

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE
DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL
DESPRENDIMIENTO PREMATURO
DE PLACENTA**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

INTRODUCCIÓN

El desprendimiento prematuro de placenta normo inserta corresponde al 30 % de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación, esta complicación está asociada a una mortalidad materna del 1 %.

El desprendimiento ha sido relacionado a un incremento en la incidencia de coagulación intravascular diseminada, falla renal, necesidad de transfusiones e histerectomía. El desprendimiento prematuro puede presentarse con sangrado entre las membranas y la decidua a través del cérvix o permanecer confinado al útero con sangrado por detrás de la placenta.

1. OBJETIVO

Estandarizar la atención de las embarazadas que cursen con un cuadro de desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta estableciendo los lineamientos necesarios para reducir las variaciones en las prácticas de los profesionales involucrados y asumiendo practicas obstétricas basadas en las mejores evidencias.

2. EVIDENCIAS

- a. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del

embarazo, parto o puerperio. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, Colombia: Abril de 2013.

- b. Guía de Práctica Clínica Detección y tratamiento Inicial de la Emergencias Obstétricas. México: Secretaría de Salud, elaboración 2010, actualización 2011.
- c. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la Hemorragia Obstétrica de la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato. México: Secretaría de Salud, 2009.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos y médicas generales, especialistas en ginecología y obstetricia, medicina familiar, medicina interna, emergenciológica; personal de enfermería y paramédico.

4. POBLACION DIANA

Mujeres embarazadas que cursan con cuadro de desprendimiento prematuro parcial o total de la placenta.

5. DEFINICIÓN

Es el desprendimiento o la separación total o parcial del sitio de implantación de una placenta normo inserta antes del nacimiento del feto y después de la semana número 22 de la gestación.

6. FACTORES DE RIESGO

- Un mayor riesgo de desprendimiento de la placenta se ha demostrado en pacientes menores de 20 años y mayores de 35 años.
- Otros factores: traumas, hipertensión del embarazo, infección intrauterina, rotura prematura de membranas, restricción de crecimiento fetal, amenaza de parto pre término, anemia, tabaquismo, multiparidad, embarazo múltiple, alcoholismo, poli hidramnios, abrupcio de placenta mutaciones genéticas del factor V Leiden y mioma uterino.

7. DIAGNÓSTICO

7.1 Diagnóstico clínico

- a. Presencia de sangrado vaginal acompañado de dolor abdominal.
- b. Contracciones uterinas, sensibilidad uterina y aumento del tono.
- c. Dificultad para identificar la frecuencia cardiaca fetal.
- d. Signos y síntomas de descompensación cardiovascular.

Nota: *el desprendimiento puede presentarse sin manifiesta hemorragia transvaginal.*

7.2 Diagnóstico por imagen

Ecografía que muestra hematoma retro placentario.

Nota: *La resonancia magnética constituye un método de imagen muy confiable en ambiente en el que se dispone de este recurso.*

7.3 Pruebas de laboratorio

- a. Hemograma completo.
- b. Tiempo de protrombina.
- c. Tiempo parcial de tromboplastina.
- d. Fibrinógeno y productos de degradación del fibrinógeno.
- e. Perfil hepático.
- f. Pruebas de aglutinación de los d-dímeros.
- g. Endoglina soluble, la cual se ha usado como marcador temprano.
- h. Hemoclasificación.

7.4 Criterios de patología para el diagnóstico de desprendimiento

- a. Hematoma
- b. Depósitos de fibrina
- c. Infarto vellositario e histiocitos con hemosiderin-laden, en los casos con hematomas mayores.

7.5 Criterios de coagulopatía de consumo

- a. Recuento plaquetario menor a 100,000.
- b. Tiempo de protrombina y parcial de tromboplastina prolongados.
- c. Fibrinógeno menor a 100mg/dL.

8. MANEJO CLINICO

El manejo de la hemorragia obstétrica por abrupcio de placenta debe realizarse en centro especializado con capacidad instalada para manejo activo de la coagulopatía y soporte vital avanzado.

Nota: considerar protocolo de transfusión masiva.

8.1 Medidas generales

- a. Ingresar sin demoras
- b. Canalizar con catéteres Nos. 14 y 16 (dos vías permeables). Iniciar infusión con cristaloides, de preferencia con solución salina, a razón de 45 gotas/minuto o a un mayor ritmo de goteo, según la condición clínica.
- c. Dar monitoreo permanente de signos vitales.
- d. Indicar reposo absoluto.
- e. Cruzar y reservar como mínimo dos (2) unidades de concentrado de hematíes o sangre total.
- f. Preparar a la paciente para cesárea de emergencia con exámenes auxiliares completos y culminar la gestación.

8.2 Manejo obstétrico

- Si el feto está vivo, proceder con la realización de la cesárea inmediatamente.
- Si hay óbito fetal y la paciente se encuentra hemodinámicamente estable y con un trabajo de parto con dilatación igual o mayor a 8 cm, se procederá con la realización del parto por vía vaginal, atendiendo de cerca los signos de descompensación hemodinámica. Asegurar la disponibilidad de sangre y oxitócicos.
- Si en el transcurso de su evolución se presentara algún signo de descompensación hemodinámica o el expulsivo no se diera dentro de las dos horas, se procederá con la cesárea de emergencia.
- Si hay óbito fetal y la madre se encuentra hemodinámicamente inestable, se procederá con la cesárea.

- Luego del alumbramiento, será manejada la hemorragia posparto por posible atonía uterina.
- Toda paciente que, luego de culminada la gestación, presente inestabilidad hemodinámica o trastornos marcados de los exámenes hematológicos, será referida a un centro de mayor complejidad.
- Toda paciente con inestabilidad hemodinámica, útero infiltrado en más del 50% y atonía uterina, será sometida a una histerectomía, independientemente de la edad y de la paridad.

8.3 Paquetes globulares de hemoderivados

8.3.1 Transfusión sanguínea

- En los casos en que las pruebas cruzadas no estén disponibles, se recomienda iniciar con sangre tipo “O negativo” o sangre específica sin pruebas cruzadas hasta que la sangre específica con pruebas cruzadas esté disponible.
- Se recomienda, en caso de choque hemorrágico grave, abruptio de placenta con feto muerto o coagulopatía intravascular diseminada (CID) clínicamente evidente, seguir el Código Rojo.
- En aquellos sitios que tengan disponibilidad, se recomienda reponer glóbulos rojos, plasma fresco congelado y plaquetas en una relación 1:1:1. Debe ser administrado a la paciente un concentrado de plaquetas, si el conteo es menor de 50,000; así como un crioprecipitado, si el fibrinógeno es menor de 1 g/L.

9. CRITERIOS DE EGRESO

Las pacientes serán dadas de alta hospitalaria de acuerdo a su evolución, lo cual dependerá del grado de DPP previo. Además de cumplir, como mínimo, con las siguientes condiciones:

- a. Hospitalización no menor a 48 horas.
- b. Estabilidad hemodinámica con niveles de hemoglobina superior a 8 gr.
- c. Ausencia de complicaciones hematológicas (tiempos de sangría, coagulación y plaquetas) en límites normal.
- d. Función renal, hepática y respiratoria en límites normal.

10. CRITERIOS PARA REFERIMIENTO

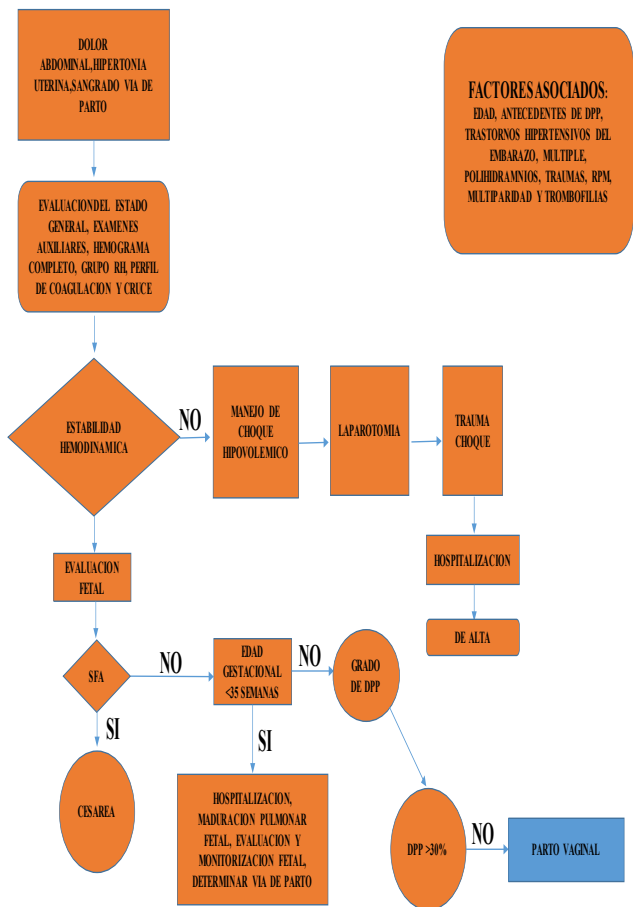
- Pacientes o puérperas con coagulopatía de consumo o CID después del parto.
- Pacientes que requerirán más de dos unidades de sangre o manejo en UCI.

11. INFORMACIÓN A LA USUARIA Y FAMILIARES

Las mujeres y sus familiares o acompañantes deben recibir información apropiada, con explicaciones sobre:

- a. Condición clínica de la madre y pronóstico fetal.
- b. Naturaleza de los procedimientos y terapias.
- c. Necesidad de cuidados intensivos.
- d. Necesidad de transfusión sanguínea.
- e. Medidas para recuperación y seguimiento.

12. ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO Y EL MANEJO DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA



13. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Mortalidad materna. Nota descriptiva N°348, mayo de 2014.
2. Código Rojo para el Manejo de la Hemorragia Obstétrica. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Programa Nacional de Salud Reproductiva. Primera Edición, 2013.
3. Royal College Obstetric and Gynecologist. Antepartum Haemorrhage. 1st ed. Green-top Guideline No. 63. November 2011.
4. Fescina R, De Mucio B, Ortiz EI, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. OPS/CLAP/SMR. Publicación científica 1594, Montevideo, 2012. p33-37.
5. Shad H Deering, MD. Abruptio Placentae. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/25281overview#4/5/2015>.
6. Sindy H. Wei & Mohammad Helmy & Allen J. Cohen. CT evaluation of placental abruption in pregnant trauma patients. Emerg Radiol (2009) 16:365–373.
7. Hasegawa J , Nakamura M, Hamada S, Ichizuka K, Matsuoka R, Sekizawa A, Okai T. Capable of identifying risk factors for placental abruption. J Matern Fetal Neonatal Med 2014.Jan; 27(1):526. Visitado Pubmed 17 mayo 2015.

8. Yang Q , Wen SW, Phillips K, Oppenheimer L, Black D, Walker MC. Comparison of maternal risk factors between placental abruption and placenta previa. *Am J Perinatol.* 2009 Apr; 26(4):27986. Pubmed revisado 20/5/2015.
9. Aliyu MH , Lynch O, Nana PN, Alio AP, Wilson RE, Marty PJ, Zoorob R, Salihu HM. Alcohol consumption during pregnancy and risk of placental abruption and placenta previa. *Matern Child Health J.* 2011 Jul; 15(5):6706. Visitado Pubmed 17 mayo 2015.
10. Bajo Arena JM, Melchor Marcos JC. *Fundamentos de Obstetricia. SEGO. Grafica Marte, SL. Madrid, Es-paña 2007. P.492.*
11. Diagnosis of Placental Abruption: Relationship between Clinical and Histopathological Findings. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* Author manuscript; available in PMC 2011 Feb 1.
12. CT evaluation of placental abruption in pregnant trauma patients. *Emerg Radiol.* 2009 Sep; 16(5): 365–373. Published online 2009 Mar 11.
13. MR imaging in the evaluation of placental abruption: correlation with sonographic findings. *Radiology.* 2011 Apr; 259(1):22230. Do: 10.1148/radiol.10101547. Epub 2011 Feb 17.

14. CIRCULATING SOLUBLE ENDOGLIN AND PLACENTAL ABRUPTION: Prenat Diagn. 2008 September; 28(9): 852–858. doi:10.1002/pd.2065.
15. Guía de práctica clínica de obstetricia. Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital “San José” del Callao. 2013. P 41-46.