

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

**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

044 Placenta Previa
0440 Placenta Previa con Especificaciones sin Hemorragia
0441 Placenta Previa con Hemorragia

GPC

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

ISBN en trámite

DEFINICIÓN:

La Placenta previa (CIE 10 044 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.

FACTORES DE RIESGO

Edad avanzada
Multiparidad
Gestaciones multiples
Cesáreas previas y/o cicatrices uterinas
Aborto previo
Tabaquismo.

TAMIZAJE

Se deberá realizar una ecografía obstétrica con la búsqueda intencionada de la inserción placentaria a las 20 semanas aproximadamente. En caso de no contar con tal servicio se deberá realizar una referencia o solicitud de ecografía de manera oportuna. Pero se deberá aclarar a la paciente la necesidad de confirmación del diagnóstico en etapas más tardías del embarazo.

SÍNTOMAS O SIGNOS ESPECÍFICOS

- Cuando la paciente se presente de manera espontánea a valoración médica por hemorragia transvaginal se deberá realizar una ecografía obstétrica en búsqueda de la inserción placentaria.
 - La primera hemorragia aparece, en regla general, al cabo de 29 a 32 semanas (79-88%)
 - Las pacientes con placenta previa presentan habitualmente sangrado transvaginal desde el segundo trimestre, el cual es característicamente rojo rutilante, indoloro, intermitente, el tono uterino se ha encontrado normal y no hipersensible
 - La inserción anómala de la placenta impide el encajamiento de la cabeza fetal y puede acompañarse de presentaciones anómalas.
 - La frecuencia cardiaca fetal suele ser normal y el sufrimiento no se produce hasta que la hemorragia ocasiona choque hipovolemico en lña madre
- La alteración previa de las vellosidades coriales puede condicionar morbimortalidad fetal

OTROS DATOS RELEVANTES

No se recomienda la exploración con tacto vaginal. En las unidades de 2° y 3er nivel de atención se deberá explorar mediante especuloscopia vaginal y descartar o corroborar el origen de la hemorragia desde vulva, vagina, cérvix o dependiente de cavidad uterina

INFORME A LA PACIENTE:

Que el antecedente de legrados uterinos o cesareas previas aumentan el riesgo de presentar placenta previa

EXPLORACIÓN CLÍNICA

- La exploración cuidadosa con espejo vaginal no aumenta el riesgo de hemorragia y permite descartar el origen ginecológico del sangrado
- En las unidades de 2° y 3er nivel de atención se deberá explorar mediante especuloscopia vaginal y descartar o corroborar el origen de la hemorragia desde vulva, vagina, cérvix o dependiente de cavidad uterina
- Verificación de la frecuencia cardiaca fetal
- Verificar tono uterino

Clasificación

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.

ESTUDIOS DE LABORATORIO

Biometria Hematica completa
Grupo sanguineo y factor Rh y compatibilidad sanguinea
Tiempos de coagulación y Fibrinogeno

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Edad y desarrollo alcanzado por el feto.
- Curso y magnitud de la hemorragia
- Variedad de inserción de la placenta
- Presencia o no de trabajo de parto
- Manifestaciones de sufrimiento fetal
- Presencia o no de complicaciones maternas.

MANEJO INICIAL:

- Valore el estado hemodinamico de la paciente
- Valore el estado del feto y la edad gestacional
- Realice pruebas hematicas y pruebas cruzadas
- De acuerdo al estado de la paciente continúe el manejo

MANEJO DE LA PACIENTE ESTABLE

1. Hospitalización
2. Reposo absoluto
3. **NO TACTOS**
4. Mantener una vía permeable
5. Determine la gravedad de la hemorragia*
6. Infusión de cristaloides
7. Considere transfusión de hemoderivados
8. Considere monitoreo de Presión Venosa Central
9. Monitoreo de la Frecuencia cardiaca fetal
10. Monitoreo de la actividad uterina
11. Laboratorio completo
12. Ultrasonido

MANEJO DE LA PACIENTE INESTABLE

1. Envío urgente
2. Asegure 2 venas permeables
3. Pruebas cruzadas rápidas
4. Biometría hemática urgente
5. Valore bienestar fetal
6. Resolución del embarazo

MANEJO AMBULATORIO

Paciente en observación con 72 hrs sin hemorragia	Hematocrito estable de 35% o mas en el control seriado
Prueba sin stress reactiva	Condiciones para reposo en cama en su domicilio
Conocimiento de la paciente y sus familiares de las complicaciones potenciales	Seguimiento semanal hasta el nacimiento con USG
Biometrías hemáticas regulares de control	Posibilidad de traslado urgente del domicilio al hospital

Conducta ante el parto

Via vaginal. En el caso de Placenta previa marginal o de inserción baja

Por Ultrasonido, el informe de la distancia real del borde inferior de la placenta al borde interno del cuello del útero, y utilizando la terminología estándar de distancia de milímetros de superposición, al alcanzarlo se describe como 0 mm., pero con una superposición de 20 mm o más en cualquier momento en el tercer trimestre es altamente predictivo de la necesidad de Cesarea

Cesarea electiva se deben de considerar lo siguiente:

Seleccionar incisión uterina de acuerdo a la localización placentaria o estado del segmento

Incisión vertical baja o clásica: Ante placentas anteriores por arriba de la reflexión vesical o si no se ha formado el segmento uterino inferior

Cesarea Histerectomia: La asociación de placenta previa con acretismo placentario y persistencia de la hemorragia obliga a la resolución de este evento con la realizacionde una histerectomía posterior al nacimiento del producto.

Histerectomia Postcesarea: En el caso de un acretismo no detectado de manera inicial o una hemorragia persistente posterior a la cesarea

LO MÁS IMPORTANTE:

Toda paciente con sangrado tardío del segundo o tercer trimestre debe de ser evaluada en una ambiente hospitalario, con una vía periférica adecuada biometría hemática con pruebas cruzadas

La incidencia de la histerectomía después de la cesárea (CS) de placenta previa es de 5,3% (riesgo relativo en comparación con en los CS sin placenta previa es de 33) .2

Las tasas de mortalidad perinatal son tres a cuatro veces superior a en condiciones normales

Algoritmo 1:

