

ACTUACIÓN DE LA MATRONA ANTE UN DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERTA (DPPNI)

Autor: Miriam García Hermoso, matrona.
Coautor: María Inés Martín Ruiz. matrona.

Palabras claves: DPPNI, metrorragia, gestacion, CID, abruptio placentae.

Resumen: el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI) consiste en la separación de la placenta tras la semana 20 de embarazo y antes de la fase de alumbramiento. Los síntomas de alarma se conocen como la **triada clínica** y consiste en metrorragia, dolor abdominal e hipertonía uterina.

Las mujeres embarazadas con signos y síntomas de desprendimiento deben ser evaluadas de forma precoz. Su manejo dependerá de la gravedad del desprendimiento, la edad gestacional y el estado de la madre y del feto.

La rápida actuación y eficaz detección del DPPNI por parte de la matrona y del resto del equipo de obstetricia garantiza la supervivencia del feto y la estabilización de la gestante.

Introducción: el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI) consiste en la separación de la placenta tras la semana 20 de embarazo y antes de la fase de alumbramiento. También se denomina abruptio placentae. La formación del hematoma retroplacentario originado por el DPPNI produce la separación de la placenta. Este hematoma genera una distensión uterina que da lugar a una hipertonia.

En las gestaciones únicas existe una probabilidad de que ocurra de 1/150 a 200 partos. Mientras que en las gestaciones múltiples 1/80 partos.

Es más frecuentes en el tercer trimestre de gestación y supone una importante morbimortalidad materna y perinatal (12%).

Entre los factores de riesgo se encuentran estados hipertensivos, edad materna avanzada, multiparidad, antecedentes de DPPNI, cesárea anterior, colocación catéter de presión, versión externa, embarazo múltiple, consumo de tabaco y cocaína, traumatismos etc.

Los síntomas de alarma se conocen como la **triada clínica** y consiste en metrorragia, dolor abdominal e hipertoniá uterina.

Requiere un diagnóstico diferencial con otras patologías como placenta previa, amenaza de parto pretérmino y rotura uterina.

Objetivos:

- Consensuar las mejores actuaciones en caso de un DPPNI.
- Conocer los factores de riesgo, consecuencias y pronóstico de DPPNI.

Metodología: se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos tanto en español como en inglés: PubMed, Medline, Scielo, Cochrane y en revistas como Matronas Profesión y Obstetrics & Gynecology. La búsqueda se ha limitado al periodo comprendido entre los años 1995 a 2015. De un total de 25 artículos encontrados se seleccionaron 5 de interés.

Resultados: las mujeres embarazadas con signos y síntomas de desprendimiento deben ser evaluadas de forma precoz. Su manejo dependerá de la gravedad del desprendimiento, la edad gestacional y el

estado de la madre y del feto. Todas ellas deben estar monitorizadas y someterse a una evaluación continua de la frecuencia cardíaca fetal.

Hay que tener presente que el sangrado puede quedar retenido detrás de la placenta siendo difícil de cuantificar. Por lo tanto, la cantidad de sangrado vaginal no va relacionado con el grado de separación de la placenta. En cambio, la hipotensión materna (inestabilidad materna) y las anomalías en la frecuencia cardíaca fetal (FCF) sí son predictivas de la gravedad del cuadro.

Las siguientes acciones son intervenciones iniciales razonables ante un DPPNI grave:

- La exploración de la paciente debe realizarse mediante especuloscopia cuidadosa. El tacto vaginal está contraindicado en toda metrorragia del tercer trimestre salvo en caso de sospecha de parto inminente o a cargo del médico adjunto sobre el que recaiga la decisión de la vía del parto.
- Ingreso hospitalario e inicio inmediato de una monitorización fetal continua.
- Asegurar el acceso intravenoso preferiblemente con dos vías venosas y monitorizar la situación hemodinámica de la madre (frecuencia cardíaca, presión arterial, diuresis). La diuresis debe mantenerse por encima de 30 ml/hora. Mantener la saturación de oxígeno materno > 95%.
- Estimar la pérdida sanguínea mediante un recipiente volumétrico y/o pesando compresas/toallas usadas para absorber el sangrado vaginal.

- Realizar un hemograma, grupo sanguíneo y Rh y estudios de coagulación que deberán repetirse ante sospecha de empeoramiento o desarrollo de una coagulación intravascular diseminada (CID).
- Notificar al banco de sangre la reserva de productos sanguíneos que pudiésemos necesitar.

Las actuaciones dependiendo de la situación hemodinámica de la gestante y de la vitalidad o no del feto serán:

-Si el feto está vivo a término se intentará parto vaginal en caso de ausencia de sufrimiento fetal, multiparidad y estabilidad materna. Se realizará cesárea si inestabilidad materna o no bienestar fetal.

-Si el feto está muerto, se intentará la vía vaginal. Se optará por la cesárea si el parto vaginal está contraindicado o existe inestabilidad materna.

-Si el feto está vivo pretérmino (antes de las 37 semanas) se intentará parto vaginal incluso con inestabilidad materna o no bienestar fetal. En situaciones de estabilidad materna se intentará el tratamiento conservador que consiste en:

Reposo en cama, dieta absoluta, valoración de pérdidas hemáticas, corticoides para maduración pulmonar, control de bienestar fetal cada 24 horas o si aumenta sangrado, valoración ecográfica de placenta y crecimiento fetal, tratamiento tocolítico si se asocia a amenaza de parto prematuro y profilaxis antibiótica si fuese necesario.

El posparto es una etapa que requiere una especial atención en casos de DPPNI debido al riesgo de atonía uterina y por lo tanto de hemorragia,

shock y muerte materna. Por lo que se requiere la administración de oxitócicos. Se pondrá especial atención en:

- Control estricto de signos vitales.
- Control de la diuresis horaria.
- Consistencia del útero.
- Resultados de laboratorio (hemoglobina, coagulación)

Conclusión: la rápida actuación y eficaz detección del DPPNI por parte de la matrona y del resto del equipo de obstetricia garantiza la supervivencia del feto y la estabilización de la gestante. Para ello se requiere un diagnóstico diferencial con otras patologías frecuentes en el tercer trimestre que ayudará a aplicar las medidas y cuidados oportunos con la mayor rapidez posible. Es un trabajo en equipo en el que se necesita la colaboración y coordinación tanto de matronas como de obstetras.

Bibliografía:

1) Arias F. «Hemorragias del tercer trimestre». En Arias, F.:Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2ª ed. Madrid, Mosby / Doyma, 1995, pp. 175-181.

2) Desprendimiento prematuro de la placenta normo-inserta (DPPNI). Protocolos Asistenciales en Obstetricia de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Actualización 2004.

3) García-Marqués E, Iniesta S, Marbán E, Martínez-Lara A, Orensanz I, Zapardiel I. Urgencias del Segundo y Tercer Trimestre. En: Zapardiel E, De la Fuente J, Bajo JM, coordinadores. Guía práctica de urgencias en Obstetricia y Ginecología. Madrid: Habe. 2008; 28-9.

4) Kaminsky LM, Ananth CV, Prasad V, et al. The influence of maternal cigarette smoking on placental pathology in pregnancies complicated by abruption. Am J Obstet Gynecol 2007; 197:275.e1.

5) Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. Obstet Gynecol 2006; 108:1005.

6) Monleón, J., Monleón Sancho, J., Domínguez, R., Perales, A., Mínguez, J. «Asistencia al desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta». En Fabre, E. (ed): Manual de asistencia a la patología obstétrica. Zaragoza, Ediciones INO Reproducciones, 1997, pp. 863-878.

7) M. Belén Feijóo-Iglesias¹ , Rosa María Rodríguez-Ferrer² , M. Leonor Vivanco-Montes³ , Gema Magdaleno-del Rey. A propósito de un caso: rotura de vasa previa más abruptio placentae con supervivencia fetal sin secuelas. Matronas Profesión. 2009. 10 (1): 24-27

