



XXXIII Curso de actualización

Ginecología y obstetricia 2025



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

Hemorragia del primer trimestre de la gestación

María de los Ángeles Daza Cabrera

Residente de ginecología y obstetricia
Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia

Jader de Jesús Gómez Gallego

Especialista en ginecología y obstetricia
Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia

Introducción

El sangrado en el primer trimestre del embarazo es una causa común de consulta en urgencias, y afecta al 25 % de las embarazadas. Puede variar desde un leve manchado hasta una hemorragia intensa que compromete la estabilidad hemodinámica de la paciente (1,2).

Las causas del sangrado incluyen condiciones no obstétricas, amenaza de aborto, aborto espontáneo, embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica. Es esencial realizar un examen físico completo, pruebas de laboratorio e imágenes diagnósticas para establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados (3).

Epidemiología

Entre el 20 % y el 40 % de las embarazadas experimentan sangrado en el primer trimestre. De estos, entre el 10 % y el 57 % se asocian con abortos espontáneos, el 1 % al 2 % con embarazos ectópicos, y menos del 1 % con otras causas, como enfermedad trofoblástica o lesiones cervicales y vaginales (1).

Definiciones

Es crucial considerar las definiciones del sangrado vaginal en el primer trimestre para una evaluación clínica y diagnóstico diferencial adecuados, **Tabla 1**.

Hemorragia del primer trimestre de la gestación

Término	Definición
Embarazo viable	Embarazo que resultará potencialmente en un nacido vivo
Embarazo de localización desconocida	Prueba de embarazo positiva sin evidencia ecográfica de un embarazo intrauterino o ectópico
Embarazo no viable	Embarazo que no resultará en un nacido vivo
Amenaza de aborto	Sangrado antes de las 20 semanas de embarazo en presencia de embrión / feto con actividad cardíaca presente y sin cambios cervicales.
Aborto espontáneo	Pérdida espontánea del embarazo antes de las 20 semanas.
Pérdida gestacional temprana	Embarazo no viable antes de las 13 semanas de gestación
Muerte embrionaria	Embrión con LCC* ≥ 7 mm sin actividad cardíaca presente
Aborto incompleto	Expulsión parcial del producto de la concepción.
Aborto completo	Expulsión completa del producto de la concepción.
Embarazo anembrionado	Imagen ecográfica de saco gestacional ≥ 25 mm en su diámetro mayor sin evidencia de embrión
Embarazo intrauterino de viabilidad incierta	Saco gestacional presente, sin presencia de embrión con actividad cardíaca y sin cumplimiento de criterios para pérdida gestacional.
Embarazo ectópico	Embarazo por fuera de la cavidad uterina
*LCC: longitud cráneo caudal	

Adaptado de: *First Trimester Bleeding: Evaluation and Management (1)*

Examen físico inicial

Primero, evalúe la estabilidad hemodinámica, signos de irritación peritoneal y cantidad de sangrado. Esta evaluación ayuda a diagnosticar condiciones como embarazo ectópico roto, aborto incompleto o hemorragia masiva por un aborto en curso. También es importante descartar causas no obstétricas mediante vaginoscopia, que puede identificar productos de la concepción, pólipos o infecciones (3).

Pruebas de laboratorio

La medición cuantitativa de la subunidad beta de la hormona gonadotropina coriónica humana (β -hCG) es crucial cuando no hay confirmación ecográfica del embarazo. Evaluaciones cada 48 horas monitorean la progresión. El rango discriminatorio (posibilidad de ver el saco gestacional usando la ecografía con un nivel determinado de la hormona) se encuentra entre 1.500 – 3.500 mUI/mL (1,3). Un aumento menor al esperado de la β -hCG sugiere embarazo ectópico o pérdida gestacional, aunque no indica la localización. En pacientes con niveles iniciales de β -hCG <1.500 mUI/mL, se espera un aumento de 49 % en 48 horas; para niveles entre 1.500 – 3.000 mUI/mL de 40 %; y para niveles >3.000 mUI/mL de 33 % (1,3).

Los niveles de progesterona también son útiles para evaluar la viabilidad de la gestación: valores <6,3 ng/mL indican un embarazo no viable, con un valor predictivo negativo (VPN) de 99 %. Mientras que con valores >25 ng/mL, más del 90 % de las pacientes tendrán un embarazo viable. Esta prueba tampoco determina la localización de la gestación (4).

Determinar el factor Rh es esencial. En casos de aborto o embarazo ectópico en pacientes Rh negativas, administre inmunoglobulina anti-D dentro de 72 horas para prevenir la isoimmunización. Además, establezca un nivel basal de hemoglobina para detectar sangrado grave (1).

Ecografía

La ecografía es la prueba diagnóstica preferida para evaluar hemorragias en el primer trimestre del embarazo; combinada con los niveles de β -hCG y la presentación clínica, ayuda a identificar causas como embarazo intrauterino normal, ectópico, aborto y enfermedad trofoblástica gestacional, además de determinar la viabilidad del embarazo según los criterios ecográficos, Tabla 2 (5).

Tabla 2. Criterios ecográficos de pérdida gestacional

Longitud cráneo caudal ≥ 7 mm sin actividad cardiaca
Diámetro medio de saco gestacional ≥ 25 mm sin presencia de embrión
Ausencia de embrión con actividad cardiaca después de ≥ 2 semanas de haber realizado ecografía que evidenció saco gestacional sin vesícula vitelina (saco de yolk)
Ausencia de embrión con actividad cardiaca después de ≥ 11 días de haber realizado ecografía que evidenció saco gestacional con vesícula vitelina (saco de yolk)

Adaptado de: *Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester (6)*

Embarazo de localización desconocida

Este estado transitorio se presenta con una prueba de embarazo positiva sin evidencia ecográfica de embarazo intrauterino (7). Se deben considerar tres diagnósticos: embarazo ectópico, embarazo viable o pérdida gestacional. Es necesario medir los niveles de β -hCG al inicio y a las 48 horas. En un embarazo normal, los niveles aumentan al menos un 53 % en este periodo (1,7,8).

Si el incremento es superior al 53 % y los niveles superan 3.000 mUI/mL, repita la ecografía transvaginal. Si no se identifica un embarazo intrauterino, sospeche un embarazo ectópico. Si los niveles de β -hCG disminuyen, considere el manejo expectante ante una posible pérdida gestacional, con controles de β -hCG cada 48 horas hasta que sean indetectables (<5 mUI/mL). Este enfoque es seguro en pacientes clínicamente estables, y permite determinar la localización y viabilidad del embarazo (8), **Figura 1**.

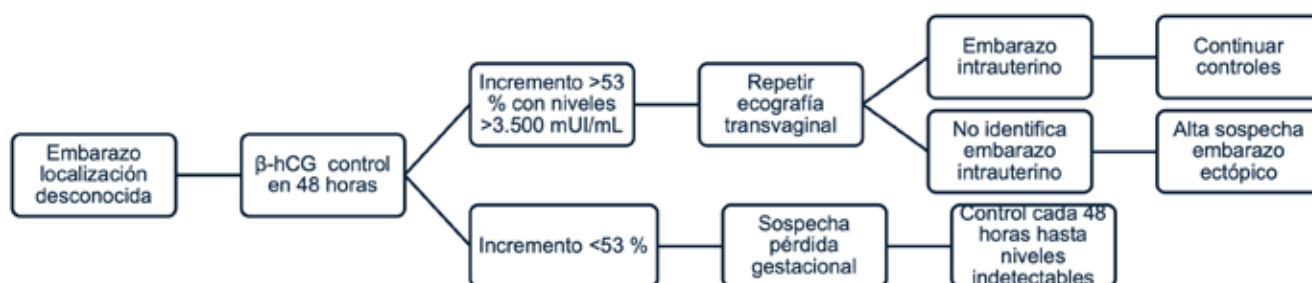


Figura 1. Enfoque del embarazo de localización desconocida.

Elaboración propia

Embarazo ectópico

El embarazo ectópico ocurre en el 1-2 % de los embarazos, y es la trompa de Falopio el sitio más común de implantación (95 % de los casos). También puede implantarse en el cuello uterino, ovarios, cicatriz uterina o abdomen. Su rotura causa el 6 % de las muertes maternas globales (9). Los factores de riesgo para su presentación incluyen antecedentes de embarazo ectópico previo (10 % de aumento del riesgo con uno previo, y hasta en un 25 % con dos o más); otros factores descritos son la cirugía tubárica, infertilidad, tabaquismo y edad mayor a 35 años. Aunque el dispositivo intrauterino (DIU) no aumenta el riesgo general y es efectivo como método anticonceptivo, si ocurre un embarazo, más de la mitad son ectópicos (10).

El diagnóstico es clínico, paraclínico e imagenológico. Sospeche embarazo ectópico en mujeres en edad reproductiva con amenorrea, dolor pélvico unilateral y sangrado vaginal (1). La ecografía puede confirmar el diagnóstico al observar un saco gestacional con vesícula vitelina o embrión en uno de los anexos (aunque la mayoría de las gestaciones ectópicas no progresa a este estado avanzado). Hallazgos tempranos

incluyen una masa anexial hipoeoica separada del ovario (10).

Los niveles de β -hCG, combinados con clínica y ecografía transvaginal, ayudan a confirmar el diagnóstico. Un nivel de β -hCG superior a 3.500 mUI/mL sin saco gestacional intrauterino sugiere un embarazo no viable, y es ectópico en el 50-70 % de los casos, si tenemos en cuenta que el ACOG (por sus siglas en inglés, *The American College of Obstetricians and Gynecologists*) establece 3.500 mUI/mL como el nivel discriminatorio de β -hCG (10).

El tratamiento puede ser quirúrgico, médico o expectante, según la estabilidad hemodinámica y los deseos de preservación de la fertilidad de la paciente (3). Las cirugías como salpingectomía o salpingostomía (tratamiento para los ectópicos ubicados en la trompa de Falopio), se realizan en pacientes inestables o con contraindicaciones o fallas del tratamiento médico.

La salpingostomía antimesial es la opción preferida para las pacientes que deseen preservar la fertilidad, con advertencia de que esta intervención puede llevar a una evacuación

incompleta del producto de la concepción con persistencia del trofoblasto y recurrencia de los síntomas. La laparoscopia es la aproximación quirúrgica preferida en pacientes estables hemodinámicamente (1).

El manejo médico con metotrexato intramuscular es

para pacientes estables, sin rotura de la masa, y sin contraindicaciones para su uso, **Tabla 3**. Existen protocolos para su administración en dosis única o múltiples, **Tabla 4**; el de dosis múltiple lleva a una mejor tasa de resolución, y el de dosis única se asocia con una menor tasa de eventos adversos (10,11).

Tabla 3. Contraindicaciones de manejo con metotrexato intramuscular.

Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas
Embarazo intrauterino	Actividad cardíaca presente
Evidencia de inmunodeficiencia	β -hCG inicial >5.000 mUI/mL
Anemia moderada a grave, leucopenia o trombocitopenia	Tamaño del embarazo >4 cm en imagen ecográfica
Sensibilidad al medicamento	Rechazo a transfusiones
Enfermedad pulmonar activa	
Úlcera péptica activa	
Disfunción hepática o renal clínicamente importante	
Lactancia	
Embarazo ectópico roto	
Inestabilidad hemodinámica	
Imposibilidad de seguimiento	

Adaptado de: *Tubal ectopic pregnancy. ACOG Practice Bulletin No 193. American College of Obstetricians and Gynecologists.*

Tabla 4. Esquemas con metotrexato intramuscular.

	Esquema dosis única	Esquema dos dosis	Esquema múltiples dosis
Día 1	-β-hCG inicial -MTX 50 mg/m ² IM	-β-hCG inicial -MTX 50 mg/m ² IM	-β-hCG inicial -MTX 1 mg/kg IM
Día 2			Ácido folínico 0,1 mg/kg IM
Día 3			β-hCG control -Descenso >15 % continuar medición semanal. -Descenso <15 % aplicar segunda dosis MTX 1 mg/kg.
Día 4	β-hCG control	- β-hCG inicial -Segunda dosis MTX 50 mg/m ² IM	Ácido folínico 0,1 mg/kg IM si se dio segunda dosis MTX.
Día 5			β-hCG control -Descenso >15 % continuar medición semanal. -Descenso <15 % aplicar tercera dosis MTX 1 mg/kg.
Día 6			Ácido folínico 0,1 mg/kg IM si se dio tercera dosis MTX.

Continúa en la siguiente página.

Tabla 4. Esquemas con metotrexato intramuscular. (Continuación)

Día 7	β -hCG control -Descenso >15 % continuar medición semanal. -Descenso <15 % aplicar segunda dosis MTX.	β -hCG control -Descenso >15 % continuar medición semanal. -Descenso <15 % aplicar tercera dosis MTX.	β -hCG control -Descenso >15 % continuar medición semanal. -Descenso <15 % aplicar cuarta dosis MTX 1 mg/kg.
Día 8			Ácido fólico 0,1 mg/kg IM si se dio cuarta dosis MTX.
Día 9			β -hCG control -Descenso >15 % continuar medición semanal -Descenso <15 % considere cirugía
Día 10	β -hCG control si dosis adicional	β -hCG control -Descenso >15 % continuar medición semanal. -Descenso <15 % aplicar cuarta dosis MTX.	
Día 14	β -hCG control si descenso <15 % considere cirugía.	β -hCG control si descenso <15 % considere cirugía.	
Falla terapéutica	- Signos o síntomas de rotura. - No descenso >15 % de β -hCG después de 2 dosis.	-Signos o síntomas de rotura. -No descenso >15 % de β -hCG después de 4 dosis.	-Signos o síntomas de rotura. -No descenso >15 % de β -hCG después de 4 dosis.

Adaptado de: *Guideline No 414: Management of Pregnancy of Unknown Location and Tubal and Nontubal Ectopic Pregnancies.*

El manejo expectante se considera en pacientes con niveles de β -hCG <1.000 mUI/mL y en descenso, masa anexial menor a 3 cm o no detectada, asintomáticas, sin actividad cardíaca fetal, sin rotura tubárica, y con acceso adecuado al seguimiento y cuidado médicos (1).

Amenaza de aborto

La tasa de pérdida gestacional tras detectar un feto vivo por ecografía es del 11 %, el riesgo se aumenta cuando se observa un hematoma subcoriónico y sangrado vaginal activo. Este hematoma se visualiza como una imagen hipoeoica o anecoica detrás del saco gestacional (1). El manejo es expectante; la progesterona no muestra diferencias significativas frente al placebo, y el reposo absoluto carece de evidencia de efectividad y puede tener efectos psicológicos negativos (1,12).

Pérdida gestacional temprana

La pérdida gestacional temprana, antes llamada aborto espontáneo, incluye aborto incompleto, completo y embarazo anembrionado, representando el 10-15 % de los embarazos. Puede deberse a anomalías cromosómicas, inmunológicas o infecciosas (13).

Los tratamientos son manejo expectante, médico y quirúrgico, según las circunstancias clínicas (1). El manejo expectante es recomendado para aborto incompleto, con un 90 % de éxito (expulsión completa) en cuatro semanas, pero es menos efectivo en embarazo anembrionado o muerte embrionaria, con un 66-76 % de éxito (1,14).

Para el manejo médico, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda mifepristona 200 mg por vía oral, seguida de misoprostol 800 μ g por vía oral, sublingual o vaginal. Como alternativa, sugiere el uso exclusivo de misoprostol 800 μ g por cualquiera de estas vías, con dosis repetidas si es necesario hasta lograr la expulsión completa. En casos de aborto incompleto, la OMS recomienda misoprostol 600 μ g por vía oral o sublingual, aunque el manejo expectante puede ser igualmente efectivo (15).

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) sugiere el uso de misoprostol 600 μ g por vía vaginal o sublingual cada 3 horas, hasta 2 dosis, o una dosis única de 800 μ g por vía vaginal o 600 μ g por vía oral para aborto

incompleto (16).

Para el manejo quirúrgico, la aspiración manual endouterina (AMEU) es preferida sobre el curetaje por causar menos dolor, menor sangrado y ser más breve (1). La expulsión completa del embarazo se confirma por visualización directa, AMEU, ecografía que demuestre una cavidad uterina vacía, o el descenso de β -hCG a niveles indetectables. La OMS indica que no se requiere seguimiento rutinario con β -hCG ni ecografía tras un manejo exitoso (1,15).

Enfermedad trofoblástica gestacional

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) incluye patologías placentarias con potencial invasivo local y metastásico (**Tabla 5**). Antes de la quimioterapia efectiva, tenía alta mortalidad. Hoy, la ETG es curable y puede preservarse la función reproductiva con diagnóstico, manejo y seguimiento oportunos (17,18).

Tabla 5. Enfermedad trofoblástica gestacional.

Mola hidatidiforme: Tumores benignos con potencial maligno	Neoplasia trofoblástica gestacional: Tumores malignos
Mola completa	Neoplasia trofoblástica gestacional posmolar
Mola parcial	Mola invasiva
	Coriocarcinoma gestacional
	Tumor trofoblástico placentario
	Tumor trofoblástico epiteloides

Adaptado de: *Pathology of Gestational Trophoblastic Disease (GTD)* (17)

La ETG ocurre en 1 de cada 1.000 a 1,200 embarazos, mientras que el coriocarcinoma es menos frecuente, con 1 en 20.000 a 40.000 embarazos (18). La mola hidatidiforme, la forma más común, se clasifica en parcial o completa según la presencia o ausencia de partes fetales, y se diagnostica generalmente en el primer trimestre (17).

El síntoma principal es el sangrado vaginal anormal, a menudo con crecimiento uterino excesivo, ausencia de actividad cardíaca fetal, hiperémesis gravídica, y en molas completas, complicaciones como hipertensión e hipertiroidismo (17).

El diagnóstico se basa en ecografía, mostrando una masa heterogénea con un patrón característico de "tormenta de nieve", y niveles elevados de β -hCG. A veces, se confirma mediante análisis patológico tras legrado uterino realizado por sospecha de aborto incompleto (18).

Antes del tratamiento, se deben realizar estudios de extensión que incluye la radiografía del tórax, y la evaluación de las funciones tiroidea, renal y hepática. El tratamiento preferido es la dilatación y evacuación uterina bajo guía ecográfica; la histerectomía es una opción para quienes no desean preservar la fertilidad (17,18). El seguimiento posprocedimiento incluye mediciones seriadas de β -hCG semanalmente el primer mes y luego mensualmente por seis meses hasta alcanzar valores indetectables; junto con anticoncepción eficaz para evitar embarazos que compliquen la interpretación de β -hCG (17,18).

Conclusiones

La hemorragia en el primer trimestre del embarazo genera ansiedad en la mujer, su pareja y familia. Es necesario realizar una historia clínica detallada y un examen físico completo para orientar el diagnóstico. La ecografía y la medición de β -hCG son esenciales para identificar la causa y guiar un tratamiento oportuno, protegiendo la vida de la paciente y minimizando las complicaciones.

Bibliografía

1. Hendriks E, MacNaughton H, MacKenzie MC. First Trimester Bleeding: Evaluation and Management. 2019;99(3).
2. Anajuba O, Okafor C, Nwosu C, Okafor C, Nwabunike M, Emegoakor A, et al. Correlation Between the Clinical Diagnosis and Sonographic Diagnosis in Women with First-Trimester Vaginal Bleeding. Nigerian Journal of Clinical Practice. febrero de 2024;27(2):252-9.
3. Breeze C. Early pregnancy bleeding. Aust Fam Physician. 2016.
4. Ghaedi B, Cheng W, Ameri S, Abdulkarim K, Costain N, Zia A, et al. Performance of single serum progesterone in the evaluation of symptomatic first-trimester pregnant patients: a systematic review and meta-analysis. Can J Emerg Med. septiembre de 2022;24(6):611-21.

- 5.** Brown DL, Packard A, Maturen KE, Deshmukh SP, Dudiak KM, Henrichsen TL, et al. ACR Appropriateness Criteria ® First Trimester Vaginal Bleeding. *Journal of the American College of Radiology*. mayo de 2018;15(5): S69-77.
- 6.** Doubilet PM, Benson CB, Bourne T, Blaivas M. Diagnostic Criteria for Nonviable Pregnancy Early in the First Trimester. *Campion EW, editor. N Engl J Med*. 10 de octubre de 2013;369(15):1443-51.
- 7.** Po L, Thomas J, Mills K, Zakhari A, Tulandi T, Shuman M, et al. Guideline No. 414: Management of Pregnancy of Unknown Location and Tubal and Nontubal Ectopic Pregnancies. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. mayo de 2021;43(5):614-630.e1.
- 8.** Scibetta EW, Han CS. Ultrasound in Early Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. diciembre de 2019;46(4):783-95.
- 9.** Mullany K, Minneci M, Monjazeb R, C. Coiado O. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation. *Womens Health (Lond Engl)*. enero de 2023;19:17455057231160349.
- 10.** ACOG Practice Bulletin No. 191: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2018 feb;131(2): e65-e77. Committee on Practice Bulletins—Gynecology.
- 11.** Yang C, Cai J, Geng Y, Gao Y. Multiple-dose and double-dose versus single-dose administration of methotrexate for the treatment of ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive BioMedicine Online*. abril de 2017;34(4):383-91.
- 12.** Shehata H, Elfituri A, Doumouchtsis SK, Zini ME, Ali A, Jan H, et al. FIGO Good Practice Recommendations on the use of progesterone in the management of recurrent first-trimester miscarriage. *Intl J Gynecology & Obste*. abril de 2023;161(S1):3-16.
- 13.** Horrow MM. CHAPTER 31 - The First Trimester.
- 14.** Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews (Internet)*. 31 de enero de 2017 (citado 10 de enero de 2025);2017(1). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007223.pub4>
- 15.** Abortion Care Guideline. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2022. 1 p.
- 16.** The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Misoprostol solo: regímenes recomendados (Internet). Disponible en: <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-06/FIGO%20Dosage%20Chart%20-%20SPANISH.pdf>
- 17.** Kaur B. Pathology of Gestational Trophoblastic Disease (GTD). *Hematology/Oncology Clinics of North America*. diciembre de 2024;38(6):1191-217.
- 18.** Soper JT. Gestational Trophoblastic Disease: Current Evaluation and Management. *Obstetric Anesthesia Digest*. diciembre de 2021;41(4):168-9.