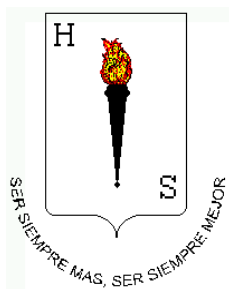


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA  
SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**CLAVE: 8722**



**TESIS**

**HEMORRAGIA EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO E  
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**ALUMNA:**

**PAULINA WENDOLINE ANGEL ESPINO**

**ASESORA DE TESIS:**

**LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO**

**MORELIA, MICHOACÁN 2016**



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.

## Agradecimiento

Le doy las gracias a la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud por ser la institución que me ha formado en mi carrera como Licencia en Enfermería y Obstetricia, así como a todas las personas que han ayudado en la misma, pero en especial a la LEO María de la Luz Carrillo Govea, quien ha compartido mi formación desde el primer día cuando ingrese a la institución.

A la profesora Gabriela Díaz Orozco quien fue una persona muy importante en la elaboración de esta investigación, al Médico Ginecólogo-Obstetra Alfonso Zamudio Pedraza y al Licenciado Florentino Medina Arriola por ser quienes a demás de sus aportaciones científicas, me enseñaron a fijar y alcanzar una meta en mi carrera así como el resto de mis profesores.

Disfruta de tus éxitos, lo mismo que de tus planes, mantén el interés en tu propia carrera, por humilde que sea, ella es un verdadero tesoro en el fortuito cambiar de los tiempos.

## Dedicatoria

*Doy gracias a Dios por la oportunidad que me está dando para poder llegar a concluir mis estudios y reforzando los conocimientos a lo largo de estos cuatro años de aprendizaje con la elaboración de esta investigación.*

*Doy gracias por el privilegio que se me da día a día de estar un momento más con los seres que amo y realizando la actividad que más me gusta y disfruto desde hace cuatro años desde que lo conocí, que es la práctica de mi carrera de Enfermería y Obstetricia.*

*La investigación y su finalidad que tiene, que es para obtener del título de licenciatura en Enfermería y Obstetricia, es para mi familia. El apoyo incondicional que he recibido de cada uno de ellos de diferentes maneras hay sido esenciales para mí, para poder estar en el lugar en el que hoy me encuentro.*

*Le dedico a mis padres, Sílvia Espino Jiménez y Sergio Angel Mora, en especial a mi mamá ya que el esfuerzo que yo he hecho para poder llegar a culminar mi carrera, no es nada en comparación a lo que ella ha hecho por mí, desde pequeña me has*

*protegido y siempre has buscado lo mejor para mí, y nunca podre regresar todo lo que me has dado con toda tu sabiduría, me has enseñado a amar a Dios lo cual te doy gracias y luchar por lo que más quiero en la vida.*

*Papá gracias por estar conmigo en cada uno de los distintos momentos de mi vida y estudio académico y profesional ya que todos los logros, al igual que este también es por ti, y gracias a tu enseñanza por alcanzar mis metas estoy hoy aquí.*

*Le dedico mi carrera al igual que la investigación a la mejor compañera de vida que tengo mi hermana y amiga Sarai Estefanía Angel Espino, y que además es una excelente Médica, te dedico este triunfo ya que si no fuera por ti y tu apoyo no hubiera podido concluir ninguna de las dos cosas, y que me has acompañado en la culminación de cada una de mis metas, palabras para darle las gracias no las tengo ya que son inmensas todas las gracias que te mereces.*

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	VIII
CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES DE LA HEMORRAGIA EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO .....	11
1.1 Planteamiento del Problema .....	17
1.2 Justificación .....	18
1.3 Objetivo General .....	19
1.3.1 Objetivos específicos .....	19
1.4 Hipótesis.....	20
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO .....	21
2.1 El Embarazo .....	22
2.1.1 Cambios en la Mujer .....	23
2.1.2 Etapas del Embarazo .....	25
2.2 Hemorragias en el Tercer Trimestre .....	28
2.3 Placenta Previa .....	32
2.3.1 Definición .....	33
2.3.2 Epidemiología.....	34
2.3.3 Etiología .....	34
2.3.3.1. Uterinas.....	35
2.3.3.2. Placentarias. ....	35
2.3.4 Factores Predisponentes .....	35
2.3.5 Fisiopatología.....	36
2.3.6 Cuadro Clínico .....	38
2.3.7 Diagnóstico.....	40
2.3.8 Tratamiento .....	43
2.3.8.1 Tratamiento Quirúrgico o Cesárea .....	46

2.3.9 <i>Situaciones Clínicas Frecuentes</i> .....	47
2.3.9.1 <i>Placenta Previa Asintomática</i> .....	47
2.3.10 <i>Pronóstico</i> .....	49
CAPÍTULO 3: COMPLICACIONES FETALES EN PLACENTA PREVIA .....	51
3.1 <i>¿Cuándo se forma la placenta?</i> .....	51
3.2 <i>¿Dónde se sitúa la placenta?</i> .....	53
3.3 <i>¿Cuánto vive la placenta?</i> .....	53
CAPÍTULO 4: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PACIENTE CON PLACENTA PREVIA .....	57
4.1 <i>Proceso de Atención de Enfermería (PAE)</i> .....	58
4.1.1 <i>Diagnóstico de enfermería</i> .....	60
4.1.2 <i>Intervención de Enfermería</i> .....	67
4.1.2.1 <i>Acciones de Enfermería Independiente</i> .....	69
4.1.3 <i>Evaluación</i> .....	69
CAPÍTULO 5: METODOLOGÍA .....	71
5.1 <i>Variables</i> .....	71
5.2 <i>Aspectos Éticos de la Investigación</i> .....	73
CAPÍTULO 6: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERÍA.....	76
6.1 <i>Justificación</i> .....	76
6.2 <i>Fundamentación</i> .....	77
6.2.1 <i>Placenta previa</i> .....	77
6.3 <i>Propósitos</i> .....	80
6.4 <i>Línea de interpretación</i> .....	81

<i>6.5 Estrategia Metodológica</i> .....	82
<i>6.6 Evaluación</i> .....	82

CONCLUSIÓN

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

*A N E X O*



## INTRODUCCIÓN

En esta investigación con el tema es **“Hemorragias en el Tercer Trimestre del Embarazo e Intervenciones de Enfermería”** en donde se enfatiza sobre la **“Placenta Previa”** la cual es una de las principales hemorragias del tercer trimestre, se desarrolla patología, dando a conocer al lector sobre cuál es su etiología después de diversos estudios que se han realizado a lo largo del tiempo, hay diversas investigaciones que sólo fomentan sus estudios en experiencias, algunas otras si son a lo largo de algún estudio de manera específica.

Se menciona también el desarrollo para poder realizar un diagnóstico temprano para aquellas mujeres embarazadas que presentan en su historia clínica diversos factores de riesgo, que hacen que sea más probable la presencia de la placenta previa, todos estos datos se logran obteniendo al momento de que a embarazada acuda a sus consultas de control prenatal, y quien realice dicha consulta y revisión sea un personal capacitado y conozca todos los datos de alarma para llegar a sospechar de dicho diagnóstico.

El personal de enfermería tiene el deber de conocer todas las patologías que pueden llegar a presentar una mujer embarazada ya que no sólo se va a poner en riesgo la vida de la mamá sino también la salud del feto, por lo que esta investigación se enfoca al binomio madre-hijo.

Las acciones de enfermería que se basan a sus procesos de atención de enfermería, que se pueden llevar a cabo por medio de las catorce necesidades de Virginia Henderson, por ejemplo, muestra que el ser humano no es sólo un conjunto de material orgánico sino que también está conformada por un aspecto social, psicológico, económico y por supuesto el biológico, es por ello que en la investigación también se trata el aspecto del cuidado de la

enfermera para con la paciente ya que es la regla del proceso de atención de enfermería, establecer ese vínculo enfermera-paciente.

La investigación muestra cómo se puede diferenciar un diagnóstico con otro, para realizar el que será conocido como diagnóstico diferencial, a pesar de que está enfocada la investigación al personal de enfermería, es importante hacer mención de la patología como tal, ya que es necesario que el personal de enfermería, especializado o no en esta área, este informado sobre la patología porque al momento de atender a la paciente con dicha patología, ella no estará enterada sobre si se cuenta o no con dicho conocimiento, la paciente sólo vera al personal de enfermería y sabrá que ellos al igual que el personal médico son lo indicados para brindarle el servicio de atención que ella requiere, ya sea en el servicio de consulta externa al momento de su control prenatal o ya en un área hospitalizada.

El embarazo es aquel evento fisiológico que todos los seres humanos así como todos o mamíferos ocurre después de la fecundación, es decir, la unión del espermatozoide y el óvulo, en donde el apartado siguiente menciona la evolución con respecto a las investigaciones que ha sido las causante de diversos descubrimientos sobre este tema como la placenta previa y su tratamiento.

Se denomina embarazo o gestación al período fisiológico y pasajero que transcurre desde la fecundación del óvulo y espermatozoide y su implantación en el útero hasta el momento del parto.

Dentro de los diversos cambios biológicos que sufre la mujer durante el embarazo se llegan a destacar los cambios físicos, que externamente se puede ver, y con ellos a pesar de que es normal el aumento de peso, se debe valorar en la mujer embarazada el sobrepeso durante su embarazo.

El embarazo es un período que se divide por semanas e incluso trimestre, que al final de ellos se suman un período de tiempo en el cual el nuevo tendrá y contará con todos sus órganos y la funcionalidad de cada uno de ellos al momento de su nacimiento el feto sea apto y cuente con todo lo necesario para la sobrevivencia.

La mujer embaraza por ningún motivo durante su embarazo e incluso a lo largo de su vida, nunca debe de sangrar ya que indica que hay algo en su aparato reproductor que no está bien, y en caso de la embarazada indica que algo en su embarazo no se encuentra bien por lo que es necesario una revisión con el personal de salud, para que se valore su estado de salud y el de su hijo.

La placenta se desplaza a medida que el útero se estira y crece. A comienzos de embarazo, es muy común que la placenta esté en la parte baja en el útero, pero a medida que el embarazo continúa, la placenta se desplaza hacia la parte superior de éste. Hacia el tercer trimestre, la placenta debe estar cerca de la parte superior del útero, de manera que el cuello uterino esté despejado para el parto.

La placenta previa es poco frecuente pero cuando se llega a presentar es necesario que el personal se encuentre capacitado para que se actúe de la manera correcta y poder asegurar la supervivencia tanto de la madre como del recién nacido.

## **CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES DE LA HEMORRAGIA EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO**

El capítulo contiene la historia sobre el estudio de las hemorragias en el tercer trimestre del embarazo, de la misma manera sobre la placenta previa, se desglosa el planteamiento del problema de la investigación, la justificación, los objetivos de la investigación presente, tanto general como los específicos, y las hipótesis de la investigación.

Este apartado muestra la evolución durante el paso del tiempo sobre la investigación y los diferentes descubrimientos sobre las hemorragias en el tercer trimestre del embarazo, la evolución para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de la placenta previa.

Las hemorragias en el tercer trimestre del embarazo son frecuentes en mujeres que anteriormente las han presentado sobre todo en aquellas que ya tienen más de dos embarazos, la placenta previa es una de las causas más comunes al momento de que se llega a presentar sangrado en la mujer embarazada, hay investigaciones que muestra que la placenta previa tiene como antecedentes todos aquellos procedimientos quirúrgicos que se le han realizado, por ejemplo, las diversas manipulaciones en el cérvix, legrados y cesáreas, estos por mencionar algunos.

La placenta previa es la principal causa de muerte materna según muestran en donde son las últimas estadísticas y en una investigación que se realizó en el Hospital Escuela, Bloque Materno Infantil, dando una estadística de que el número de embarazadas diagnosticadas con placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta fue 11, de un total de 3128 mujeres atendidas, esto muestra que la incidencia de la mujer con placenta previa corresponde a un 0.31% que fue mucho mayor al de la mujer con desprendimiento prematuro de placenta normoinserta que fue de tan solo 0.03%.

La primera descripción de la placenta previa fue la de Guillermeau en 1685, el cual aconsejó a los cirujanos que, en los partos, definieran qué se presentaba primero, si el feto o la placenta. En 1730 Giffart describió cómo la hemorragia en el parto se debía a la separación entre el orificio cervical interno y la placenta inserta en él. Fueron Levret (1750) en Francia y Smellie (1751) en Londres fueron quienes establecieron el concepto de placenta previa.

Desde entonces, su manejo clínico es controvertido, durante los siglos XVIII Y XIX se practicaba la ruptura de las membranas, metreuresis y la cesárea vaginal. La primera cesárea abdominal por placenta previa se realizó en 1892, extendiéndose rápidamente su uso; el tratamiento conservador hasta la viabilidad fetal fue introducido por Johnson en 1945, y el uso de los ultrasonidos para el diagnóstico de la localización de la placenta en 1966, por Gottesfeld.

Una de cada 10 mujeres tendrá sangrado vaginal durante el tercer trimestre. A veces, puede ser una señal de un problema más grave. En los últimos meses del embarazo, siempre debe informarle de inmediato al médico sobre el sangrando.

La placenta previa a la inserción de la placenta en la parte inferior del útero, cubriendo total o parcialmente el orificio cervical interno o quedando muy cerca de él.

Se debe comprender la diferencia entre manchado y sangrado:

- El manchado es cuando se nota unas cuantas gotas de sangre de vez en cuando en su ropa interior. Ni siquiera es suficiente para cubrir una toalla sanitaria.
- El sangrado es un flujo de sangre más abundante. Con el sangrado, se necesita una toalla para evitar que la sangre empape la ropa.

Cuando comienza el trabajo de parto, el cuello del útero (cérvix) comienza a dilatarse. Se puede notar una pequeña cantidad de sangrado mezclado con flujo vaginal normal o moco.

El sangrado a mediados o a finales del embarazo también puede ser causado por:

- a) Tener relaciones sexuales (casi siempre sólo manchado).
- b) Un examen interno por parte del médico (casi siempre sólo manchado).
- c) Enfermedades o infecciones de la vagina o el cuello uterino.
- d) Miomas uterinos o crecimientos o pólipos cervicales.

Las causas más graves de sangrado tardío pueden abarcar:

- La placenta previa es un problema del embarazo en el cual la placenta crece en la parte más baja del útero y cubre todo o parte de la abertura del cuello uterino.
- El desprendimiento prematuro de placenta ocurre cuando la placenta se separa de la pared interna del útero antes de que nazca el bebé.

Un factor de riesgo es aquello que aumenta la probabilidad de adquirir una enfermedad o afección. Los factores de riesgo incluyen:

1) Mujeres multíparas, en las que la zona de inserción placentaria de las sucesivas gestaciones va siendo substituida por tejido cicatricial, restando terreno apto para la implantación de la zona habitual.

2) Edad materna avanzada.

3) Cicatrices uterinas, producidas por operaciones anteriores (miomectomía, cesáreas anteriores y operaciones plásticas por malformaciones uterinas).

4) Abortos de repetición o legrados uterinos enérgicos que impiden la regeneración del endometrio en zonas de cavidad uterina.

5) Gestación múltiple (dos o más fetos).

6) Miomas submucosos y pólipos endometriales que son alteraciones funcionales de la mucosa, sinequias intrauterinas o endometriales residuales localizadas.

*“Las hemorragias del tercer trimestre complican el 3.8% de todos los embarazos y constituyen una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el ámbito mundial. El sangrado vaginal en el tercer trimestre se puede dividir según su etiología en: de causa obstétrica y de causa no obstétrica. Las primeras con frecuencia ocasionan una pérdida sanguínea abundante a consecuencia del gran flujo uterino, por lo que es indispensable la toma de decisiones acertadas para preservar la vida de la madre y del feto”. (Iyasu, et al, 1993)*

La hemorragia obstétrica es un término que se usa para el sangrado que ocurre durante el embarazo, parto o 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.

Hay tipos de sangrados y de cada uno hay una característica que determina lo siguiente:

- a) Sangrado del embarazo temprano: Es un sangrado similar a una menstruación voluminoso, sin embargo, puede llegar a ser acompañado de sangrado excesivo y prolongado.
- b) Sangrado del embarazo tardío: La consideración principal de una hemorragia al final del embarazo es la presencia de placenta previa, un trastorno que suele ser resuelto con una cesárea. Igualmente, un desprendimiento prematuro de placenta puede conllevar a un sangrado obstétrico, a menudo no aparente.
- c) Sangrado durante el parto: Adicional a una placenta previa, los desgarros uterinos pueden ser una causa seria que produce hemorragia interna o externa. El sangrado de origen fetal es muy raro que, aunque no suele ser abundante, puede ser importante para el recién nacido.
- d) Sangrado postparto: La hemorragia durante el puerperio se define como la pérdida de más de 500 ml de sangre después del parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una cesárea.

La placenta se desplaza a medida que el útero se estira y crece. A comienzos de embarazo, es muy común que la placenta esté en la parte baja en el útero, pero a medida que el embarazo continúa, la placenta se desplaza hacia la parte superior de éste. Hacia el tercer trimestre, la placenta debe estar cerca de la parte superior del útero, de manera que el cuello uterino esté despejado para el parto.



Algunas veces, la placenta cubre parcial o totalmente el cuello uterino, lo cual se denomina placenta previa. La placenta previa ocurre en 1 de cada 200 embarazos y es más común en mujeres que tienen:

- a. Útero anormalmente formado.
- b. Muchos embarazos previos.
- c. Embarazos múltiples (gemelos, trillizos, etc.).
- d. Cicatrización del revestimiento del útero debido a antecedentes de embarazo anterior, cesárea, cirugía o aborto.
- e. Las mujeres que fuman o tienen niños a una edad avanzada también pueden tener un mayor riesgo.

La placenta previa es una patología y complicación que aparece en el embarazo que tiene más de un factor de riesgo, por ello esta patología se considera como una patología que permite la prevención de la misma, de manera que se puede llegar a disminuir aun más la aparición durante la gestación del embarazo.

Por ello la placenta previa es una de las patologías que puede llegar a presentar la mujer embarazada y por lo que es necesario que la mujer lleve durante esta etapa sus control prenatal, con ellos los riesgos pueden disminuir así como aumentan las posibilidades de que se detecte a tiempo la placenta previa y evitar posibles complicaciones.

## ***1.1 Planteamiento del Problema***

El problema principal de esta investigación documental, la cual se quedará con una propuesta será el diseño y la implementación del tríptico para difundirla y por ello la pregunta de investigación es la siguiente:

¿Cuáles son las intervenciones de la enfermería con pacientes que presentan hemorragia en el tercer trimestre de embarazo, principalmente si son con un diagnóstico médico de placenta previa?

Las hemorragias en las mujeres embarazadas son un dato importante, primeramente porque no debe existir ningún tipo de sangrado, ni leve mucho menos abundante, es importante que la mujer conozca e identifique los signos de alarma durante el período del embarazo.

Es un tema que el personal de enfermería y obstetricia debe conocer incluyendo las diversas patologías que la mujer embarazada puede de presentar así como saber cómo actuar ante esta situación, conociendo los principales signos de alarma, causas y consecuencias en el embarazo, para que de esta manera la enfermera este capacitada para poder comunicar, educar y disminuir los factores de riesgo que hoy en día asechan a la sociedad y que desencadena la presencia de hemorragias y con ellas el diagnóstico de placenta previa en la mujer embarazada.

El embarazo es un proceso donde la mujer puede llegar a presentar dentro de su vida reproductiva, que se considera fisiológico, pero hay cambios que ocurren, que incluso se pueden dividir en cambios normales y anormales, con estos últimos se puede llegar a desencadenar alguna patología, desde alguna leve por ejemplo, una anemia, las hemorragias son un signo de alarma que la embarazada no debe de dejar pasar por alto ya que puede indicar patologías graves.

## ***1.2 Justificación***

Dentro del campo de acción de la enfermera-obstétrica, está la atención de la mujer en el embarazo, se participa en el control prenatal durante el trabajo de parto y puerperio, por ello la enfermera obstetra tiene el deber, compromiso ético y social así como laboral de conocer todos los aspectos, cambios y posibles patologías que puede llegar a presentar y desencadenar una mujer embarazada durante este proceso fisiológico.

Las hemorragias en el embarazo es un importante signo de alarma, independientemente de en qué trimestre se llegue a presentar, que puede ser la causa de una señal de amenaza de aborto, embarazo ectópico o en el tercer trimestre, una placenta previa e incluso una ruptura uterina, todas las posibles causas el personal de enfermería debe estar totalmente capacitado para saber qué tipo de acciones, cuidados y manejo se deben de ejecutar ante una situación así.

La placenta previa ocurre en 1 de cada 200 embarazos, dato que es con una estadística muy amplia y por lo tanto frecuente, por lo que la enfermera debe de ser consciente de la alta probabilidad que se tiene de enfrentarse ante dicha situación.

Con esta investigación se pretende encontrar todos los posibles factores de riesgo en la sociedad mexicana que pueden desencadenar la placenta previa, para que con ellos se puedan ejecutar acciones para disminuirlos, además informar a la población en edad reproductiva tanto mujeres como varones sobre los posibles riesgos, con el propósito de dar a conocer al personal de enfermería acciones de llevar a cabo cuando se llegue a presentar un caso así, ya sea en las consultas de control prenatal, en las pláticas de planificación familiar, también en pacientes en el labor de parto y puerperio.

### ***1.3 Objetivo General***

Conocer los diferentes factores de riesgo y tasa de mortalidad que son causantes de que la paciente obstetra presente hemorragias durante su último trimestre, identificando los efectos que causan en el feto difundiendo al resto de la población profesional de enfermería las acciones, cuidados y manejo a implementar con la paciente.

#### ***1.3.1 Objetivos específicos***

- Conocer la tasa de mortalidad que se presenta en México por este padecimiento en los últimos años.
- Conocer las principales causas que dan origen orgánico a la placenta previa así como las consecuencias que conlleva para la mujer durante el trabajo de parto y postparto.
- Identificar los factores de riesgo externos para la aparición de la placenta previa en las mujeres en los extremos de edad reproductiva.
- Identificar los efectos secundarios que causan en el feto durante el embarazo y durante el trabajo de parto.
- Difundir la población femenina en edad reproductiva (25-35 años) las posibles y principales causas de hemorragia en el tercer trimestre del embarazo que pueden desencadenar el diagnóstico de una placenta previa.
- Implementar en el personal de enfermería las acciones, cuidados y manejo que deben ejecutar con una paciente.

#### ***1.4 Hipótesis***

La placenta previa es una de las principales causas de hemorragia en el tercer trimestre del embarazo de la mujer en el extremo de la edad reproductiva (+35 años).

Los embarazos múltiples es una de las principales causa de presentación de placenta previa, debido a que el tamaño es muy reducido para el crecimiento de la placenta y por lo que necesita más sustrato alimenticio.

El parto abdominal (cesárea) es la única indicación para lograr un parto favorable sin posibles riesgos tanto para la mamá como para el hijo con placenta previa.

La placenta previa se puede prevenir en los primeros días de gestación, cuando aun no se ha implantado el cigoto en la decidua, evitando realizar ejercicios de alto impacto.

## CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

En este capítulo se desglosan diferentes conceptos que son importantes para entender y desarrollar la investigación, tocando de manera general el proceso del embarazo como algo fisiológico, los cambios de la mujer, etapas del embarazo, desglose del tema de hemorragias en el tercer trimestre del embarazo y placenta previa, abordando la definición, epistemología, la etiología, factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento y el pronóstico del mismo.

El marco de referencia es necesario para delimitar el problema, formular definiciones, fundamentar las hipótesis o las afirmaciones que más tarde tendrán que verificarse, e interpretar los resultados de estudio.

La principal utilidad del marco teórico consiste en evitar plagios y repeticiones de investigaciones generalmente costosa. En trabajos de tesis de grado y posgrado son raros los plagios, pero cuando los sinodales ignoran el marco teórico algún plagiarío podría tener éxito al menos en un corto plazo.

Construir el "marco teórico" no significa sólo reunir información, sino también ligarla e interrelacionarla coherentemente en un escrito, de manera que sirva como fundamento, como sustento, que respalde el trabajo de investigación a realizar y que permita desarrollarlo con autoridad.

En este apartado se desarrollaran los temas a tratar en la investigación con sus respectivos puntos de importancia. El embarazo es aquel evento fisiológico que todos los seres humanos así como todos o mamíferos ocurre después de la fecundación, es decir la unión del espermatozoide y el óvulo, en donde el apartado siguiente menciona la evolución con

respecto a las investigaciones que has sido las causante de diversos descubrimientos sobre este tema como es la placenta previa y su tratamiento.

Dentro de este proceso fisiológico se llegan a presentar diversas patologías, ya sean al inicio, durante e incluso al terminar el embarazo, como es el caso de las hemorragias causadas por la placenta previa en el tercer trimestre.

El personal médico tiene acciones importantes para el trato de este tipo de pacientes, el personal de enfermería, no es menos importante que se conozca las diversas acciones para el cuidado y atención que se le debe de brindar a la mujer embarazada con un diagnóstico de placenta previa.

## ***2.1 El Embarazo***

Se denomina embarazo o gestación al período fisiológico y pasajero que transcurre desde la fecundación del óvulo y espermatozoide y su implantación en el útero hasta el momento del parto.

A partir de que el óvulo es fecundado se producen cambios en el cuerpo de la mujer, tanto fisiológicos como metabólicos, destinados a proteger, nutrir y proporcionar todo lo necesario para el desarrollo adecuado del feto.

Durante el embarazo existen cambios complejos procesos hormonales que afectan a casi la totalidad de los órganos del cuerpo de la mujer provocando los síntomas y síntomas no patológicos del embarazo.

En el embarazo la gestación suele ser única, sin embargo pueden producirse embarazos múltiples. Dependiendo del número de óvulos fecundados y el momento en que se produce la división del cigoto.

La duración aproximada de un embarazo es de 280 días, sin que se lleguen a presentar ningún contratiempo, se puede dividir en un total de 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 semanas (aproximadamente nueve meses lunares) desde el momento de la fecundación.

Se divide al parto en 5 etapas, que dependen de las semanas de gestación del embarazo:

- Aborto: 0-20 Semanas De Gestación (SDG)
- Parto inmaduro: 20-28 SDG
- Parto pretérmino: 28-37 SDG
- Parto a término: 37-42 SDG
- Parto postérmino: +42 SDG

Para conocer las semanas de gestación de la mujer embarazada se sigue una fórmula, que con ella se dará un aproximado de la Fecha Probable de Parto (FPP):

$$\text{FUM (Fecha de Última Menstruación)} + 7 \text{ días} - 3 \text{ meses} = \text{FPP}$$

El embarazo se divide en trimestres. El primer trimestre abarca hasta la semana 14 de embarazo (12 semanas de gestación), el segundo trimestre de la semana 14 a la semana 28 de embarazo y el tercer trimestre desde la semana 28 a la semana hasta el nacimiento.

### **2.1.1 Cambios en la Mujer**

Dentro de los diversos cambios biológicos que sufre la mujer durante el embarazo se llegan a destacar los cambios físicos ya que es lo que externamente se puede ver, y con ellos a



pesar de que es normal el aumento de peso, se debe de estar valorando ya que la mujer embarazada también puede llegar a presentar sobrepeso durante su embarazo.

El aumento de peso en el embarazo es de 12 kilos aproximadamente, dependiendo de las características con las que la mujer entra al embarazo (estado físico), ya que depende el estado físico con el que inicie la mujer su embarazo, es decir, si la mujer está en su peso ideal se puede llegar a aumentar un poco más durante su embarazo el peso, a diferencia de un mujer que al inicio de su embarazo se encuentra con sobrepeso u obesidad.

Esta ganancia de peso de la madre es provocado principalmente por el peso del bebe, la placenta y el líquido amniótico, también, por el aumento del tamaño del útero, de las mamas y líquido extracelular.

Además de los cambios físicos como es el aumento de peso, hay otros menos visibles responsables en gran medida de las molestias más frecuentes en el embarazo como el edema, el dolor de espalda, los cambios en la piel y estreñimiento.

Se producen modificaciones a nivel hormonal, pero también a nivel respiratorio, hormonal, digestivo, circulatorio, renal, óseo y nervioso, con los cuales la mujer va a tener diversas modificaciones orgánicas, para que de esta manera su bebe tenga el soporte vital necesario, el aporte nutricional que requiere, por este motivo la mujer embarazada debe estar en excelentes condiciones físicas y biológicas.

El volumen sanguíneo de la embarazada se incrementa entre un 50 y un 80% para satisfacer las necesidades de crecimiento del bebe, propiciando la dilatación de los vasos sanguíneos, la aparición de insuficiencia venosa (varices) o si ya las presentaba se hacen más evidentes, así como la presencia de taquicardia, debido a que el organismo hace lo posible para recompensar el aumento del volumen sanguíneo así como la hipotensión arterial que presenta de manera fisiológica la paciente.

A medida que el útero va aumentando de tamaño, los órganos internos se desplazan ligeramente de su posición. A su vez, se producen cambios posturales del esqueleto que se adapta al embarazo y se prepara para el parto.

El embarazo es un período trascendental en la vida de la mujer, tanto desde el punto de vista fisiológico como psicológico. Su cuerpo se transforma para dar vida a un nuevo ser que se gesta y nutre dentro del útero materno hasta que está preparado para nacer.

### ***2.1.2 Etapas del Embarazo***

El embarazo es un período que se divide por semanas e incluso trimestre que al final de ellos se suman un período de tiempo que el nuevo tendrá y contará con todos sus órganos y la funcionalidad de cada uno de ellos para que al momento de su nacimiento este bebe sea apto y cuente con todo lo necesario para la sobrevivencia.

a) Primer trimestre: Para algunas mujeres, la imagen corporal constituye una gran preocupación durante el embarazo.

Durante el primer trimestre su cuerpo experimenta muchos cambios. Los cambios hormonales afectan a casi todos los órganos del cuerpo. Estos cambios pueden desencadenar síntomas, incluso durante las primeras semanas de embarazo. La ausencia del período menstrual es una señal clara de que está embarazada.

Otros cambios posibles son:

- ∂ Cansancio extremo.
- ∂ Sensibilidad de los senos, también es posible que tenga los pezones prominentes.
- ∂ Dolor abdominal, con o sin vómitos (náuseas matutinas).
- ∂ Apetito caprichoso.
- ∂ Cambios de humor.

- ∂ Estreñimiento (dificultad para tener movimientos intestinales).
- ∂ Necesidad de orinar más a menudo.

b) Segundo trimestre: La mayoría de las mujeres, el segundo trimestre del embarazo es más llevadero que el primero. Probablemente los síntomas como las náuseas y la fatiga desaparecen, pero se producen otros cambios nuevos y más notorios en su cuerpo. Su abdomen aumentará a medida que el feto siga creciendo y desarrollándose.

A medida que el cuerpo cambie para adaptarse al bebé, se puede presentar:

1. Dolores corporales, como dolor de espalda, abdomen, en la ingle o en los muslos.
2. Estrías gravídicas en el abdomen, pechos, muslos o nalgas.
3. Hiperpigmentación de la piel alrededor de los pezones.
4. La línea morena en la piel, entre el ombligo y el nacimiento del vello púbico.
5. Melasma.
6. Síndrome del túnel carpiano.
7. Edematización de los tobillos, los dedos y la cara.

c) Tercer trimestre: Se presentan dificultades para respirar (disnea) y tenesmos vesical así como micciones frecuentes y esto se debe a que el bebé está creciendo y ejerce más presión sobre sus órganos.

Algunos cambios nuevos en el cuerpo durante el tercer trimestre son:

- ≈ Dificultad respiratoria.
- ≈ Edema en tobillos, los dedos y la cara.
- ≈ Hemorroides.
- ≈ Las glándulas mamarias son más sensibles, que pueden drenar u pequeñas cantidades de calostro.
- ≈ Problemas para dormir.
- ≈ Posición cefálica del feto.
- ≈ Contracciones.

A medida que se acerca a la fecha de parto, el cuello uterino se vuelve más blando y delgado (lo que se denomina ablandamiento). Este es un proceso normal y natural que ayuda al canal del parto (vagina) a abrirse durante el proceso de parto.

Durante el embarazo en el último trimestre se pueden llegar a presentar hemorragias o aparecen ciertos manchados de sangre, que no son algo normal, en el siguiente apartado se mencionan cuáles son las causas más comunes de hemorragias en este último trimestre.

La mujer debe de conocer como su organismo va a ir cambiando a lo largo del embarazo, lo cual se conoce como adaptación materna, y con el conocimiento también ira detectando y reconocerá los cambios anormales en ella así como posteriormente los cambios que tiene su bebe dentro del útero.

## ***2.2 Hemorragias en el Tercer Trimestre***

La mujer embarazada por ningún motivo durante su embarazo e incluso a lo largo de su vida, nunca debe de sangrar, a menos que sea su menstruación, de lo contrario, el sangrado indica que hay algo en su aparato reproductor que no está bien, y en caso de la embarazada indica que su embarazo no se encuentra bien por lo que es necesario una revisión con el personal de salud, para que se valore su estado de salud y el de su bebé.

El sangrado vaginal en el tercer trimestre se puede dividir según su etiología en: causa obstétrica y causa no obstétrica. Las primeras con frecuencia ocasionan una pérdida sanguínea abundante a consecuencia del gran flujo uterino, por lo que es indispensable la toma de decisiones acertadas para preservar la vida de la madre y feto.

En el siguiente cuadro se muestra las principales causas de sangrado que se llegan a presentar hemorragias durante el tercer trimestre del embarazo.

**Cuadro 1: “Causas de Hemorragias en el Tercer Trimestre”.**

Tipo de Riesgo	Causa Obstétrica	Causa No Obstétrica
Elevado	Placenta previa. Desprendimiento prematuro de placenta. Ruptura prematura.	Neoplasia cervical uterina. Lesiones malignas genitales bajas.
Moderado	Placenta circunvalada. Ruptura de seno marginal.	Várices vaginales. Desgarros vaginales.
Leve	Expulsión del moco cervical.	Erosión y pólipos

La Guía de Práctica Clínica (GPC) diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato, menciona la definición de hemorragia obstétrica grave, como la pérdida sanguínea de origen obstétrico, con presencia de algunos de los siguientes criterios:

■ Pérdida del 25% de la volemia, caída del hematocrito mayor de 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicos o pérdida mayor de 150 ml/min.

La hemorragia postparto se refiere a la pérdida sanguínea de más de 500 ml. posterior a un parto vaginal, o la pérdida de más de 1000 ml. posterior a una cesárea.

La hemorragia que se presenta en la segunda mitad del embarazo, se asocia con mayor morbilidad y mortalidad de la madre y feto, a pesar de los avances en la tecnología y conocimiento médico para la atención a la salud de la mujer, alcanzados en la época.

La mortalidad materna aún se considera un problema de salud pública en los países en desarrollo, en donde puede presentarse con una frecuencia de 100 veces superior a la reportada en los países desarrollados.

Algunos de los factores de riesgo que puede presentar la mujer embarazada y que sea candidata para presentar hemorragias en su último trimestre del embarazo son:

Para la placenta previa y acretismo placentario:

- \* Edad materna mayor de 35 años.
- \* Multiparidad.
- \* Cicatrices uterinas previas (por ejemplo, legrados).

\* Tabaquismo

Para desprendimiento prematuro de placenta normoinserta:

- ✓ Edad materna mayor a 35 años.
- ✓ Miltiparidad.
- ✓ Tabaquismo.
- ✓ Uso de cocaína.
- ✓ Sobredistensión uterina.
- ✓ Enfermedades hipertensivas del embarazo.
- ✓ Ruptura prematura de membranas.

Para ruptura uterina:

- ◆ Pacientes con antecedentes de cicatrices uterinas previas.
- ◆ Malformaciones uterinas.
- ◆ Trabajo de parto prolongado.
- ◆ Utilización de la maniobra de Kristeller.
- ◆ Antecedentes de infecciones uterinas.

Para un buen diagnóstico, existen diferentes métodos, utilizando los nuevos avances electromédicos como lo menciona la GPC es el caso de el ultrasonido transvaginal, realizado en el segundo y tercer trimestre, en mujeres con sospecha de placenta previa.

El uso de ultrasonido transvaginal para el diagnóstico de placenta previa, no ha mostrado complicaciones hemorrágicas, confirmando que es seguro. De no contar con el ultrasonido transvaginal se debe realizar uno abdominal con vejiga llena, al final de segundo trimestre de gestación, para el diagnóstico de placenta previa.

El ultrasonido abdominal Doppler, para el diagnóstico de placenta acreta, es un estudio de elección, en caso de no contar con ello, debe realizarse ultrasonido abdominal sospechando acretismo placentario cuando se encuentren:

- a) Ausencia o adelgazamiento de la zona entre miometrio y placenta.
- b) Presentación de espacios vasculares dentro del parénquima placentario.
- c) Adelgazamiento o irregularidad entre las paredes uterina y vesical.

Las pacientes con diagnóstico de placenta previa total y/o acretismo placentario entre la semana 28 y 34 con o sin sangrado activo, tiene un riesgo alto de presentar sangrado importante súbito, que requiera cesárea urgente.

A las pacientes con diagnóstico de placenta previa, se debe realizar biometría hemática, tiempos de coagulación, grupo sanguíneo y factor Rh. Como se ve durante el desarrollo del embarazo es un proceso que puede llegar a desencadenar diferentes patologías, una de las que se puede presentar es la placenta previa.

Las pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de placenta previa, al final del segundo trimestre de la gestación, deben ser enviadas al segundo o tercer nivel de atención:



- Consulta externa en caso de no presentar sangrado transvaginal. Enviar con exámenes de laboratorios prenatales (biometría hemática, química sanguínea 4, pruebas de VDRL y anticuerpos anti-VIH, grupo sanguíneo y factor Rh, y examen general de orina) y tiempos de coagulación, así como resumen clínico.

A la paciente que haya presentado hemorragia obstétrica se le debe vigilar continuamente:

- Signos vitales.
- Cantidad de pérdida sanguínea.
- Volumen urinario.

Por lo tanto, a toda paciente que llegue a presentar cualquier complicación en el embarazo, se debe brindarle la atención ya sea de primer, segundo o tercer nivel que ella requiera, de acuerdo a su necesidad y urgencia médica.

Enfocando específicamente la atención de enfermería a la paciente con un diagnóstico confirmado de placenta previa, por lo que el siguiente apartado se trata sobre esta complicación en el embarazo que es causante de hemorragia en el último trimestre del embarazo.

### ***2.3 Placenta Previa***

La placenta se desplaza a medida que el útero se estira y crece. A comienzos de embarazo, es muy común que la placenta esté en la parte baja en el útero, pero a medida que el embarazo continúa, la placenta se desplaza hacia la parte superior de éste. Hacia el tercer trimestre, la placenta debe estar cerca de la parte superior del útero, de manera que el cuello uterino esté despejado para el parto.

Algunas veces, la placenta cubre parcial o totalmente el cuello uterino, que se denomina placenta previa.

### ***2.3.1 Definición***

La placenta se denomina previa porque antecede a la presentación a partir de la semana 20 de gestación. La Placenta Previa (PP) es aquella que se implanta y desarrolla en el segmento inferior del útero, ocluyendo a veces el Orificio Cervical Interno (OCI).

La placenta previa puede ser clasificada en cuatro tipos basado en la localización relativa de la placenta en el orificio cervical:

- I. Completa o total: cuando la placenta cubre enteramente el orificio cervical.
- II. Parcial: cuando la placenta cubre parte pero no todo el orificio cervical interno.
- III. Marginal: cuando el borde de la placenta está en contacto con el orificio cervical interno, pero sin cubrirlo.
- IV. Inserción baja: cuando la placenta está localizada cerca (aprox. 3 cm.), pero no está en contacto con el orificio cervical interno.

En la mayoría de los casos, las placentas descritas como “de inserción baja” no llegan a término como tales; pues como consecuencia del desarrollo del segmento uterino inferior a partir de las 32 semanas, la placenta es desplazada en sentido cefálico.

De la misma manera, durante el trabajo de parto, una placenta parcialmente oclusiva al comenzar el trabajo de parto puede transformarse en una marginal, por dilatación del cuello.

### ***2.3.2 Epidemiología***

La realidad de la placenta previa en estadísticas es probablemente menor a la incidencia a otro tipo de patologías pero no es eso lo preocupante la placenta previa en la mujer embarazada ya que si lleva un diagnóstico temprano y tratamiento y manejo oportuno, el resultado será favorable para el binomio pero lo más alarmante es el hecho de que a pesar del avance tecnológico que existe, la muerte materna se sigue presentando y la principal causa es la hemorragia seguida de un parto, dato que dentro de las complicaciones de la placenta previa se presenta dicha situación.

En general, la incidencia de placenta previa es de 1 en 200 a 1 en 390 embarazadas con edad gestacional mayor a 20 semanas. La frecuencia de aparición con la paridad aumenta, para una nulípara, la incidencia es de 0.2%, mientras que en multíparas, puede ser mayor a 5% y la tasa de volver a presentarla es de 4% a 8%.

El factor de riesgo más importante para placenta previa es tener una cesárea previa. La placenta previa ocurre en el 1% de las embarazadas después de una cesárea. La incidencia después de 4 o más cesáreas se incrementa a 10%.

Estos porcentajes son los más cercanos a la realidad, según muestran los últimos datos de las estadísticas.

### ***2.3.3 Etiología***

La etiología de la placenta previa es desconocida, pero se han realizado diversas investigaciones las cuales muestra una incidencia mayor en mujeres con condiciones asociadas a la estructura anatómica así como es el caso de:

### ***2.3.3.1. Uterinas***

Constituidas por todas aquellas que alteran al endometrio, o bien al miometrio perturbando la implementación normal en su nidación. Como es el caso de los antecedentes de cesárea, legrado uterino instrumentado, multiparidad, edad sobre 35 años, intervalo intergenésico corto, miomas uterinos (miomectomías tienen 4 veces mayor riesgo), endometritis, antecedente de placenta previa (12 veces mayor probabilidad de presentar nuevo episodio).

### ***2.3.3.2. Placentarias.***

Todas aquellas que favorezcan el aumento del tamaño de la placenta o bien su superficie de implantación. Una reducción en el oxígeno útero-placentario promueve un aumento en la superficie placentaria asociado con el desarrollo del segmento uterino inferior. Embarazo gemelar, eritroblastosis, feto de sexo masculino, tabaquismo y Cocaína.

### ***2.3.4 Factores Predisponentes***

Como no existe una etiología específica que se pueda dar a la placenta previa, sólo existen diversos factores que pueden ser causantes a que la mujer presente durante su embarazo la placenta previa.

Los factores que predisponen y entidades clínicas relacionadas con esta patología suelen incluir traumatismos previos del endometrio, del miometrio o de la vascularización uterina.

Los factores más comunes se describen a continuación:

- Edad materna avanzada.
- Multiparidad.

- Gestaciones múltiples.
- Anemia.
- Período intergenésico corto.
- Endometritis Crónica.
- Cesáreas.
- Legrados uterinos instrumentados.
- Histeroscopia Operatoria.
- Cicatriz previa por miomectomía o cirugía uterina.
- Antecedente de placenta previa.
- Tumores uterinos.
- Tabaquismo.
- Cocaína.
- Feto masculino.

Como se ve la placenta previa tiene más de un factor de riesgo y que de esta manera la mujer embarazada conoce como es que puede llegar a evitar la placenta previa, ya que la mayoría de los factores de riesgo son externos, es decir, pueden ser controlados por el hombre mismo.

### ***2.3.5 Fisiopatología***

La placenta previa como patología tiene una explicación científica para entender el cómo un embarazo puede llevar a presentar esta patología que es la placenta previa, dando a conocer la misma evolución de la misma.

El segmento inferior es una región inadecuada para la inserción placentaria, por presentar:

a. **Endometrio:** de menor grosor que determina una decidua más delgada y con menor vasculatura, por lo que la placenta tiende a ser más extendida, aplanada e irregular, con escaso desarrollo de tabiques entre cotiledones. Debido a lo anterior el trofoblasto (placenta antes de

las 8 SDG) puede invadir decidua, pared uterina (más delgada) y aún órganos vecinos (acretismo placentario).

La inserción placentaria en el segmento inferior permite que actúe como tumor previo.

b. **Musculatura:** menos fibras musculares en relación al segmento superior y con mayor cantidad de fibras colágenas, lo que lo hace distensible, pero con menos potencia para colapsar vasos sanguíneos, dificultando la hemostasia si hay desprendimiento parcial de la placenta y por supuesto, durante el alumbramiento.

c. **Membranas:** en el borde placentario son más gruesas y menos elásticas, existe mayor frecuencia de Ruptura Prematura de Membranas.

d. **Cordón:** por la atrofia de cotiledones, secundario al desarrollo insuficiente de decidua, es frecuente la inserción velamentosa del cordón.

La placenta previa sangra sólo si se desprende por lo que existe una pérdida sanguínea, pero depende del tipo de placenta que tenga la paciente ya que en ocasiones la hemorragia no es externa.

Así como la placenta previa tiene sus cuatro clasificaciones, la placenta de manera fisiológica también cuenta con ciertas inserciones, ya que con el paso del embarazo estas se van modificando, por lo que las causas de desinserción son:

En el embarazo: Por el crecimiento uterino y por las contracciones de Braxton-Hicks, se forma y desarrolla el segmento uterino inferior, cuya capacidad de elongación es mayor y supera al de la placenta.

En el parto: Por las contracciones del trabajo de parto que causan la formación del canal cervico-segmentario y la dilatación cervical.

### ***2.3.6 Cuadro Clínico***

La hemorragia de la segunda mitad del embarazo continúa siendo una de las complicaciones ominosas más comunes del embarazo. El sangrado al término es común y requiere evaluación médica en el 5 – 10 % de los embarazos. La severidad y frecuencia de la hemorragia obstétrica es una de las tres causas de muerte materna y causa importante de morbilidad y mortalidad perinatal en Estados Unidos. Afortunadamente la mayoría de los pacientes tienen sangrados escasos.

Las hemorragias más serias (2–3%) que resultan con pérdidas mayores a 800 ml. son secundarias al desprendimiento prematuro de la placenta y placenta previa. Menos común pero peligrosa causa de sangrado son la placenta circunvalara, anomalías de los mecanismos de coagulación y ruptura uterina.

El sangrado de la porción periférica del espacio intervelloso o ruptura del seno marginal, es un diagnóstico de exclusión. La mayor cantidad de la pérdida sanguínea de los accidentes placentarios son de origen materno, algo de esa pérdida es fetal, particularmente si la sustancia de la placenta es traumatizada. El sangrado de la vasa previa es la única causa de hemorragia fetal pura, pero afortunadamente es rara. Si se sospecha sangrado fetal, la presencia de hemoglobina fetal puede ser confirmada por técnicas de electroforesis.

Por todo lo anterior, la morbilidad y mortalidad materna y fetal secundaria a los sangrados de la segunda mitad es considerable y está asociada a una alta demanda de los recursos en salud, estas guías tratarán de dar directrices en el diagnóstico y manejo de la placenta previa que es una entidad que se incrementa gracias al aumento de las cesáreas combinado con el aumento de la edad materna.

En la placenta previa, la hemorragia genital se caracteriza por ser indolora, con expulsión de sangre líquida, roja rutilante, que aparece en forma brusca e inesperada, la mayoría de las veces en reposo e incluso durante el sueño.

El 35% de las pacientes con placenta previa presentan el primer episodio de hemorragia genital antes de las 30 semanas de gestación, 33% entre las semanas 30 y 35 de gestación y 32% después de la semana 36.

El promedio de edad estacional en el que aparece el primer episodio de hemorragia es de 29, no se asocia con mortalidad materna y se resuelve espontáneamente. A veces es posible escuchar el soplo placentario bajo.

El sangrado genital está presente en el 80% de los casos; hemorragia más dinámica uterina en un 10-20% y un 10% son asintomáticas, detectadas sólo por ecografía.

Durante el embarazo, la metrorragia procede habitualmente del desprendimiento de una Placenta Previa no oclusiva; en el parto, de la oclusiva, siendo en este caso el primer y único episodio, y de gran intensidad.

La primera hemorragia aparece por tercios: 1/3 antes de las 31 semanas, 1/3 entre la semana 32 y 36 y 1/3 sobre las 37 semanas. La precocidad de la primera hemorragia indica un mal pronóstico evolutivo.

En el examen físico, la anemia materna se correlaciona con la cuantía de la metrorragia. A la palpación, el útero presenta consistencia normal. Si existe trabajo de parto, la dinámica es normal y si el dolor, es el habitual durante las contracciones.

La Placenta Previa (PP) actúa en la cavidad uterina como tumor previo, por lo que las presentaciones altas son frecuentes, al igual que las presentaciones de tronco, nalgas (30%) y las posteriores (15%). A la inversa, una presentación de vértice, con buen apoyo en la pelvis, esto debe hacer pensar en otra causa de metrorragia, la frecuencia cardíaca fetal es normal. El compromiso fetal depende del compromiso materno, que junto al ritmo sinusoidal en el monitoreo fetal indicaría que el feto también ha sangrado al desprenderse la placenta.



### ***2.3.7 Diagnóstico***

El desglose de la historia clínica obstétrica debe estar enfocada a determinar los factores de riesgo condicionantes de una placenta previa, el examen clínico incluirá la evaluación ginecológica con espéculo, ante la sospecha de esta patología debe evitarse el tacto vaginal, la evaluación abdominal revelará un soplo placentario bajo, una posición fetal anómala (Podálico, transverso y oblicuo), y si hay una situación fetal longitudinal (podálico o cefálico), la presentación no estará encajada, igualmente podrán percibirse los movimientos fetales, debido a la ausencia de Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) en esta patología.

El examen diagnóstico más efectivo es la ecografía, que permite establecer con exactitud el diagnóstico en un 98% de los casos. La ecografía puede realizarse transabdominal y/o transvaginal según lo determine el examinador. En las gestaciones tempranas en las cuales se ha sugerido el diagnóstico ecográfico de placenta previa, la evaluación posterior puede revelar con bastante frecuencia falsos positivos, por ello el diagnóstico final lo determina la ecografía del tercer trimestre.

El ultrasonido es una prueba de tamizaje para el diagnóstico de placenta de inserción baja y de placenta previa. La ecografía transvaginal es segura en presencia de placenta previa y es más exacta que la ecografía transabdominal para localizar la placenta.

Numerosos estudios prospectivos observacionales han usado la ecografía transvaginal como tamizaje para el diagnóstico de placenta previa y ninguno experimento complicación hemorrágica, esto confirmo su seguridad. Sólo un pequeño estudio controlado randomizados comparo la ecografía abdominal con ecografía transvaginal encontrando un buen perfil de seguridad.

Un estudio controlado randomizados que involucró 38 mujeres demostró mejores resultados con la ecografía transvaginal comparado con la ecografía abdominal, especialmente

en el caso de las placentas de localización posterior y con el beneficio adicional de reducir el tiempo de exploración.

Las imágenes de resonancia magnética han sido reportadas útiles en el diagnóstico de placenta previa cuando las imágenes de ecografía abdominal no han sido satisfactorias. Con la ventaja de realizar el examen sin la vejiga llena. Particularmente útil en el rastreo de placentas posteriores.

Una razonable política de exploración ecográfica es realizar una ecografía transvaginal a todas las mujeres con sospecha de placenta de inserción baja valoradas inicialmente con ecografía abdominal (aproximadamente a las 20-24 semanas), para reducir el número de estas últimas en quienes se necesiten.

Las exploraciones ecográficas futuras son requeridas en todas las mujeres quienes tienen una placenta extensa o que cubre el orificio cervical interno como sigue:

- Mujeres que presenten sangrados pueden ser manejadas individualmente de acuerdo a sus necesidades.

- Sintomáticas a quien se le sospecha una placenta previa parcial el seguimiento imagénologico debe hacerse a las 36 semanas.

- Asintomáticas con sospecha de placenta previa total, una ecografía transvaginal debe realizarse a las 32 semanas, para esclarecer el diagnóstico y luego planear el manejo en el tercer trimestre y parto.

La exploración imagénologico por eco Doppler color debe ser ordenado en mujeres con placenta previa quienes tengan un riesgo incrementado de placenta ácreta. Cuando no es posible, la gestante debe ser manejada como un acretismo mientras no se demuestre lo contrario.

Las mujeres con placenta previa tienen un riesgo incrementado de morbilidad inherente si tiene una placenta previa anterior y si tuvo previamente una cesárea, especialmente cuando ha tenido un período intergenésico corto. La exploración imagenológica prenatal puede ayudar a establecer un diagnóstico en estos casos y las técnicas que se incluyen son la ecografía, la angiografía, la resonancia magnética y eco doppler color.

El diagnóstico para realizarlo de una manera diferencial, se puede ver en el siguiente cuadro comparativo ya que además de los diferentes estudios y la exploración física que se le realiza a la paciente:

**Cuadro 2. “Diagnóstico diferencial de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación”.**

<b>Variable</b>	<b>Desprendimiento previo de placenta normoinsera. (DPPNI)</b>	<b>Placenta Previa (PP)</b>	<b>Ruptura Uterina</b>
Incidencia	0,5 a 1%	0,2 a 0,5%	Raro.
Inicio	Agudo	Insidioso	Agudo
Hemorragia	Interna y externa	Externa	Interna
Sangrado	Oscuro	Rojo rutilante	Rojo
Hipertensión	Asociada	No	No
Choque	Frecuente	Ocasional	Frecuente
Dolor	Si	No	Previo
Útero	Hipertónico	Tono normal	No se delimita.
Palpación de partes fetales	Difícil	Normal	Fácil
Cicatriz uterina	No	Frecuente	Habitual
Dinámica uterina	Si	No	Previa
Sufrimiento Fetal Agudo	Presente	No	Muerte
Ecografía	Placenta normoinsera	Placenta previa	Variable.

El cuadro muestra las diferencias que existen tanto el Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (DPPNI), la Placenta Previa (PP) como taly la ruptura úterina, se ve que es muy similar los datos que muestra uno y otro, pero a pesar de ello existen datos que pueden dar el diagnóstico diferencial.

### ***2.3.8 Tratamiento***

El tratamiento en la paciente con un diagnóstico de placenta previa confirmado, deberá de seguirse un protocolo el cual se expondrá en seguida.

Se tendrá en cuenta diferentes puntos como:

- \* El grado de sangrado.
- \* La edad gestacional.
- \* La vitalidad fetal.
- \* Patologías asociadas.

En el manejo de la placenta previa los pilares terapéuticos son:

- 1- Asegurar el estado materno.
- 2- Asegurar el estado fetal.
- 3- Evitar las complicaciones.

- I. El manejo médico de la placenta previa sangrante es hospitalario, se debe efectuar evaluación completa de los factores etiológicos que favorecen la presencia del sangrado:

Infecciones cervicales, infecciones urinarias o vaginales, sobredistensión uterina, factores precipitantes de la actividad uterina de pretérmino.

Los exámenes paraclínicos incluirán: hemograma, hemoclasificación, gram y cultivo de secreción vaginal, parcial de orina (urianálisis), urocultivo, VDRL, ecografía transabdominal y/o transvaginal para confirmar el diagnóstico y evaluar la biometría fetal, así como determinar el peso fetal; en caso de que se considere muy posible la terminación del embarazo, monitoría fetal electrónica bisemanal.

II. Definir el estado hemodinámico inicial y las pérdidas estimadas: Clasificar el grado de sangrado como leve, moderado y severo. Definir la necesidad de transfusión, si:

1. Presencia de ortostatismo después de la reanimación.
2. Hemoglobina menor de 7 mg/dl.
3. Sin respuesta a la reanimación.

La gestante que cursa con placenta previa, sangrado vaginal leve y embarazo de pretérmino con feto inmaduro se le instaurará un manejo temporizador del embarazo con:

- ≡ Reposo absoluto.
- ≡ Tocolíticos, medicamentos que inhiben la actividad uterina como por ejemplo la nifedipina vía oral 40 – 60 mg/día.
- ≡ Aplicación de inductores de la madurez pulmonar fetal con corticoides (Betametasona 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis) en gestaciones de 26 a 34 semanas.

La paciente con placenta previa y sangrado vaginal leve con edad gestacional > 36 semanas o feto maduro corroborado por ultrasonido de II o III nivel, o por pruebas de madurez fetal en líquido amniótico, así como aquellas gestaciones que demuestren compromiso fetal (Anomalías congénitas importantes, infección intrauterina como la RCIU, oligohidramnios,

entre otros.), se procederá a programar operación cesárea, en estos casos la evacuación temprana evita las complicaciones futuras derivadas de un evento hemorrágico profuso.

La embarazada con placenta previa y sangrado vaginal severo se le iniciará un manejo médico agresivo tendiente a estabilizar hemodinámicamente a la madre y permitir reevaluar en el corto tiempo para definir el manejo conservador de una gestación pretérmino o proceder a evacuar por cesárea de urgencia en los casos de persistir el sangrado o si desde el ingreso el compromiso materno era evidente, en estas situaciones no tendrá relevancia la edad gestacional, debido a las altísimas tasas de morbi-mortalidad materna asociadas al choque hipovolémico secundario a la pérdida sanguínea materna.

Se deberá canalizar vena periférica e iniciar infusión de cristaloides (Solución salina al 0,9%, solución de Hartmann) 1.000 cc a chorro, luego mantener una infusión entre 150 a 300 ml/hora, tomar muestra para reservar glóbulos rojos empacados.

Registro continuo de la tensión arterial cada 15 – 30 minutos, preferiblemente con monitoreo electrónico. En los casos de compromiso muy severo se deberá medir la presión venosa central, igualmente nos permitirá monitorizar la infusión de cristaloides y hemoderivados.

Control estricto de líquidos administrados y eliminados. Se dejará sonda vesical a permanencia.

En conclusión para evitar complicaciones:

1. Se debe desembarazar toda gestación mayor de 36 semanas o si se identifica la madurez pulmonar fetal.
2. Reposo en cama hasta la hora del parto, si hay control del sangrado.

3. Inducción de la maduración pulmonar fetal con corticoides a toda gestación entre las 26 y 34 semanas.

4. Útero inhibición en caso de presentar actividad uterina.

5. Realizar seguimiento ecográfico en busca de restricción del crecimiento intrauterino y acretismo placentario.

6. Practicar amniocentesis para perfil de maduración pulmonar fetal a partir de la semana 34 de manera continua cada semana.

7. Reservar 2 unidades de glóbulos rojos empaquetados como mínimo.

Para evitar las posibles complicaciones que puede llegar a presentar la mujer embarazada durante el trabajo de parto así como en el postparto, es recomendable seguir y contar con las recomendaciones anteriormente mencionadas.

#### ***2.3.8.1 Tratamiento Quirúrgico o Cesárea***

La manera de terminar el embarazo está basado en el juzgamiento clínico sumada la exploración ecográfica. Una placenta con un borde placentario a menos de 2 cm del orificio cervical externo es probable que requiera una cesárea, especialmente si esta es posterior.

Recientemente un estudio prospectivo observacional que incluyó 63 pacientes con placenta previa, se muestra que en todas a las que se les dio parto vaginal, la distancia del borde placentario al orificio cervical interno fue de 2 cm cuando esta era anterior y 3 cm cuando esta era posterior.

### ***2.3.9 Situaciones Clínicas Frecuentes***

La placenta previa al igual que las diversas patologías dentro del embarazo se desconoce su causa principal o la causante de que se desencadene dicha patología, pero las diversas investigaciones hay clasificado las siguientes:

#### ***2.3.9.1 Placenta Previa Asintomática***

Manejo Ambulatorio.

- ≡ Incapacidad Médica, Laboral y Sexual.
- ≡ Reposo en cama.
- ≡ Regularizar evacuación intestinal utilizando ablandadores de heces.
- ≡ Indicaciones e Instrucciones sobre síntomas de alarma.

Si la Placenta Previa, es:

- Oclusiva (total o parcial): Cesárea electiva a las 37 semanas.
- No oclusiva, se puede esperar el inicio espontáneo del trabajo de parto, decidiéndose la vía del parto en el trabajo de parto inicial.

I. **Hemorragia Leve:** Sangrado escaso, sin repercusión hemodinámica.

A. Embarazo < 36 semanas: Conducta expectante. En casos seleccionados, con 72 horas de ausencia de sangrado, con la madre y el feto en buenas condiciones, se puede decidir el traslado de la embarazada a su hogar, con beneficios psicológicos, familiares y económicos. Debe tener un hematocrito estable sobre 35%, confirmar placenta a 3 cm o más del Orificio Cervical Interno (OCI).



La paciente debe ser cooperadora, con posibilidades reales de reposo absoluto, compañía permanente y capacidad de transporte al hospital en un tiempo prudente, las 24 horas del día. Se favorecerá la suplementación con fierro, y se mantendrá con controles clínicos y ecográficos seriados.

Debe hospitalizarse:

- a) Si repite sangrado.
- b) Presenta contracciones uterinas.
- c) Cumple las 37 semanas de embarazo.

Si la madre es Rh (-) puede sensibilizarse si el padre es Rh (+); está indicado el uso de Inmunoglobulina antiRh al presentarse metrorragia durante el embarazo.

B. Embarazo >36 semanas: Según tipo de Placenta Previa:

Oclusiva, interrupción por cesárea.

No oclusiva, esperar inicio espontáneo del trabajo de parto.

II. **Hemorragia Moderada:** Pérdida de 15-30% de la volemia materna. Hipotensión ortostática y sangrado genital de moderada cuantía. La toma de decisiones varía según edad gestacional y madurez pulmonar.

Embarazo < 36 semanas: Conducta expectante, hospitalizada, para estricta vigilancia materna y fetal. Si es menor de 35 semanas, inducción de madurez pulmonar con corticoides. Si tiene entre 35-36 semanas, realizar amniocentesis para verificar madurez pulmonar fetal, y según este resultado se interrumpe.

Embarazo >36 semanas: Interrupción por cesárea.

- III. **Hemorragia Severa:** Pérdida mayor o igual al 30% de la volemia. Paciente hipotensa, en shock, con sangrado genital profuso. La conducta se orientará al soporte vital y a la interrupción inmediata del embarazo por cesárea, independientemente de la edad gestacional, la condición fetal o el tipo de placenta previa.

### ***2.3.10 Pronóstico***

Afortunadamente la mayoría de las pacientes diagnosticadas con un embarazo más placenta previa que corresponde a 7 de cada 100 embarazadas, dejará de serlo por el ascenso placentario, ya comentado, que ocurre a medida que evoluciona el embarazo; así pues, sólo una minoría (1 de cada 200 embarazadas) persistirá con la condición ya sea de manera sintomática o asintomática en etapas avanzadas del embarazo.

En general el pronóstico es bueno pero nunca debe olvidar la importancia de este problema ni minimizar su peligrosidad, mucho de esto depende de la condición socioeconómica de la familia y su acceso a centros de salud de calidad; es por ello que siempre se debe de tener alguna forma de seguro que garantice la mejor atención obstétrica posible.

La placenta previa se diagnóstica con mayor frecuencia antes de que se presente el sangrado. El control cuidadoso de la madre y del feto puede prevenir muchos de los peligros considerables.

El mayor riesgo es que el sangrado severo requerirá que el bebe nazca siendo prematuro, antes de que los órganos mayores, como los pulmones, se hayan desarrollado. La mayoría de las complicaciones se pueden evitar hospitalizando a una madre que esté presentando síntomas y practicando un parto por cesárea.

Dentro del personal de enfermería tienen un impacto y una intervención propia en este padecimiento, ya sea sólo actividades interdependientes, así como también las dependientes ya

que la mujer embarazada con placenta previa no sólo va a tener una interacción con el personal médico sino también con el personal de enfermería.

En el siguiente apartado se explica algunas de las intervenciones de enfermería dentro del campo clínico, enfocando a cómo se puede brindar un cuidado y atención satisfactoria para la paciente y su bebe.

## **CAPÍTULO 3: COMPLICACIONES FETALES EN PLACENTA PREVIA**

En el capítulo se hablara sobre la importancia que tiene la placenta durante el embarazo ya que es el órgano que mantiene con vida al feto y si en algún momento este órgano presenta algún problema o llega a desarrollar alguno, puede poner incluso en peligro la muerte del feto.

La placenta es un órgano fundamental en el embarazo, ya que constituye la conexión vital del bebé con la madre. Su nombre proviene del latín y significa “torta plana”, refiriéndose a su apariencia en humanos.

### ***3.1 ¿Cuándo se forma la placenta?***

La placenta se empieza a formar en el mismo momento de la implantación del embrión en la pared uterina, acontecimiento que ocurre aproximadamente a la semana de haberse producido la fecundación. La placenta se desarrolla de las mismas células provenientes del espermatozoide y el óvulo que dieron desarrollo al feto.

Su principal misión es la de transmitir los nutrientes al bebe. El nivel de flujo sanguíneo hacia el útero –a través del cordón umbilical- es de unos 500-700 ml por minuto. Gracias a esa sangre, suministra al bebé oxígeno (funciona de “pulmón fetal”), nutrientes y hormonas.

La placenta realiza para el feto funciones muy parecidas a las del hígado para el adulto, ya que sirve de reserva de nutrientes, modifica algunas sustancias antes de ingresarlas al feto y

contribuye a la regularización de la glucemia fetal (azúcar en la sangre); estas funciones van disminuyendo al desarrollarse el hígado fetal.

También se encarga de los desechos del bebé, sobre todo del anhídrido carbónico que hace pasar al torrente sanguíneo materno para eliminarlo. La madre elimina esos desechos a través de los riñones.

De este modo, la placenta actúa también como un filtro encargado de mantener estas sustancias nocivas alejadas del sistema orgánico de tu bebé. Sirve de filtro pero hay sustancias que consiguen penetrar en la placenta como por ejemplo las drogas, por eso muchos medicamentos están prohibidos en el embarazo.

Otra de las misiones es la función endocrina, esto es, la fabricación de hormonas, entre ellas la Gonadotropina Coriónica Humana (HGC), que es la que permita que el embarazo siga adelante. Esta hormona es la que se mide en las pruebas de embarazo.

Igualmente sintetiza estrógenos u hormonas sexuales de tipo femenino, que juegan un papel muy importante en la implantación del embrión, el desarrollo de las mamas y lactógeno placentario, que controla el metabolismo materno y estimula el crecimiento del bebé. Todas estas hormonas contribuyen a asegurarse de que el cuerpo de la mujer vaya atravesando los cambios apropiados durante el embarazo.

Si bien muchos microorganismos como bacterias, gérmenes o tóxicos no son capaces de atravesar la placenta, por lo que el feto está protegido durante una época en la que su sistema inmune no está maduro, la mayoría de los virus sí son capaces de atravesar o romper esta barrera.

Resulta increíble tan sólo imaginar que este pedazo de carne llamado placenta, del que es tan fácil deshacerse, sea en realidad un laboratorio que hizo funciones respiratorias, digestivas, excretoras, endócrinas (hormonales) durante la etapa más crítica del desarrollo del ser humano, funciones todas que, posteriormente, requerirán de la actividad conjunta de muchos órganos y sistemas interrelacionados para mantener la vida extrauterina y adulta.

### ***3.2 ¿Dónde se sitúa la placenta?***

Una vez implantada y bien sujeta en la pared uterina, la placenta no se mueve. Durante el embarazo, la placenta se desplaza a medida que el útero se estira y crece. Al inicio del embarazo, es muy común que la placenta esté en la parte baja en el útero, pero a medida que el embarazo continúa, la placenta se desplaza hacia la parte superior de éste debido a que su crecimiento es mucho menor al crecimiento del útero y el borde placentario se aleja poco a poco del cuello uterino.

Hacia el tercer trimestre, la placenta debe estar cerca de la parte superior del útero, de manera que el cuello uterino esté despejado para el parto.

Sólo entre las semanas 16 a la 20 puede establecerse si su ubicación es anormalmente baja o no, de ser así se la denominaría placenta de inserción baja o placenta previa.

### ***3.3 ¿Cuánto vive la placenta?***

Como todo órgano, la placenta tiene un proceso biológico: nace, crece y muere. ¿Y hasta cuándo vive la placenta? Tanto como el embarazo: aproximadamente 40 semanas. Crece durante todo el embarazo, aunque en las últimas semanas comienza a envejecer.

A partir de las 41<sup>a</sup> semana hay más riesgo de que no funcione correctamente y deje de transmitir los nutrientes que el bebé necesite para crecer, es lo que se denomina “placenta envejecida o vieja”.

Cuando acaba la gestación la placenta suele medir 1,5-3 centímetros de grosor y de 15-20 centímetros de diámetro y pesa alrededor de 450-550 gramos, sin tener en cuenta el cordón umbilical al que está unida.

El parto no finaliza hasta que la madre no expulsa la placenta, es decir, hasta la última fase del parto, llamada “alumbamiento”, en la que sigue habiendo contracciones.

Una vez que sea expulsada, el médico deberá controlar que esté completa, ya que si han quedado restos en el interior del útero podrían presentarse complicaciones. Y además se controla el estado de la placenta la cual puede dar pistas sobre el estado del bebé.

La evolución de las embarazadas que sufren placenta previa son los frecuentes sangrados durante la expulsión del bebé, las cuales a veces necesitarán transfundir, y un 15% de muerte fetal. También el riesgo de prematuros y Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) está aumentado en estos casos.

La Placenta Previa una vez diagnosticada por lo general significa reposo en cama para la madre, con frecuencia en el hospital y dependiendo de la edad gestacional, las inyecciones de esteroides puede ser dada para ayudar a madurar los pulmones del bebé.

Si el sangrado no puede ser controlado de inmediato se realiza una cesárea habitualmente, independientemente de la duración del embarazo, en algunos tipos de Placenta Previa marginal pueden ser entregados sin cirugía cesárea, los otros tipos de placenta previa impiden el parto vaginal.

Las complicaciones para el bebé son:

- I. Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU), debido a la mala perfusión placentaria.
- II. Aumento de la incidencia de anomalías congénitas.

Riesgos para la madre incluyen:

- a) Hemorragia con riesgo para la vida.
- b) Cesárea.
- c) Aumento del riesgo de la hemorragia post-parto.
- d) Mayor riesgo de placenta acretismo (donde se concede la placenta directamente al músculo uterino).

Hay algunos factores que predisponen o pueden aumentar el riesgo a padecer placenta previa:

- Edad materna avanzada.
- El aumento de la paridad (número de embarazos).
- Antecedente de cirugía uterina, incluyendo cesárea (independientemente del tipo de incisión).



La Placenta previa puede ser un diagnóstico muy aterrador y el período de tiempo desde el diagnóstico hasta la entrega, son a menudo períodos de gran preocupación y temor.

Pero existen grupos de apoyo para las madres e incluso algunas de las madres con Placenta Previa, están disponibles para ayudar a otras, dentro de las mismas unidades hospitalarias.

Por ellos es muy importante que la mujer embarazada que ya ha sido diagnosticada siga las indicaciones medicas ya que no solo está en riesgo su vida por el hecho de que puede llegar a presentar hemorragias que puede implicar una cantidad significativo, sino que también pone en peligro la vida de su hijo ya que como se explica puede llegar a desencadenar un Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) y como complicación del mismo es la muerte fetal.

## **CAPÍTULO 4: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PACIENTE CON PLACENTA PREVIA**

En este capítulo se menciona cómo realizar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en donde se describen cada una de las etapas por las cuales esta conformado dicho proceso, que es la valoración, el diagnóstico, planeación, la ejecución y por último evaluación.

En la importancia de la interacción de la persona (paciente) y enfermera que se da durante el proceso del cuidado, y es a través de este contacto, de los conocimientos y toma de decisiones que la enfermera favorece y mejora el cuidado.

En 1974 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un informe sobre enfermería y salud de la comunidad en el que se recomendaban cambios fundamentales, tanto en la práctica como en la formación del personal de enfermería. Empieza entonces todo un esfuerzo de las enfermeras para asumir el liderazgo de los programas de atención primaria. Se discute la ampliación del papel de la enfermera y la redefinición de sus funciones. Asimismo, se adopta la estrategia de preparar agentes rurales de salud, en adiestramientos rápidos, sin que se definiera su actuación y su vinculación con la práctica de enfermería. La enfermería empieza a perder el control de una práctica que era de su dominio.

En la actualidad el campo de acción de la enfermería no sólo se limita al nivel primario, que desde épocas anteriores ella en donde existía más práctica de las enfermeras; actualmente, se enfoca su atención en este nivel pero no es el único, existe la participación de manera importante del personal de enfermería en el segundo y el tercer nivel de atención, que está enfocado a las áreas de especialización.

Dentro de las funciones que cumple la enfermera en el campo de investigación en donde el personal debe de tener las herramientas necesarias, así como el conocimiento para que lo lleve a cabo, durante la atención que les brinda a las usuarias.

El personal de enfermería logra una interacción y la fomenta con el proceso de investigación que realiza día a día con cada uno de sus pacientes, realizando diversos pasos que en conjunto logran el desglose del proceso de atención de enfermería (PAE).

#### ***4.1 Proceso de Atención de Enfermería (PAE)***

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que permite a los profesionales de enfermería prestar los cuidados que demandan el paciente, familia y comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.

Se considera el proceso de atención de enfermería como la base del ejercicio de la profesión ya que es la aplicación del método científico a la práctica de enfermería, el método por el que se aplican los conocimientos a la práctica profesional.

Los cuidados de enfermería han tenido un importante desarrollo en los últimos años con el establecimiento de procedimientos, protocolos y planes de cuidado.

La enfermería debe de desempeñar diversas actividades que se pueden clasificar en tres grandes grupos, y cada una de ellas delimitara la acción de la enfermera:

1) Actividades Autónomas: son las que están dentro del diagnóstico y del tratamiento de enfermería.

2) Actividades Derivadas: son las que se realizan a demanda de otros profesionales.

3) Actividades de Soporte: son las orientadas a facilitar la labor asistencial.

El protocolo de las técnicas y las actividades de enfermería nos resultará de interés para unificar los criterios de actuación que servirán de base en el momento de desarrollar los Planes de Cuidado.

Se debe tomar en cuenta una serie de consideraciones antes de comenzar a elaborar un Plan de Cuidados:

- 1.- Determinar el grupo sobre el que se va a realizar el plan de cuidados.  
Que los cuidados de enfermería sean homogéneos.  
Estancias hospitalarias semejantes.
- 2.- Elegir un Modelo de Enfermería
- 3.- Tener en cuenta todas las complicaciones potenciales y reales.
- 4.- Enunciar los problemas como diagnósticos y utilizar la nomenclatura NANDA.
- 5.- Definir objetivos en función de los problemas detectados.
- 6.- Elegir los cuidados de enfermería, como actividades concretas.
- 7.- Determinar los criterios de evaluación de los resultados.

Posterior a la elaboración y estructura con todos los datos anteriores, ahora si se puede llevar a cabo el Proceso de Atención de Enfermería con las siguientes etapas:

- a. Valoración
- b. Diagnósticos (NANDA)
- c. Criterios de Resultados (Objetivos) (NOC)
- d. Intervenciones (Actividades) (NIC)
- e. Evaluación

En donde cada una de estas etapas se deben de enfocar a lo puntos anteriormente mencionados, las intervenciones del personal de enfermería que se encuentran englobados en las actividades que se realizaran dependiendo al diagnóstico médico y el de enfermería.

El Proceso de Atención de Enfermería va específico para cada paciente y las necesidades que él tiene y que el personal de enfermería ve y sabe que necesita el paciente, en este caso, la paciente con un embarazo más placenta previa requiere una atención específica, por lo que la enfermera, valora estas necesidades y las plasmara en su diagnóstico de enfermería.

#### ***4.1.1 Diagnóstico de enfermería.***

El diagnóstico es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a procesos vitales y/o problemas de salud reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr a los objetivos de los que la enfermera es responsable (aprobado en la novena conferencia, 1990).

La enfermería es una disciplina en la cual se realizan diversos tipos de diagnósticos, tomando en cuenta una serie de diversas teóricas como por ejemplo las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Sus catorce necesidades son:

Necesidad 1: Respirar Normalmente.

**Justificación:** La función respiratoria es esencial para el desarrollo de la vida.

**Pretende:** conocer la función respiratoria de la persona.

**Incluye:** Valoración del patrón respiratorio. Conocimientos de la persona sobre cómo respirar bien. Aspectos ambientales con influencia en la respiración.

Necesidad 2: Comer y Beber de Forma Adecuada.

**Justificación:** El organismo precisa de líquidos y nutrientes para sobrevivir.

**Pretende:** Conocer la idoneidad de la nutrición e hidratación de la persona, teniendo en cuenta sus requerimientos nutricionales según edad, sexo y estado de salud.

**Incluye:** Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimenticios). Medidas antropométricas. Aspectos psicológicos de la alimentación.

Necesidad 3: Eliminar los Desechos Corporales.

**Justificación:** El organismo precisa eliminar los desechos que genera para su correcto funcionamiento.

**Pretende:** Conocer la efectividad de la función excretora de la persona.

**Incluye:** Patrón de eliminación fecal. Patrón de eliminación urinaria. Patrón de eliminación a través de la piel (sudor, transpiración). Patrón de eliminación pulmonar. Menstruación.

Necesidad 4: Moverse y Mantener una Postura Adecuada.

**Justificación:** La mecánica del organismo determina en gran medida la independencia de las personas para las actividades de la vida diaria, provocando la inmovilidad importantes alteraciones del cuerpo humano a todos los niveles.

**Pretende:** conocer las características de la actividad y ejercicio habitual de la persona.

**Incluye:** Actividades de la vida diaria. Actividad física (ejercicio y deporte). Limitaciones y deformidades corporales.

#### Necesidad 5: Dormir y Descansar.

**Justificación:** El sueño y el descanso son necesidades básicas e imprescindibles de la persona por las importantes funciones reparadoras que ejercen en el organismo, contribuyendo a la salud física y psicológica del mismo.

**Pretende:** conocer la efectividad del sueño y reposo habitual de la persona.

**Incluye:** Hábitos de sueño y reposo. Problemas para conciliar el sueño. Dificultades para el reposo.

#### Necesidad 6: Elegir la Ropa Adecuada.

**Justificación:** Además de constituir un elemento representativo de la personalidad del paciente, la ropa es un medio de protección fundamental de la persona contra el frío y el calor.

**Pretende:** conocer la idoneidad del tipo y la calidad de la ropa utilizada por la persona, considerando esta necesidad de forma especial en los niños como adiestramiento social, y en inválidos e incapacitados como parte de la rehabilitación e independencia.

**Incluye:** Capacidad física para vestirse. Limpieza de la ropa. La elección personal de las prendas.

#### Necesidad 7: Mantener la Temperatura Corporal.

**Justificación:** La temperatura del cuerpo necesita mantenerse dentro de un determinado rango para asegurar su correcto funcionamiento, para lo que dispone de una serie de mecanismos de pérdida y ganancia de calor para regularla (termorregulación). La temperatura normal del cuerpo ronda los 36.5-37°C, aunque puede variar dependiendo de la hora del día, de la ingesta de líquidos y alimentos, de la actividad reciente o del ciclo menstrual en las mujeres.

**Pretende:** Conocer la idoneidad de la temperatura corporal.

**Incluye:** Temperatura corporal. Condiciones ambientales.

#### Necesidad 8: Mantener la Higiene Corporal.

**Justificación:** El grado de higiene corporal de la persona es un signo externo del estado de salud que presenta, por lo que esta necesidad tiene un valor tanto fisiológico como psicológico.

**Pretende:** Conocer la idoneidad de la higiene de la persona.

**Incluye:** Hábitos higiénicos: frecuencia, medios utilizados, duración, esto por mencionar algunas. Capacidad física para la higiene.

#### Necesidad 9: Evitar los Peligros del Entorno.

**Justificación:** Un correcto aprendizaje y desarrollo de los mecanismos y conocimientos para la prevención de peligros externos y de la protección de sí mismos y de las personas que nos rodean evitaría numerosos accidentes que ponen en compromiso la salud de las personas.



**Pretende:** Conocer las habilidades y conocimientos de la persona sobre prevención de accidentes, caídas, quemaduras.

**Incluye:** Conocimientos sobre medidas de prevención. Desarrollo de medidas de prevención. Ejecución de actuaciones de riesgo.

#### Necesidad 10: Comunicarse con los Otros.

**Justificación:** Para el ser humano es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno. Las emociones están íntimamente ligadas a las alteraciones de salud tanto física como psicológicamente. La enfermería promueve el bienestar del paciente, fomentando las relaciones y aceptación de la propia persona. En este sentido el personal enfermero debe valorar el equilibrio entre la soledad- interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión, relaciones con familia, amigos y pareja.

**Pretende:** Conocer la efectividad de la interacción social de la persona.

**Incluye:** Relaciones sociales. Relaciones familiares y de pareja. Equilibrio, soledad e interacción social. Estado de los órganos de los sentidos. Capacidad de expresión.

#### Necesidad 11: Actuar con Arreglo a la Propia Fe.

**Justificación:** Las personas piensan, actúan y toman decisiones en función de sus propios valores, creencias y fe.

**Pretende:** Conocer los hábitos del paciente en cuanto a creencias, valores y cultura para valorar su posible influencia en la salud.

**Incluye:** Sentido de su vida. Actitud ante la muerte. Conflicto con los valores/creencias.

#### Necesidad 12: Trabajar para Sentirse Realizado.

**Justificación:** Las personas se sienten realizadas y satisfechas cuando tienen una productividad, cuando consiguen con su trabajo el resultado propuesto. En la sociedad la inactividad suele ser sinónimo de inutilidad.

**Pretende:** Conocer la efectividad del desarrollo de la actividad laboral de la persona.

**Incluye:** El autoestima y autoimagen de la persona. La posición de la persona dentro de su grupo. Rol laboral que desempeña. Problemas/conflictos laborales.

#### Necesidad 13: Participar en Formas de Entretenimiento.

**Justificación:** Las actividades lúdicas contribuyen a la salud física y mental de las personas.

**Pretende:** Conocer las aficiones y actividades de entretenimiento de la persona.

**Incluye:** Tipo de actividades recreativas. Tiempo dedicado a actividades recreativas.

#### Necesidad 14: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

**Justificación:** Las personas empeoran su situación de salud o enferman por conocimientos insuficientes o inadecuados, por lo que la educación se considera como una parte fundamental de los cuidados básicos de la persona.

**Pretende:** Conocer las habilidades y conocimientos de la persona sobre las actividades beneficiosas para la salud.

**Incluye:** Conocimientos de la persona. Capacidades de la persona. Limitaciones de aprendizaje.

Utilizando algunas de las necesidades mencionadas y estudiadas por Virginia Henderson, se puede estructurar algunos diagnósticos de enfermería que están enfocados a las necesidades de la paciente con un embarazo más placenta previa:

1. Alteración de la nutrición fetal: por defecto, relacionada con los trastornos placentarios.
2. Déficit de conocimiento, sobre conducta a seguir de la enfermedad, relacionado con la inexperiencia sobre dicho trastorno.
3. Temor, relacionado con posible pérdida del embarazo.
4. Riesgo de déficit de volumen de líquidos, relacionado con sangrado transvaginal, secundario a la implantación placentaria anormal.
5. Riesgo de infección, relacionado con hemorragias intensas.

Las necesidades que se encuentran afectadas en el paciente pueden ser utilizados de diferente manera y cada uno de ellos deben de ser priorizados dependiendo a la necesidad del paciente principalmente se prioriza la que pone en peligro la vida de nuestro paciente.

Los diagnósticos darán la pauta para que la enfermera lleve a cabo sus diferentes acción y con ellos cada una de las intervenciones tanto propias del personal de enfermería o en conjunto con el resto del personal de salud.

Estos diagnósticos darán como resultado los objetivos específicos para cada una de las pacientes, ya que serán objetivos alcanzables para el mismo personal de enfermería así como para la usuaria y estos serán cumplidos con las acciones y las diferentes intervenciones de enfermería.

#### ***4.1.2 Intervención de Enfermería***

La intervención de enfermería se realiza mediante acciones dependientes e independientes.

Acciones dependientes de enfermería: Toda gestante con sospecha de placenta previa, se debe remitir para ingreso en un centro hospitalario con recursos quirúrgicos.

Entro de los hospitales las acciones que se han de realizar son las siguientes:

1. Colocar a la paciente en reposo absoluto con vigilancia materno-fetal estricta.
2. Valoración de la cuantía del sangrado (control de la presión arterial y el pulso, así como de los valores hemáticos).
3. Reposición de sangre (si es necesario).
4. Evitar las contracciones uterinas.
5. Si no existe madurez pulmonar fetal, utilizar inductores para lograrlo.
6. Si el sangrado cesa, se debe adoptar una conducta expectante y mantener las indicaciones mencionadas antes para tratar de prolongar el embarazo hasta la viabilidad y la madurez fetal.
7. De no cesar la hemorragia y ser abundante, se debe realizar cesárea hemostática.

8. De aparecer un nuevo sangrado, la conducta está en dependencia de: la intensidad de este, el estado clínico de la madre-hijo, la edad de gestación y de la necesidad de reposición de sangre.

9. Si la placenta es oclusiva total, o el embarazo está a término o aparece pérdida de sangre importante sin estar la paciente en trabajo de parto, se debe interrumpir la gestación mediante cesárea.

10. Si la paciente está en trabajo de parto y la placenta no es oclusiva total, se hace una amniotomía para que cese el tironamiento sobre el borde placentario, descienda la presentación y la placenta se comprima contra la pared uterina; con lo que debe cesar la hemorragia.

11. Se estimula la dinámica uterina con oxitocina y se trata de obtener un parto transpelviano.

12. Si el sangrado continúa a pesar de estas medidas y el parto no es inmediato, está indicado realizar una cesárea.

13. Cuando se trata de una paciente gran multípara, se aconseja realizar esterilización quirúrgica en el acto operatorio, previa autorización de la paciente.

14. El neonatólogo debe estar presente en el salón para la atención al recién nacido, momento en que se debe tomar una muestra de sangre del cordón umbilical para determinar la hemoglobina.

Estas son algunas de actividades que la enfermera puede llegar a realizar durante su convivencia con la paciente, para que de esta manera sea efectiva la interacción enfermera-paciente, fomentando el vínculo madre-hijo.

#### ***4.1.2.1 Acciones de Enfermería Independiente***

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

El personal de enfermería debe:

- I. Valorar la evolución clínica de la gestante.
- II. Mantener a la paciente en reposo absoluto en posición de decúbito lateral izquierdo.
- III. Vigilancia materno-fetal estricta y valoración del sangrado.
- IV. Control de los parámetros vitales, fundamentalmente, el pulso y la presión arterial, para detectar posibles alteraciones.
- V. Registrar la administración y la eliminación de líquidos.
- VI. Valorar examen obstétrico y registrar la frecuencia cardíaca fetal.
- VII. Proporcionar medios de recreación.
- VIII. Mantener la interrelación con la familia para aliviar sus temores.

#### ***4.1.3 Evaluación***

Mediante el cumplimiento de las acciones de enfermería la evolución de la gestante sea satisfactoria porque:

1. Comprenda los efectos que su enfermedad puede ocasionar durante el embarazo, el parto, así como sobre el feto.
2. Cumpla con el tratamiento prescrito con la finalidad de evitar complicaciones.
3. Manifieste confianza y seguridad en el tratamiento prescrito.
4. Disminuya temores ante el parto quirúrgico (cesárea).
5. Mantenga una buena irrigación de los tejidos y oxigenación de la unidad materno-fetal.
6. Tenga un niño saludable a término o cercano a este.

El Proceso de Atención de Enfermería es un proceso que permite al personal de enfermería personalizar su atención y que con cada una de las personas con las que interactúan el servicio que le brindas es el adecuado y el correcto ya que se enfoca a cada una d las necesidades que el paciente necesita y que va a permitir una mejoría holística.

## CAPÍTULO 5: METODOLOGÍA

En la presente investigación sobre hemorragias en el tercer trimestre del embarazo, enfocada a la placenta previa, que se pretende difundir la información obtenida al personal de enfermería, para que de esta manera dar a conocer a la población femenina en edad reproductiva (25-35 años) también al resto de la población, mediante la difusión de la información por medio de la elaboración del diseño de un tríptico y que durante la consulta externa y la consulta prenatal de la mujer o en charlas de planificación familiar, dar a conocer la información de una manera entendible a la población sobre el tema.

Se pretende con esta investigación dejar un planteamiento efectivo sobre el tema tratado, para que los objetivos se lleguen a su máximo cumplimiento, dejándola como una propuesta para las siguientes y futuras investigaciones.

Los objetivos iniciales se lograrán en la consulta externa para que en dicho departamento se pueda obtener la información necesaria así como el conocimiento de diversos factores de riesgo que hoy en día se presentan en la sociedad.

### *5.1 Variables*

Se entiende como una variable como aquello que varía o que está sujeto a algún tipo de cambio, se trata de algo que se caracteriza por ser inestable, inconstante y mudable. Por lo que podemos decir que una variable es un símbolo que permite identificar a un elemento no especificado dentro de un determinado grupo.

Existen diversos tipos de variables como por ejemplo:

- Interdependiente. Las variables independientes son aquellas variables que se conocen al inicio de un experimento o proceso.



- Dependiente. Las variables dependientes son las que se crean como resultado del estudio o experimento.

En la investigación hay variables dependientes e independientes, por ejemplo, las dependientes son como el conocimiento que se tiene sobre las hemorragias en el tercer trimestre y la placenta previa, mientras que las interdependientes es el diagnóstico y tratamiento tanto de las hemorragias así como la de la placenta previa, con sus respectivos cuidados, prevención, factores de riesgo y seguimiento.

Las variables ya sean dependientes o interdependiente en la presente investigación se pretenden obtener mediante la interacción física y verbal con el personal de salud así como con alguna población femenina, con la que se pueda interactuar para que de esta manera se obtenga la información necesaria.

**Cuadro 3: “Variables”**

<b>VARIABLE</b>	<b>ASPECTO</b>
Hemorragia en tercer trimestre	Prevención. Factores de riesgo. Cuidados.
Diagnóstico de las hemorragias	Factores de riesgo. Signos y síntomas. Tratamiento.
Placenta previa en el tercer trimestre	Epidemiología. Etimología. Factores de riesgo.
Diagnóstico de la placenta previa.	Signos y síntomas. Tratamiento. Evolución. Manejo para el parto.

Pronóstico de la mujer con placenta previa y el de su bebe.	Porcentaje de sobrevivencia y el de la incidencia en volver a presentar.
La enfermera con el manejo de la mujer con placenta previa	Importancia de la enfermera en el embarazo. Atención que brinda la enfermera durante el tratamiento.

Se pretende obtener estas variables a partir de la investigación para mantener la tesis como una propuesta y de esta manera se conoce algunos aspectos importantes a tratar como por ejemplo, la mayoría de los datos se lograrán obtener en la consulta externa al momento de que la paciente lleva su control prenatal, ya que con este se van a poder detectar diversos factores de riesgo que pueden llegar a desencadenar la placenta previa.

Las acciones de enfermería tienen gran impacto en la mujer embarazada ya que ella es una de las pacientes más sensibles con las que se puede interactuar ya que no sólo está preocupada por ella misma como suele ser la situación de los enfermos, sino que ella está angustiada y preocupada por la salud de su bebe y es aquí donde entra la interacción de la enfermera-paciente y con ello se logra obtener, el impacto de la enfermería en la mujer embarazada.

## ***5.2 Aspectos Éticos de la Investigación***

La Secretaría de Salud tiene por parte de la comisión institucional de enfermería, desarrollan las partes integrantes del código de ética para las enfermeras y enfermeros de México.

El profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos-científicos, humanísticos y éticos que permiten desempeñar el ejercicio con calidad y conciencia profesional.

La enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometidos con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad.

El personal de enfermería es el responsable de salvaguardar la salud de las personas, para ello existe aspectos legales en materia de salud, existen normas éticas del ejercicio profesional de Enfermería mencionadas en el decálogo.

El decálogo de ética del personal de enfermería en México:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

En la carrera y el ejercicio profesional de enfermería son muy importantes los aspectos éticos debido a que el ejercicio profesional se debe a la interacción y trato directo con la persona misma, nunca se debe de olvidar ninguno de los aspectos mencionados ya que van con acuerdo a los diferentes fundamentos de enfermería como son:

- Respetar la individualidad del paciente.
- Mantener los signos vitales dentro de los parámetros normales.
- Proteger al paciente de causas externas a su enfermedad.
- Ayudar al retorno útil de su vida cotidiana.

Es por ello que la enfermera tiene dentro de su decálogo de ética el apartado donde está dirigido a la individualidad del paciente, estipulando en este apartado y documento legal, que forma parte también de los principios de enfermería, que es respetar la individualidad del paciente.

El profesional de enfermería es un profesional que tiene que hacer valer este renombre que la misma sociedad proporciona debido a que no debe de tomar este cargo a la ligera ya que con la persona adquiere mucha responsabilidad no sólo ante las obligaciones así como los derechos que la ley mexicana marca y ampara, sino también la obligación moral que conlleva la profesión de enfermería, que se considera en la actualidad como una carrera humanista.

## **CAPÍTULO 6: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERÍA**

La investigación enfocada a las mujeres en un rango de edad reproductiva que se encuentren embarazadas o planean hacerlos, se pretende difundir los datos y signos de alarma que la mujer embarazada debe de conocer.

Se pretende difundir la información a todas las mujeres embarazadas que llegan a presentar algunos factores de riesgo, detectados en la consulta externa por el médico tratante, al momento de que se lleve a cabo el control prenatal.

La propuesta consiste en la elaboración de un tríptico, que contiene los todos y signos de alarma más importantes por el hecho de que toda mujer en edad reproductiva y las que se encuentran en los extremos de la vida reproductiva, para que de esta manera se puede llegar a utilizar este método como un instrumento para difundir la información sobre los signos y síntomas que puede ser datos de una posible embarazo con placenta previa.

El tríptico es un instrumento con el cual se pretende difundir e informar a las mujeres que deseen estar embarazadas o que ya lo estén, conocer todas las características y las cualidades que se pueden llegar a presentar en algún momento dado de que tenga un sangrado transvaginal, e informar que la mujer embarazada nunca debe de sangrar.

### ***6.1 Justificación***

La propuesta es diseñar un tríptico con el tema principal de placenta previa, se pretende alcanzar que la población de la ciudad de Morelia y en un futuro con ayuda de la difusión del conocimiento por parte de las Licenciadas en Enfermería y Obstetricia (LEO), se llegue a lograr una meta que consistirá en alcanzar que el conocimiento sobre la placenta

previa, sus causas e incluso factores de riesgo que se pueden llegar a prevenir, sean conocidos por el resto del Estado de Michoacán.

Es de suma importancia que el personal de enfermería y obstetricia estén completamente informados sobre el tema de placenta previa, que puede ser una patología probablemente muy poco común, pero si en algún momento se es diagnosticada alguna de nuestras paciente con esta complicación durante el embarazo, ya sea al inicio, en el segundo o en el tercer trimestre como es más común su diagnóstico y presentación, el personal de enfermería debe de estar completamente capacitado.

El tríptico es una herramienta muy útil y de fácil manejo para la población ya que se preñer que contenga los datos más importantes y esenciales, así como signos y síntomas claves, que harán más fácil el entendimiento y la identificación de estos datos, para que la paciente sea capaz de identificarlos, el personal de enfermería así como la sociedad en general son verdaderamente importantes para la difusión del conocimientos, en este caso sobre esta patología, que con ayuda de todos, el personal de enfermería será capaz de que la información llegue a todos y a todas las mujeres interesadas sobre el tema así como para su familia.

## ***6.2 Fundamentación***

Dentro del protocolo de la urgencia obstétrica en primer nivel en la Secretaría de Salud de México menciona una descripción de sobre la placenta previa, clasificándola como una patología que tiene de característica que es una causa de las hemorragias más graves durante el embarazo.

### ***6.2.1 Placenta previa***

Definición: Es la complicación obstétrica que se presenta cuando la implantación placentaria se realiza a nivel del segmento uterino y que, en ocasiones, cubre el orificio

cervical interno parcial o totalmente, de tal modo que obstruye el paso del feto durante el parto.

La placenta previa cuneta con estas características físicas las cuales son causantes de diversos grados de sangrados en la mujer embarazada, dentro de las clasificaciones pueden ser de tres tipos principalmente, pero la Secretaria de Salud las divide en cuatro tipos que son de acuerdo a la localización del sitio de implantación:

1. Inserción Baja: el borde placentario se encuentra en el segmento inferior a menos 8 cm. del orificio cervical interno.
2. Marginal: el borde placentario alcanza márgenes del orificio cervical.
3. Central parcial: la placenta cubre el orificio cervical interno cuando el cuello se encuentra cerrado, pero cuando hay una dilatación igualo mayor a 3 cm sólo cubre parcialmente el orificio cervical interno.
4. Central total: la placenta cubre la totalidad del orificio cervical interno aún con dilatación avanzada.

Los signos y síntomas que se llegan a presentar según el estudio y las diversas investigaciones son:

- Hemorragia transvaginal: es de color rojo brillante, no se acompaña de dolor abdominal, su comienzo es súbito y pueden presentarse varios episodios de sangrado durante la segunda mitad de la gestación, generalmente entre la semana 28 a 34. Su magnitud es variable y puede aumentar conforme avanza la edad gestacional o al iniciar la contractilidad uterina.

- El tono uterino: es habitualmente normal, las condiciones del feto son estables y puede acompañarse de presentaciones anormales del feto. La implantación anómala de la placenta favorece la presentación cefálica libre o situación fetal transversa, oblicua.
- Estado fetal: habitualmente no hay presencia de sufrimiento fetal, pero puede presentarse Retardo en el Crecimiento Intrauterino (RCIU) y riesgo de prematuridad.

Dirección General de Salud Reproductiva. Manual de Atención 28 Durante el trabajo de parto, la hemorragia puede ser de magnitud considerable debido a la separación de la placenta del segmento y el feto puede ser afectado por la hipovolemia materna.

Según las últimas investigaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la placenta previa es una complicación del embarazo que pone en riesgo la vida y un importante problema de salud pública en todo el mundo. Su impacto en los lugares de escasos recursos es muy superior a su impacto en los países desarrollados. En los lugares de escasos recursos a menudo no hay un conocimiento pleno de las señales de alerta de la placenta previa, lo que puede derivar en demoras para solicitar atención médica. Además, el sistema inadecuado de transporte y la necesidad de viajar largas distancias para llegar a una unidad de salud (que podría tener sólo recursos limitados para resolver el problema) aumentan el riesgo de hemorragia, que es la causa principal de muerte materna en África y Asia.

Los tres estudios incluidos en esta revisión sistemática se realizaron en América del Norte, donde el acceso a la atención de la salud y el nivel socioeconómico de las mujeres son muy diferentes a los de los países de escasos recursos en Asia y África. Si bien la fisiopatología de la placenta previa es similar en todo el mundo, es posible que una intervención para tratar el problema produzca diferentes resultados en países desarrollados y en vías de desarrollo. En todo caso, debido a la falta de datos, esta revisión no pudo llegar a una conclusión clara sobre las intervenciones evaluadas.



### **6.3 Propósitos**

La investigación da la oportunidad de brindar una forma de que el personal de enfermería de a conocer todos los datos importante que puede llegar a presentar la mujer embarazada ya sea que se diagnostique temprana con una placenta previa así como para infundir los conocimientos necesarios que requiere la sociedad de Morelia.

El tríptico tiene el objetivo de identificar los datos más importantes y sobresalientes para que las mujeres, que se logre identificar y lograr una comprensión cada uno de los diferentes puntos que se toman en cuenta, ya que son sólo pequeños datos que le permitirán conocer todo lo que es la placenta previa.

La mujer embarazada debe conocer las principales causas que dan origen orgánico a la placenta previa así como las consecuencias que conlleva para ella durante el trabajo de parto y postparto y conocerá que al tener un diagnóstico de placenta previa no necesariamente se contempla como una cesárea, sino que se considerará tanto de un factor interno y externo para poder llegar a decidir esta elección.

Exponer los principales factores de riesgo externos para la aparición de la placenta previa en las mujeres en los extremos de edad reproductiva y de esta manera también llegar a causar y crear conciencia a las mujeres, el hecho que no es la mejor decisión que se toma cuando deciden tener un hijo a estas edades, por bien y mantener la salud tanto para ella como para su futuro hijo, fomentando el vínculo madre-hijo.

Exponiendo los criterios tanto de la Secretaria de Salud y el de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ve la gran necesidad que la mujer mexicana tiene para la difusión de la información investigada en la presente investigación sobre la placenta previa y sus principales consecuencias para la madre como para el hijo.

## ***6.4 Línea de interpretación***

### 1.- Difusión.

1.1 Programación de contenido.

1.2 Orientación a la mujer embarazada.

### 2.-Diseño

2.1 Búsqueda de herramientas de difusión de la información.

2.2 Búsqueda de la solución

2.3 Recopilación de información por parte del profesional de enfermería e investigaciones médicas.

### 3.- Implementación.

3.1 Repartición del tríptico a mujeres dentro de la edad reproductiva.

### 4. Evaluación.

4.1 Implementación de pláticas sobre el tema con apoyo del tríptico.

4.2 Aplicación de la lista de cotejo.

## ***6.5 Estrategia Metodológica***

La presente investigación tiene como finalidad la difusión de información de la presencia de sangrado en el embarazo, dando a conocer a las mujeres que no es normal que dicho acontecimiento aparezca.

Se pretende diseñar un tríptico que contenga los datos más importantes y sobresalientes sobre la investigación de la hemorragias en el tercer trimestre del embarazo enfocado a la placenta previa, de esta manera se pretende difundir la información adquirida a la sociedad más interesada así como de manera principal a las mujeres que se encuentran en edad fértil, pero no sólo enfocarla a ellas, sino a su misma familia y a mujeres más jóvenes como por ejemplo con la exposición del tema así como platicas donde se pueda abordar el tema del embarazo como tal, su evolución o como también dentro de la información de la planificación familiar.

El propósito don el diseño y elaboración del tríptico es que todas las mujeres en edad reproductiva principalmente conozcan la información necesaria y tengan los conocimientos básicos sobre los cambios normales que ocurren durante el embarazo y que identifiquen las posibles causas de la presencia de sangrado durante el mismo y sus causas principales.

## ***6.6 Evaluación***

La investigación sobre las hemorragias en el tercer trimestre del embarazo, enfocado a la placenta previa es un tema importante que las mujeres en edad fértil ya sea que se encuentren en las edades más óptimas para este proceso o se encuentren en los extremos de la vida reproductiva, por ello es importante es que la presente propuesta sea evaluada para ver si efectivamente se puede llegar a lograr el objetivo principal tanto de la propuesta como la de la investigación.

La presente propuesta será evaluar por medio de una lista de cotejo:

Esta evaluación va dirigida a los profesionales de salud integrado por médicos, enfermeras, estudiantes de enfermería y al departamento de nutrición del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

El objetivo de la lista de cotejo es conocer la opinión sobre el tríptico con su tema central “La placenta previa” y si es necesario llegar a corregir e incluso aumentar aspectos importantes a tratar.

La propuesta de un tríptico debido que para la sociedad será mucho más fácil de entender el tema ya que es de suma importancia que la mujer embarazada cuente con dicha información, debido a que en la actualidad así como existen muchos adelantos tecnológicos, la sociedad ya no carece de la información como era en años anteriores, es decir, ya todas las nuevas generaciones exigen al personal de salud que se les hable claro ya debido a que no se acude a consulta externa por ejemplo, con una venda en los ojos, sino que ya anteriormente informado el paciente.

## CONCLUSIÓN

En la investigación titulada hemorragias en el tercer trimestre del embarazo, enfocando a su causa principal que es la placenta previa con un porcentaje de incidencia de un 5% en la mayoría de los casos en relación a 1 de cada 200 embarazos.

La investigación se deja como propuesta para que se lleve a cabo con el diseño de un tríptico por parte del personal de enfermería, para que sea con una difusión de información al resto de la población.

Durante el desarrollo de la investigación se logra comprobar una de las hipótesis iniciales de la investigación, que menciona:

- La placenta previa es una de las principales causas de hemorragia en el tercer trimestre del embarazo de la mujer en el extremo de la edad reproductiva (+35 años).

La investigación documental menciona como en la mujer que tiene varias gestas así como es múltipara, que se encuentran entre las edades en extremos de la vida reproductiva tiene un porcentaje mayor de llegar a presentar placenta previa, y con ello se comprueba que a principal causa de hemorragia transvaginal en el tercer trimestre es por dicho diagnóstico.

Se demuestra teóricamente como el embarazo es capaz de desencadenar diversas patologías en la mujer, y uno de los principales factores de riesgo que se tiene es la edad de la madre así como la edad gestacional del producto.

La segunda hipótesis que se propuso en la investigación, menciona:

- El parto abdominal (cesárea) es la única indicación para lograr un parto favorable sin posibles riesgos tanto para la mamá como para el hijo con placenta previa.

Dentro de esta hipótesis se generaliza todos los tipos de placenta previa, después del desarrollo del tema, se conoció sobre que va a depender del tipo de presentación que tenga la paciente de su placenta previa, es decir, que si se trata de una placenta previa marginal, este tipo de placenta no impide en lo absoluto que se lleve a cabo el nacimiento por medio de un parto vía vaginal e incluso si se trata de una placenta previa parcial, a menos de que el orificio cervical interno es obstruido de una manera significativa y que impida el descenso del feto por el canal de parto.

La hipótesis en donde se comprueba es en el caso de una placenta previa total, es decir, aquella mujer que su embarazo tiene una placenta previa en donde esta obstruido completamente todo el orificio cervical internos, de esta manera es imposible la evolución de un trabajo de parto por vía vaginal, en esta situación la indicación absoluta es realizar una cesárea a mujer embarazada, para lograr de esta manera una atención eficaz y eficiente para el binomio, es decir, tanto para la madre como para el hijo.

Dentro del campo laboral de la enfermera, es importante el conocimiento teórico sobre las patologías, por consiguiente, la placenta previa como patología es indispensable que la Licenciada en Enfermería y Obstetricia, tenga el conocimiento sobre ella.

La enfermera es una integrante importante en el equipo de trabajo del sector salud, ya que es quien tiene una relación continua y directa con la paciente y que debe de estar informada sobre cómo se puede y cómo ayudar a la mujer con el diagnóstico de placenta previa.

Las intervenciones de enfermería son esenciales en la atención de los pacientes y la mujer con un embarazo más placenta previa, de cualquier tipo, no es la excepción, al contrario es una paciente que requiere más atención ya que se enfoca el cuidado, cubriendo todas las

necesidades de la paciente debido a que psicológicamente probablemente se encuentre mucho más afectado su estado físico.

En la investigación puede destacar que la placenta previa es una de las causas más frecuentes de hemorragias en el tercer trimestre, a pesar de que se pueden llegar a presentar otras, existen muchos factores externos que podemos llegar a determinar esto, no existe una etiología propia que puede ser causa principal de la placenta previa, pero una manera de que se pueda disminuir aún más la incidencia de dicha aparición durante el embarazo, va a depender de la conciencia que sea creada por el personal de salud a la sociedad en general, enfocando la atención a las parejas jóvenes, ya que serán ellas las futuras parejas que puede que a una edad temprana o tardía, los que van a ser personas con alto porcentaje de llegar a desarrollar esta patología durante el embarazo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

### DOCUMENTAL

Daniel Aguilar, et al, **Placenta Previa y Desprendimiento Prematuro de Placenta**, Normoinserta, Hospital Escuela, Bloque Materno Infantil, Rev. Fac. Méd. Enero-Junio 2010, Pp. 24-31.

IedaBarreira, Castro y María Cecilia Puntel de Almeida, **La investigación en enfermería como instrumento de cambio en la práctica y en la formación de recursos humanos**, *EducMéd Salud*, Vol. 19, No. 3 (1985), Pp. 313-315.

Martell, A (2002), **Obstetricia moderna**. 2da edición. México. Pp. 249- 262

Muñoz Muñiz M., **Manual CTO de medicina y cirugía (ginecología y obstetricia)**. 1ra edición. Ed. Grupo México. CTO, Pp. 113-114

Guillermo Vergara Sagbini **Placenta previa**, Sub Gerencia Científica ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo.

Ruiz-Sánchez, Ramírez-Ochoa, et al, **Proceso de enfermería a paciente con placenta previa**, Pp. 43-51.

Secretaría de Salud, **Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México**.

Secretaría de Salud, **Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato**.



## SITIOS WEB

<https://rotafoliodeinformacionbasica.blogia.com/2010/051401-decalogo-de-la-enfermera.php> (Abril, 2015)

<https://elblogenfermero.wordpress.com/2013/07/01/decalogo-de-etica-para-el-personal-de-enfermeria-en-mexico/> (Abril, 2015)

<http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria--00-0----0-10-0--0---0direct-10---4-----0-11--11-11-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-00-00&c1=CL1&d=HASH01963050eb861d574931320d.9.6&hl=0&gc=0&gt=0> (Febrero, 2015)

<http://www.materofetal.net/5previa.html> (Enero, 2015)

<http://www.clinicadam.com/salud/5/000900.html> (Enero, 2015)

<http://es.scribd.com/doc/240227405/5-Proceso-de-enfermeria-a-paciente-con-placenta-previa-pdf#scribd> (Marzo, 2015)

<http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=61941> (Febrero, 2015)

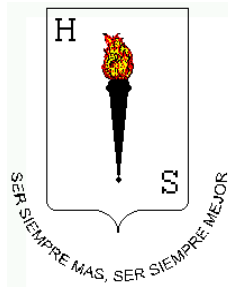
<http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2010/pdf/RFCMV017-1-2010-4.pdf> (Abril, 2015)

<http://infogen.org.mx/tag/placenta-previa/> (Mayo, 2015)

<http://embarazo10.com/placenta-previa/> (Mayo, 2015)

<http://embarazo10.com/complicaciones-de-la-placenta-previa/> (Mayo, 2015)

*A N E X O*



## **ANEXO 1: Licenciatura en Enfermería y Obstetricia**

**Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra**

**Señora de la Salud**

**Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México**

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Octavo semestre

“Seminario de Tesis”

### **Licenciatura en Enfermería y Obstetricia**

(Tríptico)

Objetivo: Conocer las principales causas que dan origen de manera orgánica a la placenta previa así como las consecuencias que conlleva para la mujer durante el trabajo de parto y postparto.

## INCIDENCIA

La placenta previa ocurre en 1 de cada 200 embarazos

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El síntoma principal de la placenta previa es un sangrado vaginal abundante. Algunas mujeres también presentan cólicos. El sangrado a menudo comienza cerca del final del segundo trimestre o empezando el tercer trimestre.

Si la placenta está cerca del cuello uterino o está cubriendo una parte de éste, el médico puede recomendar:

- Reducir actividades
- Guardar reposo en cama.
- Descanso de la pelvis, lo cual significa no tener relaciones sexuales, ni usar tampones.



## HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

IGNACIO ZARAGOZA  
NO. 276  
CENTRO

TEL. 01 (443) 2320921

# HEMORRAGIA EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

## PLACENTA PREVIA



## HEMORRAGIA EN EL EMBARAZO

Las hemorragias del tercer trimestre complizan el 3.8% de todos los embarazos y constituyen una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el ámbito mundial.

El sangrado vaginal en el tercer trimestre se puede dividir según su etiología en causa obstétrica y causa no obstétrica.

Adicional a una placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserita, los desgarros uterinos pueden ser una causa seria que produce hemorragia interna o externa.



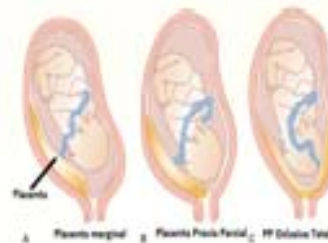
## PLACENTA PREVIA

Consiste en la inserción total o parcial de la placenta en el segmento uterino inferior, por encima o muy cerca del orificio cervical interno. Si la placenta está insertada normalmente, no se suele producir desprendimiento durante el embarazo o el parto. Por el contrario, si una parte de la superficie placentaria está anormalmente implantada en el segmento uterino inferior, se puede producir el desprendimiento prematuro de placenta normoinserita al separarse del tejido que forma su base.

### Clasificación:

Según la proximidad entre el disco placentario y el orificio cervical interno la Placenta Previa se clasifica de la siguiente manera:

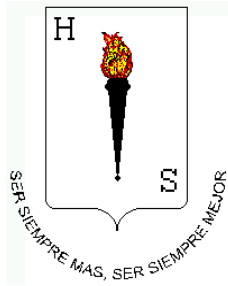
- ⇒ Centro oclusiva total.
- ⇒ Parcialmente oclusiva.
- ⇒ Marginal.



## CAUSAS PRINCIPALES

1. Edad materna avanzada.
2. Multiparidad.
3. Gestaciones múltiples.
4. Anemia.
5. Embarazos muy seguidos.
6. Cesárea reciente.
7. Cicatrices uterinas.
8. Aborto inducido previo.
9. Tumores uterinos.
10. Endometritis.
11. Antecedente de Placenta Previa.
12. Añoranza.
13. Hábitos tabáquicos.
14. Fetos masculinos.





## **ANEXO 2: Licenciatura en Enfermería y Obstetricia**

**Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra  
Señora de la Salud**

**Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México**

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Octavo semestre

“Seminario de Tesis”

### **Licenciatura en Enfermería y Obstetricia**

Lista de cotejo

**Objetivo: Evaluar el impacto del tríptico en las pacientes.**

**INSTRUCCIONES: Marque con una cruz (x) la opción según corresponda, y si en alguno de los apartados anotar alguna observación.**

N °	INTERROGANTE	BUENA	REGULAR	MALA
1.	¿Qué le pareció la propuesta?			
2.	¿Es de importancia el tema general?			
3.	¿Qué le pareció la información?			
4.	¿Cree que la información cuenta con los datos necesarios?			
5.	¿Es importante hablar sobre la presencia de placenta previa a mujeres jóvenes?			
6.	¿Se encuentra dirigido de manera correcta a población femenina?			
7.	¿Qué aspecto falta tocar dentro del tríptico?			
8.	Con su experiencia, ¿el tríptico fue buena técnica de difusión de información?			
9.	¿La difusión de la información fue buena?			

10.	¿El lenguaje fue correcto para que la población?			
-----	--	--	--	--

Nombre y firma del aplicador: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Por su tiempo le doy mis más expresivas gracias.