

# ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE HEMORRAGIA DEL 3ER TRIMESTRE DE GESTACIÓN: PLACENTA PREVIA

## AUTORÍA

MARIA TERESA MORILLA ARAGON\*

MARIA ROMEU MARTINEZ\*\*

MARIA VICTORIA CARMONA DE LA TORRE\*\*\*

\*Matrona Hospital Serranía de Ronda, Málaga

\*\*Matrona Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol

\*\*\*Matrona Hospital Materno Infantil de Málaga

## RESUMEN

Se conoce como placenta previa la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero de forma que puede ocluir el orificio cervical. Se considera la tercera causa de hemorragia en el tercer trimestre, dándose esta situación en 1 de cada 200 gestaciones, presentándose en un 80% de las mujeres multiparas. Su etiopatogenia tiene múltiples causas tanto ovulares como maternas.

El principal motivo por el que la gestante acude a urgencias es el sangrado vaginal, síntoma fundamental de esta patología. Existe una máxima ante esta situación y es que, "todo sangrado del tercer trimestre se considera una placenta previa hasta que se demuestre lo contrario" y por ello deberemos tomar las medidas oportunas ante esta situación.

En este artículo explicaremos de qué trata esta patología, sus diferentes variedades, el diagnóstico y los diferentes tratamientos que aplicaremos según cada situación.

## PALABRAS CLAVE

Placenta previa, metrorragia, gestación, urgencias, revisión.

## TITLE

ACTION IN URGENCIES BEFORE HEMORRHAGE OF THE 3RD QUARTER OF MANAGEMENT: PLACENTA PREVIA.

## ABSTRACT

It is known as placenta prior to total or partial insertion of the placenta into the lower segment of the uterus so that it can occlude the cervical orifice. It is considered the third cause of hemorrhage in the third trimester, occurring in 1 of every 200 pregnancies, presenting in 80% of multiparous women. Its etiopathogeny has multiple causes both ovulatory and maternal.

The main reason why the pregnant woman comes to the emergency room is vaginal bleeding, a fundamental symptom of this pathology. There is a maxim in this situation and is that "any third-trimester bleeding is considered a placenta previa until proven otherwise" and therefore we must take appropriate action in this situation.

In this article we will explain what this pathology is about, its different varieties, the diagnosis and the different treatments that we will apply according to each situation.

## INTRODUCCIÓN

La placenta previa se define como la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, anteponiéndose, si la obstrucción es total, a la presentación fetal. Se considera responsable del 20% de las hemorragias del 3er trimestre, la 3ª causa de transfusión sanguínea en el último tramo de la gestación

y la 2ª causa de histerectomía radical. Podemos distinguir 4 variedades anatómicas según la relación entre el borde inferior de la placenta y el orificio interno del cuello del útero, antes del inicio de trabajo de parto:

- Baja o lateral: inserción en segmento inferior en mayor o menor medida.  
- Marginal: el borde de la placenta se encuentra en contacto con el orificio interno del cérvix.  
- Oclusiva: aquí podemos distinguir dos subtipos, que siempre darán sintomatología, sobre todo en el tercer trimestre.

o Total: el orificio cervical interno está completamente cubierto por la placenta

o Parcial: el orificio cervical interno esta cubierto parcialmente por la placenta.

El primer síntoma que aparece es el sangrado genital, normalmente a partir de la semana 28-30 de gestación, de forma brusca e inesperada; no presenta hipertonía, no va acompañado de dolor y 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. Por ello, existe una elevada morbimortalidad materno-fetal si no se actúa de manera rápida y adecuada. La placenta previa es una patología gestacional que causa gran nerviosismo en la gestante debido a lo alarmante de su síntoma principal, el sangrado, y las consecuencias que para ella y el feto puede tener esta situación. Con este trabajo hemos querido revisar la bibliografía existente y las actualizaciones que respecto a esta patología hay actualmente, para que la matrona que atienda a la mujer en urgencias, sepa hacerlo de manera adecuada y rápida, ayudando a minimizar la ansiedad que la situación provoca a la mujer.

## OBJETIVO

Conocer la pauta de actuación en el servicio de urgencias ante la presencia de una placenta previa.

## METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática de la literatura publicada sobre la placenta previa, con el ánimo de definir el protocolo de actuación más adecuado. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: PubMed, ENFISPO, Cuidenplus, CINAHL, EMBASE, Cochranepus, Joanna Briggs, IBECs, Excelencia Clínica, IME, OLID e ISOC; así como en los diferentes tratados de obstetricia y ginecología, protocolos existentes en los hospitales de distintas comunidades españolas y recomendaciones de la OMS. Las palabras clave utilizadas fueron: placenta previa, metrorragia, gestación, urgencias y revisión.

## RESULTADOS

Según la bibliografía consultada, ante el diagnóstico de una placenta previa en el servicio de urgencias, se realizan una serie de pautas y actuaciones.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa principalmente en la exploración física y en una serie de exploraciones complementarias.

Exploración física:  
- Abdomen blando e indoloro.

- Estática fetal: es un dato importante; al estar la placenta mal posicionada, impedirá el adecuado descenso y encaje de la presentación, produciendo anomalías en la estática fetal.

- Los tactos vaginales están completamente prohibidos, ya que pueden movilizar coágulos o cotiledones haciendo mayor el sangrado. Si fuera imprescindible hacerlo, se debe preparar el quirófano de urgencias por si precisamos hacer una cesárea urgente.

- Para valorar el origen del sangrado, lo adecuado es realizar un examen visual con espéculo.

Exploraciones complementarias

- El principal método diagnóstico es la ecografía transvaginal. Su utilización no aumenta el riesgo de sangrado y tiene mayor sensibilidad que la ecografía abdominal. Con ello debemos asegurarnos de la presencia de tejido placentario en el segmento inferior. La prueba debe hacerse con la vejiga de la paciente llena.

En las hemorragias del 3er trimestre, es importante realizar un diagnóstico diferencial con el desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta (Tabla 1).

## CONTROL Y TRATAMIENTO

El manejo de la situación va a depender de 3 factores principalmente:

1. Estado materno: Si la hemorragia es intensa, se repondrán líquidos y se realizara una cesárea.

2. Estado fetal: actuaremos igual que en el caso anterior; si existe pérdida de bienestar fetal se realizara una cesárea y si hay muerte fetal, se intentara la vía vaginal siempre que la situación materna sea estable.

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, aunque si tras la amniorrhexis persiste el sangrado, se realizará una cesárea.

Si el sangrado aparece cuando la gestación aún no está a término, optaremos por un tratamiento

conservador a pesar de los síntomas siempre y cuando el paciente este hemodinámicamente estable.

○ El tratamiento conservador va a consistir en:

- Hospitalización de la paciente, reposo absoluto y valoración del sangrado.

- Control de constantes maternas.

- Canalización de vía periférica, fluidoterapia según las pérdidas, previsión de sangre.

- Realizar hemograma y estudio de coagulación.

- Evaluar estado fetal y dinámica uterina mediante registro cardiotocográfico. En el caso de presentar dinámica, si la gestación aun no es a término, se administrarán relajantes uterinos.

- Se procederá a la maduración pulmonar fetal con corticoides en las gestaciones por debajo de la 35 semanas.

○ Con este manejo conservador se intenta alcanzar la madurez pulmonar fetal en ausencia de compromiso hemodinámico para la madre y con vigilancia estricta del bienestar fetal. Si la hemorragia compromete el estado hemodinámico materno y/o fetal, el tratamiento será la finalización de la gestación con independencia de la edad gestacional.

## CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

La placenta previa es una patología que crea en la gestante un estado de ansiedad importante, debido a la alarma que genera la situación y a las posibles consecuencias que para la madre y el feto puede tener. El personal de enfermería obstétrico ginecológico en esta situación es primordial, puesto que somos los primeros en atender a la mujer cuando llega a urgencias y debemos ser capaces de darles tranquilidad y confianza. Los cuidados deberán ser individualizados para cada paciente, ya que como hemos comentado en el artículo, las posibilidades de actuación pueden variar según la situación.

## BIBLIOGRAFIA

1. Dominguez B, Fuente Mj, Sanfruto L. Capitulo 55, Placenta Previa. Editores: Bajo Arenas JM, Merchol Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid, Editorial Grupo ENE, año 2007. Paginas 457-5-462

2. Ausin Ulizar J, Escudero Fernandez M, Del Sol Fernandez J.R. Capitulo 33: Placenta previa. Editores: Gonzalez-Merlo J, Laila Vicens J.M., Fabre Gonzalez E, Gonzalez Bosquet E. Obstetricia. 5ª Edición. Barcelona. Editorial Elsevier Masson, pag 529-537.

3. Grillo-Ardila, C. F. Manejo ambulatorio de la paciente con placenta previa revisión sistemática. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2007; 58(2): 129-135.

4. Bill, P. A. Placenta previa. Am. J. Obst. & Gynec. 1931; 21: 227.

5. Ferreira-Narváez FE, Angulo-Carvallo M. Predicción del acretismo placentario con ultrasonido doppler en el Hospital Universitario de Neiva (Colombia). Estudio de cohorte. Rev Colomb Obstet Ginecol 2007;58:290-5.

6. Ruitter L, Eschbach SJ, Burgers M, Rengerink KO, Pampus MG, Goes BY, Mol BW, Graaf IM, Pajkrt E. Predictors for Emergency Cesarean Delivery in Women with Placenta Previa. Am J Perinatol. 2016 May 16.

7. 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.

8. Olive EC, Roberts CL, Algert CS, Morris JM. Placenta praevia: maternal morbidity and place of birth. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2005 Dec;45(6):499-504.

9. Ikechibelu JI, Onwusulu DN. Placenta praevia: review of clinical presentation and management in a Nigerian teaching hospital. Niger J Med. 2007 Jan-Mar;16(1):61-4.

10. Sinha P, Kuruba N. Ante-partum haemorrhage: an update. J Obstet Gynaecol. 2008 May;28(4):377-81.

11. Allahdin S, Voigt S, Htwe TT. Management of placenta praevia and accreta. J Obstet Gynaecol. 2011;31(1):1-6.

12. Dukovski A. [Placenta previa--from the past to the present]. Akush Ginekol (Sofia). 2003;42(3):20-3

13. Mabie WC. Placenta previa. Clin Perinatol. 1992 Jun;19(2):425-35.

14. Neilson JP. Interventions for suspected placenta praevia. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD001998.

15. Bhide A, Thilaganathan B. Recent advances in the management of placenta previa. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2004 Dec;16(6):447-51.
16. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol*. 2006 Apr;107(4):927-41.
17. Rao KP, Belogolovkin V, Yankowitz J, Spinnato 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.