

PROCOLO:

MANEJO DE LA PÉRDIDA GESTACIONAL TEMPRANA

1. PROPÓSITO

1.1 Diagnóstico y manejo clínico de mujeres con una pérdida gestacional antes de las 12 sem. Incluye principalmente a aquellas pacientes con aborto espontáneo, ya que tanto la enfermedad trofobástica como la gestación ectópica tienen sus guías específicas.

1.2 Determinar el lugar que ocupan los distintos test diagnósticos con algoritmos específicos. Determinar que opciones terapéuticas (expectante, médicas o quirúrgicas) deben estar disponibles para estas mujeres y que ellas salvo en circunstancias especiales puedan elegir entre las distintas opciones.

1.3 Determinar los beneficios de la creación de una unidad específica. Existen beneficios tanto clínicos como económicos asociados a la existencia de unidades específicas para el manejo de la gestación temprana amenazada. (40% menos de hospitalizaciones solo un 20% restante de ingreso en estancia corta) (Bigrigg MA. Management of women referred to early pregnancy assessment unit: care and effectiveness. Br Med J 1991; 302:577-9.)

Requerimientos:

Acceso fácil

Área especial con personal especializado

Servicio de programación eficiente

Acceso a un ecógrafo con sonda vaginal

Acceso al laboratorio (β -HCG, Progesterona, GS y RH)

Disponibilidad diaria durante días laborables

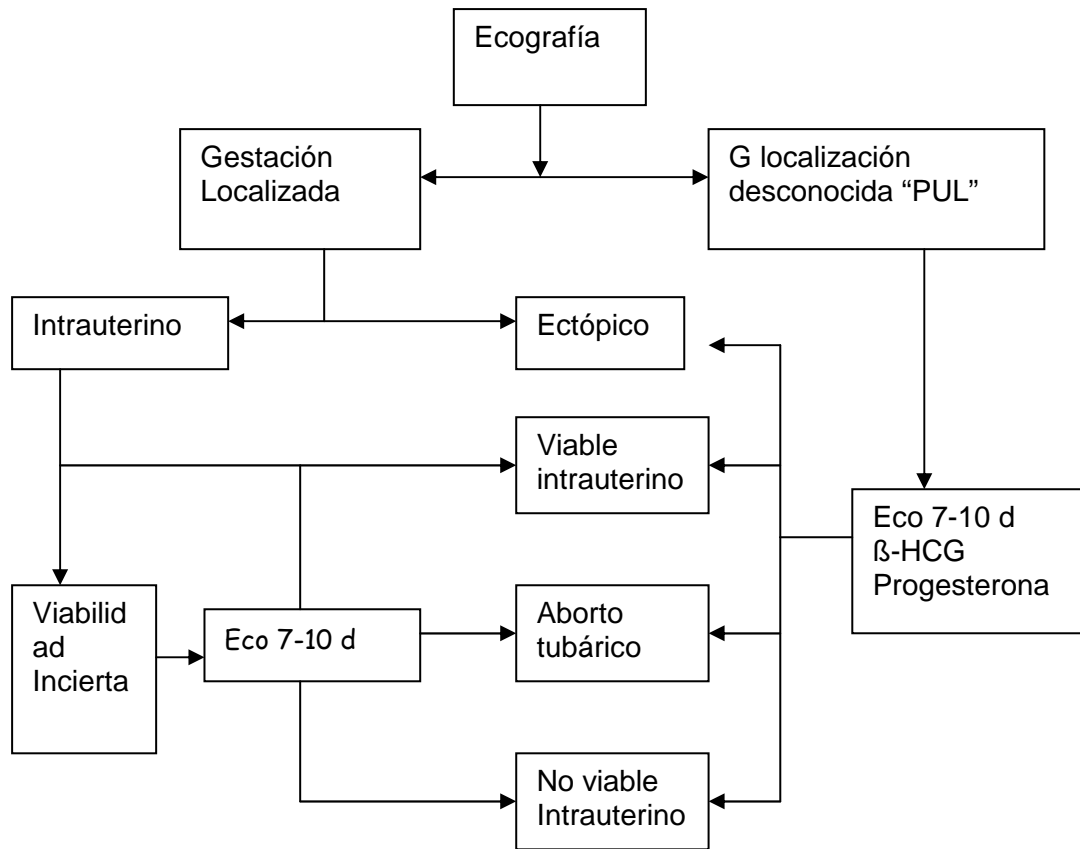
Hojas informativas

Informes de derivación y alta.

Manejo de la unidad:

Disponibilidad de algoritmos específicos (ya disponibles para gestación ectópica y enfermedad trofoblástica).

ALGORITMO BÁSICO



2.BACKGROUND

La prevalencia del aborto es de 10-20%; históricamente la mayoría de estas mujeres seguían un proceso rutinario de evacuación quirúrgica de sus restos. Sin embargo en los últimos 5 años con el acceso a técnicas diagnosticas más precisas y a nuevas opciones terapéuticas el manejo estándar ha cambiado hacia un tratamiento más conservador y ambulatorio.

3. TERMINOLOGÍA

Algunas de las observaciones de la sociedad europea de reproducción humana dentro del subgrupo de la gestación temprana aconsejan las siguientes definiciones para aumentar la claridad y consistencia de las definiciones:

Gestación de localización desconocida: Mujer con β-HCG sin signos de gestación intra o extrauterina y útero vacuo (ausencia de restos) (8-10%)

Gestación de viabilidad incierta: Saco gestacional < a 20 mm de diámetro sin vesícula ni embrión visibles ó embrión con CRL < 6 mm sin latido (10%).

Debe minimizarse en lo posible el número de mujeres pertenecientes a estos 2 grupos mediante el uso de ecografía transvaginal y criterios diagnósticos estrictos (lugar de implantación, reacción decidua (21 d), saco (26-29 d), luteoma)

Gestación anembrionada: saco gestacional con estructuras mínimas o ausentes

Aborto incipiente: Saco gestacional vacío o con feto sin latido < 12 sem

Aborto tardío: feto sin frecuencia cardiaca > 12 sem

Cuando se informa a las pacientes deben evitarse términos como el de “fallo” gestacional o “incompetencia cervical” “Huevo Huero” que contribuyen a un auto percepción negativa y empeoran el sentimiento de pérdida, culpabilidad, vergüenza o inseguridad.

4. PAPEL DE LA β -HCG

Puede positivizarse a los 9 días de gestación

>1.500 unidades: gestación visible por ecografía

Valores estancados en 1000 ui: (aborto o gestación de localización desconocida)

Valores muy elevados Gemelar, Heterotópicos Enfermedad trofoblástica o tumor de células germinales.

5. PAPEL DE LA PROGESTERONA

< 25 nmol /l: no viable, resolución espontánea, manejo expectante (no legrado)

25-60 nmol/l: gestación evolutiva

Ayuda limitada no debe utilizarse para tomar decisiones (legrado)

6. ADMINISTRACION DE δ -GLOBULINA ANTI-D

En casos de:

Gestación ectópica

Aborto o amenaza de aborto de más de 12 sem.

Necesidad de evacuación uterina quirúrgica (Use of anti-D Immunoglobulin for Rh Prophylaxis. Guideline No 22. London: RCOG; 2002)

7. ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICO

Solo en casos de indicación clínica (individualizar) (no existe suficiente evidencia para su uso sistemático)

8. EVACUACIÓN QUIRURGICA

8.1 Indicaciones:

Mujeres que lo prefieran

Sangrado persistente o excesivo

Inestabilidad Hemodinámica

Evidencia de infección (< 10%)

Enfermedad trofoblástica.

8.2 Condiciones:

Por aspiración (no es necesario el legrado de comprobación) (Forna F, Surgical procedures to evacuate incomplete abortion. Cochrane Database Syst Rev 2001; (1): CD001993.)

Anestesia local y sedación en las mujeres que lo prefieran

Cuando se sospecha infección diferir 24 h el procedimiento para tratamiento antibiótico ev.

8.3 *Complicaciones*: <1-2 %: Perforación, falsa vía, traumatismo abdominal

8.4 Prostaglandinas previas a evacuación quirúrgica

Facilitan la dilatación

Disminuye la hemorragia

Disminuye el riesgo de traumatismo cervical y uterino

La vía de administración (oral o vaginal) se basará en las circunstancias individuales del paciente.

9 ALTERNATIVAS A LA EVACUACIÓN QUIRURGICA.

9.1 MEDICOS:

Misoprostol, Mifepristona.

Complementan, no reemplazan la evacuación quirúrgica.

Deben ser elección de la paciente

La eficacia depende:

Tipo de aborto

Tamaño del saco

Seguimiento clínico o ecográfico.

Más eficaz en casos de aborto incompleto, dosis altas de misoprostol (1.200-1.400 µgr), administración vaginal, seguimiento clínico (no ecográfico)

En abortos retenidos (cuello cerrado y saco intacto) son más efectivos los regímenes más largos con mayor dosis de misoprostol y/o imprimación con Mifepristona

Pauta de administración:

Mifepristona 200 mg / v. o; 36-48 horas.

Misoprostol 1200-1400 µg /vaginal (6-8 comprimidos)

Administrar en dispensario, reevaluar cada 2 horas, ingreso cuando inicie sangrado

Ecografía y valorar legrado en caso de no expulsión

La infección pélvica es menor en casos de aborto incompleto tras tratamiento medico frente al tratamiento quirúrgico.

Debe informarse de la posibilidad de sangrado entre 14-21 días tras el tratamiento médico.

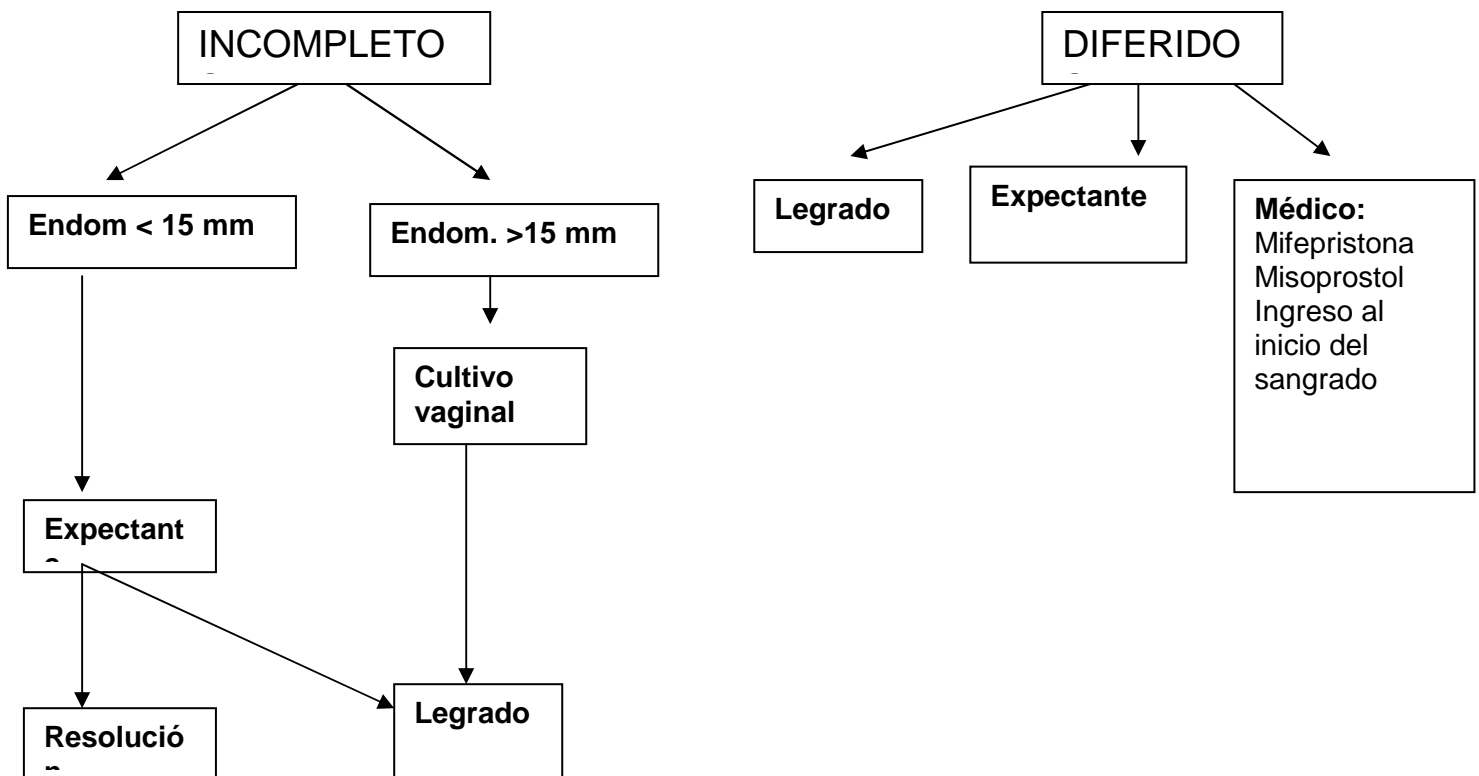
9.2 EXPECTANTE

Muy efectivo en abortos incompletos

En casos de saco integro es una conducta aceptable con la opción de conducta activa a una fecha determinada.

Aconsejable con grosor endometrial (diámetro antero-posterior < a 15 mm).

El manejo médico o expectante sólo debe ser ofrecido en unidades donde sea posible el seguimiento.



10. ANÁLISIS ANATOMOPATOLÓGICO DE LOS RESTOS ABORTIVOS

Todo el tejido expulsado u obtenido por legrado debe ser analizado histológicamente para descartar ectópicos o enfermedad trofoblástica.

11. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Cada pareja tiene diferentes necesidades y debe ser posible identificarlas para facilitar el proceso de duelo (test de detección de morbilidad psicológica)

ANEXO 1.

REQUERIMIENTOS PARA LEGRADO POR ASPIRACION AMBULATORIO INDICACIONES:

Abortos diferidos anembrionados, o restos abortivos refractarios al tto médico.

Si existe embrión, éste no debe sobrepasar los 25 mm. (8-9 SEM)

Sin contraindicaciones al misoprostol, diazepam o lidocaína.

Ausencia de coagulopatías

Programar 24 h después de biopsia de córion

Información oral y escrita y consentimiento

CIRCUITO

La paciente ingresará a las 9 de la mañana en ayunas (previamente se habrá colocado 2 comp de misoprostol 400 mgr vía vaginal preferentemente, 2 horas antes como mínimo)

Acompañada de un familiar y se presentará en la puerta 22

Se cursa ingreso en CMA y se administra Valium 5 mg sublingual

Se cambia de ropa, se estira en la camilla y la ATS le pone una vía periférica heparinizada.

Control de TA

A los 15 min. de la administración de diazepam se coloca a la paciente en posición ginecológica y se inicia el legrado.

Al finalizar, nuevo control de TA y se deja a la paciente en reposo.

Se administra un analgésico tipo AINE si precisa

Informe de alta y solicitud de AP

A la hora de la intervención si la paciente no sangra y las ctes son normales se envía a domicilio con instrucciones

Control en OBSPUR en 1 mes

TÉCNICA: TIEMPO DE PREPARACIÓN Y ANESTESIA

Administración de Diazepam 5 mgr sublingual

Cambio de ropa e ingreso en CMA

Colocación de venoclisis

Asepsia con povidona yodada

Inyección a las 3 y 9 horarias de 10 cc de Mepivacaína 1%

Colocación de Pozzi preferentemente a las 9 horarias

TÉCNICA: TIEMPO DE DILATACIÓN

Dilatadores de Hegar progresivos de ½ en ½ número hasta lograr una dilatación equivalente a las semanas de gestación.

Procedimiento ecoguiado

No es precisa la histerometría

TÉCNICA: TIEMPO DE EVACUACIÓN

Finalizada la dilatación, procedemos a la introducción de la cánula de Karman del mismo número que el máximo dilatador empleado.
Conectamos la fuente de vacío y trabajamos con presión negativa.
Idealmente se controla el proceso mediante ecografía.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Periodo de observación (30-60 min)
Profilaxis Rh si precisa
Profilaxis antibiótica (1 gr de metronidazol rectal + doxicilina 100 mgr VO/12 h durante 7 días
Control de ctes.

ALTA

Instrucciones verbales
Informe de alta y receta de Atb.
Citación en OBSPUR al mes para resultado de AP y/o biopsia de corion,

DESCRIPCIÓ DEL PROCÉS "LEGRAT AMBULATORI"

