

# HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO  
PRACTICA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**



# CLASIFICACION DE LAS HEMORRAGIAS OBSTETRICAS

## **A. DURANTE EL EMBARAZO**

Primera mitad del embarazo  
(primeras 20 semanas de  
embarazo)

Segunda mitad del embarazo ( después de las 20 semanas de embarazo y durante el trabajo de parto pero antes de que se produzca el parto)

## **B. DURANTE EL POST PARTO**

**TODA HEMORRAGIA QUE  
OCURRE EN EL EMBARAZO ES  
ANORMAL Y REQUIERE UN  
DIAGNOSTICO OPORTUNO Y  
PRECISO**

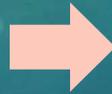
**La hemorragia genital durante la gestación es un evento que, a pesar de ser frecuente en el primer trimestre, causa alarma por sus posibles implicaciones patológicas.**

**la implantación del embrión en el endometrio puede producir un pequeño sangrado, que suele ser confundido con la menstruación sin que esto tenga ninguna repercusión sobre la madre o el feto.**

**Obstétricas**



**CAUSAS**



**No  
Obstétricas**

**Obstétricas**

- Aborto
- Embarazo ectópico
- Enfermedades del trofoblasto

**No obstétricas**

- Cervicitis
- Cáncer de cuello uterino
- Miomas
- Pólipos
- Trauma genital



# ABORTO

## DEFINICIÓN

La OMS, define el aborto como la expulsión o la extracción de un embrión o un feto con un peso  $\leq$  de 500 g, o  $<$  de 20 semanas de gestación contadas a partir del FUM

**Una metrorragia del primer trimestre es una amenaza de aborto mientras no se demuestre lo contrario**

# Incidencia

**25%**  
Embarazadas

Hemorragia del  
primer trimestre  
del embarazo

**12.5%**  
Terminaría en  
aborto

## Avances tecnológicos

Ultrasonido TV

Determinación  
cuantitativa seriada  
de HCG

Datos obtenidos de  
los programas de  
fertilización in vitro

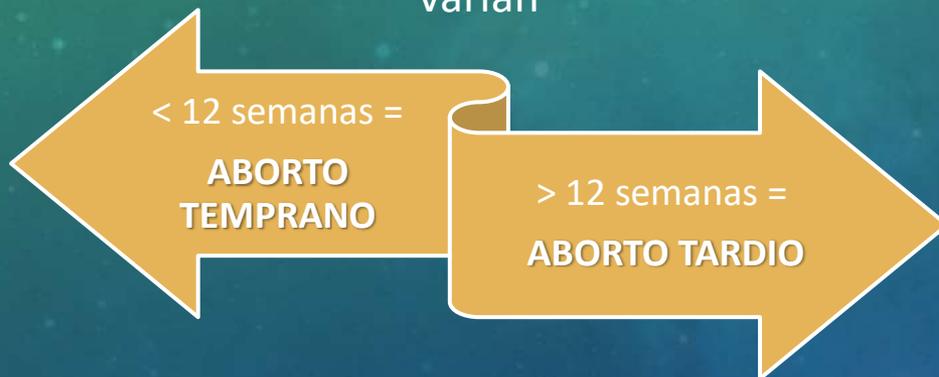
Muestras de  
vellosidades  
coriónicas obtenidas  
en curetajes uterinos

Diagnóstico precoz y establecer que entre el 12% y el 20% de los embarazos reconocidos clínicamente, terminan en abortos espontáneos.

Del total de abortos, más del 90% ocurren antes de la semana 12, aumentando el riesgo a medida que aumenta la paridad, así como la edad materna.

# Aspectos Etiológicos

Los factores involucrados en la patogénesis de esta entidad varían



Etiología difícil.

**Tabla 18-2.** Etiología del aborto espontánea

## **Aborto temprano**

### Factores letales

- Desarrollo anormal del cigoto/embrión
- Anormalidades genéticas

### Factores maternos

- Edad avanzada
- Infección
- Enfermedades crónicas
- Trastornos endocrinos
- Malformaciones uterinas
- Anomalías inmunológicas

## **Aborto tardío**

### Causas idiopáticas

### Separaciones corioamnióticas

### Factores maternos

- Cuello uterino incompetente
- Inmunológicas
- Infecciones



Un error en la meiosis I ó II materna o paterna

Por la superfecundación de un huevo por dos espermatozoides

División cromosómica sin que ocurra la división citoplasmática.

Se detectan anomalías cromosómicas

80%

- Trisomía 16
- Bolsa amniótica vacía.

TRISOMIAS AUTOSOMICAS (50%)

MONOSOMIA X

- 20 – 25% casos
- 1 de 15 fetos llegan a termino: Sind. de Turner.

- 15 y 10% casos respectiva/

TRIPLOIDIA Y TETRAPLOIDIA

ARREGLOS ESTRUCTURALES

- 1.5% casos

- 1.3% casos

POLISOMIA CROMOSOMICA SEXUAL

**ABORTO  
ESPONTÁNEO**

- ↑ en proporción directa a la edad materna y es mucho más frecuente: > 40 años
- El número de abortos Euploides es aproximadamente el doble, que el de una mujer de 20 años.

- Los abortos con alteraciones del cariotipo también son más frecuentes y se observa una mayor incidencia de trisomías.

- En parejas de edad avanzada, son más frecuentes los trastornos endocrinológicos asociados con problemas de la ovulación, como fase luteal inadecuada, que puede dificultar la implantación o el mantenimiento temprano del embrión.

- Es frecuente no encontrar la causa y, en estos casos, el aborto se explica por una pérdida de las facultades reproductivas que ocurre en las etapas finales de la vida fértil porque los óvulos han pasado mucho tiempo en la etapa I de la meiosis.

## Causa relativamente infrecuente de pérdida del embarazo

Los siguientes organismos se han relacionado con aborto

Chlamydia trachomatis

Brucella melitensis

Citomegalovirus

Toxoplasma gondii

Listeria monocytogenes

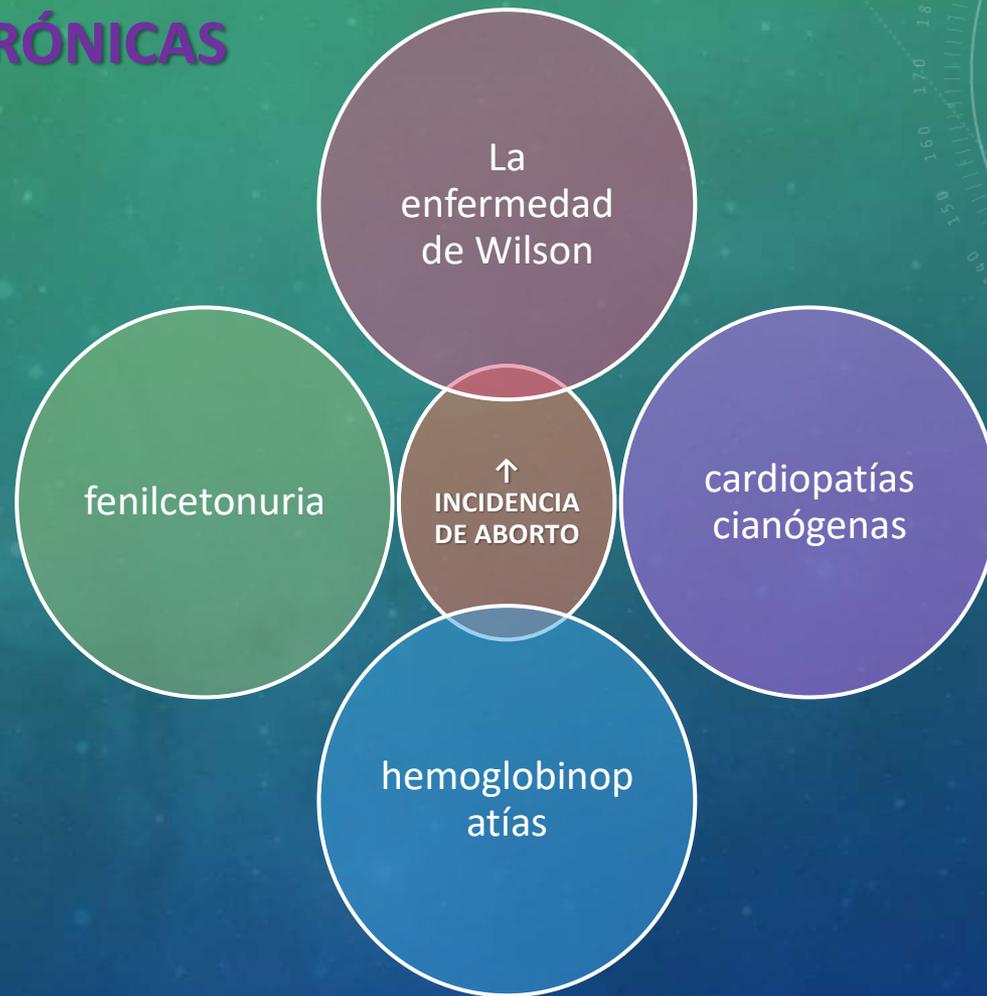
Herpes virus

Mycoplasma hominis



El único organismo al que se le ha identificado un ciclo vital capaz de producir un aborto

## ENFERMEDADES CRÓNICAS



La hipertensión y las enfermedades del colágeno predisponen a los infartos placentarios ocasionando pérdida del producto en cualquier etapa de la gestación

Cualquier endocrinopatía importante afecta la reproducción en alguna de sus fases, ovulación, concepción, implantación o crecimiento y desarrollo del embrión/feto.

Una deficiencia en la producción de estradiol durante la fase folicular y luteal o una inadecuada respuesta endometrial a la progesterona circulante, pueden ocasionar un deficiente soporte hormonal del embarazo.

**La insuficiencia del cuerpo lúteo y la diabetes, son las causas más frecuentes.**

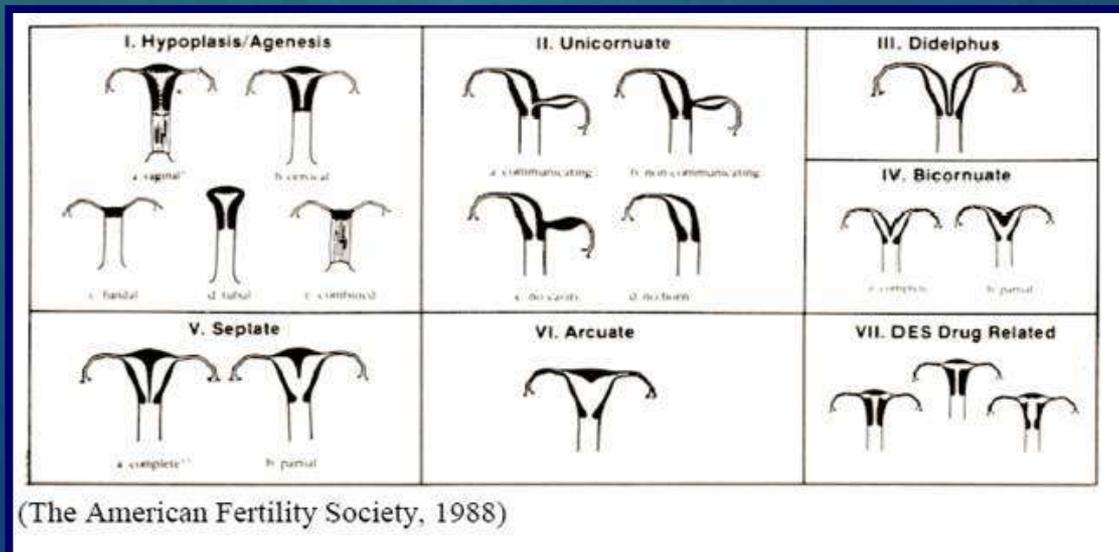
La insuficiencia luteal ocasiona un desarrollo endometrial inadecuado, como consecuencia de la insuficiente secreción o actividad de la progesterona.

# OTRAS CAUSAS

**Anomalías Uterinas**

**Incompetencia Cervical**

**Factores Inmunológicos**



# Clasificación



**AMENAZA DE ABORTO**



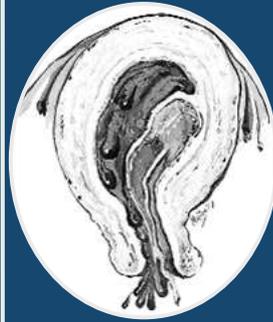
**ABORTO EN CURSO**



**ABORTO INEVITABLE**



**ABORTO COMPLETO**



**ABORTO INCOMPLETO**



**FETO RETENIDO**



# Clasificación



**ABORTO  
SÉPTICO**



**ABORTO  
TERAPÉUTICO**



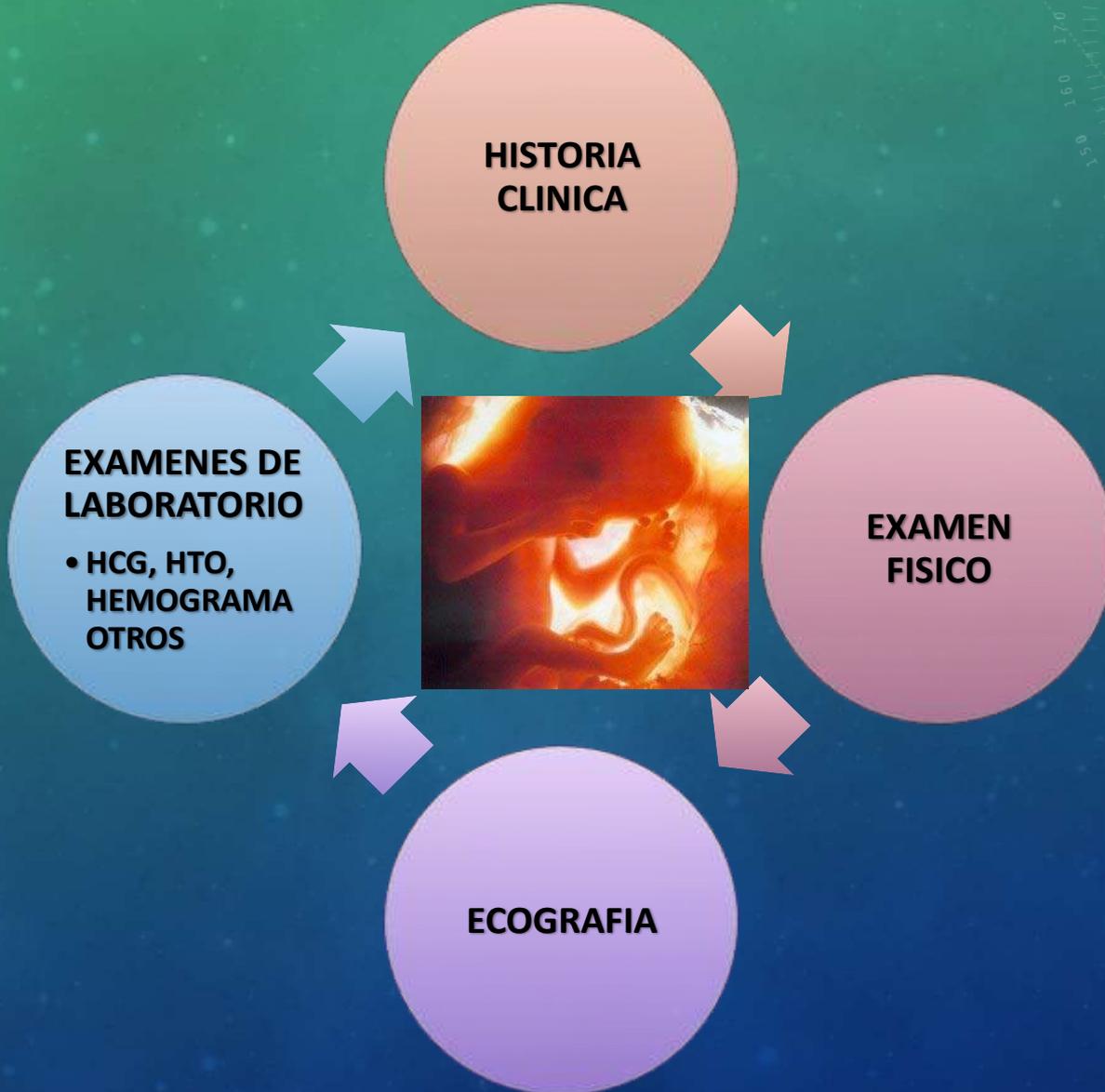
**ABORTO  
RECURRENTE**



**ABORTO  
INSEGURO**



# Diagnostico



# Cuadro Clínico



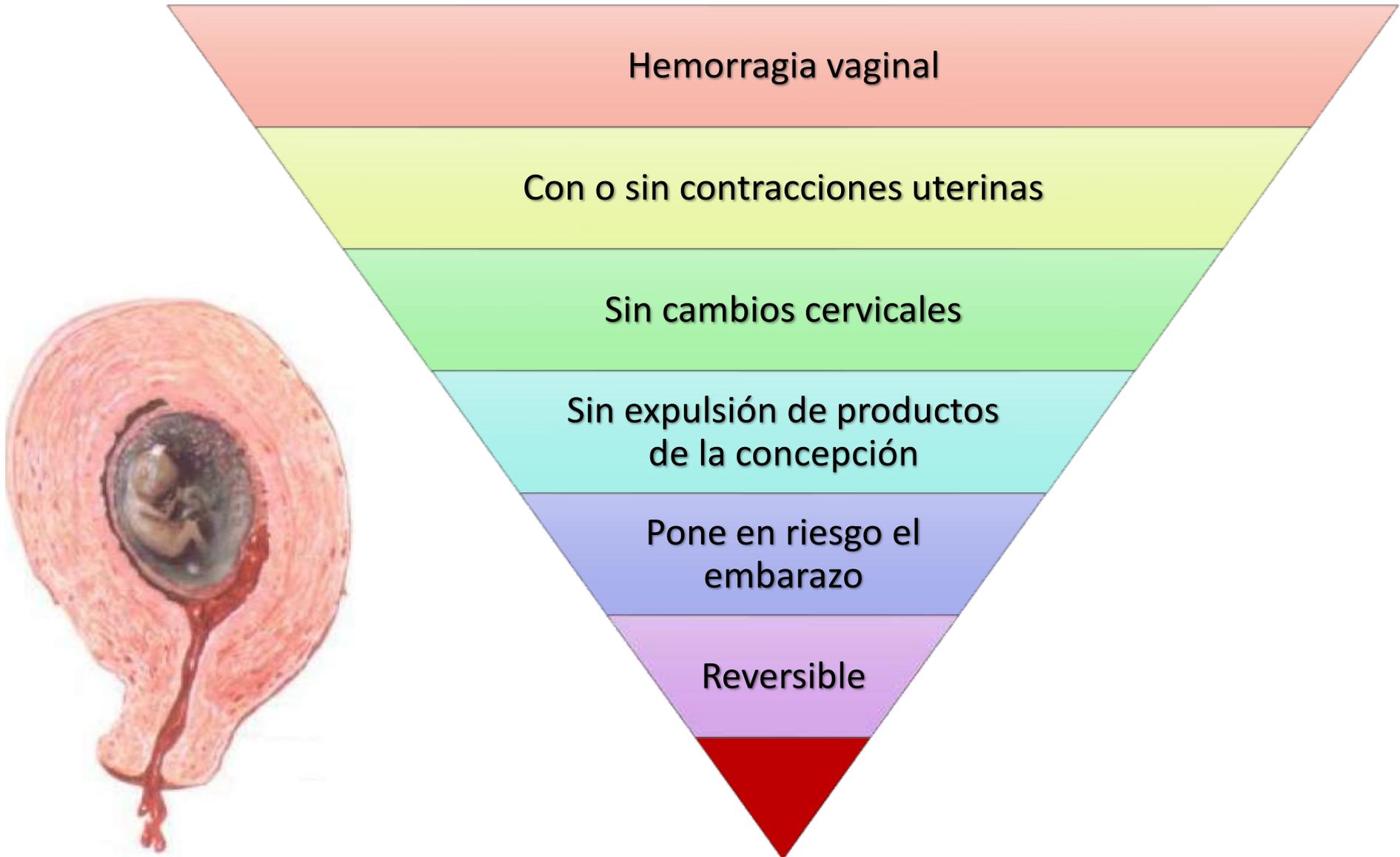
**Sangrado  
vaginal**

**Dolor  
abdominal**

**Membranas  
intactas o  
rotas**

**Cambios  
cervicales**

# Amenaza de aborto



# Diagnóstico de Amenaza de Aborto



**Exploración:** para valorar la cuantía de la metrorragia y descartar patología anexial. El cuello esta cerrado.

**Ecografía (vaginal)** se comprueba que existe botón embrionario y vitalidad (latido cardiaco +).

Si hubiera duda, se pide test de embarazo, y si es necesario  **$\beta$ -HCG**.





Hematoma subcorial en un caso de amenaza de aborto. Dentro de la vesícula gestacional se aprecia en rojo la existencia de latido cardíaco fetal.



Gran hematoma retrocorial que despega la práctica totalidad del trofoblasto.  
Con Doppler color se ve que el embrión está vivo.

# Aborto en Curso

Cuando la situación es irreversible.  
Hay expulsión de restos ovulares a través del  
cérvix. (aborto inminente)

## CLINICA

- Aumento del sangrado con dolor en hipogastrio.
- Exploración: el cuello esta abierto con restos ovulares en vagina o en OCE.

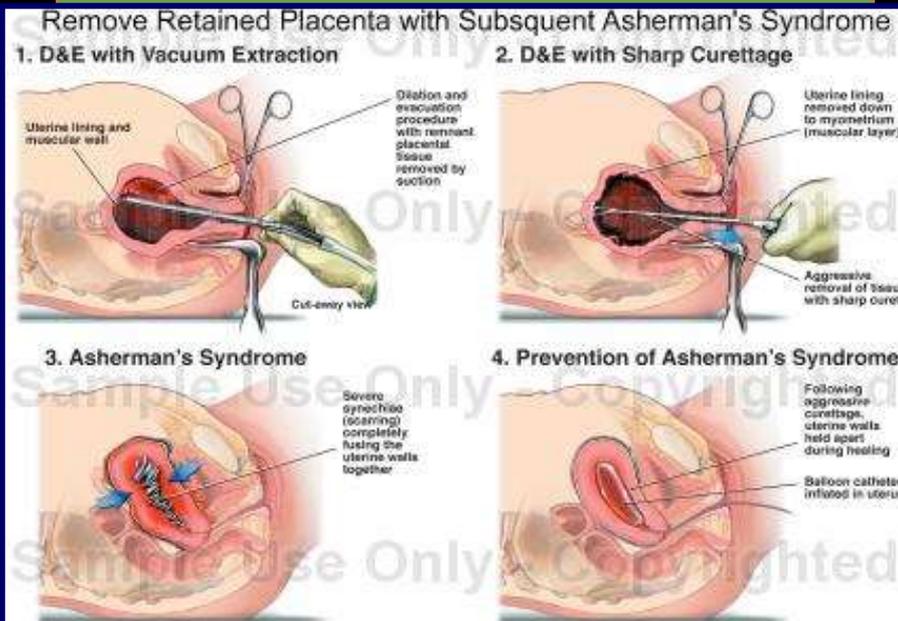
# DIAGNÓSTICO

- Eco: restos intracavitarios o el saco gestacional en proceso de expulsión, en canal cervical.
- Test de embarazo puede ser positivo o negativo.



# MANEJO

- Legrado uterino



# ABORTO INEVITABLE



Embarazo en el que se produce rotura de las membranas y/o dilatación cervical.

Hemorragia antes de la 20 s, con dilatación cervical continua, pero **sin expulsión de productos de la concepción.**

La evacuación momentánea de parte o todo el producto es probable

# Aborto Inevitable

2+ de los siguientes  
datos:

Borramiento cervical  
moderado

Puede haber o no  
dilatación cervical

Hemorragia por más de  
7 días

Sangrado uterino  
abundante o ruptura de  
membranas con pérdida  
de líquido amniótico

Signos de  
terminación  
del embarazo



## DIAGNÓSTICO

- Examen con espéculo o tacto vaginal
- Ultrasonido

- La expulsión del producto suele ocurrir al poco tiempo y puede convertirse en un aborto completo o incompleto.

## MANEJO

- Conducta es expectante y se debe proceder al legrado, en caso de ser necesario

# ABORTO INCOMPLETO

**Consiste en la perdida espontanea de parte, pero no de todos, los componentes ovulares**

**Hemorragia de carácter diverso**

**Dolor tipo cólico de magnitud variable**

**La paciente refiere haber expulsado restos ovulares.**

**Volumen uterino menor a la amenorrea.**

**Útero blando y doloroso a la palpación**

**Dilatación cervical**

# DIAGNÓSTICO Y MANEJO

## ECOSONOGRAFÍA

Imágenes ecorrefringentes  
(coágulos)

Imágenes ecomixtas (tejido  
ovular aún sin expulsar)

Si hubiera duda, se pide test  
de embarazo, y si es  
necesario -HCG



Aborto  
Incompleto

➤ Ingreso Hospitalario

➤ Hemograma, coagulación

➤ Grupo y Rh

➤ **Legrado**

➤ **Previo consentimiento  
informado**

**IMPORTANTE VISUALIZAR LOS ANEXOS**



Ecográficamente el aborto incompleto se caracteriza por la presencia intrauterina de ecos heterogéneos, irregulares, que corresponden a los restos coriódéciduales. Suele ser habitual la presencia de una vesícula irregular en la que no se observa embrión.

# Aborto Completo

A la exploración se objetiva el cérvix cerrado

El test de gestación puede ser (-) o (+) si ha sido reciente

la ecografía demuestra una cavidad uterina vacía.



Metilergometrina 20 gotas/8h durante 5 días

Recomendar volver a Urgencias si ↑ metrorragia o dolor

Control por su ginecólogo

Gammaglobulina anti-D si la madre es Rh (-)



# Aborto Diferido

A  
B  
O  
R  
T  
O  
  
D  
I  
F  
E  
R  
I  
D  
O

Retención de un embarazo fallido por un tiempo prolongado

Generalmente la paciente acude por metrorragia o dolor

Se retienen por 8 o + semanas

A la exploración: cuello cerrado

Hemograma, coagulación, grupo y Rh

Ecografía: presencia de embrión sin latido cardiaco

Huevo huero no visualiza embrión en una vesícula gestacional >25mm.  
actitud = aborto diferido

Ingreso para legrado evacuador o aspirado

Informar a la paciente consentimiento informado

Maduración cervical  
Misoprostol

Dieta absoluta (valorando sueroterapia)

Analgesia si presenta dolor, pero pautada

En algunos casos puede usarse profilaxis antibiótica



Aborto diferido Paciente de 34 años. Gestante de 13 semanas. Aporta ecografía practicada a las 8 semanas con el diagnóstico de gestación evolutiva de 7-8 semanas. Test inmunológico positivo a las 6 semanas.



VERA MARQUEZ, FABIOLA V.

01011990 08 EG-12s2d

RIC 5-9H/OB

7.7cm / 40Hz

MI 0.3

TIs 0.0

DR. NAPOLEON GALLIFA E.

IRENE

01.11.2008

12:50:56 PM

1.Trim.Rout.

14.00 - 6.00

Pot 87 %

Gn 7

C8 / M5

P4 / E2

GE

↓ CC

CRL

CRL 2.77cm

EG 9s4d <3.0%

Aborto diferido

# Aborto Séptico

Cualquiera de las variedades anteriores a las que se agrega infección intrauterina y/o pélvica

## presentación

- Esgurrimiento intrauterino.
- Fiebre de  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  (y se descarta otro origen).
- Hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdómino-pélvico a la movilización del cérvix y útero.
- Pus en OCE
- Signos de shock séptico (casos graves)

## Diagnostico

- ECO restos intracavit.
- Test de embarazo (+)
- Leucocitosis con desviación izquierda > 15.000

- Ingreso con control de signos vitales
- Análisis urgente: Exámenes de laboratorio completos.
- Cultivo de sangre, orina y restos ovulares.
- Sueroterapia.
- Radiografía de torax y abdomen.
- Indagar posible aborto provocado.
- Antibioterapia IV. Ej: Ampicilina 2 gramos al inicio y luego 1gramo intravenoso cada 6h o Clindamicina 900mg/8h + metronidazol 500mg/8h + Gentamicina 240mg/24h. Intravenoso.
- Dentro del más o menos 6 horas realizar legrado uterino una vez estabilizada.



	Amenaza Aborto	Aborto inevitable	Aborto diferido	Aborto incompleto	Aborto completo	Aborto séptico
Sangrado	Escaso	Presente	Puede estar presente	Abundante	Abundante A Escaso	Puede estar presente
Dolor cólico En hipogastrio	Presente en la mayoría de los casos	Puede estar presente	Puede estar presente	Puede estar presente	Leve	Puede estar presente.
Modificaciones cervicales	Ausentes	Presentes con ruptura de membranas	Ausentes	Presente	Ausentes	Pueden estar presentes.
Fiebre	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente
Diagnostico	Clínico ecografía	Clínico ecografía	Ecografía	Clínico ecografía	Clínico ecografía	Clínico Bh, Ecografía
Tratamiento	Reposo Tocolíticos Tratamiento de algún proceso infeccioso asociado	Segundo trimestre maduración cervical y expulsión del feto con posterior realización de LUI	Primer trimestre LUI, AMEU segundo trimestre maduración cervical y expulsión del feto con posterior realización de LUI	Realización de LUI, AMEU	Vigilancia	Antibióticos con posterior realización de LUI.

# MÉTODOS QUIRÚRGICOS

Método	Descripción
<b>Aspiración manual endouterina (AMEU)</b>	Método por el cual a través del cérvix, el contenido uterino es evacuado por aspiración al vacío a través de una cánula que se introduce en el útero. Se lo puede realizar con anestesia paracervical.
<b>Lgrado uterino instrumental (LUI)</b>	Procedimiento por el cual a través del cérvix y del uso de una cureta de metal se evacúan el interior del útero bajo anestesia general.

Fuente: <sup>40</sup> Kaufman A. Counseling women on options for management of early pregnancy loss. Am Fam Physician. 2012 Mar 15;85(6):547;  
Elaboración: autores

# VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS MÉTODOS QUIRÚRGICOS

Variable	LUI	AMEU
Uso	>12 semanas	<12 semanas
Tasa de complicación/riesgo	Alta	Baja
Costo	Alto	Sustancialmente menor
Instrumental	Cureta metálica	Cánula de plástico



**LEGRADO UTERINO POR ABORTO**

# EMBARAZO ECTOPICO



# Embarazo Ectópico



**Ectos : fuera**  
**Topos: lugar**

Se produce cuando el ovocito fertilizado se implanta fuera de la cavidad endometrial

Primera causa de mortalidad materna en el primer trimestre de la gestación

En el 95% de los casos los ectópicos son tubáricos (80% ampular)

**Cada año mueren 40 mujeres como resultado de un Embarazo Ectópico o sea 0.8% de defunciones por cada 1,000 casos**

## Factores de riesgo

- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Infertilidad previa
- DIU
- Endometriosis
- Abortos previos
- ectópico anterior
- Cirugía abdominal y de las trompas uterinas

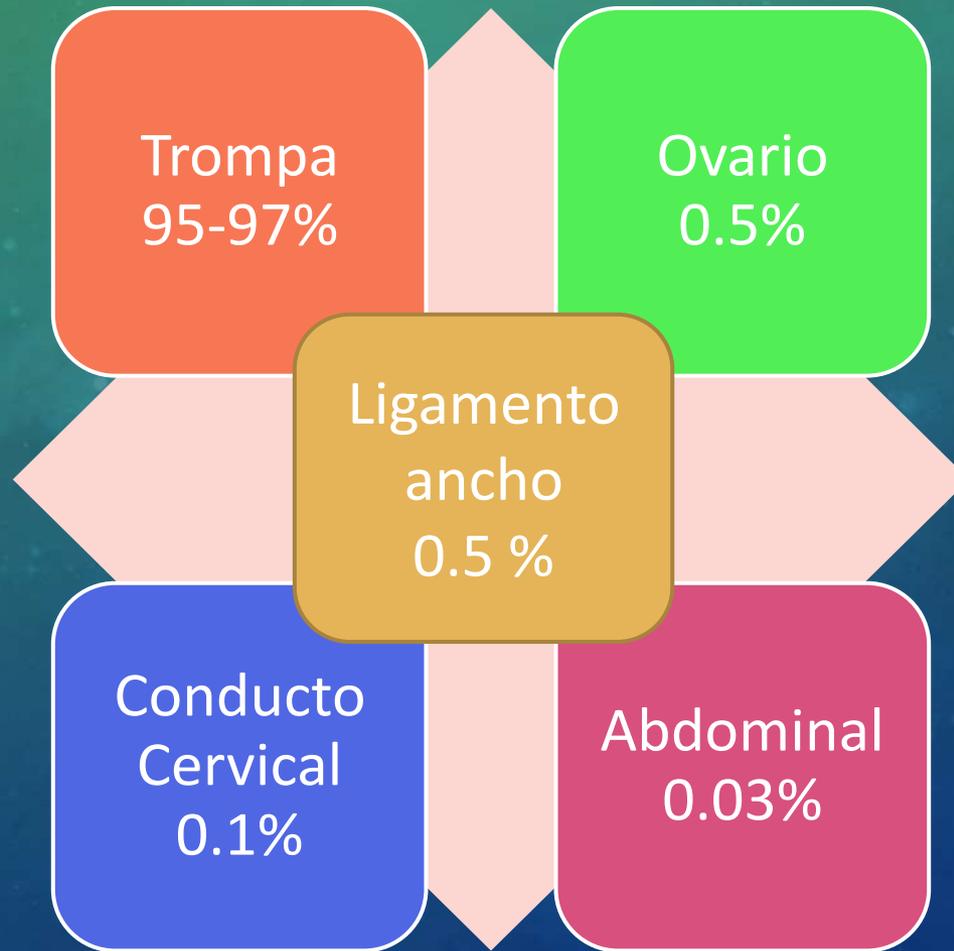
## Clínica

- Desde asintomática hasta shock.
- La tríada clásica es: amenorrea + dolor abdominal + sangrado vaginal.  
El test de embarazo es positivo

## Exploración

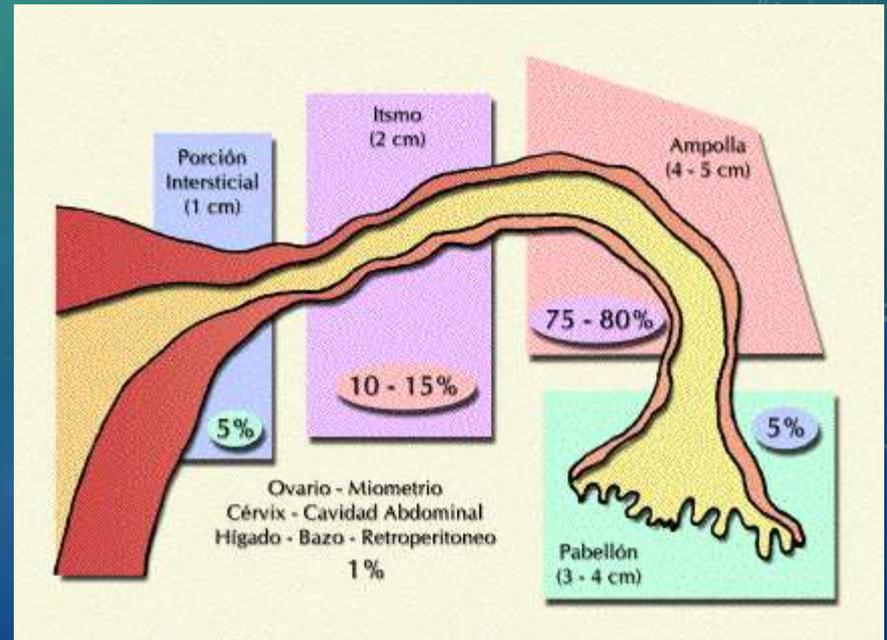
- Anejo engrosado y doloroso.
- saco de Douglas ocupado y doloroso.
- Evolución: hipersensibilidad a un abdomen agudo.

# Localización

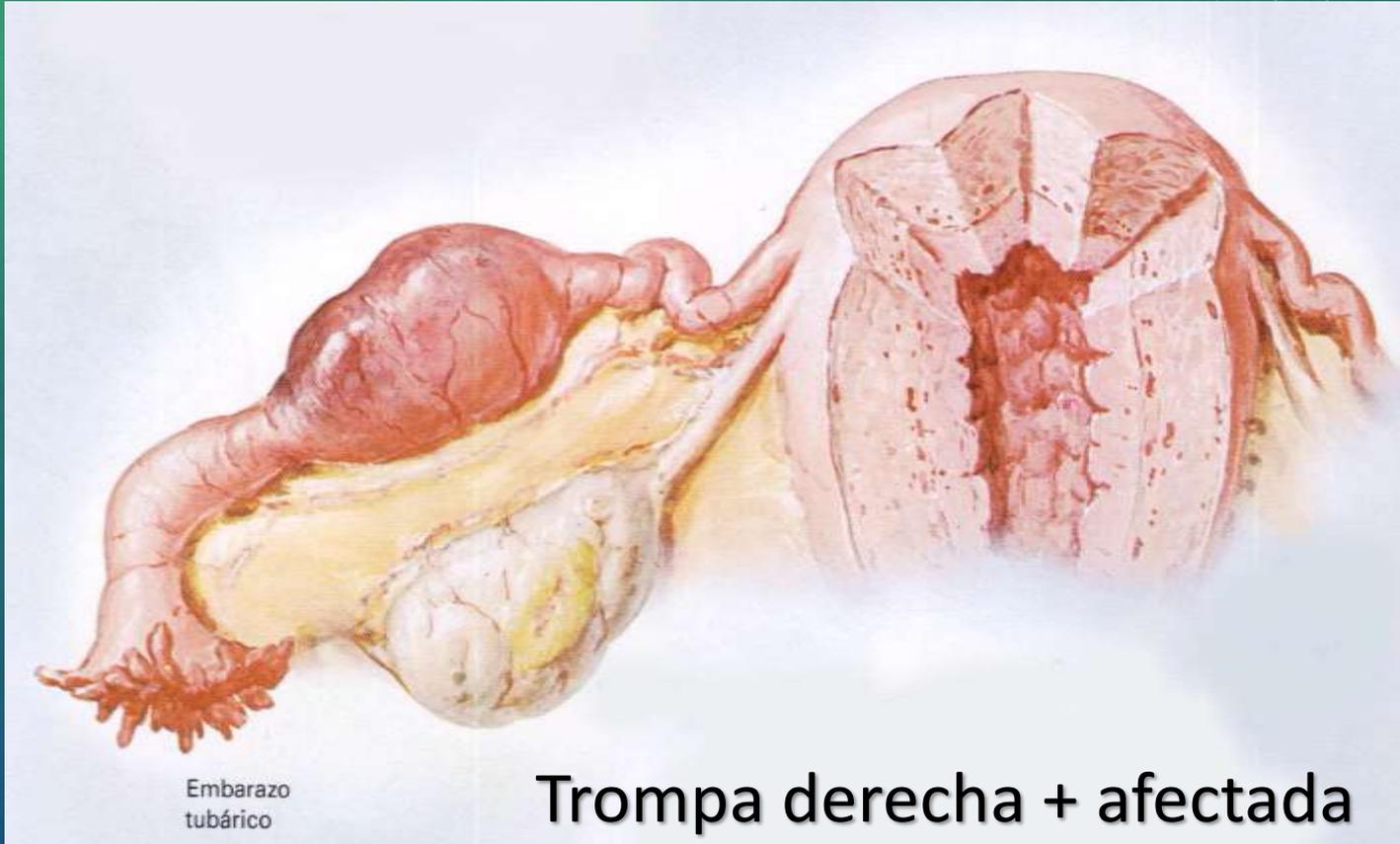


# Embarazo Tubarico

- Ampular 80%
- Istmico 12%
- Fimbrial 5%
- Intersticial 2%



# Embarazo Tubarico



# EMBARAZO ECTÓPICO MÚLTIPLE

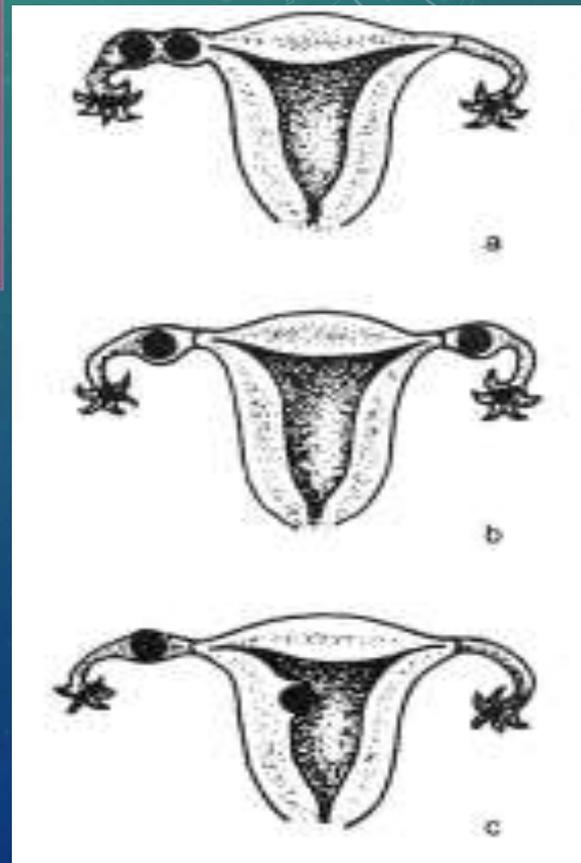
## Heterotópico

- Embarazo tubárico
- Gestación uterina

## Multifetal

- En la misma trompa
- Uno en cada trompa

- \* Tuboováricos
- \* Tubouterinos
- \* Tuboabdominales



# CUADRO CLÍNICO

## Dolor

- Ruptura
- Pelviano y abdominal (95%)
- Punzante , en puñalada

## Menstruación anormal

- Confusión
- Retraso leve, “manchado”

## Sensibilidad abdominal y pelviana

- Aumentada
- Movilización del cuello uterino
- Ausente previo a ruptura

## Cambios uterinos

- 25% útero crece en los primeros 3 meses
- Empujado hacia un costado

## Presión Arterial y Pulso

- Antes de la ruptura signos normales
- Ausencia de cambios, incremento leve de presión o respuesta vasovagal

# CUADRO CLÍNICO

- Lipotimias
- Vértigo
- Acufenos



# Diagnóstico

ECO vaginal

## Signos directos

Saco gestacional + vesícula vitelina a veces con embrión y lat. Cardíaco fetal extrauterina (20%)

## signos indirectos:

- masa anexial próxima al ovario
- corona de doppler color que la rodea (corona trofoblástica)
- útero vacío + endometrio engrosado
- Líquido intraperitoneal en Douglas



Figura 44. Gestación ectópica ampular vista en ecografía transvaginal.

# Imágen Ecográfica de Embarazo Ectópico





## **Hemograma y coagulación**

Control de signos vitales, Hemoglobina y Hematocrito.

Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca predictores de accidente tubárico y de sangrado en la cavidad abdominal.

## **$\beta$ -HCG**

En los Embarazos Ectópicos la HCG  $\uparrow$  más despacio de lo normal ( $\uparrow$  aprox. un 50% en 48 horas)

Diagnóstico diferencial con procesos como abdomen agudo o aborto completo

**El diagnóstico se confirma con laparoscopia y anatomía patológica, por lo que se practicará en caso de duda diagnóstica.**



*Figura 45. Laparoscopia en gestación ectópica.*

## Culdocentesis

(Punción del saco de Douglas)

- Técnica simple para identificar hemoperitoneo
- Aguja de calibre 16 o 18 por el fondo de saco vaginal
- Ha sido reemplazada por medición de HCG y eco transvaginal

## EVOLUCIÓN

**10%**

resolución espontánea. aborto tubárico (casi exclusivamente los ampulares)

**90%**

rotura tubárica  
Suele haber intensa hemorragia porque el trofoblasto invade vasos arteriales

## Conducta expectante

- la cifra de  $\beta$ -HCG  $\downarrow$  ( $<1.000$  mUI/ml)
- Ectópico Tubarico
- no evidencia de hemorragia intraabdominal o rotura tubárica
- Diámetro del embarazo ectópico reducido
- seguimiento con  $\beta$ -HCG y ecografías seriadas. % éxito 75 – 80%

## Tratamiento médico

- Metrotexate I.V. V.O. e incluso inyección directa en el saco gestacional
- gestaciones ectópicas no tubáricas
- seguimiento con  $\beta$ -HCG y ecografías seriadas

## Tratamiento quirúrgico

- Laparoscopia
- Técnica conservadora: salpingostomía lineal
- Salpinguectomía total: trompa muy dañada, gestación ectópica recurrente

# Manejo

Si sospecha no confirmada, paciente asintomática y estable, ALTA. Deberá volver en 48 h. Para repetir ECO y  $\beta$ -HCG. Alertarla de los posibles síntomas de rotura.

Si confirmo diagnóstico y paciente sintomática, INGRESO.

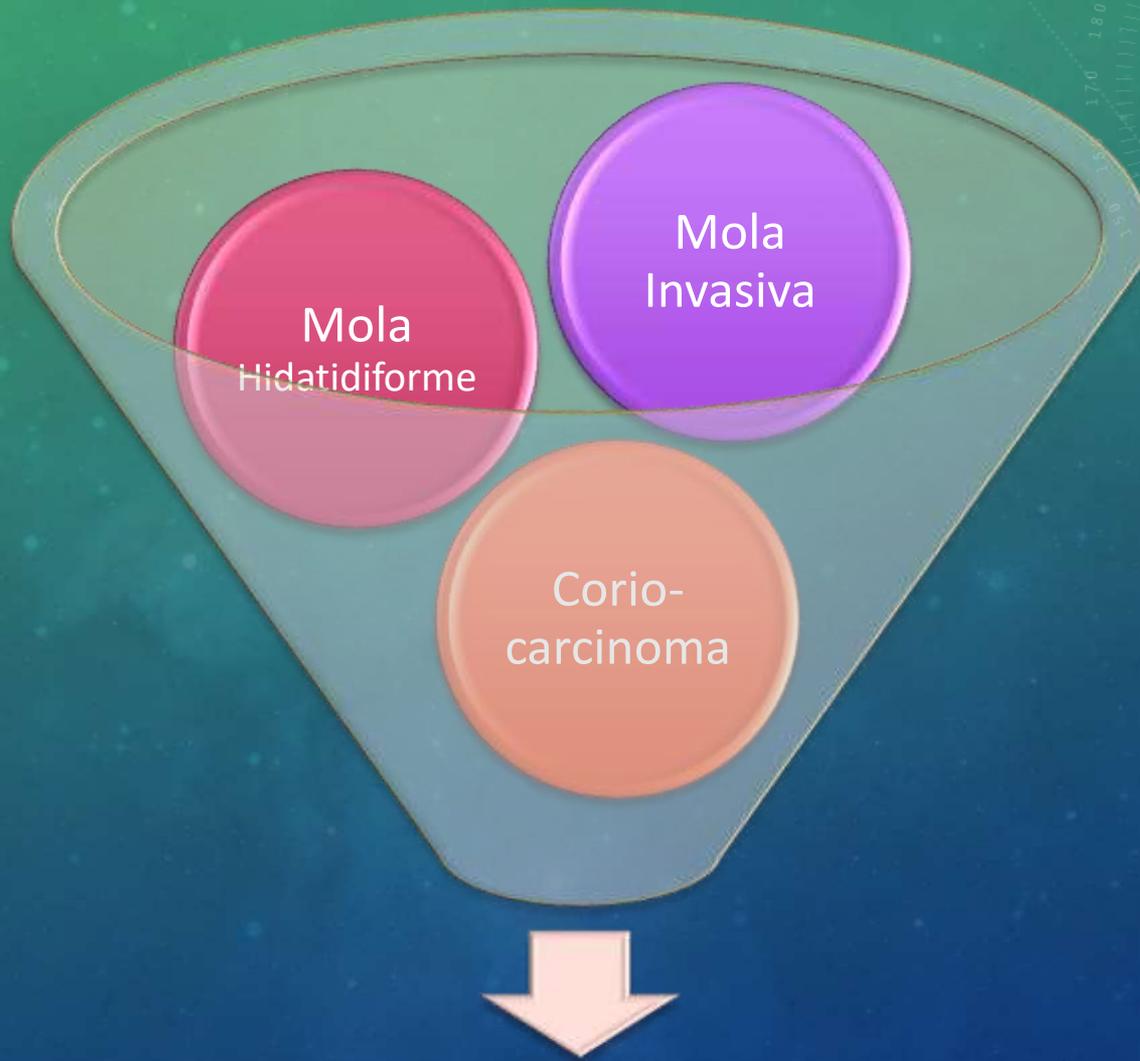
- Exámenes completos incluida Rh
- Venoclisis (Ringer-lactato).

Si descompensación hemodinámica, líquido libre intraabdominal (ecografía) o signos de shock, valorar CIRUGÍA URGENTE: Laparoscopia o laparotomía.

Si estable: TRATAMIENTO MÉDICO, valorando administración de Metotrexato a dosis única intramuscular de 1mg/kg (50mg/m<sup>2</sup>) y control de  $\beta$ -HCG a los 4-7 días.

Si es Rh negativo: Profilaxis anti-D 50  $\mu$ grs (en gestaciones >8semanas).

# EMBARAZO MOLAR



# Enfermedad Trofoblástica Gestacional

# Epidemiologia

- Países pobres
- Edades extremas
- Abortos espontáneos
- Nulíparas
- Grupo sanguíneo A : Coriocarcinoma

# Enfermedad Trofoblástica Gestacional

Embarazo molar  
(1/1000-2000)

80% Mola hidatiforme

15% Mola invasiva

5% Coriocarcinoma

6-19%

Transformación maligna



# Mola Hidatidiforme

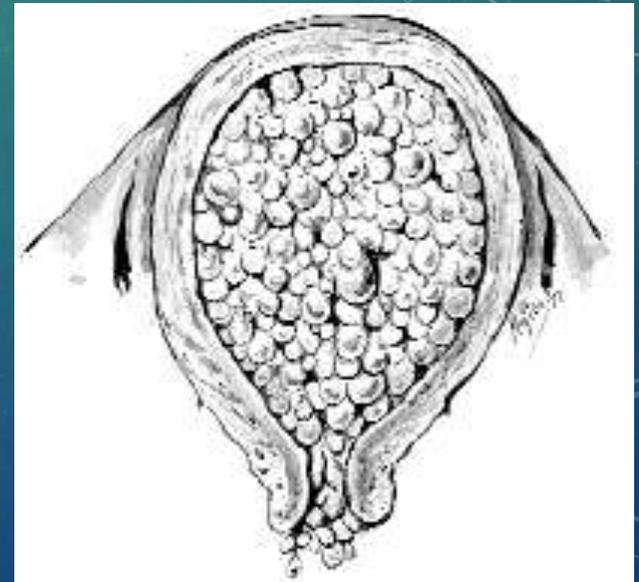
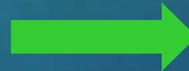
Hidatidiforme  
vesículas = gotas de agua  
Griego: hidátide



Complicación común de la  
gestación. 1 de cada 1000 a 2000  
embarazos. (+ oriente)



Anormal proliferación de tejido  
trofoblástico asociado a gestación



**Características de la  
mola Hidatidiforme.**

# EMBARAZO MOLAR

Ausencia de feto  
intacto

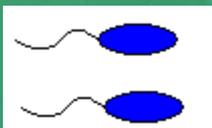
Proliferación del  
trofoblasto  
(hiperplasia y  
displasia)

Degeneración  
hidrópica de las  
vellosidades  
coriales y necrosis  
avascular.

Las vellosidades  
coriales con  
edema  
distendidas,  
Vasos sanguíneos  
son escasos



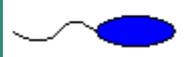
# Mola completa



+

2 esperm. XX o XY

0



+

Espermatozoide X



HUEVO



HUEVO

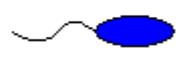
Duplicacion del DNA del espermatozoide



Cromosomas paternos solamente (mola androgénica)

# Mola parcial

23,X  
23,Y



+

1 o 2 esperm. 46,XY



HUEVO



Cromosomas paternos y maternos (triploide)

# Características De La Mola Completa Y Parcial

Característica	Mola completa	Mola parcial
<b>cariotipo</b>	46 xx (46 xy)	Triploide
<b>Edema veloso</b>	Todas las velosidades	Algunas velosidades
<b>Proliferación trofoblástica</b>	Difusa, circunferencial	Focal, ligera
<b>Atipia</b>	Presente a menudo	Ausente
<b>HCG sérica</b>	Elevada	Menos elevada
<b>HCG en tejido</b>	+++++	+
<b>Conducta</b>	2% coriocarcinoma	Coriocarcinoma raro

# MOLA HIDATIDIFORME - HISTOLOGIA



Hiperplasia del estroma y la gran dilatación de las vellosidades coriales.

# Presentación

-Amenorrea con sintomatología de toxemia: hiperémesis, preeclampsia precoz, hipertiroidismo.

-Hemorragia vaginal escasa, discontinua, persistente con posible expulsión de vesículas.

-Hallazgo ecográfico.

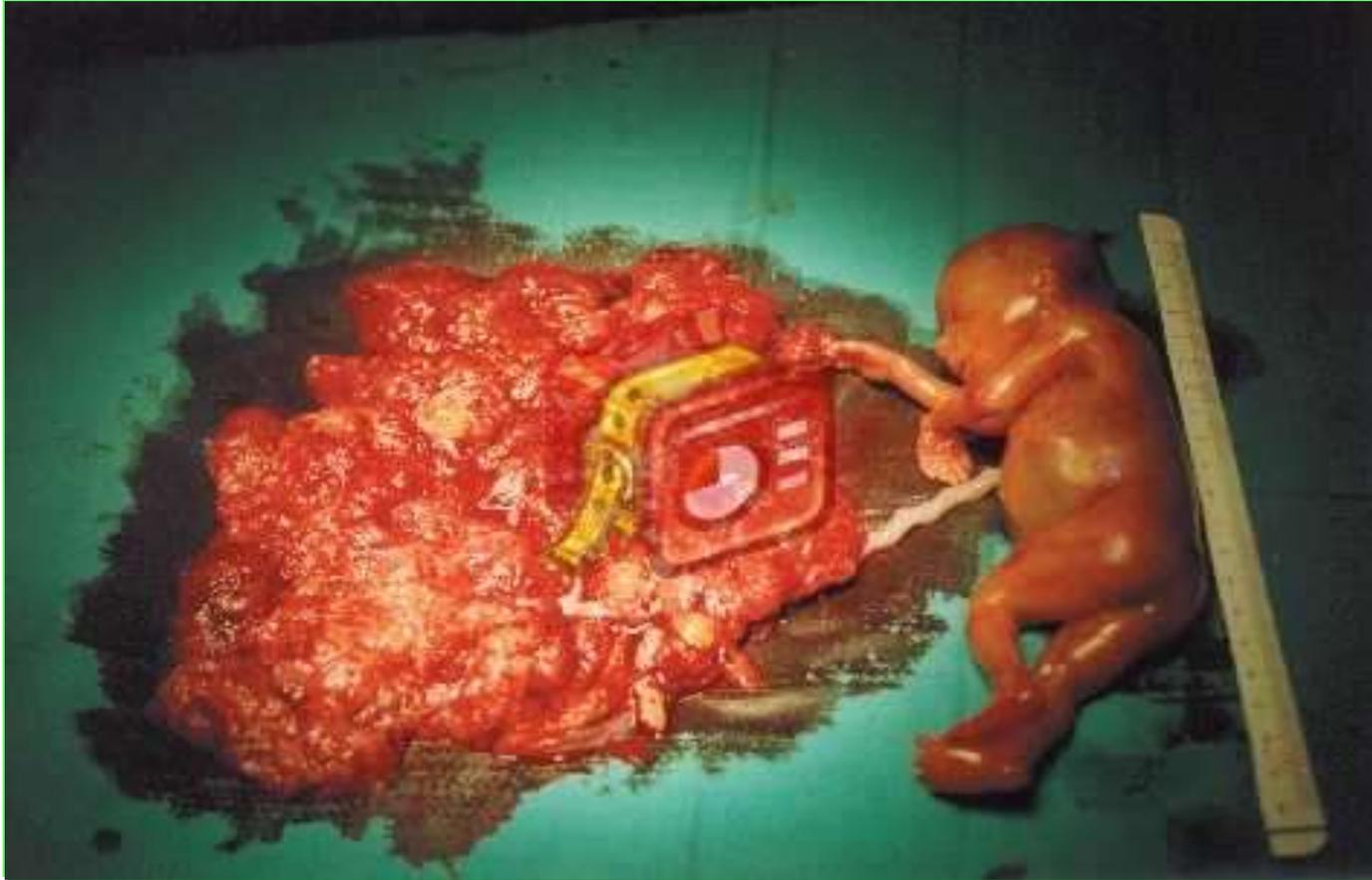
Hemorragia en la primera mitad del embarazo

Dolor en hipogastrio

Útero de tamaño mayor al esperado para la Edad Gestacional.

Ausencia de latido cardíaco fetal y de partes fetales

# Mola Hidatidiforme Parcial



# Diagnóstico

Exploración: tamaño uterino grande consistencia blanda, cérvix cerrado, engrosamiento de anejos. Expulsión de vesículas (patognomónico pero infrecuente).

Ecografía: trofoblasto con vesículas (imagen nevada o panal de abejas), ausencia Quistes tecaluteínicos ováricos. La ecografía doppler puede detectar recurrencia o invasión del miometrio.

- $\beta$ -HCG sérica (cifras > 100.000 UI/ml son compatibles con mola).

- Hemograma: anemia (en función de hemorragia).  
-Coagulación, grupo y Rh.

-Radiografía tórax: descartar extensión pulmonar.



- USG: Tormenta de nieve
- Cuatro o más valores de hGC en "meseta" en 3 semanas (días 1-7-14 y 21).
- Incremento en hGC de  $>10\%$  por 3 valores o más en 2 semanas (días 1-7 y 14).
- Persistencia de hGC 6 meses después de la evacuación

# TRATAMIENTO

- Aspiración Manual Endouterina
- Legrado Uterino Instrumental por aspiración.
- Infusión de Oxitocina:  
Debe comenzar después de la dilatación y de que haya comenzado la aspiración y debe mantenerse varias horas después
- Histerectomía Total Abdominal

# SEGUIMIENTO

- Determinación del nivel de fracción b-hGC a las 48 horas de la evacuación.
- Determinaciones de fracción b-hGC semanales hasta conseguir 3 resultados normales consecutivos, y después mensualmente durante 6 – 12 meses, o cada mes por 3 meses, a los 3 meses, y por último a los 6 meses.
- Se deberá realizar una exploración bimanual para determinar el tamaño uterino cada tres semanas hasta obtener la ausencia de la fracción b-hGC. Posteriormente se realizará con la misma frecuencia que la fracción b.

# En caso de evacuación uterina

- Preferentemente por aspiración.
- Administración de ergóticos durante la evacuación para favorecer la reducción uterina.
- Control postevacuación: hemograma, gammaglobulina anti-D en Rh negativo dentro de 72 horas.
- $\beta$ -HCG /48 h para confirmar el descenso de las cifras.
- Ecografía: para valorar la vacuidad uterina.
- Mantener sueros con perfusión oxitócica 24h.



**Gracias**