

CERPO

Centro de Referencia Perinatal Oriente

Facultad de Medicina, Universidad de Chile



Seminario N°125: Placenta Previa

Dra. Mayrana Azevedo, Dr. Daniel Martin, Dr.
Juan Guillermo Rodríguez, Dr. Sergio De la
Fuente G. Ginecología y Obstetricia
Universidad de Chile



Generalidades

- Placenta previa (PP) es cuando la placenta se inserta parcialmente o en su totalidad en el segmento inferior del útero
- Prevalencia es del 0,25-0,5% en embarazos únicos
- 20% de las hemorragias del tercer trimestre

Clasificación



- PP oclusiva: la placenta cubre completamente el orificio cervical interno (OCI)
- PP no oclusiva o marginal: la placenta es adyacente al margen del OCI pero sin sobrepasarlo
- Placenta de inserción baja: borde placentario a menos de 2 cm del OCI

Factores de riesgo



- Cirugía uterina miomectomía
- Antecedentes de legrado
- Edad materna
- Tabaquismo
- Raza negra y asiática
- Multiparidad
- Gestaciones múltiples
- Reproducción asistida.



Cuadro Clínico

- Metrorragia sangre roja brillante abundante de origen materno
- 10-30% de los casos se asocia a dinámica
- 30% de las pacientes presentaran sangrado antes de las 30 semanas
- 30% entre las 30 y las 36 semanas
- 30% después de las 36
- 10% asintomáticas.

Diagnostico



Determinar la localización de la placenta en la ecografía de rutina de 2o y 3o trimestre con Ecografía transvaginal:

- Visualizar correctamente todo el segmento inferior
- Aplicar Doppler color para descartar hematoma marginal o vasa previa.
- Localizar la inserción cordón.
- Valorar signos de acretismo especialmente en PP con antecedente de cesárea previa (lagos placentarios, perdida de la unión útero vesical, vasos al Doppler color que invaden mucosa vesical)

Manejo Clínico



- Reposo relativo y abstinencia sexual
- Prevención de anemia materna
- Consultar frente aparición de sangrado genital o dinámica uterina
- Control ecográfico de 3er trimestre alrededor de las 32 semanas para confirmar el diagnóstico y a las 36 semanas para definir vía de parto
- Evitar tacto vaginal

Placenta Previa asintomática



- Manejo ambulatorio
- Hospitalizar si acortamiento cervical < 15 mm o acortamiento progresivo (> 10 mm en 1-2 sem)
- Programar cesárea entre 36-37 sem si posible posterior a confirmación de madurez pulmonar
- la evidencia disponible sugiere que los riesgos asociados con continuar el embarazo (sangrado severo, parto no programado de emergencia) son mayores que los riesgos asociados con la prematuridad en este rango de edad gestacional



Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #44: Management of bleeding in the late preterm period

Cynthia Gyamfi-Bannerman MD, MSc

American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2018-01-01, Volume 218, Issue 1, Pages B2-B8, Copyright © 2017 Elsevier Inc.



- Cesárea a las 36-37 + 6 sem en placenta previa sin sangrado o otras complicaciones obstétricas (GRADO 1B)
- No recomiendan la detección sistemática de la longitud cervical en el período prematuro tardío (GRADO 2C)
- Cesárea entre 34 - 37 sem en placenta acreta (GRADO 1B)
- Cesárea entre 34-37 semanas de gestación para mujeres estables con vasa previa (GRADO 1B)
- Si hemorragia activa en el período prematuro tardío (>34 sem) no postergar la cesárea con el fin de administrar corticoides (GRADO 1B)
- No se recomienda pruebas de madurez pulmonar fetal para guiar el manejo en el período prematuro tardío cuando existe una indicación de parto (GRADO 1B)
- Corticoides prenatales se deben administrar en pacientes entre 34- 36+6 sem si el parto se va programar dentro de los 7 días.

Placenta Previa sintomática



- Los puntos importantes: Mantener la estabilidad hemodinámica materna y determinar si se indica un parto por cesárea de emergencia
- Monitorización materna: PA, pulso, saturación y débito urinario
- Monitorización fetal FCF y dinámica uterina
- Exámenes (GS + RH, hemograma, pruebas de coagulación, fibrinógeno)
- Reserva de sangre/ valorar necesidad de transfusión (Si no se corrige rápidamente la taquicardia o la hipotensión con un bolo salino + hemoglobina <10 g / dL indicar una transfusión inmediata)
- En gestantes Rh negativas administrar gammaglobulina anti-D (Rohgan 300 mcg)
- Tocólisis se debe administrar a pesar de longitud cervical si presencia de dinámica uterina. evitarse Indometacina (efecto inhibitor sobre la función plaquetaria) y Nifedipino en casos de hipotensión
- Maduración pulmonar: entre las 24 - 34 semanas
- Neuroprotección con sulfato de magnesio entre las 24 - 31+ 6 semanas
- Reposo absoluto hasta conseguir la estabilización del cuadro.
- Criterios de finalización inmediata: hemorragia severa y persistente que no se logra mantener la estabilidad hemodinámica o frente la sospecha de pérdida de bienestar fetal
- > 36 semanas o sangrado vaginal significativo > 34 semanas: cesárea

Manejo Expectante



- **Criterios de alta :**
 - ✓ Acceso rápido al hospital
 - ✓ Ser confiable
 - ✓ Poder mantener reposo y abstinencia sexual
 - ✓ Comprender los riesgos
 - ✓ Tenga un acompañante disponible que pueda transportar inmediatamente a la mujer al hospital

Vía de parto Placenta Previa Marginal



Systematic review

Vaginal delivery in women with a low-lying placenta: a systematic review and meta-analysis

CHJR Jansen ✉, YM de Mooij, CM Blomaard, JB Derks, E van Leeuwen, J Limpens, E Schuit, BW Mol, E Pajkrt

First published: 21 January 2019 | <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15622>

- Meta-análisis con objetivo revisar la literatura sobre el éxito de un parto vaginal con una placenta previa marginal
- 10 estudios (N 592)
- 43 % distancia del borde placentario al OCI de 0 a 10 mm
- 85 % distancia del borde placentario al OCI de 11 a 20 mm

- Si el borde de la placenta está entre 0 y 10 mm del borde del orificio interno preferir parto por cesárea planificado (**Grado 2C**). Alto riesgo (> 50 %) de hemorragia intraparto que requiere cesárea de emergencia.
- Borde entre 11-20mm de OCI se puede plantearse opción a parto vaginal explicando la posibilidad de cesárea en curso de parto por hemorragia intraparto.

Complicaciones



- Mayor morbimortalidad perinatal: RPM, parto prematuro
- Distocia de presentación fetal
- Hemorragia grave, necesidad de drogas vasoactivas y transfusión, shock hipovolémico
- Presencia de placenta acreta, vasa previa, inserción velamentosa de cordón
- Hemorragia posparto: debido a la inserción placentaria en el segmento inferior
- Histerectomía urgente
- Embolia de líquido amniótico

Placenta Acreta



- Se define como aquella placenta que se adhiere al miométrio de forma anormal.
- Incidencia es de 3/1000 NV
- ha aumentado en gran parte debido al aumento del número de cesáreas
- Su morbilidad asociada está principalmente causada por el elevado riesgo de hemorragia masiva, necesidad de transfusiones, infección intraabdominal y lesión de órganos adyacentes.
- Se ha asociado a una elevada mortalidad materna de hasta el 7%
- 88% de placentas acretas se asocian a una placenta previa

Clasificación



- Acreta: Las vellosidades coriales se insertan directamente sobre el miométrio (80%)
- Increta: Las vellosidades coriales invaden el biometría (15%)
- Percreta: Las vellosidades invaden miometrio y serosa o incluso órganos adyacentes como la vejiga (5%)

Factores de riesgo

- Placenta previa insertada sobre una cesárea previa

Sin cicatriz de cesárea	3,3%
1 CCA	11%
2 CCA	40%
3 CCA	61%
4/5 cca	67%

- Cicatrices uterinas como miomectomías
- Legrados
- Extracción manual de placenta

Clark SL. Obstet and Gynecol 1985

Diagnostico por Ecografía



- Sensibilidad 77-93% y Especificidad del 71-97%
- Desaparición o irregularidad del área hipoecoica retroplacentaria
- Grosor miometrial retroplacentario inferior a 1 mm
- Múltiples dilataciones vasculares, lagunas placentarias y áreas hipervascularizadas en el Doppler color
- La presencia de lagunas placentarias múltiples e irregulares es el signo que aisladamente presenta una sensibilidad más elevada (93%). Se caracterizan porque el flujo es turbulento (pico de velocidad sistólica $>15\text{cm/s}$)
- Presencia de tejido placentario o vasos en el margen útero-placentario, en la interface entre la serosa uterina y la vejiga urinaria o invadiendo la vejiga urinaria.



CERPO

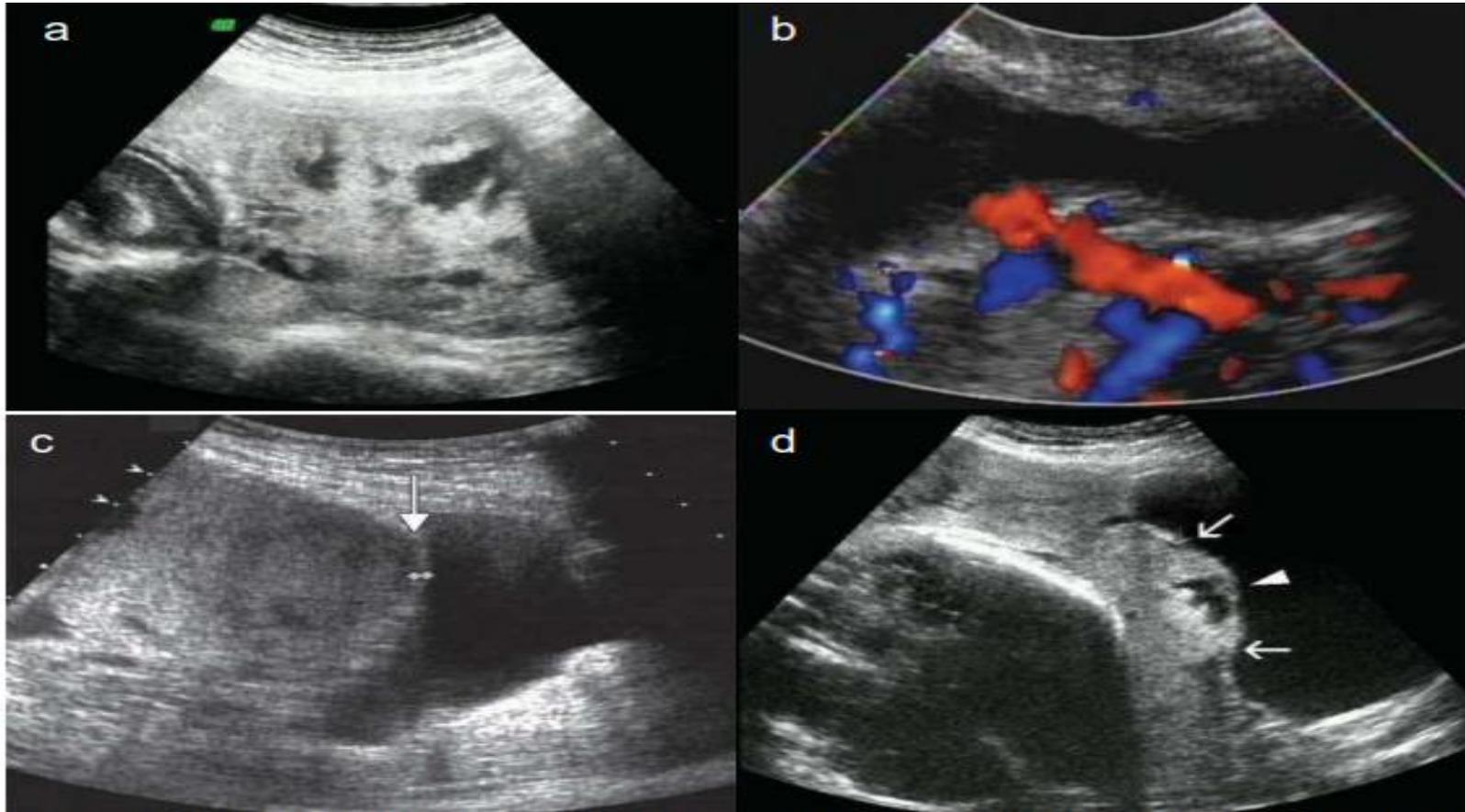


Figura 2: **(a y b)** Lagunas placentarias hipervascularizadas. **(c)** Grosor miometrial $< 1\text{mm}$. **(d)** Disrupción de la pared de la vejiga y protusión en pared vesical. (Shih JC et al. UOG 2009. Comstock CH AJOG 2004)

Power Doppler



- Numerosos vasos confluentes en la unión vesico-uterina (visión basal) mayor sensibilidad y especificidad.
- Hipervascularización intraplacentaria (visión lateral)
- Vasos que crecen de forma irregular, tortuosos, de diferentes calibres.

Resonancia Magnética



Diversos estudios de la literatura no han mostrado un aumento de la capacidad de detección de placenta acreta respecto a la ecografía

Principales indicaciones:

- Pacientes en que la ecografía no sea concluyente (IMC materno elevado, placenta posterior)
- Alta sospecha de placenta percreta, con mala visualización ecográfica, para definir mejor el grado de invasión

Manejo



- Cesárea electiva a las 36-37 semanas equipo multidisciplinar
- Visita preanestésica (la anestesia loco-regional suele ser la de elección)
- Reserva de sangre , la pérdida sanguínea media estimada en estas pacientes es de 3 a 5 L, por lo que el banco de sangre debe estar preparado para necesidades transfusionales
- Firma de consentimiento Posibles complicaciones: hemorragia severa, necesidad de transfusión, histerectomía y lesión de órganos adyacentes en caso de placenta percreta
- Si se confirma la presencia de una placenta acreta, el tratamiento definitivo es una histerectomía.
- Manejo conservador si la paciente tiene deseo de preservar su fertilidad, no sangra y se encuentra hemodinámicamente estable.
- Planificar la intervención por un equipo multidisciplinar con especialistas en medicina materno-fetal y anestesiología experimentados. Si se sospecha una placenta percreta, se planificará la cirugía junto con el servicio de Urología y la posible necesidad de Unidad de cuidados intermedios o intensivos.
- La radiología intervencionista profiláctica consiste en la colocación de unos balones a nivel de las arterias ilíacas internas de forma preoperatoria que se inflan una vez se ha producido la extracción fetal y que tienen como objetivo la disminución del sangrado.

Manejo durante la cirugía



- ✓ El tipo de incisión en útero dependerá principalmente de la localización de la placenta, evitar la placenta al realizar la histerotomía.
- ✓ Evitar atravesar la placenta permite posteriormente dejarla in situ con menor riesgo de hemorragia masiva.
- ✓ Extracción fetal rápida y clampar precozmente el cordón.
- ✓ Realizar la histerectomía con la placenta in situ.

Tratamiento conservador



- Consiste en dejar la placenta intraútero y no realizar histerectomía en pacientes sin sangrado importante, estables hemodinámicamente, con deseo de preservar la fertilidad
- En estos casos, la utilización de fármacos úterotónicos, la colocación de un balón endouterino, la realización de suturas de compresión uterina o de una embolización pueden ser útiles
- Oxitocina: Perfusión de mantenimiento durante 12-24 horas
- Antibiótico profiláctico: AMOXICILINA CLAVULÁNICO ev 1 g/6 horas durante 7-10 días. En caso de alergia a penicilina: CLINDAMICINA 600 mg/8 horas ev + GENTAMICINA 240 mg/24h ev 7-10 días.
- No existe evidencia para recomendar el tratamiento con Metotrexate, mifepristona o misoprostol ni la embolización.
- Con el tratamiento conservador, diversos estudios retrospectivos han descrito tasas de éxito de un **78% con un 6% de morbilidad materna severa.**

Complicaciones



- ✓ Sangrado vaginal, descrito hasta los 3 meses posparto.
- ✓ Endometritis y/o sepsis
- ✓ Retención de placenta con formación de pólipos placentarios
- ✓ Formación de fístulas vesico-uterinas
- ✓ Fracaso del tratamiento conservador Debe tenerse en cuenta que puede aparecer febrícula en el postoperatorio debido a fenómenos de necrosis y reabsorción de tejido.

Seguimiento ambulatorio:



- ✓ Control clínico-ecográfico: La ecografía constituye la herramienta principal de seguimiento
- ✓ Control semanal al menos durante 2-4 sem, posteriormente cada 2 sem
- ✓ Control analítico: Hemograma + PCR semanal durante 2-4 sem
- ✓ BHCG en cada control hasta su desaparición o estabilización.
- ✓ Los niveles bajos de bHCG no se han asociado a la resolución completa del cuadro.
- ✓ En aquellas pacientes en las que el tratamiento conservador ha tenido éxito, la reabsorción espontánea de la placenta se ha descrito en el 75% de los casos con una media de unas 13 semanas.



AOGS REVIEW ARTICLE

Management of placenta accreta

LOÏC SENTILHES¹, FRANÇOIS GOFFINET² & GILLES KAYEM³

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Angers University Hospital, Angers, ²Department of Obstetrics and Gynecology, Maternité Port-Royal Hospital, Cochin APHP, University René Descartes, Paris, and ³Department of Obstetrics and Gynecology, Louis Mourier Hospital, APHP, University Paris-Diderot, Colombes, France

Table 2. Maternal morbidity after conservative treatment for placenta accreta; from Sentilhes et al. (30).

Characteristics	Placenta accreta, including percreta (n = 167)
Primary postpartum hemorrhage ^a	86 (51.5)
Primary hysterectomy ^b	18 (10.8)
Women undergoing transfusions	70 (41.9)
Units of packed red blood cells transfused >5	25 (15.0)
Transfer to intensive care unit	43 (25.7)
Infection	47 (28.1)
Septic shock	1 (0.6)
Sepsis ^c	7 (4.2)
Acute pulmonary edema	1 (0.6)
Acute renal failure	1 (0.6)
Adjacent organ injury	1 (0.6)
Vesicouterine fistula	1 (0.6)
Deep vein thrombophlebitis or pulmonary embolism	4 (2.4)
Secondary postpartum hemorrhage ^a	18 (10.8)
Delayed hysterectomy ^b	18 (10.8)
Median interval from delivery to delayed hysterectomy (days)	22 (9–45)
Death	1 (0.6)
Success of conservative treatment ^d	131 (78.4)
Severe maternal morbidity	10 (6.0)

Data are n (%) or median (interquartile range).

RBC, red blood cells. Some women had more than one type of morbidity.

^aPostpartum hemorrhage was considered primary if it occurred within the first 24 h of delivery and secondary if it occurred more than 24 h after delivery.

^bPrimary hysterectomy took place within the first 24 h, whereas a delayed hysterectomy took place more than 24 h after delivery.

^cSepsis included sepsis and septic shock.

^dSuccess of conservative treatment was defined as uterine preservation.