



Información para usted

Publicado en septiembre de 2018

Placenta previa, placenta acreta y vasa previa

Acerca de esta información

Esta información es en el caso de que usted tenga placenta previa (cuando la placenta está baja después de la semana 20 de embarazo) o una placenta acreta (cuando la placenta se adhiere al músculo del útero). También incluye información sobre la vasa previa. Además, puede serle útil en el caso de que sea pareja, familiar o amigo/a de una persona que esté en esta situación.

El objetivo de esta información es ayudarle a comprender mejor su salud y las opciones que tiene de tratamiento y cuidados. El equipo de atención sanitaria está para ayudarle a que tome las decisiones más adecuadas para usted. Pueden ayudarle evaluando su situación y respondiendo a sus preguntas.

Puntos claves

- La placenta previa ocurre cuando la placenta (y las membranas que envuelven al feto y el cordón umbilical), crece en la parte baja del útero (la matriz) y algunas veces, cubre la cérvix (el cuello del útero).
- Esto puede causar abundante sangrado durante el embarazo o en el parto.
- Si tiene placenta previa, seguramente su bebé nazca por cesárea.
- La placenta acreta es una afección poco frecuente, pero grave, que ocurre cuando la placenta se adhiere al músculo del útero u otro órgano, como la vejiga. Es más común si ya tuvo parto por cesárea. Puede causar abundante sangrado en el parto.
- La vasa previa es una afección muy poco frecuente donde los vasos sanguíneos que van desde su bebé hasta la placenta, sin la protección del tejido placentario ni del cordón umbilical, pasan cerca del cuello uterino. Si estos vasos se desgarran puede ser muy peligroso para su bebé.



En este prospecto se utilizan los términos “mujer” y “mujeres”. Sin embargo, este prospecto no es solo para las personas que se identifican como mujeres. La atención que se le brinde debe ser personalizada, inclusiva y sensible a sus necesidades, independientemente de su identidad de género.

Puede consultar un glosario de términos médicos en el sitio web del RCOG en:

<https://www.rcog.org.uk/for-the-public/a-z-of-medical-terms/>.

¿Qué es la placenta previa?

Durante el embarazo, la placenta y el bebé se desarrollan al mismo tiempo en el útero. La placenta se adhiere a la pared del útero y sirve de conexión entre usted y su bebé. A través de la placenta, el oxígeno y los nutrientes de su sangre pasan a la sangre del bebé. La placenta se expulsa poco después de que nazca el bebé, y a veces se le llama las secundinas.

En algunas mujeres, la placenta se adhiere en la parte baja del útero y puede llegar a cubrir la cervix (el cuello uterino) total o parcialmente. En la mayoría de los casos, según crece el útero durante el embarazo, la placenta se desplaza hacia arriba y se retira. Sin embargo, en algunas mujeres, la placenta permanece en la parte baja del útero durante el resto del embarazo. Esta afección se denomina placenta baja si la placenta se encuentra a menos de 20 mm de la apertura del cuello uterino, y placenta previa si la placenta cubre completamente el cuello uterino.

La placenta previa es más frecuente en el caso de haber tenido uno o más partos por cesárea, si se realizó tratamiento de fertilidad para quedar embarazada o en el caso de que fume.



¿Qué riesgos corremos mi bebé y yo?

Existe el riesgo de hemorragia vaginal, sobre todo en el tercer trimestre de embarazo, ya que la placenta se sitúa en la parte baja del útero. La hemorragia por placenta previa puede ser excesiva y, puede poner en riesgo su vida y la de su bebé.

Es posible que su bebé tenga que nacer por cesárea porque la placenta puede obstruir el canal del parto, impidiendo un parto vaginal.

¿Cómo se diagnostica la placenta previa?

En la ecografía rutinaria de la semana 20 se controla si la placenta está baja. La mayoría de las mujeres que tienen placenta baja en la semana 20 no la tendrá más adelante en el embarazo.

9 de cada 10 mujeres con placenta baja en la ecografía de la semana 20 se les habrá resuelto en la ecográfica de seguimiento, y solo 1 de cada 200 mujeres en total tendrá placenta previa al final del embarazo. Si ya tuvo un bebé por cesárea, es menos probable que la placenta se desplace hacia arriba.

La placenta previa se confirma con una ecografía transvaginal, en la que la sonda se introduce con cuidado en la vagina. Este procedimiento es seguro para usted y su bebé, y puede realizarse en el tercer trimestre de embarazo para comprobar exactamente dónde está la placenta.

Si hay hemorragia en la segunda mitad del embarazo, puede sospecharse la presencia de placenta previa. El sangrado de placenta previa normalmente no duele y, puede producirse después de tener relaciones sexuales.

La placenta previa también puede sospecharse en el tercer trimestre de embarazo si el bebé está en una posición poco usual, por ejemplo, de nalgas o atravesado en el útero (situación transversal).

¿Qué cuidados prenatales especiales debo tener si tengo la placenta baja?

Si la placenta está baja en la ecografía de la semana 20, se le realizará una ecografía de seguimiento en la semana 32 de embarazo para comprobar si la placenta continúa baja. Suele realizarse una ecografía transvaginal. Si la placenta continúa baja, se le realizará otra ecografía en la semana 36 de embarazo.

La longitud del cuello uterino puede medirse en la ecografía de la semana 32, para predecir la posibilidad de un parto prematuro o un mayor riesgo de hemorragia.

Si tiene placenta previa, presenta más riesgo de tener un parto prematuro (menor a la semana 37 de embarazo), y es posible que se le ofrezca una serie de inyecciones de corticoides entre la semana 34 y 36 de embarazo para ayudar en la maduración del bebé. Consulte la información para pacientes del RCOG Corticosteroides en el embarazo para reducir las complicaciones de un parto prematuro (<https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-all-patient-information-leaflets/corticosteroids-in-pregnancy-to-reduce-complications-from-being-born-prematurely-patient-information-leaflet/>).

Si comienza el trabajo de parto antes de tiempo, es posible que se le ofrezca un tipo de medicación (conocida como tocólisis), la cual se administra para intentar detener las contracciones y así suministrarle un tratamiento con corticoides.

Los cuidados adicionales, por ejemplo si necesita ser hospitalizada o no, dependerá de sus circunstancias personales. Aún cuando no haya tenido síntomas antes, existe un mínimo riesgo de que pueda sangrar de forma repentina y abundante, lo que puede significar que deba tener una cesárea de urgencia.

Si sabe que tiene la placenta baja, deberá comunicárselo al hospital inmediatamente en caso de que tenga hemorragia vaginal, contracciones o dolor. En caso de hemorragia, es posible que el médico le realice un examen con espéculo para confirmar la cantidad de sangre perdida y su procedencia. Este es un procedimiento seguro y se le pedirá su consentimiento de antemano.

Debe evitar estar anémica durante el embarazo, llevando una alimentación sana y tomando suplementos de hierro, si se lo recomienda su equipo de atención sanitaria. Durante el embarazo, se le realizarán análisis de manera regular para controlar los niveles de hemoglobina en sangre (para saber si está anémica).

¿Cómo nacerá mi bebé?

Hacia el final del embarazo, una vez confirmada la placenta previa, tendrá la oportunidad de analizar sus opciones de parto con su profesional de la salud.

El equipo sanitario analizará con usted la forma más segura de dar a luz en función de sus circunstancias personales.

Si en la ecografía de la semana 36 el borde de la placenta está a menos de 20 mm de la entrada del cuello del útero, la cesárea será la forma más segura de dar a luz. Si la placenta está a más de 20 mm del cuello del útero, puede elegir el parto vaginal.

A menos que usted tenga hemorragia abundante o recurrente, la cesárea suele practicarse entre las semanas 36 y 37. Si tuvo hemorragia vaginal durante el embarazo, es posible que se le practique la cesárea antes.

Si va a someterse a una cesárea, en el momento del parto deben estar presentes un anestesista y un obstetra con experiencia, y debe dar a luz en un hospital que esté equipado para atenderla en el caso de abundante hemorragia. Esto es importante especialmente en el caso de que haya tenido una o más cesáreas antes.

El anestesista le explicará las opciones de anestesia si va a dar a luz por cesárea.

Durante la cesárea, es posible que experimente sangrado más abundante de lo normal. Los médicos tienen muchas opciones para detener la hemorragia, pero si continúa y no puede controlarse de otra manera, es posible que sea necesario realizar una histerectomía (extirpación del útero).

Si sufre hemorragias abundantes antes de la fecha prevista para el parto, es posible que le recomienden dar a luz antes de lo esperado.

Si tiene placenta previa, tiene más probabilidades de necesitar una transfusión de sangre, en particular si sufre hemorragias muy abundantes. Durante la cesárea programada, debe haber sangre disponible en el caso de que la necesite. Si cree que nunca podría aceptar una transfusión de sangre, debe explicárselo a su equipo sanitario lo antes posible durante el embarazo. Esto le dará la oportunidad de hacer preguntas y de analizar planes alternativos en caso de que sea necesario. Para obtener más información, consulte la información del paciente de RCOG Blood transfusion, pregnancy and birth (Transfusión de sangre, embarazo y parto): (<https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-all-patient-information-leaflets/blood-transfusion-pregnancy-and-birth-patient-information-leaflet/>).

¿Qué es la placenta acreta?

La placenta acreta es una complicación del embarazo poco frecuente (entre 1 de cada 300 y 1 de cada 2000). Se produce cuando la placenta crece dentro del músculo del útero, lo cual dificulta la expulsión de la placenta en el momento del parto.

La placenta acreta es más común en las mujeres con placenta previa que hayan tenido uno o más partos por cesárea, aunque también puede producirse si se sometieron a otra cirugía en el útero, o si presentan alguna anomalía uterina, como fibromas o un útero bicorne. Es más frecuente si se es mayor de 35 años o si se ha sometido a un tratamiento de fertilidad, particularmente a una fecundación in vitro (FIV).

La placenta acreta puede diagnosticarse durante las ecografías que le hacen durante el embarazo. Otras pruebas, como la resonancia magnética (RM), pueden ayudar al diagnóstico, pero su médico solo podrá confirmar que padece esta afección en el momento de la cesárea.

Si padece placenta acreta, es posible que se produzca hemorragia al intentar expulsar la placenta después de que haya nacido el bebé. El sangrado puede ser abundante, y es posible que necesite una histerectomía para detenerlo. Existe el riesgo de que se produzcan lesiones en la vejiga durante la expulsión de la placenta, lo cual depende de sus circunstancias personales.

Si antes de que nazca el bebé se diagnostica la existencia de placenta acreta, el médico le explicará las opciones y los cuidados adicionales que necesitará en el momento del parto. En función de sus circunstancias personales, es posible que deba planificarse un parto prematuro, entre las semanas 35 y 37 de embarazo. Deberá dar a luz en un hospital con instalaciones especializadas y un equipo con experiencia en la atención a mujeres con esta afección. Si se confirma la presencia de placenta acreta en el momento del parto, su equipo puede analizar con usted sobre la opción de realizar una histerectomía por cesárea programada (la extirpación del útero con la placenta todavía en su lugar, inmediatamente después del nacimiento del bebé).

Existe la posibilidad de dejar la placenta en su lugar después del parto para permitirle que se disuelva con el paso de las semanas o meses. Lamentablemente, este tipo de tratamiento no suele ser exitoso y puede asociarse con complicaciones muy graves, como hemorragias e infecciones. Algunas mujeres seguirán necesitando una histerectomía.

Su equipo sanitario analizará con usted un plan de cuidados específico en función de su situación personal.

¿Qué es la vasa previa?

La vasa previa es una enfermedad muy poco frecuente que afecta a entre 1 de cada 1200 y 1 de cada 5000 embarazos. Se produce cuando los vasos sanguíneos que van del bebé a la placenta, no protegidos por el tejido placentario o el cordón umbilical, pasan cerca del cuello uterino. Estos vasos sanguíneos son muy finos y pueden romperse durante el parto o al romper aguas. Esto es muy peligroso, ya que la pérdida de sangre procede de su bebé. Los bebés solo tienen una pequeña cantidad de sangre en el cuerpo, por lo cual no deben perder mucha sangre para enfermarse o incluso morir. En el caso de que esto ocurra, hasta 6 de cada 10 bebés afectados pueden morir.

Si su profesional de la salud considera que puede tener vasa previa al entrar en trabajo de parto o al romper aguas, su bebé debe nacer de manera inmediata. Normalmente se recomienda una cesárea de urgencia.

Si la placenta está baja, si está embarazada de más de un bebé, si la placenta o el cordón umbilical se desarrollan de forma poco usual, tiene más riesgo de padecer vasa previa. Es posible que se le realice una ecografía adicional durante el embarazo para comprobar si padece esta afección.

Si se descubre que tiene vasa previa antes de que entre en trabajo de parto, le ofrecerán realizar una cesárea programada cerca de las semanas 34-36 de embarazo. Dado que esto significaría que su bebé va a nacer prematuro, le ofrecerán un tratamiento con corticoides (dos inyecciones, con un intervalo de 12-24 horas) para ayudar a que maduren los pulmones y otros órganos de su bebé. Consulte la información para pacientes del RCOG Corticosteroids in pregnancy to reduce complications from being born prematurely (Corticosteroides durante el embarazo para reducir

las complicaciones derivadas de un parto prematuro) (<https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-all-patient-information-leaflets/corticosteroids-in-pregnancy-to-reduce-complications-from-being-born-prematurely-patient-information-leaflet/>).

Información adicional

National Childbirth Trust (NCT): www.nct.org.uk/pregnancy/low-lying-placenta

Tommy's: www.tommys.org/pregnancy-information/pregnancy-complications/low-lying-placenta-placenta-praevia

Tomar una decisión

Tomar una decisión

Haga 3 preguntas

Si se le pide que tome una decisión, es posible que tenga muchas preguntas que hacer. También puede discutir sus opciones con su familia o amigos. Puede serle útil escribir una lista de las preguntas que desea le respondan y llevarlas a su reunión.



1. ¿Cuáles son mis opciones?
2. ¿Cómo puedo obtener apoyo que me ayude a tomar la decisión correcta para mí?
3. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas que cada opción me ofrece?

*Haga 3 preguntas se basa en Shepherd HL, et al. Tres preguntas que los pacientes pueden hacer para mejorar la calidad de la información que los médicos les brindan acerca de las opciones de tratamiento: Un ensayo cruzado. Educación y asesoramiento del paciente, 2011;84: 379-85

<https://aqua.nhs.uk/resources/shared-decision-making-case-studies/>

Fuentes y agradecimientos

Esta información fue desarrollada por el RCOG Patient Information Committee (Comité de Información al Paciente de RCOG). Se fundamenta en las RCOG Green-top Guidelines Nro. 27(a), Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management, y 27(b), Vasa Praevia: Diagnosis and Management. Las directrices contienen una lista completa de las fuentes de evidencias utilizadas. Pueden encontrarse en línea en: www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg27a y en www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg27b.