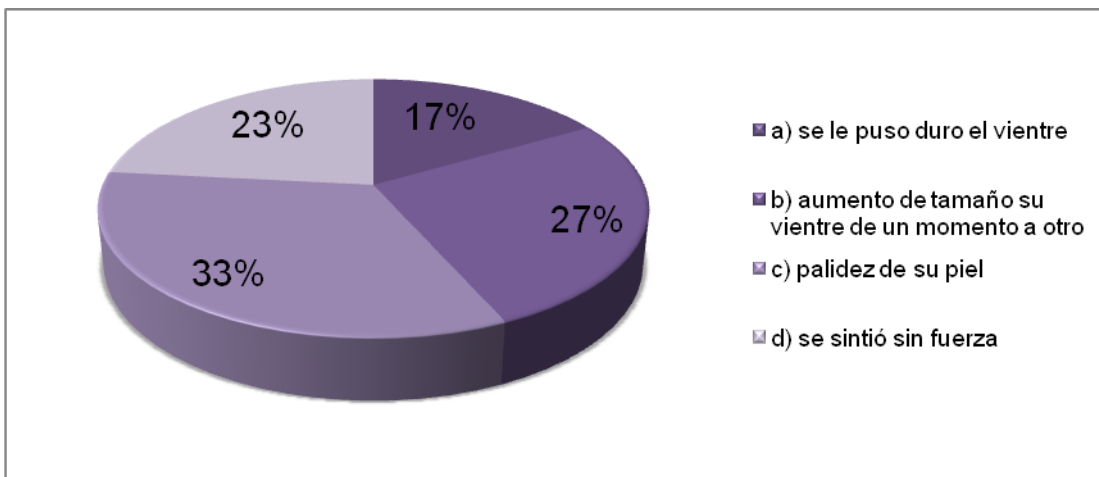
Interpretación

Al presentarse un DPP este ocasiona un sangrado de leve a intenso siendo sólo un 2% las que no llegaron a presentar ningún sangrado. Tomando entonces como un signo para diagnosticar un DPP.

13.- ¿Tuvo algún otro síntoma de los siguientes mencionados?

a) Se le puso duro el vientre	5
b) Aumento de tamaño su vientre de un momento a otro	8
c) Palidez de su piel	10
d) Se sintió sin fuerza	7

GRÁFICA 13



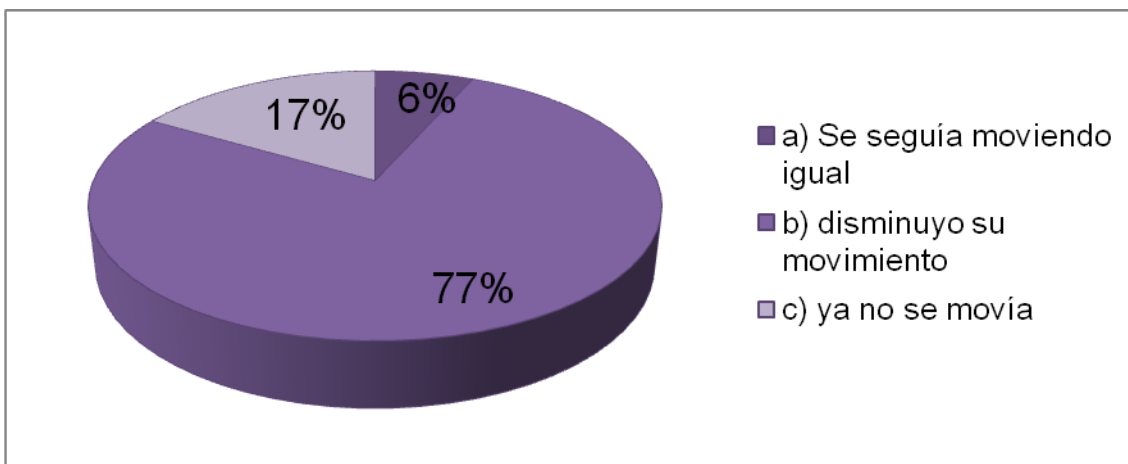
Interpretación

La mayoría de las pacientes presentaron palidez de su piel lo cual es un signo de una hemorragia importante, como segundo signo de relevancia en un DPP se encuentra el aumento de tamaño del útero que refirieron las pacientes haber notado de un momento a otro.

14.- ¿Notó algún cambio en su bebe?

a) Se seguía moviendo igual	2
b) Disminuyó su movimiento	23
c) Ya no se movía	5

GRÁFICA 14



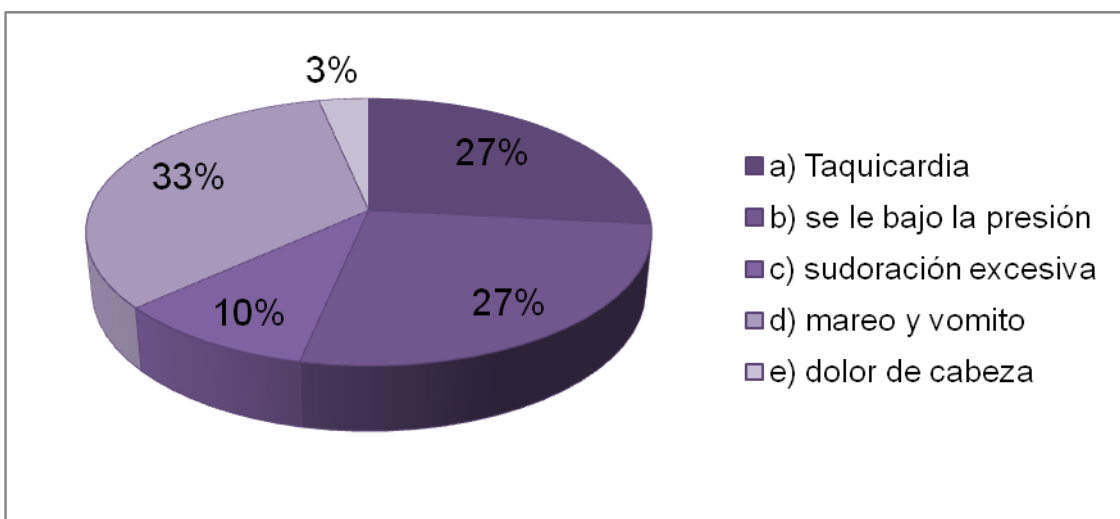
Interpretación

Al presentarse un DPP la mayoría de las pacientes refirieron haber notado una disminución importante en la cantidad de los movimientos fetales lo cual nos indica que al haber un DPP empieza al igual un sufrimiento fetal ya que la disminución de los movimientos fetales es el principal signo de este.

15.- ¿Presentó algo de lo siguiente?

a) Taquicardia	8
b) Se le bajó la presión	8
c) Sudoración excesiva	3
d) Mareo y vómito	10
e) Dolor de cabeza	1

GRÁFICA 15



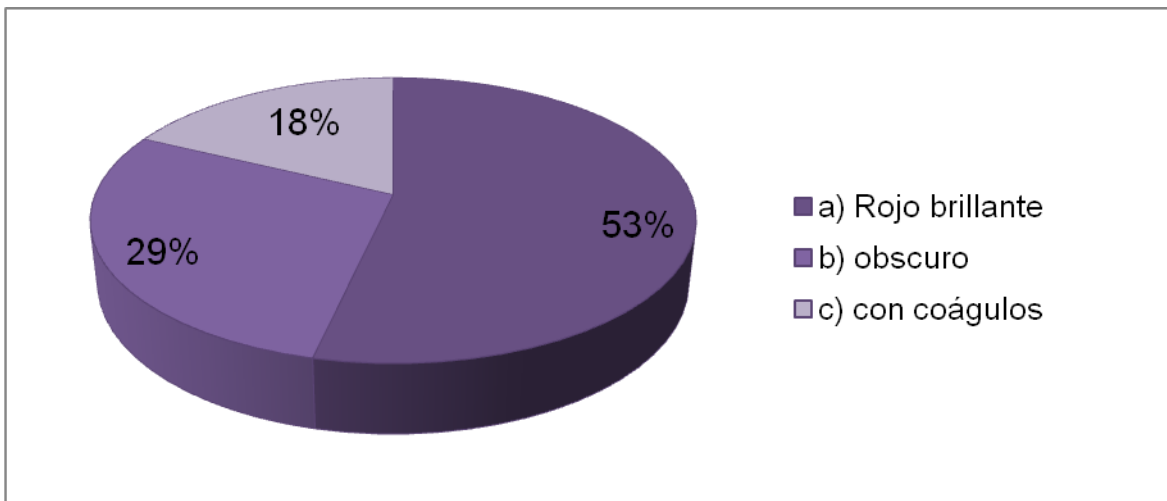
Interpretación

Más del 50% de las pacientes refirió haber tenido síntomas que se producen al presentar una hemorragia en los cuales está el haber tenido taquicardia, presión baja y mareo.

16.- ¿Su sangrado era?

a) Rojo brillante	15
b) Oscuro	8
c) Con coágulos	5

GRÁFICA 16



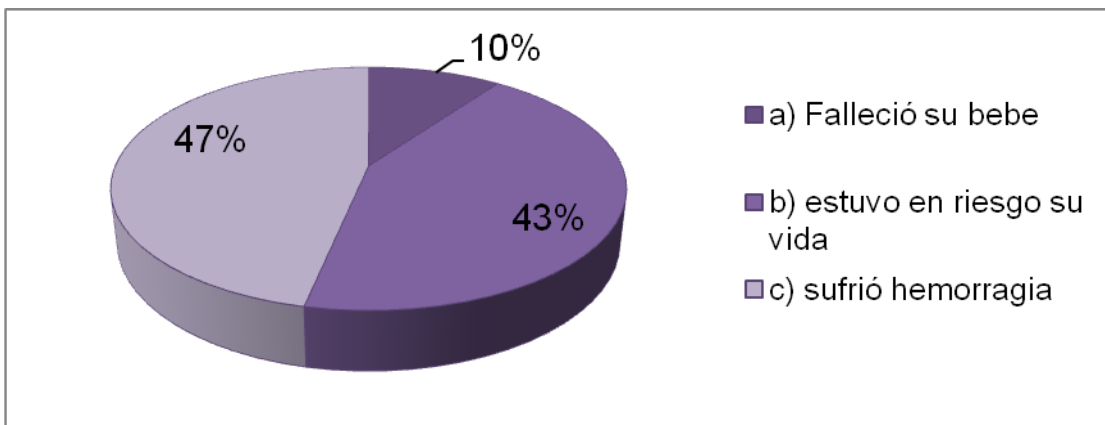
Interpretación

Las pacientes que refirieron haber tenido sangrado por el DPP notaron que este era de color rojo brillante lo cual nos indica que este sangrado era un sangrado activo. Solo un 5% nos refiere que su sangrado era acompañado de coágulos y este tipo de sangrado indica que es un sangrado de mayor importancia o de mayor riesgo.

17.- ¿tuvo alguna consecuencia su DPP?

a) Falleció su bebe	3
b) Estuvo en riesgo su vida	13
c) Sufrió hemorragia	14

GRÁFICA 17



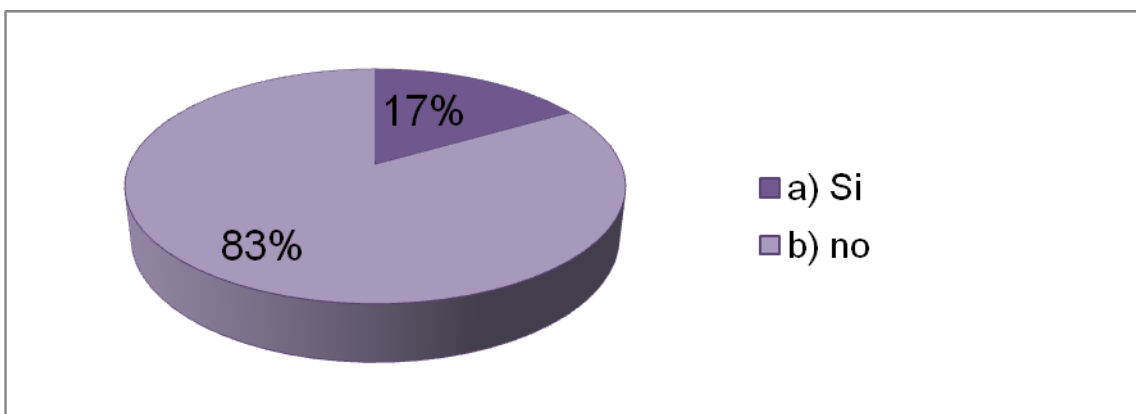
Interpretacion

La mayoría de las pacientes que presentaron un DPP presentaron una hemorragia y al igual un 43% sintió que su vida estuvo en riesgo y solo 3 pacientes sufrieron la pérdida de su bebé a causa del DPP.

18.- ¿Si en su embarazo anterior presentó DPP, tuvo problemas para volverse a embarazar?

a) Si	5
b) No	25

GRÁFICA 18



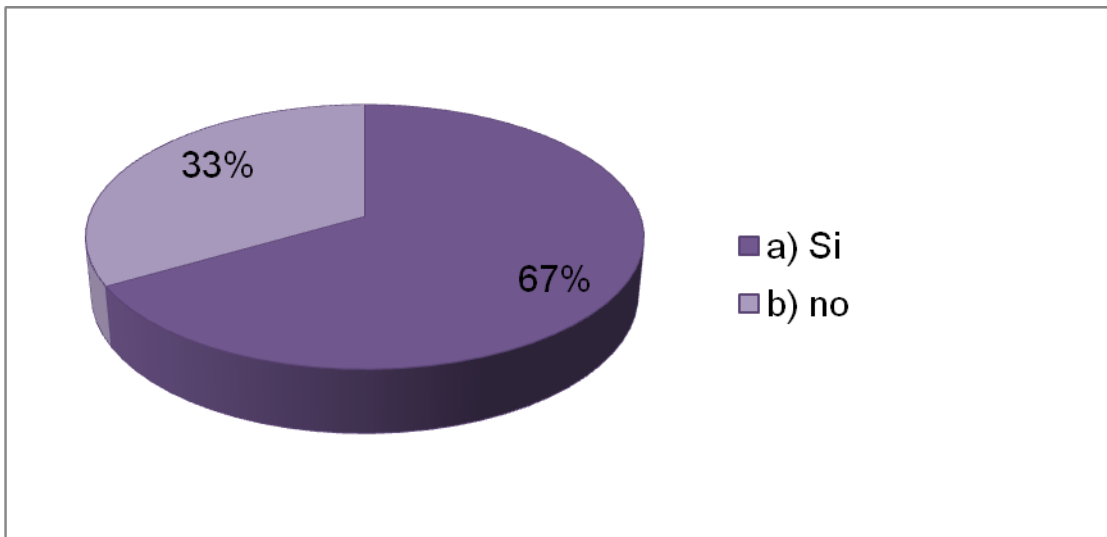
Interpretación

El haber presentado un DPP en el embarazo anteriormente cursado no fue dificultad para que la paciente pudiera volverse a embarazar. Mostrándose esto en 87% que refirieron esto.

19.- ¿Ahora conoce usted formas de evitar un DPP?

a) Si	20
b) no	10

GRÁFICA 19



Interpretación

La mayoría de las pacientes refiere saber como pueden prevenir un DPP siendo estas un 67% contra sólo un 33% que aún ignora como pueden prevenir que se les vuelva a presenta esta patología.

CONCLUSIONES

De acuerdo con la investigación realizada concluimos que se llevo a cabo la realización de todos los objetivos planteados ya que:

De acuerdo al objetivo general se llegó a conocer las causas que producen un desprendimiento de placenta y que este fuera condicionante para la aparición de una hemorragia transvaginal. Al igual se llegaron a conocer las causas de las hemorragias transvaginales.

A si mismo se comprobaron los objetivos específicos ya que se conocieron la edad en la cual es más frecuente presentar este padecimiento, se identificaron las consecuencias que se llegan a presentar ante un desprendimiento de placenta y al igual se identificaron cuales don los tipos de desprendimiento de placenta.

Por todo lo anterior, nuestra hipótesis es válida, se comprobó y da una respuesta real a la pregunta de investigación.

ANEXO 1

La recopilación de esta información servirá como de referencia para este trabajo de investigación recordando que sus datos serán anónimos pidiéndole que subraye la respuesta correcta.

1.- ¿En qué semana de su embarazo se presentó el desprendimiento prematuro de placenta (DPP)?

- a) 1-20 semanas
- b) 21-28 semanas
- c) 29-36 semanas
- d) 37-42 semanas

2.- ¿Realizo usted alguna de las siguientes actividades que pudieron ocasionar el DPP?

- a) Levantar algo pesado
- b) Esfuerzo grande por mover algo
- c) Sufrió alguna caída
- d) Se golpeo en el vientre
- e) Nada de lo anterior

3.- ¿En sus embarazos anteriores presentó DPP?

- a) Si
- b) No

4.- ¿Si en su(s) embarazo(s) anterior(es) presentó DPP que edad tenía usted?

- a) 15-18
- b) 19-22
- c) 23-26
- d) 27-30
- e) + de 30

5.- ¿Qué número de embarazo cursa?

- a) 2
- b) 3
- c) 4
- d) 5 o más

6.- ¿Su embarazo anterior fue atendido?

- a) Cesárea
- b) Parto

7.- ¿Presenta usted alguna de las siguientes enfermedades?

- a) Presión alta
- b) Diabetes
- c) Presión baja
- d) a y b

8.- ¿En su embarazo presento alguna de las siguientes complicaciones?

- a) Eclampsia
- b) Pre eclampsia
- c) Evacuación brusca del líquido amniótico
- d) Ninguna de las anteriores

9.- ¿Si usted llego a presentar trabajo de parto; le realizaron algo de lo siguiente?

- a) Apretaron su abdomen muy fuerte
- b) Tacto vaginal brusco
- c) Ninguna de las 2

10.- ¿Usted presentó dolor en abdomen en algún momento de su embarazo?

- a) Si
- b) No

11.- ¿Si presentó dolor; como era este?

- a) Leve
- b) Moderado
- c) Intenso
- d) Incapacitante

12.- ¿presento sangrado transvaginal durante su embarazo?

- a) Leve
- b) Moderado
- c) Intenso
- d) No sangre

13.- ¿tuvo algún otro síntoma de los siguientes mencionados?

- a) Se le puso duro el vientre
- b) Aumento de tamaño su vientre de un momento a otro
- c) Palidez de su piel
- d) Se sintió sin fuerza

14.- ¿Notó algún cambio en su bebe?

- a) Se seguía moviendo igual
- b) Disminuyo su movimiento
- c) Ya no se movía

15.- ¿Presentó algo de lo siguiente?

- a) Taquicardia
- b) Se le bajo la presión
- c) Sudoración excesiva
- d) Mareo y vómito
- e) Dolor de cabeza

16.- ¿Su sangrado era?

- a) Rojo brillante
- b) Oscuro
- c) Con coágulos

17.- ¿tuvo alguna consecuencia su DPP?

- a) Falleció su bebé
- b) Estuvo en riesgo su vida
- c) Sufrió hemorragia

18.- ¿Si en su embarazo anterior presentó DPP, tuvo problemas para volverse a embarazar?

- a) Si
- b) No

19.- ¿Conoce usted formas de evitar un DPP?

- a) Si
- b) No

20.- Si respondió si, mencione algunos:

R=

BIBLIOGRAFÍAS

- Harrison (2006). *Principios de medicina interna*, 16ª edición. México: McGraw-Hill
- Rodríguez, José A., (2002). *El Politraumatizado*, México: Editorial Ramón Areces
- Benson, Ralph C., (2001). *Manual de Ginecología y Obstetricia*, Philadelphia: McGraw-Hill
- Danforth, Scott, (2002). *Tratado de obstetricia y ginecología*, 8ª edición. México: McGraw-Hill
- Rubio, Severino, (2001). *Obstetricia II*, México: ENEO
- Livingstone, Elsevier, (2007). *Obstetricia embarazos normales y problemáticos*, 5ª edición. Norte América: Philidelphia
- Botella, Lusía, (2003). *Fisiología Femenina*, 5ª edición. Argentina: Panamericana
- Mongrut Steane, Andres, (2004). *Tratado de Obstetricia*. 3ª edición. México: McGraw-Hill

- Sandberg, Eugene, (2000). *Sinopsis de Obstetricia*. 10a edición. Norte América: Philidelphia
- Moore, y Persaud. (2005). *Embriología Clínica*, 7ª edición. México: Interamericana-McGraw-Hill.
- Langman, S., (2007). *Embriología médica*, 10ª edición. México: Panamericana.
- Genaro, Ferreiros, (2003). *Normas y procedimientos en Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología de México*, 3ª edición. México: Marketing y Publicidad de México.
- De la fuente, Uzandizaga, (2004). *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, México: Mc Graw-Hill.
- Galarza, Jorge, (2005). *Patología humana*, 17a edición. España: Elsevier
- Cosgriff, J. y Anderson, D., (2000). *La practica en los cuidados de emergencia*, México: McGraw-Hill
- Cifuentes, Rodolfo, (2006). *Obstetricia de alto riesgo*, 6ª edición. México: McGraw-Hill

- Smith, James, (2001). *Embriología Humana*, 4ª edición. México: Rialp
- Taylor Stewart, (2000). *Obstetricia de Beck*, 9ª edición. Norte América: JAMA
- Strange, J., (2002). *Planes de cuidados de trauma y shock*, 4ª edición. Norte América: Sprinhouse
- Brown, Ross, (2002). *Ultrasonografía Doppler en obstetricia*, 5ª edición. Norte América: JAMA
- Strange, J., (2002). *Planes de cuidados de trauma y shock*, 4ª edición. Norte América: Sprinhouse
- Brown, Ross, (2002). *Ultrasonografía Doppler en obstetricia*, 5ª edición. Norte América: JAMA
- Segal, Scott, (2002). *Las epidurales y los partos por cesárea* 4ª edición. Nueva york: JAMA
- Nuñez, Eduardo, (2003). *Ginecología y obstetricia*, 3ª edición. México: Méndez
- Noyak, Emil, (2000). *Tratado de ginecología*, 11ª edición. México: prensa técnica.

- Netter, Henry, (2003). *Sistema reproductor*, 3ª edición. España: Elsevier.
- Barbosa, Lito, (2006). *Anatomía del aparato genital femenino*, 3ª edición. México: McGraw-Hill