

TÍTULO: Actuación de la enfermera obstétrico- ginecológica ante las hemorragias del tercer trimestre.

AUTORES: Esperanza Martínez Torres, Elisabeth González Sánchez

PALABRAS CLAVES: Hemorragia, tercer trimestre, rotura uterina, vasa previa, desprendimiento de placenta.

RESUMEN:

El sangrado durante el tercer trimestre de la gestación es una de las principales causas de consulta a los servicios de urgencias, afectando al 4% de todos los embarazos. Las causas más frecuentes de sangrado son: desprendimiento de placenta, placenta previa, rotura uterina, rotura de vasa previa, expulsión tapón mucoso.

La historia clínica y el examen físico en gran parte de las pacientes logran evidenciar la causa del sangrado; es importante confirmar el origen genital y realizar examen físico completo con especuloscopia para descartar otras causas de sangrado como cervicitis, vaginitis, trauma, cáncer cervical, pólipos.

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia obstétrica es todavía una causa potencial de morbimortalidad materna y fetal. Su aparición en cualquier momento del embarazo es motivo de preocupación y alarma. Las hemorragias del tercer trimestre aparecen en el 4% de todas las gestaciones.(1)

Nos centraremos en las causas con potenciales graves repercusiones materno-fetales que son:

### 1. Placenta previa

Consiste en la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior uterino, muy próximo al orificio cervical interno (OCI) o sobre el mismo.

Entre las causas principales podemos destacar: Multiparidad, gestación múltiple, corto intervalo entre embarazos, edad materna avanzada, reproducción asistida, cesárea previa, tumoración uterina, historia de traumatismo endometrial, historia de placenta previa, tabaquismo.

La clínica se caracteriza por hemorragia o pérdida de sangre roja, indolora que se presenta de manera inesperada, rutilante.

Entre las complicaciones graves que podemos encontrar cabe destacar sufrimiento fetal e incluso shock hipovolémico de la madre.(2)

### 2. Abruptio placentario

Consiste en la separación de la placenta de su zona de inserción, de manera total o parcial, siempre que la inserción fuera previamente normal. La causa primaria del desprendimiento se desconoce pero existen una serie de condiciones o trastornos asociados (3):

Causas: Hipertensión, RPM > 24 horas, corioamnionitis, gestante > 35 años, hábitos tóxicos, traumatismo externo, multiparidad, descompresión aguda de polihidramnios, cordón corto, autoinmunitarias, latrogenia...

La clínica del desprendimiento de placenta consiste en una hemorragia oscura, no coagulada, puede ser oculta. Puede haber hipertonía, contracciones anómalas y trastornos de la coagulación que pueden tener como consecuencias parto pretérmino, feto muerto o sufrimiento fetal.

### 3. Rotura uterina

Solución de continuidad de la pared uterina que ocurre durante el embarazo una vez que el feto ha alcanzado su viabilidad. Puede ser completa o incompleta, espontánea o traumática.(4)

Entre las causas podemos destacar: cesárea o histerotomía previa, Kristeller, legrados, fórceps o maniobras destructoras, uso inadecuado de oxitócicos, anomalías uterinas, acretismo, macrosomía, malformaciones.

La clínica se caracteriza por dolor abdominal, sangrado vaginal, hipertonía, alteración del contorno uterino, no descenso de la presentación, sufrimiento fetal, signo de Bandl-Frammel...

### 4. Vasa previa

Los vasos fetales se encuentran insertos en las membranas, desprotegidos, cruzando OCI o próximo a él. Probablemente es la única causa con alta tasa de muerte fetal y ninguna mortalidad materna.

Causas: Multiparidad, inserción velamentosa de cordón, placenta de inserción baja en 2º T, placenta bilobulada o succenturiata

La clínica se caracteriza por hemorragia de origen fetal tras la rotura de membranas (5). Se produce sufrimiento fetal agudo por exanguinación al romper los vasos o por compresión de los mismos, cuyo resultado es hipoxia fetal en ambos casos.

## OBJETIVO

Identificar las actuaciones de la matrona ante los diferentes tipos de hemorragias del tercer trimestre.

## METODOLOGÍA

Para la realización de esta revisión bibliográfica se realizó la búsqueda de información en MEDLINE, en EMBASE y en la Biblioteca Cochrane para publicaciones relevantes desde 2005 hasta septiembre de 2016. Se restringió a artículos en español, empleando como palabras claves: hemorragia, tercer trimestre, rotura uterina, vasa previa, desprendimiento de placenta.

## RESULTADOS

Actuación de la matrona ante la placenta previa:

-Exploración: ¡No hacer tacto vaginal! El tacto vaginal ha demostrado producir un aumento del sangrado que conduce al shock hipovolémico 1/16 (5).

-Especuloscopia.

-Toma de constantes.

-Pruebas complementarias: Ecografía vaginal, RCTG, Analítica completa con pruebas cruzadas.

-Medidas generales: canalización de vía periférica + sueroterapia

-Colaborar con el equipo multidisciplinar en caso de cesárea urgente.

#### Actuación de la matrona ante el desprendimiento de placenta:

-Especuloscopia.

-Toma de constantes.

-Pruebas complementarias: Ecografía vaginal (viabilidad, localización, descartar placenta previa), RCTG, Analítica completa con pruebas cruzadas.

-Medidas generales: canalización de vía periférica + sueroterapia

-Control de diuresis.

-Colaborar con el equipo multidisciplinar en la cesárea urgente.

#### Actuación de la matrona ante la vasa previa:

-Palpación de vasos por tacto vaginal y confirmación ecográfica.

-Amnioscopia

-Toma de constantes.

-Pruebas complementarias: RCTG, Analítica completa.

-Medidas generales: canalización de vía periférica + sueroterapia

-Colaborar con el equipo multidisciplinar en la cesárea urgente.

#### Actuación de la matrona ante la expulsión del tapón mucoso:

No es una urgencia en sí, ya que no supone compromiso fetal ni materno, pero al provocar sangrado en el tercer trimestre, las gestantes suelen acudir frecuentemente al servicio de urgencia, por eso lo nombramos.

#### DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN:

La matrona aporta un papel fundamental en el manejo y apoyo continuo de la mujer en cualquiera de las situaciones anteriormente citadas ya que es el personal encargado de proporcionar cuidados tanto físicos como emocionales.

Entre sus intervenciones principales cabe destacar la valoración de la cantidad y características de la hemorragia, toma de constantes vitales, vigilancia de signos que manifiesten pérdida sanguínea excesiva y/o de infección, auscultación de frecuencia cardíaca fetal (si procede), colaborar en todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos prescritos, proporcionar mecanismos de afrontamiento a la situación, brindar apoyo emocional a la gestante y acompañante mediante la presencia continua de la matrona, explicar todos los procedimientos que se le realicen y preparar en caso necesario a la paciente para la pérdida fetal facilitando el proceso de duelo.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Cabero L, Bellart J. Hemorragias del tercer trimestre. En: Cabero L, ed. Riesgo elevado obstétrico. Barcelona: Masson, 1996; 109-130.
2. Garay G, Marín S, Iñarra J. Placenta previa: Concepto y clasificación. Su estudio. En: Cabero L, editor. Manual del residente de obstetricia y ginecología. Tomo I. Madrid: Litofinter, 1997; 851-864.
3. Placenta previa: concepto y clasificación. Su estudio. En: Fundamentos de Obstetricia. Edit: Bajo Arenas. 2007, Cap 55: 456-62.
4. Rotura uterina. Otras lesiones genitales durante el parto. En: Fundamentos de Obstetricia. Edit: Bajo Arenas. 2007, Cap 85: 727-36.
5. Metrorragia del segundo y tercer trimestre. En: Guía Práctica de Urgencias en Obstetricia y Ginecología. Edit: Zapardiel I. 2008, Cap 6: 25-9.