



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA PLACENTA PREVIA

RODRIGUEZ PAZ KAREN DENISSE
MÉDICA

MACHALA
2023



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA PLACENTA PREVIA

RODRIGUEZ PAZ KAREN DENISSE
MÉDICA

MACHALA
2023



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA PLACENTA PREVIA

RODRIGUEZ PAZ KAREN DENISSE
MÉDICA

CUENCA BUELE SYLVANA ALEXANDRA

MACHALA, 23 DE OCTUBRE DE 2023

MACHALA
23 de octubre de 2023

CLASIFICACION Y TRATAMIENTO DE LA PLACENTA PREVIA

por Karen Denisse Rodríguez Paz

Fecha de entrega: 12-oct-2023 11:00p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2194269601

Nombre del archivo: Clasificacion_y_tratamiento_de_la_placenta_previa_TURNITIN.docx (23.94K)

Total de palabras: 2877

Total de caracteres: 15616

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, RODRIGUEZ PAZ KAREN DENISSE, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA PLACENTA PREVIA, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

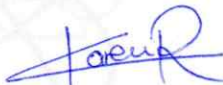
La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 23 de octubre de 2023



RODRIGUEZ PAZ KAREN DENISSE
0705538171

Resumen

Introducción: La placenta previa es producto de una placentación anormal cuya incidencia es de 4 a 6 por cada 1000 nacimientos; según el INEC del Ecuador, el 1.6% de 190 muertes maternas en el año 2021 se debió a la placenta previa, esta patología se asocia con riesgos obstétricos desfavorables tanto maternos y neonatales a consecuencia de una excesiva pérdida sanguínea. **Objetivo:** El objetivo es la actualización de la clasificación y tratamiento de esta patología, con la finalidad de aplicar estos conocimientos en el primer nivel de atención de salud; así como también, contribuir evitando futuras complicaciones. **Método:** La información fue obtenida de artículos de revisión y revisiones sistemáticas de PUBMED y Up to Date de los últimos 5 años que englobaron la placenta previa con énfasis en su clasificación y tratamiento. **Conclusión:** Actualmente esta patología se clasifica en placenta previa y en placenta baja, cuando el borde placentario se superpone al orificio cervical interno y cuando el mismo está a menos de 20 mm del OCI, respectivamente; la planificación del parto forma parte del tratamiento, si el borde placentario se encuentra a una distancia de 11 – 20 mm del OCI, puede considerarse una prueba de trabajo de parto para un posible nacimiento por vía vaginal; de lo contrario, en casos que la distancia sea menor a 11 mm o el OCI esté cubierto por tejido placentario da lugar al parto por cesárea entre las 36 y 37,6 semanas gestacionales.

Palabras claves: Placenta previa; cuello uterino; hemorragia; cesárea.

Abstract

Introduction: Placenta previa is the product of abnormal placentation whose incidence is 4 to 6 per 1000 births; According to the INEC of Ecuador, 1.6% of 190 maternal deaths in 2021 were due to placenta previa. This pathology is associated with unfavorable obstetric risks for both mothers and newborns as a result of excessive blood loss.

Objective: The objective is to update the classification and treatment of this pathology, with the purpose of applying this knowledge at the first level of health care; as well as, contribute by avoiding future complications.

Method: The information was obtained from review articles and systematic reviews from PUBMED and Up to Date from the last 5 years that included placenta previa with emphasis on its classification and treatment.

Conclusion: Currently this pathology is classified into placenta previa and low placenta, when the placental edge overlaps the internal cervical os and when it is less than 20 mm from the OCI, respectively; Birth planning is part of the treatment, if the placental edge is at a distance of 11 – 20 mm from the OCI, a trial of labor may be considered for a possible vaginal birth; Otherwise, in cases where the distance is less than 11 mm or the OIC is covered by placental tissue, it results in delivery by cesarean section between 36 and 37.6 gestational weeks.

Keywords: Placenta previa; cervix; hemorrhage; Caesarean section.

Índice de contenido

Resumen.....	3
Abstract	4
Índice de contenido	5
Índice de tablas	6
Introducción	7
Desarrollo.....	9
2.1 Definición.....	9
2.2 Factores de riesgo.....	9
2.3 Fisiopatología.....	10
2.4 Clasificación.....	10
2.5 Clínica	11
2.6 Predicción.....	11
2.7 Diagnóstico	13
2.8 Tratamiento	15
Conclusiones.....	18

Indice de tablas

Tabla 1. Factores de riesgo de la placenta previa	9
Tabla 2. Predicción de placenta previa	12

Introducción

La placenta previa es una complicación obstétrica grave producto de la adherencia del tejido placentario al segmento uterino inferior que de manera parcial o completa ocluye el orificio cervical interno. Como consecuencia de la reducción del flujo sanguíneo sobre el lecho uteroplacentario, esta patología del embarazo puede provocar un desprendimiento parcial de la placenta resultando en una hemorragia prenatal grave.(1)(2)

Las mujeres con placenta previa tienen un mayor riesgo de complicaciones maternas y fetales durante el embarazo, en la mujer constituye una de las principales causas de hemorragia y mortalidad materna en todo el mundo, mientras que la complicación fetal más importante es el parto prematuro, este último es la principal causa de morbimortalidad neonatal.(1)(3)(4)

Según el INEC, Instituto Nacional de Estadística y Censo, de 190 muertes maternas registradas en el año 2021, el 38.4% se debió a causas obstétricas directas englobando a la placenta previa en este grupo con un porcentaje de 1.6%.(5)

Aunque la prevalencia de la placenta previa es del 0.56%, se informa que la incidencia de esta alteración es del 2% a las 20 semanas de gestación y tras el proceso de migración placentaria disminuye a alrededor de 4 a 6 por cada 1000 nacimientos entre las 34 y 39 semanas gestacionales; sin embargo, el riesgo de recurrencia en embarazos posteriores se ha establecido de manera porcentual entre un 4 y 8 %.(4)(2)

La incidencia de placenta previa se ha acrecentado de forma gradual con las actuales tendencias como el parto por cesárea, otras cirugías uterinas, la edad materna avanzada, la alta paridad, el tabaquismo, el consumo de cocaína y la tecnología de reproducción asistida, pudiendo ésta acarrear en una histerectomía, septicemia, ingreso a la unidad de cuidados intensivos, tromboflebitis y muerte materna.(1)

Tradicionalmente la placenta previa es clasificada como placenta previa completa cuando el tejido placentario cubre en su totalidad el orificio cervical interno, placenta previa parcial, aquella que recubre de manera incompleta el ostium interno del cérvix, y placenta previa marginal, la que se encuentra a menos de 2 cm del orificio anteriormente mencionado(6)

Es importante conocer la clasificación para brindar un tratamiento oportuno y adecuado, en base a aquello, el objetivo del presente trabajo de investigación es la actualización de la clasificación y tratamiento de esta patología, con la finalidad de aplicar estos conocimientos en el primer nivel de atención de salud; así como también, contribuir evitando futuras complicaciones tanto en la madre como en el recién nacido.

Desarrollo

2.1 Definición

La Placenta Previa, identificada por sus siglas como PP, es una patología resultante de una placentación anormal en la que la placenta se localiza erróneamente en el segmento uterino inferior ocluyendo el orificio cervical interno (OCI) pudiendo esto desencadenar una hemorragia preparto muy grave.(7)(8)

2.2 Factores de riesgo

Los factores de riesgo para el desarrollo de placenta previa son de dos tipos, como se mencionan a continuación(9)(10)

Tabla 1. *Factores de riesgo de la placenta previa*

FACTORES DE RIESGO DE LA PLACENTA PREVIA	
PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO	OTROS FACTORES DE RIESGO
Placenta previa	Procedimiento quirúrgico uterino previo
Antecedente de parto por cesárea	Paridad creciente
Gestación múltiple	El aumento de la edad materna
	Tratamiento de infertilidad
	Tabaquismo materno
	Consumo materno de cocaína
	Feto masculino

	Embolización previa de la arteria uterina
	Endometriosis
	Aborto espontaneo o inducido

Tomado de: Lockwood CJ. Placenta previa: Epidemiology, clinical features, diagnosis, morbidity and mortality. In: Levine D, Barss VA, editors. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2023.

2.3 Fisiopatología

La implantación es un proceso sumamente sistemático y complejo que requiere de un endometrio receptivo y un embrión competente, ésta al englobar las fases de aposición, adhesión e invasión resulta en una implantación óptima, por el contrario, una perturbación de la fase de aposición y adhesión provoca alteraciones de la ubicación placentaria dando lugar a una placenta baja o previa, mientras que un desperfecto en la fase de invasión origina las placentas anormalmente invasivas, englobando ambas patologías en las denominadas anomalías placentarias(11)(12)

La fisiopatología del sangrado se explica por las fuerzas ejercidas entre las contracciones uterinas y los cambios progresivos a nivel del cuello uterino y del segmento uterino inferior que conllevan a un desprendimiento placentario y por ende a una hemorragia.(9)

2.4 Clasificación

Los autores clasifican a la placenta previa de dos formas:

1. En placenta previa completa, cuando el tejido placentario recubre todo el orificio cervical interno, placenta previa parcial cuando ésta provoca una oclusión subtotal del ostium interno del cérvix, y placenta previa marginal o placenta previa

baja cuando el tejido placentario se encuentra a menos de 20 mm del orificio del endocérvix.(6)

2. Es dicotomizada en placenta previa y placenta previa baja, se cataloga como placenta previa cuando el borde placentario se superpone al OCI parcial o completamente y se etiqueta como placenta previa baja cuando el mismo está a ≤ 20 mm del orificio cervical interno, pero no sobre él.(9)(11)

Actualmente los históricos términos "marginal" y "parcial" para caracterizar la placenta previa ya no se utilizan, ya que estos se referían a la información obtenida mediante un examen vaginal digital, que debe evitarse y ya no es necesario dada la superioridad del diagnóstico por ultrasonido.(9)

2.5 Clínica

La placenta previa puede ser asintomática, y se constituye un hallazgo en la ecografía de las 18 a las 20 semanas gestacionales, periodo óptimo para valorar la anatomía fetal, ubicación de la placenta, la longitud del cérvix, la irrigación de las arterias uterinas y confirmar la edad gestacional.(9)

Desde el punto de vista clínico nos referimos a una placenta previa sintomática cuando existe el signo de sangrado placentario transvaginal, que se caracteriza en un 90% de los casos por ser indoloro; sin embargo, entre el 10 y 20% de las pacientes existirá la presencia de sangrado transvaginal acompañado de dolor y de contracciones uterinas.(9)

En pacientes con placenta previa persistente en el tercer trimestre de gestación, aproximadamente, un tercio de ellas tiene un episodio hemorrágico inicial antes de las 30 semanas de gestación, alrededor de $\frac{1}{3}$ de gestantes se vuelven sintomáticas entre las 30 y 36 semanas, el tercio restante tiene su primer sangrado después de las 36 semanas, mientras que cerca del 10 % de embarazadas alcanzan un embarazo a término sin manifestar episodios de sangrados transvaginales.(9)

2.6 Predicción

No se pueden realizar predicciones precisas de la presencia de placenta previa en el momento del parto, pero con el grado de extensión sobre el orificio cervical interno se podría brindar un asesoramiento, tomando en cuenta que entre más extendido se encuentre

el borde placentario sobre el orificio cervical interno, es más probable que persista hasta el parto.(13)

Con lo anteriormente mencionado se puede predecir que cuando más de 55 mm de tejido ocluye el OCI la probabilidad de placenta previa en el momento del parto es del 100%, si la obliteración es mayor de 25 mm la probabilidad varía entre un 40 y 60% , entre 14 - 25 mm la probabilidad de persistencia es de aproximadamente 20%, mientras que la probabilidad de permanencia del tejido placentario es cercana al 0% cuando la oclusión es menos de 14 mm.(13)

También podemos realizar una predicción de la persistencia de placenta previa para el momento del parto tomando en cuenta la edad gestacional por métodos ecográficos, se describe en el siguiente esquema.(13)(14)

Tabla 2. Predicción de placenta previa

Diagnóstico de placenta previa por métodos ecográficos	Porcentaje persistencia de placenta previa al nacimiento
15 - 19 semanas gestacionales	Con cesárea previa: 41%
	Sin cesárea previa: 20%
20 - 23 semanas gestacionales	Con cesárea previa: 73%
	Sin cesárea previa: 45%
24 - 27 semanas gestacionales	Con cesárea previa: 84%
	Sin cesárea previa: 56%

28 - 31 semanas gestacionales	88 - 89% independientemente de si tiene un antecedente de cesárea previa
32 - 35 semanas gestacionales	

Tomado de: Lockwood CJ. Placenta previa: Management. In: Berghella V, Barss VA, editors. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; Revisión de la literatura vigente hasta: septiembre de 2023. Este tema se actualizó por última vez: 31 de agosto de 2022.

Los datos de donde se extrajo información para la elaboración de esta tabla provinieron de un estudio de 714 embarazadas entre las 15 y 36 semanas que por métodos ecográficos se diagnosticó placenta previa. Se incluyó a gestantes con y sin historia de cesárea previa y se excluyó a las gestaciones múltiples.(13)(14)

El porcentaje de persistencia de placenta previa es directamente proporcional con la edad gestacional, es decir, a medida que avanza la edad gestacional el riesgo de placenta previa aumenta en dependencia y es mayor en los casos con antecedente de cesárea, a partir de la semana 28 independientemente de esta variable el riesgo de persistencia de placenta previa es de 89%.(13)

Se hace referencia al hallazgo de la longitud cervical como predictor de un episodio de sangrado antes del parto, mediante la ultrasonografía transvaginal tomamos en cuenta las siguientes características, la extensión de la placenta sobre el OCI, si la longitud cervical disminuye en más de 6mm en el segundo trimestre y si ésta misma para el tercer trimestre es menor a 3,5 cm, todo esto condiciona al sangrado.(15)(16)

2.7 Diagnóstico

Se debe sospechar de placenta previa en toda gestante con más de 20 semanas de gestación que presente sangrado transvaginal, la presencia del mismo en aquellas pacientes que no se han realizado la respectiva ecografía del segundo trimestre, debe conducirlos a realizarse este estudio imagenológico para determinar la localización de la placenta.(9)

El 5% de todas las gestantes que se realizan la ecografía del segundo trimestre son diagnosticadas con placenta previa, sin embargo, tomando en cuenta el fenómeno de migración de la placenta, donde el tejido placentario migra en dirección cefálica al fondo uterino, para el tercer trimestre en alrededor del 4.1 al 4.7% de pacientes embarazadas no persistirá la mencionada patología.(11)

Para establecer el diagnóstico de placenta previa luego de la sospecha clínica debe realizarse un estudio de imagen, la ecografía transabdominal es un examen de imagen obstétrico estándar, en el tercer trimestre de embarazo tiene una precisión del 89% para el diagnóstico de placenta previa, posterior a la visualización transabdominal de tejido placentario cerca o sobre el OCI, se indica el estudio ultrasonográfico transvaginal para determinar la posición de la placenta y así confirmar o excluir el diagnóstico.(14)

La ecografía transvaginal en comparación con la ecografía transabdominal facilita una imagen más clara de la relación entre el borde placentario y el orificio cervical interno, ofrece una precisión del 94.5% y es un método seguro que nos permite visualizar el OCI a una distancia de 20-30 mm desde el cuello uterino, a través de un ángulo óptimo entre el transductor y el mismo que no permite que se deslice inadvertidamente en el canal del cérvix.(17)

En varios estudios se ha evidenciado la superioridad de la ecografía transvaginal sobre la transabdominal para establecer el diagnóstico de placenta previa; sin embargo, no es recomendable usar la ultrasonografía transvaginal de manera rutinaria en el segundo trimestre puesto que el presunto diagnóstico provocaría ansiedad en las gestantes y un aumento de las intervenciones hospitalarias(17)

Investigaciones recientes mencionan que, aunque la ecografía transabdominal y la transvaginal tienen una especificidad y sensibilidad similar, el uso de la ultrasonografía transabdominal sola podría generar falsos negativos.(18)

El Real Colegio Británico de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) recomienda una exploración de seguimiento a las 32 semanas de gestación si la placenta se encuentra a menos de 20 mm del orificio interno en el trimestre anterior. La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canadá (SOGC) recomienda realizar una evaluación siempre y cuando la placenta alcance o se superponga al orificio cervical interno en el segundo trimestre. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) y el Real Colegio de

Australia y Nueva Zelanda de Obstetricia y Ginecología (RANZCOG) concuerdan con el RCOG.(18)

2.8 Tratamiento

La placenta previa ha sido considerada como indicación para cesárea; sin embargo, algunos autores afirman que el modo de nacimiento en casos de placenta baja y placenta previa debe basarse en un juicio clínico complementado con información imagenológica.(19)

Las tasas de éxito del parto vaginal varían ampliamente entre el 56% y 93% en dependencia de si el borde placentario está entre 10 y 20 mm del orificio cervical interno, respectivamente. Se afirmó que la calidad de la evidencia de respaldo era deficiente, lo que dificulta la recomendación de un modo de nacimiento específico basándose en los hallazgos de la ecografía.(19)(20)

No hubo consenso sobre el momento adecuado para la finalización del embarazo en mujeres que presentan placenta previa no complicada, aquella sin sangrado ni otros factores de riesgo; Diferentes guías señalan que se debe considerar el parto planificado entre las 36+0 y 37+0 semanas de gestación, al menos 37 semanas de gestación, o entre 38 y 39 semanas.(19)(21)

La cesárea debe considerarse entre las 34 + 0 y las 36 + 6 semanas para las mujeres que presenten placenta previa y antecedentes de sangrado vaginal u otros factores de riesgo asociados de parto prematuro. Sin embargo, cuando la placenta previa se acompaña de una hemorragia importante, dos directrices establecen que debe llevarse a cabo una cesárea de emergencia.(19)

La actualización más reciente sobre el manejo de la placenta previa describe que el tratamiento difiere de acuerdo al entorno clínico de la paciente, considerándose los siguientes grupos, gestantes asintomáticas y aquellas gestantes con episodio activo o sangrado agudo(13)

Los objetivos que se establecen en casos asintomáticos de placenta previa son reducir el riesgo de hemorragia placentaria, determinar la existencia de PP para el tercer trimestre y determinar el momento adecuado para la terminación del embarazo(13)(20)

Se han propuesto intervenciones para la reducción del riesgo de hemorragia en las pacientes asintomáticas, considerándose, evitar el tacto cervical en un cuello parcialmente dilatado, evitar la introducción vaginal de cualquier objeto que pudiese provocar un trauma, después de las 20 semanas evitar las relaciones sexuales que alcancen el orgasmo, evitar ejercicio sobre esforzado y permanecer de pie más de 4 horas al día, todo esto puede condicionar a una hemorragia prenatal.(13)

En las pacientes asintomáticas, con previo hallazgo de placenta previa en la ecografía del segundo trimestre, se indica una ecografía transvaginal a las 32 semanas gestacionales para determinar si la previa se resolvió con el aumento de la edad gestacional(22)(23)

Si en la ecografía de las 32 semanas no se visualiza placenta previa o placenta baja, la ubicación de la placenta se cataloga como normal y no requiere un examen de seguimiento. Si la placenta previa o placenta baja persiste se debe realizar una ultrasonografía transvaginal a las 36 semanas de gestación para finalmente encasillarla como placenta previa, placenta baja o excluir el diagnóstico.(22)

Para establecer un plan de tratamiento, a la placenta baja la podemos subdividir en aquella en que el borde placentario está a menos de 10 mm del orificio cervical interno y aquella que está a más de 10 con un máximo de 20 mm. Si en la ecografía transvaginal de las 36 semanas, la distancia placentaria se encuentra en este último grupo mencionado, se puede indicar un manejo expectante y una prueba de trabajo de parto para abrir la posibilidad de llevar a cabo un parto vaginal.(13)

Por el contrario, si en esta ecografía de seguimiento, la placenta baja está a > 10 mm del ostium interno del cérvix o si éste se encuentra ocluido, se programa un parto por cesárea entre la semana 36,0 a la 37,6 de gestación ya que el hallazgo denota una alta probabilidad que la patología persista hasta el nacimiento; dentro de lo posible y si no ha sido indicado antes, se debe administrar corticosteroides 48 horas previo al procedimiento quirúrgico.(20)

Las pacientes asintomáticas son tratadas de manera ambulatoria hasta el momento de la prueba de trabajo de parto, si fuese el caso o hasta el parto por cesárea planificado, no existen estudios que evidencian que este grupo de pacientes presentan de manera repentina un sangrado que requiera la necesidad de hospitalización.(13)(20)

En pacientes con sangrado activo no se administran tocolíticos, el objetivo es intentar mantener una estabilidad hemodinámica materno-fetal, para aquello se controla estrictamente los signos vitales y la diuresis, se extraen muestras sanguíneas, se canalizan dos vías periféricas, se administra cristaloides, se monitorea continuamente la frecuencia cardíaca fetal y se trata de cuantificar la pérdida sanguínea mientras se refiere a la paciente a un siguiente nivel de atención de salud.(14)

En casos de placenta previa sintomática, los fármacos tocolíticos han sido utilizados en esta patología como tratamiento conservador para prolongar el embarazo, puesto que se ha creído que disminuyen los episodios de sangrado a consecuencia de las contracciones uterinas; sin embargo, su uso ha sido controversial puesto que existe inseguridad en el uso rutinario del medicamento por los posibles efectos secundarios del mismo.(14)

En un estudio que abarcó 429 registros de pacientes que llegaron con sangrado activo al servicio de emergencia entre las 15 y 36 semanas de gestación y que se les confirmó el diagnóstico de placenta previa por ultrasonido, se evidenció que no existió un efecto significativo con el uso de la tocólisis en las mismas.(24)

Conclusiones

Actualmente la placenta previa cuenta con una modificada clasificación, placenta previa y placenta baja en dependencia de si ocluye o no el orificio cervical interno, es producto de una placentación anormal que se asocia con riesgos obstétricos desfavorables a consecuencia de la excesiva pérdida de sangre. El diagnóstico se lo realiza mediante la sospecha clínica de sangrado transvaginal y es confirmado únicamente mediante métodos de imagen, la ultrasonografía transabdominal y transvaginal.

Es sumamente importante, que en el informe ecosonográfico se describa la distancia entre el borde placentario y el ostium interno del cérvix en caso de placenta baja y la distancia de extensión de la placenta sobre el mismo orificio en caso de placenta previa. Un diagnóstico gestacional temprano en el segundo trimestre de gestación podría considerarse provisional debido al fenómeno de migración placentario.

Debido al alto riesgo de muerte materna y/o neonatal el tratamiento de elección es la planificación del parto por cesárea entre la semana 36 y 37 con 6 días gestacionales, sin dejar de considerar que una hemorragia importante no impide un tratamiento conservador. Cuando la placenta baja se encuentra a una distancia mínima de once milímetros del orificio cervical interno y a una distancia máxima de veinte milímetros, puede considerarse una prueba de trabajo de parto para la posibilidad de nacimiento por vía vaginal.

El porcentaje de persistencia de placenta previa siempre es mayor en los casos de mujeres con antecedentes de parto por cesárea, una mayor comprensión de la placenta previa y sus consecuencias puede permitir a los proveedores de la salud informar, asesorar y tratar mejor a los pacientes con esta afección.

Referencias

1. Zhang L, Bi S, Du L, Gong J, Chen J, Sun W, et al. Effect of previous placenta previa on outcome of next pregnancy: a 10-year retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Abril 15;20(1):212. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7161269/>
2. Balayla J, Desilets J, Shrem G. Placenta previa and the risk of intrauterine growth restriction (IUGR): a systematic review and meta-analysis. *J Perinat Med*. 2019 Agosto 27;47(6):577–84. Disponible en: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpm-2019-0116/html>
3. Jansen CHJR, van Dijk CE, Kleinrouweler CE, Holzschcherer JJ, Smits AC, Limpens JCEJM, et al. Risk of preterm birth for placenta previa or low-lying placenta and possible preventive interventions: A systematic review and meta-analysis. *Front Endocrinol*. 2022 Septiembre 2;13:921220. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9478860/>
4. Nankali A, Salari N, Kazeminia M, Mohammadi M, Rasoulinya S, Hosseinian-Far M. The effect prophylactic internal iliac artery balloon occlusion in patients with placenta previa or placental accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Biol Endocrinol*. 2021 Marzo 4;19(1):40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33663536/>
5. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA, ECUADOR 2021 [Internet]. [citado 2023 Septiembre 24]. Disponible en: <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2022/10/PRINCIPALES-CAUSAS-DE-MUERTE-MATERNA.pdf>
6. Dang X, Xiong G, Fan C, He Y, Sun G, Wang S, et al. Systematic external evaluation of four preoperative risk prediction models for severe postpartum hemorrhage in patients with placenta previa: A multicenter retrospective study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2022 Abril;51(4):102333. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468784722000253?via%3DiHub>
7. Gibbins KJ, Einerson BD, Varner MW, Silver RM. Placenta previa and maternal hemorrhagic morbidity. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018 Febrero;31(4):494–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6687304/>

8. Long SY, Yang Q, Chi R, Luo L, Xiong X, Chen ZQ. Maternal and Neonatal Outcomes Resulting from Antepartum Hemorrhage in Women with Placenta Previa and Its Associated Risk Factors: A Single-Center Retrospective Study. *Ther Clin Risk Manag.* 2021 Enero 12;17:31–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7811482/>
9. Lockwood CJ. Placenta previa: Epidemiology, clinical features, diagnosis, morbidity and mortality. In: Levine D, Barss VA, editors. *UpToDate.* Waltham, MA: UpToDate; 2023. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/placenta-previa-epidemiology-clinical-features-diagnosis-morbidity-and-mortality>
10. Jenabi E, Salimi Z, Bashirian S, Khazaei S, Ayubi E. The risk factors associated with placenta previa: An umbrella review. *Placenta.* 2022 Enero;117:21–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0143400421006184?via%3Dihub>
11. Jansen CHJR, Kastelein AW, Kleinrouweler CE, Van Leeuwen E, De Jong KH, Pajkrt E, et al. Development of placental abnormalities in location and anatomy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020 Agosto;99(8):983–93. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7496588/>
12. Jing L, Wei G, Mengfan S, Yanyan H. Effect of site of placentation on pregnancy outcomes in patients with placenta previa. *PLoS One.* 2018 Julio 17;13(7):e0200252. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6049903/>
13. Lockwood CJ. Placenta previa: Management. In: Berghella V, Barss VA, editors. *UpToDate.* Waltham, MA: UpToDate; Revisión de la literatura vigente hasta: septiembre de 2023. Este tema se actualizó por última vez: 31 de agosto de 2022. Disponible en: [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(19\)30726-1/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(19)30726-1/fulltext)
14. Jain V, Bos H, Bujold E. Guideline No. 402: Diagnosis and Management of Placenta Previa. *J Obstet Gynaecol Can.* 2020 Julio;42(7):906–17.e1. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jcu.22600>
15. Altraigey A, Ellaithy M, Barakat E, Majeed A. Cervical length should be measured for women with placenta previa: cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2021 Julio;34(13):2124–31. Disponible en: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(19\)30309-4/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(19)30309-4/fulltext)

16. Sinclair S, Masters HR, DeFranco E, Rountree S, Warshak CR. Universal transvaginal cervical length screening during pregnancy increases the diagnostic incidence of low-lying placenta and placenta previa. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2021 Enero;3(1):100255. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/placenta-previa-management>
17. Petpichetchian C, Pranpanus S, Suntharasaj T, Kor-Anantakul O, Hanprasertpong T. Comparison of transabdominal and transvaginal sonography in the diagnosis of placenta previa. *J Clin Ultrasound*. 2018 Julio;46(6):386–90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31434519/>
18. Jansen CHJR, Kleinrouweler CE, van Leeuwen L, Ruiter L, Limpens J, van Wely M, et al. Final outcome of a second trimester low-positioned placenta: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019 Septiembre;240:197–204. Disponible en: [https://www.ajogmf.com/article/S2589-9333\(20\)30223-8/fulltext](https://www.ajogmf.com/article/S2589-9333(20)30223-8/fulltext)
19. Coates D, Homer C, Wilson A, Deady L, Mason E, Foureur M, et al. Indications for, and timing of, planned caesarean section: A systematic analysis of clinical guidelines. *Women Birth*. 2020 Febrero;33(1):22–34. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519219302884?via%3Dihub>
20. Alouini S, Megier P, Fauconnier A, Huchon C, Fievet A, Ramos A, et al. Diagnosis and management of placenta previa and low placental implantation. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020 Octubre;33(19):3221–6. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2019.1570118>
21. Ornaghi S, Vaglio Tessitore I, Vergani P. Pregnancy and Delivery Outcomes in Women With Persistent Versus Resolved Low-Lying Placenta in the Late Third Trimester. *J Ultrasound Med*. 2022 Enero;41(1):123–33. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jum.15687>
22. Jansen CHJR, Kleinrouweler CE, van Leeuwen L, Ruiter L, Mol BW, Pajkrt E. Which second trimester placenta previa remains a placenta previa in the third trimester: A prospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020 Noviembre;254:119–23. Disponible en: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(20\)30546-7/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(20)30546-7/fulltext)
23. Durst JK, Tuuli MG, Temming LA, Hamilton O, Dicke JM. Resolution of a Low-Lying Placenta and Placenta Previa Diagnosed at the Midtrimester Anatomy Scan.

J Ultrasound Med. 2018 Agosto;37(8):2011–9. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jum.14554>

24. Morfaw F, Fundoh M, Bartoszko J, Mbuagbaw L, Thabane L. Using tocolysis in pregnant women with symptomatic placenta praevia does not significantly improve prenatal, perinatal, neonatal and maternal outcomes: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev. 2018 Diciembre 27;7(1):249. Disponible en:
<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-018-0923-2>