

## NOVEDADES DESDE LA VERSIÓN ANTERIOR

Se refunde en uno solo, el protocolo de pérdida gestacional precoz con el recién revisado protocolo de la metrorragia del primer trimestre, que como novedades presenta:

Se enumeran las causas de metrorragia del primer trimestre

Se introducen los diagnósticos de exclusión de otras localizaciones anormales del embarazo que son también causa de metrorragia del 1º trimestre.

Se introduce el pronóstico del aborto y se amplía con la introducción de la amenaza de aborto, aborto bioquímico, gestación incipiente / no evolutiva y hemorragia de implantación.

Se introduce un algoritmo de la clasificación por hallazgos ecográficos y clínica.

## INDICE

1. Definición
2. Causas de metrorragia del primer trimestre y de aborto
3. Recomendaciones generales
4. Diagnóstico
5. Pronóstico
6. Clasificación y conducta:
  1. Amenaza de aborto
  2. Aborto bioquímico
  3. Gestación anembrionada
  4. Aborto completo
  5. Aborto incompleto
  6. Aborto en curso
  7. Aborto retenido
  8. Aborto séptico
  9. Sangrado de implantación
7. Bibliografía
8. Algoritmo de clasificación según ecografía y clínica
9. Esquema resumen de tratamiento de pérdida gestacional precoz
10. Anexo 1. Hoja informativa del tratamiento médico de pérdida gestacional precoz
11. Anexo 2. Estudio de restos abortivos

## 1. DEFINICION

La pérdida gestacional precoz es aquella que se produce antes de las 12 semanas de gestación (según la SEGO) o durante las primeras 13 semanas de gestación (según el ACOG). Es una patología muy frecuente ya que afecta entre el 10-20% de las gestaciones clínicas.

La metrorragia del primer trimestre es una entidad más amplia que incluye entre otras entidades, la pérdida gestacional precoz. Consiste en la pérdida hemática por genitales en las primeras 12 semanas de gestación. La frecuencia de aparición de este proceso oscila entre un 15% - 20% de todos los embarazos clínicamente reconocibles y puede llegar hasta el 30- 40 % si se incluyen los embarazos bioquímicos

## 2. CAUSAS DE METRORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE Y DE ABORTO

### CAUSAS DE METRORRAGIA DEL 1º TRIMESTRE

1. Amenaza de aborto (sangrado vaginal con evidencia de viabilidad embrionaria .
2. Pérdida gestacional precoz /aborto embrionario /aborto preembrionario / aborto bioquímico.
3. Embarazo ectópico (tubárico, ovárico, cervical, cornual, abdominal, en cicatriz de cesárea anterior )
4. Implantación del embarazo
5. Traumatismo
6. Patología cervical (la ectopia o los pólipos ), patología vaginal o uterina ( pólipos, inflamación, miomas, enfermedad trofoblástica etc. .)

### CAUSAS Y FACTORES QUE INCREMENTAN EL RIESGO DE ABORTO

1. Genéticas (cromosomopatías). 70 % de los casos.
2. Enfermedades maternas: SAAF, LES, DM, enfermedad de tiroides, obesidad, celiaquía, trombofilias (mutación G20210 protrombina, resistencia a la proteína C activada “APCR”, FV Leiden, déficit de proteína C o S y de antitrombina III, Mutación del gen de la MTHR y homocisteína aumentada).
3. Malformaciones uterinas (septo, bicorne), miomas submucosos, pólipos, adhesiones.
4. Edad materna (30% > 40 años, 50% > 45 años).
5. DIU.
6. Factores ambientales: Radiaciones ionizantes.
7. Traumatismos graves.
8. Combinación de factores que incrementan el riesgo de aborto: Fármacos/tóxicos (Tabaco, alcohol, drogas), estrés e historia previa de abortos

## 3. RECOMENDACIONES GENERALES

Ningún sangrado durante el primer trimestre de gestación debe ser considerado fisiológico, por lo que se deberá realizar un estudio diagnóstico.

Dado que el 98% de los embarazos son intrauterinos, cualquier hemorragia del primer trimestre se considerará por norma una amenaza de aborto mientras no se identifique otra causa.

Par el caso de **pérdida gestacional precoz**:

1. En la consulta donde se realice el diagnóstico y previamente a la administración de cualquier tratamiento se informará a la paciente de las posibles opciones terapéuticas, se le hará entrega de la hoja informativa sobre posibles efectos secundarios, complicaciones y recomendaciones y firmará el consentimiento informado de dicho procedimiento (Anexo 1: hoja informativa del tratamiento médico).
2. Si es un segundo aborto clínico en una mujer sin hijos o gestación conseguida mediante TRA se realizará estudio genético de restos abortivos (Anexo 2).
3. Control de constantes y solicitud de analítica (extracción en urgencias) con hemograma, grupo y Rh si no se dispone de una reciente o, disponiendo de ella, si metrorragia abundante, inestabilidad hemodinámica, riesgo de sangrado abundante por gestación >9SG o tratamiento quirúrgico (también pruebas de coagulación).
4. No está indicado administrar antibiótico profiláctico de forma rutinaria si no hay sospecha de infección.
5. El uso de AINEs (como ibuprofeno 400 mg/8 horas) son apropiados como primera línea de tratamiento ambulatorio para el control del dolor, así como de forma profiláctica, antes de que

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Aborto

éste se establezca. Rescate analgésico con Metamizol o Paracetamol 1g/8 horas. Si alergia a AINES, de elección Paracetamol 1g/8h.

6. Se ha visto beneficiosa la administración profiláctica de gammaglobulina antiD (300 mcgr) en mujeres RH negativo si se administra en las primeras 72 horas desde el inicio del sangrado (en su centro de salud tras saber grupo y Rh que le será informado desde la consulta donde se realizó el diagnóstico. Aunque no existe evidencia científica clara al respecto está recomendada por la mayoría de Las guías de práctica clínica (grado recomendación C)

### 4. DIAGNÓSTICO

1- Anamnesis: Interrogar sobre duración, intensidad y características de la sintomatología (sangrado, dolor, FUR, fecha del test de gestación positivo, regularidad o no de ciclos menstruales), antecedentes de embarazo ectópico o factores de riesgo para el mismo, si ha expulsado o no material compatible con restos abortivos, etc.

2- Exploración física y ginecológica: nos orienta sobre el origen del sangrado, bien extraginecológico (uretra/recto) bien ginecológico (genitales externos, vagina o cérvix). El tipo de dolor, su intensidad y localización nos puede ayudar a orientar el diagnóstico.

3- Ecografía: prueba complementaria más importante. Nos permitirá confirmar la gestación, visualizar el saco gestacional y su número, embrión/feto (su número) valorando CRL, DBP, actividad cardiaca y movilidad fetal. Podremos identificar gestaciones no evolutivas (diferentes modalidades de aborto) o de mal pronóstico (por ej: FCF reducida) y realizar diagnóstico diferencial con embarazo ectópico en sus diferentes modalidades y embarazo molar.

La ecografía transvaginal permite una detección más temprana y fiable de un embarazo intrauterino o ectópico y es más sensible para detectar actividad cardiaca embrionaria a edades gestacionales muy temprana en comparación con la ecografía transabdominal.

#### **Diagnósticos de exclusión de la metrorragia del primer trimestre**

Son otras localizaciones infrecuentes, excepcionales, de embarazos anormalmente implantados (cuyo diagnóstico requiere gran experiencia sobre todo en estadios iniciales) son:

1 - el embarazo cervical (embarazo ectópico que se implanta en el revestimiento del canal endocervical) y que puede confundirse erróneamente con un aborto en curso o incompleto.

2-El embarazo cornual

3-El embarazo en cicatriz de cesárea anterior: es la implantación de una gestación temprana en la cicatriz de la histerotomía. Su diagnóstico es difícil pero podría sospecharse en pacientes con un parto por cesárea previo en el que el centro del saco gestacional es bajo (a menos de 5 cm del orificio cervical externo) y anterior, en la ecografía temprana del embarazo.

### 5. PRONÓSTICO

Los estudios muestran consistentemente una asociación entre el sangrado del primer trimestre y el resultado adverso en éste embarazo (pérdida gestacional precoz, parto prematuro, rotura prematura de membranas o CIR). El pronóstico es mejor cuando el sangrado es leve y se limita al embarazo temprano (< 6SG) y empeora cuando el sangrado es abundante o se extiende hasta el 2º trimestre.

Se ha documentado que las mujeres con sangrado en el primer trimestre en su primer embarazo, en el segundo embarazo tienen un mayor riesgo de sangrado en el primer trimestre y de complicaciones más adelante.

Son datos ecográficos de mal pronóstico: Deformidades del saco gestacional, amnios vacío, vesícula vitelina <7mm calcificada, bradicardia embrionaria, embrión menor de lo esperado y hemorragia subcoriónica.

## 6. CLASIFICACION Y CONDUCTA

Si se sospecha embarazo ectópico, gestación de localización desconocida o embarazo molar: Ver protocolos específicos.

En la paciente con hemorragia en el primer trimestre es importante valorar la intensidad de la hemorragia y del dolor, la ecografía transvaginal y estado del cérvix ( si orificio cervical interno esta abierto o cerrado ).

Según los hallazgos ecográficos por sonda vaginal, se acepta la siguiente **terminología y actuaciones**:

- AMENAZA DE ABORTO:** Saco gestacional intrauterino con embrión con actividad cardiaca positiva, tamaño uterino acorde a edad gestacional y cérvix cerrado. Según sea la magnitud del sangrado, conducta:
  - Si este es escaso o en cantidad similar a regla se dará de alta y se indicará reposo físico, psíquico y sexual ( el reposo en cama no ha mostrado beneficio) y observación domiciliaria. La evidencia disponible no apoya la utilidad de suplementación con progesterona en pacientes con amenaza de aborto y ninguno o solo un antecedente de aborto previo. No obstante, para el caso de un antecedente de aborto y sangrado en el siguiente embarazo se podría usar suplementación con progesterona en el contexto de “tender loving care” (algunos estudios reflejan cierta mejoría en el pronóstico ).Para este caso y en caso de dos o más pérdidas gestacionales previas , ver protocolo de aborto de repetición ( utilidad de la progesterona ).
  - Si el sangrado es abundante, hay inestabilidad hemodinámica o riesgo de sangrado abundante, la paciente pasará a observación para: control de constantes, solicitud de analítica con hemograma , pruebas de coagulación y grupo y Rh si no se dispone de él y eventuales pruebas cruzadas según situación clínica .En caso de que la paciente presente dolor se administrará analgesia por vía endovenosa ( paracetamol 1 g/8h ). La indicación posterior de ingreso o no, se establecerá según evolución clínica.
- ABORTO BIOQUÍMICO:** Es aquel que acontece desde antes de que el blastocisto se implante, hasta la primera manifestación clínica o la identificación ecográfica del saco ovular (SG 4-5).La metrorragia suele ser escasa o como regla ( a veces se confunde con un retraso de esta ) y el test de gestación es negativo en paciente con test de gestación previamente positivo ( y sin signos ecográficos de gestación en ecografías previas ).

-En la ecografía hay ausencia de signos ecográficos de gestación (habiéndose descartado el embarazo ectópico en cualquiera de sus localizaciones) .

Conducta: No requiere tratamiento ni se considerará computable a efectos de antecedente para futuro estudio de aborto de repetición, si posteriormente tuviera más abortos.

3. Saco gestacional vacío (sin embrión ni vesícula vitelina) , puede haber dos posibilidades :
- a) Saco  $\geq$  de 25 mm: Se considera **GESTACIÓN ANEMBRIONADA**.  
Conducta: igual que para el aborto retenido.
  - b) Saco < de 20 mm: **GESTACIÓN NO EVOLUTIVA / GESTACIÓN INCIPIENTE**.  
Conducta: En mujeres con ciclos irregulares o que desconozcan la FUR, los hallazgos ecográficos iniciales pueden no corresponder a los esperados por edad gestacional por lo que la conducta en este caso ( con independencia de la fórmula menstrual ) será repetir la ecografía en 7 o 10 días y reevaluar en función de los resultados. Si no aparecen cambios ecográficos se considerará gestación no evolutiva (ABORTO RETENIDO ) .En caso de duda repetir la ecografía una semana más tarde .
  - c) Se considerará **GESTACIÓN DE VIABILIDAD INCIERTA** si presenta saco de 16-24 mm y embrión <7mm sin actividad cardíaca. La actitud será igualmente repetir eco vaginal en 7-14 días.
4. **ABORTO COMPLETO:** Se caracteriza por la expulsión completa del producto de la concepción. Clínicamente se manifiesta por la desaparición del dolor y del sangrado activo, un útero de tamaño normal y bien contraído con cérvix cerrado. En la ecografía se objetiva un útero vacío o bien línea endometrial homogénea < 15 mm).
- Conducta: No precisa tratamiento ni ingreso, más aún si se han identificado previamente restos ovulares ya sea porque se hayan expulsado anteriormente o por su análisis anatomopatológico; si no se da ninguna de estas circunstancias , para poder catalogar como aborto completo se deberá descartar embarazo extrauterino o bien realizar seguimiento de niveles de beta hCG en suero para confirmar su descenso.
- 5- **ABORTO INCOMPLETO:** Se caracteriza por la expulsión parcial del contenido gestacional. La clínica presenta metrorragia en cantidad variable, puede llegar a ser muy severa causando inestabilidad hemodinámica, con o sin dolor en hipogastrio. A la exploración física encontramos un orificio cervical abierto permeable o semipermeable, si la expulsión de restos ha sido reciente (pero un cérvix cerrado no es incompatible con un aborto incompleto si la expulsión de material se produjo días atrás) Se puede visualizar tejido gestacional en vagina o asomando por cérvix, con un tamaño uterino menor que el esperado para la edad gestacional.
- El diagnóstico no siempre es fácil, no existe consenso para el diagnóstico ecográfico de aborto incompleto. Se suele utilizar como referencia un grosor de la línea media uterina, medida con sonda vaginal  $\geq$ 15 mm. Además, la presencia de una ecogenicidad heterogénea hace sospechar la existencia de restos ovulares en el útero.
- Conducta:
- a. Manejo expectante: cabe la posibilidad de manejo expectante en pacientes hemodinámicamente estables. Consiste en esperar la resolución espontánea del proceso. Su eficacia ronda el 40-70%. No existe un límite superior definido en la literatura, pero el periodo de mayor probabilidad de expulsión espontánea es el que comprende los primeros 7-14 días desde el diagnóstico. Pasado este tiempo se reevaluará y en caso de fracaso se propondrá un tratamiento activo, ya sea médico o quirúrgico.
  - b. Tratamiento médico:  
Suele ser el método de elección si la mujer desea evitar una intervención quirúrgica, cuando el índice de masa corporal de la paciente sea >30 (el tratamiento quirúrgico puede

presentar mayores complicaciones) o ante la presencia de malformaciones, miomas uterinos, cicatriz de cesáreas o intervenciones a nivel del cérvix uterino que dificulten el tratamiento quirúrgico. Requiere presentar un buen estado clínico y sangrado menor o igual que regla:

- Administración profiláctica con gammaglobulina anti-D en todas las pacientes RH negativo, no sensibilizadas, **tras extracción de grupo en urgencias e información del mismo por el obstetra que realiza en diagnóstico.**
- Posología: MIFEPRISTONA 200 mg vía oral y a las 24 horas 800 mcgr de misoprostol vía **vaginal** ,( **se facilitará desde la consulta donde se haga el diagnóstico** ). La administración también puede hacerse por vía sublingual a la misma dosis descrita, siendo más frecuentes los efectos secundarios gastrointestinales (diarrea).
- Si existen restos abortivos visibles con la especuloscopia se extraerán y se enviarán a Anatomía Patológica. Los resultados de AP serán evaluados por urgencias/segunda planta (si la paciente se vio por urgencias).
- Revisión en consulta prenatal a las **8:40, 8:50 en cita de CAT**, 7-14 días para comprobar eficacia del tratamiento y, en caso contrario, repetir nueva tanda de tratamiento o proponer intervención quirúrgica.

c. Tratamiento quirúrgico (legrado):

Es el método de elección si la paciente prefiere esta opción, si la hemorragia es intensa y persistente, si existe inestabilidad hemodinámica, anemia (Hb<10-9g/dl), trastornos de la coagulación, enfermedad cardiovascular, evidencia de tejidos retenidos infectados, contraindicación para el tratamiento médico o sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional.

- i. Al ingreso: Dieta absoluta, analítica y control de constantes.
- ii. Enviar muestra de los de tejidos embrionarios obtenidos a Anatomía Patológica.
- iii. Administración profiláctica con gammaglobulina anti-D en todas las pacientes RH negativo no sensibilizadas en las primeras 72 horas desde el inicio del sangrado.

6. Saco gestacional normal o desestructurado, y embrión  $\geq 7$  mm con actividad cardiaca negativa y/o saco  $\geq 25$  mm sin embrión o vesícula vitelina: en función del estado de cérvix hay dos posibilidades :

6.1. **ABORTO EN CURSO O INMINENTE:** el cérvix está dilatado o abierto.

El sangrado vaginal es abundante (en función de la edad gestacional), el dolor abdominal tipo contracciones suele requerir analgesia. La actividad cardiaca puede ser positiva o negativa y se puede ver expulsión de restos a través del cérvix,

Conducta:

Si la paciente está hemodinámicamente estable y el sangrado no es abundante , pasará a observación para actitud expectante o si asoman restos a través de OCI , ayudar mediante la administración de tratamiento farmacológico ( methergin IV ) hasta completar la expulsión completa. Si el sangrado es mayor podrá requerir evacuación uterina mediante legrado. Toda expulsión de material compatible con restos se enviará para análisis anatomopatológico, anotándose los datos de la paciente , fecha y teléfono actualizado por si fuese preciso contactar con la paciente en función del resultado de anatomía patológica.

6.2 **ABORTO RETENIDO (MUERTE O PERDIDA EMBRIONARIA/FETAL):** cérvix sin modificar.

Se refiere a la presencia de embrión sin latido o bien de un saco gestacional anembrionado (huevo huero). Clínicamente la mujer puede notar la desaparición de los síntomas típicamente

asociados a la gestación temprana (tensión mamaria, náuseas) y puede o no existir sangrado vaginal. La exploración física muestra un útero más pequeño de lo esperado con un cérvix generalmente cerrado.

Según la SESEGO se puede diagnosticar en el primer estudio ecográfico

1. Saco gestacional normal o desestructurado con embrión igual o superior a 7mm sin actividad cardíaca.
2. Saco gestacional de 25 mm o más sin embrión o vesícula vitelina.

Del mismo modo, se puede diagnosticar si en un segundo examen de revisión ecográfica cumple lo siguiente:

- a. Embrión sin actividad cardíaca visible 7 días después de haber observado por primera vez el embrión de menos de 7 mm (NICE).
- b. Embrión sin actividad cardíaca visible después de al menos 11 días si se había observado saco gestacional solo con vesícula vitelina, o 14 días en ausencia de ella (SRU).
- c. Saco gestacional sigue vacío al menos 7 días después de la primera visualización del saco (ACR).

En caso de duda, repetir el examen ecográfico al menos 1 semana más tarde.

#### Conducta:

La opción del tratamiento debe ser adaptado y consensuado con la paciente informando de la posibilidad de sangrado y dolor abdominal domiciliario en caso de tratamiento médico y de las posibles complicaciones en el caso del quirúrgico. Debe adaptarse según las características de la paciente.

A) TRATAMIENTO MÉDICO del Aborto retenido: se han visto tasas de eficacia de éste tratamiento superiores al 90%. La tasa de complicaciones es menor al 3% (principalmente sangrado e infección).

Día 0: Evaluación obstétrica y diagnóstico de certeza: Criterios de inclusión:

1. Deseo de la paciente del tratamiento médico o de evitar una intervención quirúrgica.
2. Aborto diferido con longitud céfalo-nalgas menor de 54 mm o 12 SG.
3. Ausencia de enfermedades médicas que contraindiquen el tratamiento médico (principalmente asma grave, glaucoma, insuficiencia suprarrenal, convulsiones incontroladas, coagulopatía o tratamiento anticoagulante actual, enfermedades hepáticas (ej. porfiria), enfermedad cardio-vascular o enfermedad inflamatoria intestinal aguda).
4. Cumplimiento de criterios de tratamiento ambulatorio: Domicilio a menos de 45 minutos, acompañada durante las primeras 24 horas, disponibilidad de teléfono o transporte.
5. Determinación del grupo sanguíneo, RH si no se disponía de uno reciente.
6. Administración de gammaglobulina anti D en las primeras 78 horas a las mujeres Rh negativas no sensibilizadas.
7. Firma del consentimiento informado.

Quedarán excluidas de esta opción de tratamiento aquellas pacientes que tengan alto riesgo de incumplimiento terapéutico o del seguimiento posterior, ya sea por ausencia de plenas facultades mentales, bajo apoyo socio-familiar o incapacidad de acudir en menos de 45 minutos a un hospital en caso de urgencia.

## PROTOCOLOS ASISTENCIALES

## Aborto

El tratamiento médico consistirá en :

1. Si edad gestacional <12SG (CRL<54mm): ambulatorio
  - Mifepristona 200 mg vía oral (**suministrada en la consulta donde se haga el diagnóstico**).
2. Si edad gestacional ≥12 SG y <14SG: El tratamiento de elección en éstas semanas de gestación es el quirúrgico. Se puede contemplar el tratamiento médico en régimen de hospitalización, por riesgo de metrorragia severa y dolor intenso: Mifepristona 200 mg vía oral. Se puede realizar de forma ambulatoria si la paciente así lo desea (si opta por esta opción se le informará de los signos de alerta; la paciente, tomará la mifepristona y volverá al día siguiente o a los dos días, para ingresar e iniciar pauta de misoprostol.

### Día 1-3

Si edad gestacional <12G:

A las 24 horas como mínimo, siendo lo ideal entre las 36 y 48 horas, de la administración de Mifepristona à Misoprostol 800 mcgr vía vaginal. (**suministrado en la consulta donde se haga el diagnóstico**).

Si edad gestacional ≥12SG y <14 SG (de elección el legrado):

- o Ingreso a las 24 horas como mínimo, siendo lo ideal entre las 36 y 48 horas, de la administración de Mifepristona à Misoprostol 800 mcgr vía vaginal + 400mcgr/3h. No se superará el máximo de 5 dosis de misoprostol (800/400/400/400/400) en 24h.
- o Una vez expulsados los restos ovulares se valorará la necesidad de legrado si sangrado incontrolable.
- o La realización de ecografía no es necesaria de forma rutinaria, salvo sospecha de retención de restos abortivos.
- o Si tratamiento fallido, valorar dilatación del cérvix mecánica, retratamiento o legrado obstétrico.
- o Alta de la paciente según criterio del profesional tras valoración clínica.

Día 7-14 (Si tratamiento ambulatorio):

- o Re-evaluación al menos 7-14 días después en consulta prenatal (INTU) (<12SG con tto medico ambulatorio).
  1. Si restos ovulares <15mm à aborto completo, alta de la paciente.
  2. Si restos ovulares ≥15mm o presencia de saco gestacional à retratamiento con Misoprostol 800 mcgr vía vaginal (previa comprobación de estabilidad hemodinámica y revisión en 7 días) o legrado obstétrico.
- o En caso de ineficacia del tratamiento ofertar nueva tanda de tratamiento medico o legrado obstétrico.

Día 21 (Si retratamiento ambulatorio con segunda dosis de misoprostol 800 mcgr vía vaginal)

- o Ecográficamente:
  1. Si restos ovulares <15mm à aborto completo, alta de la paciente.
  2. Si restos ovulares ≥15mm o presencia de saco gestacional ,legrado obstétrico.

Los efectos secundarios más frecuentemente asociados a esta pauta de tratamiento son: dolor abdominal (56%), náuseas (54%), cansancio (50%) y mastodinia (28%).

B) TRATAMIENTO QUIRÚRGICO del Aborto Retenido: tiene una tasa de evacuación de los restos abortivos entre el 93% y el 100%. La tasa de complicaciones de esta técnica puede llegar hasta un 9.5% e incluyen el sangrado, desgarro cervical, perforación uterina, hematómetra, infección genital, síndrome de Asherman y muerte (0.5/100.000)

Evaluación obstétrica y diagnóstico de certeza. Evaluación de estabilidad hemodinámica para el ingreso

directo o programado. Criterios de inclusión:

1. Rechazo del tratamiento médico o contraindicación para el mismo
2. Riesgo de incumplimiento del tratamiento médico por ausencia de plenas facultades mentales, bajo apoyo sociofamiliar o incapacidad de acudir en menos de 45 minutos a un hospital.
3. Ausencia de malformaciones uterinas, miomas que puedan dificultar el legrado o intervenciones previas a nivel del cérvix uterino. En estos casos el tratamiento quirúrgico presenta más riesgo de perforación uterina.
4. Firma de consentimiento informado.

Una vez decidida la opción quirúrgica la forma de proceder será la siguiente:

- a. Administrar maduración cervical 3 horas antes de la cirugía: Administración de prostaglandinas intravaginales: 400 microgramos de misoprostol.
- b. Enviar muestra de los tejidos embrionarios obtenidos a Anatomía Patológica.
- c. No está indicado administrar antibiótico profiláctico de forma rutinaria.

## 7. ABORTO SÉPTICO:

En el aborto séptico coexiste una infección intrauterina. Es un cuadro clínico poco frecuente y se suele dar más en mujeres con aborto inducido que espontáneo. La infección intrauterina puede progresar y causar salpingitis, peritonitis generalizada y septicemia. Es importante el rápido diagnóstico y puede suponer riesgo vital si no se trata de forma adecuada. La infección suele estar producida por *S. aureus*, bacilos Gram negativos o cocos Gram positivos.

Clínicamente la paciente puede presentar fiebre, malestar general, dolor abdominal, sangrado, salida de material purulento por orificio cervical externo.

Analíticamente encontraremos leucocitosis con desviación a la izquierda y aumento de PCR o procalcitonina.

### Conducta:

- Estabilización si inestabilidad hemodinámica
- Control de constantes, pérdidas y diuresis.
- Sueroterapia de mantenimiento.
- Analíticas y cultivos de endometrio (Cornier) o restos, sangre y orina.
- Antibióticos iv :
  - 1ª línea:
    - o Ceftriaxona (1g/12-24h) + Metronidazol (500 mg/8hrs.) Añadir Doxiciclina 100 mg/12h v.o en caso de infección de aparición tardía, PCR Chlamydia positiva o no respuesta a tratamiento.
  - Si alergia a penicilina
    - o Clindamicina 900mg/8h + Gentamicina 240mg/24h.
- Legrado por aspirado de la cavidad uterina 6-12h del inicio el tratamiento antibiótico con dilatación mecánica (la maduración cervical con misoprostol está contraindicada)
- Una vez pasadas 48h afebril se puede cambiar antibiótico vía oral empírico: amoxicilina-clavulánico 875/125mg casa 8 horas o clindamicina 300mg/8 horas si alergia a penicilina, hasta completar 7-10 días. En caso de tratamiento con Doxiciclina pautar Doxiciclina 100mg/12h durante 14 días.

## 8. SANGRADO FISIOLÓGICO O DE IMPLANTACIÓN:

Es un diagnóstico de exclusión, El sangrado es escaso y se produce de 10 a 14 días después de la fecundación(entre la 4ª- 6ª SG ) , No suele acompañarse de dolor o éste es leve .

Conducta: no requiere ninguna intervención.

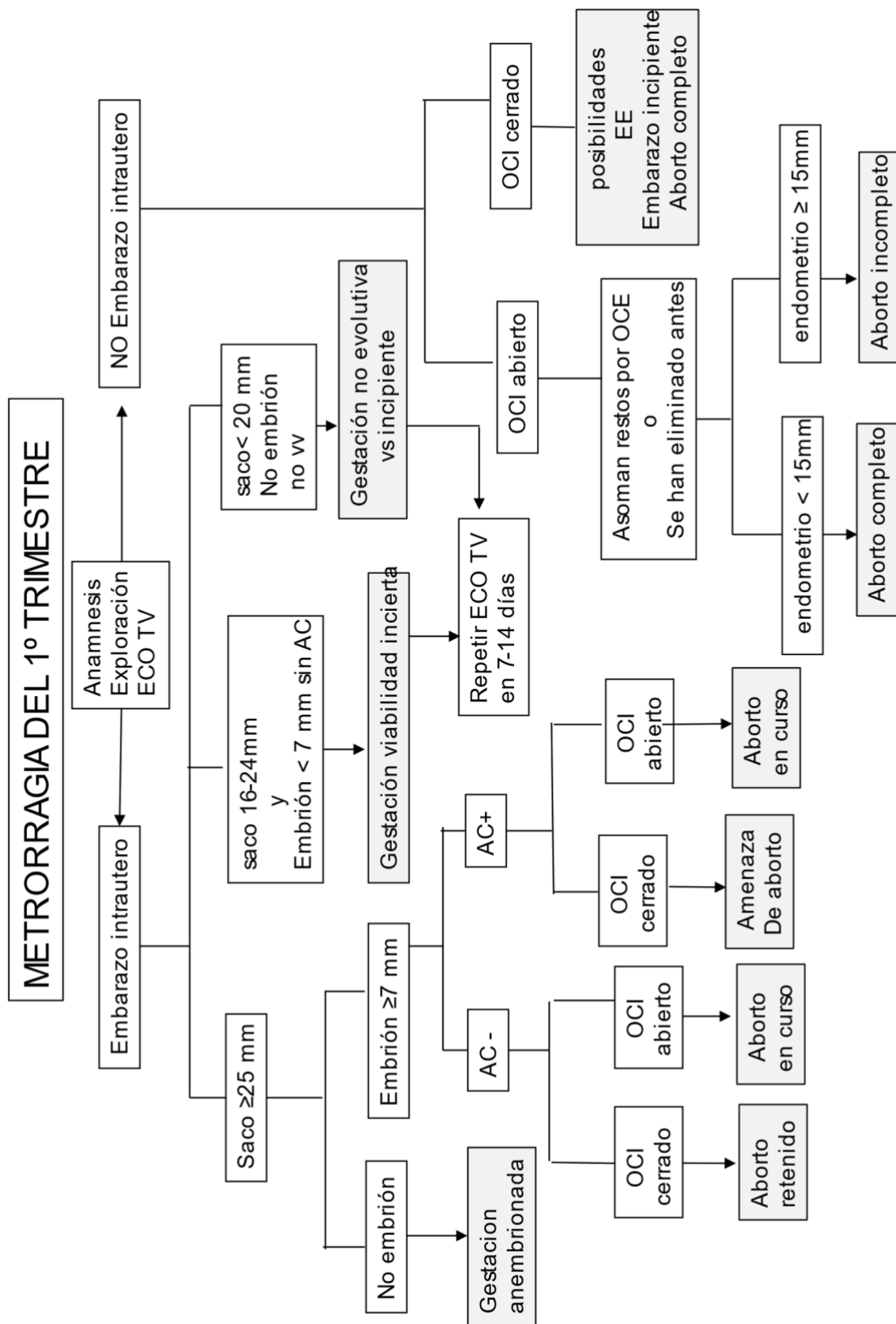
## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Aborto Espontaneo. Guía práctica de asistencia actualizada S.E.G.O 2010. Medicina Perinatal.
2. Protocolo Manejo de la Perdida Gestacional Precoz. Hospital Clinic- Sant Joan De Déu- Universitat de Barcelona.2019.
3. Prager S, Micks E, Dalton VK, Pregnancy loss ( miscarriage ): terminology, risk factors, and etiology. Uptodate review Nov 2021.
4. Norwitz E R , Park J S . Overview of the etiology and evaluation of vaginal bleeding in pregnancy. Uptodate review Nov 2021.
5. Gracia CR, Sammel MD, Chittams J, Hummel AC, Shaunik A, Barnhart KT Risk factors for spontaneous abortion in early symptomatic first-trimester pregnancies. Obstet Gynecol. 2005;106(5 Pt 1):993.
6. Lykke JA, Dideriksen KL, Lidegaard O, Langhoff-Roos J . First-trimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy Obstet Gynecol. 2010;115(5):935.
7. Coomarasamy A, Devall AJ, Brosens JJ, Quenby S, Stephenson MD, Sierra S, Christiansen OB, Small R, Brewin J, Roberts TE, Dhillon-Smith R, Harb H, Noordali H, Papadopoulou A, Eapen A, Prior M, Di Renzo GC, Hinshaw K, Mol BW, Lumsden MA, Khalaf Y, Shennan A, Goddijn M, van Wely M, Al-Memar M, Bennett P, Bourne T, Rai R, Regan L, Gallos IDMicronized vaginal progesterone to prevent miscarriage: a critical evaluation of randomized evidence.Am J Obstet Gynecol. 2020;223(2):167.
8. Bever AM, Pugh SJ, Kim S, Newman RB, Grobman WA, Chien EK, Wing DA, Li H, Albert PS, Grantz KL . Fetal Growth Patterns in Pregnancies With First-Trimester Bleeding. Obstet Gynecol. 2018;131(6):1021.
9. Early pregnancy loss. ACOG Practice Bulletin No.200 Obstet Gynecol 2018;132.
10. Thomas A Molinaro,Barnhart K T , Cesarean scar pregnancy, abdominal pregnancy, and heterotopic pregnancy.UPTODATE REVIEW Nov 2021
11. Saraswat L, Bhattacharya S, Maheshwari A, Maternal and perinatal outcome in women with thretened miscarriage in the first trimestre: A systematic review.BJOG . 2010;117:245-57.
12. VII Curso de ecografía ginecológica SESEGO. 18 Enero 2019.
13. Lete Lasa I, Coll Capdevila C, Serrano Fuster I, Doval Conde JL, Carbonell Esteve JL. Aborto farmacológico en el primer trimestre de la gestación:¿dónde estamos en el año 2018?. Prog Obstet Genecol 2018; 61(2); 190-199.
14. Aborto espontaneo. Documentos de Consenso S.E.G.O 2009. 13/05/10; 227-284
15. Adánez, Moreno, Vázquez, Vaquerizo, Navarro, Plaza, Cima, Escudero. Guia de uso de Mifepristona HUCA 2014.
16. Lissauer D, Wilson A, Hewitt C.A., Middleton L, Bishop J.R.B., Daniels J et al. A Randomized Trial of Prophylactic Antibiotics for Miscarriage Surgery. N Engl J Med. 2019 Mar 14;380(11):1012

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Aborto

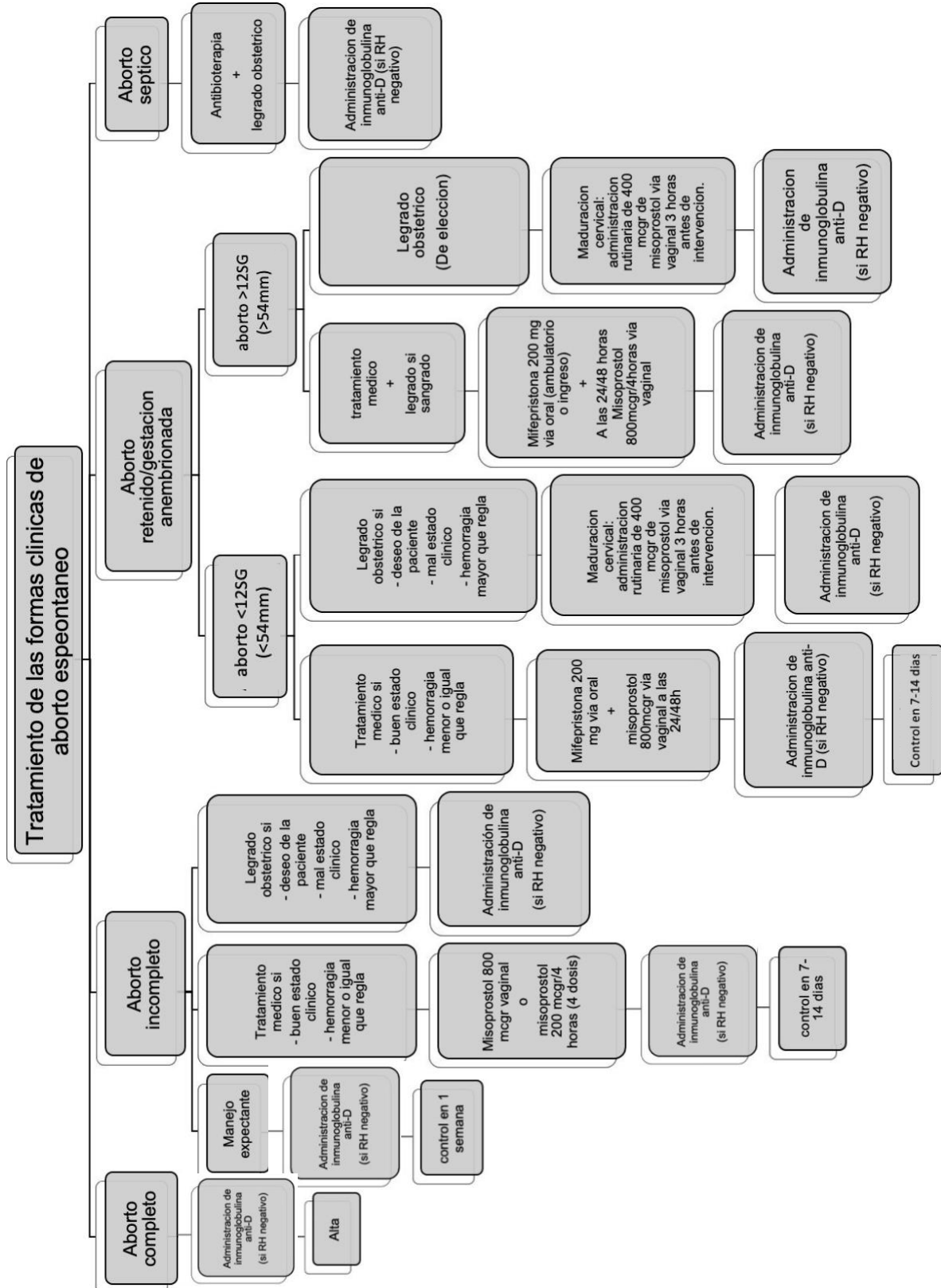
8. ALGORITMO DE CLASIFICACIÓN SEGÚN ECOGRAFIA Y CLINICA



PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Aborto

9. ESQUEMA RESUMEN DE TRATAMIENTO DEL ABORTO



## 10. ANEXO I. HOJA INFORMATIVA DEL TRATAMIENTO MÉDICO DEL ABORTO

### ANEXO 1 HOJA INFORMATIVA DEL TRATAMIENTO MEDICO

#### En qué consiste. para qué sirve:

Es la opción que proponemos a la paciente, consistente en la administración ambulatoria de Mifepristona/ Misoprostol oral y vaginal y la posterior expulsión de los restos abortivos en el domicilio de la paciente sin necesidad de intervención quirúrgica. Es la conducta activa menos intervencionista y con buenos resultados según nuestra experiencia.

Aunque la indicación terapéutica oficial del misoprostol es la del tratamiento de la úlcera duodenal y la prevención de lesiones gastrointestinales inducidas por antiinflamatorios no esteroideos, su uso está aceptado y ha demostrado una alta eficacia en el manejo de gestaciones interrumpidas sin efectos secundarios significativos.

Se le citará una ecografía de control en unos días para comprobar que el útero haya quedado vacío. En caso de no ser así, podría repetirse de nuevo el tratamiento, según la pauta que se indicará en Consulta.

En caso de tener un grupo sanguíneo con Rh negativo, deberá administrarse la Gamma-globulina anti-D vía intramuscular en su centro de salud, para prevención de la isoimmunización Rh antes de las 72 horas del inicio del sangrado intenso.

#### Cómo se realiza:

Se realiza mediante la administración de dos tipos de medicamentos separados 24-48 horas que provocan dilatación cervical y la posterior expulsión de restos.

En el domicilio:

Se administrará 1 comprimido de Mifepristona oral (dosis única: 200 mcgr) y 24-48 horas después 4 comprimidos de Misoprostol 200 mcgr (introducidos dentro de la vagina). A continuación deberá permanecer tumbada al menos durante 2 horas.

#### Qué efectos le producirá :

Tras la administración de la medicación comenzará con sangrado y posible dolor abdominal similar a una menstruación. La expulsión de los restos abortivos será en cantidad igual o mayor que una regla. Podrá tomar la analgesia prescrita en la receta 30-40 minutos antes de la administración de los fármacos de forma preventiva.

Excepcionalmente, puede producirse un sangrado importante, que requiera consultarse en Urgencias del Hospital Materno-Infantil del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. No dude en consultar si se diera esta circunstancia.

### En qué le beneficiará:

Elimina los restos tras el diagnóstico de un aborto de forma ambulatoria sin necesidad de intervenciones complementarias. Reduce los requerimientos de legrado uterino evacuador bajo anestesia y sus complicaciones.

Otras alternativas disponibles en su caso:

- Manejo expectante hasta la expulsión espontánea de los restos.
- Legrado evacuador.

### Qué riesgos tiene:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Los más frecuentes:

- Hemorragia moderada.
- Infección de la cavidad.
- Náuseas y vómitos.
- Retención de restos.

Los más graves:

- Hemorragia severa que requiera hospitalización.

Situaciones especiales que deben ser tenidas en cuenta:

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones a causa de enfermedades que usted ya padece. Para ser valoradas debe informar a su médico de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Nos ponemos a su disposición para las dudas que pudieran surgir y le mostramos nuestro apoyo en estos difíciles momentos por la pérdida de esta gestación.

## 11. ANEXO 2. ESTUDIO DE RESTOS ABORTIVOS

**Indicaciones:** En mujeres con 2 o más abortos clínicos y sin hijos o gestación conseguida mediante TRA.

**Documentación:**

- Consentimiento informado para el estudio genético de restos abortivos
- Hoja de petición: Peticionario provincial → Solicitud analítica → Análisis Clínicos → Citogenética → Array-CGH (restos abortivos).

**Recogida de la muestra:** Se realizará una recogida de los restos abortivos durante el legrado que deben introducirse en un tubo estéril utilizando como medio de transporte SUERO FISIOLÓGICO o medio específico proporcionado en quirófano.

**Procesado:** Las muestras se conservará en frío (frigorífico) y serán enviadas a laboratorio de citogenética el primer día laborable tras la recogida (entre las 9 y las 10h).

Autores	Dra. Molina Hita		
Fecha elaboración	28/12/2024	Vigencia	28/12/2027