



<https://doi.org/10.24245/gom.v90i7.7662>

Hemorragias durante el primer trimestre del embarazo: revisión narrativa

Bleeding in the first trimester of pregnancy, narrative review.

Mariana Torres-Pineda,¹ Mauricio Arturo Urrego-Pachón²

Resumen

ANTECEDENTES: Las hemorragias durante el primer trimestre del embarazo son un problema que se atiende en la práctica clínica obstétrica diaria. Las conductas de atención suelen estar protocolizadas en casi todas las instituciones; sin embargo, la evidencia científica actual sugiere que algunas de esas conductas no tienen una evidencia sólida que las apoye.

OBJETIVO: Revisar la bibliografía reciente y resumir las principales recomendaciones para la atención de casos de hemorragia en el primer trimestre del embarazo.

METODOLOGÍA: Estudio retrospectivo basado en la búsqueda bibliográfica de artículos en inglés que contuvieran los términos MeSH: "First Trimester", "Hemorrhage", "Bleeding", "Ectopic Pregnancy", "Abortion", "Incomplete Abortion", "Miscarriage", "Early Pregnancy Loss", "Threatened Abortion" y "Gestational Trophoblastic Disease". Se incluyeron ensayos clínicos controlados, estudios de casos y controles, estudios de cohorte prospectivos y retrospectivos, guías de práctica clínica, protocolos, revisiones sistemáticas y metanálisis incluidos en la base de datos PubMed de 2014 a 2021.

RESULTADOS: Se encontraron 54 artículos completos, de los que se descartaron 38 por duplicidad en la información, falta de pertinencia o no actualizados. Al final, solo se incluyeron 16 artículos para la revisión narrativa.

CONCLUSIONES: Las hemorragias durante el primer trimestre, si bien son frecuentes no dejan de ser un reto diagnóstico por su amplio espectro de manifestaciones clínicas y causas. Siempre es necesario correlacionar la evaluación clínica completa con los hallazgos ecográficos y las concentraciones de β -hCG y descartar las causas no obstétricas del sangrado, independientemente de la sospecha diagnóstica inicial.

PALABRAS CLAVE: Hemorragia; primer trimestre; embarazo; Obstetricia; estudio retrospectivo; aborto espontáneo.

Abstract

BACKGROUND: Hemorrhage in the first trimester of pregnancy is a problem seen in daily obstetric clinical practice. Care behaviors are usually protocolized in almost all institutions; however, current scientific evidence suggests that some of these behaviors do not have strong evidence to support them.

OBJECTIVE: To review the recent literature and summarize the main recommendations for the care of cases of hemorrhage in the first trimester of pregnancy.

METHODOLOGY: Retrospective study based on a literature search of English language articles containing the MeSH terms: "First Trimester", "Hemorrhage", "Bleeding", "Ectopic Pregnancy", "Abortion", "Incomplete Abortion", "Miscarriage", "Early Pregnancy Loss", "Threatened Abortion" and "Gestational Trophoblastic Disease". Controlled clinical trials, case-control studies, prospective and retrospective cohort studies, clinical practice guidelines, protocols, systematic reviews and meta-analyses included in the PubMed database from 2014 to 2021 were included.

¹ Residente de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Colombia.

² Ginecoobstetra, Universidad Nacional de Colombia, Magister en Educación Superior en Salud, Universidad de Antioquia, docente del Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Antioquia, integrante del grupo Nacer, Salud Sexual y Reproductiva.

Recibido: abril 2022

Aceptado: mayo 2022

Correspondencia

Mariana Torres Pineda
nanatorrespi@hotmail.com

Este artículo debe citarse como: Torres-Pineda M, Urrego-Pachón MA. Hemorragias durante el primer trimestre del embarazo: revisión narrativa. Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (7): 590-598.



RESULTS: We found 54 complete articles, of which 38 were discarded due to duplicity in information, lack of relevance or not updated. In the end, only 16 articles were included for narrative review.

CONCLUSIONS: First trimester hemorrhage, although frequent, is still a diagnostic challenge due to its wide spectrum of clinical manifestations and causes. It is always necessary to correlate the complete clinical evaluation with ultrasound findings and β -hCG concentrations and to rule out nonobstetric causes of bleeding, regardless of the initial diagnostic suspicion.

KEYWORDS: Hemorrhage; First trimester; Pregnancy; Obstetric; Retrospective Studies; Abortion, Spontaneous.

ANTECEDENTES

Las hemorragias durante el primer trimestre del embarazo son un problema frecuente en la práctica clínica obstétrica, puesto que hasta una cuarta parte de las embarazadas pueden tenerlas. La manera de atenderlas está protocolizada en casi todas las instituciones; sin embargo, la evidencia científica actual sugiere que algunas de esas conductas, sobre todo de tratamiento, carecen de evidencia sólida que las apoye.

Definiciones¹

- *Embarazo anembrionario: saco gestacional con diámetro más o menos mayor a 25 mm, sin vesícula vitelina o embrión visible.*
- *Embarazo ectópico: que se ubica fuera de la cavidad uterina.*
- *Pérdida gestacional temprana: embarazo intrauterino no viable, determinado hasta la semana 12+6.*
- *Muerte embrionaria: embrión ecográficamente visible, con LCC mayor de 7 mm, sin actividad cardíaca.*
- *Aborto completo: expulsión total de los productos de la concepción.*
- *Aborto incompleto: expulsión parcial de los productos de la concepción.*
- *Aborto espontáneo: pérdida no provocada del embarazo antes de las 20 semanas o 500 g de peso.*
- *Amenaza de aborto: sangrado vaginal antes de las 20 semanas de embarazo, con actividad cardíaca embrionaria o fetal, y cuello uterino cerrado.*
- *Embarazo no viable: sin posibilidad de concluir en un nacido vivo.*
- *Embarazo viable: potencialmente con posibilidades de tener un nacido vivo.*
- *Embarazo intrauterino de viabilidad incierta: saco gestacional intrauterino sin actividad cardíaca, pero sin certeza de pérdida gestacional o muerte embrionaria.*
- *Embarazo de localización desconocida: prueba de embarazo positiva sin signos ecográficos de embarazo intra ni extrauterino.*

Por lo anterior, se decidió llevar a cabo una revisión de la bibliografía reciente y resumir las principales recomendaciones para los casos más comunes de hemorragias en el primer trimestre, con base en fuentes bibliográficas publicadas en revistas arbitradas por pares.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo basado en la búsqueda bibliográfica de artículos en inglés que contuvieran los términos MeSH: "First Trimester", "Hemorrhage", "Bleeding", "Ectopic Pregnancy", "Abortion", "Incomplete Abortion", "Miscarriage", "Early Pregnancy Loss", "Threatened Abortion" y "Gestational Trophoblastic Disease". Se incluyeron ensayos clínicos controlados, estudios de casos y controles, estudios de cohorte prospectivos y retrospectivos, guías de práctica clínica, protocolos, revisiones sistemáticas y metanálisis incluidos en la base de datos PubMed de 2014 a 2021.

RESULTADOS

Se encontraron 54 artículos completos, de los que se descartaron 38 por duplicidad en la información, falta de pertinencia o no actualizados. Al final, solo se incluyeron 16 artículos para la revisión narrativa. Alrededor de 25% de las embarazadas tuvieron sangrado vaginal en el primer trimestre acompañado, o no, de dolor pélvico o abdominal, según la causa.

DISCUSIÓN

De los artículos revisados se desprende la necesidad de indagar, en toda paciente embarazada, las características de los ciclos menstruales, fecha de la última menstruación, ecografías previas, cantidad del sangrado, asociación o no con dolor y sus características, y síntomas de bajo gasto cardiaco. Para iniciar oportunamente una reanimación guiada por metas y definir el

tratamiento quirúrgico debe evaluarse la estabilidad hemodinámica y los posibles signos de irritación peritoneal. Es importante descartar las causas no obstétricas del sangrado: vaginitis, cervicitis o pólipos cervicales. La vaginoscopia, también es indispensable. Si hay evidencia de salida de productos de la concepción por el orificio cervical externo, sin duda se trata de un aborto incompleto. Si en la vaginoscopia no se advierten causas no obstétricas ni productos de la concepción, el siguiente paso es solicitar ayudas diagnósticas.¹

Herramientas diagnósticas

La gonadotropina coriónica humana, fracción beta (β -hCG), es detectable en el suero de la madre a partir del octavo día de la concepción y tiende a estabilizarse a las 10 semanas, cuando alcanza valores de alrededor de las 100,000 mUI/mL.^{1,2} La concentración discriminadora de la β -hCG con la que debe apreciarse un saco gestacional durante una ecografía transvaginal, no está claramente definida. Puede fluctuar entre 1500 y 3500 mUI/mL. Si se encuentra una β -hCG inicial menor de 1500 mUI/mL a las 48 horas debe aumentar, al menos, un 49% con respecto al primer valor. Si se encuentra entre 1500 y 3000 mUI/mL debe aumentar al menos el 40%, y si está por encima de las 3000 mUI/mL, al menos el 33%. El 99% de los embarazos intrauterinos normales tendrán un aumento mayor de β -hCG, de lo contrario debe sospecharse un embarazo ectópico o una muerte embrionaria temprana.¹

Cuantificar la concentración sérica de progesterona también es útil porque las concentraciones menores de 19.1 nmol/L (6 ng/mL) excluyen la viabilidad con un valor predictivo negativo de 99%, pero no discrimina entre embarazo ectópico e intrauterino no viable. Las concentraciones mayores de 60 nmol/L se relacionan con embarazos viables.^{1,3}



La ecografía es un buen recurso para definir los signos de embarazo intrauterino temprano, embarazo ectópico roto o no, masas anexiales, saco gestacional, vesícula vitelina, embrión, actividad cardiaca, corionicidad en embarazo múltiple, productos de la concepción sin embrión visible, o masas intrauterinas que sugieren enfermedad trofoblástica gestacional. Con base en cualquiera de esos hallazgos puede determinarse la viabilidad o intentar predecir el desenlace que tendrá el embarazo. Siempre debe tenerse el reporte de la hemoglobina al inicio de la atención, vigilar un posible sangrado abundante y enseñarle a la paciente los signos de alarma, sobre todo cuando se planea que la atención sea ambulatoria.¹

Embarazo de localización desconocida

Se recomienda la vigilancia clínica y la medición seriada de la β -hCG para evaluar su adecuada progresión a las 48 horas. Debe tenerse en mente que este dato no discrimina entre embarazo ectópico e intrauterino; por lo tanto, también debe practicarse una ecografía transvaginal seriada: en siete días si no hay factores de riesgo para embarazo ectópico o en 48 horas si los hay. Ambas ayudas deben repetirse hasta que pueda establecerse un diagnóstico claro o hasta que la β -hCG sea indetectable; además, vigilar los signos y síntomas del embarazo ectópico roto, que puede suceder en 6 a 20% de los casos, y no hay una concentración determinada de β -hCG para que ocurra.³

En caso de descenso de la β -hCG mayor al 13% durante los controles de cada 48 horas, el desenlace puede ser el de un embarazo no viable, con una sensibilidad del 92.7% y especificidad del 96.7%. Un descenso menor puede corresponder a un embarazo ectópico. Sin embargo, de éstos, hasta el 20% pueden tener ascenso como embarazo viable y hasta el 10% pueden tener el descenso a no viable.³

Amenaza de aborto

Conducta expectante. En estas pacientes, la evidencia actual no apoya la indicación de la progesterona para disminuir el riesgo de pérdida de la gestación; tampoco se recomienda el reposo en cama, pues no tiene consecuencias en el desenlace de la gestación.¹

Al parecer, hay relación entre la amenaza de aborto en el primer trimestre y la necesidad de evacuación uterina quirúrgica en el posparto, por retención de restos placentarios (OR: 25.30; IC95%: 4.73-135.41), quizá por alteración en la interfaz útero-placentaria, con adherencias locales secundarias. Se requieren más estudios para establecer una relación causal y diseñar protocolos específicos de atención a estas pacientes. Se recomienda tomar precauciones para la atención del parto.⁴

En la bibliografía no se encontró asociación entre el hematoma retrocorial y el aborto en el primer trimestre; por esto se recomienda tomar con precaución esta información. Sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con el parto pretérmino y la rotura prematura de membranas ovulares pretérmino.^{5,6} También se demostró menor peso al nacer en hijos de mujeres con sangrado mayor de un día de duración en el primer trimestre.⁷

Pérdida gestacional temprana

Alrededor de 11% de los embarazos intrauterinos resultan en pérdida gestacional temprana. Si hay dudas acerca de la viabilidad del embarazo deberá repetirse la ecografía 7 a 10 días después. El aumento de la β -hCG dentro de lo esperado y la medición de la progesterona sérica pueden ayudar.¹ En caso de pérdida gestacional temprana hay tres opciones de atención, sin diferencias en satisfacción: salud mental, riesgo de infección ni fertilidad consecuente, que son:

- *Expectante*: incluso 90% de las pacientes tendrán expulsión espontánea de los productos de la gestación en cuatro semanas; sin embargo, con una conducta expectante puede haber mayor volumen de sangrado y mayor riesgo de requerir cirugía urgente.¹
- *Médico*: la administración de mifepristona adicional al misoprostol (OMS 2019) se reserva para pacientes con 14 semanas de embarazo o, en el primer trimestre por aborto inducido, pero no en muerte embrionaria temprana.⁸ La FIGO recomienda 800 µg de misoprostol por vía vaginal cada 3 horas, o 600 µg sublinguales en el mismo lapso.⁹
- *Quirúrgico*: el procedimiento ideal es la aspiración manual endouterina (AMEU) debido a que es un procedimiento más corto que se asocia con menor dolor y volumen del sangrado.⁹

Si la conducta es expectante o médica debe confirmarse la expulsión completa de los productos de la gestación mediante ecografía. Después de una evacuación quirúrgica no se requiere control ecográfico.¹

Aborto incompleto

La OMS recomienda la administración de 600 µg de misoprostol por vía oral o 400 µg sublingual, sin definir la cantidad de dosis tope ni el intervalo entre una y otra; se deja al criterio del clínico. Además, elimina la recomendación de la administración por vía vaginal. Lo normal es que el misoprostol sea suficiente para lograr la expulsión completa de los productos de la concepción.⁸

En una revisión sistemática de Cochrane (2017) se concluyó que no hay diferencias entre el misoprostol y la conducta expectante en cuanto a

lograr un aborto completo (RR = 1.23; IC95%: 0.72-2.10) ni en la necesidad de evacuación quirúrgica (RR = 0.62; IC95%: 0.17-2.26).¹⁰

Embarazo ectópico

Sucede en alrededor del 2% de los embarazos y corresponde al 18% de las hemorragias en el primer trimestre; representa una causa importante de mortalidad materna.² Su localización es tubárica en más del 90% de los casos, abdominal en 1%, cervical 1%, ovárica 1 a 3% y en la cicatriz de cesárea 1 a 3%. Puede coexistir con embarazo intrauterino (heterotópico) en 1 de cada 4000 a 30,000 embarazos.^{2,11}

La mitad de las pacientes con embarazo ectópico carece de factores de riesgo identificables: antecedente de embarazo ectópico que se repite en el 10% de las pacientes con un ectópico previo y en el 25% con dos o más. Otros factores de riesgo son: la intervención quirúrgica o el daño previo a las trompas de Falopio, el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, transferencia de múltiples embriones, tabaquismo y tener más de 35 años.^{2,3} El uso de dispositivos intrauterinos (DIU) implica un menor riesgo de embarazo ectópico por su efectividad, pero el 53% de los embarazos que ocurren con DIU *in situ* son ectópicos.²

Si sobreviene una hemorragia durante el primer trimestre, con inestabilidad hemodinámica o abdomen agudo, el embarazo ectópico roto debe ser la sospecha inicial. En pacientes estables suele haber un sangrado vaginal leve a moderado y con dolor pélvico de predominio unilateral. En la evaluación ecográfica es importante diferenciar entre un saco gestacional intrauterino de un pseudosaco de una colección dentro de la cavidad endometrial correspondiente al flujo de sangre hacia la cavidad uterina. El hallazgo de una masa anexial separada del ovario tiene un valor predictivo



positivo del 80%. Puede confundirse con un quiste del paraóforo, hidrosálpinx, con el intestino, endometrioma o cuerpo lúteo, que puede diferenciarse por la vascularización periférica al Doppler.²

Si el saco gestacional intrauterino no se visualiza por encima de la concentración discriminatoria de β -hCG, 50 a 70% pueden ser embarazos ectópicos. Se recomienda mantener un límite de 3500 mUI/mL para discriminar entre los embarazos intrauterinos tempranos y el embarazo ectópico.² En caso de haber descenso de la β -hCG deberá hacerse una medición seriada, hasta que sea negativa por el riesgo de ruptura, incluso con concentraciones decrecientes o bajas. En el embarazo ectópico suele haber descensos más graduales, cuando sobrepasan el 50% en 48 horas pueden corresponder a embarazo intrauterino no viable. El descenso rápido puede darse en, aproximadamente, 7.1% de los embarazos ectópicos.²

El metotrexato intramuscular es el tratamiento médico de elección. Su administración oral ha demostrado ventajas limitadas.² Deben tenerse en cuenta las indicaciones, contraindicaciones absolutas y relativas (**Cuadro 1**) antes de iniciar la aplicación.

Se encontró la descripción de tres esquemas de aplicación del metotrexato:¹²

- *Dosis única:* el primer día se aplican 50 mg/m² de metotrexato por vía intramuscular. Al cuarto día se hace un control de la β -hCG, al séptimo día, si desciende más de 15% deberá repetirse cada semana. Si el descenso es menor de 15% deberá aplicarse otra dosis de metotrexato. Lo anterior también procede para el día 14, y si el día 21 no hay un descenso adecuado de la β -hCG deberá considerarse el procedimiento quirúrgico.

- *Dos dosis:* el primer día se aplican 50 mg/m² de metotrexato por vía intramuscular y se repite la dosis al cuarto día. Debe hacerse el control de la β -hCG al séptimo día, si desciende más de 15% repetir cada semana; si desciende menos de 15% aplicar otra dosis de metotrexato. Esto también procede para el día 11, y si el día 14 no hay descenso adecuado de la β -hCG, deberá considerarse la intervención quirúrgica.
- *Dosis múltiple:* el primer día se aplica 1 mg/kg de metotrexato, por vía intramuscular. La dosis se repite al tercer día y se cuantifican las concentraciones de la β -hCG. Si descienden más del 15% deberá suspenderse el metotrexato y repetir la β -hCG cada semana. Si el descenso es menor del 15% se continuará con el esquema. Lo anterior también procede para los días 5, 7 y 14, y si al día 21 no hay descenso adecuado de la β -hCG deberá procederse al tratamiento quirúrgico. En este esquema deben aplicarse 0.1 mg/kg de leucovorina por vía intramuscular los días 5, 6 y 8.

De acuerdo con el metanálisis de Yuk y su grupo¹³ los tres esquemas tienen tasas similares de éxito (RR = 1.00; IC95%: 0.96-1.04), pero el de dosis única tiene menos efectos adversos (RR = 0.73; IC95%: 0.59-0.91). Según otro metanálisis de Alur-Gupta y colaboradores,¹² el esquema de dos dosis tiene mayor tasa de éxito que el de dosis única (OR = 1.84; IC95%: 1.13-3.00), particularmente con masas anexiales grandes y concentraciones más altas de β -hCG, pero con más efectos adversos (OR = 1.53; IC95%: 1.01-2.30). El esquema de dosis múltiple tiene, también, más efectos adversos (OR = 2.10; IC95%: 1.24-3.54).¹² La embriocardia y las altas concentraciones de β -hCG son contraindicaciones relativas para el tratamiento con metotrexato por la posibilidad de intervención sistémica,

Cuadro 1. Indicaciones, contraindicaciones absolutas y relativas para tratamiento del embarazo ectópico con metotrexato

Indicaciones	Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas
Paciente estable	Embarazo intrauterino	Embriocardia
Sin ruptura	Inmunodeficiencia	β -hCG inicial mayor de 5000 mUI/mL
Sin contraindicaciones absolutas	Anemia, leucopenia o trombocitopenia moderada-grave	Aumento de β -hCG mayor del 50% en 48 h
β -hCG inicial menor de 5000 mUI/mL	Alergia al metotrexato	Masa mayor de 4 cm
Masa menor de 4 cm	Enfermedad pulmonar activa Úlcera péptica activa Disfunción hepática o renal significativa Lactancia Embarazo ectópico roto Inestabilidad hemodinámica Dificultad para el seguimiento	Rechazar transfusiones

Adaptado de: Tubal ectopic pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 193. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2018;131:e91–103. <https://www.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002560>²

más una inyección local de cloruro de potasio o metotrexato guiado por ecografía, con buenos resultados hasta ahora; sin embargo, se requieren más estudios para su implementación rutinaria.¹⁴

En pacientes hemodinámicamente estables se recomienda el tratamiento quirúrgico mediante laparoscopia o transvaginal con puerto de dos vías o laparotomía.^{2,11,15} Para preservación de la fertilidad no está indicada la salpingostomía en lugar de la salpingectomía, si la trompa contralateral está sana.¹¹

Enfermedad trofoblástica gestacional

Es un grupo de tumores benignos y malignos derivados del tejido placentario que puede tener invasión local o a distancia (sobre todo al pulmón y la vagina); ocurre en 1 caso por cada 100 embarazos, por anomalías en la fertilización. La forma más común es la mola hidatiforme o embarazo molar (80%), una enfermedad premaligna. Las formas malignas, o neoplasia trofoblástica gestacional, son: la mola invasiva (15%), el coriocarcinoma, el tumor trofoblástico del sitio placentario y el tumor

trofoblástico epitelioides (en conjunto 5%); éstas pueden aparecer hasta años después de un parto normal.¹⁶

La mola puede ser parcial, es decir, con partes fetales identificables; o completa, sin partes fetales. Por lo general, se inicia con un sangrado entre las 6 y 16 semanas de embarazo asociado con valores elevados de β -hCG. De forma más tardía puede haber una altura uterina aumentada, preeclampsia, hiperémesis, anemia y quistes ováricos tealuteínicos; poco frecuentes en la actualidad debido al aumento de la disponibilidad de ecografía temprana. Inicialmente puede haber alguna anomalía focal en la placenta, con pérdida gestacional o, de forma más tardía, identificarse una masa heterogénea con patrón ecográfico de “tormenta de nieve”, un patrón vesicular por edema de las vellosidades coriónicas o simular un aborto incompleto en la mola parcial.¹⁶

Se recomienda practicar pruebas de función tiroidea, hepática y renal y una radiografía de tórax. El tratamiento se dirige al deseo de fertilidad; si la mujer desea conservarla se re-



comienda la aspiración manual endouterina y uterotónicos para reducir el riesgo de sangrado, de lo contrario, considerar la histerectomía con salpingectomía como alternativa. Siempre debe hacerse un estudio histopatológico y la genotipificación del ADN. No se recomienda la quimioterapia profiláctica con metotrexato o dactinomicina en todas las pacientes, solo en casos de mola completa de alto riesgo (mayores de 40 años, β -hCG más de 100,000 mUI/mL, aumento excesivo de la altura uterina o quistes tecalutéricos mayores de 6 cm).¹⁶

Después del tratamiento se recomienda la cuantificación de la β -hCG cada una a dos semanas hasta tener tres mediciones negativas consecutivas, después cada tres meses en el lapso de un semestre, para descartar la neoplasia trofoblástica gestacional posmolar. Se recomienda, además, la supresión del eje gonadal, de preferencia con anticonceptivos orales combinados.¹⁶

Consideraciones finales

Siempre debe tenerse en cuenta la hemoclasificación y factor Rh, y el Coombs directo si se requiere para administrar inmunoglobulina antiD en caso de: sangrado secundario a un traumatismo abdominal, embarazo ectópico, aborto y la evacuación uterina configuran sus indicaciones más claras; sin embargo, la evidencia no es concluyente para la amenaza de aborto. Se recomienda administrar 50 a 120 mcg por vía intramuscular antes de la décima segunda semana, o 300 mcg según las presentaciones disponibles, y siempre dosis de 300 mcg por vía intramuscular, luego de la semana 12.¹

Antes del alta hospitalaria debe garantizarse el acceso a la anticoncepción a todas las pacientes con pérdida del embarazo. Siempre debe ofrecerse una adecuada asesoría e insistir en los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración.¹

El acompañamiento de otras disciplinas de apoyo dependerá del cuadro clínico, la causa del sangrado y del desenlace del embarazo. Es importante ofrecer primeros auxilios psicológicos o evaluación por un psicólogo si hay pérdida de la gestación.¹

CONCLUSIONES

Las hemorragias del primer trimestre del embarazo son frecuentes y de amplio espectro de manifestaciones clínicas y causas, no por ello su diagnóstico es fácil. Se requiere una evaluación clínica completa y apoyar el diagnóstico en herramientas, como la β -hCG y la ecografía transvaginal, para disminuir el riesgo de un embarazo ectópico inadvertido, diagnosticar oportunamente un embarazo no viable o trazar el plan de seguimiento en embarazo viable. Puesto que no todas las causas de hemorragia en el primer trimestre tienen origen obstétrico, siempre debe practicarse un examen clínico adecuado, independientemente de la sospecha diagnóstica.

REFERENCIAS

1. Hendriks E, MacNaughton H, MacKenzie MC. First trimester bleeding: evaluation and management. *Am Fam Physician* 2019; 99 (3): 166-74. <https://www.aafp.org/afp/2019/0201/p166.html>
2. Tubal ectopic pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 193. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2018; 131: e91-103. <https://www.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002560>
3. Larroya M, Goncé A, Muñoz M, Ferrero S, Palacio M. Protocolo: Gestación de localización incierta. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona, 2021. <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/glipul.pdf>
4. Le Gallee M, Lee S, Spence AR, Czuzoj-Shulman N, et al. Association between first-trimester bleeding and retained placenta requiring dilatation and curettage. *J Obstet Gynaecol Can* 2021; 43 (4): 463-68. <https://www.doi.org/10.1016/j.jogc.2020.07.012>
5. Al-Memar M, Vaulet T, Fourie H, et al. First-trimester intrauterine hematoma and pregnancy complications. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020; 55 (4): 536-45. <https://www.doi.org/10.1002/uog.20861>

6. Naert MN, Khadraoui H, Muniz Rodriguez A, Naqvi M, et al. Association between first-trimester subchorionic hematomas and pregnancy loss in singleton pregnancies. *Obstet Gynecol* 2019; 134 (2): 276-81. <https://www.doi.org/10.1097/AOG.0000000000003360>
7. Bever AM, Pugh SJ, Kim S, et al. Fetal growth patterns in pregnancies with first-trimester bleeding. *Obstet Gynecol* 2018; 131 (6): 1021-30. <https://www.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002616>
8. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento médico del aborto. Ginebra: OMS, 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>
9. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Misoprostol solo: regímenes recomendados. Londres, 2017. <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-06/FIGO%20Dosage%20Chart%20-%20-%20SPANISH.pdf>
10. Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, et al. Medical. Treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; (1): CD007223. <https://www.doi.org/10.1002/14651858.CD007223.pub4>
11. Po L, Thomas J, Mills K, et al. Guideline No. 414: Management of pregnancy of unknown location and tubal and nontubal ectopic pregnancies. *J Obstet Gynaecol Can* 2021; 43 (5): 614-30.e1. <https://www.doi.org/10.1016/j.jogc.2021.01.002>
12. Alur-Gupta S, Cooney LG, Senapati S, Sammel MD, et al. Two-dose versus single-dose methotrexate for treatment of ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2019; 221 (2): 95-108.e2. <https://www.doi.org/10.1016/j.ajog.2019.01.002>
13. Yuk JS, Lee JH, Park WI, Ahn HS, et al. Systematic review and meta-analysis of single-dose and non-single-dose methotrexate protocols in the treatment of ectopic pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2018; 141 (3): 295-303. <https://www.doi.org/10.1002/ijgo.12473>
14. Wang M, Chen B, Wang J, Ma X, et al. Nonsurgical management of live tubal ectopic pregnancy by ultrasound-guided local injection and systemic methotrexate. *J Minim Invasive Gynecol* 2014; 21 (4): 642-49. <https://www.doi.org/10.1016/j.jmig.2014.01.009>
15. Xu B, Liu Y, Ying X, Fan Z. Transvaginal endoscopic surgery for tubal ectopic pregnancy. *JSL* 2014; 18 (1): 76-82. <https://www.doi.org/10.4293/108680813X13693422519875>
16. The National Comprehensive Cancer Network. Gestational trophoblastic neoplasia. Plymouth Meeting PA, 2021. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/gtn.pdf

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Yang M, Guo ZW, Deng CJ, Liang X, Tan GJ, Jiang J, Zhong ZX. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017;25(11):239-42. <https://doi.org/10.1016/j.jyobfe.2015.04..0015>*

* El registro Doi deberá colocarse con el link completo (como se indica en el ejemplo).