

MANEIG DE LA PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ

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

1. INTRODUCCIÓ	2
2. DIAGNÒSTIC	3
3. MANEIG I TRACTAMENT	4
3.1. GESTACIÓ INTRAUTERINA D'EVOLUCIÓ INCERTA	4
3.2. AMENAÇA DE PÈRDUA GESTACIONAL	4
3.3. PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ	4
3.3.1. CONDUCTA EXPECTANT	5
3.3.2. TRACTAMENT MÈDIC AMBULATORI	5
3.3.3. TRACTAMENT QUIRÚRGIC	7
4. ESTUDI ANATOMIA PATOLÒGICA DE LES RESTES OVULARS	9
5. RECOMANACIONS POSTERiors A LA PÈRDUA GESTACIONAL	9
6. PRESÈNCIA DE PÈRDUES IRREGULARS O EVOLUCIÓ TÒRPIDA DESPRÉS DEL TRACTAMENT	9
7. AVORTAMENT SÈPTIC	10
8. PÈRDUA GESTACIONAL RECURRENT	11
9. DOL PERINATAL	12
10. CIRCUIT EN CASOS DE DIAGNÒSTIC D'UNA PÈRDUA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE A LA SEU HOSPITAL CLÍNIC-MATERNITAT	13
11. CIRCUIT EN CASOS DE DIAGNÒSTIC D'UNA PÈRDUA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE A SEU SANT JOAN DE DÉU (SJD)	15
ANNEX 1: FULL INFORMATIU PER A LA PACIENT AMB UNA PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ	17
ANNEX 2	19
ANNEX 3: FACTORS DE RISC DE COLONITZACIÓ PER BLEE/BLEA	20

1. INTRODUCCIÓ

La pèrdua gestacional precoç és aquella que es produeix **abans de les 12 setmanes** de gestació. És una patologia molt freqüent, ja que afecta del 10 al 20% de les gestacions. La majoria de les pèrdues es produeixen abans de les 10 setmanes de gestació: 1/3 de les mateixes es produeixen en el període preimplantacional i és menys freqüent la pèrdua gestacional un cop ja s'ha evidenciat un embrió amb freqüència cardíaca (FC) positiva a partir les 6-8 setmanes. La causa més freqüent de les pèrdues gestacionals precoces són les anomalies cromosòmiques, presents en un 65-70% dels casos. Altres causes menys freqüents són alteracions uterines (miomes submucosos, septes) i factors immunològics (Sd. Antifosfolípid), disfunció tiroïdal no tractada i tòxics externs (tabac, alcohol o fàrmacs). L'edat materna avançada (>40 anys) i l'antecedent de pèrdua gestacional precoç són els principals factors de risc que es poden identificar.

Patologies com la malaltia trofoblàstica gestacional, la gestació ectòpica, gestació de localització incerta i la pèrdua gestacional de segon trimestre (> 12 setmanes) disposen de protocols propis, pel que no es tractaran en aquest protocol.

NOMENCLATURA I DEFINICIONS

- **Pèrdua periimplantacional o preimplantacional:** aquella que es produeix abans de les 5 setmanes de gestació i que es detecta per una mala progressió de la b-HCG sense visualització de sac gestacional per ecografia.
- **Pèrdua preembrionària:** aquella que es produeix entre les 5.0-5.6 setmanes, amb evidència de sac gestacional (amb vesícula vitel·lina o no) però sense embrió ecogràficament visible.
- **Pèrdua embrionària:** aquella que es produeix entre les 6.0-9.6 setmanes, amb un embrió visible sense activitat cardíaca i amb un CRL inferior a 30mm.
- **Pèrdua fetal precoç:** la que es produeix entre les 10-12 setmanes, amb un fetus sense activitat cardíaca i amb un CRL superior a 30mm.
- **Pèrdua gestacional de segon trimestre:** 12.0-21.6 setmanes.
- **Pèrdua incompleta:** persistència de restes ovulars després de l'expulsió de l'embaràs, definida per un gruix endometrial superior a 15 mm, hiperecoic i/o heterogeni al control ecogràfic.
- **Pèrdua completa:** endometri <15mm i homogeni. La mesura de β HCG no és necessària pel diagnòstic de pèrdua gestacional completa ja que els valors es negativitzen a les dues setmanes. La positivitat de la β HCG a partir de les dues setmanes requereix estudi de la pacient per descartar retenció de restes ovulars, embaràs ectòpic no diagnosticat o malaltia trofoblàstica gestacional.
- **Gestació de localització incerta (PUL – pregnancy of unknown location):** es defineix com aquella situació en la que el test d'embaràs és positiu però no hi ha signes de gestació intrauterina ni extrauterina per ecografia transvaginal.

PROTOCOLO: MANEIG DE LA PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ

2. DIAGNÒSTIC

El diagnòstic de pèrdua gestacional precoç cal fer-lo de manera oportuna i cal tenir especial cura per confirmar que es compleixen els criteris diagnòstics per evitar interrompre una gestació evolutiva (Taula 1 - *Doubilet et al. NEJM 2013*). La conducta expectant durant un curt període de temps per tal de permetre una avaluació addicional té pocs riscos.

Taula 1. Criteris suggestius i criteris diagnòstics de pèrdua gestacional precoç

<i>CRITERIS SUGGESTIUS PERÒ NO DIAGNÒSTICS DE PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ</i>
<ul style="list-style-type: none">- CRL < 7mm sense activitat cardíaca- Diàmetre del sac gestacional entre 16 i 25mm sense embrió- Absència d'embrió amb activitat cardíaca entre 7 i 13 dies després d'una ecografia amb sac gestacional sense vesícula vitel·lina- Absència d'embrió amb activitat cardíaca entre 7 i 10 dies després d'una ecografia amb sac gestacional i vesícula vitel·lina- Absència d'embrió ≥ 6 setmanes després de la data d'última regla- Amnis buit (amnis visualitzat adjacent a vesícula vitel·lina, sense embrió visible)- Vesícula vitel·lina elongada (>7mm)- Sac gestacional petit en comparació amb la mida de l'embrió (<5mm de diferència entre diàmetre del sac gestacional i el CRL)- Freqüència cardíaca inferior a 100 batecs per minut- Presència d'hematoma subcorial massiu
<i>CRITERIS <u>DIAGNÒSTICS</u> PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ</i> (mitjançant ecografia transvaginal)
Si es compleixen algun dels següents criteris: <ol style="list-style-type: none">1- CRL ≥ 7mm sense activitat cardíaca.2- Absència d'embrió amb activitat cardíaca ≥ 2 setmanes després d'una ecografia amb sac gestacional sense vesícula vitel·lina.3- Absència d'embrió amb activitat cardíaca > 11 dies després d'una ecografia amb sac gestacional i vesícula vitel·lina.4- Diàmetre mig del sac gestacional ≥ 25mm sense embrió ni vesícula vitel·lina al seu interior (diàmetre mitjà entre els dos diàmetres que es mesuren quan s'obté la imatge amb la màxima grandària del sac gestacional).

3. MANEIG I TRACTAMENT

3.1. GESTACIÓ INTRAUTERINA D'EVOLUCIÓ INCERTA

Es considera gestació d'evolució incerta aquella gestació que compleix criteris suggestius però no diagnòstics de pèrdua gestacional precoç.

En aquests casos es recomana una **nova avaluació en 10-14 dies** al centre d'atenció primària o de referència per seguiment.

3.2. AMENAÇA DE PÈRDUA GESTACIONAL

Si la pacient presenta clínica compatible amb amenaça de pèrdua gestacional (metrorràgia) es recomana evitar l'exercici físic intens, i no mantenir relacions sexuals. No hi ha evidència que indiqui que recomanar el repòs absolut, enllitament o el tractament amb progesterona vaginal millori la taxa de recent nascut viu en aquestes pacients en general. No obstant, en pacients amb **antecedents d'un o més pèrdues gestacionals prèvies** existeixen estudis recents que han demostrat que el tractament amb **progesterona vaginal** des de l'inici dels símptomes fins a la setmana 16.6 augmenta la taxa de recent nascut viu (*Devall et al, Cochrane Database Syst Rev, 2021*). **Per tant en pacients amb amenaça de pèrdua gestacional precoç (metrorràgia) i amb antecedent d'almenys una pèrdua gestacional prèvia recomanarem el tractament amb progesterona vaginal 400mg/12h (subvencionat: Cyclogest® òvuls 400mg) des de l'inici del sagnat fins les 16.6 setmanes.**

3.3. PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ

Quan es compleixin els criteris diagnòstics de pèrdua gestacional precoç les opcions terapèutiques disponibles són: la conducta expectant, el tractament mèdic ambulatori i el tractament quirúrgic. S'explicaran els tractaments disponibles i la nostra recomanació segons la situació clínica per tal de que la pacient pugui triar la opció després de rebre informació de totes les alternatives i s'entregarà el tríptic informatiu que consta a l'ANNEX 1.

Es sol·licitarà una analítica amb hemograma, proves de coagulació i grup sanguini i Rh en totes les pacients en que no es disposi d'aquesta informació.

L'administració de la gammaglobulina anti-D està indicada en les pacients Rh negatives en cas de:

- tractament quirúrgic o mèdic.
- Pèrdues espontànies de > 8 setmanes de gestació.
- En cas de persistència de restes i repetició de tractament mèdic o quirúrgic quan hagin passat >3 setmanes.

S'oferirà la possibilitat de realitzar una **BIÒPSIA CORIAL** en tots els casos de pèrdues gestacionals precoces diferides, no en curs, per tal d'analitzar la dotació cromosòmica de la gestació i poder oferir consell genètic si fos el cas, de cara a futures gestacions.

PROTOCOLO: MANEIG DE LA PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ

La biòpsia corial es realitzarà a la unitat de Medicina Fetal (seu Maternitat) en cas de conducta expectant o tractament mèdic. Si s'opta pel tractament quirúrgic es programarà a Medicina Fetal o bé a quiròfan segons el dia de la setmana (veure apartat 10). S'haurà de sol·licitar **QF-PCR + Cariotip convencional** de la mostra de biòpsia + **QF-PCR en rentat bucal matern** per descartar contaminació materna de la mostra. Els resultats es donaran a la consulta de diagnòstic prenatal al cap de 5 setmanes. A seu SJD es realitzarà a urgències, per part de personal entrenat, en el moment del diagnòstic o bé a quiròfan en cas de tractament quirúrgic (programar procediment a agenda OBS GEU prestació Biòpsia corial).

3.3.1. CONDUCTA EXPECTANT

Consisteix en esperar a la resolució espontània del procés. No existeix un límit superior definit a la literatura, però el període de major possibilitat d'expulsió espontània és el que comprèn els primers 7-14 dies des del diagnòstic. És la conducta que ofereix la taxa d'efectivitat més baixa de manera generalitzada, oscil·lant entre el 40 i el 70%.

Recomanada en cas de:

- Pèrdua incompleta, és a dir quan persisteixen restes ovulars després de l'expulsió de l'embaràs (gruix endometrial > 15 mm i/o heterogeni o hiperecoic) en absència de metrorràgia important o síndrome febril.

Seguiment:

Es farà als 7-14 dies al seu centre d'atenció primària o centre de referència.

En cas de que no es produeixi l'expulsió passat aquest temps, s'oferirà a la pacient les altres opcions terapèutiques (tractament mèdic o tractament quirúrgic) i en cas de persistència de restes es tractarà al punt 6 d'aquest protocol.

3.3.2. TRACTAMENT MÈDIC AMBULATORI

Consisteix en administrar una medicació (generalment misoprostol) dirigida a desencadenar contraccions uterines per tal d'aconseguir el buidat del contingut endouterí, ja sigui del sac gestacional o de restes ovulars.

Recomanat en cas de:

- Pèrdues preembrionàries i embrionàries amb CRL \leq 31mm (**\leq 10 setmanes**)
- Altament recomanable en pacients amb **úter miomatós** o amb **cicatricus** de cesària o miomectomia prèvies.

Tractament:

Encara que existeixen diferents pautes farmacològiques amb una eficàcia global entre el 80-90%, la que ha demostrat una eficàcia major és la administració de mifepristona 200mg via oral + 800mcg de misoprostol a les 48 hores via vaginal, dosi única, pel que es considera la pauta d'elecció.

PROTOCOLO: MANEIG DE LA PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ

L'opció alternativa per la via d'administració del misoprostol és la via bucal (introducció dels comprimits entre els llavis i les genives esperant 30min abans de la seva deglució) però cal tenir en compte que aquesta via d'administració ocasiona més efectes secundaris sistèmics.

Cal omplir el full de farmàcia per la mifepristona (recepta blanca) i firmar el consentiment informat específic per a la utilització de misoprostol per a aquesta finalitat. La pauta farmacològica amb mifepristona + misoprostol presenta una màxima efectivitat en les primeres 48 hores de l'administració del misoprostol, però el temps de sagnat pot ser variable i es pot perllongar fins als 14-21 dies. Cal explicar a la pacient que presentarà sagnat a domicili i dolor de característiques dismenorreïques. És important associar medicació analgèsica a la pauta de misoprostol i cal donar signes d'alarma per a consultar a urgències (sagnat excessiu [més de dues compreses/hora durant més de dues hores] i dolor que no cedeix després de la expulsió).

Pauta de tractament recomanada:

Mifepristona 200mg via oral
A les 48 hores:
Paracetamol-codeïna 500/30mg + Ibuprofè 600 mg 30-40 min abans del misoprostol
+
Misoprostol 800mcg dosis única via vaginal
+
Repetició de la pauta analgèsica cada 6/8h si el dolor persisteix

Efectes secundaris/Complicacions:

La taxa de complicacions del tractament mèdic és inferior al 3% (principalment sagnat i infecció).

Efectes secundaris de la medicació (misoprostol): generalment apareixen 4-6 hores després de la seva administració:

- **Sagnat abundant.** És un paràmetre de difícil valoració però es considera un sagnat abundant quan la pacient requereix més de dues compreses/hora durant més de dues hores. En <1% pot requerir hemostàsia quirúrgica i/o transfusió.
- **Dolor abdominal** (dismenorreïc). Cal administrar sempre analgèsia profilàctica.
- **Simptomatologia gastrointestinal:** diarrea, nàusees i vòmits.
- **Febrícula o febre i calfreds.** Es tracta d'una febre d'origen central de fins a 38.5°C.
- **Exantema i pruija a palmells** i plantes.
- **Infecció** (<2%). No es recomana el tractament antibiòtic profilàctic universal en el tractament mèdic de la pèrdua gestacional precoç diferida.

PROTOCOLO: MANEIG DE LA PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ

Contraindicacions al misoprostol i/o al tractament mèdic:

Contraindicacions	No recomanable:
<ul style="list-style-type: none">- Al·lèrgia progesterona- Sospita ectòpic- Sospita malaltia trofoblàstica gestacional- Hipotensió- Malaltia inflamatoria intestinal- Glaucoma- Porfíria hereditaria- Insuficiència suprarenal crònica- Asma greu- Infecció- Hemorràgia important- Anèmia severa (Hb:<9g/dl)- Alteracions coagulació- Gestació amb DIU in situ	<ul style="list-style-type: none">- Insuficiència renal o hepàtica- IMC<18.5 Atenció especial: <ul style="list-style-type: none">- Anèmia no severa- Malaltia o risc cardiovascular- Tractament perllongat corticoids- Epilèpsia

No està contraindicat en cas de: disfuncions tiroïdals, diabetis insulíndependent, embaràs múltiple, obesitat, tabaquisme, malformacions uterines, cirurgia prèvia del cèrvix uterí (conitzacions, etc.), asma lleu (presència de crisis asmàtiques ocasionals i no tractament broncodilatador de base).

En cas **d'al·letament matern** no està contraindicat ni l'administració de misoprostol ni mifepristona.

Seguiment

Visita de control en 7-10 dies al seu centre d'atenció primària (en pacients seleccionades o sense vinculació al centre d'atenció es remetrà a UPGP (Unitat de patologia gestacional precoç). Si en aquest moment no s'ha produït l'expulsió, i la pacient ho desitja, es pot repetir una segona pauta de tractament (Mifepristona 200mg oral + misoprostol 800mcg vaginal a les 48h) o programar un aspirat endouterí.

3.3.3. TRACTAMENT QUIRÚRGIC

Consisteix en l'aspirat del contingut endouterí i es considera la opció que ofereix una efectivitat més alta, amb una taxa d'evacuació completa del 97%.

Cal explicar a la pacient el procediment que es realitzarà i firmar el consentiment informat específic.

Valorar la realització d'una ecografia transvaginal prèvia a la realització de l'aspirat endouterí per tal de valorar la posició uterina, presència de miomes, malformacions uterines, que puguin dificultar tècnicament la intervenció.

PROTOCOLO: MANEIG DE LA PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ

Indicacions:

- **Sagnat excessiu o inestabilitat hemodinàmica.**
- Evidència o alta sospita d'**infecció**. En aquests casos està indicada la seva realització sota cobertura antibiòtica endovenosa (veure apartat d'avortament sèptic).
- Sospita de **malaltia trofoblàstica gestacional** (veure protocol específic).
- Pèrdues entre **10.0 i 12.0 setmanes** (CRL > 31mm i < 55mm)
- Pèrdues entre 12.1 i 13.6 setmanes en casos excepcionals, sempre que la longitud de fèmur sigui <12mm
- **Contraindicació** de tractament amb misoprostol.

Maduració cervical prèvia

Es recomana en tots els casos previ al procediment electiu per a facilitar la dilatació cervical, disminuir l'hemorràgia i el risc de traumatisme cervical i uterí. El tractament d'elecció és el misoprostol (400mcg via vaginal 2-4 hores abans del procediment). En cas de contraindicació, al·lèrgia o intolerància al misoprostol es pot fer servir la mifepristona 200mg vo 36-48h abans del procediment o la dilatació mecànica amb Dilapan (4-6 hores abans del procediment) com a alternatives.

Profilaxi antibiòtica

La profilaxi antibiòtica prèvia a l'aspirat endouterí ha demostrat reduir el risc d'infecció entre el 50-60%. S'administrarà Cefazolina 3g ev + Metronidazol 500mg ev abans de la inducció anestèsica. L'antibiòtic d'elecció en cas de al·lèrgia a la penicil·lina serà Tigeciclina 100mg ev + Metronidazol 500mg ev.

Efectes secundaris/Complicacions aspirat:

- Necessitat d'anestèsia (sedació)
- Risc de complicacions greus (9,5% vs 5% en la conducta expectant vs 3% en el tractament mèdic): perforació uterina, laceració cervical, Sd. d'Asherman, lleu increment del risc de malaltia inflamatòria pelviana, d'infertilitat i de part preterme en la gestació posterior.

Seguiment

En cas de resultat AP pendent, visita telefònica de control en 4- 6 setmanes a dispensari específic (UPGP (Unitat de patologia gestacional precoç) a Seu Maternitat i CCEE Mig Risc a seu SJD). En cas d'AP no indicada (i excepte casos especials de complicacions post tractament quirúrgic, etc.) remetre per control al ginecòleg del CAP (telefònic).

4. ESTUDI ANATOMIA PATOLÒGICA DE LES RESTES OVULARS

Es realitzarà l'estudi anatomo-patològic del material obtingut mitjançant l'aspirat endouterí en qualsevol dels següents casos:

- No evidència prèvia de sac gestacional, vesícula o embrió.
- Existència de sospita clínica, analítica o ecogràfica de mola hidatiforme (antecedent de mola, úter augmentat de tamany, quists tecaluteínics, hiperemesi, hipertiroïdisme clínic, expulsió de material vesicular, hipertensió de novo...)
- Trobada de beta-HCG >150.000 UI/L, si s'ha realitzat

En tots els casos en que s'hagi cursat l'estudi d'anatomia patològica, s'haurà de citar a la pacient telefònicament per a l'entrega de resultats al dispensari específic en 4-6 setmanes específic (UPGP a Seu Maternitat i CCEE Mig Risc a seu SJD).

5. RECOMANACIONS POSTERIORIS A LA PÈRDUA GESTACIONAL

- No utilitzar tampons, no mantenir relacions sexuals ni banys d'immersió durant 2 setmanes. En cas de persistència de restes aquest període s'allargarà mentre persisteixi el sagnat.
- Una vegada la pèrdua gestacional sigui completa es plantejarà iniciar anticoncepció. Es pot iniciar anticoncepció hormonal a l'inici de la següent menstruació. No hi ha contraindicacions per col·locar DIU posterior a un aspirat per pèrdua gestacional sempre i quant no hi hagi sospita d'infecció. L'administració/seguiment de l'anticoncepció la farà el ginecòleg del CAP.
- En cas de desig genèsic immediat es recomana no intentar una nova gestació fins després de la primera regla. Es recomanarà, com a qualsevol altre visita pregestacional, la presa d'àcid fòlic, mesures higiènic-dietètiques per evitar transmissió del citomegalovirus i hàbits de vida saludables (evitar obesitat i tabaquisme)

6. PRESÈNCIA DE PÈRDUES IRREGULARS O EVOLUCIÓ TÒRPIDA DESPRÉS DEL TRACTAMENT

En el cas que la pacient expliqui un sagnat anormal (spotting persistent, sagnat superior a menstruació) es realitzarà una ecografia. Un patró ecogràfic hiperecoic, heterogeni, amb captació Doppler i/o endometri>15mm 2 setmanes després de l'expulsió, suggereix retenció de restes ovulars (RPOC). Es valorarà el tamany, ecogenicitat i grau de vascularització (utilitzant PRF 0.3-1.2Hz: sense vascularització score 1/4, escassa vascularització score 2/4, abundant vascularització score 3-4/4).

Davant la sospita de RPOC utilitzarem la següent classificació (Gutenberg 2017):

PROTOCOLO: MANEIG DE LA PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ

Classificació de Gutenberg (2017)	
Tipus 0	Formació hiperecogènica avascular (score Doppler 1/4)
Tipus 1	Heterogenicitat endometrial amb mínima o vascularització absent (score 1-2/4)
Tipus 2	Formació altament vascularitzada i limitada en la cavitad uterina (score 3-4/4)
Tipus 3	Formació altament vascularitzada amb alta vascularització miometrial (score 3-4/4)

La conducta a seguir està detallada al protocol específic de RPOC. En els casos de sospita de RPOC la conducta recomanada serà una histeroscòpia a partir de les 8 setmanes excepte en cas de sagnat abundant (es realitzarà aspirat ecoguiat). A seu SJD es programarà ecografia ginecològica + histeroscòpia a CCEE GIGEN Dilluns en 6-8 setmanes.

En la resta de casos (endometri <15mm sense patró ecogràfic heterogeni ni captació Doppler) es recomanarà conducta expectant i valoració al centre d'atenció primària en 4-8 setmanes.

7. AVORTAMENT SÈPTIC

L'avortament sèptic consisteix en un avortament acompanyat d'infecció intrauterina. És més freqüent en dones amb avortament induït que espontani. La infecció inicialment intrauterina es pot estendre i causar salpingitis, peritonitis generalitzada i septicèmia. És important el diagnòstic ràpid ja que pot ser una malaltia severa amb risc vital si no es tracta de forma adequada.

Clínica:

Febre, mal estar general, dolor abdominal, sagnat vaginal i es pot observar sortida de material purulent per l' orifici cervical extern. Pot ser causa de xoc sèptic en casos greus (hipotensió, taquicàrdia, taquipnea). Analíticament trobarem leucocitosi (>15.000) amb desviació a l'esquerre i augment de PCR.

Etiologia:

Infecció per Staphylococcus aureus, bacils Gram negatius o cocs Gram positius. Infeccions múltiples amb microorganismes anaeròbics i fongs no són infreqüents.

Tractament:

- Ingrés hospitalari
- Estabilització amb fluids endovenosos (veure protocol de sepsi)
- Cursar cultiu endometrial (Cornier). En casos d'aparició de clínica tardana (>1 setmana post avortament) es cursarà també PCR Chlamydia.
- **Piperacilina-Tazobactam 4g/6h ev**
- Factors de risc BLEE/BLEA (Annex 3): Ertapenem 1g/24h

PROTOCOLO: MANEIG DE LA PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ

- Al·lèrgia penicil·lina: Tigeciclina 100mg primera dosi seguida de 50mg/12h ev + Metronidazol 500mg/12h ev.
- **Infecció d'aparició tardana (>1 setmana post avortament), PCR Chlamydia positiva o no resposta al tractament habitual:** afegir azitromicina 1g/setmana vo durant 3 setmanes. Alternativa ev: azitromicina 500mg ev/24h durant 2 dies. En cas d'al·lèrgia o intolerància: **Doxiciclina 100 mg/12 h vo** durant 7 dies.
- **Aspirat restes ovulars:** amb un mínim de 6-12h de l'inici de l'antibiòtic ev. No està indicat l'ús de fàrmacs per la dilatació cervical, en aquest cas utilitzarem Dilapan o talls de Hegar. Cursar cultiu i AP de les restes aspirades.
- Un cop passades 48h afebril es pot fer canvi a antibiòtic oral empíric: amoxicilina-clavulànic 875-125mg c/8h o Clindamicina 300mg c/8h en al·lèrgiques a la penicil·lina, fins a completar 7-10 dies. En el moment en què es disposi de l'antibiograma cal adequar el tractament antibiòtic.
- L'alta hospitalària es pot plantejar una vegada la pacient es mantingui afebril amb el tractament antibiòtic via oral.

Cal conèixer una complicació molt infreqüent, greu i letal com és el **xoc tòxic per Clostridium** (*Clostridium sordellii* i *Clostridium perfringens*). Aquesta entitat es manifesta inicialment amb una simptomatologia de nàusees, vòmits i dolor. És destacable l'absència de febre i un empitjorament al cap de 24-48 hores amb hipotensió, taquicàrdia, leucocitosi, edema generalitzat, hemoconcentració i xoc tòxic.

8. PÈRDUA GESTACIONAL RECURRENT

Es defineix com a pèrdua gestacional recurrent (PGR) com la pèrdua de dues o més gestacions <10 setmanes confirmades mitjançant b-HCG en orina o sèrum, consecutives o no.

- 2 pèrdues que incloguin com a mínim una pèrdua gestacional intrauterina (i excloent gestacions ectòpiques i molars). Les pèrdues amb alteració cromosòmica confirmada per biòpsia corial s'inclouran a l'estudi.
- 3 pèrdues preclínicas (pèrdues gestacionals bioquímiques o gestacions de localització incerta)
- En els casos amb 2 pèrdues preclínicas, i a l'espera de major grau d'evidència científica, es personalitzarà el maneig (especialment s'ha de valorar l'existència de factors de risc de gestació ectòpica, ja que existeix un major risc en parelles en PGR exclusivament preclínicas).

La prevalença de la PGR és difícil de determinar, però es creu que es situaria en 5% la pèrdua de dues gestacions i <2% de les parelles la pèrdua de més de dues gestacions. És molt important en aquests casos realitzar una biòpsia corial com a part de l'estudi de la PGR.

Davant d'una parella que compleixi els criteris d'estudi de la PGR i desig genèsic es derivarà la pacient a la unitat de patologia gestacional precoç (UPGP) en 4 setmanes per valorar derivar

PROTOCOLO: MANEIG DE LA PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ

a infertilitat (reproducció humana assistida). En cas de complir criteris des de UPGP es sol·licitarà visita a infertilitat en 6 setmanes + un estudi inicial previ a la visita (Perfil Pèrdua gestacional recurrent HCM al SAP) i visita a GESP2 de dilluns a dijous (Seu SJD).

- Ecografia ginecològica 3D (ECO esterilitat/FIV)
- Cariotip matern i patern
- TSH, T4
- Ac AAF (anticardiolipina IgG/IgM, anticoagulant lúpic, antib2glicoprot IgG/IgM)

9. DOL PERINATAL

La pèrdua gestacional precoç comporta un procés de dol que cada pacient s'hi adapta de manera diferent. Segons dades del nostre centre, obtingudes a partir d'enquestes validades realitzades 1 mes posterior a la pèrdua gestacional, fins a un 30% de dones presentaven ansietat, un 20% característiques clíniques de depressió i el 50% trastorn d'estrès posttraumàtic. És per això que entregarem a totes les pacients un tríptic amb informació sobre el dol perinatal (ANNEX 1).

Caldrà reconèixer l'existència del dol perinatal així com informar dels signes d'alarma (insomni, alteració important de la vida quotidiana) pels que la pacient hauria de buscar ajuda (metge d'atenció primària). Hi ha diferents grups de dol perinatal a disposició de les pacients.

PROTOCOLO: MANEIG DE LA PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ

10. CIRCUIT EN CASOS DE DIAGNÒSTIC D'UNA PÈRDUA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE A LA SEU HOSPITAL CLÍNIC-MATERNITAT

CONDUCTA EXPECTANT	TRACTAMENT MÈDIC	TRACTAMENT QUIRÚRGIC
Explicar opcions terapèutiques, entregar Annex 1 i plantejar la nostra recomanació		
Analítica: hemograma + coagulació si >2 mesos especificar només si aspirat endouterí. Grup sanguini i Rh si no disponibles		
	<ul style="list-style-type: none"> - Full farmàcia (recepta blanca) + consentiment informat misoprostol - Avisar supervisor de guàrdia (380043) o TCAI CCEE per mifepristona (farmàcia) - Administrar mifepristona - Entregar 800mcg misoprostol (administració a domicili a les 48 h). Stock misoprostol: <ul style="list-style-type: none"> - sala de parts - CCEE - Medicina fetal 	<ul style="list-style-type: none"> - Consentiment informat misoprostol i aspirat endouterí - Entregar 400mcg misoprostol si indicat (2-4 h abans de legrat) - Cefazolina 3g ev + Metronidazol 500mg ev previ a la inducció anestèsica. (Tigeciclina 100mg ev + Metronidazol 500mg ev si al·lèrgia a la penicil·lina)
	<ul style="list-style-type: none"> - Recepta Paracetamol-codeïna 500/30mg + Ibuprofè 600 mg 30-40 min abans del misoprostol Repetició de la pauta analgèsica cada 6/8h si el dolor persisteix - Recepta d'IG anti-D si indicada per administració en les 72 h posteriors a l'expulsió a CCEE infermeria 	Programació aspirat indicant si es realitzarà o no biòpsia corial: <ul style="list-style-type: none"> - Si diagnòstic Dill-Div 9-15h: Trucar SECMMF per programar (Ext 9946) - Si diagnòstic en la resta d'horari: Mail SECMMF (secmmf@clinic.cat) donant les dades de la pacient, es trucarà des de secretaria a la pacient per dir-li el dia que ha d'acudir a la intervenció.
	Si accepta biòpsia corial: <ul style="list-style-type: none"> - Programació (Ext 9945) - Tractament amb mifepristona + misoprostol a domicili posterior a la biòpsia corial 	Programar biòpsia corial prèvia. Si aspirat endouterí dimarts o dijous la biòpsia corial es realitzarà al mateix acte quirúrgic a sala de parts. <ul style="list-style-type: none"> - Demanar les pinces específiques i el medi de cultiu a ecos 2. - Cursar QF-PCR matern a mostra de rentat bucal i cariotip convencional a vellositats corials.
	Enviar consentiments informats a arxivar i consentiment misoprostol a farmàcia per proveir stock	

PROTOCOLO: MANEIG DE LA PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ

Seguiment al centre atenció primària en 7-14 dies	Seguiment: - UPGP en 6 setmanes (Telf) si resultat AP pendent - Si biòpsia corial: UDPCX en 4-5 setmanes
Administrar gammaglobulina ant-D si gestant Rh negativa	
Explicar signes d'alarma i reconsulta	

PROTOCOLO: MANEIG DE LA PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ

11. CIRCUIT EN CASOS DE DIAGNÒSTIC D'UNA PÈRDUA GESTACIONAL DE PRIMER TRIMESTRE A SEU SANT JOAN DE DÉU (SJD)

Un cop es diagnostiqui de la pèrdua gestacional tan ben sigui a consultes ecografia screening, medicina fetal, s'enviarà la pacient a urgències per explicar-li les opcions i per entregar-li les receptes o tractament. No és necessari que la pacient prengui la decisió del tipus de procediment que desitja al moment del diagnòstic, es pot donar la informació i programar visita de control a agenda OBS GEU.

CONDUCTA EXPECTANT	TRACTAMENT MÈDIC	TRACTAMENT QUIRÚRGIC
Explicar opcions terapèutiques, entregar Annex 1 i plantejar la nostra recomanació		
Analítica: hemograma + coagulació si >2 mesos. Grup sanguini i Rh si no disponible		
	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega i signatura del consentiment informat - Administrar mifepristona 200mg via oral (Stock Sala de parts/urgències) - Entregar 800mcg misoprostol. (Stock sala de parts) Administració vaginal a domicili a les 48 h. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consentiment informat misoprostol i aspirat endouterí - Entregar 400mcg misoprostol si indicat (2-4 h abans de legrat) - Cefazolina 3g ev + Metronidazol 500mg ev previ a la inducció anestèsica. (Tigeciclina 100mg ev + Metronidazol 500mg ev si al·lèrgia a la penicil·lina).
	<ul style="list-style-type: none"> - Recepta Paracetamol-codeïna 500/30mg + Ibuprofè 600 mg 30-40 min abans del misoprostol Repetició de la pauta analgèsica cada 6/8h si el dolor persisteix 	Programació aspirat indicant si es realitzarà o no biòpsia corial: <ul style="list-style-type: none"> - Realitzar sol·licitud quirúrgica i entregar a admissions d'urgències
	Si biòpsia corial: <ul style="list-style-type: none"> - Programació agenda agenda OBS GEU, prestació biòpsia corial d'urgències - Tractament amb misoprostol a domicili posterior a la biòpsia corial 	Si biòpsia corial, es realitzarà al mateix acte quirúrgic. <ul style="list-style-type: none"> -Programar a agenda OBS GEU prestació: biòpsia corial d'urgències Pinça específica a quiròfan i el medi de cultiu a nevera d'urgències - Cursar perfil: "OBS-BC Avortament 1rT" inclou QF-PCR+ cariotip convencional en cultiu llarg Enviar sempre mostra glopeig bucal matern
Escanejar i digitalitzar consentiments informats		

PROTOCOLO: MANEIG DE LA PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ

Seguiment a centre atenció primària 7-14 dies	Seguiment: -Telefònic a Mig Risc en 6 setmanes per resultats AP o biòpsia corial
Administrar gammaglobulina ant-D si gestant Rh negativa	
Explicar signes d'alarma i reconsulta	

Responsables del protocol:	L Nogué, A Peguero, M Ferrer, A Goncé, F Migliorelli, N Baños, L Salazar, M Isla, P Ferrer, T Borrell, M Palacio
Data del protocol i actualitzacions:	01/07/2010, 01/07/2019
Última actualització:	01/06/2023
Pròxima actualització:	01/06/2027
Codi Hospital Clínic:	MMF-4-2010
Codi Sant Joan de Deu:	

ANNEX 1: FULL INFORMATIU PER A LA PACIENT AMB UNA PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ

QUÈ ÉS UNA PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ?

És la pèrdua de l'embaràs en els 3 primers mesos de gestació. Se sol diagnosticar per l'aparició de sagnat i dolor, encara que en alguns casos pot no presentar símptomes i el diagnòstic es realitza en l'ecografia. Afecta un 15% de les gestacions i és més freqüent en les primeres 9 setmanes.

PER QUÈ PASSA?

En molts casos la causa és desconeguda i el risc que es torni a produir en el futur és molt baix. En els casos amb causa coneguda, la causa més freqüent es deu a un problema en els cromosomes. Perquè un embrió pugui desenvolupar-se bé cal que el nombre de cromosomes sigui normal i que aquests no presentin errors. Entre la resta de causes es troben les malformacions, els tòxics i algunes malalties maternes. L'activitat física, l'estrès i les relacions sexuals no estan relacionats amb les pèrdues precoces. En la majoria de casos, la pèrdua gestacional no es pot prevenir ni tractar.

QUÈ PASSA SI HE TINGUT UNA PÈRDUA COMPLETA?

Vol dir que amb el sagnat s'ha perdut l'embaràs completament. Això es pot saber fent una ecografia. Encara que no cal fer cap tractament, és normal que el sagnat duri 1 o 2 setmanes. Quan el sagnat desaparegui es pot tornar a l'activitat diària habitual.

QUÈ PASSA SI LA PÈRDUA ÉS INCOMPLETA?

Vol dir que queden restes d'embaràs dins de l'úter.

QUINES OPCIONS TINC?

Hi ha diverses opcions possibles. L'elecció d'una o altra depèn de si hi ha sagnat i / o dolor, de les setmanes d'embaràs i de les preferències personals:

Conducta expectant: consisteix a esperar que el propi cos expulsí de forma natural el sac de l'embaràs o les restes que queden. Aquesta opció és segura sempre que no hi hagi febre o sagnat important i és l'opció recomanable per als casos en què s'ha expulsat l'embaràs però que encara queden restes dins de l'úter. Es recomana esperar entre 1-2 setmanes. Passat aquest temps disminueix la probabilitat d'expulsió natural, pel que és recomanable valorar les altres opcions de tractament.

Tractament mèdic ambulatori: consisteix a utilitzar medicaments que ajudin a expulsar les restes de l'embaràs. Aquesta opció és la recomanable en les pèrdues de gestació en que la mida de l'embrió és petita (menor a 2.3 cm) i sempre hi quan no hi hagi febre ni sagnat important (80% èxit). Amb el tractament, és habitual que aparegui dolor superior al d'una regla normal i sagnat, i a vegades poden aparèixer alguns efectes secundaris de la medicació (náusees, vòmits, diarrea i febre) que habitualment són lleus i ben tolerats. Si apareix un sagnat excessiu (més de dues compreses/hora durant més de dues hores) i/o dolor que no cedeix després de la expulsió caldrà consultar a un servei d'urgències. Si al control programat no s'ha produït l'expulsió es pot repetir de nou el tractament o programar l'aspiració de les restes.

Tractament quirúrgic o aspirat: consisteix a dilatar el coll uterí i aspirar les restes. De tots els tractaments aquest és el més eficaç. Requereix d'anestèsia (podent ser local o habitualment amb sedació segons els factors de risc associats). Aquesta opció és la recomanable en les pèrdues gestacionals en les que l'embrió es gran

PROTOCOLO: MANEIG DE LA PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ

(més de 23 mm) o quan hi ha febre i / o sagnat important. Si no hi ha símptomes rellevants es pot fer de manera programada en 7-10 dies. És una operació amb baix risc de complicacions greus, però en conjunt té més complicacions que el tractament mèdic (9% en casos de tractament quirúrgic i 5% en casos de tractament mèdic); com l'hemorràgia, la infecció i la perforació uterina o cervical. Per reduir aquestes complicacions és recomanable preparar el coll uterí amb una medicació 2-4 hores abans del l'aspirat. A més a més l'aspirat pot incrementar lleugerament la infertilitat posterior.

QUINES PROVES ES PODEN FER DEPENDENT DEL CAS CONCRET?

Biòpsia corial: Consisteix en agafar una mostra de teixit placentari abans de l'expulsió del sac per analitzar els cromosomes.

Estudi anatomo-patològic: consisteix a analitzar les restes de l'embaràs un cop expulsat i es realitza en casos seleccionats.

En general no es recomanen altres estudis. En els casos seleccionats o en el cas que s'hagin produït 2 pèrdues o més es pot iniciar un estudi per establir unes recomanacions futures de forma personalitzada.

SE M'HA D'ADMINISTRAR LA GAMMAGLOBULINA ANTI-D?

Si el grup sanguini de la mare és Rh negatiu s'haurà d'administrar la vacuna anti-D en els casos de pèrdua espontània de més de 8 setmanes i/o sempre que s'hagi realitzat un tractament mèdic o quirúrgic.

DOL PERINATAL, ÉS NORMAL?

La pèrdua gestacional precoç comporta un procés de dol que cada pacient s'hi adapta de manera diferent. En cas d'aparició de signes d'alarma com insomni o alteració important de la vida quotidiana caldrà buscar ajuda al centre d'atenció primària. També existeixen múltiples grups d'ajuda de dol perinatal a disposició de les pacients.

QUÈ HE DE FER DESPRÉS?

Per reduir el risc d'infecció, durant 2 setmanes o mentre tingui pèrdues no faci servir tampons ni tingui relacions sexuals. Habitualment la propera regla la tindrà en 4-6 setmanes però pot ser irregular en quantitat o en freqüència. En general es recomana esperar una regla normal abans de buscar un següent embaràs, per la qual cosa haurà d'utilitzar algun mètode anticonceptiu mentrestant.

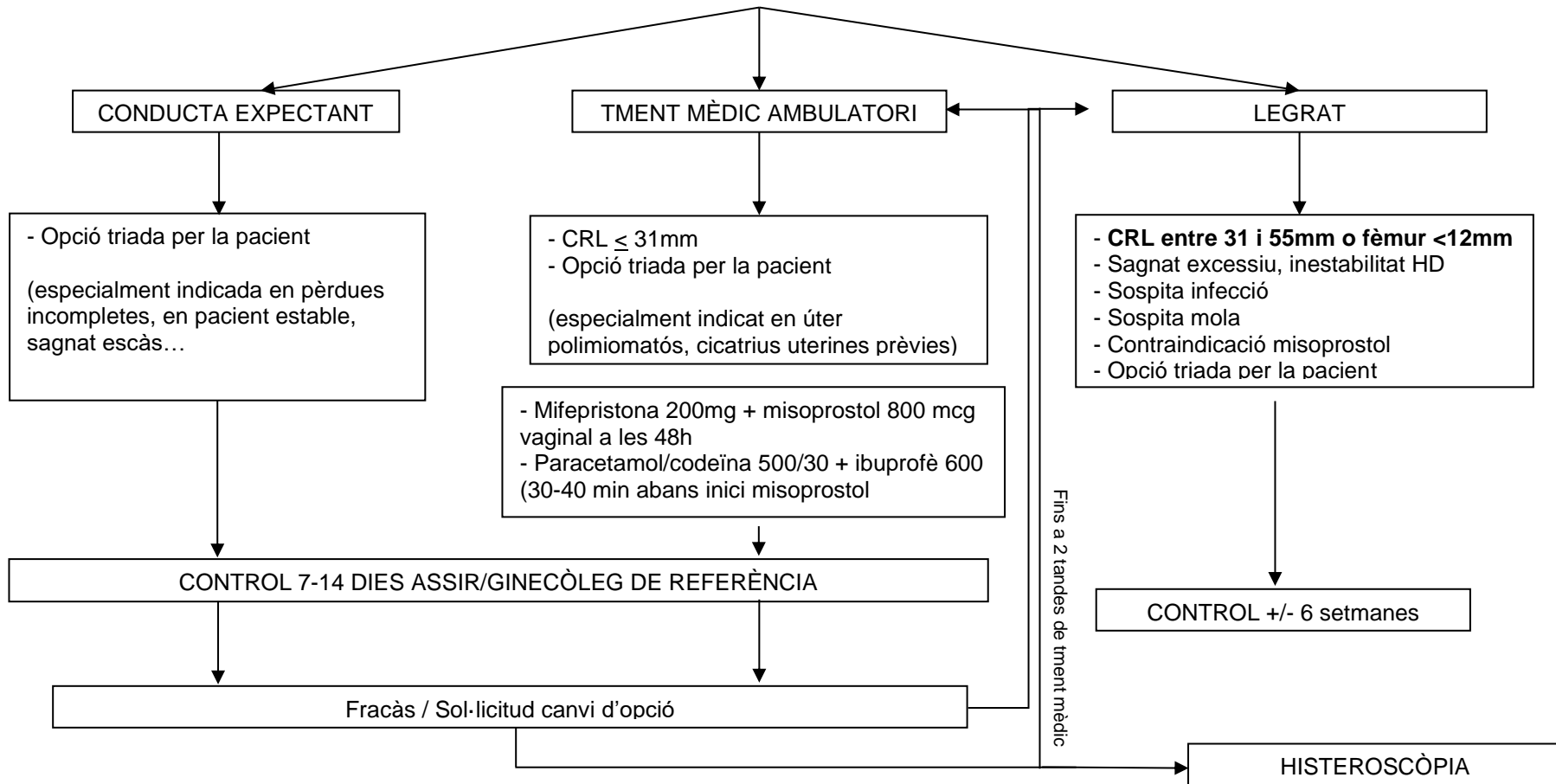
Quan torni a buscar un embaràs ha de començar a prendre suplementes d'àcid fòlic, des d'abans de la concepció fins a les 12 setmanes de gestació, seguint les recomanacions actuals.

En cas de dubte o mal estat general pot adreçar-se al seu CAP proper, al nostre servei d'urgències o trucar al 061 (CatSalut respon)

PROTOCOLO: MANEIG DE LA PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ

ANNEX 2

PERDUA GESTACIONAL PRECOÇ



ANNEX 3: FACTORS DE RISC DE COLONITZACIÓ PER BLEE/BLEA

Infecció o colonització prèvia durant els últims 6 mesos per BLEE/BLEA (o algun altre germen multiresistent). **Criteri major**

2 o més dels següents **criteris menors**:

- Comorbiditats: Insuficiència renal crònica, DM pregestacional, Hepatitis crònica, EPOC
- Immunosupressió: neutropènia, transplantament d'òrgan sòlid o precursors hematopoètics, corticoids (>20mg/dia de prednisona o equivalent durant més de 2 setmanes), immunosupressors o citostàtics, VIH amb <200CD4+, immunodeficiències primàries.
- Portadora de sonda vesical
- Antecedent d'ingrés hospitalari >72h en els 3 mesos previs
- Us d'antibiòtic sistèmic (oral o ev) durant ≥ 5 dies els 3 mesos previs (ITUs de repetició)
- Procedent d'àrees endèmiques (Llatinoamèrica, Carib, Àsia, Regió Mediterrània extracomunitària) que portin <6 mesos vivint al nostre país.