

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS CHIAPAS

MATERIA: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DOCENTE: DR RODOLFO AGUILAR VELASCO

ALUMNO: MARCOS GONZALEZ MORENO

SEMESTRE Y GRUPO: 6°A

TEMA:

“PLACENTA PREVIA”

Placenta previa

Se define la placenta previa como la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero.

La incidencia ha aumentado en los últimos años y se estima que actualmente acontece en 1/200 gestaciones ⁽¹⁾. La placenta previa, representan el 20% de las hemorragias del tercer trimestre de la gestación y conllevan una elevada morbilidad materno-fetal ^(1, 2). Actualmente se considera que son la tercera causa de transfusión durante la gestación, parto y puerperio y la segunda causa de histerectomía obstétrica.

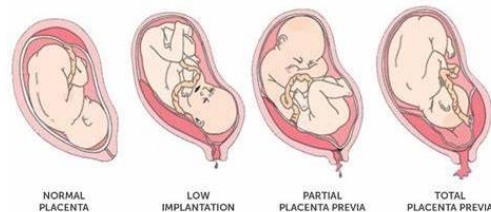
CLASIFICACIÓN

La placenta previa se puede clasificar durante el embarazo en:

- **Placenta de inserción baja:** el borde placentario se encuentra a menos de 2 cm del orificio cervical interno (OCI).
- **Placenta marginal:** la placenta llega justo al borde del OCI, pero no lo sobrepasa.
- **Placenta oclusiva parcial:** el OCI está cubierto de manera parcial por la placenta.
- **Placenta oclusiva total:** la placenta cubre completamente el OCI.

Sin embargo, de cara al parto esta clasificación se debe simplificar en:

- **Oclusiva:** no permite el parto vaginal. Incluye la placenta oclusiva parcial y la placenta oclusiva total.
- **No oclusiva:** puede permitir el intento de parto vaginal. Incluye la placenta de inserción baja y la placenta marginal.



ETIOLOGÍA. FACTORES DE RIESGO

Se desconoce la causa de la placenta previa, pero se han invocado factores etiológicos ovulares y maternos que parecen intervenir en su desarrollo.

1. **Factores ovulares:** teóricamente un retraso en la maduración del blastocisto podría condicionar su implantación en las zonas bajas del útero.

2. **Factores maternos:** parece que las alteraciones endometriales debidas a cicatrices, embarazos previos o legrados vigorosos, reducen el área adecuada para la implantación de la placenta y aumentan la posibilidad de que lo haga en el segmento uterino inferior.

- **Incisiones uterinas previas.** Según un metaanálisis de Ananth y cols, el riesgo de placenta previa se incrementa de forma exponencial a medida que aumenta el

número de cesáreas ⁽³⁾. Las cicatrices en el segmento uterino inferior impedirían el crecimiento de éste a lo largo del embarazo y dificultaría la llamada "migración placentaria" que acontece durante el 2º y 3º trimestre.

- **Legrados previos** ⁽³⁾.
- **Edad materna.** El riesgo de placenta previa es 5 veces más elevado en mujeres >35 años que en mujeres menores de 20 años ⁽¹⁾.
- **Multiparidad.** Se relacionan edad avanzada y multiparidad, por lo que la paridad puede ser un factor de confusión ⁽¹⁾.
- **Tabaquismo** ⁽⁴⁾.
- **Raza.** La incidencia de placenta previa es mayor en mujeres de raza negra y asiática que en mujeres de raza blanca ⁽¹⁾.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial se ha de realizar principalmente con el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (Tabla 1).

Tabla 1. Diagnóstico diferencial entre placenta previa y DPPNI		
	Placenta previa	DPPNI
Inicio	Insidioso	Brusco
Hemorragia	Externa	Interna o mixta
Sangrado	Rojo brillante	Rojo oscuro
Hipertensión	No	Frecuente
Shock	Ocasional	Frecuente
Dolor	No	Sí
Útero	Relajado	Hipertónico (útero leñoso)
Palpación fetal	Normal	Difícil
Cicatriz uterina	Eventualmente	No
Ecografía	Placenta previa	Placenta normoinserta En ocasiones se aprecia un hematoma retroplacentario
Contracciones	Generalmente no	Sí (o hipertonia uterina)
Bienestar fetal	Normal	Alterado