

Título: Traducción y comentarios sobre el artículo "VASA PREVIA: HORA DE REALIZAR UN CAMBIO"

Nombre del revisor: Lara Sobrino Lorenzana. Hospital Infanta Elena

1- Artículo original

Yinka Oyelese, MD Atlantic Health System, Morristown, NJ. Vasa previa: time to make a difference

December 2019. American Journal of Obstetrics & Gynecology

2- Resumen del artículo

2.1- Introducción

La vasa previa es una patología obstétrica que, no diagnosticada durante la gestación, puede tener consecuencias fetales letales. Afortunadamente, en la actualidad disponemos de la ecografía, con la que podemos diagnosticar todos aquellos casos y manejarlos de forma adecuada con la realización de parto por cesárea. Se trata de una editorial en la que se presenta un posible protocolo a establecer en las pacientes con factores de riesgo para diagnosticar los casos de vasa previa y el manejo gestacional de dicho problema

2.2- Metodología

La vasa previa se define como la presencia de vasos sanguíneos de origen fetal que discurren a través de las membranas, desprotegidos de placenta y situados sobre el orificio cervical interno. Su importancia reside en que durante la amniorraxis, esos vasos pueden romperse lo que acarrea, en muchos casos, el fallecimiento fetal. Se estima que, sin un diagnóstico prenatal, el 56% de los fetos fallecerán durante el parto. No obstante, con un diagnóstico y manejo gestacional adecuados la supervivencia puede ser del 100% de los casos.

Desde hace décadas, hemos incorporado en nuestra práctica clínica habitual el uso de ecografía, que constituye la gran herramienta para diagnosticar esta

patología y, de esta forma, planificar un parto por cesárea en el periodo pretérmino tardío.

No obstante, en la actualidad, no existe un protocolo de rutina para el screening de vasa previa. Esto es debido a las numerosas reticencias existentes sobre, las dudas que existen sobre la precisión de la ecografía en la población general, la posible tasa de falsos positivos y por los aspectos médico- legales que pueden acarrear el cribado universal de la misma.

2.3- Resultados

Existen dos amplios estudios realizados al respecto y publicados en 2019 en el American Journal of Obstetrics & Gynecology que coinciden en que la mayoría de los casos de vasa previa pueden ser diagnosticados prenatalmente y planificar un parto mediante cesárea con excelentes resultados.

Además, ambos estudios defienden que cuando se realiza un diagnóstico temprano de esta patología, existe un porcentaje de los casos (39% y 14% respectivamente) que se resuelven espontáneamente. En cualquier caso, en todas las pacientes a las que se diagnostica vasa previa, es preciso realizar estrecho seguimiento y reevaluarlas en la semana 32 de gestación

Sin embargo, no existe concordancia en los criterios para definir la resolución del proceso, ya que, aunque teóricamente, existe riesgo de rotura cuando los vasos se encuentran a menos de 5 cm del OCI, Khlar defiende que el riesgo solo es tal cuando los vasos se sitúan a menos de 2 cm de distancia. En cambio, en el estudio de Erfani no hay datos sobre estos criterios.

Es importante decir que, a la hora de comprobar la existencia o ausencia de vasa previa durante el tercer trimestre, es necesario visualizar con claridad el orificio cervical interno, ya que muchas veces la presentación fetal imposibilita la valoración ecográfica. En estos casos, lo que se debe hacer es desplazar cranealmente la presentación fetal y realizar la ecografía transvaginal

Con todo ello, Oyelese propone establecer un protocolo de diagnóstico en pacientes de riesgo. En la ecografía de las 20 semanas, además de estudiar las estructuras fetales, propone realizar la valoración de la inserción del cordón umbilical y, ante la presencia de factores de riesgo para vasa previa (como gestación múltiple, conseguida por fecundación in vitro, inserción velamentosa de cordón o lóbulo accesorio placentario), recomienda realización de ecografía doppler por vía vaginal. Si se confirma el diagnóstico de vasa previa o

malposición placentaria, se repetirá la ecografía vaginal a las 32 semanas. Si en ese caso el diagnóstico es de placenta previa, se programará cesárea en la semana 37. En caso contrario, si sigue persistiendo vasa previa, se realizará cervicometría y en función de ella se decidirá. Si el cérvix mide más de 2,5 cm, se puede optar por una actitud expectante y observación siempre y cuando la paciente se encuentre asintomática. Si la medida del cuello uterino es menor a 2,5 cm, el autor de este editorial recomienda ingreso hospitalario y maduración pulmonar. Si la paciente permanece estable, se programará cesárea en la semana 35-36. En el momento en el que la paciente comenzase con contracciones, rompiera la bolsa de líquido amniótico o tuviera sangrado la cesárea pasaría a realizarse de forma urgente

3.- Comentario

El autor concluye que la vasa previa es una condición grave que sin diagnosticar ocasiona muerte fetal. La herramienta que disponemos es la prevención mediante el diagnóstico prenatal por ecografía.

La prevalencia en la población no es muy alta aunque en poblaciones de riesgo alcanza el 1 caso por cada 338-365 gestaciones. Aunque no es una patología muy prevalente, el screening en población de alto riesgo está justificado porque el principal evento prevenible es la muerte fetal.