

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Resumen de Evidencias y Recomendaciones

Diagnostico y Tratamiento
Oportuno de la Placenta
Previa en el 2° y 3er
Trimestre del Embarazo en el
Segundo y Tercer Nivel de
Atención

GPC

Guía de práctica clínica

Catálogo Maestro: ISSSTE-124-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Ave. Reforma No. 450 piso 13 Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC.

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conformaran el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la guía aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de interés.

Las recomendaciones son de carácter general por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán, basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como Diagnostico y Tratamiento Oportuno de la Placenta Previa en el 2° y 3er Trimestre del Embarazo en el Segundo y Tercer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud; 2008.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

0440 – Placenta previa con especificaciones sin hemorragia

0441 Placenta previa con hemorragia

Diagnostico y tratamiento oportuno de la placenta previa en el 2° y 3er trimestre del embarazo

Autores:

Dr. Ernesto Hernández Álvarez	Coordinador Médico de Ginecología y Obstetricia	Hospital General Veracruz	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Miguel Ángel Martínez Enríquez	Médico Gineco-obstetra	Hospital General de Zona 50	Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Oscar Javier Parada Ramírez	Médico Gineco-obstetra	Hospital Regional Ignacio Zaragoza	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dra. Mercedes del Pilar Álvarez Goris	Medico General	CENETEC	Secretaria de Salud
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación Documental	CENETEC	Secretaria de Salud

Validación Interna

Dr. Ignacio Pedro Flores Sánchez	Médico Gineco-obstetra Subespecialista en Biología de la Reproducción	Médico adscrito al servicio de Biología de la Reproducción CNN "20 de Noviembre"	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
----------------------------------	---	--	--

Validación Institucional

Dr. Fernando Escobedo Aguirre	Médico Gineco-obstetra	Jefe de Servicio de medicina Materno Fetal CMN "20 de Noviembre"	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
-------------------------------	------------------------	--	--

Índice

1. Clasificación	5
2. Preguntas a responder por esta guía	6
3. Aspectos generales	7
3.1. Justificación	7
3.2. Objetivo de esta Guía	8
3.3. Definición	8
4. Evidencias y recomendaciones	9
4.1. Prevención primaria	10
4.1.1. Detección oportuna	10
4.1.2. Predicción de placenta previa en el embarazo	10
4.2. Prevención secundaria	12
4.2.1. Intervenciones oportunas en placenta previa sangrante	12
4.2.2. Hospitalización vs Manejo ambulatorio	12
4.2.3. Cerclaje cervical	13
4.2.4. Vía de nacimiento al término del embarazo	14
4.2.5. Métodos de anestesia para la cesárea	14
4.2.6. Complicaciones por placenta acreta	15
4.3. Criterios de referencia a segundo nivel	15
5. Anexo	16
5.1. Definiciones Operativas	17
6. Bibliografía	19
7. Comité Académico	20
8. Directorio	21
9. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica	22

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: ISSSTE-124-08	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médicos Generales, familiares y Gineco-Obstetras
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	0440 Placenta Previa con Especificaciones sin Hemorragia 0441 Placenta Previa con Hemorragia
CATEGORÍA DE GPC	Segundo y Tercer Nivel de Atención Detección Diagnóstico Prevención Evaluación Tratamiento
USUARIOS POTENCIALES	Médicos Generales, Familiares y Gineco-obstetras Enfermeras Generales y Especialistas Personal de salud en formación Trabajadoras sociales
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Gobierno Federal Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado Hospital General de Veracruz Hospital Regional Ignacio Zaragoza Hospital General de Zona 50 IMSS
POBLACIÓN BLANCO	Mujeres embarazadas en el Segundo o Tercer trimestre de su embarazo
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR	Gobierno Federal Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Historia Clínica Completa Detección oportuna, tratamiento oportuno Estudios de Gabinete
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Reducción de la mortalidad específica por placenta previa
METODOLOGÍA¹	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas:34 Guías seleccionadas: 5 del período 2004 a 2008 Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizado: Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por Biblioteca CMN "20 de Noviembre" Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: CMN "20 de Noviembre" ISSSTE
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	Catálogo Maestro: ISSSTE-124-08 FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>

1

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

- 1.- ¿Cuáles son los factores de riesgo en la presencia de placenta previa?
- 2.- ¿Cuáles son las acciones específicas para la prevención de la placenta previa?
- 3.- ¿Cuáles son los síntomas más comunes en la presencia de placenta previa?
- 4.- ¿Cuáles son los signos más comunes en la placenta previa?
- 5.- ¿Cuáles son los signos y síntomas que orientan para la referencia al tercer nivel?
- 6.- ¿Cuáles son los criterios de clasificación de la placenta previa?
- 7.- ¿Cuáles son las acciones específicas de educación para la salud en la placenta previa?
- 8.- ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de placenta previa?
- 9.- ¿Cómo se realiza la detección oportuna de la placenta previa?
- 10.- ¿Cuál es la utilidad del examen clínico en la placenta previa?
- 11.- ¿Cuál es la utilidad de los métodos diversos de imagen para la detección de placenta previa?
- 12.- ¿Cuáles son las acciones que se llevan a cabo ante los hallazgos sin hemorragia?
- 13.- ¿Cuáles son las acciones que se llevan a cabo ante los hallazgos con hemorragia?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

Cada minuto:

- 380 Mujeres quedan embarazadas.
- 190 Mujeres se enfrentan a un embarazo no planificado o no deseado
- 110 Mujeres experimentan una complicación con el embarazo
- 40 Mujeres tienen un aborto realizado en condiciones de riesgo
- 1 Mujer muere por complicaciones relacionadas con el embarazo
- La mortalidad materna se reporta en las estadísticas nacionales y mundiales como el promedio de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.
- La más elevada está en Sierra León con 2.000 y Afghanistan con 1.900 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en esos países, según las Naciones Unidas en figuras del año 2000.
- Los índices más bajos incluyen a Australia con 4 e Islandia con 10 muertes maternas x 100.000 nacidos vivos.
- En el África del sur del desierto Sahara, el riesgo es de 1 por cada 16 embarazos, mientras que en países desarrollados es de aproximadamente 1 por cada 2.800 embarazos.
- En 2003, la OMS, la UNICEF y la UNFPA reportaron por estadísticas obtenidas del año 2000 que el índice de mortalidad materna promedio mundial es de 400 x 100.000 nacidos vivos, en países desarrollados es de 20 x 100.000 nacidos vivos y en países en vías de desarrollo de 440 x 100.000 nacidos vivos.
- Un gran porcentaje de la totalidad de las muertes maternas se consideran previsible.
(Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: Día Mundial de la Salud 2005(Último acceso 04 marzo, 2008)
- Los documentos de El Cairo, Beijing y los acuerdos del milenio fijaron pautas sobre las cuales los gobiernos serán política y legalmente responsables. Los mismos están obligados a reducir la mortalidad materna a la mitad de la existente en 1990 para el año 2000 y una nueva mitad de la que tenían en el 2000 para el 2015.
- (Cairo 1994: conferencia internacional sobre población y desarrollo.
- Beijing 1995 IV conferencia internacional sobre la mujer. Nueva York 2000, acuerdos de la cumbre del milenio, sede ONU)
- De 2000 a 2002, la Secretaría de Salud informaba oficialmente tasas entre 45 y 50 por 100,000 nacidos vivos.
- La corrección de las tasas mediante metodología de RAMOS, las ubicó en cifras entre 65 y 70.
- Es probable la persistencia de cierto grado de subregistro nacional, en particular con respecto a las defunciones que acontecen en el área rural.

Sumario nacional

- Disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal por hemorragia obstétrica.
- Identificación oportuna de factores de riesgo
- Campo de aplicación al personal que otorga servicios de salud.
- Unificar criterios, Incrementar la precisión diagnóstica y el manejo.
- Prevención, atención y referencia de la mujer con hemorragia obstétrica en los ámbitos

- institucional y comunitario
- Segunda causa de mortalidad materna en nuestro país, y origen de secuelas orgánicas irreversibles,
- 80 % por causas obstétricas directas, incluyendo diagnósticos y tratamientos erróneos durante la gestación, periodo de muy alto riesgo por cantidad y rapidez,
- 75 % presente en puerperios patológicos, 2 a 6 % hemorragia posparto,
- 50 % de subregistro por falta de métodos de medición

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Practica Clínica “**Diagnóstico y Tratamiento Oportuno de la Placenta en el 2° y 3er Trimestre del Embarazo**” forma parte de las Guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del Segundo y Tercer Nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Detección oportuna en toda paciente embarazada con factores de riesgo de placenta previa
- Acciones específicas de diagnostico y tratamiento en mujeres embarazadas con sangrado en el 2° y tercer trimestre del embarazo

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

La Placenta previa (CIE 10 O44 Placenta Previa) Es la complicación obstétrica consistente en la implantación anormal placentaria, la cual ocurre a nivel del segmento uterino y que, en ocasiones, cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno, de tal modo que obstruye el paso del feto durante el parto.

Es una causa importante de hemorragia en el tercer trimestre del embarazo, se presenta de manera clásica como un sangrado indoloro, y se asocia con la formación del segmento uterino. La adhesión placentaria es interrumpida al adelgazarse el segmento previo al inicio del trabajo de parto, acompañándose de sangrado en el sitio de la implantación en un area donde el utero tiene una capacidad de contracción disminuida, con imposibilidad para detener el sangrado y subsecuente

liberación de trombina en el sitio de sangrado, que puede estimular la contracción uterina con un subsecuente aumento del área de separación placentaria y en consecuencia aumento del sangrado.

Se clasifica de acuerdo a la distancia entre el borde placentario y el orificio cervical interno en:

Inserción baja: el borde placentario se encuentra en el segmento inferior a menos de 7 cm. Del orificio cervical interno.

Marginal: el borde placentario alcanza los márgenes del orificio cervical interno.

Central parcial: la placenta cubre el orificio interno cuando el cuello se encuentra cerrado, pero cuando hay una dilatación igual o mayor a 3 cms solo cubre parcialmente al orificio cervical interno.

Central total: la placenta cubre la totalidad del orificio cervical interno aun con dilatación avanzada.

De todos los tipos la frecuencia de las localizaciones centrales varia de 20-45%, parciales del 30% y marginales del 25-50%.

Una complicación de esta condición se da al presentarse una placentación anómala lo que lleva a una adherencia de las vellosidades placentarias al miometrio, atribuido a la ausencia completa o parcial de la decidua basal y membrana fibrinoide de Nitabuch. Lo más frecuente es la placenta acreta (llega al miometrio), luego la increta (invade el miometrio) y menos frecuentemente la percreta (atraviesa el miometrio).

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía, son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando entre paréntesis su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA.

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 DETECCIÓN OPORTUNA

Evidencia / Recomendación



La ecografía transvaginal se asocia con una tasa de falsos positivos para el diagnóstico de placenta previa de hasta un 25% las tasas de Precisión para Transvaginal son elevados (el 87,5% de sensibilidad, la especificidad 98,8% positivos, valor predictivo 93,3%, valor predictivo negativo 97,6%)

Nivel / Grado

II-2

Evidencia de un estudio de cohorte(prospectivo o retrospectiva) bien diseñado o estudios de casos y controles, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación (SOCC 2007)



La Ecografía transvaginal, si se encuentra disponible, podrá utilizarse para investigar ubicación de la placenta en cualquier momento durante el embarazo cuando la placenta se piensa que es de inserción baja. Es significativamente más preciso que la Ecografía transabdominal, y su seguridad está bien establecida.

A

Hay buena evidencia para recomendar la acción clínica preventiva (SOCC 2007)

4.1.2 PREDICCIÓN DE PLACENTA PREVIA EN EL EMBARAZO

Evidencia / Recomendación



La aparición de la placenta previa es común en la primera mitad del embarazo, y su persistencia a plazo dependerá de la edad gestacional y la definición utilizada para la relación exacta entre el borde interno del cuello del útero con el borde placentario

Nivel / Grado

II-2

Evidencia de un estudio de cohorte(prospectivo o retrospectiva) bien diseñado o estudios de casos y controles, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación (SOCC 2007)

E

Existe un riesgo seis veces mayor de placenta previa en embarazos únicos concebidos por reproducción asistida que aquellos concebidos naturalmente (razón de momios 5.6, 95% IC 4.4-7.0). Entre las madres que han concebido de manera natural y por reproducción asistida, el riesgo de placenta previa fue tres veces mayor en el embarazo por reproducción asistida (razón de momios 2.9, 95% IC 1.4-6.1), comparado con aquellos concebidos de manera natural.

II-2
Evidencia de un estudio de cohorte (prospectivo o retrospectivo) bien diseñado o estudios de casos y controles, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.
(L. B. Romundstad, 2006)

E

El proceso de migración placentaria dado por la diferencia de crecimiento del segmento inferior es continuo hasta el tercer trimestre. De 26 pacientes valoradas a una edad gestacional de 29 semanas en promedio con la placenta entre 20 mm de distancia del orificio cervical interno y 20 mm de superposición, solo 3 (11.5%) requirieron que se les realizara una cesárea por placenta previa la final del embarazo. Una superposición de >20 mm después de las 26 semanas fue predicativa de la necesidad de realizar cesárea.

III
Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o reportes de comités de expertos

R

Cuando el borde de la placenta se encuentra entre 20 mm y 20 mm de superposición del orificio cervical interno después de las 26 semanas de gestación, el ultrasonido debería repetirse a intervalos regulares dependiendo de la edad gestacional, la distancia a la parte del orificio cervical interno, y las manifestaciones clínicas tales como sangrado, por la probabilidad de cambio en la localización placentaria. La superposición de 20 mm o más en cualquier momento en el tercer trimestre es altamente predictivo de la necesidad de realizar una cesárea.

B
Hay evidencia escasa para recomendar una acción clínica preventiva
(SOCC, 2007)

E

Con el segmento inferior aun sin formarse en el Segundo trimestre, el tamizaje para detectar placenta previa en esta época se asocia inevitablemente con falsos positivos, pues no todas las placentas de inserción baja persistirán, esto es más frecuente cuando se usa el ultrasonido transabdominal. El ultrasonido transvaginal puede mejorar esto. En el segundo trimestre 26-60% de los casos diagnosticados como placenta de inserción baja por un ultrasonido transabdominal, son reclasificadas al realizarse un ultrasonido transvaginal, mientras que el tercer trimestre el ultrasonido transvaginal cambio el diagnostico de placenta previa de un ultrasonido transabdominal en el 12.5% de 32 mujeres.

IIb
Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado casi-experimental
(RCOG, 2005)

A

R

La placenta previa es un hallazgo incidental común en la ultrasonografía del segundo trimestre y deberá ser confirmado en el tercer trimestre.

Evidencia orientada hacia el paciente, de buena calidad y consistencia (Sakornbut E, 2007)

4.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 INTERVENCIONES OPORTUNAS EN PLACENTA PREVIA SANGRANTE

Evidencia / Recomendación

R

Las mujeres con sangrado tardío en el embarazo (tercer trimestre) que son Rh negativas deberán recibir profilaxis anti Rh, después de la aplicación de un test de Kleihauer-Betke para determinar la dosis apropiada.

Nivel / Grado

C

Consenso, evidencia orientada hacia la enfermedad, práctica común, opiniones de expertos o series de casos. (Sakornbut E, 2007)

R

El examen con especulo estéril se puede realizar de manera segura previo a la evaluación ultrasonografica de la localización placentaria, pero un examen digital debe de evitarse hasta que se haya descartado el diagnostico de placenta previa

C

Consenso, evidencia orientada hacia la enfermedad, práctica común, opiniones de expertos o series de casos. (Sakornbut E, 2007)

R

Deberá administrarse una dosis de corticoesteroides a mujeres que tengan sangrado por placenta previa desde las 24 hasta las 34 semanas de gestación.

A

Evidencia orientada hacia el paciente, de buena calidad y consistencia (Sakornbut E, 2007)

4.2.2. HOSPITALIZACIÓN VS MANEJO AMBULATORIO

Evidencia / Recomendación

E

En un pequeño estudio aleatorizado que exploró el manejo ambulatorio vs el hospitalario, se asignaron veintisiete mujeres al azar, para reposo en cama con un mínimo de deambulaci3n en hospital y 26 mujeres dadas de alta a casa. La hemorragia recurri3 en el 62% de los casos, no hubo diferencia, ni cambio importante, en la evoluci3n de las pacientes y hubo un significativo ahorro de d3as en el hospital en el grupo de pacientes ambulatorios.El desenlace cl3nico de la placenta

Nivel / Grado

II-2

Evidencia de un estudio de cohorte(prospectivo o retrospectivo) bien dise3ado o estudios de casos y controles, preferiblemente de m3s de un centro o grupo de investigaci3n (SOCG 2007)

previa es altamente variable y no siempre puede ser determinado confiablemente por los eventos antes del nacimiento.

R

EL manejo ambulatorio de la paciente con placenta previa puede ser apropiado para las mujeres estables con ayuda en su domicilio, con proximidad a un hospital, transportación disponible y comunicación telefónica.

C

Las pruebas existentes son contradictorias y no permiten formular una recomendación a favor o en contra de una acción clínica preventiva, sin embargo, otros factores pueden influir en la toma de decisiones.
(SOCC 2007)

R

El manejo ambulatorio de la paciente con placenta previa puede ser apropiado para pacientes seleccionadas que no tienen hemorragia activa y que pueden acceder rápidamente a un hospital con servicios de tococirugía

A

Evidencia orientada hacia el paciente, de buena calidad y consistencia
(Sakornbut E, 2007)

4.2.3 CERCLAJE CERVICAL

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El beneficio de cerclaje cervical en el manejo de placenta previa ha sido analizado por una revisión sistemática Cochrane, encontrando dos estudios con un total de 64 mujeres, en un estudio hubo reducción en el riesgo de parto antes de las 34 semanas o el nacimiento de bebés con peso menor a 2000 g, sin embargo la metodología del estudio no fue adecuada.

III

Opiniones de autoridades respetadas, sobre la base de experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos
(SOCC 2007)

R

No hay evidencia suficiente para recomendar la práctica de cerclaje cervical para reducir hemorragias en la placenta previa.

D

Hay escasa evidencia para recomendar en contra de la acción preventiva clínica
(SOCC 2007)

R

Los limitados datos disponibles sugieren que tanto la atención en el domicilio como el cerclaje se asociaron con la menor duración de la hospitalización en el período prenatal, pero es poca la evidencia sobre alguna ventaja o desventaja clara de la política de atención en el domicilio versus atención hospitalaria. Por lo tanto, no se recomienda ningún cambio en las políticas existentes para tratar la placenta previa.

III

Opiniones de autoridades respetadas, sobre la base de experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos
(Nielsen JP, 2003)

4.2.4 VÍA DE NACIMIENTO AL TÉRMINO DEL EMBARAZO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La necesidad de cesárea en embarazo de término se basa en la distancia del orificio cervical al borde de la placenta y las manifestaciones clínicas. Cinco estudios han analizado la posibilidad de realizar una cesárea en base a la distancia del borde placentario en el último ultrasonido previo al nacimiento. El ultimo ultrasonido realizado con una media de 35 a 36 semanas de edad gestacional, una distancia > 20 mm de distancia del orificio cervical interno, se asocio con una mayor posibilidad de nacimiento vaginal (63-100%)

II-2

Evidencia de un estudio de cohorte(prospectivo o retrospectiva) bien diseñado o estudios de casos y controles, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación (SOCG 2007)

R

La distancia orificio cervical-placenta en un ultrasonido transvaginal después de las 35 semanas de gestación es valiosa para planear la vía de resolución del embarazo. Cuando el borde placentario se encuentra a > de 20 mm de distancia del orificio cervical interno, se puede ofrecer a la mujer una prueba de trabajo de parto con altas posibilidades de éxito. Una distancia de 20 a 0 mm alejado del orificio cervical se asocia con un porcentaje mas alto de operación cesárea, aun cuando el nacimiento vaginal es aun posible, dependiendo de las circunstancias clínicas.

A

Hay buena evidencia para recomendar la acción clínica preventiva (SOCG 2007)

R

En general, cualquier grado de superposición (> 0 mm) después de 35 semanas es una indicación para realizar una operación cesárea como la vía de nacimiento

A

Hay buena evidencia para recomendar la acción clínica preventiva (SOCG 2007)

4.2.5 MÉTODO DE ANESTESIA PARA LA CESÁREA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Los anestesiólogos se dividen en sus opiniones con respecto a el método más seguro para la anestesia en una cesárea por placenta previa, Dos estudios retrospectivos concluyen que la anestesia regional es segura, y un pequeño ensayo aleatorio sugiere que la anestesia epidural es superior a la anestesia general con respecto a hemodinamia materna. Cuando se

II-2

Evidencia de un estudio de cohorte(prospectivo o retrospectiva) bien diseñado o estudios de casos y controles, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación

espera de antemano una cirugía larga podrá escogerse la anestesia general o convertirse una anestesia regional en general si se encuentra una placenta acreta no diagnosticada. (SOCC 2007)

R

La anestesia regional puede ser empleada para la cesárea ante la presencia de placenta previa

B
Hay evidencia escasa para recomendar una acción clínica preventiva (SOCC 2007)

4.2.6. COMPLICACIONES POR PLACENTA ACRETA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La asociación entre cesárea previa y placenta previa y acreta es conocida. El riesgo relativo de placenta acreta ante la presencia de placenta previa es de 1:2065, el riesgo de placenta acreta en la presencia de placenta previa aumenta dramáticamente con el número cesáreas previas, con un 25% de riesgo de una cesárea previa y del 40% para dos cesáreas previas

II-2
Evidencia de un estudio de cohorte (prospectivo o retrospectivo) bien diseñado o estudios de casos y controles, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación (SOCC 2007)

R

Las mujeres con una placenta previa y un antecedente de cesárea, se encuentran en alto riesgo de placenta acreta. Si hay evidencia de imagen de adhesión patológica de la placenta, el nacimiento debe ser planificado en un establecimiento adecuado con suficiente recursos.

B
Hay evidencia escasa para recomendar una acción clínica preventiva (SOCC 2007)

R

La resonancia magnética de la pelvis puede ayudar a confirmar el diagnóstico de una placenta invasiva e identificar el grado de compromiso de los órganos asociados con la placenta percreta.

C
Consenso, evidencia orientada hacia la enfermedad, práctica común, opiniones de expertos o series de casos. (Sakornbut E, 2007)

4.3. CRITERIOS DE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

✓/R

La detección o sospecha de placenta previa por datos clínicos como sangrado después de la semana 28 de embarazo, o de gabinete como ultrasonido abdominal o transvaginal en el segundo trimestre con sospecha de placenta previa, deberán ser valorados en el segundo nivel de atención para la seguimiento y confirmación del caso.

✓
Punto de buena práctica

5. ANEXO

NOTA METODOLÓGICA

Los documentos tomados como referencia fueron clasificados por el grupo redactor de esta guía empleando los siguientes criterios (NICE2007)*¹

Tabla 1. Niveles de evidencia para estudios de intervención

1++	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgos de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgos de sesgos
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o casos controles con alto riesgos de sesgos
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y serie de casos
4	Opinión de expertos.

Tabla 2. Clasificación de las recomendaciones para estudios de intervención

A	<ul style="list-style-type: none"> Al menos un meta-análisis o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++ , que sea directamente aplicable a la población diana, o Una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados Evidencia a partir de la apreciación de NICE.
B	<ul style="list-style-type: none"> Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados o, Extrapolación de estudios calificados como 1++, 1+
C	<ul style="list-style-type: none"> Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+ , que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia en los resultados , o Extrapolación de estudios calificados como 2++
D	<ul style="list-style-type: none"> Evidencia nivel 3 o 4, o Extrapolación de estudios calificados como 2+ o Consenso formal.
D (BPP)	<ul style="list-style-type: none"> Un buen punto de practica (BPP) es una recomendación para la mejor practica basado en el

IP	<p>experiencia del grupo que elabora la guía</p> <ul style="list-style-type: none"> Recomendación a partir del manual para procedimientos de intervención de NICE.
----	---

Tabla 3. Niveles de evidencia para estudios de diagnóstico

Ia	<ul style="list-style-type: none"> Al menos un meta-análisis, o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++ , que sea directamente aplicable a la a la población Diana, o Una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diara y demuestre consistencia de los resultados. Evidencia a partir de la apreciación de NICE
Ib	<ul style="list-style-type: none"> Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o Extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+.
II	<ul style="list-style-type: none"> Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o Extrapolación de estudios calificados como 2++.
III	<ul style="list-style-type: none"> Evidencia nivel 3 o 4 , o Extrapolación de estudios calificados como 2+ o Consenso formal
IV	Un buen punto de practica (BPP) es una recomendación para la mejor practica basado en la experiencia del grupo que elaboro la guía.

Tabla 4. Clasificación de las recomendaciones para los estudios diagnósticos

A (ED)	Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib
B (ED)	Estudios con un nivel de evidencia II
C (ED)	Estudios con un nivel de evidencia III
D (ED)	Estudios con un nivel de evidencia IV
ED	Estudios diagnósticos

¹ Metodología para el desarrollo de GPC CENETEC 2007. Anexo “Criterios para gradar la evidencia

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

Acretismo placentario. Es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anomalidad de la caduca verdadera, con penetración de las vellosidades coriales a la pared uterina.

Ecografía. Consiste en el uso de ondas sonoras de alta frecuencia para crear imágenes de órganos y sistemas dentro del cuerpo. Sinonimia ultrasonido.

Migración placentaria. Es el desplazamiento del borde placentario con respecto al orificio cervical que se produce al elongarse el segmento uterino.

Placenta acreta: Es la adherencia de una parte o de la totalidad de la placenta a la pared uterina sin llegar al miometrio.

Placenta previa. Es la complicación obstétrica consistente en la implantación anormal placentaria, la cual ocurre a nivel del segmento uterino y que, en ocasiones, cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno, de tal modo que obstruye el paso del feto durante el parto.

Placenta increta: Es una variedad de acretismo en el cual las vellosidades alcanzan el miometrio.

Placenta percreta: Es la penetración anormal de los elementos coriales hasta la serosa del útero.

Ultrasonido transabdominal. Una ecografía abdominal es un procedimiento imagenológico utilizado para examinar los órganos internos del abdomen, sinonimia ecografía abdominal, ultrasonido abdominal.

Ultrasonido transvaginal. Es un tipo de ecografía de la pelvis que se utiliza para examinar los órganos genitales de una mujer, incluyendo el útero, los ovarios, el cuello uterino y la vagina. Transvaginal significa por o a través de la vagina. También se le conoce como ecografía endovaginal.

Tamizaje. Es la aplicación sistemática de un procedimiento diagnóstico a una población dada y en un intervalo definido. La eficacia y efectividad del tamizaje sólo pueden demostrarse mediante la disminución de la mortalidad (no letalidad), en estudios de casos y controles o en estudios prospectivos randomizados.

Test de Kleihauer-Betke. Es un examen de sangre utilizado para medir la cantidad de hemoglobina fetal transferida de un feto al torrente sanguíneo materno. Se realiza usualmente en las madres Rh negativas para determinar la dosis de inmunoglobulina Rho (D) para inhibir la formación de anticuerpos anti Rh en la madre y prevenir la isoimmunización en fetos Rh positivos

6. BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 394, December 2007. Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol.* 2007; 110 (6): 1501.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2006; 108 (4): 1039-47.
3. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee opinion. Number 266, January 2002 : placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2002 ; 99 (1):169-70.
4. Oppenheimer L; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Diagnosis and management of placenta previa. *J Obstet Gynaecol Can.* 2007; 29 (3):261-73.
5. Sakornbut E, Leeman L, Fontaine P. Late pregnancy bleeding. *Am Fam Physician.* 2007 Apr 15;75(8):1199-206.

7.- COMITÉ ACADÉMICO

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Miguel Iván Hernández Gutiérrez
Dr. Tomás Gómez Castillo
Dr. Emeterio Leobardo Gómez Torre

Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria
Jefe de Servicios
Jefe de Departamento de Actualización y
Desarrollo Normativo

Dr. José Bernabé Ramírez Cabrera
Dra. Graciela Orozco Vázquez
Lic. Patricia Reynoso Hernández
Tec. Ma. Guadalupe Gómez Sánchez

Asesores de Guías Practicas Clínica

8. DIRECTORIO

Secretaría de Salud
Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS
Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado / ISSSTE
Lic. Miguel Ángel Yúnes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF
Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX
Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza
Director General

Secretaría de Marina
Almirante Marano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional
General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General
Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Dr. Carlos Tena Tamayo
Director Médico.

Dr. Miguel Iván Hernández Gutiérrez
Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria

Dr. Tomas Gómez Castillo
Jefe de Servicios

Dr. Rafael Navarro Meneses
CMN "20 de Noviembre"

9. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretaría de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico