

PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y ÉXITUS FETAL

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

1. Definiciones	pág. 3
.....
2. Pérdida gestacional de segundo trimestre	pág. 4
2.1. Protocolo de estudio	pág. 4
3. Éxitus fetal anteparto.....	pág. 7
3.1. Protocolo de estudio y manejo	pág. 7
3.1.1. Estudio anteparto.....	pág. 7
3.1.2. Estudio postparto inmediato	pág. 8
Resumen cumplimentación estudio genético	pág. 10
3.1.3. Estudio y manejo postparto en sala de hospitalización	pág. 10
3.1.4. Estudio en la visita postalta	pág. 11
3.2. Manejo en el puerperio inmediato	pág. 11
3.3. Intervalo intergenésico	pág.11
3.4. Control gestacional en antecedente de éxitus fetal de causa desconocida	pág. 12
4. Finalización de la gestación	pág. 12
4.1. Método de finalización de la gestación	pág. 12
4.2. Consideraciones generales a valorar	pág. 14
4.3. Pauta analgésica y tratamiento de los efectos secundarios	pág. 14
4.4. Profilaxis antibiótica	pág. 16
4.5. Medidas en la postparto inmediato	pág. 16
4.6. Actitud clínica ante sospecha de restos ovulares post-alta.....	pág. 16
4.7. Situaciones especiales	pág. 17
4.7.1. Antecedente de cesárea o cirugía uterina previa	pág. 17
4.7.2. Gestación complicada con preeclampsia	pág. 19
4.7.3. Placenta previa oclusiva	pág. 20
4.7.4. Gestante con hipertensión pulmonar o cardiopatía tipo III-IV	pág. 21
4.7.5. Contraindicaciones para la administración de prostaglandinas	pág. 21
4.8. Consideraciones farmacológicas	pág. 22

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

Los siguientes anexos se encuentran en:

- Sede Maternitat --- F:/GINEOBST/EXITUS FETAL DOCUMENTACIÓ/:Petitorio y circuitos.
- Sede Sant Joan de Déu --- Carpeta "Recursos" siguiendo el link:
\\hsjdbcn.es\dfsroot\Recursos\dmed_obs-gin\obs-gin_comu\OBSTETRÍCIA\HSJD-CLÍNICA\EXITUS FETAL.

Anexo 1- Información adicional

1. Sede Maternidad

1.1. Consentimientos informados, petitorio de pruebas y circuitos a destacar

1.1.1. Consentimientos informados

1.1.2. Petitorio de pruebas

1.1.3. Circuito para realizar una radiografía post-mortem

1.1.4. Circuito para realizar una RM post-mortem

1.2. Documentación médica

1.3. Documentación administrativa (éxitus anteparto y postparto)

1.4. Intervención por parte de la Trabajadora Social

1.5. Circuito ante la solicitud de una fotografía postmortem

2. Sede Sant Joan de Déu

2.1. Petitorio consentimientos

2.2. Petitorio pruebas

2.3. Circuitos:

2.3.1. Radiografía post-mortem

2.3.2. RM post-mortem

2.3.3. Fotografía postmortem

2.4. Documentación médica y administrativa

2.5. Interconsultas: Intervención por parte de Trabajo social y Psicología

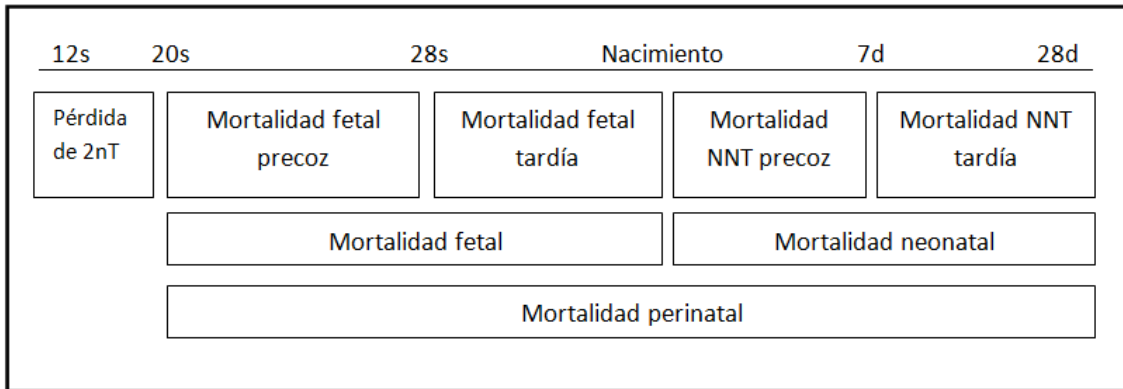
2.6. Check-list HSDJ

Anexo 2- Link a la "Guía de duelo perinatal"

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

1. DEFINICIONES

Clásicamente, se ha definido como mortalidad fetal aquella que sucede >22semanas de gestación o >500g (OMS). Sin embargo, siguiendo iniciativas internacionales (CDC, ACOG y el grupo “Stillbirth Collaborative Research”), el sistema de codificación CIM-10 ha definido como mortalidad fetal aquella que ocurre a partir de las 20 semanas de gestación. Dado que el sistema de codificación es de obligado cumplimiento a nivel español, la Sociedad Catalana de Ginecología y Obstetricia (SCOG) ha adoptado, en consonancia, la nueva definición. Este nuevo punto de corte también se aplicará a la definición de la mortalidad perinatal que se considerará como aquellos casos que ocurren a partir de las 20.0 semanas de gestación hasta los primeros 28 días de vida (< 28 días); y se considerará una pérdida de segundo trimestre aquellos casos en los que el óbito fetal ocurre entre la semana 12.0 y la 19.6 de gestación.



- **Pérdida gestacional de segundo trimestre:** ausencia de signos de vitalidad fetal entre las **12+0-19+6** semanas.
- **Éxito fetal intrauterino:** ausencia de signos de vitalidad fetal **a partir de las 20+0** semanas de gestación o ante un feto de **≥350 gramos** si se desconoce la edad gestacional.
 - En función de las semanas, diferenciamos:
 - **Éxito fetal intrauterino precoz:** entre semana 20+0 a 27+6 semanas
 - **Éxito fetal intrauterino tardío:** entre la semana 28+0 a 36+6 semanas
 - **Éxito fetal intrauterino a término:** a partir de la 37+0 semanas
 - Este éxito puede acontecer durante el trabajo de parto (éxito fetal intraparto) o diagnosticado previamente al inicio del trabajo de parto (éxito fetal anteparto).
- **Nacido vivo:** independientemente de la edad gestacional, cualquier feto nacido con signos de vitalidad. No se consideran signos de vitalidad la presencia de *gasping* ni de extrasístoles ventriculares (definición aceptada por la Organización Mundial de la Salud). *Ver protocolo cuidados paliativos neonatales para el manejo de estos casos.*
- **Éxito neonatal:** éxito neonatal que ocurre antes de los 28 días de vida.
 - **Éxito neonatal precoz:** el que sucede entre el día 0 y 7º día postparto de vida.

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

- **Éxitus neonatal tardío:** el que sucede entre el día 8º y 27º día postparto de vida.
- **Mortalidad perinatal:** incluye el éxitus fetal intrauterino (desde las 20 semanas de gestación-parto) y el éxitus neonatal hasta los 27 días posteriores al nacimiento (incluidos).

Este protocolo se centra en la pérdida gestacional de segundo trimestre y el éxitus fetal anteparto.

2. PÉRDIDA GESTACIONAL DE SEGUNDO TRIMESTRE

Ante el diagnóstico de una pérdida gestacional de segundo trimestre se ofrecerá a los pacientes la posibilidad de acceder a la “Guía de acompañamiento al duelo perinatal”:

http://www.hospitalclinic.org/files/EIClinic/atenciohospitalaria/icgon/dol_perinatal_cat.pdf

http://www.hospitalclinic.org/files/EIClinic/atenciohospitalaria/icgon/duelo_perinatal.pdf

2.1. PROTOCOLO DE ESTUDIO

Informar a los pacientes del protocolo de estudio que se va a realizar y solicitar su consentimiento oral y escrito.

Ante el diagnóstico de una pérdida gestacional entre las **12-21+6** semanas se realizará: (ver apartado de petitorio de pruebas que variará en función de la sede en Anexo 1)

1. **Historia clínica completa.** Anamnesis dirigida a la identificación de factores de riesgo. Exploración física.
2. **Estudio ecográfico** para confirmar el diagnóstico y valorar la presencia de anomalías fetales.
3. **Análítica completa** (Grupo sanguíneo y Rh. Anticuerpos irregulares. Hemograma, coagulación, bioquímica básica y perfil hepático).
4. **Serologías maternas** (IgM e IgG de toxoplasma, Rubeola, CMV y parvovirus B19. Lues VDRL y Elisa. Añadir serologías de VIH, VHB y VHC en caso de que se desconozcan).
5. **Anticuerpos antifosfolípidos** (Anticoagulante lúpico, IgG e IgM anticardiolipina, IgG e IgM antibeta-2-glicoproteína).
6. **Tóxicos en orina.**
7. Cuantificación de la **hemoglobina fetal o células RhD en sangre materna** para la identificación de la hemorragia feto-materna (“Test de Kleihauer-Betke” o “Estudi hemoglobines”). Se solicitará preferiblemente antes del parto y en todos los casos ya que la hemorragia feto-materna (HFM) puede producirse en ausencia de clínica materna. Los objetivos de este estudio son el diagnóstico de la HFM como posible causa de la pérdida gestacional y la determinación de la dosis de gammaglobulina anti-D a administrar a las pacientes Rh negativo.
8. **Estudio genético:**

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

- Se ofrecerá realización de amniocentesis en TODOS los casos. En función de la dificultad técnica se podrá realizar en el momento del diagnóstico o programarlo en la unidad de ecografías.
- Si la amniocentesis es técnicamente factible:
 - i. Se cursará Cariotipo molecular (CMA-chromosomal microarray analysis) en líquido amniótico en aquellos casos en los que no se disponga del estudio previamente. En todos los casos previamente a la realización del CMA se realizará una QF-PCR y sólo se procederá a cursar el CMA si ésta no presenta anomalías.
 - ii. Se obtendrá una muestra de piel fetal (recuadro de 5 x 5 mm de la cara interna del muslo o antebrazo incluyendo tejido subcutáneo, previa desinfección con alcohol) en la que se cursará una reserva de DNA con la intención de disponer de material genético para realizar estudios posteriores si se precisan.
- Si la amniocentesis NO es técnicamente factible o los padres rechazan su realización:
 - i. Se obtendrán dos muestras de piel fetal en las que se cursarán CMA en aquellos casos en los que no se disponga del estudio previamente y reserva de DNA.
- Es recomendable obtener las muestras lo más cerca posible del momento de la pérdida gestacional. Las muestras deben obtenerse y remitirse en condiciones estériles y deben conservarse a temperatura ambiente. Es importante indicar en las peticiones que se trata de una pérdida fetal de segundo trimestre.

*Ver apartado de cumplimentación estudio genético en la página 8.

9. Estudio de infecciones:

- Si la amniocentesis es técnicamente factible se realizará: PCR en líquido amniótico de citomegalovirus y parvovirus B19 + cultivo de líquido amniótico.
- Se realizará cultivo de placenta (recogida de la muestra entre amnios y corion).
- Si no se dispone de líquido amniótico se obtendrá un fragmento de placenta de 1cm³ de tamaño para estudio PCR de citomegalovirus, parvovirus B19.

10. **Ante clínica sugestiva** de APP, RPM, infección intraamniótica o infección materna solicitar las exploraciones complementarias según protocolos específicos y valorar la realización de cultivos fetales.

11. Estudio anátomo-patológico:

- a) Placenta: recomendable en todos los casos. Remitir la placenta **en formol** a Servicio de Anatomía Patológica. Valorar previamente la necesidad de obtención de muestras para la realización de estudios adicionales.
- b) Feto:
 - Si <14+0 semanas: remitir al feto junto a la placenta **en formol** como muestra de Anatomía Patológica.

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

- Si $\geq 14+0$ semanas: solicitar estudio necrópsico si la familia lo autoriza. Especificar datos relevantes y necesidad de exploraciones complementarias. Conservar feto **en fresco** y remitir en recipiente de plástico sin medio para su posterior valoración por el Servicio de Anatomía Patológica. No conservar en formol ni congelar.
Ante la negativa de los padres a realizar necropsia, se solicitará permiso para la realización de una RM post-mortem en aquellos casos $\geq 17+0$ semanas (ver circuito RM). El feto se remitirá al servicio de anatomía patológica con una petición de BIOPSIA indicando "NO ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO" que se adjuntará con el feto. Recordar que la petición de estudio de la placenta debe de realizarse por separado (2 peticiones diferentes).

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

3. ÉXITUS FETAL ANTEPARTO

El éxitus fetal anteparto contribuye al 50% de la mortalidad perinatal. En nuestro centro existe un Comité de Mortalidad Perinatal que tiene como objetivo definir la causa más probable de la pérdida del feto o recién nacido y definir recomendaciones futuras.

Ante el diagnóstico de una éxitus fetal anteparto se ofrecerá a los pacientes la posibilidad de acceder a la “Guía de acompañamiento al duelo perinatal”:

http://www.hospitalclinic.org/files/EIClinic/atenciohospitalaria/icgon/dol_perinatal_cat.pdf

http://www.hospitalclinic.org/files/EIClinic/atenciohospitalaria/icgon/duelo_perinatal.pdf

3.1. PROTOCOLO DE ESTUDIO

El estudio sistemático de las posibles causas del éxitus antenatal es básico para conseguir un correcto consejo perinatal y futuro. El estudio necrópsico del feto, el estudio anatomopatológico de la placenta y estudio genético fetal, constituyen las pruebas más relevantes para determinar la causa. Sin embargo, ante el diagnóstico de un éxitus fetal anteparto deben realizarse **TODAS** las exploraciones que se detallan a continuación, ya que en algunos casos el éxitus fetal puede deberse a la interacción o la suma de varias causas (ver apartado de petitorio de pruebas, variará en función de la sede, ver Anexo 1).

Informar a los pacientes del protocolo de estudio que se va a realizar y solicitar su consentimiento oral y escrito.

3.1.1. Estudio Anteparto:

1. **Historia clínica** completa incluyendo datos perinatales y familiares. Anamnesis dirigida a la identificación de factores de riesgo. **Exploración física** incluyendo la determinación de la tensión arterial y la medición de la altura uterina.
2. **Estudio ecográfico** para confirmar el diagnóstico, valorar la presentación fetal, peso fetal estimado, líquido amniótico, placenta (valoración de imágenes patológicas y descartar placenta previa) y la presencia de anomalías fetales.
3. **Análítica completa** (hemograma, coagulación, bioquímica básica y perfil hepático).
4. **Serologías maternas** (IgM e IgG de toxoplasma, Rubeola, CMV y parvovirus B19. Lues VDRL y Elisa. Añadir serologías de VIH, VHB y VHC en caso de que se desconozcan).
5. Cuantificación de la **hemoglobina fetal o células RhD en sangre materna** para la identificación de la hemorragia feto-materna (“Test de Kleihauer-Betke” o “Estudi hemoglobines”). Se solicitará preferiblemente antes del parto y en todos los casos ya que la

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

hemorragia feto-materna (HFM) puede producirse en ausencia de clínica materna. Los objetivos de este estudio son el diagnóstico de la HFM como posible causa de la pérdida gestacional y la determinación de la dosis de gammaglobulina anti-D a administrar a las pacientes Rh negativo.

6. Determinación de **anticuerpos irregulares** (solicitar grupo sanguíneo si se desconoce).
7. **Anticuerpos antifosfolípidos** (Anticoagulante lúpico, IgG e IgM anticardiolipina, IgG e IgM antibeta-2-glicoproteína).
8. **Ratio proteína/creatinina** en muestra de orina reciente, sobre todo ante sospecha de preeclampsia y/o CIR.
9. **Tóxicos en orina.**
10. En aquellos casos en que sea técnicamente posible se ofrecerá realización de una **amniocentesis** con obtención de líquido amniótico para:

11.1.- *Estudio de infecciones*: En todos los casos se realizará PCR en líquido amniótico de citomegalovirus y parvovirus B19. + cultivo de líquido amniótico.

11.2.- Estudio genético: Se cursará Cariotipo molecular (CMA-chromosomal microarray analysis) en líquido amniótico en aquellos casos en los que no se disponga del estudio previamente. En todos los casos previamente a la realización del CMA se realizará una QF-PCR y sólo se procederá a cursar el CMA si ésta no presenta anomalías. Es importante indicar en la petición que se trata de un éxitus fetal.

* Ver apartado de cumplimentación estudio genético en la página 9.

* Es recomendable obtener la muestra lo más cerca posible del momento del éxitus fetal. Las muestras deben obtenerse y remitirse a microbiología y genética en condiciones estériles y deben conservarse a temperatura ambiente.

3.1.2. Estudio Postparto inmediato:

1. **Inspección del feto y placenta.** Anotar peso de feto y placenta en la historia clínica. Destacar hallazgos macroscópicos remarcables.
2. Valorar solicitar **radiografía simple frente y perfil del feto** (ver circuito en Anexo 1- según cada sede).
3. **Recogida de muestra de piel fetal** en TODOS los casos (recuadro de 5 x 5 mm de la cara interna del muslo o antebrazo. Se debe proceder a la desinfección previa con alcohol y se debe incluir tejido subcutáneo). Una o dos muestras en función de si ha sido posible o no la obtención de líquido amniótico:
 - Si se ha cursado CMA en líquido amniótico: Se remitirá UNA muestra de piel fetal para extracción y reserva de DNA con la intención de disponer de material genético para realizar estudios posteriores si se precisan.

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

- Si no se dispone de CMA en líquido amniótico: Se remitirán DOS muestras de piel fetal, una para estudio de CMA y otra para extracción de DNA y reserva.

* Ver apartado de cumplimentación de estudio genético en página 9.

4. En casos seleccionados (por antecedentes o hallazgos ecográficos) solicitar recogida de muestras específicas de tejidos fetales para el **estudio de metabolopatías**. Hacer constar la sospecha clínica en la petición de anatomía patológica.
5. En casos seleccionados de sospecha de infección materna o fetal (clínica compatible o hallazgos ecográficos) se podrá solicitar el **estudio de DNA en placenta o tejidos fetales** mediante técnica de PCR. Hacer constar la sospecha clínica en la petición de anatomía patológica.

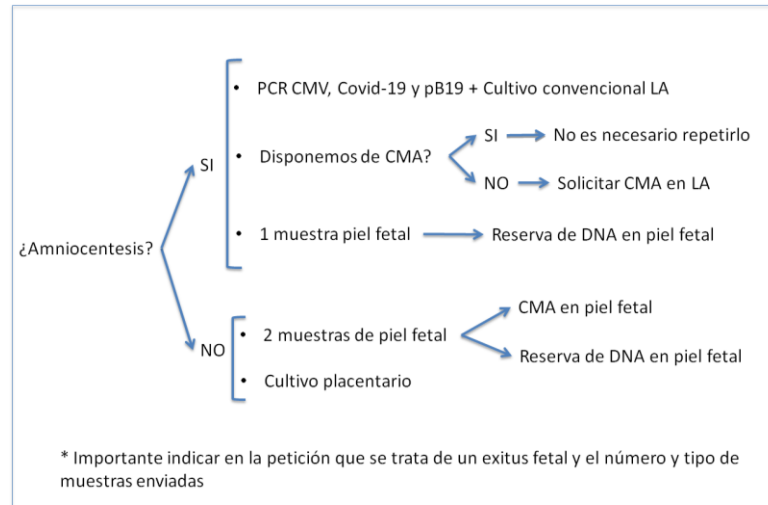
Asimismo, en los casos en los que se ha podido realizar amniocentesis (por no aceptación o por ausencia de líquido amniótico) se obtendrá un fragmento de placenta de 1cm³ de tamaño para estudio PCR de citomegalovirus, parvovirus B19.

Se realizará cultivo de placenta (recogida de la muestra entre amnios y corion).

6. Ante clínica sugestiva de APP, RPM, infección intraamniótica o infección materna solicitar las exploraciones complementarias según protocolos específicos y valorar la realización de **cultivos fetales y placentarios**.
7. **Necropsia:** es recomendable en todos los casos. Los padres deben autorizar su realización. Importante detallar la información clínica relevante en la petición de necropsia. Se debe conservar el feto en fresco envuelto en talla seca para su posterior valoración por el Servicio de Anatomía Patológica; no se debe conservar en formol ni congelar. Ante la negativa de los padres a realizar necropsia, se solicitará permiso para la realización de una RM post-mortem (ver circuito RM). El feto se remitirá al servicio de anatomía patológica con una petición de BIOPSIA indicando "NO ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO" que se adjuntará con el feto. Recordar que la petición de estudio de la placenta debe de realizarse por separado (2 peticiones diferentes).
8. **Estudio AP de la placenta:** es recomendable en todos los casos. Remitir la placenta en formol a Servicio de Anatomía Patológica. Valorar previamente la necesidad de obtención de muestras para realización de estudios complementarios.

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

Resumen de cumplimentación de estudio genético:



3.1.3. Estudio y manejo postparto en sala de hospitalización:

- Inhibición de la lactancia materna** (Cabergolina 2 comprimidos en dosis única) > 16 semanas. Recordar que este fármaco está contraindicado en pacientes con HTA. En este caso, únicamente se recomendarán medidas físicas y restricción hídrica.
- En pacientes Rh negativas se administrará una dosis intramuscular estándar de 300 mcg (1500 UI) de **gammaglobulina anti-D** dentro de las primeras 72 horas postparto. Esta dosis es capaz de proteger correctamente a la madre en caso de hemorragia feto-materna de hasta 30 ml (lo que corresponde a un hallazgo de 0.6 % de HbFetal en sangre materna o de células RhD positivas).
En caso de hemorragia feto-materna significativa será necesario **ajustar la dosis** según el grado de hemorragia estimada. Se administrarán 200 mcg de gammaglobulina por cada 10 ml de hemorragia feto-materna. Cálculo para la transformación del % de hematíes fetales en ml de hemorragia feto-materna: % hematíes x 50= ml de hemorragia feto-materna.
- Revisar la cumplimentación de toda la documentación** requerida. Dejar anotado en la historia la decisión de los padres respecto al entierro y a la necropsia. Referenciar si fuera el caso, si esta decisión queda pendiente o si ha habido un cambio de decisión.
- Interconsulta a Trabajo Social o a Servicio Psicología** (variará en función de la sede, ver Anexo 1).
- Solicitar TTOG** (75 g) si el peso fetal al nacimiento > percentil 90 a realizar en la visita post-alta, excepto en aquellos casos con una glucemia basal >126 o gestantes con diagnóstico previo de diabetes (ver protocolo de diabetes).
- Favorecer el **alta precoz** cuando el estado de la paciente lo permita. Programar visita post-alta en 6-8 semanas en Unidad de referencia o en su defecto en Dispensario de Malos Antecedentes Obstétricos para cerrar el caso y completar el consejo futuro. Revisar siempre el

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

documento impreso para evitar duplicaciones o errores en la información escrita en el alta que se entrega a la paciente. Cumplimentar todos los resultados disponibles en el momento del alta.

3.1.4. Estudio en la visita post-alta:

- **Cursar estudio de trombofilias en casos seleccionados:** CIR, desprendimiento de placenta normoinsera, lesiones placentarias, antecedente personal de trombosis y pérdida fetal recurrente. Se solicitarán anticuerpos antifosfolípidos, anticuerpos anticardiolipina (IgG e IgM), anticuerpos antibeta2-glicoproteína, mutación G-20210-A del gen de la protrombina, resistencia a la proteína C activada-Mutación del factor V Leiden, Proteína C (funcional y antígeno), proteína S (libre y total) (ver apartado de petitorio de pruebas – Anexo 1).
- **Estudio de cariotipo de los padres:** ante pérdida fetal recurrente (≥ 2 pérdidas fetales) o por hallazgos surgidos del estudio de éxitus fetal.

3.2. MANEJO EN EL PUERPERIO INMEDIATO

La conducta médica a seguir en el puerperio inmediato es similar a la detalla en el Protocolo de Asistencia al parto normal. Es importante favorecer una correcta elaboración del duelo, por lo que se deberá ofrecer en todos los casos que los padres (u otros familiares si así lo solicitan) permanezcan con el recién nacido el tiempo que necesiten. En caso de que los padres no quieran ver al recién nacido se puede ofrecer la posibilidad de tenerlo en brazos adecuadamente envuelto en una talla. Es favorable ofrecer la posibilidad de realizar fotografías y/o de obtener las huellas plantares, que se entregarán a los padres en cartulinas diseñadas para ello. Si existe la demanda de hacer algún breve ritual de despedida, se intentará favorecer el espacio adecuado. Recordar que disponemos de unos indicadores para colocar en las puertas de las habitaciones de las familias que están en proceso de duelo. Dejar registrado en la historia un breve resumen de lo acontecido (si la familia ha visto al feto, si desean o no necropsia y si se harán o no cargo del entierro).

3.3. INTERVALO INTERGENÉSICO

El periodo intergenésico recomendable tras la finalización de la gestación en caso de éxitus fetal es de **6 meses**. Los datos disponibles en la literatura establecen que periodos intergenésicos menores se asocian a un discreto incremento del riesgo de aborto espontáneo, prematuridad y bajo peso al nacimiento.

En todos los casos se evaluarán los resultados de las diferentes pruebas realizadas (estudio genético, necropsia etc) para establecer el consejo pregestacional futuro y la presencia de factores de riesgo relacionados con la prematuridad (antecedentes de parto prematuro, RPM etc), en cuyo caso se puede realizar una visita pregestacional en la Unidad de Prematuridad para definir medidas futuras y

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

establecer el periodo intergenésico recomendable (9-12 meses según datos disponibles en la literatura).

3.4. CONTROL DE LA GESTACIÓN CON ANTECEDENTE DE ÉXITUS FETAL DE CAUSA DESCONOCIDA

Es importante evaluar el estudio realizado en la gestación previa y completar estudio antes de recomendar una nueva gestación.

El riesgo de recurrencia de éxitus antenatal así como de presentar otras complicaciones obstétricas (PE/CIR/pérdida gestacional temprana) se incrementa entre 2-10 veces respecto a la población general. El riesgo de recidiva dependerá de la causa y de la edad gestacional en el momento del éxitus. De forma global la recidiva del éxitus de causa desconocida se sitúa en un 3% y se eleva a 11% si existen dos antecedentes.

Se realizará un control de gestación como embarazo de alto riesgo. No existe evidencia de que un mayor control gestacional disminuya el riesgo de recidiva, aunque los niveles de ansiedad de la paciente pueden reducirse con una mayor frecuencia de visitas prenatales y de pruebas de bienestar fetal. Se recomendará realización de ecografía para valorar el crecimiento fetal a las 28 semanas (+/- 2s), a las 32 semanas (+/-2s) y a las 36 semanas (+/-2s) y realización de NST 1-2 semanas antes al momento del éxitus fetal anterior (siempre que sean más de 32 semanas de edad gestacional). Es importante insistir en el control de movimientos fetales a partir de las 28 semanas.

Valorar finalizar la gestación a partir de la semana 39, de manera consensuada con los padres, en función de los antecedentes obstétricos, de las condiciones cervicales y del estado emocional de los padres.

4. FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN

4.1. MÉTODOS DE FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN

- Legrado uterino:

- Cuando la paciente lo solicite, y siempre que la **longitud del fémur sea <12 mm**, se puede considerar la evacuación quirúrgica del útero.
- Realizar maduración cervical mediante administración de 400 µg de misoprostol (2 comprimidos de Cytotec® en fondo de saco vaginal posterior 4 horas antes del procedimiento). En caso de contraindicación al misoprostol administrar 200 mg de mifepristona (1 comprimido vo en las 24 horas previas a la intervención).

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

- Método farmacológico: se considera el **método de elección**.

- Utilizar la pauta combinada de **mifepristona-misoprostol** (mejor perfil de seguridad y efectividad). Ver consideraciones farmacológicas (página 21)
- Realizar maduración cervical ambulatoria mediante 200 mg de mifepristona (fármaco de dispensación hospitalaria) en **TODOS** los casos. Hasta un 5% de pacientes pueden presentar sangrado durante las primeras 24 horas tras la administración de mifepristona, pudiéndose producir la expulsión de la gestación (menos del 3% de casos).
- Intervalo de tiempo óptimo entre la mifepristona y el misoprostol:
 1. 12-23.6 semanas: **12-24h**.
 2. ≥ 24 semanas: **12 horas**.
 - ❖ Aunque estos son los intervalos recomendados en nuestro centro, la mifepristona debe administrarse **SIEMPRE**, ya que también es efectiva en intervalos de tiempo inferiores.
- La pauta de administración de **misoprostol** variará en función de la edad gestacional:
- Primera tanda: administrar la primera dosis de misoprostol siempre vía vaginal y continuar con vía oral.
- Ante la presencia de DU regular (> 2 contracciones/10 minutos) no administrar dosis sucesivas de misoprostol.
- No iniciar tratamiento con oxitocinaev hasta transcurridas > 4 horas de la última dosis de misoprostol (el uso concomitante de misoprostol y oxitocina aumenta el riesgo de hiperdinamia uterina y consecuentemente de rotura uterina).

- En caso de **no expulsión fetal el primer día de tratamiento**:
 - **Repetir dosis de mifepristona** (200 mg vo) a las 00h, que se administrará si la paciente no presenta dolor e independientemente de si se ha finalizado la tanda de misoprostol.
 - **Colocación de balón intracervical**. Existe también la opción de utilizar Dilapan® intracervicales en aquellos casos en los que se considere más apropiado. El balón intracervical puede mantenerse durante 24 horas. Transcurrido este tiempo se recomienda revalorar el caso.
 - Explicar el proceso a la paciente y permitir unas horas de descanso de la gestante tras finalizar la tanda de misoprostol.
 - Repetir nueva tanda de misoprostol (ver en tabla previa día +2). Se recomienda administrar todas las dosis **vía vaginal** ya que ofrece mayor efectividad (niveles plasmáticos del fármaco más altos) y mejor perfil de seguridad.

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

Edad gestacional		No cirugía uterina previa
≥12-24.6 semanas	Día 1	800 mcgvv; a las 3 horas iniciar: 400 mcg/3h vo
	Día 2	800 mcgvv; a las 4 horas iniciar: 400 mcg/4h vv
≥25-31.6 semanas	Día 1	400 mcgvv; a las 3 horas iniciar: 200 mcg/3h vo
	Día 2	400 mcgvv; a las 4 horas iniciar 400 mcg/4h vv
≥ 32 s semanas	Día 1	50 mcgvv; a las 3 horas iniciar 50 mcg/3h vo
	Día 2	100 mcgvv; a las 4 horas iniciar 50 mcg/4h vv

VO=vía oral (intervalo 3h. Máximo 5 dosis)/ VV= vía vaginal (intervalo 4h. Dosis máxima 5)

Tratamiento de rescate en caso de no expulsión fetal en 48 horas:

- <25s: En función de la edad gestacional y de la situación clínica de la paciente se puede optar por:
 1. PG F2α vía intramniótica. Se procederá a realizar una amniocentesis con evacuación de líquido amniótico e instilación de 10 ampollas de 1ml de carboprost (2500 µg, en total).
 2. PG E2 perfusión ev. Se utilizará una bomba de infusión. Dilución en 500 cc de suero glucosado al 5 % de una ampolla de PG E2 (5 mg cada ampolla), obteniéndose una concentración de 10microgramos/mL. Se iniciará la perfusión a 15 ml/h= 5 gotas/min y se irá aumentando cada 30 minutos según tolerancia hasta un máximo de 60 ml/h= 20 gotas/min. Se puede interrumpir la perfusión para reposo nocturno.
- >25s: En función del índice de Bishop valorar inicio de estimulación oxicítica según protocolo de inducción del parto en gestación viable.
- ❖ Revalorar previamente la pauta analgésica de forma conjunta con Servicio de Anestesia.

4.2. CONSIDERACIONES GENERALES A VALORAR

- Determinar la **inserción placentaria por ecografía** previamente al inicio del tratamiento farmacológico: descartar la presencia de una placenta de inserción baja (5-7% de los casos en el segundo trimestre de la gestación) e inserción sobre la cicatriz de cesárea previa (valorar riesgo de acretismo placentario).
- Durante el tratamiento con prostaglandinas realizar control clínico: aparición de sintomatología sistémica (ver tratamiento de efectos secundarios) y control de **TA, temperatura y pulso**.
- Para no incrementar el riesgo de hiperdinamia, evitar el uso concomitante de oxitocina y misoprostol. No iniciar tratamiento con oxitocinaev hasta transcurridas 4 horas de la última dosis de misoprostol.

4.3. PAUTA ANALGÉSICA Y TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS

1. Administrar un **ansiolítico** al inicio del tratamiento: 5 mg de Diazepam vía sublingual. Puede proseguirse con 5mg/12-24horas según tolerancia.
2. Iniciar pauta analgésica mediante infusión con **bomba elastómera/volumétrica** endovenosa de Tramadol + Dexketoprofeno (o Metamizol si contraindicación a AINES) + Metadona +

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

Ondansetrón. La bomba elastómera es un sistema no electrónico de perfusión continua de fármacos que permite prefijar la velocidad de perfusión (constante o variable).

3. Permitir la **ingesta de dieta líquida**, así como la movilización de la paciente.
4. En caso de diarrea administrar **loperamida 2mg vo**.

El tratamiento analgésico escalonado se describe de forma extensa en el " **Protocolo de Tratamiento del Dolor Agudo en procedimientos de corta estancia en el Área Obstétrica**" del Servicio de Anestesia y reanimación. Se resume a continuación:

Primer nivel analgésico: se iniciará simultáneamente **al inicio de tratamiento con misoprostol**. Se administrará dexketoprofeno 50 mg ev dosis única + inicio de bomba elastómera/volumétrica (24 h):

- Gestación de < 25 semanas: bomba de 100 mL (dexketoprofeno 100 mg+ Tramadol 100 mg+ metadona 5mg+ ondansetrón 4 mg+ resto de volumen de suero fisiológico) a administrar a velocidad constante de 4mL/h.
 - Gestación de ≥ 25 semanas: Se preparará una bomba de 100 mL (dexketoprofeno 150 mg+ Tramadol 200 mg+ metadona 5mg+ ondansetrón 8 mg+ resto de volumen de suero fisiológico) a administrar a velocidad de 4mL/h.
 - Si alergia o intolerancia a los AINES (situación frecuente en pacientes atópicas o asmáticas), iniciar analgesia con paracetamol 1gr ev y sustituir dexketoprofeno por metamizol en bomba elastómera, 4g si EG < 25 semanas y 8g si EG ≥ 25 semanas.
- Analgesia **complementaria**:
 - Si control insuficiente del dolor se puede administrar 1g de paracetamol ev/6h (dosis máxima de 4gr/24h, contraindicado en pacientes con disfunción hepática).
 - Analgesia de **rescate**:
 - Si EVA > 6-7 a los 20 minutos de la administración del paracetamol, administrar 3 mg de metadona sc bajo monitorización con pulsioximetría.
 - Si el EVA > 6-7 a los 20 minutos de la administración de metadona se recomienda trasladar a la gestante a Sala de Partos para iniciar el segundo nivel de analgesia.

Segundo nivel analgésico: tras comprobar si ha sido administrada dosis de metadona y a qué hora, se administrará 1 mg de midazolam + 50 mcg fentanilo vía ev bajo monitorización clínica y respiratoria (frecuencia respiratoria y pulsioxímetro). Si el dolor persiste, se puede repetir dosis de fentanilo hasta alcanzar una dosis máxima de 1mcg/Kg. Si el dolor persiste se pasará al tercer nivel de analgesia.

Tercer nivel analgésico: analgesia epidural.

4.4. **PROFILAXIS ANTIBIÓTICA**

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

Realizar profilaxis antibiótica únicamente en caso de legrado quirúrgico. La profilaxis antibiótica no está indicada si el método de finalización es farmacológico.

Pauta antibiótica: cefazolina 3g ev + Metronidazol 500mg ev en la preinducción anestésica. En caso de alergias a penicilina se sustituirá la cefazolina por tigeclina 100 mg ev + **Metronidazol 500mg ev.**

Es necesario repetir la dosis de Cefazolina si la IQ dura \geq 3 horas; el resto de antibióticos no necesitan redosificación.

4.5. MEDIDAS EN EL POSTPARTO INMEDIATO

- Conducta médica similar a la detallada en el Protocolo de Asistencia al parto normal.
- **NO realizar ecografía sistemática** tras la expulsión del feto y la placenta si la paciente está asintomática (elevada tasa de falsos positivos). En caso de sangrado significativo y/o sospecha de retención placentaria, realizar ecografía para establecer necesidad de realizar legrado.
- Si tras la expulsión del feto no se produce el alumbramiento de la placenta se administrará una nueva dosis de 400 mcg de misoprostol vo (en gestaciones de < 22 semanas) o 5-10 UI de oxitocina ev o im (en gestaciones de > 22 semanas). Si en las siguientes 2 horas no se ha producido el alumbramiento de la placenta se realizará un legrado aspirativo.

4.6. ACTITUD CLÍNICA ANTE SOSPECHA DE RESTOS OVULARES POST-ALTA

En el caso que la paciente explique un sangrado anormal y/o dolor tras el alta, se realizará una **ecografía**.

1- Si la ecografía sugiere presencia de restos ovulares (**patrón ecográfico heterogéneo y/o endometrio > 15 mm**), la opción terapéutica de elección será: 1) realizar un **legrado aspirativo** de forma programada, aunque a criterio del profesional, podrá plantearse 2) **conducta expectante** o 3) **administración de misoprostol 800 microgramos vaginal** con analgesia pautada:

Paracetamol-codeína 500/30mg + Ibuprofeno 600 mg 30-40 min antes del misoprostol

+

Misoprostol 800mcg dosis única vía vaginal o bucal.

+

Repetición de la pauta analgésica cada 6/8h si el dolor persiste

2- En el resto de casos (**endometrio \leq 15 mm sin patrón ecográfico heterogéneo que sugiera retención de restos**), se recomendará 1) **conducta expectante**, aunque a criterio del profesional podrá plantearse 2) administración de misoprostol 800 mcg vaginal con analgesia pautada.

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

En todos los casos se solicitará una visita ambulatoria en 2-3 semanas para seguimiento clínico. Si persiste la duda ecográfica sobre retención de restos ovulares:

- y no legrado previo: se programará un **legrado de forma programada**.

- y legrado aspirativo previo (en el ingreso o post-Alta): se remitirá a Servicio de Ginecología para valoración ecográfica e histeroscópica. En notas administrativas se especificará la posibilidad de ser programadas el mismo día para facilitar el manejo interdisciplinar (ver Anexo 3).

En los casos que se realiza legrado quirúrgico se realizará profilaxis antibiótica con Cefazolina 3g + Metronidazol 500mg ev en la preinducción anestésica. En caso de alergia a penicilina se sustituirá la Cefazolina por Tigeciclina 100mg ev.

4.7. SITUACIONES ESPECIALES

4.7.1. Antecedente de cesárea o cirugía uterina previa

Existe evidencia de que la utilización de misoprostol incrementa el riesgo de **rotura uterina** en las gestantes con antecedente de **una cesárea segmentaria transversa previa**. En la gestación no viable el riesgo se sitúa entre **0.3-1.1 % < 29s y entre 1-5% ≥ 29s**. Aunque los datos que se pueden extraer de la literatura médica son limitados, en general se acepta la utilización de misoprostol para la inducción de la gestación no viable con antecedente de una cesárea segmentaria transversa.

Antecedente de 1 cesárea segmentaria transversa previa:

- Informar detalladamente de los riesgos dejando constancia de ello en la historia clínica de la gestante. La gestante deberá firmar la hoja de consentimiento informado específico.
- Localizar de la **inserción de la placenta por ecografía** para valorar el riesgo de acretismo en caso de placenta situada sobre cicatriz uterina previa.
- Se avisará a especialista de guardia del inicio de la inducción.
- **Reserva de sangre** (2 CH) en el momento del ingreso.
- **Maduración del cérvix:**
 - Farmacológica ambulatoria (mifepristona 200 mg) si EG < 25 semanas
 - Mecánica (balón intracervical) si EG ≥ 25 semanas. El balón se colocará al ingreso y puede mantenerse 24 horas. Transcurrido este tiempo se revalorará el caso.
 - Se recomienda disminuir la dosis de misoprostol en función de la edad gestacional. Ver pauta a continuación:

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

Edad gestacional		Cirugía uterina previa
≥12-24.6 semanas	Día 1	800 mcgvv; a las 3 horas iniciar: 400 mcg/3h vo
	Día 2	800 mcgvv; a las 4 horas iniciar: 400 mcg/4h vv
≥25-31.6 semanas	Día 1	200 mcgvv; a las 3 horas iniciar: 100 mcg/3h vo
	Día 2	200 mcgvv; a las 4 horas iniciar 100 mcg/4h vv
≥ 32 s semanas	Día 1	25 mcg/ 4h vv
	Día 2	50 mcg/ 4h vv

VO=vía oral (intervalo 3h. Máximo 5 dosis) / VV= vía vaginal (intervalo 4h. Dosis máxima 5)

- Primera tanda: administrar la **primera dosis** de misoprostol siempre **vía vaginal**.
 - Si EG < 32 semanas: continuar con **vía oral**
 - si EG ≥ 32 semanas: seguir con **vía vaginal** ya que ofrece un nivel plasmático más estable con mayor perfil de seguridad.
- Control clínico de aparición de sintomatología sistémica (ver tratamiento de efectos secundarios) y control de TA, temperatura y pulso.
- Ante la presencia de DU regular (> 2 contracciones/10 minutos) no administrar dosis sucesivas de misoprostol.
- Control de la **sintomatología sugestiva de rotura uterina**: aparición de dolor que persiste entre contracciones, dolor a nivel de la cicatriz previa, dolor irradiado a hombros o tórax, cese de las contracciones, cambio en la presentación fetal, sangrado vaginal o hematuria, aparición de disnea, taquicardia, hipotensión o shock.
- En caso de **no expulsión fetal el primer día de tratamiento**:
 - Si **EG < 25 semanas**
 - **Repetir dosis de mifepristona** (200 mg vo) que se administrará a las 24:00h si la paciente no presenta dolor e independientemente de si se ha finalizado la tanda de misoprostol.
 - **Colocación de balón intracervical**. Existe también la opción de utilizar Dilapan® intracervicales en aquellos casos en los que se considere más apropiado. El balón intracervical puede mantenerse durante 24 horas. Transcurrido este tiempo se recomienda revalorar el caso.
 - Si **EG ≥ 25 semanas: retirar balón intracervical y valorar las condiciones cervicales**. Existe la opción de utilizar Dilapan® intracervicales en aquellos casos en los que se considere apropiado.
 - Explicar el proceso a la paciente y permitir unas horas de descanso de la gestante tras finalizar la tanda de misoprostol.
 - Repetir nueva tanda de misoprostol (ver en tabla previa día +2). Se recomienda administrar todas las dosis **vía vaginal** ya que ofrece mayor efectividad (nivel plasmático del fármaco más estable) y mejor perfil de seguridad.
- En caso de no expulsión con segunda tanda de tratamiento revalorar el caso individualmente.

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

Antecedente de > 1 cesárea segmentaria transversa previa, otras cirugías uterinas, intervalo cesárea-parto < 18 meses:

- Existen muy pocos datos en la literatura respecto al perfil de seguridad del misoprostol en las gestantes con más de 1 cesárea segmentaria transversa previa o con el antecedente de otras cirugías uterinas y en la actualidad no es posible establecer un riesgo específico de rotura uterina.
- Dado que no existe un riesgo fetal, la mayoría de guías clínicas NO contraindican el intento de parto vaginal en este grupo de gestantes aunque la pauta de inducción con prostaglandinas no está bien definida.
- **En todos los casos se realizará un asesoramiento individualizado valorando diferentes factores como la edad, la existencia de partos vaginales previos y el deseo genésico futuro de la gestante.**
- En caso de inducción seguir la misma pauta farmacológica que en la gestante con antecedente de 1 segmentaria transversa anterior.
- Se avisará a especialista de guardia del inicio de la inducción.

4.7.2. Gestación complicada con preeclampsia

El misoprostol está contraindicado en la gestación viable complicada por preeclampsia por su potencial asociación con la aparición de complicaciones agudas intraparto como hiperdinamia uterina, cesáreas urgentes por alteraciones de la FCF y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Estudios recientes no han confirmado dicha asociación y establecen que el misoprostol constituye una opción segura en el contexto clínico de preeclampsia, con mayores tasas de parto vaginal y menores intervalos de expulsión. En la gestación no viable no existen unas recomendaciones claras sobre la inducción con misoprostol y por el momento tampoco existe una contraindicación para su utilización.

En nuestro centro la inducción de la gestación no viable con misoprostol **NO está contraindicada** aunque deberá tenerse en cuenta que el misoprostol afecta la contractilidad del músculo liso vascular, lo que puede condicionar la aparición de efectos secundarios como la hipotensión, que son dosis-dependientes y que pueden cobrar mayor relevancia en el contexto clínico de una PE grave.

En el contexto de una preeclampsia se deberán tener en cuenta los siguientes puntos:

- Información detallada de los riesgos previamente detallados dejando constancia de ello en la historia clínica. La gestante deberá firmar la hoja de consentimiento informado específica.
- Se recomendará realizar un **feticidio en todos los casos**, incluyendo gestaciones de < 23 semanas para disminuir del riesgo de sangrado en caso de complicación obstétrica.
- **Ingreso de la paciente en el área de Sala de Partos.**

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

- Control clínico según protocolo de Preeclampsia.
- Reserva de sangre (2 CH) en el momento del ingreso.
- Maduración farmacológica ambulatoria del cérvix con 200 mg de mifepristona según pauta estándar.
- Ajustar dosis de misoprostol según edad gestacional. **No utilizar dosis de misoprostol > 400 mcg** por el incremento de la frecuencia de efectos secundarios.
- Utilizar siempre la **vía vaginal** ya que presenta un mejor perfil de seguridad.
- Pauta recomendada por edad gestacional y presencia de cirugía uterina previa según esquema:

Edad gestacional		No cirugía uterina previa + Preclampsia
≥12-24.6 semanas	Día 1	400 mcgvv; a las 4 horas iniciar: 400 mcg/4h vv
	Día 2	400 mcgvv; a las 4 horas iniciar: 400 mcg/4h vv
≥25-31.6 semanas	Día 1	400 mcgvv; a las 4 horas iniciar: 200 mcg/4h vv
	Día 2	400 mcgvv; a las 4 horas iniciar: 400 mcg/4h vv
≥ 32 s semanas	Día 1	100 mcgvv; a las 4 horas iniciar 50 mcg/4h vv
	Día 2	>34s protocolo inducción

VO=vía oral (intervalo 3h. Máximo 5 dosis) / VV= vía vaginal (intervalo 4h. Dosis máxima 5)

Edad gestacional		Cirugía uterina previa + Preclampsia
≥12-24.6 semanas	Día 1	400 mcgvv; a las 4 horas iniciar: 400 mcg/4h vv
	Día 2	400 mcgvv; a las 4 horas iniciar: 400 mcg/4h vv
≥25-31.6 semanas	Día 1	200 mcgvv; a las 4 horas iniciar: 100 mcg/4h vv
	Día 2	200 mcgvv; a las 4 horas iniciar: 100 mcg/4h vv
≥ 32 s semanas	Día 1	25 mcg/4h vv
	Día 2	50 mcg/4h vv ; >34s protocolo inducción

VO=vía oral (intervalo 3h. Máximo 5 dosis) / VV= vía vaginal (intervalo 4h. Dosis máxima 5)

- **En gestaciones ≥ 34 semanas** se recomendará la inducción según protocolo de preeclampsia con gestación viable.

4.7.3. Placenta previa oclusiva

La placenta de inserción baja (<10 mm del orificio cervical interno o que lo rebase completamente) se produce en un 5-7 % de las gestaciones en el segundo trimestre de la gestación y constituye un factor de riesgo de sangrado obstétrico. La localización de la placenta constituye por tanto un punto relevante a la hora de planificar una finalización de una gestación no viable.

Existen estudios que demuestran que la realización de una inducción farmacológica con mifepristona y misoprostol constituye una opción válida en el contexto de la gestación no viable con placenta de inserción baja o que rebase el orificio cervical interno.

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

En todos los casos se realizará un asesoramiento individualizado valorando diferentes factores como la edad gestacional, la existencia de partos vaginales previos y el deseo genésico de la gestante.

En el caso de que la gestante solicite la opción de intento de parto vaginal:

- Información detallada de los riesgos previamente detallados dejando constancia de ello en la historia clínica de la gestante. La gestante deberá firmar la hoja de consentimiento informado específica.
- Se avisará a especialista de guardia del inicio de la inducción.
- Reserva de sangre (2 CH) en el momento del ingreso.
- Maduración farmacológica del cérvix con 200 mg de mifepristona según pauta estándar y con un intervalo óptimo mifepristona-misoprostol de 24-36 horas. La maduración mecánica del cérvix está contraindicada.
- Seguir la pauta de inducción habitual en función de la edad gestacional y de la existencia de cirugía uterina previa.

4.7.4. Gestante con hipertensión pulmonar o cardiopatía materna tipo III-IV (Clasificación OMS)

El manejo del proceso de ILE en una gestante con hipertensión pulmonar (ver protocolo específico "Manejo obstétrico-ginecológico en Hipertensión pulmonar) o con cardiopatía materna relevante (tipo III-IV según la clasificación modificada de la OMS) debe ser llevado a cabo de forma multidisciplinar, con implicación del especialista en Medicina Maternofetal, el médico de referencia de la patología materna y el equipo del Servicio de Anestesia.

- Programar siempre visita preanestésica.
- Realizar el proceso de ILE a la menor edad gestacional posible para evitar complicaciones maternas e informando de la opción de tratamiento médico y quirúrgico en función de la edad gestacional.
- El tratamiento con misoprostol puede favorecer la aparición de vasoespasma coronario, cambios hemodinámicos y arritmias, por lo que se debe evitar utilizar dosis > 400 mcg y se recomienda utilizar la vía vaginal (mejor perfil de Seguridad). La pauta recomendada será la misma que la de la gestante con embarazo complicado con preeclampsia.

4.7.5. Contraindicaciones para la administración de prostaglandinas

Aunque es una situación poco frecuente en caso de que exista una contraindicación a la utilización de prostaglandinas a la hora de planificar la finalización de una gestación no viable:

- Se puede optar por:

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

- Inducción del parto mediante **mifepristona 600 mg/día vo x 2 días**. Ver contraindicaciones de la mifepristona en siguiente apartado.
- Maduración mecánica del cérvix mediante la colocación de balón intracervical
- Valorar la necesidad de utilizar otros métodos de dilatación mecánica del cérvix (Dilapan® intracervicales)
- Realizar una amniorrexia artificial en el momento en que las condiciones cervicales lo permitan
- Perfusión con oxitocina, según protocolo de inducción del parto.

4.8. CONSIDERACIONES FARMACOLÓGICAS

Mifepristona: (RU-486, Mifegyne®, 1 comprimido= 200 mg):

Antagonista competitivo de la progesterona a nivel de sus receptores, por lo que altera el endometrio, produce necrosis de la decidua y favorece que el trofoblasto se separe de ésta. También sensibiliza al miometrio al efecto de las prostaglandinas y aumenta la contractilidad uterina. En el primer trimestre de gestación favorece la maduración cervical.

Contraindicaciones: Insuficiencia suprarrenal crónica o realización de tratamiento crónico con corticoides (la mifepristona disminuye el efecto de los corticoides. En general la utilización de una única dosis de mifepristona no está contraindicada en las gestantes bajo tratamiento crónico con corticoides. En todos los casos se valorará con el médico de referencia de la gestante o con el Servicio de Anestesia, la necesidad de ajustar la dosis del tratamiento de base), asma grave no controlado mediante tratamiento, trastornos hemorrágicos, tratamiento con fármacos anticoagulantes y porfiria. Se desaconseja su uso en pacientes con Insuficiencia hepática, Insuficiencia renal y durante la lactancia. Hasta un 5 % de pacientes pueden presentar sangrado durante las primeras 24 horas tras la administración de mifepristona, pudiéndose producir la expulsión de la gestación (menos del 3 %). Realizar una ecografía antes de la administración de misoprostol en caso de duda. Un 10-45 % de gestantes pueden presentar dolor tipo dismenoréico en las primeras horas tras la administración del fármaco. Se desconoce si la mifepristona posee efectos teratogénicos sobre el feto.

La mifepristona es un fármaco de administración hospitalaria. En todos los casos se deberá proporcionar un teléfono de urgencias a la paciente y recomendarle que permanezca cerca de un centro hospitalario.

Fármacos análogos de prostaglandinas:

- PG E1: Misoprostol (Cytotec® comprimidos de 200 µg: Vía de administración: vaginal, oral, sublingual y rectal).
- PG E2= Dinoprostona (Propess®, 10 mg de dinoprostona. Sistema de liberación vaginal). Cada sistema de liberación vaginal contiene 10 mg de dinoprostona (prostaglandina E2).
- PG F2α= Carboprost (Hemabate® solución. Cada ampolla de 1ml contiene 250 mcg de carboprost). Vía de administración: intramniótica e intramuscular.

PROTOCOLO: PÉRDIDA GESTACIONAL SEGUNDO TRIMESTRE Y EXITUS FETAL

Son potentes estimulantes de la contractilidad uterina en todos los estadios de la gestación y también intervienen en la maduración cervical. Favorecen la contractilidad del músculo liso intestinal y tienen efectos vasculares, lo que condiciona la aparición de efectos secundarios que son dosis-dependientes: náuseas, vómitos, enrojecimiento cutáneo, hipotensión arterial, fiebre, diarrea, dolor abdominal, temblor y escalofríos. Existe una mayor posibilidad de estos efectos secundarios en caso de administración ev o intramniótica.

En caso de administración transcervical se deberá asepticar la vagina. No sobrepasar el OCI a fin de no favorecer la aparición de hipertensión uterina. En caso de clínica sistémica importante (fiebre...) se mantendrá un control estricto de las constantes vitales y un seguimiento analítico (hemograma, PCR y coagulación con PDF).

Contraindicaciones: alergia o hipersensibilidad a las prostaglandinas, presencia de hipotensión arterial, enfermedad inflamatoria intestinal no controlada, glaucoma y asma (el misoprostol no causa broncoconstricción por lo que se puede administrar en pacientes asmáticas). Existen datos que confirman la posibilidad de teratogenicidad del misoprostol (defectos craneales, defectos de extremidades y secuencia Moebius: micrognatia, anomalías faciales y defectos del VI y VII par craneal).

Responsables del protocolo:	MMF: O Gómez, N Masoller, A Peguero, M Illa, C Esteve, A M González F. Supervisión Enfermería: A Arranz, T Roe, MJ Tojo Trabajadora Social: E Valls
Fecha del protocolo y actualizaciones:	02/06/2006, 01/05/2019, 01/04/2020
Última actualización:	20/06/2024
Próxima actualización:	20/06/2028
Código Hospital Clínic:	MMF-74-2006
Código Sant Joan de Déu:	A-OBS-PC-0026-03