

**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 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.

**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 < 22 semanas**), proporcionar información previa al consentimiento para la realización de la ILE. Dicha información se entregará en un sobre institucional cerrado (también 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 < 22 semanas: solicitud Comité de ILE del ICGON
  - Si ≥ 22 semanas: solicitud de Dictamen del Comité Clínico (del Hospital Clínic acreditado por la Generalitat).
4. La resolución:
  - Si < 22 semanas: se firma (“por orden de”) la autorización del Comité de ILE del ICGON después de presentar el caso en sesión.
  - Si ≥ 22 semanas: la resolución deberá constar en el documento específico (Comunicació de resolució de Comité Clínico) y se deberá enviar vía email a **dgpa.salut@gencat.cat**).
5. Cumplimentar el consentimiento informado para el procedimiento y utilización compasiva de fármacos si procede (requiere firma de la gestante y del médico).
6. Solicitar exploraciones complementarias:
  - Analítica: Grupo sanguíneo y Rh. Hemograma. Coagulación. Serologías del embarazo.
  - 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. Valorar problemas médicos y situaciones de riesgo. Escoger el procedimiento a seguir según las necesidades de la paciente y la edad gestacional. Se establecen tres grupos en función de la edad gestacional (ver algoritmo al final del protocolo):
  - a) ILE < 12 semanas
  - b) ILE 12-24.6 semanas
  - c) ILE > 25 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. 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. Se realizará profilaxis antibiótica en todos los casos. La pauta recomendada es: 500 mg de metronidazol vo 4 horas antes de la intervención (en el momento de la aplicación del misoprostol) + 200 mg de doxiciclina ev al ingreso. En caso de alergia a tetraciclinas se sustituirá la doxiciclina por 1 gr de azitromicina vo al ingreso.

**B. INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN 12-24.6 SEMANAS:** aborto farmacológico mediante pauta combinada de mifepristona-misoprostol (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. Su administración se realizará en el ámbito hospitalario bajo supervisión por personal sanitario (ver circuito asistencial al final de la guía clínica). La mifepristona favorece la maduración cervical, acorta el intervalo de expulsión, disminuye la dosis requerida de fármacos prostaglandínicos y consecuentemente sus efectos secundarios. Se recomienda un intervalo de tiempo entre la mifepristona y el misoprostol de 36-48h. Sin embargo, **la mifepristona debe administrarse siempre** en esta EG, ya que también es beneficiosa su administración en intervalos de tiempo inferiores.

Para la administración de misoprostol, se distinguirán dos grupos en función de la EG:

- 1) Entre las **12-22.6 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)+ Dilapanes® intracervicales
	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)*
	* <i>Realizar tacto vaginal</i>

- 2) Entre las **23-24.6 semanas** se disminuirá la dosis de misoprostol a 400 µg/ vaginal (2 comprimidos) cada 4 horas hasta un máximo de 6 dosis. En caso de cesárea anterior se reducirá la dosis a 200 µg/ vaginal (1 comprimidos) cada 4 horas hasta un máximo de 6 dosis (estas dosis de misoprostol se corresponden con las establecidas en el protocolo de Exitus Fetal). 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 (mifepristona + misoprostol+ colocación de dilapanes intracervicales).

- En caso de que se requiera de la colocación de **dilatadores intracervicales** se colocarán tantos como sean posibles en función de las características del cérvix.
- 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 es inferior a 1 / 1000 casos. El antecedente de cesárea anterior (una o > 1) no contraindica el uso de prostaglandinas por debajo de las 23 semanas. Por encima de las 23 semanas se debe disminuir la dosis de misoprostol (ver dosis recomendadas en apartado previo). Se debe evitar el uso concomitante de oxitocina. Por el momento no se dispone de información sobre la seguridad de las prostaglandinas en gestantes con antecedente de cirugía uterina (miomectomía previa, septostomía..), por lo que se individualizará cada caso.

**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 E2 vía transcervical y extraamniótica. Se prepara en Farmacia: contiene 5 mg de dinoprostona + 5 ml de gel lubricante de Carboximetil celulosa. Se puede repetir su administración en 12-24 horas.
2. 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).
3. 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.

**Pauta analgésica y tratamiento 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 /6h ev a combinar con 50 mg de Enantyum ® en 100 ml de SF/6h 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 todos los casos para reducir la infección post-ILE. Se pautará doxiciclina (200 mg ev al ingreso y 100 mg ev si expulsión > 12h) + metronidazol 500 mg vo al ingreso a repetir en 12 horas en todos los casos. En caso de alergia a tetraciclinas se sustituirá la doxiciclina por azitromicina (1gr vo al ingreso a repetir en 72 horas si no se ha producido la expulsión fetal).

**C. INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN > 25 SEMANAS:** se optará por realizar un aborto farmacológico siguiendo el mismo esquema de tratamiento que para el Exitus Fetal. 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 misoprostol.

Consideraciones generales para la administración de misoprostol:

- a) La vía vaginal es la de elección (menos efectos secundarios).
- b) NO administrar mifepristona debido a su acción potenciadora del misoprostol a esta edad gestacional.
- c) 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 > 6 horas de la última dosis de misoprostol.
- d) En las pacientes con el antecedente de cesárea anterior aumenta el riesgo de rotura uterina sobretodo en el tercer trimestre por lo que se recomendará disminuir la dosis de misoprostol. En estos casos se debe extremar la vigilancia de la dinámica uterina. Si > 1 cesárea previa u otro tipo de cirugía uterina previa se valorará cada caso individualmente.

No cesárea anterior		Cesárea anterior	
25-28.6semanas	200 mcg/4h (6 dosis)	25-28.6 semanas	100mcg/4h (6 dosis)
> 29 semanas	50 mcg/4h (6 dosis)	> 29 semanas	75mcg/4h (6 dosis)
↓		↓	
24horas		24horas	
25-28.6semanas	400 mcg/4h (6 dosis)	25-28.6 semanas	100mcg/4h (6 dosis)
> 29 semanas	100 mcg/4h (6 dosis)	> 29 semanas	25mcg/4h (6 dosis)

**Profilaxis antibiótica:** Se debe realizar profilaxis antibiótica en todos los casos para reducir la infección post-ILE (misma pauta que en el grupo de ILE entre las 12-24.6 semanas).

### **REALIZACIÓN DE FETICIDIO:**

Se ofrecerá en gestaciones por encima de las **22.0 semanas** para evitar la expulsión del feto vivo. Por encima de las **24.0 semanas** el feticidio es obligatorio (límite de la viabilidad fetal).

- a) Feticidio mediante la **inyección intraamniótica de 1 mg de digoxina** (4 ampollas de 0.25 mg): indicado en gestaciones entre las 22-24.6 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 23-24.6 semanas se comprobará la ausencia de FCF previamente al ingreso.
- b) 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 > 25 semanas
  - En caso de necesidad de obtención de sangre fetal para realización de estudio citogenético
  - En los casos de ILE por malformación de sistema nervioso central para disminuir el tiempo de exitus fetal y favorecer el estudio necrópsico posterior.
  - En caso de preferencia por parte de la gestante

Como primera opción se considerará 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 intramuscular de fentanilo 20 mcg/Kg de peso fetal y vecuronio 0.2 mg/ kg peso feto vía intramuscular.

### **TRÁMITES POST-EXPULSIÓN:**

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. En el apartado Documentación Adicional del *Protocolo de de exitus fetal* se detalla toda la información necesaria para la realización del estudio anatomopatológico de la placenta, necropsia del feto, soporte emocional (trabajadora social) y trámites administrativos.

- Ofrecer a los padres y a la familia la posibilidad de ver al feto tras el parto.
- 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 < 24.6 semanas. En gestaciones > 25 semanas se actuará según protocolo de parto habitual).
- Realizar profilaxis de la pérdida hemática administrando 5-10 UI de oxitocina e.v 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 miometro 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), 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 (Prostaglandina E2 Pharmacia® solución. Cada ampolla de 0,5 ml contiene 5 mg de dinoprostona). Vía de administración: endovenosa y transcervical (preparado especial en farmacia).

- 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 vascular, 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 asepticar la vagina. No sobrepasar el OCI a fin de no se favorezca la aparición de hipertónia 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, anomalías faciales y defectos de VI y VII par craneal).

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

Coordinadora de Enfermería: María Marí

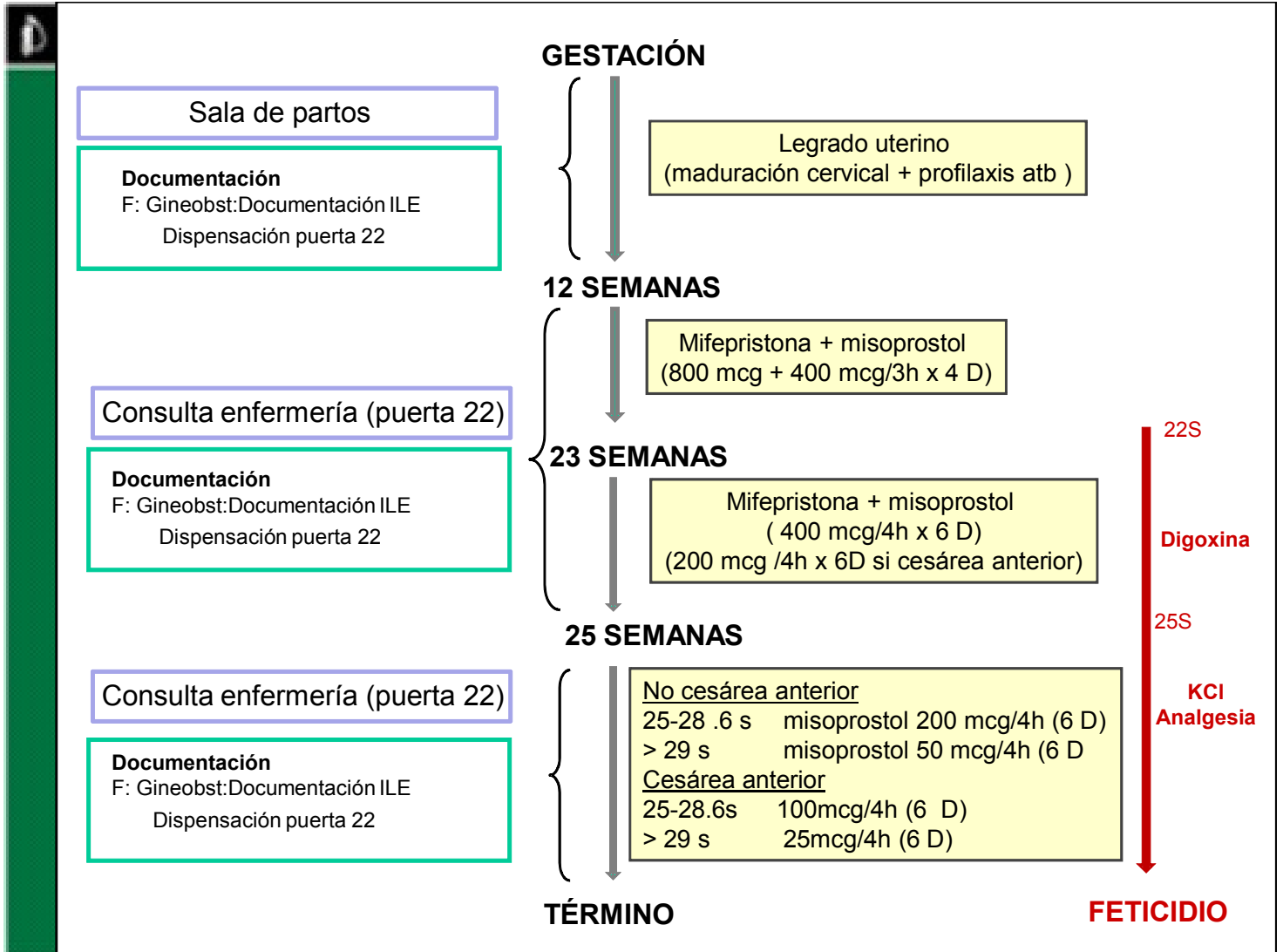
Fecha creación: 20-Noviembre 2006

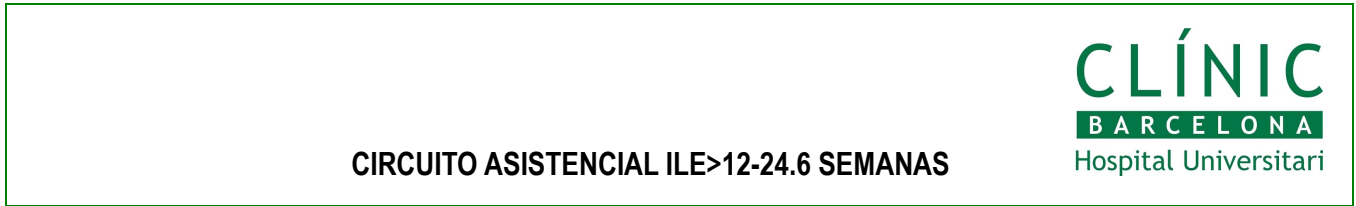
Fecha modificación: 3-Septiembre 2007

01-Febrero 2009

24-Diciembre 2010

**CIRCUITO ASISTENCIAL ILE**





**Solicitud de ILE**

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

