

Hemorragias en el embarazo: desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

AUTORES:

1º Marta Delgado Márquez
2º Mª Alba Rodríguez Gómez
3ª Verónica García Romero

PALABRAS CLAVE:

-Desprendimiento de placenta
-DPP
- Abruptio placentae

RESUMEN:

El embarazo se trata de un estado fisiológico por el que pasan las mujeres, sin embargo este proceso produce una serie de modificaciones en el cuerpo que alteran la fisonomía y química del organismo. En consecuencias de estos cambios pueden producirse patologías específicas de este estado.

Uno de los síntomas que nos avisa de que algo va mal durante la gestación son las hemorragias. Nuestro trabajo ha querido centrarse en las hemorragias acontecidas en la segunda mitad del embarazo y más concretamente en el desprendimiento prematuro de placenta. El por qué de esta elección es sencillo, es una de las principales causas de las hemorragias en la segunda mitad del embarazo, con todas las complicaciones maternas y fetales que conlleva.

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) se define como la separación parcial o completa de la placenta de la decidua uterina, antes de la expulsión fetal. Esta separación se produce por una hemorragia entre la decidua y la placenta, siendo limitado este proceso desde la semana 20 de gestación.

INTRODUCCION:

El sangrado producido en la segunda mitad del embarazo es participe de gran parte de la morbilidad y mortalidad, perinatal y materna. La hemorragia en este periodo está vinculada con partos pretérmino, siendo la causante de sufrimiento fetal y morbimortalidad perital. Igualmente patologías como el desprendimiento prematuro de placenta pueden producir importantes pérdida de sangre materna, asociado a la coagulación vascular diseminada, siendo necesarias transfusiones de sangre, e incluso histerectomías de emergencia. (1)

Las hemorragias pueden deberse a diversos motivos:

- Causas de origen ginecológico:
 - Procesos infecciosos cervicovaginales.
 - Tumoraciones (pólipos, miomas, neoplasias)

- Traumatismos en genitales
 - Varices vulvovaginales.
- Causas de origen obstétrico:
 - Placenta previa
 - Desprendimiento prematuro de placenta
 - Rotura uterina
 - Vasa previa
 - Inicio del trabajo de parto
 - Desgarros cervicales producidos durante el trabajo de parto.

El desprendimiento previo de placenta es una de las causas que pueden producir hemorragias en la segunda mitad de la gestación. Debido a las complicaciones que esta conlleva es precisa una intervención rápida y eficaz para disminuir los riesgos tanto para feto como para la madre.

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) se define como la separación parcial o completa de la placenta de la decidua uterina, antes de la expulsión fetal. Esta separación se produce por una hemorragia entre la decidua y la placenta, siendo limitado este proceso desde la semana 20 de gestación.

El desprendimiento sucede por una ruptura de los vasos maternos de la decidua basal, donde se conecta las vellosidades del anclaje de la placenta. La forma más común es por los vasos materno placentarios, y rara vez por los vasos fetoplacentarios. Al acumularse la sangre produce la separación de la decidua de su anclaje a la placenta. Dependiendo de la cantidad de sangrado y la separación de la interfase que produzca, será un DPP completo o parcial.

La porción separada de la placenta deja de cumplir con su función en el intercambio de gases y nutrientes con el feto, por lo tanto el bienestar fetal y su vida dependerá de la capacidad fetoplacentaria para compensar la pérdida funcional.

Clasificación:

- Actualmente podemos distinguir entre desprendimiento agudo y crónico de la placenta:
 - Desprendimiento agudo de la placenta: Este tipo de desprendimiento tiene un comienzo brusco cuyas características son sangrado vaginal (en el 78% de los casos), dolor abdominal y/o lumbar leve-moderado, contracciones uterinas hipertónicas (el útero aumenta su tono y rigidez) y cambio en la frecuencia cardiaca normal del feto.
 - De estos síntomas no siempre están todos presentes cuando nos encontramos un desprendimiento de placenta. En ocasiones el sangrado vaginal es mínimo o nulo ya que la sangre queda retenida en la placenta, por lo que el sangrado vaginal no supone un marcador fiable del riesgo materno-fetal. Unos parámetros, sin embargo, que si son predictivos a la hora de valorar la gravedad del cuadro son las alteraciones en la FCF y la hipotensión materna.
 - Hasta en un 20% de los casos podemos encontrarnos con trabajo de parto prematuros, donde el sangrado vaginal no es significativo y la sangre queda atrapada en las membranas fetales y deciduo, a este caso se le llama desprendimiento oculto.

-Desprendimiento de placenta crónico: En el desprendimiento crónico el sangrado vaginal es leve e intermitente, que con el tiempo tienden a relacionarse con enfermedades isquémicas de la placenta, como oligoamnios, retraso en el crecimiento fetal y preeclampsia.

Durante este proceso los estudios de coagulación son normales lo que retrasa su diagnóstico, y la forma ideal de identificar es por medio de ecografías donde se halla el hematoma placentario.

Las hemorragias no siempre proceden del mismo foco ni ocupan la misma superficie, según estos parámetros podemos fijarnos en la siguiente clasificación.

- Las hemorragias pueden venir de un foco venoso o arterial, y en función de él las características del desprendimiento serán diferentes.

-Hemorragia de vasos arteriales: Estos casos se encuentran típicamente en la zona central de la placenta, y debido a la presión arterial, tienen un desarrollo rápido y pronostico de mayor gravedad. Como consecuencia un sangrado abundante, coagulación vascular disemina y anomalías graves en la FCF.

-Hemorragia de vasos venosos: En los vasos venosos, con menor presión que los arteriales, las hemorragias ocurren generalmente en la periferia de la placenta, y los síntomas se desarrollan a lo largo del tiempo como sangrado vaginal intermitente.

- Según la clasificación de Page, que clasifica la gravedad en función del porcentaje de placenta afectado nos encontramos: (2)

- Formas asintomáticas: representa el grado 0, el desprendimiento es menor a 1/6 de la superficie placentaria. El diagnóstico suele ser postparto, tras la inspección de la placenta y observarse una depresión circunscrita con un coágulo oscuro.

- Formas leves: El desprendimiento es menor al 30% de la superficie placentaria, corresponde con un grado I. Esta forma presenta escasa hemorragia vaginal de color oscuro y pequeños coágulos, con el feto vivo y conserva el estado general de la madre.

- Formas moderadas: En este caso correspondería a un grado II, y la superficie desprendida sería entre el 30 y 50%. La sintomatología comienza con dolor agudo en el abdomen (a nivel del útero), la hemorragia puede ser externa de color oscuro y escasa, o interna que provoca un aumento del tamaño del útero, que conlleva a diagnósticos más tardíos y formas más graves.

En las formas moderadas la hemorragia también puede ser mixta, interna y externa. En estos casos el útero suele estar hipertónico, aumentado el desprendimiento que provoca el fracaso de la circulación placentaria, en estos casos la morbilidad fetal se encuentra entre el 20 y 30% de los casos, y sufrimiento fetal agudo hasta en el 90%.

- Formas graves: Es la presentación más grave, correspondiendo a un grado III, y un desprendimiento total de la placenta. Con un comienzo brusco, puede haber escasa hemorragia externa o incluso nula, con dolor abdominal intenso, y comprometiendo el estado general de la madre, produciendo anemia aguda y shock, y muerte fetal en el 100% de los casos.

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo es dar a conocer la importancia de esta patología, y por ello pretendemos explicar sus características fisiopatológicas, conocer cómo evoluciona la enfermedad, la prevalencia que nos encontramos, los factores de riesgo maternos asociados al desprendimiento y como actuar dados el caso.

El DPPN es la segunda causa de hemorragias en la segunda mitad del embarazo, afectando entre al 2 y 5% de las gestantes. Es una de las complicaciones que constituye más riesgos para el embarazo y parto, aun con seguimientos en los embarazos de alto riesgo. Es una de las primeras causas de mortalidad materna, llegando al 20% en los casos donde la hemorragia deriva en shock. Mientras que la hipofibrinogenemia se asocia a la muerte fetal en el 100% de los casos, y entre el 30 y 35% de la muerte perinatal es causada por la hipoxia y la prematuridad de los fetos.

Las mujeres que han sufrido un desprendimiento de placenta tienen mayor riesgo de sufrirlo nuevamente en posteriores gestaciones. Siendo los riesgos de entre un 5.6 y 17% en los casos de un DPPN anterior, y hasta un 25% con dos episodios previos de desprendimiento. (3)

Causas/Factores de riesgo:

A pesar de la investigación clínica y epidemiológica no se puede determinar con certeza la causa o causas del desprendimiento de placenta. En su mayoría están relacionados con una enfermedad crónica placentaria por anomalías en el desarrollo temprano de las arterias espirales, lo cual lleva a una necrosis en la decidua activando procesos inflamatorios, disrupción vascular y por último la hemorragia.

Aun sin conocer claramente las causas, disponemos de estudios que nos relacionan múltiples factores que predisponen a esta patología. Entre ellos nos encontramos: (4)

- Traumatismo abdominal o accidente, en estos casos el desprendimiento suele presentarse en las primeras 24 horas.
- Consumo de cocaína y otras sustancias tóxicas, ya que producen vasoconstricción, isquemia y alteración en la integridad vascular.
- El tabaco también tiene efectos vasoconstrictores, isquémicos o producen isquemia. Su consumo conlleva 2.5 más riesgos de desprendimiento, y junto con la Hipertensión arterial producen un efecto sinérgico sobre el riesgo de DPP.

- Hidramnios y gestación múltiple, debido al aumento en la distensión y su descompresión rápida tras la rotura de membranas o parto del primer bebe.
- Hipertensión crónica o gestacional comprende un riesgo de hasta cinco veces mayor que en las mujeres normotensas.
- Malformaciones uterinas hacen que la implantación sea inestable, ya sea por una decidualización insuficiente o cizallamiento excesivo.
- Cesárea anterior
- Rotura prematura de membranas
- Corioamnionitis.
- Isquemia placentaria en embarazos previos. (Preeclampsia, CIR, DPPNI)
- Edad materna mayor 35 años
- Multiparidad (más de 3 hijos)
- Sexo fetal masculino
- Deficiencias nutricionales (Deficiencia de folato)
- Trombofilias
- Cordón umbilical corto.

METODOLOGÍA:

La búsqueda bibliográfica se ha realizado mediante diversas bases de datos como: *Medline, Embase, Cinahl, Gerión, Scielo, Cochrane Plus y la Biblioteca Virtual del Servicio Andaluz de Salud*. Ha sido una búsqueda bibliográfica sensible y exhaustiva de revisiones bibliográficas, estudios clínicos aleatorios y publicaciones con temas relacionados. Excluyendo aquellos artículos con baja evidencia científica o desviados de los objetivos que nos planteábamos.

RESULTADO// DISCUSIÓN:

El pronóstico de esta patología va a depender de la etapa en la cual se encuentre el proceso y la prontitud con que se actúe. En el momento que una gestante observa una hemorragia ha de acudir a su centro hospitalario más cercano para descartar complicaciones como esta. Pero no todas la hemorragias, como ya sabemos, son producidas por un desprendimiento de placenta. En tal caso primero hay que diagnosticar en que caso nos encontramos. A continuación explicamos que otros casos pueden presentar hemorragia y dolor abdominal.

Diagnostico diferencial:

-Trabajo de parto: Los signos y síntomas del trabajo de parto tienen un comienzo gradual, siendo en el desprendimiento mas brusco. Las contracciones uterinas comienzan siendo leves e irregulares, y conforme transcurre el trabajo de parto se vuelven más dolorosas y regulares. Sin embargo hay que valorar que no se haya producido una superposición de los síntomas con el desprendimiento y que sea lo que desencadene el trabajo de parto.

- Placenta previa: Esta patología presenta una clínica de sangrado vaginal indoloro. Sin embargo en una quinta parte de los casos va asociado a dinámica uterina, por lo que puede confundirse con el desprendimiento. Por lo tanto en toda embarazo con sangrado vaginal debemos realizar una ecografía para sacar la causa del sangrado.

- Rotura uterina: Suponemos de rotura uterina en mujeres con antecedentes de cicatriz uterina previa o malformaciones uterinas. Los signos y síntomas en la rotura son alteraciones bruscas en la FCF, sangrado vaginal, dolor abdominal constante, cese de contracciones uterinas, retroceso de la presentación fetal, hipotensión materna y taquicardia. Algunos de estos síntomas son similares a los producidos en el desprendimiento, y con frecuencia la rotura uterina puede provocar el desprendimiento de placenta.

-Hematoma subcorial: El hematoma subcorial es el resultado del desprendimiento parcial de las membranas coriónicas de la pared uterina. Suelen ser pacientes asintomáticas o con leve sangrado vaginal, en pocos casos calambres o contracciones y generalmente se da antes de las 20 semanas de gestación. Las mujeres que sufren esta patología tiene más posibilidades de sufrir un desprendimiento de placenta y otras complicaciones asociadas.

Tras la sospecha de DPP por medio de la clínica debemos confirmarla o descartarla por medio de pruebas. Una analítica de sangre nos puede informar del estado general de la madre, y los hallazgos hemodinámicos de la gravedad de la hemorragia. Una ecografía nos será útil para identificar un hematoma retroplacentario y para descartar otros trastornos con las misma clínica. En muchos casos de desprendimiento no se aprecia dicho hematoma retroplacentario, ya que puede aparecer ecográficamente con aspectos variables, por ello esta tan importante confirmar el desprendimiento como descartar otras patologías.

Una vez la clínica y los estudios nos indican que estamos ante un caso de DPP debemos actuar rápidamente, pues cuanto más precoz sea la intervención mejor pronostico tendremos. El manejo de la situación dependerá de la gravedad del desprendimiento, la edad gestacional y el estado de la madre y el feto. Aun encontrándonos en casos de desprendimiento leve la mujer y feto deben estar monitorizados ya que podría derivar en desprendimiento grave repentinamente. Debemos tener en cuenta:

-Medidas generales:

- La exploración será por medio de especuloscopia cuidadosa, quedando contraindicado el tacto vaginal.

- Ingreso hospitalario, monitorización y, a ser posible, dos vías periféricas venosas.
- Control hemodinámico de la madre por medio de la diuresis, TA y FC. Y estimar la pérdida sanguínea en el sangrado vaginal.
- Mantener saturación de oxígeno materno > 95%.
- Realizar análisis de sangre para evaluar estado hemodinámico, y grupo sanguínea en caso de necesitar transfusiones. Y repetir pruebas si se observase empeoramiento.
- Tener preparado quirófano y personal necesario para una actuación de urgencias si fuera necesario.

-Tratamiento específico: Tras la valoración inicial y estabilizar a la gestante, las acciones a tomar seguidamente dependerán de la viabilidad fetal y del estado de la madre. A continuación veremos las diversas directrices a seguir, aunque siempre puede variar en función de las características de cada caso en concreto.

-Muerte fetal: Cuando se ha producido la muerte fetal, nuestra prioridad es disminuir riesgos para la madre. En tal caso se realizara parto vaginal si las condiciones lo permiten. La cesárea será necesaria cuando el parto vaginal este contraindicado o sea necesario un control rápido de la hemorragia.

- Desprendimiento grave en cualquier edad gestacional: En el desprendimiento con inestabilidad materna o cuando la FCF es desalentadora se recomienda finalizar el embarazo.

-Desprendimiento NO grave > 36 semanas de gestación: En estos casos se recomienda terminar el embarazo por la baja morbilidad neonatal en los pretérmino tardíos, y salir así del riesgo materno-fetal en el caso de un desprendimiento grave y repentino.

-Desprendimiento NO grave 34-36 semanas de gestación: En la mayoría de estos casos como en el anterior se recomienda la finalización de la gestación, sin embargo según cada caso se la decisión será diferente. En pacientes donde el desprendimiento es leve se puede tomar acciones conservadoras si la madre está estable.

-Desprendimiento NO grave < 34 semanas de gestación: En estos casos y siempre que el estado de la madre sea estable se tomaran medidas conservadoras. Se administraran corticoides para ayudar en la maduración pulmonar fetal, por el riesgo de parto prematuro. Los tocolíticos sin embargo deben administrarse con cuidado ya que algunos pueden producir sin tomas como taquicardia o hipotensión que empeoren la patología.

-Hallazgo casual ecográfico sin sintomatología: En estas situaciones como en las anteriores la intervención a seguir dependerá del momento del embarazo. Si tiene menos de 34 semanas se tratara de forma conservadora aplicando corticoides y realizando exámenes con frecuencia, y se programara el parto para la semana 37 y 38 ya que mas allá de ellas el riesgo de sufrir un desprendimiento grave. Los partos antes de las 37 semanas dependerá de las posibles complicaciones que nos vayamos encontrando.

CONCLUSIÓN:

Debemos tener en cuenta que las hemorragias en la segunda mitad del embarazo está relacionada con el parto pretérmino, causa principal de la morbimortalidad perinatal. Además son la causa de gran pérdida sanguínea en la madre y todo lo que ello conlleva. En el caso de DPP las hemorragias pueden ir asociada a coagulación intravascular diseminada (CID), siendo necesarias transfusiones de hemoderivados, llegando incluso a ser necesario a veces histerectomías de emergencia, y en los peores casos produciendo la muerte materna.

El DPP se relaciona con una enfermedad vascular, ya que ocurre como consecuencia de una lesión vascular en las paredes de las arteria o vasos espirales de la decidua matera,

encontrándonos en estos vasos con aterosclerosis y trombosis. (5) Por lo tanto tomando estas premisas podemos observar que factores aumentan el riesgo, que valores hay que buscar termodinámicamente hablando, como debemos actuar y que consecuencias pueden desencadenarse en casos graves.

BIBLIOGRAFIA:

1. Pérez-Aliaga, Carlos. Hemorragias en la Segunda Mitad del Embarazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstétrica, vol. 56, núm. 1, 2010, pp. 18-22.
2. Vispo Silvina N., Dr. Casal Juan P., Dr. Casal Juan I., Waisblatt Luciana, Karatanasópuloz Carlos M. Abruption Placentae: Revisión. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 109 -Octubre/2001. 18-21.
3. Vasquez Gutierrez, V. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en el centro de salud de Tambo de Mora. Tesis para optar al título de segunda especialidad de Obstetricia en Salud Familiar y Comunitaria. Universidad Privada de ICA. 2015.
4. Fescina R. De Mucio B. Ortiz El. Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Publicación Científica CLAP/SMR 1594. ISBN: 978-92-75-31720-4
5. Pacora P. El desprendimiento prematuro de placenta es una manifestación de enfermedad vascular severa en el embarazo. Rev. Per. Ginecol. Obstet. Vol. 51 N° 1 Enero-Marzo 2005.