

Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina"

***PLACENTA PREVIA. INCIDENCIA, ALGUNAS
CONSIDERACIONES Y SU REPERCUSIÓN
EN LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL Y MATERNA, 1995-1996***

Dr. Jesús Hernández Cabrera¹

RESUMEN: Constituyendo la placenta previa una de las gestorragias frecuentes en la segunda mitad de la gestación, motivó un estudio en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina", durante los años comprendidos de 1995-1996 a las pacientes ingresadas en la referida institución y que se les diagnosticó una placenta previa; diagnosticada por métodos clínicos y auxiliares diagnósticos. La muestra estuvo constituida por un total de 6 398 partos, 20 de los cuales fueron clasificados como placentas previas, para una incidencia de 0,31 %. Se utilizó el método del tanto por ciento y se elaboraron tablas estadísticas que permitieron estudiar variables de interés que demostraron: Edades con mejores condiciones de fertilidad y a partir del segundo parto son los grupos de mayor riesgo, así como los antecedentes de aborto y cesárea anterior. Predominó el parto por cesárea en gestación pretérmino y pesos fetales bajos. Conteo de Apgar bajo no tuvo influencia ni participación en la mortalidad perinatal. Fue un terreno propicio para la morbilidad materna, no así la mortalidad.

Descriptores DeCS: **PLACENTA PREVIA/epidemiología; MORTALIDAD INFANTIL; MORTALIDAD MATERNA**

Las gestorragias constituyen una de las tres causas de muerte materna junto con la hipertensión gravídica y la sepsis materna;¹⁻³ se caracteriza por sangramientos que ocurren como consecuencia de un trastorno en la gestación; dicha hemorragia es una amenaza tanto para la vida de la embarazada como de su producto^{1,2,4-7} y mucho mayor el peligro si se le suma el acretismo placentario que conlleva a la histerectomía obstétrica^{4-6,8-10} ([Oliva Rodríguez J.

Placenta previa. Algunas consideraciones. Revisión de Tema. Hospital Docente Ginecoobstétrico "Ramón González Coro", 1995. La Habana.]. [Hernández Cabrera J. et al. Comportamiento de las gestorragias de la segunda mitad del embarazo. Su influencia en la morbilidad perinatal y materna, 1995-1996. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas, 1996. Trabajo presentado en la Jornada Provincial de Ginecoobstetricia y Perinatología, Matanzas, Nov. 1996].

¹ Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Instructor FCMM. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina".

Se conoce como placenta previa a la inserción de la placenta total o parcial en el canal del parto, o sea, en el segmento inferior y en el cuello¹⁻⁴, criterio mantenido por nuestras Normas.³

Múltiples causas se consideran responsables de su aparición, discutida por diferentes autores, estas son: multiparidad, alteraciones endometriales, abortos repetidos, la cesárea anterior, las sepsis ginecológicas, las malformaciones uterinas, etc., presentes por lo general una vez diagnosticada^{1,2,4,6-9,11-13} e incluso la bibliografía reciente destaca el hábito de fumar producto de la vascularización disminuida del endometrio, sobre todo en fondo y cuerpo, con casuística representativa en cuantía y en años,^{4,7,13}.

Un diagnóstico precoz mediante auxiliares como la ultrasonografía contribuyen a disminuir sus complicaciones,^{4-7,9-12} incluso poder diagnosticar si además existe acretismo placentario.

Su presencia en nuestras salas hospitalarias meritan un estudio, pues conociendo su incidencia se pueden analizar algunas variables obstétricas y ver su comportamiento en los indicadores de morbimortalidad perinatal y materna, objetivos del presente trabajo.

Métodos

Realizamos un estudio retrospectivo en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas durante el período comprendido desde 1995 a 1996, a las pacientes que ingresaron en nuestro centro y que se les diagnosticó una placenta previa.

El método utilizado fue de observación directa por el cuadro clínico característico confirmándose por las bondades de la ultrasonografía.

Se aplicó para la clasificación de los diferentes tipos de placenta previa el de nuestras Normas Nacionales de Obstetricia y Ginecología³ que los clasifican en placenta previa lateral (inserción baja), marginal y oclusiva (total o parcial).

Se habilitó un registro para el efecto, en el cual se fueron recogiendo los datos primarios que en forma de variables correlacionadas permitió el estudio estadístico y comparativo con la bibliografía al respecto, que se conformó de un total de 6 398 nacimientos, 20 placentas previas que quedaron desglosadas en:

– Inserciones baja	3	0,048 %
– Marginales	3	0,048 %
– Oclusivas	14	0,214 %

Esto permitió ver la repercusión de una incidencia de 0,31 %, que concuerda con la bibliografía de algunos autores revisados, como *Botella* 0,42- 0,93, *Lira Plascencia* 0,62⁴, *Taylor* 0,33⁶; la encontrada en nuestro medio en un estudio de gestorragia y la de *Mónica G.* 0,33 para embarazos simples y gemelares¹³ mientras que otros la ofrecen más elevada como *Sinobas del Olmo* de 0,5 a 1 % y *Hill* que la señala hasta 6,3 sin síntomas en el primer trimestre¹² por medio de sus estudios ultrasonográficos.

El método estadístico empleado fue el del tanto por ciento de forma descriptiva, ya que por lo pequeño de la muestra (20 casos), que en su mayoría corresponden a placentas previas oclusivas aplicar otro método sería forzar los mismos y recaerían todos sobre la anterior.

Se elaboraron tablas estadísticas que dan respuesta a los objetivos planteados

Desarrollo y discusión

Relacionando grupos etéreos con los tipos de placenta previa, nos encontramos

que es una entidad que apareció mayormente en el grupo de 20 a 34 años con 13 casos, para el 65 % de la casuística. La bibliografía al respecto concuerda con lo encontrado por nosotros.

Relación de los antecedentes obstétricos (historia de aborto y paridad), como puede observarse en la tabla 2 tiene una gran relevancia el antecedente de aborto presente en todos los tipos de placenta previa con 15 casos para un 75 %, seguido de la cesárea anterior con 3 casos para el 15 %.

Esto concuerda con la bibliografía revisada que plantea la influencia negativa de los abortos, así como la cesárea anterior para favorecer la génesis de la placenta previa e incluso la predisposición al acretismo placentario que complica el futuro de la paciente.

La bibliografía actual en aquellos países que tienen elevados indicadores de cesárea enfatizan la predisposición a placentas previas en la medida que la paciente es sometida a cesáreas reiteradas.

También, asimismo la bibliografía destaca las endometritis, otros tipos de cicatrices uterinas, hipoplasia uterina, malformaciones e incluso el hábito de fumar, factores estos que no estudiamos como factores favorecedores para la génesis de la placenta previa.

En cuanto a la paridad nos encontramos que fue una entidad que apareció en la medida que la mujer tenía su segundo parto con 14 casos, para el 70 % y puede observarse la gran predisposición a la variedad oclusiva.

También destaca la bibliografía que a la mujer primípara, si se le suman los antecedentes obstétricos desfavorables, el riesgo de placenta previa es mucho mayor.

Los resultados concuerdan con lo revisado anteriormente .

Al estudiar la vía del parto como nos demuestra la tabla 3, vemos que 18 casos

(90 %) motivaron el tipo de parto por cesárea, con las variedades marginales y oclusivas; con parto eútopico hubo 2 casos, (10 %) que correspondieron con la inserción baja.

Destacamos que 3 pacientes tenían el antecedente de cesárea anterior, 2 de ellas correspondían a placentas previas marginales y una a placenta previa oclusiva total.

Esto concuerda con los autores revisados, que plantean la relación tan estrecha del incremento del parto por cesárea y a mayor número de cesáreas, mayor terreno para complicaciones.

La bibliografía destaca la utilización de la ultrasonografía como un método eficaz en el diagnóstico de la placenta previa y sensibiliza que si existe el antecedente de una cesárea anterior, esta paciente debe ser sometida a estudios ultrasonográficos de mayor profundidad, como es el estudio transcervical con efecto Doppler que permite el estudio certero del tipo de placenta previa, lo que permite conductas apropiadas e incluso se llega al diagnóstico de elementos que hablan a favor del acretismo placentario.

Estudios realizados por *Hill*¹² precozmente a las 9 semanas, diagnostican la localización anómala de la placenta, permitiendo así un seguimiento adecuado y un terreno profiláctico de complicaciones y encontró que alrededor del 6,2 % de las pacientes en su primer trimestre tenían una placenta previa sin sintomatología. En estos casos el ultrasonido transvaginal con efecto Doppler ofreció más confiabilidad que el abdominal.

La relación del tiempo gestacional en semanas (se tuvo en consideración el dato de la última regla con el correspondiente ultrasonido de pesquisa) que se estudia en la tabla 4, nos encontramos con 8 pacientes para el 40 % y un caso para el 5 %, los cua-

TABLA 1. Relación de grupos etareos por años y su relación con la placenta previa.

Grupos etáreos (años)	Placenta previa				
	95-96	No. %	Ins. baja	Marginal	Oclusivas
Menor de 19	-	-	-	-	-
De 20 a 34	13	65	2	2	9
35 y más	7	35	1	1	5
Total	20	100	3	3	14

Fuente: Departamento Archivo- Estadística del Hospital materno Matanzas.

TABLA 2. Relación de la historia obstétrica (Gesta-Para) con el tipo de placenta previa.

	Placenta previa				
	95-96	No. %	Ins. baja	Marginal	Oclusivas
Con antecedentes de aborto	15	75	2	2	11
Con cesárea anterior	3	15	-	2	1
Primípara	6	30	1	1	4
Secundípara o más	14	70	2	2	10

Fuente: Departamento Archivo-Estadística del Hospital Materno Matanzas.

Tabla 3. Relación de la vía del parto con el tipo de placenta previa.

Vía del parto	Placenta previa				
	95-96	No. %	Ins. baja	Marginal	Oclusivas
Eutócico	2	10	2	-	-
Cesárea	18***	90	1	3**	14*

Leyenda: * Cesárea anterior

Fuente: Departamento Archivo-Estadística del Hospital Materno Matanzas.

les representan el 45 % de las gestaciones pretérminos y 11 pacientes para el 55 % correspondieron a gestaciones a término.

Los autores revisados ponen de manifiesto la predisposición al parto pretérmino mayormente por vía abdominal

(como se observó en la tabla anterior) con todo el riesgo que la cesárea conlleva.

Haciendo un estudio de los pesos estadísticos en g (tabla 5) 10 fetos para el 50 % tuvieron un peso entre 501 y 2 499 g, recayendo los mayores riesgos como es natural en las oclusivas.

El resto de la casuística con 10 casos para un 50 % tiene peso en los diferentes tipos de placenta previa.

Esto lo vemos muy relacionado con la tabla anterior, ya que a menor tiempo gestacional, menor es el peso anterior, esto concuerda con los autores revisados.

La correlación del conteo de Apgar al min, y a los 5 min, teniendo en consideración los criterios de asfixia perinatal enunciados por la autora, nos encontramos que al minuto 19 fetos nacieron vivos y sólo 1 para un 5 % nació muerto, correspondiendo a fetal intermedia.

Por tanto el Apgar, fue normal (entre 7-10) en 15 casos para el 75 %; moderadamente deprimido (6-4) en 1 para el 5 % y severamente deprimido (3-1) en 3 para el 15 %, por lo cual tuvimos con Apgar bajo 4 casos para el 20 %.

A los 5 min los recién nacidos tenían un Apgar normal y los 19 niños están vivos y con un seguimiento de neurodesarrollo normal atendidos por consulta hospitalaria.

En estudios realizados en nuestro medio de las gestorragias de la segunda mitad, nos encontramos que las mismas afectaron el Apgar bajo con significación de peso y dentro de estas gestorragias le correspondió al hematoma retroplacentario la mayor incidencia en el conteo de Apgar bajo y en los componentes de mortalidad perinatal, no así la placenta previa. Otros autores destacan una mortalidad perinatal elevada a la placenta previa.

Estudiando la influencia que la entidad tuvo en la morbimortalidad materna (tabla 6) de una forma descriptiva podemos obser-

var que todos los tipos de placenta previa tuvieron morbilidad materna en la que se destacan la necesidad de hemoderivados con sus posibles complicaciones con 19 casos para el 95 %, seguido de la cesárea con 18 casos para el 90 %, la sepsis con 3 casos para el 15 %, la histerectomía obstétrica con 2 casos para el 10 % y otras complicaciones (flebitis, reacciones, etc.) 5 casos para el 25 %. La placenta previa oclusiva se comportó con el mayor riesgo de complicaciones y morbilidad.

Esto se comporta con la bibliografía revisada que destaca en la entidad un terreno propicio para la morbilidad materna, así como la mortalidad.

La mortalidad materna fue nula en el período estudiado de esta entidad.

Podemos concluir que la incidencia de la placenta previa se encontró dentro de los parámetros establecidos y fue la placenta previa oclusiva la que mayores complicaciones aportó. Un perfil de mujeres con edades de mejores condiciones para la fecundidad, en su segundo parto o primíparas con antecedentes de aborto o de una cesárea previa, fueron los de mayor riesgo. Predominó el parto por cesárea con fetos pretérminos y pesos correspondientes a esa edad gestacional. El conteo de Apgar bajo no tuvo significación estadística, así como la entidad no participó en los indicadores de mortalidad perinatal.

La morbilidad materna estuvo presente en nuestras parturientas, destacándose la cesárea, uso de hemoderivados, la histerectomía obstétrica y la sepsis entre las más relevantes, no teniendo mortalidad materna.

TABLA 4. Relación del tiempo gestacional y el tipo de placenta previa.

Tiempo(sem)	95-96	Placenta previa			
		No. %	Ins. baja	Marginal	Oclusivas
Menos de 28	1	5	-	-	1
De 20,1 a 36,6	8	40	-	2	6
Más de 37	11	55	3	1	7

Fuente: Departamento Archivo-Estadística del Hospital Materno Matanzas.

TABLA 5. Relación del peso en g de los productos con el tipo de placenta previa

Peso (g)	95-96	No. %	Placenta previa		
			Ins. baja	Marginal	Oclusivas
500-999	1	5	-	-	1
1 000-1 499	-	-	-	-	-
1 500-1 999	4	20	-	2	2
2 000-2 499	5	25	-	-	5
Sub-Total	10	50	-	2	8
2 500-2 999	2	10	1	-	1
3 000-3 499	6	30	1	1	4
3 500 y más	2	10	1	-	1
Sub-Total	10	50	3	1	6
Total	20	100	3	3	14

Fuente: Departamento Archivo-Estadística del Hospital Materno Matanzas.

TABLA 6. Relación de la morbimortalidad materna y el tipo de placenta previa.

Morbilidad	95-96	Ins. baja	Placenta previa			%
			Ins. baja	Marginal	Oclusivas	
Sin morbilidad	-	-	-	-	-	-
Con morbilidad	20	3	3	3	14	100
Hemoderivados	19	3	3	3	13	95
Cesáreas	18	1	3	3	14	90
Sepsis	3	-	-	-	3	15
Histerectomía	2	-	-	-	2	10
Otras	7	2	-	-	5	35
Mortalidad materna	0	0	0	0	0	-

Fuente: Departamento Archivo-Estadística del Hospital Materno Matanzas.

Recomendaciones

Toda paciente con factores de riesgo que nos hagan pensar en posibilidad de placenta previa, debe ser estudiada minuciosamente.

Una vez hecho el diagnóstico definitivo de placenta previa a la paciente, debe ofrecérsele cuidados especiales perinatales

para lograr disminuir la morbimortalidad perinatal y materna.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración prestada para la confección de este trabajo a los alumnos de 5to. año de la FCMM: *Yoania González Meissimily, Juan Carlos Morales Valdés, Yacuelin Baluja Soledad y Milagros Díaz Rodríguez.*

SUMMARY: Placenta previa one of the frequent gestorrhagias in the second half of pregnancy led to conduct a study of the patients admitted in the "Julio Alfonso Medina" Gynecobstetric Teaching Hospital of Matanzas from 1995 to 1996 with placenta previa diagnosed by clinical diagnostic and auxiliary methods. The sample was composed of 6 398 deliveries, 20 of which were classified as placenta previa for an incidence of 0.31 %. The percentage method was used and statistical tables were made that allowed to study variables of interest that showed those ages with better fertility conditions, the groups at higher risk after the second delivery, as well as the previous abortions and cesarean sections. There was a predominance of cesarian section in preterm gestation and of low fetal weight. Apgar score neither influenced on nor participated in perinatal mortality. It was a propitious ground for maternal morbidity, but not for mortality.

Subject headings: **PLACENTA PREVIA/epidemiology; INFANT MORTALITY; MATERNAL MORTALITY.**

Referencias bibliográficas

1. Botella Llusia G. Placenta Previa en Tratado de Ginecología. Patología Obstétrica. Editorial Científico Médica 1981. Capítulo XXXII, 671-94.
2. Sinobas del Olmo. Gestorrhagias: Placenta previa en Obstetricia y Ginecología. Tomo II, 1987. Editorial El estudiante de Medicina. La Habana, 61-71.
3. Placenta previa en Manual de Procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Grupo Nacional de Obstetricia, 1991, Habana-MINSAP. Editorial Científico Médica. Capítulo 22, 132-4.
4. Lira Plascencia J. et al. Placenta previa, repercusiones maternas y perinatales. Análisis de 170 casos Ginecol Obstet Mex 1995;63,175-88.
5. Nadal M de. et al. Placenta previa, acreta e histerectomía obstétrica. Rev Esp Anestesiol-Reanim. 1995 42(4):145-47.
6. Lira Plascencia J. et al. Placenta previa acreta y cesárea previa. Ginec Obstet Mex 1995; 63:337-40.
7. Taylor V. W. et al.: Increased risk of placenta previa among women of Asian origen. Obstet Gynecol 1995;86(5):805-8.
8. Hershkowitz R. et al. One or multiple previous cesarean sections are associated with similar increased frequency of placenta previa. Eur JJ Obstet Gynecol -Reprod Biol 1995; 62(2):185-8.
9. To WW. et al. Placenta previa and previous cesarean section. Inst J Gynecol Obst.; 1995;51(1):25-11.
10. Rashbaum W.K. et al. Placenta accreta encountered during dilation and evacuation in the second trimester. Obstet Gynecol 1995;85(5. P.I.) 701-3.
11. Tan N.H. et al: Transvaginal sonography in the diagnosis of placenta previa. Aust NZJ Obstet Gynecol 1995;35(1):42-5.
12. Hill L.M. et al. Transvaginal sonographic evaluation of first trimester placenta previa. Ultrasound Obset Gynecol 1995 5(5):301-3.
13. Mónica G. et al. Placenta previa maternal smoking and recurrence risk. Acta Obstet Gynecol Scand. 1995;14(5):341-5.

Recibido: 22 de septiembre de 1998. Aprobado: 30 de septiembre de 1998.

Dr. **Jesús Hernández Cabrera**. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina", Matanzas, Cuba.