



**VII Jornada Nacional de Clínica Virtual**

**“Prof. Dr. José Baudilio Jardines Méndez in Memoriam”**

I Jornada Nacional de Presentación de Casos Clínicos de Ortodoncia y Anatomía Patológica

II Jornada Nacional Científica Estudiantil de Presentación de Casos Clínicos

# **GESTORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO**

**Autora:** Yailenys Ortiz Brizuela\*

Alegna González Rabilero\*\*

\*Estudiante de 4to año de Medicina. Alumna Ayudante de Gineco-obstetricia

\*\* Estudiante de 4to año de Medicina. Alumna Ayudante de Oftalmología

# OBJETIVO

Describir las manifestaciones clínicas de las gestorragias de la segunda mitad del embarazo.



# Placenta Previa

Inserción parcial o total de la placenta en el segmento inferior del útero, de modo que puede ocluir el orificio cervical.

## Clasificación:

- 1-Inserción lateral
- 2-Marginal
- 3-Oclusiva: parcial o total

Placenta tipo 1: Lateral o baja. El borde placentario se implanta en el segmento uterino inferior, no llegando al OCI.

Placenta tipo 2: Marginal. Llega justamente al borde del OCI, pero no lo sobrepasa (no lo ocluye).

Placenta tipo 3: Oclusiva parcial. El OCI está cubierto de manera parcial por la placenta.

Placenta tipo 4: Oclusiva total. El OCI está cubierto totalmente por la placenta.

## Factores de riesgo



**Multiparidad**



**Edad materna  
avanzada**



**Embarazo  
múltiple**



**Antecedentes de  
cesárea**

## Clínica

Sangramiento variable en cantidad, de coloración roja brillante.

Aparece de forma brusca, indoloro, y en ausencia de contracciones uterinas.

El cuadro se torna repetitivo, aumentando en intensidad y frecuencia de los episodios.

Palpación fetal normal.



## Diagnóstico

- Exploración física: el examen del abdomen revela útero blando e indoloro, al no existir DU.
- USD (diagnóstico confirmativo).



# Tratamiento

- Ingreso
- Reposo absoluto
- Evitar TV, solo examen con espéculo
- Vigilancia estricta de la salud materna fetal
- Vigilar signos vitales
- Tener sangre disponible en banco
- US para vigilar migración placentaria cada 15 días
- Si embarazo pretérmino, evitar contracciones e inducción de la madurez pulmonar. Si cesa sangramiento conducta expectante
- Si sangramiento abundante: cesárea hemostática
- Si oclusiva total y embarazo a término: cesárea
- Si trabajo de parto y placenta no oclusiva total: Amniotomía, oxitocina y vigilancia estricta del Trabajo de parto

# **Hematoma Retroplacentario o Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normoinserta**

Es la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada, que ocurre después de la semana 20 de gestación y antes del 3er período del parto.

## Factores de riesgo

- Multiparidad
- Trauma abdominal
- Descompresión brusca de un polihidramnios
- Drogadicción y abuso físico
- HTA
- Preeclampsia
- Hábito de fumar
- Malnutrición materna



# Clínica

## Forma leve

Sangramiento escaso, oscuro y con pequeños coágulos.

Útero normal o con ligera hipertonía. Dolor escaso, feto vivo, FCF normal o taquicárdico.

## Forma moderada

Sangramiento vaginal discreto o ausente, dolor abdominal moderado.

Hipertonía uterina con cambios en la FCF que sugieren hipoxia y a veces muerte fetal

## Forma grave

Dolor intenso, brusco.

El sangramiento vaginal no guarda relación con el estado de gravedad.

Malestar general, angustia, pálidez extrema, pulso taquicárdico.

**La paciente dejó de sentir los movimientos fetales**

## Tratamiento

- Ingreso en unidad quirúrgica
- Canalizar 2 venas con trócar
- Complementarios de urgencia
- Signos vitales cada 30 minutos o constantes
- Oxigenoterapia
- Reponer pérdidas
- Interrupción de la gestación





## Rotura Uterina

Solución de continuidad no quirúrgica del útero, que ocurre por encima del cuello y en gestaciones avanzadas.

### Clasificación:

- 1-Según su causa: traumática o espontánea.
- 2-Según su localización: en segmento inferior o el cuerpo.
- 3-Según grado: completas e incompletas.
- 4-Según el momento del parto: durante el embarazo o el parto.



## Factores de riesgo

Multiparidad

Embarazo múltiple

Legrados uterinos

Cicatrices uterinas

Seguimiento inadecuado del trabajo de parto

Macrosomía fetal

Uso inadecuado de oxitocina

## Clínica

### **Síndrome de inminencia de rotura uterina**

Múltipara intranquila, excitada o agotada por un trabajo de parto prolongado.

Contracciones enérgicas, dolor intenso con sensibilidad generalizada.

Útero que semeja reloj de arena.

Cuello alto y engrosado.

### **Rotura uterina consumada**

La paciente refiere sentir que se ha roto algo dentro de ella.

Cesan las contracciones uterinas. Puede sentir MF activos que cesan al morir el feto.

Aparece sangramiento vaginal rojo radiante que puede no ser muy intenso. FF negativo

# CONCLUSIONES

Durante la segunda mitad del embarazo pueden surgir entidades como: Placenta Previa, Hematoma Retroplacentario y Rotura Uterina, las mismas se manifiestan en la clínica por una triada característica: **amenorrea, sangramiento, y dolor.** Estas manifestaciones clínicas varían sus características según la entidad.

# BIBLIOGRAFÍA

- González-Merlo, Obstetricia, 6ta edición. 2013. Capítulos 29, 30 y 31
- Audio complementario.



MUCHAS  
GRACIAS!!!



solanco design