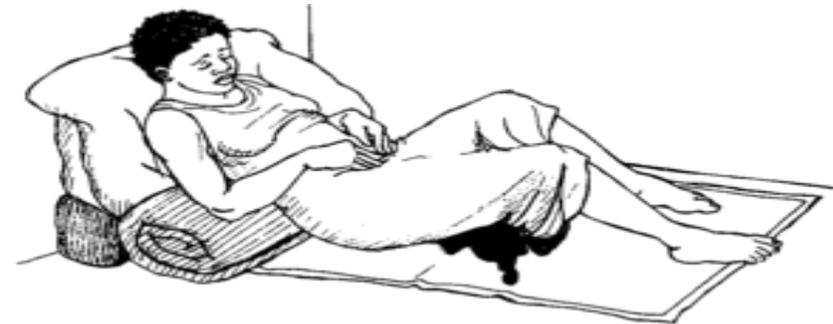




UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL
EMBARAZO**



Décimo semestre
DRA. BIVIANA LUNA

Caso Clínico

Paciente de 30 años de edad, nacida y residente en Puyo.

APP: Hipotiroidismo hace 2 años en tratamiento con levotiroxina 75mg.

APQX: Cesárea

APF: Madre HTA. Padre DM

AGO: G 4 A1 P0 C2 FUM: 03/09/24 CPN 3 ECOS 1

EXAMEN FISICO: TA: 90/58 mmHg FC 99 Fr 21 T° 36.4 S02 96% estado de Conciencia alerta, proteinuria negativa

Abdomen gestante con feto único vivo FCF 100lpm, Actividad uterina 4/10/45", movimientos fetales presentes, RIG. Especuloscopia, sangrado en escasa cantidad. Tacto vaginal cérvix cerrado.

Caso Clínico

Paciente de 36 años de edad, nacida y residente en Esmeraldas.

APP: Preeclampsia en el 3 embarazo. Hipotiroidismo hace 3 años en tratamiento con levotiroxina 100mg.

APQX: Cesárea

APF: Madre HTA. Padre DM

AGO: G 5 A1 P3 C1 FUM: 03/09/24 CPN 1 ECOS 0

EXAMEN FISICO: TA: 135/78 mmHg FC 98 Fr 21 T° 36.4 S02 96% estado de Conciencia alerta, proteinuria negativa

Abdomen gestante con feto único vivo FCF 140lpm, Actividad uterina 5/10/45", movimientos fetales presentes, RIG. Especuloscopia, sangrado oscuro en moderada cantidad. Tacto vaginal cérvix de multípara.

Caso Clínico

Paciente de 31 años de edad, nacida y residente en Esmeraldas.

APP: Miomatosis uterina

APQX: Cesárea

APF: Madre HTA.

AGO: G 2 A1 P0 C1 FUM: 03/08/24 CPN 3 ECOS 1

MC: SANGRADO

EXAMEN FISICO: TA: 125/78 mmHg FC 98 Fr 21 T° 36.6 S02 90% estado de
Conciencia alerta, proteinuria positiva

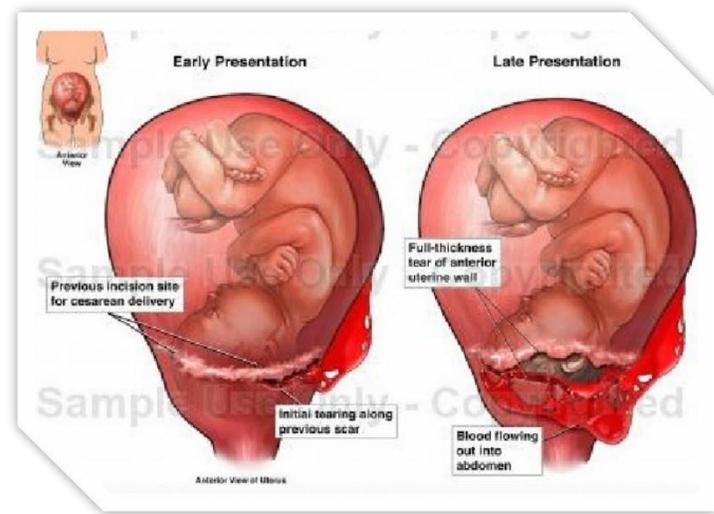
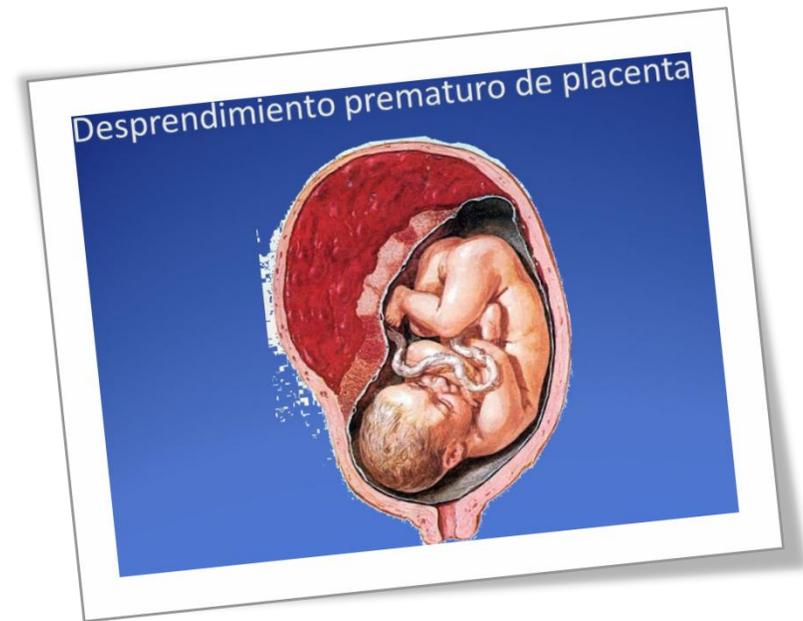
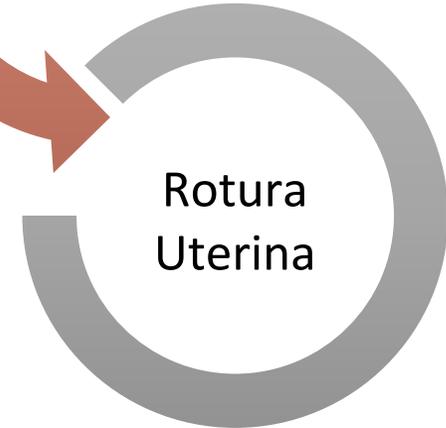
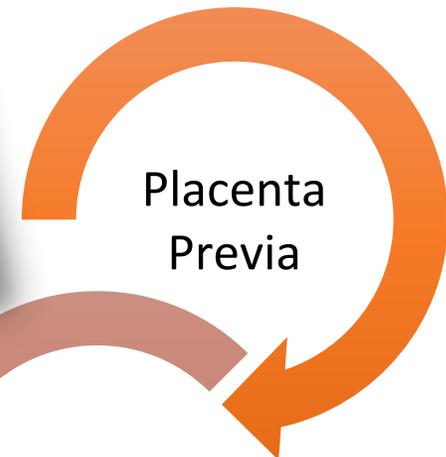
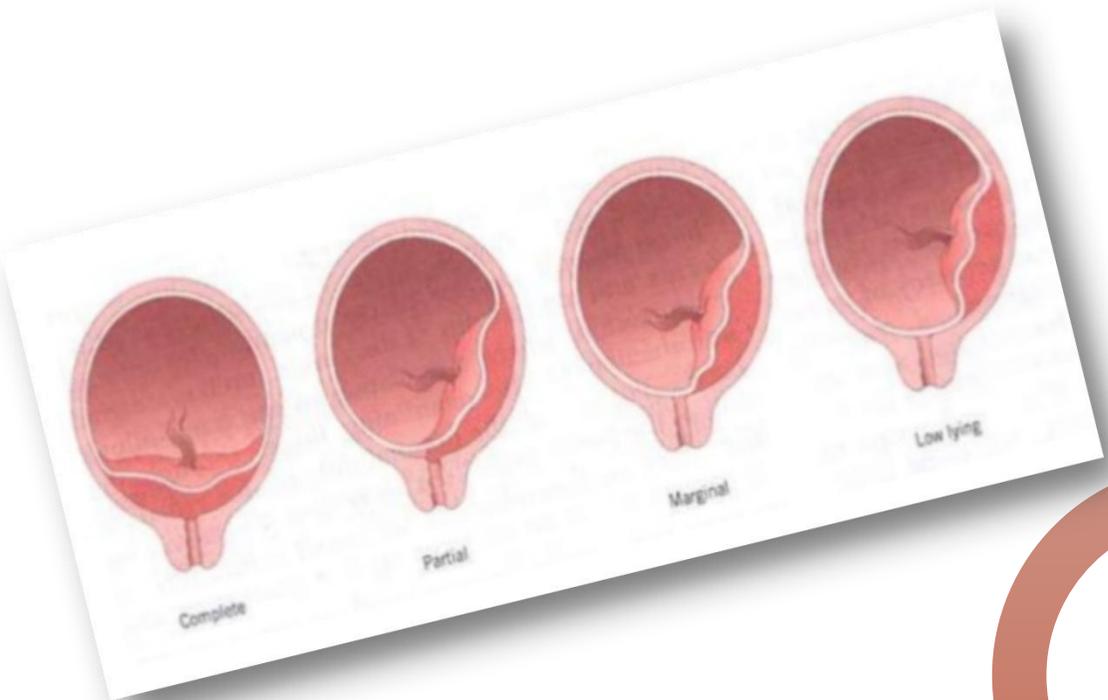
Abdomen gestante con feto único vivo FCF 160lpm, Actividad uterina negativa,
movimientos fetales presentes, RIG. Especuloscopia, sangrado rojo rutilante en
poca cantidad.

- DIAGNOSTICO
- EMBARAZO DE 35.2
- APP
- ROTURA UTERINA
- DPPNI

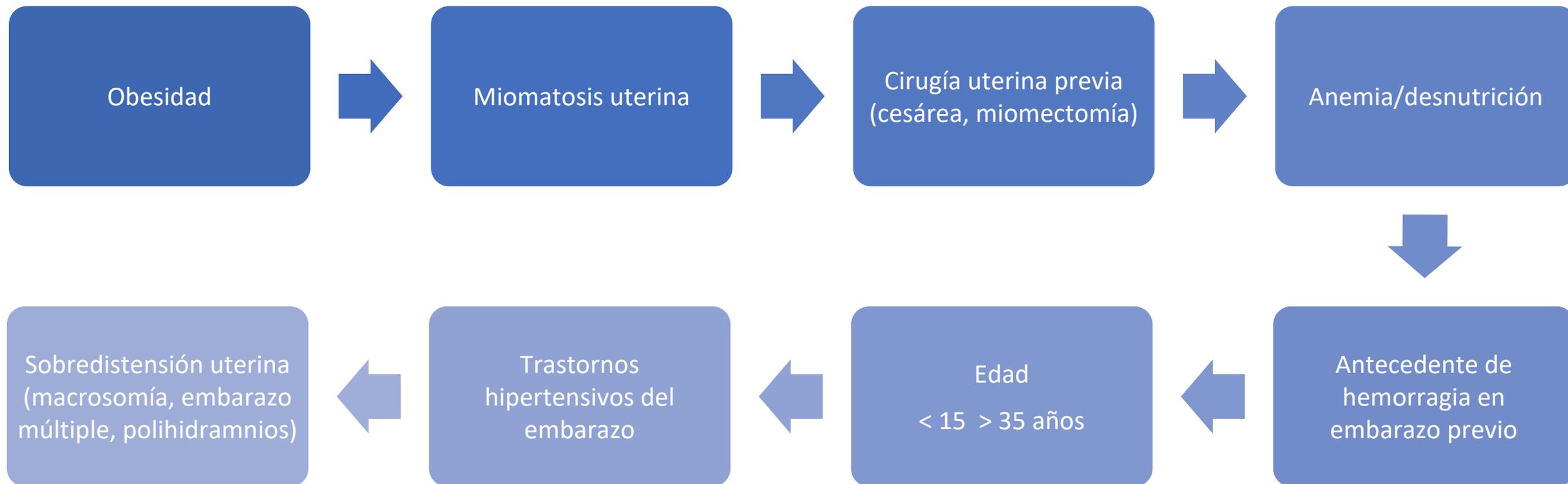


- TRATAMIENTO

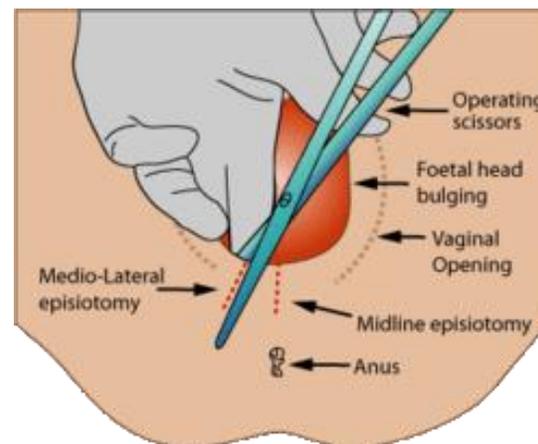
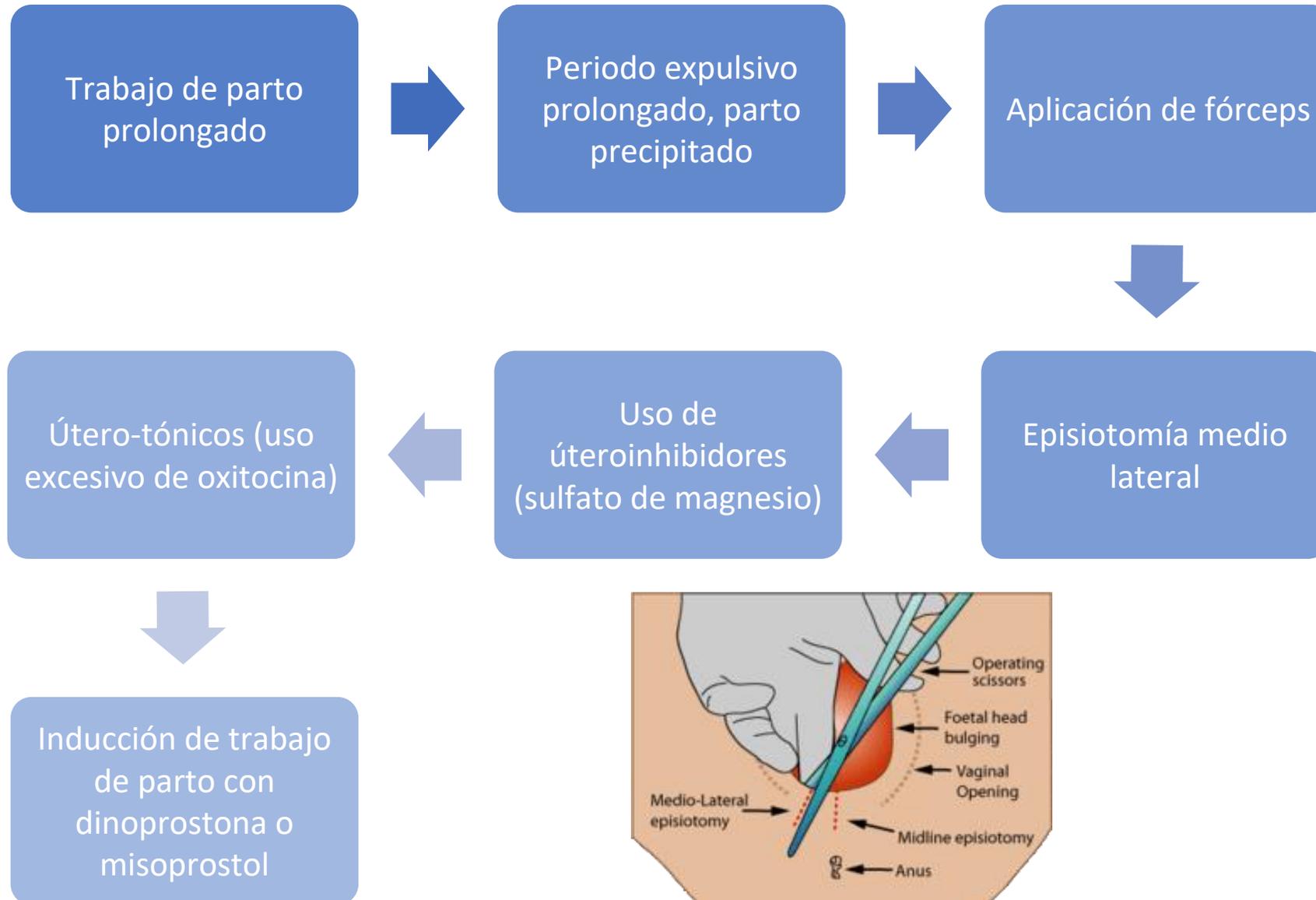




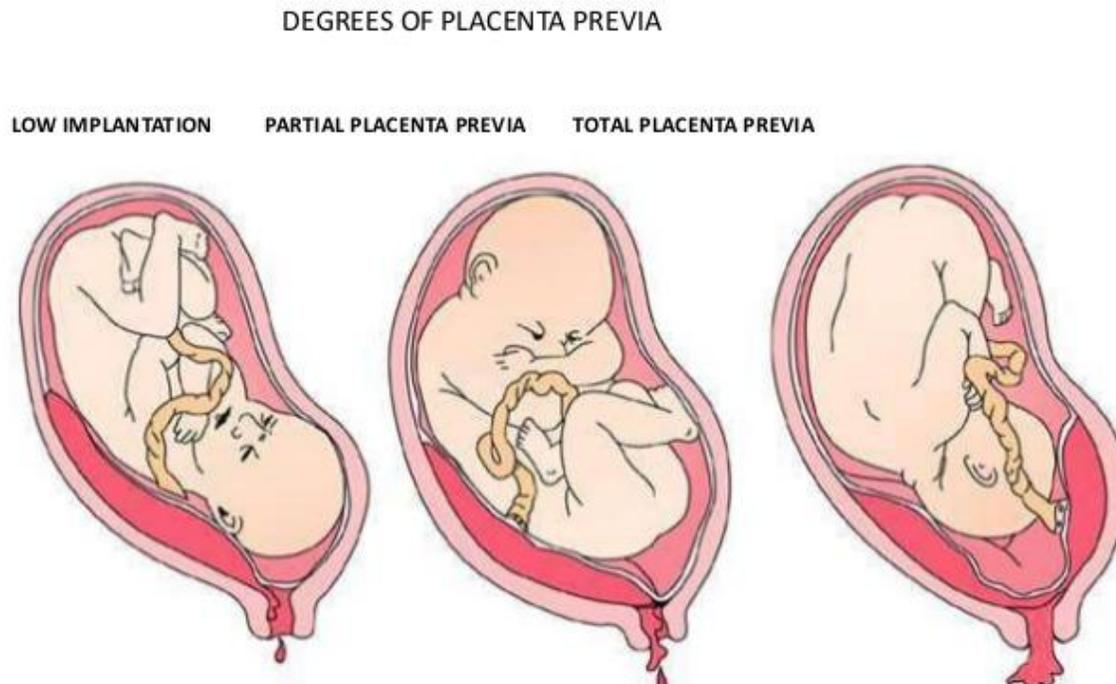
FACTORES DE RIESGO



50% de las pacientes con hemorragia no presentan factores de riesgo identificables.



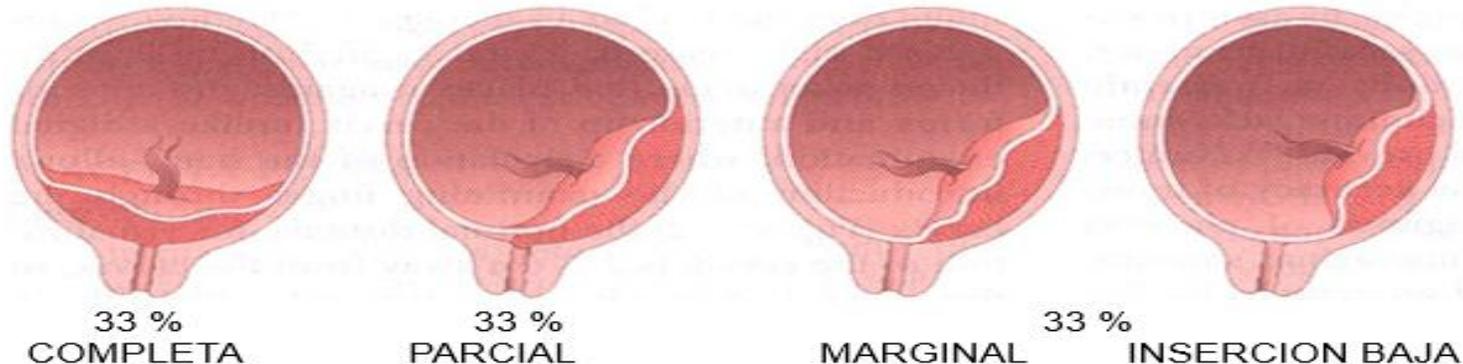
PLACENTA PREVIA



25

Inserción de la placenta total o parcial en el segmento inferior del útero y clínicamente por hemorragias de intensidad variable. La hemorragia aunque frecuente, puede no estar presente en el proceso.

La placenta previa es la causa más frecuente de hemorragias del tercer trimestre.



PLACENTA PREVIA

- Implantación variable sobre el orificio cervical interno.

PLACENTA PREVIA OCLUSIVA TOTAL.

- Orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta (31%).

PLACENTA PREVIA OCLUSIVA PARCIAL

- Orificio cervical está parcialmente cubierto por la placenta (33%).

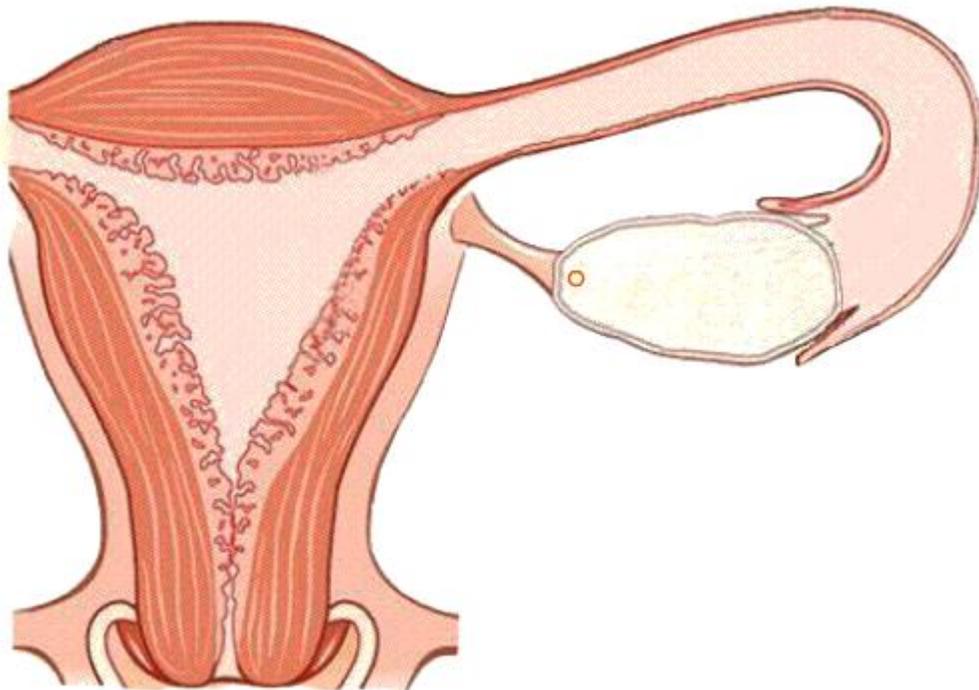
PLACENTA PREVIA MARGINAL

- Cerca del orificio cervical interno, sin llegar a cubrirlo (% variable).

PLACENTA PREVIA DE INSERCIÓN BAJA

- Más de 3 cm del orificio cervical interno (36%).

El diagnóstico de placenta previa se lo realiza sobre la semana 28 de gestación



© www.proyecto-bebe.com
Animación: Manuel Hernando

Tardía aparición
de la capacidad
de fijación del
trofoblasto.

Capacidad de
fijación del
endometrio
disminuida por
algún proceso de
endometritis en
las zonas
superiores.

Alteraciones del
endometrio.

ETIOLOGÍA:

CUADRO CLINICO



El tono uterino: es habitualmente normal y de tamaño que corresponde a la edad gestacional

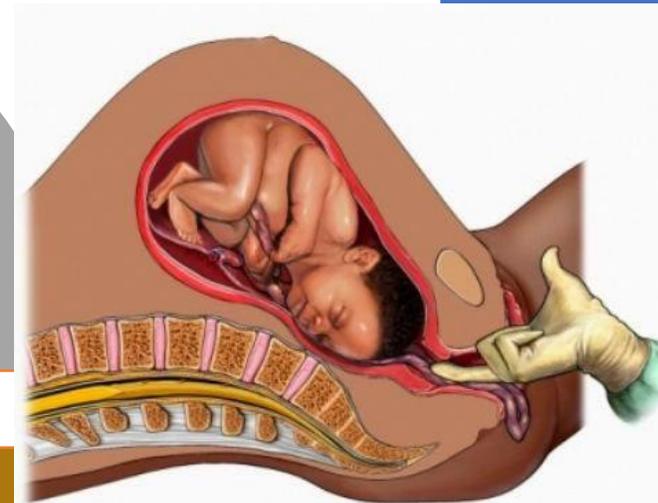
Hemorragia: Sangre roja, rutilante, sin coágulos, discontinua, recidivante.

No hay dolor.

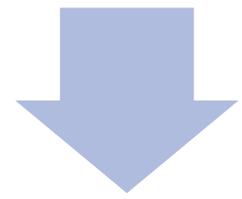
Inicio súbito, intermitente y casi siempre progresiva.

Pueden presentarse varios episodios de sangrado durante la segunda mitad de la gestación, generalmente entre la semana 28 a 34.

Examen físico

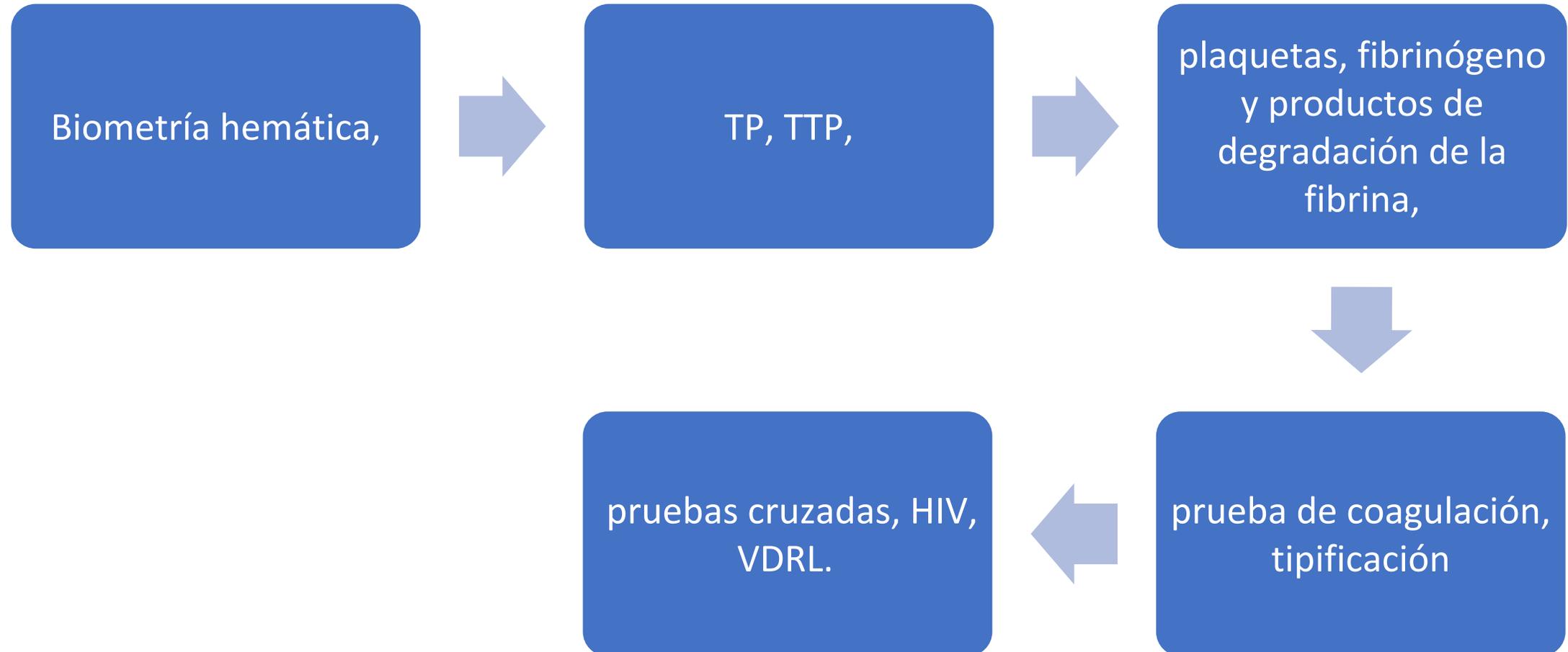


Durante el parto:



Quando se hace necesario el tacto vaginal, todas las condiciones deben estar creadas para una intervención inmediata

EXAMENES COMPLEMENTARIOS



Ecografía

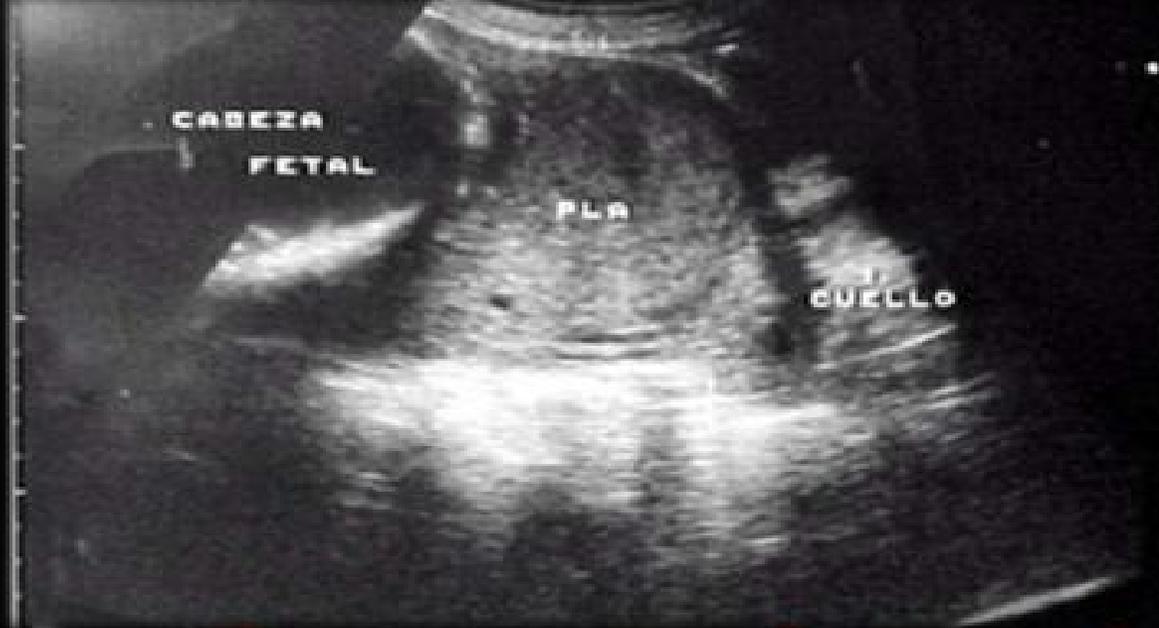
Distancia desde el borde placentario a el orificio cervical inferior medido por ecografía vaginal. Placenta previa si es $< 2\text{cm}$

ECO DOPPLER

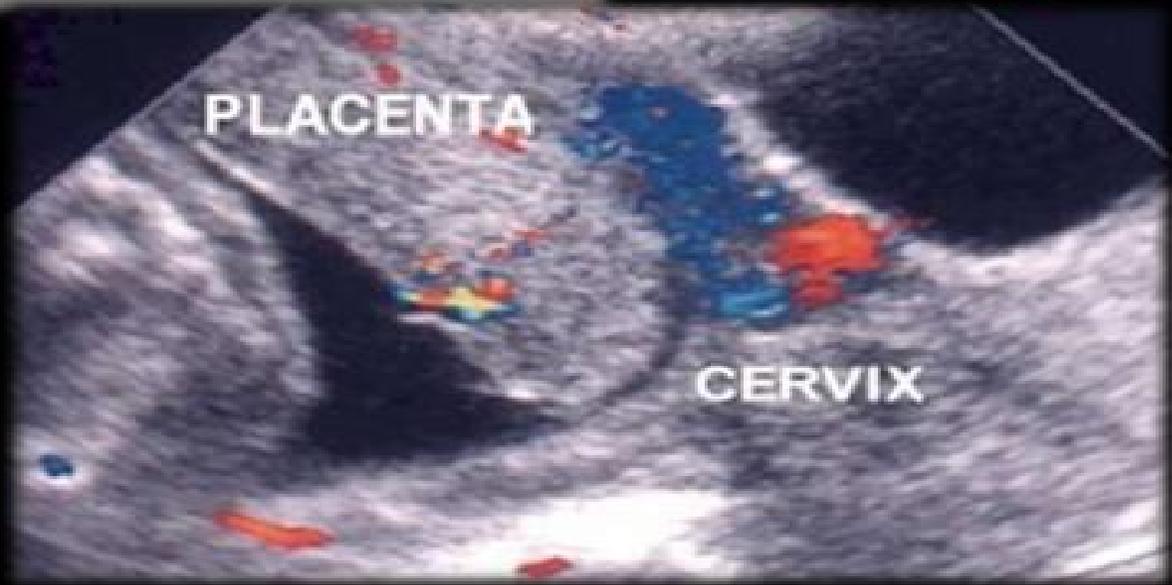




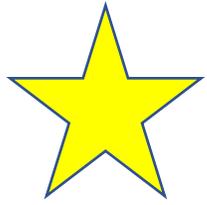
Placenta previa marginal



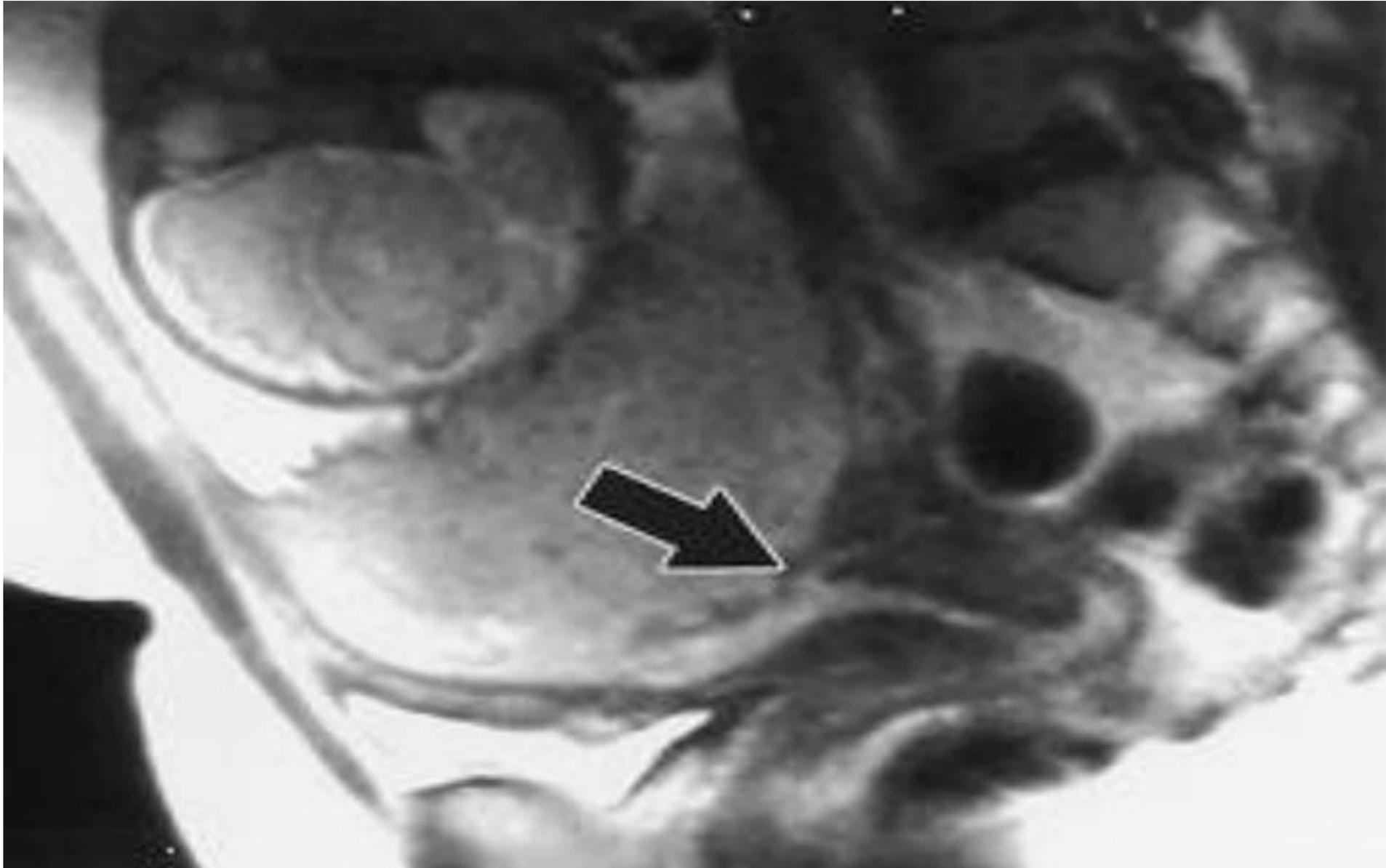
Placenta previa oclusiva total



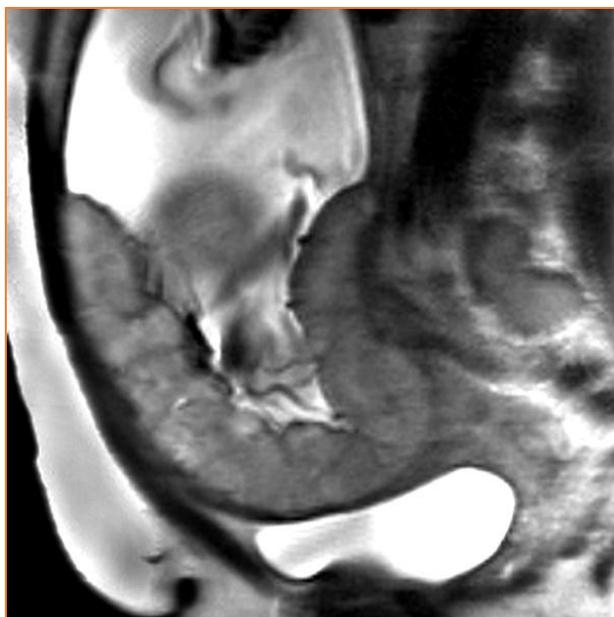
Placenta p. oclusiva parcial



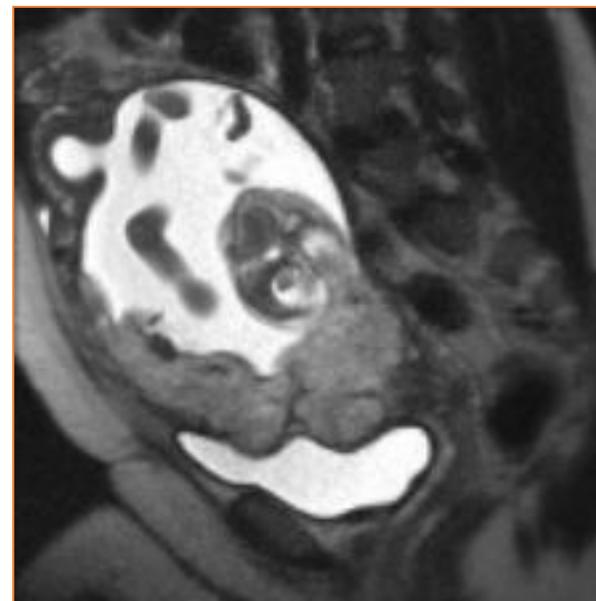
GOLD STANDARD PARA PP



RMN EN PLACENTA PREVIA



PLACENTA PREVIA
SIN ACRETISMO



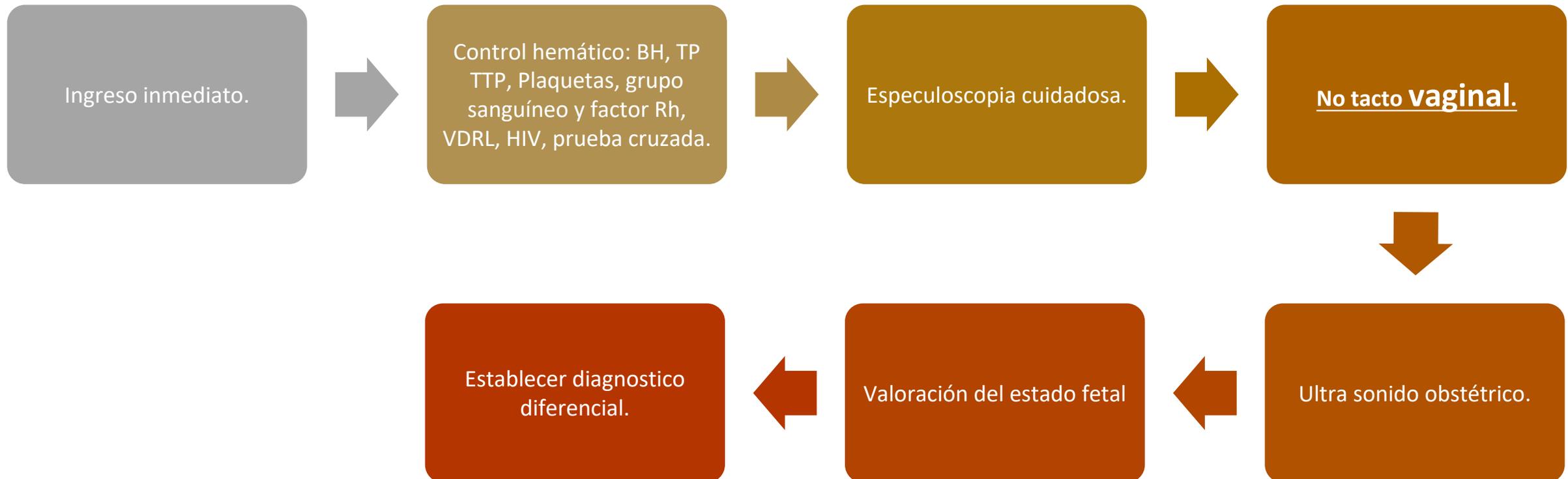
PLACENTA PREVIA
CON ACRETISMO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

CAUSAS	DPPNI	PLACENTA PREVIA	ROTURA UTERINA
HEMORRAGIA	Oculto o Externa	Externa	Oculto o Externa
SANGRADO-INICIO	Brusco	Insidioso	Brusco
SANGRADO-COLOR	Rojo oscuro	Rojo rutilante	Rojo
HIPERTENSION	Frecuente	No	No
SHOCK	Frecuente GII-III	Ocasional	Frecuente
DOLOR	Si	No	Si
UTERO	Hipertónico GII-III	Relajado	No se palpa
COMPROMISO FETAL	Frecuente Obito en GIII	Infrecuente	Frecuente

CONDUCTA

Evaluación Inicial:



TRATAMIENTO EXPECTANTE

Hemorragia escasa o auto limitada y estado hemodinámico estable

El bienestar materno y fetal está asegurado

El embarazo es <34 semanas.

Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo.

Tocolisis con nifedipina si hay trabajo de parto pretérmino según protocolo de amenaza de parto pretérmino.

FINALIZACION DEL EMBARAZO POR PARTO



Embarazo >34 semanas.



Sangrado escaso o nulo.



Condiciones maternas estables.



Condiciones cervicales favorables para el parto vaginal.



Producto vivo, maduro >34 semanas con FCF normal.



Producto muerto con condiciones maternas estables.



DPPNI GII/III con producto muerto.



Placenta previa lateral y marginal con presentación cefálica que no presentan sangrado.

FINALIZACIÓN QUIRÚRGICA POR CESÁREA.



Sangrado moderado a severo que no se controla independiente de la edad gestacional.



Condiciones maternas inestables.



Condiciones cervicales desfavorables para el parto vaginal.



Rotura uterina completa o incompleta.



Placenta previa oclusiva total o parcial.



DPPNI GII/III con producto vivo.

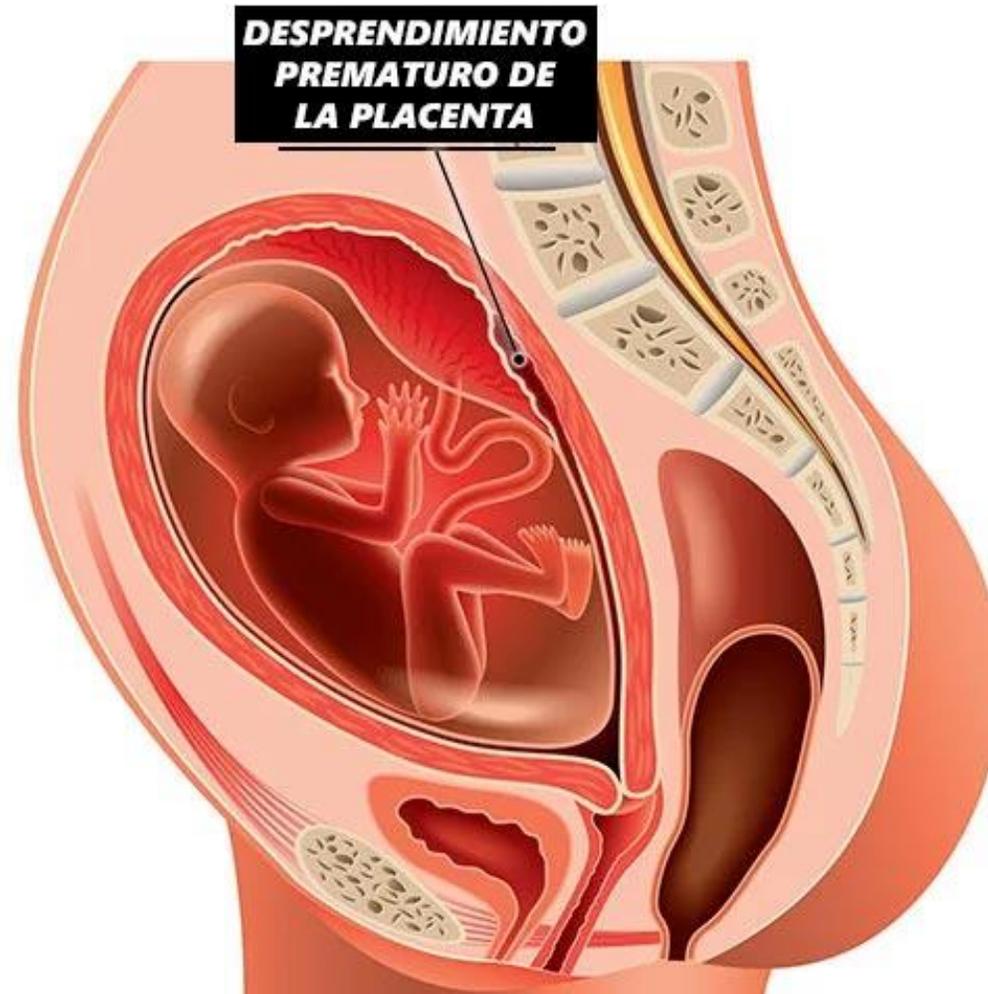


Compromiso del bienestar fetal.

COMPLICACIONES :



DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA PLACENTA NORMOINSERTA (DPPNI):



Es la separación prematura de la placenta normalmente inserta en el útero.

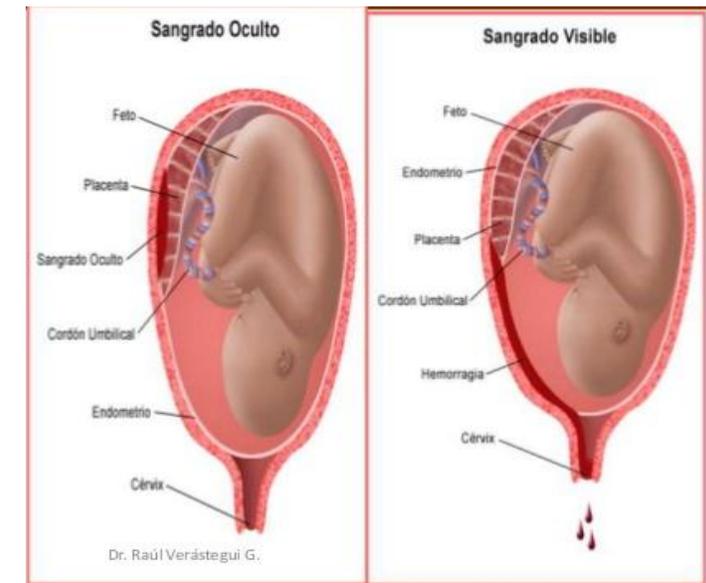
Sinónimos: desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI), desprendimiento prematuro de placenta y abruptio placentae.

FORMA OCULTA

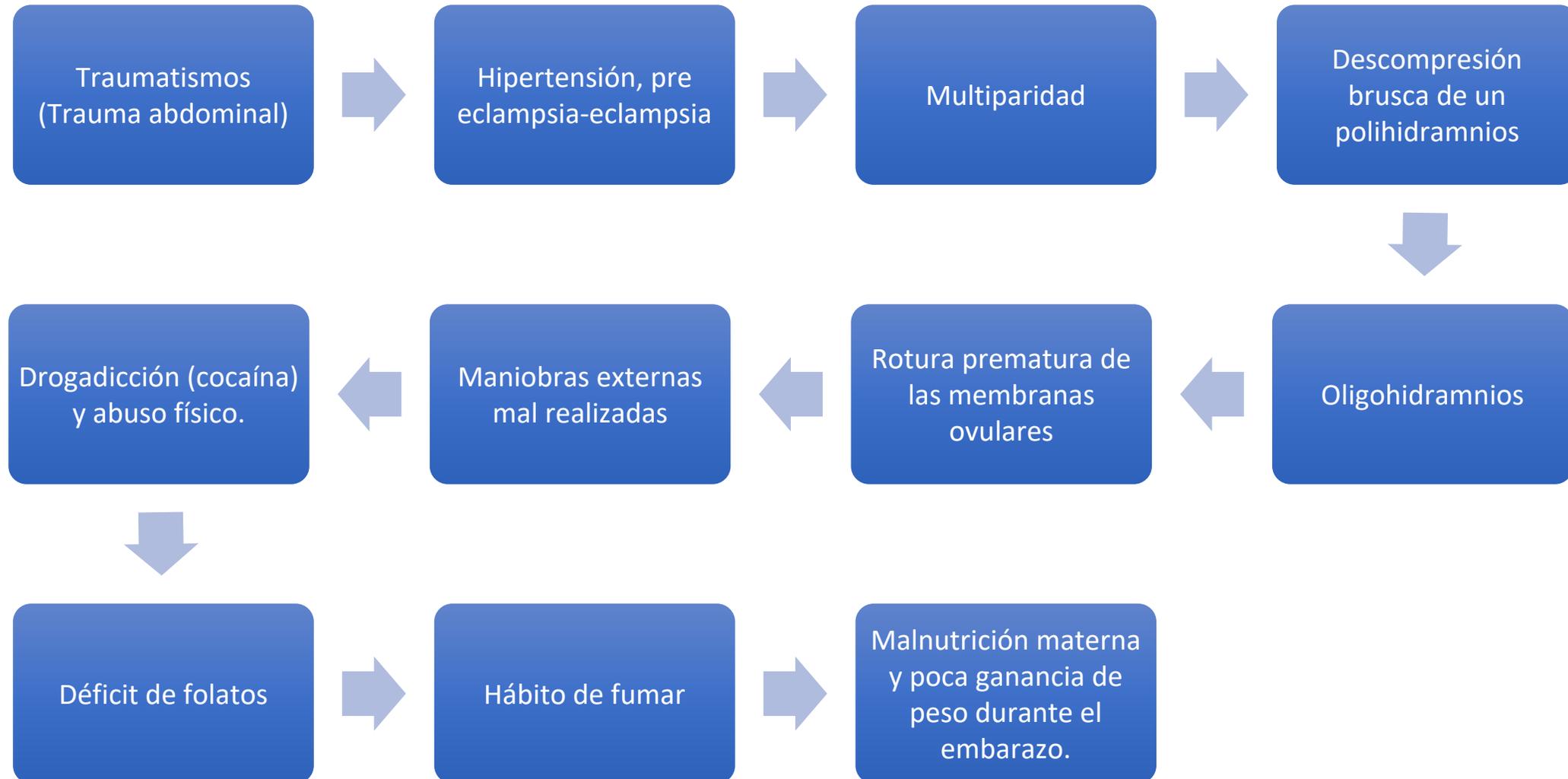
La hemorragia se limita al interior de la cavidad uterina, sin exteriorizarse; el desprendimiento puede ser completo.

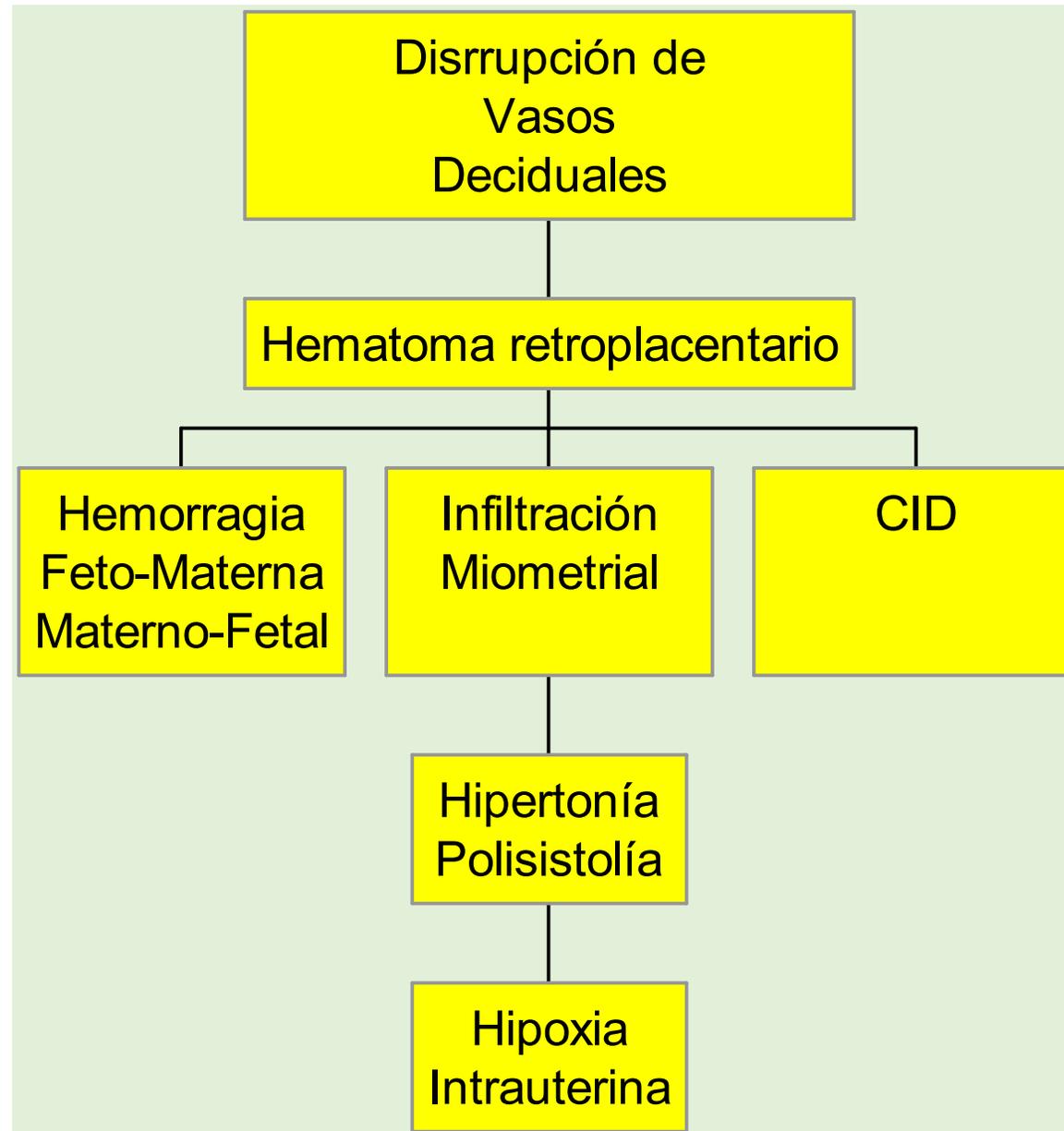
FORMA EXTERNA

Hemorragia que fluye a través del cuello uterino; generalmente el desprendimiento es parcial y a veces solo marginal.



Etiología





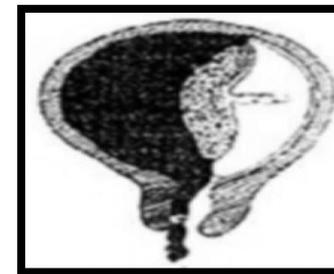
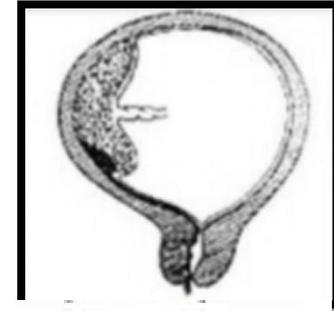
Clasificación

Grado 0: Forma asintomática. El hematoma de pequeñas dimensiones solo se descubre al examinar la placenta después del parto.

Grado I : el desprendimiento abarca menos del 11% de la superficie placentaria. Hemorragia externa escasa, con discreta hipertoniá. No existen manifestaciones generales. Escasa o nula repercusión fetal.

Grado II: el desprendimiento abarca del 11% y menos del 50% de la placenta. No hay shock materno, ni aparentes trastornos de la coagulación, pero la tetanización del útero es evidente. Sufrimiento o muerte fetal.

Grado III : la placenta esta desprendida en un >50%. Shock materno, útero tetanizado, muerte fetal constante, trastornos de la coagulación



Clasificación Clínica

CLASIFICACIÓN DE SHER

Grado I: Leve	Hemorragia escasa o ausente. Coagulo menor de 150 ml.
Grado II: Moderado	Metrorragia preparto, signos clásicos de DPPNI, intensidad hemodinámica materna, feto con alteraciones en la FC, coagulo de 150 a 500 ml.
Grado III: Severo	Características clínicas del grado III pero con muerte fetal confirmada, CID, IRA. Coagulo mayor de 500 ml.

Sintomatología

Si existe hemorragia externa esta es un tanto tardía, poco abundante color negruzco, con coágulos e intermitente.

Dolor agudo de intensidad creciente con su máxima localización en el sitio de asiento del desprendimiento, el útero crece debido a la acumulación de sangre en su interior y su pared aumenta considerablemente de consistencia y tensión.

Útero leñoso: Por la hipertoniá, la presión causa dolor y las parte fetales son difícilmente palpables.

Anemia y shock.

Si el desprendimiento de la placenta es importante, muerte fetal.

Las membranas, muy tensas por la hipertoniá uterina se abomban durante la contracción.

Clínica

HEMORRAGIA

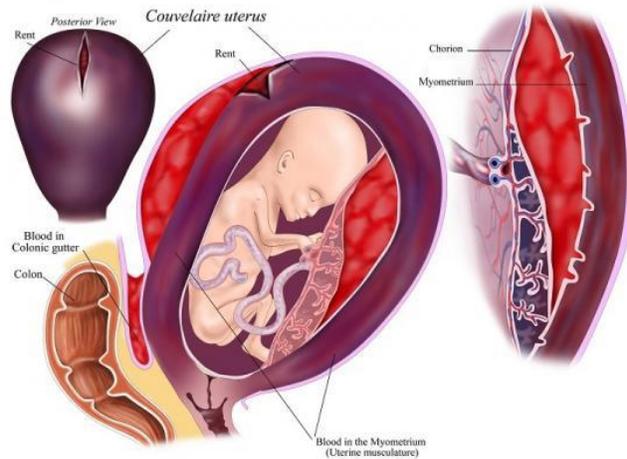
Existen formas
asintomáticas

Grades hematomas
retroplacentarios
pueden cursar sin
metrorragia

Escasa y oscura

Sangrado 80%

Grave -
Hemoperitoneo



Copyright © 2010 Advanced Practice Strategies - For One Time Use



DIAGNÓSTICO

- Exploración
 - ✓ Dolor abdominal y hipertoniá uterina
 - ✓ La metrorragia con shock o sin él. (generalmente de color oscuro, en cantidad variable)
 - ✓ FCF con signos de hipoxia fetal

- Ultrasonido

Ecografía

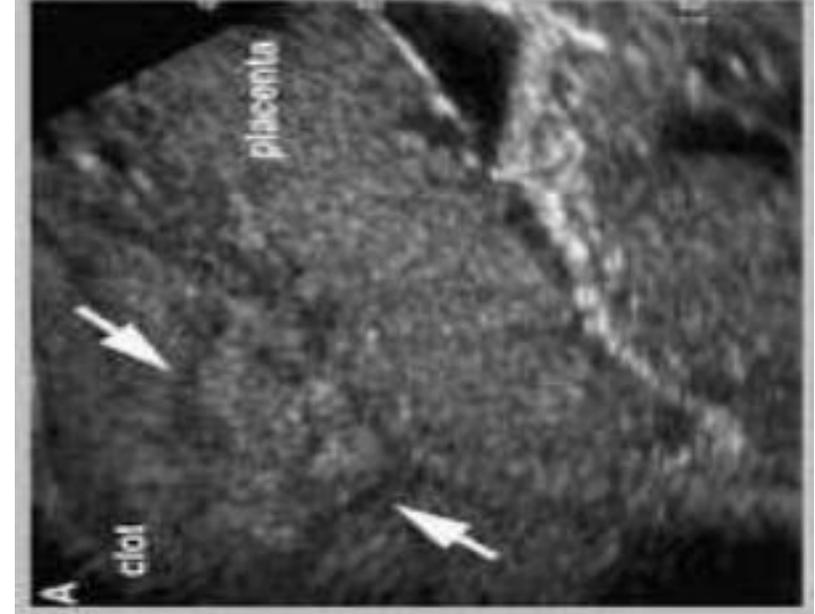
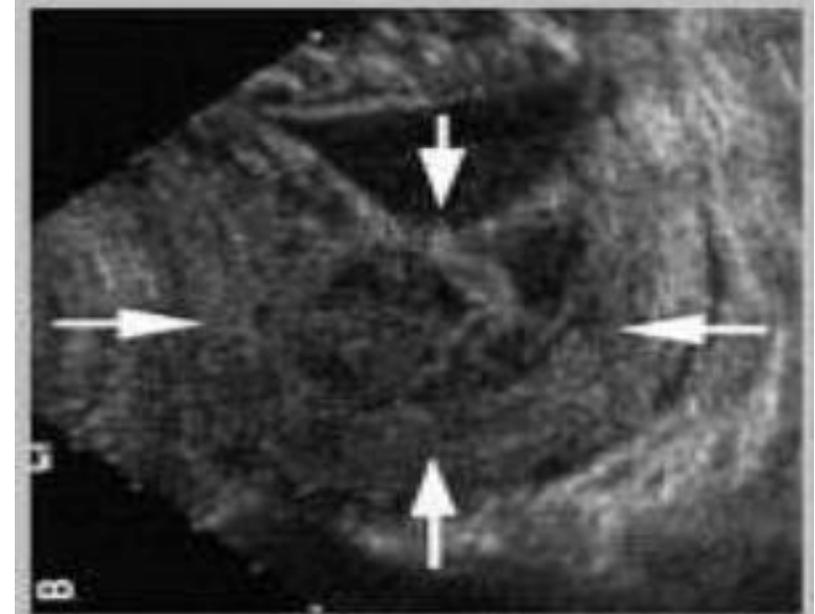
- Hematoma retroplacentario.
- Zonas anecoicas retroplacentaria o intraplacentaria
- Anomalías del borde placentario
- Configuración general de la placenta heterogénea

Ultrasound image retroplacental hematoma



Posterior placenta with large retroplacental hematoma outlined by arrows.

Courtesy of Martin R Chavez, MD.



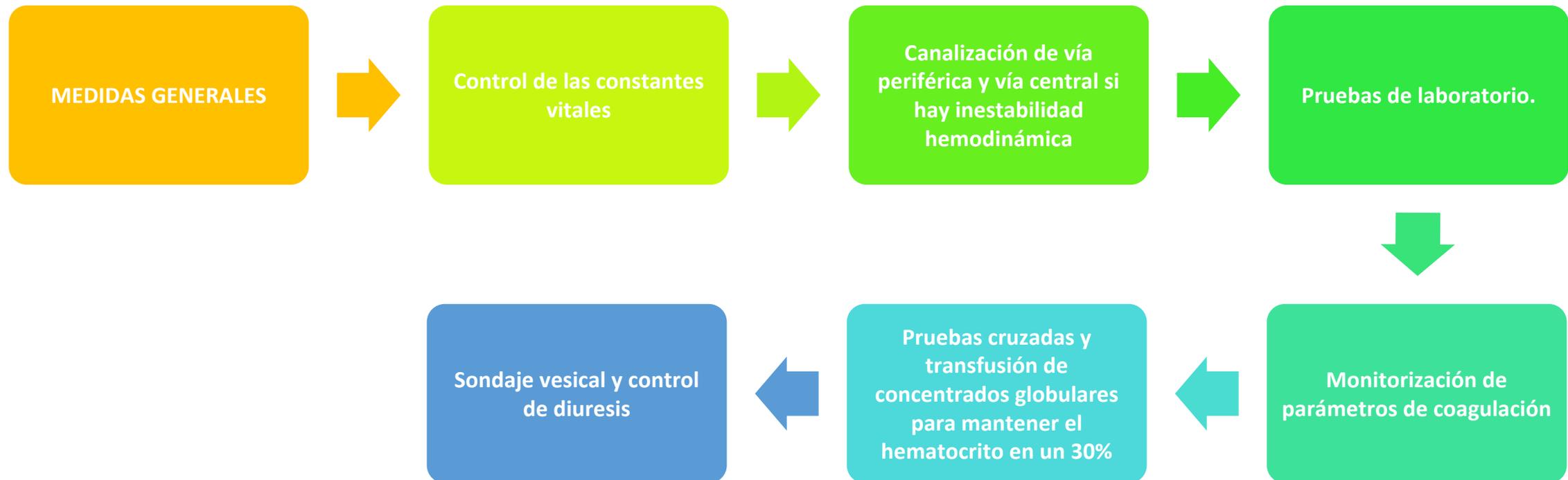
Diagnóstico Diferencial.

CAUSAS	DPPNI	PLACENTA PREVIA	ROTURA UTERINA
• HEMORRAGIA	Oculto o Externa	Externa	Oculto o Externa
• SANGRADO-INICIO	Brusco	Insidioso	Brusco
• SANGRADO-COLOR	Rojo oscuro	Rojo rutilante	Rojo
HIPERTENSION	Frecuente	No	No
• SHOCK	Frecuente GII-III	Ocasional	Frecuente
DOLOR	Si	No	Si
UTERO	Hipertónico GII-III	Relajado	No se palpa
COMPROMISO FETAL	Frecuente Obito en GIII	Infrecuente	Frecuente

Complicaciones.

- ✓ Trastornos de la coagulación.
- ✓ Muerte fetal.
- ✓ Insuficiencia renal: por necrosis tubular e incluso necrosis cortical secundaria al shock hipovolémico o trombosis renal por depósitos de fibrina
- ✓ Muerte materna.

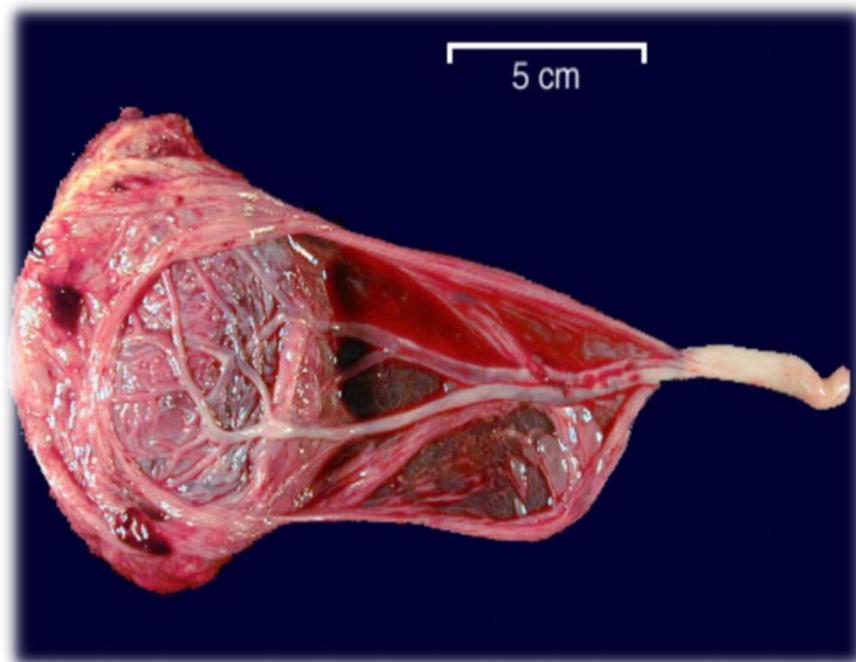
TRATAMIENTO

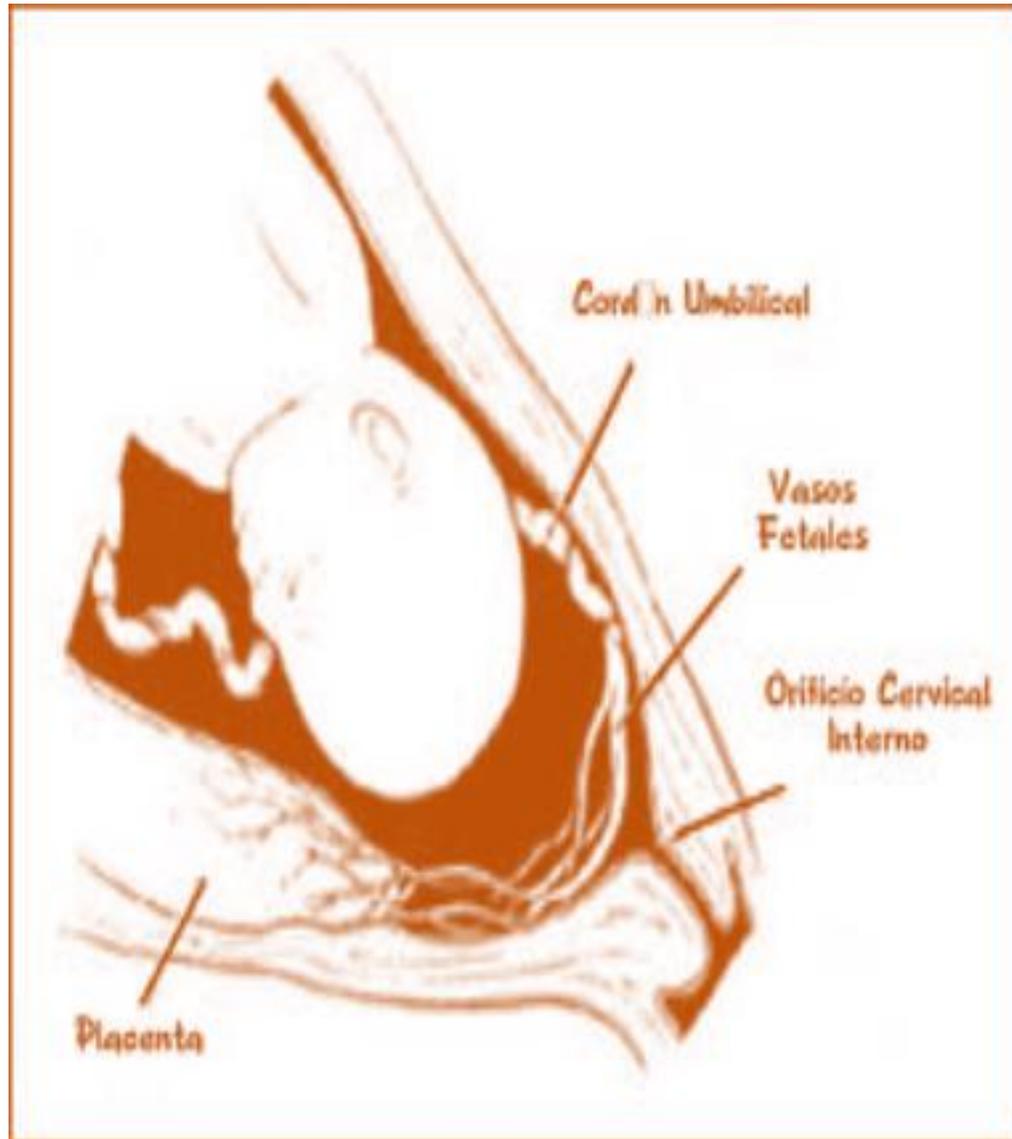


Conducta obstétrica: estará en función del estado materno y fetal y el grado de desprendimiento

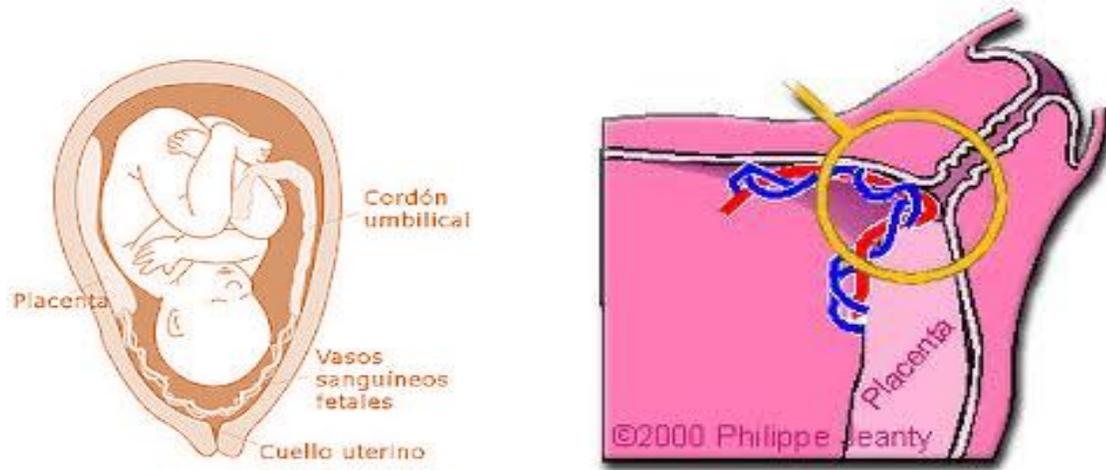
1. Feto vivo, sin signos de pérdida de bienestar y sangrado escaso (formas 0 y 1): actitud expectante
2. Formas II y III con feto vivo: se debe finalizar la gestación mediante cesárea urgente
3. Feto muerto: se debe intentar el parto vaginal

RUPTURA DE VASA PREVIA

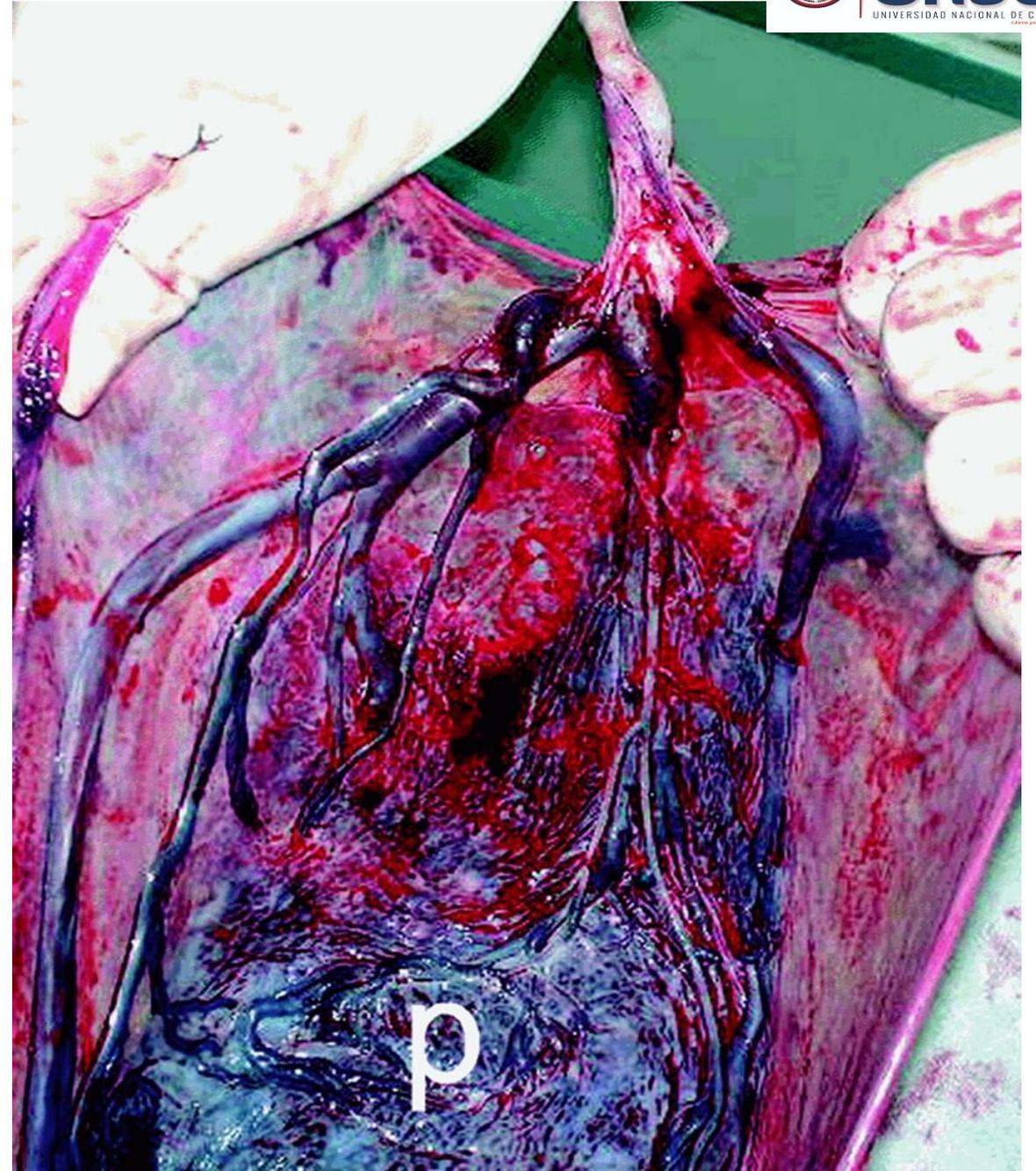




Es una condición de alto riesgo obstétrico en la cual **los vasos fetales o placentarios cruzan el segmento uterino por debajo de la presentación.**

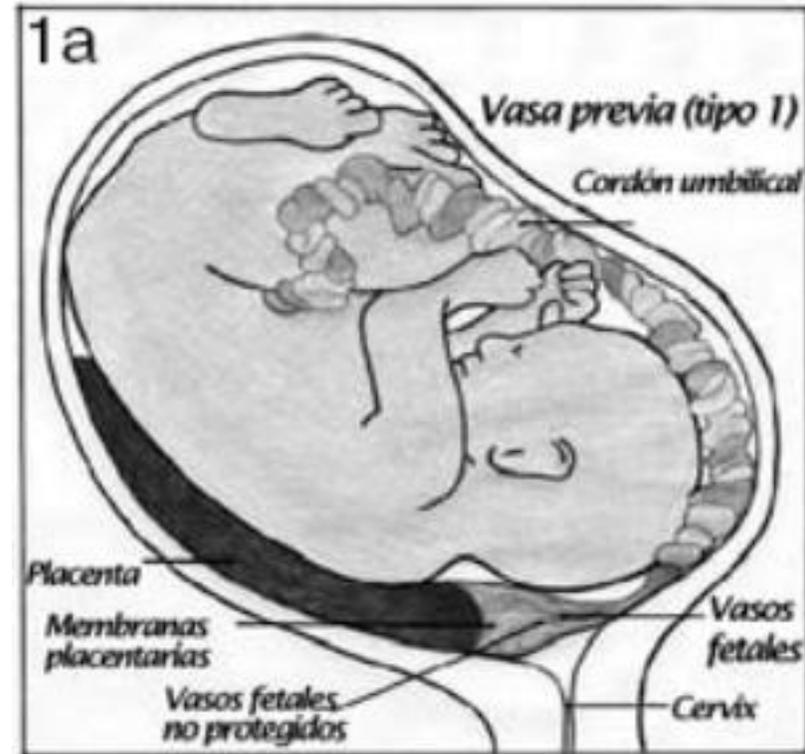


Los vasos umbilicales discurren desprotegidos de la gelatina de Wharton en el cordón umbilical lo que los hace altamente vulnerables a la ruptura en cualquier momento del embarazo, principalmente en el momento del parto.

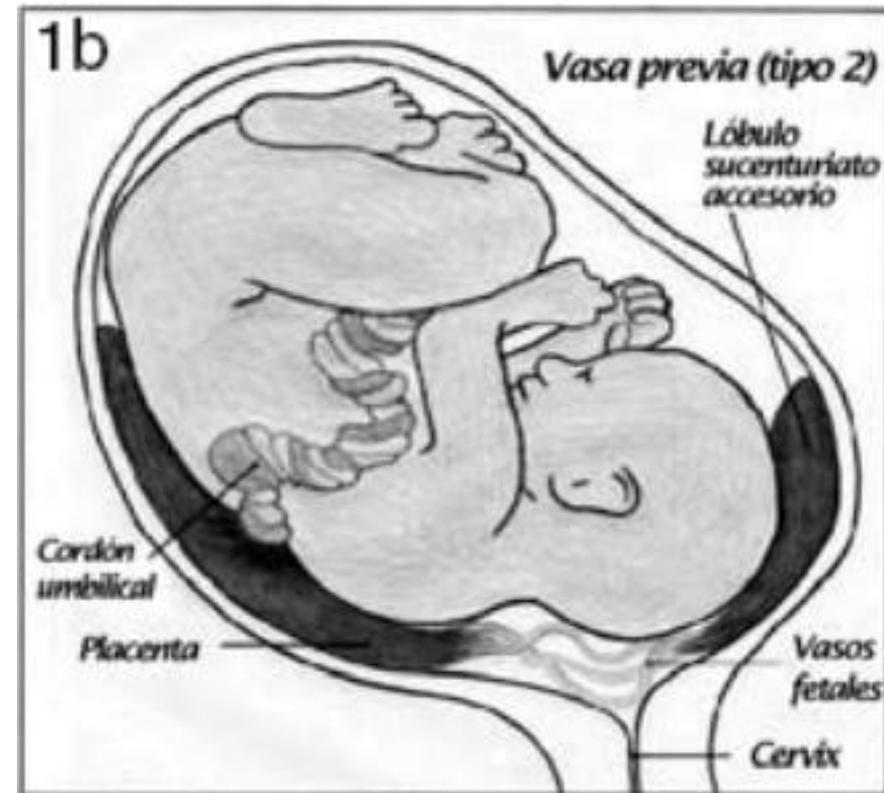


TIPOS.

- **VASA PREVIA TIPO I**
 - Cruzan por el segmento uterino debido a una inserción velamentosa del cordón (inserción en las membranas).



- **VASA PREVIA TIPO II**
 - Cruce de vasos fetales entre uno o mas lóbulos accesorios de la placenta (placentas bilobuladas).

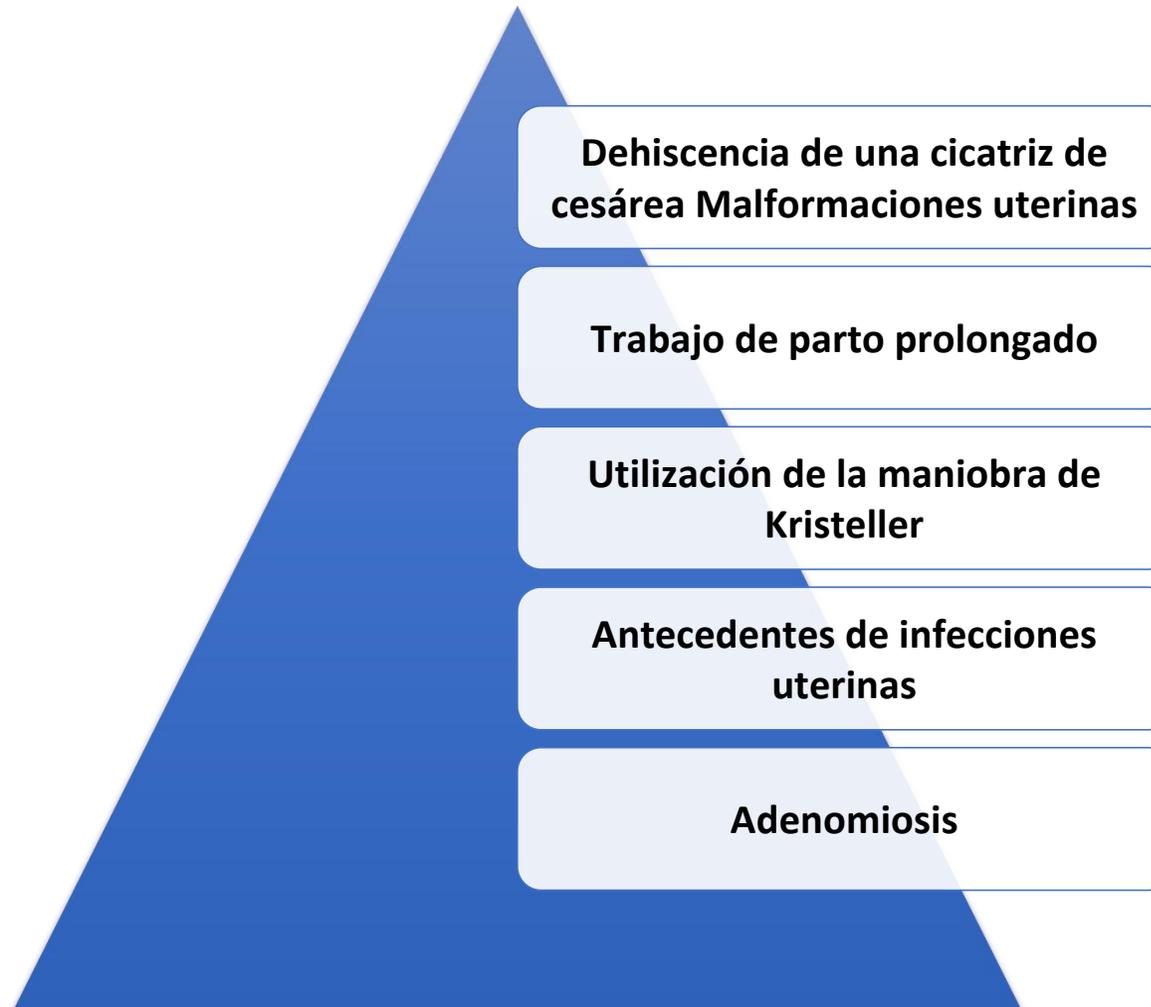


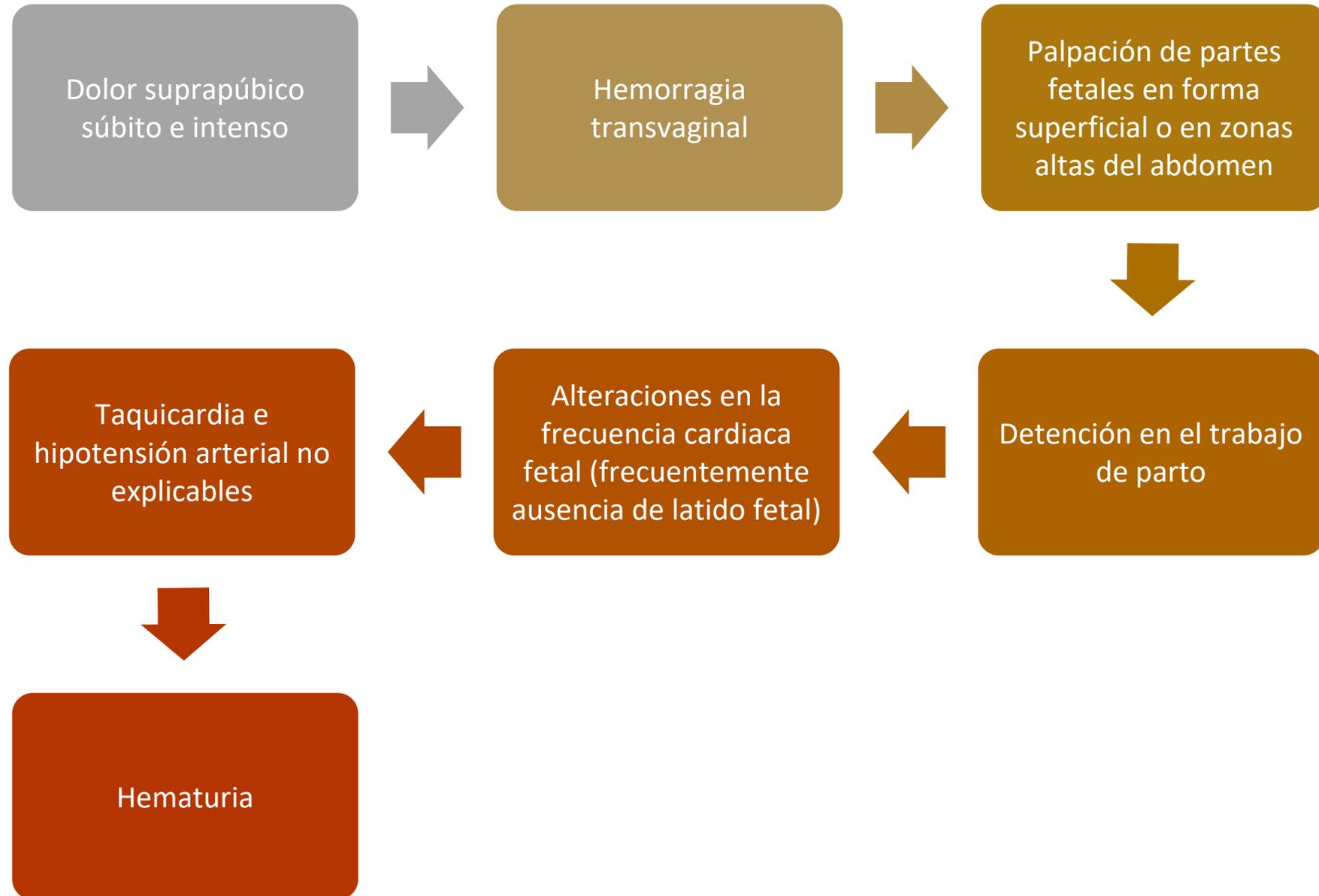
ROTURA UTERINA

ROTURA UTERINA	Presencia de una solución de continuidad en la pared del útero gestante. Puede ser ESPONTÁNEA por antecedentes de cictrices uterinas (cesárea, miomectomía, perforación) o TRAUMÁTICA por fórceps, ventosa o partos obstruídos.
ROTURA UTERINA COMPLETA	Involucra todo el espesor de la pared uterina e incluso el peritoneo visceral. El producto y la placenta pueden exteriorizarse del útero de forma total o parcial.
ROTURA UTERINA INCOMPLETA	Rotura parcial del espesor de la pared uterina, se considera además la dehiscencia de una incisión uterina por cirugía previa.



Factores de riesgo





DIAGNOSTICO.

- La identificación de la ruptura uterina no es siempre fácil, ya que frecuentemente no aparece el cuadro clínico típico (dolor intenso y súbito, hemorragia, choque hipovolémico) o bien se encuentra oculta por la presencia de analgesia o anestesia.
- Sospechar siempre que se presenten algunas de las siguientes circunstancias:

MANEJO

TRATAMIENTO ESPECIFICO

- Ante la sospecha de ruptura inminente proceder a *cesárea de emergencia*.
- Ante la sospecha de ruptura consumada proceder a una *laparotomía*.
- Si hay riesgo de vida de la madre realizar *histerectomía* dejando los ovarios.
- Si no hay riesgo de vida y la mujer desea aún, tener más hijos, intentar sutura del desgarro.

