

ATENCIÓN EN URGENCIAS A LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO (APP)

AUTORÍA

Ana María Peralta Domínguez
Francisco José Navarro Bernal
Almudena Barroso Casamitjana

RESUMEN

La amenaza de parto pretérmino es una patología cada vez más incidente, debido al aumento de los tratamientos de fertilidad, las gestantes añosas, así como embarazos adolescentes; también existe un gran avance de los cuidados neonatológicos que consiguen cada vez más, sacar adelante con menos secuelas a un mayor número de nacidos inmaduros. Ante una amenaza de parto pretérmino es fundamental detectarla lo antes posible para instaurar el tratamiento adecuado, y para ello el personal de urgencias debe estar correctamente formado y conocer las opciones de tratamiento y los primeros cuidados necesarios para una correcta tocolisis y disminución de la morbimortalidad neonatal en caso de que ésta fracase.

PALABRAS CLAVE

Parto pretérmino, amenaza de parto, tocolisis

TÍTULO

EMERGENCY CARE TO THREATENED PRETERM LABOUR (TPL)

ABSTRACT

Threatened preterm labour (TPL) is a condition that is becoming more common, due to the increase of fertility treatments, later age pregnancy, as well as teenage pregnancy. There have also been significant neonatal care advances which allow to carry forward a higher number of immature babies with fewer sequelae. A timely diagnosis is essential to administrate the most convenient treatment when there is threat of preterm birth. Thus, emergency medical personnel must be perfectly trained: they must know the treatment's options and first care

required to perform correctly a tocolysis. If this fails, they should also know how to decrease neonatal morbidity and mortality rates.

KEYWORDS

Preterm labour, tocolysis, threat labor

INTRODUCCIÓN

Según la OMS el parto pretérmino se define como aquel que se produce antes de la semana 37 de gestación, esta definición concreta que la prematuridad está en relación con el tiempo de gestación. A pesar de los avances tecnológicos, su incidencia no ha variado en las últimas décadas, incluso tienen una tendencia al alta, sin embargo, la importante mejora en los cuidados neonatales ha repercutido de forma destacada en la supervivencia de estos recién nacidos. La prematuridad sigue siendo la mayor causa de morbimortalidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido.

Datos recogidos por la OMS revelan que la incidencia del parto pretérmino más alta se da en África y América del Norte y las más bajas en Europa. En España la incidencia se encuentra entre un 6 y 7.5% de todos los partos, siendo la incidencia mayor en centros terciarios, debido a que se tratan pacientes con un nivel de riesgo mayor.

Por otro lado, amenaza de parto pretérmino se define como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde la semana 22 hasta la 36+6.

Los partos pretérminos pueden ser de origen espontáneo, el 75%, o iatrogénico, el 25% (indicaciones más frecuentes preeclampsia y crecimiento intrauterino retardado).

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

No se conocen con exactitud los mecanismos fisiopatológicos que desencadenan las APP. Es probable que tenga un origen multifactorial. Aun así, está demostrado que hay diversos factores que favorecen la aparición de APP, como son:

- Bajo nivel socioeconómico y educacional
- Factores ambientales
- Factores étnicos

Anteriores a la gestación	Presentes en la gestación actual
Clase social baja	Embarazo múltiple
Analfabetismo o baja escolarización	HTA
Madre soltera	Proteinuria
Edad menor de 18 años o mayor de 35	Acortamiento del cérvix
Largas jornadas laborales	Cervicovaginitis
Estrés psíquico	Infecciones urinarias
Nulíparas o grandes multíparas	Otras infecciones
Talla menor de 1.50 cm	Hemorragias en la 2ª mitad de la gestación
Peso anterior menor a 45 kg	Hidramnios
Partos anteriores pretérminos o PEG	RPM o coriarnionitis
Períodos intergenésicos cortos	Tabaquismo
Anomalías uterinas	Iatrogenias
	Contracciones uterinas aumentadas
	Técnicas de reproducción asistida

La actuación médica ante estas circunstancias es de vital importancia, sobre todo, para prevenir la aparición de enfermedades neonatales e infantiles, así como discapacidades y muertes (4).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de que existe un riesgo de que se produzca un parto pretérmino en una gestante es una situación que ocurre con relativa frecuencia. Se denomina amenaza de parto pretérmino la existencia de contracciones uterinas y/o dilatación y borramiento del cérvix antes de la semana 37 (1).

- El diagnóstico se basa en 3 pilares fundamentales:
- Identificar a las pacientes con riesgo de padecer APP.
- Detección precoz de la sintomatología.
- Diagnóstico clínico.

Frente a una paciente que consulta por una sintomatología compatible con dinámica uterina, y en la que se objetiva dinámica uterina regular, se deben realizar sistemáticamente:

- Anamnesis dirigida
- Exploración física (descartar otro posible foco que de origen al dolor)
- Exploración obstétrica

Hay que diferenciar en el diagnóstico.

- Diagnóstico de presunción: se establece cuando existen contracciones uterinas aumentadas con respecto a los patrones normales, después de 1 hora de reposo en decúbito lateral izquierdo, pero no existen modificaciones cervicales.
- Diagnóstico de certeza: cuando se constaten además de las contracciones modificaciones cervicales.

En la clínica se pueden presentar los siguientes síntomas:

- Dolores abdominales difusos (esporádicos o continuos)
- Dolor en región suprapúbica
- Dolor en región sacro lumbar
- Contracciones uterinas (dolorosas o no)
- Sensación de presión fetal
- Pérdida de líquido por vagina
- Aumento del flujo vaginal

Indicadores clínicos

1. Modificaciones cervicales: se considera que puede producirse un parto pretérmino si existe un borramiento del cérvix igual o superior a un 80%, una dilatación igual o superior a 2 cm o un test de Bishop igual o superior a 6; esta valoración del cérvix se realiza mediante el tacto vaginal. Otra forma de valorar el cérvix es a través de la ecografía transvaginal, numerosos estudios coinciden en que hay un mayor riesgo de parto pretérmino a menor longitud cervical, así como el riesgo es mayor si la longitud cérvix es inferior a mm. (1)

2. Dinámica uterina: contracciones con una duración superior a 30 segundos, dolorosas, palpables y 1 cada 5 minutos. (1)

Indicadores bioquímicos

1. Fibronectina fetal: este compuesto forma parte de la matriz extracelular de la barrera materno fetal. Su aparición en la secreción cervicovaginal, indica la disrupción de esta barrera, aún con membranas íntegras. En gestante sin factores de riesgo de parto pretérmino la detección de este compuesto no ha demostrado utilidad clínica. Sin embargo, en gestantes so síntomas de parto pretérmino, si es útil la detección de fibronectina fetal como marcador predictivo positivo de padecer parto pretérmino en los siguientes 7 días. (2)

2. Otros indicadores bioquímicos: interleucinas, factor de necrosis tumoral α (FNT α). (1,2)

Es fundamental realizar un diagnóstico precoz, que se basa en tres factores: edad gestacional entre 22 y 36 semanas completas, contracciones uterinas dolorosas, detectables a la palpación abdominal cuya frecuencia exceden la normal para el tiempo de gestación y estado del cuello uterino (longitud inferior a 25 mm o borrado un 80% y una dilatación igual o superior a 2 cm). Es posible visualizar salida de líquido amniótico a través de la vagina. (3).

CONDUCTA

Ante la llegada a la unidad de urgencias obstétricas de una gestante con sospecha de amenaza de parto pretérmino, la matrona referente debe realizar una serie de actividades independientes y otras de colaboración con un facultativo.

Actividades de enfermería independientes:

- Historia clínica
- Constantes vitales: pulso, tensión arterial y temperatura
- Comprobar frecuencia cardíaca fetal positiva y valoración del abdomen (altura uterina, estática fetal, irritabilidad uterina...) mediante RCTG.

- Estimación de la edad gestación
- Canalizar vía periférica
- Extraer analítica (hemograma, coagulación, bioquímica simple y PCR, sedimento de orina y urocultivo)
- Recogida de muestras de secreción vaginal y rectal

Actividades de enfermería de colaboración:

- Especuploscopia
- Ecografía transvaginal y abdominal
- Toma de muestras para marcadores bioquímicos
- Examen clínico encaminado a detectar patologías causantes, así como realizar diagnóstico diferencial con otras patologías

Se considerarán pacientes de alto riesgo aquellas con uno o más de los siguientes criterios:

Criterios clínicos	Criterios ecográficos
Bishop igual o mayor de 5	Longitud cervical menos de 25mm antes de la semana 28
Parto pretérmino anterior espontáneo antes de la semana 34	Longitud cervical menor de 20 mm entre la 28 y la 31+6 semanas
Gestación múltiple	Longitud cervical menor de 15 mm a partir de la semana 32
Portadora de cerclaje cervical en gestación actual	

Pacientes de bajo riesgo son aquellas que no cumplen ningún criterio de los anteriores. Estos criterios en ausencia de clínica no son tributarios de tratamiento tocolítico, pues pueden tratarse de los límites de la normalidad. Como precaución debe recomendarse reducir la actividad laboral y el estilo de vida parcialmente hasta nueva valoración clínica. (5)

MANEJO

- Si la gestación la gestación entre la semana 22 y 24
- Éste se considera el límite de la viabilidad, por lo que habrá que decidir conjuntamente con los padres si iniciar tocolisis o no, teniendo en cuenta las probabilidades de supervivencia y las secuelas a largo plazo.(2)
- Entre la semana 25 y 27 de gestación
- Se trasladará a la gestante a un centro terciario, adecuado para atender a un gran prematuro. Se informará a los padres que en caso necesario se podrá realizar una cesárea por indicación materna o fetal.(2)
- Entre la semana 28 y 34 de gestación
- Se iniciará el tratamiento tocolítico, derivando o no a la gestante en función del Servicio de Neonatología del centro donde se encuentre la mujer.(2)
- Entre la semana 34 y 36
- Se valorará la necesidad de tratamiento tocolítico, ya que la morbimortalidad es mucho menor que en las semanas previas. En caso de instaurar tratamiento se optará por una terapia poco agresiva como reposo y tocolisis oral. A partir de la semana 36 se retirará todo tratamiento tocolítico.(5)

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es prevenir el parto pretérmino o retrasarlo para conseguir madurez pulmonar en el feto. (8)

1. Medidas generales

- Hospitalización con reposo en cama, preferiblemente en decúbito lateral izquierdo.
- Evaluación del estado materno mediante constantes vitales y controles analíticos (hemograma, VSG, uremia, glucemia, sedimento de orina, urocultivo, cultivos cervicovaginales...)
- Evaluación del estado fetal a través de RCTG.
- Hidratación con cristaloides (solución salina o Ringer lactato), que en ocasiones tiene efecto terapéutico. Se debe vigilar cuidadosamente el balance hídrico (infusión < 200 ml/h).
- Sedación: sobre todo en casos de hospitalización prolongada para disminuir el estrés.

2. Tratamiento etiológico y manejo de la situación cuando se conozca la causa de la APP.

3. Tratamiento tocolítico. Éste no consigue disminuir la frecuencia de parto pretérmino, pero sí aumentar la duración de la gestación lo suficiente para obtener mejor resultado perinatal mediante la administración de corticoides. Los tocolíticos se deben usar si las medidas generales no son eficaces. Así, si después de 2 horas, la dinámica permanece o se producen cambios en el cérvix, se procederá a tocolisis farmacológica.

Contraindicaciones de la tocolisis:

Absolutas	Relativas
Corioamnionitis	RPM
Hemorragia grave	CIR
Malformación fetal incompatible con la vida	HTA grave
Muerte fetal	Hemorragia
Enfermedades maternas graves	Madurez pulmonar conocida
Trabajo de parto avanzado	

En el servicio de urgencias nos podemos encontrar con dos situaciones ante la existencia de dinámica uterina:

- Presencia de dinámica en pacientes de bajo riesgo.

Actuación: reposo y observación 2-3 horas en el área de urgencias para valorar si hay cambios en las condiciones cervicales. Considerar la necesidad de administrar una única dosis de nifedipino de 20 mg. Si cede la dinámica uterina podrá valorarse el alto con reposo relativo 24 horas. Si no cede la dinámica, pero no

hay modificaciones cervicales se puede valorar el ingreso u observación 12-24 horas.

- Presencia de dinámica en pacientes de alto riesgo de padecer APP.

Actuación: ingreso, reposo absoluto (se puede respetar el ase-o personal si el cuadro lo permite) y control y control materno-fetal (RCTG cada 8-12 horas y constantes cada 6 horas). Es de vital importancia la administración de corticoides para la maduración pulmonar, se administra 2 dosis de 12 mg de betametasona IM cada 24 horas. La segunda dosis se puede adelantar a las 12 horas si se prevé que se va a desencadenar el parto.(5)

Fármacos tocolíticos

Ritodrine IV (β -miméticos), Prepar®: diversos estudios confirman que este fármaco retrasa el parto pero no más de 24-48 horas por vía intravenosa. Se puede utilizar siempre que no haya patología cardiovascular, pulmonar o tiroidea materna, HTA, diabetes, migrañas de repetición o gestación múltiple.

Dosis de ataque: diluir 1 ampolla de 5 ml (50 mg) en 500 cc de suero glucosado al 5% y se administra en perfusión a 30-150 ml/h dosis crecientes o decrecientes dependiendo si se consigue o no tocolisis. Retirar cuando ceda la dinámica uterina.

Se debe controlar:

- La frecuencia cardíaca materna: si es superior a 120 lpm, disminuir la dosis.
- La TA, si aparece hipotensión, disminuir la dosis.
- Balance hídrico, riesgo de edema agudo de pulmón, que se incrementa si se administran corticoides para la maduración pulmonar fetal
- Electrolitos especialmente la hipocalcemia.

Nifedipino (Adalat®), inhibidores de los canales del calcio: presenta pocos efectos secundarios, entre ellos la hipotensión materna brusca. Se administra vía oral. Se usa ampliamente como tocolítico, con el inconveniente que en su ficha técnica no aparece como indicación la APP. Es el indicado en gestantes con patología cardiovascular o diabetes. No suprime de forma brusca la dinámica, sino

BIBLIOGRAFIA

1. Glez. Merlo, J. Obstetricia. 5ª ed. 2006. Editorial Elsevier Masson.
2. Macías seda, J, Gómez Salgado, J. Atención al embarazo de riesgo. 2008. Fundación para el desarrollo de la Enfermería.
3. Cremonte Ortiz, AE. Amenaza de parto pretérmino. Diagnóstico. Conducta. Universidad Nacional del Nordeste.2007
4. Cabero Roura, L. Parto prematuro. 2004.Editorial Médica Panamericana
5. Guía clínica: Amenaza del parto pretérmino. Unidad de prematuros. Servicio de Medicina Maternofetal. Instituto clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Hospital Clínic de Barcelona
6. Boletín de la OMS
7. Guía de prácticas clínicas. Amenaza de parto prematuro. 2003. Hospital Materno Infantil Ramón Sarda
8. Lombardía, J. Ginecología y obstetricia. Manual de consulta rápida de obstetricia. 2ª edición 2007. Editorial Médica Panamericana.

una supresión progresiva, siendo total después de 1-2 horas.

Dosis de ataque: dos cápsulas de 10 mg sublinguales, a los 20 minutos puede repetirse una dosis de 10 mg, y a los 20 minutos otra dosis de 10 mg. Si tras administrar 40 mg, no cede la dinámica hay que cambiar de fármaco.

Dosis de mantenimiento: 20 mg/6 horas, si antes de las 6 horas aparece dinámica se puede administrar 20mg/4 horas las primeras 12-24 horas.

Inhibidores de la síntesis de las prostaglandinas, indometacina (Inacid®): es más eficaz para detener el parto que los betamiméticos, y no está contraindicado en las cardiopatías ni la diabetes, pero no se puede usar después de la semana 32 porque favorece el cierre del ductos arterioso.

Dosis: 50 mg/6horas vía oral, alternativa vía rectal o vaginal 150-200 mg como dosis de entrada y 100 mg/12 horas

Antagonistas de la oxitocina, atosiban (Tractocile®): antagonista competitivo de los receptores de oxitocina en el miometrio. Es el fármaco de elección, debido a su eficacia, el inconveniente es su alto coste. Se administra en ciclos de 48 horas, pudiéndose repetir el ciclo hasta 3 veces si existe buena respuesta al tratamiento. Si existe buena respuesta, y el riesgo de parto no es muy elevado, se pueden plantear hacer ciclos de 24 horas.

Pauta:

- Bolo inicial: en 1 minuto 0.9 ml de solución de 7.5 mg/ml, diluido en 9 cc de suero fisiológico.
- Infusión de dos viales de 5 ml de solución de 7.5 mg/ml diluidos en 100 ml de suero fisiológico a 24 ml/
- Dos viales de 5 ml de solución de 7.5 mg/ml en 100 ml de SF a 8 ml/h, hasta completar las 48 horas desde el bolo inicial. (9)

Antibióterapia: no hay acuerdo respecto al uso sistemático de antibióticos en las APP sin factores de riesgo infecciosos, por lo tanto, su empleo se deja a criterio del facultativo estudiando cada caso.

Las gestantes que sí son tributarias de tratamiento antibiótico son aquellas que presentan infección urinaria o cervico-vaginal, RPM, cultivo para el EGB positivo, corioamnionitis...

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA. MANEJO Y CUIDADOS EN URGENCIAS

AUTORÍA

Francisco José Navarro Bernal*
Almudena Barroso Casamitjana**
Ana María Peralta Domínguez***

*Matrona. Distrito Jerez-Costa Noroeste.

**Matrona. Especialista en Salud Mental. Hospital Puerta del Mar.

***Matrona. Hospital Puerta del Mar.

RESUMEN

El desprendimiento prematuro de placenta se encuadra dentro de las hemorragias del tercer trimestre. Como su nombre indica, se caracteriza por un desprendimiento total o parcial de la placenta normalmente inserta causando un cuadro hemorrágico. Su etiología es multifactorial, y puede llegar a comprometer la vida tanto de la madre como la del feto.

La aparición de un caso de desprendimiento de placenta es considerada como una extrema urgencia, por lo que la actuación debe ser lo más rápido posible para poder llegar a buen término. Debido a la situación de estrés y nerviosismo que produce este cuadro, la matrona y todo el personal deben estar preparados y formados para poder actuar y prestar los mejores cuidados.

En este artículo, detallamos como debe ser la actuación de la matrona ante un cuadro de desprendimiento de placenta y los cuidados que precisa la gestante en ese momento, a través de la exposición de un plan de cuidados estandarizado.

PALABRAS CLAVE

Desprendimiento de placenta, gestante, cuidados, matrona, urgencias, manejo.

TITLE

Abruptio placental. Management and emergency care

ABSTRACT

Abruptio placental falls within the third-trimester bleeding. As the name suggests, is characterized by a total or partial detachment of the normally inserted placenta causing a hemorrhagic syndrome. Its etiology is multifactorial, and can compromise the life of both the mother and the fetus.

The appearance of a case of placental abruptio is considered as an extreme emergency, so that the action should be as fast as possible to come to fruition. Due to the situation of stress and nervousness that produces this

table, the midwife and all staff must be prepared and trained to act and deliver better care.

In this article, we detail how it should be action by the midwife before a picture of placental abruptio and the care that pregnant women at the time, through the exposure of a standardized care plan.

KEYWORDS

Abruptio placental, pregnant, care, midwifery, emergency, management

INTRODUCCIÓN

Definición

El desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI) es un accidente agudo de la gestación en la que la placenta se desprende total o parcialmente de su lugar de implantación antes del alumbramiento, provocando un síndrome hemorrágico. Las consecuencias de este accidente para la madre pueden ser de muy diferente identidad, variando desde la formación de un simple coágulo retroplacentario solo descubierto tras el alumbramiento, hasta la aparición de cuadros gravísimos con posibilidad de complicaciones extragenitales importantes. La morbimortalidad fetal es elevada.

Es un accidente que se produce normalmente a partir de la semana 28 de gestación, siendo la incidencia más elevada sobre la semana 36-38.

Etiología

La etiología de esta enfermedad es aún desconocida. No obstante, parece subyacer algún defecto de la decidua y vasos uterinos que podría favorecer la instauración del DPPNI. Se han descrito una serie de circunstancias que están asociadas con esta patología:

1.- Hipertensión arterial: Aproximadamente el 50% de los casos de abruptio placentae severos están relacionados con la existencia de una hipertensión arterial previa al embarazo. No obstante, también se ha observado que los casos de DPPNI de carácter leve no parecen estar relacionados con la hipertensión arterial gestacional y, además, mientras que la hipertensión inducida por el embarazo es más frecuente en las primigestas, el desprendimiento de placenta lo es en las multigestas.

2.- Carencias nutritivas: de estas se ha llegado a valorar deficiencias de ácido fólico, vitamina A, anemia, pero en conjunto suelen reflejar un pobre estado nutricional generalizado.

3.-Traumatismo y cordón umbilical corto: los traumatismos abdominales en gestaciones a término pueden condicionar un abruptio hasta en un 4% de los casos. Ante todo, accidente de circulación con traumatismo moderado-severo, debe mantenerse una observación durante un periodo de 24 horas. Por otro lado, un cordón corto, menor a 20 cm, puede llevar al desprendimiento por tracción excesiva de la placenta.

4.-Síndrome supino-hipotensivo: en teoría la compresión de la vena cava inferior con un consecuente aumento de presión en las venas uterinas puede favorecer un desprendimiento, no obstante, esta situación es poco probable.

5.-Hábitos tóxicos: en aquellas mujeres que fuman más de 10 cigarrillos/día se ha demostrado un aumento de la mortalidad perinatal secundaria a un aborto, por necrosis decidual. También la cocaína, debido a sus propiedades vasoactivas, parece aumentar la producción de desprendimientos.

6.- Factores iatrogénicos: a la versión externa se le ha achacado la responsabilidad de provocar un DPP. También a algunas otras intervenciones, como la amniocentesis, cuando se atraviesa la placenta con la aguja.

7.-Alteraciones uterinas: Una anomalía en la implantación placentaria, por ejemplo, si la placenta asienta sobre miomas, en útero malformado, o en cuerpo uterino, se podría justificar su despegamiento espontáneo.

8.-Descompresión abdominal brusca. Una rotura de las membranas en caso de hidramnios con gran distensión abdominal podría provocar un vaciamiento intrauterino capaz de forzar un despegamiento placentario.

9.-Factores vasculares endógenos. La existencia de una cierta esclerosis vascular de los vasos pelvianos puede ser importante al menos como factor predisponente.

10.-Todas las hiperdinamias, pero sobre todo las hipertónías, pueden causar un DPP. En estos casos la

sangre entra en el espacio intervelloso, pero drena con dificultad en las venas uterinas. En estas circunstancias puede llegar a formarse un hematoma en el espacio intervelloso por rotura vascular.

11.-Otras causas: una corioamnionitis o una hipofibrinogenemia congénita, pueden influir para desencadenar un DPP.

Clasificación

Utilizaremos la clasificación en grados de Page, de amplio uso en EEUU, y gran ayuda clínica:

-Grado 0: incluye los casos asintomáticos, cuyo diagnóstico es retrospectivo al examinar la superficie placentaria.

-Grado I: está constituido por aquellos casos de metrorragia en cantidad variable, sin otro síntoma acompañante.

-Grado II: correspondiente a los casos que presentan, con feto vivo, otra sintomatología acompañante, como dolor, hemorragia oculta, sufrimiento fetal y, en raras ocasiones, coagulación intravascular diseminada (CID).

-Grado III: aparece la muerte fetal, agravándose los síntomas y aumentando la frecuencia de complicaciones mayores.

	GRADO 0	GRADO I	GRADO II	GRADO III
Metrorragia	Nula	150-500 ml	>500 ml	Más intensa
Tono uterino	Normal	Normal	Hipertonía	Tetania uterina
Shock	No	No	Ligero	Grave
PBF	No	Ligera	Grave	Muerte fetal
Coagulación	Normal	Normal	Coagulopatía compensada	IIIa: no CID IIIb: CID
Aspecto útero	Normal	Pequeña zona rojo-azulada	Entre grado I y III	Útero de Couvelaire
DPPNI	Hallazgo	<30%	30-50%	50-100%

Tabla I: Clasificación de los DPPNI de Page

Clínica

-Sintomatología

El signo principal del DPP es la hemorragia uterina. Esta hemorragia puede quedar retenida en el interior del útero o puede fluir al exterior a través de los genitales. Lo más frecuente es que los dos tipos coexistan.

Para que se produzca una hemorragia externa es necesario que la sangre intente salir despegando la membrana tal y como se ha explicado anteriormente. La hemorragia externa a veces fluye como sangre roja o negruzca, en pequeñas cantidades, casi de modo continuo. Otras veces salen coágulos sanguíneos; no es raro que lo hagan bruscamente y en gran cantidad.

La hemorragia interna puede ser muy grande, a veces solo hay coágulos retroplacentarios y en otras ocasiones las membranas son despegadas pero la sangre no sale porque se lo impide la presentación fetal. Puede

ocurrir que se rompan las membranas en algún lugar por encima de la región del cuello y la sangre pase a la cavidad del amnios mezclándose con el líquido amniótico y formándose así una masa líquida de gran volumen que, al romperse la bolsa, ofrece una salida impresionante de líquido rojo.

El dolor es un síntoma de extraordinaria importancia que en las formas graves se manifiesta pronto. De localización hipogástrica, puede llegar a ser muy intenso, de tipo lacinante. Una vez que se ha presentado, se hace casi continuo. Puede irradiarse hacia la región lumbar y los muslos. No siempre presenta este carácter agudo que hemos descrito y que caracteriza al cuadro grave de apoplejía uteroplacentaria.

Las formas graves de DPP desembocan en un cuadro general grave con anemia aguda y shock. Con independencia de la gravedad de la hemorragia, el shock

puede surgir como consecuencia del traumatismo que el desprendimiento placentario supone.

-Formas clínicas

Se clasifica el DPP en las siguientes formas:

1.-Formas asintomáticas: Son aquellas en que al revisar la placenta después del alumbramiento se encuentra en su cara materna un coágulo organizado que deja al descubrir, al ser retirado, una excavación típica en la superficie placentaria.

2.-Formas Leves. Agrupamos aquí los casos en que la hemorragia no es muy grande y no hay afectación general materna. El dolor es poco intenso, tal vez localizado y hay una ligera hipertensión. El feto estará vivo en principio, pero corre peligro de sufrimiento.

3.-Formas moderadas: Entre las formas descritas como leves y el cuadro agudo, todavía pueden darse unas formas intermedias en las que, sin presentarse un cuadro de gravedad extrema, hay evidente afectación materna. El inicio es más larvado que en los casos graves, pero la anemia, el dolor. La hipertensión y la evidente afectación fetal componen un cuadro de suficiente intensidad para ser preocupante.

4.-Formas graves: serían las formas clínicas de la auténtica apoplejía útero placentaria, del llamado síndrome de Couvelaire. Se caracteriza por su aparición explosiva y por la existencia de síntomas floridos. Dolor, útero de madera, hemorragia y shock.

Diagnóstico

Los síntomas del DPP en sus formas graves y típicas no ofrecen dificultad para establecer el diagnóstico. Si se asocian a hemorragia, shock, dolor e hipertensión uterina el cuadro es inconfundible. Las formas moderadas y leves suelen ser difíciles de diagnosticar y son las que, en general, plantean la necesidad de un diagnóstico diferencial.

Hoy día la ecografía puede ser resolutive, y en casos de formas asintomáticas representa la única posibilidad diagnóstica. En caso de desprendimientos pequeños, las imágenes ecográficas pueden no ser totalmente representativas y el método doppler color para el estudio del lecho placentario puede ser de valor en el futuro.

Por otro lado, al aumentar el porcentaje de partos monitorizados, se están viendo casos de sufrimiento fetal inexplicable, en los que el estudio ecográfico intraparto muestra la existencia de un hematoma retroplacentario mas o menos grande.

Pronóstico

La mortalidad materna ha disminuido de forma sustancial en el mundo occidental. Pero en cualquier caso, el DPP continua siendo una de las primeras causas de mortalidad materna en general.

La mortalidad fetal es muy elevada, aunque varía extraordinariamente según la forma clínica y la extensión anatómica del desprendimiento.

La muerte fetal viene directamente determinada por la anoxia provocada por el desprendimiento placentario. Es posible que el lugar placentario donde se efectúa el despegamiento tenga influencia sobre el daño fetal y que sean más graves los pequeños despegamientos centrales que otros periféricos más extensos. Pero aparte de la anoxia, otras circunstancias, como las condiciones maternas o como la hipertensión, pueden provocar o contribuir al sufrimiento fetal.

En los casos graves la mortalidad fetal es elevadísima. Sin embargo una actuación oportuna, con

inmediata extracción del feto del claustro materno, puede llegar a salvar la vida.

En directa relación con la hipoxia fetal, el recién nacido tiene también, en caso de nacer vivo, un pronóstico comprometido, y hay que contar con un aumento sensible de morbilidad neonatal.

Complicaciones

El DPP Puede determinar dos tipos de complicaciones importantes: la falta de coagulabilidad sanguínea y la anuria. Son de aparición generalmente tardía, es decir se manifiesta tras la terminación del parto, pero no puede excluirse que aparezcan antes, en pleno curso del proceso.

1.-Choque hipovolémico

Se caracteriza por una hipoperfusión tisular, secundaria a una disminución del volumen sanguíneo circulante, y que conduce a la asfixia materna y fetal. Aparece en un 5-12% de los DPPNI. El DPPNI se conocía antiguamente como choque obstétrico, dado que la pérdida sanguínea visible no concordaba con el estado de la paciente, ya que la hemorragia oculta a menudo es muy superior a la visible, llegándose a almacenar hasta 2500 ml en el útero.

Si se detectan signos de shock se tomarán medidas energéticas de reposición de volumen, con solución salina y cristaloides hasta disponer de sangre para una transfusión.

2.-Coagulación intravascular diseminada (CID)

La CID aparece aproximadamente en un 10% de los casos de abruptio placentae, siendo mínima en los casos leves y aumentando hasta un tercio o la mitad de los casos severos. En el organismo existe un potente sistema de coagulación, que se pone en marcha para la formación de trombos a través de diversos mecanismos: la vía intrínseca, iniciada por las plaquetas o bien la extrínseca, inducida por la acción de la trombina tisular en sangre.

Cuando se produce un DPPNI se libera a la sangre, desde el lecho placentario tromboplastina tisular, que disparará la cascada de la coagulación y va a conducirnos a:

-Consumo de fibrinógeno y factores de la coagulación, con formación de microtrombos de los vasos distales del organismo.

-Aumento de los productos de degradación del fibrinógeno que son inhibidores de la trombina y dificulta el segundo tiempo de la coagulación.

-Puesta en marcha del sistema fibrinolítico.

Como consecuencia de todo ello, se produce una diseminación de los depósitos tanto de fibrinógeno, como de factores plasmáticos de la coagulación de las plaquetas, que se emplearán a su vez en la formación de nuevos trombos, cerrándose así un círculo vicioso.

3.-Necrosis isquémica de los órganos distales

Supone una complicación severa para la madre, pudiendo afectar a los riñones, hígado, suprarrenales y causar necrosis de la hipófisis que condiciona el síndrome de Seehan. A nivel renal la anoxia y los depósitos de fibrina pueden condicionar una necrosis tubular.

Tratamiento

No existen ensayos clínicos que muestren qué tratamiento son los mejores en el manejo de pacientes con DPPNI.

-Estrategias preventivas

La etiología del DPPNI es desconocida pero podemos actuar sobre algunos de los factores de riesgo asociados

realizando un tratamiento adecuado de los estados hipertensivos del embarazo y aconsejando a la paciente la abstención del tabaco y drogas.

-Medidas generales

Ante el diagnóstico de sospecha de DPP:

- Hospitalización de la paciente.
- Control hematológico.
- Pruebas cruzadas.
- Control de diuresis
- Evaluación de las condiciones obstétricas.

-Asistencia obstétrica

-Evaluación del estado fetal y placentario mediante monitorización y ecografía.

-Maduración pulmonar con corticoides en fetos <34 semanas.

-Finalización de la gestación.

-El tratamiento conservador está indicado si no existe compromiso materno y el feto es prematuro con inmadurez pulmonar.

-El tratamiento activo consiste en la finalización del embarazo y se hará de forma urgente en caso de:

- +Compromiso fetal
- +Compromiso materno
- +Muerte fetal
- +Feto maduro, independientemente de la situación materna.

-Tipo de parto

Para decidir la vía de parto hay que tener en cuenta la paridad, las condiciones cervicales y el estado fetal y materno.

+Se puede intentar el parto vaginal ante una situación materno-fetal controlada, y si existen buenas condiciones obstétricas.

+Cesárea urgente si en el transcurso del periodo de dilatación aparece:

- Hemorragia intensa con riesgo vital.
- Signos de insuficiencia renal aguda.

-Hipertonía.

-No progresión del parto.

Signos de pérdida de bienestar fetal

+En caso de muerte fetal hay que intentar siempre la realización de parto vía vaginal, realizando una cesárea si existe hipovolemia, insuficiencia renal aguda o alteración en la coagulación.

JUSTIFICACIÓN

El desprendimiento de placenta es considerado uno de los cuadros más graves que se puede presentar durante la gestación, en el que corre peligro la vida de la madre y la del feto.

La pronta y adecuada actuación del personal de urgencias es vital en estos casos, y es por ello que debe estar preparado y formado para poder prestar los mejores cuidados. En este artículo se unifican los cuidados que precisan estas pacientes con esta patología a través de ejecución de un plan de cuidados estandarizado.

OBJETIVO

Elaborar un plan de cuidados estandarizado, que unifique y garantice unos cuidados de calidad a las gestantes que presenten esta patología, en la zona de urgencias de obstetricia.

METODOLOGÍA

Este artículo se centra en la revisión de los estudios basados en la evidencia científica existente en:

-Las principales bases de datos: Pubmed, Cochrane Plus, Cuiden y Medline.

-Revistas científicas: matronas Profesión, Nure Investigación.

-Bibliografía de Tratados de Obstetricia y Ginecología y de diagnósticos enfermeros. (NANDA, NOC, NIC).

-Protocolos de actuación ante el DPPNI de los hospitales de la Provincia de Cádiz.

RESULTADO

TABLA II: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00132) DOLOR AGUDO	(2102) NIVEL DEL DOLOR	(6650) VIGILANCIA (5820) DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD Actividades: -Ayudar a la paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. -Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades de la paciente. -Crear un ambiente que facilite la confianza. -Escuchar con atención. -Tratar de comprender la perspectiva de la paciente sobre la situación estresante. -Utilizar un enfoque sereno que de tranquilidad.

		(5460) CONTACTO Actividades: -Coger de la mano a la paciente para transmitir apoyo emocional
--	--	--

TABLA III: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00035)RIESGO DE LESIÓN	(0112) ESTADO FETAL: DURANTE EL PARTO (2510)ESTADO MATERNO: DURANTE EL PARTO	(6772) MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA (6834) CUIDADOS INTRAPARTO: PARTO DE ALTO RIESGO (4010) PRECAUCIONES CON HEMORRAGIAS (4020) DISMINUCIÓN DE LA HEMORRÁGIA (6980) ECOGRAFÍA: OBSTETRICIA (2930) PREPARACIÓN QUIRÚRGICA

TABLA IV: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00160) DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL EQUILIBRIO DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS	(0504) FUNCIÓN RENAL (0601) EQUILIBRIO HIDRICO (0602) HIDRATACIÓN	(4120) MANEJO DE LÍQUIDOS Actividades: -Administrar líquidos IV a temperatura ambiente. -Administrar productos sanguíneos, si procede. -Controlar resultados de laboratorio relevantes. -Monitorizar estado de hemodinámica. -Monitorizar signos vitales, si procede. -Preparar al paciente para la administración de productos sanguíneos (comprobar la sangre con la identificación del paciente). -Realizar sondaje vesical. -Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y tensión arterial normal). (0590) MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA Actividades: -Control periódico de la eliminación urinaria.

		<p>(4150) REGULACIÓN HEMODINÁMICA</p> <p>(6680) MONITORIZACIÓN DE LAS CONSTANTES VITALES</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anotar cifras tensionales. -Controlar la tensión sanguínea, pulso y respiraciones. -Controlar periódicamente la oximetría del pulso. -Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel
--	--	---

TABLA V: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00029) DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO	(0413) SEVERIDAD DE LA PÉRDIDA DE SANGRE	<p>(4258) MANEJO DEL SHOCK: VOLÚMEN</p> <p>(4160) CONTROL DE HEMORRAGIAS</p> <p>(4021) DISMINUCIÓN DE LA HEMORRÁGIA: ANTEPARTO</p>

TABLA VI: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00148) TEMOR	(1404) AUTOCONTROL DEL MIEDO	<p>(5380) POTENCIACIÓN DE LA REALIDAD</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mostrar calma. -Pasar tiempo con el paciente. -Presentar los cambios de forma gradual. -Evitar producir situaciones emocionales intensas. - Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los períodos -Escuchar los miedos del paciente/familia. - Explicar al paciente/familia todas las pruebas y procedimientos. - Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.

		<p>- Ayudar al paciente/familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad.</p> <p>- Ayudar al paciente a utilizar las respuestas de capacidad de resolución de problemas que han resultado con éxito en el pasado.</p> <p>(5820) DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</p> <p>Actividades:</p> <p>-Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.</p> <p>-Explicar todos los procedimientos.</p> <p>-Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</p> <p>-Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</p> <p>-Escuchar con atención.</p> <p>-Crear un ambiente que facilite confianza.</p> <p>-Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedo.</p> <p>-Identificar los cambios en el nivel de ansiedad</p>
--	--	--

CONCLUSIONES

El primer contacto que tiene la gestante en la zona de urgencias es con la matrona. Debido al cuadro de gravedad que se presenta, la matrona debe estar preparada y formada para poder actuar de forma correcta y prestar unos cuidados de calidad.

En este artículo hemos unificado criterios valorando las necesidades más importantes que tiene la gestante con esta patología y a partir de ello, hemos establecido un plan de cuidados estandarizado que se deberá llevar a cabo.

Los planes de cuidados estandarizado siempre habrá que individualizarlos, después de realizar una valoración exhaustiva con cada una de las pacientes, porque aparte de estos diagnósticos, pueden presentar otros muchos dependiendo del estado en que se encuentre.

Podemos decir como conclusión final el papel tan importante que tiene la matrona y el personal de enfermería en el desprendimiento de placenta, ya que una rápida actuación de los mismos llevará a obtener los mejores resultados, una madre sana y un recién nacido sano.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Usandizaga, P. Dela Fuente. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Volumen I. Madrid Interamericana Mc Graw-Hill S.A. 2000: 275-295.
- 2.- Fabre E. Manual de asistencia a la patología obstétrica. Zaragoza. Editorial: E. Fabre. 1997. 863-878.
- 3.-Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Protocolo nº 13. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. SEGO. 2004. Disponible: www.sego.es.
- 4.- Arnedillo Sánchez M.S, Barroso Casamitjana A, Ruiz Ferrón C. Actuación de un desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Estudio de un caso. Matronas Profesión.2008. 9(2): 24-29.
- 5.- Muñoz, Henar; López-Picado, A. Desprendimiento de placenta como complicación de la versión cefálica externa: a propósito de un caso. Matronas Profesión. 2011. 12 (2): 54-57.
- 6.- Neilson JP. Interventions for treating placental abruption. Cochrane. Rev.2003; (1): CD003247
- 7.-Spark Ralph S, Craft-Rosenberg M, Heatherherdman, Lavin M A. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN. Madrid: Elsevier.2004

8.- Moorhead S, Johnson M, Maas. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC). Tercera Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005

9.-Dochterman JM, Bulecheck G. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC).Cuarta Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005