



Capítulo 15

Hemorragias en el primer trimestre de la gestación

Mariana Torres Pineda

Residente de Ginecología y Obstetricia
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

Introducción

Se estima que aproximadamente el 25 % de las gestantes presentan sangrado vaginal en el primer trimestre del embarazo y que, según su etiología, puede estar o no acompañado de dolor pélvico o abdominal. Se requiere una adecuada anamnesis, un examen físico completo y posiblemente estudios de laboratorio o imágenes que sirvan de apoyo para el diagnóstico diferencial, puesto que se trata de un espectro amplio de entidades clínicas (1).

Es preciso indagar por las características de los ciclos menstruales de la paciente, la fecha de la última menstruación, si cuenta con ecografías donde se documente la localización del embarazo, la cantidad del sangrado, la asociación o no con dolor y sus características, así como síntomas de bajo gasto cardíaco. Al examen físico, inicialmente debe evaluarse la estabilidad hemodinámica y si la paciente presenta signos de irritación peritoneal, en cuyo caso deberá iniciarse una reanimación guiada por metas y definir posible manejo quirúrgico. También se deben descartar causas no obstétricas del sangrado, tales como vaginitis, cervicitis o pólipos cervicales; por esto es pertinente realizar una vaginoscopia, y en caso de evidenciarse salida de productos de la concepción por el orificio cervical externo, se procedería a tratar como aborto incompleto. Si en la vaginoscopia no se ven causas no obstétricas ni productos de la concepción, se deben solicitar las ayudas diagnósticas pertinentes (1).

Herramientas diagnósticas

La hormona gonadotropina coriónica humana fracción beta (β -hCG) es detectable en suero materno tan pronto como 8 días luego de la concepción y tiende a estabilizarse luego de la semana 10 al llegar alrededor de las 100.000 mUI/ml (1,2). El nivel discriminatorio de β -HCG, con el cual debe apreciarse un saco gestacional durante la ecografía transvaginal no está claramente definido; entre las diferentes sociedades puede fluctuar entre 1.500 y 3.500 mUI/ml con el fin de evitar la interrupción de embarazos intrauterinos tempranos que no se hayan identificado por ecografía. El comportamiento de los niveles séricos de esta hormona proporciona información importante sobre el adecuado progreso de la gestación. Es así como si se encuentra una β -HCG inicial <1.500 mUI/ml a las 48 horas debe aumentar al menos un 49 % con respecto al primer valor, si la medición inicial está entre 1.500 y 3.000 mUI/ml debe aumentar al menos el 40 %, y si el valor

inicial está por encima de las 3.000 mUI/ml debe aumentar al menos el 33 %. El 99 % de los embarazos intrauterinos normales tendrán un aumento mayor al mencionado, así que, si esto no sucede, se podría sospechar un embarazo ectópico o una muerte embrionaria temprana (1).

Los niveles de progesterona sérica también podrían ser una herramienta útil para discernir entre la gestación viable o no, puesto que niveles menores de 19,1 nmol/L (6 ng/mL) excluyen la viabilidad con un valor predictivo negativo (VPN) de 99 %, mas no discrimina entre embarazo ectópico e intrauterino no viable. Por otro lado, niveles mayores a 60 nmol/L se relacionan con embarazos viables (1,3).

Con respecto a la ecografía, no solo es importante definir la localización de un saco gestacional evidente, sino también signos de embarazo intrauterino temprano, signos extrauterinos de embarazo ectópico roto o no, masas anexiales, líquido libre en fondo de saco posterior, además de la identificación y medición del saco gestacional, vesícula vitelina, embrión; presencia o no de actividad cardíaca, número de embriones o de las estructuras anteriormente mencionadas para definir corionicidad en caso de embarazo múltiple, presencia de productos de la concepción sin embrión visible, o incluso masas intrauterinas sugestivas de enfermedad trofoblástica gestacional. Con base en estos hallazgos ecográficos (**Tabla 1**) se puede determinar la viabilidad actual o intentar predecir el desenlace de la gestación, con el fin de realizar un seguimiento acorde (1).

Siempre se debe contar también con una medición de hemoglobina cuando la paciente ingrese a los servicios de atención en salud, para posteriormente vigilar un posible sangrado abundante e instruir al respecto. Además, es indispensable enseñar signos de alarma, particularmente cuando se planea ofrecer manejo ambulatorio de la causa del sangrado (1).

De esta forma, con un adecuado interrogatorio, un examen físico completo y la información obtenida a través de las ayudas diagnósticas pertinentes, se podrá hacer una aproximación a la etiología del sangrado para establecer el manejo médico o quirúrgico.

Definiciones

- **Embarazo anembrionado:** Saco gestacional con

Hemorragias en el primer trimestre de la gestación

diámetro mayor ≥ 25 mm sin vesícula vitelina o embrión visibles.

- **Embarazo ectópico:** Embarazo fuera de la cavidad uterina.
- **Pérdida gestacional temprana:** Embarazo intrauterino no viable, determinado hasta la semana 12+6.
- **Muerte embrionaria:** Embrión visible ecográficamente, con longitud craneocaudal (LCC) ≥ 7 mm, sin actividad cardíaca.
- **Aborto completo:** Expulsión total de los productos de la concepción.
- **Aborto incompleto:** Expulsión parcial de los productos de la concepción.
- **Aborto espontáneo:** Pérdida no provocada de la

gestación antes de las 20 semanas o 500 g de peso.

- **Amenaza de aborto:** Sangrado vaginal antes de las 20 semanas de gestación, con actividad cardíaca embrionaria o fetal, y cérvix cerrado.
- **Embarazo no viable:** Embarazo que no tiene posibilidad alguna de resultar en un nacido vivo.
- **Embarazo viable:** Embarazo que potencialmente resultaría en un nacido vivo.
- **Embarazo intrauterino de viabilidad incierta:** Saco gestacional intrauterino sin actividad cardíaca, pero sin criterios completos para pérdida gestacional o muerte embrionaria.
- **Embarazo de localización desconocida:** Prueba de embarazo positiva sin signos ecográficos de embarazo intra ni extrauterino (1).

Estructura	Embarazo temprano normal	Sospechoso de pérdida gestacional temprana	Diagnóstico de pérdida gestacional temprana
Saco gestacional medido en su diámetro mayor	Semana 4–5 luego de fecha de última menstruación (FUM).	Diámetro mayor 16–24 mm sin embrión.	Diámetro mayor ≥ 25 mm sin embrión.
		Sin embrión con actividad cardíaca 7–13 días luego de visualización ecográfica de saco gestacional sin vesícula vitelina	Sin embrión con actividad cardíaca ≥ 2 semanas luego de visualización ecográfica de saco gestacional sin vesícula vitelina
		<5 mm de diferencia entre diámetro mayor del saco gestacional y la longitud craneocaudal (LCC) del embrión	

Continúa en la siguiente página.

Vesícula vitelina	Semana 5,5 luego de FUM	Sin embrión con actividad cardíaca 7–10 días luego de visualización ecográfica de saco gestacional y de vesícula vitelina	Sin embrión con actividad cardíaca ≥ 11 días luego de visualización ecográfica de saco gestacional y de vesícula vitelina
		Vesícula vitelina >7 mm	
Embrión medido por LCC	Semana 6 luego de FUM, actividad cardíaca en semana 6,5 luego de FUM	LCC <7 mm sin actividad cardíaca	LCC ≥ 7 mm sin actividad cardíaca
		Ausencia de embrión ≥ 6 semanas luego de FUM	
		Amnion vacío, adyacente a vesícula vitelina	
		Embriocardia ≤ 85 lpm	

Tabla 1. Hallazgos ecográficos en embarazo temprano normal, sospechoso y diagnóstico de pérdida gestacional temprana. Adaptado de: Hendriks E, MacNaughton H, MacKenzie MC. *First Trimester Bleeding: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2019;99(3):166-174.*

Embarazo de localización desconocida

Cuando se está ante una prueba inmunológica de embarazo positiva sin lograr ubicar ecográficamente el saco gestacional, se recomienda la vigilancia clínica y la medición seriada de β -HCG para evaluar su adecuada progresión a las 48 horas. Sin embargo, por sí sola no discrimina entre embarazo ectópico e intrauterino; por lo tanto, también debe realizarse ecografía transvaginal seriada en 7 días si no hay factores de riesgo identificados para embarazo ectópico, o en 48 horas si los hay. Ambas ayudas diagnósticas deben repetirse hasta tener un diagnóstico claro o hasta que la β -HCG se vuelva indetectable, siempre con vigilancia de signos y síntomas de embarazo ectópico roto, ya que para su ocurrencia no hay un nivel sérico determinado de β -HCG y puede presentarse en del 6 al 20 % de los casos (1).

Si hay un descenso de la β -HCG >13 % durante los controles

cada 48 horas, se puede predecir que el desenlace es una gestación no viable con una sensibilidad del 92,7 % y una especificidad del 96,7 %. Un descenso menos marcado puede corresponder a un embarazo ectópico, sin embargo, hasta el 20 % pueden tener ascenso como una gestación viable y hasta el 10 % pueden tener el descenso de la gestación no viable (3).

Amenaza de aborto

El manejo es expectante. En pacientes con amenaza de aborto, la evidencia actual no apoya el uso de progesterona para disminuir el riesgo de pérdida de la gestación; tampoco es recomendado el reposo en cama como parte de las medidas generales, puede tener efectos emocionales deletéreos y no impacta en el desenlace de la gestación (1).

Parece haber una relación entre la amenaza de aborto en

el primer trimestre y la necesidad de evacuación uterina quirúrgica en el posparto por retención de restos placentarios, con un *Odds Ratio* (OR) de 25,30 (intervalo de confianza [IC] 95 % = 4,73–135,41), posiblemente por disrupción de la interfaz uteroplacentaria con procesos adherenciales locales secundarios. Si bien se requieren más estudios para establecer una relación de causalidad y elaborar protocolos específicos de atención a estas pacientes en cuanto al riesgo de retención de restos placentarios, se recomienda tomar precauciones para la atención del parto en un centro que cuente con las medidas básicas de respuesta ante esta eventualidad (4).

Por otro lado, se ha demostrado que no hay asociación entre la presencia de hematoma retrocorial y el aborto de primer trimestre, por lo que se recomienda hacer uso cuidadoso de esta información para no afectar emocionalmente de forma negativa a las pacientes y su red de apoyo. Sí se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la relación con parto pretérmino y rotura prematura de membranas pretérmino (5,6). También se ha demostrado una media de 88 g menos de peso al nacer con una edad gestacional de 35–39 semanas en hijos de pacientes que han tenido un sangrado mayor a un día de duración en el primer trimestre (7).

Pérdida gestacional temprana

Aproximadamente el 11 % de los embarazos intrauterinos terminan en pérdida gestacional temprana. Si hay dudas sobre la viabilidad del embarazo, se debe repetir la ecografía 7-10 días después para confirmarla; el aumento de β -HCG dentro de lo esperado y la medición de progesterona sérica pueden ser de ayuda (1).

En caso de pérdida gestacional temprana hay tres opciones de manejo sin diferencias en satisfacción, salud mental, riesgo de infección ni fertilidad consecuente, que son:

- **Expectante:** Hasta el 90 % de las pacientes tendrán expulsión espontánea de los productos de la gestación en 4 semanas si se trata de aborto incompleto, pero en el escenario de embarazo anembrionado o muerte embrionaria temprana se estima que este porcentaje es menor (66 y 76 %). Sin embargo, con manejo expectante puede haber mayor volumen de sangrado y mayor riesgo de requerir cirugía urgente (1).

- **Médico:** El uso de mifepristona adicional al misoprostol, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2019, se reserva para pacientes con embarazos de 14 o más semanas, o en primer trimestre si se trata de aborto inducido, mas no en muerte embrionaria temprana (8). La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomienda la utilización de misoprostol 800 μ g vaginales cada 3 horas, o 600 μ g sublinguales cada 3 horas (9).

- **Quirúrgico:** El procedimiento ideal es la aspiración manual endouterina (AMEU) debido a que se asocia a menor dolor luego del procedimiento, menor duración y menor volumen del sangrado. Adicionalmente, puede ser realizado por un médico general capacitado, en una sala de procedimientos con adecuada monitorización, previa preparación cervical con 400 μ g sublinguales de misoprostol y bloqueo paracervical (9).

Si el manejo es expectante o médico, debe confirmarse mediante ecografía la expulsión completa de los productos de la gestación para definir la administración adicional de misoprostol o un procedimiento quirúrgico; luego de una evacuación quirúrgica, la paciente no requeriría control ecográfico (1).

Aborto incompleto

El cérvix usualmente se encuentra abierto, lo cual facilita la preparación y realización de procedimientos en la cavidad endometrial, sin embargo, se prefiere reservar dichos procedimientos para los casos de falla del tratamiento médico. La OMS recomienda la administración de 600 μ g de misoprostol vía oral o 400 μ g sublingual, elimina la recomendación de la administración vía vaginal e indica que el esquema seleccionado podría repetirse sin definir un número de dosis tope ni el intervalo entre las mismas, sino a criterio clínico. Los esquemas de solo misoprostol en aborto incompleto son suficientes en la gran mayoría de las pacientes para lograr la expulsión completa de los productos de la concepción (8).

En una revisión sistemática realizada por Cochrane en 2017 se concluyó que no había diferencias entre la administración de misoprostol y el manejo expectante como alternativas al manejo quirúrgico primario, en cuanto a lograr aborto completo (riesgo relativo [RR] = 1,23; IC 95 % = 0,72–2,10) ni en necesidad de evacuación quirúrgica (RR = 0,62; IC 95 % = 0,17 – 2,26) (10).

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

Embarazo ectópico

Ocurre en aproximadamente el 2 % de todos los embarazos, se le atribuye el 18 % de las hemorragias del primer trimestre, y representa una causa importante de mortalidad materna (13). Tienen localización tubárica en >90 % de los casos, abdominal 1 %, cervical 1 %, ovárica 1–3 % y en la cicatriz de cesárea 1–3 %. Puede coexistir con embarazo intrauterino (heterotópico) en 1/4.000–30.000 embarazos (2,11).

La mitad de las pacientes con embarazo ectópico no tienen factores de riesgo identificables. Entre los factores de riesgo más importantes se encuentra el antecedente de embarazo ectópico, pues recurre en aproximadamente el 10 % de las pacientes con un ectópico previo y en el 25 % si ha tenido dos o más. Otros factores de riesgo son el daño previo de las trompas de Falopio, antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, cirugías tubáricas, infertilidad, transferencia de múltiples embriones, tabaquismo y edad >35 años (2,3). El uso de dispositivos intrauterinos (DIU) implica un menor riesgo de embarazo ectópico comparado con el uso de otros métodos anticonceptivos debido a su efectividad, pero se calcula que el 53 % de los embarazos que ocurren con DIU in situ corresponden a embarazos ectópicos (2).

Clínicamente, si la paciente con hemorragia en el primer trimestre se encuentra hemodinámicamente inestable o con abdomen agudo, el embarazo ectópico roto es una de las primeras posibilidades diagnósticas y siempre se debe sospechar. En pacientes estables usualmente se presenta con un sangrado vaginal que no suele ser abundante y con dolor pélvico de predominio unilateral. En la evaluación ecográfica es importante diferenciar un saco gestacional intrauterino que se encuentra inmerso en una pared del endometrio, y se identifica como una imagen hipoeoica; de un pseudosaco, una colección de sangre dentro de la cavidad endometrial que puede visualizarse en embarazos ectópicos por el flujo de sangre hacia la cavidad uterina. El hallazgo típico de masa anexial separada del ovario tiene un valor predictivo positivo (VPP) del 80 %, puede confundirse con un quiste del paraóforo, hidrosálpinx, intestino, endometrioma o cuerpo lúteo, en el que puede visualizarse la vascularización periférica al Doppler para diferenciarlo del embarazo ectópico (2).

Si bien la β -HCG apoya el diagnóstico, no debe utilizarse como único criterio por no haber valores absolutos de corte según la edad gestacional. El aspecto más importante es que

si no se visualiza saco gestacional intrauterino por encima del nivel discriminatorio de β -HCG, hay una probabilidad del 50-70 % de que se trate de un embarazo ectópico. En este caso, se recomienda mantener un límite de 3.500 mIU/ml para discriminar mejor entre los embarazos intrauterinos tempranos y el embarazo ectópico (2). En caso de detectarse el descenso de la β -HCG en el embarazo ectópico, debe realizarse medición seriada hasta que sea negativa por el riesgo de ruptura aun con niveles decrecientes o bajos. Si bien en el embarazo ectópico suele haber descensos más graduales y un descenso >50 % en 48 horas, es más común en embarazos intrauterinos no viables; este descenso rápido se puede dar en aproximadamente el 7,1 % de los embarazos ectópicos (2).

El metotrexate intramuscular es el manejo médico de elección, la administración oral ha mostrado beneficios limitados (2). Se deben tener en cuenta las indicaciones, contraindicaciones absolutas y relativas (**Tabla 2**) antes de iniciar la aplicación, y hay descritas tres opciones de esquema (**Tabla 3**).

Hemorragias en el primer trimestre de la gestación

Indicaciones	Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas
Paciente estable	Embarazo intrauterino	Embriocardia presente
Sin ruptura	Inmunodeficiencia	β -HCG inicial >5.000 mUI/ml
Sin contraindicaciones absolutas	Anemia, leucopenia o trombocitopenia moderada-grave	Aumento β -HCG >50 % en 48 h
β -HCG inicial <5.000 mUI/ml	Alergia a metotrexate	Masa >4 cm
Masa <4 cm	Enfermedad pulmonar activa	No aceptar transfusiones
	Úlcera péptica activa	
	Disfunción hepática o renal clínicamente significativa	
	Lactancia	

Tabla 2. Indicaciones y contraindicaciones absolutas y relativas para el manejo del embarazo ectópico con metotrexate.
 Adaptado de: *Tubal ectopic pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 193. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2018;131:e91–103.*

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



	Dosis única	Dos dosis	Dosis múltiple
Día 1	MTX 50 mg/m ² IM + β-HCG	MTX 50 mg/m ² IM + β-HCG	MTX 1 mg/Kg IM + β-HCG
Día 2			
Día 3			Aplicar 2 ^a dosis de MTX + β-HCG. Si desciende >15 %, suspender MTX y medir β-HCG semanal. Si <15 %, continuar el esquema
Día 4	β-HCG	Aplicar 2 ^a dosis de MTX	Leucovorina 0,1 mg/Kg intramuscular (IM)
Día 5			β-HCG. Si desciende >15 %, suspender MTX y medir β-HCG semanal. Si <15 %, aplicar 3 ^a dosis de MTX
Día 6			Leucovorina 0,1 mg/Kg IM
Día 7	β-HCG. Si desciende >15 %, medir β-HCG semanal. Si <15 %, aplicar 2 ^a dosis de MTX	β-HCG. Si desciende >15 %, medir β-HCG semanal. Si <15 %, aplicar 3 ^a dosis de MTX	β-HCG. Si desciende >15 %, suspender MTX y medir β-HCG semanal. Si <15 %, aplicar 4 ^a dosis de MTX
Día 8			Leucovorina 0,1 mg/Kg IM
Día 11		β-HCG. Si desciende >15 %, medir β-HCG semanal. Si <15 %, aplicar 4 ^a dosis de MTX	

Continúa en la siguiente página.

Día 14	β -HCG. Si desciende >15 %, medir β -HCG semanal. Si <15 %, aplicar 3ª dosis de MTX	β -HCG. Si desciende >15 %, medir β -HCG semanal. Si <15 %, considerar cirugía	β -HCG. Si desciende >15 %, suspender MTX y medir β -HCG semanal. Si <15 %, aplicar 5ª dosis de MTX
Día 21	β -HCG. Si desciende >15 %, medir β -HCG semanal. Si <15 %, considerar cirugía		β -HCG. Si desciende >15 %, medir β -HCG semanal. Si <15 %, considerar cirugía

Tabla 3. Esquemas de metotrexate (MTX) para manejo de embarazo ectópico. β -hCG: hormona gonadotropina coriónica humana fracción beta. Adaptado de: *Alur-Gupta S, Cooney LG, Senapati S, Sammel MD, Barnhart KT. Two-dose versus single-dose methotrexate for treatment of ectopic pregnancy: a meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2019;221(2):95-108.e2.*

Según el metaanálisis realizado por *Yuk et al.* en 2017 (12), los esquemas de dosis única, dos dosis o dosis múltiple tienen similares tasas de éxito (RR = 1,00; IC 95 % = 0,96–1,04), pero el de dosis única tiene menos efectos adversos (RR = 0,73; IC 95 % = 0,59–0,91). Según otro metaanálisis de *Alur-Gupta et al.* en 2019 (13), el esquema de dos dosis tiene mayor tasa de éxito que el de dosis única (OR = 1,84; IC 95 % = 1,13–3,00), particularmente con masas anexiales grandes y niveles más altos de β -HCG, pero también con más efectos adversos (OR = 1,53; IC 95 % = 1,01–2,30); además, el esquema de dosis múltiple no tuvo diferencia estadísticamente significativa con respecto a la dosis única, pero sí más efectos adversos (OR = 2,10; IC 95 % = 1,24–3,54) (13). La presencia de embriocardia y los niveles altos de β -HCG son clasificadas como contraindicaciones relativas para el manejo con metotrexate por la posibilidad de realizar manejo sistémico combinado con inyección local de cloruro de potasio o metotrexate guiado por ecografía, con buenos resultados hasta ahora, sin embargo, se requieren más estudios para su implementación rutinaria (14).

En caso de necesitar manejo quirúrgico, se recomienda la cirugía mínimamente invasiva (por laparoscopia o transvaginal con puerto de dos vías) en las pacientes hemodinámicamente estables, caso contrario deberá realizarse por laparotomía (2,11,15). No hay evidencia hasta el momento para recomendar la realización de salpingostomía para preservación de la fertilidad en lugar de salpingectomía

si la trompa contralateral es sana (11).

Enfermedad trofoblástica gestacional

Es un grupo de tumores benignos y malignos derivados de tejido placentario que tienen formación primaria en la cavidad uterina; pueden tener invasión local o a distancia (principalmente a pulmón y vagina), y ocurren en aproximadamente 1 de cada 100 embarazos debido a anomalías en la fertilización (16).

La forma más común es la mola hidatiforme o embarazo molar (80 %), la cual se considera una enfermedad premaligna usualmente diagnosticada durante el primer trimestre. Las formas malignas, o neoplasia trofoblástica gestacional, son: la mola invasiva (15 %), el coriocarcinoma, el tumor trofoblástico del sitio placentario y el tumor trofoblástico epitelioide (en conjunto 5 %). Las presentaciones malignas pueden aparecer hasta años después de un parto normal (16).

La mola hidatiforme puede ser parcial, es decir, con partes fetales macro o microscópicamente identificables; o completa, sin partes fetales. Por lo general, debuta clínicamente como un sangrado entre las semanas 6 y 16 de gestación, usualmente asociado a valores elevados de β -HCG para la edad gestacional. De forma más tardía puede haber una altura uterina aumentada, preeclampsia, hiperémesis, anemia y quistes ováricos tekaluteínicos; sin embargo, estos

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

hallazgos son poco frecuentes en la práctica clínica actual por el aumento de la disponibilidad de ecografía temprana. Puede identificarse una masa heterogénea con patrón ecográfico de “tormenta de nieve”, un patrón vesicular por edema de las vellosidades coriónicas o bien simular un aborto incompleto en el caso de la mola parcial. Estos hallazgos ecográficos pueden ser tardíos, inicialmente puede encontrarse alguna anomalía focal en la placenta, o presentarse como pérdida gestacional (16).

Ante la sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional se recomienda agregar pruebas de función tiroidea, hepática y renal; y radiografía de tórax como estudio de extensión inicial. El tratamiento es dirigido hacia el deseo de fertilidad; si la mujer desea conservarla se recomienda realizar AMEU y utilizar uterotónicos para reducir el riesgo de sangrado, de lo contrario, se podría considerar la histerectomía con salpingectomía como alternativa. Siempre debe hacerse estudio histopatológico, y se recomienda genotipificación del DNA como complemento para evaluar la necesidad de manejo quimioterapéutico. No se recomienda la quimioterapia profiláctica en todas las pacientes, solamente se recomienda administrar a pacientes con mola completa de alto riesgo (edad >40 años, β -HCG >100.000 mUI/ml, aumento excesivo de la altura uterina o quistes tecalutéricos >6 cm).

Puede administrarse metotrexate o dactinomicina, esta última con mayor tasa de éxito en la remisión de la enfermedad (16). Posterior al tratamiento, se recomienda hacer medición de β -HCG cada una a dos semanas hasta tener tres mediciones negativas consecutivas, luego cada tres meses por seis meses, y descartar así la neoplasia trofoblástica gestacional posmolar. Mientras se realiza este seguimiento, se recomienda también la supresión del eje gonadal, preferiblemente con la toma de anticonceptivos orales combinados (16).

Consideraciones finales

Ante una gestante con hemorragia de primer trimestre, siempre hay que tener en cuenta la hemoclasificación y factor Rh, y el Coombs directo en caso de tener Rh negativo, con la finalidad de administrar inmunoglobulina antiD. El sangrado secundario a trauma abdominal, embarazo ectópico, aborto y la evacuación uterina configuran indicaciones claras de su uso, pero la evidencia no es concluyente en el caso de la amenaza de aborto. Se recomienda la administración de 50 a 120 ug intramusculares (IM) antes de la semana 12 de

gestación, o los 300 ug según presentaciones disponibles, y siempre dosis de 300 ug IM luego de la semana 12 de gestación (1).

Antes del alta hospitalaria se debe garantizar el acceso a anticoncepción posevento obstétrico a todas las pacientes cuyo desenlace sea la pérdida de la gestación. Siempre se debe realizar una adecuada asesoría y hacer énfasis en los métodos reversibles de larga acción (1).

El acompañamiento por otras disciplinas de apoyo u otras especialidades médicas dependerá del cuadro clínico de la paciente, la etiología del sangrado y del desenlace de la gestación en la estancia hospitalaria. Es importante brindar primeros auxilios psicológicos o evaluación por psicología, según disponibilidad, ante los escenarios de pérdida de la gestación (1).

Conclusiones

Las hemorragias en el primer trimestre de la gestación son un problema bastante frecuente, corresponde a un espectro amplio de presentaciones clínicas y etiologías y, por ello, en ocasiones representan un reto diagnóstico. La evaluación clínica completa es indispensable para el enfoque de las pacientes con sangrado, pero existen herramientas diagnósticas de gran utilidad, principalmente la medición de β -HCG y la ecografía transvaginal, para las pacientes que lo ameriten. En el embarazo inicial, y particularmente cuando es de localización desconocida, se debe hacer una evaluación minuciosa de los hallazgos ecográficos y correlacionar con la clínica y los niveles de β -HCG para disminuir el riesgo de un embarazo ectópico inadvertido, diagnosticar oportunamente un embarazo no viable o elaborar el plan de seguimiento a la paciente con embarazo viable. Finalmente, es importante tener en cuenta que no todas las causas de hemorragia en el primer trimestre tienen un origen obstétrico, siempre debe realizarse entonces una anamnesis y un examen físico adecuados independientemente de la sospecha diagnóstica.

Bibliografía

1. Hendriks E, MacNaughton H, MacKenzie MC. First Trimester Bleeding: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2019;99(3):166-174.
2. Tubal ectopic pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 193.

Hemorragias en el primer trimestre de la gestación

American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2018;131:e91–103.

3. Larroya M, Goncé A, Muñoz M, Ferrero S, Palacio M. Protocolo: Gestación de localización incierta. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona; 2021 [internet]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/glipul.pdf>

4. Le Gallee M, Lee S, Spence AR, Czuzoj-Shulman N, Klam S, Abenhaim HA. Association Between First-Trimester Bleeding and Retained Placenta Requiring Dilatation and Curettage. *J Obstet Gynaecol Can.* 2021;43(4):463-468.

5. Al-Memar M, Vaulet T, Fourie H, et al. First-trimester intrauterine hematoma and pregnancy complications. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020;55(4):536-545.

6. Naert MN, Khadraoui H, Muniz Rodriguez A, Naqvi M, Fox NS. Association Between First-Trimester Subchorionic Hematomas and Pregnancy Loss in Singleton Pregnancies. *Obstet Gynecol.* 2019;134(2):276-281.

7. Bever AM, Pugh SJ, Kim S, et al. Fetal Growth Patterns in Pregnancies With First-Trimester Bleeding. *Obstet Gynecol.* 2018;131(6):1021-1030.

8. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento médico del aborto. [internet] Ginebra: OMS; 2018. ISBN 978-92-4-355040-4. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>

9. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Misoprostol solo: regímenes recomendados [internet]. Londres; 2017. Disponible en: <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-06/FIGO%20Dosage%20Chart%20-%20SPANISH.pdf>

10. Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical. Treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(1): CD007223.

11. Po L, Thomas J, Mills K, et al. Guideline No. 414: Management of Pregnancy of Unknown Location and Tubal and Nontubal Ectopic Pregnancies. *J Obstet Gynaecol Can.* 2021;43(5):614-630.e1.

12. Yuk JS, Lee JH, Park WI, Ahn HS, Kim HJ. Systematic review and meta-analysis of single-dose and non-single-dose methotrexate protocols in the treatment of ectopic pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;141(3):295-303.

13. Alur-Gupta S, Cooney LG, Senapati S, Sammel MD, Barnhart KT. Two-dose versus single-dose methotrexate for treatment of ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;221(2):95-108.e2.

14. Wang M, Chen B, Wang J, Ma X, Wang Y. Nonsurgical management of live tubal ectopic pregnancy by ultrasound-guided local injection and systemic methotrexate. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014;21(4):642-649.

15. Xu B, Liu Y, Ying X, Fan Z. Transvaginal endoscopic surgery for tubal ectopic pregnancy. *JSLs.* 2014 Jan-Mar;18(1):76-82.

16. The National Comprehensive Cancer Network. Gestational trophoblastic neoplasia. [internet] Plymouth Meeting, PA; 2021. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/gtn.pdf