

RAÚL ORTÍZ DE LA PEÑA

HEMORRAGIAS  
DEL FINAL  
DEL  
EMBARAZO

**E**L SANGRADO genital en el último trimestre del embarazo debe considerarse siempre como un riesgo potencial para la madre y el feto. La pérdida sanguínea puede ser mínima, o presentarse en forma intempestiva un sangrado abundante. Los cuadros clínicos más variados pueden acompañar al sangrado, desde el típico de la placenta previa en que en forma silenciosa se observa escurrimiento hemático discreto en sus primeras manifestaciones, hasta el dramático de la ruptura uterina. Cualesquiera que sea la causa, y las características del sangrado, la presencia de éste en los últimos tres meses del embarazo se considera como una urgencia que requiere preparación inmediata de la paciente que debe incluir pruebas cruzadas de sangre y una observación muy estrecha.

Más importante resulta en ocasiones el manejo inicial mesurado, que empeñarse en establecer de inmediato el diagnóstico causal. La elaboración de un estudio clínico con énfasis en los signos vitales de la madre, exploración cuidadosa y frecuente del abdomen para determinar el tono del útero, así como las características de los latidos fetales. También desde que se establece el cuadro clínico debe hospitalizarse a la paciente y efectuar desde su ingreso tipo de sangre, Rh, pruebas cruzadas, hemoglobina, hematocrito, tendencia hemorrágica, dosificación de fibrinógeno, orina, etc. Todo lo anterior debe anteceder al examen pélvico y éste solo se realizará cuando contando con los requisitos quirúrgicos bien conocidos y por la evolución del caso vamos a depender de este examen para tomar una determinada conducta terapéutica.

Dentro del planteamiento general del problema no debemos perder

---

\* Jefe de los Servicios de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Gineco-Obstetricia N° Uno, I. M. S. S. Prof. Adjunto de la Clínica de Gineco-Obstetricia, U. N. A. M.

de vista el factor psíquico, pues generalmente son pacientes que se alarman sobre manera y el médico debe de tranquilizarlas pero sin darles una falsa confianza, lo cual requiere un buen entendimiento de la trascendencia del problema por parte de la enferma.

El análisis por separado de algunas de las causas más frecuentes de estos sangrados, permite una mejor valoración de su importancia y de las medidas básicas en el manejo de las pacientes.

### *Placenta previa*

Se entiende por tal la inserción parcial o total de la placenta en el segmento uterino. Estudios bien documentados la consideran como una complicación del embarazo que si no se maneja en forma adecuada tiene una elevada morbimortalidad materno fetal, y se le reporta con una frecuencia que según las diversas estadísticas se hace oscilar entre un caso por cada 100 a 200 partos.

La severidad del cuadro clínico en términos generales depende del sitio de inserción de la placenta y por eso de acuerdo con la relación que existe entre el orificio interno del cérvix y el borde placentario se aceptan cuatro variedades.

1. La placenta lateral en la que solo una pequeña parte se encuentra en el segmento uterino y la mayor parte se implanta en el cuerpo del útero.

2. La placenta marginal en la que el borde de la placenta está en contacto con el orificio interno del cérvix.

3. La placenta central parcial en la cual solo una parte del orificio interno está cubierto por la placenta.

4. La placenta central total, en ella el orificio interno del cérvix se cubre en su totalidad por tejido placentario.

No tiene interés para la finalidad de este escrito analizar las probables causas que motivan la inserción baja de la placenta, pero si en cambio recordar que de los mecanismos de sangrado que se han descrito, el que señala el aumento de tamaño del segmento como causa de un deslizamiento y ruptura de vasos placentarios es indiscutible y de su conocimiento derivan distintas conductas terapéuticas.

El cuadro clínico de la placenta previa se reduce prácticamente a un solo síntoma, el sangrado genital. Habitualmente aparece por primera vez en el último trimestre del embarazo, aunque no es excepcional que cua-

dros catalogados como amenaza de aborto se deban a inserción baja de placenta. El primer sangrado puede ocurrir hacia el séptimo mes de la gestación, es escaso, no se acompaña de ningún otro síntoma, a partir de entonces va a repetir con cierta frecuencia, mostrando tendencia a aumentar la cantidad en cada uno de los sangrados, pudiendo llegar hasta la hemorragia súbita masiva que obliga a actuar con carácter verdaderamente urgente y que cuando se presenta tiene un alto índice de morbi-mortalidad feto-materna.

Este tipo de sangrado sugiere el diagnóstico de placenta previa, sin embargo, debe tenerse presente la posibilidad de que la causa esté en cérvix o vagina y para descartar cualquiera otro tipo de patología se hace citología vaginal y examen con espejo. El "tacto" vaginal se efectúa solo cuando se tienen llenos los requisitos señalados anteriormente y con todo listo para operar si el caso lo amerita. Por este medio de exploración se puede sentir el colchón placentario a través del segmento o bien si hay dilatación se toca directamente la placenta.

El estudio radiológico es útil para confirmar el diagnóstico, sin embargo, deben tenerse presentes sus limitaciones pues en embarazos de menos de 34 semanas y en presentación pélvica o situación transversa, resulta de muy poca utilidad.

El manejo terapéutico en la placenta previa debe individualizarse para cada caso, dependiendo de diversos factores. Así por ejemplo, si se trata de un embarazo con producto no viable y los sangrados son discretos, se deberán tomar todas las precauciones señaladas y seguir una conducta expectante; si el diagnóstico es de placenta lateral o marginal se esperará o inducirá el parto vaginal con vigilancia muy estricta y contando siempre con una vena canalizada a permanencia durante el trabajo de parto. Si la variedad de placenta es central, una vez que se tenga certeza de viabilidad se realiza operación cesárea.

Cuando se presenta un sangrado muy abundante sin trabajo de parto la conducta obligada será la operación cesárea, previa atención de las medidas generales, sin importar la variedad de placenta. Si el sangrado ocurre durante el trabajo de parto en el período inicial de dilatación y se trata de una variedad central parcial también la regla es la cesárea. En cambio si el trabajo de parto está avanzado y la variedad es marginal, lateral o toma solo una pequeña parte del orificio interno, se trata de una presentación cefálica y se prevee un parto rápido, se practicará amniotomía y se estimula si es necesario la actividad uterina. Debe tenerse presente siempre en los casos de placenta previa la hemorragia post

alumbramiento debido en la mayoría de los casos a la ausencia de la capa muscular en el segmento que en el cuerpo es responsable de uno de los mecanismos de hemostasia; también es relativamente más frecuente el acretismo placentario.

### *Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta.*

Con este nombre se designa a la causa más severa y frecuente de sangrado del último trimestre del embarazo.

El cuadro clínico puede asumir muy distintas proporciones dependiendo de la magnitud del desprendimiento. Generalmente se caracteriza por sangrado en cantidad variable, dolor localizado a un punto del abdomen, aumento del tono uterino y un grado también variable de sufrimiento fetal. Una de las modalidades más severas es en la que se forma un gran coágulo retroplacentario con manifestaciones de *shock* en ausencia prácticamente de sangrado al exterior. De las complicaciones más temibles cabe destacar la hipofibrinogenemia.

Para normar el criterio de manejo y fundar el pronóstico en todo caso de desprendimiento prematuro de placenta deben valorarse los siguientes aspectos: magnitud del desprendimiento, si existen alteraciones de la coagulación sanguínea y que tan próximo se espera que ocurra el parto.

La magnitud del desprendimiento se determina por métodos clínicos valorando el grado de hipertonia, la intensidad y extensión del dolor, la frecuencia del pulso, el descenso de las cifras de T. A., la presencia de insuficiencia respiratoria, etc., así como el estado del producto; las alteraciones del fibrinógeno se pueden determinar con rapidez por métodos cualitativos. Las probabilidades de un parto a corto plazo se pueden determinar, practicando examen vaginal para valorar las características del cérvix.

La conducta a seguir varía de acuerdo a los puntos anteriores; en los casos de un desprendimiento pequeño en embarazos de 34 semanas se puede seguir conducta expectante con paciente hospitalizada para garantizar viabilidad del producto. En términos generales coincidimos con quienes prefieren la vía vaginal para resolver estos problemas, siempre deberán romperse las membranas para permitir la salida del líquido amniótico y disminuir la tensión intraovular, hecho ésto se puede estimular el útero con ocitocina si la actividad espontánea se considera inadecuada; si en un tiempo prudente no mayor de 6 hs. el parto no evoluciona, se

resuelve mediante operación cesárea. También en los casos de desprendimiento masivo con riesgo fetal y /o materno inminente se hace amniotomía y sobre la marcha se realiza la cesárea.

Debe tenerse presente en los casos de desprendimiento con gran infiltración del miometrio la posibilidad de atonia uterina y útero de Couvelier, complicaciones que requieren conocimiento y criterio del clínico para tomar de inmediato la resolución adecuada.

Es indispensable tomar todas las medidas generales descritas y tener especial cuidado en hacer exámenes periódicos durante el parto y alumbramiento para determinar en forma cualitativa el fibrinógeno; la terapéutica específica en estos casos es el fibrinógeno, del que siempre se debe tener existencia en los hospitales obstétricos. La dosis es variable y oscila de 3 a 10 gramos.

Los sangrados consecutivos al alumbramiento deben ser especialmente vigilados.

Existen otras causas de sangrado, como la placenta extracordial; la ruptura del seno marginal que han mostrado en nuestro medio importancia clínica indudable pero que por ser mucho menos frecuente que las anteriores y solo diagnosticables por exclusión no existe un criterio definido para su manejo.

Por último debe enfatizarse que todo sangrado del tercer trimestre del embarazo debe despertar en el médico la posibilidad de una urgencia y mantenerlo alerta, con lo cual se hará una contribución indudable para disminuir la morbimortalidad materno- fetal.