

HEMORRAGIAS EN EL 3º TRIMESTRE: PLACENTA PREVIA

García Galán, Rocío Esperanza; Florido Harana, M^a Auxiliadora

Matrona Hospital SAS Jerez



Introducción:

Por placenta previa se entiende la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero. Son causa del 20% de las hemorragias del 3er trimestre.

Existen 4 variedades anatómicas según la relación entre el borde inferior de la placenta y el orificio interno del cuello uterino (OCI):

- Baja o lateral: se inserta en segmento inferior en mayor o menor medida.
- Marginal: el borde de la placenta entra en contacto con el OCI.
- Oclusiva: Se distinguen dos subtipos, que siempre darán sintomatología, sobre todo en el tercer trimestre.

o Total: cuando el OCI está completamente cubierto por la placenta

o Parcial: el OCI se encuentra cubierto parcialmente por la placenta.

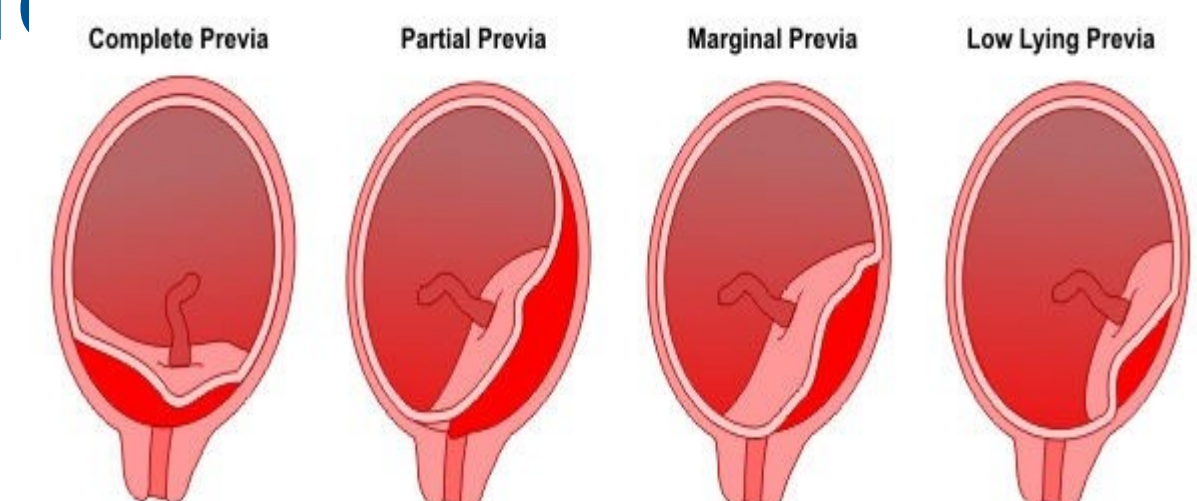
El sangrado genital es el síntoma principal, apareciendo a partir de la semana 28-30 de gestación, de forma brusca e inesperada. El sangrado es rojo y líquido. Tiene tendencia a la hemostasia temprana, pero una vez se presenta el primer episodio, las hemorragias se repiten a intervalos más cortos y con mayores pérdidas. La morbilidad materno-fetal es elevada si no se actúa de manera rápida y adecuada.

OBJETIVO:

Conocer la actuación correcta ante una urgencia por sangrado debido a placenta previa

Métodos:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: PubMed, Cuidenplus, CINAHL, EMBASE, Cochrane plus; así como en los diferentes tratados de obstetricia y ginecología, protocolos existentes y recomendaciones de la OMS. Las palabras clave utilizadas fueron: placenta previa, metrorragia, gestación, urgencias



Resultados:

El diagnóstico está basado principalmente en.

1.- Exploración física: El abdomen blando e indoloro. La placenta impide un adecuado descenso y encaje de la presentación fetal. NO REALIZAR tactos vaginales, pueden movilizar coágulos o cotiledones provocando mayor sangrado. Realizar un examen visual con espéculo para valorar el origen del sangrado

2.- Exploraciones complementarias: Ecografía transvaginal.

Debemos realizar un diagnostico diferencial con el desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta: Dolor fijo y punzante, abdomen contraído, sangrado escaso que no guarda relación con el mal estado de la paciente.

El manejo de la situación depende de:

1. Estado materno: Si hemorragia intensa : Reponer líquidos y se indicará una cesárea urgente.
2. Estado fetal: si existe pérdida de bienestar fetal se realizara una cesárea. Si el feto muere se intenta la vía vaginal.
3. Variedad anatómica de la placenta: si es oclusiva total o parcial recurriremos a una cesárea. Si la inserción es lateral o marginal se intentara un parto vaginal. Si tras amniorrexix continúa sangrando, se indicará una cesárea.

Si la gestación aun no está a término, optaremos por un tratamiento conservador: Reposo relativo, control de constantes, fluidoterapia, hemograma, estudio de coagulación y reservar sangre. Evaluar estado fetal mediante RCTG.

Procede la maduración pulmonar fetal con corticoides en gestaciones menores de 35 semanas.

Conclusiones:

La placenta previa es una patología que genera situaciones de urgencia debido a las posibles consecuencias que puede tener para la madre y el feto. La actuación del personal de enfermería obstétrico ginecológico es fundamental, ya que generalmente somos los primeros en atender a la mujer cuando llega a urgencias y debemos ser capaces de manejar la situación ya que si disponemos de los conocimientos adecuados, mejoramos el pronóstico de la misma.

Referencias:

1. Dominguez B, Fuente Mj, Sanfruto L. Capitulo 55, Placenta Previa. Editores: Bajo Arenas J M, Merchol Marcos J C, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid, Editorial Grupo ENE, año 2007. Paginas 457-5-462
2. Ruiter L, Eschbach SJ , Burgers M, Rengerink KO, Pampus MG, Goes BY, Mol BW, Graaf IM, Pajkt E. Predictors for Emergency Cesarean Delivery in Women with Placenta Previa. Am J Perinatol. 2016 May 16.
3. Pande B, Shetty A. An audit to review the characteristics and management of placenta praevia at Aberdeen Maternity Hospital, 2009-2011. J Obstet Gynaecol. 2014 Jul;34(5):403-6.
4. Rao KP, Belogolovkin V, Yankowitz J , Spinnato J A 2nd. Abnormal placentation: evidence-based diagnosis and management of placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. Obstet Gynecol Surv. 2012 Aug;67(8):503-19.

HEMORRAGIAS EN EL 3º TRIMESTRE: PLACENTA PREVIA

García Galán, Rocío Esperanza; Florido Harana, Mª Auxiliadora
Matrona Hospital SAS jerez



Introducción:

La placenta previa se entiende la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero. Son causa del 20% de las hemorragias del 3er trimestre.

Existen 4 variedades anatómicas según la relación entre el borde inferior de la placenta y el orificio interno del cuello uterino (OCI):

- Baja o lateral: se inserta en segmento inferior en mayor o menor medida.
- Marginal: el borde de la placenta entra en contacto con el OCI.
- Oclusiva: Se distinguen dos subtipos, que siempre darán sintomatología, sobre todo en el tercer trimestre.
- Total: cuando el OCI está completamente cubierto por la placenta.
- Parcial: el OCI se encuentra cubierto parcialmente por la placenta.

El sangrado genital es el síntoma principal, apareciendo a partir de la semana 28-30 de gestación, de forma brusca e inesperada. El sangrado es rojo y líquido. Tiene tendencia a la hemostasia temprana, pero una vez se presenta el primer episodio, las hemorragias se repiten a intervalos más cortos y con mayores pérdidas. La mortalidad materno-fetal es elevada si no se actúa de manera rápida y adecuada.

OBJETIVO:
Conocer la actuación correcta ante una urgencia por sangrado debido a placenta previa.

Métodos:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: PubMed, Cuidenplus, CINAHL, EMBASE, Cochrane plus; así como en los diferentes tratados de obstetricia y ginecología, protocolos existentes y recomendaciones de la OMS. Las palabras clave utilizadas fueron: placenta previa, metrorragia, gestación, urgencia.



Resultados:

El diagnóstico está basado principalmente en:

- 1.- Exploración física: El abdomen blando e indoloro. La placenta impide un adecuado descenso y encaje de la presentación fetal. **NO REALIZAR** tactos vaginales, pueden movilizar coágulos o coágulos provocando mayor sangrado. Realizar un examen visual con espéculo para valorar el origen del sangrado.
- 2.- Exploraciones complementarias: Ecografía transvaginal. Debemos realizar un diagnóstico diferencial con el desprendimiento prematuro de placenta nomo-inserta: Dolor fijo y punzante, abdomen contracto, sangrado escaso que no guarda relación con el mal estado de la paciente. El manejo de la situación depende de:
 1. Estado materno: Si hemorragia intensa - Reponer líquidos y se indicará una cesárea urgente.
 2. Estado fetal: si existe pérdida de bienestar fetal se realizará una cesárea. Si el feto muere se intenta la vía vaginal.
3. Variedad anatómica de la placenta: si es oclusiva total o parcial recurriremos a una cesárea. Si la inserción es lateral o marginal se intentará un parto vaginal. Si tras amniotomía continúa sangrando, se indicará una cesárea.

Si la gestación aun no está a término, optaremos por un tratamiento conservador: Reposo relativo, control de constantes, fluidoterapia, hemograma, estudio de coagulación y reservar sangre. Evaluar estado fetal mediante RCTG. **Proveer la maduración pulmonar fetal con corticoides en gestaciones menores de 35 semanas.**

Conclusiones:

La placenta previa es una patología que genera situaciones de urgencia debido a las posibles consecuencias que puede tener para la madre y el feto. La actuación del personal de enfermería obstétrico ginecológico es fundamental, ya que generalmente somos los primeros en atender a la mujer cuando llega a urgencias y debemos ser capaces de manejar la situación ya que si disponemos de los conocimientos adecuados, mejoramos el pronóstico de la misma.

Referencias:

1. "Placenta previa". *Salud y bienestar*. Consultado el 20 de octubre de 2017. Páginas 430-442.
2. Butler L, Eschbach SJ, Burges M, Rongione KO, Pampus MG, Goes BY, Mol BW, Graaf IM, Pajot E. Predictors for Emergency Cesarean Delivery in Women with Placenta Previa. *Am J Perinatol*. 2016 May 16.
3. Fardo B, Shetty A. An audit to review the characteristics and management of placenta praevia at Aberdeen Maternity Hospital, 2009-2011. *J Obstet Gynaecol*. 2014; 34(4):403-6.
4. Kuo KP, Betsiosoglou V, Yankowitz J, Spinato JA 2nd. Abnormal placentation: evidence-based diagnosis and management of placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol Surv*. 2012 Aug;67(8):503-19.