

1. HEMORRAGIA DE PRIMER TRIMESTRE

2. TEMA 48

3. CODIGO DE CIE-10: O209

O200 AMENAZA DE ABORTO

O208 OTRAS HEMORRAGIAS PRECOCES DEL EMBARAZO

O061 ABORTO ESPONTÁNEO COMPLETO O NO ESPECIFICADO

O031 ABORTO ESPONTÁNEO INCOMPLETO NO ESPECIFICADO

O009 EMBARAZO ECTÓPICO NO ESPECIFICADO.

O010 MOLA HIDATIDIFORME CLÁSICA

O011 MOLA HIDATIDIFORME INCOMPLETA O PARCIAL

O019 MOLA HIDATIDIFORME NO ESPECIFICADA

4. RESPONSABLE: JORGE ANTONIO CUBIDES AMEZQUITA¹. EILYN MARCELA ACOSTA BECERRA².

GENERALIDADES: Son hemorragias vaginales anormales en las primeras 20 semanas de gestación relacionadas con el aborto, embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica gestacional. Aborto se define como la terminación de un embarazo antes de la semana 20 de gestación o cuando no se conoce la edad gestacional y si el feto pesa menos de 500mg; la mayoría de los abortos espontáneos se deben a anomalías cromosómicas y morfológicas de los gametos, los embriones o los fetos; otras causas son anomalías anatómicas del aparato genital materno, enfermedades endocrinas, enfermedades sistémicas maternas, infecciones maternas, factores inmunológicos, tóxicos o traumáticos.

Se define como embarazo ectópico a la implantación de un óvulo fecundado en un sitio diferente a la cavidad uterina normal. La localización más frecuente ocurre a nivel tubárico, también se presenta a nivel cervical, intersticial, ovárico, o en el epiplón.

Las neoplasias trofoblásticas gestacionales son tumores derivados de las células del trofoblasto que histológicamente se caracterizan por su proliferación anormal o atípica, de comportamiento benigno o maligno, productores en todos los casos de un marcador tumoral y B-HCG mayor de 100.000 mUI/ml.

5. CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA: Se calcula que del 20%-30% de las gestaciones terminan en **aborto espontáneo**; hay estudios que indican incidencia de aborto entre 40%-50%. El 60% de los abortos antes de la semana 12 (aborto temprano) se deben a alteraciones cromosómicas. Mientras que en el aborto tardío (mayor de 12 semanas) es solo del 5%. El 50% de las **amenazas de aborto** terminan en aborto a pesar de cualquier medida terapéutica.

La prevalencia del **embarazo ectópico** es de alrededor de 3-12 por mil nacidos vivos. Constituye el 2% de los embarazos informados. El embarazo ectópico tubárico comprende un 95%-98% de los casos. Profamilia informa una tasa de 15 embarazos ectópicos por cada mil embarazos en Colombia. Hay factores de riesgo alto para embarazo ectópico como: cirugía tubárica, esterilización, embarazo ectópico previo, uso de DIU.

La **enfermedad trofoblástica gestacional** aparece entre 11 y 25 semanas de embarazo, en promedio, a las 18 semanas. El riesgo de que ocurra esta enfermedad es mayor en embarazadas menores de 15 años y mayores de 40.

Durante el primer trimestre del año 2006 en el Hospital de Yopal ESE al servicio de urgencias ingresaron 328 pacientes con diagnósticos relacionados con hemorragia de primer trimestre

¹ Médico Cirujano de la Universidad Nacional, Especialista en Auditoría de Servicios de Salud, Especialista en Gerencia Hospitalaria, Líder de Programa de Servicios Ambulatorios de Urgencias y Consulta Externa del Hospital de Yopal ESE.

² Médico Interno, Universidad de Boyacá.

entre los cuales se encontraban: el 35% a abortos incompletos, 21% a amenazas de aborto, 15.8% correspondiente a abortos completos, 12.1% a hemorragia precoz del embarazo, 6.0% a embarazos ectópicos, 5.7% a abortos retenidos, y 2.43% a mola hidatidiforme.

6. DIAGNOSTICO CLINICO: Aborto: Mujer en edad reproductiva que ha tenido relaciones sexuales, con cuadro clínico caracterizado por dolor hipogástrico intermitente y sangrado después de retraso menstrual o amenorrea, en quien se ha hecho previamente diagnóstico de embarazo se pensará en una amenaza de aborto.

Amenaza de Aborto: Sangrado de origen endouterino escaso, se presenta en las primeras 20 semanas de gestación, acompañado de dorsalgia, dolor tipo cólico menstrual y sin modificaciones cervicales.

Aborto Incompleto: Sangrado, dolor hipogástrico, modificación cervical, expulsión parcial de productos de la gestación

Aborto en curso: Contracciones uterinas dolorosas inminentes y progresivas, dilatación y borramiento cervical y sangrado endouterino, membranas ovulares íntegras.

Aborto completo: Expulsión completa de feto, placenta y membranas con disminución de hemorragia y del dolor.

Aborto retenido: Retención en la cavidad uterina de un embrión o feto muerto (incluyendo embarazo anembrionado), disminución de los síntomas del embarazo, OCI cerrado y tamaño uterino más pequeño de lo esperado.

Aborto Séptico: Fiebre, malestar general, escalofríos, dolor abdominal o pélvico, sangrado genital fétido, hipersensibilidad de útero.

Embarazo ectópico: Dolor pélvico o abdominal, amenorrea o alteraciones de la menstruación, síntomas subjetivos de embarazo, hemorragia y masa pélvica. El 90% de las mujeres se quejan de dolor, el 80% presentan hemorragias y el 70% refieren antecedentes de amenorrea³.

Los diagnósticos diferenciales se hace con EPI y apendicitis, cuerpo lúteo persistente, quiste ovárico funcional entre otros.

Enfermedad trofoblástica gestacional: Retraso menstrual o amenorrea, útero de mayor tamaño al apropiado para la amenorrea, hemorragia vaginal, síntomas subjetivos de embarazo.

7. DIAGNOSTICO PARACLINICO: Cuadro hemático, B-HCG cualitativa o cuantitativa, parcial de orina, Frotis de flujo vaginal, serología, ecografía, hemoclasificación.

La gonadotropina corionica humana (hCG) se puede detectar en sangre materna desde los 7 – 10 días de fertilización y guarda relación directa con el crecimiento trofoblastico. Normalmente se duplica la hCG cada 48 a 72 horas, cuando los niveles no ascienden de manera adecuada el pronostico del embarazo es pobre.

La ecografía transabdominal de alta resolución detecta sacos vitelinos desde la semana 5 de amenorrea (tres posconcepción). A la quinta semana posconcepción la ecografía puede mostrar actividad cardíaca⁴.

Con niveles de hCG de 5.000 a 6.000 mU/ml se puede observar saco gestacional con ecografía transabdominal (en 5 semanas de amenorrea o 3 de concepción). En la transvaginal desde 2.000 mU/ml (en la semana 4 de amenorrea).

Se debe sospechar embarazo ectópico una beta-HCG mayor de 2.000 mU/ml con ecografía transvaginal negativa, o beta-HCG mayor de 6.500 mU/ml con ecografía transabdominal negativa La posible excepción son gestaciones múltiples en los cuales se ha reportado valores mayores de 2.300 mU/ml antes de la identificación por ultrasonido transvaginal. Igualmente posterior a realizar un legrado uterino se debe reportar un descenso de al menos el 15% de los valores de la hormona a las 12 horas, de lo contrario considerar embarazo ectópico.

La detección transvaginal de masa anexial con beta-HCG de 1.000 mU/ml tiene una sensibilidad del 97%, especificidad del 99%, valor predictivo negativo y positivo del 98% para embarazo ectópico.

³ Manual de Urgencias Médicas, David M. Cline. Quinta Edición, pag 352.

⁴ En la transvaginal los hallazgos son de una semana previa.

La radiografía de abdomen es importante tener en cuenta en los casos de abortos sépticos con sospecha de maniobras abortivas, para evidenciar posibles cuerpos extraños y neumoperitoneo por perforación uterina.

8. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO:

Todos los casos se deben aplicar inicialmente ABC.

Aborto:

Amenaza de Aborto: a. Observación; b. Reposo absoluto en cama; c. Lactato de Ringer 1.000 cc y continuar 100cc/h; d. Butil Bromuro de Hioscina 1 amp IV cada 6 horas; e. Control de signos vitales; f. Control de hemorragia vaginal; g. S/S Hemograma, serología, hemoclasificación, uroanálisis, ecografía; h. Valoración y manejo por Ginecología y Obstetricia; i. Hospitalizar; j. CSV.

Aborto Incompleto: a. Observación; b. NVO; c. Lactato de Ringer 1.000 cc y continuar 100cc/h; d. Cuello semipermeable o cerrado (desfavorable) iniciar misoprostol 200 mcg intravaginal cada 4 horas; e. S/S Hemograma, serología, hemoclasificación, uroanálisis, ecografía; f. Valoración y manejo por Ginecología y Obstetricia; g. Hospitalizar; h. CSV; i. Preparar para legrado Obstétrico.

Aborto en curso y retenido⁵: a. Observación; b. NVO; c. Lactato de Ringer bolo de 1.000 cc y continuar 100 cc/h; d. En abortos menores a 12 semanas aplicar misoprostol 200 mcg cada 4 horas intravaginales si cuello es desfavorable. Si es mayor de 12 semanas igualmente aplicar misoprostol 200 mcg cada 4 horas intravaginal y apoyar con inducción de oxitocina 10 U en 500 cc L. Ringer pasar a 100 cc/hora; e. Control de signos vitales; f. Control de hemorragia vaginal; g. Valoración y manejo por Ginecología y Obstetricia; h. Hospitalizar; i. Preparar para legrado uterino obstétrico.

Aborto completo: a. Observación; b. Confirmación con ecografía; c. Si se ve necesario seguimiento con B-HCG; d. Valoración y manejo por Ginecología y Obstetricia.

Aborto Séptico: a. Estabilización hemodinámica de la paciente (dar asistencia precoz si hay SDR); b. NVO; c. L. Ringer bolo de 1.000 cc, continuar a 100 cc/h; d. Tratamiento Antibiótico con utilización de esquemas antibióticos de amplio espectro (Penicilina Cristalina 5.000UI IV c/4 horas + Metronidazol 500mg V.O c/8 horas ó Clindamicina 600mg IV c/6 horas + Aminoglucósido; Gentamicina 240mg IV c/día o Amikacina 1gr IV c/ día); e. S/S Hemograma, serología, hemoclasificación, uroanálisis, ecografía gases arteriales; f. Control de signos vitales y diuresis; g. Vigilancia de hemorragia vaginal; h. Hospitalizar; i. Valoración y manejo por Ginecología y Obstetricia.

Embarazo Ectópico: a. Hospitalizar si existe inestabilidad hemodinámica, acceso venoso con catéteres venosos de grueso calibre, obtener muestras para hemoclasificación, cuadro hemático, B-HCG cualitativa, B-HCG cuantitativa e iniciar reanimación hemodinámica con administración de cristaloides en infusión rápida. Control de signos vitales, hemorragia vaginal y diuresis. Valoración por Ginecología y Obstetricia.

Mola Hidatidiforme: a. Observación; b. Estabilidad hemodinámica; c. Líquidos endovenosos; d. Control de sangrado uterino y CSV; e. SS Laboratorios (B-HCG cualitativa-cuantitativa) y ayudas imagenológicas; f. Valoración y manejo por Ginecoobstetricia.

9. TIEMPO PROMEDIO DE ESTANCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: La estancia en el servicio de Urgencias no debe ser mayor a 12 horas, tiempo en el cual ya se tendrán reportes de

⁵ En abortos en curso o retenidos si son tempranos se manejan directamente con dilatación y legrado. Los tardíos con maduración cervical con prostaglandinas e inducción con oxitocina para expulsión espontánea, posterior se debe realizar legrado uterino.

laboratorios y ayudas imagenológicas que permitan determinar diagnóstico y definir conducta por Medicina General y/o Servicio de Ginecoobstetricia.

10. TRATAMIENTO AMBULATORIO: Si los pacientes se les define la conducta en tiempo menor de 12 horas en urgencias para los casos de amenaza de aborto y aborto completo pueden egresar directamente del servicio de urgencias pero bajo las órdenes de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, de lo contrario deben ser hospitalizados.

11. PARAMETROS QUE CONFORMAN LA AIU: Incluye la atención desde el ingreso de la paciente al servicio de urgencias, estabilización hemodinámica, control de signos vitales, control de sangrado uterino, solicitud de laboratorios y ayudas imagenológicas definidos en el numeral 7 y 8. Solicitud de valoración por medicina especializada Ginecoobstetricia.

