



Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Oscanoa, Aníbal

Placenta previa. Instituto Especializado Materno Perinatal

Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 51, núm. 4, octubre-diciembre, 2005, pp. 219-224

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428178007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

 redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

PLACENTA PREVIA.

INSTITUTO ESPECIALIZADO MATERNO PERINATAL

Aníbal Oscanoa

RESUMEN

OBJETIVO. Identificar las características clínicas y epidemiológicas de las gestantes que presentan placenta previa (PP). **DISEÑO.** Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. **LUGAR.** Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP), Departamento de Obstetricia. **MATERIALES Y MÉTODOS.** Se presentaron 59 casos de PP comprobados por ecografía y cesárea. **RESULTADOS.** Tasas: incidencia acumulada 0,63% y letalidad fetal 3,39%; 44% fue PP central total y 33,9% marginal; el grupo etario más afectado fue el de 20 a 35 años con 69,8% de casos; 69,5% tuvo control prenatal; 79,7% fue multípara; 52,5% culminó su gestación a término y 42,4% entre las 29 y 36 semanas. Entre las características clínicas, 72,9% inició sangrado en forma espontánea, 25% sangró en forma abundante y 52,5% sin dolor. El riesgo de desarrollar placenta previa en mujeres de más de 34 años fue $OR = 2,03$ y en cesareadas previas $OR = 3,31$. El 100% de casos terminó con cesárea segmentaria y en 5 de ellos, además histerectomía. La infección urinaria y la anemia fueron las complicaciones más frecuentes antes y después del parto operatorio. **CONCLUSIONES.** Se encontró que los factores etiológicos mayormente asociados fueron antecedente de legrado uterino (40,7%), cesárea previa (33,9%) y gestante adulta (28,8%); representaron frecuencias altas comparadas a las encontradas en la literatura; se explicaría por la mayor frecuencia de estos antecedentes en nuestras gestantes y el volumen que atendemos.

PALABRA CLAVE: Placenta previa; Gestación; Complicaciones; Cesáreas.

Rev Per Ginecol Obstet 2005; 51:219-224

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify both the clinical and epidemiological features of pregnancies with placenta previa (PP). **DESIGN:** Descriptive, prospective and transversal study. **SETTING:** Maternal and Perinatal Specialized Institute, Obstetrics Department, teaching hospital. **MATERIALS AND METHODS:** Fifty nine cases of placenta previa verified by ultrasound and surgery. **RESULTS:** Incidence 0,63%; fetal deaths 3,39%; 44% were occlusive central PP; in 69,8% the affected group was 20 to 35 year-old; 69,5% had prenatal control; 79,7% were in multi-parae G2-G6; 52,5% ended pregnancy between 37 and 41 weeks gestation. Clinical features were: 72,9% started bleeding spontaneously, in 25% it was abundant, pain was not

present in 52,6%. The overall risk of developing placenta previa in women over 34 year-old was $OR = 2,03$ and with previous caesarean $OR = 3,31$. In all cases segmental caesarean section was performed and 5 had also hysterectomy. Urinary tract infection and anaemia were the most frequent complications before and after the operative delivery. **CONCLUSIONS:** The obstetrical etiologic factors most frequently associated to PP were previous dilatation and curettage (40,7%), previous caesarean section (33,9%) and pregnancy in older women (28,8%). The frequency found is much higher compared to that reported in the literature, probably due to our epidemiological condition and our management of pregnancies.

KEYWORDS: Placenta previa, Gestation, Complications, Cesarean section.

Rev Per Ginecol Obstet 2005; 51:219-224

Ginecobstetra Asistente del Servicio ARO 'B' del IEMP
Docente de la Facultad de Medicina San Fernando, UNMSM, Departamento Académico de
Obstetricia y Ginecología



INTRODUCCIÓN

La hemorragia anteparto es una grave complicación obstétrica que potencialmente amenaza la vida del binomio madre-niño y que pone a prueba las mejores unidades obstétricas para lograr su solución. En el Perú, la hemorragia anteparto, junto con la hemorragia posparto, representa la primera causa de muerte materna a nivel nacional, y en el 2003 representó el 42,86% de todos los decesos⁽¹⁾.

En EE UU, Bonar⁽²⁾, analizó 4 915 muertes maternas, sin considerar los abortos, y encontró que la hemorragia de causa obstétrica era la causa directa de la muerte en alrededor del 30% de esta mortalidad.

La placenta previa causante de hemorragia anteparto ocasiona, según ENDES 2000, el 3,3% de todas las muertes maternas en el Perú y, aunque es difícil determinar las causas exactas, puede causar seria morbilidad tanto en la madre como en el feto. La incidencia de placenta previa en EE UU va de 0,2% a 0,5% de los partos^(3,4). En el Parkland Hospital, en más de 169 000 partos durante 12 años, la incidencia fue 0,26 (1 en 390)⁽⁵⁾. En nuestro medio, se señala una frecuencia de 0,5% en gestaciones de 40 semanas⁽⁵⁾.

La placenta previa (PP) se define como aquella placenta que está localizada por encima o cerca del orificio interno del cérvix. Esta entidad se produce cuando el embrión se implanta en la parte más baja del útero⁽⁶⁾.

La etiología de la PP es desconocida y su condición puede ser multifactorial. Constituyen grupos de riesgo la multiparidad, edad avanzada, gestación múltiple, tumores uterinos, periodos internatales cortos, placentosis, cicatrices uterinas e historia de abortos previos y posiblemente fumadoras^(4,6).

La mortalidad materna por PP es aproximadamente 0,03%⁽⁴⁾.

El presente estudio pretende dar a conocer las características clínicas de la PP de las gestantes con esta patología y que acuden al Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP), así como la morbilidad materna fetal en los 6 meses de estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal que se realizó en el IEMP, en el periodo de setiembre 2004 a febrero 2005. El universo fue todas las gestantes que acudieron al IEMP para ser atendidas por sangrado vaginal por PP. Se revisó la historia clínica materna y perinatal del Instituto los libros de los registros de ingreso de las pacientes al servicio de emergencia, central obstétrica y sala de operaciones y la información almacenada en la oficina de Archivo y Estadística del IEMP.

Para el análisis de datos se usó fórmulas para hallar las tasas descritas^(7,8) y la desviación estándar. Se procesó los datos según la frecuencia de presentación y en forma indirecta los riesgos relativos de las gestantes mayores de 34 años y de los antecedentes de cesárea.

Tabla 1. Características clínicas y epidemiológicas y antecedentes obstétricos de 59 pacientes con placenta previa

	N	%
• Estado civil		
- Conviviente	40	67,8
- Casada	13	22,0
- Soltera	6	10,2
• Grado de instrucción		
- Secundaria	40	67,8
- Primaria	10	16,9
- Superior	8	13,6
- Illetrada	1	1,7
• Ocupación		
- Ama de casa	37	62,7
- Comerciante	10	16,9
- Profesional	7	11,9
- Empleada del hogar	5	8,5
• Grupo etario (años)		
- Menor de 20	2	3,4
- De 20 a 35	40	69,8
- Mayor de 35	17	28,8
• Control prenatal		
- Sí	41	69,5
- No	5	25,4
- 3 a 4	3	5,1
• Paridad		
- G1	6	10,2
- G2-G6	47	79,7
- Mayor de G6	6	10,1
• Edad gestacional (semanas)		
- De 22 a 28	3	5,1
- De 29 a 36	25	42,4
- De 37 a 41	31	52,5
- Mayor de 41	0	0,0



RESULTADOS

En el periodo de estudio, el IEPM brindó atención a 9346 partos, de los cuales 3481 (37,2%) fueron por cesárea. Se presentaron 59 casos de PP, con incidencia acumulada 0,63%; hubo dos fetos muertos intraútero, con tasa de letalidad fetal 3,39%.

La PP central total fue la más frecuente (26 casos; 44%), seguida de la marginal (20; 33,9%), de implantación baja (9; 15,3%) y parcial (4; 6,8%).

En relación a las características epidemiológicas de las madres con PP, el 67,8% fue conviviente; el 67,8%, con estudios de secundaria y 62,5 %, ama de casa. Entre los antecedentes obstétricos, el 69,8% correspondió al grupo etario de 20 a 35 años y el 28,8% fueañosa; el 69,5% tuvo control prenatal; el 79,7%, multípara G2 a G6 y el 52,5% culminó la gestación entre las 37 y 41 semanas (Tabla 1). En 6 meses se atendió 1804 mayores de 35 años, de las cuales 17 presentaron placenta previa, lo que representó una frecuen-

Tabla 3. Peso de los 59 recién nacidos de madres con placenta previa

Peso (gramos)	N	%
• 501 a 1500	4	6,8
• 1 501 a 2 500	11	18,6
• 2 501 a 3 500	36	61,0
• Mayor de 3 500	8	13,6
Promedio: 3 140 g; DE: ± 960 g		

cia de 1 entre 105 añosas; así mismo, se atendió 1600 adolescentes, 2 de ellas con PP, es decir, un caso entre 800 menores de 20 años.

De los 59 casos de PP, 40,7% (24 casos) se asoció con antecedente de legrado uterino, 33,9% (20 casos) con cesárea previa, 28,8% (17 casos) fueañosa, gran multípara 10,2% (6 casos) y miomatosis uterina en 6,8% (4 casos). De las 3 481 cesáreas realizadas en el periodo, 428 fueron por cesareada anterior y de ellas 20 tuvieron PP, es decir, una de cada 21,4.

El sangrado de la PP en el 72,9% (43 casos) se inició en forma espontánea; el 52,1% (25) sangró en poca cantidad; el 47,9% (23) presentó sangrado abundante; el 52,5% (31) no presentó dolor.

Los 59 casos fueron solucionados mediante cesárea segmentaria y 5 (8,5%) terminaron en histerectomía.

De las complicaciones durante la gestación, la infección urinaria fue la más común (22 casos, 37,3%), seguida de la anemia (21 casos, 36,6%) (Tabla 2). En relación a la morbilidad poscesárea, 71,2% presentó anemia y 23,8% se complicó con infección urinaria; 11 pacientes fueron transfundidas (Tabla 2).

Sólo 4 casos (6,8%) de los recién nacidos tuvo pesos entre 501 y 1 500 gramos (Tabla 3) y 8,5% tuvo puntaje de Ápgar menor de 3 al minuto y 91,5% puntaje mayor de 7 a los 5 minutos (Tabla 4).

Tabla 2. Patologías asociadas a placenta previa durante la gestación, parto y poscesárea.

	N	%
• Durante la gestación y/o parto		
– Infección urinaria en la gestación	22	37,3
– Anemia en la gestación	21	36,6
– Circular simple de cordón	14	23,7
– Situación transversa	13	22,0
– Presentación podálica	7	11,9
– Desprendimiento prematuro de placenta	6	10,2
– Acretismo placentario	4	6,8
– Preeclampsia severa	4	6,8
– Miomatosis uterina	4	6,8
– Rotura prematura de membranas prolongada	3	5,1
– Oligohidramnios	3	5,1
– Sufrimiento fetal agudo	3	5,1
• Morbilidad poscesárea y número de transfusiones		
– Anemia	42	71,2
– Leve	17	
– Moderada	10	
– Severa	15	
– Infección vía urinaria	14	23,8
– Coagulación intravascular diseminada	4	6,8
– Estado shock	4	6,8
– Infección de la herida operatoria	3	5,1
– Transfusiones	11	18,6
– 9 a 13 unidades	3	
– 1 a 3 unidades	8	

Tabla 4. Ápgar de los 59 recién nacidos de madres con placenta previa

Ápgar	Al 1'		A los 5'	
	N	%	N	%
• 0 a 2	3,4	2	3,4	
• 1 a 3	5	8,5	2	3,4
• 4 a 6	4	6,8	1	1,7
• Mayor o igual a 7	48	81,3	54	91,5



Tabla 5. Riesgos relativos

Edad (años)	Gestantes con placenta previa	Total de gestantes que acudieron al IEMP*	OR (IC 95%)
• ≥ 35	17	1 556	2,03
• < 35	42	7 790	(1,11-3,68)
• Total	59	9 346	

Chi² = 6,23

p = 0,012

* Datos del Departamento de Estadística del IEMP.

Cesareada anterior	Gestantes con placenta previa	Total de cesareadas en el IEMP*	OR (IC 95%)
• Sí	20	428	3,31
• No	39	2 762	(1,84-5,90)
• Total	59	3 190	

Chi² = 20,44

p < 0,0001

* Datos del Departamento de Estadística del IEMP.

Los dos óbitos habidos fueron de 28 y 38 semanas, de 1330 g y 3250 g, respectivamente.

Teniendo en cuenta los partos eutópicos y cesáreas habidas en los 6 meses de estudio, así como el total de madres añosas y de aquellas cuya indicación de cesárea fue cesareada anterior, se calculó en forma indirecta sus riesgos relativos (Tabla 5).

DISCUSIÓN

En el periodo de estudio, el IEMP brindó atención a 9 346 partos, cifra superior al de otros hospitales en el Perú⁽⁹⁾, pues tradicionalmente somos una maternidad de partos y el principal centro de referencia de gestantes de riesgo alto a nivel nacional; se recepciona todo tipo de complicación obstétrica, pues contamos con mayor disponibilidad de recursos para su solución.

La incidencia de PP hallada 0,63% se encuentra dentro de lo publicado tanto en el extranjero (0,73%)^(10,11) como a nivel nacional (0,5%)⁽⁶⁾. La tasa de letalidad fetal de 3,39% es comparable con otros estudios efectuados en países en desarrollo⁽¹¹⁾.

Martín Pernoll⁽¹⁰⁾ refiere que sólo 20% de las placas previas son totales; nosotros hallamos 44% de ese tipo al considerar la misma definición: toda obturación completa del orificio cervical interno por la placenta. Probablemente, el alto porcentaje de partos pretérmino y la mayor frecuencia de

otros factores etiológicos en nuestra Institución explicarían esta diferencia.

Según ENDES 2000, la mayoría de las gestantes es conviviente y tiene educación secundaria, lo cual coincide con nuestros hallazgos, esto en Lima Metropolitana, lo que es diferente al interior del país. Así mismo, de nuestros casos, 37,3 % trabaja y contribuye a la economía del hogar. En relación al grupo etario, coincidimos con otros estudios, mayor placenta previa entre las edades 20 y 35 años, donde los riesgos reproductivos son más evidentes, sin embargo, edades ideales para la concepción y reproducción de las parejas^(4,11).

El control prenatal en nuestros casos ha sido óptimo, pues 69,5% tuvo más de 5 visitas durante su embarazo, lo que coincide con las ENDES 2000 y 2004⁽¹²⁾, donde se destaca mayores controles principalmente en áreas urbanas y más en aquellas con estudios secundarios y superior. Así, apreciamos que las gestantes toman conciencia de lo que significa una complicación del embarazo, incluyendo el riesgo de sangrar, por lo que asumen el cuidado necesario.

En relación a la paridad, los hallazgos son similares a otros estudios, pues hay mayor placenta previa en multíparas con más de 5 partos^(4,5). Y en cuanto a la edad gestacional, se señala la prematuridad hasta en 47%^(10,13), lo cual coincide con este estudio, pues llegamos al 47,5% de partos menores a 36 semanas.

Todas las publicaciones señalan factores etiológicos obstétricos que se relacionan con el origen de la placenta previa, tales como la avanzada edad materna, en quienes la frecuencia es 1 x 100, comparado con menores de 19 años = 1 x 1500⁽⁵⁾. Nuestras cifras son similares, en añosas 1 en 105 y en adolescentes 1 en 800 embarazos. Por otro lado, de nuestros casos, 28,8% fue mayor de 35 años, cifra bastante alta, que confirma que la avanzada edad aumenta el riesgo de placenta previa.

Se postula que una implantación anormal de la placenta puede ser condicionada por una lesión del endometrio o del miometrio, lo cual produciría cambios en la irrigación del área placentaria por procesos de cicatrización, inflamatorios o atróficos, alterando así el grosor y calidad del endometrio. Así mismo, por los cambios en la forma y con-



torno de la cavidad uterina. Estos factores se dan en casos de pacientes que fueron sometidas a cesáreas, legrados uterinos, histerotomías, miomectomías y grandes multíparas^(5,14,15). La relación con la gran multiparidad se reporta hasta en 5%^(4,10); nosotros hallamos 10,1%; obviamente, el riesgo es mayor en ellas.

Se señala que la cesárea previa es factor asociado a placenta previa, entre 1,5%⁽⁵⁾ y 15%⁽¹¹⁾. En nuestra institución se da 1 placenta previa por cada 21,4 cesareadas previas, es decir, 4,67%. Así mismo, se ha observado que la incidencia aumenta conforme aumenta el número de cesáreas previas. Por otro lado, del total de nuestros casos, 33,9% tenía antecedente de cesárea anterior y constituyó la segunda causa asociada a placenta previa.

Se halla placenta previa entre 5%⁽¹⁰⁾ y 30%⁽¹¹⁾ en aquellas madres que tuvieron al menos un legrado por aborto incompleto; nosotros hallamos 40,7%, porcentaje bastante alto, que tiene que ver con la cantidad elevada de abortos que atendemos en nuestra institución, 3711 en 6 meses. Así, el antecedente de aborto es el primer factor asociado a placenta previa y las alteraciones endometriales o miometriales descritas explicarían tal relación.

También hallamos en 6,8% asociación con miomatosis uterina; ello altera la cavidad uterina, lo que originaría una forma anormal de placentación.

En relación a las características clínicas del sangrado en nuestras gestantes con placenta previa: el inicio fue espontáneo en 72,9%; el sangrado fue escaso en la mayoría, 52,1 %, y no hubo dolor concomitante en 52,5%; estos hallazgos son similares a los que refiere la literatura^(4,5,10). En este estudio, un tercio de las que sangraron terminó la gestación en el primer episodio. Por otro lado, el inicio del sangrado por placenta previa es consecuencia de la formación del segmento uterino inferior y ocurre en promedio entre las 27 y 32 semanas^(5,10,11), lo que concuerda con que el 94,9% de nuestros casos inició el sangrado después de la semana 28.

En el IEMP se tiene como norma terminar la gestación en aquellas con placenta previa que presentan sangrado importante; no ha habido partos vaginales, sino 100% de cesáreas y en 5 casos cesárea

histerectomía, por acretismo placentario. Por otro lado, las placenta previas diagnosticadas y evaluadas son programadas para cesárea electiva. Así mismo, el tiempo que transcurre desde la llegada a emergencia de una gestante con placenta previa hasta su cesárea es menor a las 3 horas en aproximadamente 50% de los casos.

De todas las patologías asociadas a placenta previa durante la gestación, la infección urinaria es casi 4 veces mayor que en gestantes sin esa complicación y la anemia en nuestra población tiene una alta prevalencia, como lo señala ENDES 2000.

De la morbilidad poscesárea, la anemia es la más evidente y explicable, siendo severa en un tercio de ellas. Así mismo, la infección urinaria destaca, probablemente por el uso de catéter intravesical durante la cesárea. Y la más grave complicación, la coagulación intravascular, se presentó en 6,8% de casos, frecuencia baja, como lo señala Williams⁽⁵⁾.

Se transfundió sangre a 11 pacientes, tres de las cuales recibieron entre 9 y 13 unidades, con los riesgos que esto implica, pero que ayudó a reducir drásticamente la mortalidad materna y fetal.

El 74,6% de los pesos de los recién nacidos fue mayor de 2500 g; esto nos indica que la placenta previa no es factor de riesgo independiente para niños de peso bajo al nacer^(5,11). Y, con relación al Ápgar, vemos que nacen con asfixia severa al minuto, se recuperan a los 5 minutos y, en general, en ese tiempo el pronóstico es excelente para 91,5% de los recién nacidos, lo cual nos indica que la intervención fue en el momento indicado y que la participación del neonatólogo es inmediata.

Los riesgos relativos hallados de las variables, edad ≥ 35 años, OR = 2,03, y de cesárea previa, OR = 3,31, nos señalan que son factores de riesgo obstétrico importantes en el desarrollo de la placenta previa; así también lo señalan diversos autores, como Sheiner⁽¹⁶⁾, OR = 3,1 para edad mayor de 40 años y OR = 1,8 para una cesárea previa, y Tuzovic⁽¹⁷⁾, OR = 4 para edad mayor de 34 años ajustado a multiparidad y OR = 2,0 para cesárea previa. Estos hallazgos nos compromete a ratificarlos con otros diseños de estudio, lo cual tiene importancia desde el punto de vista de la prevención.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manuela Ramos. Campaña de salud Mortalidad Materna. DGSP-Minsa- Departamento estadístico: Perú. Encuesta demográfica y de salud familiar. 2000; Lima. INEI, 2001. http://www.manuela.org.pe/camsalud/mort_materna.htm.
2. Yyasu S, Saftlas Ak, Rowley DL, et al. The epidemiology of placenta previa in The United States. 1979 through 1987. *Am J Obstet Gynecol*. 1993;168:1424.
3. Ko P, Yoon Y. Placenta previa. 427.htm" http://www.emedicine.com/emerg/topic_427.htm
4. Cunningham G, Gant NF, y col. Hemorragia Obstétrica. Williams. Obstetricia 21^a edición. 2001:543-4.
5. Figueroa. Placenta previa. Universidad Peruana Cayetano Heredia. www.upch.edu.pe/famed
6. Pacheco J, Farro A, Elías G. Mortalidad materna. Experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Essalud. *Acta Med Per.* 1999;17(1):30-7.
7. Pernoll ML. Hemorragia del Tercer Trimestre. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico. Quinta edición. 1989: 429-34.
8. Khashoggi T, Arab Board. Maternal and neonatal outcome in major placenta previa. *Ann Saudi Med*. 1995;15(4).
9. ENDES 2000 y 2004. <http://www.inei.gob.pe.materna.htm>" http://www.minsa.gob.pe/efemerides/salud_materna/salud_materna.htm
10. Crane JMG, Van Den Hof MC, Dodds L, Armon A, Liston R. Neonatal outcomes with placenta previa. *Obstet Gynecol*. 1999;93:541.
11. Donayre A, Pacheco J. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo. En: Pacheco J. *Ginecología y Obstetricia*. Primera edición. 1999:1091-3.
12. Vargas JE. Alto riesgo obstétrico. [Http://escuela.med.puc.cl/páginas/Departamento/Obstetricia/AltoRiesgo/metrorraquia_2da_mitad.html](http://escuela.med.puc.cl/páginas/Departamento/Obstetricia/AltoRiesgo/metrorraquia_2da_mitad.html)
13. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, Hershkowitz R, Katz M, Mazor M. Placenta previa: Obstetric risk factors and pregnancy outcome. *J Matern Fetal Med*. 2001;10(6):414-9.
14. Tuzović L, et al. Obstetric risk factors associated with placenta previa development: Case-control study. *Croat Med J*. 2003; 44:728-33.