



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**[PRINCIPALES PATOLOGÍAS
ASOCIADAS A LA GESTACIÓN
Y AL PUERPERIO]**

Autor/a: Sonia Soto Herrero

Tutor/a: Rosa María Hernández Salgado

Resumen

La gestación se considera un proceso fisiológico, no obstante existen variables del mismo, denominadas gestosis, que condicionan la gestación haciendo que la misma tenga lugar en condiciones patológicas.

Describiremos las gestosis referidas a las alteraciones de la placenta, las que afectan a la tensión arterial y a las uterinas, principalmente la atonía uterina.

Puesto que todas ellas comprometen en mayor o menor medida la vida de la mujer y del futuro recién nacido, pretendemos unificar criterios de actuación, tanto en prevención primaria como en secundaria, y todo ello a partir de un aumento de los conocimientos sobre las gestosis que nos permitan realizar un diagnóstico precoz.

Llevaré a cabo una revisión bibliográfica empleando bases bibliográficas de Scielo y pud Med, entre otras, que versarán sobre obstetricia.

A lo largo de este TFG, definiremos y desarrollaremos las principales alteraciones de la normoinserción placentaria, las referidas a las variables clínicas como la preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP, y las que mayor gravedad conllevan, las que se producen a nivel uterino, principalmente la hemorragia postparto.

Realizaré un guion que nos sirva de pauta de actuación como prevención primaria y secundaria de esta alteración.

Llegando a la conclusión de que si aumentamos los conocimientos y unificamos criterios de actuación tanto el desarrollo como las consecuencias de las mismas serán menores.

Palabras clave: Gestosis, preeclampsia, placenta y atonía uterina.

Índice

1. Introducción	4
2. Objetivos	7
3. Material y métodos	7
4. Desarrollo	8
4.1. Definición y clasificación de gestosis	8
4.2. Alteraciones de la TA. Preeclampsia, eclampsia y Síndrome de Hellp.	9
4.3. Alteraciones placentarias. Implantación y desprendimiento prematuro. ..	11
4.4. Alteraciones uterinas. Atonía uterina.	14
5. Implicaciones para la práctica	15
5.1. Intervenciones de enfermería en alteraciones de la TA	15
5.2. Intervenciones de enfermería en alteraciones placentarias	16
5.3. Intervenciones de enfermería en la atonía uterina	18
6. Discusión	20
7. Bibliografía	22

1. Introducción

La gestación se considera un proceso fisiológico, por lo tanto, en términos generales, ésta debe desarrollarse sin patologías asociadas.

No obstante, actualmente, existen variables que condicionan la gestación y por lo tanto hacen que la misma tenga lugar junto a patologías asociadas.

A lo largo de mi Trabajo de Fin de Grado (TFG) clasificaré las gestosis como las patologías relativas a las alteraciones de la tensión arterial, alteraciones placentarias y alteraciones del útero, siendo éstas las que en mayor medida comprometen la vida de la mujer y por lo tanto también la del recién nacido.

Intentaré describir las principales características de cada una de ellas, su evolución y sus consecuencias.

Junto a todo lo anterior, lo que considero más importante, su prevención y las intervenciones de enfermería en prevención primaria y secundaria.

Para comenzar, tenemos que conocer el significado de gestosis¹, que engloba algunos síndromes maternos, fundamentalmente metabólicos, causados por el propio embarazo. También reciben el nombre de toxemias gravídicas. El concepto de gestosis se ha ido reduciendo con el paso del tiempo para englobar síndromes más específicos.

Es importante que conozcamos las patologías que voy a ir describiendo a lo largo de mi TFG, por ello, a continuación las desarrollaré brevemente.

Incluiremos tres patologías importantes que se producen por alteraciones de la tensión arterial en las embarazadas, que son la preeclampsia, la eclampsia y el síndrome de Hellp.

La preeclampsia² es una hipertensión producida por la propia gestación, que puede complicarse y dar lugar a la aparición de la eclampsia. Se va a diferenciar del resto de hipertensiones por la aparición de proteinuria. Esto ocurre después de la semana 20, es decir, a partir de finales del segundo trimestre y suele aparece en el 3-7% de las embarazadas.

No existen causas exactas, aunque sí una serie de factores de riesgo, como madres primigestas, antecedentes personales y familiares de preeclampsia, embarazos múltiples, obesidad, madres mayores de 35 años, diabetes, hipertensión arterial o enfermedades renales, entre otras.

La consecuencia final de la preeclampsia sería uno de los cuadros más graves de la patología obstétrica, la eclampsia. Lo que lo caracteriza es que se puede producir durante el embarazo o en las primeras horas del puerperio, apareciendo un cuadro de convulsiones y coma. Los síntomas neurológicos que se producen son el punto clave para detectar que se va a producir un ataque epiléptico causado por el propio síndrome.

Actualmente la eclampsia tiene 10% de probabilidades de mortalidad. La recuperación va a ser muy lenta, y va a empeorar a medida que aumenta el tiempo del coma. La eclampsia puerperal tiene mejor pronóstico que la perinatal.

Otra complicación relacionada con la hipertensión arterial en el embarazo, que en este caso podría considerarse como una patología rara, es el Síndrome de Hellp.

Esta patología puede darse durante el embarazo o aparecer en el puerperio. Las siglas de esta palabra en inglés nos incluye, a través de sus iniciales, las complicaciones que van a aparecer con ella, estos son hemólisis, nivel elevado de enzimas hepáticas y recuento bajo de plaquetas.

Como es una complicación de la preeclampsia, los dos signos característicos de ambas son la hipertensión y proteinuria.

En cuanto a alteraciones placentarias, vamos a destacar dos patologías, que son la implantación placentaria anormal y el desprendimiento prematuro de placenta.³

La implantación⁴ es la unión e inserción del blastocito a la pared del útero. Pero en algunos casos su localización puede ser inadecuada.

Una implantación placentaria anormal puede deberse a una mala adaptación inmunológica o a algunas alteraciones previas al embarazo.

La mala adaptación inmunológica puede aparecer por una exposición al semen durante poco tiempo, ya que su sistema inmunológico puede reaccionar ante ciertos antígenos paternos y así provocar una implantación inadecuada. Se puede producir también por una respuesta

inflamatoria por la presencia del semen, que sería más exagerada en caso de preeclampsia. Otra de las causas sería el desequilibrio en la producción de factores de crecimiento y citoquinas, y alteraciones en los antígenos.

Las alteraciones previas al embarazo incluyen alteraciones vasculares y alteraciones metabólicas.

Como consecuencia de una implantación anormal de la placenta pueden aparecer tres tipos de alteraciones placentarias: placenta previa, vasa previa y placenta acreta, las cuales describiré a lo largo de éste TFG.

Otra patología asociada a alteraciones placentarias sería el desprendimiento prematuro de placenta (DPP), en el que la placenta puede desprenderse parcial o totalmente y puede provocar con ello un síndrome hemorrágico.

Pudiéndose desencadenar desde la formación de un simple coágulo hasta cuadros mucho más graves, aumentando las posibilidades de morbimortalidad fetal.

El desprendimiento de placenta puede ser lateral o central, y ambos pueden ser muy limitados o extenderse de manera importante. Cabe destacar que el desprendimiento total de placenta es menos frecuente que el parcial.

Por último, voy a desarrollar una patología muy importante, incluida en las alteraciones del útero, la atonía uterina.⁵ La cual tendrá un papel destacado en mi TFG por su gravedad en las gestantes y su alto riesgo de hemorragia.

Se puede definir la atonía uterina como la pérdida del tono de la musculatura del útero, y se caracteriza por la ausencia de involución uterina, no se producen los entuertos del postparto, el útero no disminuye de tamaño y los vasos de éste no se van sellando como debería ocurrir en un postparto normal.

El hecho de que los vasos del útero no se compriman por la ausencia de contracciones, da lugar a un grave problema, que es una hemorragia uterina intensa, la cual se observa por la abundante pérdida sanguínea a través del canal vaginal. Este es el síntoma más grave y característico de la atonía uterina, siendo el primero y el más evidente que aparece, pero asociado también a hematomas en los labios mayores, provocados por la formación de coágulos internos que producen un dolor intenso.

Esta patología puede darse hasta en un 5% de los partos. La actuación en estos casos debe ser inmediata, ya que una hemorragia severa tiene un alto riesgo de muerte, comenzando por shock hipovolémico con pérdida de conocimiento, shock hemorrágico, y parada cardiorespiratoria.

Lo más importante es conocer cuándo estamos ante una situación en la que se den estas patologías, y conocer la gravedad de cada una de ellas, y así, poder actuar con la rapidez que se requiere. Por ello, este TFG incluye lo más importante de cada patología y la actuación de enfermería que debemos llevar a cabo en cada caso.

2. Objetivos

Objetivo principal:

- Unificar criterios de actuación en prevención primaria y secundaria de las gestosis

Objetivos secundarios:

- Aumentar los conocimientos sobre las gestosis
- Realizar un diagnóstico precoz, con el fin de minimizar las complicaciones

3. Material y métodos

Este Trabajo de Fin de Grado es una revisión bibliográfica de documentos dedicados a las gestosis más comunes. Las bases bibliográficas que empleé para esta revisión fueron Scielo, Pud, Med, Medline, Cuiden, además de libros de ginecología y obstetricia.

Las palabras clave empleadas en este trabajo son: gestosis, preeclampsia, atonía uterina, tensión arterial, patologías, embarazo.

En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda en Google de documentos relacionados con las gestosis. El uso de algunos buscadores más específicos, como PubMed y Cuiden, relacionados con la sanidad fueron claves para encontrar definiciones de las principales patologías.

Además obtuve información de libros de Obstetricia y Ginecología que encontré en la sección de Ginecología de la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid.

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión, en esta búsqueda, para la selección de la bibliografía, se incluyó todo tipo de documentos actuales relacionados con las gestosis, con literatura en castellano, pero incluyendo artículos de otras nacionalidades, como Cuba o EEUU; excluyendo aquellos que hayan sido publicados hace más de 7 años.

4. Desarrollo

4.1. Definición y clasificación de gestosis

La gestación en la mujer es un proceso fisiológico que puede, en ocasiones, verse afectado durante la misma o durante el puerperio, pasando de ser un proceso fisiológico a ser un proceso patológico.

La gestosis engloba una serie de síndromes patológicos maternos, fundamentalmente metabólicos, que son causados por el propio embarazo, pudiendo aparecer durante la gestación o en el puerperio.

El significado de la palabra “gestosis” ha ido variando a lo largo de los años, a medida que han ido aumentando los conocimientos sobre este tipo de patologías que la engloban. Freund, en 1925, fue el primero que dio nombre a ciertas enfermedades maternas en el embarazo en una sola palabra, gestosis. Pero además se han ido introduciendo otros términos, como toxicosis, toxemia, disgravidia...

Se han hecho varias clasificaciones a lo largo del tiempo en cuanto a las enfermedades que engloba la gestosis, como por ejemplo, trastornos del sistema nervioso vegetativo, o trastornos de órganos o sistemas.

Pero para estudiar mejor estos síndromes que tienen lugar en las gestantes, realizaremos una clasificación dependiendo de las alteraciones que producen en cuanto a la tensión arterial de la gestante, uterinas y a nivel placentario.

Es importante destacar que estas patologías comprometen la vida de la mujer, y con ello a la vida del feto o recién nacido, por ello la prevención es fundamental para evitar que esto ocurra.⁶

4.2. Alteraciones de la Tensión Arterial. Preeclampsia, eclampsia y Síndrome de Hellp.

La hipertensión es una patología que puede darse en las embarazadas de dos formas, de manera crónica, o inducida por el propio embarazo, que esta última aparece a partir de las 20 semanas de edad gestacional.

En este caso vamos a desarrollar la hipertensión inducida por el embarazo, denominada hipertensión gestacional.

La hipertensión gestacional se caracteriza, además de por una elevación de las cifras tensionales, por la aparición de una patología denominada preeclampsia.

La preeclampsia es una hipertensión gestacional inducida que puede complicarse y dar lugar a otras dos patologías muy importantes que describiremos más adelante.

La gestante con preeclampsia va a tener una tensión arterial por encima de 140/90 mmHg y va a aparecer proteinuria (300 mg/24h). Además se podrá asociar otra sintomatología, como edemas, cefaleas, alteraciones en la visión, náuseas, vómitos, aumento de peso, y en algunas ocasiones, incluso disnea.

Estos son los signos y síntomas más característicos que ocurren en esta situación, por ello es importante que todas las gestantes los conozcan, y en caso de que aparezcan, deben acudir al médico con urgencia.⁶

Esta patología está presente en el 3-7% de los embarazos, por lo cual, es importante conocer los factores de riesgo para poder prevenirlo. Las mujeres más propensas a padecerlo son:

- Mujeres primigestas
- Gestantes con antecedentes personales o familiares de preeclampsia
- Embarazos múltiples
- Obesidad
- Gestantes mayores de 35 años
- Diabetes
- Hipertensión arterial
- Enfermedades renales⁷

La preeclampsia, si no se detecta ni se trata a tiempo, puede agravarse, produciendo una serie de complicaciones, de las cuales destacaremos las dos complicaciones de la preeclampsia más importantes: el síndrome HELLP y la eclampsia.⁶

El Síndrome de Hellp es una patología rara que produce alteración en la producción de las células sanguíneas. Se puede ocasionar tanto en el embarazo como en el puerperio.⁸

Sus siglas provienen de “Hemolysis, Elevated Liver function test and Low Platelets count” que nos indica las tres características comunes de esta patología:

- Hemólisis
- Nivel elevado de enzimas
- Recuento bajo de plaquetas

Además de esto aparecen los dos signos característicos de la preeclampsia: hipertensión y proteinuria.

Este síndrome puede ser completo o parcial. Para que sea completo es preciso que ocurran todo lo siguiente: hemólisis, esquistocitos en sangre periférica, LDH > 600 UI/L, GOT (valor de referencia 8-30 UI/L) o GPT (valores de referencia 8-35 UI/L, superiores a sus valores de referencia, generalmente en ambos casos superiores de 70 UI/L), bilirrubina > 1,2 mg/dl y trombocitopenia, y para que sea parcial sólo requiere al menos uno de los parámetros anteriores.

Frecuentemente la gestante puede referir dolor en el hipocondrio derecho y epigastrio, acompañado de náuseas, vómitos, cefaleas y diarreas.

La eclampsia, como consecuencia final de la preeclampsia, se caracteriza por la aparición de un cuadro de convulsiones y coma. Tiene lugar en un 50% de los casos durante el embarazo, y un 15% durante el parto y puerperio.

Su evolución se divide en tres fases, tal y como se refleja en la *Imagen 1*:

- Fase de invasión. Esta fase dura aproximadamente unos treinta segundos, y se caracteriza por contracciones en los músculos faciales.
- Fase de contracción tónica. Su duración es de 15 a 20 minutos. Se produce una contracción fuerte que inmoviliza a la paciente con la boca cerrada, se paraliza con ello su respiración provocando cianosis. Las extremidades superiores están completamente pegadas al cuerpo.

- Fase de contracciones clónicas. Comienza, generalmente, a los dos minutos tras iniciarse la fase anterior, donde todo el cuerpo se moviliza, con cabeza y hombros hacia atrás, y secretando espuma por la boca, hasta que desaparecen las contracciones.
- Fase de coma. Se produce cuando cesan las fases anteriores. La paciente permanece inconsciente y presenta midriasis bilateral. Su recuperación suele ser muy lenta.⁶

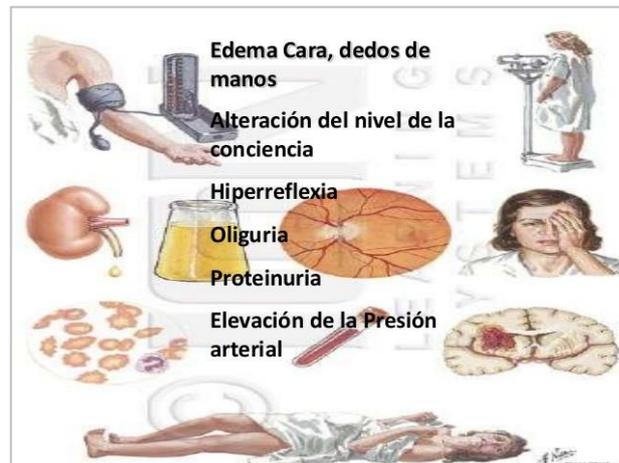


Imagen 1

4.3. Alteraciones placentarias. Implantación y desprendimiento prematuro.

La placenta puede sufrir alteraciones durante el embarazo. Vamos a destacar dos de ellas, la implantación placentaria anormal y el desprendimiento prematuro de placenta.

En condiciones normales, el blastocito se une a la pared del útero, esto es lo que se denomina implantación. Pero hay ocasiones en las que esta fase de la gestación no se produce correctamente, dando lugar a un embarazo patológico.

Dos causas por las que se puede producir una implantación placentaria anormal son una mala adaptación inmunológica o alteraciones previas al embarazo.

Una corta duración de exposición al semen puede producir una mala adaptación inmunológica, ya que cuanto menos tiempo esté la cavidad uterina en contacto con el semen, menos tiempo estarán en contacto con los antígenos paternos, y como estos tardan más tiempo en reaccionar, la adaptación es inadecuada y se produce una implantación patológica.

Otro motivo por el cual se puede producir una mala adaptación en relación con el líquido seminal, es la existencia de una respuesta inflamatoria desencadenada por una alteración antigénica, producida a su vez por un desequilibrio en la producción de factores de crecimiento y citoquinas.

Las alteraciones previas al embarazo que pueden producir una implantación anormal de la placenta son algunas alteraciones vasculares y metabólicas, como isquemia, lupus, diabetes, hipercolesterolemia, entre otras.

Existen varios tipos de placenta que se pueden aparecer en el embarazo como consecuencia de una mala implantación placentaria (Ver *Imagen 2*):

- Placenta previa: crece en la parte baja del útero y cubre toda la parte del orificio del cérvix.
- Vasa previa: no es un tipo de placenta como tal, la vasa es una enfermedad que se caracteriza porque los vasos de la placenta y el feto se cruzan en la puerta del cérvix, y al no estar protegidos se rompen al salir el niño y se produce la hemorragia.
- Placenta acreta o adherida: es aquella cuyo crecimiento anormal se caracteriza por una implantación del tejido placentario dentro del miometrio.
- Existen también otras implantaciones que no se consideran como normoinseradas como son las marginales y las laterales, de las que es importante destacar que no provocan complicaciones hemorrágicas para la madre ni afectan a la oxigenación fetal.
 - Lateral o de inserción baja: está colocada a menos de 10 cm del orificio cervical, es decir, en el segmento inferior del útero, pero sin llegar a tocar la entrada. El parto suele ser vaginal normal.
 - Marginal: contacta con el orificio pero no llega a sobrepasarlo. Si la placenta se desliza al dilatarse el cuello del útero, puede tener parto vaginal.
 - Parcial: la placenta cubre parcialmente el orificio. Puede intentarse el parto vaginal, pero si se produce una hemorragia, es necesaria una cesárea de urgencia.

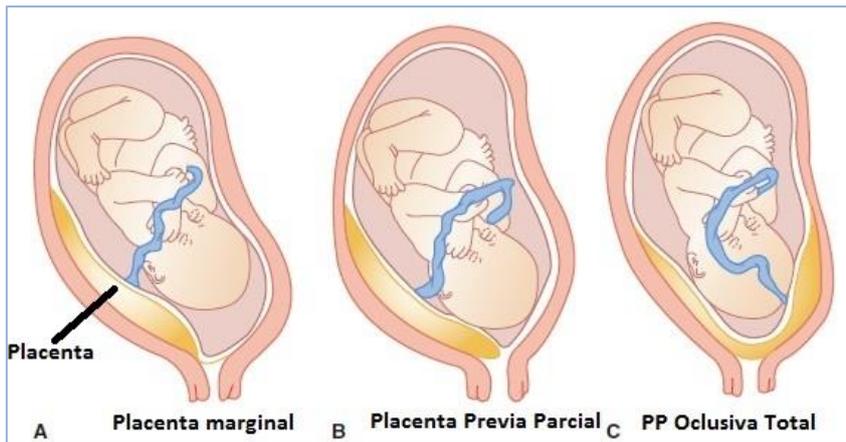


Imagen 2

Finalmente nos referiremos al desprendimiento prematuro de placenta (DPP). En esta situación la placenta se desprende parcial o totalmente, dependiendo del grado, pudiendo provocar un síndrome hemorrágico, que abarca desde un simple coágulo hasta cuadros hemorrágicos mucho más graves que comprometen en mayor medida la vida de la gestante y su bebé.

La placenta se puede desprender por varios lugares, y en mayor o menor medida, por ello además de clasificarla en total o parcial, también la clasificaremos en lateral o central.

El desprendimiento total de la placenta es más raro que el parcial, y cada desprendimiento suele estar limitado, pero a medida que el desprendimiento crece, también aumenta con ello la gravedad de la situación. La secuencia en la que se produce el DPP se puede observar gráficamente en la *Imagen 3*.^{6,9}

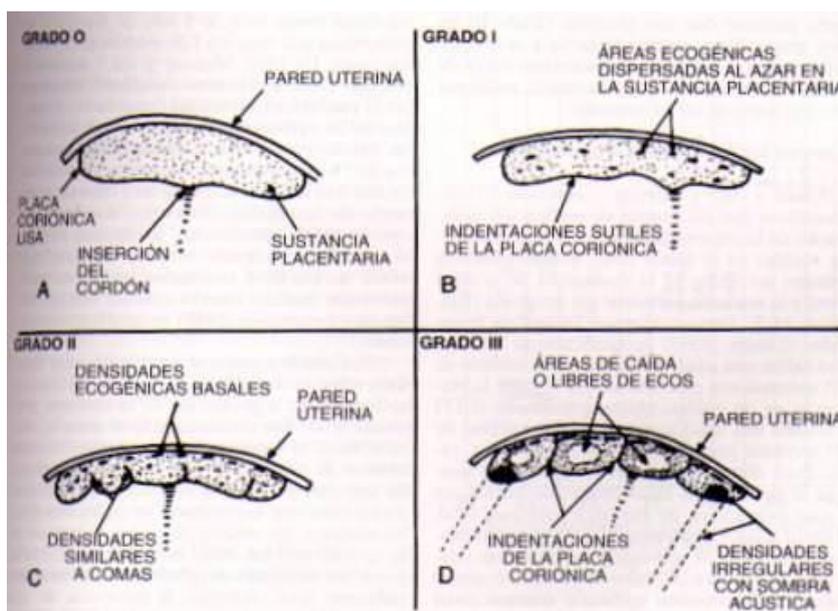


Imagen 3

4.4. Alteraciones uterinas. Atonía uterina.

La involución uterina es una etapa característica del puerperio que se produce tras el parto, durante la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer.

Tras las primeras 24 horas de puerperio, en condiciones fisiológicas, el útero desciende progresivamente hasta llegar a la altura del ombligo; éste descenso es consecuencia de unas contracciones durante aproximadamente 10 días hasta que este no pueda palparse en un examen abdominal. A las 5 o 6 semanas el tamaño del útero debe haber llegado a su estado normal.

Estas contracciones, también denominadas entuertos, se inician en las primeras horas después del parto, esto es signo de que se está produciendo la involución uterina correctamente.

Pero hay ocasiones patológicas en que esto no ocurre, dando lugar a una de las alteraciones uterinas más graves en las púerperas, la atonía uterina.

La atonía uterina es una patología de gran importancia por su gravedad en las gestantes y por su elevado riesgo de hemorragia.

Se caracteriza por la pérdida del tono de la musculatura del útero, es decir, se produce una ausencia de la involución uterina.¹⁰

La etiología de la atonía puede simplificarse en “4T” (Ver *Imagen 4*): tono (atonía), trauma, tejido (retención de restos) y trombina (alteraciones de la coagulación). Múltiples factores predisponentes pueden relacionarse con estas causas.

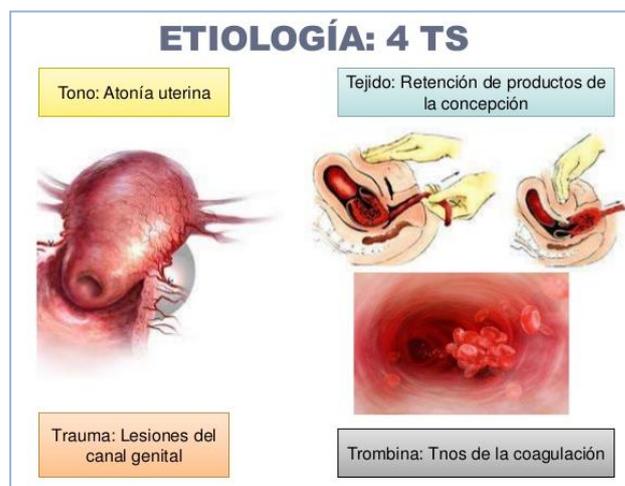


Imagen 4

Cuando existe una ausencia de los entuertos del postparto, el útero no va a disminuir su tamaño y se va a encontrar distendido, y como consecuencia de esto los vasos del útero no se van a comprimir, por lo tanto se produce una de las complicaciones más graves, que es una hemorragia vaginal intensa, también llamada hemorragia postparto. Esto puede provocar en la mujer taquicardia, agitación, hipotensión y signos de shock.^{10, 11}

La hemorragia postparto (HPP) es una de las principales causas de mortalidad materna tanto en países desarrollados, como en países en vía de desarrollo.

Esta hemorragia que es provocada como consecuencia de la atonía uterina puede producirse tanto en mujeres con factores de riesgo como en las que no los tienen. Por ello es importante destacar que la prevención de esta patología va a ir dirigida a todas las mujeres gestantes, no sólo a las que tienen factores de riesgo.

Las hemorragias durante el parto se consideran fisiológicamente normales si tienen una pérdida de sangre de hasta 500 ml durante el parto. En cambio, pérdidas hemáticas superiores a esta cantidad se definen como HPP.

5. Implicaciones para la práctica

5.1. Intervenciones de enfermería en alteraciones de la tensión arterial

Las intervenciones de enfermería que debemos realizar en una situación de alteración de la tensión arterial, van a variar dependiendo del tipo de patología que se dé en la paciente.¹²

En el caso de una situación de preeclampsia, la paciente debe estar tranquila y cómoda, y así poder tomar las constantes vitales y controlarlas periódicamente de manera adecuada. También es importante medir la diuresis, puesto que una disminución de la eliminación de orina, implicará generalmente una afectación renal, y vigilar la evacuación intestinal.

La paciente debe reposar en la cama en posición de decúbito lateral izquierdo para evitar la compresión de la vena cava.

El tratamiento que se administrará a la paciente por orden médica serán antihipertensivos.

Pero no solo debe ser un tratamiento farmacológico, sino que la dieta juega un papel muy importante ante esta patología. Esta debe ser normosódica, hiperproteica, normograsa, complementada con glúcidos, y un ajuste adecuado de vitaminas y minerales.

La vigilancia obstétrica es fundamental, dado que si la tensión continua elevada o se eleva antes de las 40 semanas, se puede llegar a interrumpir el embarazo, ya que existe un elevado riesgo materno o fetal.

En estos casos, es imprescindible apoyar a la paciente de forma psicológica, puesto que un buen asesoramiento favorece que aparezcan resultados favorables.

Cuando la preeclampsia se considera grave, es decir, que la tensión arterial es mayor o igual a 160/110 mmHg acompañado de los síntomas característicos de esta patología, los cuidados de enfermería serán más estrictos.

Además de los cuidados más generales también se realizará un estudio del fondo de ojo de la paciente, se harán pruebas como ECG, radiografías de tórax, medición de la PVC, etc.

El estado más grave de la toxemia gravídica es la eclampsia. Ante ella el personal de enfermería, además de los cuidados que se realizan para la hipertensión gestacional en general, deberá evitar las convulsiones en la paciente y tener material necesario por si ocurriesen, realizar los cuidados de la oxigenoterapia, y de las vías periféricas de la paciente y de la alimentación por vía parenteral. Deberá realizar los cuidados del sondaje vesical, realizar exámenes complementarios para vigilar el sufrimiento fetal. Es imprescindible vigilar la aparición de los signos característicos de la eclampsia.^{11, 13}

5.2. Intervenciones de enfermería en alteraciones placentarias

➤ Intervenciones en placenta previa

La actuación en esta situación debe ser urgente, pero se va a actuar de diferente manera dependiendo de si se produce una hemorragia grave o moderada como consecuencia de la presencia de la placenta previa.

En presencia de este tipo de patología, sea grave o moderada, debemos abstenernos de realizar un tacto vaginal o rectal, para evitar así el aumento de hemorragias.

En ambos casos, la paciente será hospitalizada y guardará reposo absoluto.

Cuando la hemorragia es grave, será imprescindible administrar a la paciente sueroterapia y transfundir sangre. Se controlará el estado hemodinámico de la paciente y se realizará el protocolo prequirúrgico de cesárea, por si esta tuviera lugar.

Si la hemorragia es moderada y se ha producido antes de las 34 semanas de edad gestacional, el tratamiento será conservador, para ello se preparará a la paciente para la realización de dos pruebas: ecografía (para confirmar el diagnóstico) y amniocentesis. Se administrarán corticoides, y debemos controlar que el valor hematocrito se mantenga $> 30\%$.

Si la hemorragia moderada se ha producido tras las 34 semanas de edad gestacional se debe inducir el parto. Si el feto no está en posición cefálica se preparará a la paciente para una cesárea urgente.^{14, 15}

➤ Intervenciones en el DPP

Las intervenciones que se deben realizar cuando se ha producido un desprendimiento prematuro de placenta comenzarán con una anamnesis a la paciente sobre las características de la hemorragia. Tenemos que valorar la pérdida hemática y controlar las constantes vitales de la paciente, e iniciar control de la diuresis.¹⁶

Observaremos si la paciente refiere dolor abdominal y si se producen cambios a nivel uterino, para evitar posibles complicaciones.

Comprobaremos el nivel de bienestar fetal, y para ello colocaremos a la paciente en decúbito lateral izquierdo para así evitar presionar la vena cava.

La higiene y las exploraciones vaginales son importantes para poder controlar la hemorragia y valorar la evolución de la patología.

El reposo será más estricto si la paciente tiene mayor sangrado, > 500 ml.

Controlaremos la oxigenación de la paciente y los signos que nos pueden indicar shock hipovolémico.

También debemos preparar a la paciente para una posible cesárea de urgencia.

Es imprescindible tranquilizar a la paciente, ya que existe un temor relacionado con la amenaza de muerte fetal-neonatal.¹⁷

5.3. Intervenciones de enfermería en atonía uterina

➤ Intervenciones en el puerperio inmediato

Estas intervenciones van encaminadas a todas las gestantes, tengan o no factores de riesgo. Recomendaciones según la OMS:¹⁸

- Manejo de fármacos uterotónicos
- Tracción controlada del cordón umbilical
- Masaje uterino

Estos son los tres pilares básicos que, según la OMS, son los más recomendables para prevenir la aparición de atonía uterina, y con ella, la hemorragia postparto.

Lo primero que se debe hacer es palpar el abdomen para tratar de expulsar restos que hayan podido quedar en el útero, como coágulos o partes de placenta, esta sería una maniobra mecánica en la que ayudamos al útero a expulsar los restos con nuestra mano.

Además, se administrarán por orden médica fármacos a la puérpera:

- Oxitocina 10 UI por vía intravenosa. Es el fármaco uterotónico más común y más utilizado, debido a su acción rápida, ya que tarda 2 o 3 minutos en actuar, y porque tiene un bajo nivel de efectos secundarios.
- Ergometrina 0,2 mg por vía intravenosa. Este fármaco se utiliza poco, ya que produce más efectos secundarios como hipertensión, cefaleas o vómitos.
- Misoprostol 400-600 µg por vía rectal. Al igual que el uterotónico descrito anteriormente, los efectos de éste son mayores, puede provocar náuseas, vómitos, diarreas, temblores, etc.
- Carbetocina por vía intramuscular. Es un fármaco muy similar a la oxitocina, pero de acción prolongada. Su inconveniente es el retardo en aparecer los efectos, pero su ventaja es que perdura más en el tiempo.

Además del uso de estas técnicas y fármacos, es importante hacer una técnica adecuada para la tracción del cordón umbilical, para evitar así que queden restos de placenta en el interior del útero.

Por último se debe realizar un masaje en el fondo del útero para ayudar a este en su contracción. Esto se realiza dentro de las 2 primeras horas tras el parto. También se conoce como maniobra de Credé.

Es importante comprobar que, a la hora de realizar este masaje, el útero no vuelva a relajarse después de haberse contraído tras esta maniobra.

El masaje uterino consiste en colocar una mano en la parte inferior del abdomen, a la altura del fondo del útero. Debemos palparlo y masajear hasta que notemos que el útero se redondea y tiene buen tono.¹⁹

A todo lo anterior, debemos sumarle el control y registro de signos vitales, control de diuresis, analíticas, y observar si comienzan a aparecer signos característicos de shock hipovolémico.

➤ Intervenciones en paciente con hemorragia postparto con signos de shock¹⁶

Si la paciente comienza a tener mareos, taquicardia e hipotensión, debemos llevar a cabo las siguientes actividades:

Debemos administrar transfusiones y soluciones a la paciente, y suministrarle oxígeno según se requiera por orden médica.

La paciente debe estar colocada en posición Trendelenburg.

Debemos observar los signos vitales y el estado de conciencia de la paciente.

El masaje uterino también será imprescindible en esta situación para conseguir tono en el útero.

Debemos vigilar la cantidad de sangrado y administraremos medicamentos según orden médica.

En caso de que la hemorragia no se controle, debemos preparar a la paciente para un legrado, ya que puede haber retención de restos placentarios.

Si la hemorragia es muy grave, debemos preparar a la paciente para una posible histerectomía.

Debemos tener en cuenta que la familia debe ser informada, y debemos satisfacer las necesidades tanto del paciente como de la familia.^{20, 21}

6. Discusión

Partimos de que la gestación es un proceso por el que pasa la mujer para dar lugar a un fin, que es el nacimiento de un recién nacido sano. Tanto la gestación como el posterior puerperio son procesos que deberían ser fisiológicos, pero a veces, aparecen complicaciones o alteraciones que hacen que la gestación sea patológica.

Durante mi rotación por el paritorio y por la Unidad de Hospitalización de Obstetricia del Hospital Universitario Río Hortega he podido observar que no todos los embarazos están exentos de patologías asociadas.

Algunas patologías son muy comunes y pueden ocurrir tanto durante la gestación como en el

puerperio, y por ello he querido reflejar en este TFG la importancia que tiene prevenir o intervenir en este tipo de situaciones para evitar así la gravedad y las complicaciones que estas patologías conllevan.

He dividido las alteraciones en tres grandes grupos, alteraciones de la tensión arterial, placentarias y uterinas, para poder explicar cada una de ellas y así aumentar los conocimientos sobre estas patologías, y que para poder actuar y prevenir sobre ellas es imprescindible conocerlas previamente y tener conocimiento adecuado sobre la gravedad que conllevan.

Considero a la atonía uterina como una de las patologías más graves, debido a las complicaciones que conlleva, sobre todo por el elevado riesgo de hemorragia postparto. Y lo considero de gran importancia, dado que la gravedad tanto de esta patología como de todas las que pueden ocurrir en el proceso de gestación y puerperio, aumenta a medida que la alteración evoluciona y van apareciendo consecuencias y complicaciones.

Por ello, para poder cumplir los objetivos de este TFG, primero es tener consciencia de la gravedad de estas patologías, y una vez tras tener conocimiento de ello, podemos comenzar a actuar.

La prevención es la actuación más importante que debemos llevar a cabo, dado que evitando que la patología aparezca o se desarrolle, evitaremos poner en peligro tanto a la madre como al feto.

Pero una vez que la patología se ha desarrollado, la actuación de enfermería no se basará en una prevención primaria, sino en una prevención secundaria, tratando de evitar así las complicaciones y el desarrollo de la patología.

Para poder llevar a cabo una buena práctica enfermera, es necesario seguir un protocolo de enfermería. Durante mis prácticas formativas que he desarrollado como estudiante, he observado diferentes formas de trabajar, y aunque todas ellas son correctas, he considerado necesario llevar a cabo mi trabajo para unificar las actuaciones de enfermería a través de protocolos para así tener una base que toda la enfermería debe seguir sobre la prevención de las patologías asociadas a la gestación y al puerperio.

7. Bibliografía

1. Bonilla-Mousoles, F y Pellicer, A. Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básicas. Madrid: Editorial panamericana; 2007.
2. Definición de HTA Fisterra (Internet). La Coruña: Fisterra; 2012 (actualizado 01 marzo 2012; citado 26 de enero 2016). Disponible en : <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/estados-hipertensivos-embarazo/>
3. Definición de PLACENTA. Ruiz Plaza, J.M. y colaboradores. Manual de enfermería obstétrico-ginecológica. Madrid: Editorial MAD; 2006.
4. Clasificación de placentas Tamez, R y Silva, M. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. 3º edición. Madrid: Editorial Panamericana; 2010.
5. Hemorragia uterina Cunningham, F. y Leveno, K. Killiams Obstetricia. 23ª edición. Madrid: Editorial Mc Graw Hill: 2010.
6. J.A. Usandizaga, P. de la Fuente. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Volumen 1 Obstetricia. 2ª edición. Madrid: Mc Graw Hill: 2004.
7. Coca, A., Aranda. P., Redón, J. Manejo del paciente hipertenso en la práctica clínica. Madrid: Editorial Panamericana; 2009.
8. De Cherney, AH. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico. 11ª Edición. Madrid: McGraw Hill; 2014.
9. Zapata Boluda, R.M. y Gutiérrez Izquierdo, M.I. Salud sexual y reproductiva. Almería: Universidad de Almería; 2016
10. Espinosa Torres-Torija, L. Parto: mecanismo, clínica y atención. Madrid: editorial moderna; 2009.
11. Sánchez Seendra, A.P. Enfermería materno infantil. Volumen 3. Barcelona: Manuales de enfermería; 2014.
12. Cuidados en el puerperio Arean Reig, M.C. Cuidados del embarazo y puerperio: guía-

agenda del embarazo y el puerperio. Concellos de Pontevedra: Sevizios Sociais municipais; Disponible en:

[2010.https://books.google.es/books?id=LySNngEACAAJ&dq=puerperio+2010&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiK8ZfGv9LMAhVGBsYKHZvsDvsQ6wEIGzAC](https://books.google.es/books?id=LySNngEACAAJ&dq=puerperio+2010&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiK8ZfGv9LMAhVGBsYKHZvsDvsQ6wEIGzAC)

13. Reece, A. y Hobbins, J. Obstetricia clínica. 3ª edición. Madrid: Editorial Panamericana. 2010.

14. Zapardiel Gutiérrez. I. De la Fuente Valero, J. Bajo Arenas, Jm. Guía práctica de urgencias en obstetricia y ginecología. Madrid: S.E.G.O.; 2008.

15. Canaviri Peláez, S. PAE Placenta previa. Proceso de atención de enfermería. Bolivia: Universidad católica boliviana; 2014. Disponible en: <http://myslide.es/documents/pae-placenta-previa.html>

16. Guía práctica urgencia en ginecología y obstetricia. SEGO. Último acceso: 01 de marzo de 2016. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/Guia_Pract_Urg.pdf

17. Arnedillo Sánchez, MS. Barroso Casamitjana, A. Ruiz Ferrón, MC. Actuación en un desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Estudio de un caso. Sevilla: Hospital de la mujer; 2008.

18. Creon Mendoza, A. y colaboradores. Cuidado integral de enfermería a la embarazada, parto, puerperio, el recién nacido y menores de 5 años. Madrid: Editorial Dreams Magnet; 2015.

19. Reece, A. y Hobbins, J. Obstetricia clínica. 3ª edición. Madrid: Editorial Panamericana. 2010.

20. Cabero, L., Saldivar, D., Cabrillo, E. Obstetricia y medicina materno-fetal. Madrid: Editorial Panamericana; 2007.

21. Alvir Álvaro, A y colaboradores. Manejo de la hemorragia postparto. Madrid: Editorial Liber Factory; 2016.