

Actuación de la matrona ante desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta.

Fernández Gómez Verónica (Matrona); Aparicio Peralta, Mercedes (Matrona)

Palabras Claves: desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, complicaciones del parto, complicaciones del embarazo.

Introducción: El desprendimiento prematuro de la placenta sucede cuando la placenta se desprende de la pared del útero entre la semana 20-22 de gestación y antes del parto. Los síntomas más comunes son sangrado vaginal, contracciones dolorosas e hipertensión del útero

Se clasifican en 4 grupos según la clínica:

Clasificación de Page:

Grado 0: Asintomática. <1/6 parte de la superficie placentaria.

Grado I: Metrorragia variable sin otros síntomas. < 30% de desprendimiento.

Grado II: Feto vivo con dolor abdominal, hemorragia oculta, afectación fetal y menos frecuentemente CID. La mayoría suelen evolucionar a grado III. 30 a 50% de superficie de desprendimiento.

Grado III: Desprendimiento total. Comienzo brusco. Paciente que presenta hemorragia vaginal, hematoma retroplacentario, sensibilidad uterina (con o sin hipertensión), choque materno, muerte fetal y signos de coagulopatía de consumo.

La etiología se desconoce, pero factores de riesgo como la hipertensión arterial, la diabetes, el tabaco, el consumo de cocaína o alcohol, un traumatismo en la madre, embarazo múltiple, edad mayor de 35 años, la sobredistensión del útero (polihidramnios), coagulopatías, desprendimiento en embarazo anterior y tener múltiples embarazos aumentan el riesgo de padecer esta afección.

Si no se actúa con celeridad, las complicaciones en la madre pueden ser: Accidente de Couvelaire, Coagulación Intravascular Diseminada; Insuficiencia Renal Aguda; Shock Hipovolémico; Síndrome de Sheeha. Y en el feto: Hipoxia fetal; Anemia; Restricción de crecimiento intrauterino; Alteraciones y muerte fetal.

Objetivo: Identificar los factores de riesgos relacionados con el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Valorar y actuar de manera correcta en el caso de que se presente esta emergencia obstétrica.

Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica mediante una búsqueda libre y controlada en base de datos Cuiden, Medline, Cochrane y Google Académico.

Resultados y discusión: Existen numerosos factores de riesgos que hay que tener en cuenta en el control de la segunda mitad de embarazo y período de parto activo. El manejo del desprendimiento debe ser llevado a cabo por los profesionales obstétricos. A la llegada a urgencias obstétricas, la matrona debe actuar de la siguiente manera:

- 1- Valoración inicial de la paciente: historia del sangrado y dolor.
- 2- Control de constantes: tensión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura y coloración de piel y mucosas.
- 3- Pruebas analíticas de hemograma y coagulación.
- 4- Control del bienestar fetal y actividad uterina mediante RCTG continuo.
- 5- Preparar a la gestante para una posible cesárea: estudio preanestésico, ayunas, canalizar vía venosa periférica.

6- Brindar apoyo psicológico para el control del temor de la gestante y su familia ante la situación.

Con feto vivo, debe realizarse cesárea urgente, ya que la muerte del feto suele ser súbita. El parto vaginal solo se intentará en gestantes multíparas con buenas condiciones cervicales y sin signos de sufrimiento fetal. Con feto muerto: se intentará la vía vaginal mediante amniotomía y oxitócicos, recurriéndose a la cesárea si el parto no evoluciona o el estado general de la paciente empeora. Si optamos por tratamiento conservador, tanto en los casos de Placenta Previa como en los de Desprendimiento de Placenta leve y estable, las medidas a tomar serán las siguientes:

1. Reposo en cama.
2. Dieta absoluta, control de diuresis y perfusión endovenosa.
3. Valoración de la pérdida hemática cada 48 horas. Transfundir en caso necesario.
4. Corticoides para la maduración pulmonar en gestaciones menores de 34 semanas.
5. Control del bienestar fetal cada 24 horas o más frecuente si la metrorragia es importante.
6. Valoración ecográfica de la placenta y del crecimiento fetal.
7. Tratamiento tocolítico si se asocia amenaza de parto prematuro.
8. Profilaxis antibiótica si es preciso.

Conclusiones: Su identificación precoz es fundamental para que los resultados finales sean lo más satisfactorios posibles. La reacción de la mujer es fundamental para una actuación rápida, siendo necesaria para ello una buena educación maternal en signos y síntomas de urgencia. La identificación será clínica mediante la triada característica: sangrado vaginal, dolor e hipertoniá uterina. Para una actuación eficaz es necesario que sea atendido por profesionales obstétricos entrenados.

Bibliografía:

1. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011 Feb;90(2):140-9. doi: 10.1111/j.1600-0412.2010.01030.x. Epub 2010 Dec 7.
2. Ignacio Herraiz, Elisa Simón, Paula Isabel Gómez-Arriaga, José Manuel Martínez-Moratalla, Antonio García-Burguillo, Elena Ana López Jiménez, Alberto Galindo. Angiogenesis-Related Biomarkers (sFlt-1/PLGF) in the Prediction and Diagnosis of Placental Dysfunction: An Approach for Clinical Integration. International Journal of Molecular Sciences 16(8):19009-26. August 2015.
3. Neilson JP. Intervenciones para el tratamiento del desprendimiento placentario (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
4. Francois KE, Foley MR. Antepartum and postpartum hemorrhage. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, et al, eds. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012:chap 19.
5. Arnedillo Sánchez MS, Barroso Casamitjana A, Ruiz Ferrón MC. Actuación en un desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Estudio de un caso. Matronas Prof. 2008;9(2):24-26.
6. Zapardiel Gutierrez I, De La Fuente Valero J, Bajo Arnas J.M. Guía práctica de urgencias en obstetricia y ginecología. Madrid: Edit. Habe. 2008.