

MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

1. Introducción	pág. 2
2. Diagnóstico	pág. 3
3. Manejo y tratamiento	pág. 4
3.1. Conducta expectante.....	pág. 4
3.2. Tratamiento médico ambulatorio	pág. 5
3.3. Tratamiento quirúrgico.....	pág. 7
4. Estudio anatómico-patológico de los restos ovulares	pág. 8
5. Recomendaciones posteriores a la pérdida gestacional	pág. 8
6. Presencia de pérdidas irregulares o de evolución tórpida	pág. 8
7. Aborto séptico	pág. 9
8. Circuito en casos de diagnóstico de una pérdida gestacional de primer trimestre:	
8.1. Sede Hospital Clínic-Maternitat.....	pág. 11
8.2. Sede Sant Joan de Déu	pág. 14
9. Anexos.....	pág. 16
Anexo 1- Hoja informativa para la paciente con una pérdida gestacional de primer trimestre.	
Anexo 2- Algoritmo y seguimiento de los diferentes tipos de tratamiento.	

1. INTRODUCCIÓN

La pérdida gestacional precoz es aquella que se produce **antes de les 12 semanas** de gestación. Es una patología muy frecuente, ya que afecta del 10 al 20% de las gestaciones. La mayoría de las pérdidas se producen antes de les 10 semanas de gestación: 2/3 de les mismas se producen en el período preimplantacional y es menos frecuente la pérdida gestacional una vez ya se ha evidenciado un embrión con frecuencia cardíaca (FC) normal a partir de las 6-8 semanas. La causa más frecuente de las pérdidas gestacionales precoces son las anomalías cromosómicas, presentes en un 65-70% de los casos. Otras causas menos frecuentes son alteraciones uterinas (miomas submucosos, septos), factores inmunológicos (Sd. Antisofolipídico) y tóxicos externos (tabaco, alcohol o fármacos). La edad materna avanzada (>40 años) y el antecedente de pérdida gestacional precoz son los principales factores de riesgo que se pueden identificar.

Patologías como la enfermedad trofoblástica gestacional, la gestación ectópica, gestación de localización incierta y la pérdida gestacional tardía (>12 semanas) disponen de protocolos propios, por lo que no se trataran en este protocolo.

1.1. NOMENCLATURA Y DEFINICIONES

- **Pérdida peri-implantacional o pre-implantacional:** aquella que se produce antes de las 5 semanas de gestación y que se detecta por una mala progresión de la b-HCG sin visualización de saco gestacional por ecografía.
- **Pérdida pre-embionaria:** aquella que se produce entre las 5.0-5.6 semanas, con evidencia de saco gestacional (con vesícula vitelina o sin) pero sin embrión ecográficamente visible.
- **Pérdida embionaria:** aquella que se produce entre las 6.0-9.6 semanas, con un embrión visible sin actividad cardíaca y con CRL inferior a 30mm.
- **Pérdida gestacional precoz:** la que se produce entre las 10-12 semanas, con un feto sin actividad cardíaca y con un CRL superior a 30mm.
- **Pérdida gestacional de segundo trimestre:** 12.0-21.6 semanas.
- **Pérdida incompleta:** persistencia de restos ovulares después de la expulsión del embarazo, definida por un grosor endometrial superior a 15mm en el control ecográfico.
- **Pérdida completa:** endometrio <15mm. La medida de bHCG no es necesaria para el diagnóstico de aborto completo ya que los calores se negativizan a las 2 semanas del aborto completo. La positividad de la bHCG a partir de las 2 semanas requiere estudio de la paciente para descartar retención de restos ovulares, embarazo ectópico no diagnosticado o enfermedad trofoblástica gestacional.
- **Gestación de localización incierta (PUL – pregnancy of unknown location):** se define como aquella situación en la que el test de embarazo es positivo pero no hay imagen compatible con gestación intrauterina ni extrauterina por ecografía transvaginal.

2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de pérdida gestacional precoz se debe hacer de forma oportuna y es necesario ser estricto en el diagnóstico para confirmar que se cumplen los criterios diagnósticos para evitar interrumpir una gestación evolutiva. En caso de duda, la conducta expectante durante un corto periodo de tiempo para permitir una evaluación adicional conlleva pocos riesgos.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

(mediante ecografía transvaginal)

Si se cumple alguno de los siguientes criterios:

- 1- CRL \geq 7mm sin actividad cardíaca.
- 2- Ausencia de embrión con actividad cardíaca \geq 2 semanas después de una ecografía con saco gestacional sin vesícula vitelina.
- 3- Ausencia de embrión con actividad cardíaca $>$ 11 días después de una ecografía con saco gestacional y vesícula vitelina.
- 4- Diámetro medio del saco gestacional \geq 25mm sin embrión ni vesícula vitelina en su interior.

En los casos que no cumplen los criterios diagnósticos de pérdida gestacional precoz pero con **criterios sugestivos de pérdida gestacional precoz**, se recomienda una nueva evaluación en 7-14 días para valorar la viabilidad. Si además, presenta clínica compatible con amenaza de aborto (metrorragia) se recomienda evitar ejercicio físico intenso, y no mantener relaciones sexuales. No hay evidencia suficiente para recomendar el tratamiento con progesterona ni reposo en cama en estos casos.

CRITERIOS SUGESTIVOS PERO NO DIAGNÓSTICOS DE PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

- CRL $<$ 7mm sin actividad cardíaca.
- Diámetro del saco gestacional entre 16 i 25mm sin embrión.
- Ausencia de embrión con actividad cardíaca entre 7 y 13 días después de una ecografía con saco gestacional sin vesícula vitelina.
- Ausencia de embrión con actividad cardíaca entre 7 y 10 días después de una ecografía con saco gestacional y vesícula vitelina.
- Ausencia de embrión \geq 6 semanas después de la fecha de última regla.
- Amnios vacío (amnios visualizado adyacente a la vesícula vitelina, sin embrión visible)
- Vesícula vitelina alargada ($>$ 7mm)
- Saco gestacional pequeño en comparación con el tamaño del embrión ($<$ 5mm de diferencia entre diámetro del saco gestacional y el CRL)
- Frecuencia cardíaca inferior a 100 latidos por minuto.
- Presencia de hematoma subcoriónico masivo.

3. MANEJO Y TRATAMIENTO

Una vez establecido el diagnóstico de la pérdida gestacional precoz:

- Se le explicará a la paciente las distintas opciones terapéuticas posibles y la más adecuada para cada caso en particular. Se le entregará el tríptico informativo que consta en el ANEXO 1.
- Se solicitará una analítica con hemograma, pruebas de coagulación y grupo sanguíneo y Rh en todas las pacientes que no se disponga de dicha información.
- Se ofrecerá la posibilidad de realizar una **BIÓPSIA CORIAL** para analizar la dotación cromosómica de la gestación y poder ofrecer consejo genético en caso de ser necesario, de cara a futuras gestaciones. En el caso de realizarse ver apartado 8 (circuito).

Las opciones terapéuticas disponibles son: la conducta expectante, el tratamiento médico ambulatorio y el tratamiento quirúrgico. Se explicará nuestra recomendación según la situación clínica y los tratamientos disponibles, para que la paciente pueda decidir la opción después de recibir información de todas las alternativas.

En el ANNEXO 2 se resumen las indicaciones de cada tipo de tratamiento, así como el seguimiento requerido en cada caso.

La administración la gammaglobulina anti-D está indicada en las pacientes Rh negativas en caso de:

- Tratamiento quirúrgico o médico.
- Pérdidas espontáneas de > 8 semanas de gestación.

3.1. CONDUCTA EXPECTANTE

Consiste en esperar la resolución espontánea del proceso. No existe un límite superior definido en la literatura, pero el período de mayor probabilidad de expulsión espontánea es el que comprende los primeros 7-14 días desde el diagnóstico. Es la conducta que ofrece la tasa de eficacia más baja de forma global, entre el 40 y el 70%.

Recomendada en caso de:

- Pérdida incompleta (persistencia de restos ovulares después de la expulsión del embarazo, con grosor endometrial de >15mm) en ausencia de metrorragia importante o síndrome febril.

Seguimiento:

Se hará a los 7-14 días al dispensario específico (OBSPUR en la Sede Maternitat, y Dispensario de patología de 1r trimestre en la Sede SJD) o en su defecto al servicio de Urgencias o con su ginecólogo de referencia si la paciente así lo prefiere.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE

En caso que no se produzca la expulsión completa pasado este tiempo, se ofrecerá a la paciente las demás opciones terapéuticas (tratamiento médico o tratamiento quirúrgico). Debemos tener en cuenta que la opción más recomendable en caso de pérdidas incompletas, en términos de eficacia, es el tratamiento quirúrgico.

3.2. TRATAMIENTO MÉDICO AMBULATORIO

Consiste en administrar una medicación (generalmente Misoprostol) dirigida a desencadenar contracciones uterinas para conseguir la expulsión del contenido endouterino, ya sea un saco gestacional o restos ovulares.

Recomendado en caso d :

- Pérdidas pre-embrionarias y embrionarias con CRL \leq 23mm (\leq 9 semanas)
- Altamente recomendable en pacientes con **útero** miomatoso o con cicatrices de cesárea o miomectomía previas.

Tratamiento:

A pesar de que existan distintas pautas farmacológicas con una eficacia global entre el 70-90%, la que ha demostrado una mayor eficacia es la administración de 800mcg de Misoprostol vía vaginal, dosis única, por lo que se considera la pauta de elección.

La opción alternativa a la vía vaginal es la vía bucal (introducción de los comprimidos entre los labios y las encías esperando 30 minutos antes de su deglución) pero debemos tener en cuenta que esta vía de administración ocasiona más efectos secundarios sistémicos.

Es necesario que la paciente firme el consentimiento informado específico para la utilización de dicha medicación fuera de indicación (ANNEXO 3).

La pauta farmacológica con Misoprostol presenta una máxima efectividad las primeras 48 horas, pero el tiempo de sangrado puede ser variable y se puede prolongar hasta los 14-21 días. Debemos explicar a la paciente que presentará sangrado en su domicilio y dolor tipo dismenorrico. Es importante asociar medicación analgésica a la pauta de Misoprostol y explicar los signos de alarma para consultar a urgencias [más de dos compresas/hora durante más de dos horas] y dolor que no cede después de la expulsión).

Pauta de tratamiento recomendada:

Paracetamol-codeína 500/30mg + Ibuprofeno 600 mg 30-40 min antes del Misoprostol

+

Misoprostol 800mcg dosis única vía vaginal

+

Repetición de la pauta analgésica cada 6/8h si el dolor persiste

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE

Contraindicaciones:

<ul style="list-style-type: none">• Contraindicaciones:<ul style="list-style-type: none">- Alergia prostaglandinas- Sospecha embarazo ectópico o enfermedad trofoblástica gestacional- Hipotensión arterial- Enfermedad inflamatoria intestinal- Glaucoma- Porfiria hereditaria- ISR Crónica- Asma grave- Infección- Hemorragia importante- Anemia severa (Hb: <9g/dl)- Alteraciones en la coagulación- Gestación con DIU in situ	<ul style="list-style-type: none">• No recomendable:<ul style="list-style-type: none">- Insuficiencia renal o hepática- IMC<18.5- Lactancia materna• Especial atención:<ul style="list-style-type: none">- Anemia no grave- Enfermedad o riesgo cardiovascular- Tratamientos con corticoides de larga duración- Epilepsia
---	--

No está contraindicado en caso de: disfunciones tiroideas, diabetes insulino dependiente, embarazo múltiple, obesidad, tabaquismo, malformaciones uterinas, cirugía previa del cérvix uterino (conizaciones, etc.), asma leve (crisis asmáticas ocasionales y no tratamiento broncodilatador de base).

En caso de lactancia materna la paciente deberá esperar 6 horas desde la administración de Misoprostol hasta la siguiente toma.

Efectos secundarios/Complicaciones:

La tasa de complicaciones del tratamiento médico es inferior al 3% (principalmente sangrado e infección). Las complicaciones infecciosas y la necesidad de transfusión no difieren del tratamiento quirúrgico.

Efectos secundarios de la medicación. Suelen aparecer a las 4-6 horas de su administración.

- **Sangrado abundante:** Es un parámetro de difícil valoración pero se considera un sangrado abundante cuando la paciente refiere cambio de compresa grande a las 2 horas o un sangrado en cantidad superior a menstruación (más de dos compresas/hora durante más de dos horas). En <1% puede requerir hemostasia quirúrgica y/o transfusión.
- **Dolor abdominal** (dismenorreico): por lo que se indicará analgesia profiláctica.
- **Sintomatología gastrointestinal:** diarrea, náuseas y vómitos.
- **Febrícula/ fiebre y escalofríos:** Se trata de fiebre de origen central de hasta 38.5°C.
- **Exantema y prurito** a palmas y plantas.
- **Infección** (<2%)

Seguimiento

Visita de control en 7-14 días en dispensario específico (OBSPUR en Sede Maternitat, y Dispensario de patología de 1r trimestre en la Sede SJD) o al Servicio de Urgencias si no hay disponibilidad. En caso que no se haya producido la expulsión y la paciente lo desee, se puede repetir una segunda pauta de tratamiento o programar un legrado aspirativo.

3.3. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Consiste en el aspirado del contenido intrauterino y se considera la opción con una mayor efectividad, con una tasa de evacuación completa del 97%.

Debemos explicar a la paciente el procedimiento que se realizará y firmar el consentimiento informado específico para la realización del legrado.

Indicaciones:

- **Sangrado excesivo o inestabilidad hemodinámica**
- Evidencia o alta sospecha de **infección**. En estos casos está indicada la realización bajo cobertura antibiótica endovenosa (ver apartado de aborto séptico)
- Sospecha de **enfermedad trofoblástica gestacional** (ver protocolo específico)
- Pérdidas embrionarias entre **9 y 12 semanas** (CRL > 23mm y < 55mm y/o una longitud de fémur <12mm)
- Casos de **pérdidas incompletas**, como opción más efectiva que la conducta expectante y el tratamiento médico
- **Contraindicación** del tratamiento con Misoprostol.

Maduración cervical previa: se recomienda en todos los casos previo al procedimiento electivo para facilitar la dilatación cervical, disminuir el riesgo de hemorragia y el riesgo de traumatismo cervical y uterino. El tratamiento de elección es el Misoprostol (400mcg vía vaginal 2-4 horas antes del procedimiento). En caso de contraindicación, alergia o intolerancia al Misoprostol podemos usar la Mifepristona 200mcg vo 36-48 horas antes del procedimiento o la dilatación mecánica con Dilapan (4-6 horas antes del procedimiento) como alternativas.

Valorar la realización de una ecografía transvaginal previa a la realización del legrado para valorar la posición uterina, presencia de miomas, malformaciones uterinas, que puedan dificultar técnicamente la intervención.

Efectos secundarios/Complicaciones:

- Demora en el procedimiento
- Necesidad de anestesia (local vs sedación según factores de riesgo asociados)
- Riesgo de complicaciones graves (9,5% vs 5% en la conducta expectante): perforación uterina, laceración cervical, Sd. d'Asherman, leve incremento del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y de parto pretérmino en la gestación posterior.

Seguimiento

Visita de control a las 6 semanas al dispensario específico (OBSPUR a Seu Maternitat, y Dispensario de patología de 1r trimestre en la Sede SJD).

4. ESTUDIO ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LOS RESTOS OVULARES

Se realizará el estudio anatomopatológico del material obtenido mediante aspirado endouterino en cualquiera de los siguientes casos:

- No evidencia previa de saco gestacional, vesícula o embrión
- Sospecha clínica, analítica o ecográfica de mola hidatidiforme (antecedente de mola, útero aumentado de tamaño, quistes tecaluteínicos, hiperemesis, hipertiroidismo clínico, expulsión de material vesicular, hipertensión de novo...)
- Hallazgo de beta-HCG >150.000 UI/L

En todos los casos en que se haya cursado estudio de anatomía patológica, deberemos citar a la paciente para el resultado al dispensario específico en 4-6 semanas (OBSPUR en Seu Maternitat, y Dispensario de patología de 1r trimestre en la Sede SJD).

5. RECOMENDACIONES POSTERIORES A LA PÉRDIDA GESTACIONAL

- No utilizar tampones, no mantener relaciones sexuales ni baños de inmersión durante 1-2 semanas.
- Una vez el aborto sea completo se planteará iniciar anticoncepción. Se puede iniciar anticoncepción hormonal al inicio de la siguiente menstruación. No hay contraindicaciones para la colocación de un DIU posterior a un legrado por aborto, siempre que no haya sospecha de infección.

6. PÉRDIDAS IRREGULARES O EVOLUCIÓN TÓRPIDA

En el caso que la paciente explique un sangrado anormal se realizará una ecografía:

- Si la ecografía sugiere la presencia de restos ovulares (patrón ecográfico heterogéneo y/o endometrio de > 15mm) la opción terapéutica de elección será: 1) realizar un legrado aspirativo de manera programada, aunque a criterio del profesional podrá plantearse 2) conducta expectante o 3) administración de nueva tanda de tratamiento médico con misoprostol 800 mcg vaginal y analgesia pautada (ver apartado 3.2)
- En el resto de casos (endometrio \leq 15mm sin patrón ecográfico heterogéneo que sugiera retención de restos ovulares) se recomendará 1) conducta expectante, aunque a criterio del profesional puede plantearse 2) administración de misoprostol 800 mcg vaginal y analgesia pautada (ver apartado 3.2)

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE

En todos los casos se solicitará una visita ambulatoria en 2-3 semanas en CCEE para un seguimiento clínico. Si persiste la duda sobre la retención de restos:

- i no se ha realizado un legrado previo: se programará un legrado aspirativo.
- i se ha realizado un legrado previo: se remitirá al Servicio de Ginecología para valoración ecográfica y/o histeroscópica.

7. ABORTO SÉPTICO

El aborto séptico consiste en un aborto junto con una infección intrauterina. Es más frecuente en mujeres con aborto inducido que espontáneo. La infección inicialmente intrauterina puede progresar y causar salpingitis, peritonitis generalizada y septicemia. Es importante el rápido diagnóstico ya que puede ser una enfermedad grave con riesgo vital, si no es tratada de forma adecuada.

Clínica:

Fiebre, mal estar general, dolor abdominal, sangrado vaginal y salida de material purulento por el orificio cervical externo. Puede ser causa de xoc séptico en casos graves (hipotensión taquicardia, taquipnea). Analíticamente encontraremos leucocitosis con desviación e a la izquierda (>15.000) y aumento de la PCR.

Etiología:

Infección per Staphylococcus aureus, bacilos Gram negativos o cocos Gram positivos. Infecciones múltiples con microorganismos anaerobios y hongos no son infrecuentes.

Tratamiento:

- Estabilización con fluidos endovenosos (ver protocolo de *Sepsis*)
- Cursar cultivo endometrial (Cornier). En casos de aparición tardía de a clínica (>1 semana post aborto) se cursará también PCR Chlamydia.
- **Ceftriaxona 1g/12-24h + Metronidazol 500mg/12h ev.** Añadir **Doxiciclina 100 mg/12h vo** en casos de infección de aparición tardía (>1setmana post aborto), PCR Chlamydia positiva o no respuesta a tratamiento habitual
- Si alergia a la penicilina: Clindamicina 900mcg/8h + Gentamicina 240mg/24h (3-5mg/kg/día si IMC>40)
- **Legrado aspirativo:** a las 6-12h del inicio del antibiótico ev. No está indicado el uso de fármacos para la dilatación cervical, en este caso utilizaremos Dilapanes o tallos de Hegar. Cursar cultivo y AP de los restos aspirados.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE

- Una vez pasadas 48h afebril se puede cambiar antibiótico vía oral empírico: Amoxicilina-clavulánico 875-125mg 1/8h o Clindamicina 300mg 1/8h en alérgicas a la penicilina, hasta completar 7-10 días. En caso de tratamiento hospitalario con Doxicilina, pautar Doxiciclina 100mg 1/12h durante 14 días. En el momento en el que se disponga de antibiograma, deberemos adecuar el tratamiento antibiótico.

Debemos conocer una complicación grave y letal como es el **xoc tóxico por *Clostridium*** (*Clostridium sordellii* y *Clostridium perfringens*). Esta entidad se manifiesta inicialmente con una sintomatología de náuseas, vómitos y dolor. Es detectable la ausencia de fiebre. Posteriormente, al cabo de 24-48 horas suele debutar con hipotensión, taquicardia, leucocitosis, edema generalizado, hemoconcentración y xoc tóxico.

Responsables del protocolo:	Anna Peguero, Laura Noguè, Miriam Illa, Patricia Ferrer, Miriam Muñoz, Olga Gómez, Toni Borrell, Montse Palacio
Fecha del protocolo y actualizaciones:	01/07/2010, 01/07/2019
Última actualización:	01/07/2019
Próxima actualización:	01/07/2023
Código Hospital Clínic:	MMF-4-2010
Código Sant Joan de Deu:	

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE

8.1 CIRCUITO EN CASOSO DE DIAGNOSTICO DE UNA PÉRDIDA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE EN LA SEDE HOSPITAL CLÍNIC-MATERNITAT

Medico responsable según el lugar de diagnóstico:

- Diagnóstico en urgencias: médico adjunto, R2, R3 o R4
- Diagnóstico en CCEE (-1): médico que hace el diagnóstico en CCEE
- Diagnóstico en ecos: médico supervisor de los técnicos e ecografías en el caso de ecografías de cribado o médico que realiza la ecografía en el caso de Medicina Fetal.

NO derivar a la paciente a urgencias. El médico que diagnostique la pérdida gestacional precoz es el responsable de explicar las opciones, decidir el tratamiento i hacer les receptes si procede.

NO es necesario que la paciente tome la decisión del tipo de procedimiento que desea en el momento del diagnóstico, se puede dar la información y visita de control en OBSPUR en 48-72h.

TRACTAMIENTO EXPECTANTE

1. Explicar procedimiento, complicaciones, signos de alarma para reconsultar.
2. Entregar tríptico informativo (ANEXO 1)
3. Analítica con hemograma y coagulación si >2 meses de la última analítica, añadir GSRh si no disponible.
 - a) Si diagnóstico en urgencias: Extracción analítica en urgencias.
 - b) Si diagnóstico a CCEE/Ecos: Extracción analítica en extracciones.
4. Programar seguimiento de la paciente en 7-14 días en OBSPUR

TRACTAMIENTO MÉDICO

5. Explicar procedimiento, complicaciones, signos de alarma para reconsultar.
6. Entregar tríptico informativo (ANEXO 1)
7. Analítica con hemograma y coagulación si >2 meses de la última analítica, añadir GSRh si no disponible.
 - a) Si diagnóstico en urgencias: Extracción analítica en urgencias.
 - b) Si diagnóstico a CCEE/Ecos: Extracción analítica en extracciones.
8. Consentimiento informado de misoprostol
9. Entrega misoprostol 800 mcg
 - a) Si diagnóstico en urgencias: Stock en sala de partos. Dejar el consentimiento firmado para poder reponer el stock disponible.
 - b) Si diagnóstico en CCEE/Ecos screening: Stock en farmacia.
 - Avisar a la auxiliar de CCEE (Busca 380582) para dejar el consentimiento firmado en farmacia y recoger la medicación.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE

- c) Si diagnóstico en Medicina Fetal: Stock en ecos 2. Dejar el consentimiento firmado para poder reponer el stock disponible.

10. Receta paracetamol/codeína + ibuprofeno

Pauta de tratamiento recomendada:

Paracetamol-codeína 500/30mg + Ibuprofeno 600 mg 30-40 min antes del misoprostol
+
Misoprostol 800mcg dosis única vía vaginal.
+
Repetición de la pauta analgésica cada 6/8h si persiste el dolor

11. Documentación administrativa correctamente cumplimentada y archivada:
- Consentimiento tratamiento médico: Dejar para escanear en archivos.
 - Consentimiento misoprostol:
 - a) Si diagnóstico en urgencias: Dejar CI en el armario de medicación de sala de partos.
 - b) Si diagnóstico en CCEE/Ecos screening: Dejar el CI en farmacia.
 - c) Si diagnóstico en Medicina Fetal: Dejar el CI en ecos 2.
 - Documentar los hallazgos ecográficos, diagnóstico, tratamiento entregado...
 - a) Informe de alta si diagnóstico en urgencias.
 - b) Curso clínico si diagnóstico en CCEE.
 - c) Informe de ecos y curso clínico si diagnóstico en Ecos screening/Medicina Fetal.
12. Programar seguimiento de la paciente en 7-14 días en OBSPUR.
13. Si la paciente tiene indicación de Biopsia corial:
- a) Programación -> Sol licitud ambulante: Petición Biopsia corial.
 - b) Indicar administración de tratamiento en domicilio una vez realizada la biopsia.

TRATAMIENTO ASPIRADO ENDOUTERINO

1. Explicar procedimiento, complicaciones, signos de alarma para reconsultar.
2. Entregar tríptico informativo.
3. Análítica con hemograma y coagulación si >2 meses de la última analítica, añadir GSRh si no disponible.
 - a) Si diagnóstico en urgencias: Extracción analítica en urgencias.
 - b) Si diagnóstico en CCEE/Ecos: Extracción analítica en extracciones.
4. Consentimiento informado de misoprostol previo al aspirado
5. Consentimiento informado de aspirado endouterino
6. Entrega misoprostol 400 mcg
 - a) Si diagnóstico en urgencias: Stock en sala de partos. Dejar el consentimiento firmado para poder reponer el stock disponible.
 - b) Si diagnóstico en CCEE/Ecos screening: Stock en farmacia.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE

- Avisar a la auxiliar de CCEE (Busca 380582) para dejar el consentimiento firmado en farmacia y recoger la medicación.
 - c) Si diagnóstico en Medicina Fetal: Stock en ecos 2. Dejar el consentimiento informado para poder reponer el stock disponible.
7. Programar aspirado indicando si se realizará o no biopsia corial:
- i. Si diagnóstico Lunes-Viernes 9-15h: Llamar SECMMF para programar (Ext 9946)
 - ii. Si diagnóstico en el resto de horario: Mail SECMMF(secmmf@clinic.cat) dando los datos de la paciente, se llamará des de secretaria a la paciente para informarla del día que debe acudir a la intervención.
8. Documentación administrativa correctamente cumplimentada i archivada:
- Consentimiento tratamiento quirúrgico: Dejar para escanear en archivo.
 - Consentimiento misoprostol:
 - a) Si diagnóstico en urgencias: Dejar CI en el armario de medicación de sala de partos.
 - b) Si diagnóstico en CCEE/Ecos screening: Dejar el CI en farmacia.
 - c) Si diagnóstico en Medicina Fetal: Dejar el CI en ecos 2.
 - Documentar los hallazgos ecográficos, diagnóstico, tratamiento entregado...
 - a) Informe de alta si diagnóstico en urgencias.
 - b) Curso clínico si diagnóstico en CCEE.
 - c) Informe de ecografía y curso clínico si diagnóstico en Ecos screening/Medicina Fetal.
9. Visita de control en 6 semanas en OBSPUR. En los casos de realización de biopsia corial visita UDPCx en 4 semanas.
14. Si la paciente tiene indicación de Biopsia corial:
- a) Se realizará en el mismo acto quirúrgico en sala de partos.
 - b) Cuando se conozca que hay un aspirado + biopsia corial se solicitarán las pinzas específicas y el medio de cultivo en ecos 2.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE

8.2 CIRCUITO EN CASOS DE DIAGNOSTICO DE UNA PÉRDIDA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE EN LA SEDE SANT JOAN DE DÉU (SJD)

Una vez se diagnostique la pérdida gestacional, ya sea en consultas de ecografías de screening como medicina fetal se enviará a la paciente a urgencias para explicarle las opciones y entregar las recetas o tratamiento.

NO es necesario que la paciente toma la decisión del tipo de procedimiento que desea en el momento del diagnóstico, se puede dar la información y visita de control en urgencias en 48-72h.

TRATAMIENTO MÉDICO

1. Explicar procedimiento, complicaciones, signos de alarma para reconsultar
2. Entregar tríptico informativo (ANEXO 1)
3. Hemograma y coagulación si >2 meses de la última analítica, añadir GSRh si no disponible.
4. Consentimiento informado de misoprostol
5. Entrega de misoprostol 800 mcg (procedente de l' "Stock de sala de partos/urgencias". Dejar el consentimiento firmado para poder reponer el stock disponible).
6. Hacer receta paracetamol/codeína + ibuprofeno

Paracetamol-codeína 500/30mg + Ibuprofeno 600 mg 30-40 min antes del misoprostol
+
Misoprostol 800mcg dosis única vía vaginal
+
Repetición de la pauta analgésica cada 6/8h si el dolor persiste

7. Documentación administrativa correctamente cumplimentada y archivada:
 - Consentimiento tratamiento médico y misoprostol: Dejar para escanear en admisiones.
 - Documentar en el informe de alta de urgencias los hallazgos ecográficos, diagnóstico y tratamiento.
8. Programar seguimiento de la paciente en 7-14 días en dispensario de patología de 1r trimestre.
9. Se ofrecerá la realización de Biopsia corial en todas las pacientes con aborto diferido tributarias de tratamiento médico, no en los abortos en curso.

- *¿Donde se realizará la BC?*

- . En todos los casos, si la paciente solicita BC, esta se realizará en el mismo box de urgencias siempre que la carga asistencial del momento y la disponibilidad de personal entrenado lo permitan. Se dispone de 2 cajas de biopsia corial en urgencias.
- . SÓLO en los casos en los que la biopsia esté especialmente indicada (antecedente de ≥ 2 abortos, de anomalías cromosómicas etc...) y no se pudiera realizar en urgencias (por volumen asistencial, dificultad técnica...) se citará en consultas externas (MF3 los martes y MF1 los viernes).

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE

- *¿Petición HCIS?*
 - . Seleccionar perfil creado en el petitoria de laboratorio “OBS-BC Avortament 1rT”, que incluye: QF-PCR+ cariotipo convencional en cultivo largo. Especificar el tipo de muestra remitida: Corion de aborto primer trimestre.
 - . Se enviará siempre muestra de enjuague materno.
- *¿Cómo enviamos la muestra?*
 - . A TEMPERATURA AMBIENTE en medio específico (el medio se encuentra en la nevera de sala de partos).

TRACTAMENT ASPIRADO ENDOUTERINO

1. Explicar procedimiento, complicaciones, signos de alarma para reconsultar
2. Entregar tríptico informativo (ANEXO 1)
3. Hemograma y coagulación si >2 meses de la última analítica, añadir GSRh si no disponible.
4. Consentimiento informado de misoprostol previo al aspirado (ANNEX 4) + aspirado endouterino
5. Entrega misoprostol 400 mcg (procedente del “Stock de sala de partos/urgencias”. Dejar el consentimiento firmado para poder reponer el stock disponible).
6. Programar aspirado uterino
 - Programar a lo largo de los siguientes 5 días tras el diagnóstico.
 - Programar en quirófano 8 (Q8)
 - Se programará un máximo de dos legrados por día en los casos de aborto diferido.
 - Indicar en la hoja de programación si se realiza o no biopsia corial.
7. Documentación administrativa correctamente cumplimentada i archivada:
 - Consentimiento tratamiento quirúrgico y misoprostol: Dejar para escanear en admisiones.
 - Documentar en el informe de alta los hallazgos ecográficos, diagnóstico y tratamiento.
8. Visita de control en 6 semanas en dispensario de patología 1r trimestre
9. Se ofrecerá la realización de Biopsia corial en todas las paciente con aborto diferido tributario de tratamiento quirúrgico, no en los abortos en curso.
 - *¿Dónde se hará la BC?*
 - . Si la paciente solicita BC, esta se realizará en quirófano, previa al aspirado.
 - *¿Petición HCIS?*
 - . Seleccionar perfil creado en el petitorio de laboratorio “OBS- BC Avortament 1rT”, que incluye: QF-PCR+ cariotipo convencional en cultivo largo. Especificar el tipo de muestra remitida: Corion de aborto primer trimestre.
 - . Se enviará siempre muestra de enjuague materno.
 - *¿Cómo enviamos la muestra?*
 - . A TEMPERATURA AMBIENTE en medio específico (el medio se encuentra en la nevera de sala de partos).

ANEXO 1:

HOJA INFORMATIVA PARA LA PACIENTE CON UNA PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

¿QUÉ ES UNA PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ?

Es la pérdida del embarazo dentro de los 3 primeros meses de gestación. Se suele diagnosticar por la aparición de sangrado y dolor abdominal, aunque en algunos casos puede no presentar síntomas y el diagnóstico se realiza con ecografía. Afecta un 15% de las gestaciones y es más frecuente en las primeras 9 semanas.

¿POR QUÉ SUCEDE?

En la mayoría de los casos, la causa es desconocida y el riesgo de que se repita en un futuro es muy bajo. En los casos con una causa conocida, la causa más frecuente se debe a un problema con los cromosomas. Para que un embrión pueda desarrollarse correctamente es necesario que el número de cromosomas sea normal y que estos no presenten errores. Entre el resto de causas se encuentran las malformaciones, los tóxicos y algunas enfermedades maternas. En la mayoría de los casos, la pérdida gestacional no se puede prevenir ni tratar.

¿QUÉ SUCEDE SI HE PADECIDO UNA PÉRDIDA COMPLETA?

Significa que con el sangrado se ha perdido completamente la gestación. Eso se puede diagnosticar mediante ecografía. A pesar que no es necesario realizar ningún tratamiento, el sangrado puede durar 1-2 semanas. Cuando el sangrado desaparezca se puede retomar la actividad diaria habitual.

¿QUÉ SUCEDE SI LA PÈRDUA ÉS INCOMPLETA?

Significa que quedan restos del embarazo dentro del útero.

¿QUÉ OPCIONES TENGO?

Existen diferentes opciones. La elección de una u otra depende de si hay sangrado y/o dolor, de las semanas de embarazo y las preferencias personales:

Conducta expectante: consiste en esperar que el propio cuerpo expulse de forma natural el saco gestacional o los restos del embarazo. Ésta opción es segura siempre que no haya fiebre o sangrado importante. Es la opción recomendable para los casos en los que se ha expulsado el embarazo pero queden restos dentro del útero. Se recomienda esperar entre 1-2 semanas para valorar la eficacia. Pasado este tiempo disminuye la probabilidad de expulsión natural por lo que es recomendable valorar las otras opciones de tratamiento.

Tratamiento médico ambulatorio: consiste en utilizar fármacos que ayuden a expulsar los restos del embarazo. Esta opción es la recomendable en las pérdidas gestacionales en que el tamaño del embrión es pequeño (inferior a 2.3 cm) y siempre que no tenga fiebre ni sangrado importante (80% éxito). Con el tratamiento, es normal que aparezca dolor superior al de una menstruación y sangrado, y a veces pueden aparecer efectos secundarios de la mediación (náuseas, vómitos, diarrea y fiebre) que habitualmente son leves y bien tolerados. Si aparece un sangrado excesivo (más de dos compresas/hora durante más de dos

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE

horas) y/o dolor que no cede después de la expulsión, deberá consultar a un servicio de urgencias. Si al control programado no se ha producido la expulsión se puede repetir de nuevo el tratamiento o programar un legrado.

Tratamiento quirúrgico o legrado: consiste en dilatar el cuello del útero y aspirar los restos. DE todos los tratamientos es el más eficaz. Requiere anestesia (pudiendo ser local o más habitualmente una sedación), Ésta opción es la más recomendable en las pérdidas gestacionales en las que el embrión es grande (>23mm) o cuando hay fiebre y/o sangrado excesivo. Si no hay síntomas relevantes se puede hacer de forma programada en 7-10 días. Es una operación con bajo riesgo de complicaciones graves, pero en conjunto tiene más complicaciones que el tratamiento médico (9% en casos de tratamiento quirúrgico y un 5% en caso de tratamiento médico); como hemorragia, infección y la perforación uterino o cervical. Para reducir estas complicaciones es recomendable preparar el cuello del útero con una medicación 2-4 horas antes del legrado.

¿QUÉ PRUEBAS SE PUEDEN REALIZAR DEPENDIENDO DEL CASO EN CONCRETO?

Biopsia corial: Consiste en coger una muestra de tejido placentario para analizar los cromosomas.

Estudio anatómo-patológico: consiste en analizar los restos del embarazo y se realiza en casos seleccionados.

En general no se recomiendan otros estudios. En casos seleccionados, o en el caso que se hayan producido 2 pérdidas o más, se puede iniciar un estudio para establecer unas recomendaciones futuras de forma personalizada

¿SE ME TIENE QUE ADMINISTRAR LA GAMMAGLOBULINA ANTI-D?

Si el grupo sanguíneo de la madre es Rh negativo se tendrá que administrar vacuna anti-D en los casos de pérdida espontánea de >8 semanas y/o siempre que se haya realizado un tratamiento médico o quirúrgico.

¿QUÉ TENGO QUE HACER DESPUÉS DE LA PÉRDIDA?

Para reducir el riesgo de infección, mientras tenga pérdidas, no utilice tampones ni mantenga relaciones sexuales. Habitualmente la próxima menstruación la tendrá en 4-6 semanas pero puede ser irregular en cantidad i en frecuencia. En general se recomienda esperar una regla normal antes de buscar un siguiente embarazo, por la cual cosa tendrá que utilizar algún método anticonceptivo.

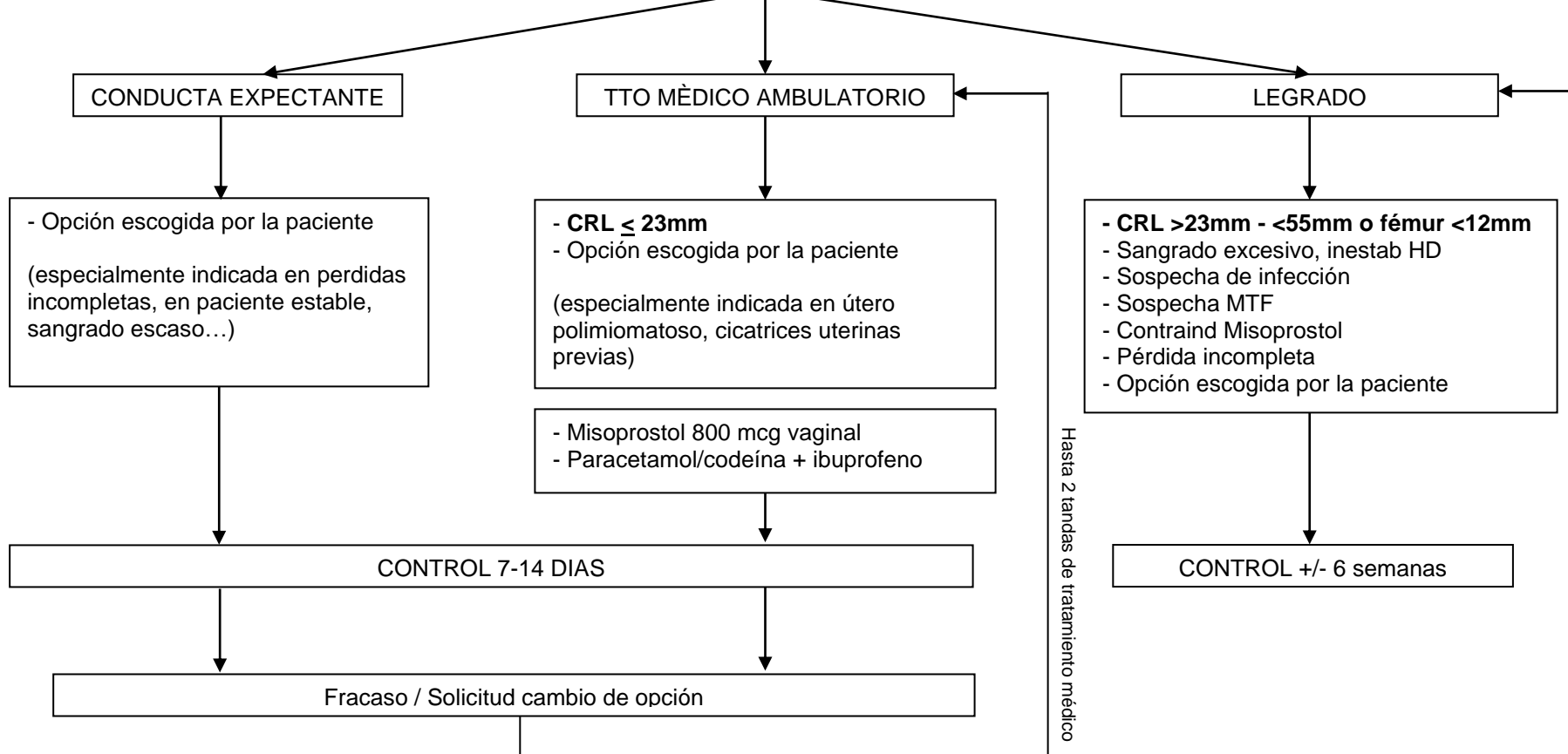
Después de volver a buscar un nuevo embarazo se debe empezar con la toma de suplementos de ácido fólico, desde antes de la concepción hasta la semana 12, siguiendo las recomendaciones actuales.

En caso de duda o mal estado general puede dirigirse a su CAP más cercano, al nuestro servicio de urgencias o llamar al 061 (CatSalut respon).

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE

ANEXO 2

PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ



PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE
