

# **PLACENTA PREVIA**

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

# DEFINICIÓN

- la placenta esta implantada en el segmento uterino inferior, en la zona de borramiento y dilatación del cuello uterino, constituyendo así una obstrucción para el descenso de la parte presentada del producto y un riesgo elevado del sangrado.
- El sangrado transvaginal indoloro, suele aparecer a partir del final del segundo trimestre del embarazo.

# CLASIFICACIÓN

Oclusión total del orificio cervical interno (OCI) Placenta previa total

- Oclusión parcial del OCI Placenta previa parcial
- Implantación placentaria llega a estar en el margen del OCI Placenta previa marginal
- El borde placentario se encuentra muy cerca al OCI. Placenta previa de inserción baja

# PLACENTA PREVIA

- La implantación anómala de la placenta en el segmento inferior del útero, con su borde próximo al orificio cervical interno o cubriendo el mismo de manera parcial total es la principal causa de hemorragias en el tercer trimestre del embarazo y motivo de dificultades para el parto por vía vaginal.
- Su frecuencia es de 1 por 150 a 200 embarazos y aproximadamente el 20% de estas serán de implantación baja total.

- La causa específica de la placenta previa es desconocida se han implicado diversos factores predisponentes que son:
- Fertilización tardía del ovulo y potencial alterado del blastocito para su implantación  
Receptibilidad del endometrio
- Edad materna avanzada
- Multiparidad
- Cirugía uterina previa: cesárea, legrado uterino instrumental
- Placenta grande: embarazo múltiple.

# SIGNOS CLINICOS

- El síntoma principal es el sangrado vaginal indoloro durante la última mitad del embarazo.
- La hemorragia sobreviene durante el sueño, sin datos premonitorios y a menudo sin un factor precipitante.
- Las hemorragias subsiguientes son cada vez más intensas.
- Quizá no se produzca sangrado hasta que se inicie el trabajo de parto.
- Se produce sangrado más temprano y abundante en la placenta previa total.

- Por la formación del segmento uterino inferior durante el borramiento, dilatación y manipulación cervical

DESPRENDIMIENTO MECANICO

:

- Ascendente o por el torrente sanguíneo materno

PLACENTITIS.

- RUPTURA DE LAGOS VENOSOS

- **PRONOSTICO**
- **Fetal:** La mortalidad perinatal ocurre entre el 15 y 20%.
- Las causas mas frecuentes de muerte son: prematuridad, hemorragia y accidente de cordón.
- **Materno:** En atención oportuna y eficiente es bueno, teniendo una mortalidad del 1%

# DIAGNOSICO

- El cuadro clínico de sangrado vaginal sin dolor, de aparición brusca y generalmente sin antecedente de traumatismos, nos hace tener la alta sospecha de que se trata de un caso de placenta previa. Sin embargo, para la confirmación del diagnóstico es necesario:
- Cuadro clínico
- Ultrasonografía
- Estudio doppler audible
- Se contraindican maniobras vaginales, a menos que estas fueran muy necesarias y se realicen en el quirófano y con todo el equipo requerido para cualquier emergencia.
- Diagnostico diferencial: D.P.P.N.I. , Ruptura del seno marginal, Cáncer de cérvix, Pólipos



- **TRATAMIENTO**

- El tratamiento podrá ser expectante o intervencionista dependiendo de:
- Magnitud de la hemorragia
- Edad del embarazo y viabilidad del feto
- Tipo de implantación placentaria
- Presencia o no sufrimiento fetal
- Presentación, posición y situación fetal
- Presencia o no de trabajo de parto

- Modificaciones cervicales.

- **.Medidas generales.**

- a. Hospitalización
- b. Grupo sanguíneo y pruebas cruzadas de sangre; dos paquetes mínimo
- c. Vigilancia estrecha
- d. Precisar el diagnóstico

# TRATAMIENTO 2.

- Tratamiento expectante
  - a. Se aplicara especialmente en caso de hemorragia leve, productos pretermino y sin trabajo de parto establecido. ( pocas modificaciones cervicales)
  - b. Si es necesario utilizar: transfusión sanguínea, tocoliticos e inductores de la madurez pulmonar fetal.
  - c. El 75% de las pacientes con placenta previa interrumpen el embarazo entre la semana 36 y 40.
- Tratamiento intervencionista o definitivo:
  - a. Este tratamiento se aplica cuando la hemorragia sea masiva y este en peligro la vida

# TRATAMIENTO 4.

- Atención del parto a. Vaginal: reservado para pacientes con inserción baja de placenta, con presentación cefálica y sangrado leve.
- b. Debe efectuarse vigilancia fetal constantemente por la posibilidad de hipoxia fetal por desprendimiento placentario o accidente del cordón complicaciones que indican cesáreaa urgente.
- c. Cesárea: Método de elección del parto con placenta previa central o marginal. Se indica cuando la hemorragia es grave, independientemente de la edad gestacional, si existe sufrimiento fetal, con feto viable.
- d. Deberá corregirse preferentemente el choque hipovolémico con la administración de soluciones intravenosas, expansores de plasma y sangre antes de iniciar el procedimiento quirúrgico
- e. El tipo de histerectomía dependerá de la inserción placentaria y formación del segmento uterino inferior.

# COMPLICACIONES MATERNAS

- Hemorragia: Anemia, choque hipovolémico, cuagulopatía por consumo
- Acretismo placentario
- Riesgo de infección aumentado: plascentitis, endometritis
- Isoinmunización y deficiencia de los factores de coagulación V y VII por transfusión sanguínea
- Tromboembolismo
- Muerte FETALES
- Distocias
- Prematurez
- Hemorragia fetal
- Sufrimiento fetal
- Trauma obstétrico
- Muerte