

**Data d'entrada del protocol al PQA:** 10/08/2020

**ID:** G034

**Títol:** PROTOCOL: PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ

**Paraules clau:** PART PRETERME, PREMATURITAT, GESTACIÓ

**Versió núm.:** 1  Elaboració  Adaptació  Actualització **Data:** 10/02/2020

**COMISSIÓ / COMITÈ / GRUP DE TREBALL (si s'escau):**

Autors (marcar el coordinador)	Serveis / Àrea	Signatures del Director del Servei / Unitat
Dra. Anna Olivella (coordinadora)	Ginecologia i Obstetrícia (Àrea Materno Infantil)	Dra. Elisa Llurba
Neus Ollé	Infermera (Servei Ginecologia Obstetrícia. Àrea medicina materno fetal)	Sra. Laura López Ortega
Maria Llaboré	Llevadores Ginecologia i Obstetrícia (Àrea Materno infantil)	Sra. Laura López Ortega
Eva vela	Llevadores (Àrea ASSIR DRETA)	Eva Vela
Dra. Anna Feliu	Farmàcia	Dra. M. Antònia Mangués

**Àmbit d'aplicació del Protocol/GPC:**

- Ambulatori  Hospitalització  Laboratori  Rehabilitació  
 Urgències  Quirúrgic  Diagnòstic per la Imatge

El protocol/guia conté fàrmacs que afecten a pacients Ingressats o de dispensació ambulatoria hospitalària?  Sí  No

Si la resposta és afirmativa, data de revisió pel Servei de Farmàcia: 10/02/2020

Data d'institucionalització: setembre 2020

*[Handwritten signatures and initials: DM, BT, and others]*



# PÈRDUA GESTACIONAL PRECOÇ

## DEFINICIÓ

Definim una pèrdua gestacional precoç com aquella gestació intrauterina no viable ja sigui amb un sac gestacional buit o bé amb la presència d'un embrió o fetus sense activitat cardíaca en les primeres 12 setmanes i 6 dies de gestació.

Dins d'aquest concepte podem diferenciar:

gestació anembrionada, mort fetal o embrionària, avortament en curs i avortament incomplet.

## INCIDÈNCIA

La pèrdua gestacional precoç és una complicació freqüent de la gestació, aproximadament 10-15% de les gestacions clínicament reconegudes acabaran en una no viable.

## ETIOLOGIA I FACTORS DE RISC

Aproximadament el 50% de les pèrdues gestacionals precoces són degudes a anomalies cromosòmiques.

Els principals factors de risc per presentar una pèrdua gestacional són l'edat avançada i els antecedents de pèrdues precoces anteriors.

## DIAGNÒSTIC ECOGRÀFIC

Troballes ecogràfiques diagnòstiques de pèrdua gestacional precoç

- CRL > 7 mm sense FCF
- Diàmetre mig sac gestacional > 25 mm sense visualitzar embrió
- Absència d'embrió amb FCF positiva 2 setmanes o més després d'una exploració on s'havia visualitzat sac gestacional sense vesícula vitel·lina.
- Absència d'embrió amb FCF després d'11 dies o més després d'una exploració on s'havia visualitzat un sac gestacional amb vesícula vitel·lina



## Troballes ecogràfiques **suggestives** però no diagnòstiques de pèrdua gestacional precoç

- CRL < 7 mm sense FCF
- Diàmetre mig sac gestacional 16-24 mm sense visualitzar embrió
- Absència d'embrió amb FCF positiva 7-13 dies després d'haver visualitzat sac gestacional sense vesícula vitel·lina
- Absència d'embrió amb FCF positiva 7-10 dies després d'haver visualitzat sac gestacional amb vesícula vitel·lina
- Absència d'embrió després de 6 setmanes o més des de la DUR
- Vesícula vitel·lina >7mm
- Sac gestacional petit en relació a la mida de l'embrió (menys de 5mm de diferència entre el diàmetre mig del sac gestacional i el CRL)

## **MANEIG**

L'èxit del maneig depèn de molts factors que s'han de tenir en compte a l'hora d'aconsellar un mètode o un altre. El tipus de pèrdua, les dimensions... El punt més important però, és la preferència de la pacient que dependrà de les circumstàncies individuals, les expectatives i l'assumpció dels riscos i beneficis de cada opció. L'aconsellament doncs, és una part essencial de tot el procés.

Tot i que algunes dones prefereixen una conducta expectant, moltes desitgen una actitud activa en el maneig de la pèrdua gestacional precoç. En tot cas, la capacitat de tenir control en el maneig de la pèrdua gestacional precoç pot alleugerir la càrrega emocional que acompanya la pèrdua d'un embaràs en el primer trimestre.

### Maneig inicial:

a) Pacients diagnosticades des **d'urgències/CCEE Esterilitat/CCEE obstetrícia/ASSIR Guinardó:**

1. Davant la presència de troballes **suggestives** de pèrdua gestacional precoç es recitarà al dispensari on es seguia la pacient o es derivarà a la consulta específica (PGP dispensari dra. Olivella: dilluns i dijous) en aproximadament 7 dies per confirmar diagnòstic i explicar opcions terapèutiques si es confirma.



2. Sol·licitar HG + coagulació + grup Rh via UCIEs (si la pacient és allà) o es remetrà a extraccions HSP (via no urgent/immediata) si és des de CCEE obstetrícia/CCEE esterilitat/ASSIR Guinardó.

Si el **diagnòstic** és de certesa i la pacient desitja tractament quirúrgic o tractament mèdic es programarà des del **mateix lloc** on s'ha fet el diagnòstic si aquest és clar (veure maneig específic).

b) Pacients diagnosticades al [ASSIR Roger de Flor/ASSIR Sagrera/ASSIR Pare Claret](#):

1. Davant la presència de troballes **suggestives** de pèrdua gestacional precoç es recitarà la pacient al seu ASSIR de referència per confirmar el diagnòstic. Si cal, es pot derivar via derivació urgent via electrònica (IS3) indicant la consulta específica de Pèrdua gestacional precoç a l'hospital (Dra. Olivella).

2. Sol·licitar HG + coagulació + grup Rh el seu ASSIR de referència o centre d'extraccions de zona el següent dia hàbil.

En tots els casos, s'informarà i s'entregarà el document informatiu de la pèrdua gestacional precoç (annex 1. Tríptic informatiu).

## **TRACTAMENT:**

### 1. Conducta expectant

La conducta expectant es pot perllongar tant de temps com la pacient desitgi sense que augmenti el risc d'infecció. Cal informar que l'interval d'expulsió pot ser molt variable (fins a 8 setmanes). El període de major expulsió espontània són les 2 primeres setmanes.

Taxa global d'èxit en avortaments diferits: 28-76%

Taxa d'èxit en avortaments incomplet: 80-94 %

S'aconsella com a primera opció realitzar conducta expectant en els casos **d'avortament incomplet** i en els altres casos sempre que sigui l'opció triada per la pacient.



En cas de realitzar conducta expectant es programarà una visita a la consulta de Pèrdua gestacional precoç en una o dues setmanes.

## 2. Mèdic

Mifepristona 200 mg via oral + misoprostol 800 mcg via vaginal a les 24 hores

Taxa global d'èxit: 80-90%

### **Indicacions:**

- Desig de la pacient
- Quan no és necessari fer l'estudi anatomopatològic del producte gestacional. Quan les dones tenen un índex de massa corporal superior a 30 i no hi ha riscos cardiovasculars afegits.
- Quan les dones tenen malformacions uterines i/o miomes i/o antecedents de cirurgia cervical anterior.
- Quan CRL < 15 mm (8 setmanes). En CRL > 15 mm la metrorràgia i el dolor pot ser important. A valorar en cada cas.

### **5.1 Contraindicacions absolutes**

- Hipersensibilitat a la mifepristona i/o al misoprostol.
- Contraindicació prèvia per als fàrmacs oxitòcics.
- Porfíria hereditària.
- Insuficiència suprarenal crònica.
- Asma greu que no s'aconsegueix controlar amb tractament.
- Coagulopaties i altres trastorns hemorràgics no etiquetats.
- Anèmia greu: Hb < 9,5 g/l.
- Alletament matern. Els dos fàrmacs poden passar a la llet materna, i les repercussions clíniques són incertes:
  - En el cas de la mifepristona: s'han detectat augments de l'hormona adrenocortical i del cortisol en el fetus; en conseqüència, cal evitar l'administració de mifepristona durant l'alletament.
  - En el cas del misoprostol: atès que al cap de 6 hores d'haver estat administrat té una concentració insignificant en la llet



materna, es podria administrar el tractament en acabar l'alletament i no tornar a alletar fins a 6 hores després.

- Insuficiència renal.
- Insuficiència hepàtica.
- Desnutrició.

#### **Cal fer una atenció especial en situacions com les següents**

- Anèmia no greu amb valors de Hb > 9,5 g/dl. La metrorràgia pot ser abundant i, en especial, en gestacions de més de 8 setmanes.
- Tractaments de llarga durada amb corticoides.
- Es recomana administrar el misoprostol amb precaució en pacients amb epilèpsia o antecedents d'epilèpsia, malalties cardiovasculars, hipotensió.

#### **L'aplicació d'aquest tractament no presenta característiques de contraindicació en els casos següents:**

- La disfunció tiroïdal i la diabetis insulíndependent, ja que en tots dos casos no sembla que se n'alteri el control clínic per a aquest tractament.
- L'embaràs múltiple.
- L'obesitat (no hi ha evidència que es necessitin dosis diferents en funció de l'índex de massa corporal).
- La cesària prèvia o les intervencions uterines (en un embaràs molt incipient).
- El tabaquisme.
- Les malformacions uterines congènites i adquirides.
- La cirurgia prèvia del coll uterí.

#### **Procediment:**

S'entregarà **full informatiu** (annex 1. Tríptic informatiu) i **consentiment informat** (penjat al SAP dins la carpeta de ginecologia i obstetrícia) que



s'haurà de digitalitzar (introduir al sobre blau disponible a CCEE i UCIEs) i el Kit amb la medicació i consells ja preparats (annex 2. Avortament mèdic). El kit està disponible a UCIEs (calaix d'estupefaents), CCEE (Neus Ollé) i ASSIR Guinardó.

- Dia 1: administrar *200 mg mifepristona* a CCEE/ASSIR Guinardó/UCIEs. S'inclourà com a visita virtual de Pèrdua Gestacional Precoç d'obstetrícia en 3 dies (Dra. Olivella, en dilluns o dijous) . En cas de ser a CCEE (esterilitat o obstetrícia) també es pot incloure a la llista virtual (tots els dies) de la Neus Ollé (infermera d'obstetrícia).
- Dia 2: *800 mg misoprostol vaginal* al domicili (Cytotec)
- Dia 4: trucada a domicili per part de referent Unitat de Pèrdua Gestacional Precoç (Dra. Olivella/Neus Ollé)

A la trucada es valorarà l'evolució clínica de la pacient.

- ✓ Si patró compatible amb avortament complet: visita en 2-3 setmanes al seu ASSIR de referència amb llevadora.
- ✓ Si no metrorràgia o patró no adequat: es citarà en 24-48 hores per valoració mèdica al dispensari de pèrdua gestacional precoç. Es podrà oferir una segona dosi de misoprostol o raspament per aspiració.

El pretractament amb mifepristona augmenta la taxa d'expulsió (87,8% Vs 71,1%) i disminueix la necessitat de legrat aspiratiu als 30 dies (8,8% Vs 23,5%). És important insistir en l'interval de 24 hores entre els dos tractaments ja que intervals més curts fan perdre eficàcia.

En un 84% dels casos l'expulsió es produeix entre les 24-72 hores posteriors a l'ús del misoprostol però el tractament pot ser efectiu fins a més dies.

S'informarà dels possibles efectes secundaris del tractament: nàusees, vòmits, febre, diarrea...

S'entregarà un full informatiu (annex 2. Avortament mèdic) on s'explicarà l'ús de l'analgèsia (1 comprimit de paracetamol 500 mg + 1 comprimit codeïna 30 mg + 1 comprimit d'ibuprofè 600 mg) abans i després de l'ús del misoprostol així com el patró normal del sagnat i del dolor (Kits preparats).



### 3. Quirúrgic

La taxa global d'èxit : 95-100%

Indicacions:

- Urgent si:
  - ✓ Hemorràgia severa
  - ✓ Inestabilitat hemodinàmica
  - ✓ Signes d'infecció
- Desig de la pacient
- Anèmia severa < 9,5 mg/dl
- Trastorns de la coagulació
- Malalties cardiovasculars
- Indicació per altres estudis (AP o CERBA)

#### Circuit raspatge per aspiració:

Els raspatges per aspiració es realitzaran via CSI:

- ✓ Dilluns: fins a 3 raspatges per aspiració
- ✓ Dimarts: 1 raspatge per aspiració
- ✓ Dijous: 1 raspatge per aspiració

#### CCEE obstetrícia/CCEE esterilitat/UCIEs/ASSIR Guinardó:

- Es pactarà el dia de la intervenció amb la pacient. Un cop decidit s'annotarà a l'agenda de parts.  
Unitat U:/carpGinecologia\_Obstetricia/Agenda de parts
- S'enviarà Mail a [programaciolegrats@santpau.cat](mailto:programaciolegrats@santpau.cat) amb Nom i Cognoms i NHC i dia de la intervenció perquè quedi constància al Bloc Quirúrgic
- Es signarà el consentiment informat de Raspament per aspiració/instrumental (penjat al SAP a la carpeta de ginecologia i obstetrícia) que s'haurà de digitalitzar (introduir al sobre blau disponible a CCEE i UCIEs)
- S'entregarà el document del circuit de raspatge per aspiració (annex 3. Raspatge) anotant el dia de la intervenció a la fulla informativa.
- Es realitzarà la prescripció mèdica de Misoprostol 400 micrograms VV (en paper blau i blanc) i s'enviarà per tub pneumàtic al CSI (0003) amb





etiquetes de la pacient i indicant procediment (tractament pre-raspament) i el dia que es realitzarà el procediment.

- Es realitzarà una visita a les 3-4 setmanes al seu centre de referència (ASSIR d'origen) per valorar estat físic i emocional de la pacient. No programar ecografia

Si el procediment es realitza sense incidències es donarà l'alta des de CSI amb les recomanacions a seguir (annex 4. Recomanacions a l'alta)

Tractament	Avantatges	Inconvenients
Expectant	Evita sedació i cirurgia invasiva Taxa d'èxit elevada en cas d'avortament. Incomplert.	Temps d'expulsió variable (dies-setmanes) Sagnat i dolor
Mèdic	Evita sedació i cirurgia invasiva Ambulatori Resolució més ràpida que expectant Facilitació de raspament si retenció o sagnat excessiu	Augment del temps de sagnat Dolor Possibles efectes adversos tractament Facilitació de raspament si retenció o sagnat excessiu
Quirúrgic	Taxa d'èxit 95 -100% Programable	Hospitalització Sedació Complicacions a curt i llarg terme

## PREVENCIÓ ISOIMMUNITZACIÓ Rh

Tot i que el risc d'isoimmunització és baix, es recomana l'administració de la Gammaglobulina anti D en aquelles pacients:

- que rebin tractament quirúrgic o mèdic
- que tinguin una pèrdua de més de 8 setmanes

No es recomana la Gammaglobulina en el cas de pèrdues gestacionals completes < 8 setmanes



S'afegiran a continuació tots els annexes.

## SUPORT EMOCIONAL

Totes les pacients que hagin tingut una pèrdua gestacional precoç tindran una visita en 2-3 setmanes al seu ASSIR amb una llevadora per valorar l'estat físic i també l'emocional.

En els casos que sigui necessari s'oferirà a la pacient l'opció de rebre suport psicològic i emocional ja sigui a l'hospital (Esther Pousa) o bé al CSMA de referència.



## Bibliografia

Sotiriadis A, Makrydimas G, Papatheodorou S, Ioannidis JPA. Expectant, Medical, or Surgical Management of First-Trimester Miscarriage: A Meta-Analysis. *Obstet Gynecol.* 2005;105:1104-13.

Graziosia GCM, Mol BW, Ankum WM, Bruinse HW. Management of early pregnancy loss. *Int J Gynaecol Obstet.* 2004;86:337-46.

Beucher G. Prise en charge des fausses couches spontanées du premier trimestre. Management of the first trimester miscarriages. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité.* 2009;37:257-64.

Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, Read M, Vyas S. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ* 2006;332:1235. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.38828.593125.55> (Published 25 May 2006)

D Sur S, Raine-Fenning NJ. The management of miscarriage. Shyamaly D. *Sur. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009 Aug;23(4):479-91.

Bagratee JS, Khullar V, Regan L, Moodley J, Kagoro H. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. *Hum Reprod.* 2004 Feb;19(2):266-71.

Creinin MD, Huang X, Westhoff C, Barnhart K, Gilles JM, Zhang J, National Institute of Child Health and Human Development Management of Early Pregnancy Failure Trial. Factors Related to Successful Misoprostol Treatment for Early Pregnancy Failure. *Obstet Gynecol.* 2006;107:901-7.

Early Pregnancy Loss, ACOG Practice Bulletin Number 200. November 2018.

Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. NICE Clinical guideline. Published date: 17 April 2019

Medical Management of First-Trimester Abortion. ACOG Practice Bulletin, number 143, March 2014.

Protocol per a l'atenció i l'acompanyament en cas d'embaràs no desitjat. Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. 2012.

Protocol de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) farmacològica fins als 63 dies d'embaràs. Actualització d'acord amb l'informe de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. 2014.

Lemmers M, Verschoor MAC, Hooker AB, Opmeer BC, Limpens J, Huirne JAF, Ankum WM, Mol BWM. Dilatation and curettage increases the risk of



subsequent preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2016 Jan;31(1):34-45.

Chung JPW, Chung CHS, Mak JSM, Li TC, Kong GWS. Efficacy, feasibility and patient acceptability of ultrasound-guided manual vacuum aspiration for treating early pregnancy loss. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2019 Feb;59(1):71-76.

Dalton VK, Harris L, Weisman CS, Guire K, Castleman L, Lebovic D. Patient Preferences, Satisfaction, and Resource Use in Office Evacuation of Early Pregnancy Failure. *Obstet Gynecol.* 2006 Jul;108(1):103-10.

Grossman D, Grindlay K. Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review. *Contraception.* 2011;83:504-10.

Creinin MD. Endometrial thickness after misoprostol use for early pregnancy failure. *Int J Gynaecol Obstet.* 2004 July;86(1): 22-6.

Flink-Bochacki R. Family Planning and Counseling Desires of Women Who Have Experienced Miscarriage. *Obstet Gynecol.* 2018;131:625-31.

Protocol de coordinació assistencial en el sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya en la interrupció voluntària de l'embaràs a petició de la dona. (Llei orgànica 2/2010, art. 14)

Zhang JA, Gilles JM, Barnhart K, Creinin MD, Westhoff C, Frederik MM, et al. Comparison of Medical Management with Misoprostol and Surgical Management for Early Pregnancy Failure. *N Engl J Med.* 2005 Aug 25;353(8):761-9.

Raymond EG, Harrison MS, Weaver MA. Efficacy of Misoprostol Alone for First-Trimester Medical Abortion. A Systematic Review. *Obstet Gynecol.* 2019;133:137-47.

Colleselli V. Medical management of early pregnancy failure (EPF): a retrospective analysis of a combined protocol of mifepristone and misoprostol used in clinical practice. *Arch Gynecol Obstet.* 2014;289:1341-5.

Schreiber CA, Creinin MD, Atrio J, Sonalkar S, Ratcliffe SJ, Barnhart KT. Mifepristone Pretreatment for the Medical Management of Early Pregnancy Loss. *N Engl J Med.* 2018;378:2161-70.