

ANOMALÍAS PLACENTARIAS (PLACENTA PREVIA, PLACENTA ACCRETA Y VASA PREVIA) Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA DE TERCER TRIMESTRE

Servei de Medicina Maternofetal.

Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona

1. PLACENTA PREVIA

Usamos el término *placenta previa* (PP) cuando la placenta se inserta parcialmente o en su totalidad en el segmento inferior del útero. La prevalencia es del 0,25-0,5% en las gestaciones únicas. El riesgo es superior en caso de cesárea previa y aumenta proporcionalmente al número de cesáreas. También hay un mayor riesgo en otros casos de cirugía uterina como miomectomía o en antecedentes de legrado o extracción manual de placenta. Otros factores de riesgo son la edad materna, tabaquismo, raza negra y asiática, multiparidad, gestaciones múltiples y tratamiento de reproducción asistida.

La PP supone el 20% de las hemorragias del tercer trimestre. Se considera una causa frecuente de transfusión materna y de histerectomía obstétrica, con una morbilidad perinatal no despreciable.

No hay un claro consenso en la clasificación de la placenta previa, pero los criterios más utilizados son los siguientes:

- PP oclusiva: la placenta cubre completamente el orificio cervical interno (OCI)
- PP no oclusiva:
 - o Placenta marginal: la placenta es adyacente al margen del OCI pero sin sobrepasarlo
 - o Placenta de inserción baja: borde placentario a menos de 2 cm del OCI



Figura 1a: PP oclusiva



Figura 1b: PP marginal

1.1. CLÍNICA

La manifestación clínica más frecuente de la PP es la metrorragia aislada de sangre roja brillante abundante de origen materno. En el 10-30% de los casos se asocia a dinámica

uterina clínica. El 30% de las pacientes presentaran sangrado antes de las 30 semanas, el 30% entre las 30 y las 36 semanas y el 30% después de las 36. El 10% permanecerán asintomáticas.

1.2. DIAGNÓSTICO

Debe determinarse la localización de la placenta en la ecografía de rutina de 2º y 3º trimestre. Si existe sospecha de placenta previa, en placentas bilobuladas y en gestaciones gemelares realizar una ecografía transvaginal (TV) para confirmar o no el diagnóstico. La evaluación de una PP en la ecografía TV incluye:

- Visualizar correctamente todo el segmento inferior: anterior, posterior y lateral (corte transversal) rechazando, si es necesario, la presentación fetal.
- Aplicar Doppler color para descartar hematoma marginal o vasa previa.
- Localizar la inserción cordón.
- En caso de vejiga parcialmente llena: confirmar el diagnóstico de PP tras la micción.
- Valorar signos de acretismo especialmente en PP con antecedente de cesárea previa.

1.3. MANEJO DE LA PLACENTA PREVIA

Ante el diagnóstico ecográfico de una PP **oclusiva, marginal o de inserción baja a < 10mm**, programar el control ecográfico de 3er trimestre alrededor de las **32 semanas** para confirmar el diagnóstico y ajustar las recomendaciones (reposo relativo, evitar relaciones sexuales, prevención de anemia materna, informar de la posible aparición de sangrado). Es por tanto recomendable que en dichos casos se haga constar la localización de la placenta en el informe ecográfico.

El control específico de 3er trimestre no será necesario en placentas de inserción baja entre 10-20mm por la alta probabilidad de migración (más del 90%).

1.3.1. PP asintomática:

Control ecográfico a las 36 semanas para confirmar la PP y decidir la vía del parto.

1.3.2. PP sintomática:

Según el grado de metrorragia y los antecedentes de la paciente, se decidirá dejar a la paciente en observación (en régimen de CMA) o ingreso:

Paciente en observación: Pacientes con sangrado leve-moderado y hemodinámicamente estables sin factores de riesgo hemorrágico añadido:

- Anamnesis y EF: evitar tactos vaginales; realizar siempre exploración ecográfica TV.
- Venoclisis y analítica que incluya: Hemograma, coagulación y bioquímica básica.
- Comprobación de FCF y de ausencia de DU. Monitorización fetal (NST) \geq 24 semanas.
- Ecografía obstétrica: evaluar presencia de hematoma placentario, longitud cervical e

integridad de las membranas.

- Reposo relativo.
- Alta si tras unas horas en observación, la paciente se encuentra clínicamente asintomática y la ecografía descarta complicaciones asociadas.
- Control en 1-2 semanas con su ginecólogo de referencia.

Ingreso hospitalario: Pacientes que no cumplen criterios de ingreso en observación. Además de las actuaciones que se realizarían en un ingreso en observación, realizaremos

- Reserva de sangre; valorar necesidad de transfusión.
- Monitorización materna: constantes vitales, diuresis.
- En gestantes RhD negativas, administrar gammaglobulina anti-D (300 mcg o 1500 UI).
- Monitorización fetal diaria en gestaciones ≥ 24 semanas: FCF y dinámica uterina.
- Tocolisis: El tratamiento tocolítico se administrará **a pesar** de longitud cervical normal o ausencia de dinámica uterina. La elección del fármaco se realizará según el protocolo de APP, teniendo en cuenta que debe evitarse el uso de indometacina por su efecto inhibitor sobre la función plaquetaria, así como de nifedipino en casos de hipotensión clínica.
- Maduración pulmonar: entre las 24.0 y las 34.6 semanas, según protocolo específico.
- Neuroprotección con sulfato de magnesio: entre las 24.0 y las 31.6 semanas, según protocolo específico.
- Reposo absoluto hasta conseguir la estabilización del cuadro.
- La hemorragia grave que no cede tras tratamiento tocolítico, la inestabilidad hemodinámica o la sospecha de pérdida de bienestar fetal serán criterios de finalización inmediata de la gestación.
- Tras la estabilización del cuadro:
 - A) Si edad gestacional ≥ 36 semanas: finalizaremos la gestación mediante cesárea.
 - B) Si edad gestacional <36 semanas: Alta con reposo relativo y visita de control en 1-2 semanas en CCEE de medicina materno-fetal. Posteriormente realizar ecografías regularmente (al menos cada 4 semanas) dependiendo de la distancia de la placenta al OCI, la edad gestacional y la clínica de la paciente.

1.3.3. Finalización electiva de la gestación:

Programar reserva de sangre (3 concentrados de hematíes máximo 72 horas antes del día de la cesárea y visita preanestésica -la anestesia loco-regional suele ser la de elección-).

- PP asintomáticas (paciente que nunca ha presentado clínica). Cesárea electiva a las **37-38 semanas**.
- PP sintomáticas (paciente que ha presentado al menos un episodio). Cesárea electiva a las **36-37 semanas**. Si es clínicamente posible, programar a partir de las 37 semanas.

En los casos de PP de inserción baja situada entre 11-20mm de OCI, puede plantearse la

opción a parto vaginal (tasa de éxito descrita 69%), explicando la posibilidad de cesárea en curso de parto por hemorragia intraparto.

Tipo de incisión:

Debemos disponer de una ecografía previa a la cesárea para determinar con precisión la localización de la placenta. Aunque la incisión segmentaria transversa es la de elección, se debe evitar incisión transplacentaria siempre que sea posible y realizar la incisión lo más lejos posible de la inserción de cordón. Si la incisión es transplacentaria se debe atravesar rápidamente la placenta para la extracción fetal.

1.4. COMPLICACIONES:

- Mayor morbi-mortalidad perinatal: RPM, parto prematuro
- Malpresentación fetal
- Hemorragia grave, necesidad de drogas vasoactivas y transfusión, shock hipovolémico
- Presencia de placenta ácreta, vasa previa, inserción velamentosa de cordón
- Hemorragia posparto: debido a la inserción placentaria en el segmento inferior, las pacientes con PP tienen un mayor riesgo de hemorragia posparto. Actuar según protocolo de hemorragia posparto.
- Histerectomía urgente
- Embolia de líquido amniótico

2. PLACENTA ACCRETA

La *placenta accreta* se define como aquella placenta que se adhiere al miometrio de forma anormal. Su incidencia, que en la actualidad es de 3/1000, ha aumentado en gran parte debido al aumento del número de cesáreas. Su morbilidad asociada está principalmente causada por el elevado riesgo de hemorragia masiva, necesidad de transfusiones, infección intraabdominal y lesión de órganos adyacentes. Se ha asociado a una elevada mortalidad materna de hasta el 7%.

Se clasifica en función del grado de invasión de la misma sobre el miometrio:

- Accreta: Las vellosidades coriales se insertan directamente sobre el miometrio (80%)
- Increta: Las vellosidades coriales invaden el miometrio (15%)
- Percreta: Las vellosidades invaden miometrio y serosa o incluso órganos adyacentes como la vejiga (5%)

El principal factor de riesgo es la presencia de una **placenta previa insertada sobre una cesárea previa**, ya que el segmento inferior es un área de pobre decidualización (el 88% de

placentas accretas se asocian a una placenta previa). Otras cicatrices uterinas como miomectomías, legrados o extracción manual de placenta también confieren mayor riesgo, así como los mismos factores predisponentes a presentar una placenta previa.

El riesgo de placenta accreta si existe una placenta previa aumenta en función del número de cesáreas previas:

- Ninguna cesárea previa: 3.3%
- 1 cesárea previa: 11%
- 2 cesáreas previas: 40%
- 3 cesáreas previas: 61%
- 4/5 cesáreas previas: 67%

Si la placenta no es previa, el riesgo de placenta accreta será menor (del 0.03% sin el antecedente de cesárea previa a cerca del 1% si la paciente tiene 3 o 4 cesáreas previas) (*Clark SL. Obstet and Gynecol 1985*).

2.1. CLÍNICA

La clínica del acretismo placentario durante la gestación es superponible a la de la placenta previa, puesto que en la mayoría de los casos se asocian. En caso de invasión de órganos vecinos por una placenta percreta, pueden aparecer otros síntomas como por ejemplo hematuria por afectación vesical.

Cuando se diagnostica en el periodo de alumbramiento, aparece como extracción dificultosa o incompleta de la placenta acompañada o no de hemorragia posparto. Se objetiva falta de cotiledones en la revisión de la placenta (**acretismo parcial**) o la imposibilidad total de alumbramiento con ausencia de plano de clivaje entre placenta y miometrio (**acretismo total**).

2.2. DIAGNÓSTICO ANTEPARTO

La identificación de factores de riesgo es importante para poder aplicar herramientas diagnósticas que nos seleccionen los casos de alta sospecha de acretismo placentario. Su diagnóstico o sospecha diagnóstica permite planificar de forma óptima el manejo intraparto e informar a la paciente de las posibles opciones terapéuticas y complicaciones asociadas.

2.2.1. Ecografía:

La ecografía representa la técnica de elección para el diagnóstico de placenta accreta en segundo y tercer trimestre. Cuando nos encontremos ante una placenta previa, debemos intentar excluir el diagnóstico de placenta accreta especialmente en la gestante con antecedente de cesárea anterior.

Los criterios ecográficos propuestos en la literatura, con una sensibilidad del 77-93% y una especificidad del 71-97% son (Figura 2):

- Desaparición o irregularidad del area hipoecoica retroplacentaria

- Grosor miometrial retroplacentario inferior a 1 mm.
- Múltiples dilataciones vasculares, lagunas placentarias y áreas hipervascularizadas en el Doppler color. La presencia de lagunas placentarias múltiples e irregulares es el signo que aisladamente presenta una sensibilidad más elevada (93%). Se caracterizan porque el flujo es turbulento (pico de velocidad sistólica >15cm/s).
- Presencia de tejido placentario o vasos en el margen útero-placentario, en la interfase entre la serosa uterina y la vejiga urinaria o invadiendo la vejiga urinaria.

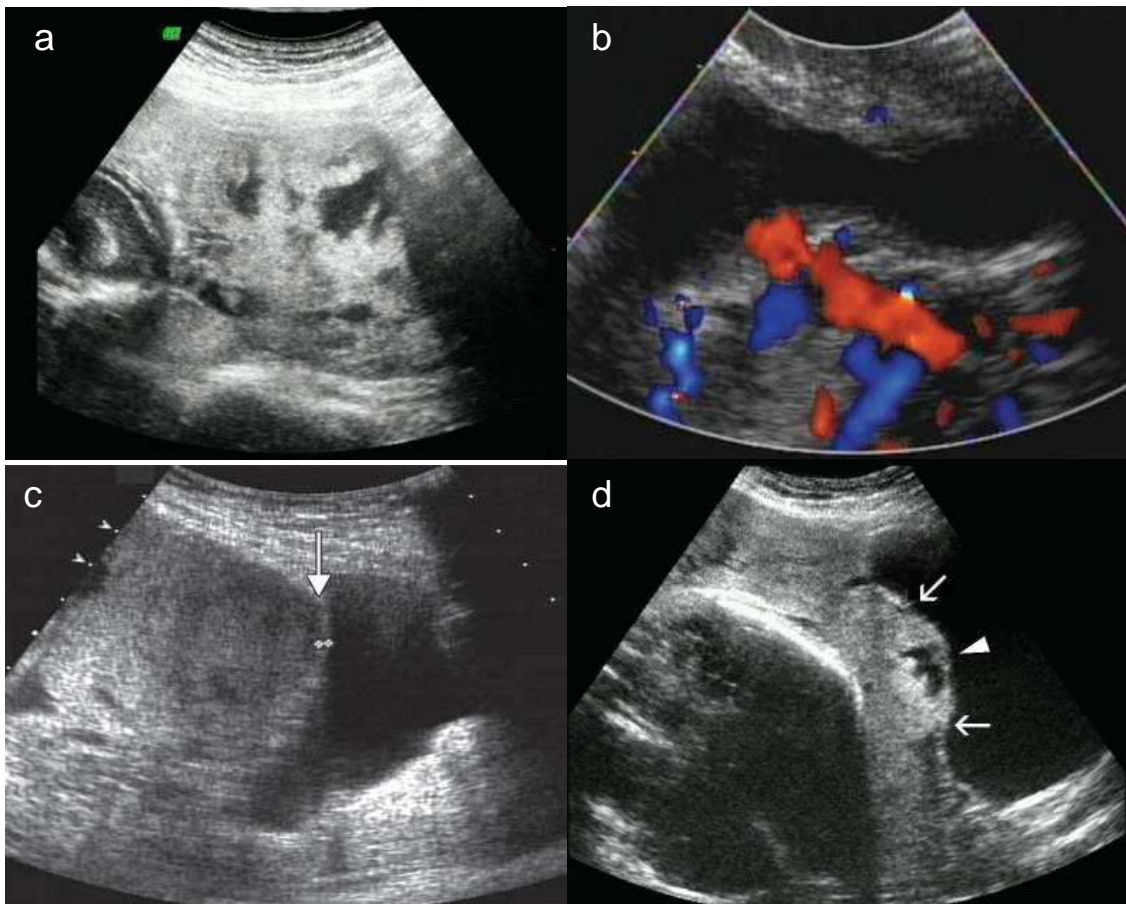


Figura 2: **(a y b)** Lagunas placentarias hipervascularizadas. **(c)** Grosor miometrial < 1mm. **(d)** Disrupción de la pared de la vejiga y protusión en pared vesical. (Shih JC et al. UOG 2009. Comstock CH AJOG 2004)

La aplicación del power Doppler 3D puede ser una herramienta diagnóstica complementaria en casos de duda ya que parece conseguir una mayor sensibilidad y especificidad. Los signos diagnósticos son:

- Numerosos vasos confluentes en la unión vesico-uterina (visión basal). Es el criterio que aisladamente presenta una mayor sensibilidad y especificidad.
- Hipervascularización intraplacentaria (visión lateral)
- Vasos que crecen de forma irregular, tortuosos, de diferentes calibres.

2.2.2. Resonancia magnética:

La RMN es otra herramienta que puede ser útil en el diagnóstico de placenta accreta. Diversos estudios de la literatura no han mostrado un aumento de la capacidad de detección de placenta accreta respecto a la ecografía, salvo en algunos casos específicos, que constituyen sus principales indicaciones:

- Pacientes en que la ecografía no sea concluyente (por ejemplo: IMC materno elevado, placenta posterior)
- Alta sospecha de placenta percreta, con mala visualización ecográfica, para definir mejor el grado de invasión

La indicación de RMN se realizará en consenso tras valoración ecográfica en Unidad de Patología.

Los criterios serán:

- Presencia de abultamientos placentarios que pueden abombar la superficie uterina e incluso invadir estructuras adyacentes, que representan lagunas vasculares y, en menor medida, áreas de hemorragia placentaria. Constituye el signo más específico de acretismo.
- Heterogenicidad placentaria, principalmente por aumento de la vascularización.
- Visualización de bandas hipointensas en secuencias potenciadas en T2, que se extienden desde la interfase miometrial y que presentan una distribución al azar.
- Disminución del grosor miometrial.
- Zonas focales de pérdida de la línea miometrial (delgada línea hipointensa).

Por último cabe destacar que el uso de Gadolinio por vía endovenosa, mejora ostensiblemente la capacidad diagnóstica ya que permite delinear mejor el margen entre la placenta y el miometrio, pero su uso no se considera seguro en el embarazo (fármaco clase C), por lo que no se usa de rutina, quedando reservado para casos seleccionados en los que el beneficio sea superior al riesgo.

2.3. MANEJO DE LA PLACENTA ACCRETA:

Ante la sospecha de un acretismo placentario, se realizará un seguimiento ecográfico estricto para confirmación diagnóstica, valorar del grado de invasión progresivo y óptima planificación de la cirugía.

2.5.1 Placenta accreta sintomática:

Actuar según el apartado de placenta previa sintomática (Apartado 1.5.2).

2.5.2 Placenta accreta asintomática:

Manejo prequirúrgico:

Dado el elevado riesgo de complicaciones, será necesario realizar una correcta planificación de la cirugía con un equipo multidisciplinar, la cual se ha asociado a una disminución de la morbi-mortalidad.

- Cesárea electiva a las 36-37 semanas.
- Visita preanestésica (la anestesia loco-regional suele ser la de elección) y reserva de sangre (3 concentrados de hematíes máximo 72 horas antes del día de la cesárea). La pérdida sanguínea media estimada en estas pacientes es de 3 a 5 L, por lo que el banco de sangre debe estar preparado para necesidades transfusionales importantes (en nuestro centro es posible activar el “código rojo” ante hemorragias masivas).
- Firma de consentimiento informado tras informar de:
 - o Posibles complicaciones: hemorragia severa, necesidad de transfusión, histerectomía y lesión de órganos adyacentes en caso de placenta percreta.
 - o Si se confirma la presencia de una placenta accreta, el tratamiento definitivo es una histerectomía. No obstante, puede plantearse un manejo conservador si la paciente tiene deseo de preservar su fertilidad, no sangra y se encuentra hemodinámicamente estable. Debemos informar de las posibles complicaciones y tasa de éxito del mismo. Este planteamiento debe constar por escrito en la historia clínica o en el consentimiento informado.
- Planificar la intervención por un equipo multidisciplinar con especialistas en medicina materno-fetal y anestesiología experimentados. Si se sospecha una placenta percreta, se planificará la cirugía junto con el servicio de Urología y la posible necesidad de Unidad de cuidados intermedios o intensivos.

La angio-radiología profiláctica consiste en la colocación de unos balones a nivel de las arterias ilíacas internas de forma preoperatoria que se inflan una vez se ha producido la extracción fetal y que tienen como objetivo la disminución del sangrado. No se considera indicado ya que no ha demostrado una disminución de la morbi-mortalidad.

Manejo durante la cirugía:

- Colocar a la paciente en posición de litotomía para poder evaluar el sangrado vaginal y poder tener acceso vaginal.
- El tipo de incisión en piel y en útero dependerá principalmente de la localización de la placenta. Por lo tanto, será una decisión que habrá que individualizar.
- Intentar evitar la placenta al realizar la histerotomía. Será útil la realización de una ecografía por el cirujano en la mesa quirúrgica si es posible para localizar la placenta. Evitar atravesar la placenta permite posteriormente dejarla in situ, hecho que se asocia con menor riesgo de hemorragia masiva y menor tasa de histerectomías. Si no es posible evitarla, tratar de realizar una extracción fetal rápida y clampar precozmente el cordón.

1. Si se trata de un caso de baja sospecha de placenta accreta, intentaremos extraer la placenta. Si ésta se separa con facilidad, proseguir en la extracción.
2. Si se trata de un caso de alta sospecha de placenta accreta o la placenta no se separa, realizaremos la histerorrafia con la placenta in situ y posteriormente:
 - A. Histerectomía. Es el tratamiento definitivo pero radical. Suele ser necesaria una histerectomía total ya que es en el segmento donde se inserta la placenta.
 - B. Tratamiento conservador: Consiste en dejar la placenta intraútero y no realizar histerectomía en pacientes sin sangrado importante, estables hemodinámicamente, con deseo de preservar la fertilidad. En estos casos, la utilización de fármacos úterotónicos, la colocación de un balón endouterino, la realización de suturas de compresión uterina o de una embolización pueden ser útiles (protocolo de hemorragia posparto).
3. En aquellos casos en los que consigamos extraer la placenta con mucha dificultad y sospechemos que existen zonas de acretismo placentario parcial, las medidas conservadoras comentadas anteriormente también pueden ser de utilidad.
4. Ante un hallazgo intraparto de acretismo placentario, puede plantearse un tratamiento conservador si es clínicamente factible.

Es importante tener en cuenta que si la placenta no se separa con facilidad, en ningún caso deberemos tirar de ella puesto que aumentaremos el riesgo de hemorragia masiva.

La ligadura profiláctica de arterias hipogástricas no ha mostrado beneficio en el control de la hemorragia en estas pacientes.

Seguimiento en caso de tratamiento conservador

En los casos en los que se haya realizado un tratamiento conservador con éxito, se mantendrá tratamiento con:

- Oxitocina: Perfusión de mantenimiento durante 12-24 horas.
- Antibiótico profiláctico: AMOXICILINA CLAVULÁNICO ev 1 g/6 horas durante 7-10 días. En caso de alergia a penicilina: CLINDAMICINA 600 mg/8 horas ev + GENTAMICINA 240 mg/24h ev 7-10 días. Tras 48 horas puede pasarse el tratamiento a vía oral hasta completar 7-10 días.

No existe evidencia para recomendar el tratamiento con Metotrexate, mifepristona o misoprostol ni la embolización.

Con el tratamiento conservador, diversos estudios retrospectivos han descrito tasas de éxito de un 78% con un 6% de morbilidad materna severa. Las complicaciones asociadas al tratamiento conservador son:

- Sangrado vaginal, descrito hasta los 3 meses posparto.
- Endometritis y/o sepsis
- Retención de placenta con formación de pólipos placentarios
- Formación de fístulas vesico-uterinas
- Fracaso del tratamiento conservador

Debe tenerse en cuenta que puede aparecer febrícula en el postoperatorio debido a fenómenos de necrosis y reabsorción de tejido.

No existen estudios randomizados que hayan evaluado el manejo en estas pacientes. Debemos avisar a la paciente que será preciso un seguimiento largo y que existe un riesgo no despreciable de complicaciones. El seguimiento ambulatorio consistirá en:

- Control clínico-ecográfico: La ecografía constituye la herramienta principal de seguimiento. Control semanal al menos durante 2-4 sem. Posteriormente cada 2 sem.
- Control analítico: Hemograma + PCR semanal durante 2-4 sem. bHCG en cada control hasta su desaparición o estabilización. Los niveles bajos de bHCG no se han asociado a la resolución completa del cuadro.

En aquellas pacientes en las que el tratamiento conservador ha tenido éxito, la reabsorción espontánea de la placenta se ha descrito en el 75% de los casos con una media de unas 13 semanas.

3. VASA PREVIA

Se define como vasa previa la presencia de vasos fetales en las membranas, desprotegidos de tejido placentario o cordón, que cruzan a través del orificio cervical interno. Su incidencia global es baja, oscilando entre 1/2000-6000 gestaciones, aunque aumenta en presencia de factores de riesgo.

La vasa previa se encuentra aumentada en las gestaciones múltiples, en las gestaciones por fecundación *in vitro* y principalmente en las anomalías placentarias como:

- o Inserción velamentosa del cordón
- o Placenta de inserción baja en 2º trimestre. La incidencia de vasa previa aumenta hasta 1/50 casos cuando se combina una inserción velamentosa del cordón en una placenta de inserción baja.
- o Placenta bilobulada, succenturiata

3.1. CLÍNICA

Consiste en la aparición de metrorragia de sangre roja tras la ruptura de membranas (espontánea o artificial) asociada a sospecha de sufrimiento fetal (registro cardiotocográfico patológico con deceleraciones, bradicardia, patrón sinusoidal). La ruptura de una vasa previa es mortal para el feto si no se actúa inmediatamente, puesto que implica su exsanguinación. Excepcionalmente, puede aparecer sangrado sin ruptura de membranas.

3.2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico previo al parto de vasa previa mejora los resultados perinatales de forma significativa, con una mayor supervivencia y menor necesidad de transfusión neonatal.

La ecografía transvaginal y abdominal con aplicación de Doppler color a nivel del orificio cervical interno (OCI) constituye el método diagnóstico de elección. Los signos ecográficos de sospecha de vasa previa son los siguientes:

- Visualización de línea ecogénica a través del OCI en escala de grises
- Hallazgo de vaso arterial y/o venoso a nivel de OCI, de origen fetal con la aplicación de Doppler pulsado.
- Descartar que se trate de un asa libre de cordón. Para ello se recomienda realizar presión suprapúbica para intentar movilizar el vaso.
- Intentar en la medida de lo posible visualizar el trayecto del vaso previo hasta su inserción a nivel placentario o del cordón.

3.4.1. Indicaciones screening ecográfico:

No está indicado el cribado universal de vasa previa en todas las gestantes, debido a su baja incidencia en ausencia de factores de riesgo. Se recomienda realizar un cribado DIRIGIDO de vasa previa en la ecografía de rutina de 2º y 3º trimestre (control combinado abdominal/vaginal) en mujeres con factores de riesgo:

- Placenta de inserción baja, placenta con lóbulo accesorio, succenturiata
- Inserción velamentosa del cordón
- Gestación múltiple

Otros métodos diagnósticos pueden ser la RMN, visualización directa con amnioscopio, o la palpación de vasos durante la realización de tacto vaginal.

3.5. MANEJO DE LA VASA PREVIA

3.5.1. Asintomática:

Se realizará un seguimiento ecográfico (confirmación de vasa previa, valoración de la situación de la placenta y medición de longitud cervical) cada 4 semanas hasta las 32 semanas, y posteriormente cada 2 semanas.

A medida que avanza la gestación, la vasa previa puede resolverse hasta en un 15% de los casos.

En los casos que persiste la sospecha de vasa previa a las 34-35 semanas, se programará una cesárea electiva entre las 35-37 semanas.

En caso de acortamiento cervical significativo (longitud cervical < 15mm) o presencia de dinámica uterina, puede proponerse el ingreso de la paciente para control materno-fetal, maduración pulmonar, y eventual finalización de la gestación. La finalización de la gestación deberá ser individualizada teniendo en cuenta la edad gestacional y la situación clínica de la paciente.

3.5.2. Sintomática:

En caso de hemorragia anteparto o intraparto en paciente con diagnóstico previo de vasa previa, o asociado a pérdida de bienestar fetal, debe procederse a realizar una cesárea emergente para evitar la exsanguinación y muerte fetal.

4. MANEJO DE LA HEMORRAGIA DE TERCER TRIMESTRE

La hemorragia de 3er trimestre, incluso si es de causa desconocida se asocia a mayor morbilidad materna y resultado perinatal adverso. Existe un riesgo aumentado de parto prematuro, muerte fetal, o retraso de crecimiento intrauterino. Por otro lado, también existe una mayor tasa de inducción del parto a término.

Ante una hemorragia de 3er trimestre, deberán valorarse siempre los siguientes aspectos:

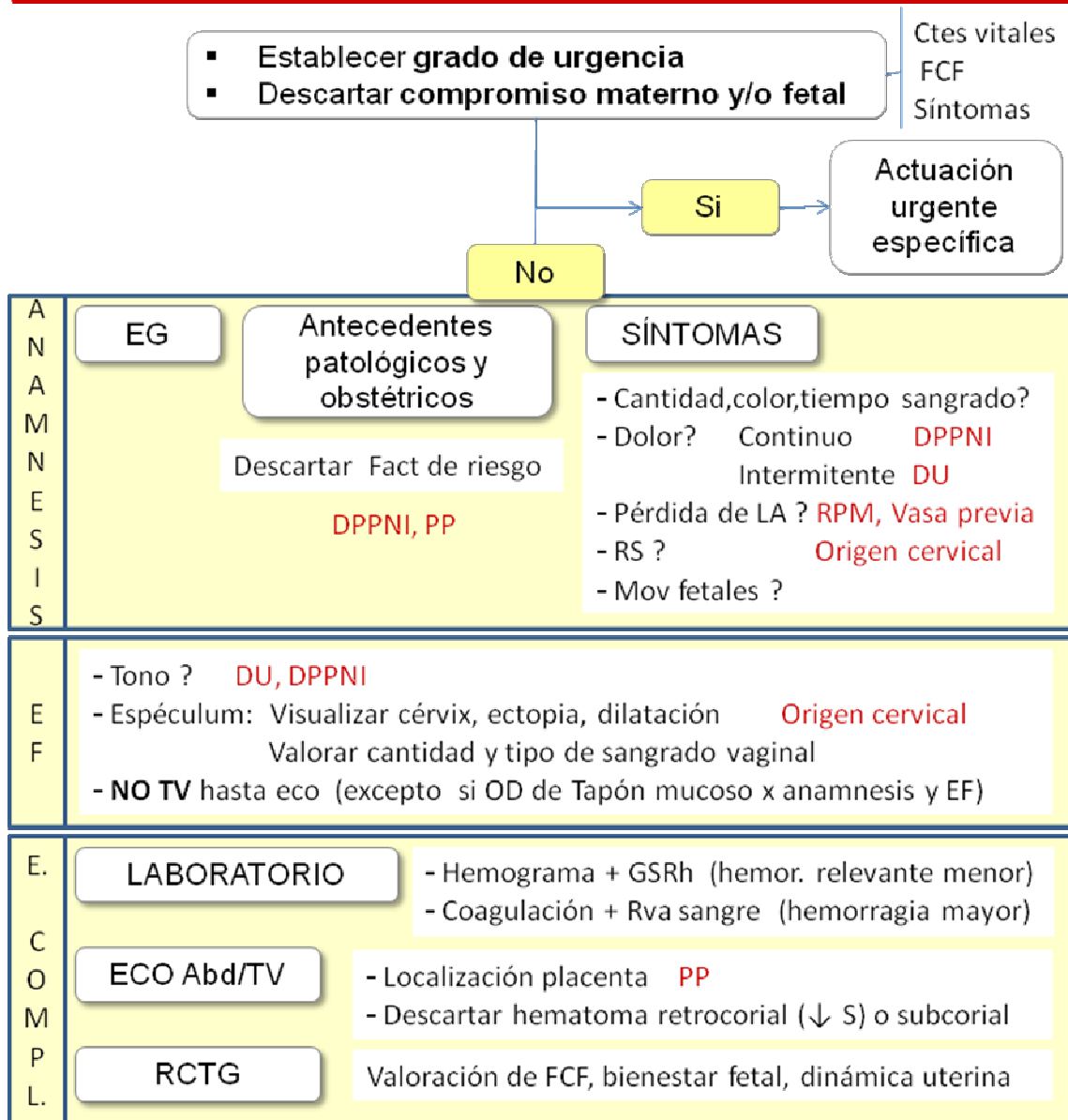
- La edad gestacional
- La causa de la hemorragia
- La cantidad de sangrado
- El compromiso materno y/o fetal

El objetivo de la atención urgente de una hemorragia de 3er trimestre será por un lado descartar causas obstétricas con potencial compromiso materno y/o fetal, evitando la sobreactuación en los casos leves, así como también optimizar el manejo de las hemorragias de 3er trimestre de causa desconocida. El siguiente algoritmo resume la actuación a realizar ante una hemorragia de 3er trimestre:

HEMORRAGIA 3er TRIMESTRE

DX DIFERENCIAL

- | | |
|------------------------------------|--|
| - Placenta previa (PP) | - Traumatismo genital |
| - Desprendimiento placenta (DPPNI) | - Cervical: Pólipo, Neoplasia, Rel. sexuales |
| - Vasa previa | - Tapón mucoso |
| - Dinámica uterina (DU) | - Causa desconocida |
| - RPM | |



La actuación será la específica en función del diagnóstico de sospecha.

Entre los posibles diagnósticos diferenciales, destaca por su frecuencia en gestantes a término, la **EXPULSIÓN DE TAPÓN MUCOSO**.

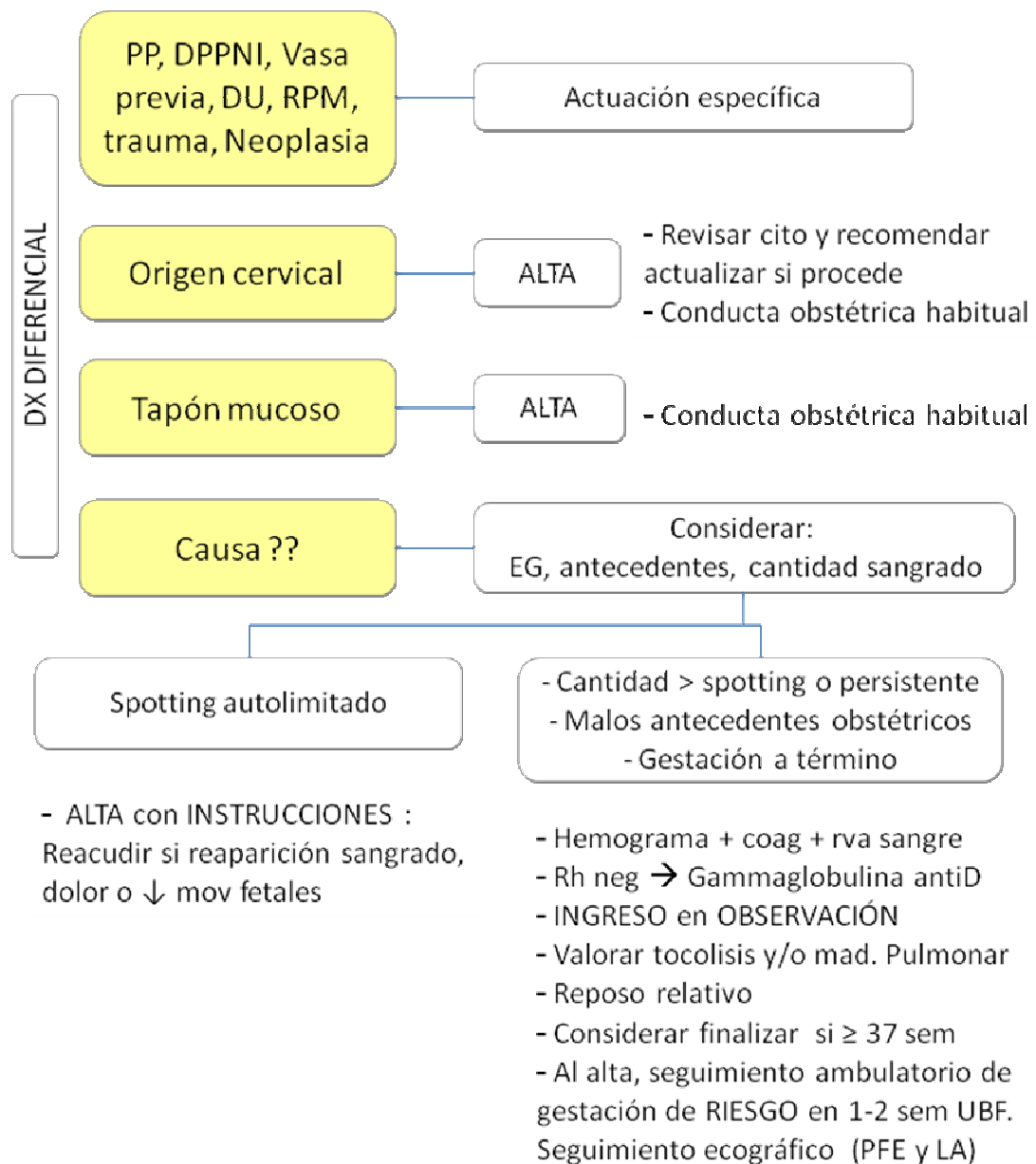
Consiste en la pérdida de flujo mucoso y denso, rosado o sanguinolento, debido a rotura de pequeños capilares durante los cambios iniciales del cuello del útero (borramiento y dilatación iniciales). Estos cambios pueden aparecer desde varios días a pocas horas antes del parto y forman parte del proceso normal del final de la gestación, sin significar compromiso materno ni fetal alguno.

En caso de atribuir una hemorragia de 3er trimestre a la expulsión de tapón mucoso, después de haber descartado otras causas por anamnesis y exploración física, la gestante podrá ser dada de alta y continuar el control obstétrico habitual.

En caso de hemorragia de 3er trimestre de **CAUSA DESCONOCIDA**, deben tenerse en cuenta los peores resultados perinatales descritos, y considerar la edad gestacional, los antecedentes y la cantidad de sangrado para decidir la mejor conducta:

- Spotting autolimitado: Después de haber descartado otras causas por anamnesis, exploración física y exploraciones complementarias (ecografía principalmente), la gestante podrá ser dada de ALTA con INSTRUCCIONES para reacudir en caso de reaparición del sangrado, dolor o disminución de movimientos fetales.
- Hemorragia superior a spotting y/o persistente, malos antecedentes obstétricos, o gestación a término. Se valorará el caso conjuntamente con el obstetra especialista y se considerará el **INGRESO** en observación hasta el cese del sangrado o la estabilización del cuadro:
 - o Eco obstétrica: Valoración de la placenta, membranas, PFE y líquido amniótico.
 - o La administración de fármacos tocolíticos y de corticoides para maduración pulmonar se realizará según la edad gestacional, el origen del sangrado y el riesgo de parto prematuro.
 - o Solicitar Hemograma + coagulación + reserva de sangre
 - o En gestantes RhD negativas con hemorragia relevante, administrar gammaglobulina anti-D (1500 UI o 300mcg).
 - o Reposo relativo
 - o Puede considerarse también la finalización de la gestación en gestantes de ≥ 37 semanas.
 - o Al alta, seguimiento ambulatorio como gestación de alto riesgo, con visita de control en 1-2 semanas en UBF. Posterior seguimiento ecográfico en función de la evolución (valoración de PFE y LA).

En el siguiente algoritmo se resume el manejo de la hemorragia de 3er trimestre en función del diagnóstico.



Responsables del protocolo:

Medicina Maternofetal: M Perelló, R Mula, M López

Radiología: MC Sebastià

Fecha creación: 25/9/12