

AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO

**ACTIVIDAD: SANGRAMIENTO DE LA
SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO**

TIPO DE CLASE: CONFERENCIA

TIEMPO DE DURACIÓN: 50 MINUTOS

CURSO: 4to. AÑO DE MEDICINA

TIPO DE CURSO: DIURNO.

PROFESORA: Dra. ADA A. ORTUZAR C.
Especialista de I Grado en Obstetricia y
Ginecología

OBJETIVOS

INSTRUCTIVOS:

- ★ Conocer la etiopatogenia, manifestaciones clínicas, importancia y consecuencias de las gestorragias.
- ★ Conocer el diagnóstico y los exámenes complementarios a realizar en las gestantes que presentan las anteriores afecciones, propias de la gestación.
- ★ Conocer el tratamiento, la profilaxis y la orientación de las pacientes que presentan estas afecciones.

SUMARIO

TEMA I: Placenta previa

Concepto. Clasificación. Cuadro clínico.
Diagnóstico. Conducta a seguir.

TEMA II: Hematoma retroplacentario

Concepto. Etiología. Patogenia. Cuadro
clínico. Diagnóstico. Tratamiento

GESTORRAGIAS

Gestorragias: Sangramientos que ocurren a consecuencia de un trastorno de la gestación.

Gestorragias de la segunda mitad:

- ❑ **Placenta Previa.**
- ❑ **Hematoma Retroplacentario.**
- ❑ **Rotura Uterina.**
- ❑ **Inserción Velamentosa del cordón.**
- ❑ **Vasa previa.**
- ❑ **Rotura del seno marginal**

PLACENTA PREVIA

CONCEPTO: Es una condición obstétrica producida al implantarse la placenta sobre o muy cercano al OCI, que eleva el riesgo de sangrado y se asocia frecuentemente a minusvalía decidual

INCIDENCIA: 5 %

PLACENTA PREVIA

FACTORES PREDISPONENTES

- ⇒ Gemelaridad
- ⇒ Legrados repetidos
- ⇒ Endometritis crónica
- ⇒ Miomas uterinos
- ⇒ Cirugía uterina previa

CUADRO CLÍNICO

Características del sangrado

- ◆ **Indoloro**
- ◆ **Es de cavidad uterina**
- ◆ **Intermitente**
- ◆ **Progresivo**
- ◆ **Inesperado**
- ◆ **Rutilante**
- ◆ **Sin relación con esfuerzos**
- ◆ **Su cuantía es directamente proporcional al estado general materno**

CUADRO CLÍNICO

Por palpación

- ✦ **Sensación de almohadillamiento**
- ✦ **Utero con tono y consistencia normal**
- ✦ **Presentación alta y móvil**
- ✦ **Inestabilidad con situaciones y presentaciones anómalas**

Auscultación

- **FCF (+) Normal o patrones no satisfactorios de salud fetal**

EXÁMEN GINECOLÓGICO

EXÁMEN CON ESPÉCULO:

Es lo más indicado

**EL TACTO VAGINAL SE PROSCRIBE O
CONTRAINDICA DE NO TENER
CONDICIONES DE UNIDAD
QUIRÚRGICA Y HEMODERIVADOS
DISPONIBLES**

DIAGNÓSTICO

⊗ ANAMNESIS

⊗ SÍNTOMAS Y SIGNOS

⊗ MEDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

US ABDOMINAL (97%)

US TRANSVAGINAL (100%)

CLASIFICACIÓN

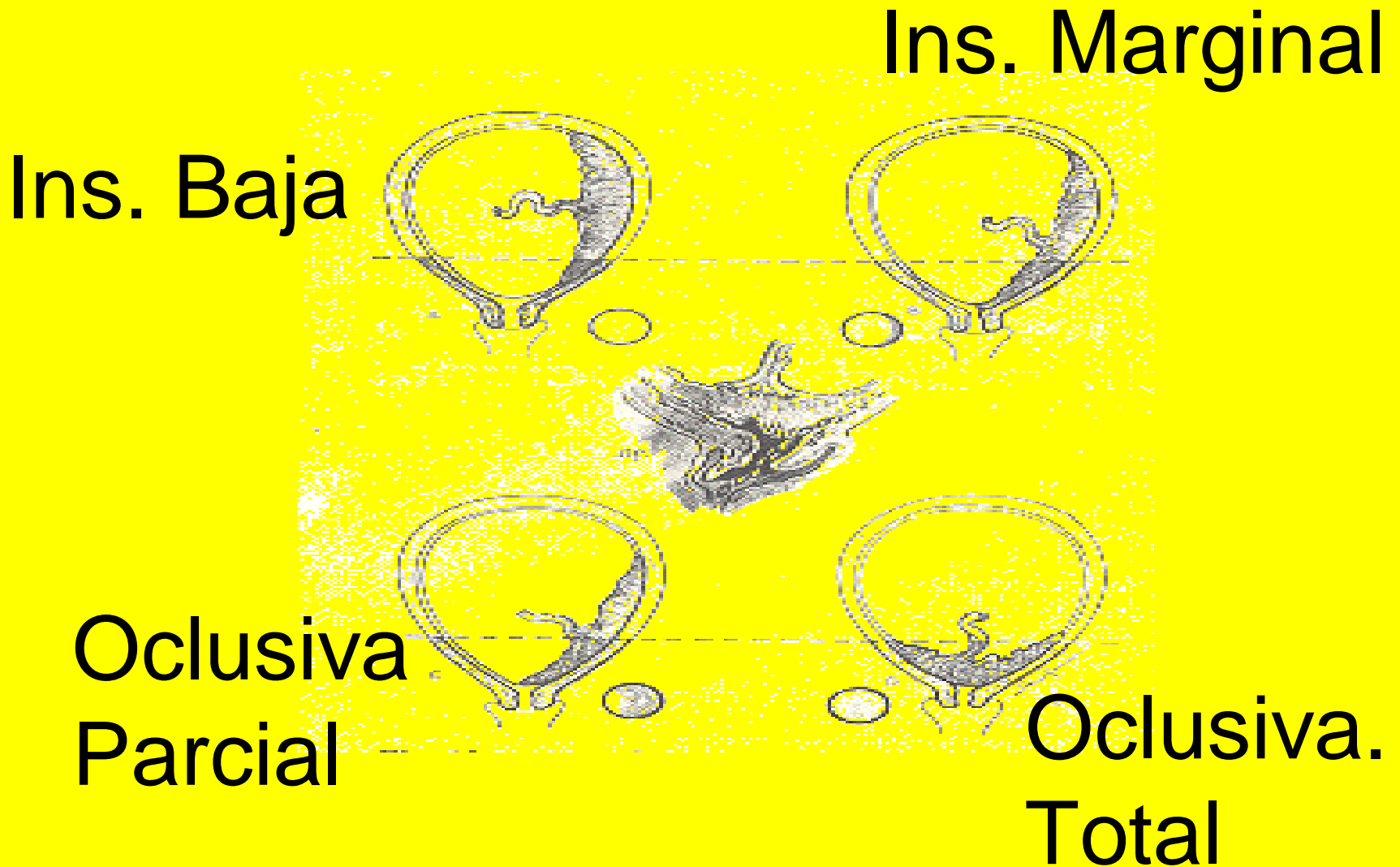
↓ Lateral o inserción baja

◇ Marginal

↔ Oclusiva: Parcial

Total

Placenta Previa. Variedades.



H. U. GETAFE.

IDIPILAR37A
[CARPINTERORODRIGUEZ

Y]

07-05-1996
12:11:35
2CV 5.0M
2/11 PWR: 100%
3Hz GA: **W*d

4.98
4.98



CGR
0000
4.98



+DIST.

-1
Data
Clear

2
DIST.

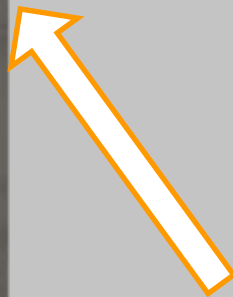
3
CRL
Hansman

4
BPD
Hansman

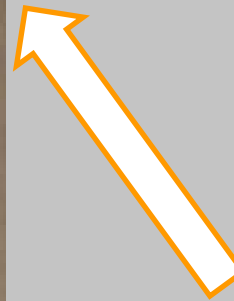
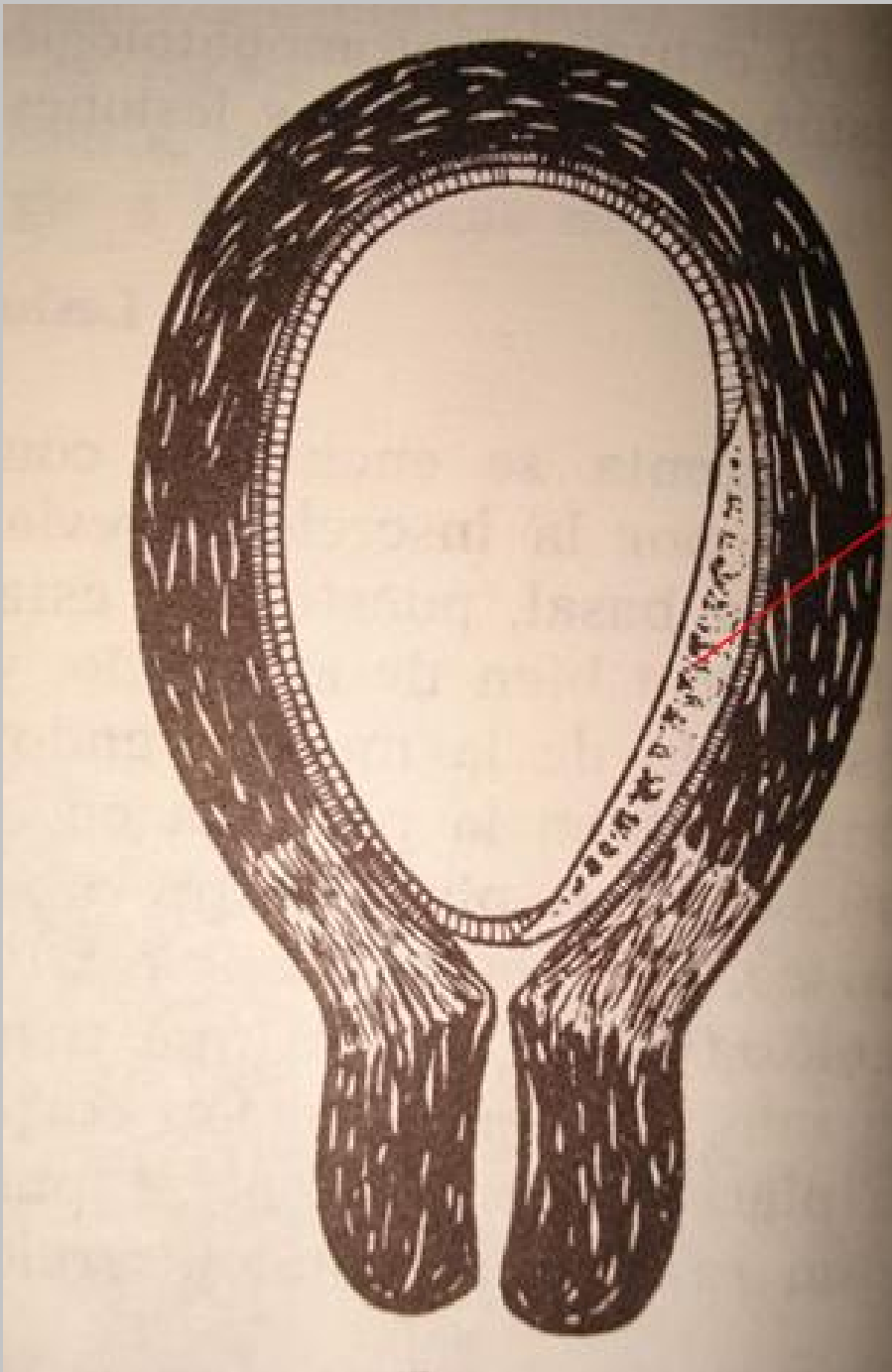
5
FL
Hansman

MEASURE
B-1
6
Next
Page

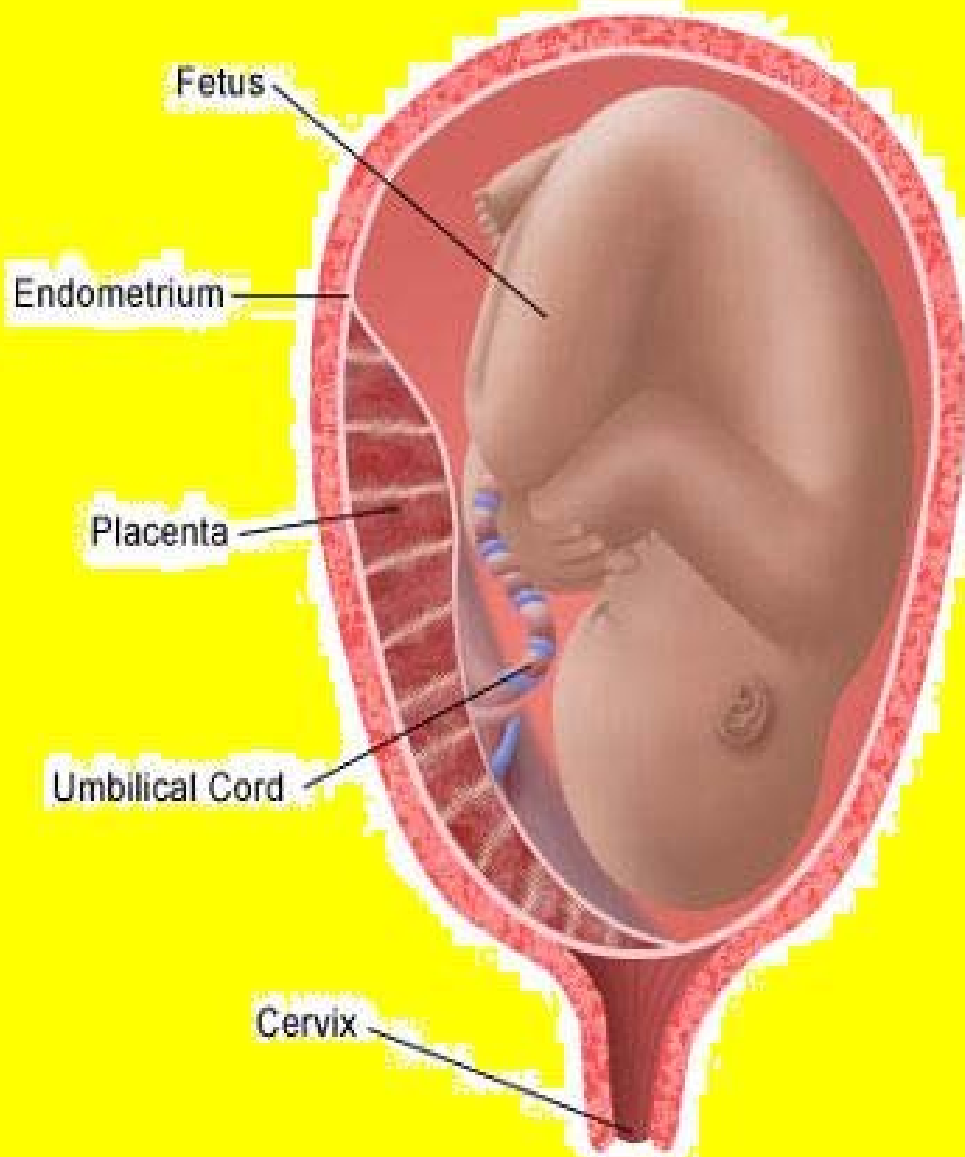




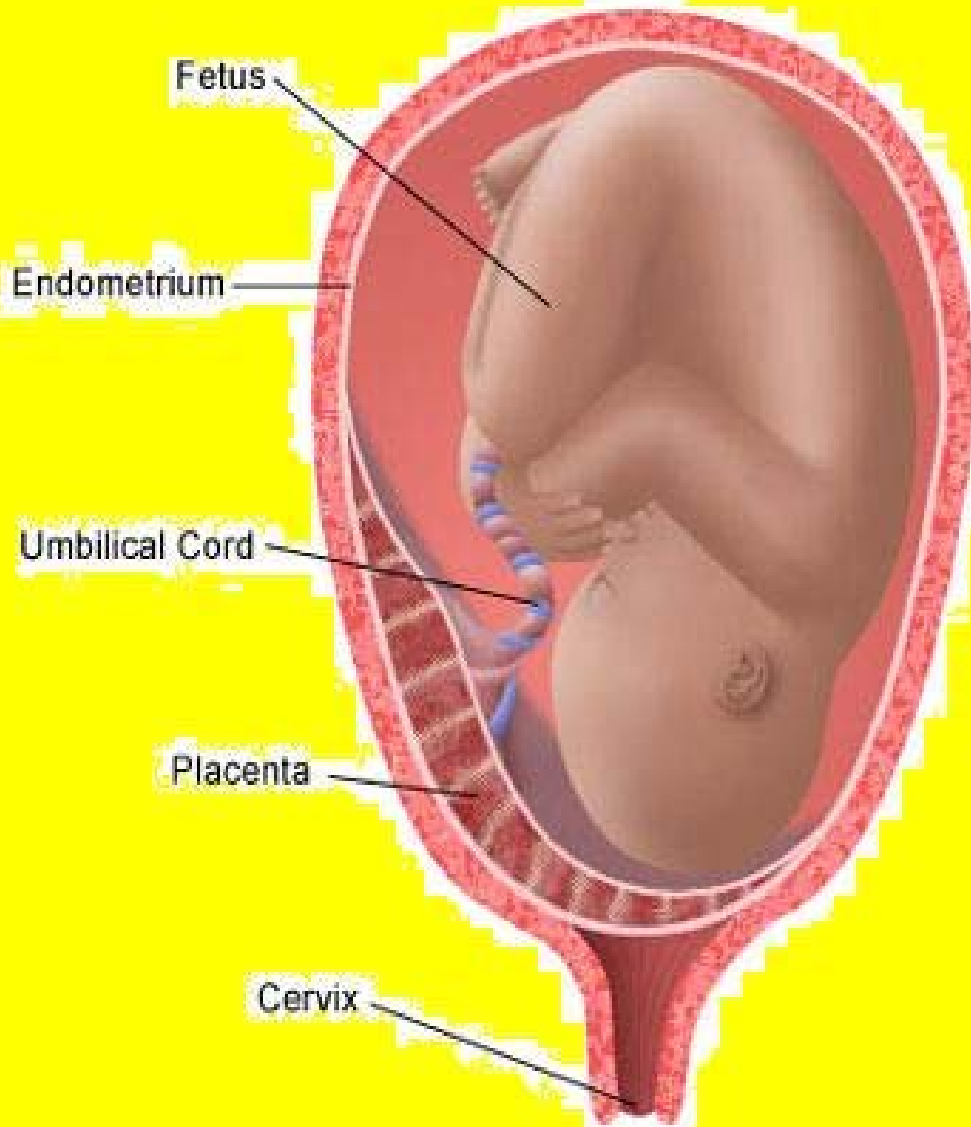
**Inserción baja
de la placenta**



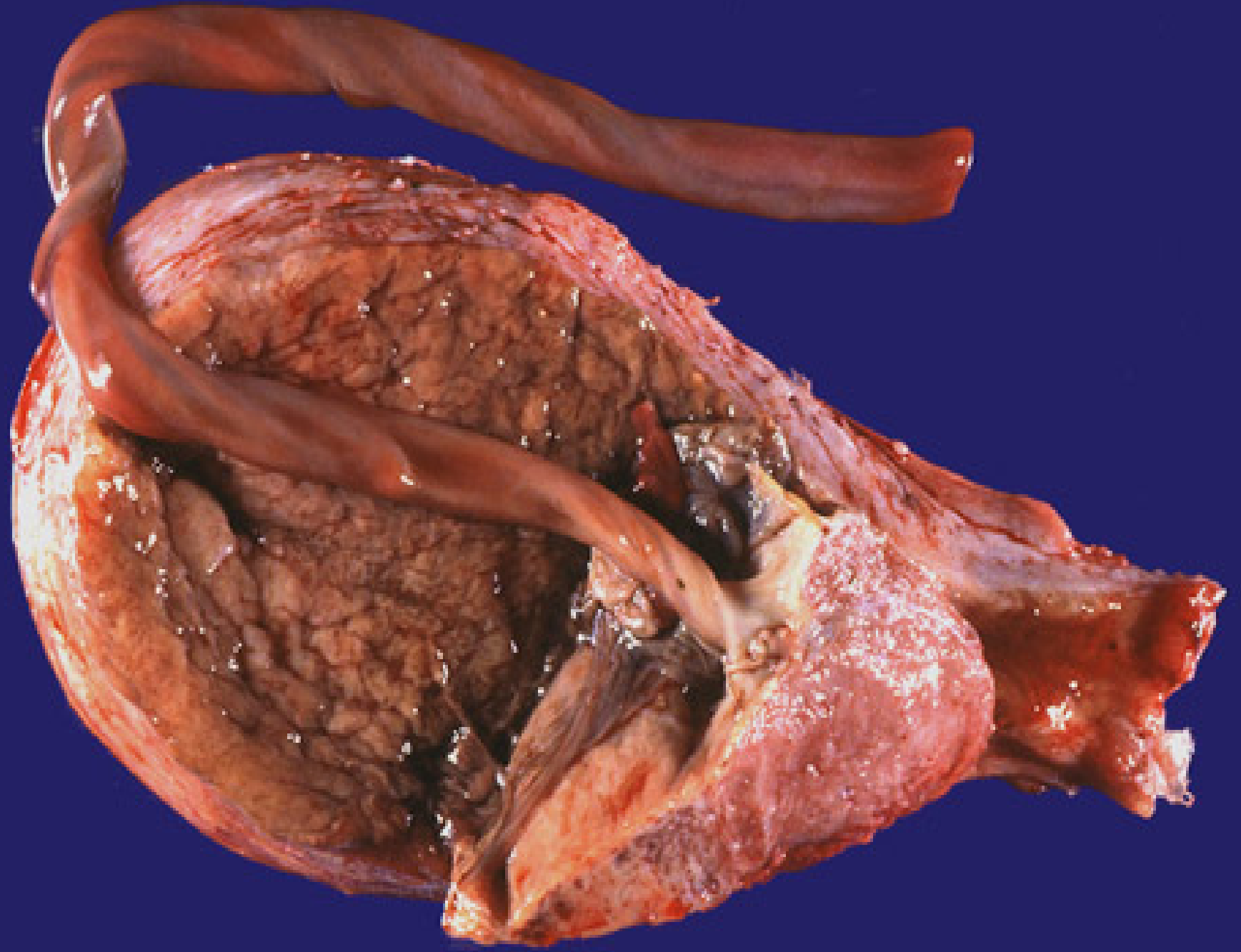
**Placenta previa
marginal**



Placenta previa
oclusiva parcial



Placenta previa
oclusiva total



¿POR QUE SANGRA LA PLACENTA PREVIA?

① **DISPARALELISMO CONTENIDO-CONTINENTE AL FORMARSE EL SEGMENTO INFERIOR**

★ **TIRONEAMIENTO DESIGUAL DE LAS MEMBRANAS OVULARES**

TRATAMIENTO DE LA PLACENTA PREVIA

Conducta Obstétrica

INGRESO HOSPITALARIO

**Edad
Gestacional
al momento
del sangrado**

**Estado
hemodinámico
materno**

**Diagnóstico
y
clasificación
de la IBP**

**Condiciones
cervicales**

TRATAMIENTO DE LA PLACENTA PREVIA

Conducta Obstétrica

Edad
Gestacional
al momento
del sangrado

Estado
hemodinámico
materno

< 37 semanas

Estable

Reposo absoluto

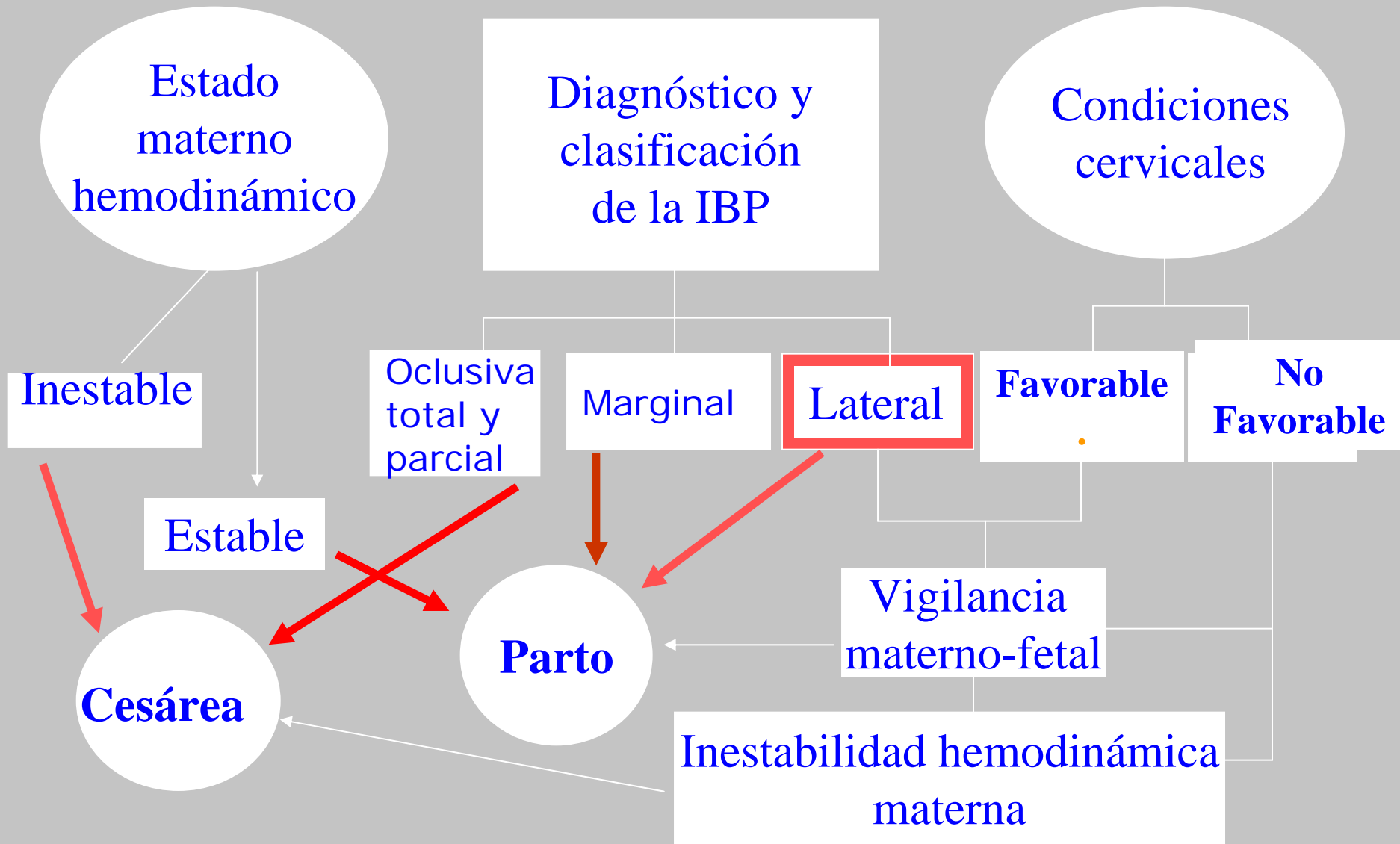
- Sedación uterina
- Corrección de cifras Hb
- Uso de corticosteroides

Alcanzar lo más próximo al término

- Admon. de anti D (Ig) si Rh neg

TRATAMIENTO DE LA PLACENTA PREVIA

CONDUCTA OBSTÉTRICA



HEMATOMA RETROPLACENTARIO

CONCEPTO: Es la separación prematura parcial o total de la placenta normalmente inserta, secundaria a una hemorragia de la decidua basal, después de las 20 semanas y antes del III período del parto.

INCIDENCIA: 0,83 - 1 %

FRECUENCIA: 1/120 PARTOS

HEMATOMARETROPLACENTARIO.

Factores de riesgo

☆ **Multiparidad**

🕒 **Trauma abdominal**

🕒 **Descompresión brusca de L A**

🕒 **Trastornos hipertensivos del embarazo (PE -HTA c)**

🕒 **Brevedad de cordón**

¿POR QUÉ MECANISMO SE PRODUCE EL HRP?



**Por arrancamiento
de las vellosidades**



- **Por trauma**
- **Por aumento de la presión del EIV**



**Por alteraciones
de las arterias
desiduales**



- **Lesiones degenerativas**
- **Daño endotelial**

CUADRO CLÍNICO



Según localización:

➤ Lateral: se exterioriza (+ fácil). Sangramiento escaso, oscuro con pequeños coágulos con:

- Ligera hipertonía
- Dolor escaso
- FCF (+)

CUADRO CLÍNICO

➤ Central: no vemos sangramiento (+ grave)

- Sangramiento vaginal inversamente proporcional al estado de gravedad materna (TA↓, PR↑, lipotimia)
- Dolor intenso, brusco
- Ausencia de movimientos fetales
- FCF (-) o patrones de S.F.A.
- Hipertonía, útero leñoso
- AU con signo de (+)
- Shock → CID

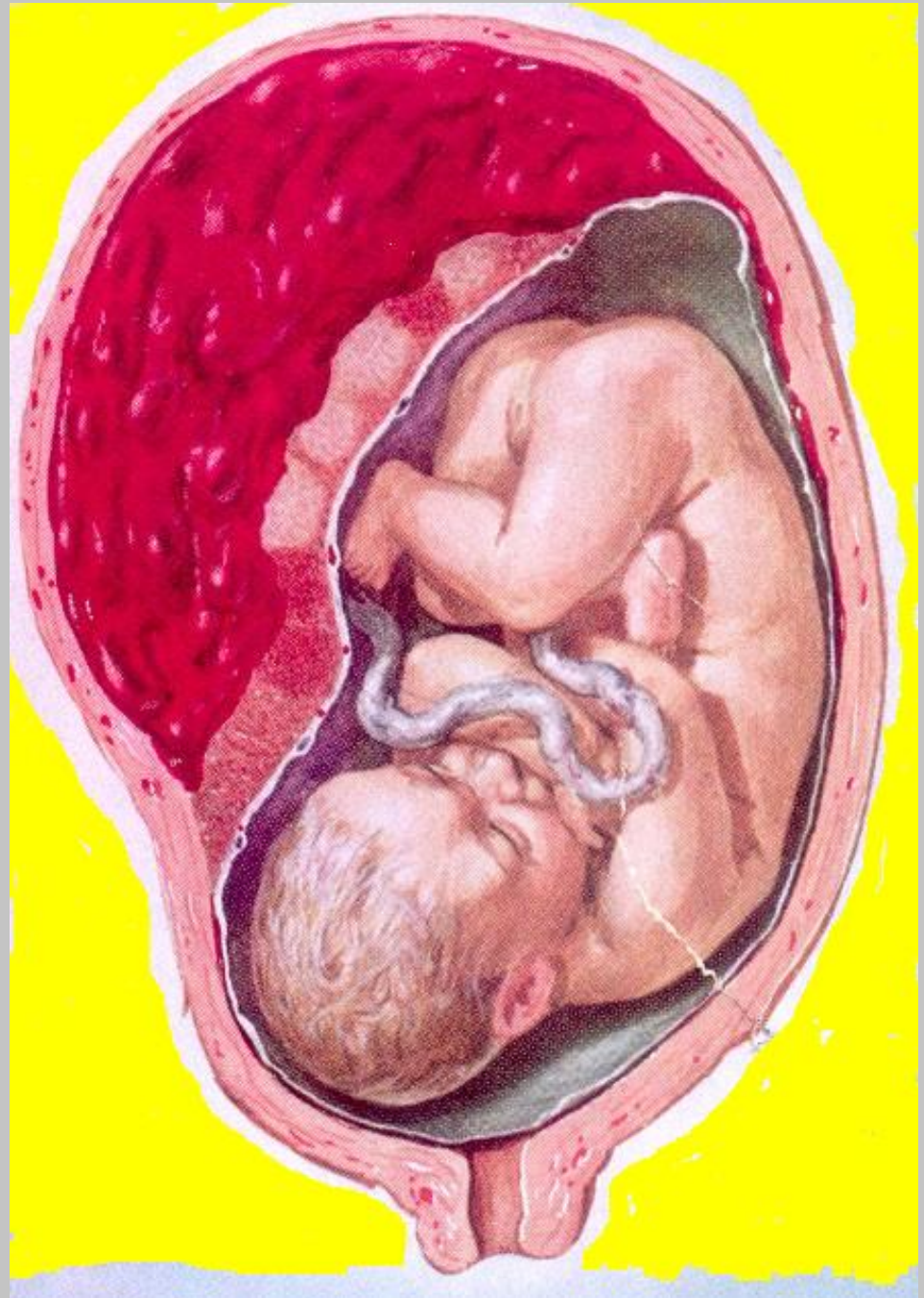
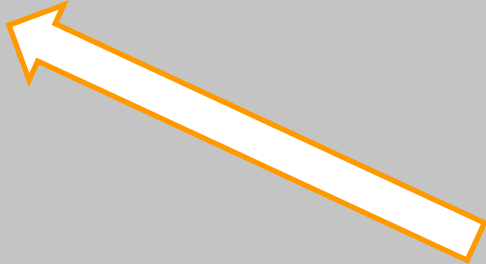
CUADRO CLÍNICO

Según la extensión:

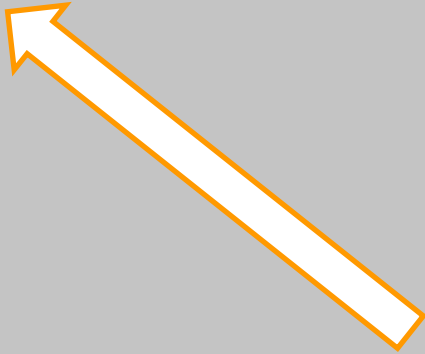
❖ **LEVE:** Superficie placentaria desprendida < 20 - 30 % Volumen: 150 - 500 ml

❖ **GRAVE:** Superficie placentaria desprendida > 40 - 50% Volumen: > 500 ml

Hematoma



Hematoma



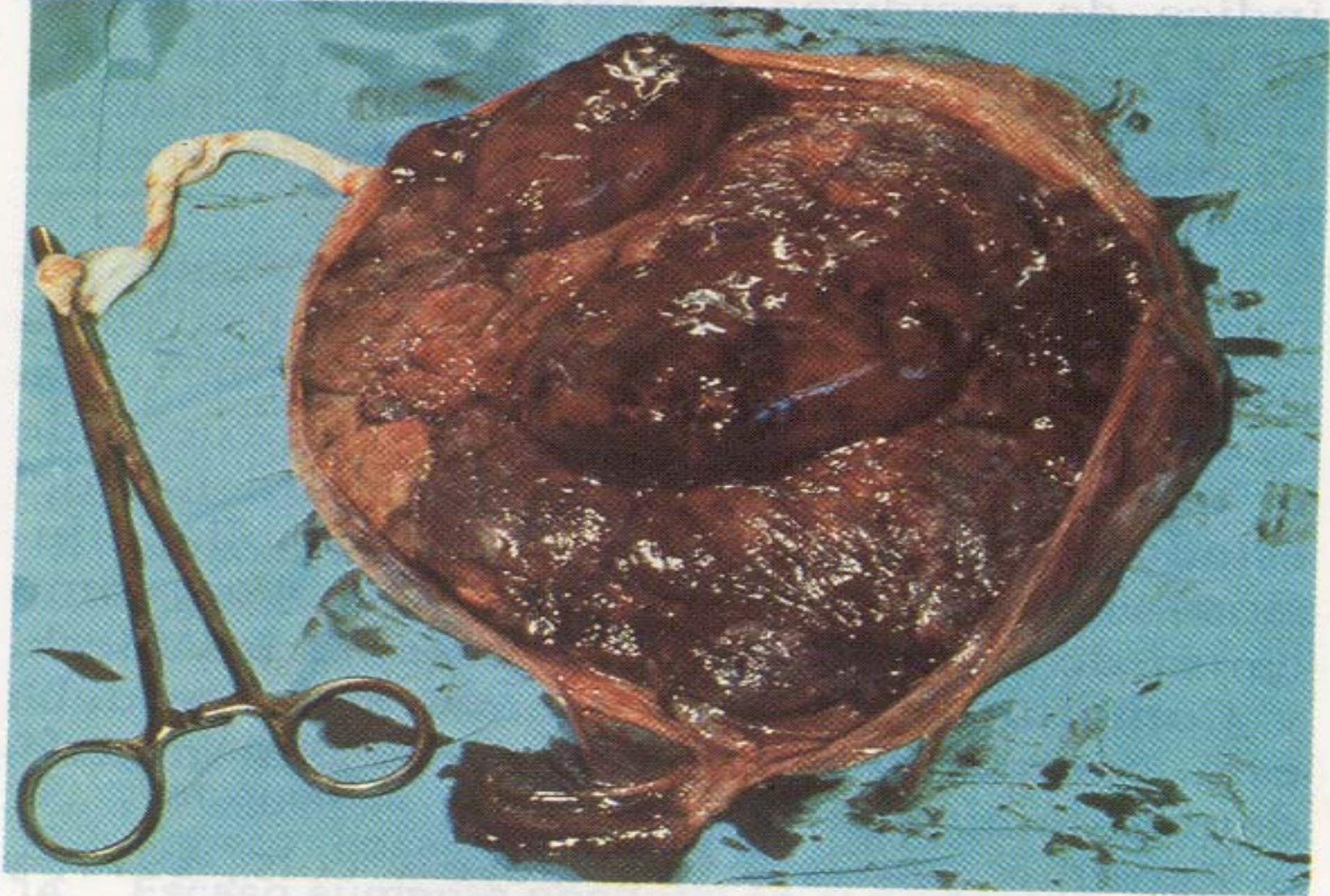


Fig. 26-1. Placenta con hematoma retroplacentario
DPPNI.

D I A G N Ó S T I C O D I F E R E N C I A L

- 1. Otros sangramientos obstétricos**
- 2. Sangramientos ginecológicos**
- 3. Otros procesos abdominales
concomitantes**
- 4. Necrobiosis del mioma**
- 5. Distocias de la dinámica uterina**

TRATAMIENTO

HOSPITALIZACIÓN
(Centro con unidad quirúrgica)

MEDIDAS GENERALES

HRP con feto viable y vivo

HRP con feto no viable o muerto

Cesárea

Amniotomía

Sedación y analgesia

Si agravamiento
hemodinámico o no
progreso en 6 - 8 h

Inducción

Si cuello desfavorable

Diagnóstico Diferencial entre DPPN, rotura uterina y placenta previa

Síntomas y signos	DPPN	P Previa	Rotura U
Antecedentes	HTA Trauma	Presentación Viciosa frecuente o alta	Cicatriz uterina Polisistolia
Dolor	Permanente	Ausente	Brusco, intenso
Comienzo	Brusco	Silente Solapado	Precedido por contracciones Instrumentación

Diagnóstico Diferencial (continuación)

Síntomas y signos	DPPN	P Previa	Rotura U
Dolor	Permanente	Ausente	Brusco, intenso
Utero	Tenso, leñoso	Normal, depresible	
Palpación fetal	Difícil	Características normales	Fácil, bajo las cubiertas abdominales
Dinámica Uterina	Existen contracc.	No actividad Uterina	Cesan las contracciones
Presentación	No se tacta Placenta	Puede tactar Placenta	No se tacta presentación

LITERATURA DOCENTE

✦ Básica:

- Rigol Ricardo y Cols. Patología obstétrica. *Obstetricia y Ginecología*, Editorial Pueblo y Educación. 1ra Ed. 1984; Tomo II, pp. 61-79.

✦ Complementaria:

- Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. Editorial Ciencias Médicas. 2000; pp. 166 - 171.
- Williams. Obstetricia. Editorial Panamericana 21a Ed. 2001

Literatura docente

✦ Complementaria:

- Danforth. Tratado de Obstetricia Editorial Mc Gaw-Hill Interamericana. 8va Ed. 1999

✦ Auxiliar:

- Maria Carstens R y cols. Boletín Perinatal. Conducta ante las hemorragias de la II mitad del embarazo. Nov 2001
www.cedip.cl Pag 27 -48.

