

Placenta Previa y Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta, Hospital Escuela, Bloque Materno Infantil

Daniel Aguilar*, Víctor Meléndez*, Lisa Flores *, Aracely Tóvez *, Linda Valladares*

Marel De Jesús Castellanos **

RESUMEN

La hemorragia del tercer trimestre del embarazo y el posparto se han identificado como causas de mortalidad materna, generalmente ocurren en el tercer trimestre, las cuales pueden deberse a la presencia de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta. **Objetivo:** Establecer la prevalencia de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta en el Hospital Escuela, Bloque Materno Infantil. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal. El universo fue de 3.128 mujeres atendidas en el Hospital Escuela, Bloque Materno Infantil en el período del 22 de septiembre al 2 de diciembre de 2008. El número de embarazadas diagnosticadas con placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta fue 11. Para la recolección de datos se aplicó un instrumento que contiene variables cuantitativas (edad gestacional y materna, paridad, cesáreas previas, peso del recién nacido, APGAR) y cualitativas (antecedentes gineco-obstétricos, variantes de placenta previa, datos del parto, datos del recién nacido y complicaciones materno-neonatales). **Resultados:** La prevalencia de placenta previa (0.31%) encontrada en el estudio, fue mayor en relación a los casos de desprendimiento prematuro de la placenta (0.03%); Los factores de riesgo presentes fueron la multiparidad y las cicatrices uterinas. De los 10 casos de Placenta previa 9 fueron sometidos a cesárea; el único caso de desprendimiento

prematuro de placenta normoinserta finalizó en parto. **Conclusión:** La placenta previa total representó la mayor frecuencia de todos los casos de placenta previa obtenidos. Los factores de riesgo asociados a estas patologías fueron la multiparidad y cicatrices uterinas (cesáreas previas).

Palabras claves: Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, complicaciones del embarazo.

ABSTRACT:

Postpartum and third trimester hemorrhage have been identified as major causes of maternal death, in which third trimester hemorrhages are generally caused by placenta and placental abruption. **Purpose:** To establish the incidence of placenta praevia and placental abruption in the Hospital Escuela Bloque Materno Infantil (Escuela Hospital Maternal - Infant Block). **Subjects and Methods:** A descriptive crosssectional study was performed.

The universe was constituted by 3.128 pregnant women which delivered in the Hospital Escuela Bloque Materno Infantil in the period from the 22th of September to the 2th of December of 2008. The number of patients diagnosed with placenta praevia and placental abruption were 11 and which delivery was during the period of study. The instrument applied for recollection of data contained quantitative variables (maternal and gestational age, parity, prior cesarean section, newborn weight, APGAR) and qualitative variables (gynecobstetric antecedents, placenta praevia type,

* Estudiantes de V año de la asignatura de Gineco-Obstetricia

**Jefe de Docencia del Departamento Ginecología y Obstetricia U.N.A.H Coordinador Seminario V año Ginecología y Obstetricia

newborn information, and maternal-neonatal complications). **Results:** The Placenta Praevia incidence (0.31%) found in the study, was higher in relation to the Placental Abruptio cases (0.03%); Multiparity and Uterine scars were the most important risk factors. 9 out of 10 placenta praevia cases underwent cesarean section; the only case of placental abruptio ended in vaginal delivery. **Conclusion:** Total placenta praevia presented the major incidence of all cases of placenta praevia. The risk factors associated with these pathologies were multiparity and uterine scars (prior cesarean section).

Key words: Placenta praevia, Placental abruptio, pregnancy complications.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia del tercer trimestre del embarazo y el posparto se han identificado como causas de mortalidad materna en todo el mundo, explicando casi la mitad de los fallecimientos posparto en los países no industrializados, es por esta razón que es motivo de preocupación y alarma (1).

Las hemorragias preparto que ocurren durante el tercer trimestre, pueden deberse a la presencia de placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y en muy pocas ocasiones la hemorragia puede ser el resultado de la inserción velamentosa del cordón umbilical (vasa previa) con hemorragia de origen fetal.

La mayoría de estos sangrados son consecuencia de placenta previa, no sólo en el período antenatal, sino durante el parto y aún después del alumbramiento (2).

Los primeros antecedentes históricos de referencia a la placenta previa aparecen en la pizarra ceremonial egipcia, alrededor del 3400 a.n.e. En aquella época, la placenta del futuro faraón era llevada hasta un altar en una procesión, y se le consideraba como el asiento de su "alma externa" y su auxilia-dora secreta (3).

La Placenta Previa es una complicación del embarazo que cubre el orificio cervical completa o incompletamente, evitando el parto vaginal normal. (4) Desde el punto de vista clínico, puede haber actividad uterina, aunque el signo clásico y más común es la hemorragia indolora en el tercer trimestre (5).

Se han reconocido cuatro tipos de placenta previa de acuerdo a su implantación:

1. Placenta previa total: El orificio cervicouterino interno está cubierto en su totalidad por la placenta.
2. Placenta previa parcial: La placenta cubre parcialmente el orificio interno.
3. Placenta previa marginal. El borde de la placenta está en el margen del orificio interno.
4. Implantación baja de la placenta: La placenta está implantada en el segmento uterino inferior de modo que el borde de la placenta en realidad no llega al orificio interno, pero se encuentra en estrecha proximidad al mismo (1,6).

Teniendo en cuenta la repercusión en la morbi-mortalidad, materno-perinatal que tiene la placenta previa, hemos decidido realizar este trabajo, para:

Establecer la prevalencia de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta y determinar las complicaciones materno-neonatales en casos encontrados en la Sala de Labor y Parto del Hospital Escuela Bloque Materno Infantil de Tegucigalpa, Distrito Central, Francisco Morazán, Honduras durante el periodo del 22 de septiembre al 2 de diciembre del 2008.

Epidemiología

La incidencia de hemorragia anteparto varía entre 2 a 5% de todos los embarazos después de las 24 semanas (7). La Placenta previa se estima que ocurre en un aproximado de 5 por cada 1.000 embarazos. (8,9) El desprendimiento de placenta ocurre en 6,5 embarazos de cada 1000 nacimientos con una alta variabilidad; la mortalidad perinatal asociada al desprendimiento prematuro de placenta normoinsera

se ha estimado en 119 por 1000 nacidos. (10,11)

Cuadro #1 Incidencias de placenta previa 1969 (2)

Autor	No. Partos	No. Casos	%
Hospital San Felipe, Teguc., Honduras	19.634	43	0,49
Atúan SJ IHSS Honduras	5.583	23	0,48
Arévalo y Mendieta Nicaragua	17.761	41	0,20
H. Talzer 1,935 – 44 USA	34.829	178	0,51
Smith Kalghn USA	13.000	99	1,09
Zarate E. Beruti, Argentina	20.606	225	1,09
Foute W.R. Canadá	26.470	120	0,59
García RM Venezuela	271.187	794	0,29
Kruschwits S. Alemania	13.660	63	0,46
J.A. Vásquez, Hospital Vicente D'antoni, La Ceiba Honduras	3.509	47	2,14

Factores de riesgo

Actualmente se desconoce la etiología de la placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, pero se sabe que existen varios factores de riesgo que aumentan la incidencia (4).

Cuadro #2 Factores de riesgo de DPPNI y placenta previa

Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (DPPNI)	Placenta Previa
Hipertensión Arterial Crónica (10,12)	Edad de la madre (13,14,15)
Preeclampsia (10,12)	Multiparidad (16)
Sobredistensión uterina	Embarazos múltiples
Antecedentes de DPPNI	Cicatrices uterinas (14,17,18)
Disminución brusca del volumen del líquido intrauterino	Tabaquismo y uso de drogas (19)
Traumatismos	Malformaciones uterinas
	Legrados previos (3)

Complicaciones

La morbilidad que acompaña a la placenta previa incluye: sangrado ante parto; hemorragia intraparto y posparto, que dependiendo de la magnitud de la hemorragia condiciona a un shock hipovolémico, necesidad de histerectomía, síndrome de Sheehan, daño renal por necrosis tubular aguda (NTA) o de necrosis cortical; septicemia y tromboflebitis. Igualmente provoca gran impacto en el feto, al estar vinculada con un incremento en el riesgo de parto pretérmino, mala presentación fetal, riesgo de muerte perinatal y bajo peso al nacer (14,20).

La principal complicación materna para el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta son los trastornos de la coagulación sanguínea; debida a que el fibrinógeno y los factores de coagulación se consumen en el creciente hematoma retroplacentario a un ritmo más rápido que la capacidad del cuerpo para reemplazarlos (10).

Diagnóstico

El Ultrasonido es el método más utilizado para el diagnóstico de placenta previa. Existen otros métodos de diagnóstico como la Resonancia Magnética Nuclear (RMN), que inclusive es superior al Ultrasonido, aunque no se ha establecido si se obtienen mayores beneficios al usarla por el ultrasonido (21).

Estas nuevas tecnologías han permitido establecer que la frecuencia de placenta previa es mayor en el primer trimestre del embarazo con respecto al tercero, y ha permitido determinar el fenómeno de "migración placentaria"; pero el diagnóstico definitivo siempre debe limitarse al tercer trimestre del embarazo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal en gestantes sobre placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. El universo fue de 3.128 mujeres cuyo parto fue en el Hospital Escuela, bloque Materno Infantil, del 22 de septiembre al 2 de diciembre de 2008.

El número de casos encontrados fue 11 mujeres que fueron diagnosticadas con placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

Los datos fueron obtenidos de las: historias clínicas, entrevistas, y observación. Se confeccionó un instrumento para la recolección de datos, que contiene entre otros aspectos los siguientes: nombre de la paciente, edad, paridad, antecedentes ginecoobstétricos, realización del diagnóstico ecográfico y variante de la placenta previa y/o del desprendimiento prematuro, edad gestacional a la que se interrumpió el embarazo, datos del parto y características del líquido amniótico; así como complicaciones maternas y neonatales.

Los casos de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta fueron diagnosticados considerando los criterios clínicos y ultraso-nográficos establecidos por el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Materno Infantil. Para el diagnóstico-ultrasonográfico se utilizó una unidad con las especificaciones siguientes: Medison 128 wb con transductor cóncavo y un transductor lineal.

La edad gestacional a la que se interrumpieron los embarazos se precisó mediante la fecha de la última menstruación (FUM) y el último estudio ecográfico.

El APGAR de cada recién nacido fue calculado al minuto y a los cinco minutos, mientras el peso del producto se conoció con el uso de una báscula, considerándose como bajo peso a todo aquel recién nacido con peso menor a 2.500 gramos, según criterios recomendados por el Departamento de Ginecología y obstetricia del Hospital Escuela, Bloque Materno Infantil y la literatura universal.

Posteriormente se procedió al procesamiento de los datos utilizando el programa de tabulación y análisis Microsoft Office Excel.

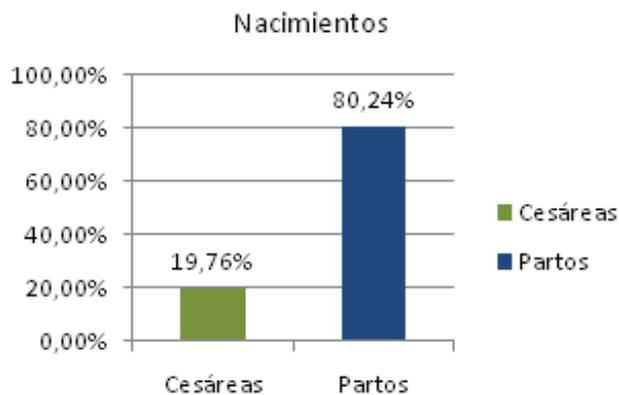
RESULTADOS

Durante el periodo de investigación se registraron un total de 3.128 nacimientos, de los cuales 2.510 fueron partos (80,24%) y 618 cesáreas (19,76%).

La mayoría de los casos diagnosticados con placenta previa tuvieron una terminación del embarazo por medio de cesárea, únicamente 1 fue por parto vaginal.

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta terminó en parto vaginal.

Gráfico #1
Forma de terminación del embarazo



De las parturientas estudiadas, 10 (0,31%) presentaron Placenta Previa, de las cuales 7 fueron placenta previa total y 3 fueron placenta previa parcial. No hubo casos de placenta previa marginal o de implantación baja.

Solamente 1 paciente (0,03%) presentó Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (DPPNI).

Gráfico #2
Prevalencia de tipos de placenta previa



La presencia de número de factores de riesgo en las pacientes que presentaron placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta se describe en cuadro N°3.

Cuadro #3
Presencia de factores de riesgo

Número de factores de riesgo	Número de pacientes con placenta previa o DPPNI
0	3
1	5
2	3
3	0

En relación a las gestaciones previas, 5 de las pacientes (46%) se encontraron en un rango de 0-1 gestas, 3 pacientes (27%) en el rango de 2-4 gestas, y 3 pacientes (27%) se encontraba en el rango mayor o igual a 5 gestas.

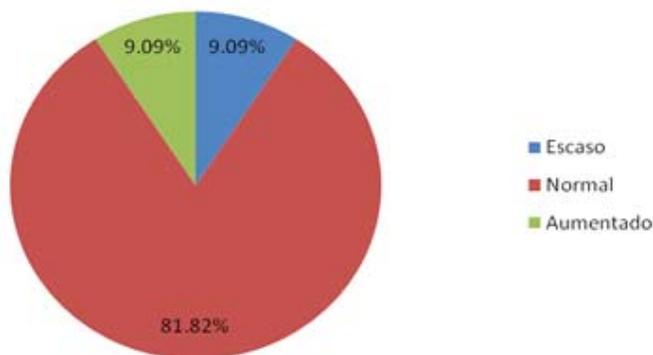
El rango de edad gestacional para los casos de Placenta previa y DPPNI fue entre las 29 (2/7) semanas a 40 (6/7) semanas de gestación, 5 de las 11 pacientes estudiadas (45.5%) eran pretérmino (menores de 37 semanas de gestación) al momento del parto, las 6 restantes (54.5%) fueron a término (mayor o igual de 37 semanas de gestación).

Cuadro #4
Edad gestacional en los casos de placenta previa y DPPNI

Edad Gestacional (semanas)	N° de casos
20-28	0
29-34	1
35-37	4
>37	6

En relación al volumen de líquido amniótico expulsado, 9 (82%) presentaron un volumen de líquido amniótico normal, 1 (9%) presentó un volumen de líquido amniótico aumentado y 1 (9%) presentó un volumen de líquido amniótico escaso.

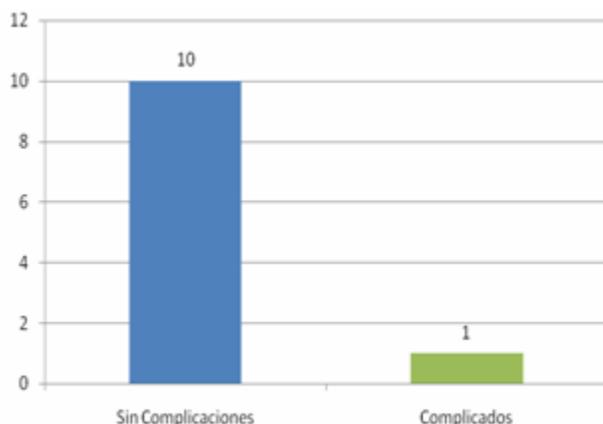
Gráfico #3
Porcentaje de volumen de líquido amniótico



De los 11 recién nacidos, 2 (18%) presentaron un peso menor a 2500 gramos y fueron catalogados como pequeños para la edad gestacional (PEG), los 9 restantes (82%), presentaron un peso mayor de 2500 gramos siendo adecuados para la edad gestacional (AEG).

La única complicación que se presentó fue el Síndrome de dificultad respiratoria (SDR) afectando a un recién nacido (9%), los 10 restantes (91%), no tuvieron complicaciones, ver Gráfico N°4.

Gráfico #4
Frecuencia de complicaciones en recién nacidos



DISCUSIÓN

La prevalencia de placenta previa fue de 0.31% encontrado en el presente estudio se asemeja a resultados obtenidos en otros países, entre ellos el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina" Cuba, cuya incidencia fue la misma (22).

Los resultados obtenidos son similares a otros estudios realizados en nuestro país, a excepción de La Ceiba, cuyo promedio difiere en más de un punto porcentual (23).

Los resultados obtenidos de Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (0.03%), fueron menores que los descritos en la literatura estudiada (0.5%).

Existen diversos factores que pueden influir en la incidencia de placenta previa en cualquier población como son: Multiparidad, edad materna elevada, embarazos múltiples, cicatrices uterinas (cesárea previa), uso de drogas, malformaciones uterinas y legrados previos. Este estudio muestra que 8 mujeres tenían al menos un factor de riesgo, presentándose en mayor frecuencia la Multiparidad y cesárea previa.

De acuerdo a la edad avanzada, en 1995, autores mexicanos publicaron un estudio en el Instituto Nacional de Perinatología, el cual señala que la edad materna avanzada incrementa el riesgo de placenta previa. Miller en 1977 encontró que la edad más propensa fue a los 35 años. Dicha edad también fue observada en un estudio que se realizó en The New England Medical Center y en el Hospital de Cambridge a comienzos de los años noventa, sin embargo, en un estudio que se realizó en el Hospital D'Antoni, La Ceiba, la distribución por edades no muestra mayores diferencias y el rango de edad predominante en este estudio fue de 26 a 30 años (23).

La multiparidad estaba presente en 4 casos y la cesárea previa en 3.

El único caso de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta no presentó ningún factor de riesgo, empero, se considera que el desprendimiento placentario es dos veces más común en embarazos de mellizos que en embarazo simples (10).

El manejo ideal para toda paciente que cursa con diagnóstico de placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta es la cesárea, este centro asistencial no es la excepción. Todos los casos reportados recibieron dicho manejo a excepción de 2 (placenta previa parcial y desprendimiento prematuro de placenta).

Entre el 2000 y el 2002, la hemorragias del tercer trimestre fueron responsables de 3.5 muertes maternas por cada millón de nacimientos en Gran Bretaña, donde 3 muertes directas ocurrieron como consecuencia de desprendimiento prematuro de placenta mientras la placenta previa causó la muerte de otras 4 madres (24).

En países en vías de desarrollo, las hemorragias anteparto son todavía causa de muertes maternas debido a la falta de acceso, limitadas facilidades médicas y la anemia preexistente en estas pacientes sin embargo, con un adecuado manejo y control no deberían de haber casos de mortalidad materna. En este estudio no se presentaron casos de complicaciones o mortalidad materna (25).

No se presentaron casos de morbi-mortalidad neonatal debido a que la edad gestacional presentada en su mayoría por las pacientes era igual o mayor a 37 semanas, por lo tanto, los neonatos presentaron un peso igual o mayor de 2.500 gramos.

El único caso de morbilidad neonatal se presentó en el desprendimiento prematuro de placenta y fue

un síndrome de distress respiratorio, aunque el neonato presentó un adecuado peso al nacer.

El peso mínimo registrado fue de 1.490 gramos, este neonato no presentó complicaciones debido a un diagnóstico temprano y un adecuado manejo y control del caso.

CONCLUSIONES

1. De todos los casos de placenta previa obtenidos, la placenta previa total fue la más frecuente.
2. Los factores de riesgo que se presentaron en los casos de placenta previa fueron la multiparidad y las cicatrices uterinas (cesáreas previas).
3. El único caso de morbilidad neonatal se observó en el caso de DPPNI, el cual presentó SDR.
4. Los casos de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta deben de diagnosticarse tempranamente para un adecuado control, y deben de manejarse por cesárea para prevenir mortalidades maternas y neonatales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. *Obstetricia de Williams*. 22 ed. México: Lytografía Ingramex; 2007.
2. Vásquez Cueva J, Fortín Midence B, Vides Turcio M. Placenta previa en el Hospital Vicente D` Antoni Rev Med Hondur 1969; 37 (4): 284-293.
3. Isla Valdés A, Cruz Hernández J, Velasco Boza A, Hernández García Pr, Fajardo Puig R, Díaz Curbelo A. Comportamiento de la placenta previa en el Hospital Ginecoobstétrico América Arias, período 2003-2005. Rev Cubana Med Gen Integ 2008; 24 (3).
4. Tuzovic L. Clinical article: Complete versus incomplete placenta previa and obstetric outcome. Department of Obstetrics and Gynecology, Medical School University of Zagreb, Croatia. Received 10 October 2005; received in revised form 5 February 2006; accepted 7 February 2006.

5. Rivas G M, López Gómez JR, Capretta CD, Colmenares B, Silva G D, Alvarado A SI. Placenta previa: Estudio retrospectivo 1988-1992. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2001; 61 (4).
6. Calleja-Agius J, Custo R, Brincat MP, Calleja N. Placental abruption and placenta praevia. *Eur Clinics Obstet Gynaecol* 2006; 2 (3): 121-127.
7. Stirrat GM. *Aids to obstetrics and gynaecology for MRCOG*, 4th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.
8. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Bloom SL, Hauth JC, Wenstrom KD, MacDonald PC, Gant NF, eds. *Williams Obstetrics*. 20th ed. Stamford, Conn.: Appleton & Lange, 1997:1045-57.
9. Enkin M, Keirse MJ, Renfrew M, Neilson J. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, ;1995.
10. Neilson JP. Intervenciones para el tratamiento del desprendimiento placentario (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
11. Arulkumaran S, Symonds IM, Fowlie A. *Oxford handbook of obstetrics and gynaecology*. Oxford: Oxford University Press,; 2004.
12. Canache LA, Castejón OC. Desarrollo de la vellosidad placentaria de anclaje en desórdenes hipertensivos asociados a desprendimiento prematuro grave de la placenta normoinserta. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2007; 67 (1):23-30.
13. Medina Lomelí JM, Hernández Estrada AI. Placenta Previa acreta: un problema singular. Comunicación de dos casos y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex* 2006. (74): 599-604.
14. Grillo-Ardilla CF. Manejo ambulatorio de la paciente con placenta previa: revisión sistemática. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2007; 58 (2): 129-135.
15. Ferreira Narváez FE, Angulo-Carvalho M. Predicción del acretismo placentario con ultrasonido doppler en el Hospital universitario de Neiva, Colombia, estudio de cohorte. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2007; 58 (4): 290-295.
16. Mustafa SA, Brizot ML, Carvalho MH, Watanabe L, Kahhale S, Zugaib M. Transvaginal ultrasonography in predicting placenta previa at delivery: a longitudinal study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;20 (4): 356-9.
17. Perucca E, Cazenave H, Barra A, Ochoa N, Villagrán GI, Espinoza R ,et al. Placenta previa percreta con invasion vesical. *Rev chil obstet ginecol* 2002.;67(5): 364-367.
18. Avellaneda Gonzales A, Hernández Cabrera J, Ulloa Gómez C, Deulofeu M. Hematoma retroplacentario: su repercusión en la morbi-mortalidad perinatal. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1997; 23 (2)101-107.
19. Chelmow D, Adrew DE. Maternal Cigarette smoking and placenta previa. *Obstet Gynecol* 1996; 87 (5 Pt 1) :703-706.
20. Darios G, Yinka O, Hamisu MS, Cande VA. Previous Cesarean Delivery and Risks of Placenta Previa and Placental Abruption. *Obstet Gynecol* 2006; 107 (4):771-778.
21. Oppenheimer L. Diagnosis and Management of Placenta Previa: SOGC Clinical Practice Guideline. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29 (3): 261-266.
22. Hernández Cabrera J. Placenta previa, incidencia, algunas consideraciones y su repercusión en la morbimortalidad perinatal y materna, 1995-1996; *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1998; 24 (2):92-97.
23. Montoya Álvarez, J. Operación cesárea, solución razonable de casi todas las variedades de Distocias. *Rev Med Hondur* 1947; (31):497-503.
24. Lewis G. *Why Mothers Die 2000-2002 : The Sixth Report of Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*. London: RCOG; 2004.
25. Rumbold A, Middleton P, Crowther CA. Suplementos vitamínicos para la prevención del aborto espontáneo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).