



HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PROTOCOLO DE MANEJO
HEMORRAGIAS PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

ABORTO

DEFINICIÓN : Interrupción del embarazo menor de 20 semanas o la pérdida de un embrión o de un feto que pesa menos de 500 gramos.

	Edad Gestacional	Peso	Muerte
Aborto	< 20 sem	< 500 g	Muerte Fetal Temprana
Feto Inmaduro	20 – 28	500 – 999	Muerte Fetal Intermedia
Feto Pretérmino	28 – 37	1000 - 2499	Muerte Fetal
Feto a Término	37 - 42	> 2500	Tardía

Peso fetal según la edad del embarazo.

Aborto Temprano : El que ocurre antes de la semana 12

Aborto Tardío : El que se presenta entre las 12 y 20 semanas

FORMAS CLÍNICAS DE ABORTO

- AMENAZA DE ABORTO
- ABORTO INEVITABLE
- ABORTO CONSUMADO
 - Aborto retenido
 - Aborto incompleto
 - Aborto completo
 - Aborto diferido

ETIOLOGÍA

La presencia de abortos antes de la semana 12 se asocia en el 60 % de los casos a alteraciones cromosómicas (50 % trisomía, 15 % monosomías x, triploidía, tetraploidía). Otras causas incluyen alteraciones morfológicas del aparato genital femenino como la incompetencia istmico-cervical relacionada frecuentemente con abortos a repetición; sinequias uterinas, miomatosis, útero uni o bicorne, tabicado. Otras causas son las siguientes endocrinopatías (insuficiencia del cuerpo lúteo, hiper o hipotiroidismo, diabetes m no controlada); factores ambientales que llevan a mutaciones, alteraciones cromosómicas o interferencias mitóticas.; factores autoinmunes (LES, anticuerpos antifosfolípidos, ausencia de anticuerpos de bloqueo).

Perdida Recurrente del Embarazo : Se define como la presencia de tres o mas abortos espontáneos, el cual requiere un estudio sistematizado, buscando la causa que actúa de forma permanente en la madre.

- ✓ Evaluación Uterina (Ecografía, Histerografía)
- ✓ Evaluación Genética (Cariotipo de la pareja)

- ✓ Evaluación Microbiológica (Cultivo de anaerobios, clamidias, micoplasma y ureoplasma)
- ✓ Evaluación Endocrina (Glicemia, función tiroidea, función lutea)
- ✓ Evaluación Inmunológica (Anticoagulante lúpico, ACA)

		Cuadro Clínico	Cambios Cervicales	Útero	Ecografía
Amenaza de Aborto		Dolor y Hemorragia	Cerrado	Acorde	Viabilidad
Aborto Inevitable		Persistencia	Dilatación	Acorde	**
Aborto Consumado	Retenido	Persistencia	Cerrado	Acorde	No viabilidad
	Incompleto	Persistencia	Dilatación	Disminuido	Restos
	Completo	Desaparición de síntomas	Dilatación	Disminuido	Vacío

** Ecografía: Características del embrión, vesícula embrionaria, vesícula vitelina, anomalías de la implantación, hematomas intracavitario, intracorial, subamniótico, subcorial, subdecidual.

EG (Semanas)	Días Post Concepción	Diámetro saco medio	Saco vitelino	Embrión	βHCG
4	14	5	-	-	1000
5	21	12	+	-	6000
6	28	18	+	+	17000
7	35	24	+	12 a 18 mm	47000
8	42	30	+	Morfología	88000

Cronograma de hallazgos ecográficos y hormonales durante el desarrollo embrionario normal; signos anómalos: saco de 10 mm sin saco vitelino, saco de 18 mm sin pulso fetal, saco de 24 mm sin embrión.

COMPLICACIONES

HEMORRAGIA: Tratamiento con reposición de líquidos y sangre, control con tensión arterial y hemograma.

INFECCIÓN: Caracterizada por fiebre, exudado purulento, maloliente a través de los genitales, palpación de útero y anexos dolorosa.

PELVIPERITONITIS : Caracterizado por íleo paralítico, distensión abdominal, meteorismo, náuseas, emesis, leucocitosis intensa.

Shock SÉPTICO: Fiebre, Oliguria que evoluciona a la anuria, hipoxia que lleva acidosis metabólica, plaquetopenia.

TRATAMIENTO:

- ✓ Reposición de líquidos y control de PVC
- ✓ Corrección de acidosis metabólica
- ✓ Terapéutica antibiótica
- ✓ Glucocorticoides (Dexametasona 6mg/k/día)
- ✓ Fármacos vasoactivos (Dopamina)
- ✓ Eliminación de foco séptico (legrado o histerectomía)

La Insuficiencia renal aguda se debe manejar con control del estado general, balance de hidroelectrolítico, y diálisis peritoneal y en el caso de necrosis cortical bilateral hemodiálisis.

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL

DEFINICIÓN : Proceso patológico derivado de las células trofoblásticas de la placenta humana que varían desde una enfermedad benigna como mola hidatidiforme hasta tumores malignos con progresión invasora y metástasis.

MOLA HIDATIDIFORME Degeneración del trofoblasto derivado de alteraciones genéticas.

TUMORES TROFOBLÁSTICOS A partir de restos molares no eliminados o embarazos normales o ectópicos en menor frecuencia.

ETIOLOGÍA La mola hidatidiforme completa solamente contiene cromosomas derivados del padre. Aproximadamente el 90 % tienen un cariotipo 46 XX, los cromosomas maternos faltan o están inactivos.

La mola parcial contiene un cariotipo triploide en el 60 % de los casos.

ANATOMIA PATOLÓGICA: Degeneración hidrópica de las vellosidades coriónicas con formación central de vesículas e hiperplasia del trofoblasto.

Completa: Conglomerado de forma ovoidea y consistencia blanda recubierto de sangre con coágulos y vesículas entre 1 y 30 mm

Parcial: Degeneración hidrópica focal.

Quistes luteínicos: Frecuentemente asociados a mola hidatidiforme completa, caracterizados por ser funcionales y secretan estradiol y progesterona.

CUADRO CLINICO: *MOLA COMPLETA*: Amenorrea asociada a hiperemesis en el 27 % de los casos, signos de preeclampsia, valores altos de β hCG, útero excesivamente grande para la edad gestacional con soplo uterino, hipertiroidismo e insuficiencia respiratoria producto de émbolos pulmonares de células trofoblásticas. Posteriormente aparece la metrorragia con anemia aguda o crónica, hidrorrea y expulsión de vesículas típicas molares.

MOLA PARCIAL : Clínicamente es difícil diferenciarlo de un aborto incompleto, el útero es más pequeño en relación con la amenorrea en el 66 % de los casos; puede haber signos de preeclampsia.

DIAGNOSTICO: Se realiza por medio de la clínica, exploración física, ecografía que muestra imágenes típicas de copos de nieve y quistes luteínicos, β hCG con valores elevados por encima de lo normal.

TRATAMIENTO: Estabilización hemodinámica, Estudio complementario con β hCG, RX de tórax y hemograma, Metotrexate – Actinomicina D, Legrado por Aspiración
Posteriormente se controla por medio de exploración física y β hCG cada mes durante los primeros 6 meses y cada 2 meses durante los 6 meses siguientes.

TUMORES TROFOBLÁSTICOS DE LA GESTACIÓN

FACTORES DE RIESGO

Título de hCG > 100000 mUI/mL

Útero mayor que amenorrea
Quistes luteínicos en ovario

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS FIGO:

- Enfermedad persistente con niveles elevados de β hCG por más de 4 semanas después de la evacuación.
- Ascenso secundario o aumento progresivo de la β hCG
- Curva en meseta (Títulos mantenidos por un mes. No avalado por la OMS)

El diagnóstico se realiza por medio de la anatomía patológica y la determinación de niveles elevados de β hCG.

Posteriormente se debe realizar una clasificación de la enfermedad por medio de palpación e inspección, urografía intravenosa, electroencefalograma y TAC cerebral, Rx de tórax, exploración de la pelvis, pruebas de función hepática, ecografía de hígado y legrado uterino.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL TUMOR TROFOBLÁSTICO DE LA GESTACIÓN SEGÚN FIGO (1991)

Estadio I	Tumor limitado al cuerpo uterino
Estadio II	Tumor extendido fuera del útero, pero limitado al aparato genital
Estadio III	Tumor extendido a los pulmones, con o sin afectación del aparato genital
Estadio IV	Metástasis del tumor en cualquier otra localización.

Antes de iniciar la quimioterapia es necesario clasificar según el pronóstico del tumor trofoblástico para el inicio de monoquimioterapia en caso de buen pronóstico o porliquimioterapia en caso de factores de mal pronóstico y resistencia a la monoterapia.

SIN / CON METÁSTASIS BUEN PRONÓSTICO:	CON METÁSTASIS MAL PRONÓSTICO:
Titulo de hCG < 40000 mUI/mL	Titulo de hCG > 40000 mUI/mL
Duración de síntomas menor de 4 meses	Duración de síntomas mayor de 4 meses
No hay metástasis en cerebro o hígado	Hay metástasis en cerebro o hígado
Sin quimioterapia previa	Fracaso de quimioterapia previa
Antecedente previo de mola vesicular	Antecedente previo de embarazo

EMBARAZO ECTÓPICO

DEFINICIÓN : Implantación de un óvulo fecundado en un sitio diferente a la cavidad uterina.

TIPOS DE EMBARAZO ECTÓPICO

- AMPULAR 85 %
- ISTMICO 13 %
- INTERSTICIAL 2 %
- ABDOMINAL
- CERVICAL

ETIOLOGÍA

- ALTERACIONES ANATÓMICAS Y FUNCIONALES (Infecciones Pélvicas, Endometriosis, Cirugía previa, DIU)
- MALA CALIDAD DEL OVULO FECUNDADO

FACTORES DE RIESGO

Alto Riesgo : Cirugía tubárica, Esterilización, Embarazo ectópico previo, DIU patología tubárica documentada.

Riesgo Moderado: Infertilidad, Infecciones genitales previas, múltiples compañeros sexuales

Bajo Riesgo: Cirugía pélvica o abdominal previa, fumar cigarrillo, ducha vaginal, edad temprana de la primera relación sexual (< 18 años).

CUADRO CLINICO:

ECTÓPICO NO ROTO : Consistente en dolor pélvico o abdominal, amenorrea, hemorragia genital, masa pélvica, útero aumentado de tamaño con cuello cerrado.

TUBÁRICO Caracterizado por desprendimiento del producto de la concepción y sangrado hacia la cavidad peritoneal, e irritación peritoneal que hace que el dolor sea más intenso, con disminución del sangrado. El cuello uterino esta cerrado y existe abombamiento leve del saco de Douglas. Culdocentesis positiva.

ROTO: Caracterizado por un cuadro de dolor intenso en hipogastrio y fosas iliacas, dolor en epigastrio y el hombro (omalgia por irritación del nervio frénico), abdomen agudo y shock hipovolémico. En la exploración vaginal hay dolor a la movilización del cuello, a la presión del fondo de saco posterior y al palpación bimanual, especialmente del lado comprometido. Es una emergencia quirúrgica. Culdocentesis positiva.

ROTO Y ORGANIZADO: Desaparición de la hemorragia, con localización del producto de la concepción en la cavidad abdominal. Existe dolor difuso con alteración de los ciclos menstruales. A la exploración pueden existir signos tardíos de hemoperitoneo como escleras ictericas, signo de cullen. Sangrado escaso de color oscuro, útero de tamaño normal, masa parauterina dolorosa, irregular y crepitante.

APOYOS DIAGNÓSTICOS:

- DOSIFICACIÓN SERIADA DE β HCG
- ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL

