

INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

Servicio de Medicina Maternofetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona

INDICE:

1. Interrupción legal del embarazo (ILE): Ley orgánica 2/2010-**Página 2**
2. Asistencia a la IVE (Interrupción voluntaria del embarazo) farmacológica entre las 10-14 semanas en entorno hospitalario en el marco del artículo 14 - **Página 3**
3. Conducta a seguir ante solicitud de una ILE en el marco del artículo 15:
 - 3.1 Documentación-**Página 4**
 - 3.2 Pruebas clínicas-**Página 5**
4. Inducción muerte fetal- **Página 6**
5. Métodos de finalización de la gestación:
 - 5.1 Gestación <12 semanas-**Página 9**
 - 5.2 Gestación ≥ 12 semanas- **Página 10**
 - 5.3 Tratamiento de rescate en caso de no expulsión fetal>48 horas-**Página 11**
6. Consideraciones generales- **Página 12**
7. Pauta analgésica y de los efectos secundarios-**Página 12**
8. Profilaxis antibiótica-**Página 14**
9. Medidas en el postparto inmediato-**Página 14**
10. Medidas previas al Alta-**Página 14**
11. Actitud clínica ante sospecha de restos ovulares post-Alta-**Página 15**
12. Visita cuarentena/post alta (Intervalo intergenésico)- **Página 16**
13. Situaciones especiales:
 - 13.1 Antecedente de cesárea o cirugía uterina previa-**Página 16**
 - 13.2 Gestación complicada con Preeclampsia- **Página 18**
 - 13.3 Placenta previa oclusiva- **Página 20**
 - 13.4 Gestante con hipertensión pulmonar/ cardiopatía III/IV- **Página 21**
 - 13.5 Contraindicación a la administración de prostaglandinas- **Página 21**
14. Consideraciones farmacológicas-**Página 21**

Anexo 1- INFORMACIÓN ADICIONAL

- 1.1 Medios recomendados para estudio de muestras biológicas fetales- **Página 24**
- 1.2 Circuito para realizar una radiografía postmortem- **Página 24**
- 1.3 Circuito para realizar una Resonancia Magnética postmortem-**Página 25**
- 1.4 Consentimientos informados-**Página 25**
- 1.5 Intervención por parte de Trabajo Social-**Página 25**
- 1.6 Circuito ante la solicitud de una fotografía postmortem-**Página 26**

Anexo 2- DÍPTICO INFORMATIVO-Página 27

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

1. INTERRUPCION LEGAL DEL EMBARAZO (ILE): Ley orgánica 2/2010

Comprende la finalización de la gestación a petición de la gestante (sin otras causas) o por causas médicas, mediante una técnica quirúrgica o farmacológica.

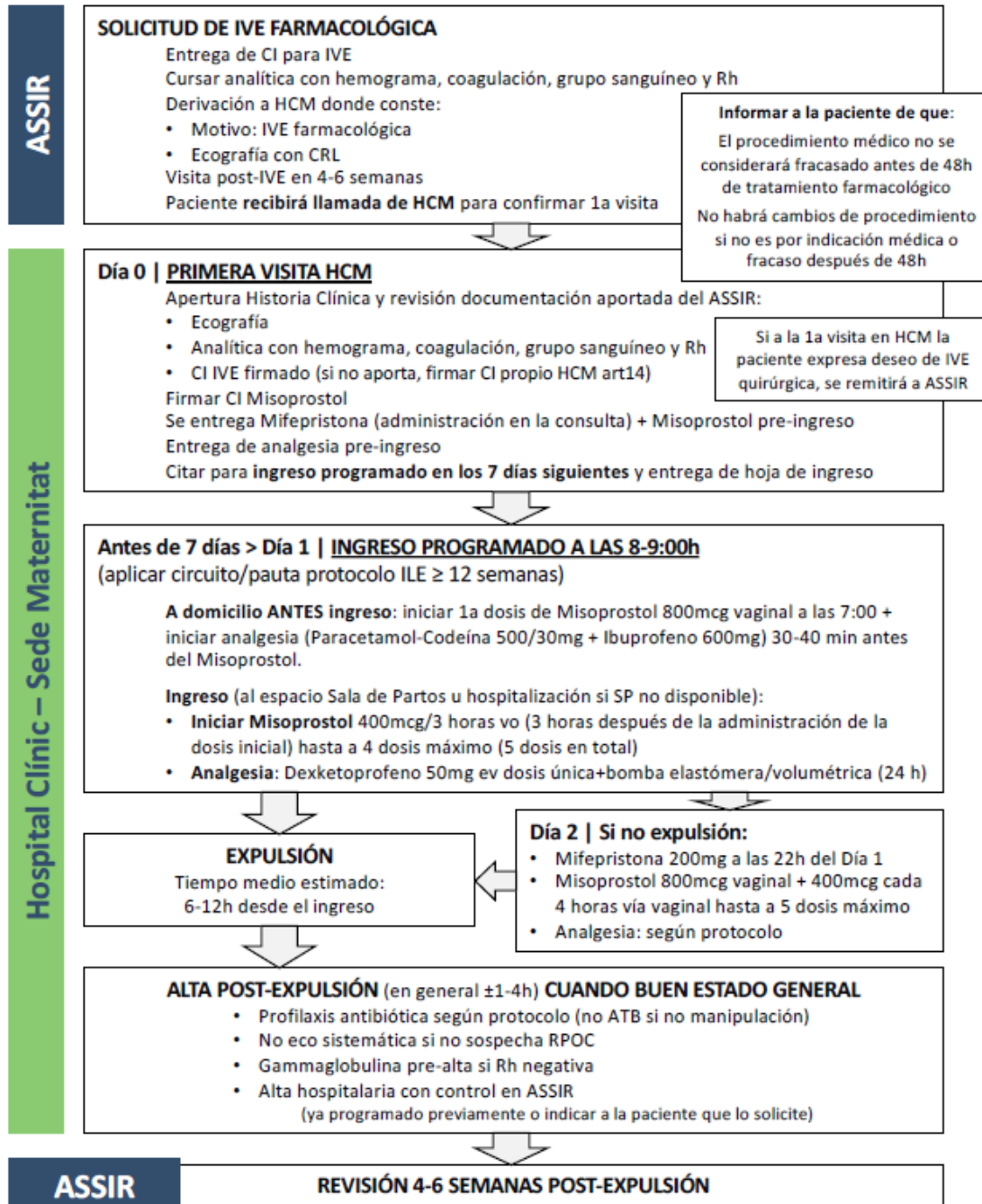
La Ley Orgánica 2/2010 (BOE núm. 55, del 4 Marzo del 2010) establece las siguientes condiciones para la aceptación de una ILE:

1. Artículo 14: interrupción del embarazo **a petición de la mujer dentro de las primeras 14 semanas de embarazo (IVE)** y siempre que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad.
2. Artículo 15: interrupción por causas médicas cuando concorra alguna de las siguientes circunstancias:
 - a) Que no se superen las **22 semanas de gestación** y exista **grave riesgo para la vida o salud de la embarazada** y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la ILE por un médico especialista distinto del que la practique o dirija (en caso de urgencia vital podrá prescindirse de dicho dictamen)
 - b) Que no se superen las **22 semanas de gestación** y exista riesgo de **graves anomalías en el feto** y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la ILE por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.
 - c) Cuando se detecten **anomalías fetales incompatibles con la vida** y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico especialista distinto al que practique o dirija, o cuando se detecte una **enfermedad fetal extremadamente grave e incurable** en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

2. ASISTENCIA A LA IVE FARMACOLÓGICA ENTRE LAS 10-14 SEMANAS EN ENTORNO HOSPITALARIO en el marco de las condiciones establecidas en el artículo 14

Toda la documentación referida en este apartado incluyendo los trípticos informativos se puede encontrar en formato digital en Sharepoint: ICGON Medicina Maternofetal: Documentació: Documentació ILE. No se realizará estudio necrópsico.



PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

3. CONDUCTA A SEGUIR ANTE UNA PACIENTE QUE SOLICITA UNA ILE en el marco de las condiciones establecidas en el artículo 15:

La planificación del proceso de la ILE se realizará en el área de ecografías (**visita N-TOP**). Dicha visita será programada por la coordinadora de pacientes de Medicina Fetal en el momento de la solicitud de la ILE.

3.1 DOCUMENTACIÓN:

-Toda la documentación referida en este apartado incluyendo los trípticos informativos se puede encontrar en formato digital en Sharepoint: ICGON Medicina Maternofetal: Documentació: Documentació ILE.

- En los supuestos del **artículo 15b (anomalía fetal que no supere las 22.6 semanas)**, proporcionar **información sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas a las personas con discapacidad**. En la solicitud de ILE consta asimismo que se le ha entregado dicha documentación. En los supuestos del **artículo 15a (grave riesgo para la vida o salud de la embarazada)** no es necesario proporcionar esta documentación.

-La paciente debe firmar:

Si < 23.0 semanas: **solicitud Comité de ILE del ICGON**

Si ≥ 23.0 semanas: **solicitud de Dictamen del Comité Clínico** (del Hospital Clínic acreditado por la Generalitat). En el momento en que la gestante solicite información sobre la ILE > 22 semanas se le entregará un tríptico con información sobre el funcionamiento de dicho comité. Además, se registrará el inicio del trámite en la historia clínica de la gestante.

-La **resolución**:

Si < 23.0 semanas: se firma ("por orden de") la autorización del Comité de ILE del ICGON (deben quedar registradas las firmas de dos profesionales médicos diferentes a los que practiquen la ILE).

Si ≥ 23.0 semanas: la resolución deberá constar en el documento específico (Comunicació de resolució de Comité Clínico) y se deberá enviar vía email **comiteclinicive.salut@gencat.cat**).

-En todos los casos:

Cumplimentar el **consentimiento informado** para el procedimiento y utilización de fármacos fuera de indicación si procede (requiere firma de la gestante y del médico).

Toda la documentación (hoja de autohistoria, solicitud/resolución de la ILE, consentimiento informado del proceso y parto; y hoja de registro del feto en conserjería) será escaneada y adjuntada a la historia clínica en SAP (previamente al ingreso).

-En relación al **manejo del duelo perinatal** (ver protocolo de manejo del duelo perinatal):

Informar a los padres de que disponen de diferentes opciones:

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

1. Posibilidad de acceder al **grupo de autoayuda COMPARTIM** entregando el tríptico informativo disponible. Este grupo de acompañamiento está liderado por una psicóloga experta en el duelo perinatal y tiene una frecuencia de reunión de 1.5h cada 4 semanas (contacto Psicóloga: Rosana Moyano: rmoyano@copc.cat. Teléfono 669 366 139).
2. Posibilidad de contactar con la asociación **A CONTRACOR** entregando el tríptico informativo disponible, que dispone de recursos para ayudar a las familias a gestionar el duelo específico por una ILE. En la web de dicha asociación existe información referente al proceso de la ILE, la legislación actual y direcciones de interés (www.acontracor.com).
3. Ofrecer también a los padres la posibilidad de acceder a la **“Guía de acompañamiento al duelo perinatal”** y la **“Guía de Curas paliativas perinatales”**:
http://www.hospitalclinic.org/files/EIClinic/atenciohospitalaria/icgon/dol_perinatal_cat.pdf
http://www.hospitalclinic.org/files/EIClinic/atenciohospitalaria/icgon/duelo_perinatal.pdf
http://www.hospitalclinic.org/files/EIClinic/atenciohospitalaria/icgon/ures_paliatives_perinatales_cat.pdf
http://www.hospitalclinic.org/files/EIClinic/atenciohospitalaria/icgon/cuidados_paliativos_perinatales.pdf

3.2 PRUEBAS CLÍNICAS:

-Realizar examen físico, estudio ecográfico del caso y revisión de la historia obstétrica, médica y/o psiquiátrica. Valorar madurez emocional, comprensión de la situación y ambiente social. Recurrir a Asistente Social, Psiquiatría u otras especialidades si se precisa.

-Solicitar **exploraciones complementarias**:

- **Análítica:** Grupo sanguíneo y Rh. Hemograma. Coagulación. PCR-SARS-Cov2 según normativa vigente.
- **ECG y visita preoperatoria** con anestesia (si existe riesgo materno)
- **Necropsia:** recomendable para completar el consejo genético futuro, con excepción de los casos de anomalías cromosómicas (aneuploidías y poliploidías) o subcromosómicas, en las que no añade valor clínico para consejo genético futuro. Especificar datos relevantes y necesidad de exploraciones complementarias.
 - Si < 14 semanas: remitir al feto **en formol** como muestra de Anatomía Patológica (petición de AP de “biopsia”).
 - Si ≥ 14 semanas: petición de estudio necrópsico. Entre las 14-22 semanas conservar al feto en recipiente de plástico y > 22 semanas en fresco (envuelto en talla seca). No conservar en formol ni congelar.
 - Ante la negativa de los padres a realizar necropsia se realizará una petición de BIOPSIA indicando **“NO ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO”** que se adjuntará con el feto.
- **Estudio de la placenta:** Se indicará únicamente en caso de:
 - Sospecha de patología placentaria, anomalía de membranas amnióticas y/o patología de cordón umbilical

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

- Anomalías fetales: sospecha de infección fetal, hidrops fetal, presencia de defecto de crecimiento fetal y gestación múltiple monocorial
- Patología materna asociada: enfermedad sistémica, sospecha de infección, metrorragia, hematoma placentario y oligo-poli-hidramnios.
- Recordar que la petición de estudio de la placenta se debe de realizar por separado (2 peticiones diferentes). Es importante realizar un breve resumen clínico en la petición.
- **Radiografía simple frente y perfil** del feto: en caso de sospecha de anomalía esquelética o hidrops fetal no filiado (la radiografía se realizará en sede Maternidad antes de trasladar al feto para realizar el estudio necrópsico, ver circuito en anexo 1 al final del protocolo).
- **RM post-mortem**: se podrá solicitar en los casos con una edad gestacional ≥ 17 semanas en que no se autorice la necropsia o exista otra indicación clínica para completar el estudio de la ILE (Ver circuito en anexo 1 RM al final del protocolo).

4. INDUCCIÓN DE LA MUERTE FETAL

4.1 INDICACIONES:

- Se considerará **necesario** a partir de las **22.0 semanas** de gestación en el momento del parto, para evitar el nacimiento del feto vivo.
- Se **recomendará** a partir de las **16 semanas** en caso de **placenta previa oclusiva total, cirugía uterina previa** (> 1 cesárea anterior y/o miomectomía múltiple entrando en cavidad uterina y/o en caso de sospecha de placenta accreta), con el objetivo de reducir el riesgo de complicaciones y/o sangrado.

RECORDAR que fuera del contexto de una ILE, en el caso de finalización de la gestación por indicación materna y ANOMALÍA FETAL LETAL sin realización de inducción de la muerte fetal, se recomendará realizar una **visita conjunta con neonatología** para establecer/comentar medidas paliativas de aplicación postnatal (protocolo de cuidados paliativos).

4.2 PROCEDIMIENTO:

En función de la edad gestacional y las preferencias de los padres se dispone de las siguientes opciones:

4.2.1 Inyección intramniótica de digoxina

- **Opción a ofrecer a los padres en gestaciones < 30 semanas** (excepto en los casos descritos en 3.2.2).
- **Contraindicaciones**: antecedente de patología cardiovascular y/o arritmia cardíaca, patología hepática crónica, alteración de la coagulación, hipertensión arterial, rotura prematura de membranas y oligoamnios severo.

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

- **Dosis: 1.5 mg de digoxina** (3 ampollas de 0.50 mg) hasta las 22.6 semanas y **2 mg de digoxina** (4 ampollas de 0.5 mg) entre las 23-29.6 semanas.
- **Efectividad:** asistolia fetal a las 36-48 horas del procedimiento en el 90-92% de los casos.
- Realización **ambulatoria 36-48 horas antes del ingreso**. Comprobación de ausencia de FCF al ingreso (en área de Medicina Fetal). En caso de FCF positiva al ingreso con EG ≥ 22 semanas en el momento del parto, se considerará necesario el realizar la inducción de la muerte fetal como se detalla en el punto 3.3.2.

4.2.2 Administración intravascular fetal de cloruro potásico (KCl):

- **Opción de preferencia en gestaciones ≥30 semanas**
- **Si hay necesidad de obtención de sangre fetal** para realizar estudios complementarios (ver medios recomendados para estudio de muestras biológicas fetales en anexo 1.1)
- **Gestación múltiple (excluyendo la monocorial)**
- **Si una vez informada**, la gestante así lo prefiere
- Se considerará la **cordocentesis** como primera opción en todos los casos.
- Se realizará **analgesia + bloqueo neuromuscular fetal** mediante la administración de:
 - **Fentanilo 20 mcg/Kg de peso fetal** (ampolla de 3 ml= 0.15 mg= 150 mcg, 1ml tiene 50 mcg).
 - **Rocuronio 0.2 ml/ kg peso fetal** (ampolla con 10 ml).

Resumen de dosificación en función de peso fetal estimado en el momento del procedimiento:

Peso fetal estimado	Fentanilo (ml)	Rocuronio (ml)
1 Kg	0.5	0.2 ml
1.5 Kg	0.75	0.3
2 Kg	1	0.4
2.5 Kg	1.25	0.5
3 Kg	1.5	0.6
3.5 Kg	1.75	0.7

- **Dosis de KCl:** como referencia es habitual requerir 12 mEq en semana 22, incrementando 1 mEq por semana de embarazo a mayor edad gestacional. Se dispone de ampolla de 10ml 1M (10 ml=10 MEq) o ampolla de 5ml 2M (5ml=10mEq). Se inyectará a velocidad media hasta conseguir la asistolia.
- En los casos de **ILE por malformación de sistema nervioso central** se puede valorar la opción de utilizar fármacos con menor efecto citolítico como la lidocaína o la digoxina. Dosis de Lidocaína= 100mg/kg peso, solución de lidocaína al 1% (= 10-30 ml de solución de lidocaína al 1%). Desde la Unidad de Neurosonografía se indicará la necesidad de solicitar una resonancia magnética postmortem si no se dispone de ella previamente o si se precisa de una nueva prueba.

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

4.3.3 Administración de mifepristona

En función de la modalidad de procedimiento y de la EG se recomendará:

- Administración de mifepristona en la visita N-TOP (24-48 horas antes del ingreso): en caso de realizar inducción de la muerte fetal < 22 semanas (digoxina intraamniótica o KCl por indicación materna o preferencia de la gestante)
- Administración de mifepristona el día del ingreso (8:30 am): en caso de realizar inducción de la muerte fetal utilizando digoxina intraamniótica o KCl en feto viable (≥ 22 semanas)
- RECORDAR que en los casos de **cirugía uterina previa con edad gestacional ≥ 25 semanas** se recomienda realizar una maduración cervical mecánica mediante colocación de balón intracervical (No administración de mifepristona)

4.2 MEDICACIÓN MATERNA

4.2.1 Premedicación:

- Administrar 5 mg de diazepam la noche previa al procedimiento (en domicilio)
- Administrar 1 mg de bromazepam 30 minutos antes del procedimiento (en el área de Medicina Fetal).

4.2.2 Analgesia:

En caso de realizarse cordocentesis o administración intravascular fetal de KCl se recomienda:

- Realización de **anestesia local** en la zona de punción de abdomen materno a nivel subcutáneo/miometrial con Ropivacaína 0.1% (5 ml) o Levobupivacaína 0.125% (5ml). Preparación: 1/2 ampolla (los viales son de 10 ml) + 5 ml de suero fisiológico.
- Valorar la administración de **óxido nitroso** (Kalinox®). La administración se deberá iniciar siguiendo las medidas recomendadas de ventilación adecuada del box.
 - La gestante deberá iniciar la inhalación el óxido nitroso de forma continua a través de la pipeta desechable desde los 3-5 minutos previos al procedimiento, manteniendo contacto verbal y respirando normalmente.
 - Durante la administración, se realizará una monitorización mediante pulsioximetría y control clínico. La gestante debe estar relajada, respirar normalmente y responder a órdenes simples.
 - En caso de evidenciarse una **saturación de $O_2 \leq 96\%$** y/o una sedación intensa con **pérdida del contacto verbal**, es suficiente con retirar la mascarilla hasta restablecer el contacto verbal.
 - Los efectos secundarios a considerar son: alteraciones gastrointestinales como náuseas y vómitos (1/10-1/100 casos) y alteraciones del sistema nervioso (parestesia). En caso de excesiva sedación pueden aparecer desórdenes conductuales/psiquiátricos: euforia, agitación, ansiedad, alucinaciones, sueños (1/100-1/1000 casos).

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

5. METODOS DE FINALIZACIÓN DE LA ILE

Escoger el procedimiento según las necesidades de la paciente y la edad gestacional (EG).

Valorar problemas médicos y situaciones de riesgo. En función de EG se establecen dos grupos:

- a) Gestación de < 12 semanas
- b) Gestación de \geq 12 semanas

5.1. FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN DE < 12 SEMANAS:

5.1.1 Legrado uterino:

- Se ofrecerá en gestaciones de < 12 semanas (**longitud cráneo-nalga < 55 mm**).
- Realizar maduración cervical mediante administración de 400 μ g 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).
- La paciente deberá ingresar el día indicado directamente por URGENCIAS (circuito legrado uterino).

5.1.2 Método farmacológico:

- Gestaciones con **CRL \leq 31 mm**: 200 mg de mifepristona vo + 800 mc/g de misoprostol vía vaginal o bucal a las 48 horas (dosis única). El tratamiento puede realizarse de forma ambulatoria. Se considerará una opción recomendable para las pacientes con útero polimiomatoso o con antecedente de cesárea anterior. Se recomendará la siguiente pauta analgésica a realizar en domicilio:

Mifepristona 200 mg vía oral

A las 48 horas

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

La pauta farmacológica presenta una efectividad máxima en las primeras 48h, pero el tiempo de sangrado puede ser variable y se puede prolongar hasta 14-21 días. Se deberá realizar un control ecográfico en caso de que la paciente no presente sangrado en las primeras 24 horas tras la administración de misoprostol.

- Gestaciones con **CRL \geq 32 y < 55 mm**: seguir pauta detallada en apartado 5.2.

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

5.2. FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN ≥12.0 SEMANAS:

5.2.1 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. La programación del procedimiento debe ser posible dentro de los 2-3 días siguientes a la exploración ecográfica.
- 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).
- La paciente deberá ingresar el día indicado directamente por URGENCIAS (circuitito legrado uterino).

5.2.2 Método farmacológico:

- Se considera el **método de elección >12 semanas** mediante la pauta combinada de **mifepristona-misoprostol** (mejor perfil de seguridad y efectividad). Ver consideraciones farmacológicas al final del protocolo (Apartado 14).
- Realizar **maduración cervical ambulatoria mediante 200 mg de mifepristona** (fármaco de dispensación hospitalaria que la paciente puede administrar en domicilio) en TODOS los casos (RECORDAR que en nuestro centro en los casos de **cirugía uterina previa con edad gestacional ≥25 semanas** se recomienda realizar una maduración cervical mecánica mediante colocación de balón intracervical (No administración de mifepristona)
 - 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 %).
 - Intervalo de tiempo óptimo entre la mifepristona y el misoprostol 24-48h. En caso de realizar inducción muerte fetal en feto viable (≥22 semanas) se recomendará administrar la mifepristona el día del ingreso a primera hora de la mañana (8:30h).
 - Aunque estos son los intervalos recomendados en nuestro centro, la mifepristona debe administrarse **SIEMPRE**, ya que también es efectiva en intervalos de tiempo inferiores.
- **Primera tanda de administración de misoprostol** (ver dosis en función de la edad gestacional en la tabla a continuación). Recordar **VO=** vía oral (intervalo 3h. 5 dosis máximo)/ **VV=** vía vaginal (intervalo 4h. 5 dosis máximo)
 - Administrar la primera dosis de misoprostol siempre vía vaginal (vv) y continuar con vía oral (vo) con un intervalo de 3 horas (máximo de 5 dosis).
 - En los casos en que no existan factores de riesgo (> 1 cirugía uterina previa, miomectomía múltiple y/o patología médica asociada) y que no requieran inducción de la muerte fetal (por lo tanto en feto no viable < 22 semanas) se ofrecerá a la gestante

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

la posibilidad de realizar la **primera dosis de misoprostol de forma ambulatoria** en su domicilio (7:00 am). Apuntar adecuadamente en historia clínica. Se recomendará la siguiente pauta analgésica a iniciar en domicilio: Paracetamol-codeína 500/30mg + Ibuprofeno 600 mg 30-40 min antes del misoprostol

- Durante el ingreso: ante la presencia de DU regular (> 2 contracciones/10 minutos) no administrar dosis sucesivas de misoprostol.
- No iniciar tratamiento con oxitocina ev 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), 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. La sonda de Foley intracervical puede mantenerse durante 24 horas. La enfermera de planta será la encargada de mantener el balón a tensión y de realizar tracciones de la misma cada 2 horas.
 - 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. El intervalo recomendable en la vía vaginal es de **4h** (máximo de **5 dosis**).

Edad Gestacional	Día	No cirugía uterina previa
≥12 -24.6 semanas	día 1	800 mcg vv+ 400 mcg/3h vo
	día 2	800 mcg vv+ 400 mcg/4h vv
≥25 -31.6 semanas	día 1	400 mcg vv+ 200 mcg/3h vo
	día 2	400 mcg vv+ 400 mcg/4h vv
≥ 32 semanas	día 1	50 mcg vv+ 50 mcg/3h vo
	día 2	100 mcg vv+ 50 mcg/4h vv

5.3 TRATAMIENTO DE RESCATE EN CASO DE NO EXPULSIÓN FETAL EN 48HORAS:

- < 25 semanas: en función de la edad gestacional y de la situación clínica de la paciente se puede optar por:

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

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 (0.5 ml de PGE2 10 mg/ml), obteniéndose una concentración de 10 microg/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.
 - ≥ 25 semanas: en función del índice de Bishop valorar inicio de estimulación oxiótica según protocolo de inducción del parto en gestación viable.
 - Revalorar previamente la pauta analgésica de forma conjunta con Servicio de Anestesia.

6. 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 un tratamiento con oxitocina ev hasta transcurridas 4 horas de la última dosis de misoprostol.
- De forma consensuada con el servicio de Anestesia, en los casos en los que se haya realizado una inducción de la muerte fetal se recomienda solicitar una prueba de coagulación y recuento de plaquetas en el momento del ingreso y a las 48 horas si el parto no se ha producido (solicitud a realizar por residente de Sala Partos/Planta a primera hora de la mañana).

7. PAUTA ANALGÉSICA Y DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS:

- Se ofrecerá un ansiolítico (5mg de Diazepam vo) para la noche previa al ingreso.
- En el ingreso se puede administrar una nueva dosis si no se ha administrado 1 mg de bromazepam en el Área de ecografías. Puede proseguirse con 5mg/12-24horas según tolerancia.
- Iniciar pauta analgésica mediante infusión con **bomba elastómera/volumétrica** endovenosa de Tramadol + Dexketoprofeno (o Metamizol si contraindicación a AINES) + Metadona + Ondansetrón. La bomba elastómera es un sistema no electrónico de perfusión continua de fármacos que permite prefijar la velocidad de perfusión (constante o variable).

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

- Permitir la **ingesta de dieta líquida** así como la movilización de la paciente.
- 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:

7.1 Primer nivel analgésico: se iniciará simultáneamente **al inicio de tratamiento con misoprostol**.

Se administrará dexketoprofeno 50 mg ev dosis única + bomba elastómera/volumétrica (24 h):

- Gestación de < 22 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 ≥ 22 semanas y peso de la gestante ≥ 60 Kg: 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 < 22 semanas y 8g si EG ≥ 22 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.

7.2 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.

7.3 Tercer nivel analgésico: analgesia epidural.

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

8. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA:

Realizar profilaxis antibiótica únicamente en caso de legrado quirúrgico. La profilaxis antibiótica no está indicada si el método de finalización de la ILE es farmacológico (WHO 2014, Practice guideline-abortion, induced-methods ISBN 978 92 4 154871 7 [NLM classification: WQ 440]).

9. MEDIDAS EN EL POST-PARTO INMEDIATO:

Conducta médica similar a la detalla 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 µg de misoprostol vo (si gestaciones < 22 semanas) o administración de 5-10 UI de oxitocina ev o im (si ≥ 22 semanas). Si en las siguientes 2 h no se ha producido el alumbramiento de la placenta, se realizará un **legrado aspirativo**. *En caso de realización de legrado aspirativo se administrará cefazolina 3g + metronidazol 500 mg ev. en la preinducción anestésica. En caso de alergias a penicilina se sustituirá la cefazolina por tigeciclina 100 mg ev.*
- Es importante favorecer una correcta elaboración del duelo, por lo que en función del contexto clínico se ofrecerá que los padres (u otros familiares o amigos si así lo solicitan) puedan permanecer el tiempo que necesiten con su hijo/a. En caso de que los padres no quieran verlo/a 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. También se ofrecerá la posibilidad de disponer de una caja memoria que dispondrá de un certificado de nacimiento simbólico y en la que los padres podrán guardar los recuerdos que consideren. 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. Se dejará registrado en la historia clínica un breve resumen de lo acontecido (si la familia ha visto al feto, si desean o no la necropsia y si se harán cargo del entierro). Ver información más detallada en el PNT “Atención al proceso de final de vida fetal y neonatal”.

10. MEDIDAS PREVIAS AL ALTA

- Control de pérdida sanguínea (tratamiento antianémico y ecografía de control si es necesario).
-

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

- **Favorecer el alta precoz** cuando el estado de la paciente lo permita.
- Administración de **gammaglobulina anti-D** en pacientes Rh negativas por encima de las 8 semanas de gestación tanto en método farmacológico como quirúrgico.
- **Ofrecer Inhibición de la lactancia** materna en embarazos de > 16 semanas (Cabergolina 2 comprimidos en dosis única). Recordar que este fármaco está contraindicado en pacientes con hipertensión arterial. En dichos esos casos o cuando la paciente así lo prefiera, se puede realizar una inhibición natural de la lactancia (con medidas físicas, restricción hídrica y analgesia). Existe también la posibilidad de realizar donación a un banco de leche (contactar con coordinadora de Medicina fetal en dicha situación para coordinar el proceso).
- Confirmar la programación de la visita de la cuarentena a las 6-8 semanas en la unidad de referencia de Patología Fetal (**visita R-TOP**). Dicha visita se programará en el momento de la visita N-TOP desde el área de ecografías, momento en el que también se anularán el resto de pruebas del embarazo (para evitar que la paciente reciba avisos recordatorios de citas).
- Confirmar la programación de la visita post-alta de enfermería (**visita enfermería T- INF-TOP**) en los siguientes 10-15 días. La enfermera que participa en la vista de organización de la ILE será la encargada de realizar la solicitud vía SAP. No obstante, el médico responsable del alta confirmará la existencia de esta visita o, en su defecto, la solicitará vía solicitud ambulante: enfermería: primera visita (nota administrativa: T- INF-TOP). El objetivo de esta visita será valorar aspectos físicos, como el sangrado o dolor y emocionales, como la evolución del duelo perinatal.
- Existe una plantilla diseñada para realizar el alta de estas pacientes. Revisar siempre el documento impreso para evitar duplicaciones o errores en la información escrita en el Alta que se entrega a la paciente.

11. ACTITUD CLÍNICA ANTE SOSPECHA RESTOS OVULARES POST-ALTA

En caso de que la paciente explique un sangrado anormal (spotting persistente, sangrado superior a menstruación) se realizará una ecografía. Un patrón ecográfico hiperecoico, heterogéneo, con captación Doppler y/o endometrio > 15mm a las 2 semanas tras la expulsión, sugiere retención de restos ovulares (RPOC). Se valorará el tamaño, ecogenicidad y grado de vascularización (utilizando PRF 0.3-1.2Hz: sin vascularización score 1/4, escasa vascularización score 2/4, abundante vascularización score 3-4/4).

Ante la sospecha de RPOC utilizaremos la siguiente clasificación (Gutenberg 2017):

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

Clasificación de Gutenberg (2017)	
Tipo 0	Formación hiperecogénica avascular (score Doppler 1/4)
Tipo 1	Heterogenicidad endometrial con mínima o vascularización ausente (score 1-2/4)
Tipo 2	Formación altamente vascularizada y limitada en la cavidad uterina (score 3-4/4)
Tipo 3	Formación altamente vascularizada con alta vascularización miometrial (score 3-4/4)

La conducta a seguir está detallada en el protocolo específico de RPOC. En los casos de sospecha de RPOC, la conducta recomendada será una histeroscopia a partir de las 8 semanas excepto en caso de sangrado abundante (se realizará aspirado ecoguiado).

En el resto de casos (endometrio <15mm sin patrón ecográfico heterogéneo ni captación Doppler) se recomendará conducta expectante y nueva valoración en 4-8 semanas (en OBSPUR).

12. VISITA CUARENTENA/POST ALTA (INTERVALO INTERGENÉSICO)

El periodo intergenésico recomendable, desde el parto hasta una nueva gestación, tras la realizar una ILE quirúrgica o farmacológica 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.
- 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 establecer el periodo intergenésico recomendable (9-12 meses según datos disponibles en la literatura).

13. SITUACIONES ESPECIALES

13.1 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 % < 29 semanas y entre 1-5% ≥ 29 semanas**. Aunque los datos que se

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

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 (consentimiento informado para parto vaginal en la gestación no viable con antecedente de con cesárea anterior/cirugía uterina (en Sharepoint: ICGON Medicina Maternofetal: Documentació: Documentació ILE).

- Localizar de la **inserción de la placenta por ecografía** para valorar el riesgo de acretismo.
- **Reserva de sangre** (2 CH) antes del ingreso.
- **Maduración 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:

Edad Gestacional	Día	No cirugía uterina previa	Cirugía uterina previa
≥12 -24.6 semanas	dia 1	800 mcg vv+ 400 mcg/3h vo	800 mcg vv+ 400 mcg/3h vo
	dia 2	800 mcg vv+ 400 mcg/4h vv	800 mcg vv+ 400 mcg/4h vv
≥25 -31.6 semanas	dia 1	400 mcg vv+ 200 mcg/3h vo	200 mcg vv + 100 mcg/3h vo
	dia 2	400 mcg vv+ 400 mcg/4h vv	200 mcg vv + 100 mcg/4h vv
≥ 32 semanas	dia 1	50 mcg vv+ 50 mcg/3h vo	25 mcg/4h vv
	dia 2	100 mcg vv+ 50 mcg/4h vv	50 mcg/4h vv

VO= vía oral (intervalo 3h.5 Dosis máxima)/ VV= vía vaginal (intervalo 4 horas. 5 Dosis máxima)
Recordar si cirugía uterina previa + EG > 25 semanas =NO administración de mifepristona

- Primera tanda: administrar la **primera dosis** de misoprostol siempre **vía vaginal** (vv).
- Si EG < 32 semanas: continuar con **vía oral** (vo) con un intervalo de **3 horas** (máximo de **5 dosis**)
- si EG ≥ 32 semanas: seguir con **vía vaginal** (vv) con un intervalo de **4 horas** (máximo **5 dosis**). La **vía vaginal** que ofrece un nivel plasmático más estable con mayor perfil de seguridad.
- 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**

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

- **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.
- **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**. El intervalo recomendable en la vía vaginal es de **4h** (máximo de **5 dosis**).
- En caso de **no expulsión con segunda tanda de tratamiento** revalorar el caso individualmente.

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.**
- **Se recomendará realizar una inducción de la muerte fetal en EG ≥ 16 semanas.**
- En caso de inducción seguir la misma pauta farmacológica que en la gestante con antecedente de 1 segmentaria transversa anterior.

13.2 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, 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.

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

En la gestación no viable (ILE y/o exitus fetal) 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 preeclampsia grave.

Se deberán tener en cuenta los siguientes puntos:

- 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 (Sharepoint: ICGON Medicina Maternofetal: Documentació: Documentació ILE)
- Se recomendará realizar una **inducción de la muerte fetal en todos los casos**, incluyendo gestaciones de < 22 semanas para disminuir del riesgo de sangrado en caso de complicación obstétrica.
- **Ingreso de la paciente en el área de Sala de Partos.**
- 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:

EG		No cirugía uterina previa	Preeclampsia
≥12-24.6 semanas	Día 1	800 mcg vv + 400 mcg/3h vo	400 mcg vv + 400 mcg/4h vv
	Día 2	800 mcg vv + 400 mcg/4h vv	400 mcg vv +400 mcg/4h vv
≥25-31.6 semanas	Día 1	400 mcg vv + 200 mcg/3h vo	400 mcg vv + 200 mcg/4h vv
	Día 2	400 mcg vv + 400 mcg/4h vv	400 mcg vv 400 mcg/4h vv
≥ 32 s semanas	Día 1	50 mcg vv + 50 mcg/3h vo	50 mcg vv + 50 mcg/4h vv
	Día 2	100 mcg vv + 50 mcg/4h vv	100 mcg vv + 50 mcg/4h vv >34s protocolo inducción.

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

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

EG		Cirugía uterina previa	Preeclampsia + IQ uterina
≥12-24.6 semanas	Día 1	800 mcg vv + 400 mcg/3h vo	400 mcg vv + 400 mcg/4h vv
	Día 2	800 mcg vv + 400 mcg/4h vv	400 mcg vv + 400 mcg/4h vv
≥25-31.6 semanas	Día 1	200 mcg vv + 100 mcg/3h vo	200 mcg vv + 100 mcg/4h vv
	Día 2	200 mcg vv + 100 mcg/4h vv	200 mcg vv + 100 mcg/4h vv
≥ 32 s semanas	Día 1	25 mcg/ 4h vv	25 mcg/4h vv
	Día 2	50 mcg/4h vv	50 mcg/4h vv
			>34s protocolo inducción.

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

Recordar si cirugía uterina previa + EG > 25 semanas=NO administración de mifepristona

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

13.3 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 (ILE o exitus fetal).

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.

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 (consentimiento informado parto vaginal en la gestación no viable con placenta previa en Sharepoint: ICGON Medicina Maternofetal: Documentació: Documentació ILE).
- Se recomendará realizar **una inducción de la muerte fetal en gestaciones ≥16 semanas** para disminuir del riesgo de sangrado en caso de complicación obstétrica.
- Reserva de sangre (2 CH) antes 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.

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

13.4 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.
- Valorar necesidad de realizar inducción de la muerte fetal de forma individualizada.
- El tratamiento con misoprostol puede favorecer la aparición de vasoespasmio 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.

13.5 CONTRAINDICACIÓN 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 (ILE o exitus) se debe:

- Se valorará la necesidad de realizar una **inducción de la muerte fetal** de forma individualizada.
- Se puede optar por:
 - 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 amniorraxis artificial en el momento en que las condiciones cervicales lo permitan
- Perfusión con oxitocina, según protocolo de inducción del parto.

14. 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

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

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 dismenorreico 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.

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 aseptizar la vagina. No sobrepasar el OCI a fin de no favorecer la aparición de hipertoniá 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).

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

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:	O Gómez, N Masoller, T Cobo, A Peguero, M Palacio, JM Martínez Enfermería: Amparo Martínez, Yolanda Giménez Treball social: Ester Valls
Fecha del protocolo y actualizaciones:	20/11/2006
Última actualización:	21/06/2023
Próxima actualización:	23/04/2026
Código Hospital Clínic:	MMF-30-2006

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

Anexo 1- INFORMACIÓN ADICIONAL

1.1. Medios recomendados para estudio de muestras biológicas fetales

- **Líquido amniótico:** tubo estéril sin medio adicional
- **Sangre fetal:** en función del estudio requerido se podrá utilizar:
 - a. Tubo con EDTA (tapón lila): en caso de solicitar:
 - **Hemograma:** en caso de disponer de poca muestra se pueden utilizar los tubos neonatales
 - **QF-PCR**
 - **Cariotipo molecular**
 - **Extracción de DNA**
 - **PCR infecciones**
 - b. Tubo con heparina (tapón verde): **cariotipo convencional**
 - c. Tubo con gel separador (tapón amarillo):
 - **Serologías:** en caso de disponer de poca muestra se pueden utilizar los tubos neonatales
 - **Bioquímica:** perfil hepático, B2 microglobulina etc

RECORDAR que en caso de enviar muestras a Servicios diferentes es necesario remitir **1 muestra para cada Servicio** (por ejemplo 1 muestra tubo EDTA para hemograma+ 1 muestra tubo EDTA para cariotipo molecular + 1 muestra en tubo EDTA para PCR de infecciones).

1.2 Circuito para realizar una radiografía post-mortem

Siempre que haya indicación de realizar una radiografía post-mortem (sea cual sea la indicación de la misma) se realizará la prueba EN SEDE MATERNIDAD antes del traslado del cuerpo a sede Clínic.

Los pasos a seguir son los siguientes:

En visita N-TOP (visita coordinación de la ILE):

- Realizar petición SAP de Radiografía seriada ósea (perfil EXITUS FETAL).
- CUMPLIMENTAR LA "CASILLA" PRUEBA DE IMÁGEN en "hoja de registro en conserjería"
- Enviar mail informando que se ha solicitado una radiografía fetal post-mortem indicando el día de ingreso de la paciente (cmiro@clinic.cat, mhernanm@clinic.cat, pineda@clinic.cat)

En sala de partos (tras la expulsión fetal):

- Si expulsión en horario 8-21h de Lunes a Viernes: Llamar busca del técnico de radiología: 380068). Otros teléfonos: sala de Radiología 7456 / Secretaría de Radiología 9905.
- Si expulsión fuera de este horario, enviar email indicando día, hora de expulsión y BREVE resumen clínico (cmiro@clinic.cat, mhernanm@clinic.cat, pineda@clinic.cat)

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

1.3 Circuito para realizar una Resonancia magnética post-mortem

Siempre que haya indicación de realizar una RM post-mortem (sea cual sea la indicación de la misma) se realizará la prueba EN SEDE MATERNIDAD antes del traslado del cuerpo a sede Clínic.

Los pasos a seguir son los siguientes:

En visita N-TOP (visita coordinación de la ILE):

- Realizar petición RM por SAP (CDI --> Reso magnetica --> RM --> Neuroradiología RM --> RM postmortem) y adjuntar petición con el feto.
- CUMPLIMENTAR LA "CASILLA" PRUEBA DE IMÁGEN en "hoja de registro en conserjería"
- Enviar mail informando que se ha solicitado una RM fetal post-mortem indicando el día de ingreso (cgarrido@clinic.cat, magarcia@clinic.cat, cmiro@clinic.cat)

En sala de partos (tras la expulsión fetal):

- Si expulsión en horario 8-22h de Lunes a Viernes: llamar al 7268 o 7269. Teléfono de secretaria de radiología: 9905.
- Si expulsión fuera de este horario, enviar email indicando día, hora de expulsión y BREVE resumen clínico (cgarrido@clinic.cat, magarcia@clinic.cat, cmiro@clinic.cat)

1.4 Consentimientos informados

Ante el proceso de ILE se deberá informar correctamente a los pacientes del procedimiento a seguir y solicitar la firma de los consentimientos informados disponibles en Sharepoint: ICGON Medicina Maternofetal: Documentació: Documentació ILE. Donde se incluye:

- Consentimiento informado general para todo el procedimiento y la autorización o no de necropsia.
- "Hoja de registro en conserjería" con información sobre realización de estudio necrópsico, pruebas complementarias de imagen y tipo de entierro.
- Consentimiento informado para la utilización fuera de indicación del misoprostol.
- Consentimientos informados específicos para la inducción en situaciones especiales como cirugía uterina previa, cesárea anterior, preeclampsia y placenta previa oclusiva total.

Toda la información referente a los trámites administrativos a realizar por las familias se detalla en el protocolo de pérdida gestacional/exitus fetal.

1.5 Intervención por parte de Trabajo Social

Durante todo el proceso asistencial, se podrá contactar con la Trabajadora Social (busca 380023) con objeto de proporcionar a la paciente y su pareja información y asesoramiento sobre los diferentes trámites administrativos: gestiones sobre la normativa existente para el entierro/incineración, prestaciones relacionadas con el nacimiento y cuidado de la criatura, etc. La Trabajadora Social, en

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN

coordinación con profesional de Conserjería, se encarga de supervisar el circuito iniciado tras la muerte con la finalidad de hacer el traslado que corresponda, en función de los acuerdos formulados con la familia.

1.6 Circuito ante la solicitud de una fotografía post-mortem

Si en algún momento del proceso asistencial los padres solicitan que se les entregue una fotografía de la necropsia, el circuito a seguir es:

- La paciente deberá realizar la solicitud telemáticamente utilizando el siguiente email: **documentacionclinica@clinic.cat.**
- Documentación Clínica cursará la solicitud al Servicio de Anatomía Patológica.
- Los pacientes serán avisados desde Documentación Clínica (Archivo en Sede Villarroel) para recoger la documentación. Se ofrecerá a los padres la posibilidad de acompañamiento en el momento de visualización de la fotografía

PROTOCOLO: INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN**- Anexo 2- DÍPTICO INFORMATIVO****Guia d'acompanyament en el dol perinatal**

Aquesta Guia pretén ser una eina de suport i d'acompanyament a aquelles mares i parelles que es troben davant la situació de viure la mort d'un fill/a durant l'embaràs o el part.

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

CLÍNIC
Hospital Universitari**Guía de acompañamiento al duelo perinatal**

Esta Guía pretende ser una herramienta de soporte y acompañamiento para las madres y parejas que se encuentran ante la situación de vivir la muerte de una hijo/a durante el embarazo o el parto.

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

CLÍNIC
Hospital Universitari