

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

ASISTENCIA Y CUIDADOS A LA GESTANTE CON HEMORRAGIA VAGINAL-PLACENTA PREVIA

Autor principal MIRIAM ORELLANA REYES

CoAutor 1

CoAutor 2

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Obstétrico-Ginecológica

Palabras clave placenta previa atención primaria de salud hemorragia trabajo de parto prematuro

» Resumen

La implantación de la placenta en el segmento uterino inferior, ocasiona el 20% de las hemorragias del tercer trimestre, ocasionando una alta morbilidad materna-fetal y neonatal siendo causa del 40% de los partos prematuros, además de ocasionar a la gestante y su entorno familiar desajuste emocional y cambios de estilo de vida

Es importante concienciar a los profesionales tanto del área hospitalaria-Plantas de maternidad, como en atención primaria sobre esta complicación del embarazo para proporcionar a la gestante cuidados de calidad basados en evidencia científica sobre su esfera biopsicosocial consiguiendo a través de ello, disminuir el índice de morbilidad materno-fetal-neonatal, además de su correcto diagnóstico y tratamiento de la hemorragia genital

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Para realizar este trabajo partimos de la base de distintos casos presentados en Urgencias de Parto del Hospital de Puerto Real, presentando sangrado vaginal, diagnosticándose placenta previa oclusiva parcial en 2 gestantes de 29 y 32 semanas

A partir de aquí se realizó una búsqueda bibliográfica para actualizar los distintos tipos de cuidados según evidencia científica demostrada (Cochrane Plus, PUBMED, EMBASE, CINAHL)

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Este proyecto pretende actuar ante las necesidades de actualización de cuidados sobre la valoración y la correcta actuación del personal tanto de Maternidad como de Partos en el diagnóstico, tratamiento y proporción de cuidados de calidad a la gestante con sangrado vaginal-placenta previa

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y ACTUALIZACIÓN

Llamamos placenta previa al sangrado que ocurre tras la semana 20, la placenta previa es la que está implantada total o parcialmente en el segmento uterino inferior (su lugar de inserción normal es el fondo uterino). Es más probable que las hemorragias ocurran durante el tercer trimestre, con el desarrollo del segmento uterino inferior, y cuando las contracciones uterinas dilatan el cuello uterino, al aplicar allí fuerzas en cizalla que separan la inserción placentaria del segmento uterino inferior o cuando la separación se produce por un examen vaginal, de ahí la importancia de una correcta valoración al inicio del sangrado. La placenta previa se puede subclasificar como "mayor" (implantada a través del cuello uterino) o "menor" (no implantada a través del cuello uterino). Es posible que las placentas que parecen ser previas, pero de menor grado, "asciendan" a medida que se desarrolla el segmento inferior y se ubiquen en una posición normal

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Alrededor del 5% de las mujeres tienen indicios de placenta baja en la ecografía entre las 16 y 18 semanas, solamente el 10% de este 5% (es decir, 0,5% del total) tiene una placenta previa verdadera al momento del parto. El aparente cambio de la posición de la placenta es causado por el desarrollo del segmento uterino inferior

los principios básicos de la atención inmediata de las pacientes con cualquier tipo de hemorragia anteparto incluyen: evaluación del estado materno y fetal; reanimación materna rápida si es necesario; y la consideración de parto precoz si hay pruebas de sufrimiento fetal y si el feto es lo suficientemente maduro como para ser capaz de sobrevivir. Debe administrarse inmunoglobulina antiD a todas las mujeres Rh negativas no sensibilizadas (Crowther 2002); se FISIOPATOLOGÍA

Problemas ovulares

Retraso en implantación del trofoblasto (zonas bajas)

Alteraciones endometriales administran diferentes dosis (Howard 1997)

CLÍNICA

Puede ser Asintomática (dgo ecográfico)

La primera hemorragia se inicia sobre la semana 28-28 indolora espontáneamente, de forma brusca, a veces durante el sueño, de color roja, brillante y líquida, este sangrado inicial es escaso y leve, cede espontáneamente para repetirse a intervalos cada vez más frecuentes y con más cuantía, siendo por ello importante su correcta valoración al inicio de la misma y tras cada episodio

Ausencia de dolor abdominal/contracciones (DPPNI, puede coexistir) 25% se produce en el inicio del parto

Toda hemorragia del final del embarazo, con pérdida de sangre líquida, roja, indolora, brusca e intermitente, con intervalos sucesivamente de mayor duración, significa placenta previa mientras no se demuestre lo contrario

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Prevenir el choque hipovolémico-hipotensión-anemia-riesgo de infección (intensidad, frecuencia sangrado y tto)

Prevenir el parto pretérmino. 40% irritación del SUI por placenta provoca contracciones/RPM/prolapso de cordón

Lograr las mejores condiciones para el feto si el parto pretérmino ocurre.

Ofrecer las mejores posibilidades de cuidado neonatal.

TRATAMIENTO

El tratamiento de esta condición depende de la edad del embarazo y de la magnitud del sangrado de la madre:

Dependiendo de la intensidad del sangrado materno y la maduración pulmonar fetal(34 semanas)la actuación será distinta, siendo conservador si el sangrado es escaso y existe inmadurez pulmonar o siendo tratamiento activo, si la hemorragia es grave o si la edad gestacional y madurez pulmonar es suficiente

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Ante la cuantía del sangrado, y la posibilidad de migración placentaria, es importante su correcto diagnóstico de implantación placentaria, cuantía y valoración del sangrado durante la primera hemorragia vaginal así como en los sucesivos controles para realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras complicaciones, además de su rápida actuación

Durante la hospitalización es importante la valoración tanto del estado materno como fetal

SOLUCIONES APORTADAS

HOSPITAL

Correcta valoración y anamnesis:

Cómo y cuando empezó la hemorragia?, Cantidad, color, olor, ¿a que lo atribuye? ¿evolución hacia el ingreso? síntomas asociados Movimientos fetales

Correcta edad gestacional, ya que va a depender su tratamiento

antecedentes obstétricos

Ubicación placentaria

Grupo y RH

TA actual y previa al inicio hemorragia

Evolución de las posibles complicaciones

No realizar exploraciones vaginales (recomendación de espéculo para diferenciar si el sangrado es de origen uterino o cervical), ni administrar enemas o duchas vaginales si hay sangrado vaginal., hasta comprobar localización ecográfica placenta

Valoración de la pérdida hemática vaginal: calcular visualmente la pérdida hemática en cc, o pesar las compresas utilizadas, empapadores, toallas (1 g= 1 mL).

Valorar la posible ROTURA DE MEMBRANA

Elaborar historia de hemorragias con número y crisis (cambios importa)

Presencia de dolor y sus características: Inicio: paulatino-progresivo (contracciones), súbito (hipertonía). Evolución: intermitente (dinámica), mantenido (hipertonía)

DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

Instaurar vía de acceso venoso. Si la hemorragia cesa y el hematocrito está estabilizado, dejar cierre heparinizado

Valoración hemograma, coagulación grupo RH

Grupo sanguíneo y pruebas cruzadas

Observar presencia de signos de shock hipovolémico-TA, FC, TEMPERATURA. Coloración mucosa, estado de consciencia, saturación oxígeno

Reposo: disminuye las complicaciones y mejora el flujo sanguíneo uterino

Reposo parcial si el sangrado leve es <15%-900 mL: con permiso para ir al servicio; incluye ducharse y caminar por la habitación entre 15 y 30 minutos seguidos 4 veces

Reposo absoluto si el sangrado es moderado-intenso (>20%-1.200 mL)

CONTROL DE POSIBLES COMPLICACIONES

CID

reflujo de sangre en la zona de punción i.v., -fácil formación de hematomas y petequias-, vigilar el perfil de coagulación (importante prueba de dímeros D), -realizar pruebas seriadas para valorar gravedad..

ISOINMUNIZACIÓN

Madre Rh con un feto Rh+: determinar título de anticuerpos Rh y test de Coombs indirecto al ingreso, y ante la sospecha de hemorragia materno fetal se administra inmunoglobulina anti-D 300 mg

APOYO PSICOLÓGICO

Controlar el temor relacionado con la amenaza de muerte fetal-neonatal: informar del estado fetal, explicar modalidades de tratamiento, favorecer la expresión emocional y valorar recursos de afrontamiento

ATENCIÓN PRIMARIA

En caso de atención ambulatoria, correcto adiestramiento de familia y paciente de actuación en caso de presentar algún signo de alarma para acudir al hospital, de actuación inmediata y de cuidados propios de su complicación (correcto cumplimiento visita tocólogo, reposo relativo, buena alimentación)

En Hospital gracias a esta revisión se ha logrado realizar una actualización de cuidados en esta complicación por parte del personal del área materno-infantil

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Ante la cuantía del sangrado, y la posibilidad de migración placentaria, es importante su correcto diagnóstico ecográfico realizado en la semana 32 de embarazo, cuantía y valoración del sangrado durante la primera hemorragia vaginal así como en los sucesivos controles para realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras complicaciones, además de su rápida actuación

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

El apoyo psicológico durante todo el proceso es fundamental, ya que de ello depende el cumplimiento del tratamiento siendo el componente familiar un apoyo fundamental, por la duradera estancia hospitalaria en caso de estar hospitalizada y por el cumplimiento obligatorio además de la educación sanitaria de los signos de alarma

» Propuestas de líneas de investigación.

Sería interesante continuar una adecuada información y seguimiento, actualización y manejo de cuidados tanto en atención especializada como en atención primaria para implicación directa de la gestante y red de apoyo familiar