



Servicio de Obstetricia y Ginecología  
Hospital Universitario  
Virgen de las Nieves  
Granada

## DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERTA.

*Miriam Zamorano Nieves*

*09/04/2015*

### **INTRODUCCIÓN:**

El desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta (DPPNI) se define como la separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina, ocurriendo esto antes de la expulsión fetal. Se desencadena a consecuencia de una hemorragia en la interfase decidua-placenta y su definición queda limitada para gestaciones mayores de 20 semanas.

### **INCIDENCIA:**

El desprendimiento de placenta complica del 0,4 al 1 % de los embarazos y su incidencia parece estar aumentando, posiblemente debido al aumento en la prevalencia de sus factores de riesgo. Del 40 al 60 % de desprendimientos ocurren antes de las 37 semanas de gestación y el 14 % antes de las 32 semanas.

### **PATOGENIA Y FISIOPATOLOGÍA:**

El desprendimiento prematuro de la placenta ocurre debido a la ruptura de los vasos maternos en la decidua basal, donde se interconectan con las vellosidades de anclaje de la placenta. En raras ocasiones, la hemorragia se origina en los vasos fetoplacentarios.

La sangre acumulada divide la decidua, separando una fina capa de decidua de su anclaje a la placenta. El sangrado puede ser pequeño y autolimitado o puede continuar disecando así la interfase entre placenta y decidua, llevando a la completa o casi completa separación de la placenta. La porción desprendida de la placenta es incapaz de realizar el intercambio de gases y nutrientes, de forma que, en el momento en que la unidad fetoplacentaria restante sea incapaz de compensar esta pérdida de la función, el feto se verá comprometido.

### **ETIOLOGÍA/ FACTORES DE RIESGO:**

En muchas ocasiones, la causa del desprendimiento no se puede determinar con certeza pese a una amplia investigación clínica y epidemiológica.

La mayoría de desprendimientos parecen estar relacionados con una enfermedad crónica placentaria basada en anomalías en el desarrollo temprano de las arterias espirales (alteraciones en el proceso de invasión trofoblástica en el primer trimestre) que conduce a una necrosis decidual con activación de procesos inflamatorios, disrupción vascular y finalmente sangrado.

A pesar de ello, múltiples factores de riesgo se han descrito en relación al DPPNI. Los principales son:

#### 1. De etiología aguda:

- Traumatismo abdominal/accidente (mecanismo de aceleración-deceleración) Se produce un cizallamiento de la placenta inelástica debido a la contracción súbita de la pared uterina subyacente. El desprendimiento de la placenta en estos casos suele presentarse dentro de las primeras 24 horas tras el evento precipitante y tiende a ser grave.
- Cocaína y otras drogas de abuso. Producen vasoconstricción, isquemia y alteración de la integridad vascular. Hasta un 10 % de las mujeres consumidoras de cocaína en el tercer trimestre tendrá un desprendimiento de placenta. Solicitaremos las pruebas de

tóxicos en orina en las pacientes con factores de riesgo para el consumo de sustancias.

- Tabaco. Tiene también efectos vasoconstrictores que causan hipoperfusión placentaria, isquemia decidual, necrosis y hemorragia. Es uno de los pocos factores de riesgo modificables. Conlleva 2.5 veces más riesgo de desprendimiento y el riesgo aumenta en un 40% por cajetilla fumada al día. Además, la combinación de tabaquismo e hipertensión tiene un efecto sinérgico sobre el riesgo de desprendimiento.
- Hidramnios y Gestación múltiple (por descompresión uterina rápida tras rotura de membranas o parto del primer gemelo)

## 2. Obstétricos y médicos:

- Hipertensión crónica y trastornos hipertensivos del embarazo (riesgo cinco veces mayor de desprendimiento grave en comparación con las mujeres normotensas) El tratamiento antihipertensivo no parece reducir este riesgo.
- Malformaciones uterinas (útero bicorne, sinequias uterinas, leiomiomas...) Conforman sitios mecánica y biológicamente inestables para la implantación de la placenta; el desprendimiento en estos sitios puede ser debido a una decidualización insuficiente o a un cizallamiento excesivo.
- Cesárea anterior. Conlleva una implantación trofoblástica subóptima en esa zona.
- Rotura prematura de membranas
- Corioamnionitis
- Isquemia placentaria en embarazo previo (Preeclampsia, CIR o antecedente de DPPNI)

## 3. Sociodemográficos:

- Edad materna  $\geq 35$  años
- Multiparidad ( $\geq 3$  hijos)
- Sexo fetal masculino

La presencia de anticuerpos antitiroperoxidasa elevados y el hipotiroidismo, incluso subclínico, se han asociado con desprendimiento en algunos estudios. Sin embargo, la mayoría de las mujeres con desprendimiento no presentan problemas tiroideos y la presencia de alguna alteración tiroidea no es predictiva de desprendimiento, así como no hay evidencia de que el tratamiento de las pacientes asintomáticas reduzca el riesgo de desprendimiento.

## **CLÍNICA:**

La hemorragia de vasos arteriales con elevada presión típicamente ocurre en la zona central de la placenta y conduce a un rápido desarrollo de manifestaciones clínicas severas potencialmente mortales (sangrado grave, coagulación intravascular diseminada y anomalías graves en la FCF)

En cambio, la hemorragia de vasos venosos con baja presión ocurre por lo general en la periferia de la placenta (desprendimiento marginal) y es más probable que produzca manifestaciones clínicas que se desarrollen con el tiempo (sangrado intermitente, oligohidramnios, retraso del crecimiento fetal)

Actualmente distinguimos entre desprendimiento agudo y crónico de placenta:

### 1. Desprendimiento agudo de placenta:

El desprendimiento agudo de placenta se presenta clásicamente con:

- Sangrado vaginal brusco. Es el signo de presentación más frecuente (78% de los casos).
- Dolor abdominal leve-moderado y/o dolor lumbar (suele aparecer cuando la placenta está en la pared posterior del útero).
- Contracciones uterinas hipertónicas. El útero suele encontrarse aumentado de tono/rígido y puede estar sensible durante y entre las contracciones.
- Patrón anormal de la frecuencia cardíaca fetal (FCF).

Cabe destacar que la presencia del cuadro clínico completo sólo se produce en un número reducido de casos.

El sangrado vaginal puede variar desde leve y clínicamente insignificante, a grave y amenazar la vida de la paciente. Hay que tener presente que es fácil subestimar la pérdida sanguínea pues el sangrado puede quedar retenido detrás de la placenta y, por lo tanto, ser difícil de cuantificar. Debido a ello se debe tener presente que la cantidad de sangrado vaginal se correlaciona mal con el grado de separación de la placenta y no sirve como un marcador útil de riesgo fetal o materno. En cambio, la hipotensión materna y las anomalías en la FCF sí son predictivas de la gravedad del cuadro. Cuando la separación de la placenta es superior al 50% aumentan las probabilidades de coagulación intravascular diseminada y muerte fetal.

Cabe resaltar que en un 10-20% de los desprendimientos placentarios las pacientes presentan una clínica de trabajo de parto prematuro con escaso o nulo sangrado vaginal. En estos casos, denominados 'desprendimiento oculto', toda o la mayor parte de la sangre queda atrapada entre las membranas fetales y la decidua, en lugar de escapar a través del cuello uterino y la vagina.

Por lo tanto, en las mujeres embarazadas que se nos presenten con dolor y contracciones, incluso una pequeña cantidad de sangrado vaginal debe obligarnos a descartar un desprendimiento de placenta. En otros casos, un pequeño desprendimiento oculto puede ser asintomático y sólo reconocido como un hallazgo casual en una ecografía.

## 2. Desprendimiento crónico de placenta:

Las pacientes con un desprendimiento crónico presentan un sangrado intermitente, leve pero crónico, que con el tiempo conduce a la presencia de manifestaciones clínicas relacionadas con una enfermedad placentaria isquémica: oligoamnios, restricción del crecimiento fetal y preeclampsia. En ellas, los estudios de coagulación son normales y la ecografía puede identificar el hematoma placentario (tras las membranas, marginal o central).

El desprendimiento en el segundo trimestre acompañado de oligoamnios tiene un pronóstico sombrío, incluyendo altas tasas de muerte fetal, parto prematuro y morbilidad neonatal grave o muerte.

DPPNI	GRADO 0	GRADO I	GRADO II	GRADO III
METRORRAGIA	Nula	Ligera o falta (150-500 mL)	Intensa (> 500 mL)	Muy intensa
TONO UTERINO	Normal	Normal (zonas hipertono)	Hipertonía	Tetania uterina
SHOCK	No	No	Leve	Grave
PÉRDIDA DE BIENESTAR FETAL	No	Rara o leve	Grave	Muerte fetal
COAGULACIÓN	Normal	Normal	Coagulopatía compensada	III A: sin CID III B: con CID
ASPECTO ÚTERO	Normal	Pequeña zona rojo-azulada	Intermedio entre I y III	Útero de Couvelaire
DPPNI	Ocasional	<30%	30-50%	50-100%
Frecuencia		60%	15%	25%

## DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta es principalmente clínico. Por ello, los hallazgos de imagen, laboratorio y los estudios anatomopatológicos post-parto pueden utilizarse para apoyar o complementar el diagnóstico clínico.

### 1. Hallazgos de laboratorio

El laboratorio representa una útil herramienta para valorar el estado hemodinámico materno. El parámetro hematológico que guarda mejor correlación con la gravedad de la hemorragia materna son los niveles de fibrinógeno. Valores iniciales de fibrinógeno  $\leq 200$  mg/dl tienen un valor predictivo positivo del 100% de hemorragia postparto severa, mientras que unos niveles de  $\geq 400$  mg / dl tienen un valor predictivo negativo del 79%.

Un desprendimiento leve con una hemorragia escasa expondrá unas pruebas de hemostasia normales. Sólo si el desprendimiento es grave podrá conducir a una coagulación intravascular diseminada (CID), cuyo diagnóstico se confirma mediante la demostración de una mayor formación de trombina (disminución del fibrinógeno) y un aumento de la fibrinólisis (elevación de productos de degradación de la fibrina y dímero D) Sin embargo, los hallazgos de laboratorio predictivos de CID leve deben ser interpretados con precaución

ya que en el embarazo se producen aumentos fisiológicos en la concentración de casi todos los factores de la coagulación y también existe una leve disminución en el recuento de plaquetas.

## 2. Imagen:

La ecografía es útil para identificar un hematoma retroplacentario y para excluir otros trastornos asociados con sangrado vaginal y dolor abdominal.

La identificación de un hematoma retroplacentario es el hallazgo ecográfico clásico del desprendimiento placentario y apoya firmemente el diagnóstico clínico, pero está ausente en muchas otras pacientes. Los hematomas retroplacentarios pueden tener un aspecto variable, según su tiempo de evolución pueden aparecer sólidos, complejos e hipo, hiper o isoecoicos con respecto a la placenta. Cuando se presentan hipoecogénicos y sonoluscentes orienta hacia el diagnóstico de hematoma resuelto y no hematoma agudo.

Cabe resaltar que el hematoma que conseguimos identificar por ecografía depende de la magnitud de la hemorragia, de la cronicidad del sangrado y de la cantidad de sangre que ya se haya expulsado a través del cuello uterino. Por ello, aunque los peores resultados parecen ocurrir cuando hay pruebas ecográficas de un hematoma retroplacentario, la ausencia de hematoma retroplacentario no excluye la posibilidad de desprendimiento grave pues la sangre puede no quedarse retenida en el útero y ser expulsada vía vaginal.

La sensibilidad de la ecografía para el diagnóstico del DPPNI es baja, oscilando entre el 25-50%, por tanto, la ausencia de hallazgos en la ecografía no excluye la posibilidad de un DPPNI. No obstante, el valor predictivo positivo es alto (88%) cuando los hallazgos ecográficos sugestivos de desprendimiento están presentes.

Una búsqueda exhaustiva de otros hallazgos sugestivos de DPPNI en pacientes sintomáticas puede mejorar la sensibilidad y especificidad de la ecografía. Por ejemplo, colecciones subcoriales de líquido (incluso a distancia desde el sitio de fijación de la placenta), restos ecogénicos en el líquido amniótico o el aspecto de una placenta engrosada, especialmente si brilla con los movimientos maternos (signo de la gelatina)

**Criterios ecográficos para el diagnóstico del desprendimiento de placenta**

- a. Colección preplacentaria debajo de la placa coriónica (entre la placenta y el líquido amniótico).
- b. Movimiento “jelly-like” (signo de la gelatina) de la placa coriónica.
- c. Colección retroplacentaria.
- d. Hematoma marginal o subcorial.
- e. Aumento heterogéneo del espesor placentario (más de 5 cm en un plano perpendicular).
- f. Hematoma intra-amniótico.

En última instancia, la RMN puede ser útil para detectar casos de abrupcio no diagnosticados por ecografía, pero su disponibilidad es menor.

**3. Histológico:**

La ausencia de hallazgos histológicos característicos en la placenta no excluye el diagnóstico de desprendimiento ya que el examen histopatológico de la placenta tras un desprendimiento agudo puede no revelar ninguna anomalía en la misma. En un estudio de casos y controles multicéntrico, el examen histopatológico estandarizado de la placenta sólo fue capaz de confirmar un diagnóstico clínico firme en el 30% de los casos.

En los casos menos agudos puede observarse un hematoma retroplacentario organizado en el parénquima placentario. También pueden observarse infartos placentarios recientes que se caracterizan por la preservación de la arquitectura de las vellosidades del estroma, degeneración eosinofílica del sincitiotrofoblasto y aglutinación de las vellosidades con neutrófilos intervallosos dispersos. Estos infartos requieren aproximadamente cuatro a seis horas para formarse.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:**

En las mujeres embarazadas con sospecha de desprendimiento, el diagnóstico diferencial de sangrado vaginal acompañado de dolor y contracciones incluye el trabajo de parto normal, la placenta previa, la rotura uterina y el hematoma subcorial.

1. Trabajo de parto: Los signos y síntomas del parto tienen un inicio más gradual que los del desprendimiento. El inicio del parto (prematuro o a término) se caracteriza por contracciones uterinas leves e irregulares que con el tiempo se vuelven cada vez más regulares y dolorosas y se acompañan de dilatación y/o borramiento cervical. Sin embargo, puede haber una superposición de síntomas cuando el desprendimiento se comporte como desencadenante de un trabajo de parto.
2. Placenta previa: La presentación clínica característica de la placenta previa es un sangrado vaginal indoloro en gestantes de más de 20 semanas de gestación. Sin embargo, del 10 al 20% de los casos se presentan con una hemorragia asociada a dinámica uterina. Por lo tanto, el desprendimiento y la placenta previa pueden ser difíciles de distinguir clínicamente ya que el desprendimiento puede no estar asociado a dolor significativo y la placenta previa puede no ser indolora. Por ello, en toda embarazada con sangrado vaginal se debe realizar una ecografía para determinar si la placenta previa es la causa del sangrado.
3. Rotura uterina: La sospecharemos en mujeres con antecedentes de cicatriz uterina previa o malformaciones uterinas. Los signos de rotura uterina pueden incluir alteraciones bruscas de la FCF, sangrado vaginal, dolor abdominal constante, cese de las contracciones uterinas, retroceso de la presentación fetal e hipotensión materna y taquicardia. Muchos de estos síntomas son comunes al desprendimiento debido a que la rotura uterina a menudo conduce a una separación de la placenta.
4. Hematoma subcorial: El hematoma subcorial se cree que es el resultado del desprendimiento parcial de las membranas coriónicas de la pared uterina. Las pacientes se presentan asintomáticas o con un ligero sangrado vaginal. En contraste con el desprendimiento, el dolor abdominal suele estar ausente, sólo una minoría de las pacientes sienten calambres o contracciones, y el diagnóstico se hace generalmente antes y no después de 20 semanas de gestación. El diagnóstico se basa en el hallazgo ecográfico de una zona hipoecoica o anecoica en forma de media luna detrás de las membranas fetales, que también pueden elevar el borde de la placenta.

Cabe destacar que las mujeres con hematoma subcorial tienen un riesgo cinco veces mayor de desarrollar un desprendimiento de placenta, así como otras complicaciones del embarazo (por ejemplo, trabajo de parto prematuro o rotura prematura de membranas)

## **CONSECUENCIAS:**

Para la madre, las posibles consecuencias del desprendimiento se relacionan principalmente con la gravedad y el grado de separación de la placenta, mientras que los riesgos para el feto están relacionados tanto con la gravedad de la separación como con la edad gestacional en la que se produce el episodio.

- Consecuencias maternas:
  - a. La repercusión hemodinámica materna es variable, desde una leve hipotensión hasta un cuadro de shock hipovolémico por pérdida sanguínea grave.
  - b. Coagulación intravascular diseminada que puede desencadenar una insuficiencia renal, síndrome de distress respiratorio del adulto, fracaso multiorgánico y muerte (La muerte materna es siete veces mayor que la tasa general de mortalidad materna en gestantes).
  - c. Aumento de la tasa de cesáreas urgentes por interés fetal o materno.
  
- Consecuencias fetales y neonatales:
  - a. Aumento de morbilidad y mortalidad perinatal relacionado con la hipoxemia, la asfixia, el bajo peso al nacer y el parto prematuro.
  - b. Restricción del crecimiento fetal en los casos de desprendimiento crónico.

El desprendimiento es una causa importante de morbimortalidad materna y perinatal. La tasa de mortalidad perinatal es de aproximadamente un 12% (frente al 0,6% de los nacimientos sin desprendimiento). La mayoría de las muertes perinatales (hasta el 77 %) se producen intraútero y las muertes en el

período postnatal se relacionan principalmente con la prematuridad. Sin embargo, la mortalidad perinatal asociada al desprendimiento parece estar disminuyendo.

En los países desarrollados, aproximadamente el 10% de todos los nacimientos pretérmino y el 10-20% de todas las muertes perinatales son causados por desprendimiento de la placenta.

### **RECURRENCIA:**

Las mujeres con desprendimiento de placenta presentan mayor riesgo de desprendimiento en un embarazo posterior. El riesgo de recurrencia es del 5 al 15%, en comparación con una incidencia basal del 0,4 al 1,3% en la población general. Después de dos abortos consecutivos, el riesgo se eleva al 20 - 25%. Así mismo, el riesgo de recurrencia es mayor después de un desprendimiento grave que después de un desprendimiento leve, y las hermanas de la paciente también parecen estar en mayor riesgo de tener un desprendimiento de placenta. Cuando el desprendimiento es lo suficientemente grave como para producir la muerte fetal, hay una incidencia del mismo resultado del 7% en un embarazo futuro.

Desafortunadamente, no hay estudios que demuestren intervención alguna que pueda disminuir este riesgo, pero parece razonable identificar factores de riesgo de desprendimiento y enfrentarnos a aquellos que sean modificables (abandono del hábito tabáquico, cese del consumo de cocaína, control tensional...)

### **MANEJO:**

Las mujeres embarazadas con signos y síntomas de desprendimiento deben ser evaluadas de forma precoz. Su manejo dependerá de la gravedad del desprendimiento, la edad gestacional y el estado de la madre y del feto. Siempre hay que tener presente que cualquier paciente, incluso con un sangrado leve procedente de un desprendimiento, está en riesgo de tener un desprendimiento grave repentino. Por lo tanto, todas estas pacientes deben estar monitorizadas y someterse a una evaluación continua de la FCF.

### 1. Medidas generales:

Las siguientes acciones son intervenciones iniciales razonables a tomar ante pacientes con desprendimiento agudo potencialmente grave:

- La exploración de la paciente debe realizarse mediante especuloscopia cuidadosa. El tacto vaginal está contraindicado en toda metrorragia del tercer trimestre salvo en caso de sospecha de parto inminente o a cargo del médico adjunto sobre el que recaiga la decisión de la vía del parto.
- Ingreso hospitalario e inicio inmediato de una monitorización fetal continua.
- Asegurar el acceso intravenoso con al menos una, y preferiblemente dos, vías venosas y monitorizar la situación hemodinámica de la madre (frecuencia cardíaca, presión arterial, diuresis). La diuresis debe mantenerse por encima de 30 ml/hora.
- Mantener la saturación de oxígeno materno > 95%.
- Estimar la pérdida sanguínea mediante un recipiente volumétrico y/o pesando compresas/toallas usadas para absorber el sangrado vaginal. Además de las dificultades prácticas en la determinación del volumen de sangre vaginal, la pérdida de sangre real puede ser muy superior a lo que se observa debido a una hemorragia retroplacentaria retenida.
- Realizar un hemograma, grupo sanguíneo y Rh y estudios de coagulación que deberán repetirse ante sospecha de empeoramiento o desarrollo de una CID.
- Notificar al banco de sangre la reserva de productos sanguíneos que pudiésemos necesitar. En mujeres con CID hay que transfundir la sangre y los derivados sanguíneos necesarios para alcanzar los niveles mínimos siguientes:
  - Recuento plaquetario  $\geq 50,000$  / microL.
  - Fibrinógeno  $\geq 100$  mg / dl.
  - Tiempo de protrombina (TP) y tiempo parcial de tromboplastina (TTPA) de menos de 1,5 veces el control.
  - Hematocrito del 25-30%
- Notificar al equipo de anestesia lo relacionado con su especialidad que en estas pacientes incluye la gestión de la inestabilidad hemodinámica,

cuestiones técnicas relacionadas con diátesis hemorrágica, y la posible necesidad de parto por cesárea urgente.

## 2. Tratamiento específico

Después de la evaluación inicial y la estabilización de la paciente, el manejo de los embarazos complicados con un desprendimiento de placenta agudo clínicamente significativo, depende principalmente de la viabilidad fetal y del estado materno. Si el feto está vivo, entonces la edad gestacional y el estado fetal también juegan un papel importante en la toma de decisiones. Las siguientes directrices proporcionan un enfoque general que debe ser modificado para cada caso individual:

### 1- **MUERTE FETAL:**

Cuando se ha producido la muerte del feto, nuestra prioridad pasará a ser minimizar el riesgo de morbilidad y mortalidad materna siendo en este caso el parto vaginal de elección. Hay que tener en cuenta que la frecuencia de coagulopatía es mucho mayor en los abruptio que cursan con muerte fetal.

El parto por cesárea será la mejor opción cuando:

- Se requiera el control rápido de la hemorragia.
- Existan contraindicaciones obstétricas para el parto vaginal.
- La madre se niegue a una terapia adecuada de transfusiones (el trabajo de parto prolongado en un desprendimiento grave puede estar asociado con una mayor pérdida de sangre que el parto por cesárea).



**2– DESPRENDIMIENTO GRAVE EN CUALQUIER EDAD GESTACIONAL:**

Se recomienda finalizar el embarazo a cualquier edad gestacional complicada por un desprendimiento grave, que puede definirse como un desprendimiento de placenta con inestabilidad materna (coagulopatía significativa, hipotensión y/o importante pérdida sanguínea incontrolable) o cuando el trazado de la FCF sea desalentador.

**3– DESPRENDIMIENTO NO GRAVE EN > 36 SEMANAS:**

Se recomienda finalizar el embarazo en el desprendimiento no grave en  $\geq 36$  semanas de gestación debido a la relativamente baja morbilidad neonatal del lactante pretérmino tardío en el contexto del posible riesgo de morbilidad materno-fetal grave o mortalidad en el caso de un futuro desprendimiento repentino y grave.

**4– EL DESPRENDIMIENTO NO GRAVE A LAS 34 - 36 SEMANAS:**

Se recomienda finalizar en la mayoría de las pacientes con un diagnóstico reciente de desprendimiento en las 34 - 36 semanas de gestación, aunque el desprendimiento no sea grave (cardiotocografía fetal tranquilizadora, signos vitales maternos normales, pruebas de laboratorio normales o levemente alteradas, sangrado leve o moderado) debido a que estas pacientes siguen en riesgo de desarrollar un desprendimiento repentino y grave.

La toma de decisiones en estos casos se basa en factores específicos para cada paciente, sopesando el riesgo estimado de progresión/recidiva del desprendimiento contra los relativamente pequeños riesgos de la prematuridad en el recién nacido prematuro tardío. En pacientes seleccionadas cuidadosamente entre las 34 y 36 semanas, con un desprendimiento leve, es decir, con signos y síntomas mínimos de desprendimiento, el tratamiento conservador podría ser un enfoque razonable si la madre está estable, el estado fetal es bueno, las pruebas de laboratorio son normales y el sangrado activo se ha detenido. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, estas pacientes tienen un mayor riesgo de desprendimiento brusco grave, por lo que deberemos mantener una estrecha vigilancia y finalizar la gestación si presentan sangrado recurrente.

**5– EL DESPRENDIMIENTO NO GRAVE EN < 34 SEMANAS:**

La conducta expectante en el desprendimiento en embarazos <34 semanas es razonable cuando la madre está estable y cuando las pruebas de bienestar fetal sean tranquilizadoras.

Administraremos corticoides para promover la maduración pulmonar fetal dado el aumento del riesgo de parto prematuro en estas pacientes.

Los tocolíticos pueden utilizarse con precaución en los casos en los que haya dinámica uterina. Se debe ser cuidadoso ya que algunos de estos fármacos (ritodrine, terbutalina) pueden causar síntomas cardiovasculares (taquicardia, hipotensión) que pueden empeorar cualquier inestabilidad hemodinámica resultante del desprendimiento y también pueden hacer que sea difícil de reconocer los signos de empeoramiento de la hipovolemia. Pero aunque existe controversia, existen estudios que han confirmado que el uso cuidadoso de tocolíticos puede ser seguro en estas circunstancias y nos brindará el tiempo necesario para completar la maduración pulmonar fetal.

**6– HALLAZGO CASUAL ECOGRÁFICO EN PACIENTES ASINTOMÁTICAS:**

El desprendimiento de placenta constituye a veces un hallazgo casual en la ecografía de una paciente asintomática. Estos casos se manejan de forma individualizada. Si el embarazo está a término aceleraremos el parto para evitar posibles complicaciones que ocurrirían si la zona de separación de la placenta se extendiera. En los embarazos pretérmino el tratamiento conservador es un enfoque razonable. Para embarazos de menos de 34 semanas de gestación administraremos corticoides para promover la maduración pulmonar fetal.

Cuando llevemos a cabo una conducta expectante en estas pacientes, deberemos realizar una evaluación fetal con un test no estresante o un perfil biofísico al menos semanalmente. También se realizará la estimación ecográfica del peso fetal para evaluar el crecimiento fetal ya que existe riesgo de desarrollar una restricción del crecimiento en estos fetos.

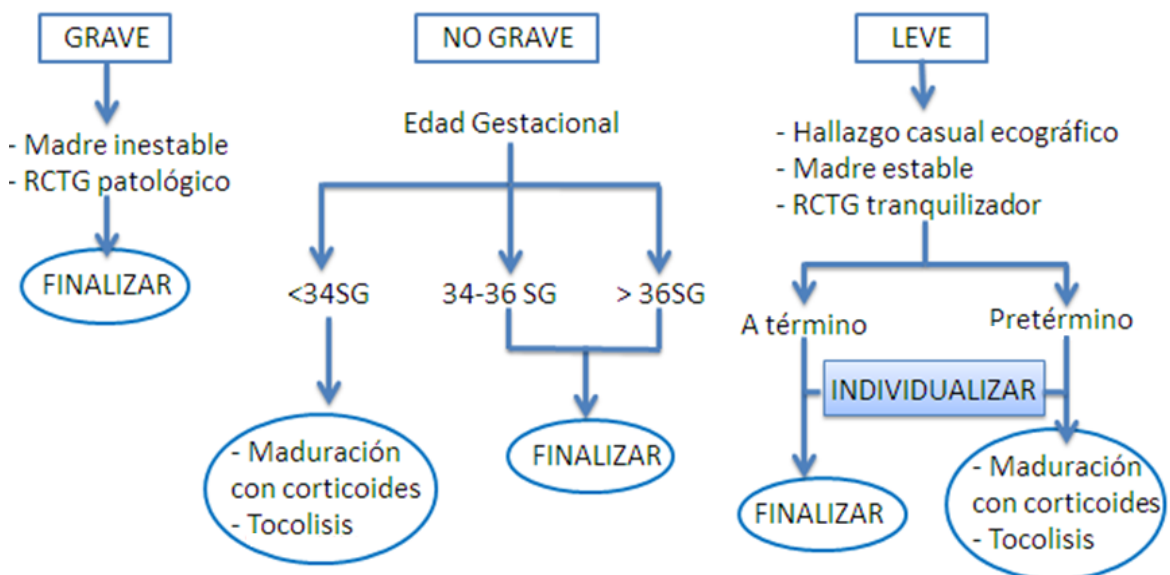
No existen datos convincentes sobre el tiempo de hospitalización en estos embarazos. Un enfoque razonable es vigilar a la paciente en el hospital hasta que el sangrado ceda durante al menos 48 horas, los trazados de la FCF y los

exámenes por ultrasonido sean tranquilizadores y la paciente se encuentre asintomática. Es importante informar a la paciente de que debe volver inmediatamente en caso de recidiva del sangrado, sensación de dinámica, reducción en la percepción de los movimientos fetales o dolor abdominal.

Si la ecografía evidencia un gran hematoma sería prudente mantener a la paciente hospitalizada durante un período más largo.

Para las pacientes con desprendimiento de < 34 semanas que han sido tratadas de forma conservadora sin ningún otro síntoma, es razonable programar el parto a las 37-38 semanas debido al aumento del riesgo de muerte fetal. El parto antes de las 37 semanas se indicará ante nuevas complicaciones (restricción del crecimiento fetal, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, evaluación fetal desalentadora, desprendimiento recurrente con inestabilidad materna).

### DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERTA



### VÍA DEL PARTO

El parto vaginal es razonable cuando la madre está estable y el registro cardiotocográfico es tranquilizador. Si la paciente no se encuentra en trabajo de parto activo podemos recurrir a la amniotomía y a la administración de oxitocina para acelerar el parto. Sin embargo, el intento de parto vaginal sólo debe realizarse si se tiene acceso a una cesárea inmediata en caso necesario.

La cesárea urgente se indica ante inestabilidad materna o cuando el registro cardiotocográfico sea desalentador y el parto vaginal no sea inminente o bien esté contraindicado. Es deseable corregir las alteraciones maternas de la coagulación previo a la cesárea, pero esto no siempre es posible

### CUIDADOS POSTPARTO:

En el postparto administraremos una infusión de oxitocina intravenosa como agente uterotónico de primera línea. Deben vigilarse estrechamente los signos vitales maternos, la pérdida de sangre, la diuresis, el tamaño y consistencia del útero y los resultados de laboratorio (hemoglobina/hematocrito, estudios de coagulación) para garantizar que el sangrado está controlado y que la coagulopatía se está resolviendo, así como para guiar el reemplazo de fluidos y productos de la sangre según sea necesario.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ananth CV, Kinzler WL. Placental abruption: Clinical features and diagnosis [monografía en Internet]. Lockwood CJ: UpToDate; 2014 [acceso marzo 2015] Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
2. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption: Management [monografía en Internet]. Lockwood CJ: UpToDate; 2014 [acceso marzo 2015] Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
3. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). 2013.

4. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90:140.
5. Kaminsky LM, Ananth CV, Prasad V, et al. The influence of maternal cigarette smoking on placental pathology in pregnancies complicated by abruption. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197:275.e1.
6. Williams MA, Lieberman E, Mittendorf R, et al. Risk factors for abruptio placentae. *Am J Epidemiol* 1991; 134:965.
7. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. *Obstet Gynecol* 2006; 108:1005.
8. Glantz C, Purnell L. Clinical utility of sonography in the diagnosis and treatment of placental abruption. *J Ultrasound Med* 2002; 21:837.
9. Ananth CV, Peltier MR, Chavez MR, et al. Recurrence of ischemic placental disease. *Obstet Gynecol* 2007; 110:128.
10. Bond AL, Edersheim TG, Curry L, et al. Expectant management of abruptio placentae before 35 weeks gestation. *Am J Perinatol* 1989; 6:121.
11. Sholl JS. Abruptio placentae: clinical management in nonacute cases. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156:40.
12. Towers CV, Pircon RA, Heppard M. Is tocolysis safe in the management of third-trimester bleeding? *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:1572.