



Hemorragias en la Segunda Mitad del Embarazo

Resumen

El sangrado producido en la segunda mitad del embarazo es causante de importante morbilidad e incluso mortalidad perinatal y materna; en el INMP compromete entre el 9 al 15% de todas las gestantes. Se recuerda que se asocia a parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, coagulación intravascular diseminada. En el manejo se requiere con frecuencia transfusiones de sangre y hemoderivados, así como realizar procedimientos quirúrgicos, incluyendo la histerectomía de emergencia. Se hace una revisión de las causas de hemorragias de la segunda mitad del embarazo, haciendo énfasis en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las patologías causantes.

Palabras clave: Hemorragia obstétrica, hemorragia de la segunda mitad del embarazo, desprendimiento prematuro de la placenta, placenta previa.

Carlos Pérez-Aliaga¹

¹ Médico Gineco-Obstetra, Médico Asistente del Servicio de Obstetricia C del Instituto Nacional Mayor de San Marcos, Docente de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56:18-22.

Hemorrhages of the second half of pregnancy

ABSTRACT

Bleeding occurring in the second half of pregnancy causes important maternal and infant morbidity and even mortality; at the Instituto Nacional Materno Perinatal it compromises between 9 and 15% of all gestations. We recall it is associated to premature delivery, abruption placenta, placenta previa, disseminated intravascular coagulation. Treatment frequently requires blood and blood derivatives transfusions as well as performing surgical procedures, including emergency hysterectomy. This is a review of second half of pregnancy hemorrhage causes; we emphasize precocious diagnosis and timely treatment of these pathologies.

Key words: Obstetrical hemorrhage, hemorrhage of the second half of pregnancy, abruption placenta, placenta previa.

INTRODUCCIÓN

Debo empezar este artículo mencionando que el sangrado producido en la segunda mitad del embarazo es causante de importante morbilidad e in-

cluso mortalidad perinatal y materna. En el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) compromete entre 9 y 15% de todas las gestantes. Debemos tener en cuenta que la hemorragia en la segunda mitad del embarazo está asociada a parto pretérmino, causa principal de morbimortalidad perinatal, además de que también se puede asociar a sufrimiento fetal agudo y a óbito fetal. Por otro lado, tanto el desprendimiento prematuro de la placenta (DPP) como la placenta previa pueden ser causantes de sangrado materno importante, a veces asociado a coagulación intravascular diseminada (CID) -sobre todo los casos de DPP con óbito fetal-, siendo necesarias con cierta frecuencia las transfusiones de hemoderivados. Incluso, el gineco-

obstetra muchas veces debe tomar la decisión de realizar una histerectomía de emergencia. Y, pese a todos los esfuerzos realizados, nos encontramos con casos de muerte materna. Es por eso que la intención de este artículo de revisión es lograr que las pacientes tengan un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de estas patologías.

En la tabla 1 observamos las causas de hemorragias de la segunda mitad del embarazo.

Al encontrarnos frente a una gestante con sangrado transvaginal, debemos considerar este caso como una emergencia y manejarlo como tal, teniendo en cuenta que probablemente en las próximas horas se produzca el parto



Tabla 1. Causas de hemorragias de la segunda mitad del embarazo.

Causas de origen obstétrico	
•	Placenta previa
•	Desprendimiento prematuro de placenta
•	Rotura uterina
•	Vasa previa
•	Inicio del trabajo de parto
•	Desgarros cervicales producidos durante el trabajo de parto
Causas de origen ginecológico	
•	Procesos infecciosos cervicovaginales
•	Tumores (pólipos, miomas, neoplasias)
•	Traumatismos en genitales
•	Várices vulvovaginales

espontáneamente o por decisión médica, y que además pueda ser necesaria la transfusión de hemoderivados.

Debemos entonces realizar una evaluación rápida del estado general de la paciente y el feto, considerando para esto:

Las funciones vitales de la paciente, que nos permitan establecer si existe compromiso hemodinámico.

Evaluación obstétrica: medición de altura uterina, tono y dinámica uterina, auscultación de latidos cardiacos fetales.

Especuloscopia, la cual nos permitirá definir si la causa del sangrado es de origen ginecológico u obstétrico, además de precisar la cuantía del sangrado

Por otro lado, debemos realizar la anamnesis dirigida a identificar la causa del sangrado, para lo cual debemos preguntar sobre las características del sangrado, forma de inicio, su asociación con el dolor, ausencia o no de contracciones uterinas, antecedentes de traumatismos, infecciones, relaciones sexuales.

Otro aspecto importante para la toma

de decisiones es establecer la edad gestacional, para lo cual consideraremos la última fecha de menstruación -si esta es confiable- y las ecografías previas, de ser posible del primer trimestre, por ser el margen de error menor.

Finalmente, para completar la evaluación inicial de la paciente es necesario realizar el estudio ecográfico, tan pronto como sea posible, de manera que nos permita descartar de que se trate de un caso de placenta previa. Antes de ello, está contraindicada la realización del tacto vaginal, porque podría desencadenar mayor sangrado en caso de placenta previa.

Por ser la placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta las dos patologías que conllevan a la mayor morbimortalidad perinatal e incluso materna, pasaremos a hacer la revisión de las mismas.

PLACENTA PREVIA

En el INMP, que es el mayor centro de referencia del Ministerio de Salud (MINSA) del Perú, se encontró una incidencia de 0,8 a 1,02% de todos los partos ocurridos entre los años 2007 y 2008.

Clasificación

1. Placenta previa total: cuando hay una oclusión total del orificio cervical interno (OCI)
2. Placenta previa parcial: cuando hay una oclusión parcial del OCI
3. Placenta previa marginal: cuando la implantación placentaria llega a estar en el margen del OCI
4. Placenta previa de inserción baja: en este caso el borde placentario se encuentra muy cerca al OCI.

Etiología

- A) La presencia de alteraciones endometriales y/o miometriales podría condicionar que la zona de implantación placentaria no sea en el fondo uterino, sino más bien cercana al orificio cervical interno; estas condiciones las podemos encontrar en los siguientes casos:
- a. antecedentes de cicatriz uterina previa
 - b. legrado uterino
 - c. multiparidad, edad sobre los 35 años
 - d. miomas uterinos
 - e. malformaciones uterinas.
- B) Aumento relativo de la masa placentaria: embarazo gemelar, tabaquismo y residencia en altura.

Cuadro clínico

La hemorragia vaginal no se acompaña de dolor, lo que ocurre en 80% de los casos. No hay alteraciones en la contractilidad uterina, pero en 10 a 20% se puede presentar dinámica uterina. En 10% es asintomática. Según Crenshaw, un tercio sangra antes de las 30 semanas de gestación, un tercio entre las 30 y 36 semanas y un tercio después de las 36 semanas. Generalmente no hay sufrimiento fetal, salvo en casos extremos, en los que la estabilidad hemodinámica de la madre está comprometida.

Diagnóstico

El cuadro clínico de sangrado vaginal sin dolor, de aparición brusca y generalmente sin antecedente de traumatismos, nos hace tener la alta sospecha de que se trata de un caso de placenta previa. Sin embargo, para la confirmación del diagnóstico es necesaria la ecografía.

Hay que tener en cuenta que para hacer el diagnóstico ecográfico de



placenta previa, la gestante debe tener por lo menos 20 semanas, caso contrario estaríamos haciendo falsos diagnósticos de placenta previa, por el llamado proceso de ‘migración placentaria’, que se refiere al desarrollo diferencial de los segmentos uterinos superior e inferior a medida que el embarazo progresa. Razón por la cual, si tenemos un diagnóstico temprano de placenta previa, debe ser confirmado pasadas las 30 semanas de gestación, luego de las cuales es poco probable que se modifique la relación del borde placentario y el orificio cervical interno.

Manejo

Va a estar condicionado por la severidad del sangrado, la edad gestacional de la paciente y la presencia de dinámica uterina.

Debe estar orientado a:

1. Prevenir el choque hipovolémico
2. Prevenir el parto pretérmino
3. Lograr las mejores condiciones para el feto, si es que se produce el parto pretérmino.

Si se trata de un embarazo a término, no hay duda de que debe realizarse una cesárea, la cual en la medida de lo posible ha debido ser planificada con anterioridad.

El problema surge cuando el diagnóstico se realiza antes de las 37 semanas. En estos casos, la decisión del momento en que se debe realizar la cesárea dependerá de la severidad del sangrado:

- Si el sangrado es masivo, se debe realizar la cesárea inmediatamente y la reposición de fluidos endovenosos (cristaloides y/o coloides), para lograr la estabili-

zación hemodinámica de la paciente, independientemente de la edad gestacional.

- Si el sangrado no es activo y no llega a comprometer el estado hemodinámico de la paciente, el manejo comprenderá:
 - Hospitalización
 - Colocación de una vía periférica
 - Corticoterapia, para alcanzar la madurez pulmonar fetal, si se trata de gestaciones menores a 34 semanas
 - Tocólisis en caso de presentar dinámica uterina
 - Solicitar exámenes preoperatorios completos, incluyendo pruebas cruzadas.

Después del parto, es probable que se produzca una hemorragia, por tener una inserción placentaria en la parte inferior del útero, donde hay menos capacidad contráctil del útero, además de haber mayor probabilidad de acretismo placentario. En estos casos puede ser necesaria la colocación de puntos sobre el lecho placentario, utilización de uterotónicos (oxitocina, ergometrina, misoprostol), masaje uterino, ligadura de las arterias hipogástricas y, de no lograr calmar la hemorragia, se deberá tomar la decisión de realizar una histerectomía de emergencia. Además, debemos informar a la paciente sobre la posibilidad de necesitar la transfusión de hemoderivados.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA

Definición

Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta consiste en la separación de la placenta, no inserta en el

Tabla 2. Factores asociados y precipitantes del desprendimiento prematuro de placenta.

<p>Factores asociados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de DPP en embarazo previo • Hipertensión inducida por el embarazo e hipertensión crónica • Antecedente de natimueertos • Edad mayor de 45 años • Gran multiparidad • Sobredistensión uterina • Malformaciones uterinas • Alcoholismo y tabaquismo • Consumo de cocaína • Poco peso materno ganado durante el embarazo (menor a 0,15 kg/semana) <p>Factores precipitantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traumatismos • Disminución brusca del volumen uterino (ej. Rotura de membranas asociado a polihidramnios, entre otros)

orificio cervicouterino, de su inserción decidual entre la semana 20 del embarazo y el periodo de alumbramiento.

Incidencia

Entre el 0,4 y 0,64% del total de partos ocurridos en el INMP entre los años 2007 y 2008. La mortalidad materna fue menor a 1% y la mortalidad perinatal aproximadamente 20 a 35%.

En la tabla 2 podemos observar los factores asociados y precipitantes del desprendimiento prematuro de placenta.

Cuadro clínico

Existe sangrado genital en 78% de los casos, con dolor uterino, hipertonia y polisistolía en 20%, hemorragia oculta con hematoma retroplacentario. La CID es una complicación grave, pero infrecuente. Hay compromiso hemodinámico, con sufrimiento y muerte fetal.

Diagnóstico

Es básicamente clínico, teniendo en cuenta que se puede llegar a la confirmación ecográfica de un DPP en pocos casos, generalmente con desprendimientos masivos que causaron



la muerte fetal, y en los cuales la sintomatología es bastante clara.

Los casos severos, caracterizados por cuadros de instalación brusca, con sangrado vaginal acompañado de dolor, hipertonia uterina y sufrimiento o muerte fetal, generalmente son fáciles de diagnosticar.

El problema diagnóstico lo tenemos en los casos de instalación insidiosa, en los cuales la paciente puede referir dolor abdominal leve, contracciones uterinas que nos hagan pensar en el inicio de trabajo de parto o en una amenaza de parto pretérmino (cuando los síntomas aparecen antes de las 37 semanas). En otras ocasiones, la paciente acude a la asistencia médica refiriendo solo disminución en los movimientos fetales. En pocas horas, muchos se convierten en desprendimientos severos, con compromisos fetal y materno serios.

En estos casos, en los cuales la sintomatología no es la clásicamente descrita, debemos ser más acuciosos con los síntomas referidos por la paciente, hacer monitoreo clínico estricto y evaluación adecuada del bienestar fetal, con ecografía y monitoreo electrónico fetal de ser posible, porque muchas veces el primer signo de desprendimiento placentario es el compromiso fetal, que se manifiesta con alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal.

En la tabla 3 vemos la clasificación clínica del DPP.

Complicaciones maternas

El shock hipovolémico generalmente lo vemos en los casos de sangrado oculto con compromiso fetal. La CID es poco frecuente, pero casi siempre

Tabla 3. Clasificación clínica del desprendimiento prematuro de placenta.

- Grado I: hemorragia escasa o ausente. La mortalidad perinatal no está aumentada.
- Grado II: metrorragia anteparto, oscura, alteración de la contractilidad uterina, feto vivo. Hay sufrimiento fetal agudo en más de 90% de los casos. La mortalidad perinatal está aumentada.
- Grado III: grado II más muerte fetal. Se subdivide en:
 - 1) con CID
 - 2) sin CID. Los casos de muerte materna se observa en este grupo.

asociada a los casos severos con muerte fetal. Otras complicaciones son la insuficiencia renal aguda, metrorragia posparto, útero de Couvelaire, síndrome de Sheehan.

Manejo clínico

El manejo dependerá del compromiso fetal (feto vivo o muerto), edad gestacional y del grado de compromiso hemodinámico materno:

- a) Cuando el feto está vivo y tenemos la alta sospecha de que se trata de un DPP (generalmente hay sufrimiento fetal), el término de la gestación por la vía más rápida posible será la medida más adecuada, para los casos de gestaciones a término.
- b) En casos de gestaciones pretérmino, en las cuales se tenga la sospecha de un DPP, pero no esté comprometida la salud fetal, ni el estado hemodinámico materno (como casos de amenaza de parto pretérmino con sangrado transvaginal escaso) se podría tener una conducta expectante, con estricto monitoreo de las funciones vitales de la madre y monitoreo electrónico fetal y, ante alteraciones de las mismas, la conducta más adecuada sería una cesárea de emergencia, independientemente de la edad gestacional.
- c) En los casos más severos, con

feto muerto, generalmente el desprendimiento es superior al 50%; la asociación de CID es 30%. En estos casos, el manejo comprenderá:

- Parto vaginal a la brevedad, de ser posible; en caso contrario, se procede a realizar cesárea.
- Estabilización hemodinámica, para lo cual usamos cristaloides y coloides y, de ser necesaria, la transfusión de hemoderivados.

Debemos tener en cuenta que una vez que se produjo la expulsión del feto y la placenta, el útero debe contraerse para calmar el sangrado. Pero, en los casos más severos de DPP, generalmente con sangrado oculto, nos podemos encontrar con el miometrio totalmente infiltrado por sangre (útero de Couvelaire), lo cual dificulta su capacidad contráctil, además de presentarse en estos casos trastornos de coagulación que pueden agravar la hemorragia posparto; por lo que son necesarios el masaje uterino intenso, el uso de uterotónicos, ligadura de arteria hipogástricas e incluso histerectomía de emergencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanchez SE, Pacora PN, Farfan JH, Fernandez A, Qiu C, Ananth CV, Williams MA. Risk factors of abruptio placentae among Peruvian women. *Am J Obstet Gynecol*. 2006 Jan;194(1):225-30.
2. Reddy UM, Goldenberg R, Silver R, Smith GC, Pauli RM, Wapner RJ, Gardosi J, Pinar H, Grafe M, Kupferminc M, Hulthén Varli I, Erwich JJ, Fretts RC, Willinger M. Stillbirth classification—developing an international consensus for research: executive sum-



- mary of a National Institute of Child Health and Human Development Workshop. *Obstet Gynecol.* 2009 October ;114(4):901-14.
3. Chamberlain G, Steer P. ABC of labour care. *Obstetric emergencies.* *BMJ.* 1999;318(7194):1342-5.
 4. Rizk B, Atterbury JL, Groome LJ. Reproductive risks of cocaine. *Human Reprod Update.* 1996;2(1):43-55.
 5. Gómez Gutiérrez-Solana I, Larrañaga C. Hemorragia en la gestación. *Anales del Sist. Sanitario de Navarra.* 2009;32 (Supl 1):81-90.
 6. Romundstad B, Romundstad PR, Sunde A, von Düring V, Skjærven R, Vatten LJ. Increased risk of placenta previa in pregnancies following IVF/ICSI; a comparison of ART and non-ART pregnancies in the same mother. *Liv Hum Reprod.* 2006;21(9):2353-8.
 7. Wen SW, Zhou J, Yang Q, Fraser W, Olatunbosun O, Walker M. Maternal exposure to folic acid antagonists and placenta mediated adverse pregnancy outcomes. *Cann Med Assoc J.* 2008;179(12):1263-8.
 8. Kaminsky LM, Ananth CV, Prasad V, Nath CA, Vintzileos AM. The influence of maternal cigarette smoking on placental pathology in pregnancies complicated by abruption. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(3): 275.e1-275.e5.
 9. Ananth CV, Savitz DA, Luther ER. Maternal cigarette smoking as a risk factor for placental abruption, placenta previa, and uterine bleeding in pregnancy. *Am J Epidemiol.* 1996;144(9):881-9.
 10. Shen TT, DeFranco EA, Stamilio DM, Chang JJ, Muglia LJ. A population-based study of race-specific risk for placental abruption. *Pregn Childbirth.* 2008;8:43.
 11. Ananth CV, Smulian JC, Demissie K, Vintzileos AM, Knuppel RA. Placental abruption among singleton and twin births in the United States: risk factor profiles. *Am J Epidemiol.* 2001;153(8):771-8.
 12. Mello G, Parretti E, Marozio L, Pizzi C, Lojacono A, Frusca T, Facchinetti F, Benedetto C. Thrombophilia is significantly associated with severe preeclampsia results of a large-scale, case-controlled study. *Hypertension.* 2005;46:1270-4.
 13. Williams. *Obstetricia.* 22 edición. 2006.
 14. Pacheco J. *Ginecología y Obstetricia.* Primera Edición. Lima, Perú: Mad Corp SA. 1999.
 15. Gabbe, Niebyl y Simpson. *Obstetricia.* Primera edición. 2004.