

SANGRADO VAGINAL III TRIMESTRE

(THIRD-TRIMESTER VAGINAL BLEEDING)

* Flory Cruz Venegas

RESUMEN

El sangrado vaginal al final del embarazo es una de las principales causas de hospitalización antes del parto, la morbilidad materna y la intervención quirúrgica. Los resultados perinatales tienen tasas más altas de nacimientos prematuros y muertes perinatales que los embarazos que no se presentan con hemorragia; Estos hallazgos se observan incluso cuando se desconoce el diagnóstico específico de las causas del sangrado.

DESCRIPTORES

Sangrado vaginal, obstetricia, .desprendimiento de placenta, placenta previa, vasa previa.

SUMMARY

Vaginal bleeding in late pregnancy is one of the main causes of hospitalization before delivery, maternal morbidity and surgical intervention. Perinatal outcomes have higher rates of premature births and perinatal deaths than pregnancies that do not present with bleeding; These findings are observed even when the specific diagnosis of the causes of bleeding is unknown.

KEYWORDS

Vaginal bleeding, obstetrics, placenta release, placenta previa, vasa previa.

*Médico General.
Universidad de Ciencias
Médicas (UCIMED). San
José - Costa Rica

INTRODUCCIÓN

El sangrado vaginal al final del embarazo es una de las principales causas de hospitalización antes del parto, de morbilidad materna e intervención quirúrgica. El tratamiento óptimo se basa en una identificación precisa y oportuna de su origen, en el equipo profesional o el abordaje sistemático el cual optimiza la seguridad de la paciente, así como en la realización de una intervención apropiada, de acuerdo con la especificidad del diagnóstico. Entre las causas más

frecuentes de sangrado vaginal del III trimestre que discutiremos a continuación, se encuentran: Desprendimiento de Placenta, Placenta Previa y Vasa Previa.

DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA

Se define Desprendimiento de Placenta (DP) como la separación prematura de una placenta normalmente implantada de la pared uterina después de las 20 semanas de gestación, pero antes del parto. En la mayoría de los casos se le diagnostica de manera retrospectiva y es evidente cuando la inspección de la placenta revela un

coágulo sobre el lecho placentario con separación del tejido placentario subyacente.

PATOGENIA

Sucedee aproximadamente en 1 a 2% de los embarazos. Puede ser la conclusión de un proceso patológico vascular crónico o puede deberse a un solo suceso incitador. La hemorragia que se debe a la alteración de la placenta se acumula y recorre la decidua, separando la placenta del tejido decidua remanente. Esto puede dar por resultado un desprendimiento parcial, que se relaciona con un hematoma de resolución espontánea que no rompe la unión de la placenta, o puede continuar hasta un desprendimiento completo que no permite que la unión decidua permanezca intacta. Se puede clasificar en 3 categorías que permiten una descripción de los hallazgos clínicos y de laboratorio:

Grado I: leve cantidad de sangrado vaginal y actividad uterina anormal, FCF dentro de límites normales, estado hemodinámico materno normal y todos los análisis de laboratorio y pruebas de coagulación también están dentro de límites normales.

Grado II: leve a moderada hemorragia vaginal, actividad uterina puede ser tetánica o contracciones palpables y dolorosas frecuentes, el trazo de FCF puede mostrar una disminución en la variabilidad o desaceleraciones tardías, estado hemodinámico materno muestra signos de compensación que incluyen hipotensión ortostática y taquicardia, al tiempo que se conserva la presión arterial, y es posible que exista reducción en el fibrinógeno materno.

Grado III: hemorragia uterina puede ir desde leve hasta grave, es típico que el

útero sea doloroso y tetánico, en estos casos se ha reportado muerte fetal, estado hemodinámico materno es inestable y muestra signos de reducción grave en el volumen con hipotensión y taquicardia; existe además trombocitopenia y anomalías en el perfil de coagulación.

En la mayoría de los casos se desconoce la causa principal. No obstante, se le ha relacionado con varios factores de riesgo como hipertensión materna, tabaquismo, mayor edad materna, multiparidad (alteraciones en la decidualización después de la implantación de múltiples placentas anteriores sobre la pared uterina), trombofilias adquiridas o hereditarias, abuso de cocaína (10% de mujeres que utilizan esta droga tienen complicaciones debido a vasoconstricción aguda y alteración de la integridad vascular). Se han encontrado antecedentes de traumatismo o fuerza mecánica, en general como resultado de violencia doméstica o accidente vehicular (contusión abdominal y desaceleración rápida). El monitoreo fetal continuo resulta esencial para garantizar la seguridad del embarazo.

DATOS CLÍNICOS

Signos y síntomas: la mayoría de los casos muestran la triada clínica de sufrimiento o muerte fetal, actividad uterina tetánica o dolorosa (contracciones) y hemorragia uterina externa u oculta que se presenta en casi 80% de las pacientes. La cantidad de sangrado externo no necesariamente refleja la cantidad de sangre perdida; ésta por lo general es oscura por haber estado aislada (secuestrada) detrás de las membranas.

Datos de laboratorio: es necesario solicitar análisis del tipo de sangre y Rh,

biometría hemática completa, tiempos de coagulación y concentración de fibrinógeno (niveles <250mg/dL son anormales y <150mg/dL son diagnóstico de coagulopatía). En algunos casos resulta apropiado obtener exámenes de laboratorio de preeclamsia o pruebas de detección de drogas en la orina.

Imagenología: aunque el examen ecográfico puede demostrar coágulos retroplacentarios o hemorragia, el diagnóstico de DP es por mucho, un diagnóstico clínico. Si los signos fetales son perturbadores, el médico no debe postergar la cirugía para obtener un ultrasonido. Si hay estabilidad materno-fetal, la localización y presentación de la placenta, la situación del feto y su peso estimado pueden ser de ayuda en el manejo del cuidado.

TRATAMIENTO

Es preciso que la paciente se examine rápidamente para descartar signos de inestabilidad circulatoria. Los signos y síntomas de choque son datos tardíos en el embarazo y representan pérdida sanguínea de más de 30% del volumen de sangre.

Una taquicardia leve es normal en el embarazo, pero cambios ortostáticos en la presión sanguínea o en el pulso pueden ser trascendentes. El modo y momento oportuno para el parto dependen en gran medida de la gravedad del DP y de la edad gestacional (EG). Si ha ocurrido un desprendimiento grado I y EG es >37 semanas, el curso de acción más apropiado es la inducción o aceleración del parto con vigilancia estrecha del estado materno y fetal en todo momento. En caso de un feto prematuro con desprendimiento grado I, lo indicado es el manejo conservador administrando corticosteroides para promover la maduración pulmonar si EG es

<34 semanas. La cesárea de urgencia puede requerirse en cualquier momento durante el trabajo de parto, el aumento del tono uterino en reposo puede indicar empeoramiento del desprendimiento y el posible compromiso del flujo sanguíneo al feto es indicación para el parto de urgencia. Otras indicaciones indican un trazo preocupante de FCF, hemorragia grave y coagulación intravascular diseminada (CID).

PRONÓSTICO

El resultado depende de manera significativa de la EG del feto y de la gravedad del desprendimiento. La prematuridad, la restricción del crecimiento intrauterino, el parto por cesárea y la mortalidad perinatal aumentan en los embarazos que se complican debido a DP.

Los antecedentes de DP predisponen de manera significativa a la paciente a otro desprendimiento, 5-17% de todos los embarazos que se complican por un desprendimiento presentan el mismo problema en los siguientes embarazos; después de 2 desprendimientos, el riesgo aumenta a 25%. Se desconoce la razón para esta asociación.

PLACENTA PREVIA

Se denomina Placenta Previa (PP) cuando ésta se implanta de manera tal que su tejido se localiza subyacente o sobre el orificio cervical interno; es la principal causa de hemorragias en el III trimestre y complica 4 de cada 1000 embarazos de más de 20 semanas. Existen 3 tipos:

Marginal: se caracteriza por una ubicación próxima al margen del orificio interno, al cual no cubre.

Parcial: placenta ocluye en parte el orificio,

pero no lo cubre por completo.

Completa: placenta cubre por completo el orificio interno, este tipo se asocia con el mayor riesgo de morbilidad y mortalidad debido a que puede causar mayor pérdida de sangre.

PATOGENIA

Existen varios factores de riesgo que incluyen tabaquismo, multiparidad, mayor edad materna, antecedente de parto previo por cesárea o cirugía uterina y gestación múltiple. Todavía no se entiende en su totalidad, por lo regular la implantación de la placenta se ve favorecida por una localización del fondo uterino donde el flujo sanguíneo es mayor que en el segmento uterino bajo. No obstante, es posible que la implantación anormal de la placenta suceda cuando hay rotura o cicatriz en la cavidad uterina.

Teorías alternativas que explican la desaparición subsecuente de una placenta aparentemente previa en el último trimestre del embarazo indican el desarrollo del segmento uterino inferior y una "migración" en la cual la placenta progresa bien en el fondo, pero se atenúa en el área alrededor del cuello uterino. Además, se ha observado que las mujeres que antes han tenido parto por cesárea y presentan PP en el embarazo subsiguiente corren mayor riesgo de manifestar Acretismo Placentario, que corresponde a la inserción anormal de las vellosidades coriónicas en la pared uterina y se clasifica en 3 tipos:

Acreta, no existe decidua basal y la capa fibrinoide se desarrolla de manera incompleta, por lo tanto se inserta directamente sobre el miometrio.

Increta, la placenta invade el miometrio

Percreta, las vellosidades alcanzan la serosa peritoneal o incluso penetran en la cavidad abdominal e invaden órganos vecinos.

DATOS CLÍNICOS

Signos y síntomas: es típico que las pacientes se presenten con hemorragia indolora, lo que distingue PP del desprendimiento. No obstante, a veces el sangrado mismo puede irritar el miometrio y precipitar contracciones.

Datos de laboratorio: las análisis al momento de la admisión incluyen grupo sanguíneo y Rh, hemoglobina, hematocrito y recuento plaquetario; estudios de coagulación y concentración de fibrinógeno no son tan importantes en este caso.

Imagenología: la mayoría se diagnostica por medio de ultrasonido en el II trimestre, aunque casi todos estos casos se resuelven. Por lo tanto, todas las pacientes con PP que se diagnostiquen antes de las 24 semanas, deben someterse nuevamente a ultrasonido entre las 28 y 32 semanas para reevaluar la posición placentaria.

TRATAMIENTO

El manejo inicial de una paciente con sangrado por PP es muy similar al que se utiliza en el caso de una paciente con DP.

El manejo posterior depende de la EG, estabilidad materna y fetal, cantidad de hemorragia y presentación de feto. El parto siempre se indica si existe un patrón preocupante de la FCF, a pesar de los esfuerzos de reanimación incluyendo O2 suplementario para la madre, colocación del lado izquierdo o reemplazo del volumen intravascular; si existe una hemorragia materna que amenace la vida de la

hemorragia activa), se liga el cordón y se corta cerca de su base y posteriormente, la paciente recibe tratamiento con antibióticos y Metotrexate en el período postparto.

PRONÓSTICO

Los resultados neonatales han mejorado en los últimos 20 años gracias al manejo conservado, el uso liberal de las cesáreas, las mejoras en atención neonatal y el diagnóstico más temprano. La tasa de mortalidad perinatal ha descendido de 60 a 10% en las últimas décadas debido a la capacidad para reanimar y dar soporte a los lactantes que cada vez son más prematuros. La tasa de mortalidad materna ha descendido de 25% a menos de 1% en las pacientes con acceso a la atención médica.

VASA PREVIA

Ésta se define cuando los vasos sanguíneos del feto atraviesan las membranas en el segmento uterino inferior y cruzan el orificio cervical. Esto puede ocurrir con una inserción velamentosa del cordón umbilical donde no está presente la gelatina de Warthon para proteger los vasos fetales, o en el caso donde un lóbulo accesorio de la placenta tiene una comunicación que atraviesa el orificio. Esta es la causa más rara de hemorragia obstétrica, por lo general ocurre en embarazos que presentan placenta de inserción baja o una placenta con lóbulo subcenturiado. Lo significativo de esta anomalía radica en que es la única causa de hemorragia obstétrica seria, en la cual la pérdida de sangre es principalmente fetal, esto hace que el diagnóstico sea urgente. La tasa de mortalidad fetal es alta, alcanzando más de 50%.

DATOS CLÍNICOS

Signos y síntomas: hemorragia vaginal que ocurre al romperse las membranas con

cambios concomitantes en el trazo de FCF; con el inicio de la hemorragia, el corazón del feto responde a la pérdida del volumen con taquicardia refleja, seguida de bradicardia que se acompaña por aceleraciones ocasionales.

Datos de laboratorio: las pruebas Apt basadas en una respuesta colorimétrica de la hemoglobina fetal, requieren de 5-10min y están disponibles para identificar hemoglobina fetal (rosada), de hemoglobina del adulto (café).

Imagenología: el uso de Doppler a color durante la ecografía transvaginal puede identificar con claridad los vasos fetales que corren a través de las membranas del feto y puede establecer el diagnóstico.

TRATAMIENTO

Si la paciente presenta los datos clásicos que se mencionaron antes, el curso apropiado de acción es el parto inmediato a través de cesárea para prevenir la muerte fetal inminente. Si la paciente se ha identificado antes del parto, se recomienda su vigilancia estrecha para cualquier evidencia de hemorragia vaginal y para administrarle corticosteroides a fin de promover la maduración de los pulmones del feto.

Varios expertos recomiendan la observación dentro del hospital desde las 32 semanas, la cual permite que se realice una cesárea de urgencia en caso de obtener resultados preocupantes en las pruebas fetales, trabajo de parto prematuro o ruptura prematura pretérmino de las membranas. Debido a que las tasas de morbilidad y mortalidad son tan altas después de la rotura de membranas en estas pacientes, se recomienda el parto a las 35 semanas para evitar el suceso catastrófico.

Pronóstico Se ha reportado que la mortalidad natal es superior a 50% en los embarazos que se complican debido a vasa

previa; el diagnóstico prenatal aumenta en forma significativa las probabilidades de supervivencia del feto.

BIBLIOGRAFIA

- 1. DeCherney A, Nathan L, Laufer N, Roman A. "Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos". 2014, 11ª edición: 310-316.
- Leeman L, Morales R, Hall H. "Apoyo Vital Avanzado en Obstetricia". 2012: 51-62.
- Maldonado MD, Lombardía J, Rodríguez O, Rincón P, Sánchez A. "Hemorragias del Tercer Trimestre". Semergen. 2000; 26:192-195

Recepción: 28 Setiembre de 2016

Aprobación: 10 Octubre de 2016