

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Vasa Previa

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

Se reajustan semanas de finalización de la gestación en base a la última evidencia disponible

INDICE

1. Introducción
2. Factores de riesgo
3. Clínica
4. Diagnóstico
5. Screening ecográfico
6. Conducta
7. Algoritmo de actuación
8. Indicadores de evaluación
9. Bibliografía

1. INTRODUCCION

La vasa previa se define como la presencia de vasos fetales, no protegidos por tejido placentario o por la gelatina de Wharton, a través de las membranas coriónica y amniótica, situándose sobre el orificio cervical interno o a menos de 2 cm de él.

El principal riesgo de dicha entidad es la rotura de los vasos umbilicales, lo que acarrearía la exanguinación fetal, pudiendo conllevar altas tasas de muerte fetal o una importante morbilidad perinatal asociada a la anoxia. Por otro lado, la afectación materna es mínima, hecho que debemos tener en cuenta en las metrorragias de la segunda mitad de la gestación para el diagnóstico diferencial.

2. FACTORES DE RIESGO

Su prevalencia es muy baja, encontrándolo en 1/2000-1/6000 gestaciones. Aunque su incidencia puede verse incrementada en función de los siguientes factores de riesgo:

- Gestaciones múltiples.
- Gestaciones por fecundación in vitro.
- Anomalías placentarias:
 - Inserción velamentosa del cordón: los vasos umbilicales no están protegidos por la gelatina de Wharton.
 - Placenta subcenturiata lobar o bilobar
 - Placenta de inserción baja a partir del 2º Trimestre.

3. CLÍNICA

Debemos sospechar la rotura de la vasa previa ante una mujer en el 2o o 3o trimestre de la gestación con metrorragia abundante y no dolorosa de sangre roja tras la amniorraxis, y con un registro cardiotocográfico patológico. Como ya hemos dicho, este cuadro clínico es mortal para el feto si no se actúa inmediatamente.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Vasa Previa

4. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es principalmente clínico una vez que se ha producido la rotura de los vasos. Pero lo que resulta más interesante es la posibilidad de realizar un diagnóstico prenatal ecográfico, de modo que podamos disminuir la incidencia de la rotura y, por tanto, reducir la mortalidad perinatal por esta entidad.

El diagnóstico se puede llevar a cabo por ecografía abdominal y transvaginal, aunque es de elección la ecografía transvaginal con aplicación de Doppler color a nivel del orificio cervical interno para llegar al diagnóstico. Debemos sospechar una vasa previa ante:

- Visualización de línea ecogénica a través del OCI en escala de grises.
- Aparición de un vaso de origen fetal por Doppler pulsado a nivel de OCI.
- El diagnóstico diferencial se lleva a cabo con un asa libre de cordón, pues al realizar presión suprapúbica se moviliza el vaso.
- Tratar de visualizar el trayecto del vaso previo hasta su inserción placentaria o del cordón.

Otros métodos diagnósticos pueden ser la RMN, la visualización directa con amnioscopio o la palpación de vasos en el tacto vaginal.

5. SCREENING ECOGRÁFICO

La realización de un diagnóstico prenatal supone un aumento muy significativo de la supervivencia de estos pacientes. Debemos tener en cuenta que la mortalidad asociada a la vasa previa es de un 53-75% según distintas fuentes bibliográficas.

La prevalencia de vasa previa es de 1/2500 gestaciones, por lo que no es de utilidad la aplicación de un cribado universal. De modo que, se debe realizar un screening individualizado valorando los factores de riesgo de cada gestación

Este screening dirigido debe llevarse a cabo por medio de ecografía abdominal, debiendo realizar la ecografía vaginal con Doppler color o pulsado ante la sospecha de dicha entidad por ecografía abdominal. El screening se realiza en la ecografía de rutina de semana 20 de la gestación, si se cumple alguna de las siguientes circunstancias:

- Gestación múltiple.
- Gestación por fecundación in vitro.
- Anomalías placentarias:
 - Inserción velamentosa del cordón
 - Placenta subcenturiata
 - Placenta de inserción baja

Es importante ratificar mediante ecografía abdominal y/o vaginal, si fuera necesaria, la presencia de vasa previa en el 3o trimestre, pues el 15% de los casos diagnosticados en el 2o trimestre se resuelven espontáneamente conforme avanza la gestación.

6. CONDUCTA

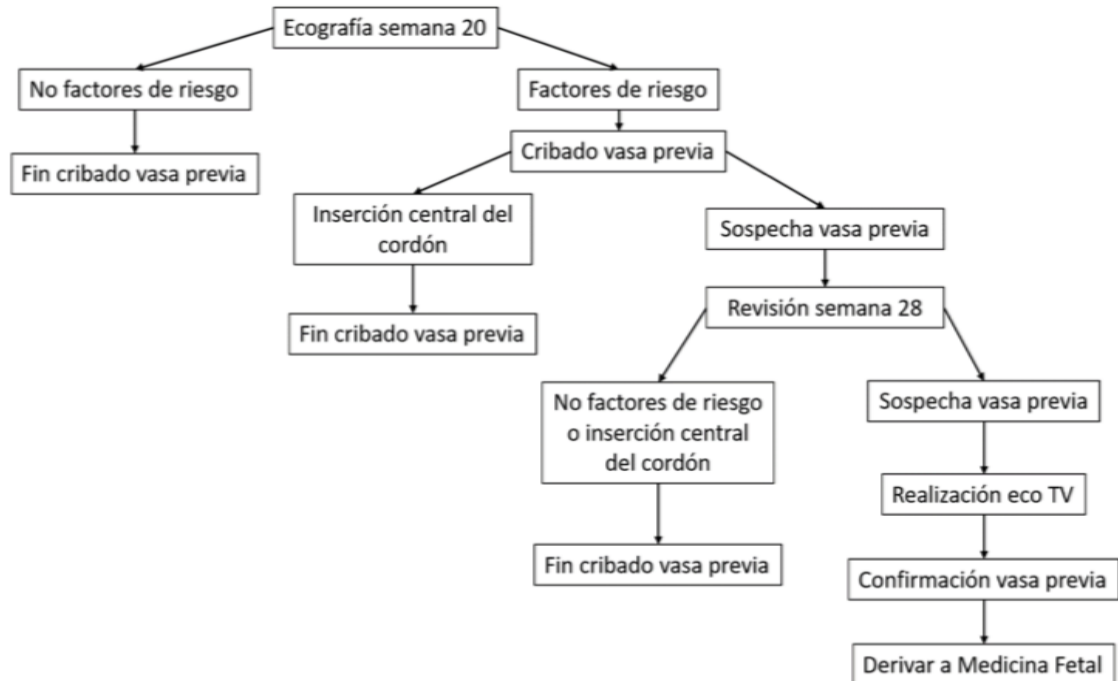
Ante el diagnóstico de vasa previa el manejo se fundamenta en retrasar al máximo el momento del nacimiento, pero corriendo los mínimos riesgos posibles.

- Realizar el screening en semana 20 si se cumplen factores de riesgo. Revisar la inserción del cordón en tercer trimestre.
- Si se confirma el diagnóstico, activar una alerta en Diraya para avisar al resto de compañeros sobre la situación de la paciente.
- Considerar la maduración pulmonar en semana 28-32 por si hiciera falta finalizar el embarazo de forma emergente.
- Ingreso en hospital terciario en semana 30-32 ante situaciones de muy difícil acceso hospitalario.
- Presentación del caso en Comité de Obstetricia, de modo que todo el personal esté enterado de la necesidad de cesárea urgente ante dinámica, rotura prematura de membranas, sangrado vaginal o deceleraciones variables repetidas en el registro cardiotocográfico.
- Tener preparados concentrados de hematíes irradiados del grupo 0 negativo, por si se produjera la rotura de la vasa previa.
- Cesárea electiva en semana 36. Durante la intervención se debe realizar la histerotomía sabiendo exactamente la localización de la placenta y los vasos aberrantes, aunque si accidentalmente se lesiona un vaso se debe realizar el clampaje inmediato del cordón.
- Inducción del parto si feto muerto.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Vasa Previa

7. ALGORITMO DE ACTUACIÓN



8. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Tasa de diagnóstico	Pacientes que presentan vasa previa y habían sido previamente diagnosticadas	Audit	90%

9. BIBLIOGRAFÍA

- Nohuz E, Boulay E, Gallot D, Lemery D, Vendittelli F. Can we perform a prenatal diagnosis of vasa previa to improve its obstetrical and neonatal outcomes? J Gynecol Obstet Hum Reprod 2017; 46(4):373-377
- Oyelese Y, Catanzarite V, Prefumo F, Lashley S, Schachter M, Tovbin Y et al. Vasa previa: the impact of prenatal diagnosis on outcomes. Obstet Gynecol 2004; 103:937-942.
- Bartal MF, Sibai BM, Ilan H, Katz S, Eisen IS, Kassif E et al. Prenatal diagnosis of vasa previa: outpatient versus inpatient management. Am J Perinatol 2019; 36(4):422-427.
- Mitchell SJ, Ngo G, Maurel KA, Hasegawa J, Arakaki T, Melcer Y, Maymon R, Vendittelli F, Shamshirsaz AA, Erfani H, Shainker SA, Saad AF, Treadwell MC, Roman AS, Stone JL, Rolnik DL. Timing of birth and adverse pregnancy outcomes in cases of prenatally diagnosed vasa previa: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2022 Aug;227(2):173-181.e24

PROTOCOLOS ASISTENCIALES**Vasa Previa**

Autores	Dr. Manzanares Galán / Dra. Cardona Benavides/ Dra. López Garrido		
Fecha elaboración	Fecha Septiembre 2022	Vigencia	Septiembre 2025