

# **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

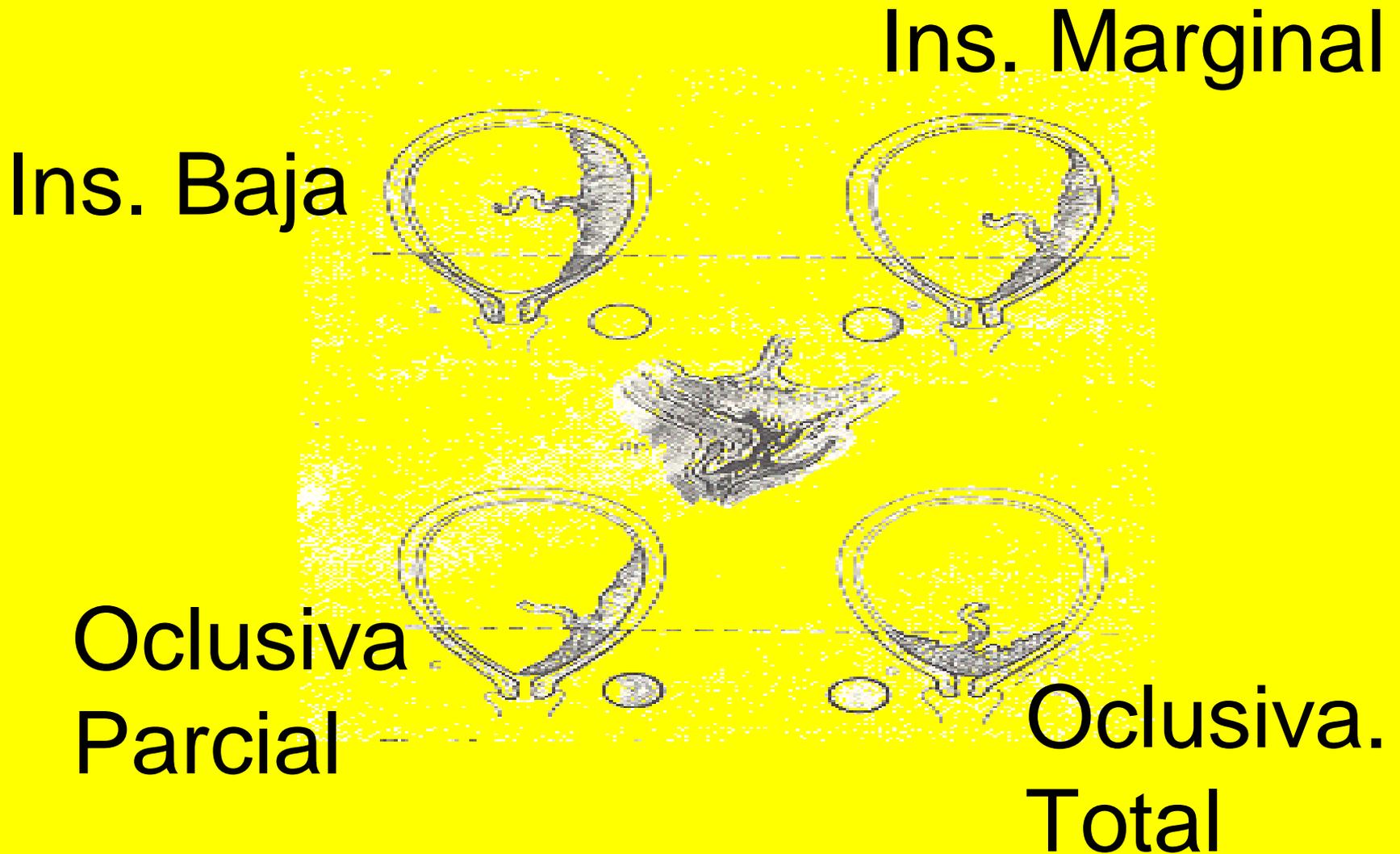
↓ Lateral o inserción baja

◇ 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.

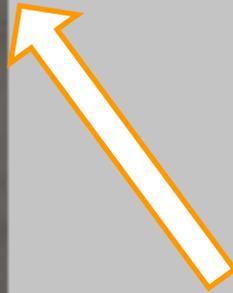
3  
CRL  
Hansman

4  
BPD  
Hansman

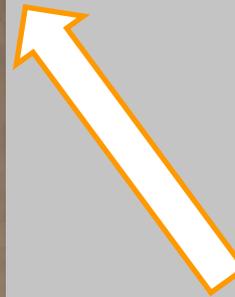
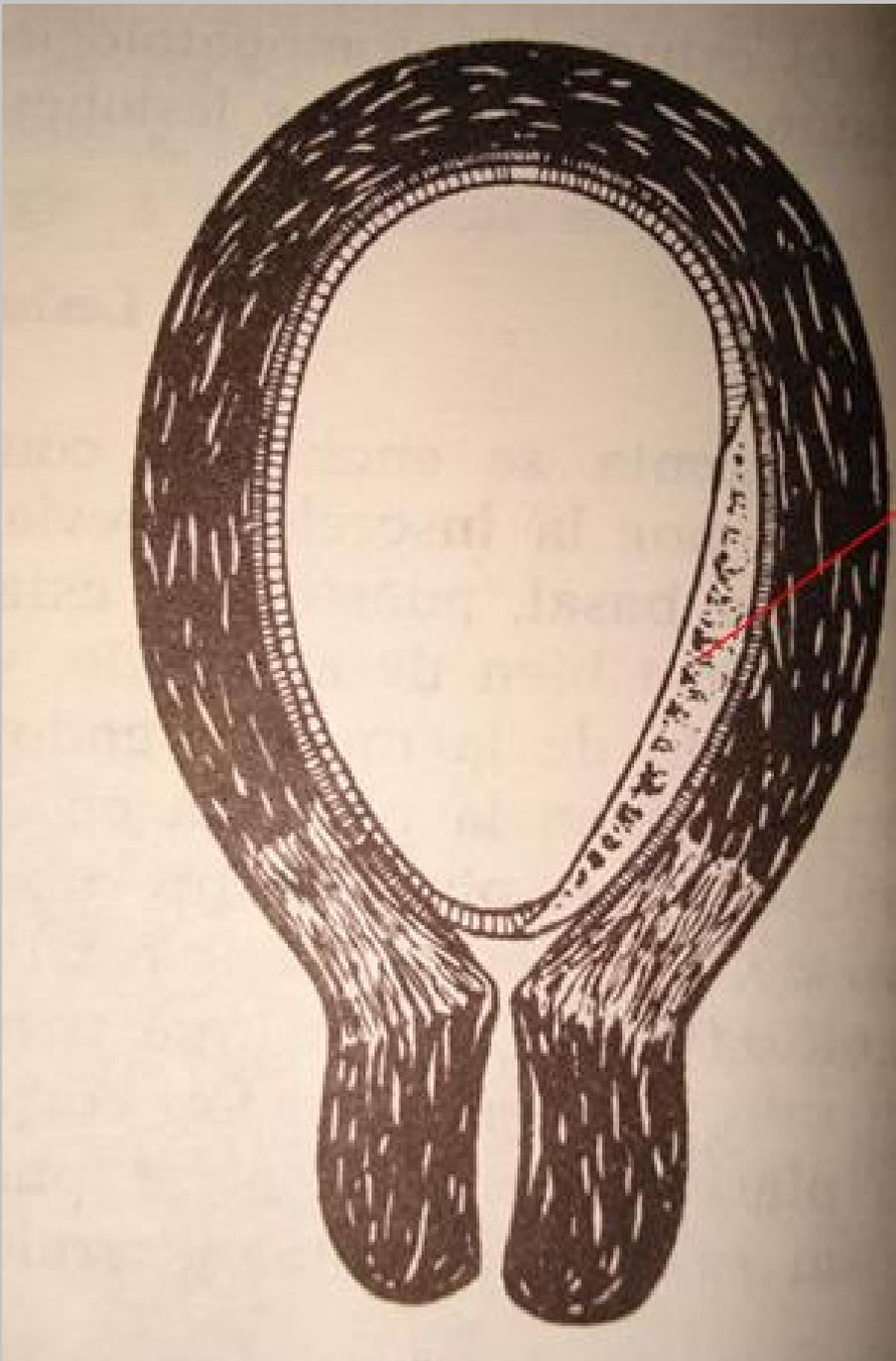
5  
FL  
Hansman

MEASURE  
B-1  
6  
Next  
Page

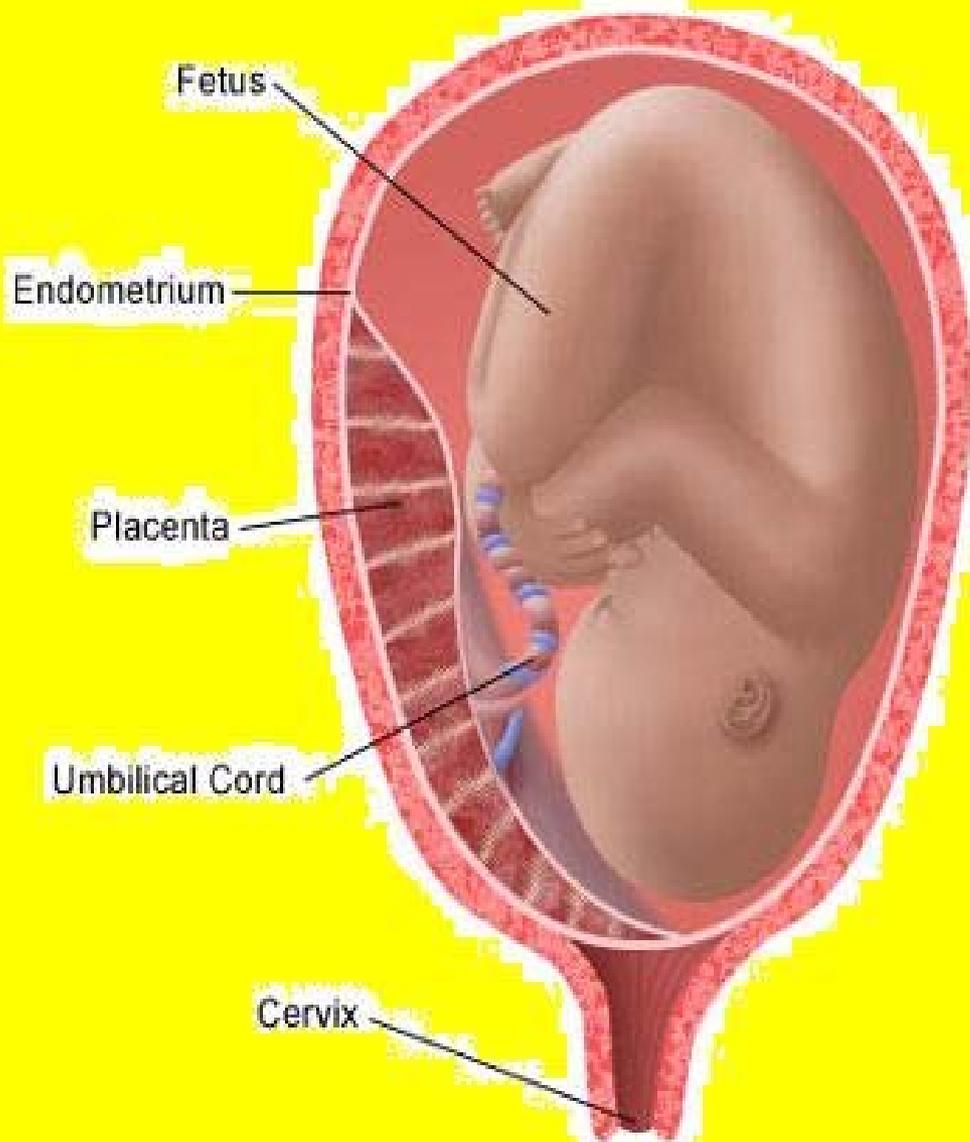




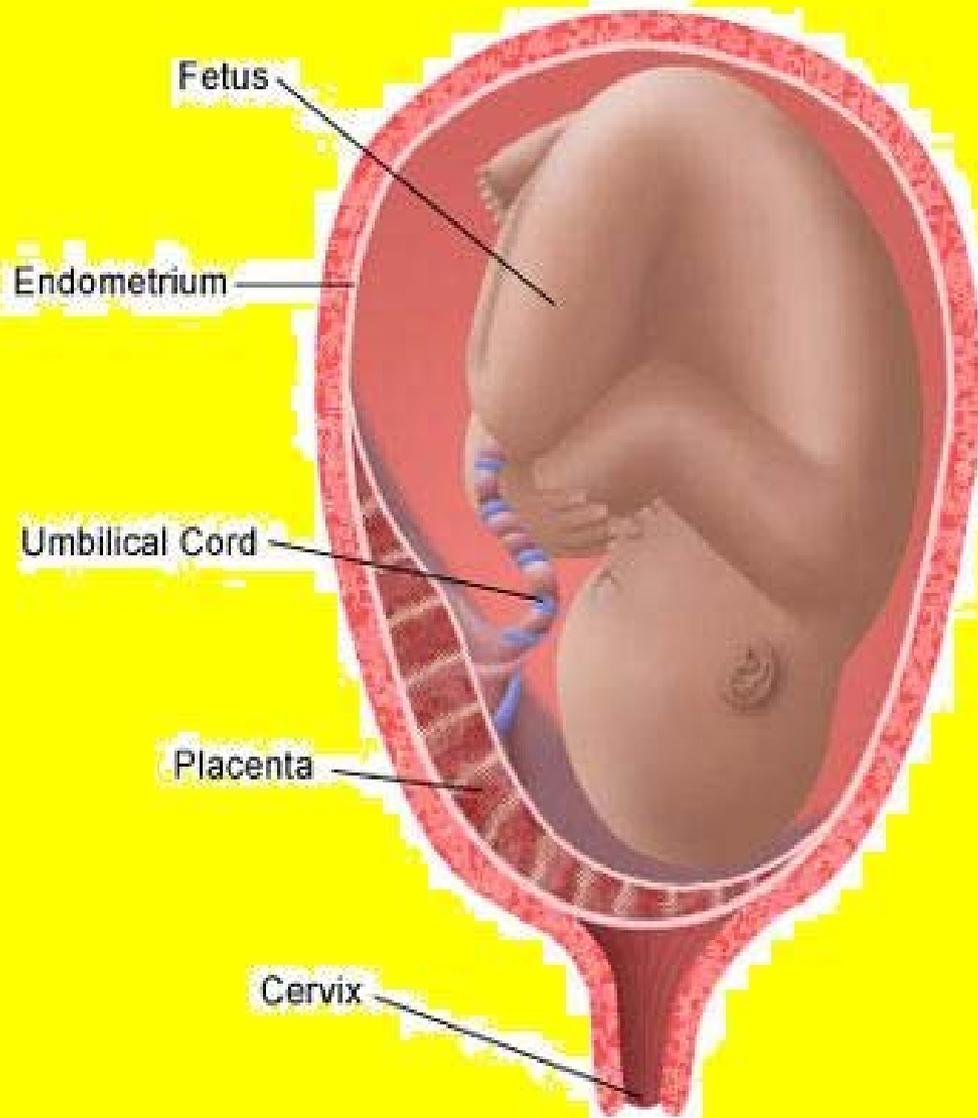
**Inserción baja  
de la placenta**



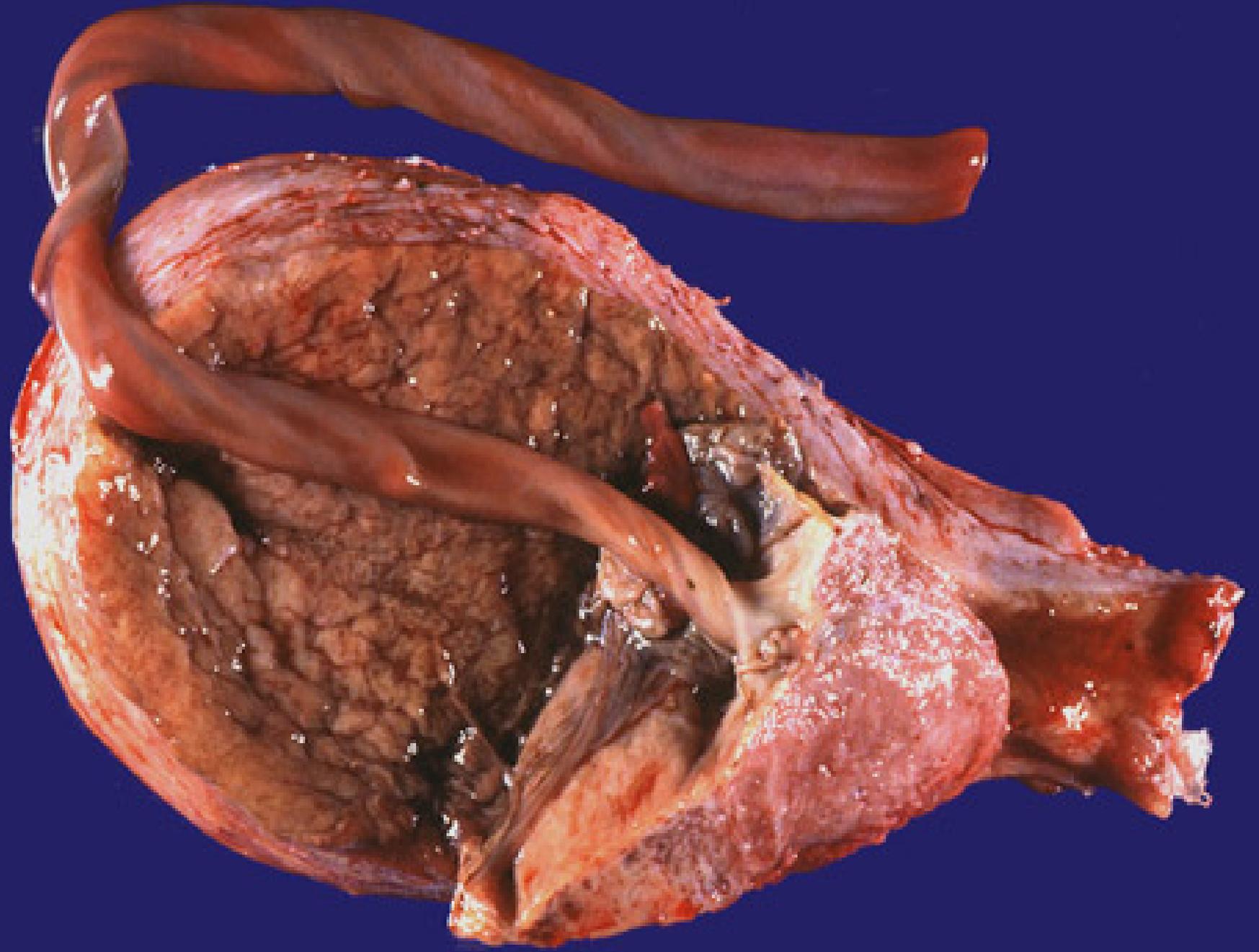
**Placenta previa  
marginal**



**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

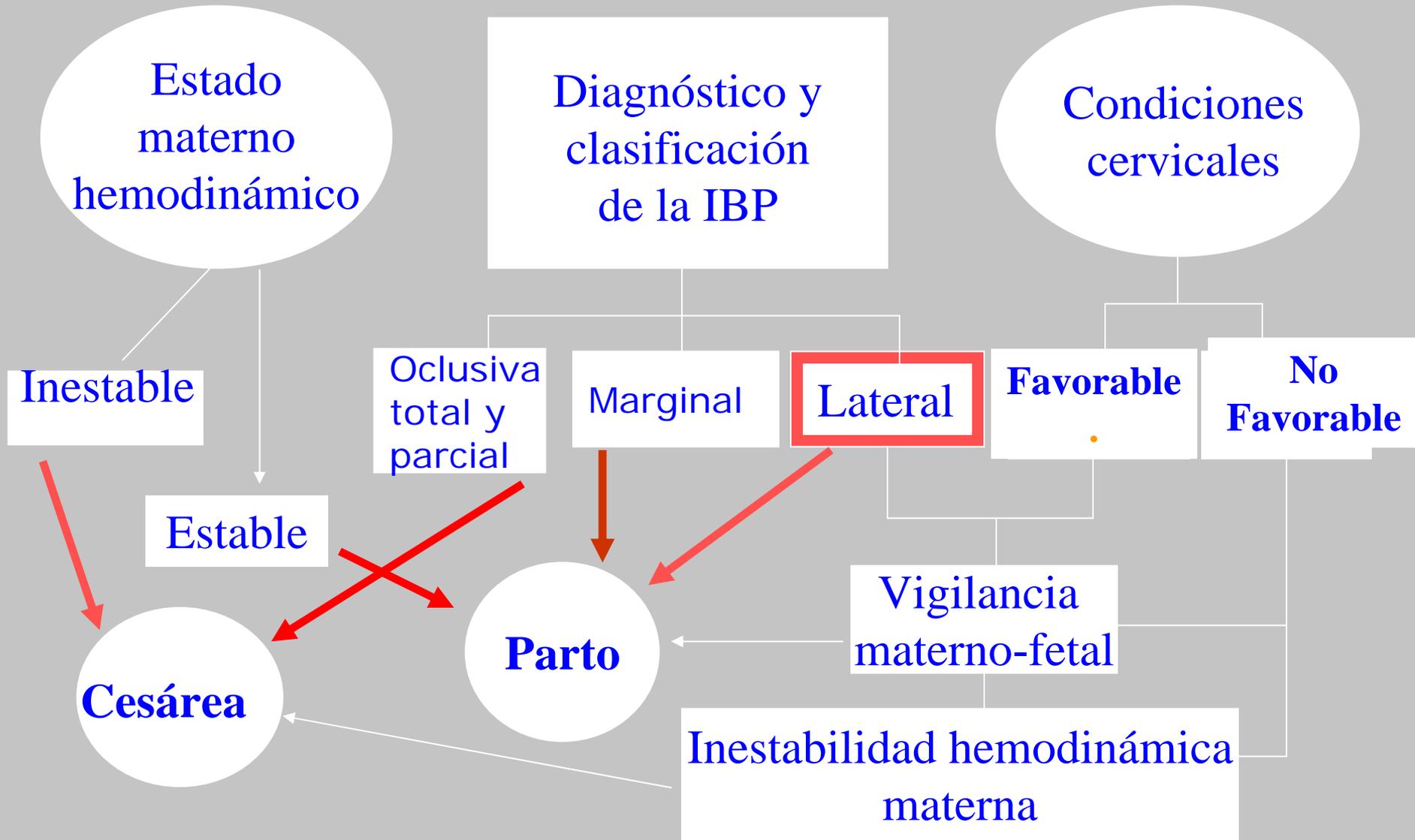
- Sedación uterina
- Corrección de cifras Hb
- Uso de corticosteroides

### 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

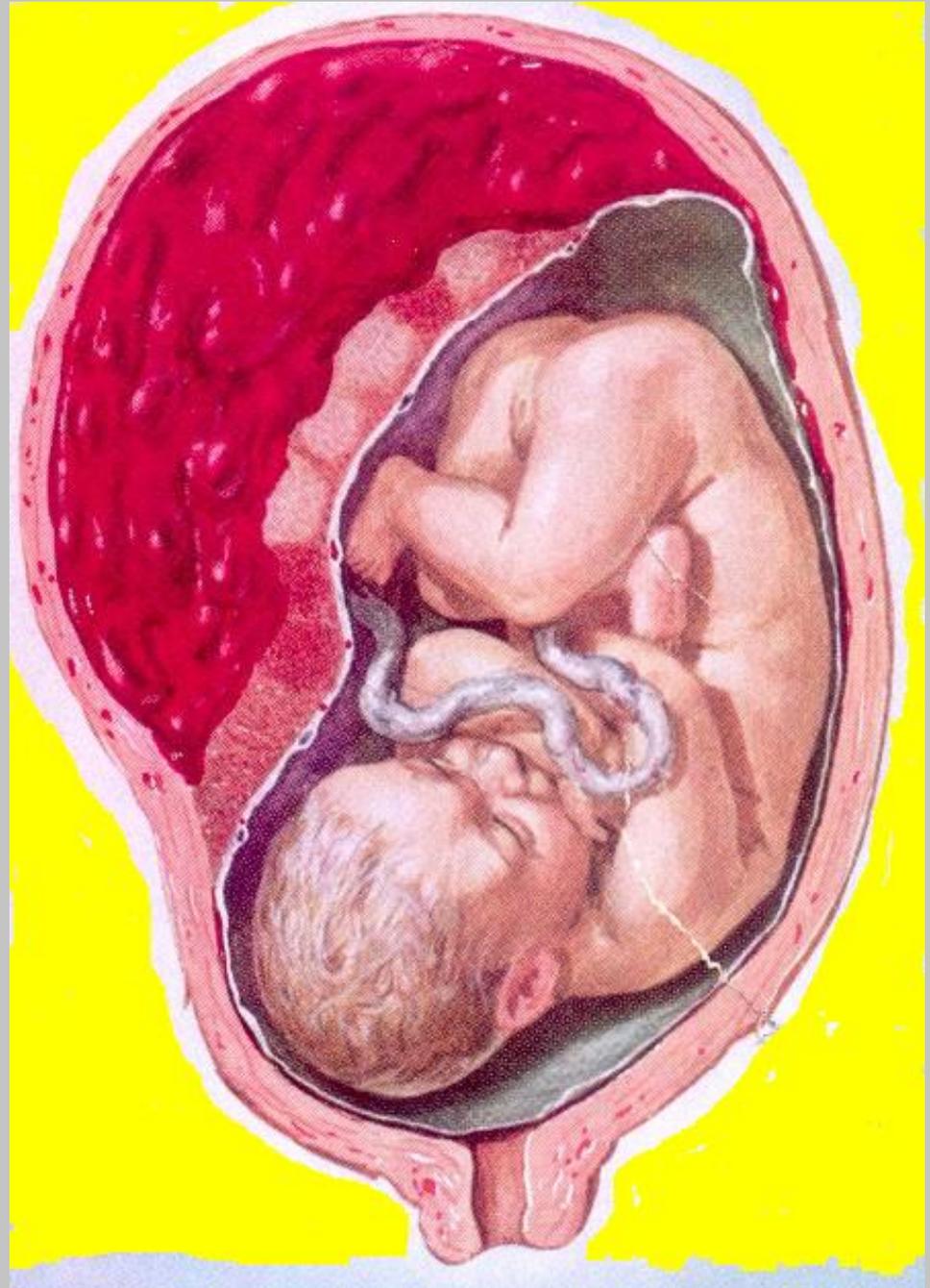
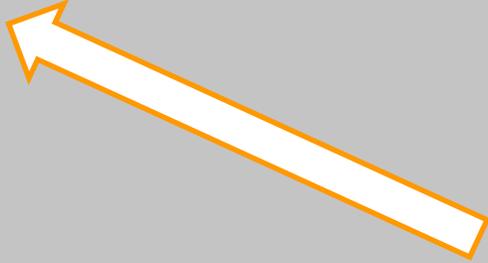
# CUADRO CLÍNICO

## Según la extensión:

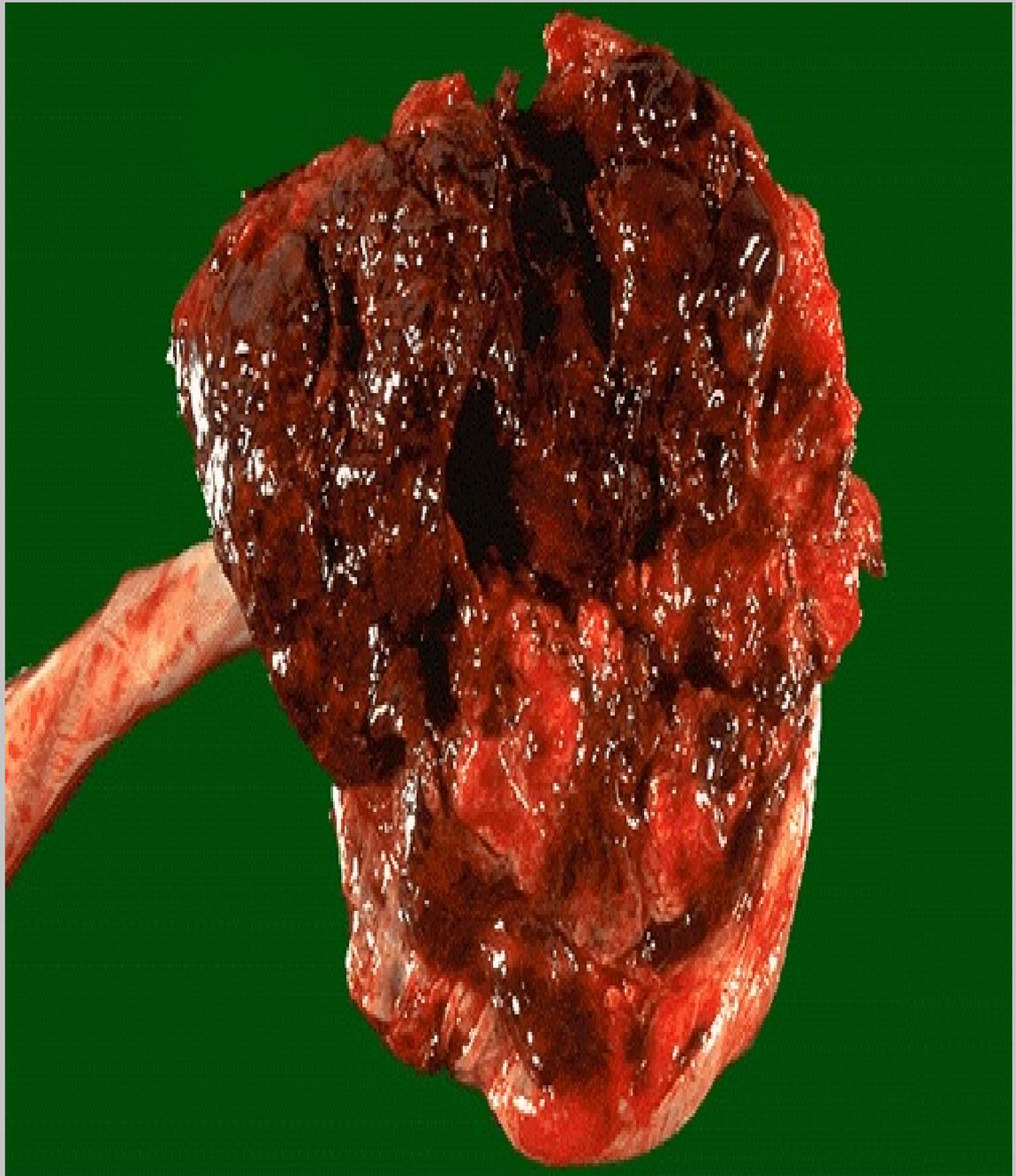
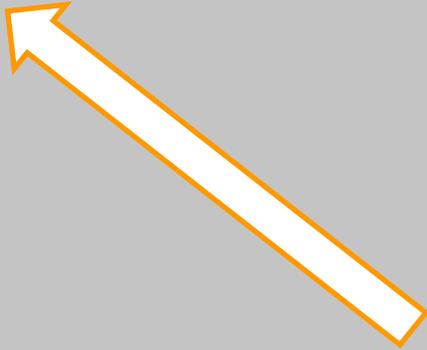
❖ **LEVE:** Superficie placentaria desprendida < 20 - 30 % Volumen: 150 - 500 ml

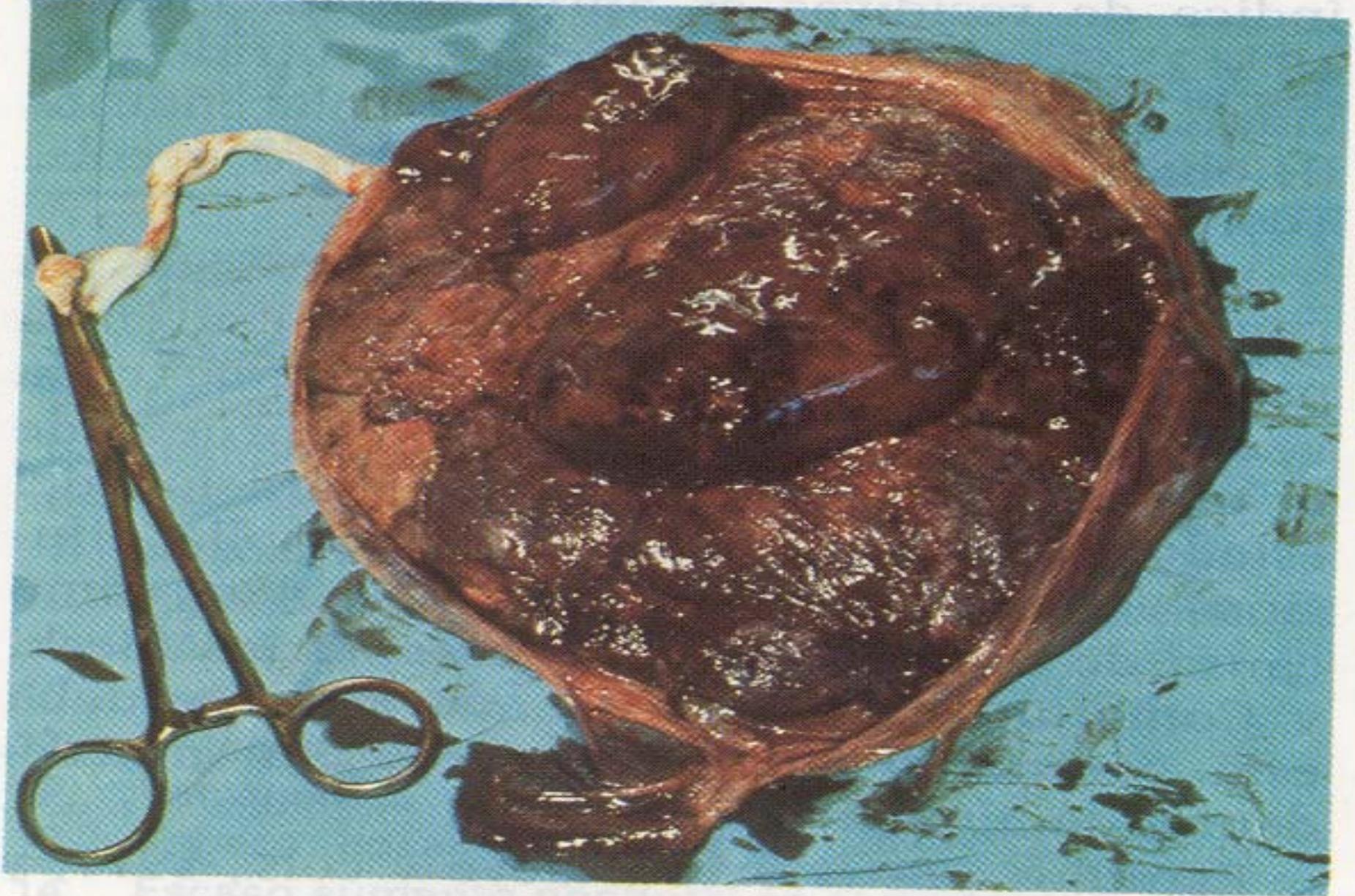
❖ **GRAVE:** Superficie placentaria desprendida > 40 - 50% Volumen: > 500 ml

# 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

<b>Síntomas y signos</b>	<b>DPPN</b>	<b>P Previa</b>	<b>Rotura U</b>
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)

<b>Síntomas y signos</b>	<b>DPPN</b>	<b>P Previa</b>	<b>Rotura U</b>
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](http://www.cedip.cl) Pag 27 -48.

