

# Manejo e Indicaciones para el Parto Vaginal en Gestantes con Diagnóstico de Placenta Previa

*Management and Indications for Vaginal Delivery in Pregnant Women with Diagnosis of Placenta Previa*

Dra. Nadia Karolyne Barbosa Loureiro, Lic. Wenceslao Gómez López

## Resumen

La placenta previa es una condición en la que la placenta se implanta anormalmente en el segmento inferior del útero, una complicación obstétrica que puede tener graves implicaciones para la madre y el feto. El objetivo de este trabajo es comprender la ocurrencia de placenta previa y las indicaciones para la realización de un parto vaginal en mujeres con esta afección, así como explorar las complicaciones asociadas, por medio de un estudio bibliográfico integrador. Se ha realizado la selección inicial de 2515 artículos en diferentes bases de datos, de los cuales han sido estudiados 12 artículos que abordaron de manera específica la temática de placenta previa y parto vaginal. A pesar de los avances en la investigación, las recomendaciones médicas generales siguen favoreciendo la cesárea debido a los riesgos de hemorragia, sin embargo, muchos de los estudios revisados presentan limitaciones en cuanto al tamaño de la muestra y la duración del seguimiento.

**Palabras clave:** Placenta Previa, Parto Vaginal, Complicaciones Obstétricas

## Abstract

Placenta previa is a condition in which the placenta implants abnormally in the lower segment of the uterus, an obstetric complication that can have serious implications for the mother and fetus. The aim of this study is to understand the occurrence of placenta previa associated complications, through an integrative literature study. The initial selection of 2515 articles have been made in different databases, of which 12 articles have been studied that specifically addressed the topic of placenta previa and vaginal delivery. Despite advances in research, general medical recommendations continue to favour caesarean section due to the risks of bleeding, however, many of the studies reviewed have limitations in terms of sample size and duration of follow-up.

**Keywords:** Placenta Previa, Vaginal Delivery, Obstetric Complications

## Introducción

La placenta previa (PP) es una complicación obstétrica que se presenta durante el embarazo cuando la

placenta se implanta total o parcialmente sobre la abertura del útero, conocida como cuello uterino. Esta situación puede dar lugar a hemo-

rragias graves en la madre antes, durante o después del parto (1).

Las complicaciones asociadas con la placenta previa son variadas e incluyen la necesidad de transfusiones sanguíneas, acretismo placentario (cuando la placenta se adhiere profundamente al útero), histerectomías, nacimientos prematuros con puntajes APGAR inferiores a 7, mortinatos y fallecimiento fetal (2).

En lo que respecta a estadísticas globales y regionales, no se encontraron datos específicos sobre la prevalencia de la placenta previa en Paraguay en las fuentes proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ni por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (3–5). Sin embargo, se sabe que la placenta previa afecta aproximadamente a 5 de cada 1000 nacimientos. Durante el segundo trimestre de gestación, hasta el 2% de las mujeres embarazadas pueden experimentar placenta previa; no obstante, en más del 90% de los casos, esta condición se resuelve por sí sola antes del parto (6).

Los signos más prominentes de la placenta previa incluyen sangrado vaginal de un color rojo brillante, generalmente sin dolor, a partir de las 20 semanas de gestación (7). Existen varios factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar placenta previa, tales como tener partos previos, haber experimentado una cesárea en el pasado, contar con cicatrices uterinas debido a intervenciones quirúrgicas previas, haber sufrido placenta previa en embarazos anteriores, recurrir a técnicas de reproducción asistida para combatir la infertilidad, gestar múltiples fetos, superar los 35 años, fumar o consumir cocaína (8).

Es crucial destacar que, si se diagnostica placenta previa, el profesional de salud correspondiente debe supervisar a la madre y al bebé de cerca para reducir al mínimo el riesgo de complicaciones graves. Ante cualquier sangrado relacionado con la placenta previa, se debe buscar atención médica de inmediato (9). Por estas razones, el objetivo de este trabajo fue realizar un análisis de la literatura científica actual para obtener una comprensión completa de la incidencia de la placenta previa y así po-

der examinar las indicaciones y los factores que inciden en la elección de un parto vaginal en mujeres que padecen de esta condición. Esto nos permitirá ofrecer una visión completa y actualizada sobre un tema de gran relevancia en el ámbito de la obstetricia.

### Marco Teórico

A lo largo de la gestación, es factible que se manifiesten diversos trastornos obstétricos y complicaciones que pueden ejercer un impacto tanto en la salud de la madre como en la del feto. Inclusive, algunas mujeres pueden enfrentar problemas de salud durante el período de gestación, independientemente de haber estado en buena condición antes de quedar embarazadas (10). Estas complicaciones pueden convertir el embarazo en una experiencia de alto riesgo. Entre las complicaciones que frecuentemente se presentan en el embarazo, se destacan la presión arterial elevada, la diabetes gestacional, las infecciones, la preeclampsia, el trabajo de parto prematuro, la depresión y la ansiedad, así como la pérdida del embarazo, el aborto espontáneo y la mortinatalidad (10).

Un trastorno obstétrico que surge con regularidad durante la gestación es la hemorragia, que constituye una de las causas más comunes y potencialmente graves que se enfrentan en las consultas de urgencia durante este período(11). Entre las causas principales de hemorragia en el primer trimestre se incluyen el aborto, la amenaza de aborto, el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica(11). En el segundo o tercer trimestre, el sangrado vaginal puede ser debido a condiciones como la insuficiencia del cuello uterino (que implica la apertura prematura del cuello uterino y puede dar lugar a un parto prematuro), el aborto espontáneo (antes de la semana 20 de gestación) o la muerte fetal intrauterina (10).

Otro trastorno obstétrico específico que puede desencadenar hemorragia durante el embarazo es la placenta previa. Esta condición se caracteriza por la implantación de la placenta en una posición que bloquea total o parcialmente la abertura del útero durante los últimos meses de la gestación(12). Mientras que

en la mayoría de los embarazos la placenta se adhiere en la parte superior o lateral del útero, en el caso de la placenta previa, esta se adhiere en una posición más baja, resultando en que parte del tejido placentario cubra el cuello uterino. Esto puede dar lugar a episodios de sangrado durante el embarazo o durante el proceso de parto y posparto (12).

La placenta previa es una complicación obstétrica que ocurre cuando la placenta se implanta de forma baja en el útero y cubre total o parcialmente el orificio cervical. Esta situación puede provocar sangrado vaginal durante el segundo o tercer trimestre del embarazo, lo que representa un riesgo para la vida de la madre y el feto. La incidencia de la placenta previa varía según las regiones y los factores de riesgo, pero se estima que afecta a alrededor del 0.5% de los embarazos. Entre los factores de riesgo se encuentran la edad materna avanzada, el tabaquismo, la multiparidad, las cesáreas previas y las técnicas de reproducción asistida (7).

La placenta previa se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad materna y neonatal. A nivel mundial, la tasa de mortalidad materna por esta causa es menor al 1% en países desarrollados, pero puede ser mayor en países subdesarrollados, debido a la falta de acceso a servicios de salud adecuados, la anemia materna y las infecciones (6). La mortalidad neonatal se relaciona principalmente con la prematuridad, que puede ser inducida por el sangrado materno o por la necesidad de realizar una cesárea anticipada para preservar la vida de la madre. Según datos estadounidenses, la mortalidad neonatal en casos de placenta previa es cuatro veces mayor que en embarazos sin esta complicación (7).

Otra condición que puede complicar el manejo de la placenta previa es el acretismo placentario, que consiste en la invasión anormal de la placenta en el miometrio uterino. El acretismo placentario afecta entre el 1% y el 5% de los embarazos con placenta previa sin antecedentes de cicatrices uterinas, pero este riesgo aumenta con la presencia de una cesárea anterior. El acretismo placentario puede causar

hemorragias masivas durante el parto o el posparto, que pueden requerir una histerectomía de emergencia y transfusiones sanguíneas. Además, la placenta previa tiene una recurrencia del 4% al 8% en embarazos posteriores (8).

El diagnóstico de la placenta previa se realiza mediante ecografía, que permite determinar la localización y el grado de cobertura placentaria sobre el cuello uterino. El tratamiento depende del estado clínico de la madre y el feto, así como de la edad gestacional (9). En general, se recomienda evitar las relaciones sexuales y los exámenes vaginales en mujeres con placenta previa asintomática, aunque no hay evidencia sólida que respalde estas medidas. Tampoco hay consenso sobre la necesidad o duración de las hospitalizaciones preventivas antes del parto. En caso de sangrado activo, se debe estabilizar a la madre con fluidoterapia y transfusiones sanguíneas si es necesario, y evaluar la posibilidad de realizar una cesárea de urgencia según la edad gestacional y la condición fetal (1). No siempre es necesario interrumpir el embarazo por un episodio hemorrágico, ya que muchas pacientes no presentan nuevos sangrados después del primer episodio (2).

Un estudio realizado en Colombia en el año 2022 identificó factores de riesgo de placenta previa, como embarazos múltiples, edad materna superior a 35 años y antecedentes de aborto espontáneo. La morbilidad materna fue mayor que la morbilidad fetal, siendo común los procedimientos como la cesárea y la histerectomía obstétrica. Los factores de riesgo más comunes identificados para placenta previa en este estudio fueron  $\geq 4$  embarazos, edad materna  $>35$  años y antecedentes de aborto espontáneo. El estudio enfatiza la importancia de la identificación temprana de los factores de riesgo para mejorar el diagnóstico, el abordaje clínico y el seguimiento de la placenta previa (8).

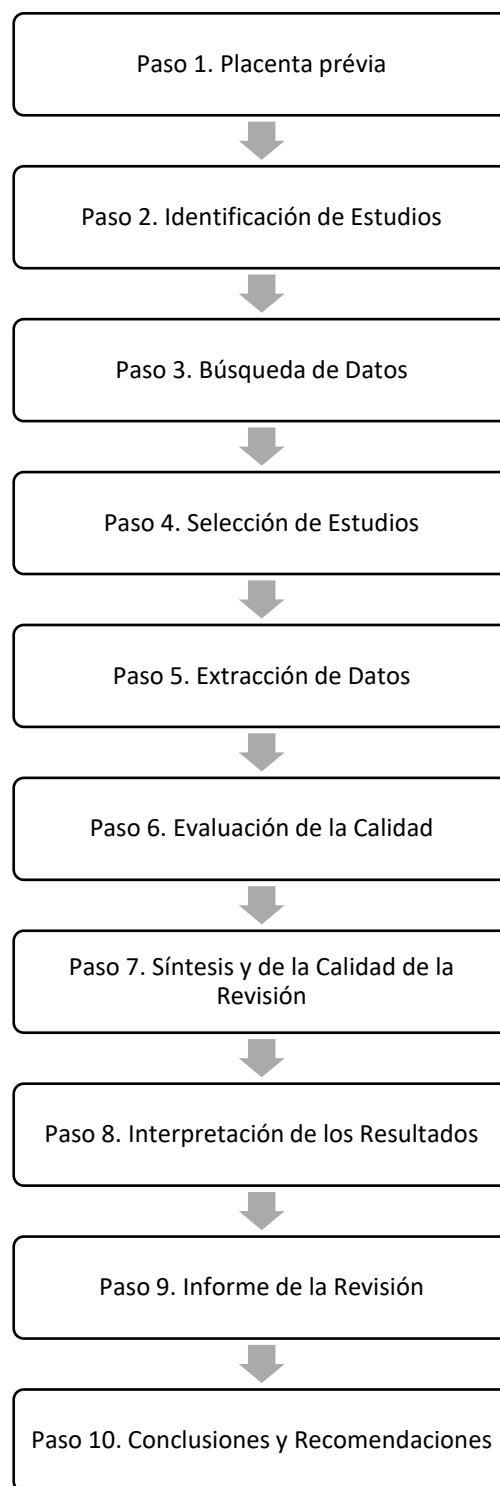
## Materiales y Métodos

**E**n la elaboración de esta revisión, se ha empleado el enfoque metodológico propuesto en la guía

"Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses" (PRISMA) (13), que establece pautas rigurosas para la síntesis sistemática de evidencia. La revisión integradora de literatura se configura como un método, cuyo propósito fundamental es la síntesis sistemática, organizada y exhaustiva de los resultados obtenidos en investigaciones previas, incorporando diversas metodologías en su proceso (13). Este enfoque se caracteriza por su capacidad para proporcionar una comprensión más abarcadora de un tema específico, lo que contribuye al desarrollo de un cuerpo de conocimiento que puede ser aplicado en la definición de conceptos, la revisión de teorías o el análisis metodológico de estudios previamente realizados (14).

Esta metodología, además, permite la integración de datos provenientes tanto de la literatura teórica como de la empírica, enriqueciendo la comprensión del tema de interés. El proceso de elaboración se encuentra estructurado en seis etapas distintas, cuyos detalles se presentan gráficamente en la figura 1.

A modo de sugerencia para citas adicionales, se podrían considerar las contribuciones de autores destacados en la metodología de revisiones sistemáticas e integradoras, como Jane Noyes, Andrew Booth, Margaret Cargo, Kate Flemming, Angela Harden, Janet Harris, Ruth Garside, Karin Hannes, Tomás Pantoja y James Thomas, quienes han desempeñado un papel importante en el desarrollo de métodos rigurosos para la síntesis de evidencia en las ciencias sociales. Su trabajo ha contribuido significativamente al avance de la investigación basada en evidencia y la revisión de literatura (15).



Fuente: Elaboración Propia.

**Figura 1** – Organigrama de los pasos desarrollados por el protocolo basado en PRISMA.

En un primer momento, se ha formulado la pregunta de investigación: "¿Cuál es la incidencia de placenta prévia y cuáles son las

directrices fundamentales para considerar el parto vaginal en casos de esta complicación obstétrica según la revisión integradora realizada?" Para responder a esta pregunta, se han empleado términos indexados y no indexados (palabras clave) en los idiomas portugués, inglés y español. Estos términos se obtuvieron de las listas de encabezamientos médicos (MeSH) y de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), tal como se presenta en la Tabla 1.

Además, se realizaron búsquedas en las bases de datos de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), bajo la coordinación de BIREME, que comprende bases de datos bibliográficos como LILACS, MEDLINE y SCIELO. Dichas bases de datos se consultaron utilizando los mismos términos indexados y palabras clave mencionados previamente.

En lo que respecta a los criterios de inclusión, se tomaron en cuenta únicamente los estudios disponibles de manera gratuita y accesibles para su lectura completa. Se incluyeron investigaciones publicadas dentro del intervalo de los últimos cinco años, comprendiendo desde 2018 hasta 2023, en los idiomas portugués, inglés y español. Se realizaron exclusiones iniciales de capítulos de libros, resúmenes, textos incompletos, tesis, disertaciones, monografías,

informes técnicos y cualquier otro tipo de publicación que no correspondiera a un artículo científico completo, así como también, se excluyeron aquellas publicaciones que se encontraron fuera del período temporal especificado.

Se realizó un análisis textual de los estudios seleccionados, organizando en una tabla para facilitar su comprensión y visualización. La información extraída de los 12 estudios seleccionados se ha resumido de forma cualitativa en una tabla comparativa que incluye detalles como los autores, año de publicación, título del artículo, lugar de la investigación, objetivo, diseño del estudio, muestra, intervención y las conclusiones.

**Tabla 1:** Componentes, Términos Indexados como descriptores y Palabras Clave empleadas.

COMPONENTES	DeCS/MeSH	PALABRAS CLAVE
"Placenta previa"	"Placenta Previa"	"Placenta previa"
"Parto vaginal"	"Vaginal Birth"	"Parto vaginal"
"Incidencia obstétrica"	"Obstetric Incidence"	"Incidencia obstétrica"
"Directrices obstétricas"	"Obstetric Guidelines"	"Directrices obstétricas"
"Complicaciones obstétricas"	"Obstetric Complications"	"Complicaciones obstétricas"
"Revisión integradora"	"Integrative Review"	"Revisión integradora"
"Complicación placenta previa"	"Placenta Previa Complication"	"Complicación placenta previa"

Fuente: Elaboración Propia.

**Tabla 2:** Estrategias de Exploración Aplicadas en las Plataformas de Búsqueda de BIREME (LILACS, MEDLINE y SCIELO).

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS OBTENIDOS	RESULTADOS FILTRADOS	RESULTADOS SELECCIONADOS
BIREME (LILACS, MEDLINE y SCIELO)	(Placenta previa) AND (Salud Mental) AND (Acceso Completo:("Sí" OR "Si" OR "SÍ" OR "SÍ" OR "Si") AND Idioma:("Inglés" OR "Español" OR "Portugués")) AND (Años de Publicación:[2018 TO 2023])	2515	587	12

Fuente: Elaboración Propia.

## Resultados

Inicialmente, se realizaron selecciones de estudios de acuerdo con criterios de inclusión y exclusión, siguiendo las estrategias de búsqueda específicas de cada base de datos. En una búsqueda inicial, se identificaron un total de 2515 estudios en las bases de datos BIREME (LILACS, MEDLINE y SCIELO).

Luego, aplicando filtros en la base de datos BIREME (LILACS, MEDLINE y SCIELO), se restringió la búsqueda a artículos de texto completo, disponibles de forma gratuita, en inglés, portugués y español, y realizados en seres humanos en los últimos cinco años. Esta selección redujo el número de estudios a 587. A continuación, se procedió a analizar los títulos y resúmenes, lo que resultó en la exclusión de 262 artículos relacionados con la placenta previa causados por eventos traumáticos, 82 sobre causas hemorrágicas generales, 16 sobre abordaje quirúrgico, 19 sobre técnica y manejo quirúrgico y 20 sobre placenta previa en animales. Finalmente, se llegó a una selección de 196 artículos relacionados con placenta previa y parto vaginal.

En una segunda etapa, se evaluaron estos 196 artículos en términos de su relevancia para la investigación, considerando si abordaban la pregunta de investigación y su enfoque en la relación entre placenta previa y parto vaginal. Se examinó el tipo de investigación, objetivos, muestra, método, resultados y conclusiones de cada estudio. Como resultado de este proceso, se seleccionaron finalmente 12 estudios que abordaban de manera significativa la temática de placenta previa y parto vaginal.

En estos artículos analizados, se discutió la incidencia, los factores de riesgo y las consi-

deraciones clave relacionadas con la opción de un parto vaginal en casos de placenta previa, proporcionando una visión más profunda de este tema específico en el contexto de la investigación.

En el estudio "The role of tranexamic acid in the management of postpartum haemorrhage." (Bouthors et al., 2022) (16), examinaron la información relacionada con el empleo del ácido tranexámico (TXA) para el manejo de la hemorragia postparto (HPP), una de las causas principales de mortalidad entre las mujeres después del parto (16).

Para realizar este estudio, los investigadores llevaron a cabo una búsqueda de artículos publicados entre 2010 y 2021 en diversas bases de datos. Posteriormente, seleccionaron un conjunto de 36 estudios que analizaron la efectividad y seguridad del TXA en la prevención y tratamiento de la HPP (16).

En el contexto de la investigación mencionada anteriormente, los hallazgos revelaron que el ácido tranexámico (TXA) desempeña un papel importante en la reducción del riesgo de hemorragia postparto grave, especialmente en mujeres que presentan placenta previa. Este descubrimiento cobra gran relevancia, dado que la placenta previa puede incrementar significativamente la probabilidad de experimentar una hemorragia postparto de gravedad (16).

Los resultados del estudio de Kanigalpu et al. (2022) sugieren que la placenta previa de grado mayor, el primer episodio de sangrado antes de las 29 semanas de gestación y los niveles de hemoglobina al ingreso estuvieron asociados con un mayor riesgo de someterse a una cesárea no planificada. Esto sugiere que estas mujeres tienen un riesgo significativamente mayor de requerir una cesárea de emergencia durante el parto (17).

Este estudio destaca la importancia de identificar a las mujeres con PP que tienen un mayor riesgo de cesárea no planificada. Esto puede ser especialmente relevante en entornos con recursos limitados, donde la identificación temprana de estas pacientes y su referencia oportuna a centros especializados puede optimizar los resultados, tanto para la madre como para el bebé (17).

El artículo titulado "Mode of birth in women with low-lying placenta: protocol for a prospective multicentre 1:3 matched case-control study in Italy (the MODELPLACENTA study)" se centra en investigar el método de parto adecuado para mujeres con placenta previa de implantación baja. Este estudio se llevó a cabo en Italia y se caracteriza por ser prospectivo y multicéntrico, lo que implica que se recopilaban datos de múltiples centros médicos en ese país (18).

Para llevar a cabo la investigación, se empleó un diseño de caso-control con una proporción de 1:3. Esto significa que se compararon mujeres que presentaban placenta previa de implantación baja, quienes optaron por un parto vaginal con un grupo de control que compartía características similares, pero no tenían placenta previa. Se analizaron diversos datos, como la edad, el índice de masa corporal, la paridad y otras características obstétricas, con el fin de evaluar la seguridad y la efectividad del parto vaginal en este grupo de mujeres (18).

Este estudio involucra a 17 maternidades y recopila información sobre los resultados del parto, así como las posibles complicaciones, tanto para las madres como para los recién nacidos. Los resultados finales se divulgarán a través de publicaciones en revistas científicas revisadas por expertos y presentaciones en conferencias médicas internacionales, por la demanda de conocimiento actual en el tiempo presente y para futuras generaciones, los resultados podrán ser sorprendentes (18).

Khalid Al Wadi et al, condujeron un estudio que garantiza la seguridad del trabajo de parto en mujeres con borde placentario entre 11 y 20 mm del orificio cervical interno (19). El

estudio descubre que la mayoría de las mujeres son capaces de tener un parto vaginal sin complicaciones, mientras que un pequeño porcentaje necesita una cesárea de emergencia para sangramiento intraparto. Los riesgos de hemorragia anteparto y posparto también están relacionados (19). El estudio sugiere que un borde placentario de más de 10 mm del orificio interno justifique permitir una tentativa de trabajo de parto y un bajo riesgo de hemorragia obstétrica posterior. En el estudio, el 92,9% de las mujeres conseguirán parir por vía vaginal sin complicaciones (19).

Gil Klinger et al., en el artículo Antepartum Hemorrhage and Outcome of Very Low Birth Weight, Very Preterm Infants: A Population-Based Study. Este estudio basado en la población de bebés de muy bajo peso al nacer y nacidos prematuramente, aborda el factor de las hemorragias anteparto y las complicaciones en el desarrollo del bebé (20). Este trabajo incluyó la recopilación de datos de un gran grupo de bebés nacidos con estas características en Israel. Concluyeron que bebés que tengan eventos hemorrágicos, en el anteparto, tienen mayor probabilidad de complicaciones, siendo la placenta previa una de ellas (20).

El artículo titulado "Using ultrasound in the clinical management of placental implantation abnormalities" se centra en la importancia de la ecografía en el manejo clínico de las anomalías de la implantación placentaria. Estas anomalías pueden incluir condiciones como la placenta previa, lo que puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el parto vaginal (21).

El contexto de la placenta previa es esencial para comprender la relevancia de este estudio. Cuando la placenta está mal ubicada, como en los casos de placenta previa, puede haber un mayor riesgo de sangrado durante el parto vaginal. Por lo tanto, es fundamental utilizar la ecografía para evaluar la posición de la placenta y tomar decisiones clínicas informadas sobre el método de parto más seguro (21).

El artículo enfatiza cómo la ecografía puede proporcionar información vital sobre la

ubicación de la placenta y otros detalles anatómicos. Esta información guía las decisiones clínicas, como la selección del método de parto más seguro para la madre y el feto. La utilización efectiva de la ecografía en el manejo de las anomalías de la implantación placentaria puede mejorar la atención médica y prevenir complicaciones graves, como hemorragias durante el parto (21).

Los estudios seleccionados para esta revisión integradora se distribuyeron en el período de 2018 a 2023, a excepción de uno, que se consideró de extrema importancia, que es

de 2014. En cuanto al idioma de los estudios, el 40% están en inglés, el 30% en portugués y el 30% en español. En términos de ubicación de los estudios, el 40% se llevaron a cabo en Brasil, el 5% en Paraguay, el 30% en Estados Unidos, el 15% en México, el 5% en Colombia y el 5% en Canadá. En lo que respecta a la metodología utilizada en los estudios seleccionados, el 40% son estudios transversales, el 30% son estudios longitudinales, el 10% son investigaciones cualitativas y el 20% son revisiones sistemáticas.

**Tabla 3:** Características de los Autores, Título del Artículo, Ubicación y Muestra, Objetivo, Diseño del Estudio y Conclusiones de los Estudios Seleccionados.

Autor(es)	Títulos	Ubicación y Muestra	Objetivos	Métodos	Conclusiones
<b>Bouthors, Anne-Sophie et al.</b> (16)	The role of tranexamic acid in the management of postpartum haemorrhage.	Búsqueda sistemática de 36 estudios publicados entre 2010 y 2021 que evaluaron la eficacia y seguridad del ácido tranexámico (TXA) en la prevención y tratamiento de la hemorragia postparto (HPP).	Evaluar la eficacia y seguridad del TXA en la prevención y tratamiento de la HPP.	Búsqueda sistemática de artículos y revisión de 36 estudios.	El TXA reduce el riesgo de hemorragia postparto grave, especialmente en mujeres con placenta previa.
<b>Kanigalpu-la, Sri Padma Ravali et al.</b> (17)	Risk factors associated with unplanned caesarean section in women with placenta previa: a cohort study.	Estudio prospectivo observacional realizado en un centro terciario en el sur de la India. Se incluyeron mujeres con placenta previa (PP).	Determinar los factores asociados con un mayor riesgo de cesárea no planificada (CS) en mujeres con PP.	Recopilación de datos de mujeres con PP y análisis de factores de riesgo.	Los mayores factores de riesgo para una CS no planificada en mujeres con PP fueron el grado mayor de PP, el primer episodio de sangrado antes de las 29 semanas de gestación y los niveles de hemoglobina al ingreso.
<b>Ornaghi S, Colciago E, Vaglio Tessitore I, et al.</b> (18)	Mode of birth in women with low-lying placenta: protocol for a prospective multicentre...	Estudio prospectivo multicéntrico en Italia que involucra múltiples centros médicos. Mujeres con placenta previa de implantación baja y grupo de control.	Evaluar la seguridad y efectividad del parto vaginal en mujeres con placenta previa de implantación baja.	Diseño de caso-control con una proporción de 1:3. Comparación de datos demográficos y obstétricos.	Los resultados del estudio se esperan después de la recopilación y el análisis de los datos.
<b>Khalid Al Wadi et al.</b> (19)	Evaluating the Safety of Labour in Women With	Estudio realizado en el Departamento de Obstetricia, Ginecología	Evaluar la seguridad del trabajo	Estudio observacional prospectivo de	Tener un borde placentario a más de 10 mm del orificio in-



	a Placental Edge 11 to 20 mm From the Internal Cervical Os	gía y Ciencias Reproductivas de la Universidad de Manitoba, Canadá. Catorce mujeres con las características anteriores se sometieron a una prueba de parto durante el período de estudio.	de parto en mujeres con placenta de 11-20 mm del orificio cervical interno.	mujeres con embarazos únicos.	terno, medido mediante ecografía transvaginal cerca del término, justifica permitir una prueba del parto y conlleva un bajo riesgo de hemorragia obstétrica posterior.
<b>Gil Klinger et al. (20)</b>	Antepartum Hemorrhage and Outcome of Very Low Birth Weight, Very Preterm Infants: A Population-Based Study	La cohorte inicial incluyó 33.627 bebés en Israel.	Evaluar el impacto de las hemorragias anteparto en el resultado de estos bebés.	Se realizó un estudio de cohorte poblacional de bebés únicos con MBPN nacidos entre 24 y 31 semanas de gestación entre 1995 y 2016	Entre los bebés únicos, muy prematuros con MBPN, la HPA materna se asoció con mayores probabilidades de TLP sólo en bebés extremadamente prematuros, pero no se asoció con un exceso de mortalidad ni con resultados neurológicos neonatales adversos.
<b>Anthony M Vintzileos et al. (21)</b>	Using ultrasound in the clinical management of placental implantation abnormalities	Directrices de apoyo a la literatura	Evaluar el papel de la ecografía en el manejo clínico de las anomalías de la implantación placentaria.	Análisis de la literatura científica relacionada con el uso de la ecografía en la evaluación de estas anomalías.	La importancia de la ecografía en la identificación temprana y el manejo adecuado de estas anomalías placentarias.
<b>Daisuke Tachibana, et al. (22)</b>	Incarcerated Gravid Uterus: Spontaneous Resolution Is Not Rare	2300 embarazos en el Hospital de la Universidad de la Ciudad de Osaka entre abril de 2011 y marzo de 2021.	Elucidar la incidencia del útero grávido encarcelado, así como sus cursos naturales y resultados perinatales.	Revisión retrospectiva de registros médicos de pacientes con útero grávido encarcelado tratadas.	Aproximadamente 1 de cada 2300 embarazos continuó en una condición encarcelada a término o cerca del término, y el 78.5% de los casos mostró una resolución espontánea después de las 16 semanas de gestación. El manejo expectante con atención cuidadosa al útero grávido encarcelado puede ser una opción en situaciones en las que no hay síntomas graves relacionados con la propia encarcelación.

<b>Ozdemirci, Safak et al. (23)</b>	Effect of the delivery way and number of parities in the subsequent incidence of placenta previa.	64.300 nacimientos que tuvieron lugar entre enero de 2014 y diciembre de 2017	Evaluar la influencia del método de parto y el número de partos previos en la incidencia posterior de placenta previa.	Recopilación y análisis de datos de mujeres que han tenido partos previos para evaluar la relación entre el método de parto, la paridad y la placenta previa.	Los nacimientos previos por cesárea están más frecuentemente asociados con un aumento de la hemorragia masiva y anomalías de adhesión placentaria en embarazos posteriores con placenta previa en comparación con los nacimientos previos vaginales.
<b>Sallam, Hany F et al. (24)</b>	A sandwich technique (N&H variation technique) to reduce blood loss during cesarean delivery for complete placenta previa: a randomized controlled trial.	Analizamos retrospectivamente 493 mujeres embarazadas complicadas con PP.	Evaluar la eficacia de la técnica de sándwich (variante N&H) para reducir la pérdida de sangre durante la cesárea en casos de placenta previa completa.	Realización de un ensayo controlado aleatorio para comparar la técnica de sándwich con otros métodos de manejo de la placenta previa completa durante la cesárea.	Los obstetras deben ser conscientes del mayor riesgo de sangrado anteparto especialmente durante las 34 semanas y borde placentario sobre las pacientes con PP cervical, tienen un mayor riesgo de sangrado anteparto.
<b>Morfaw, Frederick et al. (25)</b>	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.	Se realizaron búsquedas en MEDLINE, EMBASE, el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados, listas de referencias de artículos pertinentes y registros de ensayos para ensayos controlados aleatorios que compararan la tocólisis con la ausencia de tocólisis o placebo en pacientes con placenta previa.	Evaluar el impacto de la tocólisis en mujeres embarazadas con placenta previa sintomática en los resultados prenatales, perinatales, neonatales y maternos.	Realización de una revisión sistemática y metaanálisis de estudios relevantes para analizar los efectos de la tocólisis en mujeres con placenta previa sintomática.	Las conclusiones específicas no se proporcionan en el resumen.
<b>Kumari, Urmila et al. (26)</b>	A Study of Clinical Characteristics, Demographic Characteristics, and Fetomaternal Outcomes in Cases of Placenta Previa.	Tercer centro médico en Jodhpur, Rajasthan, India. 61 casos de placenta previa.	Determinar características demográficas y clínicas, factores de riesgo, manejo y resultados maternos y	Estudio observacional prospectivo. Análisis de datos basado en la presentación clínica, manejo y resultados maternos y	Placenta previa tuvo una incidencia del 0.6%. Mayor prevalencia en mujeres jóvenes de áreas rurales. Hemorragia vaginal indolora fue síntoma común. Hemorragia anteparto y postparto fue complicación prin-

			perinatales en casos de placenta previa.	perinatales.	cial. Altas tasas de partos prematuros y bajo peso al nacer. Se enfatiza un enfoque basado en equipos para el manejo.
<b>Alhousseini, Ali et al. (27)</b>	Incarcerated Uterus Presenting as Short Cervix and Placenta Previa	No se menciona la ubicación específica. 1 relato de caso solamente.	Explorar un caso de útero encarcelado que se presenta con cervix corto y placenta previa y analizar su diagnóstico y manejo.	Estudio de caso. Análisis retrospectivo de imágenes de ultrasonido y seguimiento cercano de la paciente.	El caso presentado muestra un útero encarcelado que inicialmente se confundió con placenta previa y cervix corto, pero se resolvió espontáneamente. El diagnóstico y seguimiento adecuados son esenciales.

**Fuente:** Elaboración propia 2023.

## Discusión

En el pasado, la placenta previa solía ser una indicación para realizar una cesárea, ya que el parto vaginal podía aumentar significativamente el riesgo de hemorragia severa, tanto para la madre como para el bebé. Sin embargo, los avances en la medicina obstétrica y la capacidad de diagnóstico más preciso han permitido un enfoque más individualizado en la gestión de la placenta previa (23,26).

En algunos casos, si la placenta previa es de grado bajo y no presenta complicaciones adicionales, es posible considerar el parto vaginal. Esto se hace bajo condiciones muy controladas y con un equipo médico altamente capacitado en caso de que surjan complicaciones inesperadas durante el parto (21,24).

Es importante destacar que no todas las mujeres con placenta previa son candidatas para un parto vaginal y que la decisión de realizar una cesárea o un parto vaginal debe basarse en una evaluación de la situación individual de cada paciente. Factores como la ubicación exacta de la placenta, el grado de cobertura del cuello uterino, el historial médico de la paciente y otras condiciones médicas influyen en la decisión (19,20).

La placenta previa es una condición relativamente poco común que afecta a mujeres embarazadas en todo el mundo. Su prevalencia varía según la población estudiada y las características demográficas. En general, la placenta previa se presenta en una fracción pequeña de embarazos. Esta condición se asocia con ciertos factores de riesgo, como la edad materna avanzada, múltiples embarazos y cesáreas previas. La prevalencia puede ser más alta en mujeres con estos factores de riesgo, pero sigue siendo una afección poco común en la población general de mujeres embarazadas.

La incidencia de la placenta previa se refiere a la tasa de nuevos casos diagnosticados durante un período de tiempo específico. Esta incidencia puede variar según la población y el período de estudio. En las últimas décadas, se ha registrado un aumento en la incidencia de la placenta previa en algunas regiones. Uno de los factores que contribuye a este aumento es el incremento en las tasas de cesáreas. Las cesáreas previas aumentan el riesgo de placenta previa en embarazos posteriores, lo que ha llevado a un mayor diagnóstico de esta condición (20,23).

Se aclara que no todas las mujeres que han tenido una cesárea desarrollarán placenta previa en embarazos posteriores. La incidencia de la placenta previa puede estar influenciada por una serie de factores, incluidos los cambios

en las prácticas médicas y las tendencias demográficas. Por lo tanto, las tasas de prevalencia e incidencia pueden variar con el tiempo y en diferentes regiones geográficas (26,28).

Uno de los aspectos claves en el manejo de la placenta previa es la vigilancia y el seguimiento prenatal. Las mujeres en riesgo de placenta previa, como aquellas con antecedentes de cesárea previa o cicatrices uterinas, deben someterse a evaluaciones regulares mediante ultrasonido para monitorear la posición y el estado de la placenta. Esto permite a los médicos detectar cualquier sangrado vaginal anormal y tomar decisiones informadas sobre el manejo del parto (26).

En algunos casos, se recomienda el reposo y las restricciones de actividad para reducir el riesgo de sangrado. Las mujeres pueden necesitar evitar las relaciones sexuales y ciertas actividades físicas que puedan desencadenar sangrado. Además, en situaciones graves o cuando se presenta sangrado profuso, la hospitalización puede ser necesaria para mantener un control más cercano de la madre y el feto (28).

En muchos casos de placenta previa, se programa una cesárea antes del inicio del trabajo de parto para reducir el riesgo de complicaciones. Esto se debe a que el parto vaginal puede aumentar significativamente el riesgo de sangrado peligroso. Sin embargo, la decisión sobre el método de parto se toma caso por caso, considerando la posición exacta de la placenta y otros factores (26,28).

En cuanto a los avances y la investigación en esta área, la tecnología de ultrasonido ha mejorado significativamente la detección temprana y el monitoreo de la placenta previa durante el embarazo. Además, se están investigando enfoques más efectivos para la prevención y el manejo de esta condición. Esto incluye la identificación de factores de riesgo modificables, como la reducción de tasas innecesarias de cesáreas previas, y el desarrollo de técnicas quirúrgicas más avanzadas, como la embolización de arterias uterinas, que pueden ayudar a controlar el sangrado en casos de placenta previa (23,24).

El estudio titulado "Effect of the delivery way and number of parity in the subsequent incidence of placenta previa" aborda la relación entre el método de parto y el número de partos previos en la incidencia posterior de placenta previa. Los resultados sugieren que tener múltiples cesáreas previas aumenta significativamente el riesgo de placenta previa en embarazos posteriores en comparación con los partos vaginales previos. Esto es un hallazgo importante, ya que puede influir en la toma de decisiones clínicas y en la orientación de las pacientes. Específicamente, las mujeres que han tenido varias cesáreas previas deben ser conscientes del riesgo elevado y pueden ser candidatas a una atención prenatal y manejo específicos para reducir las complicaciones asociadas a la placenta previa (23).

Por otro lado, el estudio titulado "Evaluating the safety of labor in women with a placental edge 11 to 20 mm from the internal cervical os" se enfoca en la seguridad del trabajo de parto en mujeres con una placenta ubicada a una distancia de 11 a 20 mm del orificio cervical interno. Este estudio es relevante en el contexto de la placenta previa porque se refiere a la ubicación cercana de la placenta con respecto al cuello uterino. Los resultados específicos del estudio no se proporcionan en el resumen, pero el objetivo principal parece ser evaluar si es seguro permitir el trabajo de parto en estas situaciones (19).

En el contexto de la placenta previa, el manejo del trabajo de parto es un tema crítico. En muchos casos, se programa una cesárea para evitar el riesgo de sangrado potencialmente mortal asociado con un parto vaginal en presencia de placenta previa. Sin embargo, la decisión de permitir o no el trabajo de parto depende de factores individuales, como la ubicación exacta de la placenta, la experiencia del equipo médico y la salud de la madre y el feto (19,23).

El Ministerio de Salud del Paraguay, al igual que otras autoridades de salud a nivel mundial, generalmente considera que el parto vaginal en casos de placenta previa es un enfoque riesgoso y, por lo tanto, la mayoría de

las veces se programa una cesárea para evitar complicaciones potenciales (29,30).

Este enfoque se basa en una amplia base de evidencia científica que ha demostrado que los partos vaginales en presencia de placenta previa pueden estar asociados con un mayor riesgo de hemorragia, lo que puede ser potencialmente mortal para la madre y el feto. Además, la ubicación de la placenta en relación con el cuello uterino es un factor crítico para considerar. En situaciones en las que la placenta está cerca o cubriendo parcial o totalmente el cuello uterino, el riesgo de hemorragia es aún mayor (29,30).

En última instancia, la seguridad tanto de la madre como del bebé es la máxima prioridad en la toma de decisiones médicas. Los profesionales de la salud trabajarán en estrecha colaboración con las pacientes para determinar la mejor opción de parto en función de sus circunstancias individuales. La evolución de las prácticas médicas y la tecnología continua mejora la capacidad de manejar de forma segura la placenta previa y permitir el parto vaginal cuando sea apropiado (28).

## Conclusión

**E**n base a los estudios analizados y considerando las pautas médicas generales, se puede concluir que la placenta previa es una complicación obstétrica que generalmente se asocia con un mayor riesgo de hemorragia durante el parto, lo que ha llevado a la preferencia por la cesárea en la mayoría de los casos. Las principales diferencias en el parto de pacientes con placenta previa en comparación con pacientes sin esta condición radican en la necesidad de un enfoque más cauteloso y específico.

En el caso de placenta previa, es esencial tener en cuenta la ubicación precisa de la placenta, ya que, si esta cubre el cuello uterino, se convierte en un factor de riesgo crítico para el parto vaginal. Esto contrasta con los partos en pacientes sin placenta previa, donde la ubicación de la placenta es típicamente distal y no representa una obstrucción para el parto vaginal.

El proceso de toma de decisiones en pacientes con placenta previa es altamente individualizado, considerando factores como la extensión de la cobertura de la placenta, los antecedentes médicos y los riesgos para la madre y el feto. Además, el parto de pacientes con placenta previa se realiza en un entorno altamente controlado y supervisado, con un equipo médico experimentado en condiciones obstétricas de alto riesgo.

En contraste, en los partos de pacientes sin placenta previa, la elección entre parto vaginal y cesárea se basa en diferentes criterios, como la progresión natural del trabajo de parto, la posición fetal y otros indicadores de seguridad y bienestar materno y fetal.

En última instancia, la seguridad y el bienestar de la madre y el bebé son la principal preocupación en cualquier decisión relacionada con el parto. Si bien es posible considerar un parto vaginal en casos específicos de placenta previa, esta decisión debe ser tomada por profesionales de la salud con experiencia y en un entorno médico adecuado. Cada situación debe ser evaluada minuciosamente para determinar la mejor vía de parto y minimizar los riesgos potenciales.

Es importante destacar que, a pesar de los avances en la investigación y la aparición de nuevos hallazgos en estudios recientes, la literatura revisada no ha alterado significativamente los conocimientos y recomendaciones clásicas para el manejo de la placenta previa. Las recomendaciones tradicionales, que a menudo favorecen la cesárea como enfoque principal debido a los riesgos de hemorragia, siguen siendo la norma en la práctica médica.

Sin embargo, es crucial señalar que muchos de los estudios revisados presentan limitaciones en cuanto al tamaño de la muestra y, en algunos casos, la duración del seguimiento. Además, uno de los estudios aún está en curso, lo que significa que no conocemos el impacto a largo plazo de sus resultados ni la propensión a desarrollar placenta previa en gestaciones futuras.

Dada la importancia de comprender mejor esta complicación obstétrica y sus impli-

caciones a largo plazo, se recomienda la realización de más estudios en esta área. Uno de los aspectos que debería investigarse más a fondo es si las madres que ya tienen un historial de placenta previa deberían considerarse como un grupo de alto riesgo en futuras gestaciones. Esto podría tener un impacto significativo en la atención prenatal y las decisiones sobre la vía de parto. Para obtener conclusiones sólidas y guiar la práctica médica, se necesitan más investigaciones que aborden estas cuestiones y amplíen nuestro conocimiento sobre la placenta previa y su manejo.

### Referencias

- (1) Cunningham FG, Leveno Kenneth J, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Obstetricia de Williams - Cunningham*. 2016 [citado 8 de diciembre de 2022];1:1376. Disponible en: <https://www.LivrariaFlorence.com.br/produto/livro-obstetricia-de-williams-cunningham-artmed-137670>
- (2) Cunningham, Gary F. *Williams Obstetrics 24/E. Williams: obstetric (23a ed)*. 2014;(May):21–35.
- (3) OMS. Recomendación de la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Informe de un Grupo Científico de la OMS [Internet]. 2016 [citado 3 de septiembre de 2023]; Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334\\_spa.pdf?ua=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1)
- (4) Instituto de Previsión Social (IPS) - Portal Paraguay [Internet]. [citado 17 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/>
- (5) Guía de vigilancia epidemiológica de la morbimortalidad materna, fetal y neonatal PARAGUAY 2022 • SEGUNDA EDICIÓN. [citado 17 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py>
- (6) Rao J, Fan D, Zhou Z, Luo X, Ma H, Wan Y, et al. Maternal and Neonatal Outcomes of Placenta Previa with and without Coverage of a Uterine Scar: A Retrospective Cohort Study in a Tertiary Hospital. *Int J Womens Health* [Internet]. 2021 [citado 17 de septiembre de 2023];13:671–81. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34262357>
- (7) Wu X, Yang H, Yu X, Zeng J, Qiao J, Qi H, et al. The prenatal diagnostic indicators of placenta accreta spectrum disorders. *Heliyon* [Internet]. 1 de mayo de 2023 [citado 17 de septiembre de 2023];9(5):e16241. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37234657>
- (8) Torres-Berra KC, Uriel-Calvo MM, Rincón-Franco S, De la Hoz-Valle JA, Romero-Infante XC, Torres-Berra KC, et al. Placenta previa: risk factors and impact on maternal and neonatal morbidity and mortality in Bogotá, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2022 [citado 17 de septiembre de 2023];70(3). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112022000300202&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112022000300202&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- (9) Salud OP de la. Hemorragia anteparto: tríptico. 2012 [citado 17 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49318>
- (10) Le Strat Y, Dubertret C, Le Foll B. Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *J Affect Disord*. diciembre de 2011;135(1–3):128–38.
- (11) Gómez Gutiérrez-Solana I, Larrañaga C. Hemorragia en la gestación. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2009 [citado 17 de septiembre de 2023];32:81–90. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- (12) Hemorragias en embarazo. Consejos embarazo, parto. Clínica Universidad de Navarra [Internet]. [citado 17 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/chequeos-salud/embarazo/hemorragias-embarazo>
- (13) Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic

reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 1 de octubre de 2012 [citado 17 de septiembre de 2023];62(10):1006–12. Disponible en: <https://air.unimi.it/handle/2434/211629>

(14) Noyes J, Booth A, Cargo M, Flemming K, Harden A, Harris J, et al. Qualitative evidence. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 17 de septiembre de 2023];525–45. Disponible en:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/9781119536604.ch21>

(15) Petticrew M, Roberts H. *Systematic Reviews in the Social Sciences: A Practical Guide*. *Systematic Reviews in the Social Sciences: A Practical Guide* [Internet]. 11 de enero de 2008 [citado 17 de septiembre de 2023];1–336. Disponible en:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9780470754887>

(16) Bouthors AS, Gilliot S, Sentilhes L, Hennart B, Jeanpierre E, Deneux-Tharoux C, et al. The role of tranexamic acid in the management of postpartum haemorrhage. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 1 de diciembre de 2022 [citado 27 de septiembre de 2023];36(3–4):411–26. Disponible en:

<https://dx.doi.org/10.1016/j.bpa.2022.08.004>

(17) Kanigalpula SPR, Murali A, Raveendranath A, Vadivelu P, Maurya DK, Keepanasseril A. Risk factors associated with unplanned caesarean section in women with placenta previa: a cohort study. *J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2022 [citado 27 de septiembre de 2023];42(5):1163–8. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1080/01443615.2022.2027892>

(18) Ornaghi S, Colciago E, Vaglio Tessitore I, Abbamondi A, Antolini L, Locatelli A, et al. Mode of birth in women with low-lying placenta: protocol for a prospective multicentre 1:3 matched case-control study in Italy (the MODEL-PLACENTA study). *BMJ Open* [Internet]. 6 de diciembre de 2021 [citado 27 de septiembre de 2023];11(12):e052510–e052510. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8650481>

(19) Al Wadi K, Schneider C, Burym C, Reid G, Hunt J, Menticoglou S. Evaluating the safety of labour in women with a placental edge 11 to 20 mm from the internal cervical Os. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2014 [citado 28 de septiembre de 2023];36(8):674–7. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25222161/>

(20) Klinger G, Bromiker R, Zaslavsky-Paltiel I, Sokolover N, Lerner-Geva L, Yogev Y, et al. Antepartum Hemorrhage and Outcome of Very Low Birth Weight, Very Preterm Infants: A Population-Based Study. *Am J Perinatol* [Internet]. 1 de septiembre de 2021 [citado 28 de septiembre de 2023];38(11):1134–41. Disponible en: [http://www.thieme-con-](http://www.thieme-con-nect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0040-1710353)

[nect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0040-1710353](http://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0040-1710353)

(21) Vintzileos AM, Ananth C V., Smulian JC. Using ultrasound in the clinical management of placental implantation abnormalities. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1 de octubre de 2015 [citado 28 de septiembre de 2023];213(4):S70–7. Disponible en:

<http://www.ajog.org/article/S0002937815005360/fulltext>

(22) Tachibana D, Misugi T, Kitada K, Kurihara Y, Tahara M, Hamuro A, et al. Incarcerated Gravid Uterus: Spontaneous Resolution Is Not Rare. *Diagnostics* [Internet]. 1 de septiembre de 2021 [citado 29 de septiembre de 2023];11(9). Disponible en: </pmc/articles/PMC8465063/>

(23) Ozdemirci S, Akpinar F, Baser E, Bilge M, Unlubilgin E, Yucel A, et al. Effect of the delivery way and number of parity in the subsequent incidence of placenta previa. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 1 de octubre de 2020 [citado 28 de septiembre de 2023];33(19):3238–43. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1080/14767058.2019.1570121>

(24) Sallam HF, Shady NW. A sandwich technique (N&H variation technique) to reduce blood loss during cesarean delivery for com-

plete placenta previa: a randomized controlled trial. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2 de octubre de 2019 [citado 28 de septiembre de 2023];32(19):3145–52. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1080/14767058.2018.1457643>

(25) 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* [Internet]. 27 de diciembre de 2018 [citado 28 de septiembre de 2023];7(1):249–249. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6307312>

(26) Kumari U, Naniwal A, Rani V, Chandat R, Yadav S, Pipal DK. A Study of Clinical Characteristics, Demographic Characteristics, and Fetomaternal Outcomes in Cases of Placenta Previa: An Experience of a Tertiary Care Center. *Cureus* [Internet]. 2 de diciembre de 2022 [citado 29 de septiembre de 2023];14(12). Disponible en: [/pmc/articles/PMC9805694/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9805694/)

(27) Alhousseini A, Zeineddine S, Alsamsam A, Gonik B, Abramowicz J, Puder K, et al. Incarcerated Uterus Presenting as Short Cervix and Placenta Previa. *Case Rep Obstet Gynecol* [Internet]. 4 de septiembre de 2018 [citado 29 de septiembre de 2023];2018:1–3. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30254778/>

(28) Huang S, Zuo Q, Wang T, Tang X, Ge Z, Lu H, et al. Maternal and neonatal outcomes of repeated antepartum bleeding in 493 placenta previa cases: a retrospective study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [Internet]. 12 de diciembre de 2022 [citado 29 de septiembre de 2023];35(25):5318–23. Disponible en:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2021.1878495>

(29) Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para mujeres y hombres. Ministerio De Salud Pública Y Bienestar Social, 2018. Segunda Edición.

(30) Revista de Salud Pública del Paraguay [Internet]. [citado 29 de septiembre de 2023]. Disponible en:

<https://revistas.ins.gov.py/index.php/rspp>

---

## Los autores

<sup>1</sup> Nadia Karolyne Barbosa Loureiro es médica egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central del Paraguay. E-mail: [nadialoureiro@outlook.com](mailto:nadialoureiro@outlook.com).

<sup>2</sup> . Wenceslao Gómez López es docente tutora.

- Los autores declaran que el trabajo no recibió financiamiento.
- Los autores declaran no tener conflictos de interés.