

## **1. HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE**

### **2. TEMA 50**

- 3. CODIGO DE CIE-10:** O450 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA CON DEFECTO DE LA COAGULACION  
 O459 DESPRENDIMIENTO PREMATURO SIN OTRA ESPECIFICACION  
 O440 PLACENTA PREVIA CON ESPECIFICACION DE QUE NO HUBO SANGRADO  
 O441 PLACENTA PREVIA CON HEMORRAGIA  
 O710 RUPTURA UTERINA ANTES DEL INICIO DE TRABAJO DE PARTO  
 O623 TRABAJO DE PARTO PRECIPITADO

### **4. RESPONSABLE: JORGE ANTONIO CUBIDES AMEZQUITA<sup>1</sup>. VIVIANA ROMERO NOSSA<sup>2</sup>.**

**GENERALIDADES:** Son sangrados genitales que ocurren en el tercer trimestre de gestación en los cuales se ha descartado trastornos locales no obstétricos como pólipos, varices, tumores, lesiones inflamatorias, discrasias sanguíneas. Las principales causas de hemorragia uterina del tercer trimestre se encuentra: El *Abruptio de placenta* se caracteriza por un desprendimiento parcial o total de la placenta normoinserta. *Placenta previa* es la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero que cubre parte o todo el orificio cervical interno anteponiéndose al feto en el parto vaginal. *La ruptura uterina* que se produce por el desgarro del útero intacto o por dehiscencia de una cicatriz; que puede ocurrir durante el último trimestre del embarazo, el trabajo del parto o durante el parto.

### **FACTORES DE RIESGO**

<b>ABRUPTIO DE PLACENTAE</b>	<b>PLACENTA PREVIA</b>	<b>RUPTURA UTERINA</b>
1. TRAUMATISMO 2. CORDON UMBILICAL CORTO 3. POLIHIRAMNIOS 4. EMB. GEMELAR 5. TUMOR UTERINO 6. HIE 7. ALCOHOL 8. PUNCION ACCIDENTAL DE PLACENTA	1. MULTIPARIDAD 2. EDAD AVANZADA 3. INFLAMACION DE CUERPO Y SEGMENTO UTERINO 4. CICATRICES DEL SEGMENTO 5. TUMORES DE FONDO UTERINO 6. EMBARAZO GEMELAR 7. PLACENTA GRANDE 8. ANTECEDENTE DE ABORTO INDUCIDO	1. LESION UTERINA PREVIA 2. CIRUGIA DE MIOMETRIO 3. LESION UTERINA DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL 4. POLISISTOLIA 5. OXITOCICOS 6. SOBREDISTENSION UTERINA 7. PARTO INSTRUMENTADO 8. PLACENTA PERCRETA 9. GRAN EXTRACCION PODALICA 10. PRESION FUNDICA VIGOROSA

### **CLASIFICACION:**

#### Abruptio de Placenta:

Grado I: Sin repercusión perinatal, diagnóstico posparto.

Grado II. Clínica clara de abruptio y feto vivo con estado fetal alterado.

Grado III: Óbito fetal secundario.

#### Placenta Previa:

*Previa:* La que cubre parcial o totalmente el OC<sup>3</sup>

*Marginal:* La que se halla máximo a 3 cm. del OCI sin cubrirlo.

<sup>1</sup> Médico Cirujano de la Universidad Nacional, Especialista en Auditoria de Servicios de Salud, Especialista en Gerencia Hospitalaria, Líder de Programa de Servicios Ambulatorios de Urgencias y Consulta Externa del Hospital de Yopal ESE.

<sup>2</sup> Médico Interno Hospital de Yopal ESE, Universidad Nacional.

<sup>3</sup> OCI: Orificio Cervical Interno

Ruptura Uterina:

Completa: Cuando la ruptura se extiende a toda la pared uterina hasta cavidad peritoneal

Incompleta: Cuando el peritoneo visceral continua intacto

**5. CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA:** Las Hemorragias del tercer trimestre son la tercera causa de morbilidad y mortalidad materna en el país. Los sangrados genitales de la segunda mitad del embarazo complican 6% de las gestaciones. Las causas son placenta previa en 13%, abruptio en 7%. Y secundario a trabajos de parto pretérmino o a término, o secundarios a lesiones locales del tracto genital inferior en 80%. En algunos casos no se logra identificar el lugar del sangrado.

**6. DIAGNOSTICO CLINICO:** Es importante la realización de una completa historia clínica, que incluya los antecedentes ginecobstétricos. Se debe igualmente realizar evaluación de la presencia de fetocardia la cual se debe corroborar con el doppler fetal y hacer el claro registro en la historia clínica de la presencia de este o no.

Aborto de Placenta:

- a. Hemorragia vaginal: Puede no observarse hemorragia externa por que la sangre se retiene detrás de la placenta y permanece sus bordes adheridos a la pared uterina o porque la sangre tiene acceso a la cavidad amniótica a través de las membranas, estando la cabeza fetal aplicada sobre el segmento uterino impidiendo que fluya al exterior la sangre.
- b. Dolor intenso espontáneo o a la palpación del útero, el útero se palpa hipertónico.
- c. Sufrimiento fetal.
- d. Polisistolía.
- e. Muerte fetal.
- f. Shock hipovolémico: Según el grado de hemorragia y compromiso del sistema de coagulación

Placenta Previa:

- a. Hemorragia vaginal no dolorosa, suele aparecer al final del segundo trimestre y generalmente con varios episodios.
- b. La palpación del útero es normal en tono y no despierta dolor, la presentación es alta y son frecuentes las situaciones anormales.
- c. El estado de bienestar es generalmente adecuado en el momento del diagnóstico.
- d. Dependiendo del grado de hemorragia se puede presentar shock hipovolémico
- e. En un 16% de los casos hay RCIU<sup>4</sup>.
- f. No se aconseja tacto vaginal este puede intensificar el sangrado en el 16% de los casos y llevar a shock hipovolémico.
- g. Se presenta el sangrado el 30% de los casos antes de la semana 30. Otro 30% entre la semana 30 y 35, y otro 30% antes del parto.

Ruptura Uterina:

Ruptura Completa

- a. Dolor abdominal súbito y ocasionalmente referido a tórax.
- b. Shock hipovolémico.
- c. Interrupción súbita de la actividad uterina.
- d. Palpación fácil de partes fetales.
- e. El examen vaginal puede permitir detectar desgarros de la pared uterina

Ruptura incompleta

- a. Hemorragia en el tercer periodo del parto.
- b. En la revisión uterina se palpa solución de continuidad

---

<sup>4</sup> RCIU: Retardo de crecimiento intrauterino.



**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE PLACENTA PREVIA Y DESPRENDIMIENTO  
PREMATURO DE PLACENTA**

Síntomas y Signos	Placenta Previa	Abruptio de Placentae
1. Inicio del cuadro de Hemorragia	1. Lento, Abundante ; Roja ; líquida ; Repetitiva ; Proporcional al grado de Shock.	1. Brusco, Escasa , Oscura Persistente , Desproporcional al grado de Shock
2. Dolor espontáneo o a la presión.	2. No	2. Si
3. Tono uterino.	3. Normal	3. Hipertonía
4. Palpación de partes fetales	4. Si	4. No
5. Monitorización Fetal.	5. En general Normal	5. Con frecuencia signos de sufrimiento Fetal o muerte
6. Toxemia	6. Escasa	6. Frecuente

**7. DIAGNOSTICO PARACLINICO:** Se debe solicitar para todos los casos Hemograma, recuento de plaquetas, hemoclasificación, PT, PTT, BUN, Creatinina. Ecografía obstétrica, monitoria fetal.

**8. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO:** Todos los casos se deben aplicar inicialmente ABC. Los objetivos terapéuticos son: • Asegurar el estado fetal. • Asegurar el estado materno. • Definir y manejar la causa. • Evitar las complicaciones.

Abruptio de Placenta:

- a. Hospitalizar, nada vía oral.
- b. Canalizar con yelco N° 18.
- c. Valorar el estado fetal (monitoreo).
- d. Reposición con lactato de ringer bolo 1000 cc continuar a 100 cc hr
- e. Control de diuresis y albúmina.
- f. Perfil de coagulación (Hb. Hto., Tiempos de coagulación).
- g. Ecografía sea esta simple o **eco doppler color** que si confirma el diagnóstico.
- h. Maduración pulmonar en embarazo de 26- 34 sem
- i. Reserva de sangre
- j. Control de signos vitales
- k. Valoración por ginecología
- l. Desembarazar

Placenta Previa:

- a. Hospitalizar, nada vía oral
- b. Reposo absoluto
- c. Definir estado hemodinámica, el grado de sangrado iniciar inmediatamente reanimación con líquidos endovenosos, definir la necesidad de transfusión si: Presencia de ortostatismo después de la reanimación, Hemoglobina menor de 7 g/dL.
- d. Bienestar fetal con monitoria fetal , perfil biofísico, ecografía
- e. Maduración pulmonar betametasona 12 mg cada 24 hrs
- f. Útero inhibición en caso de actividad uterina
- g. Control hemoglobina hematocrito toda vez que sea necesaria debe mantenerse en un nivel de 30 de hematocrito, y 10 gramos de hemoglobina, tiempos de coagulación
- h. Reserva en banco de sangre 1 ó 2 unidades de sangre.
- i. Control de signos vitales
- j. valoración por ginecología
- k. Desembarazar por cesárea independientemente de la edad de gestación en caso de no lograr el control del sangrado si después de 3 días sin sangrado - reposo relativo o después de dos días sin sangrado evaluar con espéculo (descartar lesión cervical). para una posible alta domiciliaria.

Ruptura Uterina:

- a. Hospitalizar
- b. Reposición con líquidos endovenosos
- c. Reserva de sangre
- d. Control de hemograma
- e. Control de diuresis
- f. valoración por ginecología

**9. TIEMPO PROMEDIO DE ESTANCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS:** La estancia en el servicio de Urgencias no debe ser mayor a 6 horas, tiempo en el cual ya se tendrán reportes de laboratorios y ayudas imagenológicas que permitan determinar diagnóstico y definir conducta por Medicina General y/o Servicio de Ginecoobstetricia.

**10. TRATAMIENTO AMBULATORIO:** No egresaran pacientes directamente del servicio de urgencias.

**11. PARAMETROS QUE CONFORMAN LA AIU:** Incluye la atención desde el ingreso de la paciente al servicio de urgencias, estabilización hemodinámica, control de signos vitales, control y tratamiento del sangrado uterino, solicitud de laboratorios y ayudas imagenológicas definidos en el numeral 7 y 8. Solicitud de valoración por medicina especializada Ginecoobstetricia.

**HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE DE GESTACION**

