

**“MUERTE FETAL Y DUELO PERINATAL”:**  
**PROTOCOLO DE ESTUDIO Y MANEJO EN LA  
PRÁCTICA CLÍNICA**



**SCHNEIDER MACARENA**  
**HOSPITAL HORACIO HELLER – SEPTIEMBRE 2022**

# **MUERTE FETAL Y DUELO PERINATAL: PROTOCOLO DE ESTUDIO Y MANEJO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

**AUTOR:** Schneider Macarena Luján

**TUTORA:** Florio Sabrina

**INSTITUCIÓN:** Hospital Horacio Heller, ciudad de Neuquén, provincia de Neuquén, Argentina.

## **RESÚMEN**

La muerte fetal es el resultado final de una variedad de trastornos maternos, fetales y placentarios, que pueden interactuar para contribuir a la muerte fetal. El estudio de las causas específicas se ve obstaculizado por la falta de un protocolo uniforme para la evaluación y clasificación y por la falta de necropsias. La mortalidad fetal temprana se asocia con anomalías congénitas, infecciones, restricción del crecimiento intrauterino y condiciones maternas subyacentes; mientras que la mortalidad fetal tardía se asocia a trastornos maternos y obstétricos que generalmente evolucionan cerca del momento del nacimiento como desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, prolapsode cordón umbilical, otras complicaciones del trabajo de parto y parto o causas inexplicables.

Es de suma importancia conocer las principales causas de muerte fetal, para orientar el estudio de la paciente y llegar a un diagnóstico definitivo.

## **INTRODUCCIÓN**

Según la OMS, se define muerte fetal al producto de la gestación nacido sin vida de 500 gr de peso o más, de 22 semanas o más de edad gestacional o 25 cm o más de longitud craneocaudal.

Es importante diferenciar entre aquellas muertes ocurridas anteparto (es decir, antes del comienzo del trabajo de parto) de las que ocurren intraparto (es decir, después del comienzo del trabajo de parto y antes del nacimiento). Cuando no se realiza un monitoreo del feto para confirmar la presencia de frecuencia cardíaca al comienzo del parto, a menudo se utiliza la apariencia de la piel para estimar el momento de la muerte prenatal. Los signos de maceración de la piel empiezan unas seis horas después de la muerte fetal; por lo tanto, la apariencia «fresca» o «no macerada» de la piel se utiliza para clasificar de forma alternativa la muerte como intraparto, mientras que una apariencia «macerada» indica una muerte anterior al parto.

Debido a la incidencia y a la asociación con diferentes patologías, también incluiremos en el protocolo de estudio, a las pérdidas gestacionales menores a 22 semanas.

A continuación se desarrolla el protocolo de estudio de la paciente que intercurre con una muerte fetal. Considerando que es de suma importancia realizar la necropsia, en todos los casos. Esta práctica no es realizada en el sistema de salud pública de la provincia de Neuquén, por lo que es difícil determinar la causa de defunción sin realizar una autopsia.

Es fundamental informar a los pacientes del protocolo de estudio que se va a realizar y solicitar su consentimiento oral y escrito.

### **PÉRDIDA GESTACIONAL ENTRE LAS 12 Y 21.6 SEMANAS**

Ante el diagnóstico de una pérdida gestacional *entre las 12 y 21.6 semanas*, se realizará:

1. Historia clínica completa. Anamnesis dirigida a la identificación de factores de riesgo. Exploración física.
2. Estudio ecográfico para confirmar el diagnóstico y valorar la presencia de anomalías fetales.
3. Analítica completa (hemograma, coagulograma, bioquímica básica y perfil hepático).
4. Grupo sanguíneo y factor Rh. Anticuerpos irregulares.
5. Durante situación COVID-19 se realizará frotis nasofaríngeo materno para PCR COVID-19 aunque la paciente no presente sintomatología compatible con infección.
6. Serologías maternas: IgM e IgG de Toxoplasma, Rubeola, CMV y Parvovirus B19. Agregar VDRL, VIH, VHB y VHC en caso de que se desconozcan.
7. Anticuerpos antifosfolípidos (Anticoagulante lúpico, IgG e IgM anticardiolipina, IgG e IgM antibeta-2-glicoproteína).
8. Tóxicos en orina.
9. Estudio genético: es recomendable obtener las muestras lo más cerca posible del momento de la pérdida gestacional. Las muestras deben obtenerse y remitirse en condiciones estériles y deben conservarse a temperatura ambiente. Es importante indicar en las peticiones que se trata de una pérdida fetal de segundo trimestre.
  - a) Muestra de corion (por legrado, aspiración o recolección de la paciente). 1 cc en fresco o con solución fisiológica. NUNCA en agua destilada ni formol.
  - b) Fotografías del feto.
10. Estudio de infecciones: cultivo de placenta y/o material de legrado.

11. Estudio anatomo-patológico:

a) Placenta y/o material de legrado: remitir en formol a Servicio de Anatomía Patológica.

b) Feto:

- < 14 semanas: remitir feto junto a placenta en formol.

- > 14 semanas: necropsia en caso de que la paciente tenga obra social. Conservar el feto en fresco y remitir en recipiente de plástico sin medio para su posterior valoración. No conservar en formol ni congelar.

**PÉRDIDA GESTACIONAL MAYOR A 22 SEMANAS**

Ante el diagnóstico de una pérdida gestacional mayor a 22 semanas, se realizará:

**ANTEPARTO**

1. Historia clínica completa. Anamnesis dirigida a la identificación de factores de riesgo. Exploración física, incluyendo tensión arterial y altura uterina.

2. Estudio ecográfico para confirmar el diagnóstico y valorar la presencia de anomalías fetales, peso fetal estimado, presentación, líquido amniótico, placenta.

3. Analítica completa (Hemograma, coagulograma, bioquímica básica y perfil hepático).

4. Grupo sanguíneo y factor Rh. Anticuerpos irregulares.

5. Durante situación COVID-19 se realizará frotis nasofaríngeo materno para PCR COVID-19 aunque la paciente no presente sintomatología compatible con infección.

6. Serologías maternas: IgM e IgG de toxoplasma, Rubeola, CMV y parvovirus B19. Agregar VDRL, VIH, VHB y VHC en caso de que se desconozcan.

7. Anticuerpos antifosfolípidos (Anticoagulante lúpico, IgG e IgM anticardiolipina, IgG e IgM antibeta-2-glicoproteína).

8. Índice albúmina-creatinina en orina, sobre todo ante sospecha de preeclampsia o RCIU.

9. Tóxicos en orina.

## POSTPARTO INMEDIATO

1. Inspección del feto y placenta. Anotar peso del feto y placenta en historia clínica. Destacar hallazgos macroscópicos remarcables.
2. Radiografía simple frente y perfil del feto.
3. Fotografías del feto de cuerpo entero, frente, perfil, manos, pies y genitales (pedir consentimiento). Las mismas se suben en Andes o se envían de forma personal al servicio de genética de HCR. (Considerar guardarlas y ofrecérselas a la paciente).
4. Estudio genético: obtener las muestras lo más cerca posible del momento de la pérdida gestacional (dentro del mismo día). Las muestras deben obtenerse y remitirse en condiciones estériles y deben conservarse a temperatura ambiente.
  - a) Taco de placenta de 1 cm x 1 cm en SF. (Orden que diga estudio citogenético de corion).
  - b) Sangre de cordón en jeringa heparinizada u obtenida de punción intracardíaca.
5. Estudio anatomo-patológico:
  - a) Placenta completa (luego de sacar el taco), en formol, a anatomía patológica.
  - b) Pacientes con obra social: ofrecer necropsia.
6. Estudio de infecciones: cultivo de placenta.

## POST-PARTO EN SALA DE INTERNACIÓN

1. Hablar sobre lactancia materna. En caso de que requiera inhibir la lactancia, administrar cabergolina, 2 comprimidos de 0,5 mg en dosis única. En caso de desear ser donante de leche humana, contactar con servicio de lactancia.
2. En pacientes Rh negativas, administrar dosis intramuscular de 300 mcg de gammaglobulina anti-D dentro de las primeras 72 hs post parto (independientemente si se conoce o no el grupo y factor fetal).
3. Revisar la cumplimentación de toda la documentación requerida. Dejar anotado en la historia clínica la decisión de los padres respecto al entierro. Certificado de defunción fetal ante peso fetal mayor a 500 gr.
4. Interconsulta a servicio de Salud Mental.
5. Favorecer el alta precoz cuando el estado de la paciente lo permita.
6. Citar en 6-8 semanas post-parto para evaluar resultados de estudios solicitados y asesoramiento preconcepcional para una futura gestación.

Dar aviso al momento de enviar las muestras al servicio de genética de HCR (idealmente inmediatamente después de la recolección de las mismas).

Lunes a Viernes de 8 a 14 hs: 299-4490808.

Fin de semana o feriado: comunicarse al servicio de guardia de genética (Centrex: 5838 o 5839).

### VISITA POST-ALTA (6-8 SEMANAS)

1. Estudio de trombofilias en casos de RCIU, DPPNI, lesiones placentarias, antecedente personal de trombosis y pérdida fetal recurrente. Solicitar: Ac antifosfolipídicos, anticardiolipina (IgM e IgG), anticuerpos antibeta-2-glucoproteína, mutación G-20210-A del gen de la protrombina, resistencia a la proteína C activada, Mutacion del factor V Leiden, Proteína C (funcional y antígeno), proteína S (libre y total).
2. Solicitar PTOG 6 semanas post parto en caso de peso fetal > percentil 90.
3. Estudio de cariotipo de los padres: ante pérdida fetal recurrente (más de dos) o por hallazgos surgidos del estudio del feto muerto.

### FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN

#### MÉTODOS DE FINALIZACIÓN

1. Aspiración uterina: en caso de que la paciente lo solicite. Siempre que la longitud femoral sea < 12 mm. Realizar maduración cervical con 400 mcg de misoprostol 4 hs antes del procedimiento.
2. Método farmacológico: de elección. Combinación de mifepristona-misoprostol. Administrar 200 mg de mifepristona de forma ambulatoria (en TODOS los casos), y 12-24 hs después continuar con misoprostol.

Edad gestacional		No cirugía uterina previa
≥12-24.6 semanas	Día 1	800 mcg vv; a las 3 horas iniciar: 400 mcg/3h vo
	Día 2	800 mcg vv; a las 4 horas iniciar: 400 mcg/4h vv
>25-31.6 semanas	Día 1	400 mcg vv; a las 3 horas iniciar: 200 mcg/3h vo
	Día 2	400 mcg vv; a las 4 horas iniciar 400 mcg/4h vv
> 32 s semanas	Día 1	50 mcg vv; a las 3 horas iniciar 50 mcg/3h vo
	Día 2	100 mcg vv; a las 4 horas iniciar 50 mcg/4h vv

#### *Antecedente de cesárea o cirugía uterina previa:*

La utilización de misoprostol incrementa el riesgo de rotura uterina en las gestantes con antecedente de una cesárea segmentaria transversa previa. En la gestación no viable el riesgo es del 0.3-1.1% < 29 semanas y entre 1-5% > 29 semanas. En general, se acepta la utilización de misoprostol para la inducción de la gestación no viable con antecedente de una cesárea previa.

1. Antecedente de una cesárea previa:
  - Informar riesgos a la gestante. Deberá firmar el consentimiento informado.

- Localizar inserción placentaria por ecografía.
- Reserva de sangre.
- Maduración cervical:

Edad gestacional		Cirugía uterina previa
<b>&gt;12-24.6 semanas</b>	Día 1	800 mcg vv; a las 3 horas iniciar: 400 mcg/3h vo
	Día 2	800 mcg vv; a las 4 horas iniciar: 400 mcg/4h vv
<b>&gt;25-31.6 semanas</b>	Día 1	200 mcg vv; a las 3 horas iniciar: 100 mcg/3h vo
	Día 2	200 mcg vv; a las 4 horas iniciar 100 mcg/4h vv
<b>&gt; 32 s semanas</b>	Día 1	25 mcg/ 4h vv
	Día 2	50 mcg/ 4h vv

2. Antecedente de > 1 cesárea previa, otras cirugías uterinas, intervalo cesárea-parto < 18 meses:

- Existen pocos datos respecto al perfil de seguridad del misoprostol y no es posible establecer un riesgo específico de rotura uterina.
- Al no existir un riesgo fetal, no está contraindicado el intento de parto vaginal, aunque la inducción con prostaglandinas no está bien definida.
- Realizar asesoramiento individualizado, valorando la edad, existencia de partos vaginales previos, deseo genésico futuro de la paciente.
- En caso de inducción, seguir misma pauta farmacológica que en la gestante con antecedente de 1 cesárea previa.

**ANEXO N° 1:**

**COMUNICACIÓN DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL**

- Espacio/lugar adecuado.
- Actitud: lenguaje verbal y no verbal adecuado. No llenar el silencio con palabras inadecuadas.
- Tiempos individuales para cada paciente. Depende de las experiencias previas de esa familia.
- Apoyo emocional de familia/pareja.
- Tener en cuenta el lenguaje corporal.
- Considerar listado de aquellos comentarios que no hay que decir.
- Información cierta y concisa.
- Explicar las posibilidades terapéuticas.
- Quitar culpas: no reiterar preguntas que puedan hacer sentir culpable a la paciente (si tuvo relaciones sexuales, por qué no consultó antes, si cumplía el tratamiento correcto en caso de embarazo con alguna patología, etc).
- Facilitar y ofrecer contacto con el hijo.
- Ante el por qué, ofrecer búsqueda de diagnósticos.
- Considerar posible bajada de leche en gestaciones de segundo trimestre.
- Manejo de la lactancia (inhibición vs donación de leche humana).

## **ANEXO N° 2:**

### **DUELO PERINATAL**

Se define duelo gestacional y perinatal al proceso de elaboración emocional a raíz de una perdida, la interrupción de una gestación, en cualquier etapa del embarazo, parto y/o post parto, que sufre la mujer/madre, el padre y el resto de la familia. Ya sea la pérdida natural o provocada.

La clave de la intervención del sistema sanitario, es que al poder estar en el primer momento donde la mujer es atendida, en el momento del shock inicial, dependiendo como sea esta primera fase, dependerá el resto del proceso de su duelo, saludable o patológico, con todo lo que ello implica.

El lenguaje no verbal representa más del 90% de la comunicación. Frente a la sensibilidad de una madre en duelo, lo primero que percibe la mujer es la actitud, el contacto visual, el tono de voz, la expresión facial, la cercanía o la distancia emocional, entre otros.

Es de suma importancia el valor de la escucha y la palabra. No decirle a una persona que sufre que va a estar bien en el futuro, el futuro es una dimensión a la cual no tiene acceso. Porque para esa persona el tiempo se detuvo. Esa persona necesita estar en el aquí y ahora, su presente es su dolor y necesita permanecer donde está, para ella su presente es su dolor y es la única realidad que existe.

Tiene derecho a sentir lo que siente. No debemos comparar ni minimizar su pérdida. Cada pérdida merece ser reconocida tal cual es.

No hay nada que en ese momento le puedas ofrecer como consuelo, no hay nada que vea positivo, y no busquemos nada positivo a su situación. No intentemos extraer un aprendizaje de la experiencia, en ese momento no lo puede hacer, no la agobiemos con las palabras, ni demos ejemplos de nuestra vida personal.

#### **Lo que NO debemos decir:**

- No le digas todo lo que debería hacer para estar mejor, ya lo sabe.
- No le digas que no llore, que sea fuerte.
- No le digas que es joven, que tiene toda la vida por delante, que va a tener otros hijos, que la naturaleza es sabia, que no tenía que ser, que todo es perfecto, que no era para este momento, que estaba con un estrés muy grande, que todo sucede por algún motivo.
- No le digas que el plan de dios tiene un propósito mayor, que el cielo necesitaba un ángel, que su hijo nació en el cielo.

Estas expresiones y significancias las podrán construir ellos mismos con el tiempo, pero no es el momento de recibirlas.

Es mejor escuchar, permanecer en silencio, tender la mano, dar un abrazo, o simplemente permanecer a su lado sin contacto físico.

Dar el lugar para que esa familia viva el duelo a su manera.

Recomendaciones para el trabajo de parto y parto:

- Escucha activa: dar lugar a las emociones que aparezcan tal y como se manifiesten, sin interrumpirla, sin abrir juicios de valor, con sensibilidad y empatía, respetando el tiempo que esa mujer necesita para expresar todo aquello que ella necesite expresar. Además de emociones, se manifiesta una extrema vulnerabilidad junto con pensamientos reprimidos.
- Ayudar a validar las emociones con un criterio de realidad, de modo de asegurar que la mujer se sienta realmente escuchada.
- Dar la opción de elegir si la detención es temprano, el tratamiento expectante antes de ofrecer el aspirado, parto o cesárea. Siempre informado los beneficios del parto fisiológico, con todo el tiempo que sea necesario, brindando confianza, seguridad, y un vínculo positivo de alianza donde se sienta protegida.
- Sin información y sin este trabajo del vínculo, no será fácil que la mujer comprenda lo vital para su duelo posterior la opción del parto fisiológico, por la posibilidad de reconocer a su hijo, de reconocerlo depende el trabajo posterior del proceso de duelo. Antes de reconocer la muerte se necesita reconocer que hubo vida.
- Desculpabilizar siempre. No decir frases tales como “tendrías que haber venido antes a la consulta, tendrías que haber escuchado cuando tu bebé dejó de moverse, tendrías que haber registrado las contracciones más frecuentes, tendrías que haber tomado tal medicación”. El hipotético no sirve en ese momento, la deja más vulnerada, el tiempo pasó y hay que ofrecer la oportunidad que reconstruya su experiencia, siempre como lo mejor que pudo realizar de acuerdo a las posibilidades y las condiciones que tuvo al alcance en ese momento.
- Nunca dejar a la mujer sola, ni solos con el acompañante, al menos consultar, y respetar los momentos en que necesiten estar a solas, y los que necesiten estar acompañados. El trabajo de parto suelen ser horas de un padecimiento desgarrador, que en soledad se sufre doblemente. El miedo a no soportar el dolor y el miedo a morir son factores de riesgo que complican y demoran el trabajo fisiológico y conllevan trauma en sí mismos.
- Para los profesionales de la salud, saber que sus emociones están en juego. Tomarse el tiempo para dar lugar al dolor. Saber reconocer cuando no estamos preparados para estar 100% presentes y disponibles para esa familia.
- Preguntar frecuentemente qué necesita la mujer. Un vaso de agua, apagar la luz, una caricia, tomarla de la mano, ofrecer música, quedarse en silencio a su lado. Si necesita estar sola, también respetarlo.

- Consultar a la madre, luego del parto, si desea tomar contacto con su bebé fallecido. Si es en ese momento o más tarde, sabiendo que es saludable (por más doloroso que sea) el tiempo de contacto para reconocerlo y luego despedirse, y así dar lugar al comienzo de un trabajo de duelo saludable.
- No decir nada en esos momento, solo observar y acompañar las necesidades de la madre. Atención al acompañante, asistirlo.
- Ofrecer tomar una fotografía del bebé, cambiar su ropa, tomarlo en brazos, acariciarlo, acunarlo, besarlo, dejarlos en intimidad el tiempo necesario.
- Es importante rotar los profesionales, que no sean siempre los mismos los que atiendan este tipo de pérdidas. Perder el miedo a expresar las emociones.
- Trabajar en equipo, y asegurar que haya tiempo entre el parto de un bebé muerto y el parto de un bebé vivo.

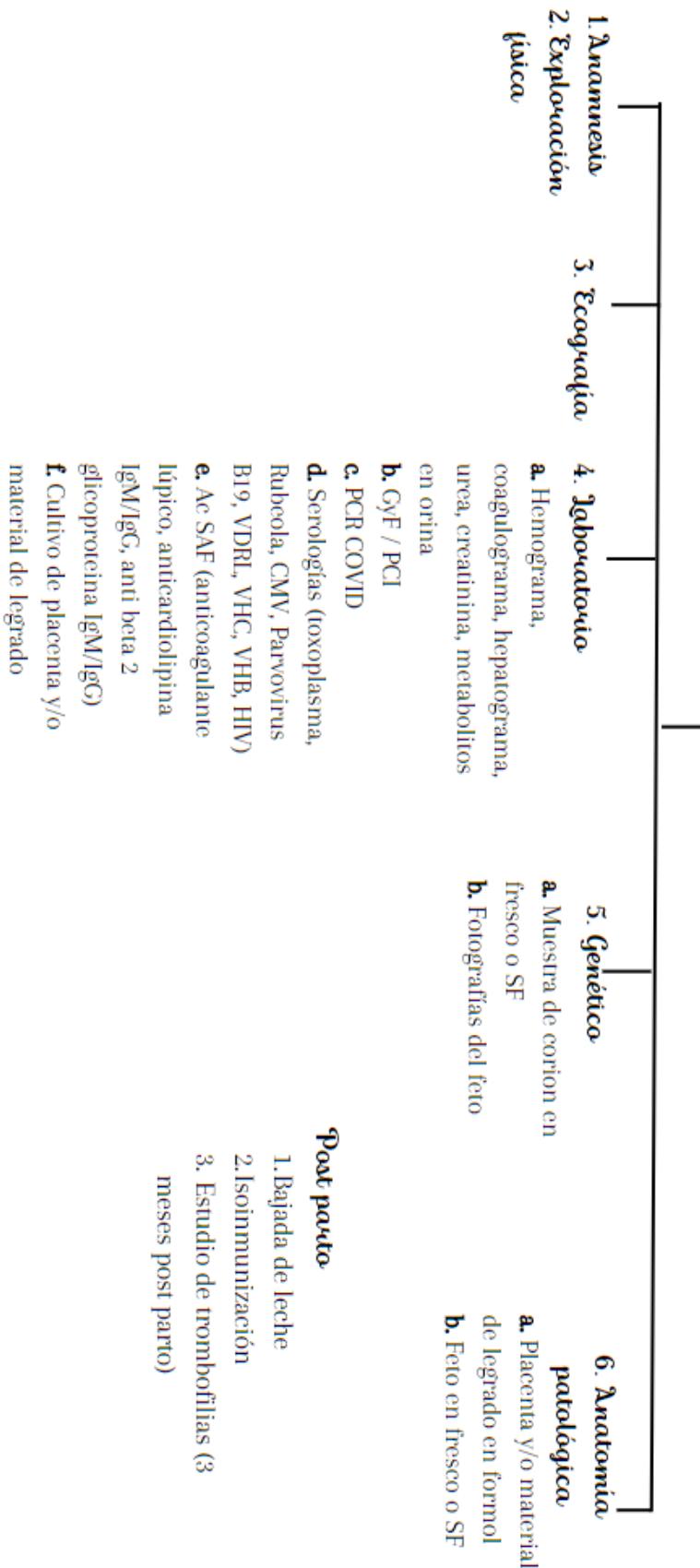
Recomendaciones para todo el equipo interdisciplinario:

- Criterios para la internación: no intentar a las madres con madres que estén por dar a luz, ni con madres que hayan paridos bebés sanos. Poner un distintivo en la puerta de la habitación y en la historia clínica (mariposa azul), que los represente y no los confunda con el resto de las mamás.
- Presentarse y usar el nombre.
- Buscar un espacio físico adecuado, en lo posible, de resguardo donde no sean interrumpidos.
- Cuando te dirijas a los padres por el bebé fallecido, no decir “feto”. Se puede decir “hijo”, “bebé” o llamarlo por su nombre.
- Escucha activa, atención plena. Tanto el padre como la madre necesitan expresarse, hablar, llorar, preguntar.
- Dar el tiempo necesario para procesar la información. Que tengan el momento de preguntar sus dudas, las veces que sean necesarias.
- Explicar opciones terapéuticas y apoyar sus decisiones. De acuerdo a la edad gestacional, explicar riesgos y beneficios del manejo expectante, del parto vaginal, de la cesárea, del aspirado.
- Asesoramiento en lactancia.
- Explicar la medicación que será suministrada y cómo será el proceso paso a paso.
- Ayudar a construir recuerdos: tomar fotografías, llevarse objetos del hospital (la pulsera de identificación, un gorrito, la manta). Ofrecer las huellas de los pies, un mechón de pelo. Esto se puede guardar en una “caja de recuerdos”, que se entrega al momento del alta hospitalaria.

Péudida fetal 12-21.6 semanas

## **ANEXO N° 3:**

ALGORITMO DE ESTUDIO PÉRDIDA GESTACIONAL 12-21,6 SEMANAS



## Pérdida fetal > 22 semanas

### ANEXO N° 4:

### ALGORITMO DE ESTUDIO PÉRDIDA GESTACIONAL MAYOR A 22 SEMANAS

<b>ANTEPARTO</b>	<b>POST PARTO INMEDIATO</b>	<b>POST PARTO EN SALA DE INTERNACIÓN</b>	<b>POST PARTO TARDÍO</b>
<p><b>1. Anamnesis</b></p> <p><b>2. Exploración física</b></p> <p><b>3. Ecografía</b></p> <p><b>4. Laboratorio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Hemograma, coagulograma, hepatograma, urea, creatinina, metabolitos en orina</li> <li>b. GyF / PCI</li> <li>c. PCR COVID</li> <li>d. Serologías (toxoplasma, Ruboela, CMV, Parvovirus B19, VDRL, VHC, VHB, HIV)</li> <li>e. Ac SAF (anticardiolipina lúpico, anticardiolipina IgM/IgG, anti beta 2 glicoproteína IgM/IgG)</li> <li>f. Cultivo de placenta y/o material de legrado</li> </ul>	<p><b>5. Inspección de feto y placenta (peso)</b></p> <p><b>6. Rx feto frente y perfil</b></p> <p><b>7. Fotografías del feto (cuerpo entero, frente, perfil, manos, pies y genitales)</b></p> <p><b>8. Genético</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Taco de placenta de 1 x 1 cm en SF (orden: estudio citogenético de corion)</li> <li>b. Sangre de cordón en jeringa heparinizada u obtenida de punción intracardíaca</li> </ul>	<p><b>9. Lactancia materna (inhibición vs donación)</b></p> <p><b>10. Isoinmunización</b></p> <p><b>11. Certificado de defunción (&gt; 500 gr)</b></p> <p><b>12. Interconsulta con Salud Mental</b></p>	<p><b>13. Estudio de trombofilias</b></p> <p><b>14. PTOG (si peso del feto &gt; p 90)</b></p> <p><b>15. Cariotipo ante aborto recurrente (&gt; 2)</b></p>

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Pérdida gestacional segundo trimestre y éxitus fetal. Hospital Clinic. Hospital San Juan de Dios. Universidad de Barcelona.
2. Para que cada bebé cuente. Auditoria y examen de las muertes prenatales y neonatales. Organización Mundial de la Salud. 2017.
3. Diplomatura en Salud Materno Infantil. Dra Muntaner María Celeste. 2021.
4. Protocolo estudio de feto muerto, servicio de genética de Hospital Castro Rendón.
5. Muerte fetal: evaluación materna y fetal. Up to date, 2022.