



Exitus fetal anteparto: Finalización de la gestación

Olga Gómez del Rincón
Servei de Medicina Maternofetal, ICGON
Hospital Clínic

1. ¿Cuándo?
2. ¿Cómo?
3. Situaciones especiales...



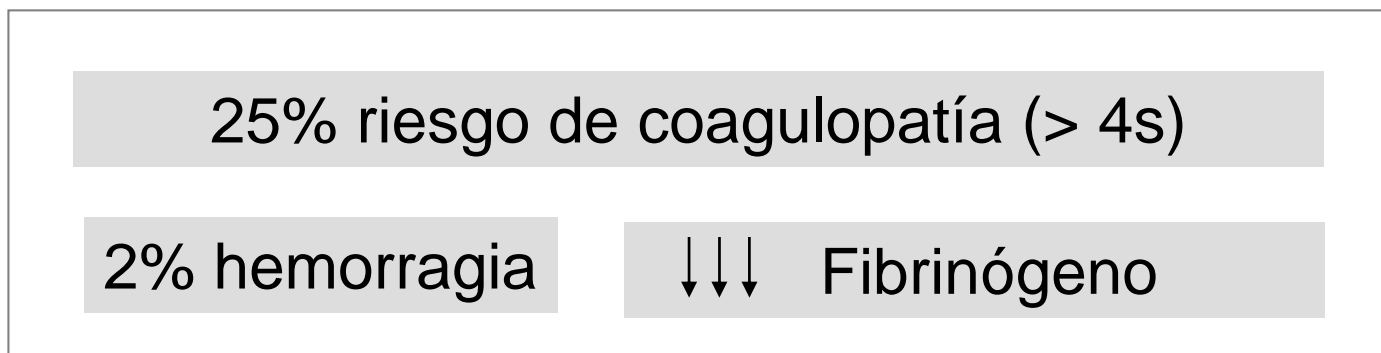
EXITUS FETAL

Impacto emocional
Presión social

CID
Infección intrauterina



FINALIZACIÓN GESTACIÓN tras el diagnóstico
ACOG (48 horas)
Posibilidad de ingreso diferido (12-24h)



J Women's health 2009; 18 (4): 469-74

Can J Anaesth 1996; 43:1237-43



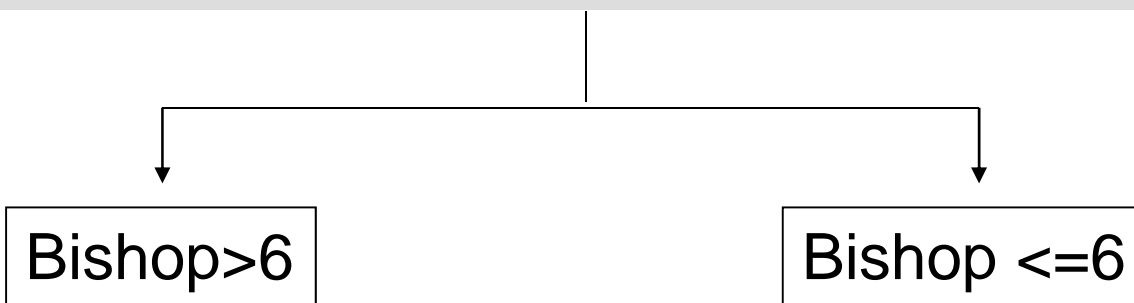
- 34% Alteración analítica
- 7% CID aguda (otros factores de riesgo)
- 4% CID crónica



Pruebas de hemostasia básicas



- Vía de elección VAGINAL
- Evitar episiotomía
- Situación transversa considerar versión





➤ Análogo sintético de la PG E1 (1970)

➤ Cytotec® (comprimidos de 200 mcg)

➤ Indicaciones “off-label”

➤ FDA y AEM

Autorizan el misoprostol para la inducción del parto

➤ OMS

“ Bellagio Expert Group, 1997”

www.misoprostol.org

➤ Misofar ® (comprimidos vaginales de 25 y 200 mcg)



Recomendaciones de la OMS

➤ Primer trimestre

ILE

Aborto diferido

Aborto incompleto

➤ Segundo trimestre

ILE

➤ Tercer trimestre

Exitus fetal

Inducción parto

Prevención hemorragia posparto

Tratamiento hemorragia posparto



- Superior a PG E2
- POTENTE (< EG)
- Tolerancia aceptable (vía vaginal, oral, sublingual y rectal)
- Perfil seguro
- Barato
- Conservación (estable)



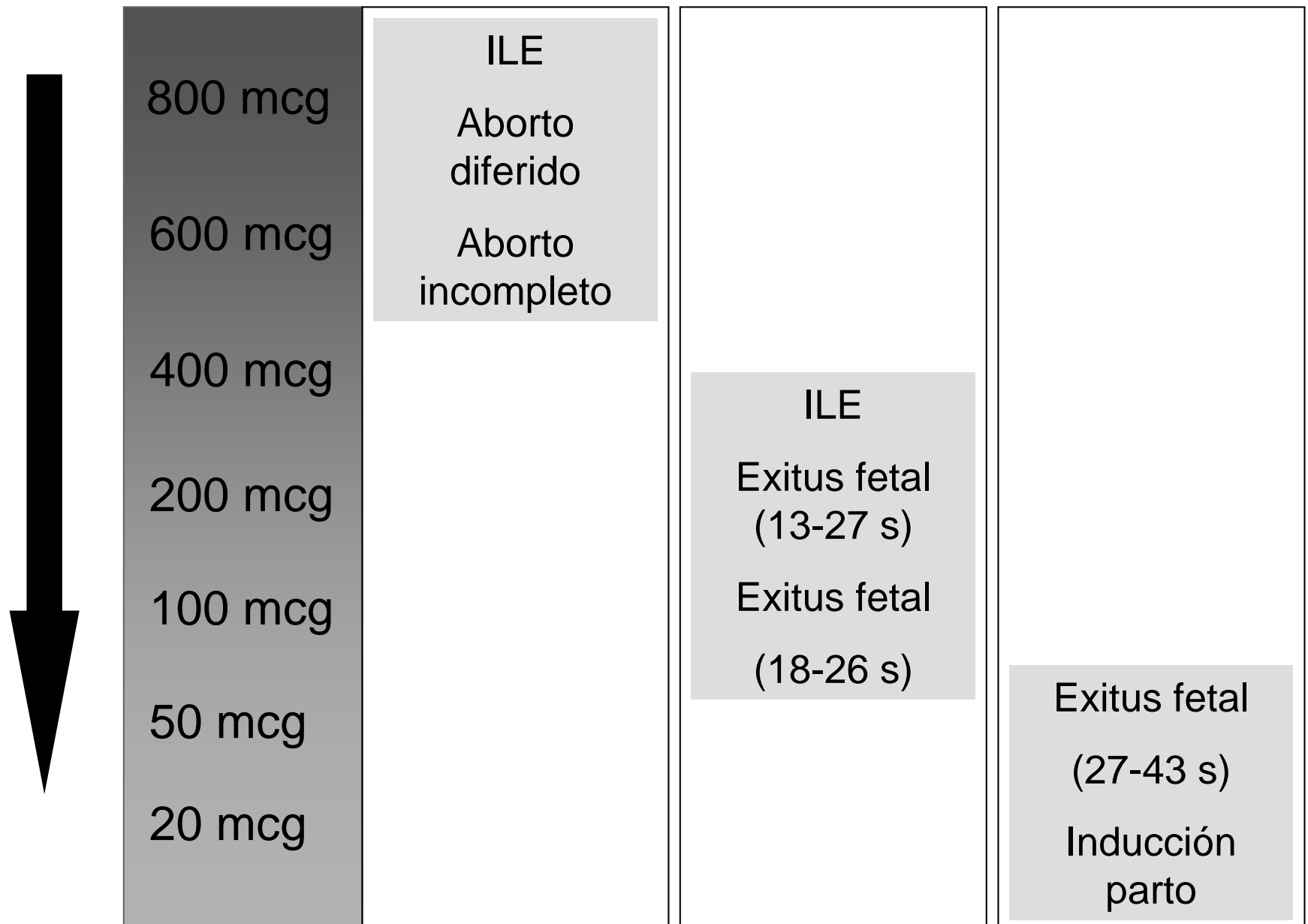
Opción **SEGURA Y EFECTIVA**



- Fiebre y/o escalofríos **7-28%**
- Nauseas, vómitos y/o diarreas **35%**
- Dolor abdominal
- Hiperestimulación uterina **4-12%**
- Rotura uterina **6-12%**
- Malformaciones congénitas **<1%**



- Vía vaginal de elección
- No dosis superiores a 400 mcg (dosis mínima efectiva)
- Intervalos de 4-6h (no < 4h !!!)
- Control DU (2c/10 minutos no dosis sucesivas)
- Oxitocina (> 4-6 horas)





12-22 s	200 mifepristona + misoprostol (800mcg vag + 400 mcg/3h vo 4D)
22-24 s	400mcg/ 4h vag (6D)
24-28 s	200mcg/ 4h vag (6D)
> 28 s	50mcg/ 4h vag (6D)

13-17 s 200 mcg /6h
18-26 s 100 mcg /6h
27-34 s 25-50 mcg /4h

> 24 horas

12-22 s	misoprostol (800mcg vag + 400 mcg/3h vo 4D)
22-24 s	400mcg/ 4h vag (6D)
24-28 s	400mcg/ 4h vag (6D)
> 28 s	100 mcg/ 4h vag (6D)

13-17 s 400 mcg /6h
18-26 s 200 mcg /6h
27-34 s 50-100 mcg/4h



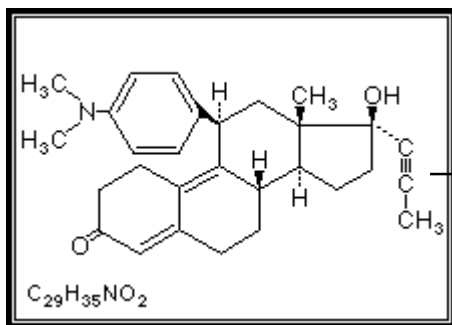
12-22 s	200 mifepristona + misoprostol (800mcg vag + 400 mcg/3h vo 4D)
22-24 s	200mcg/ 4h vag (6D)
24-28 s	100mcg/ 4h vag (6D)
> 28 s	25mcg/ 4h vag (6D)

> 24 horas

12-22 s	misoprostol (800mcg vag + 400 mcg/3h vo 4D)
22-24 s	200mcg/ 4h vag (6D)
24-28 s	100mcg/ 4h vag (6D)
> 28 s	25mcg/ 4h vag (6D)



- Profilaxis de la hemorragia posparto
- Favorecer contacto con RN
- Inhibición lactancia materna (> 16 s)
- Alta precoz



Aprobado en Francia 1988
Legal en la actualidad en 31 países

Antagonista competitivo de la progesterona y acción antiglucocorticoidea

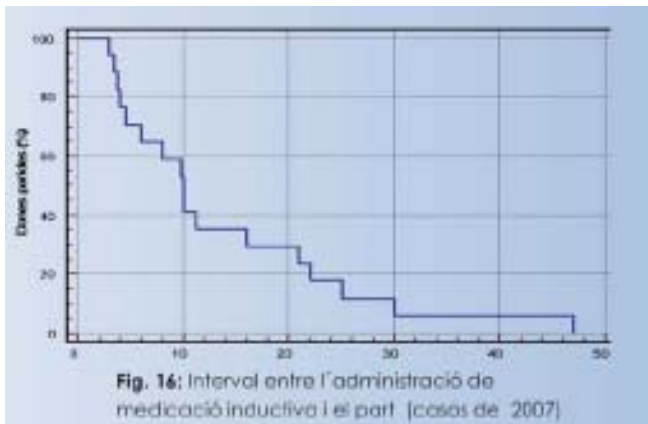
Acciones: Necrosis decidua

Sensibiliza al miometrio frente a prostaglandinas

Favorece la maduración cervical

ILE

Fármaco seguro (Efectos secundarios con Dosis > 200 mg/día)



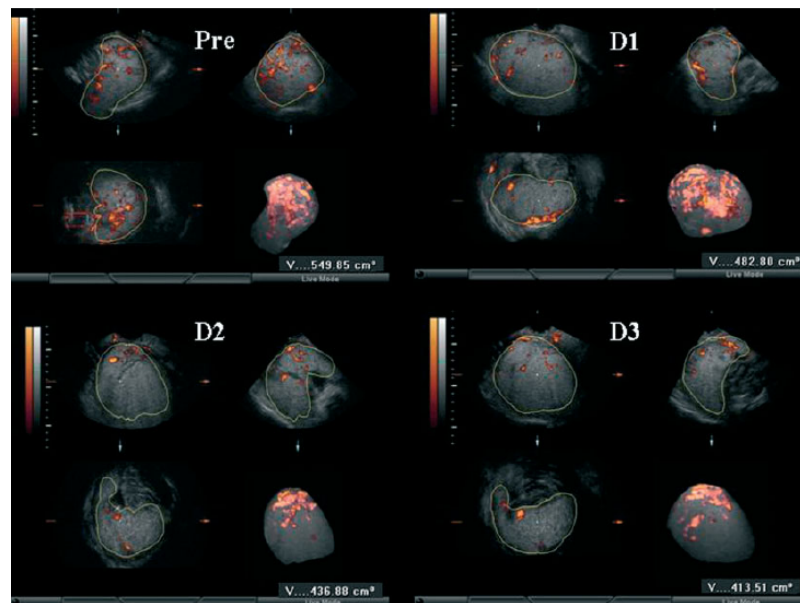
ICGON (40-50 casos/año)
Intervalo medio 12h

NO sistemáticamente
Considerar grupo de menor EG

1- Intervalo medio de **8.5 h** (mejor publicado...)

2-Intervalo de **21 h**. No diferencias

3- Intervalo de **12.8 h**, intervalo en gestaciones entre 21-25 semanas



Ruano R, Dumez Y, Cabrol D, Dommergues M. Second- and third-trimester therapeutic terminations of pregnancy in cases with complete placenta previa – does feticide decrease postdelivery maternal hemorrhage? *Fetal Diagn Ther* 2004; 19: 475–478.



Exitus fetal anteparto:

Finalización de la gestación

Gracias