



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 31 de Diciembre de 2019

VISTO: El Expediente N° 30360-2019, con el Informe Técnico N° 121-OGC-HCH-2019, de la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Oficio N° 508-DGOBS-2019-HCH, del jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, y el Informe de Asesoría Jurídica N° 1464-2019-OAJ/HCH, y;

CONSIDERANDO:

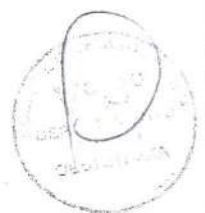
Que, el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; Asimismo, señala que la información en salud es de interés público. Toda persona está obligada a proporcionar a la Autoridad de Salud la información que le sea exigible de acuerdo a ley. La que el Estado tiene en su poder es de dominio público, con las excepciones que establece la ley;

Que, a través de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas de los servicios de salud, se modificó la Ley General de Salud, en cuanto al Acceso a los Servicios de Salud, Acceso a la Información, Atención y recuperación de Salud; así como las incompatibilidades, limitaciones y prohibiciones y vulneración de derechos en los servicios de salud;

Que, con Resolución Ministerial N° 302-2015-MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 414-2015-MINSA, se aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica" el cual tiene la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad, a través de la formulación de Guías de Práctica Clínica que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016-MINSA del 28 de octubre del 2016 se aprobó las "Normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o



actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, a través del Oficio N° 508-DGOBS-2019-HCH, el jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, solicita la aprobación de la Guía de Práctica Clínica de Diagnostico y Tratamiento de Placenta Previa, cuya finalidad es establecer una herramienta eficaz a través de evidencia científica actualizada para estandarizar los actos y procedimientos médicos quirúrgicos que apoyen la toma de decisiones y la elección de una intervención durante el proceso de atención de una paciente con diagnósticos relacionados con placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta;

Que, estando a lo propuesto por el jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad; y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 1464-2019-OAJ/HCH;

Con visación del jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, de la jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y de la jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en el TUO de la Ley N° 27444, aprobado por D.S. N° 004-2019-JUS, Ley de Procedimiento Administrativo General y el artículo 6°, literal e) del Reglamento de Organizaciones y Funciones del Hospital Cayetano Heredia; aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007-MINSA, con fecha 09 marzo del 2007, que establece que es atribución del Director General la prerrogativa de expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la Guía de Práctica Clínica de Diagnostico y Tratamiento de Placenta Previa.

Artículo 2°.- ENCARGAR al jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de la Guía aprobada a través del artículo 1° de la presente Resolución Directoral.

Artículo 3°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

() ACPR/BIC/Chg.
DISTRIBUCIÓN:

- () DG
- () OGC
- () DGO
- () OAJ
- () OC



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

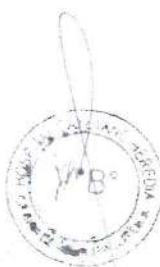
**HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA**

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE
PLACENTA PREVIA**

**RESPONSABLE:
DRA. FIORELLA PAOLA DEL CARMEN CASTILLO VELASQUEZ**

**LIMA - PERÚ
2019**

Página 1 de 12



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PLACENTA PREVIA

I. FINALIDAD

La finalidad de esta guía es establecer una herramienta eficaz, a través de evidencia científica actualizada, para estandarizar los actos y procedimientos médicos quirúrgicos que apoyen la toma de decisiones y la elección de una intervención durante el proceso de atención de una paciente con diagnósticos relacionados con placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta

II. OBJETIVOS

Los objetivos de esta guía son:

Identificar los factores de riesgo asociados a una mayor incidencia de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta

Identificar los signos y síntomas que permiten el diagnóstico placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta la evaluación de su gravedad para iniciar el tratamiento apropiado.

Describir una secuencia ordenada de intervenciones eficaces para el tratamiento de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta de segunda mitad del embarazo

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La utilidad que merezca la presente Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta, está dirigida a todos aquellos profesionales que laboran en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia; siendo reevaluada y renovada cada 3 años, de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología, así como las necesidades y realidad de la institución (según NT N° 117 Elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica-MINSA, RM N° 302-2015/MINSA; las guías de práctica clínica deben ser actualizadas cada tres años).

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PLACENTA PREVIA

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO

Placenta previa sin hemorragia O44.0
Placenta previa con hemorragia O44.1

V. CONSIDERACIONES GENERALES



Página 2 de 12



5.1. DEFINICIÓN

Placenta previa: placenta que se inserta en el segmento inferior del útero próxima o cubriendo el orificio cervical interno.

5.2 ETIOLOGIA

La etiología exacta de la placenta previa se desconoce. Pero se han identificado condiciones que se asocian con mayor incidencia de este cuadro:

- Alteraciones endometriales (inflamatorias o atroficas) o miometriales
Antecedentes de cesárea, legrado uterino, multiparidad, edad materna avanzada, periodo intergenesico breve, miomas, endometritis, antecedente de placenta previa.
- Alteraciones relativo a masa placentaria:
Embarazo gemelar, eritroblastosis, tabaquismo.

La placenta previa diagnosticada durante el 2do trimestre no suele persistir hasta el término. Se cree que las razones de esta aparente migración placentaria son crecimiento del segmento inferior uterino (20 sem 0.5cm/ término 5cm) y trofotropismo en el cual las células trofoblásticas buscan áreas mayormente vascularizadas hacia el fondo uterino, esto resulta en la aparente migración de la placenta lejos del cicatrizado y menos perfundido segmento inferior uterino.

5.3 FISIOPATOLOGIA

La placenta previa tiene como característica que se desprende marginalmente con cierta facilidad, bien de manera espontánea o secundariamente a manipulación, dinámica uterina, etc. La hemorragia que se ocasiona habitualmente del compartimiento materno (desprendimiento de la cara esponjosa de la placentación), sin participación del feto, por ello se observa una alteración clínica severa en el recién nacido (anemia), inclusive en casos de sangrado importante. Sin embargo, ocasionalmente pueden romperse de las vellosidades coriales, con la consiguiente pérdida sanguínea fetal.

La ubicación de la placenta previa en el segmento inferior del útero la hace más proclive a sangrar ya que a ese nivel la decidua es más delgada y con menor vasculatura por lo que la placenta es más extendida, aplanada e irregular, con escaso desarrollo de tabiques entre cotiledones. Debido a ello es más frecuente una invasión trofoblástica, por lo que se asocia a acretismo placentario.

Además el segmento inferior tiene menos fibras musculares y mayor fibras colágenas por ello menor potencial de colapsar vasos sanguíneos, dificultando la hemostasia.



La placenta previa sangra solo si se desprende. Las causas de desinserción son:

- Formación y crecimiento del segmento inferior, contracciones de Braxton Hicks en cada contracciones el cuerpo uterino elonga el segmento inferior.
- En el parto: por contracciones del trabajo de parto, tracción de membranas (contracciones impulsan las membrana al canal cervical y dilatación cervical)

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

En embarazos únicos la prevalencia de placenta previa es de 2.8 por 1000 gestaciones y de 3.9 en embarazos gemelares. La placenta previa se asocia con acretismo placentario en el 5% de los casos sin antecedente de cesárea y en el 40% de casos con antecedente de cesárea.

5.5 FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS

5.5.1 Medio ambiente

Tabaquismo
Uso de cocaína

5.5.2 Estilos de vida y antecedentes maternos

Aborto previo
Edad materna avanzada
Embarazo múltiple
Cesarea anterior
Uso tratamiento de infertilidad
Procedimiento uterino
Antecedente de placenta previa

VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLINICO

6.1.1. Signos y Síntomas

El signo clásico de la placenta previa es la hemorragia roja, fresca y rutilante, indolora (salvo que se asocie a contracciones) con presentación insidiosa, escasa o abundante y recidivante.

La precocidad de la primera hemorragia indica un mal pronóstico evolutivo.

Exploración: útero relajado e indoloro.

No realiza tacto vaginal para el diagnóstico, porque incluso el más suave puede terminar en hemorragia (1 de 16 tactos desencadena hemorragia importante, y 1 de 25 llega a shock)



6.1.2 Interacción cronológica

Existe 2 tipos de presentación: placenta previa asintomática y placenta previa sangrante.

6.1.3 Graficos ,diagramas,fotografías

Complete placenta previa



Transabdominal study shows the placenta completely covering the internal os (arrow). A central placenta previa occurs when the internal os is approximately equidistant from the anterior and posterior placental edges; 20 to 30 percent of complete previas are central.

Courtesy of Deborah Levine, MD.

UpToDate

Figura 1

Complete placenta previa

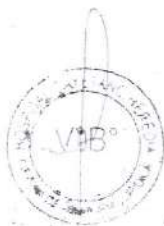


Transabdominal study shows the placenta completely covering the internal os (arrow). A central placenta previa occurs when the internal os is approximately equidistant from the anterior and posterior placental edges; 20 to 30 percent of complete previas are central.

Courtesy of Deborah Levine, MD.

UpToDate

Figura 2



Low-lying placenta



Transvaginal study shows a posterior placenta with the tip of the placenta on the internal os (arrow). The placenta is adjacent to the internal os but does not cover it.

Courtesy of Deborah Levine, MD.

UpToDate

Figura 3

6.2. Diagnóstico

6.2.1 Criterios Diagnósticos

Es basado en la identificación por ecografía transvaginal (VPP 93%, VPP 98%) de tejido placentario que se extiende sobre el orificio cervical interno (Figura 1)

Si se realiza ecografía abdominal donde se sospecha de placenta previa, se debe complementar con ecografía transvaginal para su correcto diagnóstico, ya que la visualización se dificulta en placenta en ubicación posterior, pacientes obesas y con sobredistensión vesical.

Se considera dos tipos de placenta previa:

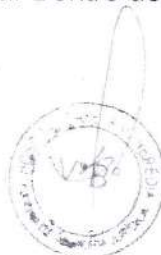
- Placenta previa: placenta cubre o sobrepasa el orificio cervical interno (Figura 2)
- Placenta de implantación baja: placenta está implantada en el segmento uterino inferior, el borde placentario se encuentra a menos de 2cm de orificio cervical interno. (Figura 3)

6.2.2 Diagnóstico diferencial

La hemorragia del tercer trimestre comprenden las de origen obstétrico y las ginecológicas coincidentes con la gestación.

Causas Ginecológicas:

Pueden presentarse en forma independiente de la gestación. Ocurre a nivel del cuello uterino, vagina y vulva. Dentro de ellas:



- Cervicitis
- Erosiones cervicales (postcoitales)
- Polipos endocervicales
- Cancer de cervix
- Infecciones vaginales
- Cuerpos extraños
- Laceraciones genitales
- Varices cervicales, vaginales o vulvares

Causas Obstétricas:

Dependen exclusivamente de la gestación. Son una emergencia obstétrica.

- Desprendimiento prematura de placenta (DPP)
- Rotura uterina
- Rotura de vasa previa
- Rotura del seno marginal

6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1. De patología clínica

- Hemograma completo
- Grupo Sanguíneo y factor Rh
- Perfil de coagulación (TP, TTP, INR)
- Glucosa
- Urea
- Creatinina
- Pruebas cruzadas

6.3.2 De imágenes

- Ecografía transvaginal (diagnóstico)
- Ecografía obstétrica 2D y doppler (descartar acretismo placentario y vasa previa)

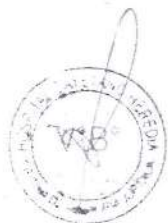
6.3.3 De exámenes especializados complementarios

No aplica

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medida general y preventiva

1. Hospitalización
2. Monitoreo funciones vitales
3. Vía periférica permeable
4. Valorar estado hemodinámico



Página 7 de 12



5. Realizar exámenes prequirúrgicos

6.4.2. Terapéutica

Según la magnitud de la hemorragia, edad gestacional y tipo de placenta previa.

Placenta previa asintomática

Los objetivos de tratamiento son:

1. Determinar si la placenta previa se resuelve con el avance de la gestación
2. Prevenir y tratar anemia en los controles prenatales.
3. Determinar si se asocia a acretismo placentario. (Veáse guía de acretismo placentario)
4. Reducir el riesgo de sangrado (no relaciones sexuales, evitar estreñimiento)
5. Maduración pulmonar con corticoides disponibles. Dexametasona 6mg cada 12 horas IM/ Betametasona 12 mg IM cada 24 horas.
6. Determinar la semana de gestación en el cual se hará el término de gestación, si la placenta previa persiste. Se recomienda valorar término de gestación luego 37 semanas

Placenta previa sangrante

Objetivos de tratamiento:

1. Estabilización y mantenimiento hemodinámica materna
2. Determinar si cesárea de emergencia esta indicada

El manejo se basa en el control intrahospitalario, a través de:

1. Estabilización hemodinámica: Abrir una vía venosa con catéter N° 18 e iniciar infusión con Solución Salina 0,9 % 1000 cc a 60 gotas/minuto.
2. Colocación de sonda Foley N° 14.
3. Monitoreo de funciones vitales y diuresis.
4. Control del bienestar fetal. Monitoreo fetal permanente.
5. Solicitar exámenes auxiliares. Si se sospecha conjuntamente DPP añadir fibrinogeno.
6. Maduración pulmonar con corticoides en fetos ≤ 34 semanas.
7. Neuroprotección con sulfato de magnesio entre las 24 y 31.6 semanas, según protocolo específico
8. No realizar tactos vaginales.
9. Solicitar pruebas cruzadas— Mantener el hematocrito materno ≥ 30 % y la hemoglobina ≥ 10 g %
10. Si la madre es RH (-) tiene riesgo de sensibilización; está indicado el uso de inmunoglobulina anti RH.



Si la hemorragia compromete el estado hemodinámico materno y/o fetal, el tratamiento se orientará al soporte vital y a la interrupción inmediata del embarazo por cesárea con independencia de la edad gestacional, la condición fetal o el tipo de placenta previa.

Manejo expectante luego de placenta previa sangrante

Se puede ofrecer a aquellas pacientes donde luego del evento de sangrado, están hemodinámicamente estables y pruebas de bienestar fetal dentro de los límites normales.

Objetivos del tratamiento:

Mantener el embarazo para asegurar el crecimiento fetal, sin comprometer el estado hemodinámico de la madre.

1. Reposo absoluto
2. Dieta alta en fibra
3. Monitoreo de sangrado vaginal
4. Monitoreo de funciones vitales
5. Corrección de anemia con hemoderivados, hierro endovenoso o hierro oral, dependiendo del grado. Solicitar depósitos de sangre.
6. Culminar maduración pulmonar en caso sea indicado
7. Si la madre es RH (-) tiene riesgo de sensibilización; está indicado el uso de inmunoglobulina anti RH.

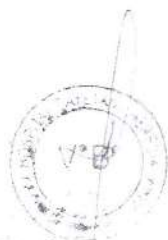
Si la hemorragia cede y el estado materno-fetal es adecuado, podemos plantearnos el manejo ambulatorio tras 72 horas de ausencia de hemorragia, siendo importante que la paciente acuda al hospital si presenta un nuevo episodio hemorrágico, por pequeño que sea.

Se decide suspender el manejo expectante y proceder a término de gestación de acuerdo a las siguientes indicaciones:

- Trabajo de parto
- Sangrado vaginal con pruebas de bienestar fetal alteradas.
- Sangrado vaginal severo y persistente que no permita asegurar estado materno.
- Sangrado vaginal significativo luego de las 34 semanas.

Manejo del parto:

En pacientes con placenta previa total asintomática y tratamiento conservador expectante, se finalizará la gestación de forma electiva en la semana 36 -37.6 semanas



En pacientes con episodios de sangrado previo valorar finalización de la gestación de forma electiva entre la semana 36 a 37.6 semanas.

En el caso de encontrar concomitantemente acretismo placentario, manejar según protocolo de éste.

Si es una placenta previa de baja inserción, se puede esperar al inicio del parto y decidir la vía del parto en función de la evolución del caso.

Se debe disponer de sangre y pruebas cruzadas en cantidad suficiente.

- Cesárea: El lugar de la incisión será aquél que mejor evite la inserción placentaria y permita la extracción rápida y atraumática del feto.

- Parto vaginal: Se permitirá la evolución del parto si este transcurre sin hemorragia o con sangrado mínimo y el estado materno y fetal no se altera. Debe realizarse monitorización materno-fetal continua, si el cuello uterino es favorable, debe realizarse la amniorrexia para facilitar el descenso de la cabeza fetal y que comprima el borde placentario y disponer de sangre, pruebas cruzadas y quirófano preparado.

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

6.4.4 Signos de alarma

Pacientes con placenta previa que presenten:

1. Sangrado vaginal
2. Dolor y contracciones regulares

6.4.5. Criterios de alta

1. Gestante con placenta previa donde sangrado vaginal haya cedido dentro las 72 horas y se compruebe bienestar materno fetal.
2. Luego de parto vaginal 24 horas y cesárea 72 horas.

6.4.6. Pronóstico

Reservado. Educar a la paciente y su familia sobre los signos de alarma que se pudieran presentar.

6.5 COMPLICACIONES

1. Anemia
2. Hemorragia postparto
3. Óbito fetal
4. Parto prematuro
5. Muerte materna



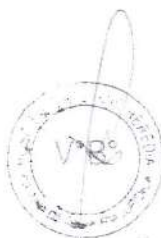
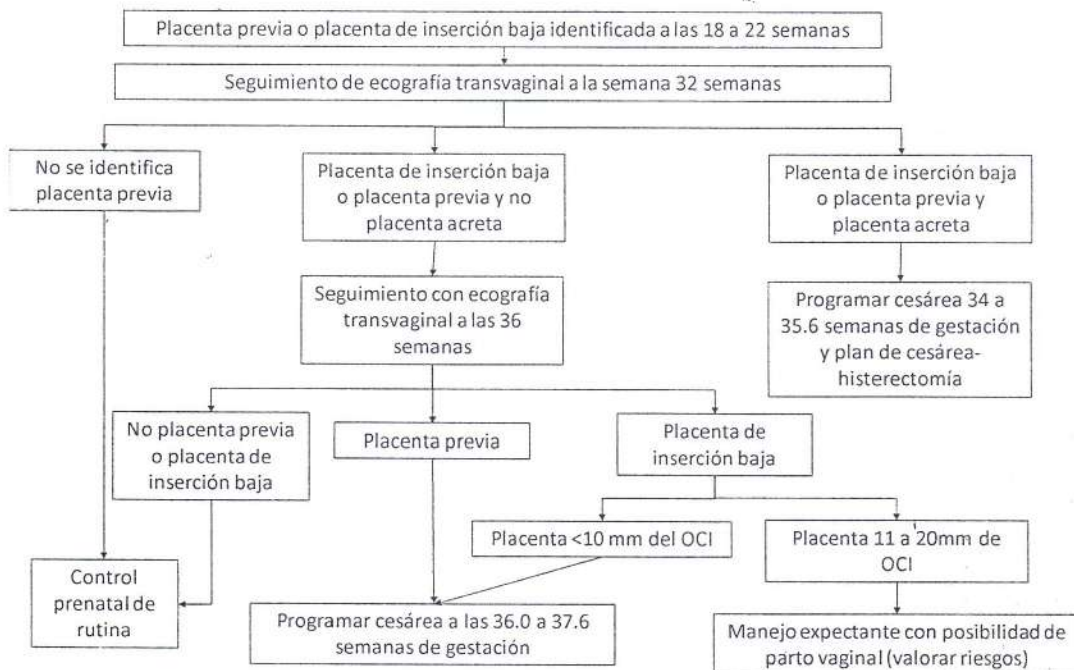
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Criterios de referencia: como Hospital del 3er nivel tenemos un poder resolutivo adecuado para este tipo de patología.

Criterios de contrarreferencia:

Paciente deberá ser referida a su Centro de Salud luego del primer control postparto al encontrar que la paciente se encuentre estable y sin comorbilidades.

6.7 FLUXOGRAMA



VII. ANEXOS.

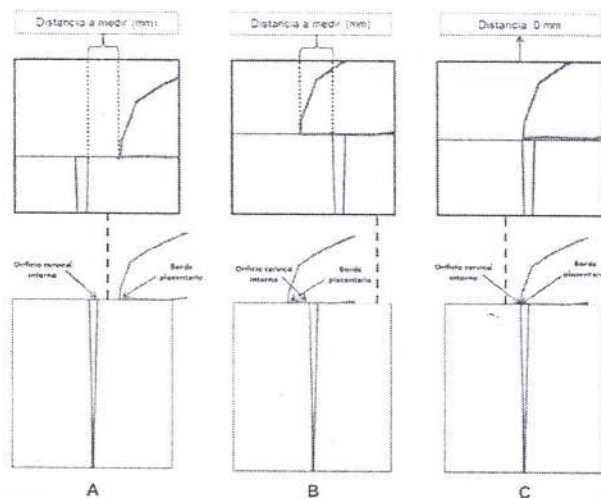


Figura 1. Esquema que representa la relación del borde placentario con el orificio cervical interno tras la evaluación ecográfica endovaginal. A. El borde placentario se encuentra cercano al orificio cervical interno, se deberá reportar la distancia entre el borde y el borde del OCI; expresar en mm. B. El borde placentario "rebasa" al OCI. En el reporte se deberá expresar en mm la distancia del borde placentario al límite del OCI. C. El borde placentario coincide con el borde del OCI; en este caso en el reporte se deberá registrar que la distancia es de 0 mm. (Basado en: Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Clinical Practice Guideline. Diagnosis and management of placenta previa. J Obstet Gynaecol Can 2007;29:261-66).

VIII. Referencias Bibliográficas o Bibliografía

1. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología Instituto Nacional Materno Perinatal. 2018. Pág.42-45.
2. ACOG committee opinion no. 764: Medically indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries American College of Obstetricians and Gynecologists Obstet Gynecol. 2019
3. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #44: Management of bleeding in the late preterm period. Am J Obstet Gynecol. 2018;218(1):B2. Epub 2017 Oct 25.

