

MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

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

1.	Introducción.....	pag. 2
2.	Diagnóstico	pag. 3
3.	Manejo y tratamiento	pag. 4
3.1.	Conducta expectante.....	pag. 5
3.2.	Tratamiento médico ambulatorio	pag. 5
3.3.	Tratamiento quirúrgico.....	pag. 7
4.	Estudio anatómico-patológico de los restos ovulares	pag. 9
5.	Recomendaciones posteriores a la pérdida gestacional	pag. 9
6.	Presencia de pérdidas irregulares o de evolución tórpida	pag. 10
7.	Aborto séptico	pag. 10
8.	Pérdida gestacional de repetición.....	pag.12
9.	Duelo perinatal.....	pag 12
10.	Circuito en casos de diagnóstico de una pérdida gestacional de primer trimestre en la sede Hospital Clínic Maternidad.....	pág 13
11.	Circuito en casos de diagnóstico de una pérdida gestacional de primer trimestre en Sant Joan de Déu (SLD).....	pag. 15
	Anexo 1- Hoja informativa para la paciente con una pérdida gestacional de primer trimestre.....	pag 17
	Anexo 2.....	pag 19
	Anexo 3- Factores de riesgo de colonización por BLEE/BLEA	pag 20

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

1. INTRODUCCIÓN

La pérdida gestacional precoz es aquella que se produce **antes de las 12 semanas** de gestación. Es una patología muy frecuente, puesto que afecta del 10 al 20% de las gestaciones. La mayoría de las pérdidas se producen antes de las 10 semanas de gestación: 1/3 de las mismas se producen en el periodo preimplantacional y es menos frecuente la pérdida gestacional una vez ya se ha evidenciado un embrión con frecuencia cardíaca (FC) positiva a partir 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) y factores inmunológicos (Sd. Antifosfolípido), disfunción tiroidea no tratada 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 de segundo trimestre (> 12 semanas) disponen de protocolos propios, por el que no se tratarán en este protocolo.

NOMENCLATURA Y DEFINICIONES

- **Pérdida periimplantacional o preimplantacional:** 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 preembrionaria:** aquella que se produce entre las 5.0-5.6 semanas, con evidencia de saco gestacional (con vesícula vitelina o no) pero sin embrión ecográficamente visible.
- **Pérdida embrionaria:** aquella que se produce entre las 6.0-9.6 semanas, con un embrión visible sin actividad cardíaca y con un CRL inferior a 30mm.
- **Pérdida fetal 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 15 mm, hiperecoico y/o heterogéneo en el control ecográfico.
- **Pérdida completa:** endometrio <15mm y homogéneo. La medida de β HCG no es necesaria para el diagnóstico de pérdida gestacional completa puesto que los valores se negativizan a las dos semanas. La positividad de la β HCG a partir de las dos 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 signos de gestación intrauterina ni extrauterina por ecografía transvaginal.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de pérdida gestacional precoz hay que hacerlo de manera oportuna y debemos tener especial cuidado para confirmar que se cumplen los criterios diagnósticos para evitar interrumpir una gestación evolutiva (Tabla 1 - *Doubilet et al. NEJM 2013*). La conducta expectante durante un corto periodo de tiempo para permitir una evaluación adicional tiene pocos riesgos.

Tabla 1. Criterios sugestivos y criterios diagnósticos de pérdida gestacional precoz

<i>CRITERIOS SUGESTIVOS PERO <u>NO DIAGNÓSTICOS</u> DE PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ</i>
<ul style="list-style-type: none"> - CRL < 7mm sin actividad cardíaca - Diámetro del saco gestacional entre 16 y 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 ≥ 6 semanas después de la fecha de última regla - Amnios vacío (amnios visualizado adyacente a vesícula vitelina, sin embrión visible) - Vesícula vitelina elongada (>7mm) - Saco gestacional pequeño en comparación con la medida del embrión (<5mm de diferencia entre diámetro del saco gestacional y el CRL) - Frecuencia cardíaca inferior a 100 latidos por minuto - Presencia de hematoma subcorial masivo
<p><i>CRITERIOS <u>DIAGNÓSTICOS</u> PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ</i> (mediante ecografía transvaginal)</p>
<p>Si se cumplen alguno de los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CRL ≥ 7mm sin actividad cardíaca. 2. Ausencia de embrión con actividad cardíaca ≥ 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 ≥ 25mm sin embrión ni vesícula vitelina a su interior (diámetro mediano entre los dos diámetros que se miden cuando se obtiene la imagen con el máximo tamaño del saco gestacional).

3. MANEJO Y TRATAMIENTO

3.1. GESTACIÓN INTRAUTERINA DE EVOLUCIÓN INCIERTA

Se considera gestación de evolución incierta aquella gestación que cumple criterios sugestivos pero no diagnósticos de pérdida gestacional precoz.

En estos casos se recomienda una nueva evaluación en 10-14 días en el centro de atención primaria o de referencia por seguimiento.

3.2. AMENAZA DE PÉRDIDA GESTACIONAL

Si la paciente presenta clínica compatible con amenaza de pérdida gestacional (metrorragia) se recomienda evitar el ejercicio físico intenso, y no mantener relaciones sexuales. No hay evidencia que indique que recomendar el reposo absoluto, encamamiento o el tratamiento con progesterona vaginal mejore la tasa de recién nacido vivo en estas pacientes en general. No obstante, en pacientes con antecedentes de uno o más pérdidas gestacionales previas existen estudios recientes que han demostrado que el tratamiento con progesterona vaginal 400mg/12 horas desde el inicio de los síntomas hasta la semana 16.6 aumenta la tasa de recién nacido vivo (Devall et al, Cochrane Database Syst Rev, 2021). Por lo tanto, en pacientes con amenaza de pérdida gestacional precoz (metrorragia) y con antecedente de al menos una pérdida gestacional previa, recomendaremos el tratamiento con progesterona vaginal 400mg/12h (subvencionado: Cyclogest® óvulos 400mg) desde el inicio del sangrado hasta las 16.6 semanas.

3.3. PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

Cuando se cumplan los criterios diagnósticos de pérdida gestacional precoz, las opciones terapéuticas disponibles son: la conducta expectante, el tratamiento médico ambulatorio y el tratamiento quirúrgico. Se explicarán los tratamientos disponibles y nuestra recomendación según la situación clínica para que la paciente pueda elegir la opción después de recibir información de todas las alternativas, y se entregará el tríptico informativo que consta al ANEXO 1.

Se solicitará una analítica con hemograma, pruebas de coagulación y grupo sanguíneo y Rh en todas las pacientes en que no se disponga de esta información.

La administración de 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.
- En caso de persistencia de restos y repetición de tratamiento médico o quirúrgico cuando hayan pasado >3 semanas.

Se ofrecerá la posibilidad de realizar una **BIOPSIA CORIAL** en todos los casos de pérdidas gestacionales precoces diferidas, no en curso, para analizar la dotación cromosómica de la gestación y poder ofrecer consejo genético si fuera el caso de cara a futuras gestaciones.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

La biopsia corial se realizará en la unidad de Medicina Fetal (sede Maternidad) en caso de conducta expectante o tratamiento médico. Si se opta por el tratamiento quirúrgico se programará en Medicina Fetal o bien en quirófano según el día de la semana (ver apartado 10). Se tendrá que solicitar **QF-PCR + Cariotipo convencional de la muestra** de biopsia + **QF-PCR en lavado bucal materno** para descartar contaminación materna de la muestra. Los resultados se darán en la consulta de diagnóstico prenatal al cabo de 5 semanas. En sede SJD se realizará en urgencias, por parte de personal entrenado, en el momento del diagnóstico o bien en quirófano en caso de tratamiento quirúrgico (programar procedimiento en agenda OBS GEU prestación Biopsia corial).

3.3.1. CONDUCTA EXPECTANTE

Consiste en esperar a la resolución espontánea del proceso. No existe un límite superior definido en la literatura, pero el periodo de mayor posibilidad de expulsión espontánea es el que comprende los primeros 7-14 días desde el diagnóstico. Es la conducta que ofrece la tasa de efectividad más baja de manera generalizada, oscilando entre el 40 y el 70%.

Recomendada en caso de:

- Pérdida incompleta, es decir, cuando persisten restos ovulares después de la expulsión del embarazo (grosor endometrial > 15 mm y/o heterogéneo o hiperecoico) en ausencia de metrorragia importante o síndrome febril.

Seguimiento:

Se hará a los 7-14 días en su centro de atención primaria o centro de referencia.

En caso de que no se produzca la expulsión completa pasado este tiempo, se ofrecerá a la paciente las otras opciones terapéuticas (tratamiento médico o tratamiento quirúrgico) y en caso de persistencia de restos se tratará en el punto 6 de este protocolo.

3.3.2. TRATAMIENTO MÉDICO AMBULATORIO

Consiste en administrar una medicación (generalmente misoprostol) dirigida a desencadenar contracciones uterinas para conseguir el vaciado del contenido intrauterino, ya sea del saco gestacional o de restos ovulares.

Recomendado en caso de:

- Pérdidas preembrionarias y embrionarias con CRL \leq 31 mm (\leq 10 semanas)
- Altamente recomendable en pacientes con **útero miomatoso** o con **cicatrices** de cesárea o miomectomía previas.

Tratamiento:

Aunque existen diferentes pautas farmacológicas con una eficacia global entre el 80-90%, la que ha demostrado una eficacia mayor es la administración de mifepristona 200mg vía oral +

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

800mcg de misoprostol a las 48 horas vía vaginal, dosis única, por lo que se considera la pauta de elección.

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

Hay que llenar la hoja de farmacia por la mifepristona (receta blanca) y firmar el consentimiento informado específico para la utilización de misoprostol para esta finalidad. La pauta farmacológica con mifepristona + misoprostol presenta una máxima efectividad en las primeras 48 horas de la administración del misoprostol, pero el tiempo de sangrado puede ser variable y se puede prolongar hasta los 14-21 días. Hay que explicar a la paciente que presentará sangrado a domicilio y dolor de características dismenorreicas. Es importante asociar medicación analgésica a la pauta de misoprostol y hay que dar signos de alarma para consultar a urgencias (sangrado excesivo [más de dos compresas/hora durante más de dos horas] y dolor que no cede tras la expulsión).

Pauta de tratamiento recomendada:

Mifepristona 200mg vía oral
A las 48 horas:
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

Efectos secundarios/Complicaciones:

La tasa de complicaciones del tratamiento medico es inferior al 3% (principalmente sangrado e infección).

Efectos secundarios de la medicación (misoprostol): generalmente aparecen 4-6 horas después de su administración:

- **Sangrado abundante.** Es un parámetro de difícil valoración pero se considera un sangrado abundante cuando la paciente requiere más de dos compresas/hora durante más de dos horas. En <1% puede requerir hemostasia quirúrgica y/o transfusión.
- **Dolor abdominal** (dismenorreico). Se debe administrar siempre analgesia profiláctica.
- **Simptomatología gastrointestinal:** diarrea, náuseas y vómitos.
- **Febrícula o fiebre y escalofríos.** Se trata de una fiebre de origen central de hasta 38.5°C.
- **Exantema y prurito a palmas y plantas.**

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

- **Infección (<2%).** No se recomienda el tratamiento antibiótico profiláctico universal en el tratamiento médico de la pérdida gestacional precoz diferida.

Contraindicaciones	No recomendable
<ul style="list-style-type: none"> - Alergia a progesterona - Sospecha de ectópico - Sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional - Hipotensión - Enfermedad inflamatoria intestinal - Glaucoma - Porfiria hereditaria - Insuficiencia suprarrenal 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"> - Insuficiencia renal o hepática - IMC < 18.5 <p style="text-align: center;">Atención especial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anemia no severa - Enfermedad o riesgo cardiovascular - Tratamiento prolongado corticoides - Epilepsia

Contraindicaciones al misoprostol y/o al tratamiento medico:

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

En caso **de madre lactante** no está contraindicado ni la administración de misoprostol ni mifepristona.

Seguimiento

Visita de control en 7-10 días en su centro de atención primaria (en pacientes seleccionadas o sin vinculación al centro de atención se remitirá a UPGP (Unidad de patología gestacional precoz). Si en este momento no se ha producido la expulsión, y la paciente lo desea, se puede repetir una segunda pauta de tratamiento (Mifepristona 200mg oral + misoprostol 800mcg vaginal a las 48h) o programar un aspirado intrauterino.

3.3.3. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Consiste en aspirado del contenido intrauterino y se considera la opción que ofrece una efectividad más alta, con una tasa de evacuación completa del 97%.

Hay que explicar a la paciente el procedimiento que se realizará y firmar el consentimiento

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

informado específico.

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

Indicaciones:

- **Sangrado excesivo o inestabilidad hemodinámica.**
- Evidencia o alta sospecha de **infección**. En estos casos está indicada su realización bajo cobertura antibiótica endovenosa (ver apartado de aborto séptico).
- Sospecha de **enfermedad trofoblástica gestacional** (ver protocolo específico).
- Pérdidas entre **10.0 y 12.0 semanas** (CRL > 31mm y < 55mm)
- Pérdidas entre 12.1 y 13.6 semanas en casos excepcionales, siempre que la longitud de fémur sea <12mm
- **Contraindicación** de tratamiento con misoprostol.

Maduración cervical previa

Se recomienda en todos los casos previo al procedimiento electivo para facilitar la dilatación cervical, disminuir la 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 se puede usar la mifepristona 200mg vo 36-48h antes del procedimiento o la dilatación mecánica con Dilapan (4-6 horas antes del procedimiento) como alternativas.

Profilaxis antibiótica

La profilaxis antibiótica previa al aspirado endouterino ha demostrado reducir el riesgo de infección entre el 50-60%. Recetaremos azitromicina 500mg dosis única que la paciente tendrá que tomar previo a la intervención (al ingreso). El antibiótico de elección en caso de alergia a la azitromicina será Doxiciclina 200mg dosis única.

Efectos secundarios/Complicaciones aspirado:

- Necesidad de anestesia (sedación)
- Riesgo de complicaciones graves (9,5% vs 5% en la conducta expectante vs 3% en el tratamiento médico): perforación uterina, laceración cervical, Sd. de Asherman, leve incremento del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, de infertilidad y de parto pretérmino en la gestación posterior.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

Seguimiento

En caso de resultado AP pendiente, visita telefónica de control en 4-6 semanas a dispensario específico (UPGP (Unidad de patología gestacional precoz) en Sede Maternidad y CCEE Medio Riesgo a sede SJD). En caso de AP no indicada (y excepto casos especiales de complicaciones del tratamiento quirúrgico etc.) remitir para control al ginecólogo del CAP (telefónico).

4. ESTUDIO ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LOS RESTOS OVULARES

Se realizará el estudio anatomo-patológico del material obtenido mediante el aspirado intrauterino en cualquier de los siguientes casos:

- No evidencia previa de saco gestacional, vesícula o embrión.
- Existencia de sospecha clínica, analítica o ecográfica de mola hidatiforme (antecedente de mola, útero aumentado de tamaño, quistes tekaluteínicos, hiperemesis, hipertiroidismo clínico, expulsión de material vesicular, hipertensión de novo...)
- Hallazgo de beta-HCG >150.000 UI/L, si se ha realizado

En todos los casos en que se haya cursado el estudio de anatomía patológica, se tendrá que citar a la paciente telefónicamente para la entrega de resultados al dispensario específico en 4-6 semanas específico (UPGP a Suyo Maternidad y CCEE Medio Riesgo a sede SJD).

5. RECOMENDACIONES POSTERIORES A LA PÉRDIDA GESTACIONAL

- No utilizar tampones, no mantener relaciones sexuales ni baños de inmersión durante 2 semanas. En caso de persistencia de restos este periodo se alargará mientras persista el sangrado.
- Una vez la pérdida gestacional sea completa se planteará iniciar anticoncepción. Se puede iniciar anticoncepción hormonal al inicio de la siguiente menstruación. No hay contraindicaciones para colocar DIU posterior a un aspirado por pérdida gestacional siempre y cuando no haya sospecha de infección. La administración/seguido de la anticoncepción la hará el ginecólogo del CAP.
- En caso de deseo genésico inmediato se recomienda no intentar una nueva gestación hasta después de la primera regla. Se recomendará, como en cualquier otra visita pregestacional, la toma de ácido fólico, medidas higiénico-dietéticas para evitar la transmisión del citomegalovirus y hábitos de vida saludables (evitar obesidad y tabaquismo).

6. PRESENCIA DE PÉRDIDAS IRREGULARES O EVOLUCIÓN TÓRPIDA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

En caso de que la paciente explique un sangrado anormal (spotting persistente, sangrado superior a menstruación) se realizará una ecografía. Un patrón ecográfico hiperecoico, heterogéneo, con captación Doppler y/o endometrio > 15mm 2 semanas después de la expulsión, sugiere retención de restos ovulares (RPOC). Se valorará el tamaño, ecogenicidad y grado de vascularización (utilizando PRF 0.3-1.2Hz: sin vascularización score 1/4, escasa vascularización score 2/4, abundante vascularización score 3-4/4).

Ante la sospecha de RPOC utilizaremos la siguiente clasificación (Gutenberg 2017):

Clasificación de Gutenberg (2017)	
Tipo 0	Formación hiperecogénica avascular (score Doppler 1/4)
Tipo 1	Heterogenicidad endometrial con mínima o vascularización ausente (score 1-2/4)
Tipo 2	Formación altamente vascularizada y limitada en la cavidad uterina (score 3-4/4)
Tipo 3	Formación altamente vascularizada con alta vascularización miometrial (score 3-4/4)

La conducta a seguir está detallada en el protocolo específico de RPOC. En los casos de sospecha de RPOC, la conducta recomendada será una histeroscopia a partir de las 8 semanas excepto en caso de sangrado abundante (se realizará aspirado ecoguiado). En sede SJD se programará ecografía ginecológica + histeroscopia en CCEE GIGEN los Lunes en 6-8 semanas.

En el resto de casos (endometrio <15mm sin patrón ecográfico heterogéneo ni captación Doppler) se recomendará conducta expectante y valoración en el centro de atención primaria en 4-8 semanas.

7. ABORTO SÉPTICO

El aborto séptico consiste en un aborto acompañado de infección intrauterina. Es más frecuente en mujeres con aborto inducido que espontáneo. La infección inicialmente intrauterina se puede extender y causar salpingitis, peritonitis generalizada y septicemia. Es importante el diagnóstico rápido puesto que puede ser una enfermedad severa con riesgo vital si no se trata de forma adecuada.

Clínica:

Fiebre, mal estar general, dolor abdominal, sangrado vaginal y se puede observar salida de material purulento por el orificio cervical externo. Puede ser causa de shock séptico en casos

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

graves (hipotensión, taquicardia, taquipnea). Analíticamente encontraremos leucocitosis (>15.000) con desviación a la izquierda y aumento de PCR.

Etiología:

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

Tratamiento:

- Ingreso hospitalario
- Estabilización con fluidos endovenosos (ver protocolo de sepsis)
- Cursar cultivo endometrial (Cornier). En casos de aparición de clínica tardía (>1 semana tras aborto) se cursará también PCR Chlamydia.
- Piperaciclina-Tazobactam 4g/6h ev.
- Factores de riesgo de BLEE/BLEA (Anexo 3): Ertapenem 1g/24h
- Alergia penicilina: Tigeciclina 100mg primera dosis seguida de 50mg/12h ev + Metronidazol 500mg/12h ev.
- **Infección de aparición tardía (>1 semana tras aborto), PCR Chlamydia positiva o no respuesta al tratamiento habitual:** añadir azitromicina 1g/semana vo durante 3 semanas. Alternativa ev: azitromicina 500mg ev/24h durante 2 días. En caso de alergia o intolerancia: **Doxiciclina 100 mg/12 h vo** durante 7 días.
- **Aspirado restos ovulares:** con un mínimo de 6-12h del inicio del antibiótico ev. No está indicado el uso de fármacos para la dilatación cervical, en este caso utilizaremos Dilapan o tallos de Hegar. Cursar cultivo y AP de los restos aspirados.
- Una vez pasadas 48h afebril se puede hacer cambio a antibiótico oral empírico: amoxicilina-clavulánico 875-125mg c/8h o Clindamicina 300mg c/8h en alérgicas a la penicilina, hasta completar 7-10 días. En el momento en que se disponga del antibiograma hay que adecuar el tratamiento antibiótico.
- EL alta hospitalaria se puede plantear una vez la paciente se mantenga afebril con el tratamiento antibiótico vía oral.

Hay que conocer una complicación muy infrecuente, grave y letal como es el **shock tóxico por *Clostridium*** (*Clostridium sordellii* y *Clostridium perfringens*). Esta entidad se manifiesta inicialmente con una sintomatología de náuseas, vómitos y dolor. Es destacable la ausencia de fiebre y un empeoramiento al cabo de 24-48 horas con hipotensión, taquicardia, leucocitosis, edema generalizado, hemoconcentración y shock tóxico.

8. PÉRDIDA GESTACIONAL RECURRENTE

Se define la pérdida gestacional recurrente (PGR) como la pérdida de dos o más gestaciones <10 semanas confirmadas mediante b-HCG en orina o suero, consecutivas o no.

- 2 pérdidas que incluyan como mínimo una pérdida gestacional intrauterina (excluyendo gestaciones ectópicas y molares). Las pérdidas con alteración cromosómica confirmada por biopsia corial se incluirán en el estudio.
- 3 pérdidas preclínicas (pérdidas gestacionales bioquímicas o gestaciones de localización incierta)
- En los casos con 2 pérdidas preclínicas, y a la espera de mayor grado de evidencia científica, se personalizará el manejo (especialmente se tiene que valorar la existencia de factores de riesgo de gestación ectópica, ya que existe un mayor riesgo en parejas con PGR exclusivamente preclínicas).

La prevalencia de la PGR es difícil de determinar, pero se cree que se situaría en 5% la pérdida de dos gestaciones y <2% de las parejas la pérdida de más de dos gestaciones. Es muy importante en estos casos realizar una biopsia corial como parte del estudio de la PGR.

Ante una pareja que cumpla los criterios de estudio de la PGR y tenga deseo genésico, se derivará a la paciente a la unidad de patología gestacional precoz (UPGP) en 4 semanas para valorar derivar a esterilidad (reproducción humana asistida). En caso de cumplir criterios desde UPGP se solicitará visita en infertilidad en 6 semanas + un estudio inicial previo a la visita (Perfil Pérdida gestacional recurrente HCM en el SAP) y visita en GESP2 de lunes a jueves (Sede SJD).

- Ecografía ginecológica 3D (ECO esterilidad/FIV)
- Cariotipo materno y paterno
- TSH, T4
- Ac AAF (anticardiolipina IgG/IgM, anticoagulante lúpico, antib2glicoprot IgG/IgM)

9. DUELO PERINATAL

La pérdida gestacional precoz comporta un proceso de duelo al cual cada paciente se adapta de manera diferente. Según datos de nuestro centro, obtenidos a partir de encuestas validadas realizadas 1 mes posterior a la pérdida gestacional, hasta un 30% de mujeres presentaban ansiedad, un 20% características clínicas de depresión y el 50% trastorno de estrés postraumático. Es por eso que entregaremos a todas las pacientes un tríptico con información sobre el duelo perinatal (ANEXO 1).

Habrà que reconocer la existencia del duelo perinatal así como informar de los signos de alarma (insomnio, alteración importante de la vida cotidiana) por los que la paciente tendría que buscar ayuda (médico de atención primaria). Hay diferentes grupos de duelo perinatal a disposición de las pacientes.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

10. CIRCUITO EN CASOS DE DIAGNÓSTICO DE UNA PÉRDIDA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE EN LA SEDE HOSPITAL CLÍNIC-MATERNIDAD

CONDUCTA EXPECTANTE	TRATAMIENTO MÉDICO	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
Explicar opciones terapéuticas, entregar Anexo 1 y plantear nuestra recomendación		
Analítica: hemograma + coagulación si >2 meses, especificar solo si aspirado intrauterino. Grupo sanguíneo y Rh si no disponibles		
	<ul style="list-style-type: none"> - Hoja farmacia (ANEXO 4) + consentimiento informado misoprostol - Avisar supervisor de guardia (380043) o TCAI CCEE por mifepristona (farmacia) - Administrar mifepristona - Entregar 800mcg misoprostol (administración en domicilio a las 48 h). Stock misoprostol: <ul style="list-style-type: none"> - sala de partos - CCEE - Medicina fetal 	<ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento informado misoprostol y aspirado intrauterino - Entregar 400mcg misoprostol si indicado (2-4h antes de legrado) - Azitromicina 500mg dosis única al ingreso (Doxiciclina 200mg dosis única si alergia) (1-2h antes legrado)
	<ul style="list-style-type: none"> - Receta Paracetamol-codeína 500/30mg + Ibuprofeno 600mg 30-40 min antes del misoprostol Repetición de la pauta analgésica cada 6/8h si el dolor persiste - Receta de IG anti-D si indicada por administración en las 72 h posteriores a la expulsión en CCEE enfermería 	Programación del aspirado indicando si se realizará o no biopsia corial: <ul style="list-style-type: none"> - Si diagnóstico Dill-Div 9-15h: Llamar SECMMF para programar (Ext 9946) - Si diagnóstico en el resto de horario: Mail SECMMF (secmmf@clinic.cat) dando los datos de la paciente, se llamará desde secretaría a la paciente para decirle el día que tiene que acudir a la intervención.

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

	<p>Si acepta biopsia corial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación (Ext 9945) - Tratamiento con mifepristona + misoprostol en domicilio posterior a la biopsia corial 	<p>Programar biopsia corial previa. Si aspirado intrauterino en martes o jueves la biopsia corial se realizará en el mismo acto quirúrgico en sala de partes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pedir las pinzas específicas y el medio de cultivo a ecos 2. - Cursar QF-PCR materno a muestra de lavado bucal y cariotipo convencional a vellosidades coriales.
	<p>Enviar consentimientos informados a archivar y consentimiento misoprostol a farmacia para proveer stock</p>	
<p>Seguimiento en el centro atención primaria en 7-14 días</p>	<p>Seguimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - UPGP en 6 semanas (Telf) si resultado AP pendiente - Si biopsia corial: UDPCX en 4-5 semanas 	
<p>Administrar gammaglobulina anti-D si gestante Rh negativa</p>		
<p>Explicar signos de alarma y reconsulta</p>		

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

11. CIRCUITO EN CASOS DE DIAGNÓSTICO DE UNA PÉRDIDA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE EN LA SEDE SANT JOAN DE DÉU (SJD)

Una vez que se diagnostique la pérdida gestacional, ya sea en consultas, ecografía de screening, medicina fetal, se enviará a la paciente a urgencias para explicarle las opciones y para entregarle las recetas o tratamiento. 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 programar visita de control a agenda OBS GEU.

CONDUCTA EXPECTANTE	TRATAMIENTO MÉDICO	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
Explicar opciones terapéuticas, entregar Anexo 1 y plantear nuestra recomendación		
Analítica: hemograma + coagulación si >2 meses. Grupo sanguíneo y Rh si no disponible		
	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega y firma del consentimiento informado - Administrar mifepristona 200mg vía oral (Stock Sala de partos/urgencias) - Entregar 800mcg misoprostol. (Stock sala de partos) Administración vaginal en domicilio a las 48h. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento informado misoprostol y aspirado intrauterino - Entregar 400mcg misoprostol si indicado (2-4 h antes de legrado) - Azitromicina 500mg dosis única al ingreso (Doxiciclina 200mg dosis única si alergia) (1-2 h antes legrado)
	<ul style="list-style-type: none"> - Receta Paracetamol-codeína 500/30mg + Ibuprofeno 600 mg 30-40 min antes del misoprostol Repetición de la pauta analgésica cada 6/8h si el dolor persiste 	Programación aspirado indicando si se realizará o no biopsia corial: <ul style="list-style-type: none"> - Realizar solicitud quirúrgica y entregar a admisiones de urgencias
	Si biopsia corial: <ul style="list-style-type: none"> - Programación agenda biopsia corial de urgencias - Tratamiento con misoprostol en domicilio posterior a la biopsia corial 	Si biopsia corial, se realizará en el mismo acto quirúrgico. <ul style="list-style-type: none"> -Programar en agenda biopsia corial de urgencias Pinza específica en quirófano y el medio de cultivo en nevera de urgencias - Cursar perfil: "OBS-BC Aborto 1rT" incluye QF-PCR+ cariotipo convencional en cultivo largo. Enviar siempre muestra de enjuague bucal materno

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

	Escanear y digitalizar consentimientos informados
Seguimiento en centro de atención primaria 7-14 días	Seguimiento: -Telefónico en Medio Riesgo en 6 semanas para resultados AP o biopsia corial
Administrar gammaglobulina ante-D si gestante Rh negativa	
Explicar signos de alarma y reconsulta	

Responsables del protocolo:	L Nogué, A Peguero, M Ferrer, A Goncé, F Migliorelli, N Baños, L Salazar, M Isla, P Ferrer, T Borrell, M Palacio
Fecha del protocolo y actualizaciones:	01/07/2010, 01/07/2019
Última actualización:	01/06/2023
Próxima actualización:	01/06/2027
Código Hospital Clínic:	MMF-4-2010
Código Sant Joan de Déu:	

ANEJO 1: HOJA INFORMATIVA PARA LA PACIENTE CON UNA PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

¿QUÉ ES UNA PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ?

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

¿POR QUÉ PASA?

En muchos casos la causa es desconocida y el riesgo de que se vuelva a producir en el futuro es muy bajo. En los casos con causa conocida, la causa más frecuente se debe a un problema en los cromosomas. Para que un embrión pueda desarrollarse bien hace falta 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. La actividad física, el estrés y las relaciones sexuales no están relacionados con las pérdidas precoces. En la mayoría de los casos, la pérdida gestacional no se puede prevenir ni tratar.

¿QUÉ PASA SI HE TENIDO UNA PÉRDIDA COMPLETA?

Quiere decir que con el sangrado se ha perdido el embarazo completamente. Esto se puede saber haciendo una ecografía. Aunque no hay que hacer ningún tratamiento, es normal que el sangrado dure 1 o 2 semanas. Cuando el sangrado desaparezca se puede volver a la actividad diaria habitual.

¿QUÉ PASA SI LA PÉRDIDA ES INCOMPLETA?

Quiere decir que quedan restos de embarazo dentro del útero.

¿QUÉ OPCIONES TENGO?

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

Conducta expectante: consiste en esperar a que el propio cuerpo expulse de forma natural el saco del embarazo o los restos que queden. Esta opción es segura siempre que no haya fiebre o sangrado importante y es la opción recomendable para los casos en que se ha expulsado el embarazo pero todavía quedan restos dentro del útero. Se recomienda esperar entre 1-2 semanas. 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 medicamentos que ayuden a expulsar los restos del embarazo. Esta opción es la recomendable en las pérdidas gestacionales en que la medida del embrión es pequeña (menor a 2.3 cm) y siempre y cuando no haya fiebre ni sangrado importante (80% éxito). Con el tratamiento, es habitual que aparezca dolor superior al de una regla normal y sangrado, y a veces pueden aparecer algunos efectos secundarios de la medicación (náuseas, vómitos, diarrea y fiebre) que habitualmente son leves y muy tolerados. Si aparece un sangrado excesivo (más de dos

PROTOCOLO: MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

compresas/hora durante más de dos horas) y/o dolor que no cede tras la expulsión, habrá que consultar a un servicio de urgencias. Si en el control programado no se ha producido la expulsión se puede repetir de nuevo el tratamiento o programar la aspiración de los restos.

Tratamiento quirúrgico o aspirado: consiste en dilatar el cuello uterino y aspirar los restos. De todos los tratamientos este es el más eficaz. Requiere de anestesia (pudiendo ser local o habitualmente con sedación según los factores de riesgo asociados). Esta opción es la recomendable en las pérdidas gestacionales en las que el embrión sea grande (más de 23 mm) o cuando haya fiebre y / o sangrado importante. Si no hay síntomas relevantes se puede hacer de manera 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 5% en casos de tratamiento médico); como la hemorragia, la infección y la perforación uterina o cervical. Para reducir estas complicaciones es recomendable preparar el cuello uterino con una medicación 2-4 horas antes del aspirado. Además el aspirado puede incrementar ligeramente la infertilidad posterior.

¿QUÉ PRUEBAS SE PUEDEN HACER DEPENDIENDO DEL CASO CONCRETO?

Biopsia corial: Consiste en coger una muestra de tejido placentario antes de la expulsión del saco para analizar los cromosomas.

Estudio anatómico-patológico: consiste en analizar los restos del embarazo una vez expulsado y se realiza en casos seleccionados.

En general no se recomiendan otros estudios. En los casos seleccionados o en el supuesto de 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 la vacuna anti-D en los casos de pérdida espontánea de más de 8 semanas y/o siempre que se haya realizado un tratamiento médico o quirúrgico.

DUELO PERINATAL, ¿ES NORMAL?

La pérdida gestacional precoz comporta un proceso de duelo al cual cada paciente se adapta de manera diferente. En caso de aparición de signos de alarma como insomnio o alteración importante de la vida cotidiana habrá que buscar ayuda en el centro de atención primaria. También existen múltiples grupos de ayuda al duelo perinatal a disposición de las pacientes.

¿QUÉ TENGO QUE HACER DESPUÉS?

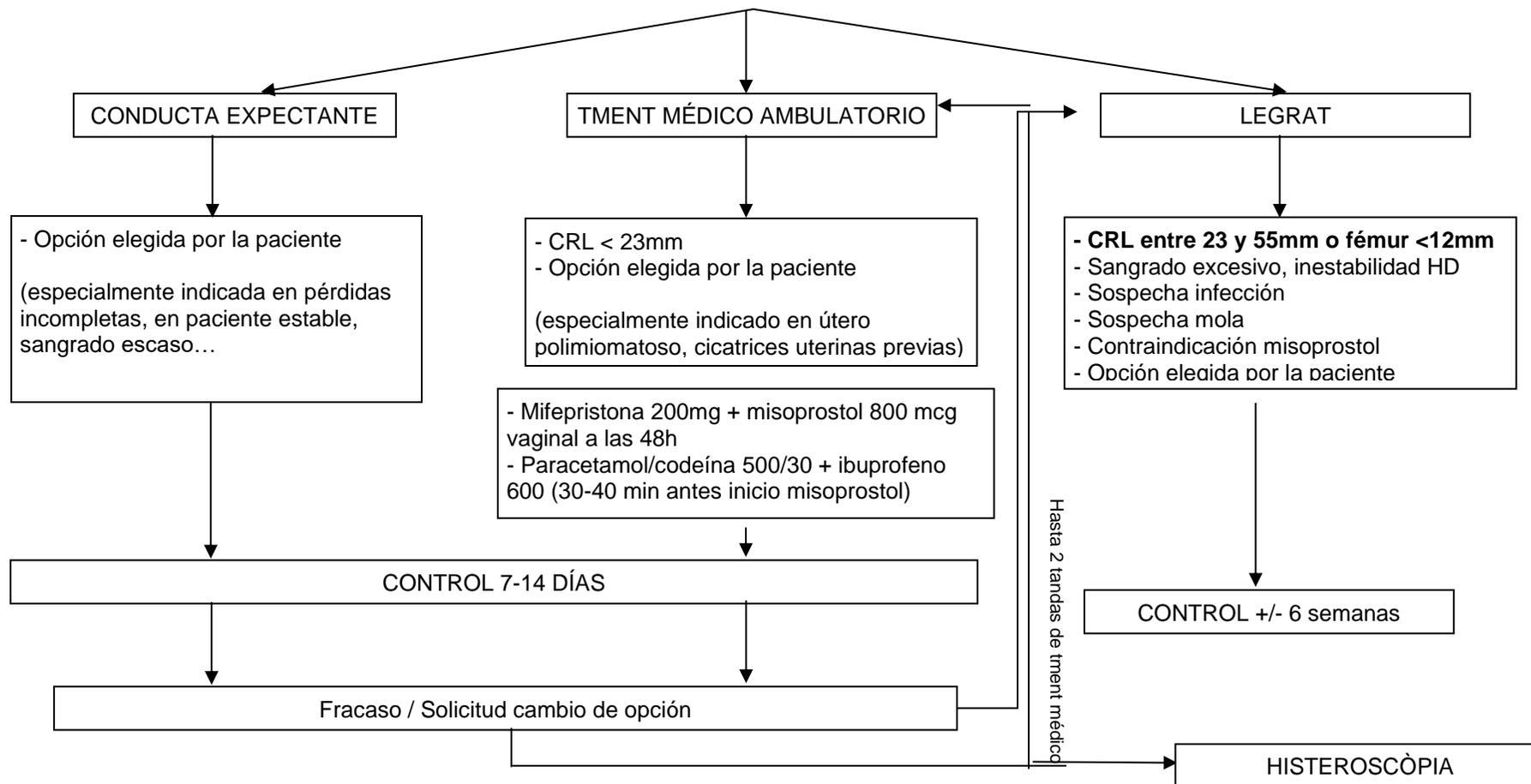
Para reducir el riesgo de infección, durante 2 semanas o mientras tenga pérdidas no use tampones ni tenga relaciones sexuales. Habitualmente la próxima regla la tendrá en 4-6 semanas pero puede ser irregular en cantidad o en frecuencia. En general se recomienda esperar una regla normal antes de buscar un siguiente embarazo, por lo cual tendrá que utilizar algún método anticonceptivo mientras tanto.

Cuando vuelva a buscar un embarazo tiene que empezar a tomar suplementos de ácido fólico, desde antes de la concepción hasta las 12 semanas de gestación, siguiendo las recomendaciones actuales.

En caso de duda o mal estado general puede dirigirse a su CAP próximo, a nuestro servicio de urgencias o llamar al 061 (CatSalut responde)

ANEXO 2

PERDIDA GESTACIONAL PRECOZ



ANEXO 3: FACTORES DE RIESGO DE COLONIZACIÓN POR BLEE/BLEA

Infección o colonización previa durante los últimos 6 meses por BLEE/BLEA (o algún otro germen multirresistente). **Criterio mayor**

2 o más de los siguientes **criterios menores**:

- Comorbilidades: Insuficiencia renal crónica, DM pregestacional, Hepatitis crónica, EPOC
- Inmunosupresión: neutropenia, trasplante de órgano sólido o precursores hematopoyéticos, corticoides (>20mg/día de prednisona o equivalente durante más de 2 semanas), inmunosupresores o citostáticos, VIH con <200CD4+, inmunodeficiencias primarias.
- Portadora de sonda vesical
- Antecedente de ingreso hospitalario >72h en los 3 meses previos
- Us de antibiótico sistémico (oral o ev) durante ≥ 5 días los 3 meses previos (ITUs de repetición)
- Procedente de áreas endémicas (Latinoamérica, Caribe, Asia, Región Mediterráneo extracomunitaria) que lleven <6 meses viviendo en nuestro país.