

HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE (HTT)

U.G.C. TOCO-GINE

Octubre 2013 - Dr Rodríguez Zarauz

A este grupo de hemorragias, otros las engloban como hemorragias del 2º y 3º trimestre, aunque lo más adecuado sería denominarlas como “hemorragias de la 2ª mitad del embarazo” o “hemorragias anteparto”, como las nombra la RCOG, incluyendo sólo aquellas producidas en periodo de viabilidad fetal (≥ 24 sem), y suponen un 4-5% del total de embarazos. En el 3º trimestre la hemorragia vaginal afecta al 3-5% de los embarazos, y más del 20% de los partos pretérminos tienen una hemorragia como causa.

Nos centraremos en las **causas** con potenciales graves repercusiones materno-fetales: placenta previa, abrupcio placentae, placenta ácreta, vasa previa y rotura uterina. No profundizaremos en aquellas causas de sangrado vaginal que, en general, no suponen un grave riesgo ni para la gestante ni para el feto: pólipo cervical, ectopía cervical, pequeños desgarros vulvo-vaginales, o pequeños sangrados mezclados con moco (“bloody show”). Si bien, el tacto vaginal está contraindicado en HTT antes de descartar placenta previa por US, la especuloscopia está claramente indicada.

Las causas importantes por su repercusión materno-fetal son:

- a) Placenta previa (PP: 20%).
- b) Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI: 30%).
- c) Rotura uterina (rara).
- d) Rotura de vasa previa (VP: muy rara).

El acretismo placentario no es propiamente una causa de hemorragia anteparto sino postparto, pero se asocia frecuentemente con PP.

Antes que nada, comentar que la mayoría de las recomendaciones tienen una evidencia D o \checkmark (consejo de los autores). Hay poca evidencia B y casi ninguna A, debido a la gravedad de algunos de estos procesos, poco dados a la investigación aleatoria.

En líneas generales, toda HTT sigue un **protocolo de actuación** que es **común** a todas ellas, aunque cada proceso tendrá sus particularidades específicas que posteriormente

comentaremos. Así, ante un sangrado vaginal producido por cualquiera de las causas anteriormente descritas, deberemos:

a) La monitorización intraparto será continua, con excepción de situaciones de spotting no recidivante o sangrado leve aislado sin repercusión materna ni fetal, en las que se puede considerar auscultación intermitente.

b) Está permitida la anestesia epidural. Las indicaciones de la anestesia general en la cesárea serán las mismas que en otros procesos: compromiso materno severo, RPBF muy agudo y severo, y contraindicaciones de la epidural.

c) La placenta previa y el abruptio se verán beneficiados de un manejo activo del alumbramiento. Se utilizará ergometrina-oxitocina mejor que oxitocina sola (salvo en EHE) (NE-A).

d) Las gestantes Rh negativas con hemorragia de la 2ª mitad del embarazo recibirán una dosis de Anti-D (aunque ya se le hubiera puesto con anterioridad). Si el sangrado persiste, se repetirán las dosis cada 6 semanas.

e) Si la gestante se está tratando con HBPM, se suspenderá, y si por indicación del hematólogo es imprescindible su continuación, se realizará con heparina no fraccionada iv o medias de compresión gradual hasta cesar el sangrado.

f) El manejo postnatal de la HTT severa (la hemorragia y la transfusión son FF.RR. del TEV) incluye la tromboprofilaxis con HBPM.

La **finalización del embarazo** dependerá de 4 factores:

- a) La causa del sangrado.
- b) La gravedad del sangrado.
- c) La edad gestacional.
- d) El estado de feto.

Dicha finalización se realizará:

a) Por la vía más rápida (habitualmente, la cesárea) si existe monitor fetal alterado o compromiso hemodinámico importante para la gestante.

b) Si el sangrado vaginal es moderado y se acompaña de monitor fetal normal, se finalizará dependiendo de la presunta madurez pulmonar fetal.

c) Si el sangrado vaginal es leve y se acompaña de monitor fetal normal, se finalizará el embarazo a término.

d) Entre las particularidades tenemos: la rotura uterina clínica y la rotura de vasa previa siempre exigirán una cesárea emergente, mientras que la placenta previa oclusiva siempre exigirá finalizar mediante cesárea.

Las **consecuencias** de las hemorragias de 3º trim sobre la dupla madre-hijo son:

Feto-neonatales: hipoxia, bajo peso, complicaciones de prematuridad (iatrogénica o espontánea), y muerte feto-neonatal.

Maternas: anemia, complicaciones de transfusión, infección, coagulopatía de consumo, consecuencias del shock hipovolémico, y secuelas psicológicas.

Si el sangrado es abundante es posible la necesidad de **transfusión**:

* Concentrados de hematíes según protocolo específico.

* 4 U de PFC (1 litro de plasma fresco congelado, 12-15 ml/kg) por cada 6 U de concentrado hematíes o si tiempo protrombina o TTPA > 1,5 veces lo normal.

* Transfusión plaquetas si < 50.000 plaquetas/mm³.

* Crioprecipitado si fibrinógeno < 100 mg/dl.

Si el sangrado no mejora y los resultados analíticos tardan, se pueden trasfunder empíricamente 4 U de PFC y 10 U de crioprecipitado.

El objetivo es mantener las siguientes cifras analíticas:

- Hb > 8 g/dl.

- Plaquetas > 75.000/mm³.

- Fibrinógeno > 100 mg/dl.

- Tº Protrombina y TTPA < 1,5 veces los valores medios.

PLACENTA PREVIA (PP)

Definición: inserción parcial o total de la placenta sobre el segmento inferior del útero.

Epidemiología: su incidencia es del 0,4% y supone el 20% de la metrorragias del 3º trimestre.

Los factores de riesgo más importantes son el número de cicatrices uterinas (aumento exponencial de PP: OR= 2, 4 y 22 para 1, 2 y 3 cesáreas anteriores, respect.) y la placenta previa en embarazo anterior (OR=10). También, legrados, multiparidad, edad materna avanzada...

Fisiopatología: la formación del segmento uterino inferior hace que se desprendan pequeñas partes de la placenta por lo que sangra. Dicho sangrado provoca contracciones uterinas que, a su vez, provocan más sangrado, produciéndose un círculo vicioso.

Clasificación:

- a) Placenta de inserción baja: borde caudal placentario a menos de 2 cm del OCI.
- b) Placenta marginal: borde caudal placentario llega justo hasta el OCI, sin sobrepasarlo.
- c) Placenta oclusiva parcial: borde caudal placentario cubre parcialmente el OCI.
- d) Placenta oclusiva total: borde caudal placentario cubre totalmente el OCI.

Diagnóstico:

La sospecha diagnóstica es por la clínica: proceso indoloro, con sangre roja y en cantidad variable (70-80%), mientras que en un 10-20% el sangrado se asocia a contracciones. El diagnóstico de confirmación es ecográfico, siendo mucho más fiable la ECO-TV (ésta es segura, incluso en gestantes sangrantes). La ECO-TA tiene un 25% de falsos positivos.

NO realizar D° de PP con ECO-TA ni antes de la sem 20. La sospecha realizada con ECO-TA debe seguirse de confirmación vía TV.

D° ecográfico de PP oclusiva o marginal:

- 42% en sem 11-14.
- 4% en sem 20-24.
- 2% a término. (Sigue habiendo muchos FP).

Si la PP traspasa el OCI en más de 20 mm en una E.G. > 26 sem → altamente predictivo de PP.

Muchas PP “migran” hacia arriba al alargarse el segmento uterino inferior. El cual se alarga entre 0,5 cm en la 20ª sem y 5 cm a término. También hay un natural trofotrofismo, creciendo la placenta en dirección hacia el fondo uterino

Hay un trabajo prospectivo en el que de 55 PP oclusivas en sem 18-23, sólo 5 se mantuvieron previas a término. Otro trabajo, éste retrospectivo, sobre 714 embarazadas con PP oclusiva o marginal en sem 20-23, ofreció que sólo el 11% se mantuvieron previas a término si no había cicatriz uterina previa, mientras que persistieron como placenta previa el 50% de las que tenían histerorrafia anterior.

Este último trabajo de 714 embarazadas ofreció la siguiente tasa de falsos positivos:

Sem 15-19 → 88%

Sem 20-23 → 66%

Sem 24-27 → 51%

Sem 28-31 → 38%

Sem 32-35 → 27%

Estos FP se favorecen si la vejiga está muy distendida, la cual alarga el segmento uterino inferior. Vaciar vejiga antes de hacer el diagnóstico. Por el contrario, la presentación cefálica encajada puede oscurecer (por sombra acústica) la lengüeta inferior de la placenta y generar un FN.

El protocolo SEGO indica que “Si en la ecografía de la 20ª semana se diagnostica una placenta previa, se recomienda un seguimiento ecográfico de la ubicación placentaria (B)”. Yo, discrepo. También, hacen constar que antes de la 24ª sem, si no es oclusiva, probablemente será un F.P. Lo ideal, de cara a disminuir los FP de la ECO-TV (1-6%) es hacer el diagnóstico en el tercer trimestre.

El seguimiento será para planificar tipo de parto:

* PP no oclusiva asintomática (por lo demás, debe llevar un control normal):

- Con histerorrafia previa: ECO-TV en sem 32.
- Sin histerorrafia previa: ECO-TV en sem 36.

* PP oclusiva: ECO-TV en sem 32.

En ecografía de sem 32:

- * Si PP no oclusiva: persisten a término el 73%.
- * Si PP oclusiva: persisten a término el 90%.

El tacto vaginal está contraindicado (“Ante un sangrado vaginal por encima de la 20ª semana de gestación, siempre debe sospecharse la posibilidad de la existencia de una placenta previa (C)” Protocolo SEGO, 2012).

En la oclusiva, el inicio del parto suele agravar la hemorragia, mientras que en la marginal, puede incluso disminuirla por la compresión de la calota sobre la porción sangrante de la placenta.

MANEJO:

Manejo de la PP sintomática:

- Reposo hospitalario absoluto. Utilizar medias compresivas en EE.II.. Limitar el uso de HBPM a pacientes con un alto riesgo de tromboembolismo.
- Control de pérdidas hemáticas y de constantes maternas.
- Control analítico (hemograma y coagulación).
- Reserva de sangre. Intentar mantener Hb > 10 g/dl.
- Maduración pulmonar con corticoides si 23-34 sem y finalización en breve.
- No tactos vaginales.
- TNS diario. Auscultación de FCF si < 26 sem.
- Tocolisis si hay indicación por APP. Hay discrepancia sobre el uso de tocolisis en presencia de sangrado y dinámica (independientemente de modificaciones cervicales) para cortar el círculo vicioso sangrado-dinámica. No indicado en profilaxis. Si se emplean tocolíticos, se evitarán aquellos con repercusiones hemodinámicas como el nifedipino o los beta-miméticos. UTD contraindica la indometacina por su potencial efecto trombopénico. → ¿Cuál usar? El más indicado sería el atosiban.
- Profilaxis de isoimmunización Rh con 1.500 UI de gammaglobulina Anti-Rh. Repetir dosis cada 3-4 semanas si persiste el sangrado.
- Valorar control ambulatorio tras 2 días sin sangrado. Reingreso si recidiva la metrorragia (es lo habitual).
- El cerclaje cervical no ha demostrado eficacia preventiva.

Hospitalización en PP asintomática:

- * Si PP oclusiva sin sangrado previo o no oclusiva: no ingreso.
- * Si PP oclusiva con sangrado vaginal previo: ingreso en sem 34.

El manejo domiciliario debe cumplir unas premisas:

- * Información a la paciente (firmado según RCOG) de que acuda al hospital ante mínimo sangrado, dinámica o dolor abdominal.
- * Tener acceso rápido al hospital. Según UTD, menos de 20 min.
- * Disponer de algún conocido localizado en todo momento.
- * Paciente responsable que vaya a cumplir reposo domiciliario adecuado.
- * Aconsejar abstinencia sexual y evitar grandes esfuerzos.

Manejo en función de la cantidad de sangrado:

* Si hemorragia severa con compromiso hemodinámico materno: fluidoterapia, hemoterapia y cesárea urgente.

* Si hemorragia severa sin compromiso hemodinámico materno: fluidoterapia, hemoterapia y monitorización materna y fetal continua. Extracción fetal si > 34 sem. Traslado a CHT si \leq 34 sem.

* Si hemorragia moderada: extracción fetal en función de la edad gestacional (> 34-36 sem) o con demostración de madurez fetal.

* Si hemorragia leve: extracción fetal en semana 37. Recordar maduración pulmonar si cesárea electiva \leq 37 sem.

* No sangrado: la extracción fetal puede diferirse hasta la 38-39 sem (protocolo SEGO `12 y RCOG `11). Ó 36-37 sem si se sospecha acretismo placentario. UTD y ACOG recomiendan extracción fetal en la 36-37 aún en las asintomáticas.

Bien entendido que la hemorragia por sí misma no es una indicación absoluta de terminación de la gestación, sólo de su valoración. Así, la mitad de las PP sangrantes terminaron la gestación más de un mes después del sangrado. Incluso la mitad de de las gestantes con pérdidas superiores a 500 ml consiguieron posponer la gestación más de 17 días gracias a transfusiones.

Se ha planteado la transfusión autóloga en gestantes con PP y Hb > 11 g/dl, como medio para disminuir la necesidad de transfusión homóloga.

En todo caso, y para evitar grandes anemias post-parto, la anemia del embarazo será tratada con especial cuidado.

Extracción fetal según clasificación de PP:

* Placenta de inserción baja: prueba de parto vaginal, salvo otra indicación de cesárea. En un gran estudio retrospectivo, solo el 25% parieron por vía vaginal si la distancia entre OCI y lengüeta inferior placentaria era de 1-10 mm, mientras que se alcanzó el 69% de partos vaginales si dicha distancia fue de 11-20 mm.

* Placenta marginal: opcionalmente, parto vaginal, extremando las precauciones. SEGO y SOGC consideran que el parto vaginal es la primera opción para la PP no oclusiva, aunque entienden que la tasa de cesáreas es alta; UTD aconseja cesárea en la PP marginal, y la RCOG recomiendan cesárea para todo tipo de PP.

* Placenta oclusiva: siempre vía cesárea.

TIPO	SEGO	SOGC	UTD	RCOG
INSER. BAJA	PV	PV	PV si > 10 mm CE si < 10 mm	CE
MARGINAL	PV	PV	CE	CE
OCCLUSIVA	CE	CE	CE	CE

Si se realiza prueba de parto, la analgesia epidural está permitida.

La SEGO recomienda que los casos de PP y cesárea anterior (alto riesgo de acretismo) deben ser atendidos en centros con banco de sangre y UVI. Informar a la paciente del riesgo de histerectomía obstétrica.

La histerotomía, en caso de cesárea, se realizará teniendo en cuenta la localización placentaria, evitando la segmentaria transversa si está en cara anterior. Realizar segmentaria vertical, e incluso, corporal (cesárea clásica). La cesárea siempre será realizada por un equipo de dos ginecólogos (uno de ellos, experimentado).

Tanto si la vía es abdominal como vaginal, se tendrá preparada sangre cruzada. En el caso de vía vaginal, se realizará manejo activo del alumbramiento.

Si se trata de un IVE o inducción de feto muerto de 13-24 sem, el parto vaginal es la vía preferencial, incluso en PP oclusiva total.

Es más frecuente la **hemorragia post-alumbramiento**. Para su control se pueden utilizar:

- * Masaje uterino.
- * Uterotónicos (oxitocina, carbetocina, ergotínicos, prostaglandinas).
- * Legrado del lecho placentario.
- * Taponamiento intracavitario (balón).
- * Embolización radiológica de arterias uterinas.
- * Suturas hemostáticas (B-Lynch o Hayman).
- * Ligaduras vasculares: arterias uterinas, art. hipogástricas.
- * Suturas circulares en el lecho placentario.
- * Gel hemostático.
- * Histerectomía.

Morbi-mortalidad: sobre todo materna, siendo la 3ª causa de transfusión materna y la 2ª de histerectomía obstétrica. En los países en vías de desarrollo sigue siendo una causa importante de mortalidad materna. Un estudio de cohorte mostró una mortalidad neonatal cuatro veces superior a la gestación sin PP (10,7 vs 2,5 por mil), pero las complicaciones de morbi-mortalidad feto-neonatal no suelen derivar del sangrado materno *per se*, sino de la prematuridad espontánea o yatrogénica asociada a la PP. La E.G. media de parto en una PP es 35 sem. Para que el sangrado afecte al bienestar del feto hace falta que sea tan copioso que provoque un shock hipovolémico en la gestante.

Además de sangrado materno y falta de bienestar feto-neonatal, la PP se asocia a un incremento en la tasa de parto prematuro, RPM, placenta ácreta, vasa previa, presentación no cefálica, y embolia de líquido amniótico, así como un dudoso aumento en la tasa de CIR o de anomalías congénitas.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE **INSERTA (DPPNI o ABRUPTIO placentae)**

Definición: es la separación de la placenta de la decidua basal antes del nacimiento fetal. Se clasifica en marginal, preplacentar (el menos frecuente) y retroplacentar (el más peligroso).

Epidemiología: su incidencia es del 0,5-1%.

Recidiva en un 5-10%, llegando al 25% tras dos episodios.

Factores de riesgo: E.H.E. previos (la mitad de abrupcios severos se asocian a EHE previos). Otros importantes son: cocaína, cicatrices uterinas, placenta previa, traumatismo abdominal, y trombofilia. De menor importancia encontramos: RPM, corioamnionitis, tabaquismo, mioma retrocorial, versión externa, edad materna avanzada, multiparidad, gemelaridad ... Sin embargo, el 70% de los DPPNI no se asocian a FF.RR. Además, hay muy pocos FF.RR. que puedan ser evitables (cocaína y tabaquismo); la terapia antihipertensiva no disminuye el DPPNI en los EHE.

Diagnóstico:

Triada clínica: Dolor abdominal (60%), hipertonía uterina (50%), y sangrado vaginal (80%), habitualmente oscuro y en cantidad frecuentemente escasa, no acorde al estado clínico de la paciente.

RCTG: hipertonía uterina y alteración de bienestar fetal. Cardiografía normal si no hay gran desprendimiento.

Ecografía: se puede observar el hematoma placentario, cuyo aspecto cambia con el tiempo del hematoma. Realiza el D.D. con placenta previa, aunque se pueden asociar. Reseñar que el hematoma no capta mapa color.

Para la RCOG, el Dº es fundamentalmente clínico. La ecografía tiene una pobre sensibilidad (25%) para detectar hematoma placentario, aunque su especificidad y VPP son muy altos (90-95%).

Se puede producir una extravasación sanguínea hacia el miometrio y la serosa uterina por presión ejercida por el hematoma, produciéndose apoplejía utero-placentaria o “útero de Couvelaire”.

Diagnóstico preventivo. Existen sustancias que se elevan días antes del DPPNI: aumento del hematocrito, hiperuricemia, proteinuria, y elevación del Dímero-D y PDF. La elevación de AFP (sin causa fetal) tiene un RR = 10 para una futura DPPNI. El parámetro más predictivo es la tasa de fibrinógeno en sangre: < 200 mg/dl tiene casi un 100% de VPP para hemorragia postparto severa, mientras que valores > 400 tienen un VPN del 79% para no HPP severa.

Manejo:

Conducta conservadora: en fetos prematuros, sin RPBF ni compromiso materno:

- * Reposo absoluto hospitalario.
- * Dieta absoluta (¿?) e hidratación. Control de diuresis.
- * Control de constantes maternas (FC, TA y SatO₂).
- * Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación (incluye Dímero-D).
- * Corticoides para maduración fetal en ≤ 34 sem.
- * TNS/8-12 h según cantidad de sangrado.
- * Control de sagrado. Cruzar sangre. Transfusión si es necesario.
- * Control ecográfico del hematoma placentario (cada 12-24 h ¿?) y del crecimiento fetal (un DPPNI crónico puede producir RCIU).
- * Existen discrepancias sobre el uso de tocolíticos. La GPC de la RCOG los contraindica por retrasar el diagnóstico; otras, sí los aconsejan.

Conducta activa (extracción fetal): gestación a término o signos de compromiso fetal o materno.

* Plantear intento de parto vaginal si no hay compromiso materno ni hay RPBF en monitor. El parto debería durar menos de 5 horas. Manejo cuidadoso de la oxitocina pero no está contraindicada.

* En cualquier otro caso, extracción fetal por la vía más rápida (habitualmente, la cesárea).

* Si el feto está muerto, la vía del parto será, preferentemente, la vaginal, salvo que el estado clínico materno no lo permita.

Morbi-mortalidad:

La mortalidad perinatal es alta (12%, RR=20), debido a anoxia. La mayoría es mortalidad fetal (77%); la mortalidad neonatal se suele asociar a la prematuridad (iatrogénica o espontánea).

La afectación fetal depende de la cantidad de superficie desprendida. Por encima del 50% de desprendimiento (30% de los DPPNI), la CID y la muerte por anoxia fetal son frecuentes.

La mortalidad materna es muy alta (1%). También es muy alta la morbilidad materna, secundaria, sobre todo, a dos posibles procesos:

* Shock hipovolémico (suponen el 5-15% de los DPPNI) y sus consecuencias: fallo renal, distrés respiratorio, fallo multiorgánico, en incluso la muerte materna.

* Coagulación intravascular diseminada: 10%. Producido por el vertido a la circulación placentaria de trozos de placenta con abundante tromboplastina. Los datos de laboratorio indican: aumento del Dímero-D, fibrinógeno < 200 mg/dl, trombopenia < 50.000/mm³, alargamiento de los tiempos de coagulación (TP y TTPA), esquistocitos en sangre periférica.

El tratamiento es el alumbramiento (la placenta es la fuente del problema). Evitar el tratamiento previo con fibrinógeno o con plasma (se puede empeorar el cuadro); es mejor transfundir sangre fresca y cristaloides.

Ante una cesárea con fibrinógeno < 100 mg/dl, administrar 4 g de fibrinógeno crioprecipitado (15-20 bolsas) que aumentará en 100 mg/dl. Si la trombopenia es < 50.000/mm³, administrar un pool de plaquetas (unas 10 U). Se aumentan 7-10.000 plaquetas/mm³ por cada unidad transfundida.

ROTURA UTERINA

Definición:

Rotura completa: solución de continuidad que afecta al miometrio y serosa uterina.

Rotura incompleta: apertura del miometrio sin solución de continuidad en la serosa uterina. Si se produce sobre una cicatriz previa se denomina dehiscencia.

Epidemiología: Su incidencia se ha incrementado considerablemente en los últimos años debido al incremento en la tasa de cesáreas, llegando al 0,5% en la actualidad. Se eleva al 4-5% sobre el total de gestantes con cesárea anterior.

Factores de riesgo: cicatrices uterinas previas, parto vaginal traumático (instrumental, distocia de hombros, podálica, gran extracción), e hiperdinamia uterina. Menos importantes son la versión externa, traumatismo abdominal, macrosomía, gemelaridad, multiparidad, y período intergenésico < 18-24 meses..

El riesgo de rotura depende del tipo de incisión previa:

- Segmentaria transversa: 0,2–1,5%.
- Segmentaria vertical: 1-7%.
- Corporal o clásica: 4-9%.

Si cesárea anterior, el riesgo de rotura uterina completa es mayor tras prueba de parto (0,8%) que si se plantea cesárea electiva (0,2%). Por su parte, en estas mujeres, la presencia de un parto vaginal previo es un factor de protección (O.R.= 0,4).

La técnica de la histerorrafia también modifica el riesgo, así, si se realiza una capa cruzada aumenta el riesgo frente a 2 capas, pero no se modifica si es no cruzada.

Diagnóstico:

Aunque existe la rotura uterina sobre útero intacto, es excepcional (1/6.000-20.000 embarazos), por tanto, se sospechará, fundamentalmente, cuando la tríada clínica:

- * Dolor intenso y brusco
- * Shock materno (taquicardia y ansiedad), y
- * Palpación fácil de partes fetales,

se acompañe de antecedentes de cicatriz uterina.

Suele producirse intraparto. Muy raramente, anteparto, y excepcionalmente, postparto.

También debe orientarnos al diagnóstico:

- * La monitorización fetal se altera en el 50-70% de los casos.
- * La dinámica disminuye o cede totalmente.
- * El dolor abdominal permanece en período intercontráctil. La analgesia epidural no camufla este proceso. En ocasiones el dolor es selectivo en la zona suprapúbica.
- * No se palpa la presentación vía vaginal (en los casos en que la presentación sale a cavidad abdominal a través de la rotura).
- * El sangrado es variable, pero suele ser escaso, desproporcionado para la clínica de shock de la gestante.

La rotura incompleta suele ser un hallazgo casual al realizar una cesárea iterativa. No suele dar clínica y no está indicada su búsqueda mediante la revisión de la histerorrafia previa tras un parto vaginal si no hay clínica que lo justifique. Incluso si se explora digitalmente la cicatriz previa y se palpa una dehiscencia, se puede optar por la actitud expectante pues no hay datos que sugieran que su reparación mejore los resultados de un futuro embarazo.

Se han publicado varios trabajos sobre la capacidad de la ecografía para predecir el riesgo de rotura uterina en un trabajo de parto, en función del espesor del miometrio o del segmento uterino inferior, y de los diámetros del defecto hipoecóico a nivel de la histerorrafia previa. No hay acuerdo unánime sobre cuáles deben ser los puntos de corte que tranquilicen respecto de un posible trabajo de parto:

Espesor del segmento uterino inferior: 3,1-5,1 mm.

Espesor del miometrio: 2,1-4,0 mm.

Tratamiento:

La solución de una rotura pre o intraparto es la cesárea emergente. A cielo abierto y tras la extracción fetal, la rotura se tratará con una histerorrafia (doble capa) si parece limpia, aún cuando no se desee más descendencia (sangra menos que la histerectomía). Se informará a la paciente (si hubiera posibilidad) de la recidiva del 4-10% de roturas uterinas en futuras gestaciones por si deseara ligadura tubárica. Se realizará

histerectomía si la rotura se muestra anfractuosa o se han afectado los vasos uterinos o el cérvix.

Como medidas preventivas tenemos:

- * Manejo cuidadoso de la oxitocina (sobre todo en gestante de riesgo: cesáreas anteriores, múltiples, dilataciones prolongadas, sospecha de DPC, grandes multíparas).

- * Evitar el misoprostol si cicatriz uterina previa.

- * Seleccionar adecuadamente las cesáreas anteriores para prueba de parto.

- * Evitar maniobras muy traumáticas en expulsivo.

- * Evitar el Kristeller.

La rotura uterina no contraindica una futura gestación. Si se trató de una dehiscencia asintomática, se puede permitir la prueba de parto; en el resto de situaciones, la cesárea electiva a término (37 SA) es lo recomendable. Si la rotura afectó a fondo uterino, valorar C.E. en sem 35.

Morbi-mortalidad:

La morbilidad materna incluye la histerectomía, posible lesiones vesicales, y las consecuencias de la hemorragia severa. Respecto del neonato, su morbilidad contempla las manifestaciones derivadas de una hipoxia aguda.

La mortalidad perinatal es muy variable (del 11% en países desarrollados al 46-70% en los países en vías de desarrollo). La materna ha disminuido mucho en las últimas décadas, siendo casi nula en países desarrollados, llegando al 10% en países en vías de desarrollo.

Un estudio americano de 2003 analiza 142.000 gestante con intento de parto vaginal tras cesárea previa. 6‰ de rotura uterina; 1,5‰ de pH neonatal < 7,0; 0,9‰ histerectomías; 0,8‰ de lesiones genito-urinarias; 0,4‰ de muerte perinatal (6,6% de RU); 0,02‰ de muerte materna (0,3% de RU)

ROTURA DE VASOS PREVIOS

Definición: La rotura de vasa previa (VP) es una entidad en la que los vasos umbilicales, situados sobre el OCI y sin la protección del tejido placentario o la gelatina de Wharton, sufren una rotura debido a un descenso brusco de la presentación fetal, habitualmente tras la amniorrhexis. La situación es catastrófica para el feto, con una mortalidad perinatal $> 75\%$. Se produce en 2 posibles situaciones:

a) VP-1: Inserción velamentosa de cordón (IVC): los vasos umbilicales no están protegidos por la gelatina de Wharton en su inserción placentaria, con el cordón umbilical situado caudalmente a la presentación.

b) VP-2: Placenta bilobar y placenta subcenturiata (cotiledón aberrante), con los vasos intercomunicantes atravesando el OCI caudalmente a la presentación.

Epidemiología: su incidencia es apróx. 1/2000-6000.

Lógicamente, la placenta previa es un gran factor de riesgo, presente en el 80% de los casos de vasa previa. De hecho, en el 90% de los casos existen alguno de los siguientes factores de riesgo: PP y/o placenta bilobar o subcenturiata. El RR para PP y para IVC es de 22 para cada una. En las FIV, la tasa de VP es el 0,5% (RR=8).

La tasa sobre población total de la IVC es del 1%, mientras que la placenta bilobar y subcenturiata suman un 1,7%. La IVC asciende al 15% en gemelos monocoriales.

Diagnóstico:

La literatura considera que su detección prenatal mediante ultrasonidos es factible en casi todos los casos. Consiste en visualizar vasos umbilicales sin gelatina de Wharton sobre el OCI. Un estudio retrospectivo sobre 12.000 gestantes asintomáticas encuentra una tasa de detección del 78% de VP prenatal. Otro estudio revisa 20 años y diagnostican 19 casos de VP sobre 110.000 embarazos, diagnosticando 10 de ellos antes del parto. Un estudio prospectivo ofrece cifras del 100% de sensibilidad y 99,8% de especificidad para el Dº de IVC. UTD ofrece cifras medias del 70% de S y 95% de E.

Una vez diagnosticado un prolapso de cordón por tacto vaginal, amnioscopia o ecografía, se buscará con ultrasonidos si se asocia IVC, placenta bilobar o subcenturiata. Es necesaria la combinación de ECO-TA, ECO-TV y Doppler color.

La GPC canadiense y británica consideran obligado la búsqueda de la inserción placentaria del cordón en la ECO-20 (no así, la ACOG). Se debe asociar US-TV en la ECO-20 siempre que se asocien FF.RR.: IVC, PP, placenta bilobar o subcenturiata, FIV (tasa de VP de 1/200-300), y gemelar. Si se realiza US-TV en los casos con FF.RR., el gasto por año de vida con calidad ganado (AVAC) es de 12.500 €, mientras que el cribado a toda la población, supone un gasto de 460.000 € por AVAC, completamente inasumible.

Si se diagnostica VP en Eco-20, se deberá confirmar en el 3º trimestre ya que el 15% se resuelven espontáneamente.

El D.D. se plantea con la presentación funicular. En este caso, los vasos umbilicales se rodean de gelatina de Wharton y, además, su situación sobre el OCI es inconstante, lo cual podemos comprobar al ver como el cordón flota al movilizar el útero o colocar a la paciente en Trendelenburg.

Si no se realiza diagnóstico prenatal, su detección intraparto suele realizarse observando líquido amniótico sanguinolento en el momento de la amniorraxis (espontánea o artificial) asociado a un registro cardiográfico muy patológico (deceleraciones profundas, bradicardia mantenida o ritmo sinusal) o incluso muerte fetal. Los tests como el de Kleihauer-Betke para diferenciar sangre fetal de sangre materna no son aplicables en la práctica clínica por su falta de inmediatez.

La anatomía patológica solo sirve para comprobar la IVC, no para la VP, propiamente dicha, al desconocer el patólogo la situación del cordón sobre el OCI.

Manejo:

- Si Dº prenatal de IVC:

- * Biometría fetal por US cada mes.
- * RCTG semanal desde sem 36.
- * Inducción de parto (y eventual parto vaginal) en sem 40.
- * Tracción cuidadosa del cordón en el alumbramiento para evitar su rotura, y consiguiente retención placentaria.

- Si D° prenatal de vasa previa:

- * Maduración pulmonar en sem 28-30.
- * TNS 2 veces/sem desde sem 28-30.
- * Ingreso en hospital terciario en sem 30-32. En ingreso, TNS/12 h.
- * Todo el personal sanitario deberá estar enterado del D° y la necesidad de cesárea urgente ante dinámica, RPM, sangrado vaginal, DIPS variables repetidas.
- * Tener preparada sangre 0-negativo irradiada (para eventual transfusión neonatal), por si se produjera la rotura de vasa previa.
- * Cesárea electiva en sem 35-36.
- * Inducción de parto si feto muerto.

- Si rotura de vasa previa, no hay otro manejo que su extracción emergente por vía cesárea.

- El pinzamiento postnatal del cordón será inmediato y se realizará a varios centímetros de la piel para facilitar una posible cateterización del mismo.

Morbi-mortalidad:

Su repercusión en la gestante es mínima, sin embargo, como ya hemos explicado, es nefasta para el neonato. Tengamos en cuenta que pérdidas umbilicales de 100 ml son suficientes para provocar shock hipovolémico o muerte neonatal.

El D° prenatal es la clave para obtener buenos resultados en este proceso, así, los resultados frente al no D° prenatal son muy diferentes respecto de la mortalidad perinatal (3 vs 56%), e igualmente respecto de la tranfusión neonatal (3 vs 58%).

Otros autores muestran incluso peores cifras sobre mortalidad intraparto:

Mortalidad perinatal del 50-60% sin rotura de membranas, que asciende al 70-80% si se rompe la bolsa.

PLACENTA ÁCRETA

No está incluida entre las causas de metrorragia del 2º ó 3º trimestre, sino entre las metrorragias puerperales, normalmente en el portparto inmediato. Se presenta en este protocolo por su alta asociación con la placenta previa.

Definición: Se trata de una implantación anómala de las vellosidades coriales, las cuales se insertan en el miometrio, debido a la ausencia de decidua basal y banda fibrinoide de Nitabuch. Según la profundidad de miometrio alcanzada, se clasifica en:

- a) Placenta Ácreta: llega a la parte más interna del miometrio. Es la más frecuente (80%).
- b) Placenta Increta: alcanza porciones intermedias del miometrio.
- c) Placenta Pércrета: atraviesa el miometrio, llegando al peritoneo visceral.

Ocasionalmente, afecta a órganos vecinos, como la vejiga.

Pero, en general, a todas ellas se les denomina placenta ácreta o acretismo placentario.

Epidemiología:

Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas debido al incremento en la tasa de cesáreas. En los años `50 se publicaban cifras de 1/30.000, que pasaron a 1/2.000 en los `80. Los datos de las últimas publicaciones muestran cifras alrededor del 0,3%.

El número de cicatrices uterinas en el momento de la implantación es un factor de riesgo, que se multiplica exponencialmente si se asocia a placenta previa, principal factor de riesgo. Tasa de acretismo placentario:

Tras 1 cesárea previa → 0,3%

Tras 2 cesáreas previas → 0,6%

Si PP → 1-5%

Si PP + 1 Cesárea anterior → 11-25%

Si PP + 2 Cesáreas anteriores → 35-47%

Diagnóstico:

* Clínico: retención placentaria. Imposibilidad de extracción completa de la placenta, ni con E.M.P. También debe sospecharse si falta algún cotiledón en una placenta ya alumbrada. Se produce un sangrado puerperal secundario a dicha retención,

muy profuso si se produce la extracción parcial de la placenta, que, además, se puede complicar con atonía uterina.

Si afecta a la vejiga, ocasionalmente se puede observar hematuria en el embarazo.

* Ecográfico. Muy difícil en la ácreta, siendo más asequible la íncreta y pércreta.

Signos ecográficos 2D sugestivos de acretismo:

- Es altamente sospechoso de acretismo observar un espesor miometrial < 1 mm en la zona de implantación placentaria.

1) Pérdida o adelgazamiento del espacio anecóico subplacentario.

2) Pérdida de homogeneidad placentaria, con presencia de lagunas venosas vasculares (sonoluscencias intraplacentarias) en la zona de acretismo.

3) Si se observa tejido invadiendo la vejiga, es muy predictivo de placenta pércreta. Se observa una solución de continuidad en la línea blanca, interfaz entre serosa uterina y vesical.

La US-2D (transabdominal y transvaginal) muestra cifras de S y E de 75 y 95%, respectivamente.

La ecografía 3D y el Doppler color mejoran los resultados de la escala de grises 2D.

Signos ecográficos 3D sugestivos de acretismo:

4) Vascularización intraplacentaria irregular con vasos tortuosos que cruzan la placenta

5) Hipervascularización de la interfaz serosa vésico-uterina.

En un estudio sobre 187 pacientes con PP y cesárea anterior, se diagnosticaron 41 mujeres (22%) con acretismo placentario, y en todas ellas se observaron al menos dos signos ecográficos sugerentes de acretismo de los 5 posibles, utilizando US en 2D y 3D.

El Doppler color mejora los resultados de la US pues sus resultados complementan la baja sensibilidad de la US-2D: S y E= 90 y 70%. Se puede observar:

- Flujo lacunar intraparenquimatoso, difuso o focal.

- Flujo turbulento en los lagos vasculares.

- Hipervascularización de la interfaz serosa vésico-uterina.

- Manifiesto complejo venoso subplacentario.

Si la placenta cubre una histerorrafia previa, se investigará un posible acretismo en la ecografía de la semana 32-34, para planificar el momento y tipo de parto.

* Una alternativa a la ecografía es la RMN, que es más específica que la ecografía pero menos sensible. Estaría especialmente indicada en placentas previas posteriores y en pércretas con afectación de órganos vecinos.

* Se ha observado que casi la mitad de los acretismos placentarios tienen valores elevados de AFPSM ($> 2,0-2,5$ MoM), aunque su especificidad es muy baja.

* Histológico: se observa ausencia de decidua y/o fibras musculares en contacto con vellosidades placentarias.

Tratamiento: Casi siempre, la histerectomía. Ocasionalmente, se consigue con éxito el desprendimiento de una placenta ácreta conservando el útero. Si se realiza histerectomía en una placenta previa ácreta, se debe intentar incluir el cérvix.

En los poquísimos casos en los que se diagnostica prenatalmente, se debe programar una cesárea (sangra menos que el parto vaginal) en semana 36-37 (SEGO y RCOG), con administración previa de corticoides. UTD, en base a un análisis de resultados óptimos, recomienda cesárea en sem 34 (me parece innecesariamente precoz). Alejar la histerotomía de la zona de inserción placentaria. Si existe diagnóstico prenatal, tras la extracción fetal, es más recomendable la histerectomía sin alumbramiento que el intento de alumbramiento previo a la histerectomía, ya que esta segunda opción se asocia a mayores sangrados.

Si la placenta ácreta es anterior y previa, la incisión cutánea abdominal será media mejor que Pfannenstiel, para tener mejor acceso a una histerotomía segmentaria longitudinal alta que evite a la placenta.

Si existe alto riesgo de acretismo (PP + cesárea anterior o placenta anterior sobre histerorrafia previa), dado que esta cirugía es de muy alto riesgo de sangrado abundante, se deberán tener presentes algunas medidas preoperatorias excepcionales: el nacimiento deberá producirse en un hospital con UVI y banco de sangre (con varias unidades

cruzadas de concentrados de hematíes, así como PFC y pool de plaquetas); doble vía iv periférica de buen calibre; anestesista experimentado; ginecólogos experimentados en histerectomía obstétrica; urólogo si hay compromiso vesical (casi la mitad de ellas necesitan cistectomía parcial). En estos casos de alto riesgo de acretismo, UTD recomienda cateterización con balones en ambas arterias hipogástricas para, mediante su inflado intermitente durante la histerectomía, se reduzca el sangrado, así como para tener la posibilidad de embolizar dichas arterias si el sangrado es excesivo.

Aun cuando no esté diagnosticado el acretismo antes de la cirugía, si el riesgo es alto, se debe reseñar a la paciente que en el DICE de cesárea se contempla la eventualidad de una histerectomía, que en este caso sería frecuente. También se informará de la probable posibilidad de politransfusión. Un estudio determina en 4.500 ml la pérdida media de sangre en acretismos con histerectomía. Una serie retrospectiva de 66 placentas ácretas determinó una media de 10 U de [hematíes] transfundidas por gestante.

Tratamiento conservador: dejar la placenta “in situ” evitando el alumbramiento. Estaría indicado en:

- * Casos de fuerte deseo gestacional.
- * Placenta pércreta con invasión de órganos vecinos.
- * Acretismo focal. Se diagnostica tras alumbramiento parcial.

Se deben asociar uterotónicos y antibioterapia profiláctica.

La embolización radiológica de arterias uterinas como coadyuvante del tto. conservador no es útil al no mejorar la hemorragia postoperatoria. Tampoco el methotrexate es eficaz como tto. adyuvante para necrosar la placenta ya que hoy se sabe que su acción citotóxica no funciona en la placenta a término.

Analizando los 434 casos publicados, sus complicaciones son:

- Sangrado vaginal severo: 53%.
- Sepsis: 6%.
- Histerectomía secundaria: 19% (la mitad en las primeras 24 h).
- Mortalidad materna: 0,3%.
- Gestación posterior: 67%.

Se recomienda el control ecográfico de la placenta durante 6 meses. También se deberá monitorizar semanalmente la beta-HCG, aunque no se correlaciona bien con la involución placentaria. La reabsorción placentaria necesita una media de 13 sem (Rango: 4-60 sem).

Hay una revisión sistemática del 2011 sobre ttos. conservadores informa de resultados subóptimos, lo que sugiere que este enfoque se realice utilizando máxima prudencia y consulta exhaustiva con la paciente.

Pronóstico: La GPC canadiense (2007) muestra una cifra de mortalidad materna global del 7%, que se reduce considerablemente en aquellas en las que se programa una histerectomía con placenta no alumbrada, de ahí la importancia del diagnóstico prenatal.

DIAGNÓST. DIFERENCIAL DE LAS HEMORRAGIAS 3º TRIM:

CLÍNICA	PLACENTA PREVIA	D.P.P.N.I.	ROTURA UTERINA	VASA PREVIA
INICIO	Lento En embarazo	Brusco Embarazo / Parto	Brusco En parto	Brusco Tras amniorrexis
HEMORRAGIA	Abundante, roja, proporcional	Escasa, oscura, desproporcional	Escasa, roja, desproporcional	L.A. sanguinolento
DOLOR	NO	SÍ	SÍ	NO
SHOCK	Ocasional	Frecuente	Frecuente	NO
TONO UTERINO	Normal	Hipertonía	Atonía	Normal
TACTO PART FET	Normal	NO	Fuera del útero	Normal
MONITOR FETAL	Normal	RPBF o muerte	RPBF o muerte	RPBF o muerte
TOXEMIA	Rara.	Frecuente.	No	No
CONTRACCIÓN	↑ el sangrado	↓ el sangrado	No contracción	↑ el sangrado
CESÁREA ANTER	Ocasional	NO	Casi siempre	NO

BIBLIOGRAFÍA: GUÍAS PRÁCTICA CLÍNICA Y PROTOCOLOS:

Antepartum haemorrhage. GPC RCOG, 2011.

Placenta praevia, placenta praevia accreta and vasa praevia: diagnosis and management. GPC RCOG, 2011.

Diagnosis and Management of Placenta Previa. SOGC Clinical Practice Guideline (GPC Canadá), 2007.

Guidelines for the Management of Vasa Previa. SOGC Clinical Practice Guideline (GPC Canadá), 2009.

Podrasky et al. Second and third trimester bleeding. NGC 2013. American College of Radiology; 2009.

Placenta previa. Protocolo SEGO, 2012.

Acretismo placentario. Protocolo SEGO, 2012.

Rotura uterina. Protocolo SEGO, 2006.

Metrorragia del segundo y tercer trimestre. En: Guía Práctica de Urgencias en Obstetricia y Ginecología. Edit: Zapardiel I. 2008, Cap 6: 25-9.

Placenta previa: concepto y clasificación. Su estudio. En: Fundamentos de Obstetricia. Edit: Bajo Arenas. 2007, Cap 55: 456-62.

Estudio del desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta. En: Fundamentos de Obstetricia. Edit: Bajo Arenas. 2007, Cap 56: 463-71.

Rotura uterina. Otras lesiones genitales durante le parto. En: Fundamentos de Obstetricia. Edit: Bajo Arenas. 2007, Cap 85: 727-36.

SINOPSIS DE ESTUDIOS SECUNDARIOS:

Ananth C et al. El desprendimiento de placenta: características clínicas y diagnóstico. UpToDate, mayo 2013.

Norwith E et al. Visión general de la etiología y la evaluación del sangrado vaginal en las mujeres embarazadas. UpToDate, mayo 2013.

Resnik R et al. Manejo de la placenta ácreta, íncrета y pércrета. UpToDate, mayo 2013.

Resnik R et al. Características clínicas y diagnóstico de placenta ácreta, íncrета y pércrета. UpToDate, mayo 2013.

Loockwood Ch et al. Manejo de placenta previa. UpToDate, mayo 2013.

Loockwood Ch et al. Las características clínicas, el diagnóstico y el curso de placenta previa. UpToDate, mayo 2013.

Loockwood Ch et al. Inserción velamentosa del cordón umbilical y vasa previa. UpToDate, mayo 2013.

Información para el paciente: Placenta previa (los fundamentos). UpToDate, mayo 2013.

Lang CT et al. Uterine dehiscence and rupture after previous cesarean delivery. UpToDate, agosto 2013.

HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE

PROTOCOLO - U.G.C. TOCO-GINE (Oct 2013)

Protocolo de actuación común:

- a) Tacto vaginal contraindicado hasta descartar placenta previa (PP).
- b) Anti-D en Rh negativas. Repetir cada 4-6 semanas si sangrado recidiva.
- c) Si tto. previo con HBPM, suspenderlo. Cambiar a heparina no fraccionada iv o medias de compresión gradual hasta cesar el sangrado.
- d) Maduración pulmonar con corticoides si parto próximo y < 35 SA.
- e) La monitorización intraparto será continua.
- f) Permitida la anestesia epidural.
- g) Manejo activo del alumbramiento (ergometrina + oxitocina) en PP y abruptio.

La **finalización del embarazo** dependerá de 4 factores: causa del sangrado; gravedad del mismo; edad gestacional; y estado del feto. Finalizar:

- a) Por la vía más rápida (habitualmente, la cesárea) si compromiso materno o fetal.
- b) Si sangrado moderado y RCTG normal, según presunta madurez pulmonar fetal.
- c) Si sangrado leve y RCTG normal, finalizar a término.
- d) Rotura uterina clínica y rotura de vasa previa: cesárea emergente.
- e) Placenta previa oclusiva: cesárea electiva.

Si necesidad de transfusión:

- a) Concentrados de hematíes según protocolo específico. Objetivo: Hb > 8 g/dl.
- b) 4 U de PFC por cada 6 U de CH o si TP o TTPA > 1,5x. Obj: TP y TTPA < 1,5x.
- c) Transfusión plaquetas (1 pool) si < 50.000 plaquetas/mm³. Obj: Plaq > 75.000/mm³.
- d) Crioprecipitado (15-20 bolsas) si fibrinógeno < 100 mg/dl. Obj: Fb > 100 mg/dl.

PLACENTA PREVIA (PP)

Diagnóstico: NO D° de PP con ECO-TA ni antes de sem 20. Tras sospecha, confirmar con ECO-TV (con vejiga vacía).

Seguimiento para planificar tipo de parto:

La sospecha de PP en ECO-20 se recitará en la sem 32-33 para nueva ECO-TV (no precisa cita en sem 24 ó 28 por este motivo).

Manejo hospitalario de la PP sintomática:

- a) Reposo hospitalario absoluto. Medias en EE.II. Limitar uso de HBPM.
- b) Control de sangrado, constantes, y analíticas.
- c) Reserva de sangre. Intentar mantener Hb > 10 g/dl.
- d) TNS diario. Auscultación de FCF si < 26 sem.
- e) Tocolisis si hay indicación por APP. No indicado en profilaxis.
- f) Valorar alta tras 2 días sin sangrado.

Condiciones manejo domiciliario: información de signos de alarma; acceso rápido al hospital; conocido localizado; paciente responsable; abstinencia sexual; reposo relativo.

Finalización según cantidad de sangrado:

- a) Hemorragia severa y compromiso materno: fluidos, hemoterapia y cesárea urgente.
- b) Hemorragia severa sin compromiso materno: fluidoterapia, hemoterapia y monitorización materna y fetal continua. Extracción fetal si > 34 sem.
- c) Hemorragia moderada: finalizar si EG > 34-36 sem.
- d) Hemorragia leve: finalizar en 37 SA. Maduración pulmonar si C.E. ≤ 37 sem.
- e) No sangrado: finalizar en 38-39 SA. Ó 36-37 SA si se sospecha acretismo.

Extracción fetal según clasificación de PP:

- a) Placenta de inserción baja y marginal: prueba de parto vaginal, salvo otra indicación.
- b) Placenta oclusiva parcial y total: cesárea (salvo en IVE o feto muerto < 24 SA).

ABRUPTIO PLACENTARIO (DPPNI)

Diagnóstico: triada clínica: dolor abdominal (60%), hipertensión uterina (50%), y sangrado vaginal (80%), oscuro y escaso, desproporcionado al estado de la paciente.

RCTG: hipertensión uterina y RPBF. Pobre sensibilidad de la ecografía.

Manejo conservador: en fetos prematuros, sin RPBF ni compromiso materno:

a) Reposo absoluto hospitalario.

b) Control de diuresis, constantes (FC, TA y SatO₂) y analítica (incluye Dímero-D).

Cuidado con la CID (10% de DPPNI. Laboratorio: aumento de Dímero-D, Fb < 200 mg/dl, Plaquetas < 50.000/mm³, aumento de TP y TTPA, y esquistocitosis). Trasfundir sangre fresca y cristaloides.

c) TNS/8-12 h según cantidad de sangrado.

d) Control de sangrado. Cruzar sangre. Transfusión si es necesario.

e) Control ecográfico del hematoma placentario.

f) Discrepancias sobre el uso de tocolisis.

Finalizar gestación: en gestación a término o signos de compromiso fetal o materno.

a) Plantear intento de parto vaginal si no hay compromiso materno ni hay RPBF en monitor. El parto debería durar menos de 5 horas. Manejo cuidadoso de la oxitocina.

b) En cualquier otro caso, extracción rápida fetal (habitualmente, cesárea).

c) Si feto muerto, preferente, vía vaginal, salvo estado materno comprometido.

ROTURA UTERINA

Rotura completa: solución de continuidad que afecta al miometrio y serosa uterina.

Rotura incompleta: apertura del miometrio sin solución de continuidad en la serosa uterina. Sobre una cicatriz previa se denomina dehiscencia.

Diagnóstico: triada clínica: Dolor intenso y brusco, sobre todo suprapúbico; shock materno (taquicardia y ansiedad); y palpación fácil de partes fetales. Suele asociar cicatriz uterina previa.

También orienta: RCTG con RPBF; dinámica disminuye o desaparece; dolor abdominal permanece en período intercontráctil (analgesia epidural no lo camufla); no se palpa la presentación vía vaginal; sangrado es variable, suele ser escaso, desproporcionado.

No está indicada la búsqueda de dehiscencia asintomática mediante tacto digital de histerorrafia tras un parto vaginal.

Tratamiento: cesárea emergente. Tras la extracción fetal, histerorrafia (doble capa) si rotura limpia, aún cuando no se desee más descendencia (sangra menos que la HT).

Aconsejar LBT (recidiva 4-10%). Histerectomía si rotura anfractuosa o afectación de vasos uterinos o cérvix.

Medidas preventivas:

- a) Manejo cuidadoso de la oxitocina (en gestantes de alto riesgo de rotura).
- b) Contraindicado el misoprostol si cicatriz uterina previa.
- c) Selección adecuada de las cesáreas anteriores para prueba de parto.
- d) Evitar maniobras muy traumáticas en expulsivo. Evitar el Kristeller.

Futura gestación:

La rotura uterina no contraindica una futura gestación.

Si fue dehiscencia asintomática, permitir prueba de parto.

Resto de situaciones, cesárea electiva a término (37 SA).

ROTURA DE VASA PREVIA

Se produce en 2 **posibles situaciones**:

- a) VP-1: Inserción velamentosa de cordón (IVC): vasos umbilicales sin gelatina de Wharton en su inserción placentaria, y cordón situado caudalmente a la presentación.
- b) VP-2: Placenta bilobar y placenta subcenturiata (cotiledón aberrante), con los vasos intercomunicantes atravesando el OCI caudalmente a la presentación.

Diagnóstico ecográfico: S=70% y E=95%. Vasos umbilicales sin gelatina sobre el OCI. Combinar ECO-TA, ECO-TV y Doppler color.

Recomendada la búsqueda de la inserción placentaria del cordón en la ECO-20. Asociar ECO-TV en la ECO-20 si se asocian FF.RR. (IVC, PP, placenta bilobar o subcenturiata, FIV, y gemelar). Si se diagnostica VP en Eco-20, confirmar en el 3º trimestre.

Diagnóstico clínico: salida de L.A. sanguinolento tras amniorrexis asociado a monitor fetal muy patológico o incluso muerte fetal.

Manejo:

- Si Dº prenatal de IVC:

- a) Biometría fetal por US cada mes.
- b) RCTG semanal desde sem 36.
- c) Inducción de parto (y eventual parto vaginal) en sem 40.
- d) Tracción cuidadosa del cordón en el alumbramiento para evitar su rotura.

- Si Dº prenatal de vasa previa:

- a) Maduración pulmonar en sem 28-30.
- b) TNS 2 veces/sem desde sem 28-30.
- c) Ingreso en hospital terciario en sem 30-32. En ingreso, TNS/12 h.
- d) Personal sanitario enterado del Dº y cesárea urgente ante dinámica, RPM, sangrado vaginal, o DIPS variables repetidas.
- e) Preparada sangre 0-negativo irradiada (eventual transfusión neonatal).
- f) Cesárea electiva en sem 35-36.
- g) Inducción de parto si feto muerto.

- Si rotura de vasa previa, cesárea emergente.

- Pinzamiento del cordón inmediato y a varios centímetros de la piel del neonato.

PLACENTA ÁCRETA

Alta asociación con PP, sobre todo si presenta cicatriz uterina.

Diagnóstico Clínico: imposibilidad de extracción completa de la placenta, ni con E.M.P. Sospechar si falta algún cotiledón en una placenta ya alumbrada.

Diagnóstico Ecográfico: Difícil en la ácreta; más asequible la íncreta y pércreta.

Signos ecográficos 2D sugestivos de acretismo:

- 1) Sospechar si espesor miometrial < 1 mm en zona de implantación placentaria.
- 2) Pérdida o adelgazamiento del espacio anecóico subplacentario.
- 3) Lagunas venosas vasculares en la zona de acretismo.
- 4) Pércreta invadiendo vejiga: solución de continuidad en la interfaz serosa vésico-uter.

Signos Doppler Color sugerentes de acretismo:

- 1) Flujo lacunar intraparenquimatoso, difuso o focal.
- 2) Flujo turbulento en las lagunas vasculares.
- 3) Hipervascularización de la interfaz serosa vésico-uterina.
- 4) Manifiesto complejo venoso subplacentario.

Si placenta cubre histerorrafía previa, investigar posible acretismo en Eco 32-34 SA.

Tratamiento: Casi siempre, la histerectomía. Rara vez, alumbramiento completo.

Incluir cérvix en HT.

Si Dº prenatal: cesárea electiva en 36-37 SA (tras betametasona). Alejar histerotomía de la inserción placentaria. Histerectomía sin alumbramiento previo. Si placenta ácreta es anterior y previa, incisión cutánea abdominal será LMIU mejor que Pfannenstiel.

Si Dº prenatal o alto riesgo de acretismo (PP + cesárea anterior o placenta anterior sobre histerorrafía previa), reservar CH, PFC y plaquetas.

Tratamiento conservador: dejar placenta “in situ” sin alumbramiento. Indicado en:

Fuerte deseo gestacional; pércreta invadiendo órganos vecinos; acretismo focal.

Asociar uterotónicos y ATB profiláctica.

Control ecográfico de placenta durante 6 meses. Control semanal de beta-HCG.

DIAGNÓST. DIFERENCIAL DE LAS HEMORRAGIAS 3º TRIM:

CLÍNICA	PLACENTA PREVIA	D.P.P.N.I.	ROTURA UTERINA	VASA PREVIA
INICIO	Lento En embarazo	Brusco Embarazo / Parto	Brusco En parto	Brusco Tras amniorraxis
HEMORRAGIA	Abundante, roja, proporcional	Escasa, oscura, desproporcional	Escasa, roja, desproporcional	L.A. sanguinolento
DOLOR	NO	SÍ	SÍ	NO
SHOCK	Ocasional	Frecuente	Frecuente	NO
TONO UTERINO	Normal	Hipertonía	Atonía	Normal
TACTO PART FET	Normal	NO	Fuera del útero	Normal
MONITOR FETAL	Normal	RPBF o muerte	RPBF o muerte	RPBF o muerte
TOXEMIA	Rara.	Frecuente.	No	No
CONTRACCIÓN	↑ el sangrado	↓ el sangrado	No contracción	↑ el sangrado
CESÁREA ANTER	Ocasional	NO	Casi siempre	NO