



GOBIERNO DE
MÉXICO

| **SALUD**

| **SEDENA**

| **SEMAR**

GPC
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

REFERENCIA RÁPIDA

ACTUALIZACIÓN
2019

Diagnóstico y Manejo de **ANOMALÍAS EN LA INSERCIÓN PLACENTARIA Y VASA PREVIA**

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica
GPC-IMSS-589-19



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA



Marina Nacional 60, piso 9 ala "B"
Colonia Tacuba, D.T. Miguel Hidalgo,
C. P. 11410, Ciudad de México.
www.gob.mx/salud/cenetec

Publicado por CENETEC
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y manejo de las anomalías en la inserción placentaria y vasa previa**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

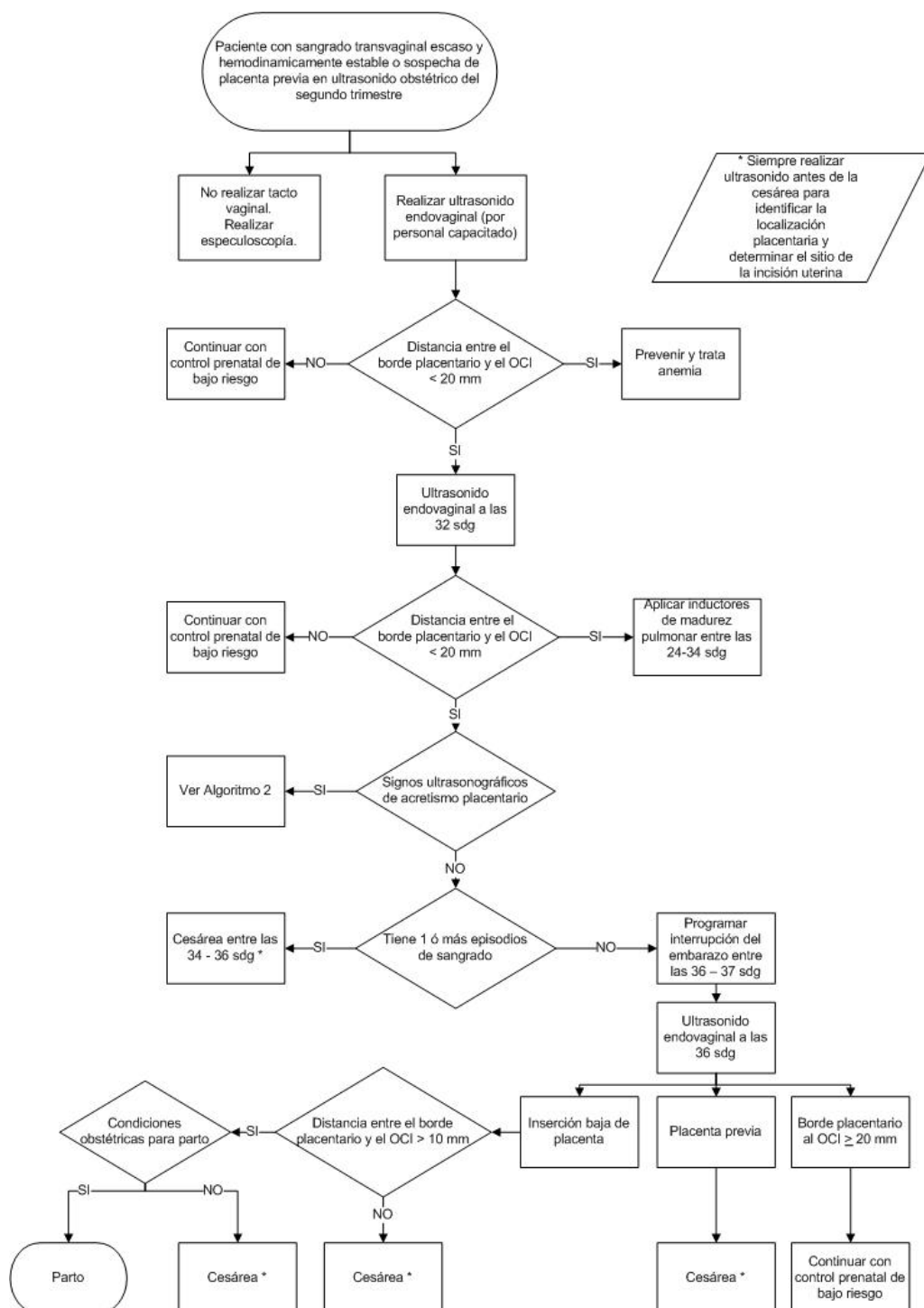
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **"Evidencias y Recomendaciones"** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-589-19/ER.pdf>

Debe ser citado como: **Diagnóstico y manejo de las anomalías en la inserción placentaria y vasa**. Guía de Práctica Clínica: Guía de Referencia Rápida. México, CENETEC; <año> [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-589-19/RR.pdf>

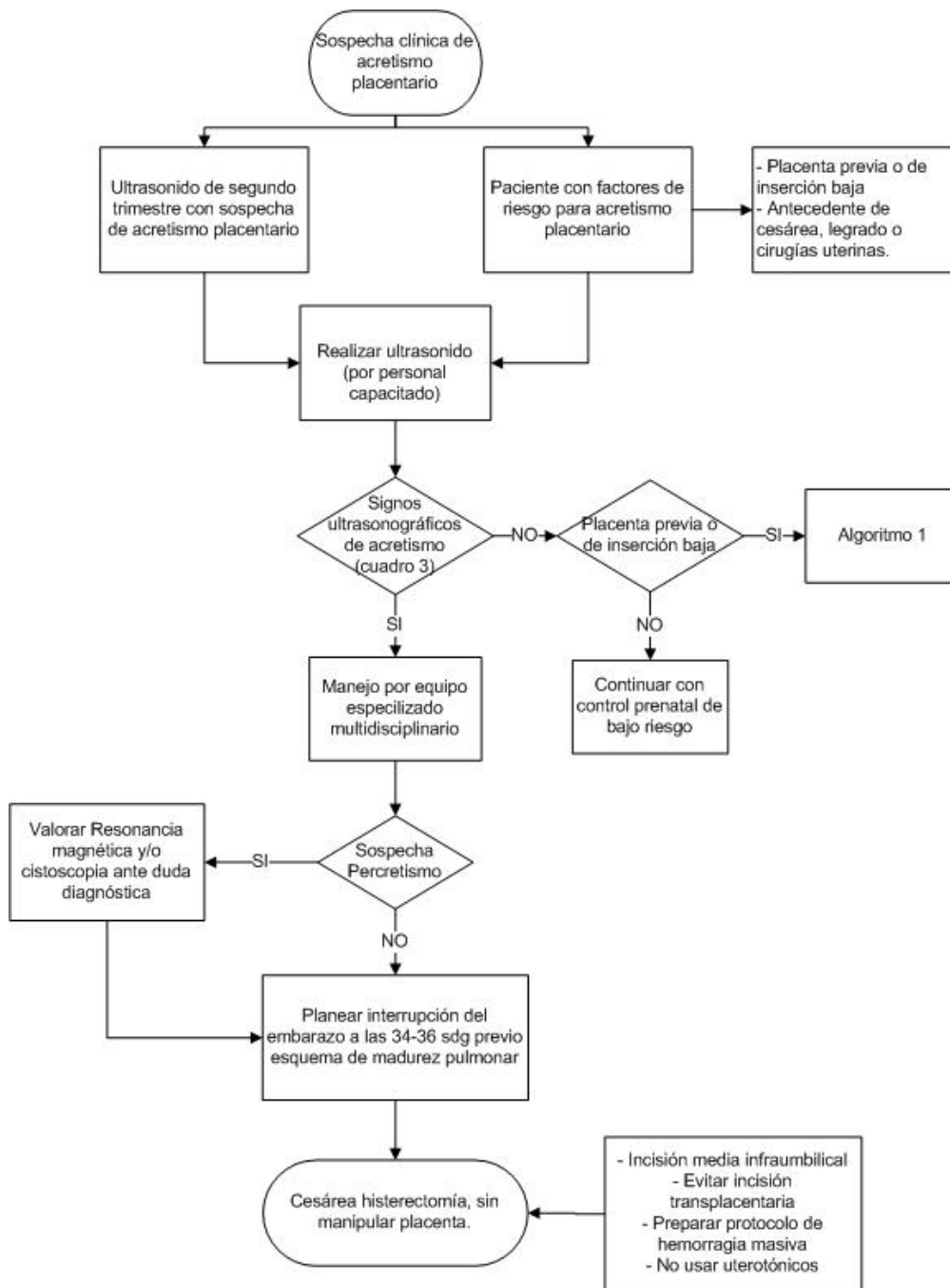
ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO

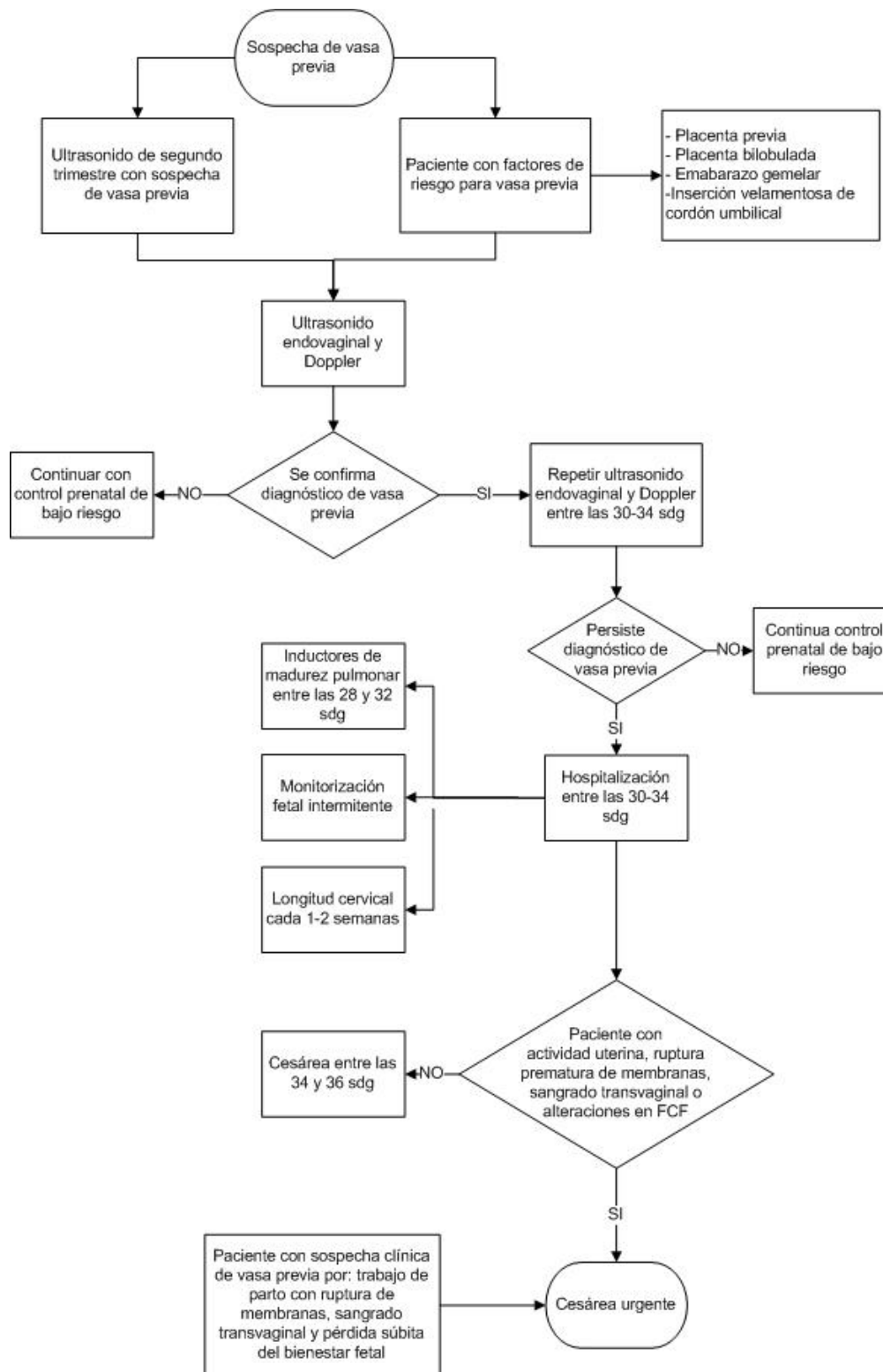
ALGORITMO 1. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA PLACENTA PREVIA



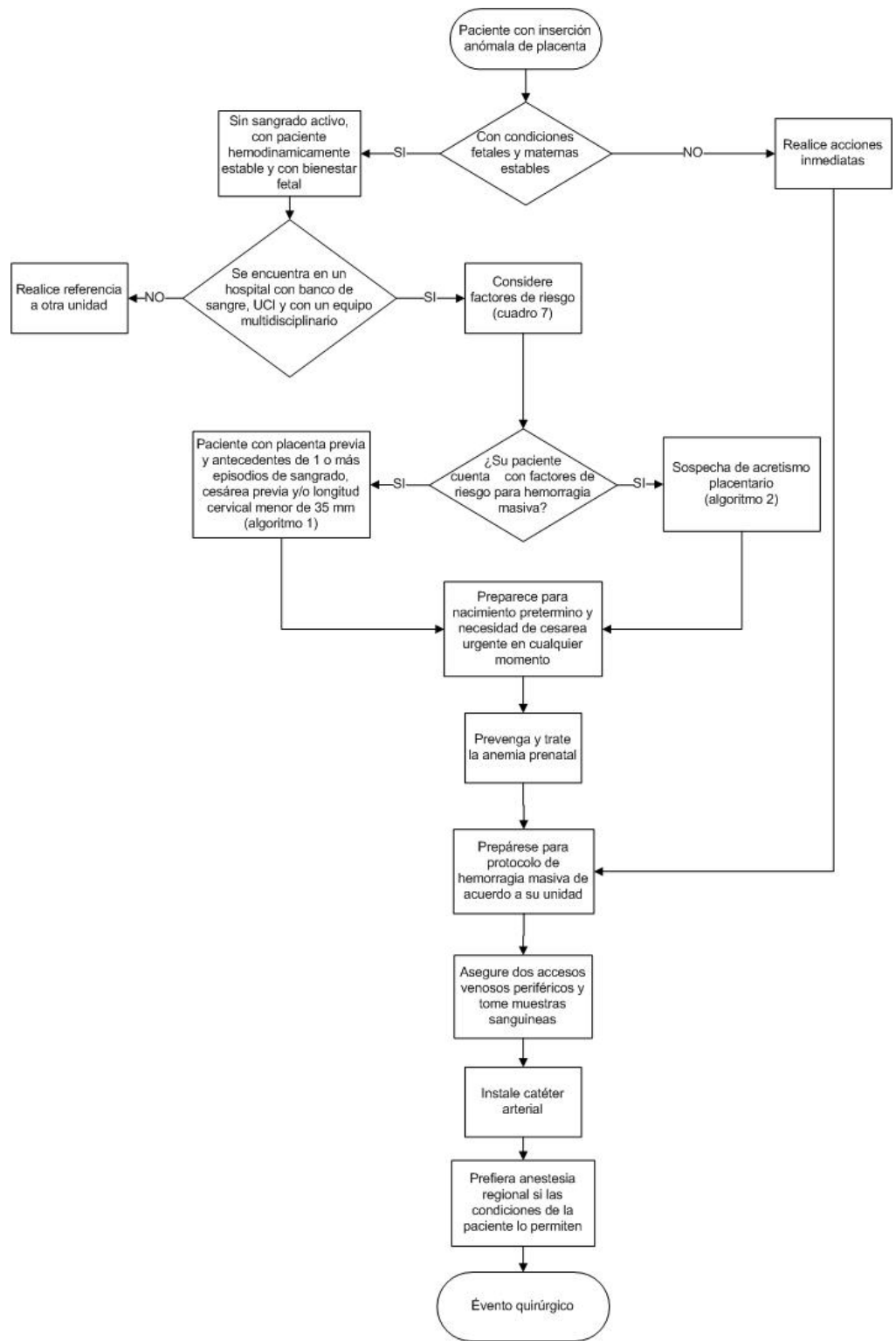
ALGORITMO 2. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA PLACENTA ACRETA



ALGORITMO 3. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA VASA PREVIA



ALGORITMO 4. ACCIONES PARA PREDECIR Y PREVENIR LA HEMORRAGIA MASIVA EN PACIENTES CON INSERCIÓN ANÓMALA DE PLACENTA



3. ANOMALÍAS DE LA INSERCIÓN PLACENTARIA

DIAGNÓSTICO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
En pacientes con sospecha clínica de anomalías de inserción placentaria o de vasa previa, se recomienda hospitalización, realizar ultrasonido para confirmar el diagnóstico y especuloscopia para evaluar la presencia de sangrado procedente de cavidad uterina.	C
No se recomienda realizar tacto vaginal en pacientes con sospecha de placenta previa.	C
Se recomienda realizar ultrasonido abdominal de tamizaje para la detección de placenta previa en pacientes con antecedente de cesárea previa, antecedente de placenta previa en gestaciones previas o con factores de riesgo para anomalías de la inserción placentaria (ver cuadro 1).	D
Se recomienda que el ultrasonido sea la principal herramienta diagnóstica para la detección de las anomalías de inserción placentaria, es ideal que el estudio sea realizado por personal capacitado (ver figuras 1 y 2).	D
Se recomienda que la confirmación diagnóstica de placenta previa o inserción baja de placenta, sea a partir de las 32 semanas de gestación.	D
En pacientes con ultrasonido abdominal que reporta sospecha de placenta previa, se sugiere confirmar el diagnóstico mediante ultrasonido endovaginal.	C
Se recomienda el uso del ultrasonido como la primera opción para el diagnóstico de acretismo, incretismo o percretismo placentario (figura 3).	FUERTE
Se recomienda el empleo del ultrasonido para establecer el diagnóstico prenatal de vasa previa (ver figura 4).	B
Se recomienda el uso del ultrasonido abdominal y endovaginal, con imagen Doppler, para mejorar la efectividad diagnóstica de la vasa previa.	D

TRATAMIENTO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se recomienda la administración de un esquema de corticoesteroides para la madurez pulmonar entre la semana 24 a 34 de gestación en pacientes con diagnóstico de placenta previa o inserción baja de placenta.	A
Se recomienda programar el nacimiento entre la semana 36 a 37 de gestación en pacientes con diagnóstico de placenta previa o inserción baja de placenta y sin factores de riesgo o comorbilidades asociadas. (ver algoritmo 1)	C
Se recomienda considerar el nacimiento por vía vaginal en pacientes con diagnóstico de inserción baja de placenta, sin sangrado transvaginal activo y que cuenten con condiciones obstétricas favorables.	D
Se recomienda practicar histerectomía obstétrica si no se logra controlar la hemorragia con las técnicas del manejo conservador.	D
Se recomienda la administración de anestesia regional durante el procedimiento de la cesárea en pacientes con diagnóstico de placenta previa o inserción baja de placenta.	D
Se recomienda que la cesárea de mujeres con diagnóstico de acretismo placentario sea practicada por un equipo especializado, multidisciplinario y con experiencia, en un centro hospitalario que cuente con banco de sangre, terapia intensiva de adultos y neonatal. (ver algoritmo 2)	D
En pacientes con diagnóstico de placenta acreta, increta o percreta, se recomienda programar el nacimiento entre la semana 34 a 36 de gestación. Se deberá considerar anticipar el nacimiento en casos de sangrado transvaginal persistente, preeclampsia, trabajo de parto, ruptura de membranas, compromiso del bienestar fetal o desarrollo de comorbilidades maternas.	FUERTE
En pacientes con placenta acreta, increta o percreta se recomienda realizar histerectomía total abdominal dejando la placenta in situ en vez de realizar histerectomía subtotal.	FUERTE
En pacientes con diagnóstico de acretismo placentario no se recomienda el uso de uterotónicos para la profilaxis de la hemorragia obstétrica.	FUERTE
No se recomienda el uso de metotrexato como terapia adyuvante del manejo conservador del acretismo placentario	FUERTE
Se recomienda realizar cesárea de urgencia en casos de pacientes con diagnóstico prenatal de vasa previa y que presenten ruptura de membranas o trabajo de parto. (ver algoritmo 3)	FUERTE

Se recomienda referir a unidades hospitalarias de segundo o tercer nivel a mujeres con hallazgos ultrasonográficos sugestivos de anomalías de inserción placentaria y de vasa previa. ((ver algoritmo 4)

B

*Grado de Recomendación

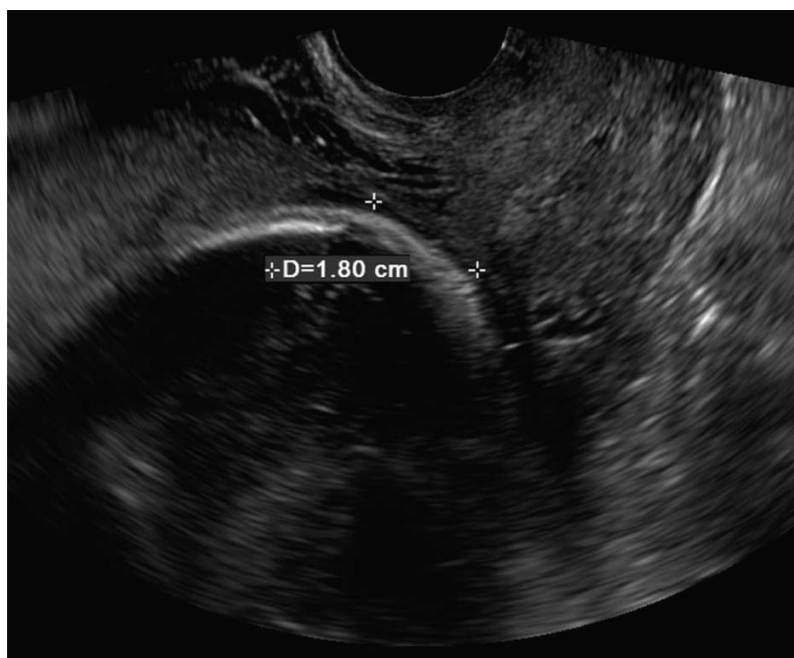
4. CUADROS O FIGURAS

Cuadro 1. Principales factores de riesgo para alteraciones de la placentación.

Factor	Riesgo reportado
Tratamientos de infertilidad	OR 1.97; IC 95% 1.45–2.66; P < 0.001
Cesarea previa	OR 1.76; IC 95% 1.48–2.09; P < 0.001
Edad materna avanzada	OR 1.08; IC 95% 1.07–1.09; P < 0.001
Tabaquismo	OR 1.42; IC 95% 1.30–1.54

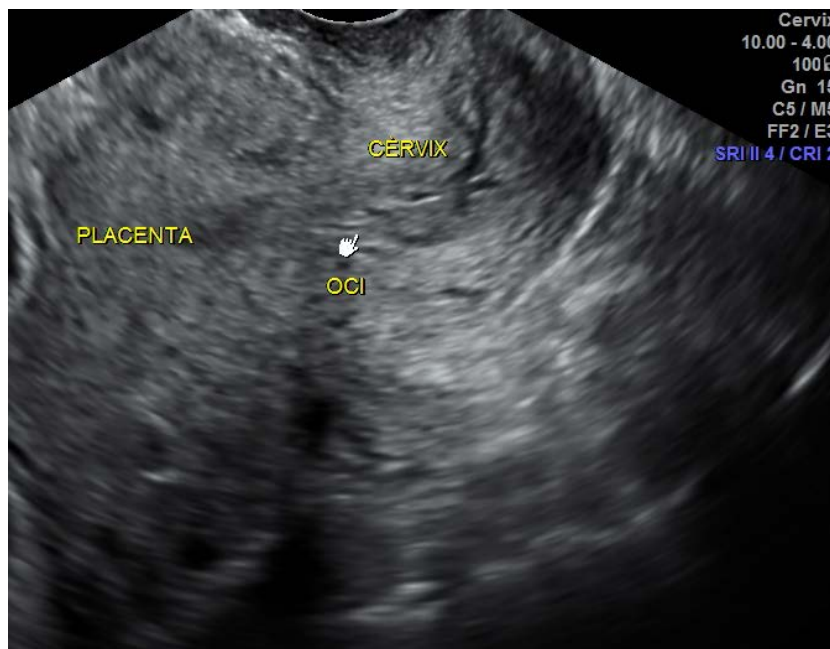
Fuente: Shobeiri F. Smoking and placenta previa: a meta-analysis. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017;30(24):2985.

Figura 1. Imagen ultrasonográfica de inserción baja de placenta. Puede observarse la distancia entre el borde placentario y el orificio cervical interno.



Con autorización de Robert Silver. Fuente: Silver RM. Abnormal Placentation: Placenta Previa, Vasa Previa, and Placenta Accreta. Obstet Gynecol. 2015;126(3):654-68.

Figura 2. Imagen ultrasonográfica de placenta previa. Se observa el borde placentario inferior que rebasa y cubre el orificio cervical interno.



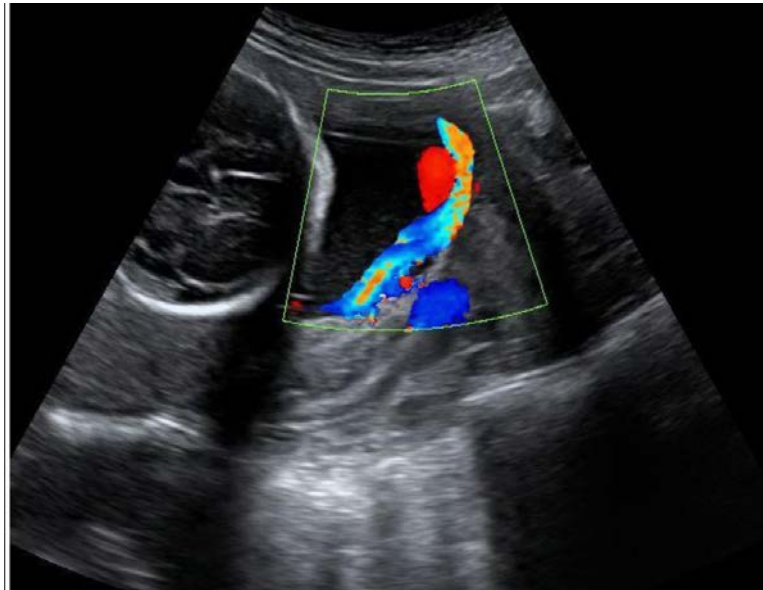
Con autorización de Viridiana Cruz Rodríguez

Figura 3. Imagen ultrasonográfica de acretismo placentario. Se observa la presencia de lagunas placentarias y pérdida de la zona de interfase.



Con autorización de Viridiana Cruz Rodríguez.

Figura 4. Imagen ultrasonográfica de vasa previa. Se observa la presencia de vasos fetales debajo de la presentación fetal.



Con autorización de Kristina Norvilaitė. Fuente: Norvilaitė K, Peštenytė A, Bužinskienė D, Drąsutienė G, Arlauskienė A, Poškus T, et al. Vasa praevia: a case report and literature review. Acta Medica Lituanica 2016;23(1):11-16