



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**Relación de los factores obstétricos y los cuidados de
enfermería con las complicaciones en embarazadas con
acretismo placentario y placenta previa.**

Por: Daniela S. Ramírez.

Director/a: Estela Beatriz Giráldez.

Docente Asesor: Prof. Dra. Graciela Simonetti.

Beisel Yanina.

Rosario, diciembre de 2020.

Protocolo de investigación para regularizar la actividad académica Tesina.

DA SIEMPRE LO MEJOR DE TI, Y LO MEJOR VENDRA...

MARIA TERESA DE CALCUTA.

Resumen:

El tercer trimestre del embarazo no siempre es de felicidad, ya que durante el mismo se pueden presentar ciertos signos de alarma como sangrado repentino, leve, continuo, dolor abdominal, contracciones uterinas en etapa prematura, cefalea, aumento de la presión arterial entre otros, en particular cuando la embarazada tiene un diagnóstico de acretismo placentario y/o placenta previa.

El objetivo de la presente Tesina, es analizar la relación que existe entre los cuidados de enfermería, la edad materna, número de gestas, cesáreas, controles prenatales, con las complicaciones del acretismo placentario y placenta previa, durante el tercer trimestre y durante el parto, en embarazadas que se atienden en Maternidades de Rosario, (Maternidad Martín, H. Centenario, H. Provincial y H. Roque Sáenz Peña), en el periodo comprendido de enero del 2021 a enero 2022.

Para alcanzar dicho objetivo, se realizará un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo y prospectivo, mediante la observación no participante, a través de un formulario de control y lista de cotejo (elaboración propia) para sala de maternidad y sala de parto /quirófano, en las Maternidades de Hospitales Públicos der la ciudad de Rosario.

La población en estudio estará conformada por embarazadas con diagnósticos de placenta previa (PP) y de acretismo placentario(AP).

Los resultados se tabularán y analizarán con procedimientos estadísticos Univariado y Bivariado, para lo cual se solicitará asesoramiento de un experto.

Palabras clave: Edad materna-Números de cesáreas previas-Números de gestas- Números de controles prenatales-Cuidados de enfermería en sala maternidad y parto/quirófano-complicaciones en embarazadas con acretismo placentario y placenta previa - embarazo en el tercer trimestre.

INDICE GENERAL

	Pág.
Resumen y Palabra clave	3
Índice general	4
Introducción	5
Estado del Arte	6
Planteamiento del problema en estudio	7
Hipótesis y objetivos	7
Marco teórico	9
Material y Métodos	
Tipo de estudio o Diseño	29
Sitio o contexto de la investigación	29
Población y Muestra	30
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	31
Personal a cargo de la recolección de datos	37
Plan de análisis	38
Plan de trabajo y Cronograma	40
Anexos	
I. Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios.	43
II. Instrumentos de recolección de datos.	44
III. Resultados de la prueba piloto del instrumento.	53
IV. Intervención de la embolización uterina obstétrica de hospital público provincial.	55
Bibliografía	59

Introducción

La placenta es un órgano complejo encargado de la secreción de hormonas y enzimas, realiza el transporte de nutrientes y productos metabólicos y permite el intercambio de gases. Con el aumento de la edad materna y de las cesáreas, la incidencia de placenta previa (PP) y de acretismo placentario (AP) se ha elevado, convirtiéndose ambas condiciones en problemas para la obstetricia moderna. La situación clínica no se detecta con el cuadro clínico solamente, requieren un tratamiento que se adecue según la semana de gestación y la confirmación del diagnóstico de una patología o ambas. Sin embargo, al ser poco frecuentes o de baja prevalencia, tienen factores de riesgo que causan complicaciones durante el embarazo y el parto, por lo que necesitan atención y cuidados específicos durante el tercer trimestre.

La placenta previa se refiere a una implantación placentaria en el segmento uterino bajo, ya sea muy cerca o con algún grado de cobertura del orificio cervical interno, suele presentarse como sangrado indoloro hacia finales del segundo o comienzos del tercer trimestre. El acretismo placentario se refiere a aquellas placentas que presenta un trastorno de adhesión o algún grado de invasión ya sea en el útero o en estructuras adyacentes. Ambas reflejan un riesgo intraparto con alta morbilidad materna y fetal asociada. Con el aumento de la edad materna y de las cesáreas, la incidencia de placenta previa y de acretismo se ha elevado, convirtiéndose ambas condiciones en problemas para la obstetricia moderna. (Ávila DS, Alfaro MT, Olmedo SJ,2016).

Cada una tiene su clasificación y su grado de riesgo en la salud del binomio. Epidemiológicamente según Ávila y otros, (2016), la placenta previa tiene una prevalencia global de 5.2 por cada 1000 nacimientos y el acretismo sucede en 1 en cada 533 partos, su relación se debe con las cirugías uterinas.

Entre los factores de riesgo para las anomalías placentarias se encuentran, la edad avanzada (mayor entre 35 años), multiparidad, miomectomía, embarazo ectópico, presencia de cesáreas previas, siendo ésta el factor de riesgo más frecuente en el desarrollo de placenta acreta, la más común y menos severa. Las complicaciones del acretismo placentario, se manifiestan clínicamente con hemorragias en el tercer trimestre del embarazo, las que con frecuencia pueden ser tan severas que se necesiten múltiples transfusiones y en ocasiones, llegar como resultado final a una histerectomía. (Vélez J, Ángel G, Beltrán N, Clavo V,2015)

Las principales causas de histerectomía obstétricas ante la presencia de hemorragia fueron: atonía uterina (36.2%), acretismo placentario (32.7%) y placenta previa (12%). Los avances tecnológicos médicos para evitar la muerte materna y fetal, con los que se cuentan en la actualidad

son la ecografía pélvica y el Doppler, que son las herramientas más utilizadas y la resonancia magnética (RM) para complementar ante casos dudosos. (Fernández-Lara JA, 2017).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), realizó aportes en la salud materna, dando como dato que en el año 2015 se estimaron unas 303.000 muertes de mujeres durante el embarazo y parto. Los datos claves: el 99% de todas las muertes maternas ocurren en países en desarrollo, la atención antes, durante, y después del parto puede salvar la vida de las mujeres y recién nacidos, entre 1990 y 2015 la tasa de mortalidad materna en todo el mundo disminuyó en un 44%.%. En función de esta situación, como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la mencionada organización se puso como meta, reducir la tasa global a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. Esta meta implica que todas las mujeres tengan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada y a la atención con profesionales sanitarios capacitados, dado que esto hace la diferencia entre la vida y la muerte. De cada 5 muertes maternas una o más son por hemorragias, cesáreas previas, traumatismo durante el parto y estos riesgos van aumentando en mujeres desde los 35 años en adelante, las cuales son más propensas a padecerlo. (Organización Mundial de la Salud OMS, 2015).

La identificación y rápida respuesta ante una hemorragia son decisivas para reducir la morbilidad y prevenir la mortalidad materna. La atención efectiva de la hemorragia posparto severa necesita un enfoque multidisciplinario, y la intervención del personal médico más experimentado en la atención de pacientes con hemorragia grave (Fernández L.&Toro-Ortiz,2017, p. 252).

En un estudio realizado en el Sanatorio de la Trinidad Mitre, de Buenos Aires, clasifican a las pacientes a desarrollar AP de acuerdo a sus factores de riesgos, detectándose mediante hallazgos de imágenes, el diagnóstico prenatal que muestra la relación que tienen las cesáreas con el AP y PP, siendo que una embarazada, que no tuvo cesáreas previas tiene un porcentaje de 0.3% para PP y 5% para AP, con 3 cesáreas anteriores ese número aumenta a 3% para PP y 49% para el AP y en una cuarta cesárea se da el 10% para PP y 67% para AP, en donde se interpreta que la placenta previa, se triplica su incidencia y que el acretismo aumenta también, pero no se duplica ni triplica como la primera, con respecto a la probabilidad de presencias en el embarazo.

El seguimiento activo en el tercer trimestre, mediante el control prenatal (precoz, periódico, completo, de amplia apertura), permite prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo, vigilando los tratamientos de enfermedades maternas clínicas, observando el crecimiento vital del feto, preparando física y psicológicamente a la usuaria para el nacimiento.

La patogenia es similar en el AP y PP, se asocian con cicatrices uterinas previas y alteraciones endometriales que ocurren en legrados o cesáreas previas, pero la diferencia es que el acretismo suma una respuesta anormal de la madre ante el trofoblasto invasor. (Ávila DS, Alfaro MT, Olmedo SJ, 2016).

El tratamiento del acretismo placentario requiere y exige un protocolo hospitalario, un flujograma y toma de decisiones de los profesionales del equipo interdisciplinario. De igual modo la placenta previa con riesgo social o sintomatología previa, tiene un flujograma de manejo y toma de decisiones, en beneficio de la salud materno fetal. (Morínigo Aguilera C. y otros, 2016)

Las anomalías en la inserción placentaria, trastorno de adhesión o algún grado de invasión ya sea en el útero o estructuras adyacentes como ocurre en la placenta previa y acretismo placentario, se asocian a graves complicaciones que se presentan durante el tercer trimestre y durante el parto, causando un nacimiento prematuro, hemorragia, histerectomía o la morbimortalidad materna y perinatal, entre otros.

La realización de este estudio, permitirá identificar y determinar las características de la población en estudio evaluando e informando sus factores de riesgos, obstétricos, su prevalencia, motivo y manejo médico en la actualidad, en las maternidades de la ciudad de Rosario. Podrá aportar el conocimiento y el tratamiento que ofrecen las instituciones y los resultados obtenidos, reflejarán la magnitud de las complicaciones materno fetales, según la edad materna, números de gestas, cesáreas previas, controles prenatales realizados hasta el momento de la internación y así realizar una planificación de los cuidados pertinentes para las pacientes y protocolos específicos junto a un equipo interdisciplinario definido, para abordar y hacer seguimiento, a cada embarazada con diagnóstico de placenta previa y/o acretismo placentario, realizando estrategias sanitarias y atención integral en las maternidades de Rosario garantizando el derecho a la salud, si fuera necesario.

En función de lo expuesto, la formulación del problema para el presente Proyecto es:

¿Qué relación existe entre los cuidados de enfermería, la edad, números de gestaciones, número de cesáreas previas y el número de controles prenatales, con las complicaciones del acretismo placentario y placenta previa, durante el tercer trimestre y en el parto, en embarazadas que se atienden en las Maternidades de Rosario en el período comprendido del mes enero del año 2021 a enero del 2022?

En base al problema formulado las hipótesis que se sustentan son:

- Cuanto mayor sea la edad, el número de gestas y cesáreas previas mayores serán las complicaciones del acretismo y placenta previa en las embarazadas que cursan el tercer trimestre y durante el parto.

- A mayor cantidad de controles prenatal menor serán las complicaciones en el tercer trimestre de embarazo y durante el parto.

- A menor presencia de los cuidados de enfermería en pacientes de cualquier edad, cualquier número de gestas, o números de cesáreas, hay mayor probabilidad de complicaciones durante el tercer trimestre y durante el parto.

Teniendo en cuenta lo planteado el Objetivo General es:

Analizar la relación entre los cuidados de enfermería, la edad, el número de gestación, el número de cesáreas previas, el número de control prenatal, con las complicaciones del acretismo placentario y placenta previa, durante el tercer trimestre y durante el parto, en embarazadas que se atienden en Maternidades de Rosario (Maternidad Martín, H. Centenario, H. Provincial y H. Roque Sáenz Peña), comprendido de enero del 2021 a enero 2022.

De allí se desprenden los Objetivos específicos que son:

- Identificar la edad más frecuente de las pacientes que presentan acretismo placentario y placenta previa.

- Identificar las gestas con cesáreas y la cantidad de embarazos previos en pacientes con acretismo placentario y placenta previa, que acuden a las Maternidades de Rosario.

- Identificar cuáles son las complicaciones en el tercer trimestre de embarazo, en pacientes con acretismo placentario y placenta previa.

- Identificar cuáles son las complicaciones durante el trabajo de parto. En pacientes con acretismo placentario y placenta previa.

- Identificar cuántos controles prenatales se realizan las embarazadas con diagnósticos de acretismo placentario y placenta previa en las Maternidades de Rosario.

- Reconocer similitudes y diferencias entre la edad materna, el número de gestas, el número de cesáreas previas y el número de control prenatal en pacientes con acretismo placentario y placenta previa que acuden a las Maternidades de Rosario.

Marco Teórico.

El embarazo es un proceso de reproducción humana, donde el gameto masculino (espermatozoide) y el gameto femenino (ovulo) se unen y al ser fecundado se llama cigoto. Según la Organización mundial de la Salud (OMS), son 9 meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer. (OMS, 2007).

Se divide en tres trimestres, el primero hasta las 12 semanas, el segundo de las 13 a las 28 semanas y el tercero de las 29 a las 41 semanas, se considera que el embarazo dura 266 días desde el momento de la concepción o 280 días desde el último período menstrual, si los períodos se producen regularmente cada 28 días. La fecha de parto se estima según el último período menstrual. Un parto hasta 2 semanas antes o después de la fecha estimada es normal. El parto antes de las 37 semanas se considera pre término y el parto después de las 42 semanas de edad gestacional se considera post término. (Artal-Mittelmark R., modificado julio 2019).

El colegio estadounidense de Obstetricia y Ginecólogos (ACOG), detalla que el recién nacido entre las 39 y 40 semanas es un neonato a “termino completo”, porque al nacer antes tienen riesgo de tener problemas de respirar, alimentarse y controlar temperatura, necesitando de cuidados intensivos neonatales. (ACOG, 2013).

El **control prenatal** se recomienda en las embarazadas tener su primer contacto a las 12 semanas de gestación y los contactos posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación, por lo cual serian 8 contactos para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia de las mujeres con la atención. (OMS, 2018).

El mismo permite conocer y evaluar, los antecedentes familiares más relevantes, que incluyen las enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, hipotiroidismo o hipertiroidismo, cáncer, recién nacidos muertos (con malformaciones o no), ceguera o sordera, los antecedentes obstétricos que es el número de embarazos(nulípara/múltipara), duración de los embarazos (a término o pre término), peso de los recién nacidos(2500 g más de 4000g), cesáreas previas, vía del parto (parto o cesárea), como las enfermedades crónicas maternas respiratorias , renales entre otras, si hay violencia familiar y las condiciones sociodemográficas con respecto a la edad, como es el embarazo adolescente o en edad mayor a 35 años, si hay adicción de sustancias, obesidad, desnutrición, si cursa un embarazo patológico con poli hidramnios u oligohidramnios, sífilis, madre con factor RH negativo con o sin sensibilización y conocer si la mama tiene patología previa al embarazo como cardiopatía, epilepsia, u otra afección que sea de interés. (Asprea I. y otros,2013).

Los **cuidados prenatales** regulares desde el inicio del embarazo ayudan a disminuir el riesgo de tener problemas, permitiendo a los proveedores de atención médica diagnosticar, tratar o manejar las afecciones que se puedan presentar. El objetivo es vigilar la evolución gestacional y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. En el control prenatal de las 20-24 semanas con la ecografía vaginal o abdominal, se evalúa la anatomía fetal y define la posición de la placenta.

Entre la semana 28/ 32, mediante el eco Doppler color se controla la irrigación útero-placentaria y en las 35-37 semanas de gestación, se revisa la placenta, el cordón umbilical y el líquido amniótico, que ofrece información sobre el flujo sanguíneo, indicando hemodinamia tanto materna como fetal y el correcto el aporte de nutrientes y oxígeno. En este periodo se puede percibir el riesgo o no de la disposición del acretismo o placenta previa. (Checa D. A., 2013).

Dentro de los problemas que guardan relación, con las patologías de la investigación se hallan:

1. Anemias por deficiencia de hierro (glóbulos rojos, hemoglobina, hematocrito bajo) necesarios para la embarazada más de lo normal para su cuerpo como para el desarrollo fetal. Los síntomas que pueden sentir es debilidad, sensación de cansancio, falta de aire, entre otro. Su tratamiento es suplemento de hierro y ácido fólico.

2. Problemas del feto que incluyen la disminución del movimiento después de las 28 semanas de embarazo o tamaño inferior al normal del feto. Requieren exámenes ecográficos, monitoreo cardíaco fetal, perfiles biofísicos y control por el posible parto prematuro.

3. Placenta previa ocurre cuando la placenta cubre parte de la apertura del cuello uterino dentro del útero, causando sangrado indoloro durante el segundo o tercer trimestre. Requiere reposo y hospitalización si la metrorragia es abundante o continua. Este problema afecta como se produce el parto.

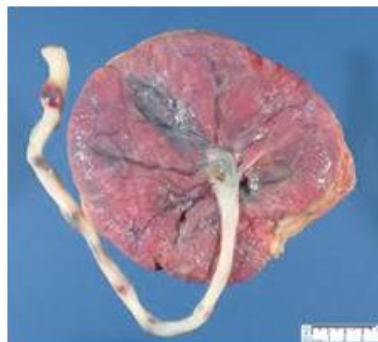
4. Trabajo de parto prematuro es un factor de riesgo importante de complicaciones del bebé y de futuros partos prematuros para la madre, debido a que los pulmones, el hígado y el cerebro del feto pasan por un período de crecimiento crucial entre las 37 y 39 semanas de embarazo. La pre eclampsia es la súbita presión arterial alta después de las primeras 20 semanas, causando visión borrosa, hinchazón de cara y manos, mareos, y eclampsia cuando ocurre convulsiones y deriva en el nacimiento precoz. (Ministerio de Salud, 2013).

La placenta es un órgano que realiza funciones metabólicas, endócrinas e inmunológica, permitiendo el intercambio de productos entre la madre, el feto y la barrera placentaria en todo el

proceso gestacional. Las alteraciones de su funcionamiento causan importantes problemas. (Pérez-Sánchez A., 2011).

La misma tiene una cara fetal que mira hacia la cavidad amniótica, tiene un color azul acerado y otra cara materna, que es la que mira hacia el útero, es de superficie rugosa por los cotiledones (que son la utilidad funcional de la placenta), es de color rojo. Las dos caras convergen en la periferia hasta tocarse en un borde circunferencial, recorrido por la vena del seno marginal y que se continua con las membranas que envuelve al feto. La placenta debe de ser explorada como parte normal en el 2do y 3er trimestre y valorar posición, tamaño, y ecogenicidad, buscando indicios de hemorragia, infarto o masas. Es un órgano muy vascularizado y tiene 2 circuitos de suministro sanguíneo, por el lado fetal, desde las arterias hipogástricas y a través de las arterias umbilicales llega sangre y una vena umbilical que la lleva de vuelta a la vena porta izquierda. Del lado materno, ramas de las arterias uterinas llevan sangre a través de las arterias arcuatas. (Morgan-Ortiz f., 2015).

La figura N°1, muestra la imagen de una placenta normal.



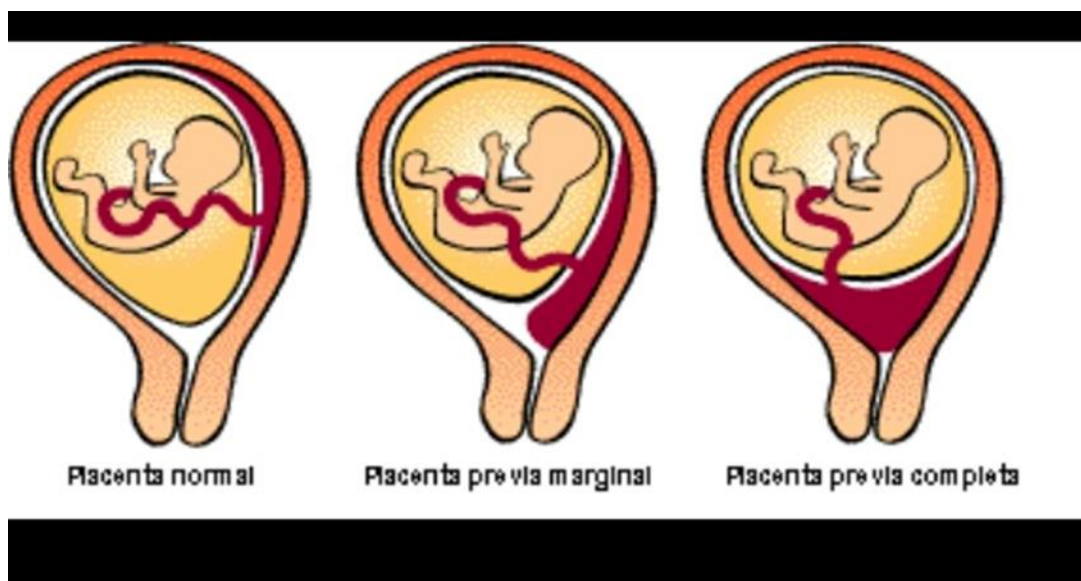
(Fig. 1) Fuente: Humpath.com (2004).

Dentro de las patologías con alteraciones placentarias, se describen el acretismo placentario (AP) y la placenta previa (PP), que generan de importancia en el estudio.

La **placenta previa** es una condición en la cual, se encuentra el segmento uterino bajo, muy cerca del orificio cervical interno (OCI) o cubriendo el mismo ya sea de manera total o parcial. Es la primera causa de hemorragia del tercer trimestre.

Se clasifica en: Oclusiva total (tipo I): el OCI está totalmente cubierto por la placenta, Oclusiva parcial (tipo II): la placenta cubre parcialmente el OCI, Marginal (tipo III): la placenta llega al borde del OCI, pero no lo cubre y Lateral o de inserción baja (tipo IV): la placenta llega a las inmediaciones del OCI. Las razones aparentemente son por la migración placentaria que se da

por el crecimiento o elongación del segmento uterino bajo y trofoblásticas buscan áreas mayormente vascularizadas hacia el fondo uterino. Las pacientes con la placenta ubicada de 0 a 1 cm de distancia del OCI en el segundo trimestre, son propensas a tener placenta previa al término, que aquellas cuya placenta se encuentra de 1,1 a 2 cm del OCI, pero muy poco probable si tienen el grado de la cobertura OCI no más que de 1 cm. En la siguiente imagen N°. 2, se detalla placenta normal, parcial y total.



(Fig. 2) Fuente: Maya I. Página Web.

Los factores de riesgo se asocian con la edad materna avanzada, multiparidad, cesárea previa o cicatrices uterinas previas, aborto previo, tabaquismo, tratamientos de infertilidad y placenta previa anterior. La multiparidad y el número de cesáreas previas crean efecto de sinergia que incrementa el riesgo de presentar placenta previa, porque la presencia de cicatrices y las alteraciones endometriales en el segmento uterino bajo predisponiendo a la implantación placentaria en esa área. (Ávila DS. y otros, 2016).

Las complicaciones que pueden presentarse son la ruptura prematura de membranas (RPM), parto prematuro, distocia de presentación fetal, hemorragia grave con necesidad de drogas vasoactivas, transfusión, llegar al shock hipovolémico, presencia de placenta acreta e histerectomía. (Heidari, Z,2015).

El pronóstico de la PP es una de las causas principales de sangrado periparto, incluyendo hemorragias, adherencia placentaria anormal, septicemia, tromboflebitis, transfusión masiva, histerectomía de emergencia e incluso la muerte materna. (Ávila DS. y otros, 2016).

El **acretismo placentario** (AP) es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal por defecto de la interface endometrio- miometrial secundario a una intervención quirúrgica, dando como consecuencia un error de la decidualización en el área de la cicatriz anterior y permitiendo la profundización del trofoblasto, su frecuencia se incrementa ya que se asocia al incremento de las cesáreas que va en aumento proporcional. Un estudio en EE. UU, describe el aumento de su incidencia en donde, en la década del 50 era de 1 en 25.000 embarazos, en la década del 80 era 1 en 2500 embarazos y en el 2018 1 en 533 embarazos. (Veliz F, y otros, 2018).

Su clasificación se define según la adherencia anormal de la placenta, en función del grado de invasión miometrial. La placenta acreta tiene las vellosidades que llegan al miometrio sin atravesarla, representa el 80 % de los casos, la placenta increta tiene las vellosidades que invaden el miometrio, pero sin llegar a la serosa, representa el 15% de los casos y la placenta per creta tiene las vellosidades que invaden y llegan a la serosa, puede comprometer órganos vecinos como la vejiga, causa la mayor morbimortalidad, pero es el menos frecuente, 5% de los casos. Y según la función del número de cotiledones que están involucrados se trata de un acretismo focal (con un solo cotiledón), parcial (con algunos cotiledones), o total (en la totalidad de la placenta). (Morínigo Aguilera C., 2018).

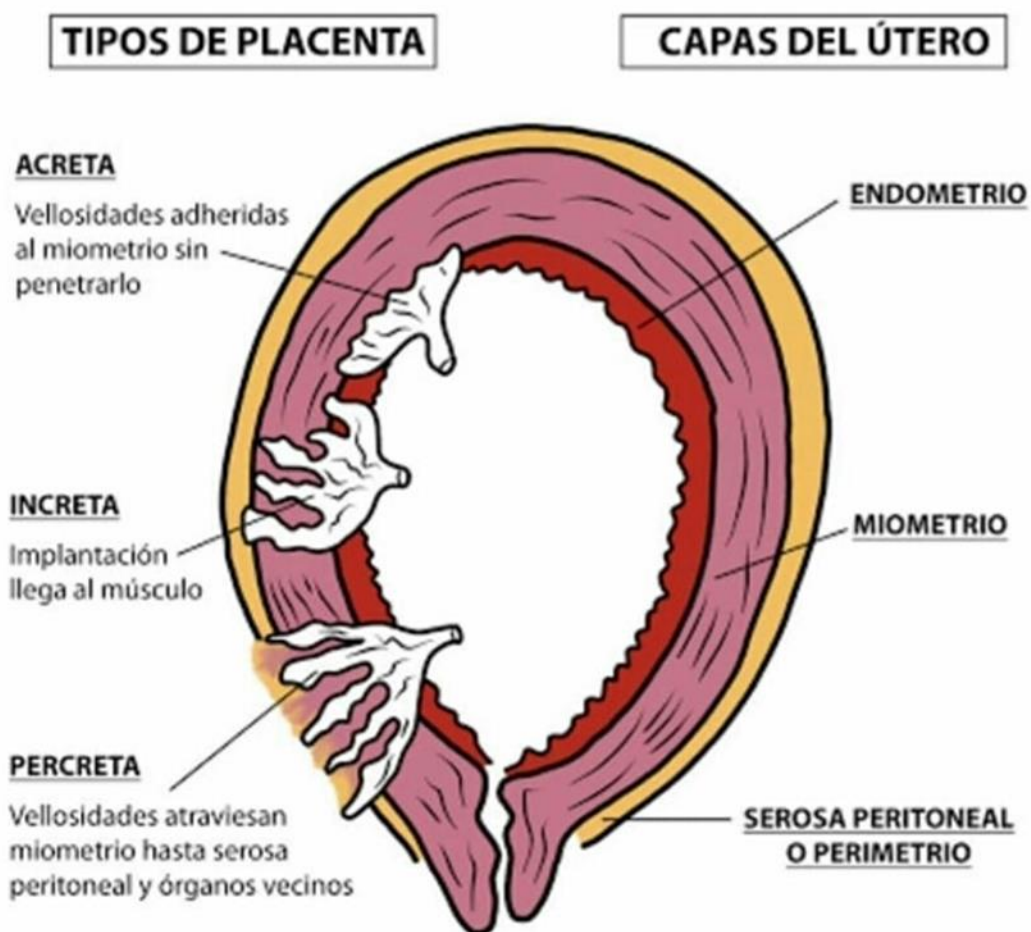
La placenta acreta se caracteriza por una alta morbilidad y mortalidad materna, siendo una complicación inevitable en el momento del alumbramiento que lo puede resolver solo si se cuenta con recurso humano calificado y una institución preparada para la urgencia obstétrica. La hemorragia masiva puede inducir a la coagulación intravascular diseminada (CID), que da como consecuencia la histerectomía de emergencia, la cual conlleva a lesiones quirúrgicas de los uréteres, vejiga, y otras vísceras, llevando a un síndrome de dificultad respiratoria e insuficiencia renal. (Muniz Rizo M. Y otros, 2015).

La probabilidad de AP se relaciona directamente con la cirugía uterina previa, pero las teorías mecánicas hablan de la ausencia de la decidua basal por trauma (por ejemplo, la intervención uterina previa) y las biológicas que hablan de una respuesta anormal de la madre ante el trofoblasto invasor. El dato más frecuentemente hallado sugestivo, es la presencia de grandes lagunas vasculares con flujo turbulento que puede aparecer al finalizar el segundo trimestre y

comienzo del tercero. La posibilidad de acretismo está en relación fundamentalmente al antecedente de cesárea previa o iterativas y por sobre todo al diagnóstico de placenta previa ubicada sobre la cicatriz anterior. En caso de ser placenta per creta se puede complementar con resonancia magnética nuclear (RMN). (Ávila DS y otros, 2016).

El pronóstico es mejor con el diagnóstico antes del parto y causa el 51% de las histerectomías, requiere la admisión de las pacientes en unidades de cuidados intensivos, recién nacidos de bajo peso, que tiene asociación a la edad gestacional en la que se realiza el parto. (Ávila DS y otros, 2016).

Se describe en la siguiente imagen N°. 3, tipos y las capas del útero que inerva las vellosidades.



(Fig. N°.3) Fuente: Archbold Y. (2019).

Tanto en el AP como en la PP, tienen similitud de los factores obstétricos maternos con respecto, a la edad materna (35 años o mayor), multiparidad, cesáreas previas, antecedentes de

legrado (abortos previos que requieren curetaje o espontáneos¹) pero, además el acretismo añade la incidencia por antecedentes de cirugías e infecciones uterinas. (Vélez J y otros, 2015).

Las embarazadas entre 20-30 años se consideran como el grupo etario con edad reproductiva adecuada por tener menor riesgo perinatal. La mortalidad fetal y materna aumenta tanto en las madres adolescentes y en mayores de 35 años. (Schwartz y otros, 2005).

Con respecto a las gestas, se denomina primípara a la primera gravidez; si ya tuvo otras gestaciones se denomina múltipara. Se considera el número de partos vaginales, cesáreas y/o abortos espontáneos. El incremento de números de hijos, lleva a tener más posibilidad de tener dificultades en la etapa de alumbramiento, debido a la menor cantidad de fibras musculares y a mayor cantidad de fibra colágena. (Schwartz y otros, 2005).

En cuanto al número de las cesáreas previas, conocer la cantidad de cualquier operación instrumentada realizada a nivel uterino, informará que la cicatriz podría dificultar la migración placentaria. (Schwartz y otros, 2005).

¿Porque influyen estas variables en las complicaciones? La respuesta es que todos los órganos vitales comienzan a perder algo de funcionalidad, a medida que uno envejece durante la adultez. Estos cambios ocurren en todas las células, tejidos, órganos del cuerpo y afectan el funcionamiento de todos los sistemas corporales, debido a las alteraciones en las células y en los tejidos.

Es por eso que la incidencia, de estas patologías obstétricas aumenta, a medida que cada persona envejece a una tasa única. Algunos sistemas comienzan a envejecer incluso ya a los 30 años.

La PP se diagnostica por la hemorragia indolora, que se presenta al final del segundo trimestre de gestación o al inicio del tercer trimestre, rara vez presentan hemorragias dolorosas probablemente debido a las contracciones uterinas o a la separación placentaria.

El AP es asintomático y habitualmente es un hallazgo durante el control ecográfico asociado a factores de riesgo, su diagnóstico es entre las 18-20 semanas y más certero, cerca de las 32 semanas de gestación. Tiene una sensibilidad y especificidad de 91 y 97% respectivamente, especialmente cuando ocurre en la parte anterior del segmento inferior del útero, siendo esta localización la más común debido a la cicatriz quirúrgica de la cesárea. (Veliz O. y otros, 2018).

¹ El aborto es la expulsión o extracción del producto de la concepción, durante las primeras 22 semanas de gestación o con un peso menor de 500 gramos.

El eco Doppler color es predictor confiable de la invasión del miometrio, el dato frecuente es la presencia de grandes lagunas vasculares con flujo turbulento y la ultrasonografía transvaginal, es el procedimiento seguro para la PP y la hemorragia ante parto, permitiendo la visualización placentaria con exactitud, que localiza, de manera precisa el borde de la placenta y el orificio cervical. (Ávila S, 2016).

La resonancia magnética se puede utilizar de manera complementaria al ultrasonido, volviéndose una herramienta importante en placentas posteriores y en placenta percreta, que invaden estructuras adyacentes (Ávila S, 2016).

La resonancia magnética (RM) se realiza en donde la ecografía, no es concluyente, por ejemplo, en los casos por obesidad materna, placenta posterior, con alta sospecha de placenta percreta, para definir mejor el grado de invasión, por ello RM nos ofrece, un gran campo de visión y un alto contraste de tejidos blandos, permitiendo la visualización de las estructuras placentarias y la afectación de órganos adyacentes (Vélez J. y otros, 2015).

Los criterios de diagnóstico son la presencia de abultamientos placentarios que pueden abombar la superficie uterina e incluso invadir estructuras adyacentes, que representan lagunas vasculares y áreas de hemorragia placentaria. Los hallazgos basados en intervenciones quirúrgicas fueron por deformación del segmento inferior, hipervascularización a nivel segmentario inferior, invasión de estructuras vecinas. (Morínigo Aguilera C, 2018).

El tratamiento debe reunir ciertas características, sangrado leve (metrorragia), bienestar materno fetal seguro, que permita a la embarazada menor de 34 semanas, a realizar reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo, terapia con tocólisis con nifedipina y esquema de neuroprotección mediante la administración con sulfato de magnesio y maduración pulmonar fetal, según protocolo de amenaza de parto pre término. (Carvajal J., 2018).

Como dice, Veliz Francisca (2018), los tratamientos del AP, son la cesárea e histerectomía, pero se han incorporado nuevas tecnologías terapéuticas, como los tratamientos conservadores. El diagnóstico se planifica prenatalmente y permite realizar estrategias quirúrgicas adecuadas, como la incisión mediana infraumbilical, independientemente a la cicatriz previa si hubiera tenido una cirugía anterior o, si presentará una complicación durante la etapa del alumbramiento, en ese caso se realizará la histerectomía.

El tratamiento conservador pretende minimizar la morbilidad secundaria al sangrado. Existen diferentes variantes de este como ligar el cordón umbilical y dejar la placenta in situ a la espera de una reabsorción, extirpar la mayor parte de la placenta y posteriormente la

administración de oxitócicos y antibióticos. Tanto la administración de metrotexato sistémico y la embolización angiográfica no han superado a otro tratamiento conservador, por lo que se observó en la práctica el aumento de hemorragias, infección, y/o rotura uterina. Por ello es de importancia informar a las pacientes de los posibles riesgos. (Morínigo Aguilera C, 2018).

Otro tratamiento en el acretismo placentario es la embolización uterina obstétrica, que tiene como finalidad disminuir o eliminar el flujo de las arterias uterinas (encargada de irrigar el útero y la placenta) es una alternativa terapéutica para el control y tratamiento de la hemorragia genital post parto. Las ventajas son la detección rápida del sangrado, la capacidad de evaluar los resultados del tratamiento de forma rápida y segura, ser mínimamente invasiva y con una baja reincidencia del sangrado durante la histerectomía. Si llegara a suceder nuevamente existe la posibilidad de repetir la maniobra de embolización ya que los catéteres se encuentran en posición durante la cirugía. Sus posibles complicaciones son la hemorragia vaginal uterina, la necesidad de recurrir a múltiples transfusiones de sangre, la rotura uterina, el riesgo de lesión en órganos internos, (uréteres, vejiga), trombosis de los accesos arteriales femorales y las complicaciones del acceso arterial (hemorragia, hematoma, aneurisma). Este procedimiento y metodología se encuentra en anexo V, EUO metodología del HPC.

La interrupción del embarazo con feto vivo, se evalúa los elementos que se tienen previamente al parto, como el grado de madurez del cuello uterino, la altura de la presentación, actitud fetal, el estado de las membranas ovulares, la existencia del personal capacitado y responsable, la posibilidad de una cesárea de urgencia y la posibilidad de la vigilancia fetal. (OPS, 2009).

La finalización del embarazo por parto vaginal, solo se efectúan según criterios y diagnóstico de placenta previa lateral, donde el embarazo es mayor de 34 semanas, sangrado escaso o nulo, condiciones cervicales favorables para el parto vaginal, condiciones maternas estables, feto vivo, maduro mayor a 34 semanas con latido cardíaco fetal normal o feto muerto con condiciones estables clínicas y de laboratorio materno normal. En estos casos se realiza protocolo de atención del parto normal, en donde este consiste en una serie de contracciones rítmicas, involuntarias y progresivas del útero que producen el borramiento (afinamiento y acortamiento) y la dilatación del cuello uterino. (Morínigo Aguilera C. y otros, 2018).

Por debajo de las 35 semanas se realizará maduración pulmonar fetal con corticoides, con controles constantes cada 6/ 12 horas, control de la pérdida de sangre, hemograma seriados, pruebas de coagulación y renovar la solicitud de reserva de sangre.

A partir de las 35 semanas, se procederá la finalización en presencia de cualquier otro episodio de sangrado considerando si la paciente tiene antecedentes de una o más cesáreas y la posibilidad de acretismo placentario. (Morínigo Aguilera C., 2018).

El sangrado puede presentarse sobre todo cuando está asociado a placenta previa y se debe derivar a la embarazada a un hospital de tercer nivel, que disponga de infraestructura y personal médico calificado para esta patología. En ambas patologías NO se realiza tacto vaginal ya que el sangrado vaginal durante el embarazo puede ser común y se confunde con otras entidades. La mayoría de mujeres con acretismo no presentan clínica durante la gestación hasta el final del embarazo y puede encontrarse de manera casual al control de realizarse una ecografía de rutina. La cantidad de sangrado puede ir desde pequeñas pérdidas hacia el exterior, en los casos leves de placenta acreta, hasta sangrado hacia la cavidad peritoneal en los casos más severos de placenta per creta. La finalización quirúrgica por cesárea, según criterios médicos se decide, independientemente de la edad gestacional, en casos con sangrado moderado a severo no controlable, en condición materna hemo dinámicamente inestable, en con condiciones desfavorables para el parto vaginal, rotura uterina completa e incompleta, placenta previa oclusiva parcial, total o marginal, compromiso bienestar fetal y se activa protocolo para las misma. (Morínigo Aguilera C., 2018).

Como señala la Organización Mundial de la Salud (2015) sobre las tasas de cesáreas que deben realizarse para salvar la vida de las madres y los neonatos, en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada. Esto alude a la asociación de los riesgos a corto y a largo plazo que pueden perduran por muchos años, después de la intervención y afectar a la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Los mencionados son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral, ya que puede ser una principal causa de morbilidad obstétrica por infecciones, hemorragias, tromboembolismo y anestésicas, por lo que debe ser realizado por personal calificado.

Se clasifica en:

- electiva cuando se realiza en gestantes con patologías materna o fetal que contraindique por parto vía vaginal, se indica en presentación pelviana, transversa u oblicua en gestaciones de mayor o igual que de 36 semanas, por sospecha de feto macrosómico, placenta previa, pacientes con HIV, herpes genital primario en el tercer trimestre, cesárea iterativa, con más o igual de 2 cesáreas anteriores, compromiso fetal por malformaciones fetales, alteraciones de Doppler, arritmias fetales, patologías medica materna que desaconseje el parto vaginal por

cardiopatías grado III-IV, riesgo de accidente cerebro vascular, entre, o en casos de retraso de crecimiento intrauterino, gestaciones múltiples, según la evaluación necesaria.

- cesárea intraparto, se indica y realiza durante el curso del trabajo de parto o la presencia de diferentes problemas en el mismo, como la desproporción pélvico -fetal, distocia, parto estacionado cuando el trabajo de parto activo más de 3 horas sin borramiento o dilatación, o por fracaso de inducción, es cuando tras las 12 horas de goteo con oxitocina endovenoso, no se haya alcanzado cérvix borrado un 50%, dilatado 2-3 cm, con dinámica uterina activa.

- cesárea de urgencia o emergencia se presenta por consecuencias de patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno- fetal o por alteraciones neurológicas fetal. Se indican por sospecha del bienestar fetal, prolapso de cordón, ruptura uterina y embolia de líquido amniótico.

El riesgo estimado de transfusión sanguínea con PP es de 15% en mujeres con su primera cesárea y de 32,2% en aquellas con cesárea anteriores. (Ávila DS, y otros, 2016).

El parto normal, es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de inicio espontáneo, considerado de bajo riesgo donde el feto nace en presentación de vértice entre las 37/42 semanas de embarazo y durante el nacimiento la madre y el neonato están en buenas condiciones fisiológicas de salud.

Se dividen en 3 fases; la primera es la dilatación, que inicia con las contracciones regulares y finaliza cuando la dilatación del cuello llega a ser completa (10cm), tiene una fase latente que es cuando llega a los 2 cm de dilatación y la fase activa que es cuando aumenta la velocidad de la misma, y completa llegando a los 10 cm. La segunda es la etapa expulsiva que inicia con la dilatación completa del cuello uterino y finaliza con la expulsión del feto, se caracteriza porque las contracciones se hacen cada vez más enérgicas y frecuentes y dura según la paridad de la paciente. La última etapa es el alumbramiento, después de la expulsión del feto y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas ovulares, su duración es entre 15 a 30 minutos si es espontánea y 5 minutos si está dirigido mediante medicación. Los signos son la aparición de sangre oscura en la vagina, descenso del cordón umbilical y visualización de la placenta en la vagina. (Checa D.A., 2013).

La salud materna suele ser una experiencia positiva, pero para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte. Existe 5 complicaciones directamente relacionadas que son responsables de más del 70% de las muertes maternas: hemorragias, infecciones, abortos peligrosos, eclampsia y parto obstruido. La atención especializada antes,

durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. (OMS, 2015).

Dentro de los estudios que se realizan en control prenatal, la ecografía Doppler, se realizan en madres, que tienen un problema médico como diabetes, presión arterial alta, problemas de corazón o de riñón, o la placenta no se desarrolla adecuadamente. Detecta cambios en el patrón del flujo sanguíneo a través de la circulación del feto. (Alfirevic Z, y otros, 2017).

El estudio de las ondas Doppler se mide la resistencia periférica y el flujo sanguíneo útero-placentario y feto-placentario. Las ondas Doppler anormal se asocian con retardo de crecimiento y sufrimiento fetal., es utilizado, como instrumento coadyuvante para la evaluación y seguimiento de fetos con elevada morbilidad y mortalidad. Cuando se produce una disminución en el aporte sanguíneo de oxígeno al feto (hipoxia), el mismo reacciona produciendo una redistribución circulatoria, pero al persistir este signo, lleva a la aparición de oligoamnios, por disminución del flujo a nivel renal fetal y se produce retardo de crecimiento intrauterino, por el poco aporte sanguíneo a las arterias umbilicales. (OPS, 2009).

Con respecto a las hemorragias obstétricas, el doctor Malvino detalla que en Argentina es la segunda causa de muerte materna y a nivel mundial la pérdida estimada de 125.000 a 150.000 vidas cada año. Las pérdidas normales durante el parto son 500 ml y se eleva a 800 ml en las cesáreas, se consideran hemorragias graves cuyo volumen en el periparto, supera 1000 mililitros. (Malvino, 2010).

La **hemorragia**, es toda pérdida sanguínea que desestabiliza hemodinámicamente a la paciente lo cual dependerá de la velocidad, la cantidad de sangre perdida, de la hemoglobina y estado de hidratación previa de la paciente. Es una principal causa de muerte materna en el mundo y en países en vías de desarrollo, que pueden prevenirse con tratamiento oportuno. Hay diferencias entre la Federación Internacional de ginecología y Obstetricia (FIGO), que dice que la pérdida sanguínea de 500 ml es de parto vaginal y 1000 ml en una cesárea, o que indique cualquier alteración hemodinámica y esté relacionada con algún problema obstétrico, mientras la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la pérdida se considera 500ml sin importar la vía del canal de parto. Ambas patologías se asocian con hemorragia periparto severa por lo que son causa de morbilidad materna. (Fernández Lara, 2017).

Lo mencionado anteriormente, trae como consecuencia un síndrome secundario, el shock hemorrágico debido a la pérdida aguda del volumen circulante, con incapacidad cardiorrespiratoria y baja disponibilidad de oxígeno para suplir las necesidades tisulares, causando daño en los

distintos órganos por incapacidad para mantener la función celular. A nivel clínico la usuaria desarrolla hipotensión arterial con sistólica menor de 90mmHg, taquicardia, pulso débil, signos de hipoperfusión tisular como oliguria, deterioro del estado de la conciencia y signos cutáneos como la sudoración, hipotermia distal, relleno capilar enlenteciendo. (Malvino, 2010).

Establece Cohen, (2006) que la relación entre la gravedad del shock y la evolución esperable, en donde el shock compensado (pérdida hemática hasta 750 ml, frecuencia cardiaca menor a 100 x minuto, tensión arterial sin alteración, diuresis mayor a 30ml/hora) son compensados por los mecanismos fisiológicos asegurando el flujo en órganos vitales, el shock leve (pérdida hemática hasta 1500 ml) y el shock moderado (pérdida hemática de 1500 a 2000 ml, frecuencia cardiaca de 120 a 140, tensión arterial disminuida entre 70-80 mmHg, diuresis de 5-15 ml/hora), se refiere a una paciente descompensada pero reversible, que con medidas terapéuticas adecuadas, podrá lograrse que sobreviva y el shock severo (pérdida hemática mayor de 2000 ml, tensión arterial de 50 a 70 mmHg, frecuencia cardiaca mayor de 140 y diuresis menor a 5 ml/hora) es irreversible, donde el tratamiento resulto insuficiente o fue ejecutado con demora.

La hemorragia materna también tiene efectos fetales, debido a la disminución de la perfusión útero-placentaria y de la capacidad de transporte de oxígeno que conducen a provocar bradicardia e hipoxia. (Malvino, 2010).

La técnica para el AP por hemorragia post parto mediante el taponamiento con Balón de Bakri, que actúa en la cavidad uterina logrando la detención del sangrado por compresión en la pared. Se estima que el volumen intrauterino a cubrir es entre 150 y 300 ml; y estos balones no solo comprimen el útero, sino que también permiten el drenaje de la sangre. Otra complicación en cirugía, que se presenta es la histerectomía que proviene de la palabra griega isteros (útero) y ectomía (extirpación). Se indica por el incremento del riesgo de hemorragia, se puede clasificar de urgencias debido a la atonía uterina, placenta previa, placenta acreta, en traumática por lesiones traumáticas, coagulopatías por síndrome de HELLP, pre eclampsia grave e infección y puede ser electiva como es en los casos oncológicos neoplásicos o benignos.

Un tratamiento para la hemorragia obstétrica es la **histerectomía**, donde se demuestra que la primera causa en la atonía uterina (situación patológica después del parto y el alumbramiento por defecto de las fibras musculares que forman parte de la pared uterina) y la segunda el acretismo placentario y más aún si se presenta combinada con placenta previa. Se clasifica de urgencia (hemorragia post parto, lesión traumática, etiología médica e infección) y electiva (oncológicos o

causa benigna), pero tanto la hemorragia como histerectomía aumente en presencia de cesárea previa existente. (Hernández-Sánchez R, 2017).

Si la paciente presenta hemorragia masiva está indicada la histerectomía de emergencia. La pérdida sanguínea promedio en un parto afectado por acretismo placentario es de 3 a 5 litros, el 90% de las pacientes afectadas ameritan transfusiones de hemoderivados. (Ávila S., 2016).

Tanto la hemorragia como la histerectomía son procedimientos de larga duración que conllevan otras complicaciones como el **Distrés respiratorio agudo** (SDRA) que se desarrolla a partir de una lesión repentina, ya sea directa o indirecta. Algunos ejemplos de lesiones comunes directas son: neumonía, inhalación del vómito propio (aspiración), inhalación de humo o gases tóxicos y traumatismo de tórax, por ejemplo, un golpe fuerte en el pecho u otro accidente que lesione los pulmones. (Alspach J. G. y otros, 2000).

Algunos ejemplos de lesiones comunes “indirectas” (asociadas con problemas que se desarrollan en otras partes del cuerpo) son: infección bacteriana grave y generalizada en el cuerpo (sepsis), lesión corporal grave que causa presión arterial baja, hemorragia que requiere transfusiones de sangre (como sucede en las histerectomías por hemorragia como sucede en estas patologías obstétricas) e inflamación del páncreas (pancreatitis). Otra consecuencia es la **insuficiencia renal** (IRA) que sucede por la hipovolemia e hipoperfusión que recibe los riñones a causa del grado de acretismo (inervación) o de la placenta previa (adherencia), y se controla mediante el egreso estricto (30 ml por hora), esta complicación la transcurre una tercera parte de los pacientes que ingresan en unidades críticas; su causa suele ser multifactorial y se relaciona con la falla multiorgánica. (Alspach J. G. y otros, 2000).

Otra probabilidad de complicación es el **parto prematuro**, es definido como aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. El límite inferior de edad gestacional que establece la separación entre parto prematuro y aborto es de 22 semanas de gestación y/o 500 g de peso fetal y/o 25 cm de longitud. Esta definición es respaldada por la Academia de Pediatría y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, a pesar que la sobrevida es muy escasa en recién nacidos menores de 24 semanas. Los RN prematuros son de acuerdo a la edad gestacional en extremos < 28(5%), severos 29 y 31(15%), moderados de 32 y 33(20%) y tardíos 34 y 37(60 a 70%).

Se conoce con amenaza de parto prematuro, situación en que se evidencian contracciones uterinas persistentes, pero sin modificaciones cervicales. Se recomienda, la maduración pulmonar fetal con anterioridad entre las semanas 24/34 semanas administrados antes de las 48 horas y 24 horas antes del parto, disminuyendo el 50% del riesgo de la enfermedad de membrana hialina

(EMH) y un 30%, de las infecciones neonatales. El tratamiento de corticoides demostró ser beneficioso para el neonato prematuro, donde lo más utilizados son la betametasona y dexametasona, la primera se administra 12 mg IM cada 24 h, por 2 dosis y la segunda, es cada 12 horas de 6 mg IM, por 4 dosis. (Carvajal J., 2018)

El doctor Malvino, cita en la etiología del sangrado obstétrico que los fármacos tóxicos en enfermas con sangrado no se aconsejan (Reed, 2008), pero si hay dinámica uterina sin sangrado y la edad gestacional lo amerita se administran en beneficio para el feto (Sharma, 2008).

Mayormente, se administra sulfato de magnesio, en dosis de 4-10 g endovenoso, de modo antenatal, en parto prematuro menor a 34 semanas, reduciendo el riesgo de parálisis cerebral, la disfunción motora gruesa en la infancia y la disminución del metabolismo cerebral protegiendo al cerebro vulnerable. (Carvajal J., 2018).

También hay dificultades poco frecuentes, pero muy graves como la **coagulación intravascular diseminada** (CID) también llamada coagulopatía por consumo, que es resultado de la activación y estimulación excesiva del sistema de coagulación ocasionando alteraciones micro circulatorias y fibrinólisis secundaria, provocando disfunción orgánica y hemorragia, debido a la depleción de las plaquetas y los factores de coagulación. Se relaciona con patólogos como atonía uterina, placenta previa, síndrome de HELLP (hemólisis, trombopenia, alteraciones hepáticas), entre otras. (Martí-Carvajal A. y otros, 2011).

La CID desencadena hipoperfusión, daño endotelial y sustancias trombotóxicas liberadas por la placenta, que se presentan en relación por el shock hemorrágico.

Otra complejidad, es el **tromboembolismo** venoso que se distingue dos, entidades íntimamente relacionadas la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP), que pueden suceder en el embarazo (menos frecuentes) y post parto (más frecuentes). La revista Clinic Barcelona cita la triada de Virchow, que es la estasis venosa, determinada por un aumento de la capacitancia venosa y compresión de los grandes vasos por el útero gestante, el daño endotelial, producido por cambios en la superficie útero placentaria y por un estado de hipercoagulabilidad fisiológico del embarazo. (Guirior C de. Y otros, 2018).

Los factores asociados a un mayor riesgo de TVP son la paridad, cesárea, presencia de varices, edad mayor de 35 años, antecedentes familiares y personales de enfermedad tromboembólica y trombofilia. La trombosis venosa profunda se manifiesta por dolor, edema, aumento del diámetro de la extremidad afecta, signo de Homans positivo en un tercio de los casos; a veces hay espasmo arterial con palidez y frialdad en esa extremidad y disminución de los pulsos

periféricos. El tratamiento anticoagulante debe iniciarse precozmente y prolongarse en el tiempo y las medidas generales como el reposo, elevación de la extremidad afecta, aplicación de calor húmedo, vendas elásticas, ejercicios de flexión y extensión e iniciar deambulacion cuando remita el dolor. El embolismo pulmonar (EP), es un proceso en el que un trombo se aloja en el árbol vascular provocando la obstrucción parcial o total del flujo arterial. La gravedad depende de la extensión, el 95% de los casos el trombo proviene de una TVP de las extremidades inferiores, los signos clínicos más importantes es la taquipnea, seguido de crepitantes y taquicardia. (Bezares B y otros, 2009).

Por lo descrito anteriormente estas embarazadas con el diagnostico de AP y PP, necesitan de cuidados y un seguimiento, es importante recalcar, el rol de la enfermera materno infantil durante la internación, en sala de maternidad como en quirófano, es quien se encarga de la atención durante cada etapa del embarazo, realizando acciones dirigidas hacia la prevención, detección e intervención de la salud materno fetal y adecuándose a cada tratamiento. El objetivo es prevenir complicaciones, que interfieran en la fisiología normal del embarazo, el nacimiento y a nivel de la atención primaria de la salud, durante su ciclo reproductivo.

Frecuentemente, la internación se observa al final del segundo trimestre y tercer trimestre, siendo que son derivadas por el centro de salud, quien transfiere a un nivel de complejidad mayor para la continuidad de la atención.

Durante la internación se orienta a la paciente sobre el procedimiento, cuidados, signos de alarma, como el dolor de cabeza (cefalea), dolor en la panza o dureza (contracciones uterinas), pérdida en la vagina y controlar las características (color, olor, cantidad ,presencia de dolor), mediante la higiene perineal se puede constatar lo mencionado anteriormente y su frecuencia ,la indagación de la percepción del movimiento fetal (latido cardiaco fetal), se realiza porque nos indica el correcto desarrollo neuromuscular neonatal, que es asociado con la insuficiencia placentaria relacionada a una situación de hipoxia, tanto aguda como crónica, donde el feto lo manifiesta presentando una disminución de los movimientos fetales, todos estos indicadores señalan que puede presentarse un problema o anticipar un parto prematuro, es decir antes de las 37 semanas de gestación.(Illa M y otros,2014).

Como se puede comprender Enfermería, planea el proceso de atención mediante los riesgos del sangrado, movimiento fetal ausente o disminuido, las contracciones uterinas, que indican un trabajo de parto, relacionándolas con las complicaciones en el embarazo con placenta previa y acretismo placentario. Donde las acciones son dinámicas (colocar venoclisis, extraer laboratorio,

colocar monitoreo continuo fetal, higiene, control de perdidas vaginales, control signos vitales), pero también proporcionando contención, ante las preocupación y angustia que le genera a la paciente la evolución clínica. (Abrigo Zumba M, 2019).

En sala de parto, el equipo de enfermería completa la preparación y la asistencia a la paciente para quirófano, constatando los latidos cardiacos fetales con monitoreo fetal continuo y el control de signos vitales, cada una hora o 30 minutos. Estas acciones son dinámicas y en conjunto con el obstetra para llevar en condiciones asépticas a la paciente a quirófano con venoclisis permeable para realizar la cesárea, que es el único canal de parto viable en los casos de acretismo placentario y placenta previa.

La Licenciada en Enfermería María Ester Pérez (citada por la revista Hospitalaria materno infantil Ramón Sardá, (1996) desarrolla el cuidado que la enfermera presta a la futura madre durante el embarazo, así como a su hijo, durante el parto y el puerperio e incluye al médico en la asistencia que él brinda durante este período con el fin de minimizar las molestias, problemas de salud y lograr el bienestar, antes y después del nacimiento. Se debe interesar por la salud física, bienestar y fomentar el desarrollo de actitudes saludables de los padres y las relaciones familiares. Cada contacto que se tenga con las pacientes se debe informar sobre los signos de alarma, como el sangrado o pérdida de cualquier liquido en la vagina, aumento de peso rápido, edemas en manos y cara, aumento de la presión arterial, fiebre, contracciones uterinas como de trabajo de parto y ruptura de membranas. Cuando la usuaria requiere internación la educación se debe dar en un lenguaje claro y entendible, considerando las experiencias previas de embarazos anteriores u hospitalaria, que información recibió del actual embarazo, cuál fue su motivo, es decir orientarla durante su permanecía en la institución y ofrecer un trato digno como persona, explicándole cada procedimiento antes de llevarlo a cabo, la importancia del reposo en cama, porque se maduran los pulmones de su bebé, que beneficios tiene, conocer si tiene alergias medicamentosas y respetar su privacidad. Recordar que en los embarazos de alto riesgo se debe brindar, solo información concisa y concreta sobre la patología y si es necesario, realizar charlas conjuntamente con el médico. Revisar carnet de vacunas, sobre todo antitetánica y gripe A, extraer laboratorios de rutinas, grupo y factor anticipando los controles pre quirúrgicos y si es programado explicar las medidas pre operatorio. (Montero M., 1996).

Pero en caso, de complicaciones durante la internación, como metrorragia con dinámica regular, dolor en espalda, dolor abdominal en aumento, o eco Doppler fetal alterado, o movimientos fetales disminuidos que se constatan con el monitoreo continuo que indica

bradicardia fetal, cada acción de la enfermera materno infantil, debe ser dinámica y coordinada con el obstetra mediante una comunicación activa con la sala de parto y quirófano para poder continuar con los cuidados apropiados.(Abrigo Zumba M. y otros, 2019).

La enfermería en quirófano, desarrolla una práctica asistencial en un entorno altamente técnico, donde los cuidados que prestan van ligados a la tecnología y a la necesidad de tener que saber utilizar y emplear, numerosos dispositivos y equipos y esto es necesario para garantizar que los pacientes quirúrgicos sean sometidos a la cirugía con calidad, seguridad y sin complicaciones. Para lograr este fin, se hace necesario que se adelante a cualquier imprevisto, gestionando los servicios y recursos (humanos y materiales) necesarios para cada intervención, como es una segunda venoclisis de calibre mayor, colocación o colaboración de sonda vesical, que el paciente este en ayuno y si no realizar pre medicación según indicación médica, monitorizar signos vitales de manera continua, control de estado de conciencia, administración de antibióticos de profilaxis, cuantificar ingreso y egreso, estar atento a la necesidad de oxígeno de la paciente colaborar con anestesista, o ante los signos de shock o choque hipovolémico durante la cesárea e histerectomía. Se realiza un cuidado integral e interdisciplinario, ante las posibles complicaciones y la coordinación con el neonatólogo para la recepción del recién nacido. Esta área, requiere a una enfermera con competencia y disciplina, para que se adapte a los nuevos avances y pueda mejorar la atención y el cuidado al paciente. (Merino CH., 2019).

Es imprescindible en esta área, la higiene hospitalaria como medidas dirigidas a establecer normas sanitarias que disminuyan el riesgo de la transmisión de enfermedades en el hospital, sobre el paciente, entorno y sobre las técnicas terapéuticas y quirúrgicas.

La asepsia, se refiere a procedimientos a impedir la llegada de microorganismos patógenos a un medio aséptico, en decir prevenir la contaminación.

La antisepsia, es el conjunto de acciones emprendidas para eliminar los microorganismos patógenos presentes en un medio.

Los principios generales, son la limpieza (es la eliminación física de materia orgánica y de la contaminación de los objetos. El agente básico es el detergente), la desinfección (proceso por el cual se eliminan la mayoría de microorganismos patógenos, con excepción de las esporas) y la esterilización (con finalidad de eliminar todas las formas de vida microbiana). Cada sector cuenta con normativas aplicadas a los profesionales en el área quirúrgica, sobre la indumentaria, procedimientos y la preparación de materiales y equipos. (Brunner, 2003).

Malvino (2010), alude los pasos de prioridad ante la reanimación racional, ejecutando la oxigenoterapia, reposición de la volemia, la masa globular, corrección de la acidosis metabólica/electrolítica, conservación de la temperatura y corrección de la coagulopatías.

Ante lo nombrado anteriormente, la enfermera coloca y controla, que la paciente tenga 2 vías periféricas de calibre adecuado, para permitir la expansión de 2000-3000 ml de soluciones cristaloides, proveer oxígeno con alto flujo con máscara o cánula nasal, transfusiones de sangre y corregir la causa de coagulopatías, si la hubiere. (Malvino, 2010)

En cuanto a la relación paciente- enfermera/medico, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realiza recomendaciones dirigidas a nivel mundial para establecer una comunicación eficaz sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento y socioculturales. Fomentando el mantenimiento de la normalidad física y sociocultural, el mantenimiento de un embarazo saludable que beneficie a la madre y al recién nacido, transitando de manera efectiva hacia un parto y un nacimiento positivo que permita la autonomía materna.

El modelo de Virginia Henderson, fundamentan esta problemática, con la Teoría del Autocuidado, en donde la NECESIDAD se da en términos de requisito y no de requerimiento, donde la necesidad esta primero que el problema. La INDEPENDENCIA es que la persona pueda satisfacer sus necesidades de acuerdo a su edad o desarrollo de la etapa que se encuentre. La DEPENDENCIA es por causa de su estado que no es suficiente para satisfacer sus necesidades. Enfermería debe incluir mediante el proceso de cuidado, la satisfacción de las personas cubriendo las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. (Checa D. A., 2013).

Para la autora de referencia, la persona es un ser con necesidades básicas, en donde su entorno transitorio influenciara su independencia, la cual enfermera es quien asiste mediante el cuidado y la educación para el autocuidado la ayudara a identificar, cuales son las dificultades logrando su independencia. Se basa en la Escuela y paradigma de la Integración. (Fernández Gómez D, 2014).

Teniendo en cuenta a Dorothea Orem, que desarrolla la concepción sobre el déficit de autocuidado en enfermería, describe la función humana reguladora, aplicada a cada individuo, con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y bienestar. En el sistema de atención secundaria, la afluencia de pacientes con limitaciones físicas es mayoritaria, dando lugar a altas demandas del cuidado, que van desde la acción terapéutica hasta las acciones independientes para la satisfacción de las necesidades. Estos, incluyen las medidas básicas aplicables a cada paciente sin importar la edad y diagnóstico médico. El enfermero de esta forma involucra al paciente en su

propio cuidado. Es conveniente aplicar el modelo de Orem siempre que la capacidad de satisfacer necesidades de autocuidado de una persona, sea inadecuada o insuficiente y realizar en la práctica un sistema de enfermería, que compense las limitaciones expresadas como déficit de autocuidado o de cuidados dependientes. (Orem E.D, Salvat 1999).

Dorothea Orem, refiere que la persona para lograr su autocuidado requiere la ayuda de la enfermera, en donde describe tres teorías, la primera es la teoría del autocuidado que cuenta con requisitos de autocuidados universales, del desarrollo y de las desviaciones del estado de salud condicionados por 10 factores básicos, la segunda es el déficit del autocuidado que relaciona con la demanda y el agente que ofrece el cuidado y la tercera que habla de los sistemas de enfermería, que pueden ser totalmente o parcialmente compensatorios, el apoyo relacionado con la educación que se ofrece y los 5 sistemas de asistencia.(actuar, guiar, enseñar, apoyar y promoción de un entorno saludable). (Fernández Gómez D, 2014).

Cabe mencionar que enfermería debe planificar su atención, de acuerdo a la identificación del déficit que observa en cada usuaria, para ofrecer el tiempo compensatorio, parcialmente compensatorio o de apoyo educativo, que requiera cada usuaria, de acuerdo al momento determinado que se encuentre. (Salazar Molina, 2009).

Para concluir todas las bibliografías, nombran la relacionan del AP y PP con la edad, las cesáreas previas, la multiparidad y que la incidencia va en aumento por estas variables y en mayor medida por las cirugías previas. Los estudios complementarios son de gran necesidad para la confirmación y la visualización de la anomalía placentaria que se enfrenta el equipo de salud.

Los protocolos por hemorragia obstétrica se aplican como estrategia, que reflejan la dinámica multidisciplinaria y la capacidad de los profesionales, ante las urgencias que complican la salud materno fetal.

Al no contar con estadísticas actuales nacionales, de ambas patologías, pero observadas en el campo práctico se refleja el aumento en usuarias, de edad mayor a 35 años, pero también, en edad reproductiva entre los 20 y 30 años, con antecedentes obstétricos, resultando como consecuencia para la mujer, la esterilidad temprana, producto de la histerectomía. Por ende, la prevalencia es similar a la publicada donde el AP y PP son factores causantes, del aumento de morbilidad y mortalidad en las pacientes. Como sugerencia ante la investigación, poder considerar en un futuro, la asistencia psicológica antes de la intervención, durante y posterior, si lo desean, la usuaria y la familia.

Material y Métodos.

Tipo de estudio o Diseño.

El estudio será de abordaje metodológico cuantitativo, observacional o no experimental, en el cual no hay manipulación de las variables y solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos. A su vez será descriptivo, dirigido a determinar “como es” o “como está” la situación de las variables que se estudian en una población. La presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia), y en quiénes, donde y cuando se está presentando determinado fenómeno” (Pineda, 1994, p.82).

Según el tiempo es prospectivo, se registran la información según van ocurriendo los fenómenos y según el período y secuencia del estudio es transversal, porque se estudian las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. El tiempo NO es importante en relación con la forma en que se dan los fenómenos y es de diseño no experimental ya que se estudiarán las variables tales como se presentan en la realidad, no serán manipuladas, sino que serán observadas. Las variables son existentes con anterioridad y su relación o no, lleva a un efecto, que se describirá y analizará, mediante la observación como única medición. Pudiendo obtener actualmente cuáles se presentan y su prevalencia, tanto en sala de maternidad como en sala de parto, en los hospitales públicos de Rosario.

Sitio o contexto de la investigación.

Los criterios de elegibilidad para la descripción de los sitios, incluye establecimientos públicos de la ciudad de Rosario, cuya dependencia son dos del sector provincial, del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y dos del sector municipal, del Ministerio de Salud de Rosario, todos tienen la misión de brindar un servicio en salud, con la máxima eficiencia, calidad y equidad en forma gratuita.

Se aplicó un instrumento de Convalidación de sitio, que se realizó en las maternidades de Rosario, Maternidad Martín, Hospital Centenario, Roque Sáenz Peña y Hospital Provincial, donde se encuentran las variables planteadas y la población en investigación. Se agregó instituciones, para aumentar la cantidad de unidades de análisis, ya que son patologías de poca incidencia, pero de atención y cuidados de complejidad. El análisis e interpretación de la recolección de datos, se obtendrá de las salas de maternidad de internación y sala de parto/ quirófano de cada institución en período de un año. Esta información se encuentra en anexo I.

Se controló la validez interna del sitio al conocer las características de los nosocomios y se realizó en los efectores que cumplieron con todos los requisitos para la atención materno infantil en las embarazadas con diagnóstico de acretismo placentario y placenta previa. Se contó con las autorizaciones de cada institución, de las jefas de servicios y de las usuarias para la participación, contaron con los elementos necesarios tanto recurso humano como material, para la recolección de datos. Estos hospitales permitieron la publicación de los resultados para que sean la base de futuras investigaciones, cuentan con camas útiles para el cuidado durante la internación, con quirófano, con camas en sala de parto, con sala de hemodinamia y camas para el control post quirúrgico y hemodinámico materno, tienen protocolos sobre la problemática que sucede en estas patologías como es la hemorragia intraparto o post parto.

La cantidad de enfermeros que tienen cada institución en cada área, es apta para el desarrollo de las actividades y necesaria para el proyecto de investigación. Con respecto a las características de la población, se trata de personas que no poseen cobertura de obra social y a los que tienen, pero no pueden costear el pago de consultas médicas, o adquirir medicación para la continuidad de tratamiento que necesite, se reorganizan los servicios según los cuidados básicos, intermedios o intensivos, según la necesidad o riesgos de la persona.

La cantidad de enfermeros en sala de maternidad, en donde se va a realizar la prueba piloto tiene 20 enfermeros incluyendo jefa de servicio y 36 enfermeros en sala de parto y quirófano. Cada tres meses acuden para la atención, entre 3 / 6 pacientes con acretismo placentario y placenta previa.

Sobre la base de los datos obtenidos se planeó, el tiempo, la estabilidad ambiental en el que se recolectaran los datos, asegurando las mismas características a las usuarias durante el estudio.

Los controles de validez interna por factores extrínsecos que realizan en el diseño como el tiempo, las condiciones ambientales y la comunicación se controla conociendo las instituciones y planificando un tiempo adecuado para la recolección de datos, manteniendo un ambiente con similares características y brindando la información sobre los objetivos del estudio.

Población y Muestra

La población en estudio está constituida, por cada embarazada que curse el tercer trimestre y acuda a las maternidades de Rosario, en el periodo comprendido de enero 2021 a enero 2022.

La unidad de análisis será conformada por cada una de las embarazadas que reúna los siguientes criterios: cualquier edad, número de gestas (incluidos abortos espontáneos), cesáreas

previas y control prenatal realizados, con diagnóstico de acretismo placentario y placenta previa. Luego de obtener los datos, se realizará una medición que se analizará mediante procedimientos estadísticos.

Como se trata de una población de poca incidencia y frecuencia, se extendió el tiempo a un año y agrego más instituciones, como se explicó en sitio y contexto, generalizando solo a las usuarias (unidad de análisis) presentes en el momento de la recolección de datos, durante la investigación (validez externa).

En función de la información recabada en el estudio de convalidación de sitios, los resultados fueron aproximadamente entre 30/40 embarazadas en estas instituciones, por ello el muestreo será no probabilístico y de tipo accidental, en donde la selección de las pacientes es por conveniencia y con determinadas características, donde no es posible calcular el error estándar, ni el nivel de confianza con el que se hará la estimación.

Los resultados de la investigación no se pueden generalizar y aplicar a otros grupos, estos solos podrán generalizarse para la población en estudio porque seguramente las características de otra población serán diferentes. (Validez externa).

Se considera de los principios bioéticos, la beneficencia, donde los sujetos no deben estar expuestos a daños físicos ni psicológicos, explicando que la información obtenida respetara el anonimato en todo momento de la investigación.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.

La selección de la técnica e instrumento se elige de acuerdo a la investigación cuantitativa descriptiva.

La técnica de campo es la observación que consiste en observar a las personas, fenómenos, hechos, casos, objetos acciones, situaciones, entre otros y es no participante, con el fin de obtener determinada información, sin intervenir en el grupo social, hecho o fenómeno.

Las ventajas son que se necesita una lista o escala valorativa para registrar la información, es flexible no existen preconceptos de la situación observada, tiene mayor objetividad y al tener conocimiento de las unidades o fenómenos en observación hay igualdad de condiciones.

Las desventajas consisten en la presencia de desaciertos en la interpretación y lo que se desea medir, pero se controlara mediante ir al lugar varias veces hasta que se naturalice la participación y no modifique acciones o conductas del servicio o de los enfermeros/ equipo de

salud, en la atención a la usuaria. Otra desventaja es que siempre es necesario definir la intención, esto se controla teniendo instrucciones claras, precisas y en un orden, para guiar al investigador.

Para las variables edad, números de cesáreas previas, números de gestas, controles prenatales se sacará información, de las historias clínicas y de la evolución de enfermería de cada usuaria.

Esta variable se recolectará los datos mediante fuentes secundarias como las historias clínicas, registros de enfermería y estudios realizados hasta el momento.

La lista de cotejo y el formulario de control tiene las ventajas de la recopilación de la información rápida y fácil, bajo costo y se desarrolla sin interferir la función del evaluador.

La aplicación de los instrumentos se realizará con previa autorización a la institución, en office de enfermería o sala de registros, en el horario que permita la jefa de sala de maternidad y de parto/quirófano en turno que sea conveniente para cada institución, ya que será para tomar nota de las variables en estudio que se investiga (autorización pág. 49).

La prueba piloto se realizó en embarazadas con acretismo placentario y placenta previa, en hospital público de Rosario, así poder realizar la recolección de datos y poder dar validez al instrumento y lograr la confiabilidad, por ello se toma estas consideraciones el tiempo de llenado del formulario, grado de concordancia, claridad de las instrucciones, el número de personas, realizarlo en pacientes con características similares a las del estudio y luego hacer si se requiere las modificaciones consideradas pertinentes.(se encuentra en anexo III).

El instrumento que se utilizará para medir las variables complejas, será una lista de cotejo para la variable complicaciones, con 6 indicadores para sala maternidad y 9 indicadores para sala de partos, dicotómicos y cerrados (que registra la ausencia o presencia de un determinado rasgo, conducta o secuencia de acciones), mediante una guía detallada, que se registra marcando con una X la presencia o ausencia de las mismas y hay un punto con la palabra observación, para aquellas no descritas. Para la variable cuidados de enfermería, se realizará un formulario o lista de control de manera dicotómica y con respuestas cerradas, la cual se divide, 33 para sala de maternidad y 27 para sala de partos/quirófano, para registrar los datos que surgen de los indicadores, con respuesta SI o NO u observaciones (para agregar algo notorio o de importancia particular). Este instrumento se encuentra en anexo II.

Los controles que se realizó en las técnicas e instrumentos, fueron a través de la prueba piloto, se realizaron 2 observaciones con el instrumento, cuidando que las condiciones ambientales

sean similares y equivalentes para todas las pacientes, en un tiempo de hora y media o dos para la recolección de datos. En este procedimiento, no hubo necesidad de modificaciones.

Con respecto a los principios bioéticos se tuvo en cuenta el principio de autonomía en donde se reconoce a la persona con respeto a su integridad, sus derechos y el consentimiento informado. El investigador debe asegurar que el individuo comprendió su participación y puede retirarse cuando quisiera, y que firmar el consentimiento indica que su participación no fue coaccionada. Si se va a utilizar las historias médicas, muestras de esputo, sangre, tejidos, entre otros, debe obtenerse el consentimiento, aunque el estudio no implique un riesgo o daño, e incluir las medidas para proteger la confidencialidad de los sujetos. Se encuentra el formulario de consentimiento en el anexo II.

Las variables simples a estudiar y su clasificación:

1. Edad:
 - tipo: cuantitativa/ discontinua.
 - Función: independiente.
 - Escala de medición: razón. Rango de 18 a 25 años, de 26 a 34 años y de 35 a 43 años
2. Números de gestas (incluir abortos espontáneos)
 - tipo: cuantitativa/discontinua.
 - Función: independiente
 - Escala de medición: razón. Se detallará donde el 0 indica como nulípara y los números 1,2, 3, 4, 5 indicará multiparidad incluyendo los abortos existentes si tuviera.
3. Números de cesáreas previas:
 - tipo: cuantitativa/discontinua.
 - Función: independiente.
 - Escala de medición: razón. Se detallará desde 0 que indica ausencia de cesáreas previas y luego se contará desde 1, 2, 3, 4, 5.
4. Números de controles prenatales:
 - tipo: cuantitativa/discontinua.
 - Función: independiente.
 - Escala de medición: razón. Se detallará en donde 0 indicará ningún control y los números siguientes como 1-2 control inapropiado y 3-4 apropiado y más de 5 muy apropiado.

Las variables complejas se descomponen en dimensiones: sala de maternidad y sala de partos/quirófanos, cada una tiene sus indicadores que permitirán medir los cuidados de enfermería (son acciones autónomas destinadas a la prevención, detección e intervención de la salud materno fetal) y las complicaciones (problema que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento o tener relación con ellos).

Variable cuidados de enfermería:

- tipo: cualitativa/compleja.
- función: independiente.
- Escala de medición: Nominal pero luego de realizar índices, se convertirá en ordinal.
- Dimensiones: sala de maternidad y sala de partos/quirófano.
- Indicadores: son referentes empíricos que permitirán medir cada dimensión.

Variable complicaciones:

- tipo: cualitativa/compleja.
- función: dependiente.
- Escala de medición: nominal.
- Dimensiones: sala de maternidad y sala de partos/quirófano.
- Indicadores: son referentes empíricos que permitirán medir cada dimensión

DIMENSION 1: sala de maternidad, (cuidados de enfermería).

Indicadores

- ❖ Información y orientación a la paciente sobre la patología y sus signos de alarma:(aumento de la presión arterial, fiebre, sangrado, expulsión de líquido por la vagina, contracciones uterinas de trabajo de parto)
- ❖ Extracción de laboratorios y tipificación. (hematocrito, hemoglobina, química, de tiempos, prueba cruzada y pruebas de coagulación, grupo y factor).
- ❖ Interrogación de alergias, patologías preexistentes.
- ❖ Control de ingresos y egresos.
- ❖ Control de pérdida vaginal y sus características (cantidad, color, olor, frecuencia, presencia de dolor o no).
- ❖ Control de pérdida vaginal, en presencia y ausencia de metrorragia.
- ❖ Higiene de zona perineal, veces que se realiza.

- ❖ Controlar la contracción uterina o dinámica uterina: presencia, ausencia, tiempo de duración, frecuencia, intensidad, lugar del dolor abdominal.
- ❖ Movilidad de la paciente que debe tener durante su internación: reposo absoluto, lo cual está limitada para su aseo, egreso urinario e intestinal.
- ❖ O reposo relativo mientras no haya metrorragia y dinámica uterina presente, se pueda trasladar en silla de ruedas para su aseo personal y egreso urinario e intestinal, pero necesita la colaboración de la enfermera a cargo.
- ❖ Se cumple el reposo relativo por la paciente/ enfermera.
- ❖ Controlar signos vitales (tensión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria), una vez por guardia.
- ❖ Modificar la frecuencia del control de los signos vitales, ante una alteración sea por administración de medicación prescrita por el médico, o por algún cuadro clínico que presenta la usuaria.
- ❖ Vigilar el latido cardiaco fetal (LCF)/movimiento fetal que percibe la paciente.
- ❖ Control de Monitoreo fetal, se deja en ayuno a la paciente y coloca dextrosa 5%.
- ❖ Administrar de tratamiento para la maduración pulmonar fetal (MPF) a completar o empezar y completar.
- ❖ Realizar los cuidados pre operatorios (baño pre quirúrgico, uñas sin pintar y cortas, colocación de vía periférica, retiro de accesorios personales)
- ❖ Controlar esquema completo de vacuna antitetánica. Caso contrario, administre una dosis de toxoide tetánico.
- ❖ Información sobre el ayuno a la paciente.
- ❖ Colaboración para lo que debe llevar sala de partos/quirófano.

DIMENSION 2: sala de partos / quirófano.

Indicadores:

- ❖ Identificar con brazalete a la paciente.
- ❖ Asegurarse que haya los elementos estériles necesarios (guantes, gasa, instrumental) y que no haya pasado su fecha de vencimiento.
- ❖ Colocar o asistir con el cateterismo vesical. Sonda Foley N.º 16,18,20.
- ❖ Prevenir infecciones; mediante acciones como durante la prestación de los servicios de salud; - reducir al mínimo el riesgo de transmisión de serias enfermedades, como por ejemplo la hepatitis B y la infección por el VIH/SIDA, tanto a la mujer como a los

proveedores de servicios y al personal, incluidos el personal de limpieza y el de mantenimiento. (utilización de medidas de bioseguridad correspondiente. (bata o camisolín estéril, cofia o gorro, gafas o protector ocular, cubre botas, barbijo quirúrgico, guantes estériles).

- ❖ Colocar una segunda venoclisis calibre N.º 16/18 y verificación de la permeabilidad de vía periférica que ingresa.
- ❖ Verificar hoja de consentimiento informado, se encuentre firmado para cesárea o histerectomía o transfusión de hemoderivados en intra quirófano.
- ❖ Verificar ayuno completo y si no reportar al médico. (ayuno de 6 a 8 horas) (en caso de ser de emergencia administrar antiemético) administración de dosis de antibiótico cefalotina 2 gramos endovenosos, alternativa ampicilina 2 gramos endovenoso luego de pinzar el cordón umbilical.
- ❖ Vigilar estado de conciencia de la paciente antes de la administración de anestesia. Mediante la respuesta motora, ocular y verbal.
- ❖ Registrar intervenciones de enfermería desde el ingreso a la sala y hasta finalización de cirugía y su traslado a otro servicio.
- ❖ Monitorear los signos vitales (presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria), el nivel de conciencia y la pérdida de sangre.
- ❖ Registrar los hallazgos en una hoja de monitoreo para permitir el reconocimiento rápido si el estado de la mujer desmejora.
- ❖ Cuantificar y registrar ingresos y egresos de la paciente:
- ❖ Administrar oxígeno según necesidad e indicación médica.
- ❖ Controlar signos y síntomas de shock: pulso rápido y débil (110 por minuto o más); Presión arterial baja (sistólica menos de 90 mm de Hg); Palidez (especialmente en el interior de los párpados, la palma de las manos y alrededor de la boca); Sudoración o piel fría y húmeda; Respiración rápida (frecuencia de 30 respiraciones por minuto o más); ansiedad, confusión o inconsciencia; producción escasa de orina (menos de 30 ml por hora).
- ❖ Controlar signos y síntomas de choque hipovolémico: palidez, frialdad, cianosis, hipotensión, taquicardia, sudoración, somnolencia, desorientación, inconsciencia.
- ❖ Coordinar la atención del recién nacido con neonatólogo/a.
- ❖ Controlar y registrar la medicación del carro de urgencias, antes y después de una urgencia o cirugía de alto riesgo.

La respuesta SI tiene un valor de 1 y el NO un valor de 0. Las observaciones son para justificar por qué no o si, se realiza actividad.

COMPLICACIONES:

Indicadores:

- Metrorragia (sangrado vaginal patológico), que no cede con reposo.
- Metrorragia +dinámica uterina *. (Dinámica uterina sostenidas, dolorosas, aumento en su frecuencia e intensidad y regulares.)
- Eco Doppler fetal alterado.
- Movimientos fetales disminuidos o ausentes.
- El sangrado lento y continuo o el sangrado repentino constituyen una emergencia; intervenga cuanto antes y con decisión.
- Contracciones uterinas, que indica un trabajo de parto (regulares de 30 a 90 segundos, dolor en la espalda y alrededor del abdomen haciéndose más fuerte.

DIMENSIÓN 4: sala de parto /quirófano.

Indicadores:

- Nacimiento prematuro (nacimiento que se produce antes de las 37 semanas)
- Hemorragia (sangrado uterino excesivo)
- Histerectomía (extracción del útero por intervención quirúrgica)
- Distrés respiratorio agudo
- Insuficiencia renal aguda
- complicaciones menos frecuentes, como tromboembolismo, CID, muerte materna, entre otros.

Personal a cargo de la recolección de datos

Se convocará a participar en el proyecto a una persona ajena a las instituciones para colaborar en la recolección de datos, la cual será estudiante de enfermería de la materia investigación, esto es una ventaja ya que tiene la teoría y el entendimiento del proyecto. Por ello se capacitará mediante la explicación del objetivo y cuál es el propósito del estudio, para evitar sesgos.

En un primer momento, se realizará una vez por mes y luego solo para reforzar y evitar la sensibilización, así poder lograr la objetividad, en cada caso y con el fin de aclarar dudas, revisión del instrumento o detectar dificultades que pudieran surgir.

Plan de análisis.

Primero se realizará el análisis Univariado de las variables simples y complejas y se describirá el comportamiento de cada variable.

Según la escala de medición cada variable:

1. Edad: de razón. Se medirá con la técnica medidas de tendencia central (son puntos medios o centrales en una distribución). Se obtendrá un solo número que mejor represente a toda una distribución normal, en este caso se usará la medida MODO, representa el valor del puntaje más frecuente de una distribución. Luego se cualificará y se armarán grupos etarios de rango cada ocho años de diferencia entre los mismos. Todas las cuantitativas luego pueden convertirse en cualitativas agrupando valores. Por ejemplo: de 18 a 25 años, de 26 a 34 años y de 35 a 43 años.

2. Números de cesáreas previas: de razón, se medirá con la técnica medidas de tendencia central (son puntos medios o centrales en una distribución). Se obtendrá un solo número que mejor represente a toda una distribución normal, en este caso se usará la medida MODO, representa el valor del puntaje más frecuente de una distribución. Se detallará desde 0 que indica ausencia de cesáreas previas y luego se contará desde 1, 2, 3, 4, 5.

3. Números de gestaciones: de razón. Se medirá con la técnica medidas de tendencia central (son puntos medios o centrales en una distribución). Se obtendrá un solo número que mejor represente a toda una distribución normal, en este caso se usará la medida MODO, representa el valor del puntaje más frecuente de una distribución. Se detallará donde el 0 indica como nulípara y los números 1,2, 3, 4, 5 indicará multiparidad incluyendo los abortos existentes si tuviera.

4. Números de controles prenatales: de razón, se medirá con la técnica medidas de tendencia central (son puntos medios o centrales en una distribución). Se obtendrá un solo número que mejor represente a toda una distribución normal, se usará la medida MEDIANA, es el punto medio que divide una escala numérica de tal manera que las dos mitades sean iguales. Se detallará en donde 0 indicará ningún control y los números siguientes como 1-2 control inapropiado y 3-4 apropiado y más de 5 muy apropiado.

5. Cuidados de enfermería: es esencialmente nominal, luego se armará un índice y se convertirá en ordinal, se medirá con distribución de frecuencias, que dice el número de veces que

aparece un dato, se completa con las frecuencias relativas y acumuladas. Se representará con grafica circular, que muestra la distribución, las frecuencias y porcentajes de una variable. Este grafico nos marcará si los cuidados de enfermería fueron malos, buenos o muy buenos en cada área respectivamente.

6. Complicaciones: nominal, se medirá con la distribución de frecuencia, se usará la medida MODO que identificará la complicación, más presente en sala de maternidad y en sala de partos/quirófano, que se observa. Se detallan en ausente o presente según presencia, con respecto a cada sector.

Luego se realizará un análisis Bivariado, que describirá las asociaciones entre las variables y se efectuará la relación mediante barras adosadas, entre por ejemplo edad (grupo etáreo), las complicaciones que más se observan, otro con el número de gestas relacionado con el número de cesáreas previas y otro relacionando el número de controles prenatales con los cuidados de enfermería. Para analizar los datos se utilizará una gama de técnicas estadísticas, donde se buscará el asesoramiento de un experto en este campo, así poder interpretar los resultados. En consecuencia, se observa coherencia entre la forma de presentación, y entre las pruebas estadísticas con los objetivos en estudio y también hay coherencia entre las pruebas estadísticas propuestas con la población y muestras seleccionadas.

La reconstrucción de las variables complejas, que se medirán mediante la técnica observación no participante y los instrumentos son para los cuidados de enfermería un formulario de control pre estructurado, que se extraerá información de fuentes secundarias como la historia clínica y hoja de enfermería de evolución de la paciente, que se marcaran con SI que tendrán un valor a 1 y NO que tendrá un valor a 0, la suma de la lista SI, indicara una atención de enfermería que va de valor decreciente (malo) a creciente (muy bueno), tanto en sala de maternidad y en sala de parto/quirófano, con previa autorización y para la variable complicaciones, se tomará una lista de cotejo, que indicará la presencia o ausencia de las mismas y un espacio para la observación y así mejorar la recolección de datos.

Estos valores se detallan en tabla siguiente:

Codificación:

Valor de la suma	Resultado de los cuidados de enfermería en maternidad (internación)
<input type="checkbox"/> 26-33	Muy bueno
<input type="checkbox"/> 16-25	bueno

<input type="checkbox"/> 0-15	malo
-------------------------------	------

Valor de la suma	Resultado de los cuidados de enfermería en sala de parto/quirófano
<input type="checkbox"/> 20-27	Muy bueno
<input type="checkbox"/> 10-19	bueno
<input type="checkbox"/> 0-9	malo

PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA:

	ene ro	febr ero	mar zo	abr il	ma yo	jun io	jul io	ago sto	septie mbre	octu bre	novie mbre	diciem bre
Análisis y discusión de los resultados											x	x
Capacitación del personal	X							x	x	x		
Recolección de datos		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Análisis y discusión de los											x	x

resultados												
Presentación del informe para corrección											x	
Informe final e impresión												x

ANEXOS

ANEXO I:

GUIA DE ESTUDIO DE CONVALIDACIÓN O EXPLORATORIO DE LOS SITIOS

Objetivos: realizar un estudio exploratorio en servicios de internación de sala maternidad y sala de partos/quirófano, en efectores públicos, de la localidad Rosario.

1. ¿Las instituciones permiten que se realice la investigación?
2. ¿Las instituciones autorizan que se publiquen los resultados para que este sea la base, de otras investigaciones futuras?
3. ¿Qué cantidades de camas útiles tiene cada Maternidad, para la internación?
4. ¿Con cuántos quirófanos cuenta cada institución?
5. ¿Cuántas camas útiles tiene la sala de partos?
6. Cada institución, ¿cuenta con sala de hemodinamia?
7. ¿Cuántas camas útiles tiene la sala de hemodinamia?
8. ¿Cuántas camas útiles tiene la sala de internación en cada institución?
9. ¿Cada institución cuenta con protocolos sobre hemorragia intraparto o post parto?
10. ¿cuántos enfermeros cuenta la sala de maternidad del hospital?
11. ¿Cuántos enfermeros cuenta la sala de partos y quirófano del mismo?
12. ¿Cuántas embarazadas con acretismo placentario y placenta previa se atiende cada tres meses en el Hospital?

ANEXO II.

FORMULARIO DE COTEJO: Para los cuidados de enfermería en las dimensiones de sala de maternidad y en sala de parto/quirófano.

Técnica: observación no participante.

Nombre de la institución:

Investigador:

Objetivo: Identificar los cuidados de enfermería realizados en la embarazada, durante su internación de acuerdo a su edad y tratamiento médico en sala de maternidad.

Ítems del instrumento: Dimensión: SALA DE MATERNIDAD.

indicadores	SI	NO	Observación
1)¿se informa u orienta a la paciente sobre su patología?			
2)¿se informa sobre los signos de alarma?			
3) aumento de la presión arterial			
4) fiebre			
5)expulsión de líquido por la vagina			
6)contracciones uterinas regulares e intensas, de trabajo de parto.			
7)¿se extrae laboratorio y grupo y factor a la paciente?			
8)¿se pregunta si tiene alergia?			
9)¿se pregunta por patologías preexistentes?			
10)¿se realiza control de ingreso y egresos?			
11)¿hay control de perdidas vaginal?			
12)¿se registran características de perdidas vaginales?			
13)en ausencia de metrorragia¿ se controlan perdidas vaginales?			
14) de acuerdo a la pregunta anterior¿ se realiza dos veces por turno o por guardia?			
15)en presencia de metrorragia ¿se controla e higieniza cada 1 hora?			
16)las contracciones uterinas¿ se controlan una vez por guardia?			
17) en presencia de contracciones uterinas¿ se informa al médico?			
18)¿se respeta el reposo absoluto por enfermería?			

19)¿se respeta el reposo relativo por enfermería?			
20)¿se respeta el reposo absoluto por la paciente?			
21) ¿se respeta el reposo relativo por la paciente?			
22)¿se realiza una vez por guardia el control de signos vitales?			
23)¿ se vuelve a controlar los signos vitales ante un valor anormal?			
24)si el movimiento fetal es percibido por la mama disminuido o ausente ¿se realiza monitoreo fetal completo?			
25)que se indica médico obstetra ante situación anterior ¿administración de dextrosa al 5%?			
26) ¿dejar en ayuno a la paciente?			
27)para la maduración pulmonar fetal se administra ¿betametasona intramuscular?			
28) para la maduración pulmonar fetal se administra ¿dexametasona intramuscular?			
29)cuidado pre quirúrgico ¿ se realiza baño previo a ir a quirófano de acuerdo al ítem anterior se coloca vía periférica o venoclisis??			
30) ¿ se retira a quirófano sin uñas pintadas y cortas?			
34)se retira antes de ir a quirófano sin accesorios, como aritos, piercing, etc.			
31)se controla de esquema de antitetánica y de ser necesario¿ se coloca antitetánica previo a cirugía?			
32)¿se informa sobre el ayuno que debe realizar?			
33)¿ se colabora con la preparación de ropa personal y del bebe para armarlo y lleve a partos?			

Ítems del instrumento: DIMENSION: Sala de partos / quirófano.

Objetivo: Identificar los cuidados de enfermería que se realizan en la etapa pre- parto y durante el parto o en quirófano

Indicadores en sala de parto/quirófano.	SI	NO	Observación
1)¿Se identifica con brazaletes a la paciente antes de un parto o cesárea?			
2) ¿se controla el vencimiento de los materiales a utilizar?			
3)enfermería ¿coloca sonda vesical en estos casos de embarazadas con Acretismo o placenta previa?			
4) ¿se realiza pre medicación antes de la cirugía?			
5) para prevenir infecciones, se toman las siguientes medidas. Lavado de manos?			
6)se colocan guantes estériles?			
7) utiliza batas, antiparras ,cofias?			
8)se coloca una segunda venoclisis y controla permeabilidad de la venoclisis?			
9) se verifica la firma del consentimiento informado para la intervención quirúrgica y transfusión?			
10) se verifica el tiempo de ayuno?			
11)se controla el estado de conciencia antes y durante la intervención quirúrgica?			
12) se registra las intervenciones de enfermería desde el ingreso hasta la finalización de la cirugía?			
13) se monitorea los signos vitales durante la intervención quirúrgica?			
14) se registra el monitoreo en una hoja para facilitar la lectura del control hemodinámico de la paciente?			
15) se cuantifica el ingreso y egreso de la paciente?			

16) se administra oxígeno según necesidad del paciente o indicación médica?			
17) se controlan los signos y síntomas de shock?			
18) el pulso rápido o débil?			
19) hipotensión ?			
Indicadores de sala de parto/ quirófano	SI	NO	observación
20) palidez?			
21) sudoración o piel fría y húmeda?			
22) respiración rápida?			
23) ansiedad, confusión o inconciencia?			
24) producción escasa de orina menos de 30ml por hora?			
25) se controla los signos y síntomas de choque hipovolémico (palidez, frialdad, cianosis, taquicardia, desorientación e hipotensión)?			
26) se coordina la atención del neonato con el neonatólogo?			
27) se controla antes y después de una urgencia o cirugía de alto riesgo, el carro de urgencias?			

Lista de cotejo para la variable complicaciones.

Lugar:

investigador:

Complicaciones en sala de maternidad	ausente	presente	observación
Metrorragia que no cede con reposo			
Metrorragia +dinámica uterina			
Eco Doppler fetal alterado			
Movimientos fetales disminuidos o ausente			
Sangrado lento y continuo o repentino			
Contracciones uterinas(indica trabajo de parto regulares de 30 a 90 segundos, dolor en la espalda y alrededor del abdomen haciéndose más fuertes)			

Complicaciones en sala de parto/ quirófano	ausente	presente	observación
Nacimiento prematuro			
hemorragia			
histerectomía			

Distrés respiratorio agudo			
Insuficiencia renal aguda			
Tromboembolismo			
Coagulación intravascular diseminada(CID)			
Muerte materna			
otros			

FUENTE: elaboración propia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Nombre de la institución:

Objetivo del estudio: Identificar qué edad, números de gestas, cantidad de cesáreas y los cuidados de enfermería incide o colabora en la atención materno fetal y si se puede abrir debate para otra investigación.

No existen riesgos en este estudio ya que se trata de tipo observacional descriptivo.

Estimado participante:

Nos encontramos-----

-----Su colaboración en el estudio consistirá en -----

-----actividad que le tomara alrededor de -----minutos. Usted tiene total libertad de participar o no en esta recolección de datos, así como también de abandonar su colaboración en cualquier momento del proceso.

La información recopilada mediante su participación será estricta y exclusivamente, para nuestro trabajo y solo nosotros tendremos acceso a la misma. Asimismo, la información que proporcione no estará identificada con su nombre, para resguardar el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas.

Su participación en esta investigación no implica ningún beneficio monetario o de otra clase. No obstante, su colaboración es muy importante para el éxito de este estudio y de futuros estudios relacionados con el tema de investigación.

Expreso voluntaria y conscientemente mi consentimiento de participar en el estudio.

No deseo participar del estudio.

Firma:

Aclaración



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

---Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que DANIELA SOLEDAD RODRIGUEZ
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 24 / 11 / 2020

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar



Sra. Profesora
Actividad Académica Tesina
Esp. Nores Rosana.

S _____ / _____ D:

Me dirijo a UD. a fin de informarle que he aceptado ser la/el
Director de la Tesina de Donicela Soledad Romínguez.....A tal
efecto adjunto a la presente un Currículo Vitae Abreviado.

Cabe señalar que he acompañado cada una de las etapas del
proceso de la elaboración del Proyecto, que el mismo reúne los contenidos y los requisitos
de forma y estilo planteados por la Cátedra. Así mismo doy fe que todo lo planteado en este
proyecto corresponde a la autoría intelectual del/la estudiante respetando las normas de
citación, sin presencia de plagio.

Sin otro particular, me dirijo a Ud. con atenta consideración.


GIRALDEZ, ESTELA BEATRIZ
Licenciada en Enfermería
M.P. 4299

ANEXO III

Resultados de la prueba piloto del instrumento.

Se realizó una prueba piloto en el hospital público de Rosario, durante tres meses, con la población que cumplió con los criterios de inclusión/exclusión, a fin de recolectar datos para responder el planteamiento del problema que surgió de observación en lo cotidiano en el ámbito laboral, poco frecuente, pero sí de importancia, ya que tanto la salud materna como fetal tienen complicaciones y requieren una calidad de atención multidisciplinaria.

Al poner a prueba el instrumento listo de cotejo y formulario de control, ante la observación no participativa, se tuvo que solicitar colaboración con alguien que conozca o entienda el mecanismo de investigación (el cual fue instruido e informado sobre los objetivos, situación que se quiere cuantificar y como detallar los instrumentos en sesiones anteriores), y así se puedan medir las variables que son edad, números de gestas, número de cesáreas previas, número de controles prenatales, los cuidados de enfermería que se realizan en sala de maternidad y partos y quirófanos, solicitando previa autorización a la directora de la institución y Jefa de Departamento de Enfermería y Jefas de cada sector. Luego con la autorización aceptada, se visitó varias veces los sectores, hasta que el equipo de salud, no le surgió incomodidad ni malestar. Se pudo realizar la recolección en tanto fue comprendido las preguntas y las opciones para completar el mismo, en los días y horarios fueron propuestos por las jefas del servicio para no interferir, en la rutina del área y con predisposición buena a la intervención de observación y escritura de la información, para que sea completa y productiva.

Se evaluó el procedimiento de los cuidados de enfermería que se realizaron en el primer momento en internación y un segundo momento en partos y quirófano, se consideró el preoperatorio y el intraquirófano o intraparto que suceden mayormente pudiendo ampliar o modificar en los ítems observaciones.

La población total, en la institución en el período descrito, fue de 5 embarazadas con acretismo placentario y placenta previa: 1 un caso fue de una paciente con 30 años, gestas 5, 2 abortos espontáneos, 1 parto y 1 cesárea anterior, los controles fueron escasos en centro de salud, donde requirió tres internaciones hasta su finalización de 35 semanas con maduración pulmonar fetal completa, con diagnóstico final PP Oclusiva parcial de grado I, que no necesito histerectomía pero si se realizó ligadura de trompas de Falopio como anticoncepción segura.

Otro caso, con diagnóstico final PP lateral (gestas 3, 1 parto, 1 aborto espontáneo, sin cesáreas previas y con 3 controles prenatales de edad 23 años) tuvo parto normal con necesidad de transfusiones y de internación en sala de hemodinamia para luego de su óptima evolución, vuelve a sala de maternidad para continuar el puerperio con su bebé de 37 semanas gestacional al nacer.

El resto de los casos fueron de diagnóstico acretismo placentario, un caso asociado a PP oclusiva total, que culminan con finalización entre 32 y 34 semanas gestacional fetal, con pocos controles prenatales, multíparas, con antecedentes de 2 a más cesáreas y de edad superior a 34 años de edad. Una de las pacientes con diabetes tipo II crónica detectado en anterior embarazo, requirió seguir monitorizadas, en unidad de terapia intensiva hasta su buena evolución clínica y sus bebés necesitaron atención del servicio de neonatología.

ANEXO IV:

Embolización uterina obstétrica. (Procedimiento y metodología que realiza HPC)

Descripción de la patología

El acretismo placentario (o placenta acreta) se describe como la inserción anormal de la placenta en la pared del útero, de gravedad variable, lo que impide el alumbramiento completo. Es la causa más frecuente de hemorragia obstétrica principalmente en el posparto inmediato lo que aumenta la morbilidad y mortalidad materna

Se diagnóstica por ultrasonido obstétrico por Doppler y resonancia magnética

Su tratamiento es la histerectomía, que es la extracción parcial (solo se extirpa el útero) o total del útero (se extirpa el útero y el cuello uterino) por medio quirúrgico a partir de una incisión en la parte inferior del abdomen

Finalidad del procedimiento

La embolización de las arterias uterinas (encargadas de irrigar el útero y la placenta) es una alternativa terapéutica para el control y tratamiento de la hemorragia genital posparto

Las ventajas de esta técnica son la detención rápida del sangrado, la capacidad de evaluar los resultados del tratamiento de forma rápida y segura, ser mínimamente invasiva y con una baja reincidencia de resangrado durante la histerectomía

Además, si este se produjere existe la posibilidad de repetir la maniobra de embolización ya que los catéteres se encuentran en posición durante la cirugía

Técnica y pasos del procedimiento

En quirófano:

- 1) Anestesia peridural
- 2) Cistoscopia y colocación de catéteres doble J en ambos uréteres como elementos de referencia durante el acto quirúrgico (Urología)

En sala de Hemodinamia

- 3) Cateterización de las arterias uterinas con técnica crossover mediante punción femoral bilateral previo aortograma para la identificación de las arterias hipogástricas

4) Cesárea

- 5) Si se logra el alumbramiento completo se concluye que se ha tratado de un falso positivo y se da por finalizado el procedimiento. Si no se logra el alumbramiento completo se pasa al paso

6

6) Embolización de las arterias uterinas, mediante la utilización de partículas de gelatina (SPONGOSTAN), Emboesferas, etc. Desde el lecho distal hasta obstruir la irrigación de la placenta. Se realiza el mismo procedimiento en ambas arterias uterinas y los ramos que se originen en cualquier otra arteria.

De no lograrse la cateterización de las arterias uterinas existe como posibilidad de colocar balones en las arterias hipogástricas

Materiales a utilizar

Mesa de Hemodinamia (ver diagrama 1)

- 2 introductores cortos 6fr
- Aguja de punción 18G
- Bisturí nº11
- Guía corta
- Guía hidrofílica 0.032" (Terumo)
- Catéter pigtail (stand by)
- 2 catéter Cobra1 5fr hidrofílicos
- Catéter Sidewinder 5fr hidrofílico (stand by)
- 2 microcateter 2.8fr con su respectiva guía (stand by)
- Jeringa de bomba inyectora (stand by)
- 2 conectores largos para bomba inyectora (stand by)
- 6 bowls (2 bachas metálicas planas)
- 4 jeringas c/rosca de 20cc
- 8 jeringas c/rosca de 10cc
- 2 jeringas c/rosca de 3cc (stand by)
- 2 jeringas c/rosca de 1cc (stand by)
- 4 llaves de tres vías
- 2 llaves de tres vías de alta presión
- 2 conectores en Y (stand by)
- 2 presurizadores
- 2 conectores largos (para los lavadores)
- 2 perfus macrogotero
- 2 hojas de bisturí nº 24
- Tijera de Mayo

- Spongostan – Emboesferas 500-700 viales (stand by)
- IOBAM – TEGADERM
- 2 puntos de piel
- Solicitar a quirófano electrobisturí y sistema de aspiración

Mesa de cirugía

- Instrumental quirúrgico
- Materiales de sutura (vicryl 0, vicryl 1, vicryl 2-0, vicryl 3-0, nylon 3-0 aguja recta, linos 20-30-50 y 70)
- Hoja de bisturí nº 24
- Jeringa de 20cc
- Aguja IM (40/8)
- Jeringa de Toomey o Boneau
- Cánula de aspiración y su tubuladura
- Mango de electrobisturí
- Frasco de vidrio con solución fisiológica tibía
- Compresas de gasa
- Tira de gasa
- Frasco pequeño para muestra (sangre del cordón umbilical)
- Brocal de boca ancha para la pieza quirúrgica (útero)

Disposición Espacial de la sala (ver diagrama 2)

- 2 mesas quirúrgicas (una para Hemodinamia y otra para Obstetricia)
- Electrobisturí
- Bomba inyectora
- Carro de anestesia
- Sistema de aspiración para el campo quirúrgico (desde quirófano)
- Aspiración desde el panel de oxígeno de la sala par anestesia
- Lebrillos (4 grandes con bolsa roja y 2 chicos con bolsa negra)

Posibles complicaciones

- Hemorragia vaginal intensa

- Necesidad de recurrir a múltiples transfusiones de sangre
- Rotura uterina
- Riesgo de lesión en órganos internos (uréteres, vejiga)
- Trombosis de los accesos arteriales femorales (por no poder utilizar heparina en el suero de los presurizadores)
- Embolización en sitio no deseado
- Complicaciones del acceso arterial (hemorragia, hematoma, aneurisma)

Cuidados específicos de Enfermería

Es recomendable que sean dos los enfermeros encargados de la sala para la asistencia de las mesas de Hemodinamia y Obstetricia y Anestesia

-Asegurarse de que se encuentran todos los elementos necesarios en la sala (mesas quirúrgicas, electrobisturí, aspiración, lebrillos, etc.)

-Asistir en la colocación y preparación de la paciente en la camilla

-Asistir en la mesa de Cirugía (instrumental, materiales de sutura, cánula de aspiración, mango de electrobisturí, suero tibio, etc.)

-Asistencia en la preparación de la mesa de Hemodinamia (materiales, preparado de los lavadores continuos, preparado de la bomba inyectora, etc.)

-Durante el procedimiento:

- Constante control de los lavadores a 300mmHg y flujo continuo gota a gota
- Control de la bolsa colectora de orina por posible hemorragia (lesión de vejiga o uréteres)
- Observación del sistema de aspiración para control de la cantidad de sangre proveniente del campo quirúrgico

-Vendaje de la herida quirúrgica y de los sitios de punción finalizada la cirugía

Bibliografía:

- Abrigo Zumba Mercy Marlene, Yoselin Lissbeth Cun Ruiz, Guartan Duchitanga Margarita Cecibel, Morocho Duchitanga Jessenia Estefanía. Licenciadas en Enfermería. (2019), *Proceso de atención de enfermería en gestantes con placenta previa y sus complicaciones materno fetales*. Editorial científico-técnica Disponible: <https://revistamedica.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-placenta-previa> , Recuperado octubre, 2020.
- Alfirevic Z, Stampalija T, Dowswell T. (2017) *Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 6. Art. No.: CD007529. Disponible: DOI: 10.1002/14651858.CD007529.pub4. Recuperado octubre 2020.
- Alspach Johann Grif, RN, MSN, EdD, FAN (2000) *Cuidados Intensivos de Enfermería en el Adulto*. Quinta edición. Pag.505-524.
- Archbold Yuranis. (2019). *Acretismo Placentario*. Disponible: de pág. Web: es.scribd.com/document/420189199/acrestismo-placentario. Tipo Figura número 3. Recuperado noviembre 2020.
- Asprea I, García O, Nigri I. (2013) *Control preconcepcional, prenatal y puerperal*. Edición. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.
- Ávila DS, Alfaro MT, Olmedo SJ. (2016) Generalidades sobre la placenta previa y acretismo placentario. *Rev. Clin. Esc. Med*;6(3):11-20. Recuperado octubre 2020.
- Bezares, B., Sanz, O., & Jiménez, I. (2009). Patología puerperal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32(Supl. 1), 169-175. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200015&lng=es&tlng=es. Recuperado en 14 de noviembre de 2020.
- Bombí I. (1999) *Fecundación e implantación*. Madrid España: Mapfre Tech. Canal Salud;(Internet) Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/fecundacion-implantacionembrion.shtml> Recuperado noviembre 2020.
- Brunner y Suddart. (2003). *Manual de Enfermería medico quirúrgica*. 9ª. Edición, Johnson Mc. Graw.
- Comité de la Sociedad de Medicina Materno Fetal y Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecólogos(ACOG) (2013) *Designaciones de Edad Gestacional*. Disponible: link: www.nichd.nih.gov. Recuperado octubre 2020.

- Cabanyes Truffino, J. (2014). El comportamiento fetal: una ventana al neurodesarrollo y al diagnóstico temprano. *Pediatría Atención Primaria*, 16(63), e101-e110. Disponible: <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322014000400012> Recuperado 2020.
- Carvajal J., Ralph C. (2018) *Manual de Obstetricia y Ginecología*. (novena edición). Disponible: <https://medicina.uc.cl/publicacion/manual-obstetricia-y-ginecologia>. Recuperado agosto 2020.
- Charo Merino, (2019), *Enfermera de quirófano. Mucho más que técnica*. Revista cuidando en quirófano. Disponible: <https://www.cuidandoenquirofano.com/enfermera-de-quirofano-mucho-mas-que-tecnica>. Recuperado octubre, 2020.
- Checa Daniel Andrés, (2013), *Fundamentos y bases de todas las áreas enfermeras*. Manual completo de enfermería.
- De la Huerza López Aida, Sendarrubias Marta Alonso, Jiménez Ana Paola, Del Pozo Vanesa, Álvarez Colomo Cristina, Fe Muñoz Moreno María. (2019) Vol. 91. Núm. 6. Pág. 363-424. *Corticoides antenatales e incidencia de Distrés respiratorio del recién nacido en las cesáreas programadas del pretérmino tardío y término precoz*. Disponible: <https://www.analesdepediatria.org/es-corticoides-antenatales-e-incidencia-distres-articulo-S1695403318305587>. Recuperado octubre 2020.
- Fernández Gómez Davis, (2014). *Teorías y modelos de enfermería*. Publicado en atención sanitaria de página web Slideshare. Disponible: <file:///C:/Users/Luchi/OneDrive/Im%C3%A1genes/Teor%C3%ADas%20y%20Modelos%20de%20Enfermer%C3%ADa.html>. Recuperado 2020.
- Fernández-Lara, JA, Toro-Ortiz, JC, Martínez-Trejo, Z, Maza-Labastida, S de la, & Villegas-Arias, MA. (2017). Tasa de hemorragia, histerectomía obstétrica y muerte materna relacionada. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(4) (5), 247-253. Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000400006&lng=es&tlng=es. Recuperado en 27 de junio de 2020.
- Guirior C. de, Nogué L., Bellart J. (2018) *Protocolo: Tromboembolismo venoso en la gestación y el Puerperio*. Revista Clinic Barcelona, Hospital Universitario. Recuperado 4 noviembre, 2020. www.medicinafetalbarcelona.org.
- Heidari, Z., Sakhavar, N., Mahmoudzadeh-Sagheb, H., & Ezazi-Bojnourdi, T. (2015). *Stereological analysis of human placenta in cases of placenta previa in comparison with normally implanted controls*. *Journal of reproduction & infertility*, 16(2), 90–95.

- Disponible: [\(3\)](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000200012&lng=es&tlng=en) Recuperado en 20 de junio de 2020.
- Orem E. D. (1999) Modelo de Orem. *La teoría de enfermería de autocuidado. Una teoría general*. Salvat (cap3;7). Disponible: [Microsoft Word - rme040614 \(sld.cu\)](#) Recuperado octubre, 2020.
- Organización Mundial de la salud (2007). *Salud de la Madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Disponible: www.who.int. Recuperado noviembre de 2020.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS) (2015) (internet) *Salud Materna*. Disponible: <https://www.paho.org/es/cero-muertes-maternas> Link: https://youtu.be/3_dgi4bbMs. Recuperado octubre, 2020.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS) (2018) (internet) *Recomendaciones de la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/an-c-positive-pregnancy-experience/es/ ISBN: 978-92-75-32033-4. Recuperado septiembre, 2020.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (abril,2015). *Declaración de la OMS sobre las tasas de cesárea*. Disponible: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1. Recuperado mayo 2020.
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Guías de Manejo de las Complicaciones en embarazo*. Ministerio de salud de Panamá. Disponible: [Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo \(clacaidigital.info\)](#) Recuperado agosto 2020.
- Pérez M.E. (1996), *La enfermera como educadora de la embarazada y su núcleo familiar*. Revista hospital materno infantil Ramón Sarda, XV N°3. Disponible: <http://www.sarda.org.ar/images/1996/102-106.pdf>, recuperado septiembre 2020.
- Pérez - Sánchez A. (2011). *Placenta*. Obstetricia. Editorial Mediterráneo Ltda. Cuarta edición. Disponible: www.sintesis.med.uchile.cl/index.php/respecialidades/r-ginecologia-y-obstetricia?id=1673. Recuperado noviembre 2020.
- Pineda, E. B., Metodología de la investigación 2ª edición, (1994) Washington, D.C., Organización panamericana de la salud. Disponible: [Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud \(paho.org\)](#) URI <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3132> Recuperado: mayo, 2020.

- Salazar Molina, Alide, & Valenzuela Suazo, Sandra. (2009). Teoría de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climaterio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(4), 613-619. Disponible: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000400021>. Recuperado octubre, 2020.
- Sampieri, R. Hernández; Metodología de la investigación 6ta edición, (2014) México DF, Mc Graw-Hill /INTERAMERICANA EDITORES, S.A DE C.V. Disponible: [Metodología de la investigación - Sexta Edición \(jalisco.gob.mx\)](#). Recuperado mayo, 2020.
- Schwartz, Sala, Duverges. (2005) *Obstetricia*. 6°ed. Buenos Aires: El Ateneo; Pag.78-9. Disponible: [\(PDF\) Obstetricia de Schwarcz 6ta Edición | Cami Pabón Veloz - Academia.edu](#). Recuperado agosto, 2020.
- Vélez, J., Ángel, G., Beltrán, N., & Calvo, V. (2015). Acretismo placentario: evaluación por resonancia magnética. *Revista Med*, 23(1), 72-78. Disponible: <https://doi.org/10.18359/rmed.1331> Recuperado: mayo, 2020.
- Veliz O, Francisca, Núñez S, Alfredo, & Selman A, Alberto. Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. (2018). *Revista chilena de obstetricia y ginecológica*, 83(5), 513-526. Disponible: <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500513> Recuperado: julio, 2020.
- Zavala Segura J., Carvajal V., Quintanilla A., Pérez G. (2013) *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y manejo de Anomalías en la Inserción Placentaria y vasos sanguíneos fetales*. Secretaria de Salud. México. Disponible: <http://www.cenetec.salud.gob.mx>. Recuperado agosto, 2020.