

## PROTOCOLO

### **INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN**

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

#### **INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO (ILE)**

---

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** y siempre que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad y transcurran al menos tres días desde la información mencionada y la realización de la ILE.
2. Artículo 15: interrupción por causas médicas cuando concurra 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.

#### **CONDUCTA A SEGUIR ANTE UNA PACIENTE QUE SOLICITA LA ILE en el marco de las condiciones establecidas en el artículo 15:**

---

1. Realizar un 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.
2. En los supuestos del artículo 15b (**anomalía fetal que no supere las 22.6 semanas**), proporcionar información oral previa al consentimiento para la realización de la ILE. Dicha información se puede entregar también en un sobre institucional cerrado (disponible en pdf en

el apartado correspondiente de la f:). En la solicitud de ILE consta asimismo que se le ha entregado dicha documentación.

3. 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).

4. La resolución:

Si < 23.0 semanas: se firma ("por orden de") la autorización del Comité de ILE del ICGON (la presentación del caso se vehiculará a través del responsable del Comité – actualmente Dr JMMartínez -).

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

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

6. Solicitar exploraciones complementarias:

- Analítica: Grupo sanguíneo y Rh. Hemograma. Coagulación.
- ECG, Rx Tórax y visita preoperatoria con anestesia (si existe riesgo materno)

**EN F: GINEOBST: Documentación ILE se dispone de toda la documentación necesaria para tramitar una ILE en formato electrónico.**

## **METODOLOGÍA A SEGUIR**

---

1. Escoger el procedimiento a seguir según las necesidades de la paciente y la edad gestacional. Valorar problemas médicos y situaciones de riesgo. En función de la edad gestacional se establecen tres grupos:

- a) ILE < 12 semanas
- b) ILE 12.0-24.6 semanas
- c) ILE ≥ 25.0 semanas

2. Informar adecuadamente a la paciente sobre la evolución previsible de todo el proceso (**existen hojas informativa para tal fin en F: GINEOBST: Documentación ILE**).

### **A. INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN < 12 SEMANAS:**

**- Legrado uterino:**

- En nuestro centro se ofrecerá en gestaciones de < 12 semanas lo que corresponde a una longitud cráneo-nalga < 55 mm y/o a una longitud de fémur < 7 mm.
- Se recomienda la administración previa de 400 µg de misoprostol para favorecer las condiciones cervicales (2 comprimidos de Cytotec® en fondo de saco vaginal posterior)

4 horas antes del procedimiento. En caso de que el misoprostol esté contraindicado se puede realizar la maduración cervical administrando 200 mg de mifepristona 24 horas previas a la intervención.

- Método farmacológico:

- En caso de que la gestante prefiera utilizar un método farmacológico se recomendará la pauta de tratamiento detallada en el apartado B.
- En caso de gestaciones con CRL < 15 mm se puede optar a realizar un tratamiento ambulatorio (200 mg de mifepristona vo + 800 mc/g de misoprostol via vaginal o bucal a las 48 horas). Se recomendará la pauta analgésica y de seguimiento detallado en el protocolo de manejo de la pérdida gestacional temprana.

**B. INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN 12.0-24.6 SEMANAS:**

- El aborto farmacológico mediante pauta combinada de **mifepristona-misoprostol** es la pauta que ofrece el mejor perfil de seguridad y efectividad.
- La administración de **mifepristona** previamente a la realización de la ILE está ampliamente recomendada a esta EG ya que favorece la maduración cervical, acorta el intervalo de expulsión, disminuye la dosis requerida de fármacos prostaglandínicos y consecuentemente sus efectos secundarios.
- La administración de mifepristona se realizará en el **ámbito hospitalario** bajo supervisión por personal sanitario (ver circuito asistencial al final de la guía clínica).
- El intervalo de tiempo óptimo entre la mifepristona y el misoprostol es de **36-48h**. Sin embargo, **la mifepristona debe administrarse siempre** a esta EG, ya que también es beneficiosa en intervalos de tiempo inferiores.
- Para la **administración de misoprostol**, se distinguirán dos grupos en función de la EG:

1) Entre las **12.0-22.6 semanas**, se optará por la siguiente pauta:

Día 1	10.00h Misoprostol 800 µg /vaginal (4 comprimidos)
	13.00h Misoprostol 400 µg/ oral (2 comprimidos)
	16.00h Misoprostol 400 µg/ oral (2 comprimidos)
	19.00h Misoprostol 400 µg/ oral (2 comprimidos)
	22.00h Misoprostol 400 µg/ oral (2 comprimidos)
Día 2	24.00h Mifepristona 200 mg vía oral*
	8:00h Misoprostol 800 µg /vaginal (4 comprimidos)
	11.00h Misoprostol 400 µg/ vaginal (2 comprimidos)
	14.00h Misoprostol 400 µg/ vaginal (2 comprimidos)
	17:00h Misoprostol 400 µg/ vaginal (2 comprimidos)
	20:00h Misoprostol 400 µg/ vaginal (2 comprimidos)*

\* Realizar tacto vaginal y colocar Sonda de Foley intracervical

- En caso de **no expulsión fetal con una primera tanda de tratamiento** se valorará la conveniencia de repetir una nueva tanda de tratamiento tras permitir unas horas de descanso de la gestante (la segunda tanda de tratamiento se realizará con la misma dosis de misoprostol).
- Antes de que la gestante realice unas horas de descanso de se debe **repetir la dosis de mifepristona en todos los casos (administrarla si la gestante no ha iniciado dinámica uterina tras administrar la 5 dosis de misoprostol e idealmente alrededor de las 24:00h)** y favorecer la **maduración mecánica del cuello** mediante la colocación de una sonda de Foley intracervical como primera opción. Existe también la opción de realizar la maduración mecánica del cuello mediante la colocación de varios Dilapan® intracervicales en aquellos casos en los que se considere más apropiado. La sonda de Foley intracervical puede mantenerse durante 24 horas en función de la evolución clínica de la gestante. La enfermera de planta será la encargada de mantener la sonda de Foley a tensión y de realizar tracciones de la misma cada 2 horas.

2) Entre las **23.0-24.6 semanas:**

- La administración de **mifepristona** previamente a la realización de la ILE está ampliamente recomendada a esta EG.
- La administración de mifepristona se realizará en el **ámbito hospitalario** bajo supervisión por personal sanitario (ver circuito asistencial al final de la guía clínica).
- El intervalo de tiempo óptimo entre la mifepristona y el misoprostol es de **36-48h**. Sin embargo, **la mifepristona debe administrarse siempre** a esta EG, ya que también es beneficiosa en intervalos de tiempo inferiores.
- Se disminuirá la dosis de misoprostol a **400 µg/ vaginal** (2 comprimidos) cada 4 horas hasta un máximo de **6 dosis**.
- La vía de elección de administración del misoprostol es la **vía vaginal** por presentar menos efectos secundarios y un mayor perfil de seguridad.
- El intervalo recomendado es de **4 horas**.
- En caso de **no expulsión fetal con una primera tanda de tratamiento** se valorará la conveniencia de repetir una nueva tanda de tratamiento tras permitir unas horas de descanso de la gestante (la segunda tanda de tratamiento se realizará con la misma dosis de misoprostol).
- Antes de que la gestante realice unas horas de descanso de se debe **repetir la dosis de mifepristona en todos los casos (administrarla si la gestante no ha iniciado dinámica uterina tras administrar la 5 dosis de misoprostol)** y favorecer la **maduración mecánica del cuello** mediante la colocación de una sonda de Foley intracervical como primera opción. Existe también la opción de realizar la maduración mecánica del cuello mediante la colocación de varios Dilapan® intracervicales en aquellos casos en los que se considere más apropiado. La sonda de Foley intracervical

puede mantenerse durante 24 horas en función de la evolución clínica de la gestante. La enfermera de planta será la encargada de mantener la sonda de Foley a tensión y de realizar tracciones de la misma cada 2 horas.

**Tratamiento de rescate en caso de no expulsión fetal en 48 horas:** Se dispone de otros fármacos prostaglandínicos cuya utilización se puede valorar en aquellas ocasiones en que excepcionalmente no se haya producido la expulsión fetal a pesar del tratamiento previamente expuesto:

1. PG F2 $\alpha$  vía intramniótica. Se procederá a realizar una amniocentesis con evacuación de líquido amniótico e instilación de 10 ampollas de 1ml (2500  $\mu$ g de carboprost 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, obteniéndose una concentración de 10 mg/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.

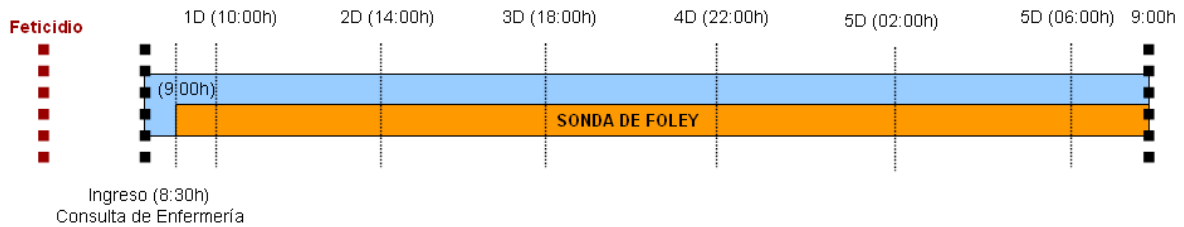
### **C. INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN $\geq$ 25.0 SEMANAS:**

- Se optará por realizar un tratamiento farmacológico. Si el índice de Bishop > 6 se podrá optar por una inducción/estimulación con oxitocina ev. Si el Bishop es < 6 se procederá a realizar una inducción con misoprostol vaginal.
- A esta edad la maduración cervical con mifepristona no está indicada por su acción potenciadora del misoprostol a esta EG. En su lugar se realizará una maduración mecánica del cuello mediante la colocación de una **Sonda de Foley intracervical**. La Sonda de Foley se colocará el día del ingreso a las 8:30-9 h en la consulta de enfermería. El residente de planta será la persona encargada de realizar el procedimiento. La sonda de Foley intracervical puede mantenerse durante 24 horas en función de la evolución clínica de la gestante. La enfermera de la puerta 22 o de planta será la encargada de mantener la sonda de Foley a tensión y de realizar tracciones de la misma cada 2 horas.
- El feticidio es obligatorio a esta edad gestacional. Se recomienda realizar el mismo de forma ambulatoria y preferiblemente entre 48- 24 horas antes del ingreso de la gestante.

Consideraciones generales para la administración de misoprostol en la ILE  $\geq$  25 semanas:

- a) La vía de elección de administración del misoprostol es la **vía vaginal** por presentar menos efectos secundarios y un mayor perfil de seguridad. El intervalo recomendado es de **4 horas**.
- b) El misoprostol aumenta la sensibilidad miometrial a la oxitocina por lo que es importante realizar un control de la dinámica uterina debido al riesgo de hiperestimulación y consecuentemente de rotura uterina. 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.

Circuito de maduración cervical e inducción en la gestante de  $\geq 25$  semanas sin antecedente de cesárea anterior/cirugía uterina previa:



La dosis de misoprostol a administrar se debe disminuir en función de la EG tal y como se resume a continuación:

EG (S)	DÍA	CESÁREA	MADURACIÓN CERVICAL	MISOPROSTOL (mcg)	VIÍA ADM	INTERVALO	Nº DOSIS
12-22.6	1	NO	Mifepristona 200mg	800 (1ª) + 400	VG+VO	3	5
	2	NO	Mifepristona 200mg + Sonda de Foley intracervical +/- Dilapanes® intracervicales	800 (1ª) + 400	VG + VO	3	5
23-24.6	1	NO	Mifepristona 200mg	400	VG	4	6
	2	NO	Mifepristona 200mg + Sonda de Foley intracervical +/- Dilapanes® intracervicales	400	VG	4	6
25-26.8	1	NO	Sonda de Foley intracervical	200	VG	4	6
	2	NO	+/-Dilapanes® intracervicales	400	VG	4	6
$\geq 29$	1	NO	Sonda de Foley intracervical	50	VG	4	6
	2	NO	+/-Dilapanes® intracervicales	100	VG	4	6

Día 2= Pauta recomendada si no expulsión con primera tanda de tratamiento:

- En caso de no expulsión con una primera tanda de tratamiento se re-evaluará el caso. En función de la EG y del test de Bishop es posible repetir una nueva dosis de mifepristona (< 25 semanas), aplicar otro método de maduración cervical (Sonda de Foley intracervical +/-varios Dilapan® intracervicales) y repetir una nueva tanda de misoprostol (con el doble de dosis de misoprostol).

**CONSIDERACIONES GENERALES:**

- En todos los casos es importante determinar la inserción placentaria por ecografía previamente al inicio del tratamiento farmacológico con objeto de descartar la presencia de una placenta de inserción baja (5-7% de los casos en el segundo trimestre de la gestación) y la inserción sobre la cicatriz de cesárea previa.

- Durante el tratamiento con prostaglandinas se realizará un control clínico para control de aparición de sintomatología sistémica (ver tratamiento de efectos secundarios) y un control de TA, temperatura y pulso /4h.
- El riesgo de rotura uterina con los diferentes regímenes farmacológicos utilizados en la ILE en ausencia de cirugía uterina previa se sitúa alrededor de **1 / 1000 casos**. A pesar de ello es necesario remarcar que no se debe utilizar el uso concomitante de oxitocina ni iniciar un tratamiento con oxitocina ev hasta transcurridas 4 horas de la última dosis de misoprostol.

**PAUTA ANALGÉSICA Y DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS:**

---

En todos los casos se debe:

1. Administrar un ansiolítico al inicio del tratamiento: 5 mg de Diazepam vía sublingual. Si el procedimiento se alarga más allá de 24 h, puede proseguirse con 5mg/12-24horas según tolerancia.
2. Iniciar pauta analgésica **simultáneamente** con el tratamiento con prostaglandinas: 1 gr de Perfalgan® en 100 ml de SF /8h ev a combinar con 50 mg de Enantyum ® en 100 ml de SF/8h ev. Si incrementa el dolor (EVA>3) se podrán administrar 5 mg de metadona sc (esta dosis puede repetirse a las 6 horas). Cuando no se tolere el dolor a pesar de esta medicación, se indicará una peridural.
3. Durante todo el proceso se permitirá la ingesta de líquidos no lácticos y sin pulpa así como la movilización de la paciente. En los casos refractarios a expulsión se permitirá la ingesta y se respetará el reposo nocturno antes de iniciar la segunda tanda de tratamiento.
4. Pautar un fármaco antiemético (4 mg de Ondansetron ev) y/o un fármaco antidiarreico (loperamida 2mg vo) para ser administrado si aparecen nauseas, vómitos y/o diarreas.

**PROFILAXIS ANTIBIÓTICA:**

---

Se debe realizar profilaxis antibiótica en todo proceso de ILE para reducir la infección post-ILE, independientemente de la EG y del procedimiento utilizado (legrado quirúrgico y aborto farmacológico). La pauta con biterapia se resume en la tabla siguiente:

EG	Azitromicina	Metronidazol
< 12 semanas (legrado Qx)	1gr vo (12 h antes del ingreso)	500 mg ev (intraquirúrgico. Dosis única)
12-24.6 semanas	1gr vo (12h antes del ingreso)	500 mg/12 h ev hasta expulsión (mínimo dos dosis. Iniciar al ingreso )
> 25 semanas	500 mg ev (al ingreso)	500 mg/12 h ev hasta expulsión (mínimo dos dosis. Iniciar al ingreso )

- La Azitromicina deberá repetirse a las 72 horas de su administración si no se ha producido la expulsión fetal. En caso de alergia a la azitromicina se sustituirá por doxiciclina 200 mg ev al ingreso y continuar con 100 mg/12h ev.

- En caso de ILE médico deberán administrarse como mínimo 2 dosis de metronidazol aún cuando se haya producido la expulsión antes de las 12 h. Si la paciente es dada de alta, se le administrará vía oral.

## REALIZACIÓN DE FETICIDIO

---

Se considera recomendable a partir de las **22.0 semanas** para evitar la expulsión del feto vivo. En nuestro centro el feticidio se considerará indicado a partir de las **23.0 semanas** en el momento del parto.

1. Feticidio mediante la **inyección intraamniótica de 1 mg de digoxina** (4 ampollas de 0.25 mg): indicado en gestaciones entre las 22.0-24.6 semanas (excepto en los casos descritos en el siguiente punto). Se realizará ambulatoriamente el día de la administración de mifepristona. En todas las gestaciones entre las 23.0-24.6 semanas se comprobará la ausencia de FCF previamente al ingreso
2. Feticidio mediante **cordocentesis o cardiocentesis** + administración de KCl (La dosis recomendada para los dos procedimientos en la semana 22 es de 12 mEq. A partir de las 22 semanas se debe incrementar la dosis: 1 mEq por semana de embarazo. Se dispone de ampolla de 10ml 1M (10 ml=10 MEq) o ampolla de 5ml 2M (5ml=10mEq):
  - En todas las gestaciones  $\geq 25.0$  semanas
  - En caso de necesidad de obtención de sangre fetal para realización de estudio citogenético
  - En caso de preferencia por parte de la gestante

Como primera opción se considerara la cordocentesis en todos los casos. En caso de realizar una cardiocentesis se valorará la conveniencia de realizar una analgesia e inmovilización fetal con la administración de:

- Fentanilo 20 mcg/Kg de peso fetal (ampolla de 3 ml= 0.15 mg= 150 mcg). Por tanto 1ml tiene 50 mcg. A modo práctico con PFE alrededor de 1 kg =0.5ml, 2Kg=1 ml y 3Kg=1.5 ml.
- Vecuronio 0.2 mg/ kg peso fetal (ampolla con 10 mg a diluir en 10 ml). Por tanto 1 ml= 1mg. A modo práctico con PFE de 1 kg= 0.2 ml, 2Kg= 0.4 ml y 3 kg=0.6 ml.
- Para mejorar el redimiento de la necropsia en los casos de ILE por malformación de sistema nervioso central se intentará disminuir el tiempo de exitus fetal y utilizar fármacos con menor efecto citolítico como la lidocaína o la digoxina. Dosis de Lidocaina= 100mg/kg peso, solución de lidocaína al 1% (= 10-30 ml de solución de lidocaína al 1%).
- **Momento de realización del feticidio:** en general se recomienda realizar el procedimiento de forma ambulatoria (24-48 horas antes del ingreso de la paciente). La disminución del flujo uteroplacentario previo al inicio del tratamiento con misoprostol se asocia a una disminución del riesgo de sangrado en caso de complicación obstétrica así como a una potencial disminución del intervalo de expulsión. En aquellas gestaciones sin riesgo de sangrado obstétrico (no cirugía uterina previa, no placenta de inserción baja u oclusiva, no



preeclampsia) y con EG < 25 semanas ( menor intervalo de expulsión y no necesidad de realizar maduración mecánica del cérvix), se podrá realizar el feticidio en el momento del ingreso.

#### **ANTECEDENTE DE CESAREA O CIRUGÍA UTERINA PREVIA:**

---

No existe una recomendación clara respecto a la utilización de misoprostol en la gestación no viable (ILE o exitus fetal) en la gestante con el antecedente de **una cesárea segmentaria transversa previa**. Los datos que se pueden extraer de los trabajos publicados por el momento y que acumulan una serie de alrededor de 1200 gestantes, permiten establecer un riesgo de rotura uterina en función de la edad gestacional:

- ≤ 28.6 semanas el riesgo de rotura uterina se sitúa entre **0.3-1.1%**: riesgo discretamente inferior al de la inducción de la gestación viable con otros fármacos prostaglandínicos (1.5%)
- ≥ 29 semanas el riesgo de rotura uterina se sitúa entre el **1-5%**: riesgo superior al de la inducción de la gestación viable con otros fármacos prostaglandínicos pero inferior al descrito para la inducción de la gestación viable a término con misoprostol (9-10%).

#### **Antecedente de 1 cesárea segmentaria transversa previa:**

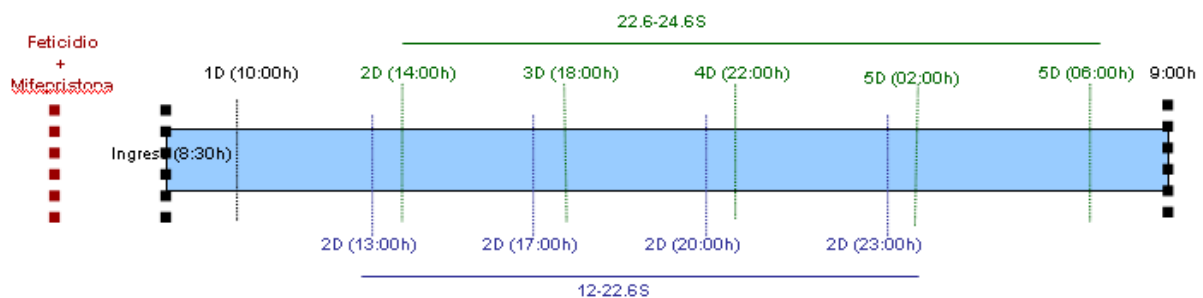
Seguir los siguientes pasos:

1. 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 (finalización de la gestación no viable con misoprostol en paciente con cesárea anterior).
2. Recomendación de realizar un feticidio 48-24horas antes del ingreso: se recomendará en todos los casos (incluyendo gestaciones de < 23 semanas) . La disminución del flujo uteroplacentario previo al inicio del tratamiento con misoprostol se asocia a una disminución del riesgo de sangrado en caso de complicación obstétrica así como a una potencial disminución del intervalo de expulsión.
3. Localización de la inserción de la placenta por ecografía para valorar el riesgo de acretismo en caso de placenta situada sobre cicatriz uterina previa.
4. Ingreso de la paciente:
  - EG < 29 semanas: ingreso en la consulta de enfermería desde donde se avisará a especialista de guardia del inicio de la inducción.
  - EG ≥ 29 semanas: ingreso en el área de Sala de Partos.
5. Reserva de sangre (2 CH) en el momento del ingreso.
6. Maduración cérvix:
  - Farmacológica (mifepristona 200 mg) si EG < 25 semanas

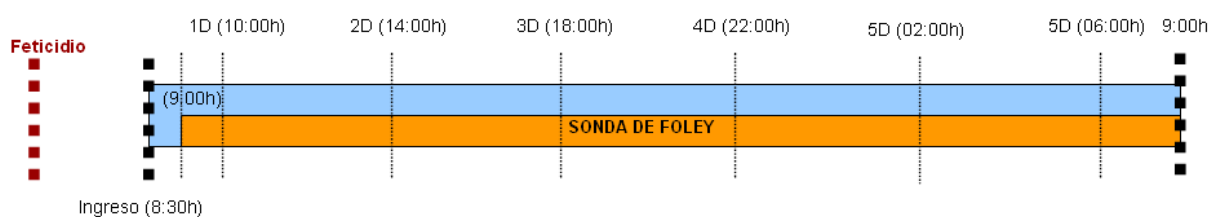
- Mecánica (sonda de Foley intracervical) si EG  $\geq$  25 semanas. La sonda de Foley intracervical puede mantenerse durante 24 horas en función de la evolución clínica de la gestante. Si la gestante ingresa en la consulta de enfermería, el residente de planta será la persona encargada de realizar el procedimiento. La enfermera de la puerta 22 o de planta será la encargada de mantener la sonda de Foley a tensión y de realizar la tracción de la misma cada 2 horas.
7. Control clínico de aparición de sintomatología sistémica (ver tratamiento de efectos secundarios) y control de TA, temperatura y pulso /4h.
  8. 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.

Circuito de maduración cervical e inducción en la gestante con antecedente de cesárea segmentaria transversa anterior:

a) Gestación entre las 12-24.6 semanas:



b) Gestación entre las 25-28.6 semanas:



c) Gestación  $\geq$  29 semanas:

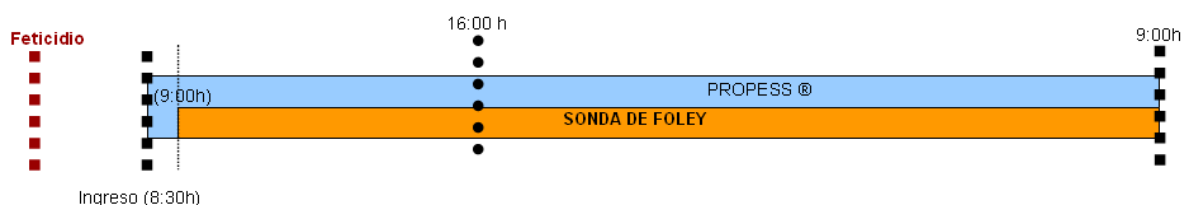


Tabla resumen de métodos de maduración cervical e inducción en la gestante con antecedente de cesárea segmentaria transversa anterior en función de la EG:

EG (S)	DÍA	CESÁREA	MADURACIÓN CERVICAL	MISOPROSTOL (mcg)	VÍA ADM	INTERVALO	Nº DOSIS
12-22.6	1	SI	Mifepristona (200 mg)	800 (1ª) + 400	VG+VO	3	5
	2	SI	Mifepristona (200 mg) + Sonda de Foley intracervical +/-Dilapanes® intracervicales	800 (1ª) + 400	VG + VO	3	5
23-24.6	1	SI	Mifepristona (200 mg)	200	VG	4	6
	2	SI	Mifepristona (200 mg) + Sonda de Foley intracervical +/-Dilapanes® intracervicales	200	VG	4	6
25-26.8	1	SI	Sonda de Foley intracervical	100	VG	4	6
	2	SI	+/-Dilapanes® intracervicales	100	VG	4	6
≥29	1	SI	Sonda de Foley intracervical	Dinoprostona (10 mg) vaginal			
	2	SI	+/-Dilapanes® intracervicales	Amniorrexix + oxitocina ev			

Día 2= Pauta recomendada si no expulsión con primera tanda de tratamiento:

- En caso de no expulsión con una primera tanda de tratamiento se re-evaluará el caso. En función de la EG y del test de Bishop es posible repetir una nueva dosis de mifepristona (< 25 semanas), aplicar otro método de maduración cervical (Sonda de Foley intracervical +/-varios Dilapan® intracervicales) y repetir una nueva tanda de misoprostol (con la misma dosis de misoprostol).

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

- Existen muy pocos datos en la literatura respecto al perfil de seguridad del misoprostol en las gestantes con > 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.
- La pauta de inducción con prostaglandinas no está bien definida.
- **En todos los casos se realizará un asesoramiento individualizado valorando diferentes factores como la EG, 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:

1. 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 (finalización de la gestación no viable con misoprostol en paciente con cesárea anterior).
2. Recomendación de realizar un feticidio 48-24horas antes del ingreso: se recomendará en todos los casos (incluyendo gestaciones de < 23 semanas) . La disminución del flujo uteroplacentario previo al inicio del tratamiento con misoprostol se asocia a una disminución del riesgo de sangrado en caso de complicación obstétrica así como a una potencial disminución del intervalo de expulsión.
3. Localización de la inserción de la placenta por ecografía para valorar el riesgo de acretismo en caso de placenta situada sobre cicatriz uterina previa.
4. **Ingreso de la paciente en el área de Sala de Partos.**
5. Reserva de sangre (2 CH) en el momento del ingreso.
6. Maduración cérvix:
  - Farmacológica (mifepristona 200 mg) si EG < 25 semanas
  - Mecánica (sonda de Foley intracervical) si EG ≥ 25 semanas. La sonda de Foley intracervical puede mantenerse durante 24 horas en función de la evolución clínica de la gestante. Enfermería de Sala de Partos o de Hospitalización será responsable de mantener la sonda de Foley a tensión y de realizar la tracción de la misma cada 2 horas.
7. Control clínico de aparición de sintomatología sistémica (ver tratamiento de efectos secundarios) y control de TA, temperatura y pulso /4h.
9. 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.

Los circuitos para la maduración cervical e inducción en la gestante son los mismos que los detallados en la gestante con antecedente de 1 segmentaria transversa anterior.

#### **INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN EN GESTACIÓN COMPLICADA CON PREECLAMPSIA:**

---

1. 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.

2. 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.
3. 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.

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

1. 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 (finalización de la gestación no viable con misoprostol en gestación complicada por preeclampsia).
2. Recomendación de realizar un feticidio 48-24horas antes del ingreso: se recomendará en todos los casos (incluyendo gestaciones de < 23 semanas) . La disminución del flujo uteroplacentario previo al inicio del tratamiento con misoprostol se asocia a una disminución del riesgo de sangrado en caso de complicación obstétrica así como a una potencial disminución del intervalo de expulsión.
3. **Ingreso de la paciente en el área de Sala de Partos.**
4. Reserva de sangre (2 CH) en el momento del ingreso.
5. Maduración cérvix:
  - a. Farmacológica (mifepristona 200 mg) si EG < 25 semanas
  - b. Mecánica (sonda de Foley intracervical) si EG ≥ 25 semanas. La sonda de Foley intracervical puede mantenerse durante 24 horas en función de la evolución clínica de la gestante. Enfermería de Sala de Partos o de Hospitalización será responsable de mantener la sonda de Foley a tensión y de realizar la tracción de la misma cada 2 horas.
6. No utilizar dosis de misoprostol > 400 mcg por el incremento de la frecuencia de efectos secundarios.
7. Utilizar siempre la vía vaginal ya que presenta un mejor perfil de seguridad.
8. ≥ 34 semanas se recomendará la inducción con dinoprostona (10 mg vaginal, Propess®) según protocolo de inducción de la gestación viable.
9. Control clínico de aparición de sintomatología sistémica (ver tratamiento de efectos secundarios) y control de TA, temperatura y pulso /4h.

La siguiente tabla resume las diferentes pautas para realizar la maduración cervical e inducción en la gestación complicada por preeclampsia:

EG (S)	DÍA	CESÁREA	MADURACIÓN CERVICAL	MISOPROSTOL (mcg)	VÍA ADM	INTERVALO	Nº DOSIS
12-22.6	1	NO	Mifepristona 200mg	400 (1ª) + 400	VG	3	5
	2	NO	Mifepristona 200mg + Sonda de Foley intracervical +/- Dilapanes® intracervicales	400 (1ª) + 400	VG	3	5
23-24.6	1	NO	Mifepristona 200mg	400	VG	4	6
	2	NO	Mifepristona 200mg + Sonda de Foley intracervical +/- Dilapanes® intracervicales	400	VG	4	6
25-26.8	1	NO	Sonda de Foley intracervical	200	VG	4	6
	2	NO	+/-Dilapanes® intracervicales	400	VG	4	6
29-33.6	1	NO	Sonda de Foley intracervical	50	VG	4	6
	2	NO	+/-Dilapanes® intracervicales	100	VG	4	6
≥34	1	NO	Sonda de Foley intracervical	Dinoprostona (10 mg) vaginal			
	2	NO	+/-Dilapanes® intracervicales	Amniorrexis + oxitocina ev			

Día 2= Pauta recomendada si no expulsión con primera tanda de tratamiento:

- En caso de no expulsión con una primera tanda de tratamiento se re-evaluará el caso. En función de la EG y del test de Bishop es posible repetir una nueva dosis de mifepristona (< 25 semanas), aplicar otro método de maduración cervical (Sonda de Foley intracervical +/-varios Dilapan® intracervicales) y repetir una nueva tanda de misoprostol (sin sobrepasar la dosis de 400 mcg de misoprostol).

### **INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN EN GESTANTE CON 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 ILE.
- 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 EG, 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:

1. 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 (finalización de la gestación no viable con placenta previa oclusiva).
2. Recomendación de realizar un feticidio 48-24horas antes del ingreso: se recomendará en todos los casos (incluyendo gestaciones de < 23 semanas) . La disminución del flujo uteroplacentario previo al inicio del tratamiento con misoprostol se asocia a una disminución del riesgo de sangrado en el proceso del parto así como a una potencial disminución del intervalo de expulsión.
3. Ingreso de la paciente en el área de Sala de Partos.
4. Reserva de sangre (2 CH) en el momento del ingreso.
5. Maduración cérvix:
  - Farmacológica (mifepristona 200 mg) si EG < 25 semanas
  - Mecánica (sonda de Foley intracervical) contraindicada.
6. Control clínico de aparición de sintomatología sistémica (ver tratamiento de efectos secundarios) y control de TA, temperatura y pulso /4h.
7. Seguir la pauta de inducción en función de la existencia de cirugía uterina previa y EG.

#### **INTERRUPCIÓN LEGAL DE LA GESTACIÓN EN GESTANTE CON 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 una ILE se debe:

- Recomendación de realizar un feticidio 48-24horas antes del ingreso: se recomendará en todos los casos (incluyendo gestaciones de < 23 semanas) . La disminución del flujo uteroplacentario previo al inicio del tratamiento con misoprostol se asocia a una disminución del riesgo de sangrado en caso de complicación obstétrica así como a una potencial disminución del intervalo de expulsión.
- Administrar mifepristona 200 mg vo en TODOS los casos en el momento de la realización del feticidio e independientemente de la EG. La mifepristona favorece la maduración cervical y ofrece un buen perfil de seguridad a lo largo de toda la gestación. Ver contraindicaciones de la mifepristona en siguiente apartado.
- Recomendar siempre la maduración mecánica del cérvix mediante la colocación de una sonda de Foley intracervical en el momento del ingreso. La sonda Foley se puede mantener durante 24 horas,
- Valorar la necesidad de utilizar otros métodos de dilatación mecánica del cérvix (Dilapan® intracervicales)
- Realizar una amniorrexis artificial en el momento en que las condiciones cervicales lo permitan
- Perfusión con oxitocina, según protocolo de de inducción del parto.

**TRÁMITES POST-EXPULSIÓN (ver documentación administrativa en el protocolo exitus fetal) :**

---

- En todos los casos de **ILE de < 22 semanas** se debe generar un **Informe Quirúrgico** con el procedimiento de **“Exploración manual de la cavidad uterina después del parto”**. Dicho informe debe realizarse SIEMPRE, aunque la expulsión se produzca fuera del área de partos y aunque no se realice legrado evacuador. El médico que asista a la expulsión del feto es el responsable de avisar a una de las comadronas de Sala de Partos para que genere el monitor IQ de paciente.
- Todo parto de un feto de **≥ 22.0 semanas**, independientemente de si el feto está vivo o no en el momento del nacimiento, **debe quedar registrado como parto** en la historia clínica y debe generar un informe de SAP (Informe de parto e Informe quirúrgico en caso de requerir legrado). **En el apartado Documentación Adicional del Protocolo de exitus fetal se detalla toda la información necesaria para la realización del estudio anatomopatológico de la placenta, necropsia del feto, inicio del proceso de duelo, soporte emocional (trabajadora social) y trámites administrativos.**
- NO realizar ecografía sistemática tras la expulsión del feto y la placenta ya que presenta una elevada tasa de falsos positivos.
- NO realizar legrado sistemático tras la expulsión de feto. Este se realizará tan sólo cuando exista sospecha de retención de restos placentarios, metrorragia excesiva y /o retención placentaria (no expulsión de la placenta **en las dos horas** siguientes a la expulsión del feto en gestaciones < 25.0 semanas. En gestaciones ≥ 25.0 semanas se actuará según protocolo de parto habitual).
- Realizar profilaxis de la pérdida hemática administrando 5-10 UI de oxitocina ev o i.m.

**MEDIDAS PREVIAS AL ALTA**

---

- Control de pérdida sanguínea (tratamiento antianémico y ecografía de control si es necesario).
- Valorar el alta precoz en todos los casos.
- Administración de gammaglobulina anti-D en pacientes Rh negativas.
- Inhibición de la lactancia materna en embarazos de > 16 semanas (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.
- Programar visita post-alta en la Unidad de referencia para cerrar el caso y completar el consejo genético futuro. En caso de resultados incompletos recitar de nuevo a la paciente transcurridos 6 meses.



## 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), 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 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).

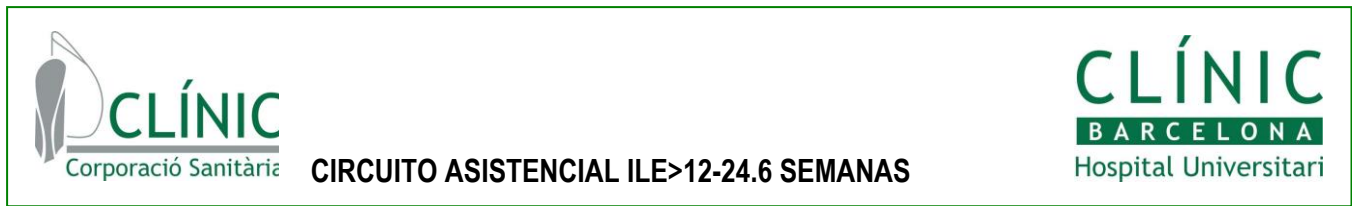
*Contraindicaciones:* alergia o hipersensibilidad a las prostaglandinas, presencia de hipotensión arterial, enfermedad inflamatoria intestinal no controlada, glaucoma y asma (el misoprostol no causa broncoconstricción por lo que se puede administrar en pacientes asmáticas). Existen datos que confirman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

Responsable/s del protocolo: Dra. Olga Gómez/Dra. Montse Palacio

Coordinadora de Enfermería: María Marí

Fecha creación: 20-Noviembre 2006

Fecha última modificación: 27 Mayo 2014



### Solicitud de ILE

Solicitar firma paciente (hoja de solicitud de ILE +/- Hoja Dictamen de Comité Clínico sp)

#### Médico de referencia:

1. Cumplimentar:
  - a. Entrega sobre **si ILE < 23.0 w y indicación fetal**
  - b. Solicitar y firmar aprobación Comité ILE (si < 23.0w) o solicitar Comité Clínico (y remitir resolución) si  $\geq$  23.0w
  - c. Consentimiento para realizar ILE
  - d. Petición mifepristona **si < 25.0 w**
  - e. Uso compasivo misoprostol
  - f. Petición AP
  - g. Historia clínica
2. Solicitar exploraciones complementarias

#### Enfermera de referencia:

1. Programar ingreso
2. Programar visita mifepristona 48 h antes del ingreso y el mismo día feticidio si precisa
3. Iniciar acompañamiento y/o valoración emocional

#### Visita Enfermera de referencia ( CCEE Puerta 22)

1. Explicar proceso a la paciente: Hoja informativa
2. Administrar mifepristona (200 mg v.o.)
3. Realizar feticidio si precisa (Ecos 3/Ecos 2)
4. Proseguir acompañamiento (cuaderno de evaluación emocional)
5. Dar hoja de ingreso

#### Ingreso CCEE Puerta 22

1. Recibimiento gestante (9:00h). Contactar con Hospitalización (disponibilidad cama)
2. Informe de Admisión + pauta de medicación
3. Comprobación FCF negativa (si feticidio). Colocación de vía periférica y iniciar tratamiento antibiótico, ansiolítico, analgésico y administración de 1ª dosis de misoprostol (10:00 h)
4. Seguimiento del caso hasta el alta (soporte emocional)

#### Traslado a Sala Hospitalización (12:00-13:00 h)

1. Notificación a médico de Sala Hospitalización: Iniciar plantilla ILE SAP
2. En caso de dolor sin respuesta a fármacos pautados, bajar a Sala de Partos
3. Alta (médico Sala o equipo de guardia) y visita cuarentena en Unidad de referencia

#### Visita cuarentena (Unidad de referencia)

1. Valoración médica / emocional
2. Asesoramiento para futura gestación
3. Visita en 4-6 meses si resultados provisionales
4. Cierre del episodio