



Capítulo 12

Hemorragia obstétrica del segundo y tercer trimestre: enfoque etiológico.

*"Ninguna mujer debería morir durante el proceso de ser mamá".
Carissa F. Etienne.*

Laura Andrea Castaño Jiménez
Residente de ginecología y obstetricia
Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia



Introducción

La hemorragia obstétrica es causante del 22% de las muertes maternas en Latinoamérica y en el Caribe (1). Según el Instituto Nacional de Salud (INS), la hemorragia es la segunda causa de muerte materna directa en Colombia, representando el 17.6% del total de muertes. La mayoría de esas defunciones eran prevenibles, y es por esto que, desde las diferentes

entidades mundiales, se ha hecho un llamado a implementar estrategias para disminuirlas. Ejemplo de esto es la difusión del protocolo "Código Rojo" con el cual se pasó de una razón de mortalidad materna de 23,2 por cada 100.000 nacidos vivos en 2004 a 13,1 en el 2020 (2).

La hemorragia a partir de la semana 20 puede llegar a complicar del 2 al 5% de las gestaciones y está explicada por diversas entidades que se enumeran en la **tabla 1**.

Causas de hemorragia obstétrica de segundo y tercer trimestre

Uterina

- Abrupcio de placenta
- Placenta previa
- Trabajo de parto pretérmino
- Ruptura uterina

Cervical y vaginal

- Ectropión
- Pólipo cervical
- Desgarro/laceración vaginal o vulvar
- Vaginitis
- Tumores

Fetal

- Vasa previa
- Pérdida de embarazo en el segundo trimestre

Otras

- Desórdenes de la coagulación
- Trauma abdominal
- Causa desconocida

Tabla 1. Causas de hemorragia obstétrica en 2do y 3er trimestre. Creada a partir de: *Sakornbut E, Leeman L FP. Late pregnancy bleeding. Disponible en: <https://shastahealth.org/sites/default/files/residency/Late-Pregnancy-Bleeding.pdf>*

Evaluación y tratamiento inicial

El primer paso en la atención es realizar una anamnesis ágil y completa que ayude a discernir una posible etiología y su gravedad.

Se debe indagar por la frecuencia y la extensión del sangrado, que puede ir desde manchado leve intermitente, hasta

hemorragia masiva aguda con inestabilidad hemodinámica. Preguntar por correlación con trauma, actos sexuales o procedimientos realizados. También es importante saber los síntomas asociados como dolor abdominal, contracciones y disminución de los movimientos fetales.

Los reportes de ecografías anteriores pueden orientar hacia anomalías de la inserción placentaria o del cordón,

hematomas retrocoriales y signos de abrupcio crónico como oligohidramnios, restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) y redistribución del flujo sanguíneo cerebral con disminución del índice de pulsatilidad de la arteria cerebral media (3).

En el examen físico se evaluarán los signos vitales y el estado de conciencia, para clasificar a la paciente en la escala de choque y guiar el tratamiento (4). Se debe evaluar el tono uterino, la fetocardia, realizar especuloscopia para estimar el sangrado, valorar la dilatación cervical e inspeccionar el canal vaginal en busca de lesiones. Se contraindica realizar tacto vaginal ante la posibilidad de empeoramiento del sangrado por placenta previa (5).

En presencia de hemorragia obstétrica mayor a 1000 ml y/o signos de choque en la mujer gestante, se recomienda activar código rojo. En los primeros 20 minutos se recomienda (4):

- Tomar y registrar los signos vitales cada 5 minutos, cerciorándose de tomar medidas para su normalización.
- Canalizar 2 venas con catéter #14-16.
- Evaluar gasto urinario a través de sonda vesical.
- Desviar el útero materno a la izquierda para evitar la compresión aorta-cava.
- Sangrar para hemoglobina, hematocrito, plaquetas, tiempos de coagulación (TP, TTP), fibrinógeno y hemoclasificación si esta se desconoce.
- Perfundir cristaloides precalentados a 39°C en bolos de 500 cc cada 5 minutos previa valoración de los parámetros clínicos.
- Transfundir 2 unidades de glóbulos rojos “O negativo” sin pruebas cruzadas en hemorragia grave. Cuando esté disponible la sangre específica con pruebas cruzadas continuar la transfusión a necesidad. En choque leve y moderado, hacer reserva de hemocomponentes por si llegaran a requerirse.
- Monitorizar el feto continuamente si hay viabilidad fetal

Durante este proceso el médico encargado debe pensar en los posibles diagnósticos para hacer tratamiento según la

causa.

Tratamiento dirigido

Placenta previa:

Hace referencia a la presencia de tejido placentario que se extiende sobre el orificio cervical interno. Una placenta de implantación baja ocurre cuando el borde de la placenta está a menos de 20 mm del orificio cervical interno, pero no lo cubre (6).

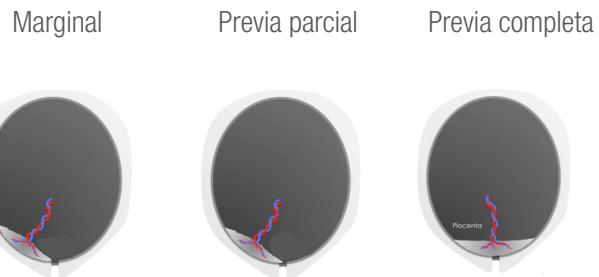


Gráfico 1. Clasificación placenta previa

Adaptado de: Dr. Yuranga Weerakkody and Radiopaedia.org.
Disponible en: https://www-dynamamed-com.udea.lookproxy.com/condition/placenta-previa#overview_management

La placenta previa se presenta aproximadamente en 4/1000 nacimientos. Se desconoce su etiología exacta, pero la hipótesis más aceptada es que la implantación del trofoblasto o su crecimiento unidireccional hacia la cavidad uterina inferior, se ve facilitada por hipoperfusión del fondo uterino en relación con condiciones que lo favorecen. Los factores de riesgo más importantes para su aparición son el antecedente de placenta previa y partos por cesárea en embarazos anteriores, pero también se ha visto relación con gestación múltiple, procedimientos quirúrgicos uterinos previos, multiparidad, edad materna avanzada, embarazo producto de técnicas asistidas de la reproducción, tabaquismo y feto masculino en el embarazo actual (7).

La presentación más común de la placenta previa es un hallazgo ecográfico asintomático, sin embargo, hasta el 90% de los diagnósticos realizados antes de las 20 semanas, resuelven previo al parto. Cuando la placenta se extiende más de 25 mm sobre el orificio cervical interno (OCI) en una ecografía de la semana 18-24, la probabilidad que continúe

XXXI Curso de actualización en **GINECOLOGÍA** **Y OBSTETRICIA**



con placenta previa en el momento del parto es entre 40-90 %, si la placenta se prolonga más de 55 mm esta probabilidad asciende a 100%. Ocurre mayor persistencia de placenta previa en placentas que se ubican en la cara posterior del útero y cuando la edad gestacional al diagnóstico es avanzada. La ecografía transvaginal en estas gestantes proporciona alta tasa de sensibilidad y especificidad para el diagnóstico. Se puede realizar de forma segura teniendo la precaución de no tocar el cérvix y ayuda a confirmar placenta acreta, que se encuentra de forma simultánea hasta en el 3-15% de los casos (6).

El otro escenario clínico es el inicio de sangrado vaginal, el cual ocurre hasta en el 60% de las pacientes antes de la semana 36, sucede ser rojo, recurrente y solo se acompaña de dolor en el 10-20% de los casos. A las maternas a quienes se les determine placenta previa y presenten disminución o remisión de los síntomas, se les debe brindar manejo expectante, el cual consiste en (6)(7):

- Seguimiento con ecografía transvaginal a las 32 y 36 semanas.
- Suministrar corticosteroides de maduración fetal si se encuentra entre la semana 24-35 y se prevé parto en los siguientes 7 días, o si tiene otros factores de alto riesgo para parto pretérmino.
- No se recomiendan los tocolíticos, a menos que, haya actividad uterina y necesidad de traslado a mayor nivel de complejidad o mientras se aplica el esteroide. De ser necesario, se prefiere el uso de nifedipino sobre indometacina, puesto que, no interfiere con la agregación plaquetaria.
- Tratar la anemia secundaria con hierro oral o parenteral.
- Suministrar inmunoglobulina anti-D si es RH negativo y no hay sensibilización.
- Instruir a la paciente para que evite las relaciones sexuales penetrativas, la aplicación de duchas vaginales o inserción de otros elementos que tengan contacto con el cérvix dado que pueden desencadenar sangrado.
- El uso de pesos y progesterona con el único fin de evitar parto prematuro por placenta previa, no se recomienda por

ausencia de evidencia de calidad, y el cerclaje no está aconsejado para prevención de sangrados, pero en caso de requerirse por incompetencia cervical, la placenta previa no lo contraindica.

La decisión de brindar seguimiento ambulatorio vs hospitalario se debe individualizar y depende de las condiciones socioeconómicas de la paciente, su acceso efectivo y rápido a centros de salud especializados, adherencia a las recomendaciones y capacidad de identificar los signos de alarma (6).

Si en la ecografía de seguimiento en las 32 o 36 la placenta se encuentra a más de 20 mm, para la sociedad británica (RCOG), o entre 11-20 mm, según la canadiense (SOGC), se debe ofrecer parto vaginal a término si no hay otras contraindicaciones (6)(7). Por el contrario, quienes persistan con placenta previa a la semana 36, se programan para cesárea electiva entre las 36 a 38 semanas.

El parto por cesárea urgente o entre la semana 34-36, se reserva para pacientes con sangrado, placenta previa y trabajo de parto activo, hemorragia grave y persistente, inestabilidad hemodinámica que no mejora y para aquellas con monitoreo fetal categoría III. No se recomienda el uso de tocolíticos en este escenario, puesto que, el nifedipino puede disminuir aún más la presión arterial y no se debe dilatar la atención materna por suministrar maduración fetal o alcanzar viabilidad en cuadros críticos. Al momento de la cirugía, se debe conocer la ubicación de la placenta para evitarla en la histerotomía y de ser necesario, se pueden practicar incisiones verticales explicando a la madre los riesgos en embarazos posteriores. Si se secciona la placenta durante la cirugía, se debe pinzar el cordón umbilical de forma rápida para evitar anemia neonatal (6)(7).

Abrupcio placentario:

Resulta de la separación prematura de una placenta normalmente implantada de la pared uterina. Ocurre en 3-10/1000 nacidos vivos, puede ser aguda o crónica y su morbilidad está asociada con el porcentaje de desprendimiento. Genera desde sangrado escaso, oligohidramnios, RCIU hasta coagulación intravascular diseminada (CID), muerte de la madre y/o muerte fetal (8)(9).

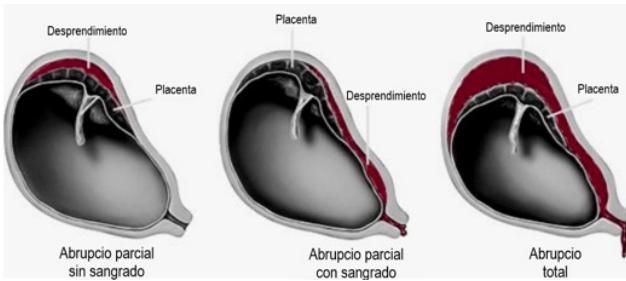


Gráfico 2. Clasificación del abrupcio placentario

Adaptado de: *clínicas médicas primero; abrupcio de placenta.*
Disponible en: <https://clinicasmedicasprimero.wordpress.com/2017/07/31/desprendimiento-prematuro-de-placenta/>

Los eventos agudos generan tensión sobre la interfaz, entre el miometrio que es flexible y la placenta que no lo es, provocando fuerzas de cizallamiento con ruptura aguda de arterias o venas y sangrado que se extiende y diseca el espacio placentario-decidual, resultando en separación total o parcial de la placenta y estado fetal no tranquilizador subsecuente o muerte, cuando el abrupcio alcanza el 50%. Por la liberación masiva del factor tisular, hay consumo de factores de coagulación maternos que propician mayor sangrado y CID. En el desprendimiento crónico hay anomalías en las arterias espirales con necrosis, inflamación e infartos placentarios, dando lugar a sangrado venoso de baja presión, usualmente marginal y autolimitado, pero dejando como secuela insuficiencia placentaria y sus manifestaciones (8)(9).

Los principales factores de riesgo para abrupcio incluyen trauma, hipertensión materna, malformaciones uterinas, consumo de cigarrillo, uso de cocaína en el embarazo y antecedente de abrupcio en embarazo previo, también puede precipitarse al momento de un parto múltiple, secundario a la descompresión súbita por el nacimiento del primer feto, o en polihidramnios, al romperse las membranas (10).

El diagnóstico es netamente clínico y se confirma con la inspección placentaria posterior al parto. Debe sospechar en una paciente con hipertensión o taquisistolia uterina asociado a sangrado vaginal de color rojo oscuro variable, y disminución de movimientos o bradicardia fetal, no siempre se cumplen todos los signos y síntomas lo cual dificulta el diagnóstico. Se debe realizar ecografía transvaginal para descartar otras etiologías de hemorragia como placenta previa, antes de realizar tacto vaginal, pero usualmente en la ecografía no se

encuentran signos de abrupcio (11). La vía y el momento del parto están determinados por el escenario clínico (10).

Ante abrupcio grave con feto vivo y madre con complicaciones como inestabilidad hemodinámica, CID o sufrimiento fetal, se debe realizar cesárea emergente posterior a la estabilización y corrección de la coagulopatía. Si hay muerte fetal se debe considerar inducción del parto, a menos que, haya indicación obstétrica de cesárea. Las membranas ovulares deben romperse lo antes posible para disminuir la presión intrauterina y evitar el deterioro en la coagulación (11). La transfusión sanguínea está indicada en mujeres con sangrado continuo, signos de choque o parámetros de laboratorio alterados. Es común encontrar el fibrinógeno críticamente bajo (≤ 200 mg/dL) en desprendimientos graves, en consecuencia, el uso temprano de crioprecipitado a menudo es parte de la reanimación. En mujeres Rh negativas no sensibilizadas, se debe administrar inmunoglobulina anti-D, incluso si ya ha recibido dosis profiláctica previa (8)(9)(11).

Si hay abrupcio leve a moderado, bienestar materno-fetal y el binomio se encuentra en la semana 37 o más de gestación, se debe proceder con inducción del trabajo de parto. Usar monitoreo fetal electrónico continuo si hay sangrado persistente y efectuar manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto para evitar hemorragia. En pacientes con embarazos menores de 37 semanas, pero estado materno-fetal tranquilitador y abrupcio autolimitado, se puede ofrecer manejo expectante, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Signos vitales maternos y fetales de forma constante e intrahospitalaria
- Crecimiento fetal con biometrías seriadas
- Actividad uterina y cambios cervicales: se puede usar tocolíticos cuando se prevé parto, mientras se suministra corticoesteroides (8)(12). Aplicar sulfato de magnesio intravenoso en menores de 32 semanas para neuroprotección fetal, y profilaxis para estreptococo del grupo B según indicación.

Se sugiere cesárea inmediata si el trazado de la frecuencia cardíaca fetal no es tranquilizadora o si hay signos de compromiso materno en cualquier momento durante el manejo expectante.

Se recomienda monitoreo intensivo de signos vitales, hemograma seriado y estudios de coagulación después del parto, hasta que la paciente esté clínicamente estable (8)(9) (11). En partos subsecuentes, las mujeres con antecedente de abrupcio se deben clasificar de alto riesgo obstétrico y se debe considerar realizar biometría fetal cada 4 semanas desde la semana 20, para evaluar la perfusión útero-placentaria durante el nuevo embarazo (8).

Ruptura uterina

La ruptura uterina es una complicación rara, pero potencialmente mortal tanto para la madre como para el feto, puede ocurrir antes o durante el parto y ser parcial o total, según resalte o no la serosa uterina. Frecuentemente está relacionada con antecedentes quirúrgicos como cesárea, miomectomía o corrección de ruptura uterina anterior, pero también puede ocurrir sin estos factores de riesgo en mujeres con trabajo de parto distóxico, trauma obstétrico, multíparas, malformaciones uterinas o con gestación múltiple (13).

Presenta una incidencia de 0.06/1000 nacidos vivos en úteros sin cicatriz y de 2.2/1000 nacidos cuando hay presencia de esta, el porcentaje se incrementa si se permite trabajo de parto en paciente con cesárea previa (TOLAC por sus siglas en inglés) y a medida que se tiene mayor número de cicatrices uterinas, más altos son los casos de ruptura (13). Se debe sospechar en mujeres con taquisistolia, dolor abdominal agudo que no es igual a las contracciones que venía sintiendo en el trabajo de parto, dolor que no mejora a pesar de epidural, cambio súbito del patrón de contracciones, bradicardia fetal o ascenso de la presentación (14)(15). La ecografía y tomografía, como segunda opción, pueden considerarse en pacientes con estabilidad hemodinámica y cuadros subagudos, pero finalmente el diagnóstico se confirma en cirugía (16).

El tratamiento consiste en estabilizar a la paciente y llevarla a cesárea emergente, dada la premura del parto se prefiere cirugía bajo anestesia general. La decisión de realizar corrección de la ruptura uterina o histerectomía depende de múltiples factores, entre ellos destaca la paridad satisfecha, la extensión de la ruptura y la facilidad para controlar el sangrado (15), se prefiere la preservación del útero, siempre que sea posible.

Después de la resolución de la hemorragia posparto, la

paciente debe continuar en observación hasta que tenga estabilidad hemodinámica y se debe verificar la necesidad de transfusión o suplementos de hierro para el tratamiento de la anemia. En cuanto a la prevención, el colegio americano de ginecología y obstetricia (ACOG), desaconseja realizar técnicas de cesárea con histerotomía del fondo uterino (clásica, en T o J invertida) o vertical alta, inducción del trabajo de parto con prostaglandinas, uso de oxitocina sin indicación en paciente en TOLAC, ofrecer TOLAC ni prolongar el embarazo más de las 37 semanas en pacientes con antecedente de ruptura uterina(14), sin embargo ninguno de estos factores solos o en combinación es lo suficientemente confiable para predecir la ruptura, al igual que no hay datos del grosor endometrial, medido por ecografía, que garanticen disminución en la tasa de eventos, aunque algunos autores consideran que un grosor del segmento menor de 2 mm es predictivo de mayor riesgo de ruptura (17)(15).

Conclusión

La hemorragia obstétrica anteparto requiere pronto reconocimiento, evaluación y tratamiento para lograr la disminución en la morbilidad materno perinatal. Es importante estabilizar a la paciente en los primeros minutos de la atención e identificar la etiología del sangrado, brindando tratamientos definitivos según los escenarios clínicos y la etiología.

Bibliografía:

1. Organización Panamericana de la Salud/ Organización mundial de la Salud (OPS/OMS) y su Centro Latinoamericano de Perinatología S de la M y R (CLAP/SMR). Cero muertes maternas por hemorragia [Internet]. 2019. Available from: <https://www.paho.org/es/cero-muertes-maternas>
2. Instituto nacional de salud. Informe de evento: mortalidad materna extrema, periodo epidemiológico XII Colombia, 2022.[Internet]. Available from: <https://www.ins.gov.co/busador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20PE%20XII%202022.pdf#search=mortalidad%20materna%202%20periodo%202022>
3. Morales-Roselló J, Khalil A, Akhounova F et al. Doppler cerebral y umbilical fetal en embarazos complicados por desprendimiento prematuro de placenta. J Matern

FetalNeonatal Med. 2017;30:1320.

4. Velez-Alvarez G, Agudelo-Jaramillo B G-DJ et al. Código rojo: guía para el manejo de la hemorragia obstétrica. Rev Colomb Obs Ginecol [Internet]. 2009;60:34–48. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000100006
5. Sakornbut E, Leeman L FP. Late pregnancy bleeding. Am Fam Physician [Internet]. 2007;75(8):1199–206. Available from: <https://shastahealth.org/sites/default/files/residency/Late-Pregnancy-Bleeding.pdf>
6. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide AG et al. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management: Green-top Guideline No. 27a. BJOG An Int J Obstet Gynaecol [Internet]. 2018;126(1):e1–48. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.15306>
7. Jain V, Bos H BE. Guideline No. 402: diagnosis and management of placenta previa. J Obstet Gynaecol Canada. 2020;42(7):906–17.
8. Oyelese Y AC. Placental abruption. Obs Gynecol [Internet]. 2006;108(4):1005–16. Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2006/10000/Placental_Abruption.26.aspx
9. Hladky K, Yankowitz J HW. Placental abruption. Obstet Gynecol Surv [Internet]. 2002;57(5):299–305. Available from: https://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/2002/05000/Placental_Abruption.22.aspx
10. Hall D. Abruptio placentae and disseminated intravascular coagulopathy. Semin Perinatol [Internet]. 2009;33(3):189–95. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000509000093?casa_token=2FPxaYgy0dYAAAAA:2nE1ljLM6nGbtb7mZUc6lOS1Q1ZF2WrSvB0aOsWUuo9wTGL7VbEU3sg-5IQV04bchKVuub5NjU
11. Thomson A, Ramsay J RD. Antepartum Haemorrhage-Green-top Guideline No. 63. R Coll Obstet Gynaecol [Internet]. 2011; Available from: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/antepartum-haemorrhage-green-top-guideline-no-63/>
12. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 713: antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. Obstet Gynecol [Internet]. 2017;130(2):e102–9. Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2017/08000/Committee_Opinion_No__713__Antenatal.59.aspx
13. Al-Zirqi I VS. Prelabour uterine rupture: characteristics and outcomes. BJOG An Int J Obstet Gynaecol [Internet]. 2020;127(13):1637–44. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.16363>
14. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG practice bulletin no. 205: Vaginal birth after cesarean delivery. Obs Gynecol [Internet]. 2019;13(2):e110–27. Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2019/02000/ACOG_Practice_Bulletin_No__205__Vaginal_Birth.40.aspx
15. No GG. Birth after previous caesarean birth. R Colleague Obstet Ginaecologists [Internet]. 2015; Available from: https://sdb.unipd.it/sites/sdb.unipd.it/files/VBAC_RCOG_2015.pdf
16. Aboughalia H, Basavalingu D, Revzin M et al. Imaging evaluation of uterine perforation and rupture. Abdom Radiol [Internet]. 2021;46(10):4946–66. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00261-021-03171-z>
17. Kok N, Wiersma I, Opmeer BC et al. Sonographic measurement of lower uterine segment thickness to predict uterine rupture during a trial of labor in women with previous Cesarean section: a meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol [Internet]. 2013;42(2):132–9. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/uog.12479>