



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

**“PLACENTA PREVIA ASOCIADA A CESÁREA ANTERIOR EN PACIENTES
DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DURANTE EL AÑO 2013”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA
OPTAR POR EL GRADO DE MÉDICO GENERAL**

AUTOR:

MELISSA PAULINA PEREIRA PONTÓN

TUTOR:

DRA. EDUVIGES ÁLVAREZ

GUAYAQUIL-ECUADOR

PERIODO LECTIVO

2014 - 2015



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación, cuya autoría corresponde al Sra. Melissa Paulina Pereira Pontón con C.I. # 070415677-7 ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el título de Médico General.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO

DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA

ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADO POR EL SRA MELISSA PAULINA PEREIRA PONTÓN CON C.I.# 070415677-7.

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES: PLACENTA PREVIA ASOCIADA A CESÁREA ANTERIOR EN PACIENTES DEL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO DURANTE EL AÑO 2013.

REVISADO Y CORREGIDO QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

DRA. EDUVIGES ÁLVAREZ LINDAO

DEDICATORIA

Se la dedico al forjador de mi camino, a mi Padre Celestial, que me acompaña y me da fortaleza para continuar; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar dedico primeramente mi trabajo a DIOS.

A mi amado esposo, amigo y compañero Jheison Cabrera que ha sido un pilar importante para la culminación de mi carrera, con su apoyo constante y amor incondicional.

A mis padres, Marcelo Pereira y Jacqueline Pontón por su infinito amor, motivación y apoyo incondicional.

A mis abuelos, Marcelo Pereira y Eva Orellana que me mira desde el cielo, que han sido mis ángeles mandados por Dios.

Y a mis hermanos Lissette, Marcelo y José Miguel que siempre me han dado su apoyo incondicional en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios nuestro SER SUPREMO ya que sin su GRACIA no hubiese sido posible culminar con este escalón más de mi vida, a mi familia que ha sido mi motor, fuente de sabiduría, calma y consejo.

A mi Universidad que me dio la bienvenida al mundo como tal, a mis maestros por su interés, apoyo, sus conocimientos compartidos y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

A mi directora de tesis, Dra. Eduvigis Álvarez por transmitirme sus conocimientos y ayudarme a culminar el desarrollo de mi tesis con éxito y obtener una afable titulación profesional.

También agradezco al Hospital Teodoro Maldonado Carbo que me supo abrir sus puertas y darme las facilidades para realizar mi trabajo de investigación.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO SENESCYT

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA	
FICHA DE REGISTRO DE TESIS	
TÍTULO Y SUBTÍTULO: Placenta previa asociada a cesárea anterior en pacientes del hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el año 2013.	
AUTOR/ ES: Melissa Paulina Pereira Pontón	REVISORES: Dra. Eduviges Álvarez Lindao
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Médicas
CARRERA: Medicina	
FECHA DE PUBLICAC	Nª DE PÁGS: 57
ÁREAS TEMÁTICAS: Ciencias de salud	
PALABRAS CLAVE: Placenta previa, Cesárea anterior, Factores de riesgo, Implantación anormal, Multiparidad.	
RESUMEN: <p>Antecedentes.- La placenta previa es la implantación anormal de la misma que se desarrolla a nivel del segmento uterino y que en ocasiones cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno, de tal modo que obstruye el paso del feto durante el parto.</p> <p>Se han encontrado múltiples factores asociados a esta patología, dentro de los más importantes el antecedente de cesárea anterior.</p> <p>Los índices de cesárea están aumentando y con ello el riesgo de presentación de placenta previa en embarazos posteriores. El objetivo de este estudio retrospectivo es establecer la relación que existe entre placenta previa y el antecedente de cesárea anterior.</p>	

Materiales y Métodos.- En este estudio retrospectivo se utilizó la técnica de recopilación de datos de historias clínicas de las pacientes ingresadas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo con diagnóstico de placenta previa en el segundo trimestre del embarazo mediante ecografía durante el año 2013.

Resultados.- Durante el año 2013 se atendieron 120 pacientes con diagnóstico de placenta previa en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, de las cuales 40 tuvieron el antecedente de cesárea anterior que representan el 33%.

Conclusión.- Este estudio confirma que la cesárea previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de placenta previa en embarazos posteriores, y que debido al aumento acelerado de las cesáreas no justificadas clínicamente se está incrementando el riesgo de presentarse esta patología y con ella sus complicaciones.

N° DE REGISTRO (en base de datos):	N° DE CLASIFICACIÓN:
-------------------------------------------	-----------------------------

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:	SI X	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0991268958	E-mail: Melpereira_88@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad Guayaquil. Escuela de Medicina	
	Teléfono: 042288126	
	E-mail: www.ug.com.ec	

RESUMEN

Antecedentes.- La placenta previa es la implantación anormal de la misma que se desarrolla a nivel del segmento uterino y que en ocasiones cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno, de tal modo que obstruye el paso del feto durante el parto.

Se han encontrado múltiples factores asociados a esta patología, dentro de los más importantes el antecedente de cesárea anterior.

Los índices de cesárea están aumentando y con ello el riesgo de presentación de placenta previa en embarazos posteriores. El objetivo de este estudio retrospectivo es establecer la relación que existe entre placenta previa y el antecedente de cesárea anterior.

Materiales y Métodos.- En este estudio retrospectivo se utilizó la técnica de recopilación de datos de historias clínicas de las pacientes ingresadas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo con diagnóstico de placenta previa en el segundo trimestre del embarazo mediante ecografía durante el año 2013.

Resultados.- Durante el año 2013 se atendieron 120 pacientes con diagnóstico de placenta previa en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, de las cuales 40 tuvieron el antecedente de cesárea anterior que representan el 33%.

Conclusión.- Este estudio confirma que la cesárea previa es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de placenta previa en embarazos posteriores, y que debido al aumento acelerado de las cesáreas no justificadas clínicamente se está incrementando el riesgo de presentarse esta patología y con ella sus complicaciones.

Palabras claves.- Placenta previa, Cesárea anterior, Factores de riesgo, Implantación anormal, Multiparidad.

ABSTRACT

Background.- The placenta previa is an abnormal implantation of itself, that develops in the uterine segment and sometimes cover partially or completely the internal os, in this way the pass of the fetus is obstructed during the delivery

There are several factors associated with this disease, the most important is the history of previous cesarean section.

The rates of cesarean section are increasing and with it the risk of placenta previa in subsequent pregnancies. The goal of tis study is to stablish the relation between the placenta previa and the history of previous cesarean section.

Materials and methods.- In this retrospective study, was used the data collection technique of patients medical records admitted to Teodoro Maldonado Carbo Hospital, with the diagnosis by ultrasound of placenta previa in the second trimester of pregnancy during the 2013 year.

Results.- During the year 2013, were treated 120 patients with diagnosis of placenta previa in the Teodoro Maldonado Carbo Hospital, of which 40 patients had the history of previous cesarean section that represents 33%.

Conclusions.- This study confirms that the cesarean previous section is one of the most important factors of risk for development of placenta previa in subsequent pregnancies and that due to the increased cesarean clinically unjustified, is increasing the risk of presenting this pathology and its complications.

Keywords.- Placenta previa, Cesarean section, Risk Factors, abnormal implantation, multiparity.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Formulación del problema.....	4
1.3 Delimitación del problema.....	5
1.4 Justificación del problema.....	5
1.5 Objetivos.....	6
1.5.1 Objetivo General.....	6
1.5.2 Objetivos Específicos.....	6
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Concepto.....	7
2.2 Revisión Histórica.....	7
2.3 Epidemiología.....	8
2.4 Clasificación.....	9
2.5 Etiología.....	10
2.6 Factores Predisponentes.....	11
2.7 Fisiopatología.....	11
2.8 Cuadro Clínico.....	12
2.9 Diagnóstico.....	15
2.9.1 Clínico.....	15

2.9.2 Imagenológico.....	16
2.10 Diagnóstico diferencial.....	17
2.11 Tratamiento.....	18
2.11.1 Tratamiento según la sintomatología.....	19
2.11.2 Tratamiento según el grado de hemorragia	21
2.11.3 Tratamiento Quirúrgico.....	23
2.11.4 Tratamiento de la hemorragia en el alumbramiento.....	25
2.14 Complicaciones.....	25
2.14.1 Prevención de las complicaciones.....	26
3. CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS	
3.1 Variables de la investigación.....	27
3.2 Universo.....	27
3.3 Muestra.....	27
3.3.1 Criterios de inclusión.....	28
3.3.2 Criterios de exclusión.....	28
3.4 Técnicas e instrumento de investigación.....	28
3.5 Lugar y periodo de la investigación.....	28
3.6 Procesamiento y análisis.....	29
3.7 Resultados.....	29

4. CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Número total de partos.....	30
4.2 Total de partos vs placenta previa.....	31
4.3 Resolución de la placenta previa en pacientes con y sin cesárea previa.....	32
4.4 Edad gestacional a la que se diagnosticó la placenta previa.....	33
4.5 Tipo de placenta previa más común según el lugar de implantación.....	34
4.6 Tipo de placenta previa más común con y sin cesárea previa.....	35
4.7 Relación entre placenta previa definitiva sin cesárea anterior y el número de gestas.....	36
4.8 Placenta previa asociada a cesárea anterior.....	37
4.9 Totales de cesáreas vs totales de cesáreas con placenta previa.....	38
4.10 Placenta previa vs complicaciones.....	39
5. CAPITULO V	
5.1 Conclusiones.....	40
6. CAPITULO VI	
6.1 Recomendaciones.....	41
7. BIBLIOGRAFIA	42
8. ANEXOS	44

INTRODUCCIÓN

La Placenta Previa es la implantación anormal de la misma, que se desarrolla a nivel del segmento uterino y que en ocasiones cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno, de tal modo que obstruye el paso del feto durante el parto.

Ésta constituye una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbimortalidad tanto materna cuanto perinatal.

La incidencia ha aumentado en los últimos años y se estima actualmente en 1/200 gestaciones.

En Inglaterra la incidencia de placenta previa es de 0.6%. En Estados Unidos se informa en 0.2% a 0.5% de los partos. En Perú va de 0,3% a 0,5%, y es responsable del 3.3% de todas las muertes maternas. En Ecuador se estima 1 por cada 200 embarazos, y la mortalidad materna debida a ésta patología se ha informado en 2.4% según la OMS en el 2009.

La placenta previa es una causa importante de hemorragia, se le atribuye el 20% de las hemorragias del tercer trimestre de la gestación y conlleva una elevada morbimortalidad materno-fetal. Actualmente se considera la tercera causa más frecuente de transfusión durante la gestación, parto y puerperio y la segunda causa más frecuente de histerectomía obstétrica.

La etiología de la placenta previa es desconocida, pero se suponen hipótesis fundamentadas en condiciones asociadas a su mayor incidencia: noxas que alteran al endometrio, o bien al miometrio perturbando la placentación normal en su nidación. Y Placentarias, todas aquellas que favorezcan el aumento del tamaño de la tort placentaria o bien su superficie de implantación.

Constituyen grupos de riesgo la multiparidad, edad avanzada, gestación múltiple, tumores uterinos, periodos internatales cortos, placentosis, cicatrices uterinas e historia de abortos previos. El factor de riesgo más importante para placenta previa es tener una

cesárea previa. La placenta previa ocurre en el 1% de las embarazadas después de una cesárea; La incidencia después de 4 o más cesáreas se incrementa a 10%.

Se presenta de manera clásica como una hemorragia genital indolora, con expulsión de sangre líquida, roja, rutilante, que aparece en forma brusca e inesperada, en ausencia de contracciones uterinas. Es repetitiva aumentando la intensidad y la frecuencia de los episodios, tendiendo a la hemostasia espontánea. Ocurre típicamente durante el tercer trimestre de gestación, aunque se puede presentar temprano, antes de la semana 28 de gestación.

El sangrado está presente en el 80% - 85% de los casos; y un 10% - 15% son asintomáticas, detectadas sólo por ecografía. La severidad y frecuencia de la hemorragia obstétrica es una de las tres causas de muerte materna y causa importante de morbilidad y mortalidad perinatal.

El diagnóstico anteparto se realiza por medio de la búsqueda de factores de riesgo, síntomas clínicos y mediante estudio ecosonográfico.

En el manejo de la placenta previa estará orientado en 3 pilares terapéuticos: 1)Asegurar el estado materno-prevenir el shock hipovolémico, 2)Asegurar el estado fetal-prevenir el parto pretérmino y 3)Evitar las complicaciones.

Un paso importante y necesario hacia la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales (Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015) planteados en el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, es optimizar la atención de la salud para prevenir y tratar a las gestantes con placenta previa.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La placenta previa es una complicación de la gestación extraordinariamente peligrosa, que se caracteriza por producir hemorragia considerable pudiendo aparecer ya sea en etapas avanzadas del embarazo como durante el trabajo de parto.

La incidencia ha aumentado en los últimos años y se estima actualmente en 1/200 gestaciones.

La frecuencia de aparición con la paridad aumenta; Así, para la nulípara la incidencia es de 0.2%, mientras que en multíparas, puede ser mayor a 5% y la tasa de recidiva es de 4% a 8%.

El factor de riesgo preponderante para placenta previa es tener una cesárea previa. La placenta previa ocurre en el 1% de las embarazadas después de una cesárea; La incidencia después de 4 o más cesáreas se incrementa a 10%.

La relación existente entre el antecedente de una cesárea y la placenta previa es importante y relevante, ya que es cuatro veces mayor su frecuencia; además de favorecer ambos factores la posibilidad de expresarse como placenta accreta en 24% y este porcentaje se incrementa en forma directa con el número de cesáreas previas; La incidencia puede llegar a 65% en pacientes con múltiples cesáreas anteriores.

La Placenta previa es un factor de riesgo fundamental para la presencia de hemorragia feto-materna, lo que conlleva a una mayor probabilidad de anemia fetal e isoimmunización Rh. Se ha asociado con la restricción del crecimiento intrauterino en un 3% al 19% de los casos; y a presentaciones fetales anormales en el 30% de los casos, el riesgo de anomalías es dos a cuatro veces mayor en las pacientes con Placenta previa.

La placenta previa, supone un 20% de las hemorragias del tercer trimestre de la gestación y conlleva una importante morbimortalidad materno-fetal. Ésta importante morbilidad para la madre derivada del aumento de la necesidad de transfusiones, del aumento de la tasa de cesáreas, de la mayor necesidad de realizar histerectomía postparto, así como de complicaciones infecciosas y tromboembólicas.

La mortalidad materna en el Ecuador es de 2.4% debida a placenta previa. (OMS 2009)

La principal causa de morbimortalidad perinatal por Placenta previa es la prematuridad, por la necesidad de finalizar la gestación antes del término por metrorragias cuantiosas, que ocurre en aproximadamente 30% de los casos y aumenta mientras más temprano ocurra el primer episodio de sangrado.

Actualmente se considera la tercera causa más frecuente de transfusión durante la gestación, parto y puerperio; y, la segunda causa más frecuente de histerectomía obstétrica.

La placenta previa es una complicación del embarazo que pone en riesgo la vida materna y fetal, y es un importante problema de salud pública en todo el mundo. Las tasas de cesárea están aumentando en toda la orbe durante las últimas décadas, sobre todo en países de medianos y altos ingresos, convirtiéndose en el procedimiento de cirugía mayor más común.

Actualmente en el Ecuador se considera como cifra estimada que el 60% de los partos son por cesárea, lo que aumenta dramáticamente y de forma proporcional el riesgo de que se presente la placenta previa en embarazos posteriores, con las consecuencias negativas para la salud de la madre y del gestante.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el porcentaje de pacientes con placenta previa asociado a cesárea anterior en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el año 2013?

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

CAMPO: Salud Pública

ÁREA: Gineco-obstetricia

ASPECTO: Cesárea anterior

DELIMITACIÓN ESPACIAL: Hospital Teodoro Maldonado Carbo

DELIMITACIÓN TEMPORAL: Año 2013.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La placenta previa es una complicación del embarazo, que conlleva un alto riesgo, supone un 20% de las hemorragias del tercer trimestre de la gestación y conlleva una importante morbimortalidad materno-fetal.

El factor de riesgo más importante para placenta previa es tener una cesárea previa; Este estudio busca poner de manifiesto la relación que existe entre el procedimiento de una cesárea y la aparición de la patología de la placenta previa en embarazos subsecuentes; Ya que se estima que el 60% de los partos son por cesárea. Convirtiéndose el procedimiento de cesáreas clínicamente no necesarias en una importante problemática, que pone en los embarazos posteriores la vida materno-fetal en riesgo; y, se ha convertido en un importante problema de salud pública en todo el mundo.

La importancia que tienen las cesáreas clínicamente justificadas y necesarias, que cuantifica el riesgo/beneficio materno-fetal, es con el fin de reducir la morbimortalidad; por lo tanto debe tomarse muy en cuenta que el procedimiento de una cesárea conlleva también un aumento de la posibilidad de padecer placenta previa en embarazos posteriores.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre placenta previa y cesárea anterior en pacientes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el año 2013 mediante recolección de historias clínicas para establecer su verdadera asociación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el porcentaje de pacientes con placenta previa asociado a cesárea anterior
- Investigar la relación que existe entre placenta previa definitiva sin cesárea anterior y el número de gestas.
- Identificar el tipo de placenta previa más común según el lugar de implantación.
- Determinar el número de casos de placenta previa que terminaron en acretismo placentario, histerectomía y hemorragia postparto.
- Evaluar la resolución de la placenta previa en las gestantes con y sin cesárea previa.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

CONCEPTO

La placenta previa es la implantación anormal de la misma que se desarrolla a nivel del segmento uterino y que en ocasiones cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno, de tal modo que obstruye el paso del feto durante el parto. (fig 1, anexos)

Se denomina previa porque antecede a la presentación a partir de la semana 20 de gestación. (1)

REVISIÓN HISTÓRICA

La primera descripción de la placenta previa fue la de Guillemeau en 1685, el cual aconsejó a los cirujanos que, en los partos, definieran qué se presentaba primero, si el feto o la placenta. En 1730 Giffart describió cómo la hemorragia en el parto se debía a la separación entre el OCI y la placenta inserta en él. Fueron Levret (1750) en Francia y Smellie (1751) en Londres, quienes establecieron el concepto de placenta previa.

Desde entonces, su manejo clínico es controvertido. Durante los siglos XVIII y XIX se practicaban técnicas como el taponamiento vaginal, la rotura de las membranas (Puzo), la rotura de las membranas y versión gran extracción (versión de Braxton Hicks), la metreuresis (dilatación cervical con una bolsa de agua), el fórceps de Willet (tracción de la cabeza fetal hasta el OCI) y la cesárea vaginal.

La primera cesárea abdominal por placenta previa se realizó en 1892, extendiéndose rápidamente su uso; el tratamiento conservador hasta la viabilidad fetal fue introducido por Johnson en 1945, y el uso de los ultrasonidos para el diagnóstico de la localización de la placenta en 1966, por Gottesfeld. (8)

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia ha aumentado en los últimos años y se estima actualmente en 1/200 gestaciones.

La frecuencia de aparición con la paridad aumenta. Para nulípara, la incidencia es de 0.2%, mientras que en multíparas, puede ser mayor a 5% y la tasa de recidiva es de 4% a 8%.

El factor de riesgo más importante para placenta previa es tener una cesárea previa. La placenta previa ocurre en el 1% de las embarazadas después de una cesárea. La incidencia después de 4 o más cesáreas se incrementa a 10%. (7)

La placenta previa, supone un 20% de las hemorragias del tercer trimestre de la gestación y conlleva una elevada morbilidad materno-fetal. (6)

La morbilidad para la madre derivada del aumento de la necesidad de transfusiones, del aumento de la tasa de cesáreas, de la mayor necesidad de realizar histerectomía postparto, así como de complicaciones infecciosas y tromboembólicas. Actualmente se considera la tercera causa más frecuente de transfusión durante la gestación, parto y puerperio y la segunda causa más frecuente de histerectomía obstétrica.

La mortalidad materna en el Ecuador es de 2.4% debida a placenta previa según la OMS en el 2009.

La morbilidad fetal se debe sobre todo a la prematuridad debida a la necesidad de finalizar la gestación antes del término por metrorragias cuantiosas. La edad media del parto en pacientes con placenta previa se estima en $34,9 \pm 3,9$ semanas. (6)

CLASIFICACIÓN:

La placenta previa puede ser clasificada en 4 tipos basado en la localización relativa de la placenta en el orificio cervical: (fig 2, anexos)

1. **Tipo I. Placenta Lateral o de inserción baja**, cuando la placenta está localizada cerca (a 3 cm.), pero no está en contacto con el orificio cervical interno.
2. **Tipo II. Placenta Marginal**, cuando la placenta está en contacto con el borde del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.
3. **Tipo III. Placenta Oclusiva Parcial**, cuando la placenta cubre parte pero no todo el orificio cervical interno.
4. **Tipo IV. Placenta Oclusiva total**, cuando la placenta cubre enteramente el orificio cervical.

En la mayoría de los casos, las placentas descritas “de inserción baja” no llegan a término como tales; pues como consecuencia del desarrollo del segmento uterino inferior a partir de las 32 semanas, la placenta es desplazada en sentido cefálico.

De la misma manera, durante el trabajo de parto, una placenta parcialmente oclusiva al comenzar el trabajo de parto puede transformarse en una marginal, por dilatación del cuello. (7)

La variedad de la placenta depende entonces:

- a. De la edad gestacional: A mayor edad el segmento inferior se elonga habitualmente aleja la placenta del OCI.
- b. Del Trabajo de Parto: Por el progreso en la dilatación cervical.

De cara al parto se podría simplificar en:

- **Oclusiva:** no permite el parto vaginal. (Tipo III-IV)
- **No oclusiva:** permite el intento de parto vaginal. (I-II)

Con la introducción de la exploración ultrasónica, se ha planteado una nueva clasificación de la placenta previa en función de la distancia, medida en centímetros, desde el borde placentario hasta el orificio cervical interno. Se sugiere que se

clasifiquen como placentas previas aquellas que guardan una distancia inferior a 2 cm, medidos por ecografía intravaginal, porque, cuando la placenta está más alejada, no presenta ninguna de las complicaciones propias de la placenta previa. Se establece, pues, esa distancia de 2 cm. (20 mm) para comenzar a clasificar a la placenta como de inserción baja. (6)

FRECUENCIA DE LAS DIFERENTES CLASES DE PLACENTA PREVIA

- a. Placenta previa total: 23-31%
- b. Placenta previa parcial: 21-33%.
- c. Placenta previa marginal: 37-55%.

ETIOLOGÍA

La etiología de la placenta previa es desconocida, pero se suponen hipótesis fundamentadas en condiciones asociadas a su mayor incidencia:

1. UTERINAS.

Constituidas por todas aquellas noxas que alteran bien al endometrio, o bien al miometrio perturbando la placentación normal en su nidación.

Así como: Antecedentes de cesárea, legrado uterino, multiparidad, edad sobre 35 años, intervalo intergenésico corto, miomas uterinos (miomectomías tienen 4 veces mayor riesgo), endometritis, antecedente de Placenta Previa (12 veces mayor probabilidad de presentar nuevo episodio).

2. PLACENTARIAS.

Todas aquellas que favorezcan el aumento del tamaño de la tort placentaria o bien su superficie de implantación. Una reducción en el oxígeno útero-placentario promueve un aumento en la superficie placentaria asociado con el desarrollo del segmento uterino inferior. Embarazo gemelar, eritroblastosis, feto de sexo masculino, tabaquismo y Cocaína. (7)

FACTORES PREDISPONENTES

Los factores predisponentes y entidades clínicas relacionadas suelen incluir traumatismos previos del endometrio, del miometrio o de la vascularización uterina. Los factores más comunes se describen a continuación: (7)

- ✓ Edad materna avanzada.
- ✓ Multiparidad.
- ✓ Gestaciones múltiples.
- ✓ Anemia.
- ✓ Periodo intergenésico corto.
- ✓ Endometritis Crónica.
- ✓ Cesáreas.
- ✓ Legrados.
- ✓ Histeroscopia Operatoria.
- ✓ Cicatriz previa por miomectomía, o cirugía uterina.
- ✓ Antecedente de placenta previa.
- ✓ Tumores uterinos.
- ✓ Tabaquismo.
- ✓ Cocaína.
- ✓ Feto masculino.

FISIOPATOLOGÍA

El segmento inferior es una región inadecuada para la inserción placentaria, por presentar:

a. Endometrio: de menor grosor que determina una decidua más delgada y con menor vasculatura, por lo que la placenta tiende a ser más extendida, aplanada e irregular, con escaso desarrollo de tabiques entre cotiledones.

Debido a lo anterior el trofoblasto puede invadir decidua, pared uterina (más delgada) y aún órganos vecinos (acretismo placentario).

b. Musculatura: menos fibras musculares en relación al segmento superior y con mayor cantidad de fibras colágenas, lo que lo hace distensible, pero con menos potencia para colapsar vasos sanguíneos, dificultando la hemostasia si hay desprendimiento parcial de la placenta y por supuesto, durante el alumbramiento.

c. Membranas: en el borde placentario son más gruesas y menos elásticas, existe mayor frecuencia de RPM.

d. Cordón: Por la atrofia de cotiledones, secundario al desarrollo insuficiente de decidua, es frecuente la inserción velamentosa del cordón.

La placenta previa sangra sólo si se desprende. Las causas de desinserción son:

✓ En el embarazo: Por el crecimiento uterino y por las contracciones de Braxton-Hicks, se forma y desarrolla el Segmento uterino Inferior, cuya capacidad de elongación es mayor y supera al de la placenta.

✓ En el parto: Por las contracciones del trabajo de Parto que causan la formación del canal cérvico-segmentario y la dilatación cervical. (7)

CUADRO CLÍNICO

El síntoma fundamental es la hemorragia genital que tiene las siguientes características:

- Sangre roja, líquida, rutilante, variable en cantidad.
 - Aparece de forma brusca e indolora y en ausencia de contracciones uterinas.
 - Típicamente aparece en el tercer trimestre aunque se puede presentar tan temprano como a la semana 20. (un tercio de las pacientes presentan el primer episodio de metrorragia antes de la semana 30; otro tercio lo presentan entre la semana 30-35 y el resto después de la semana 36)
 - Es repetitiva aumentando la intensidad y la frecuencia de los episodios, tendiendo a la hemostasia espontánea
- El inicio de la hemorragia parece deberse a la formación del segmento uterino inferior, cuya constitución por deslizamiento de sus capas no puede ser seguida por la

placenta insertada a ese nivel, que se desprende en parte, ocasionando roturas vasculares responsables de la hemorragia. El comienzo del parto, al iniciarse la dilatación cervical, puede agravar la intensidad del sangrado sobre todo en casos de placenta oclusiva total. En los casos de placenta marginal anterior, el inicio del parto y el descenso de la presentación fetal puede ayudar a cohibir la hemorragia al comprimir la lengüeta placentaria. (6)

Durante el embarazo, la metrorragia procede habitualmente del desprendimiento de un Placenta Previa no oclusiva; En el parto, de la oclusiva, siendo en este caso el primer y único episodio, y de gran intensidad.

– Los episodios de sangrado no se suelen acompañar de signos de “pérdida del bienestar fetal” a no ser que la hemorragia sea tan copiosa que cause un shock hipovolémico en la gestante. Entonces el compromiso fetal depende del compromiso materno, que junto al ritmo sinusoidal en el monitoreo fetal indicaría que el feto también ha sangrado al desprenderse la placenta.

-El sangrado está presente en el 80% - 85% de los casos; y un 10%- 15% son asintomáticas, detectadas sólo por ecografía.

-En el examen físico, la anemia materna se correlaciona con la cuantía de la metrorragia. A la palpación, el útero presenta consistencia normal.

La severidad y frecuencia de la hemorragia obstétrica es una de las tres causas de muerte materna y causa importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Afortunadamente la mayoría de los pacientes tienen sangrados escasos. (7)

En general, mientras más baja y completa sea la implantación de la placenta, mucho antes ocurrirá la hemorragia. Existe una correlación entre el tipo de PP y el episodio inicial de sangrado: en las placentas previas centro oclusivas y parcialmente oclusivas, suele ocurrir en etapas tempranas del embarazo (semana 35 o menos), mientras que en las placentas marginales o de inserción baja, suele ocurrir después de la semana 36.

La hemorragia que ocurre en etapas tardías y aun durante el trabajo de parto se debe a la separación de la placenta de los tejidos adyacentes al formarse el segmento uterino inferior o al iniciarse la dilatación del orificio cervical interno, lo que produce sangrado

de origen materno. Mientras más precoz sea el primer episodio de hemorragia, indica un mal pronóstico evolutivo. En los casos donde el sangrado comienza antes de la semana 28, aumentan tanto los episodios de hemorragia como la incidencia de partos pretérminos y es necesario transfundir mayor número de unidades de hemoderivados.

El promedio de edad Gestacional en el que aparece el primer episodio de hemorragia es de 29, no se asocia con mortalidad materna y se resuelve espontáneamente.

La inserción anómala de la placenta impide el encajamiento de la cabeza fetal, lo que se acompaña en el 15% al 30% de los casos de presentaciones fetales anormales e incluso se puede asociar con prolapso del cordón por inserción anómala o rotura prematura de membranas.

La frecuencia cardíaca fetal suele ser normal y el sufrimiento fetal no se produce hasta que la hemorragia es lo suficientemente grave como para causar choque hipovolémico en la madre, aunque si se produce alteración de las vellosidades coriales puede aumentar la morbi-mortalidad fetal. (9)

Cuando exista taquicardia fetal persistente, disminución de la variabilidad, ritmo sinusoidal o episodios severos de bradicardia, se debe sospechar pérdida de sangre fetal. En algunos casos se suelen producir contracciones uterinas, asociadas con el episodio de sangrado que pueden incrementar la tendencia a la hemorragia (8)

La exploración vaginal está contraindicada en pacientes con sospecha de PP porque el diagnóstico a través de la exploración pélvica se puede hacer en menos de un tercio de los casos. Por otra parte, aunque se efectúe un examen con máxima precaución y suavidad, en 1 de cada 16 exploraciones se produce aumento de la hemorragia y en 1 de cada 25 exploraciones se desarrolla un choque hipovolémico. La exploración cuidadosa con espéculo no aumenta el riesgo de hemorragia y permite descartar el origen ginecológico del sangrado (11)

En Obstetricia hay un aserto que señala que “Toda hemorragia del tercer trimestre es una placenta previa mientras no se demuestre lo contrario”.

Las hemorragias más serias (2–3%) que resultan con pérdidas mayores a 800 cc son secundarias al desprendimiento prematuro de la placenta y placenta previa. Menos común pero peligrosa causa de sangrado son la placenta circumvalata, anormalidades de los mecanismos de coagulación y la ruptura uterina.

La mayor cantidad de la pérdida sanguínea de los accidentes placentarios son de origen materno, algo de esa pérdida es fetal, particularmente si la sustancia de la placenta es traumatizada. El sangrado de la vasa previa es la única causa de hemorragia fetal pura, pero afortunadamente es rara. Si se sospecha sangrado fetal, la presencia de hemoglobina fetal puede ser confirmada por técnicas de electroforesis. (7)

DIAGNÓSTICO

1. Diagnóstico Clínico

1.1 Signos, síntomas y factores de riesgo (descritos en la página 11 y 12)

1.2 Exploración física:

– El examen del abdomen releva un útero blando e indoloro, al no existir normalmente dinámica uterina. La evaluación abdominal revelará un soplo placentario bajo, una posición fetal anómala (Podálico, transverso, oblicuo), y si hay una situación fetal longitudinal (podálico o cefálico), la presentación no estará encajada, igualmente podrán percibirse los movimientos fetales.

– El tacto vaginal, en principio, está prohibido, dado que puede movilizar cotiledones y coágulos formados e incrementar la hemorragia. No obstante, si el tacto fuera necesario, se puede efectuar, contando con que se dispone de los métodos quirúrgicos adecuados al alcance inmediato.

– La especuloscopia permite comprobar el origen uterino de la hemorragia y confirmar o descartar otras causas locales de hemorragia. No es una prueba recomendada por todos los autores. De hacerse, debe realizarse con cuidado. (6)

2. Diagnóstico Imagenológico

2.1 Ecográfico.- Constituye el procedimiento ideal para el diagnóstico de PP. permite establecer con exactitud el diagnóstico en un 98% de los casos.

Aproximadamente en el 8% de los estudios ecosonográficos realizados al comienzo del segundo trimestre se evidencia que el cuello uterino está cubierto por la placenta; sin embargo, 95% de estos casos no culminarán en PP al término del embarazo. El fundamento de esta “migración” es la elongación del segmento uterino inferior desde una longitud de 0,5 cm a las 20 semanas, a más de 5 cm al término del embarazo, lo que produce el desplazamiento superior y aparente de la placenta en una distancia de 3 a 9 cm. Por ello el diagnóstico final lo determina la ecografía del III trimestre

La ecografía transvaginal es segura en presencia de placenta previa y es más exacta que la ecografía transabdominal para localizar la placenta. (6)

Numerosos estudios prospectivos observacionales han usado la ecografía transvaginal como tamizaje para el diagnóstico de placenta previa y ninguno experimentó complicación hemorrágica, esto confirmo su seguridad.

Para establecer el diagnóstico de placenta previa es necesario demostrar la presencia de tejido placentario en la región del segmento inferior del útero, anterior, posterior o lateralmente. (7)

2.2. Resonancia magnética.- Han sido reportadas útiles en el diagnóstico de placenta previa cuando las imágenes de ecografía abdominal no han sido satisfactorias. Con la ventaja de realizar el examen sin la vejiga llena. Particularmente útil en el rastreo de placentas posteriores.

Sin embargo, no es el método ideal para el diagnóstico por el costo y la poca disponibilidad del mismo. (6)

2.3. Eco doppler color.- Debe ser ordenado en mujeres con placenta previa quienes tengan un riesgo incrementado de placenta ácreta. Cuando no es posible, la gestante debe ser manejada como un acretismo mientras no se demuestre lo contrario.

Las mujeres con placenta previa tienen un riesgo incrementado de morbilidad inherente si tiene una placenta previa anterior y si tubo previamente una cesárea, especialmente cuando ha tenido un periodo intergenésico corto. La exploración imagenológica antenatal puede ayudar a establecer un diagnostico en estos casos y las técnicas que se incluyen son la ecografía, la angiografía, la resonancia magnética y eco doppler color. (7)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

	Placenta previa	DPPNI	Rotura uterina	Rotura de vasos previos
Inicio	Insidioso	Brusco	Brusco	Brusco (tras amniorrexis)
Hemorragia	Externa	Interna o mixta	Interna o mixta	Externa
Sangrado	Roja brillante	Roja oscura	Roja	Liq. Amniótico sanguinolento
Hipertensión	No	Frecuente	No	No
Shock	Ocasional	Frecuente	Frecuente	No
Dolor	No	Sí	Sí	No
Útero	Relajado	Hipertónico	No se palpa	-
Palpación fetal	Normal	Difícil	Fácil	-
Cicatriz uterina	Eventualmente	No	Habitual	-
Ecografía	Placenta previa	Placenta normoinserta	Variable	-
Contracciones	Generalmente no	Sí	Si	-
Bienestar fetal	Normal	Alterado	Alterado	Rápida afectación

(6)

TRATAMIENTO

En el manejo de la placenta previa los pilares terapéuticos son:

- Asegurar el estado materno. (prevenir el shock hipovolémico)
- Asegurar el estado fetal. (prevenir el parto pretérmino)
- Evitar las complicaciones.

Debemos valorar:

- El estado materno: Depende de la intensidad y duración de la hemorragia. Si el sangrado es masivo se debe realizar cesárea inmediata y la reposición de fluidos endovenosos para lograr la estabilización hemodinámica de la paciente, independientemente de la edad gestacional. Si el sangrado no es activo y no llega a comprometer el estado hemodinámico de la paciente, el manejo comprenderá observación-hospitalización: reposo absoluto, tocólisis, Maduración pulmonar entre las 24.0 y las 34.6 semanas según protocolo específico.
- El estado del feto: actuaremos igual que en el caso anterior añadiendo la indicación de cesárea si aparece algún signo de sufrimiento fetal. Se puede optar por la vía vaginal en caso de muerte fetal siempre que no peligre la vida de la madre.
- Variedad anatómica de la placenta: en las placentas de tipo oclusivo (TIPO III-IV) para finalizar la gestación se optara por una cesárea. En las placentas no oclusivas (TIPO I-II) puede valorarse la vía vaginal aunque si tras amniorrexis persiste la hemorragia se debería realizar una vía alta. (2)

Tratamiento según la sintomatología

I. Placenta Previa Asintomática: Manejo Ambulatorio.

- Reposo.
- Regularizar evacuación intestinal utilizando ablandadores de heces.
- Indicaciones e Instrucciones sobre síntomas de alarma.
- Control ecográfico a las 36 semanas para confirmar la PP y decidir la vía del parto.

Si la Placenta Previa es: Oclusiva (total o parcial): Cesárea electiva a las 37semanas.

Si es no oclusiva, podemos esperar el inicio espontáneo del trabajo de parto decidiéndose la vía del parto en el trabajo de parto inicial.

II. Placenta Previa Sintomática: Observación - Hospitalización

Según el grado de metrorragia y los antecedentes de la paciente, se decidirá dejar a la paciente en observación o ingreso:

Paciente en Observación: Pacientes con sangrado leve-moderado y hemodinámicamente estables sin factores de riesgo hemorrágico añadido:

- Anamnesis y Examen Físico: evitar tactos vaginales; realizar siempre exploración ecográfica TV.
- Venoclis y analítica que incluya: Hemograma, coagulación y bioquímica básica.
- Comprobación de frecuencia cardiaca fetal (FCF) y de ausencia de Dinámica Uterina. Monitorización fetal (NST) > 24 semanas.
- Ecografía obstétrica: evaluar presencia de hematoma placentario, longitud cervical e integridad de las membranas.
- Reposo relativo.
- Alta si tras 48 - 72 horas en observación, la paciente está hemodinámicamente estable, se encuentra clínicamente asintomática y la ecografía descarta complicaciones asociadas.
- Control en 1-2 semanas con su ginecólogo de referencia. (2)

Ingreso hospitalario: Pacientes que no cumplen criterios de ingreso en observación. Además de las actuaciones que se realizarían en un ingreso en observación, realizaremos:

- Reserva de sangre; valorar necesidad de transfusión.
- Monitorización materna: constantes vitales, diuresis.
- En gestantes RhD negativas, administrar gammaglobulina anti-D (300mcg o 1500 UI).
- Monitorización fetal diaria en gestaciones > 24 semanas: FCF y dinámica uterina.
- Tocolisis: El tratamiento tocolítico se administrará a pesar de longitud cervical normal o ausencia de dinámica uterina. La elección del fármaco se realizará según el protocolo de APP, teniendo en cuenta que debe evitarse el uso de indometacina por su efecto inhibitor sobre la función plaquetaria, así como de nifedipino en casos de hipotensión clínica.
- Maduración pulmonar: entre las 24.0 y las 34.6 semanas, según protocolo específico.
- Neuroprotección con sulfato de magnesio: entre las 24.0 y las 31.6 semanas, según protocolo específico.
- Reposo absoluto hasta conseguir la estabilización del cuadro.

Tras la estabilización del cuadro:

- Si edad gestacional > 36 semanas: finalizaremos la gestación mediante cesárea.
- Si edad gestacional < 36 semanas: Alta con reposo relativo y visita de control en 1-2 semanas en CCEE de medicina materno-fetal. Posteriormente realizar ecografías regularmente (al menos cada 4 semanas) dependiendo de la distancia de la placenta al OCI, la edad gestacional y la clínica de la paciente.

La hemorragia grave que no cede tras tratamiento tocolítico, la inestabilidad hemodinámica o la sospecha de pérdida de bienestar fetal serán criterios de finalización inmediata de la gestación. (2)

Tratamiento según el grado de hemorragia

1. Hemorragia Leve: sangrado escaso, sin repercusión hemodinámica.

- Embarazo < 36semanas: Conducta expectante.

1. Reposo absoluto

2-Tocolíticos (nifedipino vía oral 40 – 60 mg/día)

3-Aplicación de inductores de la madurez pulmonar fetal con corticoides (Betametasona 12 mg IM cada 24 hs por 2 dosis) en gestaciones de 26 a 34 semanas.

Tras 72horas de ausencia de sangrado, con la madre y el feto en buenas condiciones, se puede decidir el traslado de la embarazada a su hogar, con beneficios psicológicos, familiares y económicos.

La paciente debe ser cooperadora, con posibilidades reales de reposo absoluto, compañía permanente y capacidad de transporte al Hospital en un tiempo prudente, las 24 horas del día. Se favorecerá suplementación con hierro, y se mantendrá con controles clínicos y ecográficos seriados.

Debe hospitalizarse: a) Si repite sangrado; b) Presenta contracciones uterinas; c) Cumple las 37 semanas de embarazo.

Si la madre es Rh (-) puede sensibilizarse si el padre es Rh (+); está indicado el uso de Inmunoglobulina antiRh al presentarse metrorragia durante el embarazo.

- Embarazo >36 semanas: Según tipo de Placenta Previa:

-Oclusiva, interrupción por cesárea.

-No oclusiva, esperar inicio espontáneo del trabajo parto.

Feto maduro corroborado o si existe compromiso fetal, se procederá a programar operación cesárea, en estos casos la evacuación temprana evita las complicaciones futuras derivadas de un evento hemorrágico profuso. (5)

2. Hemorragia Moderada:

Pérdida de 15-30% de la volemia materna. Hipotensión ortostática y sangrado genital de moderada cuantía. La toma de decisiones varía según edad gestacional y madurez pulmonar.

- Embarazo > 36semanas: Interrupción por cesárea.
- Embarazo < 36 semanas: Conducta expectante, hospitalizada, para estricta vigilancia materna y fetal. Si es menor de 35 semanas, inducción de madurez pulmonar con corticoides. Si tiene entre 35-36 semanas, realizar amniocentesis para verificar madurez pulmonar fetal, y según este resultado se interrumpe.

3. Hemorragia Severa:

Pérdida mayor o igual al 30% de la volemia. Paciente hipotensa, en shock, con sangrado genital profuso. La conducta se orientará al soporte vital y a la interrupción inmediata del embarazo por cesárea, independientemente de la edad gestacional, la condición fetal o el tipo de placenta previa, debido a las altísimas tasas de morbilidad materna asociadas al shock hipovolémico secundario a la pérdida sanguínea materna.

- Se deberá canalizar vena periférica e iniciar infusión de cristaloides (Solución salina al 0,9%, Lactato de Ringer o solución de Hartman) 1.000 cc a chorro, luego mantener una infusión entre 150 a 300 ml/hora, tomar muestra para reservar glóbulos rojos empacados.
- Registro continuo de la tensión arterial cada 15 – 30 minutos, preferiblemente con monitoreo electrónico.
- En los casos de compromiso muy severo se deberá medir la presión venosa central, igualmente nos permitirá monitorizar la infusión de cristaloides y hemoderivados.
- Control estricto de líquidos administrados y eliminados. Se dejará sonda vesical a permanencia. (5)

Tratamiento Quirúrgico:

Programar reserva de sangre (3 concentrados de hematíes máximo 72 horas antes del día de la cesárea y visita pre anestésica).

Placenta Previa Asintomáticas (paciente que nunca ha presentado clínica)

- Cesárea electiva a las 37-38 semanas si es “oclusiva”.
- Si es una placenta “no oclusiva” se puede esperar al inicio del parto y decidir la vía del parto en función de la evolución del caso.

Placenta Previa Sintomáticas (paciente que ha presentado al menos un episodio).

Se finalizará la gestación de forma electiva a las 36-37 semanas. Si es clínicamente posible, programar a partir de las 37 semanas. (2)

Tipo de Parto:

La manera de terminar el embarazo está basado en el juzgamiento clínico sumada la exploración ecográfica.

Indicaciones de cesárea

- Placenta previa parcial o total (TIPO III-IV)
- Hemorragia intensa
- Mal estado materno (shock o preshock)
- Signos de sufrimiento fetal
- Distocias asociadas
- Algunos autores recomiendan la cesárea en casos de placenta marginal en cara posterior. (2)

Si la paciente con placenta previa tiene antecedentes de cesárea anterior debe considerarse la posibilidad de que exista un acretismo placentario y se debe informar a la paciente tanto sobre el riesgo de hemorragia como sobre la posibilidad de tener que recurrir a realizar una histerectomía obstétrica.

Tipo de incisión:

Debemos disponer de una ecografía previa a la cesárea para determinar con precisión la localización de la placenta. Aunque la incisión segmentaria transversa es la de elección, se debe evitar incisión transplacentaria siempre que sea posible y realizar la incisión lo más lejos posible de la inserción de cordón. Si la incisión es transplacentaria se debe atravesar rápidamente la placenta para la extracción fetal. (2).

Indicaciones de parto vaginal

En los casos de placenta baja (que llega a 2-3 cm del orificio cervical interno) o de placenta marginal, el riesgo de sangrado durante el parto es significativo. Sin embargo, en estas pacientes se puede realizar un intento de parto vaginal si se dispone de personal y medios para realizar una cesárea de emergencia si fuera preciso. En muchos casos, la cabeza fetal al descender, comprime la zona de placenta sangrante y se consigue el cese de la hemorragia.

Debe informarse a la paciente de las ventajas y riesgos asociados y disponer de todos los medios adecuados para realizar una cesárea urgente en caso de necesidad.

Si el cuello uterino es favorable, debe realizarse la amniorrexis para facilitar el descenso de la cabeza fetal y que comprima el borde placentario. De esta forma ayudaremos a cohibir la hemorragia. Debemos tener en cuenta la asociación que existe entre la placenta previa con vasos previos y con cotiledones aberrantes por lo que la amniorrexis debe de realizarse con suma precaución.

Se permitirá la evolución del parto si éste transcurre sin hemorragia o con sangrado mínimo y el estado materno y fetal no se altera. Debe realizarse monitorización materno-fetal continua y disponer de sangre cruzada y quirófano preparado. (6)

Tratamiento de la hemorragia en el alumbramiento:

La hemorragia masiva es una de las complicaciones más temidas en la placenta previa y puede ocurrir anteparto, intraparto o tras el alumbramiento. En este último caso es por la incapacidad para contraerse del segmento uterino inferior tras la extracción placentaria.

Medidas médico-quirúrgicas utilizadas ante una hemorragia masiva:

- Masaje uterino
- Uterotónicos: oxitocina, ergotínicos, prostaglandinas (E2, F2a)
- Legrado del lecho placentario
- Taponamiento uterino
- Embolización de arterias uterinas
- Aplicación de suturas hemostáticas
- Suturas circulares en el lecho placentario
- Ligadura de uterinas o hipogástricas
- Histerectomía: Tanto la placenta previa como sobre todo el acretismo placentario son las causas más frecuentes de histerectomía obstétrica por hemorragia masiva. (1)

COMPLICACIONES:

- Mayor morbi-mortalidad perinatal: RPM, parto prematuro
- Mal presentación fetal
- Hemorragia grave, necesidad de drogas vasoactivas y transfusión, shock hipovolémico
- Presencia de placenta ácreta, vasa previa, inserción velamentosa de cordón
- Hemorragia posparto: debido a la inserción placentaria en el segmento inferior, las pacientes con PP tienen un mayor riesgo de hemorragia posparto.
- Histerectomía urgente
- Embolia de líquido amniótico

Entre las complicaciones más temidas se encuentra la placenta ácreta, que se asocia con PP del 5% al 15% de los casos y se debe a la poca resistencia a la invasión trofoblástica que ofrece la delgada decidua del segmento uterino inferior. La incidencia puede llegar a 65% en pacientes con múltiples cesáreas anteriores. (6)

La principal causa de mortalidad perinatal por placenta previa es la prematuridad, que ocurre en aproximadamente 30% de los casos y aumenta mientras más temprano ocurra el primer episodio de sangrado.

Las presentaciones fetales anormales se presentan en 30% de los casos de Placenta previa y cuando la presentación es cefálica, existe una incidencia de 15% de variedades occipito-posteriores o transversas.

No existen malformaciones congénitas específicas asociadas, no obstante, el riesgo de anomalías es dos a cuatro veces mayor en las pacientes con placenta previa.

La Placenta previa es un factor de riesgo fundamental para la presencia de hemorragia feto-materna; lo que conlleva a una mayor probabilidad de anemia fetal e isoimmunización Rh. La restricción del crecimiento intrauterino se puede asociar con Placenta previa del 3% al 19% de los casos. (6)

PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES:

1. Se debe desembarazar toda gestación mayor de 36 semanas o si se identifica la madurez pulmonar fetal.
2. Reposo en cama hasta la hora del parto, si hay control del sangrado.
3. Inducción de la maduración pulmonar fetal con corticoides a toda gestación entre las 26 y 34 semanas.
4. Útero inhibición en caso de presentar actividad uterina.
5. Realizar seguimiento ecográfico en busca de restricción del crecimiento intrauterino y acretismo placentario.
6. Practicar amniocentesis para perfil de maduración pulmonar fetal a partir de la semana 34, semanalmente.
7. Reservar 2 unidades de glóbulos rojos empaquetados como mínimo. (6)

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

Para obtener la información en el presente proyecto de investigación se aplicó el tipo de estudio retrospectivo, descriptivo y analítico, de esta manera se llegó a determinar los objetivos de estudio en las pacientes que acudieron al hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el año 2013.

Variables de la investigación

Variable dependiente: Placenta previa

Variable independiente: Cesárea anterior

Universo

Se consideró a la población constituida por las pacientes atendidas en el hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el año 2013, las cuales fueron 120 con diagnóstico de placenta previa.

Muestra

La muestra en el presente estudio corresponde a 40 pacientes con placenta previa y antecedente de cesárea anterior, ingresadas en el hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el año 2013.

Criterio de inclusión

- Todas las embarazadas a partir de la semana veinte de gestación ingresadas en el hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2013 con diagnóstico de placenta previa y antecedentes de cesárea anterior.
- Pacientes con placenta previa diagnosticados mediante ecografía.

Criterio de exclusión

- Pacientes embarazadas con semana de gestación diecinueve o inferiores.
- Pacientes embarazadas con antecedentes de aborto, legrados y procedimientos invasivos de útero, embarazos gemelares, anemia, patologías benignas y malignas, y placenta previa anterior.

Técnicas e instrumentos de investigación

Para determinar los casos de placenta previa asociados a cesárea anterior se utilizó la técnica de recopilación de datos de historias clínicas de las pacientes mediante el programa de Microsoft Excel.

Lugar y periodo de investigación

EL presente trabajo de investigación se desarrolló en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, ubicado en la ciudad de Guayaquil, durante el año 2013.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

La finalidad del presente proyecto es establecer la asociación entre placenta previa y cesárea anterior en las pacientes que acudieron al hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el año 2013.

La información de diagnóstico se obtuvo utilizando la clasificación internacional de enfermedades (CIE10). Los casos de placenta previa se identificaron por el O44 código CIE10.

El proceso de recolección de datos a través de la aplicación del instrumento para la investigación, en este caso Microsoft Excel, se ingresó la información y se procedió a codificar los datos a través de un valor numérico a cada ítem, y con el programa antes mencionado se realizaron las tablas y los gráficos, y finalmente se realizó el análisis y comentario de la investigación y se procesó de acuerdo a los siguientes pasos:

- Codificación de la información
- Elaboración de cuadros y gráficos con Excel
- Análisis e interpretación
- Resultados

RESULTADOS

Durante el año 2013 se atendieron 120 pacientes con diagnóstico de placenta previa en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, de los cuales 40 tuvieron el antecedente de cesárea anterior.

CAPÍTULO IV

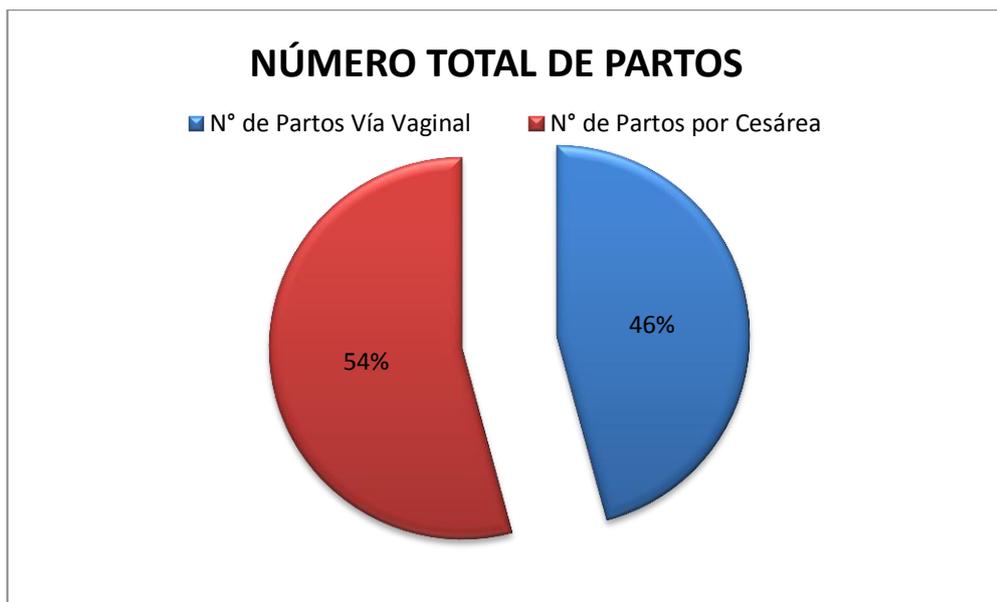
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO N°1
NÚMERO TOTAL DE PARTOS

N° de Partos Vía Vaginal	1198	46%
N° de Partos por Cesárea	1417	54%
Total	2615	100%

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo
Elaboración: Interna Melissa Pereira Pontón

GRÁFICO N°1



Análisis:

El HTMC brindó atención a 2.615 partos durante el año 2013, de los cuales 1.417 (54%) fueron por cesárea, y 1.198 (46%) por parto vaginal.

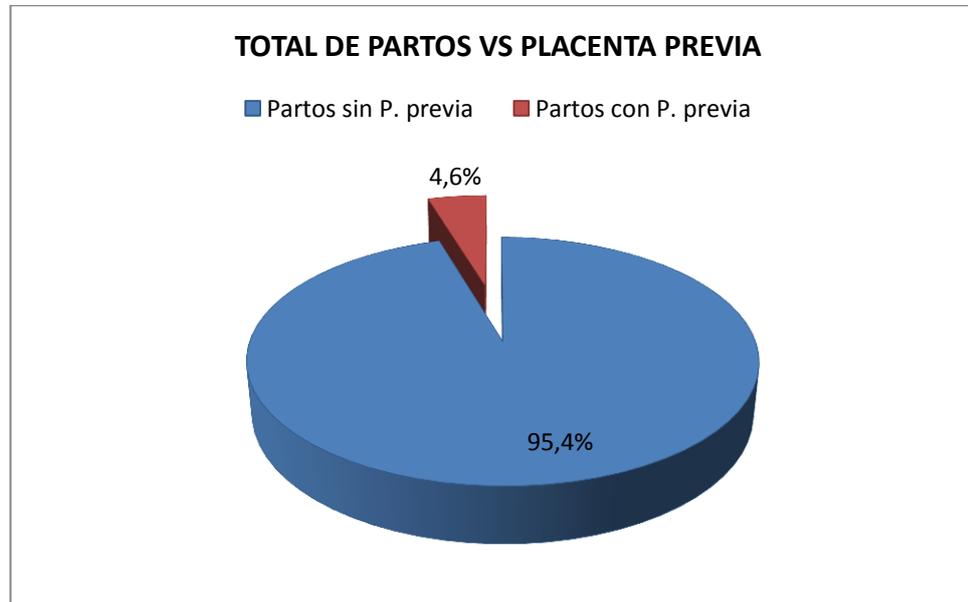
CUADRO N°2

TOTAL DE PARTOS VS PLACENTA PREVIA

Partos sin P. previa	2495	95,4%
Partos con P. previa	120	4,6%
Total	2615	100%

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo
Elaboración: Interna Melissa Pereira Pontón

GRÁFICO N°2



Análisis:

Del total de las 2.615 pacientes gestantes presentaron placenta previa 120, que representa un 4.6%.

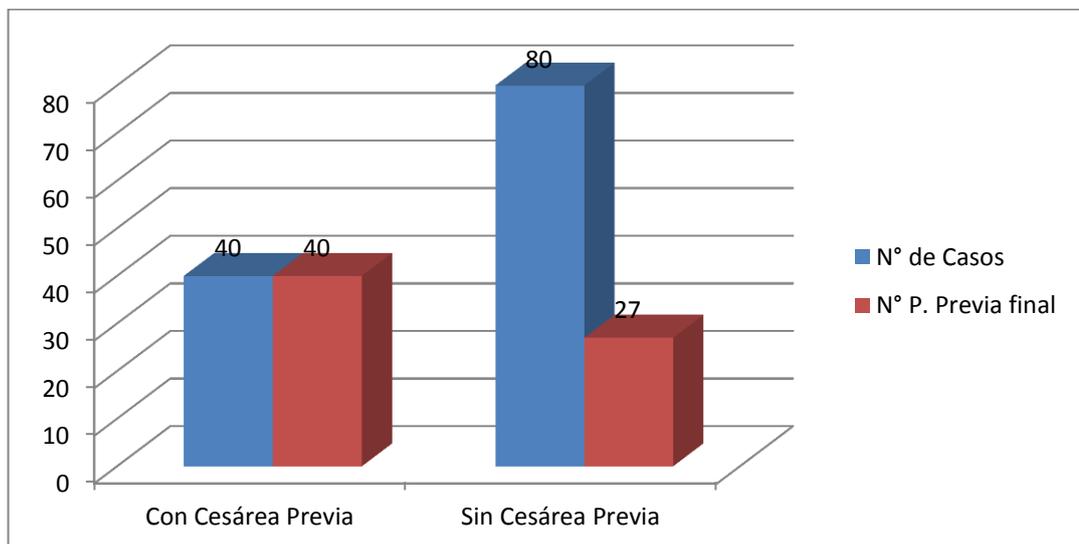
CUADRO N°3

RESOLUCIÓN DE LA PLACENTA PREVIA EN PACIENTES CON Y SIN CESÁREA PREVIA.

Placenta Previa	N° de Casos	Porcentaje	N° P. Previa final	Porcentaje	Resolución
Con Cesárea Previa	40	33%	40	100%	0%
Sin Cesárea Previa	80	67%	27	34%	66%
Total	120	100%	67		

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo
Elaboración: Interna Melissa Pereira Pontón

GRÁFICO N°3



Análisis:

De un total de 120 gestantes con placenta previa las 40 gestantes que tuvieron cesárea previa terminaron todas con placenta previa, que representan el 100% de las 40; las 80 gestantes con placenta previa sin cesárea anterior terminaron 27 con placenta previa que representa un 34% con respecto de las 80 iniciales.

De los resultados obtenidos se concluyó que las gestantes que tuvieron una cesárea previa son menos propensas a tener una resolución posterior de la placenta previa, en comparación con aquellas sin antecedentes de parto por cesárea.

CUADRO N°4

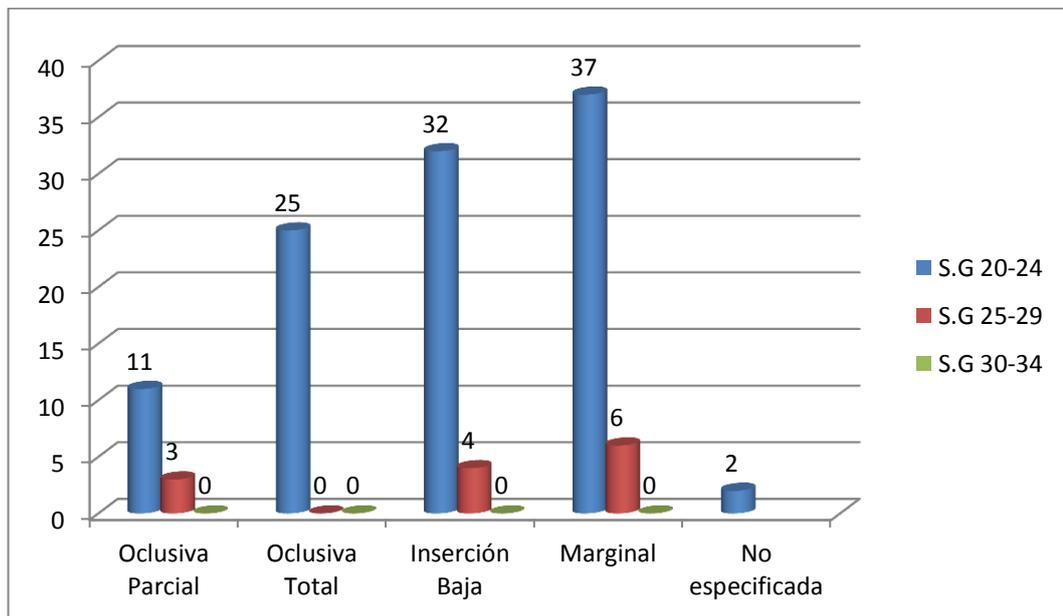
EDAD GESTACIONAL A LA QUE SE DIAGNOSTICÓ LA PLACENTA PREVIA

Tipo de P. Previa	S.G 20-24	S.G 25-29	S.G 30-34
Oclusiva Parcial	11	3	-
Oclusiva Total	25	-	-
Inserción Baja	32	4	-
Marginal	37	6	-
No especificada	2		

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Elaboración: Interna Melissa Pereira Pontón

GRÁFICO N°4



Análisis:

Se aprecia que el mayor número de placentas previas fueron diagnosticadas en la semana de gestación 20 – 24. Debido al diagnóstico temprano y al efecto de migración placentaria que se presenta en las semanas posteriores, las placentas previas que se encuentran más altas tienden a resolverse posteriormente.

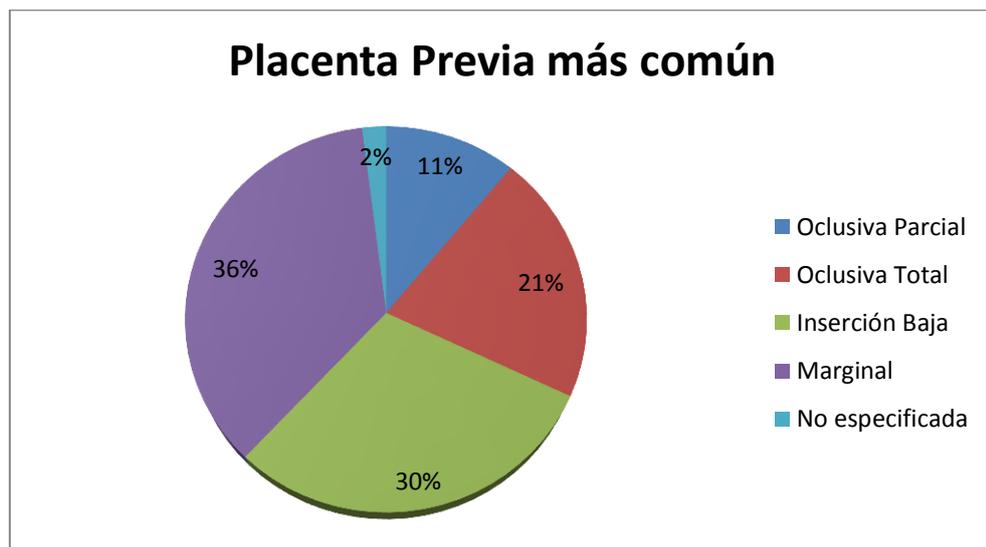
CUADRO N° 5

TIPO DE PLACENTA PREVIA MÁS COMÚN SEGÚN EL LUGAR DE IMPLANTACIÓN

Tipo de P. Previa	N° de Casos	Porcentaje
Oclusiva Parcial	14	11%
Oclusiva Total	25	21%
Inserción Baja	36	30%
Marginal	43	36%
No especificada	2	2%
Total	120	100%

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo
Elaboración: Interna Melissa Pereira Pontón

GRÁFICO N°5



Análisis:

Del 100 % (120) de los casos con placenta previa, el 36 % (43) fueron marginal, el 30 % (36) inserción baja, el 21% (25) oclusiva total, el 11% (14) oclusiva parcial y un 2% no especificada. De los resultados obtenidos se concluyó que el tipo de placenta previa más común fue la marginal con 43 casos que representa el 36% de un total de 120 placentas previas

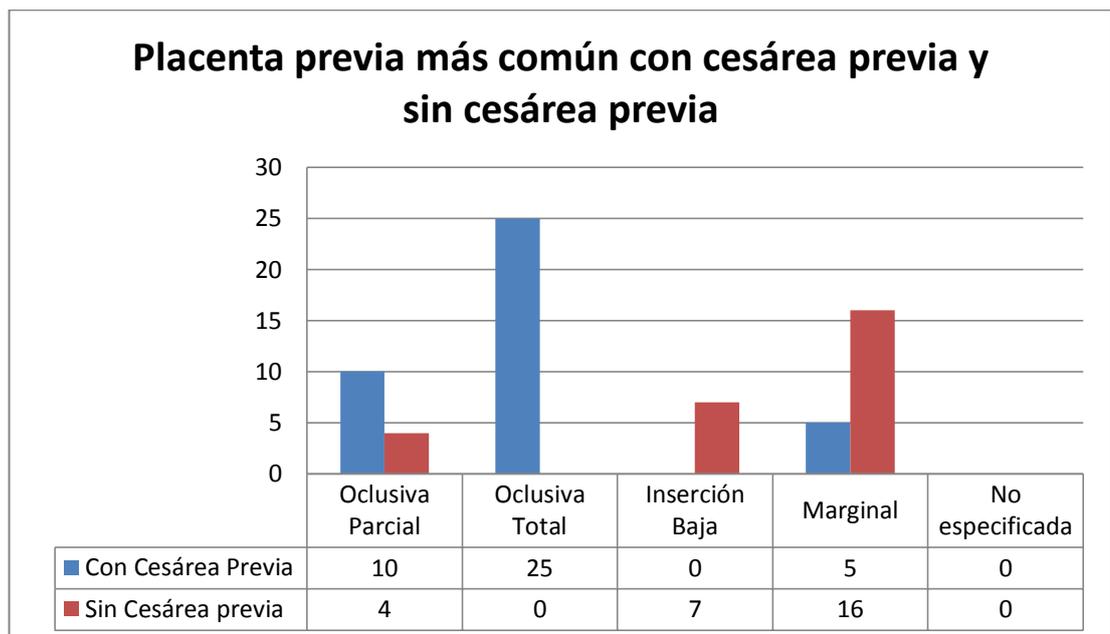
CUADRO N°6

TIPO DE PLACENTA PREVIA MÁS COMÚN CON CESÁREA PREVIA Y SIN CESÁREA PREVIA.

Tipo de P. Previa	N° de Casos	N° P. Previa Definitiva	Con Cesárea Previa	Sin Cesárea previa
Oclusiva Parcial	14	14	10	4
Oclusiva Total	25	25	25	0
Inserción Baja	36	7	0	7
Marginal	43	21	5	16
No especificada	2	0	0	0
Total	120	67	40	27

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo
Elaboración: Interna Melissa Pereira Pontón

GRÁFICO N°6



Análisis:

Del total de paciente con placenta previa definitiva (67) El tipo de placenta previa más común con cesárea previa fue la oclusiva total con 25 casos del total de 40 gestantes y la más común sin cesárea previa fue la marginal con 16 casos del total de 27 gestantes.

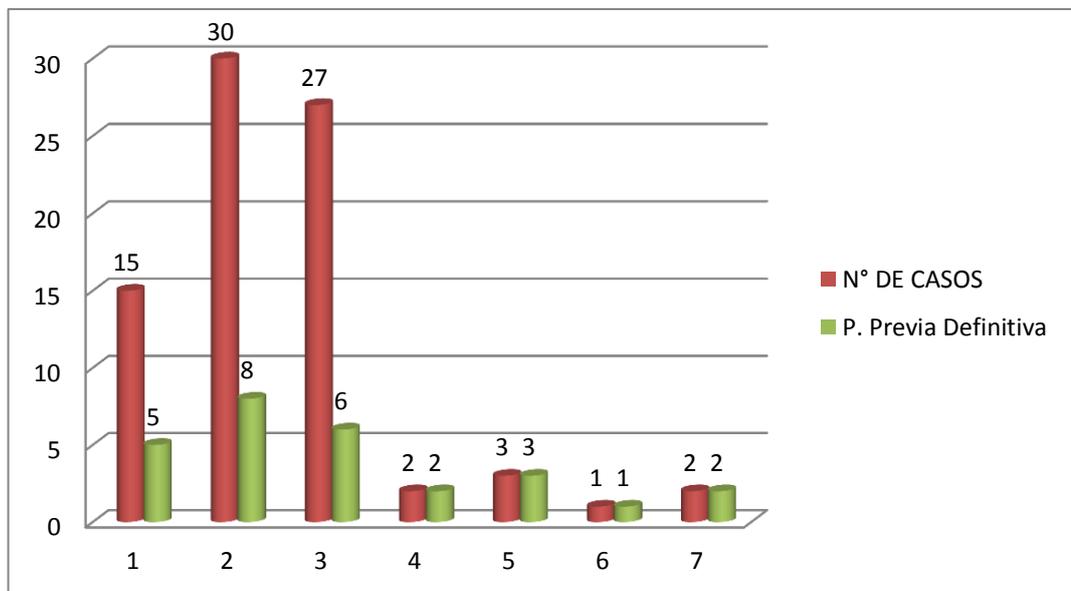
CUADRO N°7

RELACIÓN ENTRE PLACENTA PREVIA DEFINITIVA SIN CESÁREA ANTERIOR Y EL NÚMERO DE GESTAS

NÚMERO DE GESTAS	NÚMERO DE CASOS INICIALES	PORCENTAJE DE NÚMERO DE CASOS INICIALES	NÚMERO DE CASOS CON P. Previa definitiva	Porcentaje en referencia del nº de casos iniciales
1	15	19%	5	33%
2	30	37%	8	27%
3	27	34%	6	22%
4	2	2%	2	100%
5	3	4%	3	100%
6	1	1%	1	100%
7	2	3%	2	100%
TOTAL	80	100%	27	

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo
Elaboración: Interna Melissa Pereira Pontón

GRÁFICO N°7



Análisis:

Se evidenció que después de la cuarta gesta en adelante todas las pacientes que iniciaron con placenta previa finalizaron con placenta previa.

CUADRO N°8

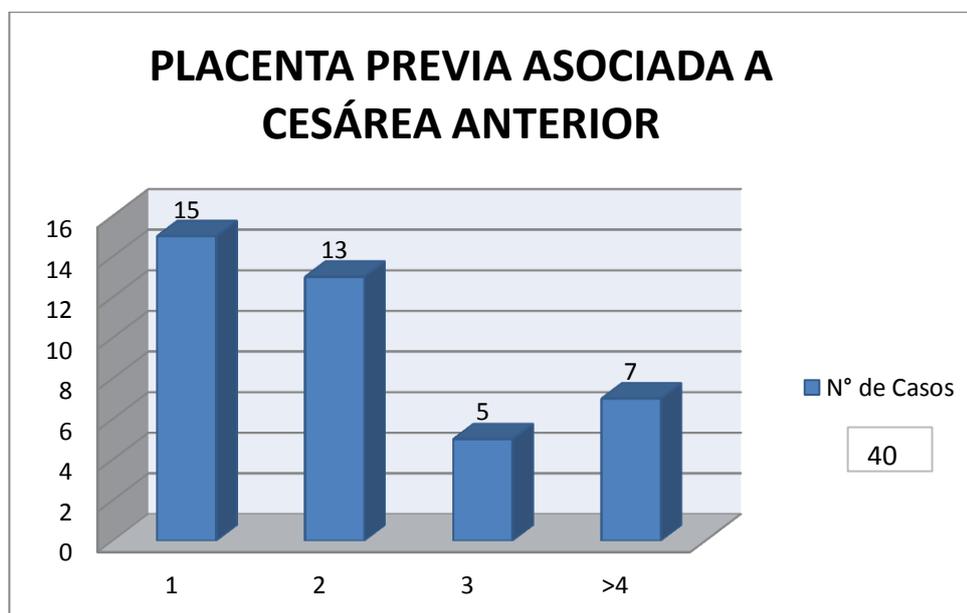
PLACENTA PREVIA ASOCIADA A CESÁREA ANTERIOR

N° de Cesárea Anterior	N° de Casos	Porcentajes
1	15	37.5%
2	13	32.5%
3	5	12.5%
>4	7	17.5%
Total	40	100%

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo

Elaboración: Interna Melissa Pereira Pontón

GRÁFICO N°8



Análisis:

El total de pacientes con placenta previa que tuvieron una cesárea anterior fueron 40 pacientes, se refleja una alta relación después de una primera y segunda cesárea con un 37.5% y 32.5% respectivamente.

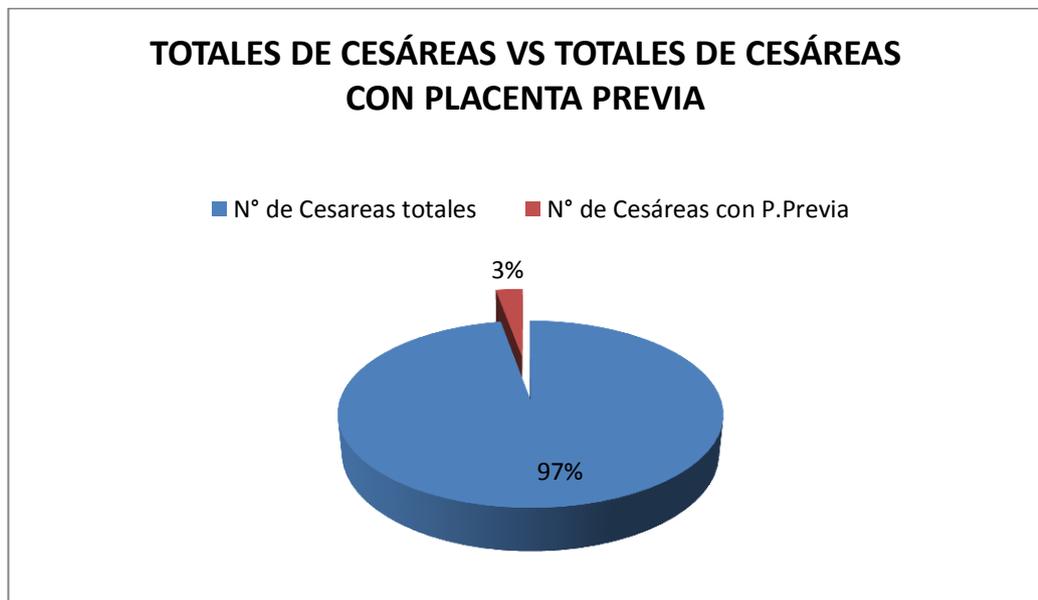
CUADRO N° 9

TOTALES DE CESÁREAS VS TOTALES DE CESÁREAS CON PLACENTA PREVIA

N° de Cesáreas totales	1377	97%
N° de Cesáreas con P. Previa	40	3%
Total	1417	100%

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo
Elaboración: Interna Melissa Pereira Pontón

GRÁFICO N° 9



Análisis:

Del número total de 1417 cesáreas, se presentaron 40 casos con placenta previa que corresponde al 3%.

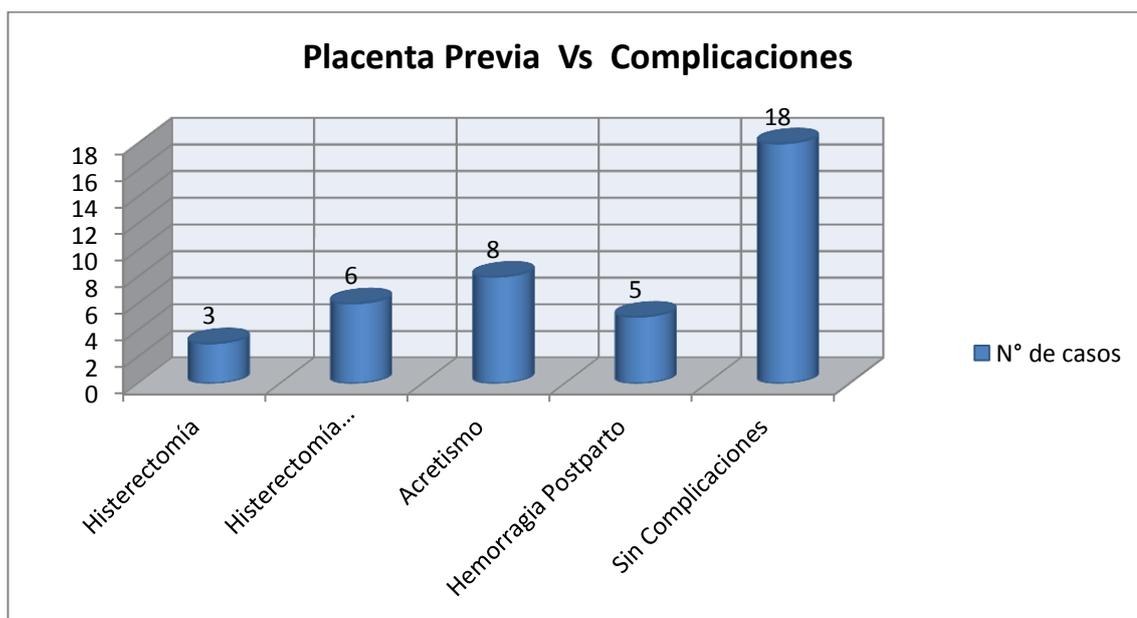
CUADRO N° 10

NÚMERO DE CASOS DE PLACENTA PREVIA QUE TERMINARON EN HISTERECTOMÍA, HEMORRAGIA POSTPARTO Y ACRETISMO PLACENTARIO

Complicaciones	N° de casos	Porcentajes
Histerectomía	3	8%
Histerectomía subtotal	6	15%
Acretismo + histerectomía	8	20%
Hemorragia Postparto	5	12%
Sin Complicaciones	18	45%
Total	40	100%

Fuente: Hospital Teodoro Maldonado Carbo
Elaboración :Interna Melissa Pereira Pontón

GRÁFICO N° 10



Análisis:

Se observó que la complicación más frecuente fue la histerectomía con 17 casos que representan un 43%, siguiendo la hemorragia postparto con 5 casos que representa el 12% de un universo de 40 casos.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Este estudio confirma que el antecedente de cesárea es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de placenta previa en embarazos posteriores, presentando un riesgo de 33%.

Si bien del número total de cesáreas presentaron apenas un 3% placenta previa, aunque parezca insignificante, es preocupante por el aumento acelerado de las cesáreas no justificadas clínicamente que conlleva consigo un riesgo importante de que se presenten las complicaciones graves de la placenta previa en embarazos posteriores, como pueden ser esterilidad quirúrgica e inclusive hasta la muerte, tanto para la madre como para el feto.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- El conocimiento de los factores que determinan un procedimiento de cesárea es un primer paso en el esfuerzo por reducir las cesáreas innecesarias.
- El examen meticuloso con un correcto diagnóstico de las condiciones clínicas de la gestante, justificara la necesidad o no de realizar una cesárea.
- Es necesario una mejor comprensión de los riesgos-beneficios relativos asociados con los partos vaginales vs cesáreas para apoyar la toma de decisiones por parte de las madres y de los clínicos.
- Fomentar la educación en los padres acerca de esta problemática que nos permitan disminuir el número de cesáreas y promover el parto natural.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anibal Oscanoa (2005), Placenta Previa. Instituto Especializado Materno Perinatal. Revista Peruana Ginecología y Obstetricia.
2. Anomalías Placentarias (Placenta Previa, Placenta Accreta y Vasa Previa) y Manejo de la Hemorragia de Tercer Trimestre. Instituto Clínica de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Hospital Clínica de Barcelona, 2013.
3. Carlos Pérez Aliaga (2010), Hemorragia en el Segunda Mitad del Embarazo, Revista Peruana Ginecología y Obstetricia.
4. Componente Normativo Materno-Neonatal, República del Ecuador Ministerio de Salud pública, Sistema Nacional de Salud 2008.
5. Diagnóstico y Tratamiento Oportuno de la Placenta Previa en el 2do y 3er Trimestre del Embarazo en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, México: Secretaría de Salud; 2008.
6. Domínguez B, Puente MJ, Sanfrutos L (2007), Fundamentos de Obstetricia SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) 1ed, ráficas Marte, SL, España.
7. Guillermo Vergara Sagbini (2012), Protocolo placenta previa, ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo. México.
8. José Botella Ilusia (1993), La Placenta, Fisiología y Patología 1ed, Díaz de Santos, Madrid.

9. Juan Aller, Gustavo Pagés (2008), *Obstetricia Moderna 3ed*, Mc Graw Hill Interamericana, México.
10. Juan Alvarado Alva (2006), *Manual de Obstetricia 2ed*, Apuntes Médicos del Perú, Perú.
11. Julio Fernández, Ilaca (2009), *Obstetricia Clínica 2ed*, Mc Graw Hill, México.
12. Mario Parra, Edith Muller (2009), *Obstetricia Integral Siglo XXI 1ed*, Universidad Nacional de Colombia, Colombia.
13. Neilson JP, Intervenciones por sospecha de placenta previa. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4, artículo n.º: CD001998. DOI: 10.1002/14651858.CD001998.
14. Osman NB. Intervenciones por sospecha de placenta previa: Comentario de la BSR (última revisión: 28 agosto de 2007. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
15. Roberto Ahued, Carlos Fernández (2005), *Ginecología y Obstetricia Aplicadas 3ed*, Manual Moderno, México.
16. Ipek Gurol, Cromwell D, Leroy C, Gordon C (2011), Riesgo de placenta previa en el Segundo nacimiento después del primer nacimiento por cesárea, *BMC Embarazo y parto*. Medscape.
17. Elisa Stivanello, Paola Rucci, Japoco Lenzi (2014), Determinantes de parto por cesárea. Departamento de biomédica, Universidad de Bologna, Italia. Medscape.
18. Ann K, Jessica Nyholm, Joseph Wax (2012), Resolución de la placenta previa, Departamento de Ginecología y Obstetricia, clínica Mayo. Syrus.

ANEXOS

Figura 1. Implantación de la placenta

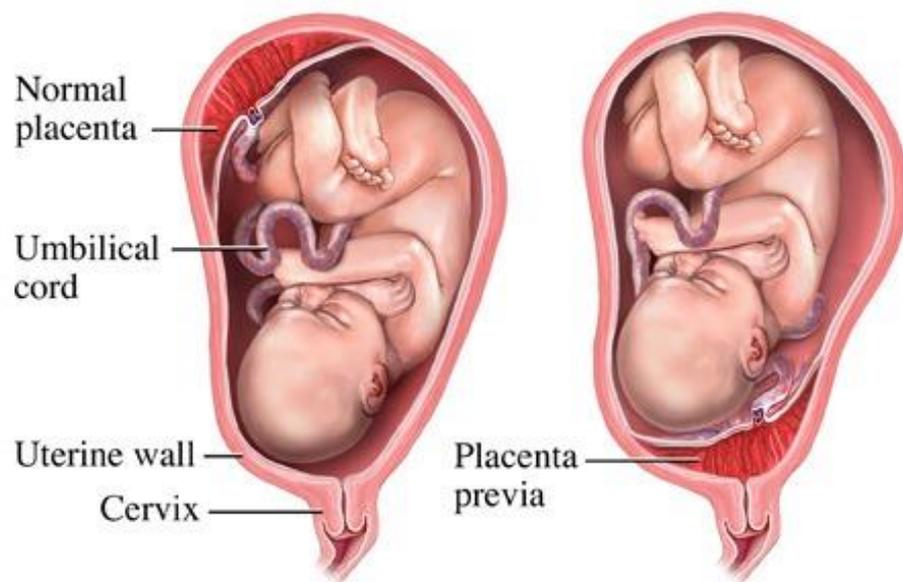


Figura 2. Clasificación de la placenta previa

