

METRRORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACIÓN

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
María Antonia Rodríguez Pareja Javier López Zájara Victoria Melero Jiménez	Juan Jesús Fernández Alba Susana Ruiz Durán	03/12/2023
		Fecha revisión
		12/02/2025

INTRODUCCIÓN

Metrorragia de segunda mitad de gestación se considera cualquier sangrado por encima de la semana 22 de gestación, esta complicación puede tener implicaciones significativas tanto para la madre como para el feto. Este protocolo tiene como objetivo proporcionar una guía clara y concisa para la identificación, evaluación y tratamiento de la hemorragia en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Desde el punto de vista epidemiológico esta situación afecta a un 5-6% de las gestaciones.

Ante la presencia de un sangrado genital, debemos valorar las características del sangrado y el grado de compromiso materno que es dependiente de la magnitud sangrado. Mientras que el compromiso fetal es variable y no siempre relacionado con la cantidad del sangrado.

Dentro de los diagnósticos diferenciales debemos evaluar distintas posibilidades:

- Pródromos de parto y trabajo de parto.
- Amenaza de parto pretérmino.
- Placenta previa.
- Desprendimiento de placenta.
- Vasa previa.
- Rotura prematura de membranas (RPM).
- Traumatismo genital.
- Patología cérvico/vaginal específica.
- Acretismo placentario
- Hasta en un 25% de casos no vamos a encontrar una causa específica que justifique el sangrado, si bien este síntoma, aumenta el riesgo de algún tipo de complicación obstétrica a lo largo de la gestación.

PLACENTA PREVIA

Definición. Es la inserción placentaria en el segmento uterino inferior, ocluyendo el orificio cervical interno. Es la principal causa de hemorragia en tercer trimestre, hasta un 20% de los sangrados por durante el tercer trimestre. Es también causa de histerectomía obstétrica y transfusión durante el puerperio.

Factores de riesgo

- Antecedente de cicatrices uterinas previas, patología o legrados uterinos.
- Edad materna (> 35 años).
- Multiparidad.
- Tabaquismo.
- Placenta previa en embarazo anterior.
- Raza (> afroamericanas y asiáticas).

Clasificación

OCLUSIVAS (impiden parto vaginal).

- a. Placenta previa oclusiva total (tipo I): recubre todo el OCI.
- b. Placenta previa oclusiva parcial (tipo II): recubre parcialmente el OCI.

- **NO OCLUSIVAS** (pueden permitir parto vaginal).

- a. Placenta previa marginal (tipo III): inserción hasta el borde del OCI.
- b. Placenta previa de inserción baja (tipo IV): a menos de 2 cm del OCI.

Clínica

Metrorragia indolora, episódica, espontánea y progresiva de sangre “roja, rutilante” e intensidad variable.

Sufrir un primer episodio en edades gestacionales tempranas incrementa el riesgo de recurrencia e intensidad del sangrado.

El inicio de dinámica uterina a cualquier edad gestacional puede agravar la intensidad del sangrado.

Otros factores desencadenantes incluyen el coito y los tactos vaginales.

Diagnóstico

El diagnóstico de placenta previa es fundamentalmente mediante ecografía (la vía transvaginal presenta mayor sensibilidad y especificidad).

Cuando la inserción placentaria en la ecografía de segundo trimestre es previa o marginal debe recomendarse una reevaluación al inicio del tercer trimestre para valorar la posición y el riesgo de sangrado de forma individualizada.

Deben evitarse los tactos vaginales, para evitar desencadenar el sangrado.

Conducta

La vía del parto debe concretarse en el momento de la finalización de la gestación según las condiciones materno-fetales y la localización placentaria en ese momento.

Debemos valorar la severidad del sangrado, la edad gestacional, bienestar materno fetal y la estabilidad hemodinámica para determinar la conducta a tomar.

La edad gestacional ideal no existe en este grupo de pacientes, pero en los casos de sangrado discontinuo, autolimitado que responde a tratamiento conservador de reposición, debemos tratar de alcanzar la semana 37 o incluso llegar a la semana 38 si las condiciones materno-fetales así lo permiten.

- En placentas tipo I y II es obligada la realización de cesárea.
- En placentas tipo III/IV (marginales) se puede mantener la opción de parto vaginal en los casos que no exista compromiso fetal aparente, esta vía incluso puede disminuir el sangrado con la progresión del parto, sobre todo, después de la rotura de bolsa.
- En caso de placenta previa en gestante con cesárea anterior debe considerarse el riesgo acretismo placentario.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA (DPPNI) O ABRUPTIO PLACENTARIO

Definición

Separación total o parcial de una placenta normalmente inserta de la pared uterina antes de la expulsión fetal. Se considera una emergencia obstétrica, debido a la alta mortalidad materno-fetal.

Causado por la ruptura de vasos maternos de la decidua basal, provoca que se vaya disecando la decidua progresivamente por el hematoma formado.

El sangrado puede ser agudo (traumatismo, drogas etc.) o insidioso asociado a patología placentaria (tabaco, HTA, sangrado) o progresivo de forma que el hematoma diseque la interfase placentaria, impidiendo el intercambio gaseoso y de nutrientes, lo que conduce al compromiso fetal.

En este proceso, la liberación de sustancias vasoactivas origina disminución del intercambio gaseoso. Este proceso, asociado a la distensión uterina, provoca el aumento del tono uterino que es muy característico de este cuadro clínico lo que disminuye aún más el intercambio gaseoso, favoreciendo el estrés fetal.

Frecuencia e importancia

Presenta una baja incidencia (menor al 1 %, 5,9-6,5/1000 gestaciones únicas) pero con tasas elevadas de morbilidad materno-fetal (50 – 70 %).

Etiología y factores de riesgo

Edad materna, traumatismos, descompresiones bruscas (RPM en polihidramnios, parto del primer gemelo), toxemia, HTA, enfermedades renales, trombofilias, multíparas.

Clínica

Dolor abdominal brusco y continuo con hipertonía uterina, asociados a metrorragia moderada de sangre oscura (el sangrado puede estar ausente). Con frecuencia se asocia a signos de sufrimiento fetal e incluso muerte fetal intraútero.

Complicaciones. El consumo de factores de coagulación y el paso de tromboplastina al torrente circulatorio materno puede conducir a anomalías de la coagulación (incluyendo coagulación intravascular diseminada (CID) (10%), insuficiencia renal aguda y shock hipovolémico).

Otras complicaciones incluyen embolismos (venosos y de líquido amniótico) y dificultad para la contracción uterina tras el alumbramiento (infiltración sanguínea en las fibras del miometrio) lo que puede asociarse a atonía uterina y hemorragia postparto.

Diagnóstico

La ecografía puede ser útil para identificar la zona de desprendimiento, pero en algunas ocasiones puede ser difícil el diagnóstico ecográfico presentando baja sensibilidad (placenta posterior, miomas...).

Conducta

Actuaremos en función de la severidad del caso.

- Si existe adecuado control de las condiciones clínicas y bienestar materno fetal se puede optar por una conducta expectante y manejo médico intrahospitalario.
- Criterios de gravedad: hemorragia intensa, shock materno, tetania uterina, alteraciones de la coagulación (CID), pérdida del bienestar fetal e incluso muerte fetal, proceder a la evacuación del contenido uterino
 - Con feto vivo se realiza cesárea inmediata, manejo del shock hipovolémico, control del alumbramiento y de la coagulopatía de consumo.
 - En condiciones de feto muerto intraútero la vía vaginal es la vía de elección si la situación materna lo permite y existen buenas condiciones obstétricas

ROTURA UTERINA

Definición.

Solución de continuidad de la pared uterina. Se pueden producir tanto en úteros sanos como en úteros con cicatriz previa.

Clasificación

- RUPTURA COMPLETA: Desgarro completo de la pared uterina (Incluyendo tanto el miometrio como el peritoneo) comunicando la cavidad uterina con la cavidad abdominal. Puede comprometer estructuras vecinas (como la vejiga urinaria).
- RUPTURA INCOMPLETA: Es segmentaria, conservando peritoneo visceral y membranas ovulares. Presenta mejor pronóstico fetal.

-Dehiscencia uterina: es la disrupción asintomática de la incisión uterina previa, descubierta en el momento de la laparotomía o mediante exploración tras el parto con cirugía uterina previa.

Frecuencia e importancia

Se presenta en el 0,5 % de todos los partos y la mayoría son casos asintomáticos de dehiscencia de una histerotomía previa.

Factores de riesgo

- Debilidad intrínseca de la pared (Ehlers-Danlos tipo IV, arquitectura anormal del útero (útero bicorne, didelfo).
- Gran Multiparidad.
- Intervalo intergenésico reducido (<12-18 meses).
- Edad materna avanzada.
- Obesidad (índice de masa corporal > 40 kg/m²).
- Macrosomía (> 4.000 g).
- Placentación anormal (placenta ácreta, íncrta o pércrta).
- Uterotónicos (oxitocina y prostaglandinas).
- Maniobras obstétricas traumáticas (parto instrumental, abortos del segundo trimestre, versión interna y gran extracción, distocia de hombros, versión externa).

Clínica

- Dolor intenso y constante en el abdomen. Este dolor puede localizarse en el lugar de una cicatriz de cesárea previa si la hay.
- Bradicardia fetal mantenida o alteración de la FCF.
- Ascenso de la presentación fetal o palpación de partes fetales vía abdominal.
- Desaparición brusca de la dinámica uterina.
- Taquicardia materna, hiperventilación, hipotensión o signos de shock hipovolémico.
- Sangrado vaginal (inconstante).

Conducta

Laparotomía urgente: es el medio de confirmación y tratamiento cuando existe inestabilidad hemodinámica y signos de pérdida de bienestar fetal.

En una paciente con cesárea anterior, que tiene un siguiente parto por vía vaginal, no es necesario realizar exploración de rutina de la cicatriz previa si la paciente permanece asintomática ya sea de forma ecográfica o digital.

ROTURA DE VASA PREVIA

Definición

Es una complicación obstétrica rara pero grave en la que los vasos del cordón umbilical, que no están protegidos por la gelatina de Wharton, atraviesan las membranas amnióticas y se encuentran en proximidad al orificio cervical interno, normalmente en el contexto de una inserción velamentosa del cordón umbilical. Estos vasos pueden desgarrarse cuando las membranas se rompen, lo que puede conducir a una hemorragia fetal significativa y potencialmente mortal.

Incidencia

Rara, mayor incidencia en las gestaciones múltiples, FIV, anomalías placentarias

Clínica

Hemorragia (fetomaterna) tras amniorrexia espontánea y/o artificial al romperse los vasos del cordón umbilical situados por delante de la presentación.

Diagnóstico

Los signos ecográficos son: visualización de línea ecogénica a través del OCI en escala de grises, hallazgo de vaso arterial y/o venoso a nivel de OCI, de origen fetal con la aplicación de Doppler pulsado.

Diagnóstico diferencial con un asa libre de cordón. Para ello se recomienda realizar presión suprapúbica para intentar movilizar el vaso. Intentar visualizar el trayecto del vaso previo hasta su inserción a nivel placentario o del cordón.

Actitud

Ante un diagnóstico de vasa previa la conducta obstétrica debe ser proactiva y cuidadosa para minimizar los riesgos tanto para la madre como para el feto.

- 1.- Monitorización fetal: a partir de la semana 28 – 30 de gestación se recomienda realizar un registro cardiotocográfico basal semanal para comprobar el bienestar fetal
- 2.- Planificación del parto: Se debe planificar la realización de una cesárea electiva entre las semanas 34 y 36 de gestación, para evitar el inicio espontáneo del trabajo de parto y la ruptura de las membranas.

Ante una rotura de vasa previa intraparto está indicada la realización de una cesárea urgente.

	Placenta previa	DPPNI	Vasa previa	Rotura uterina
Comienzo	Lento	Brusco	Brusco con amniorrexia	Brusco, antes o durante el parto
Sangrado	Rojo, abundante, discontinua, recidivante	Escaso, oscuro	L.A teñido de sangre	Hemorragia vaginal Variable Shock hipovolémico
Estado materno	Bueno	Malo	Bueno	Muy malo (shock) Dolor intenso
Estado fetal	No afectado, riesgo de prematuridad	Afectado, riesgo anoxia y muerte	Sufrimiento fetal, elevada mortalidad	Muy afectado, alta mortalidad
Dolor	No	Si	No	Si
Tono uterino	Normal	Hipertonía, tetania	Normal	Atonía
Asociación	Embarazo múltiple Cicatriz uterina Multiparidad Tabaco Edad avanzada	Preeclampsia HTA Polihidramnios Cordón corto Déficit ácido fólico Alcohol, tabaco Multiparidad	Inserción velamentosa de cordón	Cicatriz uterina: la dehiscencia de la cesárea anterior es la causa más frecuente
Diagnóstico	Ecografía STV o STA	Clínico Ecográfico (más raro)	Ecográfico	Bradicardia fetal Se palpan partes fetales Cese de la dinámica
Tratamiento	Oclusiva: cesárea Resto: vaginal	Cesárea urgente (feto vivo) Vía vaginal (feto muerto y madre estable)	Cesárea urgente	Cesárea urgente

Tabla1. Diagnóstico diferencial de causas de metrorragia de segunda mitad de gestación.

ACRETISMO PLACENTARIO

Definición

El espectro de placenta ácreta incluye toda la gama de adherencias anormales de la placenta al útero y otras estructuras vecinas. La incidencia del espectro de acretismo placentario también conocido como acrónimo “PAS”, ha aumentado en los últimos años, posiblemente en relación con el aumento de la tasa global de cesáreas. Frecuente asociación entre placenta previa y el espectro de placenta adherente y vasa previa (197). El riesgo de asociar acretismo es de un 3%, que aumenta con el número de cesáreas previas: 11%, 40% y 61% respectivamente para dos, tres y cuatro cesáreas previas.

Detección prenatal

La detección prenatal se realiza principalmente por ecografía, siendo el diagnóstico prenatal fundamental para reducir la morbilidad materna asociada a la patología.

La estandarización de los marcadores ecográficos es fundamental en su detección precoz. Permitiendo la atención mediante equipos multidisciplinares que reducen la morbilidad materna.

Manejo

Existen varias opciones de tratamiento en caso de acretismo placentario:

De forma general en estos casos, se recomienda manejo mediante un equipo multidisciplinar y cuidados intensivos postoperatorios.

- a) Cesárea histerectomía: La finalización del embarazo en casos de acretismo placentario generalmente se realiza mediante una cesárea programada, a menudo en combinación con una histerectomía (extirpación del útero) si se considera necesario para controlar la hemorragia y preservar la salud de la madre.
- b) Cirugía con conservación de placenta in situ: La conservación de la placenta in situ es una opción quirúrgica que se considera en casos seleccionados de acretismo placentario, especialmente cuando se busca evitar una histerectomía y preservar la fertilidad de la paciente. Esta técnica se utiliza en situaciones en las que no hay signos de hemorragia inminente o complicaciones que amenacen la vida de la madre o el feto y se considera que la extracción de la placenta se asocia con una morbilidad hemorrágica significativa.

En estos casos el manejo postoperatorio de la paciente debe ser intensivo para descartar signos de hemorragia o infección. En algunos casos, se puede administrar tratamiento médico, como metotrexato, para ayudar a la reabsorción de la placentaria.

- c) Cesárea con extracción de placenta y tratamiento quirúrgico conservador.

Si el objetivo es la preservación del útero y la extracción de la placenta, las técnicas que podemos realizar son las siguientes: taponamiento con balón intrauterino, sutura B-Lynch, embolización o ligadura de las arterias uterinas y/o ligadura de la división anterior de las arterias ilíacas internas y escisión parcial de la pared uterina invadida.

MARCADOR ECOGRÁFICO	
Lagunas placentarias	Sonoluscencias, grandes e irregulares dentro del parénquima placentario. 0+ sin lagunas. 2+ más de 4-6 lagunas. 3+ Lagunas de aspecto extraño. La ausencia de lagunas en cesárea anterior se correlacionó con VPN cercano a 90% para PAS.
Interfaz útero placentario	Pérdida de la zona hipoecoica retroplacentaria, adelgazamiento del miometrio y aumento de la vascularización en el Doppler.
Adelgazamiento hipoecoico retroplacentario	Menor a 1 mm. Posibles falsos negativos asociados a presión con transductor y/o adelgazamiento por cirugía previa.
Hipervascularización vésico-uterina (flujo excesivo)	Vasos puente, aumento de la vascularización entre el útero y la vejiga e interrupción de la pared de la vejiga
Doppler anormal	a) Algunos estudios sugieren una velocidad >15 cm/s como umbral para una velocidad sistólica máxima alta b) Es necesario diferenciar los vasos puente de las varicosidades vesicales, que no son de origen placentario y no aumentan el riesgo de aparición del espectro de placenta ácreta.
Masa exofítica	Tejido placentario que sobresale más allá de la serosa uterina y distorsiona el contorno uterino dando como resultado una apariencia de bulto.
Puentes placentarios	Los vasos puente se definen como vasos, identificados mediante Doppler color, que se extienden desde la placenta a través del miometrio y/o más allá de la serosa uterina. c.

Tabla 2. Marcadores ecográficos de acretismo placentario.

TRATAMIENTO. PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR	
Sospecha placentación anormal	Añadir método complementario de imagen RMN
Organización de equipo multidisciplinar	Obstetra-ginecólogo, Anestesiista, urólogo, radiólogo intervencionista, UCI, patólogo, banco sangre, neonatólogo.
Ingreso programado	Se recomienda ingreso en semana 33-34 para maduración y finalización en semana 34-35.
Protocolo de transfusión masiva	Activación precoz y organizada
Cirugía reglada	Anestesia epidural, posición baja de estribos, localización ureter bilateral, canalización arterial y venosa de gran calibre, incisión media ampliable, Cesárea clásica.
Evitar alumbramiento placentario	Valoración reglada de necesidad de histerectomía radical con anestesia general en caso de confirmación de acretismo placentario
Recuperación en UCI	Recuperación más rápida y en mejores condiciones.

Tabla 3 Protocolo multidisciplinar para el tratamiento de pacientes que presentan morbilidad adherente placentación (placenta ácreta)

DISCUSIÓN

Un enfoque estandarizado para la realización del examen ecográfico, junto con definiciones consensuadas de los marcadores PAS, resultará en una mayor coherencia en el diagnóstico y permitirá la evaluación uniforme de los marcadores en todos los centros, mejorando así el rendimiento diagnóstico. Además, el manejo activo ante la sospecha mejorará los resultados de morbilidad materna y facilitará la previsión de los protocolos de atención en situaciones difíciles.

BIBLIOGRAFÍA

Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Hemorragia Obstétrica. En: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY, et al, editores. Williams Obstetricia. 20a ed. Buenos Aires: Panamericana; 2011. p. 757-803.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Birth after previous caesarean birth. GreenTop Guideline No. 45. London: RCOG, February 2007.

Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Protocolo Asistenciales en Obstetricia. Prosego. Medicina Perinatal Amenaza de Parto pretermino, Desprendimiento de placenta normoinsera, Placenta Previa, Rotura Uterina.

L. Simpson, Joshua A. Copel, Alfred Abuhamad, Special Report of the Society for Maternal-Fetal Medicine Placenta Accreta Spectrum Ultrasound Marker Task Force: Consensus on definition of markers and approach to the ultrasound examination in pregnancies at risk for placenta accreta spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 224, Issue 1, 2021, Pages B2-B14, ISSN 0002-9378,

Jauniaux E, Hussein AM, Thabet MM, et al. The role of transvaginal ultrasound in the third-trimester evaluation of patients at high risk of placenta accreta spectrum at birth. *Am J Obstet Gynecol* 2023; 229:445.e1-11.

Eller A.G, Bennett M.A, Sharshiner M. et al. Maternal morbidity in cases of placenta accreta managed by a multidisciplinary care team compared with standard obstetric care. *Obstet Gynecol*. 2011; 117: 331337

Abdulmane MM, Sheikhal OM, Alhowaidi RM, Qazi A, Ghazi K. Cureus. Diagnosis and Management of Uterine Rupture in the Third Trimester of Pregnancy: A Case Series and Literature Review. 2023 Jun 2;15(6):e39861. doi: 10.7759/cureus.39861. eCollection 2023 Jun. PMID: 37404397

Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Protocolo Asistenciales en Obstetricia. Prosego. Guía de la exploración ecográfica del III trimestre. 2020.