

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
CON PLACENTA PREVIA EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE
HUACHO, 2015 – 2017”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

PATRICIA ELIZABETH CANALES AREVALO

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA	Presidenta
MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA	Secretario
MG. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRÍGUEZ	Vocal

ASESOR: MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 078

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 12/02/2018

Resolución de Decanato N°466-2018-D/FCS de fecha 07 de Febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. PATRICIA ELIZABETH CANALES AREVALO

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática.....	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación.....	5
MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de términos	27
EXPERIENCIA PROFESIONAL	31
3.1 Recolección de Datos.....	31
3.2 Experiencia Profesional.....	31
3.3 Procesos Realizados en el Tema del Informe	37
RESULTADOS.....	40
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
REFERENCIALES	45
ANEXOS.....	48

INTRODUCCIÓN

La Placenta Previa es una complicación obstétrica que ocurre en el segundo y tercer trimestre de gestación por la anormal implantación del tejido placentario cerca del orificio cervical interno, pudiendo ocluir total o parcialmente. Su incidencia es de 0.5-1.0%, siendo reconocida como una importante determinante en la morbimortalidad materno perinatal, reportándose complicaciones como: parto prematuro, ruptura prematura de membrana, distocia de presentación fetal, hemorragia grave (shock hipovolémico), placenta ácreta (1).

Por las complicaciones maternas y neonatales descritas anteriormente, es necesario conocer cuáles son los factores de riesgos comunes y poder establecer el perfil clínico epidemiológico de las gestantes en nuestra población actual.

El presente trabajo académico consta de siete apartados; I: planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, II: incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, III: considera la presentación de la experiencia profesional, IV: resultados; V: conclusiones, VI: recomendaciones y el VII: referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La primera descripción de placenta previa la dio Guillermeau (1685), quien aconsejó a los cirujanos definir si primero se presentaba el feto o la placenta; Giffart (1730) describió cómo la hemorragia en el parto se debía a la separación entre el orificio cervical interno y la placenta. Pero fueron Levret (Francia, 1750) y Smellie (Londres, 1751) quienes establecieron el concepto de placenta previa, entendida hoy como aquella que se implanta y desarrolla en el segmento inferior del útero, ocluyendo a veces total o parcialmente el orificio cervical interno (2).

Desde entonces, su manejo clínico es controvertido. Durante los siglos XVIII Y XIX se practicaba la rotura de las membranas, metreuresis (dilatación vaginal con bolsa de agua) y la cesárea vaginal. La primera cesárea abdominal por placenta previa se realizó en 1892; el tratamiento conservador hasta la viabilidad fetal fue introducido por Johnson (1945), y el uso de los ultrasonidos para el diagnóstico de la localización de la placenta en 1966, por Gottesfeld (2).

La placenta previa es una de las causantes de la hemorragia obstétrica en la segunda mitad del embarazo, causante de la morbilidad materna perinatal, con un incidencia entre 0.12% a 0.5% a nivel mundial, es decir un caso entre 83 a 200 partos. Se considera la tercera causa

más frecuente de transfusión durante la gestación, parto y puerperio y la segunda causa más frecuente de histerectomía obstétrica (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día mueren alrededor de 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto; el 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, siendo mayor en zonas rurales y comunidades más pobres (4). En Cuba, su frecuencia oscila entre el 0,5 al 1% del total de partos. En relación con los factores de riesgo de placenta previa, se dice que los fundamentales son: historia anterior de placenta previa, edad avanzada de la madre, multiparidad, antecedentes de cesárea anterior y abortos inducidos, embarazo gemelar, y algunos autores incluyen también entre estos al sexo masculino del feto y al tabaquismo durante el embarazo (5).

En Perú, en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), Oscanoa (2015) realizó un estudio donde determinó que la incidencia acumulada 0,63% y letalidad fetal 3,39%, 44% fue PP central total y 33,9% marginal.

Así mismo, encontró que los factores etiológicos mayormente asociados fueron antecedente de legrado uterino (40,7%), cesárea previa (33,9%) y gestante añosa (28,8%) (6).

Además la primera causa de la mortalidad materna a nivel nacional son las hemorragias obstétricas, y en las grandes ciudades ocupa el segundo lugar como causa. Siendo la placenta previa una patología hemorrágica

causante de la morbilidad materna perinatal en que se tomó este caso clínico para realizar el análisis respectivo, identificando con ello la capacidad resolutoria de las instituciones en donde la paciente fue atendida. Mediante la revisión bibliográfica y datos recogidos a nivel local de los casos de pacientes gestantes hospitalizados; identificaremos los diferentes factores, demostrando el impacto personal, familiar y social que tiene esta complicación; con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas y a su vez fomentar en el profesional de Enfermería la Gestión del Cuidado más humanizado.

1.2 OBJETIVO

Describir la experiencia profesional en los cuidados de enfermería en pacientes adultas con placenta previa hospitalizadas en el servicio de Emergencia del Hospital Regional de Huacho. 2015-2017.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente informe pretende dar a conocer los cuidados de enfermería que se deben tener con las pacientes adultas con placenta previa hospitalizadas en el servicio de Emergencia del Hospital Regional de Huacho en el periodo 2015 – 2017 con el propósito de disminuir las complicaciones del paciente durante su estancia hospitalaria.

Profundiza los conocimientos teóricos científicos junto a la experiencia profesional, que favorecen la práctica profesional del manejo hemodinámico de la mujer para su pronta recuperación, beneficiando con una atención oportuna a las pacientes con placenta previa que se atienden en el servicio de Emergencia del Hospital de Huacho.

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

GUISADO (2016), desarrollo su investigación titulado **“Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa HNERM 2014 – 2015”**. Cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo de las gestantes con diagnóstico de placenta previa, tipo de estudio descriptivo retrospectivo, muestra de 46 casos comprobadas por ecografías, resultados obtenidos fueron mujeres añosas con 54.3 % el 63% multíparas, el 71.7 % tuvo al menos una cirugía uterina, legrado uterino con 28.3 %, seguido combinación cesárea más legrado uterino con 21.7 % en el tercer lugar la cesárea con 19.6 % el tipo de placenta previa más frecuente fue en total más frecuente fue el total o completo con 71.1 %.

Conclusión: La mayoría de pacientes estudiadas presentaban un factor de riesgo relacionado con placenta previa por lo que se tiene que descartar y diagnosticar esta entidad de la manera más oportuna y planear el manejo respectivo disminuyendo morbi mortalidad materna perinatal (1).

LÉVANO (2016) desarrollo la investigación en su estudio titulada **“HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACION PLACENTAPREVIA”**. El objetivo fue Conocer el plan de tratamiento que se les da a las pacientes con sangrado en la segunda mitad del embarazo

por diagnóstico de Placenta Previa en el Hospital San José de Chíncha, a través de un estudio con diseño Descriptivo, Retrospectivo y Analítico. Los resultados mostraron que diariamente mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto; las mujeres de más edad y las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia de las hemorragias; la interrupción de la gestación dependerá de la intensidad de la hemorragia y de la madurez pulmonar fetal. En conclusión, la Placenta Previa tiene una incidencia alta con serias repercusiones maternas, elevando la intervención cesárea y con serios efectos feto-neonatales, lo que señala que se debe prestar una atención especial anti-anémica, extremar el cuidado en el período prenatal, evaluar la salud fetal y facilitar el cuidado intensivo neonatal (7).

MARTÍNEZ (2014) desarrollo la investigación en su estudio titulado **“Placenta previa en el hospital regional de Loreto Felipe Arriola Iglesias, Julio 2014”** cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo de la placenta previa, tipo de estudio retrospectivo transversal de caso y controles la muestra fue 19 pacientes con diagnóstico placenta previa y el grupo control 60 gestantes excluidas. **Conclusión:** La gran multiparidad, la edad antecedentes de la edad uterino endometritis, cesáreas, miomectomías, periodo intergenésico corto (3).

CÁRDENAS (2014) desarrollo la investigación en su título "**Prevalencia de inserción placentera después de las 20 semanas de gestación en el hospital Teodoro Maldonado-Ecuador 2013**", el objetivo fue determinar la prevalencia de alteraciones de la inserción placentaria en pacientes más de 20 semanas de gestación, el estudio fue transversal, muestra incluyeron 2448 casos elegidos de forma no aleatoria, los resultaron la prevalencia fue 0.8%. El promedio de la edad de los pacientes fue 31 años, el promedio de gestaciones de 1.4 % el promedio de partos de 1.2, existió un 75% de caso que se manifestó con hemorragia solo el 35 % tenía antecedentes de embarazo anterior complicado no hubo mortalidad y el 95 % de los casos el tipo de trastorno fue el acretismo. **Conclusión:** La prevalencia es baja pero es comparable a los valores más altos de incidencia reportados en varios estudios (8).

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 PLACENTA PREVIA

La placenta se denomina previa porque antecede a la presentación a partir de la semana 20 de gestación. Placenta previa (PP) es aquella que se implanta y desarrolla en el segmento inferior del útero ocluyendo a veces el orificio cervical interno (OCI) (9).

a) Clasificación:

Durante el embarazo:

Tipo I: Placenta lateral o baja. El borde placentario se implanta en el segmento uterino inferior, no llegando hasta el orificio cervical interno, pero a más de 7cm de distancia del orificio cervical interno.

Tipo II. Placenta marginal. La placenta llega justamente al borde de orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa, pero a menos de 7cm del orificio cervical interno.

Tipo III. Placenta oclusiva parcial. El orificio cervical interno está cubierto de manera parcial por la placenta.

Tipo IV. Placenta oclusiva total. El orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta.

De cara al parto se podría simplificar en:

Oclusiva: no permite el parto vaginal. (Tipo III-IV)

No oclusiva: permite el intento de parto vaginal. (I-II)

c) Etiología:

La etiología de la placenta previa es desconocida, La etiopatogenia de la placenta previa no es del todo conocida .Generalmente se admiten dos posibilidades etiológicas; la primera estaría vinculada al propio huevo cigoto, la segunda, al terreno sobre el cual se realiza la implantación.

Causas Ovulares: Al exponer el embarazo tubárico, señalamos que una de las causas etiológicas posibles era el desarrollo precoz de la actividad histolítica del trofoblasto. Un retardo en dicha función podría, por la misma razón, ser la causa de la anidación en el segmento inferior, e incluso, en muy raros casos, en el cerviz (Embarazo ectópico cervical).

Una variedad de naturaleza ovular sería la placenta capsular .La zona del trofoblastos, que habitualmente se pone en contacto con a la decidua capsular transformándose en corion liso, no realiza esta transformación, por lo que el corion frondoso se extiende recubriendo gran parte del saco amniótico. Para que aquella zona del corion se desarrolle, es necesaria una buena vascularización de la decidua capsular.

Como causas ovulares también podrían considerarse las derivadas de un desarrollo anormalmente grande de la placenta por aumento de las necesidades fetales (gemelos) o por procesos específicos que afectan a los vasos vellositarios , interfiriendo en la nutrición fetal (diabetes ,etc.).

Causas Maternas: Se han identificado condiciones que se asocian con mayor incidencia de este cuadro (10):

Alteraciones del endometrio (inflamatorias o atróficas) o miometriales: Antecedentes de cesáreas, legrados uterinos, edad sobre 35 años, intervalo intergenesico breve, miomas uterinos (miomectomias tienen 4 veces mayor riesgo), endometritis, antecedentes de placenta previa (12 veces mayor probabilidad de presentar nuevo episodio).

Aumento relativo de la masa placentaria: Embarazo gemelar, eritroblastosis, feto de sexo masculino, tabaquismo y residencia en altura.

d) Fisiopatología:

El segmento inferior (SI) se forma desde las 20 semanas de embarazo, siendo su mayor desarrollo en el tercer trimestre. Al término, es un cono invertido de 10 cm de alto, cuya base es el anillo de Bandl y su cúspide es el OCI. El segmento inferior es una región inadecuada para la inserción placentaria, por presentar (10):

Endometrio: de menor grosor que determina una decidua más delgada y con menor vasculatura, por lo que la placenta tiende a ser más extendida, aplanada e irregular, con escaso desarrollo de tabiques entre cotiledones. Debido a lo anterior el trofoblasto puede invadir decidua, pared uterina (más delgada) y aún órganos vecinos (acretismo placentario). La inserción placentaria en el segmento inferior permite que actúa como tumor previo.

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

Membranas: en el borde placentario son más gruesas y menos elásticas, existe mayor frecuencia de RPM.

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

En el tercer trimestre del embarazo, el segmento experimenta modificaciones fisiológicas propias del anteparto, cambiando su longitud y grosor y favoreciendo el desprendimiento parcial de la placenta de sus sitio de inserción. Esto se manifiesta a través de una metrorragia de origen materno y cuantía variable (sangra sólo si se desprende), las causas de desinserción son (10):

- **En el embarazo:** Al formarse y crecer el SI (capacidad de elongación es mayor que la placenta), por las contracciones de Braxton-Hicks, (en cada contracción el cuerpo uterino elonga el SI).
- **En el parto:** Por las contracciones del trabajo de Parto, tracción de membranas (contracciones impulsan las membranas hacia el canal cervical), y la dilatación cervical.

e) Factor de riesgo:

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

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

Edad materna avanzada

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

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

Gestación múltiple (dos o más fetos)

Miomas submucosos y pólipos endometriales .Alteraciones funcionales de la mucosa, sinequias intrauterinas o endometriales residuales localizadas.

Así mismo existen otros factores de riesgo como: Tabaquismo, cocaína, razas negras y asiática, sexo masculino del feto e historia previa de desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta.

f) Cuadro clínico:

El síntoma clásico y único de la placenta previa es la metrorragia de la segunda mitad del embarazo, caracterizada por (10):

- Sangre roja, fresca y rutilante.
- Silenciosa, indolora (salvo presencia de contracciones).
- Sorpresiva: aparece con frecuencia en reposo, sin molestias previas. La embarazada puede despertar en "una poza de sangre".
- Externa: compromiso materno en relación a la hemorragia observada.
- La primera hemorragia habitualmente es de regular cuantía, sin compromiso del estado general, y generalmente cesa en forma espontánea.
- Recidivantes: los episodios de hemorragia se presentan con intervalos cada vez menores y más abundantes a medida que progresa la gestación.

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

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

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

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

La Placenta Previa actúa en la cavidad uterina como tumor previo, por lo que las presentaciones altas son frecuentes, al igual que las presentaciones de tronco, nalgas (30%) y las posteriores (15%). A la inversa, una presentación de vértice, con buen apoyo en la pelvis, nos debe hacer pensar en otra causa de metrorragia.

Los latidos cardiacos fetales habitualmente son normales. El compromiso fetal depende del compromiso materno, que junto al ritmo sinusoidal en el monitoreo fetal indicaría que el feto también ha sangrado al desprenderse la placenta.

g) Diagnóstico:

Anamnesis: características de la hemorragia, factores causales, etc.

Exploración física:

- El examen del abdomen releva un útero blando e indoloro, al no existir normalmente dinámica uterina.
- El tacto vaginal, en principio, está prohibido, dado que puede movilizar cotiledones y coágulos formados e incrementar la hemorragia.
- La especuloscopia permite comprobar el origen uterino de la hemorragia y confirmar o descartar otras causas locales de hemorragia. No es una prueba recomendada por todos los autores. De hacerse, debe realizarse con cuidado.

Ecografía:

Numerosos estudios confirman que la **ecografía transvaginal** es segura como método diagnóstico de placenta previa. Su utilización no incrementa el riesgo de hemorragia y tiene mayor sensibilidad que la ecografía abdominal para localizar la placenta.

Para establecer el diagnóstico de placenta previa es necesario demostrar la presencia de tejido placentario en la región del segmento inferior del útero, anterior, posterior o lateralmente

- El hallazgo de una placenta previa parcial o marginal antes de la semana 24 debe interpretarse con precaución, más aún si la paciente está asintomática. Lo más probable es que la placenta

previa deje de serlo al avanzar la gestación, sobre todo si el borde craneal se extiende hasta el fondo del útero. En estos casos, debe realizarse un seguimiento ecográfico hasta el tercer trimestre, antes de establecer un diagnóstico definitivo.

Cuando el grueso de la placenta se localiza ocluyendo el orificio cervical interno en el segundo trimestre es muy probable que persista siendo previa en el momento del parto. Asintomáticas con sospecha de placenta previa total, una ecografía transvaginal debe realizarse a las 32 semanas, para esclarecer el diagnóstico y luego planear el manejo en el tercer trimestre y parto.

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

Cardiotocografía: Para comprobar el bienestar fetal.

Exámenes Auxiliares: Hemograma completo, Grupo Sanguineo y Rh, Perfil de coagulación, Glucosa, Urea y Creatinina, Examen completo de Orina, pruebas cruzadas y depósitos de sangre.

h) Diagnóstico diferencial:

Se deben considerar todas aquellas causas de hemorragia durante la segunda mitad de la gestación: Desprendimiento Prematuro de Placenta, Rotura Uterina, lesiones vaginales o cervicales (pólipos, neoplasias, lesiones traumáticas, etc.), rotura de vasa previa y seno venoso marginal.

Cuadro N° 2.1
Diagnóstico diferencial de placenta previa

Variable	Placenta previa	DPPNI	Ruptura uterina
Inicio	Insidioso	brusco	brusco
Hemorragia	Externa	Interna y/o externa	Interna
Sangrado	Rojo Rutilante	Rojo Oscuro	Rojo
Hipertensión	No	Frecuente	No
Shock	Ocasional	Frecuente	Frecuente
Dolor	No	Si	Previo
Utero	Tono Normal	Hipertónico	No se palpa.
Palpación fetal	Normal	Difícil	Fácil
Cicatriz Uterina	Eventualmente	No	Habitual

i) Manejo específico:

De acuerdo a la magnitud del sangrado:

Hemorragia severa, determinada por pérdida sanguínea que lleva a cambios hemodinámicos, taquicardia, hipotensión arterial.

Cualquiera sea la edad gestacional: cesárea.

Procurar ingresar a sala de operaciones, previa o en forma simultánea a la transfusión de paquete globular o sangre completa.

Si no se logra una hemostasia correcta en el segmento inferior a pesar de técnicas conservadoras, proceder a histerectomía.

Hemorragia leve, sin cambios hemodinámicos:

Actitud conservadora dependiendo de la madurez pulmonar fetal, coordinando con la unidad de neonatología:

Feto inmaduro (edad gestacional mayor de 22 y menor de 34 semanas):

Maduración pulmonar: Betametasona 12 mg c/24 horas, una por día por dos días (2 dosis). Si no se cuenta con Betametasona usar Dexametasona 4 mg EV c/6 horas por 2 días (8 dosis).

Culminar el embarazo por la vía más apropiada, si el sangrado no cede.

Feto maduro: De acuerdo con las pruebas de madurez fetal (por ecografía).

Culminar la gestación por la vía más apropiada (parto vaginal o cesárea) según el caso.

Según la localización de la placenta:

Placenta previa total: cesárea.

Placenta previa marginal o Inserción baja: parto vaginal monitorizado.

Placenta previa parcial: vía vaginal si el parto es inminente (dilatación mayor de 8 cm) y el sangrado es escaso. Cesárea si el sangrado es profuso.

j) Tratamiento: Debemos valorar:

- **El estado materno:** si la hemorragia es intensa debemos reponer las pérdidas y hacer una cesárea.
- **El estado del feto:** actuaremos igual que en el caso anterior añadiendo la indicación de cesárea si aparece algún signo de sufrimiento fetal. Se puede optar por la vía vaginal en caso de muerte fetal siempre que no peligre la vida de la madre.
- **Variedad anatómica de la placenta:** en las placentas de tipo oclusivo (TIPO III-IV) para finalizar la gestación se optara por una cesárea. En las placentas no oclusivas (TIPO I-II) puede valorarse la vía vaginal aunque si tras amniorrexis persiste la hemorragia se debería realizar una vía alta
- **Actitud durante la gestación:** En la actualidad se tiende a realizar un manejo conservador expectante de las pacientes sintomáticas con placenta previa antes del término y buen estado hemodinámico (Anexo).

2.2.2 PLACENTA PREVIA

a) El manejo hospitalario de la placenta previa se basa en:

Reposo absoluto

Evitar los tactos vaginales innecesarios.

Control de constantes maternas.

Control de pérdidas

Controles analíticos

Control periódico del bienestar fetal.

Tratamiento de la amenaza de parto pretérmino si fuera preciso.

Aceleración de la maduración pulmonar con corticoides si fuera preciso según las pautas y protocolos habituales.

Una vez haya cedido la hemorragia, si el estado materno-fetal es adecuado, podemos plantearnos el manejo ambulatorio tras 48-72 horas de ausencia de hemorragia. Sin embargo, tras el episodio inicial, la hemorragia se suele repetir, siendo imposible predecir el momento en que ocurrirá el nuevo episodio hemorrágico, su cuantía y frecuencia, aunque existe la tendencia a que progresivamente sean más intensos y frecuentes, disminuyendo la duración de los periodos sin hemorragia. Por ello es importante que la paciente esté correctamente informada de estos aspectos, comprenda y acepte los beneficios y riesgos del alta hospitalaria. La paciente debe acudir al hospital si presenta un nuevo episodio hemorrágico.

b) Actitud durante el parto:

Consideraciones generales: En pacientes con placenta previa sintomática y tratamiento conservador expectante, se finalizará la gestación de forma electiva en la semana 37. En pacientes con placenta previa asintomática:

Cesárea electiva a las 37-38 semanas si es "oclusiva".

Si es una placenta "no oclusiva", se puede esperar al inicio del parto y decidir la vía del parto en función de la evolución del caso.

Antes del parto, la paciente debe ser informada de las diferentes alternativas en función del tipo de placenta previa que presente. Igualmente conocer la posibilidad de precisar una transfusión. Se debe disponer de sangre cruzada en cantidad suficiente.

Tipo de parto: Debe basarse en criterios clínicos.

Indicaciones de cesárea:

Placenta previa parcial o total (TIPO III-IV)

Hemorragia intensa

Mal estado materno (shock o preshock)

Signos de sufrimiento fetal

Distocias asociadas

Hay autores que recomiendan la cesárea en casos de placenta marginal en cara posterior, pues la placenta puede obstaculizar el descenso de la cabeza fetal a través del canal del parto.

Si la paciente con placenta previa tiene antecedentes de cesárea anterior debe considerarse la posibilidad que exista un acretismo placentario y se debe informar a la paciente tanto sobre el riesgo de hemorragia como sobre la posibilidad de tener que recurrir a realizar una histerectomía obstétrica.

Parto vaginal: En los casos de placenta baja (que llega a 2-3 cm del orificio cervical interno) o de placenta marginal, el riesgo de sangrado durante el parto es significativo. Sin embargo, en estas pacientes se puede realizar un intento de parto vaginal si se dispone de personal y medios para realizar una cesárea de emergencia si fuera preciso. En muchos casos, la cabeza fetal al descender, comprime la zona de placenta sangrante y se consigue el cese de la hemorragia.

Debe informarse a la paciente de las ventajas y riesgos asociados y disponer de todos los medios adecuados para realizar una cesárea urgente en caso de necesidad.

Si el cuello uterino es favorable, debe realizarse la amniorrexis para facilitar el descenso de la cabeza fetal y que comprima el borde placentario. De esta forma ayudaremos a cohibir la hemorragia.

Debemos tener en cuenta la asociación que existe entre la placenta previa con vasos previos y con cotiledones aberrantes por lo que la amniorrexis debe de realizarse con suma precaución.

Se permitirá la evolución del parto si éste transcurre sin hemorragia o con sangrado mínimo y el estado materno y fetal no se altera. Debe realizarse monitorización materno-fetal continua y disponer de sangre cruzada y quirófano preparado.

c) Complicaciones:

Las complicaciones maternas potenciales incluyen hemorragia mayor, shocks y muerte.

El riesgo de infección y formación de coágulos sanguíneos o tromboembolismo asimismo pueden aumentar, tal como la probabilidad de necesitar una transfusión sanguínea.

La prematuridad, lo cual ocurre cuando un bebé está antes de la semana 36 de gestación, es responsable de cerca del 60% de muertes infantiles secundario a la placenta previa.

La pérdida de sangre fetal o hemorragia pueden ocurrir debido a que la placenta se desgarró de la pared uterina durante la labor de parto. También puede ocurrir con la entrada al útero durante un parto de cesárea.

Las complicaciones maternas abarcan hemorragia profusa (sangrado), shock y muerte. También aumenta el riesgo de infección o de formación de coágulos sanguíneos (tromboembolia), así como se incrementan las probabilidades de necesitar de una transfusión de sangre.

Los nacimientos (bebés de menos de 36 semanas de gestación) son responsables de cerca del 60% de las muertes de bebés en casos de placenta previa. La pérdida de sangre del feto o hemorragia puede ocurrir debido a que la placenta se separa de la pared del útero durante el trabajo de parto e igualmente puede ocurrir con el acceso quirúrgico al útero durante un parto por cesárea.

2.2.3 TEORÍA DE PATRICIA BENNER

Patricia Benner introdujo el concepto de las enfermeras expertas, quienes desarrollan habilidades y la comprensión de la atención del paciente, a través de una base educativa sólida, así como una multitud de experiencias. En su teoría de principiante a experta plantea que a medida que la enfermera gana experiencia el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimientos prácticos y teóricos.

Ella conceptualizó en sus escritos acerca de las habilidades de enfermería ya que la experiencia es un requisito previo para convertirse

en un experto. Es así como describe 5 niveles de experiencia en enfermería como (11):

- 1. Principiante:** Sin experiencia, se ayuda de las normas generales para realizar tareas. Las reglas son: libre de contexto, independiente de casos concretos y de aplicación universal; la conducta está gobernada, es limitada y poco flexible "Dime lo que tengo que hacer y lo haré".
- 2. Principiante Avanzado:** Muestra de rendimientos aceptables, ha adquirido una experiencia previa en situaciones reales de reconocer. Principios sobre la base de experiencias, comienzan a ser formulado para orienta las acciones.
- 3. Competentes:** Normalmente, una enfermera con 2 a 3 años de experiencia en el trabajo en la misma área o en similares situaciones del día a día. Más conscientes de los objetivos a largo plazo, perspectiva de ganancias derivadas de la planificación de acciones propias basadas en el pensamiento consciente, abstracto y analítico y ayuda a lograr una mayor eficiencia y organización.
- 4. Competente:** Percibe y comprende las situaciones en partes enteras (comprensión integral), lo que mejora la toma de decisiones Aprende de las experiencias de lo que cabe esperar en ciertas situaciones y cómo modificar los planes.

5. Expertos: Ya no se basa en los principios, reglas o directrices para conectar las situaciones y determinar las acciones. Tiene comprensión intuitiva de las situaciones clínicas, con un rendimiento fluido, flexible y altamente competente.

Los diferentes niveles de habilidades de reflejar los cambios en tres aspectos del desempeño calificado:

Movimiento de basarse en principios abstractos de utilizar las experiencias pasadas concretas para orientar las acciones

Cambio en la percepción del alumno de situaciones como las partes toda vez que en piezas separadas.

El pasó de un observador individual a un ejecutante de participar, ya no fuera la situación, pero ahora participa activamente en la participación.

El modelo de Patricia Benner se adapta a nuestro trabajo diario, pues en nuestros inicios no tenemos la experiencia necesaria para poder atender emergencias obstétricas que se presentan con frecuencia, y con el transcurrir del tiempo pasamos de enfermera principiante a enfermera experta.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Cuidado de enfermería: Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él (12)

Placenta previa: Se conoce como placenta previa a la inserción de la placenta total o parcial en el canal del parto, o sea, en el segmento inferior y en el cuello (13).

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización de este trabajo académico hice la revisión y el análisis de documentos institucionales generales como las Historias clínicas y la información estadística hospitalaria, también documentos intermedios como registros del servicio de Emergencia del Hospital Regional de Huacho; así como también el análisis de la evidencia propia en el campo de acción, la observación participante y la entrevista

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Recuento de la Experiencia Profesional

En este trabajo académico redacto mi experiencia laboral como enfermera profesional con 4 años de servicio, egresada de la Universidad Privada San Pedro Filial Huacho.

Desde el 01 de enero de 1995 ingrese a trabajar en el hospital regional de Huacho como personal de apoyo en el rol de técnica de enfermería en el servicio de emergencia sin recibir pago alguno, luego en el año 1996 pase a ser un personal contratado hasta el año 2011 con 15 años contratada. En la cual durante ese tiempo realice mis estudios superiores. En el año 2011 pase a ser un personal

Velar por el mantenimiento y la conservación de los equipos y mobiliario del servicio.

Supervisar las actividades del personal técnico de enfermería.

Cumplir con las Normas de Precaución Estándar (bioseguridad).

Participar en la vigilancia epidemiológica intra-hospitalaria.

Área de Docencia

Brindar educación sanitaria al usuario, la familia y la comunidad de acuerdo a las necesidades identificadas.

Participar en los programas de formación y capacitación programados por la Unidad de Docencia e Investigación.

Mantener un nivel óptimo de conocimientos de Enfermería, acorde con los avances científicos y tecnológicos en la salud.

Participar en actividades de docencia de pregrado, correctamente uniformada según acuerdo institucional.

Capacitar a la familia y la comunidad para la respuesta ante situaciones de emergencia y desastres.

Área de Investigación

Participar en las actividades de investigación científica en el campo de la Enfermería.

Realizar proyectos de mejora continua de la calidad en beneficio del desarrollo del servicio.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

En mi experiencia profesional, dependiendo del grado de compromiso materno/fetal las intervenciones de enfermería en la prevención de complicaciones serán:

En caso de un feto todavía inmaduro y ante la evidencia de un Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP) parcial, la gestante es hospitalizada, a fin de identificar oportunamente alguna exacerbación del cuadro, que de no haber evidencia se le puede dar de alta a los pocos días. Si el feto es maduro, se puede realizar un parto vaginal si el sufrimiento fetal y la alteración del bienestar materno es mínimo; de lo contrario, se puede optar por una cesárea para proteger al binomio madre – niño.

La primera acción es evaluar el estado de conciencia, Monitorizar y valorar signos vitales cada 15 a 30 minutos. Instalar sonda Foley para el control de diuresis. El reemplazo de líquidos por vía intravenosa, para ello se canalizan dos accesos venosos periféricos y se verifica la permeabilidad, de ser favorable se inicia reposición de líquidos de acuerdo a la hemorragia.

Valorar las pérdidas sanguíneas; teniendo la precaución de que pocas oportunidades la cantidad no guarda relación con la gravedad del cuadro. De ser necesario realizar Transfusión de sangre

Coordinar con el banco de sangre los hemoderivados compatibles con la paciente, para tenerlos al alcance si son necesarios Preparar a la paciente para el traslado inmediato a SOP Brindar apoyo emocional a la paciente y familia por la situación de estrés por la que cursan

Efectivizar los exámenes complementarios de urgencia como grupo sanguíneo y factor Rh, hemograma para buscar los valores de hemoglobina y hematocrito y ver si son necesarias las reposiciones flemáticas

Asegurar una oxigenación adecuada administrando oxígeno a razón de 3 litros por minuto. Mantener a la paciente en posición DLI esto permite una mayor y mejor irrigación de la placenta, ya que evita la presión del útero sobre la vena cava que trae la sangre de retorno al corazón; favoreciendo una mejor oxigenación al feto.

Valorar el área abdominal de la gestante cada 15 o 30 minutos con la finalidad de detectar: Hiperdinámia y un útero de consistencia leñosa, Aumento de tamaño que indica colección de sangre dentro del útero; y Valoración bienestar fetal: movimientos fetales activos.

Finalmente se debe tener control cuidadoso de la madre en búsqueda de: Síntomas de shock hipovolémico, Signos de sufrimiento fetal (ritmo cardíaco fetal muy alto, muy bajo o cambios anormales en el ritmo cardíaco del feto en relación con las

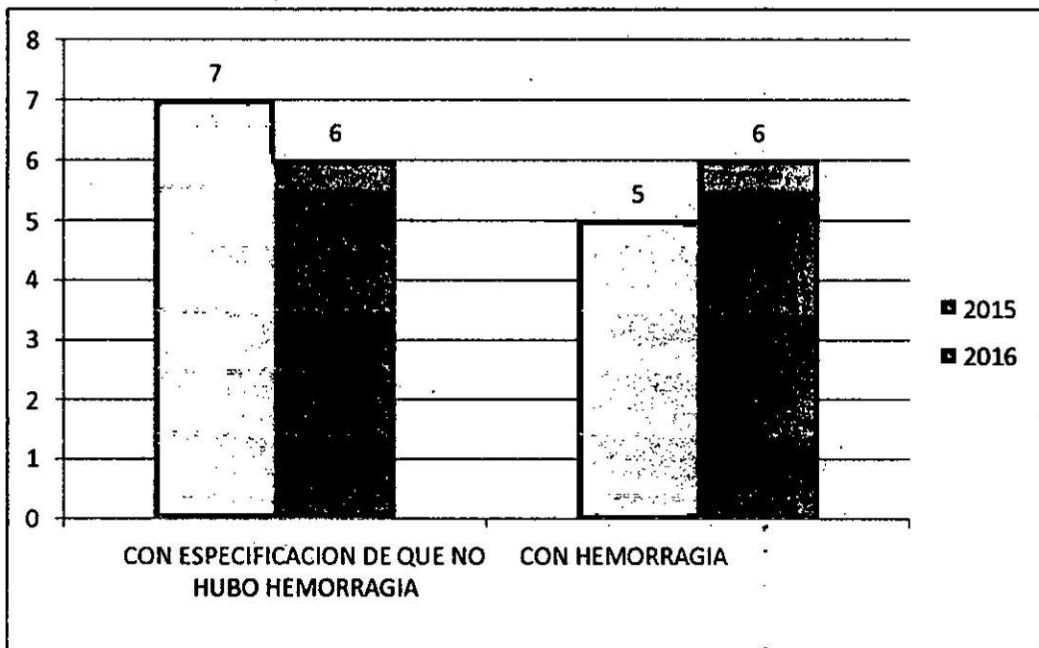
RESULTADOS

CUADRO 4.1
PRESENTACIÓN DE PLACENTA PREVIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO 2015 - 2017

PRESENTACIÓN DE PLACENTA PREVIA	2015	2016
Placenta previa con especificación de que no hubo hemorragia	7	6
Placenta previa con hemorragia	5	6
Total	12	12

Fuente: Base de datos del servicio de gineco-obstetricia

GRÁFICO 4.1
PRESENTACIÓN DE PLACENTA PREVIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO 2015 - 2017



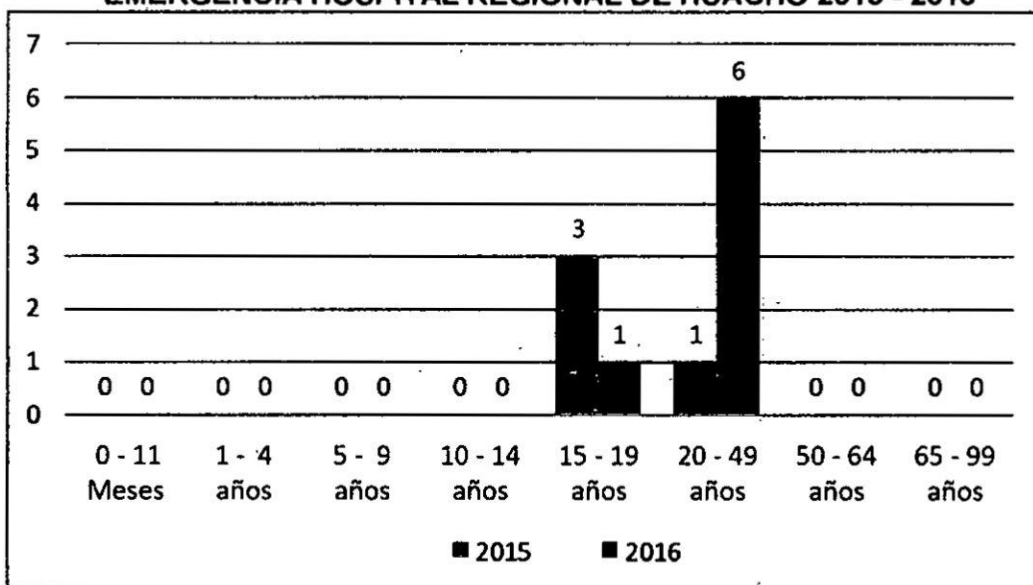
En el cuadro 4.1, no se evidencian diferencias marcadas en la presentación de placenta previa hemorrágica y no hemorrágica.

CUADRO 4.2
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO 2015 - 2016

Edad	2015	2016
00 - 11 Meses	0	0
01 - 04 años	0	0
05 - 09 años	0	0
10 - 14 años	0	0
15 - 19 años	3	1
20 - 49 años	1	6
50 - 64 años	0	0
65 - 99 años	0	0
Total	4	7

Fuente: Base de datos del servicio de gineco-obstetricia

GRÁFICO 4.2
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO 2015 - 2016



En el cuadro 4.2 que el desprendimiento prematuro de placenta se da con mayor frecuencia en la población mayor a 20 años, habiéndose incrementado caso al doble en el 2016.

CUADRO 4.3

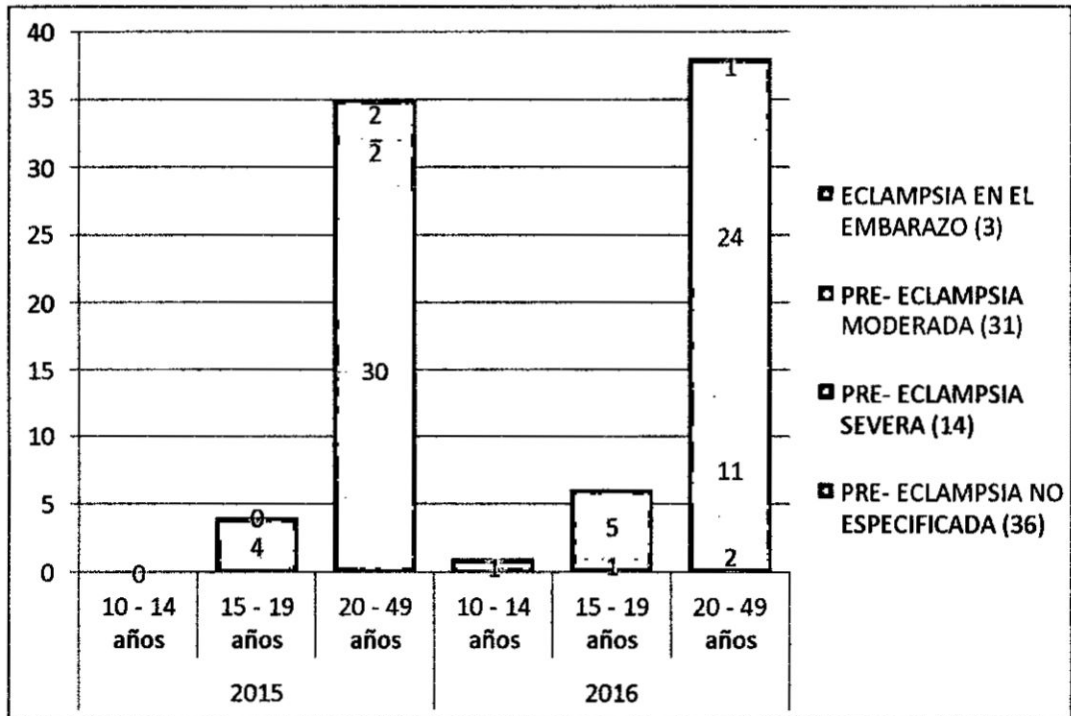
MORBILIDAD POR DIAGNÓSTICO Y EDAD EN PACIENTE CON PLACENTA PREVIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO 2015 - 2016

Morbilidad	2015			2016		
	10 - 14 años	15 - 19 años	20 - 49 años	10 - 14 años	15 - 19 años	20 - 49 años
Pre- eclampsia no especificada	0	4	30	0	0	2
Pre- eclampsia severa	0	0	2	0	1	11
Pre- eclampsia moderada	0	0	1	1	5	24
Eclampsia en el embarazo	0	0	2	0	0	1

Fuente: Base de datos del servicio de gineco-obstetricia

GRÁFICO 4.3

MORBILIDAD POR DIAGNÓSTICO Y EDAD EN PACIENTE CON PLACENTA PREVIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO 2015 - 2016



En el cuadro 4.3 se observa que en el último año, se incrementaron los casos de pre-eclampsia moderada y pre-eclampsia severa.

CONCLUSIONES

- a) Se observa que la mayoría de los casos de complicaciones por desprendimiento prematuro de placenta se dan en mujeres mayores de 20 años, así como la pre-eclamsia, específica y más recientemente la moderada (2016).
- b) Es sumamente importante tener en cuenta los criterios diagnósticos para identificar oportunamente una presentación anormal del feto o la placenta, así como intervenir directamente y con un monitoreo continuo previo al parto de la gestante.
- c) La intervención de enfermería debe centrarse en la educación sobre los cuidados necesarios en pacientes con placenta previa, y dialogo constante con la paciente, a fin de prevenir complicaciones en el feto y la puérpera, sustentando su labor en el conocimiento y al experiencia.

RECOMENDACIONES

- a) A los profesionales de enfermería, concientizar a las gestantes de iniciar precozmente su control pre-natal que de esta manera se puede identificar las patologías.
- b) Al servicio, dar mayor énfasis al diagnóstico clínico y no confiar solo en exámenes auxiliares que no puede dar un mal diagnóstico; así como hacer seguimientos de gestantes que no acuden a su control prenatal, en coordinación con jefas del servicio de consultorios externos centro y promotores de salud para el monitoreo de gestantes y realizar charlas sobre el control prenatal.
- c) Incentivar la realización de capacitación continua en el departamento de enfermería en nuestra institución más específicamente en el servicio de emergencias donde llegan múltiples patologías obstétricas y que esto cree un desafío al profesional de enfermería para atender de la mejor manera posible a estas pacientes y salvaguardar la salud materna infantil.

REFERENCIALES

1. GUISADO AGUAYO CL. Prevalencia de factores de riesgo en gestantes con placenta previa en el periodo Enero-Setiembre 2015 en el HNERM. Tesis. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2016.
2. ANDIA MELGAR B, FUENTES C, POZO O, ROJAS M, VIZCARRA H, ARANCIBIA FL. Placenta Previa. Univ. Cienc. Soc. [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2018 Feb 08];(3): p. 42-45. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S8888-88882010000200011&lng=es.
3. MARTINEZ PADILLA GM. Placenta previa hospital regional de Loreto Felipe Arriola Iglesias- julio del 2014. Tesis de segunda especialidad profesional. Ica: Universidad Privada de Ica, Facultad de Ciencias Huamanas y Ciencias de la Salud; 2015.
4. OMS. Mortalidad materna. [Online].; 2016 [cited 02 Mar 2018]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
5. VALDÉS I, et al. Comportamiento de la placenta previa en el Hospital Ginecoobstétrico "América Arias", período 2003-2005. Rev. Cubana Medicina General Integral. [revista en Internet]. 2008; 24(3).

6. OSCANO A. Placenta Previa. Instituto Especializado Materno Perinatal. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [En línea]. 2015 May; 51(4): p. 219-224. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/37>
7. LÉVANO VALERIO NV. Hemorragias de la segunda mitad de la gestacion placenta. Trabajo de investigación para optar el título de segunda especialidad. Ica: Universidad Privada de Ica, Facultad de Ciencias Huamanas y Ciencias de la Salud; 2016.
8. CÁRDENAS. Prevalencia de inserción placentera después de las 20 semanas de gestación en el hospital Teodoro Maldonado-Ecuador 2013. Trabajo de investigación de titulación. Cuenca, Ecuador: Universidad Católica del Cuenca, Unidad Académica de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud; 2013.
9. ACHO MEGO SC, SALVADOR PICHILINGUE J, DÍAZ HERRERA JA, PAREDES SALAS JR. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo, en un Hospital Nacional de Lima. Rev Per Ginecol Obstet. 2011; 57: p. 243-247.
10. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE. Obstetricia Salinas H, Parra M, Valdéz E, Carmona S, Opazo D, editors. Santiago: Departamento de Obstetricia y Ginecología; 2005.

11. LOYA ÑACATA AE, MUSO CANTUÑA LO. Hemorragia obstétrica en el puerperio inmediato en mujeres atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital Enrique Garcés, 2010. Tesis. Ambato, Ecuador: Universidad Regional de los Andes, Facultad de Ciencias Médicas; 2013.
12. BÁEZ HERNÁNDEZ FJ, NAVA NAVARRO V, RAMOS CEDEÑO L, MEDINA LÓPEZ OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan. 2009 Jun; 9(2): p. 127-134.
13. HERNÁNDEZ CABRERA J. Placenta previa. incidencia, algunas consideraciones y su repercusión en la morbilidad perinatal y materna, 1995-1996. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1998; 24(2).
14. Prevalencia de inserción placentera después de las 20 semanas de gestación en el hospital Teodoro Maldonado-Ecuador 2013. Trabajo de investigación de titulación. Cuenca, Ecuador: Universidad Católica del Cuenca, Unidad Académica de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud; 2013.
15. MOF del departamento de emergencia y cuidados intensivos.
16. Manual de organización y funciones del departamento de enfermería.

ANEXOS

ANEXO 03

EVIDENCIAS DE LA EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL

FIG 1:

SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL

