

CAPÍTULO XI

Hemorragias de la segunda mitad del embarazo placenta previa y abrupcio de placenta

Wilmar García Scipa, MD

Instructor Asistente

Departamento de Ginecología y Obstetricia

Universidad Nacional de Colombia.

Instituto Materno Infantil.

Bogotá

EPIDEMIOLOGÍA

Los sangrados genitales de la segunda mitad del embarazo complican 6% de las gestaciones. Las causas son placenta previa en 13%, abrupcio en 7% y secundario a trabajos de parto pretérmino o a término, o secundarios a lesiones locales del tracto genital inferior en 80%. En algunos casos no se logra identificar el lugar del sangrado.

razón de la falta de correlación con incremento o disminución de la morbilidad asociada así como por su poca utilidad clínica.

Noventa por ciento de las placentas que se clasifican como previas en la mitad del embarazo se reclasifican como normales en el seguimiento, en razón de la formación del segmento y del crecimiento uterino. Este fenómeno se denomina migración placentaria.

PLACENTA PREVIA

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Se refiere a la cercanía de la placenta con respecto al orificio cervical interno (OCI), definiéndose como previa aquella que se encuentra en relación con este.

Se clasifica como **previa** la que cubre parcial o totalmente el OCI y como **marginal**, la que se halla máximo a 3 cm del OCI sin cubrirlo.

Las definiciones de placenta previa parcial, total o de inserción baja, se han abolido en

FACTORES DE RIESGO

Entre los factores que incrementan el riesgo de presentación en orden de importancia están:

- Antecedente de placenta previa.
- Antecedente de cesárea.
- Edad avanzada.
- Multiparidad.
- Aborto inducido.
- Tabaquismo.
- Uso de cocaína.

CUADRO CLÍNICO

Sangrado genital de aparición súbita, rutilante e indoloro. Se presenta en 30 % antes de la semana 30, 30% entre 30.35 semanas, 30 % antes del trabajo de parto y 10 % aparecen durante el sin episodios previos de sangrado.

El tacto vaginal en manos expertas identifica 60 % de las placentas previas, puede intensificar el sangrado en 16% de los casos, lo que puede llevar a shock hipovolémico.

La ecografía es un paso necesario para el diagnóstico de la placenta previa excepto en los casos de inestabilidad hemodinámica que requiera resolución quirúrgica inmediata del sangrado.

La ecografía trasvaginal hace el diagnóstico más preciso de la entidad en los casos en los cuales no es posible definir con claridad el orificio cervical interno, evitando los falsos negativos y positivos.

MANEJO

Los objetivos terapéuticos son:

- Asegurar el estado materno.
- Asegurar el estado fetal.
- Evitar las complicaciones.

Para lograr asegurar el estado materno se debe:

- a. Definir el estado hemodinámica inicial y las pérdidas estimadas de sangre.
- b. Clasificar el grado de sangrado como leve, moderado o severo.
- c. Iniciar de inmediato la reanimación con líquidos endovenosos.
- d. Definir la necesidad de transfusión, si:
 - Presencia de ortostatismo después de la reanimación.

- Hemoglobina menor de 7 g/dL.
 - No se logra el control en la reanimación.
- e. Desembarazar por cesárea independientemente de la edad de gestación en caso de no lograr el control del sangrado.

Para asegurar el estado fetal se debe:

- a. Definir la edad de gestación claramente.
- b. Conocer el estado fetal actual por medio de:
 - Movimientos fetales.
 - Fetocardia.
 - Monitoría sin estrés.
 - Perfil biofísico.

Para evitar las complicaciones se debe:

- a. Desembarazar toda gestación mayor de 36 semanas o se identifica madurez pulmonar fetal.
- b. Reposo en cama hasta el momento del parto, si hay control del sangrado.
- c. Inducción de maduración pulmonar con corticoides a toda gestación entre 26-34 semanas.
- d. Útero inhibición en caso de presentar actividad uterina.
- e. Realizar seguimiento ecográfico en busca de retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) y signos de placenta acreta.
- f. Practicar amniocentesis para perfil de maduración pulmonar a partir de la semana 34 semanalmente.

COMPLICACIONES

Acretismo placentario

Corresponde a la invasión trofoblástica del miometrio. Puede ser *íncreta* si invade miometrio sin llegar a la serosa o *pércreta* si lo invade y lo sobrepasa.

Se asocia principalmente con incisiones uterinas anteriores. El riesgo de acretismo en placenta previa es de 15 % si hay cesárea anterior, pero si hay dos o más incrementa a 50%

El diagnóstico se debe realizar por medio de ecografía transabdominal y transvaginal. Se observa:

- Pérdida de la ecogenicidad retroplacentaria.
- Presencia de digitaciones en el miometrio.
- Presencia de espacios intervallosos en el miometrio.
- Identificación por doppler de vasos a ese nivel.

El manejo se hace con histerectomía intraparto. En caso de placenta pércreta se debe evitar la extracción placentaria de inmediato, para lo cual se da manejo médico con metotrexate para enfriar el proceso y posteriormente, realizar la histerectomía en un segundo tiempo quirúrgico.

PREMATUREZ

Es la complicación mas frecuente de la placenta previa con la morbilidad asociada (dificultad respiratoria del neonato, hipotermia, alteracion hidroelectrolítica, alteración metabólica y mayor probabilidad de sepsis neonatal).

RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

Los fetos con placenta previa presentan una posibilidad de RCIU de 16%.

ABRUPTIO DE PLACENTA

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Es el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada, con lo cual se produce una hemorragia en el interior de la decidua basal que impide la oxigenación fetal.

Se clasifica según la severidad del sangrado en:

- Grado I: sin repercusión perinatal, diagnóstico posparto.
- Grado II. clínica clara de abrupcio y feto vivo con estado fetal alterado.
- Grado III: óbito fetal secundario.

FACTORES DE RIESGO

- Preeclampsia e hipertensión crónica:
 - Abuso de cocaína.
 - Trauma.
 - Anomalías del cordón y el útero.
 - Tabaquismo.
 - Edad materna mayor y multiparidad.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Los síntomas del abrupcio son sangrado genital oscuro, dolor abdominopélvico intenso y contracciones uterinas.

La ecografía es de poca utilidad en el diagnóstico aunque puede observarse en estados tempranos y tardíos la presencia de sangre retroplacentaria.

El diagnóstico se basa en la clínica y la presencia de alteración del estado fetal evidenciado por pérdida de la reactividad, la variabilidad y alteración de los parámetros biofísicos.

MANEJO

Los objetivos terapéuticos en el abrupcio de placenta son:

- Asegurar el estado fetal.
- Asegurar el estado materno.
- Definir y manejar la causa.
- Evitar las complicaciones.

Para asegurar el estado fetal se debe:

1. Definir la viabilidad fetal. En caso de óbito fetal desembrazar.
2. Definir la edad de gestación, si es mayor de 37 semanas se debe desembrazar definiendo la vía según la indicación obstétrica.

Para la definición de la causa se debe:

1. Practicar una historia clínica completa buscando los factores de riesgo descritos.
2. Realizar un examen físico detallado en busca de estigmas de farmacodependencia o de trauma.
3. Practicar laboratorios que indiquen compromiso de otros órganos secundario a preeclampsia.

Para evitar las complicaciones se debe:

1. Inducir la maduración pulmonar fetal a toda gestante entre 26-34 semanas con abrupcio y feto vivo.
2. Evaluar periódicamente el estado fetal. Si es satisfactorio en el ingreso se puede reevaluar cada 24 horas si no hay deterioro.
3. Utilizar útero inhibidores si:
 - Es pretérmino.
 - Tiene estado fetal satisfactorio.
 - No hay descompensación materna.
 - No hay signos de persistencia del abrupcio.
 - Se descarta preeclampsia.
4. Evaluar el perfil de coagulación materno y el estado fibrinolítico.

COMPLICACIONES

COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA

Se identifica en 10% de las pacientes con abrupcio. Es más grave en las pacientes con óbito fetal secundario. Se genera por un fenómeno protrombótico local con depleción sistémica del fibrinógeno y de la producción de fibrina con hipofibrinogenemia.

ÚTERO DE COUVALLIER

Es una complicación posparto secundaria a la infiltración eritrocitaria del endometrio que le da un aspecto violáceo sin permitirle la contracción adecuada, lo que lleva a hemorragia profusa. El tratamiento es la histerectomía

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Ananth C. Placental abruption and its association with hypertension and prolonged rupture of membranes. A methodologic review and metaanalysis. *Obstet Gynecol* 1996; 88:309-318.
2. Hibbard B. Abruptio placentae. *Obstet Gynecol* 1996; 27:155-71
3. Hladky K, Yankowitz J, Hansen WF. Placental abruption. *Obstet Gynecol Surv* 2002; 57:299-305.
4. Krammer M. Etiologic determinations of abruptio placentae. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 221-224.
5. Lerner J. Characterization of placenta accreta using transvagynal sonography and color Doppler imaging. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995; 5:198-201.
6. Newton E. The epidemiology and clinical history of asymptomatic midtrimester placenta previa. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 148:743-748.
7. Silver L. Placenta previa percreta with bladder involvement: New considerations and review of the literature. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997; 9:131-138.
8. Taylor V. Placenta previa and prior cesarean delivery: how strong is the association? *Obstet Gynecol* 1994; 84:55-57