

PROTOCOLO MANEJO DE LA **MUERTE FETAL IN UTERO**

Elaborado por: Dra. Eliana Ruiz (Jefe de Servicio CSA)

Aprobado por: Dra. Paulina Romagnoli (Director médico CSA)

Fecha de publicación: Marzo de 2018

1.- Objetivo General

Este documento tiene por finalidad estandarizar el manejo del mortinato y definir acciones preventivas para una futura gestación en el Servicio de Obstetricia y Ginecología de la Clínica Sanatorio Alemán.

2.- Objetivos Específicos:

- Definir las responsabilidades de cada profesional durante la atención del mortinato, hasta su traslado a anatomía patológica o servicio fúnebre.
- Determinar los espacios físicos de la maternidad a utilizar durante el manejo.
- Proponer un estudio etiopatogénico post parto, para evaluar factores de riesgo y prevención para una futura gestación.
- Coordinar seguimiento por equipo de manejo de duelo (Psicóloga – Psiquiatra – Matrona)

3.- Alcance

Este protocolo debe ser conocido y aplicado en el Servicio de Obstetricia y Ginecología, por el personal profesional y técnico a cargo de la atención de la paciente.

- Médicos Gineco-Obstetras.
- Médicos Pediatras.
- Matronas Clínicas del Servicio de Obstetricia y Ginecología y de Neonatología
- Enfermeras de Pabellón.
- TENS del Servicio de Obstetricia y Ginecología y de Pabellón

4.- Descripción:

En Chile se ha definido históricamente como óbito fetal, la ocurrencia de muerte fetal in útero durante la gestación desde las 22 semanas de edad gestacional o desde que el feto tenga un peso de 500 gramos hasta el momento del parto

Las causas de muerte fetal, se pueden agrupar en maternas, fetales y placentarias. Dentro de éstas, la evidencia ha identificado como las más frecuentes las asociadas a alteración de la placentación (preeclampsia, restricción de crecimiento, desprendimiento placentario), las infecciones virales, las alteraciones genéticas/cromosómicas y las patologías maternas crónicas.

Aproximadamente en un 40% de los casos de óbito fetal, la causa no se logra determinar, siendo esto más frecuente a edades gestacionales mayores. (Ver Anexo 1)

5.- Definiciones:

- Muerte fetal temprana (MFTe): producida antes de las 22 semanas o peso fetal menor a 500 gramos (ABORTO).
- Muerte fetal intermedia (MFI): producida entre las 22 y 27 semanas de gestación, con peso fetal al nacer entre 500 y 999 gramos.
- Muerte fetal tardía (MFT): muerte producida después de las 28 semanas o con peso al nacer sobre 1.000 gramos.

6. Asignación de Responsabilidades:

La atención del parto por vía vaginal o cesárea está a cargo del Obstetra tratante, privilegiando la vía vaginal y ajustándose a las indicaciones absolutas de cesárea.

En caso de Parto vaginal o cesárea, la matrona de la Unidad neonatal será la encargada de la recepción del mortinato y su atención inmediata, registrando en el documento **Informe de muerte fetal**: peso, talla y sexo fetal, además de datos relacionados con la placenta, líquido amniótico y cordón. (Ver anexo 2)

El pediatra de turno, realizará el examen físico general, segmentario, especificando la presencia de malformaciones, cálculo aproximado de edad gestacional, condiciones ovulares y hallazgos considerados como factores de riesgo, registrando dichos hallazgos en el Documento **Informe de muerte fetal**. (Ver Anexo 2).

Si los padres desean permanecer un tiempo con su hijo, se preparará para tales fines.

La placenta deberá ser recepcionada por la TENS de parto o la pabellonera en el caso de cesárea. **Siempre** que la causa de la muerte fetal no sea evidente, se debe enviar la placenta para estudio anatomopatológico. Si se requiere estudio genético placentario, se dejará la placenta en un recipiente estéril (riñón o bandeja) para que el Obstetra realice los cortes respectivos, con las condiciones descritas en el punto 7.

Una vez ocurrido alumbramiento y/o toma muestra para citogenético, se deposita la placenta en un frasco grande con formalina, se rotula con datos necesarios (ver anexo 4) y se introduce en bolsa transparente y cierra con la amarra. La matrona de Partos supervisa que placenta no sea eliminada.

La matrona de Partos efectúa registro para trazabilidad biopsia en libro correspondiente, anexando orden de solicitud biopsia con datos completos. Envía orden y frasco a oficina biopsia en horario hábil o lo envía a Pabellón para su custodia en horario inhábil.

Si se va a realizar estudio citogenético fetal, se deben tomar las muestras en la Sala de Biopsia de Pabellón, con las condiciones descritas en el punto 7.

Los fetos que no van a estudio anatomopatológico se trasladan en cuna hacia la Sala de Duelo (capilla) ubicada en acceso Mahuzier (llaves a cargo de guardia de ese sector) mientras son retirados por la familia para su sepultación.

El médico Obstetra es el encargado de solicitar la autorización a los padres para el envío del mortinato a anatomía patológica y autopsia. La decisión de los padres al respecto debe ser consignado en el **Formulario Autorización Necropsia** (ver Anexo 3), con fotocopia para el patólogo y para la ficha clínica. Además debe confeccionar orden para estudio anatomopatológico (ver anexo 4)

El certificado de defunción será extendido por el Obstetra tratante de la paciente completando los campos obligatorios para este fin (Ver Anexo 5). Con un total de 3 hojas.

El plazo máximo para la inscripción de la defunción en el registro civil es de 3 días (72 horas) desde la fecha de defunción. Posteriormente sólo se puede realizar con autorización judicial.

La matrona de la sección donde se emita el certificado de defunción debe revisar los datos del mismo y fotocopiar el original para dejarlo en la ficha clínica. Además debe fotocopiar todos los antecedentes que sean de utilidad para la auditoria de muerte feta (carné de control prenatal, ecografías, exámenes, estudio genético si corresponde)

La matrona de la sección hospitalizado, será la encargada de ofrecer a la paciente o pareja la evaluación y acompañamiento de una Psicóloga, para manejo del duelo.

Es responsabilidad del médico tratante la confección del formulario **Solicitud de Interconsulta** (ver anexo 6), la paciente o familiar a cargo debe firmar el mismo aceptando de este modo los costos que implican esta evaluación.

El ginecologo tratante será el responsable de solicitar el estudio etiopatogenico.

7.- Estudio e intervenciones:

- El estudio completo sugerido aportará en un 70% de los casos la causa de la muerte fetal.
- Informe de hallazgos macroscópicos por parte del pediatra de turno.
- **Toda placenta** producto de un parto con resultado de mortinato debe ser enviada a anatomía patológica.
- Se recomienda realizar estudio anátomo-patológico del óbito como gold standard para determinar la etiología de la Muerte fetal.
- En pacientes que rechacen estudio anátomo-patológico fetal, se recomienda plantear la evaluación con RNM y/o TAC de cuerpo total.
- Se recomienda enviar la mayor cantidad de muestra a **estudio citogenético**, tanto fetal como placentario. La evaluación citogenética de líquido amniótico por amniocentesis es una evaluación útil en la determinación de causas cromosómicas de Muerte fetal.

Procedimiento:

- Solicitar consentimiento de padres para estudio citogenético
- Obtención muestra citológica con técnica e instrumento estéril.
- Enviar citología en agua estéril, tejidos en frasco con suero fisiológico o ringer, con heparina (no congelar muestra)
- Muestras aceptables (al menos 1, no usar formalina):
 1. Líquido Amniótico por amniocentesis al momento del diagnóstico.
 2. Bloque de placenta 1x1 cm bajo inserción placenta.
 3. Segmento de cordón umbilical 1,5 cms.
 4. Tejido fetal profundo (tendón), no usar piel.
- Realizar vigilancia para descartar CID. En pacientes con evolución espontánea debiera considerar evaluación con pruebas de coagulación, fibrinógeno y recuento plaquetario al menos dos veces a la semana.

- En caso de paciente Rh (-), deberá recibir una dosis profiláctica de inmunoglobulina anti-RhD, siendo útil hasta 72 horas post parto.
- Se recomienda la evaluación por genetista en toda paciente con óbito > 20 semanas, feto con estigmas dismórficos, malformaciones mayores fetales o muerte fetal de causa desconocida
- Se recomienda la evaluación por genetista en paciente o pareja con antecedente de genopatía/cromosomopatía, aborto recurrente, consanguinidad o antecedente de exposición a teratógenos

ANEXO 1

TABLA 2. FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y RIESGO ESTIMADO DE MORTINATO

	OR	[IC 95%]	PREVALENCIA (%)	PAR (%)
DPPNI:	18.90	[11.90 - 20.80]	1	15
Restricción de Crecimiento fetal:	3.90	[3.00 - 5.10]	10	23.3
Diabetes Preconcepcional:	2.90	[2.50 - 4.19]	5	3-5
FIV-Embarazo Único	2.70	[1.60 - 4.70]	3.1	3.00
Mortinato previo:	2.60	[1.50 - 4.60]	0.5	0.8
HTA crónica:	2.58	[2.13 - 3.13]	10	7-14
Edad > 40 años:	2.29	[1.54 - 3.41]	10	10
Obesidad Mórbida (IMC sobre 40):	2.08	[1.58 - 2.73]	5	5
Drogas Ilícitas:	1.91	[1.20 - 3.00]	2.4	2.1
Edad >35 años:	1.65	[1.61 - 1.71]	20	6-8
Obesidad (IMC 35-40)	1.63	[1.35 - 1.95]	20	10
Preeclampsia:	1.60	[1.10 - 2.20]	5.3	3.1
Tabaco (más de 10 cigarrillos/día)	1.36	[1.27 - 1.46]	10 - 20	4-7
Postérmino (>41 semanas):	1.30	[1.10 - 1.70]	0.9	0.3
Sobrepeso (IMC 30-35)	1.25	[1.09 - 1.38]	30	10

PAR: Población atribuible al riesgo

RO: Razon de Oportunidad

HTA: Hipertensión Arterial

DPPNI: Desprendimiento Placentario

IC: Intervalo de Confianza

Modificado de Lancet 2011;377:1331-1340

EVALUACIÓN BÁSICA POSTPARTO

Investigación materno fetal selectiva según síntomas y signos de enfermedad materna

Hipertensión y relacionadas:	<ul style="list-style-type: none">• Precisar proteinuria, uricemia, creatinina y compromiso hematológico
Enfermedad tiroidea:	<ul style="list-style-type: none">• TSH-T4 libre-anticuerpos anti-tiroideos
Diabetes materna/historia familiar u obesidad:	<ul style="list-style-type: none">• Hemoglobina glicosilada, test de tolerancia glucosa
Sospecha abuso drogas:	<ul style="list-style-type: none">• Tamizaje toxicológico
Signos enfermedad tejido conectivo:	<ul style="list-style-type: none">• Serología materna enfermedades autoinmunes
Hidrops fetal:	<ul style="list-style-type: none">• Tamizaje anticuerpos isoimmunización, serología parvovirus B19, electroforesis hemoglobina, análisis líquido amniótico enfermedades metabólicas
Signos clínicos Infección: (Materna, Fetal o Placentaria)	<ul style="list-style-type: none">• Pesquisa materna estreptococo rectal, cultivo superficial fetal y placentario• Análisis plasma serología viral y análisis molecular líquido amniótico• Estudio molecular placenta
Evaluación de Trombofilia:	<ul style="list-style-type: none">• Si hay historia familiar trombofilias o personal de trombosis o trombosis placentaria importante, restricción de crecimiento fetal severo o desprendimiento placentario, considerar estudio trombofilias congénitas y adquiridas en la madre• Estudio precoz de trombofilias adquiridas y diferido (8 sem) de las congénitas• En casos seleccionados evaluar examen al padre

ANEXO 2

INFORME DE MUERTE FETAL (Desde 22 semanas o > 500 grs)

Nombre de la Madre																											
Identificación NN																											
Apellido Paterno								Apellido Materno																			
Peso				Talla				Sexo				Edad Gestacional Pediátrica															
Malformaciones Externas: (descripción)																											
Características del Líquido Amniótico:																											
Color:		Claro				Sanguinolento				Meconio		(+)				(++)				(+++)							
Cantidad:				Normal								Oligoamnios								Polihidroamnios							
Circulares al cuello				SI				NO				Número															
Reductible								Irreductible								Anomalías de cordón											
Placenta:		Peso				Anomalías																					
Observaciones:																											

FIRMA RESPONSABLE



CLINICA
Sanatorio Alemán

Servicio Obstetricia y Ginecología

ANEXO 3:

AUTORIZACION NECROPSIA

Yo.....RUN:.....

y.....RUN:.....

Padres de NN.....,

expresamos nuestra voluntad mediante este documento para que se le practique una necropsia con fines de diagnóstico médico, de acuerdo a solicitud adjunta.

Con retorno fetal: SI NO

.....
FIRMA

.....
FIRMA

Concepción,.....de.....del 201

ANEXO 4:



CENTRO DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO LIMITADA

Dr. Rodrigo Klaassen P. - Dr. Francisco Mucientes H.
Ongolmo 148 - Teléfono 41 2238558 - CONCEPCION
Hora de Atención: Lunes a Viernes de 9:30 a 18:30 hrs.

SOLICITUD DE BIOPSIA ^{No atención} ^{Previsión}

Rebellonera: _____
Metrone: _____

Nombre Paciente: Letra imprenta nombre completo

Rut.: _____ Edad: _____ Fono: _____

Procedencia: SALA Partos

Organo o región de origen de la muestra:
Hora: Muestra 1
Muestra 2

Diagnóstico y antecedentes clínicos: _____

Localización: _____

Diagnóstico de Biopsia anterior: _____

Antecedentes Ginecológicos: _____

FUR _____

Estado del Utero y Anexos _____

Tipo de Anticonceptivo _____

Tratamiento Hormonal _____

Otros _____

Observaciones: _____

Información especial solicitada: _____

Fecha: _____ Nombre Médico: Completo

Dirección: _____

Nombre: <i>Completo Paciente</i>	
Rut:	Edad:
Nº At.:	Hora:
Previsión:	<i>Pareto</i>
Dr.: <i>Nombre y apellido.</i>	Fecha:
Muestra:	
Laboratorio:	

Rotulo frasco muestra Siopsia

ANEXO 5

FORMULARIO "TIPO"

SON 3 HOJAS + FOTOCOPIA FICHA ATENCIÓN

CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCIÓN Y ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD FETAL
(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA Y COLOQUE EN CADA CUADRO LA LETRA O NÚMERO QUE CORRESPONDA)

850415

A. USO EXCLUSIVO MEDICO (O MATRONA EN CASO DE DEFUNCIÓN FETAL)

1.- NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO NN VALDEBENITO URIBE				CEDULA DE IDENTIDAD			
SEXO	M: MASCULINO F: FEMENINO I: INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO	Día Mes Año 21 04 2017	EDAD Años Cumplidos	Sólo si es menor de un año		
TESTIGOS QUE CERTIFICAN LA IDENTIDAD DEL DIFUNTO: (Cuando no tiene Cédula de Identidad)							
1. Nombre:				C.I.:		Firma:	
2. Nombre:				C.I.:		Firma:	

2.- DATOS DE LA DEFUNCIÓN				SOLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL			
Día	Mes	Año	HORA	Peso al nacer (grs)	Semanas gestación	Estado Nutritivo previo a la enfermedad	
21	04	2017	09 30	139030	30	1: Eutrófico 2: Desnutrición grado I 3: Desnutrición grado II 4: Desnutrición grado III 5: Ignorado	
LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN				ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN			
1 1: Hospital o Clínica 2: Casa habitación 3: Otro				CLÍNICA SANATORIO ALEMÁN			
				COMUNA			

3.- CAUSA DE LA MUERTE. En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.				DURACIÓN ENFERMEDAD				USO M. SALUD			
I CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte)											
a) ASFIXIA INTRAUTERINA											
"Debida a" o "Como consecuencia de"											
b) DESARROLLO PREMATURO PLACENTA											
"Debida a" o "Como consecuencia de"											
c)											
II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES, (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal)											

4.- FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE				EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE			
5 1: Autopsia 2: Biopsia 3: Operación 4: Exs. Laboratorio 5: Cuadro Clínico 6: Información de Testigos				LUGAR DE OCURRENCIA 1: Casa 2: Via Pública 3: Trabajo 4: Otro			
				CIRCUNSTANCIAS 1: Peatón 2: Conductor 3: Pasajero 4: Otra			
				TIPO 1: Accidente 2: Suicidio 3: Homicidio 4: Otro			

ATENCIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD		CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA:		FECHA CERTIFICADO			
1: SI 2: No 3: Ignorado		MÉDICO 1: Tratante 2A: Legista 2B: Psiquiatra 3: Otro		OTROS 4: Información de Matrona 5: Testigos 6: Ignorado			
		1		22 04 2017			
Nombre Médico: DR...		Teléfono: 2205000		Domicilio: AV. FRANCESA 99 CASO DE VALDIVIA			
Firma Médico y Sello Establecimiento							

B.- INFORMACIÓN ESTADÍSTICA (USO EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL O ADMINISTRACIÓN CEMENTERIOS)

RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (CALLE Y NÚMERO O LOCALIDAD Y COMUNA)				USO INE			
INSTRUCCIÓN		OCUPACIÓN		USO INE		NIVEL OCUPACIONAL	
Último Curso Nivel						1: Patrón 2: Empleado 3: Obrero 4: Trabajador por cuenta propia	
5.- SÓLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL.				1.- MENOR DE UN AÑO 2.- DEFUNCIÓN FETAL			
Nombre de la Madre							
ESTADO CIVIL		HIJOS: Incluyendo presente inscripción		FECHA PARTO / ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE HIJO			
S: Soltera C: Casada V: Viuda		Vivos Fallecidos Mortinatos Total		1.- Parto 2.- Aborto		Día Mes Año	
EDAD Años cump.		INSTRUCCIÓN		OCUPACIÓN		USO INE	
Último Curso Nivel		1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno				1: Patrón 2: Empleado 3: Obrero 4: Trabajador por cuenta propia	
Nombre del Padre							
EDAD Años cump.		INSTRUCCIÓN		OCUPACIÓN		USO INE	
Último Curso Nivel		1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno				1: Patrón 2: Empleado 3: Obrero 4: Trabajador por cuenta propia	

IMPRESA REGISTRO CIVIL - REINGENERIA 09/2003

ORIGINAL : Servicio de Registro Civil

ANEXO 6



C L I N I C A
Sanatorio Alemán

Solicitud de Interconsulta

Paciente: _____ RUN _____ Edad _____
 Servicio: _____ Pieza _____ Cama _____

Solicitud generada _____
 Médico que solicita la interconsulta Dr: (a) _____ Fecha ____/____/____ Hora _____
 Especialidad requerida en interconsulta _____

DIAGNÓSTICOS	_____

MOTIVO DE INTERCONSULTA	_____

INTERCONSULTA Urgente Relativa urgencia No urgente

PLAZOS: Urgente: hasta 2 horas Relativa urgencia: 6 horas No urgente: 24 horas

 Firma médico que solicita interconsulta

 Firma paciente o familiar

GESTION INTERCONSULTA
 Médico especialista contactado _____
 Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Teléfono 3: _____

Visita determinada por especialista	Fecha: ____/____/____	Hora: _____
Reprogramación visita	Fecha: ____/____/____	Hora: _____
Visita realizada	Fecha: ____/____/____	Hora: _____
Médico especialista que visita	_____	

Informe interconsultor al reverso

Informe de Interconsultor

ANAMNESIS:	
EXAMEN FÍSICO:	
EXÁMENES:	
DIAGNÓSTICO:	
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:	
INDICACIONES:	

CONTROL MÉDICO: NO SI LUGAR: _____ FECHA: ____ / ____ / ____

Nombre médico interconsultor

Firma médico interconsultor

REFERENCIAS

1. Guía Perinatal Ministerio de Salud de Chile. 2015.
2. Germain AM, Pons A. Muerte Fetal. Boletín CEDIP 2013; 2 (2): 5 – 40.
3. ACOG Practice Bulletin No. 102: Management of stillbirth. Obstet Gynecol 2009;113(3):748 – 761. [L]
[SEP]
4. Sepúlveda A. Serie guías clínicas: Manejo de feto muerto in útero. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. 2013.
5. Pons A, Sepúlveda E. Muerte fetal. REV. MED. CLIN. CONDES - 2014; 25(6) 908-916.
6. DEIS, MinsaL: Normas y Procedimientos para el registro de las defunciones fetales y de recién nacidos. Abril 2005