

# GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

## Guía de Referencia Rápida

### Diagnóstico y Tratamiento de las Anomalías en la inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales

# GPC

## Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-589-13

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



DIF  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
EQUILIBRADO DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**CIE-10: O44.0 Placenta Previa con especificación de que no hubo hemorragia  
O44.1 Placenta Previa con hemorragia**

**GPC**

**Diagnóstico y manejo de anomalías en la inserción placentaria y vasos sanguíneos  
fetales**

**ISBN en trámite**

### DEFINICIONES

**Anomalías en la inserción placentaria:** conjunto de anomalías ocasionadas por una inadecuada inserción o invasión placentaria y que se asocian con un incremento notable en la morbilidad y mortalidad para el binomio.

**Placenta previa (PP):** placenta que se inserta en el segmento uterino en el tercer trimestre de la gestación, y cubre o está próxima al orificio cervical interno.

**Acretismo placentario:** termino general para referirse una placenta adherente y que se produce cuando la decidua basal penetra dentro y a través del miometrio. De acuerdo al grado de invasión puede dividirse en acreta, increta y percreta.

**Vasa previa:** trayecto de vasos sanguíneos fetales sin la protección habitual de la placenta o del cordón umbilical a través de las membranas fetales, ya sea a nivel del OCI o por debajo de la parte fetal que se aboca a la pelvis

### FACTORES DE RIESGO

Toda mujer con el antecedente de cesárea exige al clínico una actitud de sospecha para excluir dos problemas: PP y acretismo placentario. El riesgo de PP en una paciente sin antecedente de cesárea es del 0.26%, en caso de una cesárea del 0.65%, dos cesáreas del 1.8%, 3 cesáreas del 3.0% y con cuatro o más del 10%. En embarazos con placenta normoinserta el riesgo de invasión del trofoblasto al miometrio es de 1 en 2500; sin embargo, en caso de placenta previa existe un incremento en las posibilidades a 1 en 10. Otros factores de riesgo asociados con invasión trofoblástica excedente son: presencia de cicatriz uterina, edad materna mayor a 35 años y el periodo intergenésico corto. Hasta en 30% de los casos, no se asocia a ninguna causa aparente. La PP se asocia con acretismo en el 5% de los casos sin cesárea, y hasta en el 40% cuando existe el antecedente de 3 cesáreas previas. En la mujer con antecedente de placenta previa, el riesgo de recidiva se multiplica por 5 o por 6. Otros factores asociados con PP son. Tabaquismo, edad materna mayor a 35 años, multiparidad y consumo de cocaína y anfetaminas.

### PREVENCIÓN PRIMARIA

Es necesario difundir lineamientos técnicos y Guías de Práctica Clínica entre el personal de salud relacionados con la atención perinatal, con el objetivo de realizar una cesárea cuando realmente exista una indicación para la misma. Una estrategia basada en disminuir el número de nacimientos mediante operación cesárea repercutirá favorablemente en la presentación del número de casos de anomalías en la inserción placentaria y sus complicaciones asociadas.

## DIAGNÓSTICO

La presentación clínica clásica de la placenta previa es hemorragia sin dolor (llamado sangrado silente) a final del segundo trimestre o inicio del tercero; sin embargo, algunas pacientes se presentan con hemorragia dolorosa, posiblemente a consecuencia de las contracciones uterinas o separación de la placenta. Aunque poco frecuente, algunas mujeres no experimentan hemorragia en ninguna etapa del embarazo. Una postura fetal anormal o la falta de una parte fetal que se aboque hacia el estrecho superior de la pelvis materna son condiciones en las que el clínico debe sospechar la posibilidad de que exista PP. Otro dato de sospecha es la presencia de sangrado transvaginal después del coito. No se recomienda un programa nacional de tamizaje para detectar placenta previa; sin embargo la evaluación ultrasonográfica del segundo trimestre debe incluir la localización del sitio de inserción placentaria. A pesar de que la ecografía transabdominal ha sido utilizada con frecuencia para la localizar el sitio de inserción de la placenta, está técnica carece de precisión para diagnosticar placenta previa. El ultrasonido endovaginal en embarazadas en las que existe sospecha de una implantación placentaria baja es una alternativa segura, y permite establecer con precisión la localización placentaria. El ultrasonografista tras realizar el estudio ecográfico mediante abordaje vaginal debería reportar la relación que existe entre el borde placentario y el orificio cervical interno (OCI). **Figura 1** La propuesta de para el diagnóstico de anomalías de la inserción placentaria se muestra en el **Algoritmo 1**. Las mujeres con el antecedente de cesárea y en quienes se identifica una placenta previa o una placenta con inserción sobre la cicatriz anterior a las 32 semanas de gestación, presentan un aumento en el riesgo para acretismo placentario, el diagnóstico pre-parto de acretismo, se asocia con disminución en la morbilidad secundaria a hemorragia materna. El hallazgo ultrasonográfico más importante para predecir acretismo placentario es la presencia de lagunas ecolúcidas grandes dentro de la placenta y a nivel de la región que se inserta sobre la cicatriz previa. La imposibilidad de observar la zona de interfase mediante una ecografía, no es un signo confiable, ya que se presenta en casos en los cuales la placenta no es adherente.

## MANEJO

El personal de salud debe otorgar una consejería a la paciente tras el diagnóstico de PP. La información debe incluir aspectos sobre el riesgo de parto pretérmino y hemorragia obstétrica. Además, se debería establecer una estrategia de manejo individualizado y acorde a las características de cada caso. El desenlace clínico para el binomio en casos con PP es extremadamente variable y no puede ser anticipado con certeza mediante las distintas variables prenatales que suelen evaluarse. Toda paciente que presente sangrado transvaginal (en cualquier cantidad) y cuente con el diagnóstico de PP debería ser manejada de forma intrahospitalaria para realizar una vigilancia estrecha del binomio y contar con componentes sanguíneos compatibles y disponibles, en caso de ser requeridos. No existe suficiente evidencia para determinar el sitio óptimo de manejo de la gestante con PP. La opinión internacional coincide en recomendar que todas las mujeres con PP y en riesgo de hemorragia anteparto, debieran ser motivadas a permanecer en un lugar cercano al sitio en el cual se otorgará la atención del nacimiento. Este confinamiento debería abarcar toda la duración del tercer trimestre. El uso de medicamentos tocolíticos para el manejo de sangrado en PP podría ser de utilidad en casos seleccionados de acuerdo a la presencia de actividad uterina. Dentro de la vigilancia del binomio en casos con diagnóstico de PP, se debería incluir la monitorización de la hemoglobina, manteniéndola por valores arriba de 11 mg/dL y pruebas de vigilancia fetal (registro cardiotocográfico) al menos una vez por semana. No se ha demostrado que el uso profiláctico de terbutalina para prevenir episodios de sangrado en embarazos con PP sea de utilidad o beneficio para el binomio. Se recomienda iniciar todas aquellas medidas en la paciente hospitalizada con PP que mejoren la circulación de sangre en extremidades, entre las que destacan: promover la movilización, vigilar el estado de hidratación y el uso de medias compresivas. Antes del nacimiento, a todas las mujeres portadoras de placenta previa y a sus parejas, se les debería informar acerca del modo de nacimiento, indicaciones para transfusión de componentes sanguíneos y de histerectomía, además de

cualquier aspecto relacionado con el manejo del padecimiento. Todas las dudas, consentimientos y rechazos al manejo deberían ser manejados por el personal de salud de forma asertiva; este proceso debería estar documentado claramente en el Expediente clínico. La distancia que existe entre el borde inferior de la placenta y el orificio cervical interno es de utilidad para planear la vía de nacimiento. La propuesta para el manejo de la PP y sospecha de acretismo se describe en el **algoritmo 2**. Dado que se reconoce la severa morbilidad y mortalidad asociada con placenta previa y acreta, para el manejo de estos padecimientos, un grupo de trabajo experto considera como estándares de buena práctica y sin lugar a la controversia la presencia de los seis siguientes aspectos:

1. El Obstetra responsable del servicio planea y supervisa directamente al equipo que interviene en el nacimiento.
2. El Anestesiólogo responsable del servicio planea y supervisa directamente al equipo que interviene en el proceso anestésico durante la finalización del embarazo.
3. Se encuentran disponibles sangre y productos sanguíneos compatibles con la paciente.
4. Participación de un equipo multidisciplinario en el diseño del plan para la finalización del embarazo.
5. Discusión y obtención de consentimientos de procedimientos posibles a realizar (histerectomía, dejar la placenta en el útero, radiología intervencionista, etc.)
6. Cama disponible en la Unidad de Terapia Intensiva en el momento de la finalización del embarazo.

El cirujano responsable de realizar el procedimiento quirúrgico debe conocer con precisión el sitio de la inserción placentaria para planear cada uno de los pasos que va a realizar durante la intervención. La acción de no forzar el alumbramiento puede asociarse con una menor morbilidad para la mujer. Para los casos en los cuales exista sospecha de acretismo placentario, el cirujano debería considerar realizar la incisión uterina en un sitio distante a la placenta y que al mismo tiempo permita la extracción del feto. Esta acción permitirá realizar una histerectomía electiva u optar por un manejo conservador en caso de confirmarse el diagnóstico. Una incisión directa sobre la placenta para la extracción del feto se asocia con mayor sangrado y una mayor probabilidad de realizar una histerectomía. La hemorragia asociada al acretismo placentario debe ser manejada por los cirujanos que cuenten con la mayor experiencia. Se debería motivar a todo el personal médico para que en situaciones de hemorragia obstétrica se solicite apoyo inmediatamente.

## VASA PREVIA

En la etapa prenatal, en ausencia de sangrado transvaginal no existe ningún método clínico para realizar el diagnóstico de vasa previa. La ruptura de vasos sanguíneos fetales en caso de existir vasa previa, se asocia a una alta velocidad a la cual puede ocurrir la hemorragia fetal y por lo tanto presentar alteraciones hemodinámicas súbitas. En presencia de sangrado transvaginal especialmente asociado con la ruptura de membranas y compromiso del bienestar fetal, el nacimiento deberá de ser expedito y no esperar a realizar el diagnóstico de vasa previa. El diagnóstico prenatal de vasa previa puede realizarse con precisión mediante la utilización de ultrasonido Doppler color y mediante el abordaje vaginal ante la visualización de vasos sanguíneos que cruzan inmediatamente por encima del orificio cervical interno. De confirmarse el diagnóstico al término del embarazo se recomienda programar lo antes posible una cesárea para evitar el sangrado fetal transvaginal que se presenta por la ruptura de los vasos sanguíneos durante el trabajo de parto. La propuesta para el diagnóstico y manejo de vasa previa se muestra en el **algoritmo 3**.

## REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

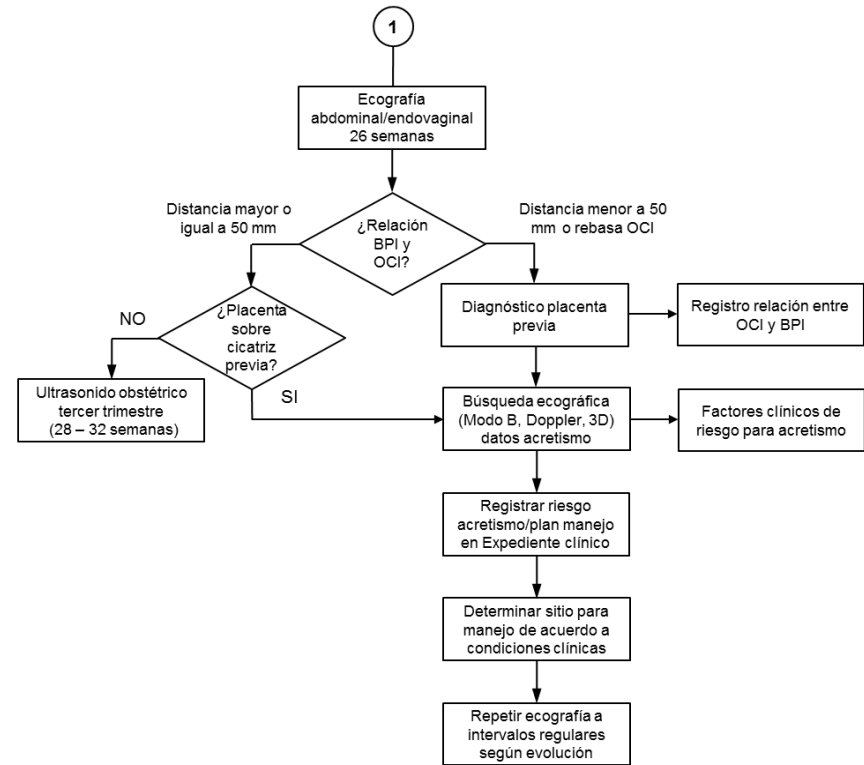
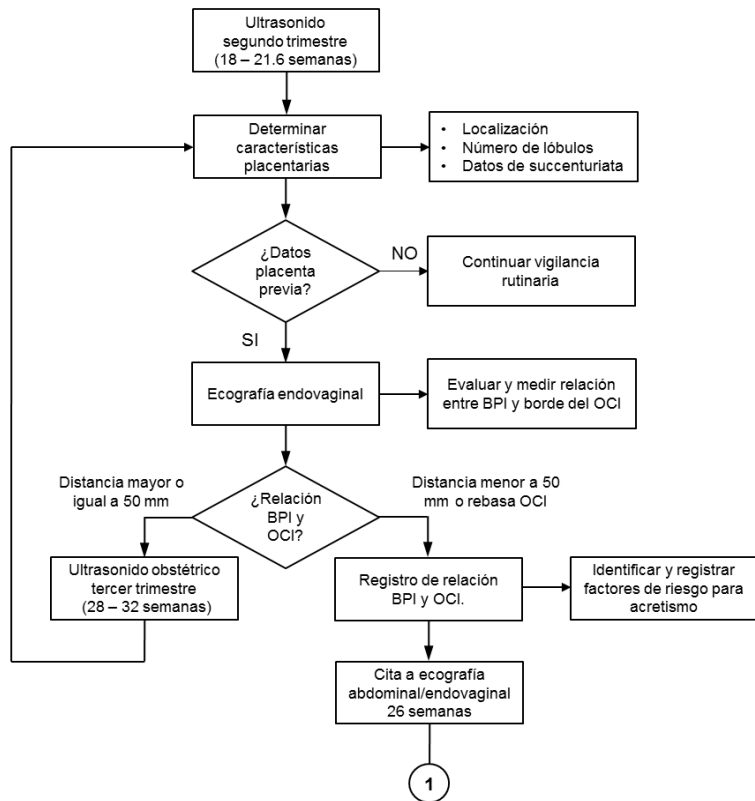
Se recomienda referir al segundo nivel de atención a toda paciente que presente factores de riesgo o en la que exista una sospecha de anomalías en la inserción placentaria o de vasos sanguíneos fetales; en caso de confirmación del diagnóstico, se debería considerar su envío al Tercer Nivel, sobre todo si la unidad no cuenta

con un equipo multidisciplinario completo para la atención de la madre y del recién nacido.

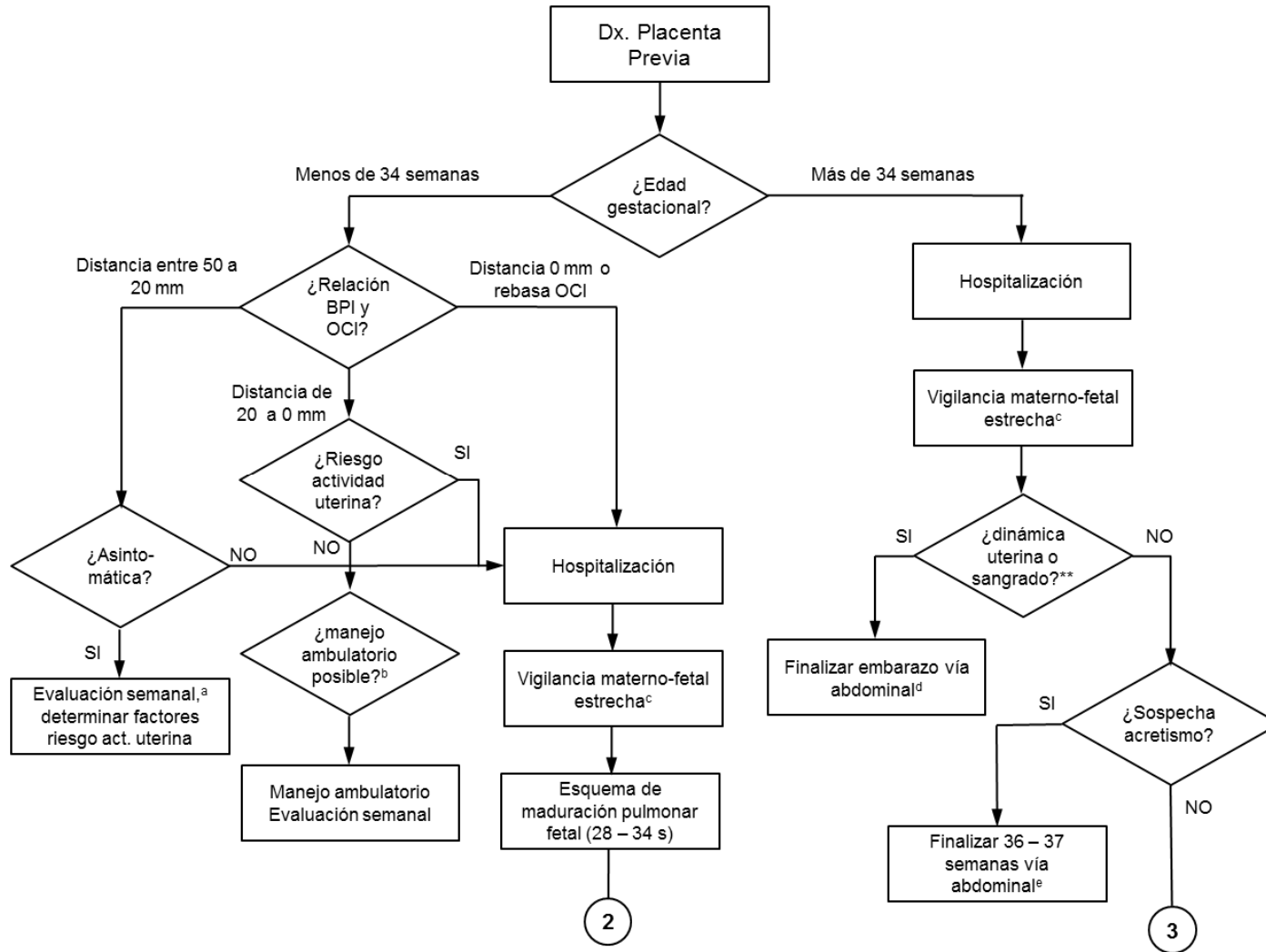
## INCAPACIDAD

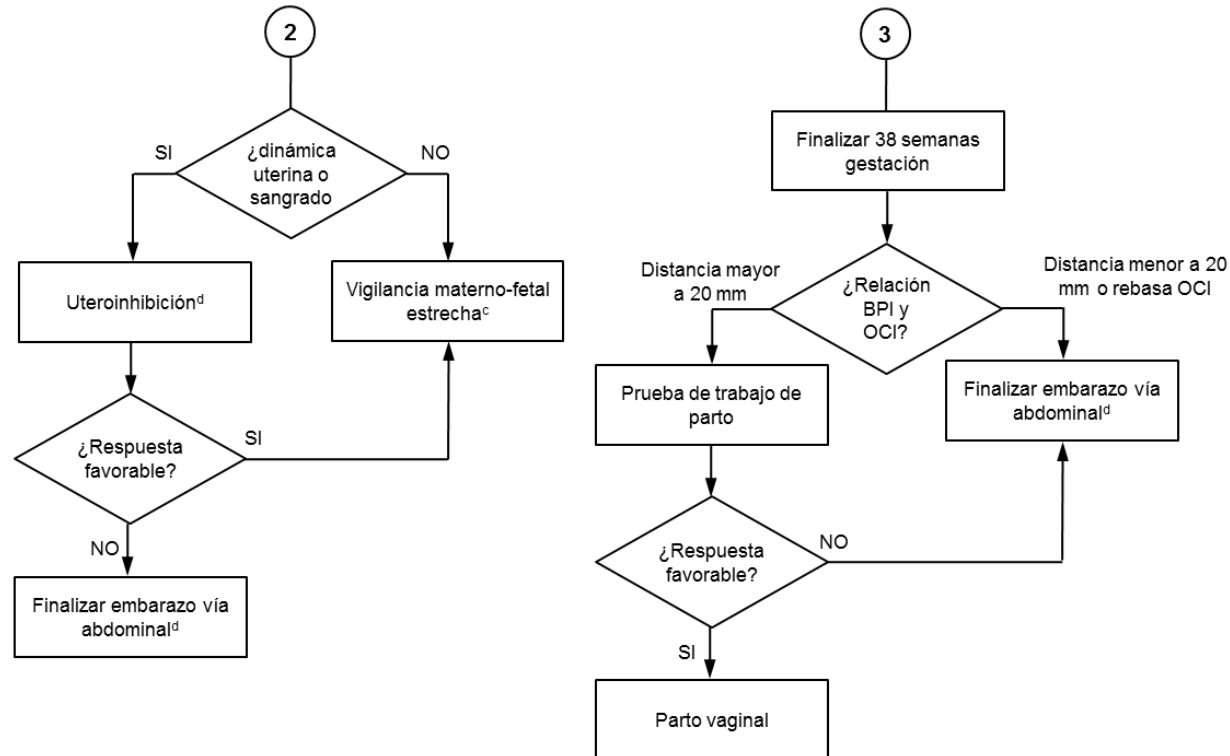
No existe ningún estudio ni guía de práctica clínica que aborde el tema de incapacidad en la mujer portadora de anomalías de la inserción placentaria o vasos sanguíneos fetales. Toda mujer con diagnóstico a las 28 semanas de gestación de: placenta previa, sospecha de acretismo placentario o vasa previa, y con estudios ecográficos realizados por médicos con experiencia, debería evaluarse de forma individualizada para determinar si su actividad laboral puede ser un cofactor para que existan contracciones uterinas. De encontrarse presentes, se sugiere indicar reposo relativo hasta alcanzar las 34 semanas, momento en el cual se otorga la incapacidad prenatal. Se deberá individualizar cada caso, dado que la mujer podría continuar con su actividad laboral, siempre y cuando exista consenso entre la paciente y el personal de salud; esta decisión implica que debe quedar registro de riesgos y beneficios de tal determinación en el Expediente clínico

ALGORITMOS



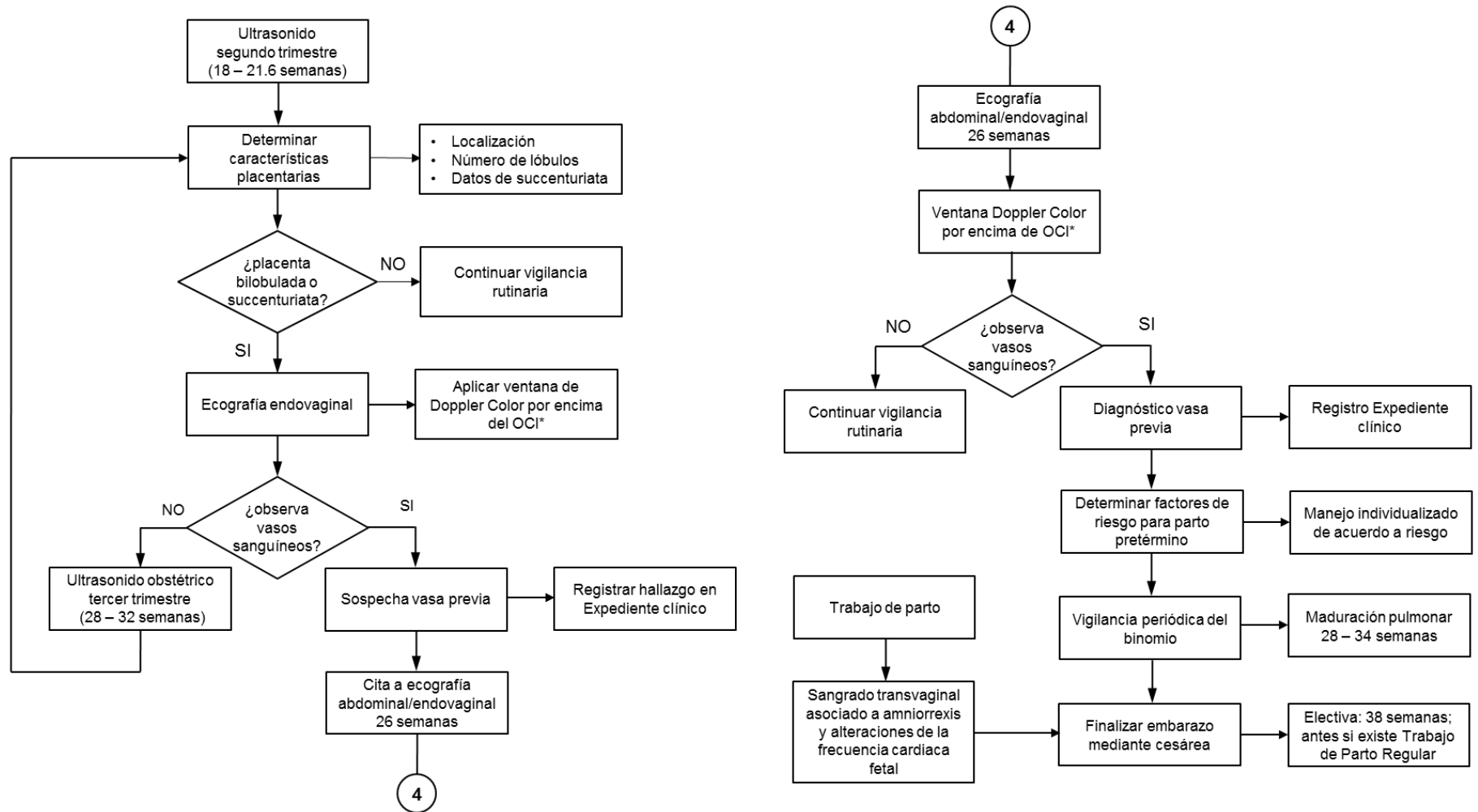
**Algoritmo 1.** Diagnóstico de trastornos de la inserción placentaria (placenta previa y acretismo placentario) en mujeres asintomáticas desde el ultrasonido realizado entre las 18 – 21.6 semanas de la gestación. Los criterios diagnósticos para la sospecha de acretismo placentario se muestran en la **Tabla 1**. Desde los ultrasonidos tempranos es importante establecer además de la localización placentaria, el tipo de placenta ya que esta acción determina el riesgo de otras condiciones de riesgo como vasa previa. La relación entre el BPI (borde placentario inferior) y el OCI (orificio cervical interno) se determina en el estudio ecográfico con abordaje vaginal. El algoritmo de manejo en situaciones sintomáticas (hemorragia obstétrica) se presenta en la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la segunda mitad del embarazo y puerperio inmediato; 2009: Registro IMSS 162-09.





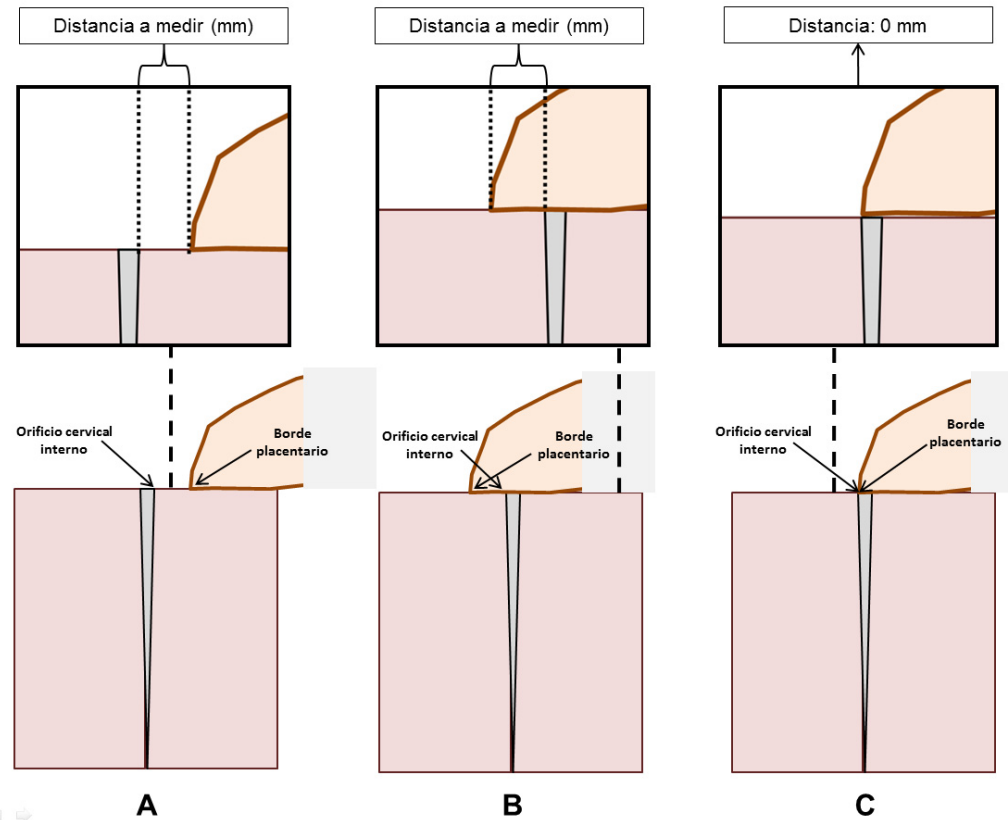
**Algoritmo 2.** Propuesta de manejo para los trastornos de la inserción placentaria (placenta previa y acretismo placentario). **a:** La evaluación semanal incluye la determinación de posible anemia materna, riesgo de presentar actividad uterina y pruebas de bienestar fetal, de encontrar riesgo para el binomio se debería considerar manejo hospitalario. **b:** Mujeres estables, cuenten con apoyo y ayuda de otra persona en todo momento en su domicilio, se encuentren cercanas en distancia al hospital en que se llevará a cabo la atención médica, y tengan disponible en cualquier momento un transporte y la posibilidad de establecer comunicación telefónica. **c:** Incluye vigilancia estrecha binomio, contar con componentes sanguíneos disponibles y plan de manejo integral y multidisciplinario. **\*\* y d:** Interrupción del embarazo por vía abdominal ante la presencia de actividad uterina regular o sangrado moderado; a pesar de tratarse de un posible evento de urgencia, deberá existir registro del registro del plan a seguir ante la contingencia que incluyan a los responsables que intervendrán. La técnica quirúrgica a emplear se llevará a cabo de acuerdo a condiciones obstétricas, y deberá existir un plan en consenso con el personal de Obstetricia con mayor experiencia. **e:** La programación quirúrgica se lleva a cabo de forma colegiada, con un equipo multidisciplinario que involucre al personal con mayor experiencia de: obstetra, anestesiólogo, neonatólogo, médico responsable del banco de sangre o servicio de transfusión y otras especialidades según la sospecha del grado de invasión placentaria.





**Algoritmo 3.** Propuesta para el diagnóstico y manejo de la vasa previa .Abreviaturas: OCI: Orificio cervical interno. \* La ventana del ultrasonido Doppler Color se coloca por encima del OCI con el propósito de visualizar el posible trayecto de vasos sanguíneos. Dada las bajas velocidades de la sangre en vasa previa, se recomienda utilizar velocidades de la frecuencia de repetición de pulso entre 15 a 30 cm/seg.

FIGURAS



**Figura 1.** Esquema que representa la relación del borde placentario con el orificio cervical interno tras la evaluación ecográfica endovaginal. **A.** El borde placentario se encuentra cercano al orificio cervical interno, se deberá reportar la distancia entre el borde y el borde del OCI; expresar en mm. **B.** El borde placentario “rebase” al OCI. En el reporte se deberá expresar en mm la distancia del borde placentario al límite del OCI. **C.** El borde placentario coincide con el borde del OCI; en este caso en el reporte se deberá registrar que la distancia es de 0 mm. (Basado en: Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Clinical Practice Guideline. Diagnosis and management of placenta previa. J Obstet Gynaecol Can 2007;29:261-66).