

PLACENTA PREVIA

Definición

Implantación anormal de la placenta en el segmento uterino inferior, cubriendo parcial o totalmente el orificio cervical interno (OCI)

Manifestación Típica

Sangrado vaginal indoloro en el segundo o tercer trimestre del embarazo

Clasificación Ecográfica



Placenta Previa Total

Cubre completamente el OCI



Placenta Previa Parcial

Cubre parcialmente el OCI



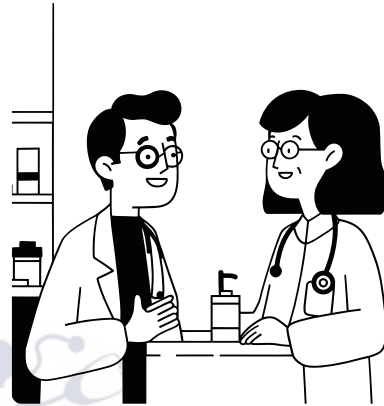
Placenta Marginal

Alcanza el borde del OCI, sin cubrirlo



Inserción Baja

<2 cm del OCI, sin alcanzarlo



Nota importante: La clasificación por tacto vaginal ha sido reemplazada por la ecografía transvaginal, mucho más precisa y segura.

0.5%

Incidencia General

Porcentaje de embarazos afectados por placenta previa

35+

Edad de Riesgo

Años - mayor frecuencia en edad materna avanzada

Epidemiología y Estadísticas de la Placenta Previa

Comprender la epidemiología de la placenta previa es crucial para identificar poblaciones en riesgo, implementar medidas preventivas y optimizar la gestión clínica. Esta condición, aunque no es de alta prevalencia, conlleva riesgos significativos para la madre y el feto.

Prevalencia Global

Aproximadamente entre el **0.3% y el 2%** de todos los embarazos se complican con placenta previa, variando según la población estudiada y los factores de riesgo predominantes.

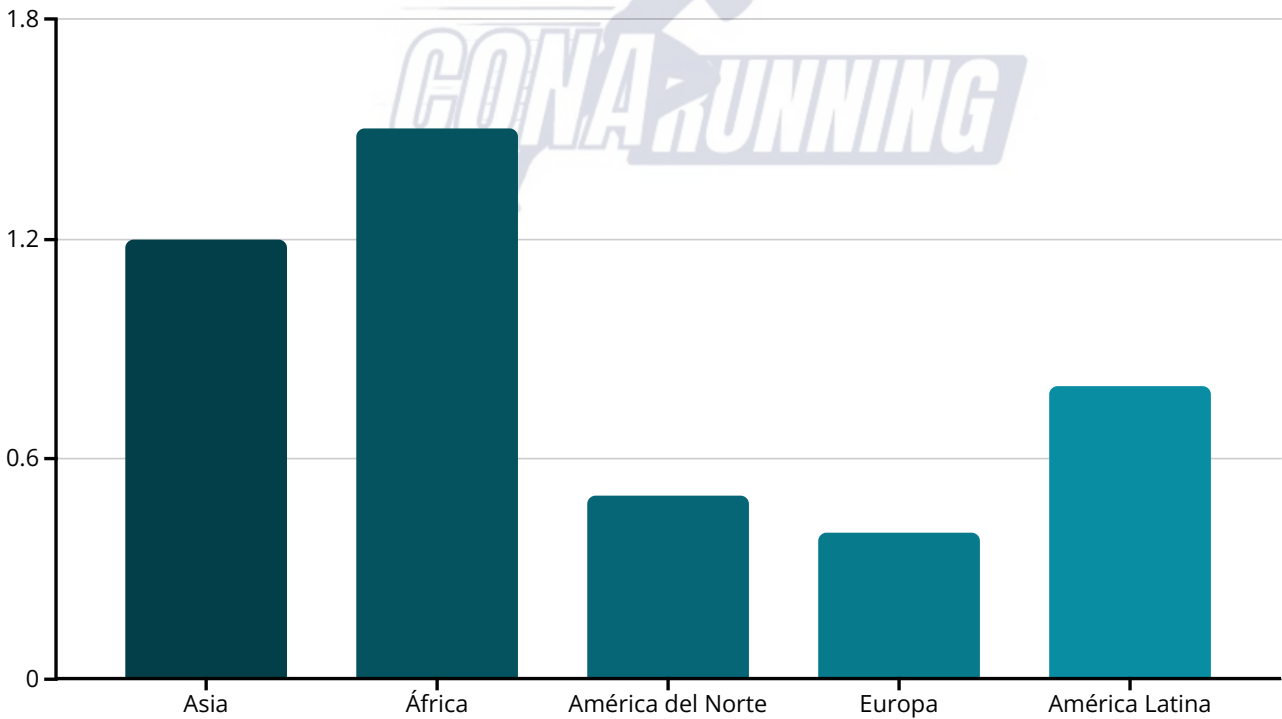
Variación Geográfica

La incidencia es notablemente **más alta en países en desarrollo**, especialmente en Asia y África, donde los factores de riesgo como la multiparidad y el acceso limitado a la atención prenatal son más comunes.

Tendencias Temporales

Se ha observado un **aumento gradual** en la incidencia de placenta previa en las últimas décadas, principalmente atribuido al incremento de las tasas de cesárea y la edad materna avanzada.

La distribución de la placenta previa muestra diferencias significativas a nivel global. A continuación, se presenta una comparación de la prevalencia estimada en distintas regiones:



Esta variabilidad regional subraya la influencia de factores socioeconómicos y el acceso a la atención médica en la prevalencia de la placenta previa. El aumento de las cesáreas no solo incrementa el riesgo de placenta previa en embarazos futuros, sino también el de **trastornos de la placentación como el acretismo placentario**, que se asocia fuertemente con la placenta previa, generando complicaciones aún más graves. Aunque menos común que el desprendimiento de placenta, la placenta previa es una causa principal de morbilidad materna y perinatal.

Factores de Riesgo y Fisiopatología

Principales Factores de Riesgo

Cesárea Previa

Incremento proporcional al número de cesáreas realizadas anteriormente

Multiparidad

Mayor número de embarazos previos aumenta el riesgo

Edad Materna Avanzada

Mujeres mayores de 35 años presentan mayor incidencia

Embarazo Múltiple

Gestaciones gemelares o múltiples incrementan la probabilidad

Antecedentes Quirúrgicos

Legrados uterinos, miomectomías y cirugías uterinas previas



El [tabaquismo](#) y el [antecedente de placenta previa](#) también constituyen factores de riesgo significativos para el desarrollo de esta condición.

Mecanismo Fisiopatológico



La formación de [vasos aberrantes](#) y el trofismo vascular del área pueden contribuir significativamente a la intensidad de la hemorragia presentada.

Diagnóstico Diferencial de la Placenta Previa

El sangrado vaginal en el segundo o tercer trimestre del embarazo es un síntoma alarmante que requiere una evaluación inmediata para determinar su causa. Aunque la placenta previa es una de las etiologías más conocidas, existen otras condiciones graves que pueden manifestarse con sangrado similar y que exigen un diagnóstico diferencial preciso y rápido para asegurar el bienestar materno-fetal.

A continuación, se presenta una tabla comparativa de la placenta previa con otras causas comunes de hemorragia durante la segunda mitad del embarazo, destacando sus características clínicas distintivas:

Placenta Previa	Indoloro	Rojo brillante, intermitente, sin coágulos	Normal, blando	Normal (inicialmente)	Ecografía transvaginal
Desprendimiento de Placenta	Agudo, intenso, constante	Oscuro, con coágulos, a veces oculto	Hipertónico, útero leñoso	Distrés fetal, bradicardia	Clínico, ecografía (hematoma)
Rotura Uterina	Agudo, desgarrante	Variable, a veces hemorragia interna	Cese de contracciones, partes fetales palpables	Distrés fetal severo, muerte fetal	Clínico (cambio en patrón de contracciones y dolor)
Vasa Previa	Ausente	Rojo brillante, con rotura de membranas	Normal	Bradicardia fetal súbita, muerte fetal	Visualización de vasos, test de Apt
Lesiones Cervicales/Vaginales	Variable (asociado a lesión)	Rojo brillante, escaso	Normal	Normal	Examen con espéculo
Otras Causas	Variable	Variable	Normal	Generalmente normal	Exclusión, anamnesis

La correcta identificación de la causa del sangrado es fundamental. Una ecografía transvaginal es la herramienta diagnóstica de elección para confirmar o descartar la placenta previa, mientras que la evaluación clínica y el monitoreo fetal son esenciales para diferenciarla de otras condiciones potencialmente mortales. La falta de dolor abdominal es el diferenciador clave para la placenta previa frente a condiciones como el desprendimiento de placenta o la rotura uterina, que cursan con dolor intenso y contractilidad anormal.

Manifestaciones Clínicas

90

Sangrado Característico

Rojo brillante, súbito, recurrente e indoloro

- Comúnmente en tercer trimestre
- Primer episodio autolimitado
- Puede repetirse con mayor severidad

19

Características Uterinas

Útero blando y no doloroso a la palpación

- Ausencia de dolor abdominal
- Contracciones uterinas mínimas
- Tono uterino normal

Presentación Fetal

Presentaciones Anómalas

Transversa o de nalgas por obstrucción del segmento inferior

Palpación Dificultosa

Partes fetales elevadas y difíciles de palpar



Signos de Alarma

El sangrado puede iniciar de forma leve pero **progresivamente aumentar en intensidad y frecuencia**, requiriendo evaluación médica inmediata ante cualquier episodio hemorrágico.

1

Segundo Trimestre

Primeros episodios de sangrado leve

2

Tercer Trimestre

Manifestación clínica más frecuente y severa

3

Cerca del Término

Riesgo máximo de hemorragia masiva

Técnicas Quirúrgicas para el Manejo de Placenta Previa

El manejo quirúrgico de la placenta previa es una intervención crítica que busca salvaguardar la vida de la madre y el feto, particularmente en situaciones de hemorragia grave o como parte de un plan de parto programado. La estrategia se centra en el control efectivo del sangrado, la extracción segura del feto y, cuando sea factible, la preservación de la función uterina para futuros embarazos.

Abordajes Quirúrgicos y Consideraciones

La cesárea es el procedimiento estándar para la finalización del embarazo en presencia de placenta previa. La elección de la incisión uterina es crucial para minimizar la pérdida de sangre.

Incisión Transversal Baja

Preferida cuando el borde placentario está claramente alejado del segmento uterino inferior, ofreciendo una menor morbilidad.

Incisión Uterina Clásica (Vertical)

Se considera en casos de placenta previa anterior o cuando hay sospecha de acretismo, permitiendo un acceso más amplio y eludir el lecho placentario para reducir el sangrado.

Técnicas de Hemostasia Avanzada

El control del sangrado posparto es un desafío clave. Se implementan diversas técnicas, a menudo de forma combinada, para lograr la hemostasia efectiva y evitar una histerectomía.

01
Suturas Compresivas

Técnicas como la sutura B-Lynch o las suturas de compresión uterina modificadas para reducir el flujo sanguíneo.

02
Balón de Bakri

Inserción de un balón intrauterino para aplicar presión directa sobre el sitio de sangrado, una medida conservadora y eficaz.

03
Ligadura Arterial

Ligadura de las arterias uterinas y/o hipogástricas para disminuir el suministro de sangre al útero en casos de hemorragia incontrolable.

Manejo de Placenta Ácreta Asociada

La presencia concomitante de placenta accreta es una complicación grave que requiere una planificación preoperatoria meticulosa y un equipo multidisciplinario. El abordaje puede variar desde la preservación uterina con la placenta *in situ* hasta la histerectomía total.



La decisión sobre la histerectomía versus la preservación uterina se basa en la extensión del acretismo, la estabilidad hemodinámica de la paciente y el deseo de paridad futura.

Diagnóstico y Manejo Clínico

Métodos Diagnósticos

Ecografía Transvaginal

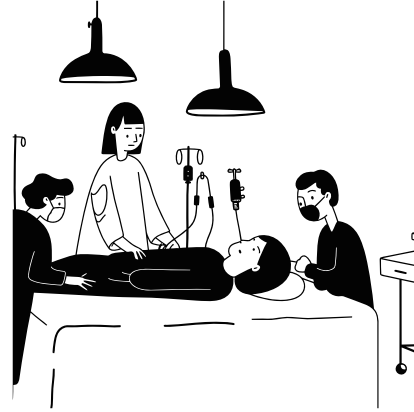
Método de elección - Precisa y segura

- Mide distancia entre borde placentario y OCI
- Segura incluso con sangrado activo
- Mayor sensibilidad diagnóstica

Ecografía Transabdominal

Menos sensible, puede subestimar cercanía al OCI

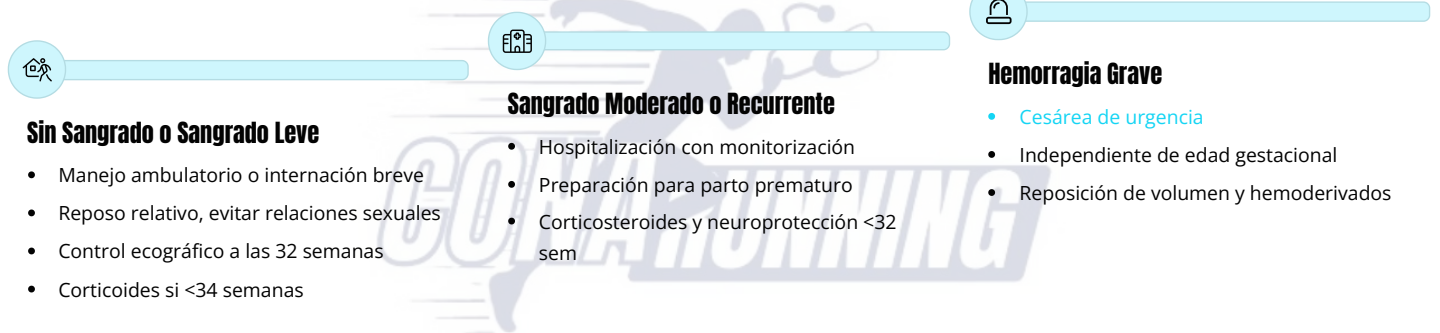
- Útil como screening inicial
- Limitaciones en casos borderline



✗ Tacto Vaginal

CONTRAINDICADO hasta excluir placenta previa por ecografía. Si es necesario, realizarlo en quirófano preparado para cesárea.

Conducta Según Presentación Clínica



Vía del Parto

Cesárea Preferida

Si placenta cubre parcial o totalmente el OCI

Cesárea Planificada

Entre las 36-37 semanas si paciente estable

Parto Vaginal Considerado Solo Si:

- Placenta ≥ 2 cm del OCI
- Sin sangrado activo
- Presentación cefálica
- Centro especializado disponible

Complicaciones



Seguimiento y Pronóstico a Largo Plazo de Placenta Previa

Una vez resuelto el episodio agudo de placenta previa, el seguimiento a largo plazo es esencial para la recuperación materna y la planificación de futuros embarazos. Este proceso implica una evaluación exhaustiva de los riesgos de recurrencia, el impacto potencial en la fertilidad y una consejería reproductiva informada para guiar a las pacientes en sus decisiones futuras.

Riesgo de Recurrencia y Factores Pronósticos

La placenta previa en un embarazo previo es el factor de riesgo más significativo para su recurrencia en gestaciones futuras. Aproximadamente, el riesgo de volver a experimentar esta condición se sitúa entre el 4% y el 8%. Otros factores que aumentan este riesgo incluyen antecedentes de múltiples cesáreas, multiparidad, abortos previos y procedimientos quirúrgicos uterinos.



Riesgo de Recurrencia

Incremento de 4-8% en embarazos posteriores tras un episodio previo.



Factores de Riesgo

Cesáreas previas, multiparidad, abortos inducidos, cirugía uterina.



Tipo de Placenta

La placenta previa total tiene un riesgo ligeramente mayor de recurrencia que la marginal.

Impacto en la Fertilidad y Consejería

Generalmente, la placenta previa no afecta directamente la fertilidad futura de una mujer. Sin embargo, las complicaciones asociadas, como hemorragias graves o la necesidad de una histerectomía periparto en casos extremos de acretismo, pueden tener un impacto indirecto. La consejería reproductiva es fundamental para discutir estos aspectos y planificar los embarazos subsecuentes de manera segura.



Fertilidad

La placenta previa **no compromete la capacidad de concebir** en el futuro.



Consejería Reproductiva

Informar sobre riesgos, vigilancia y opciones de parto para futuras gestaciones.

Recomendaciones para Embarazos Subsecuentes

01

Atención Prenatal Temprana

Iniciar controles médicos desde el inicio del embarazo para una monitorización estrecha.

03

Planificación del Parto

Considerar un parto programado por cesárea si la placenta previa persiste, generalmente entre las 36-37 semanas.

02

Ecografías Seriadas

Realizar controles ecográficos regulares para evaluar la localización placentaria y su posible migración.

04

Detección de Acretismo

Vigilar activamente signos de placenta acreta, especialmente con antecedentes de cesáreas previas.

Un manejo proactivo y una comunicación abierta con el equipo médico son clave para optimizar los resultados en embarazos posteriores a un diagnóstico de placenta previa.