

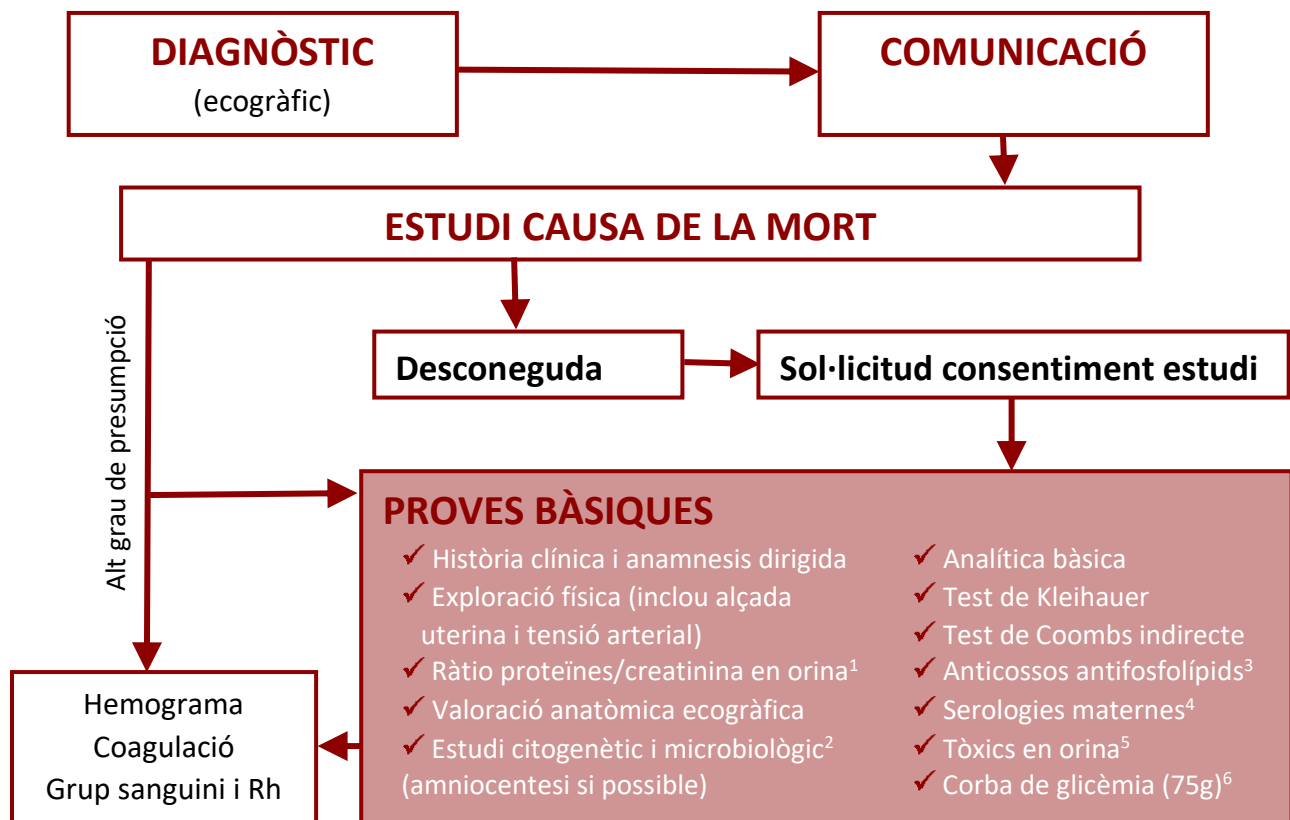
Mort fetal



Definició

Freqüència cardíaca fetal negativa a partir de les 22 setmanes de gestació o d'un fetus >500 grams si edat gestacional desconeguda.

Algoritme al diagnòstic



Estratègies de comunicació

- Planificar l'entrevista abans, acomodar a la pacient i oferir la presència d'un acompanyant
- Introducció breu ("Vosté ha consultat per..."), explicació clara del problema, donar temps a la reacció emocional
- Explicar els estudis proposats per establir la causa i explicar com serà el part

Maneig de la reacció emocional

- Acceptar l'expressió d'emocions i transmetre comprensió
- No interrompre
- Evitar obvietats, respostes precipitades, i consells
- Clarificar les preocupacions i pors de la pacient
- Focalitzar l'atenció en la situació actual: objectius immediats
- Garantir control de l'evolució: evitar la incertesa
- Considerar diazepam 5-10mg si l'ansietat és important
- Oferir ajuda especialitzada si fos necessària

1. Si superior a 0.3 mg/mg (30mg/mmol), demanar proteïnúria de 24 hores
2. PCR CMV i parvovirus B19 segons sospita clínica.
3. Anticoagulant lúpic, Anticossos anticardiolipina (IgG i IgM) i antiβ₂glicoproteïna (IgG i IgM). Si sospita DPPNI afegir resistència a la proteïna C activada, factor V Leiden, mutació 20210A gen de la protrombina, nivells d'antitrombina i nivells de proteïna C i S (aquests últims mínim després de 6 setmanes del part)
4. Toxoplasma (IgG i IgM), CMV (IgG i IgM), parvovirus B19 (IgG i IgM), Lues (RPR/VDRL i Elisa). Afegir VIH, VHB i VHC si serologies prèvies desconegudes
5. Cocaïna i opiacis
6. Només si glicèmia en dejú > 110mg/dl, glicèmia a l'atzar >140 mg/dl o macrosomia.

ABREVIATURES

DPPNI: desprendiment prematur de placenta normoinserata; CMV: citomegalovirus; VV: via vaginal; LA: líquid amniòtic; RM: ressonància magnètica.

Algoritme de finalització

No és necessària la finalització ni l'ingrés immediat a no ser que hi hagi indicació materna o preferència dels pacients

PUNTUACIÓ DE BISHOP >6 ?

Sí

OXITOCINA

No

MISOPROSTOL

	Pacients sense cesària anterior	Pacients amb cesària anterior
22-24 s	800 µg i post 400 µg/4h VV (màx 10 dosis)	800 µg i post 400 µg/4h VV (màx 10 dosis)
25-31 s	400 µg i post 200 µg/4h VV (màx 10 dosis)	200 µg i post 100 µg/4h VV (màx 10 dosis)
≥ 32 s	100 µg i post 50 µg/4h VV (màx 10 dosis)	25 µg/4h VV (màx 10 dosis)

No

EXPULSIÓ FETAL ?

Sí

Mètodes contingents

Dilatadors osmòtics; baló endocervical; 5mg PGE₂ transcervical extra-amniòtica; PGF₂ intra-amniòtica (2500µg); PGE₂ perfusió ev (150µg/h); Cesària de recurs

- ✓ Descripció detallada macroscòpica de les troballes feto-placentàries
 - ✓ Mostra fetal per estudi genètic (si no obtingut LA)
 - ✓ Rx en cas de sospita de displàsia esquelètica
 - ✓ Autòpsia fetal (en absència de consentiment valorar RM)
 - ✓ Examen placentari anatomopatològic
- Cultius de placenta i/o fetals si sospita de etiologia infecciosa

- Control de constants c/4h. Via heparinitzada. Valorar de manera regular necessitats analgèsiques
- Afavorir l'alta materna precoç
- Oferir inhibició de lactància (cabergolina 1mg dosis única)
- Si Rh negatiu: Gammaglobulina anti-D (en casos de hemorràgia fetomaterna ajustar dosi segons el test de Kleihauer)

Maneig de la reacció emocional després del part

- Tranquil·litzar respecte al resultat matern al part. Oferir contacte amb el nadó.
- Respondre preguntes i avaluar el nivell de comprensió. Aclarir les preocupacions i pors dels pacients.
- Explicació de les implicacions futures i planificació de seguiment.

Aspectes administratius

- Si < 26 setmanes: Autorització de necròpsia. L'enterrament no és obligatori però s'ha d'oferir. En cas de voler enterrament s'ha d'expedir un Certificat Mèdic Oficial*.
- Si ≥ 26 setmanes: Autorització de necròpsia + Certificat Mèdic Oficial* + Comunicat de deslliurament de criatures avortives + Butlleta estadística de part (Institut Nacional d'Estadística). L'enterrament és obligatori.

* Ha d'incloure nom i cognoms de la mare, dia/hora de la mort, dia/hora naixement, setmanes de gestació, sexe fetal, causa de la mort, lloc del part i signatura de dos metges.

Peguero A, Canto MJ, Del Rio M, Vives A, Meler E, Gómez O.

Bibliografia

Berghella V, Airolidi J, O'Neill A, Einhorn K, Hoffman M. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: a systematic review. *BJOG* 2009;116:1151-1157.

Ashok PW. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception* 69 (2004) 51-58

Sharp A. Short versus standard mifepristone and misoprostol regimen for second and third trimester termination of pregnancy for fetal anomalies. *Fetal Diagn Ther* 2016; 39 (2): 140-6.