

PROTOCOLO ASISTENCIA A GESTANTES CON PÉRDIDA FETAL ANTEPARTO

ÍNDICE

1) Objetivos	2
2) Definición del problema.....	2
3) Profesionales implicados	2
4) Pérdida gestacional en el segundo trimestre	2
5) Pérdida fetal anteparto.....	6
6) Manejo psico-psocial de los padres	10

1. OBJETIVOS

Establecer una línea de trabajo, definiendo y planificando, una actuación coordinada entre los distintos profesionales que atenderán a gestantes con una pérdida gestacional anteparto.

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define "muerte fetal" como la muerte antes de la expulsión completa de la madre, independientemente de la duración del embarazo.

Hablaremos de:

1. Pérdida gestacional precoz o aborto tardío: ausencia de signos de vitalidad fetal entre las **12.0-21.6 semanas**.

2. Pérdida fetal anteparto: ausencia de signos de vitalidad fetal en un feto de **edad gestacional \geq 22 semanas o más de 500 gramos**.

3. PROFESIONALES IMPLICADOS

Este procedimiento es de aplicación a todas las actividades del personal médico y de enfermería de los Servicios de Obstetricia, Neonatología, Microbiología, Genética, Hematología y Anatomía Patológica, así como profesionales de Psicología Clínica y las Unidades de Duelos y Trabajo Social.

4. PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ / ABORTO TARDIO

DEFINICIÓN: Pérdida gestacional entre las 12 - 21.6 semanas o feto nacido muerto < 500 gr de peso si se desconoce su edad gestacional.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN:

APROXIMACIÓN INICIAL

- ✓ **Historia clínica completa.** Anamnesis, prestando especial importancia a los factores de riesgo de muerte antenatal, los cuales, se enumeran en la Tabla 1.
- ✓ **Estudio ecográfico:** confirma el diagnóstico y valora la presencia de anomalías fetales.
- ✓ **Analítica sanguínea completa:** Hemograma, coagulación, bioquímica básica y perfil hepático.
- ✓ **Grupo sanguíneo y Rh,** en el caso de que se desconozcan.
- ✓ **Test de coombs indirecto,** en todos los casos.
- ✓ **Serologías maternas,** repetir aunque se disponga de ellas en analítica de primer trimestre, en el caso de que no exista inmunización previa (IgM e IgG de

toxoplasma y rubéola, VIH, VHB, VHC, lúes). Se incluirá también CMV y parvovirus B19.

- ✓ **Urocultivo.**
- ✓ **Hemocultivos** si fiebre materna.
- ✓ **Tóxicos en orina.**
- ✓ **Pruebas de función tiroidea**, en pacientes seleccionados con sospecha clínica; no de manera sistémica.
- ✓ Siempre que exista un ILA adecuado y si la etiología de la pérdida no está clara, se valorará **la posibilidad de ofrecer la realización de amniocentesis** al paciente previo a la inducción del parto.

Tabla 1. Factores de riesgo de muerte antenatal

1. Edades maternas extremas (< 18 años o > 40 años)
2. Primiparidad o paridad ≥ 3
3. Peso pregestacional > 68 kg
4. IMC pregestacional (< 16 o > 30)
5. Incremento ponderal durante el embarazo
6. Nivel socioeconómico bajo
7. Control gestacional incompleto o ausente
8. Tóxicos maternos (tabaco, alcohol, fármacos u otras drogas)
9. Antecedentes de abortos o muertes fetales en anteriores gestaciones

INDUCCIÓN DEL PARTO:

Será necesario el ingreso de la paciente en planta de ginecología para finalizar la gestación. Se recomienda terminar el embarazo en un plazo de tiempo corto, si es posible en las primeras 24 horas tras el diagnóstico dado el riesgo de coagulopatía. La finalización del embarazo deberá ser inmediata cuando se presenten signos de infección, rotura de membranas o coagulopatía (fibrinógeno < 200 mg/dl).

Para la inducción del parto, la prostaglandina de elección será el **Misoprostol (Cytotec®)**, según la siguiente pauta:

- 800 µg vía vaginal dosis inicial (4 comprimidos) + 400 µg / 4 horas vía vaginal (2 comprimidos/4 horas). MÁXIMO 6 DOSIS. No se ha determinado la dosis tóxica de Cytotec en humanos. La dosis diaria total acumulativa de 1600 mcg ha sido bien tolerada, y sólo se han informado síntomas de molestias gastrointestinales.
- En caso de no expulsión tras la sexta dosis se individualizará cada caso optándose por la realización de un legrado evacuador o por la utilización de un tratamiento de rescate con **Carboprost (Hemabate®)** siendo la dosis recomendada inicial de 250 microgramos por vía intramuscular. La dosis total Carboprost no debe exceder de 2 miligramos (8 dosis).

- **En todos los casos** será necesario asegurar una correcta pauta analgésico-ansiolítica y un tratamiento de los efectos secundarios:
 - Debe dejarse pautado en la prescripción un ansiolítico: 5 mg de Diazepam vía sublingual.
 - Iniciar pauta analgésica simultáneamente con el tratamiento con prostaglandinas: 1 gr de Paracetamol en 100 ml de SF /6h ev a combinar con 50 mg de Dexketoprofeno en 100 ml de SF/6h ev.
 - Pautar un fármaco antiemético (de elección Metoclopramida) para ser administrado si aparecen náuseas o vómitos.

¿Ayunas? Durante todo el proceso se permitirá la ingesta de líquidos no lácticos y sin pulpa así como la movilización de la paciente.

Profilaxis antibiótica: No existe evidencia disponible a favor o en contra de la profilaxis antibiótica en estos casos.

Inducción del parto, según la siguiente pauta: Misoprostol (Cytotec®): 800 µg vía vaginal dosis inicial (4 comprimidos) + 400 µg / 4 horas vía vaginal (2 comprimidos/4 horas). MÁXIMO 6 DOSIS.

TRAS LAS EXPULSIÓN FETAL:

1. **Inspección e identificación correcta del feto y placenta**, destacando hallazgos macroscópicos remarcables.
2. **No está indicada la realización de una ecografía sistemática** tras la expulsión del feto y la placenta ya que presenta una elevada tasa de falsos positivos. Tampoco realizar legrado sistemático tras la expulsión de feto. Este se realizará tan sólo cuando exista metrorragia excesiva y /o retención placentaria (no expulsión de la placenta las 2 horas siguiente a la expulsión del feto). Si tras expulsión fetal se produce pérdida hemática importante valorar administrar 1 ampolla de Carboprost 250 mcg o 5-10 UI Oxitocina e.v o i.m (tener en cuenta que los receptores miometriales de oxitocina aparecen a partir de la 13 semana de gestación)

Si no se produce la expulsión placentaria a las 2 horas siguientes de la expulsión fetal, administrar Carboprost 250 mcg IM. Si no se produce la expulsión a pesar de dicha medicación, se valorará realización de legrado evacuador en el quirófano.

3. Recogida de muestras:

1.1. Estudio microbiológico:

a) Tipo de muestra: Cotiledón placentario

Obtención de un fragmento de placenta de 1 cm³ (corion frondoso de zona placentaria cercana al cordón umbilical incluyendo membranas fetales)

b) Pruebas a solicitar: Tinción Gram, cultivo bacterias, cultivo hongos, virus.

c) Conservación: Tubo urocultivo en suero salino estéril

1.2. Estudio genético: la incidencia de anomalías cromosómicas en la pérdida gestacional de 14.0-21.6 semanas se sitúa entre un 6-30%.

- Tipo de muestra: Las muestras para estudio genético preferiblemente se tomarán de una muestra de líquido amniótico y, en su defecto, se tomarán de una zona de cartílago fetal o piel, tras desinfección de la zona.
- Pruebas que solicitar: Cariotipo fetal.
- Conservación: Medio especial a temperatura ambiente hasta la recogida de este, por el personal cualificado.

1.3. Estudio anatomopatológico: Feto + Placenta.

4. En todos los casos:

- 4.1. En pacientes Rh negativas, administración de gammaglobulina anti-D.
- 4.2. Inhibición de la lactancia materna en embarazos de > 16 semanas
- 4.3. Todo el proceso deberá ser registrado correctamente en la historia clínica electrónica de la paciente.

Inhibición de la lactancia materna en embarazos de > 16 semanas con 2 comprimidos de Cabergolina, dosis única.

DURANTE EL INGRESO: Se realizará interconsulta a **Psicología** para valoración de la paciente.

AL ALTA: Se favorecerá el alta precoz si el estado de la paciente lo permite. Se entregarán las siguientes citas:

1. Cita con **Psicología**, para control y seguimiento evolutivo.
2. Al mes cita en **consultas ginecología** de su hospital de referencia. Tiene como finalidad valorar la evolución de la paciente y solicitar estudio de trombofilias. Este estudio se realizará a partir de los 2 meses tras el episodio de pérdida fetal, e incluye:
 - Diátesis trombótica: esta petición incluye coagulación, T trombina, Resistencia PCa, Antitrombina, Proteína C, Proteína S, Plasminógeno y Ac Lúpico
 - Ac Antifosfolipidos: esta petición incluye Ac anticardiolipina, y Ac Beta2Glicoproteína tanto IgG como IgM+ Homocisteína
 - Mutación Factor V Leiden
 - Mutación G20210A del Factor II
3. A los tres meses, nueva consulta con ginecólogo de referencia. Tiene como finalidad:
 - Entregar los resultados de las pruebas realizadas a la paciente.

- Establecer, si es posible, la causa de la muerte.
- Valorar la elaboración del duelo en la pareja.

- 3.1. En caso de alteración estudio trombofilias, citar en **consulta Hemostasia**.
- 3.2. Se citará en **Genética** en los siguientes casos: alteración en el cariotipo; antecedente personal de feto polimalformado, pérdidas fetales de 3T de etiología no filiada o repetidas (≥ 2), abortos tardíos repetidos (≥ 2); antecedentes familiares de pérdidas fetales e historia compatible con alteraciones genéticas.

5. PERDIDA FETAL ANTEPARTO (≥ 22 semanas o más de 500 gramos)

DEFINICIÓN: Ausencia de signos de vitalidad en un feto de **edad gestacional ≥ 22 semanas o más de 500 gramos**, prevaleciendo la edad gestacional al peso, en caso de discordancia entre ambos.

CAUSAS DE MUERTE ANTEPARTO: Las causas específicas de muerte anteparto incluyen malformaciones congénitas letales, infecciones congénitas, eventos centinela que causan anoxia aguda, como ruptura uterina o desprendimiento brusco masivo, e insuficiencia placentaria que resulta en anoxia crónica. **En el 30 a 40 % de los casos, la causa de la muerte permanece desconocida**, incluso tras la autopsia completa y tras la valoración de resultados de todas las pruebas solicitadas, pudiendo ser la combinación de varios factores la causante.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN: Ante el diagnóstico de una pérdida fetal anteparto de causa no filiada, deben realizarse todas las exploraciones que se detallan a continuación ya que el éxito fetal puede deberse a la interacción o la suma de varias causas. Cuando la etiología de la pérdida gestacional está clara (prolapso de cordón, DPPNI, etc.), los facultativos valorarán qué pruebas deberán ser realizadas y cuales no será necesario realizar.

APROXIMACIÓN INICIAL:

- ✓ **Historia clínica completa, datos perinatales y familiares.** Durante anamnesis, prestar especial importancia a los factores de riesgo de muerte antenatal (Tabla 1). También es importante, realizar una correcta exploración física incluyendo la determinación de la tensión arterial y la medición de la altura uterina
- ✓ **Estudio ecográfico:** confirma el diagnóstico, valorar la presentación fetal y la presencia de anomalías fetales
- ✓ **Analítica sanguínea completa:** Hemograma, coagulación, bioquímica básica y perfil hepático.
- ✓ **Grupo sanguíneo y Rh,** en el caso de que se desconozcan.

- ✓ **Test de coombs indirecto**, en todos los casos.
- ✓ **Serologías maternas**, repetir, aunque se disponga de ellas en analítica de primer trimestre, en el caso de que no exista inmunización previa (IgM e IgG de toxoplasma y rubéola, VIH, VHB, VHC, lúes; incluir también CMV y parvovirus B19)
- ✓ **Tinción de Kleihauer-Betke** para la identificación de la hemorragia fetomaterna, en todos los casos de pérdida gestacional por encima > 22 semanas. Se solicitará preferiblemente antes del parto y en todos los casos (la hemorragia fetomaterna puede producirse en ausencia de clínica materna). Si no ha podido ser prenatal, se puede solicitarlo post-natal, preferiblemente dentro de las 2 horas posteriores a la separación de la placenta, hasta 72 horas después del parto.
- ✓ **Urocultivo**
- ✓ **Hemocultivos** si fiebre
- ✓ **Tóxicos en orina.**
- ✓ **Pruebas de función tiroidea (TSH y T4)**, en pacientes con sospecha clínica
- ✓ Ante clínica sugestiva de APP, RPM, infección intraamniótica o infección materna solicitar las exploraciones complementarias según protocolos específicos
- ✓ Se **valorará la posibilidad de ofrecer la realización de amniocentesis** al paciente, previo a la inducción del parto, con el fin de obtener muestras de líquido amniótico para estudio microbiológico y genético.

INDUCCIÓN DEL PARTO:

La vía de elección en las gestantes con feto muerto debe ser la vaginal, tanto en presentación cefálica como en presentación podálica, reservándose la cesárea para las indicaciones maternas. Ante una situación transversa se valorará la conveniencia de realizar una versión externa o interna. Evitar la realización de episiotomía si es posible.

Se entregará consentimiento informado para inducción de parto y se facilitará el acompañamiento de la paciente por un familiar. La inducción en un lugar aislado y separado de otras gestantes, una vez que la paciente este de parto y pase a paritorio debe señalarse la puerta de manera adecuada para que todo el personal en contacto con la paciente sea consciente de la situación y evite comentarios inapropiados.

Se recomienda terminar el embarazo en un plazo de tiempo corto, si es posible en las primeras 24 horas tras el diagnóstico dado el riesgo de coagulopatía y el estado emocional materno. La finalización del embarazo deberá ser inmediata cuando se presenten signos de infección, rotura de membranas o coagulopatía (fibrinógeno < 200 mg/dl).

- Si el índice de **Bishop > 6** se optará por una inducción/estimulación con oxitocina ev.
- Si el **Bishop es < 6** se procederá a realizar una maduración cervical, siendo el fármaco de elección el misoprostol preferiblemente por vía vaginal, lo cual reduce

los efectos secundarios y acorta el tiempo de parto. Las dosis utilizadas podrían variar en función de las biometrías fetales, independientemente de la edad gestacional.

- SEGUNDO TRIMESTRE TARDIO (22-28 semana): Misoprostol (Cytotec®), 800 mcg vía vaginal dosis inicial (4 comprimidos) + 400 mcg / 4 horas via vaginal (2 comprimidos/4 horas). MÁXIMO 6 DOSIS
- TERCER TRIMESTRE (>28 semanas):
 - **Misoprostol 25 mcg vaginal (Misofar®)**. Dosis inicial 50 mcg (2 comprimidos), si no dinámica uterina regular (menos de 2 contracciones en 10 minutos), se repetirá cada 4 horas duplicando la dosis (4 comprimidos o 100 mcg). Si dinámica uterina regular, se continuará con la misma dosis inicial repitiéndola cada 4 horas. MÁXIMO 6 DOSIS (dosis máxima acumulada no debe exceder 600 mcg en 24 horas). Si la expulsión no ocurre en las primeras 24 horas de inducción, la paciente pasa a paritorio para inducción con oxitocina. La oxitocina puede iniciarse cuatro horas después de la administración de la última dosis de misoprostol.
 - **Dinoprostona 10 mg aplicación vaginal (Propess®)**. Como alternativa. Si no trabajo de parto en 24 horas, bajar a paritorio donde se procederá a realizar amniorrhexis artificial y administración Oxitocina ev (no necesario tiempo de lavado)
 - **Casos especiales**
 - 1- Pacientes con cirugía uterina previa, estados hipertensivos del embarazo o rotura prematura de membranas:
 - Dinoprostona vaginal 10 mg (Propess®)
 - Dilatación mecánica con Balón cervical.
 - 2- En el caso de la placenta previa, los datos se limitan a unos pocos estudios, por lo que algunos expertos consideran más seguro para la madre, el parto por cesárea en embarazos por encima semana 24. Individualizar cada caso.
- **En todos los casos:** Asegurar una correcta pauta analgésico-ansiolítica y un tratamiento de los efectos secundarios (Ver apartado, correspondiente en pérdida gestacional precoz/aborto tardío)

TRAS LA EXPULSIÓN FETAL:

1. **Inspección e identificación correcta del feto y placenta.** Anotar peso de feto y placenta en la historia clínica, destacando hallazgos macroscópicos remarcables (vueltas de cordón, inserción placentaria, anomalías macroscópicas fetales, etc.)
2. **Recogida de muestras:**
 - 2.1. Estudio microbiológico (Ver apartado en pérdida gestacional precoz/aborto tardío)
 - 2.2. Estudio genético (Ver apartado en pérdida gestacional precoz/aborto tardío)
 - 2.3. Estudio anatomopatológico:
 - Placenta. En formol al Servicio de Anatomía Patológica.
 - Feto: La necropsia es recomendable en todos los casos, siendo importante detallar la información clínica relevante en la petición de necropsia. Conservar feto en fresco envuelto en talla seca para su

posterior valoración por el Servicio de Anatomía Patológica. En el caso de denegar necropsia, se adjuntará petición a Anatomía

2. En todos los casos:

- Pacientes Rh negativas será necesario la administración de gammaglobulina anti-D tras firma de consentimiento informado.
- Inhibición de la lactancia materna (Cabergolina 2 comp en dosis única). Recordar que este fármaco está contraindicado en pacientes con HTA. En este caso únicamente se dispone de medidas físicas y restricción hídrica.
- Todo el proceso deberá ser registrado correctamente en la historia clínica electrónica de la paciente.

3. Casos seleccionados:

- Sospecha fenotípica de anomalías esqueléticas: solicitar radiografía simple frente y perfil del feto.
- Sospecha de metabolopatía: Mandar petición a AP, donde se recogerá dicha muestra y se congelará a -80°C
- Sospecha de arritmia fetal. En casos seleccionados sin causa aparente de muerte fetal se podrá comentar con Cardiología Pediátrica por ver posibilidad de solicitar paneles para despistaje de síndromes asociados a arritmias/muerte súbita.

DURANTE EL INGRESO:

Se ofrecerá a la paciente apoyo por Psicología Clínica. Se realizará interconsulta a **Psicología** para valoración de la paciente. Si no es posible durante el ingreso se realizará tras el alta. La incidencia de morbilidad psiquiátrica de las madres tras una muerte perinatal puede alcanzar el 13-34%.

AL ALTA:

Se favorecerá el alta precoz (24 horas tras parto vaginal, 48 horas tras cesárea), si el estado de la paciente lo permite y se entregarán las siguientes citas:

1. Interconsulta a **Psicología**, si no ha sido posible durante el ingreso.
2. Al mes cita en **consulta de ginecología/obstetricia de alto riesgo**, según organización del hospital de referencia. Tiene como finalidad valorar la evolución de la paciente y su pareja, realizar revisión ginecológica si procede y solicitar estudio de trombofilias. Este estudio se realizará a partir de los 2 meses tras el episodio de pérdida fetal (*Ver apartado en pérdida gestacional precoz/aborto tardío*)
3. A los 3 meses nueva consulta en ginecólogo de referencia. Esta cita estará destinada a: Entregar tanto los resultados de la necropsia, como los resultados del estudio de trombofilias, genética y microbiología. Se establecerá, si es posible, la causa de la muerte fetal y se valorará la elaboración del duelo en la pareja. También es de importancia, plantear un enfoque preconcepcional para una futura gestación.

- 3.1. Si alteración estudio trombofilias, citar en **consulta de Hemostasia**
- 3.2. Se citará en **Genética** en los siguientes casos: Alteración en el cariotipo; alteración orgánica o malformativa en necropsia; antecedentes personales de fetos polimalformados o muertes fetales de etiología no filiada/repetidas; antecedentes familiares de historia compatible con alteraciones genética.

6. MANEJO PSICOSOCIAL DE LOS PADRES:

Durante décadas, cuando se producía una muerte perinatal, la madre era sedada en el expulsivo y cuando el bebé nacía era rápidamente retirado del paritorio con la intención de que la madre no tuviera ningún contacto con el bebé y así el dolor de perderlo fuera menor. La intención era evitar el apego con el hijo perdido y la eliminación de cualquier señal de su existencia. Se recomendaba a la madre buscar otro embarazo cuanto antes para que un hijo sustituyera al otro.

Actualmente la tendencia en los hospitales ha cambiado, pudiendo distinguirse varias estrategias para reducir la morbilidad:

- **Al diagnóstico**, establecer una comunicación abierta y sincera con la pareja, dedicándoles el tiempo que precisen y empleando un lenguaje sencillo carente de exceso de tecnicismos. A ser posible, es preferible que sea un único profesional o equipo de profesionales el que trate con la pareja durante todo el proceso, proporcionando un entorno conocido donde prime la empatía.
- **Al nacimiento**, los profesionales deben animar a los padres a conocer al neonato, a verlo y cogerlo, y si lo desean pasar un tiempo con él, a solas o en compañía de personal sanitario, puesto que parece beneficioso desde un punto de vista psicológico para facilitar el duelo posterior que se cree una conexión física. En caso de negativa, ha de hacerse constar en la historia clínica (Grado de recomendación IIB).
- **Al alta**, el hospital proporcionará a los padres la opción de obtener recuerdos de la pérdida (pulsera de identificación, hoja de huellas...), así como documento informativo sobre las diferentes asociaciones de ayuda. Se explicará a la paciente que el hospital contribuirá al esclarecimiento de las causas de la muerte en la medida de lo posible, proporcionándole un plan de citas para su seguimiento, así como se le dará la opción de optar a un soporte psicológico activo.