

Placenta previa

Bibliografía: Williams Obstetricia, 26.^a edición

Definición

La **placenta previa** es la implantación placentaria en el **segmento uterino inferior**, de modo que **cubre total o parcialmente el orificio cervical interno**, o se **encuentra muy próxima** a él.

Epidemiología y datos duros que se preguntan

- Es una causa importante de **hemorragia del tercer trimestre**.
- La frecuencia aumenta con el **número de cesáreas previas**.
- Se asocia a mayor riesgo de:
 - **Hemorragia materna.**
 - **Parto por cesárea.**
 - **Prematuridad.**

(En examen se prioriza la **relación con cesárea previa** y con **hemorragia recurrente en el tercer trimestre**, más que cifras exactas.)

Etiología y fisiopatología esencial

Implantación baja

Ocurre por **implantación baja del blastocisto**.

Segmento inferior

El segmento uterino inferior **no se contrae bien** → mayor tendencia al sangrado.

Cicatrices uterinas

La formación de cicatrices uterinas favorece la **implantación anómala**.

Concepto clave:

A medida que avanza el embarazo y el cuello se modifica, la placenta inserta baja **puede sangrar sin dolor**.

Factores de riesgo más evaluados

Cesárea previa (el más relevante)

Placenta previa

Multiparidad

Embarazo múltiple

Cirugías uterinas previas

Edad materna avanzada

Tabaquismo

Clasificación

Total

La placenta cubre completamente el orificio cervical interno

Parcial

Cubre parcialmente el orificio cervical interno

Marginal

Llega hasta el borde del orificio, sin cubrirlo

Baja inserción

Placenta implantada en segmento inferior, muy próxima al orificio

La clasificación anatómica es muy importante.

Clínica típica

Sangrado característico

Sangrado vaginal rojo, súbito, indoloro, en tercer trimestre.

Patrón recurrente

Sangrado **recurrente** e impredecible.

Examen físico

Útero blando, no doloroso.

Estado fetal

Frecuencia fetal generalmente **normal** al inicio.

Casos clásicos:

- "**Gestante de 32-34 semanas, sangrado rojo e indoloro, sin contracciones**" → pensar en placenta previa.
- "**Antecedente de varias cesáreas + sangrado en tercer trimestre**" → alta sospecha.

Diagnóstico

Clínico

- Historia típica + sangrado del tercer trimestre.
- **Prohibido tacto vaginal digital** hasta descartar placenta previa.

Estudios

- **Ecografía**: método de elección para localizar la placenta.
 - Preferir **transvaginal** cuando se necesita precisión (más exacta y segura).
- Valoración del bienestar fetal según el caso.

Tratamiento de elección (según escenarios)

La conducta depende de **sangrado, edad gestacional y estabilidad materno-fetal**.

Conducta general

- Hospitalización inicial y vigilancia.
- Reposo relativo.
- Preparar hemoderivados si sangrado.

Resolución del parto

- **Cesárea:** vía de elección cuando la placenta **cubre** o es claramente **obstructiva**.
- En casos seleccionados y sin sangrado significativo, placenta de **baja inserción** podría permitir parto vaginal, según evaluación cuidadosa.

Hemorragia activa

- Estabilización materna.
- Si el sangrado es **severo o persistente**, o existe inestabilidad: **terminar el embarazo**, usualmente por cesárea.

Complicaciones importantes

Hemorragia masiva

Hemorragia masiva.

Shock y transfusión

Shock y necesidad de transfusión.

Placenta acreta

Placenta acreta (riesgo mayor con cicatrices).

Prematuridad

Parto pretérmino.

Histerectomía

Histerectomía periparto (en casos graves).

Tabla de memorización rápida

Sangrado del tercer trimestre: pistas para diferenciar

Dolor	No	Sí, frecuente
Útero	Blando	Duro / hipertonia
Sangrado	Rojo, recurrente	Oscuro, variable
Feto	Suele estar bien al inicio	Puede haber compromiso

Trampas y conceptos clave

- Sangrado indoloro = pensar primero en placenta previa.
- No realizar tacto vaginal hasta excluir placenta previa por ecografía.
- Cesáreas previas → aumentan riesgo de placenta previa y accreta.
- La conducta se decide por sangrado y estabilidad, no solo por la clasificación.
- Placenta previa total o claramente obstructiva → cesárea.