

ABORTO ESPONTÁNEO DEL PRIMER TRIMESTRE

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Rocío Chaves Márquez (R4) Nerea Rodríguez González (FEA) Cristina Aranda Corona (FEA)	Isidoro Narbona Arias Pedro J. Sánchez Sánchez Antonio Ruano García	25-5-2023
		Fecha revisión
		26-2-2024

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA.

El aborto es la interrupción o la pérdida del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y/o de un feto expulsado con un peso de menos de 500 gramos o de otro producto de la gestación no viable (huevo no embrionado, mola hidatiforme...), independientemente de si hay o no evidencia de vida.

Es una de las patologías más frecuentes durante el embarazo y la principal causa de hemorragias del primer trimestre. Más del 80% de los abortos ocurren en las primeras 12 semanas de gestación.

ETIOLOGÍA.

La causa más frecuente del aborto espontáneo, con un 65-70% de incidencia, son las anomalías genéticas/cromosómicas, en concreto las trisomías autosómicas y las triploidías. El resto corresponden a causas maternas como:

- **Anomalías anatómicas o uterinas:** como útero tabicado, los miomas submucosos o los septos/sinequias.
- **Trastornos endocrinos:** anomalías en la secreción de LH (insuficiencia lútea), hormonas tiroideas, insulina...
- **Enfermedades infecciosas:** cualquier puede ser causa de aborto esporádico, aunque la sífilis es la única con efecto demostrado en el aborto recurrente.
- **Enfermedades inmunológicas:** el 80% de los abortos de origen incierto tienen una base inmunológica, como es el síndrome antifosfolípido.
- **Tóxicos:** tabaco, alcohol o fármacos.
- **Factores ambientales:** paridad, edad (>40 años), número de abortos previos, etc.
- **Iatrogénica:** Uso de algunos fármacos que se administran de forma errónea y que tienen dicha consecuencia (Metotrexato, Misoprostol) o por técnicas invasivas como la biopsia corial o la amniocentesis.

CLASIFICACIÓN SEGÚN EDAD GESTACIONAL Y FORMAS CLÍNICAS.

a) Aborto precoz: cuando ocurre en <12 semanas de gestación. Dentro de este grupo encontramos el **aborto bioquímico**, cuando se produce antes de que se hayan producido manifestaciones clínicas de la gestación y de que sea posible visualizar ecográficamente.

b) Aborto tardío: cuando el aborto se produce de ≥ 12 semanas de gestación.

Dentro de las formas clínicas, la característica común del aborto espontáneo es la aparición **de sangrado vaginal y dolor en hipogastrio** en el contexto de una amenorrea. Se diferencian varias formas:

- a) **Amenaza de aborto:** da sangrado vaginal escaso con o sin dolor en hipogastrio de intensidad leve. Se objetiva cérvix cerrado. Los hallazgos ecográficos dependerán de las semanas de gestación en la que se encuentre la paciente.
- b) **Aborto en curso, inevitable o inminente:** expulsión inminente o presente de restos ovulares con sangrado en cantidad mayor o igual que menstruación y mayor dolor. Al tacto el cérvix está abierto, pudiéndose visualizar los restos ovulares en cérvix o en vagina. Ecográficamente se visualiza el útero con saco gestacional en istmo uterino o bien ocupado por restos ovulares.
- c) **Aborto incompleto:** expulsión parcial de los productos de la concepción. Suele cursar con hemorragia profusa con dolor hipogástrico tipo cólico. A nivel ecográfico se objetivan restos ovulares dentro de la cavidad uterina (grosor de $\geq 15\text{mm}$).
- d) **Aborto completo:** expulsión completa de los productos de la concepción, cérvix cerrado y el útero se encuentra bien contraído, desaparece el dolor y el sangrado vaginal activo. La exploración ecográfica muestra una cavidad uterina normal (grosor endometrial de $< 15\text{mm}$).
- e) **Aborto retenido o diferido:** presencia intraútero de los productos de la concepción pese a haberse producido la detención de la gestación. Suele ser asintomático o como síntoma único, el manchado vaginal. Se encuentra el cérvix cerrado. El diagnóstico es ecográfico. Clásicamente, el aborto retenido se clasificaba, según su imagen ecográfica, en aborto diferido (embrión $\geq 5\text{ mm}$ sin actividad cardiaca) y gestación anembrionada o huevo huero, diagnosticándose cuando se visualiza un saco gestacional de más de 15mm de diámetro promedio, sin que se visualice un polo embrionario o una vesícula vitelina de 10mm. Actualmente se considera que las gestaciones anembrionadas constituyen una forma de aborto diferido, por lo que su manejo es similar.
- f) **Aborto séptico:** proceso infeccioso ascendente caracterizado por una endometritis en el contexto de un aborto. Los datos clínicos incluyen fiebre, escalofríos, mal estado general, dolor abdominal y sangrado vaginal, con frecuencia de aspecto purulento. A la exploración útero blando con cérvix dilatado y secreción genital hemato-purulenta.

DIAGNÓSTICO.

Requiere la realización de una buena **anamnesis** y **exploración física**. En la actualidad, el diagnóstico de certeza se establece mediante la exploración **ecográfica**, que eventualmente puede requerir de la información complementaria que aportan los niveles de **β -HCG**.

- a) **Anamnesis:** Edad, antecedentes personales e intervenciones quirúrgicas de interés, número de embarazos y de abortos previos, fecha de última regla (FUR), fórmula menstrual, momento en el que el test de gestación dio resultado positivo.
- b) **Clínica:**
 - **Sangrado.** signo más frecuente, valorar intensidad y duración.

- **Dolor hipogástrico:** evaluar localización, duración, modo de aparición y características de este.

c) Exploración:

- **Toma de constantes vitales maternas:** TA, FC y evaluación de la repercusión clínica del sangrado.
- **Exploración abdominal:** localizar el dolor, intensidad, irradiación, palpación de masas/megalias, signos de irritación peritoneal...
- **Especuloscopia:** Evaluación del sangrado. ○ **Tacto bimanual:** Evaluar la altura uterina, la permeabilidad del cérvix, el dolor a la movilización cervical, así como palpación de masas anexiales.

d) Ecografía abdominal y/o transvaginal: Su realización es obligatoria ante cualquier embarazada con sospecha de aborto.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

Si se cumple alguno de los siguientes criterios:

1. CRL \geq 7 mm sin actividad cardíaca.
2. Ausencia de embrión con actividad cardíaca \geq 2 semanas después de una ecografía con saco gestacional sin vesícula vitelina.
3. Ausencia de embrión con actividad cardíaca $>$ 11 días después de una ecografía con saco gestacional y vesícula vitelina.
4. Diámetro medio del saco gestacional \geq 25mm sin embrión ni vesícula vitelina en su interior.

CRITERIOS SUGESTIVOS, PERO NO DIAGNÓSTICOS DE PÉRDIDA GESTACIONAL PRECOZ

1. CRL $<$ 7 mm sin actividad cardíaca.
2. Diámetro del saco gestacional entre 16 y 25 mm sin embrión.
3. Ausencia de embrión con actividad cardíaca entre 7 y 13 días después de una ecografía con saco gestacional sin vesícula vitelina.
4. Ausencia de embrión con actividad cardíaca entre 7 y 10 días después de una ecografía con saco gestacional y vesícula vitelina.
5. Ausencia de embrión \geq 6 semanas después de la fecha de última regla.
6. Amnios vacío (amnios visualizado adyacente a la vesícula vitelina, sin embrión visible)
7. Vesícula vitelina alargada ($>$ 7 mm), irregular o alteraciones ecogénicas.
8. Saco gestacional pequeño en comparación con el tamaño del embrión ($<$ 5mm de diferencia entre diámetro del saco gestacional y el CRL).
9. Frecuencia cardíaca inferior a 100 latidos por minuto.
10. Presencia de hematoma subcoriónico masivo.

En mujeres con ciclos irregulares o que desconozcan su última regla, los hallazgos ecográficos iniciales pueden no corresponder con los esperados. En estos casos, se debe valorar la **conducta expectante** no conlleva riesgos para la paciente, por lo que cuando exista una discordancia entre los datos clínicos y los datos ecográficos, se debe **repetir la ecografía a los 7 días**. Si entonces no se visualizan los cambios ecográficos evolutivos se podrá establecer con certeza la pérdida gestacional precoz.

- e) **Determinación de la B-HCG:** alcanzan su máximo valor entre las 8 y 11 semanas. Su determinación puede resultar de utilidad como complemento a la ecografía. Niveles >1500 permiten localizar la gestación ecográficamente en más del 90% de los casos.

MANEJO Y TRATAMIENTO.

Una vez establecido el diagnóstico de la pérdida gestacional precoz:

- Se le explicara a la paciente las distintas opciones terapéuticas posibles y la más adecuada para cada caso en particular: conducta expectante, tratamiento médico ambulatorio y/o tratamiento quirúrgico (Histeroscopia vs Legrado obstétrico).
- Se solicitará una analítica con **hemograma, pruebas de coagulación y grupo sanguíneo y Rh** en todas las pacientes que no se disponga de dicha información.
- La **administración de gammaglobulina anti-D** está indicada en las pacientes Rh negativas en caso de: tratamiento quirúrgico o médico y en pérdidas espontáneas de > 8 semanas de gestación, o Rh desconocido y no se pueda conocer este dato antes del alta.
- No está indicado administrar antibiótico profiláctico de forma rutinaria, si no hay sospecha de infección.

Conducta expectante.

Consiste en esperar la resolución espontánea del proceso. El periodo de mayor probabilidad de expulsión espontánea es el que comprende los primeros 7-14 días desde el diagnóstico. Eficacia baja, entre el 40 y el 70%. Si bien es posible en todos los casos, tal vez embarazos de más de 12- 13 semanas supondrían un riesgo alto de hemorragia o dolor que habría que consensuar con las pacientes la actitud a tomar. **Recomendada en caso de:** Pérdida incompleta (persistencia de restos ovulares, con grosor endometrial de > 15mm) en ausencia de metrorragia importante o síndrome febril.

Seguimiento: A los 7-14 días. Si no se ha dado la expulsión completa, ofrecer las demás opciones terapéuticas.

Tratamiento médico.

Tratamiento Ambulatorio:

Consiste en administrar medicación (clásicamente el Misoprostol) dirigida a desencadenar contracciones uterinas para conseguir la expulsión del contenido intrauterino, ya sea un saco gestacional o restos ovulares.

Recomendado en caso de tratamiento ambulatorio:

1. Criterios ecográficos: Gestación detenida con CRL <30mm, gestación anembrionada o aborto incompleto >15mm.
2. Hemoglobina >10gr/dl.
3. Ha de cumplir criterios de controles ambulatorios
4. Ausencia de contraindicación de fármacos. (Asma, glaucoma, coagulopatías).

5. Sobre todo, recomendado en: IMC >30; Presencia malformaciones uterinas; Presencia de Miomas intracavitarios; Cirugía genital previa (mayor tasa complicaciones en el tratamiento quirúrgico).

Medicamento empleado:

Clásicamente el tratamiento médico de la pérdida temprana del embarazo ha sido el **misoprostol**. Análogo de la prostaglandina E1, que permite la expulsión planificada y acelerada del tejido no viable del embarazo. Por otro lado, tenemos la **mifepristona** que es un derivado de la noretisterona que actúa como un antagonista competitivo del receptor de la progesterona y como antagonista del receptor de glucocorticoides, presentando su actividad máxima a las 36-48h de su administración, produciendo daño vascular con necrosis de la decidua, facilitando el desprendimiento de la placenta, además de preparar al miometrio y al cérvix para la posterior inducción de su actividad, gracias al tratamiento posterior con análogos de prostaglandinas como el misoprostol. La eficacia informada en los últimos años, de la combinación del tratamiento combinado con mifepristona y misoprostol para la pérdida temprana del embarazo ha oscilado entre el 52 y 95%.

En cuanto a la **vía de administración del misoprostol**, se pueden dar vía vaginal, oral, rectal, bucal o sublingual. La vía bucal da como resultado un tono uterino y una actividad similar a la de la vía vaginal y la vía sublingual da como resultado una absorción más rápida y niveles máximos más altos que la vía vaginal. No obstante, la vaginal es más eficaz que la vía oral y puede tener menos efectos secundarios que la vía sublingual o la bucal.

En cuanto a los **efectos secundarios**: Suelen aparecer a las 4-6 horas de su administración y los más frecuentes son:

- **Sangrado abundante**: cambio de compresa grande a las 2 horas o un sangrado en cantidad superior a menstruación.
- **Dolor abdominal**: Se recomienda la ingesta de un **AINE** antes de que se establezca el dolor.
- **Síntomas gastrointestinales**: náuseas, vómitos y diarrea.
- Cansancio, mastodinia.
- Exantema y prurito en palmas y plantas.

Contraindicaciones:

- Sospecha de embarazo ectópico o enfermedad trofoblástica gestacional.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Glaucoma.
- Porfiria hereditaria.
- ISR crónica.
- Infección.
- Anemia severa (Hb<9gr/dl).
- Gestación con DIU in situ.
- Alergia a prostaglandinas
- Hipotensión arterial.
- Asma grave.
- Hemorragia importante.
- Alteraciones de la coagulación.

No recomendable:

- Insuficiencia renal o hepática.
- IMC <18,5
- Lactancia materna.

Especial atención:

- Anemia no grave.
- Enfermedad o riesgo cardiovascular.
- Tratamientos con corticoides de larga duración.
- Epilepsia.

Según la **clasificación del aborto** la conducta de tratamiento médico a seguir será diferente. continuación se detalla qué se realizará en cada caso:

1. Aborto completo:

No precisa ingreso ni tratamiento.

2. Aborto incompleto:

Requiere presentar un buen estado clínico y sangrado menor o igual que regla.

- **Posología:** si < 12 semanas, se administrará 800mcg vía vaginal de Misoprostol desde la consulta donde se hace el diagnóstico. Si existen restos abortivos visibles por la especuloscopia, se extraerán y se enviarán a anatomía patológica. Se realizará seguimiento/revisión en consulta de urgencias en 7-14 días para comprobar eficacia.

3. Aborto retenido o diferido: Los criterios de inclusión son:

- ✓ Deseo explícito de la paciente
- ✓ Aborto diferido con LCC <54mm o 12SG
- ✓ Ausencia de enfermedades médicas que contraindiquen el tratamiento médico ✓ Cumplimiento de criterios de tratamiento ambulatorio:
 - Domicilio cercano, acompañado durante las primeras 24h
 - Disponibilidad de teléfono o transporte

Quedarán **excluidas** aquellas que tengan alto riesgo de incumplimiento terapéutico o del seguimiento posterior, ya sea por ausencia de plenas facultades mentales, bajo apoyo sociofamiliar o incapacidad de acudir en menos de 45-60 minutos a un hospital en caso de urgencia.

4.- Aborto séptico (Tratamiento Hospitalario):

Aborto más infección intrauterina. Debemos de tener presente que la infección puede progresar y causar salpingitis, peritonitis generalizada y septicemia, por lo que es importante el rápido diagnóstico al ser una enfermedad grave con riesgo vital.

- **Clínica:** fiebre, mal estado general, dolor abdominal, sangrado vaginal y salida de material purulento por el OCE, pudiendo ser causa de shock séptico. Analítica: leucocitosis con desviación a la izquierda (>15000) y aumento de PCR.
- **Etiología:** Staphylococcus aureus, bacilos Gram negativos o cocos Gram positivos.
- **Tratamiento:**
 - Estabilización si inestabilidad hemodinámica, junto con control de constantes, pérdida y diuresis. Sueroterapia de mantenimiento. Analíticas y cultivos de endometrio o restos, sangre y orina.
 - Antibióticos IV:

- 1ª línea:
 - **Ceftriaxona** (1g/12-24h) + **Metronidazol** (500 mg/8h). Añadir **Doxiciclina** 100mg/12h vía oral en caso de infección de aparición tardía, PCR Chlamydia positiva o no respuesta a tratamiento.
- Si alergia a la penicilina:
 - **Clindamicina** 900mg/8h + **Gentamicina** 240mg/24h.
 - Legrado por aspiración de la cavidad uterina 6-12h del inicio del tratamiento antibiótico con dilatación mecánica (la maduración cervical con Misoprostol está contraindicado).
 - Una vez pasadas 48h afebril, se puede cambiar el antibiótico a vía oral empírico: **amoxicilina-clavulánico** 875/125mg cada 8h o **clindamicina** 300mg/8h su alergia a penicilina, hasta completa 7-10 días. En caso de tratamiento con Doxiciclina pautar Doxiciclina 100mg/12h durante 14 días.

El tratamiento médico cuando la edad gestacional de < 12 semanas de gestación consistirá en Misoprostol 800mcg vía vaginal en la consulta de urgencias: ○ Reevaluación al menos 7-14 días después en la consulta de urgencias:

- Si restos ovulares <15mm → aborto completo, alta de la paciente.
- Si restos ovulares ≥ 15mm o presencia de saco gestacional → retratamiento con Misoprostol 800 mcg vía vaginal o tratamiento quirúrgico. ○ Volver a reevaluar 7-14 días después:
- Si restos ovulares < 15mm → aborto completo, alta de la paciente.
- Si restos ovulares ≥ 15 mm o presencia de saco gestacional → tratamiento quirúrgico.

Tratamiento Hospitalario

Cuando la edad gestacional de ≥ 12 semanas de gestación:

Se administrará mifepristona combinada con misoprostol (recomendado) o solo misoprostol (alternativa). Nuestra propuesta es:

- Administración de **mifepristona** 200 mg vía oral.
- Se procederá al ingreso a las 24 horas como mínimo, siendo lo ideal entre las 36 y 48 horas de la administración de Mifepristona y se iniciará con la administración de **Misoprostol** 800 mcg vía vaginal, seguidos posteriormente de 400mcg/3h. No se superará el máximo de 5 dosis de misoprostol (800/400/400/400/400) en 24h.
- Una vez expulsados los restos ovulares se valorará la necesidad de legrado si sangrado incontrolable.
- La realización de ecografía no es necesaria de forma rutinaria, salvo sospecha de retención de restos abortivos.
- Si tratamiento médico fallido, valorar tratamiento quirúrgico.
- Alta de la paciente según criterio del profesional tras valoración clínica.

Tratamiento quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico consiste en la evacuación del producto de la concepción mediante procedimientos quirúrgicos, siendo la dilatación y legrado obstétrico la forma más común de tratamiento quirúrgico ante la presencia de restos placentarios, pero no se debe olvidar que el uso de tratamiento histeroscópico ante estas situaciones es muy seguro.

I. Estudio Preoperatorio

II. Maduración cervical:

Es beneficiosa porque favorece que el cérvix sea más favorable y reduce la fuerza física necesaria para dilatar en el caso que hiciera falta, la hemorragia y los traumatismos cervicales y uterinos. Debe ser rutinario cuando la gestación supere las 10 semanas y se recomienda sobre todo en mujeres < 18 años, en estos casos se disminuye el riesgo de hemorragia y de traumatismo cervical y uterino.

Se debe valorar la realización de una ecografía transvaginal previa a la realización del legrado para valorar la posición uterina, presencia de miomas, malformaciones uterinas, etc., que puedan dificultar técnicamente la intervención.

El régimen óptimo para la preparación cervical antes del tratamiento es

- En Caso de legrado: El tratamiento de elección es el **Misoprostol** (400mcg vía vaginal 2-4 horas antes del procedimiento). En caso de contraindicación, alergia o intolerancia al Misoprostol podemos usar Mifepristona 200mg vía oral 36-48h antes del procedimiento.
- En Caso de Histeroscopia:
 - La administración vaginal (por la propia paciente o por el personal sanitario) de 200 microgramos de misoprostol como mínimo 3 horas antes de la intervención o vía sublingual inmediatamente al procedimiento.
 - La administración oral entre 36-48h antes del procedimiento.

III. Métodos de evacuación uterina:

A. Legrado obstétrico:

Consiste en el aspirado del contenido intrauterino y se considera la opción de mayor efectividad, con una tasa de evacuación completa del 97%. Debemos de explicar a la paciente el procedimiento que se realizará y firmar el consentimiento informado específico para la realización del legrado.

Indicaciones:

- Sangrado excesivo o inestabilidad hemodinámica. ○ Evidencia o alta sospecha de infección. En estos casos está indicado, a su vez, la realización bajo cobertura antibiótica endovenosa.
- Sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional.

- Enfermedades médicas asociadas: enfermedades hepáticas o renales, enfermedad inflamatoria intestinal, coagulopatías, anemia severa o estar bajo tratamiento anticoagulante oral. ○ Contraindicación del tratamiento médico.

Consideraciones a tener en cuenta: ○ Ante sospecha de infección se recomienda retrasar el tratamiento 12 horas para administrar tratamiento antibiótico intravenoso.

- Exploración vaginal bajo anestesia para evaluar las características cervicales. ○ La evacuación quirúrgica uterina debe realizarse usando el legrado por aspiración, (asociado con una menor pérdida de sangre y un menor tiempo requerido).
- No es necesario utilizar una legra metálica de forma rutinaria tras la aspiración.
- El legrado aspirativo debe evitarse en gestaciones menores de 7 semanas por las posibilidades de fracaso.
- Para las gestaciones > 12 semanas, el aborto mediante dilatación y evacuación (extracción de los restos introduciendo pinzas intraútero) es segura y efectiva cuando lo realiza un médico experto con el instrumental adecuado.

Cuidados postoperatorios: ○

Analgesia postoperatoria.

- Control de constantes, sangrado, altura uterina y dolor
- Si la gestante es Rh negativo administrar 150 Lg de inmunoglobulina anti-D si <12 semanas y 300 Lg si > 12 semanas.
- Contracepción si lo desea la paciente. ○ Revisión posterior: Estado físico y psicológico y valoración del resultado anatomopatológico si procede.

Efectos secundarios/complicaciones:

- Hemorragia e infección.
- Riesgo de complicaciones graves (9,5% vs 5% de la conducta expectante): perforación uterina, laceración cervical, síndrome de Asherman, leve incremento del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad y de parto pretérmino en la gestación posterior.

B. Tratamiento de restos trofoblásticos o placentarios mediante morcelación histeroscópica:

El diagnóstico de productos retenidos de la concepción (RPOC) se basa en la presentación clínica del paciente y la ecografía. La presencia de una masa endometrial es el hallazgo más sensible para el diagnóstico de RPOC. A través de la imagen ecográfica y la valoración del Doppler, se establece la siguiente clasificación de Gutenberg:

- a. Tipo 0: Masa avascular hiperecogénica.
- b. Tipo 1: Distintos ecos con mínima o nula vascularización.
- c. Tipo 2: Masa muy vascularizada confinada a la cavidad.
- d. Tipo 3: Masa altamente vascularizada con endometrio altamente vascularizado

Indicaciones y beneficios:

Los beneficios del tratamiento quirúrgico incluyen la posibilidad de programación, el menor tiempo de tratamiento, expulsión en un centro sanitario y tasa de éxito es del 98% de los casos. Realizar previamente estudio preoperatorio, informar a la pareja y firmar el consentimiento informado. **Ofrecer la evacuación quirúrgica en los siguientes casos:**

- Abortos incompletos espontáneo o tras tratamiento médico, la misma indicación que un legrado uterino tradicional.
- Hemorragia intensa y persistente.
- Inestabilidad hemodinámica.
- Evidencia de tejidos retenidos infectados.
- Sospecha de Enfermedad Trofoblástica Gestacional.
- Persistencia de Restos tras parto vaginal o cesárea.
- Cuando exista contraindicación de tratamiento médico: enfermedades hepáticas o renales, enfermedad Inflamatoria Intestinal, coagulopatías, anemia severa o estar bajo tratamiento anticoagulante oral.

Cuidados postoperatorios:

- Analgesia postoperatoria.
- Control de constantes, sangrado, altura uterina y dolor.
- Si la gestante es Rh negativo administrar 150 Lg de inmunoglobulina anti-D si < 12 semanas y 300 Lg si > 12 semanas.
- Contracepción si lo desea la paciente.
- Revisión posterior: estado físico y psicológico; resultado anatomopatológico si procede.

Complicaciones:

las más frecuentes son la hemorragia y la infección. Otras son el desgarro cervical, la evacuación incompleta, la perforación uterina y las complicaciones debidas a la anestesia. Estas complicaciones afectan a menos del 10% de las mujeres con tratamiento quirúrgico. La morbilidad debida a un aborto quirúrgico seguro realizado por un profesional suficientemente capacitado depende de la edad gestacional, el método utilizado, la edad materna y el número de partos. Las complicaciones pueden reducirse si: se logra una adecuada dilatación del cuello, manipulación adecuada de los instrumentos dentro del útero y se extrae todo el tejido.

BIBLIOGRAFIA

-Chaves Márquez R, Rodríguez González N, León Tovas J, López González E. Protocolo 'Manejo de pérdida gestacional en primer trimestre' del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Servicio de Obstetricia y Ginecología. 2023.

-Vidal Mazo C, Granell Escobar R, Marín M, Cabanillas C. Protocolo de 'Tratamiento de restos trofoblásticos o placentarios (tejidos del embarazo) por morcelación histeroscópica del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Servicio de Obstetricia y Ginecología. 2022.

-Justin J Chu, Adam J Devall, Leanne E Beeson, Pollyanna Hardy et al. Mifepristone and misoprostol versus misoprostol alone for the management of missed miscarriage (MifeMiso): a randomised, double-blind,

placebo-controlled trial. *Lancet*. 2020 Sep 12;396(10253):770- 778. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31788-8. Epub 2020 Aug 24.

-Kapp N, Eckersberger E, Lavelanet A and Rodriguez I. Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. 2019 Feb;99(2):77-86.doi: 10.1016/j.contraception.2018.11.002.

-Tratamiento médico del aborto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

-Ian Fergunson MD and Heather Scott MD. Systematic Review of the Effectiveness, Safety, and Acceptability of Mifepristone and Misoprostol for Medical Abortion in Low- and Middle-Income Countries. *J Obstet Gynaecol Can*. 2020 Dec;42(12):1532-1542.e2.doi: 10.1016/j.jogc.2020.04.006.

-Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ and Campana A. **Medical methods for first trimester abortion (Review)**. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Nov 9;2011(11):CD002855. doi: 10.1002/14651858.CD002855.pub4

-Sonalkar S, Nathanael Koelper MPH, Mitchell D. Creinin MD, Atrio JM et al. Management of early pregnancy loss with mifepristone and misoprostol: clinical predictors of treatment success from a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Oct;223(4):551.e1-551.e7. doi: 10.1016/j.ajog.2020.04.006.

-Peguero A, Nogué L, Illa M, Ferrer P, Muñoz M, Gómez O, Borrel T y Palacio M. Protocolo Manejo de la pérdida gestacional de primer trimestre. Hospital Clínic Barcelona. 2019

-Berkley H, Greene Hand Wittenberger M. Mifepristone Combination Therapy Compared With Misoprostol Monotherapy for the Management of Miscarriage: A Cost-Effectiveness Analysis. *Obstet Gynecol*. 2020 Oct;136(4):774-781.doi: 10.1097/AOG.0000000000004063.