

## Placenta previa. Estudio retrospectivo 1988 - 1992

Drs. Mariana Rivas G, José Ramón López Gómez, Domenico Capretta C, Belkis Colmenares E, Daicy Silva G, Samuel Alvarado A.

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. Edo. Carabobo.

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la incidencia, características obstétricas y complicaciones maternas de la placenta previa.

**Método:** Estudio retrospectivo y descriptivo de 150 casos atendidos entre 1988 y 1992 en 19 854 nacimientos vivos.

**Ambiente:** Maternidad del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo.

**Resultados:** La incidencia fue de 0,76% (1 caso por cada 132 nacimientos), el grupo de edad predominó entre los 27 a 32 años (40,67%). El 79,33% (119 casos) fueron multíparas, 70% (105 casos) fueron embarazos de término. Complicaciones maternas más frecuentes: hemorragias 31,03%; rotura prematura de membranas 31,03% y trabajo de parto pretérmino 24,13%. El 78,67% terminó por cesárea. El 78% (114 neonatos) tuvieron peso > a 2 500 g. El 65,47% presentaron Apgar  $\geq$  7 puntos, hubo 1 muerte materna.

**Conclusión:** El manejo expectante de la placenta previa, el ultrasonido diagnóstico y el uso de cesárea, han contribuido a disminuir la morbi-mortalidad materno-fetal.

Palabras clave: Placenta previa. Hemorragia.

### SUMMARY

**Objective:** To analyze the incidence, obstetrical characteristics and maternal complications of placenta previa.

**Method:** Descriptive and retrospective study of 150 cases occurred between 1988-1992 in 19 854 births.

**Setting:** Maternity of the "Dr. Adolfo Prince Lara" Hospital, Puerto Cabello, Carabobo State, Venezuela.

**Results:** The incidence was 0.76% (1 case in 132 birth) there was 1 pp in 132 births. The highest percentage (40.67%) happen in the age group between 27-32 years old. The 79.33% (119 cases) were multiparous, 70% (105 cases) happened in gestation more than 37 week. Maternal complications: Hemorrhage: 31.03%; membrane premature rupture 31.03% and preterm delivery 24.13%. Cesarean section 78.67%. The 78% the of newborn was weight > at 2 500 g. The 65.47% was Apgar  $\geq$  7. There was 1 maternal death.

**Conclusion:** Expectant management of placenta previa, the use of cesarean section and the ultrasound diagnosis, reduce maternal morbidity and mortality. Equally the safety and efficacy of expectant treatment to improve fetal survival.

Key words: Placenta previa. Hemorrhage.

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia genital que ocurre durante el tercer trimestre del embarazo, es motivo de preocupación, tanto para la paciente como para el obstetra, porque debe decidirse la preservación de la viabilidad fetal o la interrupción de la gestación, frente a los grandes

problemas de sangrado que comprometen la salud materno-fetal (1). En este trabajo se analizaron algunos aspectos de interés materno-obstétrico, en relación con las complicaciones de la placenta previa y se plantean algunas propuestas para su manejo y resolución.

Desde el punto de vista clínico, puede haber actividad uterina, aunque el signo clásico y más común es la hemorragia indolora en el tercer trimestre (2,3).

Recibido: 09-08-00

Aceptado para publicación: 11-11-01

Quisimos conocer la incidencia y complicaciones materno-fetales de la placenta previa en nuestro hospital y su manejo actual.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo de investigación es de tipo analítico, retrospectivo, en el cual se revisaron 195 casos de pacientes con diagnóstico de embarazo y placenta previa (PP), cuyas gestaciones se resolvieron en nuestro centro entre 1988 a 1992; de estos se excluyeron 45 casos que no cumplieron los criterios de inclusión, por lo que la muestra analizada fue de 150 casos. Durante el período en estudio se presentaron 19 854 nacimientos, de los cuales en 150 se confirmó el diagnóstico de placenta previa, lo que arroja una incidencia de 0,76%, representando una PP por cada 132 nacimientos (Cuadro 1).

Cuadro 1

Incidencia de placenta previa por año

Año	NV	Nº casos	%
1988	3 477	33	0,94
1989	3 969	34	0,86
1990	4 096	35	0,85
1991	4 023	31	0,77
1992	4 289	17	0,40
Total	19 854	150	0,76

NV = nacimientos vivos

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Mujeres con diagnóstico de PP que se atendieron en la institución.
- Diagnóstico de PP por ultrasonografía corroborado transnacimiento.
- Sin diagnóstico anteparto por ultrasonografía con cuadro clínico sugestivo de PP y confirmado luego del nacimiento. Los criterios de exclusión fueron: diagnóstico de PP no confirmado al nacimiento ni por ecografía.

### Características de la población.

La edad materna se observa en el Cuadro 2, mínima 15 años y la máxima de 45 años con un promedio de 28,3 años.

Cuadro 2  
Edad materna

Grupos de edad	Nº casos	%
15-20	18	12,00
21-26	28	18,66
27-32	61	40,67
33-38	37	24,67
39-45	6	4,00
Total	150	

Mínima: 15 años; máxima 45 años; promedio 28,3 años

La paridad se presenta en el Cuadro 3

En antecedentes quirúrgicos gineco-obstétricos, 24 pacientes (16%) tenían el antecedente de una o más cesáreas; 16 (10,67%) presentaron uno o más abortos anteriores y en 110 casos (73,33%) no se reportaron antecedentes quirúrgicos.

Cuadro 3  
Paridad

Paridad	Nº casos	%
Nulípara	16	10,67
IP	15	10,00
II - VI P	92	61,33
VII - XI P	24	16,00
≥ XII P	3	2,00
Total	150	

La edad de gestación se describe en el Cuadro 4, la mayoría se presentó entre las 37 y 41 semanas (102 casos) 68%.

El motivo de consulta se resume en el Cuadro 5.

Cuadro 4  
Edad de gestación

Semanas de gestación	Nº casos	%
24 - 28	4	2,67
29 - 31	7	4,67
32 - 36	34	22,66
37 - 41	102	68,00
≥ 42	3	2,00
Total	150	

## PLACENTA PREVIA

Cuadro 5  
Motivo de consulta

Motivo de consulta	Nº casos	%
Sangrado genital	75	50,00
Dolor en hipogastrio	46	30,67
Diagnóstico ecográfico	15	10,03
Dolor más sangrado	7	4,66
Pérdida de líquido por genitales externos	7	4,66
Total	150	

### RESULTADOS

El diagnóstico por ecografía se realizó en 119 casos (79,33%) y en 31 (20,67%) por clínica, ambos corroborados al nacimiento. El tipo de inserción placentaria encontrado con mayor frecuencia fue la placenta de inserción baja 89 casos (59,33%), seguido por la inserción marginal en 33 casos (22,00%), centro-oclusiva en 16 (10,67%) y en 12 casos (8,00%) hubo inserción oclusiva parcial.

En cuanto a la forma de terminación del embarazo, 118 casos (78,67%) fueron interrumpidos por vía abdominal y 32 (21,33%) tuvieron parto vaginal.

En la población estudiada las complicaciones maternas más frecuentes fueron la hemorragia severa y la ruptura prematura de membranas con 9 casos cada una (31,03%). En 7 casos (24,13%) se presentó trabajo de parto pretérmino que no respondió a los útero-inhibidores y en 3 casos (10,34%) hubo placenta accreta, 2 de las cuales ameritaron histerectomía abdominal. Hubo un caso de muerte materna atribuida a *shock* hipovolémico.

En relación al peso de los recién nacidos, lo observamos en el Cuadro 6.

Cuadro 6  
Peso del recién nacido

Peso (g)	Nº casos	%
> 1 499	5	3,42
1 500 - 2 499	27	18,49
2 500 - 3 499	78	53,42
3 500 - 4 499	35	24,00
≥ 4 500	1	0,68
No reportados	4	—
Total	150	

En cuanto a las condiciones neonatales al nacimiento, se consideraron 139 casos, porque hubo 11 mortinatos (Cuadro 7). Dentro de las complicaciones perinatales, 32 casos (61,53%) fueron prematuros. En 2 casos (3,84%) se diagnosticaron malformaciones fetales múltiples. Hubo 11 mortinatos. La tasa de mortalidad fetal fue de 0,55 x 1 000 NV.

Cuadro 7

Apgar del recién nacido al minuto

Puntuación	Nº casos	%
> 3	5	4,06
4 - 6	27	21,95
> 7	91	73,98

Total 123\*

\*Hubo 11 mortinatos  
16 casos no reportados.

### DISCUSIÓN

En el presente estudio la incidencia de placenta previa fue de 0,76%: 1 por cada 132 nacimientos. Estas cifras se encuentran por debajo de lo reportado por Facchin y Peña (4) en Valencia, quienes señalan 0,98%, 1 por cada 101 nacimientos y están por encima de lo señalado por Agüero (5) en la Maternidad "Concepción Palacios", quien reporta 0,27%, 1 por cada 360 nacimientos. Suárez y Arrieta (6) en Maracaibo acusan una incidencia de 0,52%. En Barquisimeto, Troconis (7) reporta una incidencia de 0,39%.

Otros autores (3,8-15) reportan una incidencia menor que oscila entre 0,35% a 0,62%. Lilja (16) informa la menor incidencia: 0,2%.

Existen diversos factores que pueden influir en la incidencia en cualquier población y durante un determinado lapso como son: número de mujeres multíparas, edad materna elevada, frecuencia de gestaciones normales interrumpidas por abortos, frecuencia de cesáreas en el área geográfica, criterios de inclusión en los estudios y el hecho quizás, de los más influyentes, como es el de que no todos los autores consideraron a la placenta de inserción baja, como placenta previa.

Se acepta en la mayoría de los estudios (4,8,10,11, 13-15,17-20), que la edad materna avanzada

representa un factor relevante en la génesis de la PP. En la presente serie, los hallazgos muestran que el grupo predominante fue de 27 a 32 años, con 61 casos (40,67%); lo cual resulta similar a lo reportado por Lira y col. (8), cuyo grupo dominante fue 30 a 34 años, no así con otros autores (3,9,11,13,18,19) quienes coinciden que el mayor número de casos se presentó en mujeres mayores de 35 años. El grupo de menor edad es el reportado por Niswander y col. (19), entre 16 y 29 años.

Uno de los factores predisponentes para placenta previa, mencionado por diversos autores (2,10,13,18-21) es la multiparidad, en nuestra casuística el mayor porcentaje correspondió a multíparas con 79,33%, lo cual difiere de lo señalado por Lira y col. (8), y Taylor y col. (20), cuyo mayor porcentaje se reportó en las nulíparas con 55% y 53% respectivamente.

Ananth y col. (18) en un extenso meta-análisis de la asociación de PP con historia anterior de cesárea anterior y aborto, encontraron una relación estadísticamente significativa. Arias (10) considera que la probabilidad de presentar placenta previa es 4 veces mayor en las pacientes con antecedentes de cesárea. McShane y col. (21) encontraron 22% de antecedente de cesárea y 31% de abortos anteriores en su casuística, por su parte, Taylor y col. (20) reportan 20% de cesárea previa y 21% de abortos previos. Barrett y col. (22) en su serie informan antecedentes de abortos en el 12% de los casos. En México, Lira y col. (8) reportan 22% de cesáreas previas y 28% de abortos anteriores. Estos resultados son superiores a nuestros hallazgos de 16% para cesárea previa y 10,67% para abortos anteriores.

Antes de la era del manejo quirúrgico de la PP, se había observado que la duración promedio de la gestación con esta condición era aproximadamente dos semanas más corta que cuando la placenta se implantaba normalmente (17). En nuestra serie, la edad de gestación promedio de culminación del embarazo fue de 37,5 semanas, Cotton y col. (23) señalan una edad mayor de 36 semanas, lo cual coincide con nuestros hallazgos. Podemos inferir que este cambio en el tiempo se debe al manejo expectante de la PP en la Obstetricia moderna, lo que ha permitido la prolongación del crecimiento intrauterino y la disminución de los nacimientos pretérmino.

La mayoría de los autores consultados coinciden en señalar que el síntoma fundamental de las pacientes con PP lo constituye el sangrado genital en más del 50% de los casos (1,3,8,11,17-19). En la actualidad el ultrasonido abdominal constituye el

procedimiento básico para el diagnóstico de la PP, este método fue introducido por Gottesfelden en 1977, citado por García y col. (24) y constituye el "patrón oro" con un considerable índice de aciertos y mejorado con la ecografía transvaginal, con la que los errores en el diagnóstico de PP son inferiores al 2%. Con este recurso se evita la radiación y el uso de isopos radiactivos que se utilizaron en estudios de tejidos blandos, impidiendo la introducción de otros medios intracorporales, como la arteriografía que daban resultados menos precisos (24,25).

En la presente casuística el diagnóstico de PP, se realizó con el respaldo del ultrasonido en el 79,33% (119 casos). En el 20,67% (31 pacientes) el diagnóstico fue clínico.

En relación al tipo de inserción placentaria baja, la más común, los resultados son muy disímiles según los autores consultados, debido a que la clasificación usada por ellos (4,16,17,25) no toma en cuenta la placenta de inserción baja como PP. Por otra parte, Pritchard y col. (2), Beck (3), Arias (10) y Dunnington (26) siguen la misma clasificación manejada por nosotros, lo cual tiene su valor pronóstico, por cuanto que la posibilidad de que se presenten complicaciones maternas o fetales graves son menores cuando la placenta es de inserción baja. En nuestra revisión esta última fue la más frecuente sin embargo, en relación con los otros tipos de inserción placentarios, los resultados son dispares.

Pritchard y col. (2), señalan que la cesárea es el método aceptado para el parto en prácticamente todos los casos de PP, incluyendo la placenta de inserción baja; para justificar la cesárea en caso de feto muerto, debemos aclarar que el parto abdominal es realizado a favor de la madre. En la población estudiada por nosotros, la vía abdominal representó el 78,67% de los casos (118 casos). En los autores consultados hubo variaciones desde 52,4% hasta 100% (4,8,14,23).

La hemorragia severa sigue siendo la mayor complicación de la PP, no sólo el período antenatal, sino durante el parto y aún después del alumbramiento, en nuestro trabajo representó el 31,03% de las complicaciones compartiendo con ruptura prematura de membranas y trabajo de parto pretérmino. Otros autores como Cotton y col. (23) señalan como complicaciones, las anomalías de presentación y el prolapso del cordón, Beck (3) el síndrome de McShane, daño renal y el acretismo placentario, que en nuestra revisión fue de 10,34%, lo cual ameritó en 2 casos, histerectomía obstétrica.

En la PP se encuentra aumentada la prematuridad,

pues el embarazo termina con frecuencia precozmente, ya sea por la iniciación espontánea de contracciones uterinas o por necesidad de intervención obstétrica, además el feto se encuentra perjudicado porque frecuentemente tiene un peso menor debido a que la inserción placentaria anormal, con sus insuficientes condiciones de nutrición, la anemia de la madre, así como, el estrecho intercambio placentario producen hipoxia crónica y falta de desarrollo fetal. En nuestra serie informamos un 21,76% (32 casos) coincidiendo con Takayama y col. (27) con 21%. Estas diferencias notables quizás se deben a la introducción del manejo expectante de la PP ya mencionado anteriormente.

Las condiciones neonatales al nacimiento valorados con el Apgar al minuto, muestran un 26% (32 casos) de depresión neonatal. Otros autores (19,21) reportan diferencias de hasta 60%. Estas pueden deberse a que relacionan el Apgar al minuto en neonatos menores de 2 500 g y nosotros tomamos en cuenta todos los pesos.

En cuanto a la mortalidad fetal, encontramos 11 mortinatos, de los cuales 2 tuvieron malformaciones múltiples, 7 fueron prematuros propiamente dichos y 2 inmaduros. La tasa de mortalidad fetal fue de 0,55 por 1 000 nacidos vivos.

En nuestra casuística se presentó una muerte materna en una paciente de 28 años, VIG, IVP, IC, con embarazo no controlado, clínicamente de término a quien se le realizó cesárea-histerectomía por placenta accreta. La tasa de mortalidad materna en el período de estudio fue de 55,40 x 100 000 NV y por causa de PP fue de 5,03 x 100 000 NV. Actualmente la mortalidad materna por PP, ha descendido, debido al manejo expectante, al uso de cesárea como método de elección para la terminación del embarazo, control prenatal temprano y diagnóstico oportuno.

Al igual que McShane (21) concluimos que el manejo expectante de la PP, el diagnóstico por ultrasonido y el uso de la cesárea, han contribuido a disminuir la morbimortalidad materno-fetal.

Recomendamos realizar un control prenatal precoz y adecuado, hacer el diagnóstico oportuno, disminuir los riesgos del parto, poniendo en práctica la normatización, vigilancia, supervisión y evaluación de la atención institucional, proveer a los servicios de sala de partos de los recursos necesarios para la resolución conveniente de estos casos, con el fin de disminuir la morbimortalidad fetal y prevención de muertes maternas.

## REFERENCIAS

1. Niesert W, Hemorragias en el embarazo y en el parto. En: De Schwaim H, Doderlein G, editores. Clínica Obstétrica Ginecológica. Tomo II. Madrid: Editorial Alhambra; 1967.p.125-146.
2. Pritchard J, McDonald P, Gant N. Hemorragia obstétrica. En: Williams Obstetricia. 3ª edición. Madrid: Salvat Editores; 1998.p.693-727.
3. Beck W. Antepartum bleeding. Obstetrics and Gynecology. 3ª edición. Nueva York: Harwal Publishing; 1993.p.145-154.
4. Facchin De Boni J, Peña G, Hemorragia intra y posparto. Rev Obstet Ginecol Venez 1963;23:187-201.
5. Agüero O. Placenta previa. Información tocoginecológica. Guayas, Ecuador. 1962;1:24.
6. Suárez R, Arrieta V. Hemorragias del tercer trimestre del embarazo. Rev Obstet Ginecol Venez 1961;21: 141-147.
7. Troconis R. Discusión en: Facchin De Boni J, Peña G. Hemorragias intraparto. Rev Obstet Ginecol Venez 1963; 23(2):187-353.
8. Lira J, Cabral S, Argueta M, Karchmer S, Ibasguengoitia F. Placenta Previa. Repercusiones maternas y perinatales. Análisis de 170 casos. Ginecol Obstet Méx 1995; 63: 175-180.
9. Williams M, Mittendorf R, Lieberman E, Monson R, Schoenbaum S, Genest D. Cigarette smoking during pregnancy in relation to placenta previa. Am J Obstet Gynecol 1991;165:28-32.
10. Arias F. Hemorragia del tercer trimestre. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2ª edición. Madrid: Editorial Mosby-Doyma; 1997.p.163-175.
11. Schwarcz R, Duverges C, Díaz A, Fescina R. Embarazo patológico. Placenta previa. Obstetricia. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 1987.p.169-173.
12. Scott J, Goplerud D. Hemorragia del embarazo avanzada. En: De Scott J, Disaia P, Hammond Ch, Spellacy A, editores. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. Sexta Edición. México: Editorial Interamericana, McGraw-Hill; 1994.p. 581-588.
- 13.- Brenner W, Edelman D, Hendricks Ch. Characteristic of patients with placenta previa and results of "expectant management". Am J Obstet Gynecol 1978;132:180-185.
14. Chesvenak F, Youngmee L, Hendler M, Monson R, Berkowitz R. Role of attempted vaginal delivery in the management of placenta previa. Am J Obstet Gynecol 1984;64:798-801.
15. Chelmow E, Andrew D, Baker E. Maternal cigarette smoking and placenta previa. Am J Obstet Gynecol 1996; 87:703-706.
16. Lilja M. Placenta previa, maternal smoking and recurrence risk. Acta Obstet Gynecol Scand 1995;74: 341-345.
17. Kelly J, Iffy L. Placenta previa. En: Iffy-Kawinetzky

- editores Obstetricia y Perinatología. Tomo 2. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1986.p.1116-1131.
18. Ananth CV, Smulian JE, Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: Metaanalysis. Am J Obstet Gynecol 1977; 177 (5):1071-1078.
  19. Niswander K, Friedman E, Hooker D, Pietrowski H, Westphal M. Fetal morbidity following potentially anoxigenia obstetric conditions. II placenta previa. Am J Obstet Gynecol 1966;95:846-852.
  20. Taylor V, Kramer M, Vaughan TH, Peacock S. Placenta previa and prior cesarean delivery: How strong is the association? Am J Obstet Gynecol 1994;84:55-57.
  21. McShane P, Heyl P, Epstein MD. Maternal and perinatal morbidity resulting from placenta previa. Am J Obstet Gynecol 1985;65:176-180.
  22. Barret J, Boehm F, Killam A, Induce J. Abortion: A risk factor for placenta previa. Am J Obstet Gynecol 1981;141:769-771.
  23. Cotton D, Read J, Paul R, Quilligan E. The conservative aggressive management of placenta previa. Am J Obstet Gynecol 1980;137:687-690.
  24. García A, Martínez L, Castellanos P, Romo A, Bajo J. Valoración ecográfica de la placenta. En: Bajo Arenas, editor. Ultrasonografía Obstétrica Madrid: Editorial Marban; 1993.p.293-317.
  25. Lavery P. Placenta previa. Clín Obstet Ginecol. México: Editorial Interamericana, McGraw-Hill; 1990(3).p.403-409.
  26. Dunnihoo D. Third trimester bleeding. Fundamentals of gynecology and obstetrics. 2ª edición. Filadelfia: Editorial Lippincott; 1990.p.537-538.
  27. Takayama T, Minikami H, Koike T, Watanabe T, Sato I. Risk associated with cesarean sections in women with placenta previa. Am J Obstet Gynecol 1977;23 (4):375-379.

## BIBLIOTECA M.A. SÁNCHEZ CARVAJAL



La Biblioteca M. A. Sánchez Carvajal, de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, es una Biblioteca especializada en el área de Obstetricia, Ginecología y Perinatología; entre sus principales objetivos tenemos:

- Favorecer las labores de asistencia, investigación y educación médica.
- Proporcionar información actualizada de manera sistemática y completa en el área.
- Orientar al usuario en la búsqueda y localización de información bibliográfica nacional e internacional.

### COLECCION

La Biblioteca cuenta aproximadamente con:

- 4.395 títulos de libros.
- 230 títulos de publicaciones periódicas.

### SERVICIOS

- Solicitud de Información:
- Consulta directa en sala, usando el catálogo público, bibliografías referenciales e índices.
- Consulta de la revistas a través de carpetas

alfabetizadas, con copias de las tablas de contenido de las mismas.

- Consulta de bases de datos en formatos CD-Rom
- Medline en Obstetricia y Ginecología la cual contiene tópicos que van desde obstetricia y ginecología, incluyendo endocrinología y ciclos menstruales, esterilidad, diagnóstico prenatal y control fetal, anticonceptivos, cáncer de mama y genital, problemas psicosexuales y cuidado neonatal para niños normales; contiene más de 208 000 registros, con una actualización de 25 000 registros aproximadamente.
- LILACS: Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud.
- SECS: Seriadados en ciencias de la salud.
- WHOLIS: Biblioteca de la OMS.
- PAHO: Biblioteca de la OPS.
- LEYES: legislación básica de salud en América Latina.
- ADOLESCENTE: literatura de la salud en la adolescencia.
- DESASTRE: documentación de desastre en América Latina.
- BBO: literatura en Odontología.
- ADSAUD: literatura en administración de servicios de salud.
- SIDORH: literatura en recursos humanos en la salud.

*Continúa en pág. 262*