

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI



TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

“Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo del Síndrome de Aborto”

TRABAJO FINAL PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Eliseo Hernández Gómez

México, B. C. Febrero 2006.

FIRMAS:

Dra. Alejandrina Félix Peña
Directora del Hospital General de Mexicali

Dra. Carmen G Soria Rodríguez
Jefa del Departamento de Enseñanza
Del Hospital General de Mexicali

Dr. Alberto Vázquez Guerra
Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia
Del Hospital General de Mexicali

Dr. Oscar López Macias
Jefe del curso de Ginecología y Obstetricia
Del Hospital General de Mexicali

Eliseo Hernández Gómez
Médico Residente de cuarto año
De la especialidad en Ginecología y obstetricia

INDICE

Protocolo de la atención médica (resumen)	4
Introducción	7
Objetivos generales	8
Objetivos específicos	8
Justificación	8
Material y métodos.	9
Selección de la evidencia.....	11
Categoría de la evidencia.....	12
Antecedentes	13
Aspectos generales del problema de salud seleccionado	14
Cuadro clínico	16
Amenaza de aborto	18
Aborto en evolución	20
Aborto retenido	21
Aborto incompleto	22
Aborto completo	23
Aborto séptico	23
Recomendaciones generales según el niveles de evidencia	25
Bibliografía	27
Anexos	30

PROTOCOLO DE LA ATENCIÓN MÉDICA

(Resumen)

‘‘Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo del Síndrome de Aborto’’

Autor:

*Dr. Hiseo Hernández Gómez

Asesores:

**Dr. Alberto Vázquez Guerra

***Dr. Oscar V. López Miciás

****Dra. Carmen G. Soria Rodríguez

ANTECEDENTES: La Organización Mundial de la Salud ha definido el aborto como: ‘la expulsión o extracción de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos’. Este peso corresponde a una edad gestacional de 20 semanas o menos. Como en el aborto retenido no ha ocurrido la expulsión, se podría definir mejor al aborto como la interrupción de un embarazo menor de 20 semanas o la pérdida de un embrión o de un feto que pesa menos de 500 gramos. Se denomina aborto temprano al que ocurre antes de la 12a semana de gestación y aborto tardío al que se presenta entre las 12 y las 20 semanas de gestación.

Se calcula que 20-30% de las gestaciones terminan en aborto espontáneo; sin embargo, hay estudios que indican una incidencia de aborto entre 40-50% y aun hasta 80% de todas las gestaciones cuando se incluyen embarazos muy tempranos. (1, 2)

OBJETIVOS: El objetivo general en esta guía clínica es proporcionar al médico interno de pregrado y al médico residente de ginecología y obstetricia del Hospital General de Mexicali los elementos técnicos que faciliten el diagnóstico y tratamiento del síndrome de aborto. También se establecieron objetivos específicos para establecer el mejor manejo de acuerdo a la literatura disponible en los distintos panoramas del síndrome de aborto como son: amenaza de aborto, aborto en evolución, aborto retenido, aborto incompleto, aborto completo y aborto séptico.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura para encontrar la mejor opción para el diagnóstico y tratamiento del síndrome de aborto, para esto se incluyó el análisis de la literatura relacionada al tema dentro de libros, revistas además de páginas electrónicas, considerándose como prioridad y de mayor peso, siempre en todos los casos los estudios de meta-análisis, y en orden decreciente estudios clínicos controlados aleatorizados, estudios de evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización, entre otros y por último los estudios de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o áreas. En una segunda etapa se contó con la participación de ginecólogos del servicio y de la jefa de enseñanza del Hospital General de Mexicali para la revisión de la guía clínica en su estructura así como para tener la mejor opción en su aplicación con los usuarios de la guía.

RESULTADOS: La guía clínica construida pretende mejorar la calidad de la práctica clínica, así como disminuir las variantes dentro de la misma y unificar en un marco de flexibilidad clínica, los criterios de atención médica institucional, para esto se desarrolló con puntos generales importantes referente al síndrome de aborto para una mejor comprensión del tema en estudio.

*Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Mexicali.

**Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Mexicali.

***Jefe del curso de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Mexicali.

****Jefa del Departamento de Enseñanza, Hospital General de Mexicali.

Posteriormente se aborda lo referente al cuadro clínico y enseguida se realiza la descripción por categoría del síndrome de aborto, concluyendo siempre con la conducta a seguir en cada una de los casos y mostrándose entre paréntesis las referencias y entre corchetes el nivel de evidencia. Al final de la guía clínica dentro de los anexos se encuentran unas tablas que explican de mejor manera lo referido dentro del algoritmo realizado con la finalidad de simplificar y hacer más sencillo el uso de esta guía.

El algoritmo inicia con la evaluación de la paciente que acude al servicio de urgencias por presentar retraso menstrual menor de 20 semanas, en edad fértil y con presencia de sangrado transvaginal. Si no se cuenta por parte de la paciente con resultado de prueba inmunológica de embarazo (PIE) se deberá realizar dentro de la institución para establecer su positividad o negatividad. Si la prueba resulta negativa deberá buscarse otra posibilidad diagnóstica diferente al síndrome de aborto una vez que se concluya con una exploración física completa. Si la PIE es positiva se evaluará clínicamente: contacto vaginal y palpación bimanual así como la observación directa con la ayuda de un espejo vaginal, llegándose a determinar con lo anterior la permeabilidad cervical. Si el cervix se encuentra cerrado y solo se detecta sangrado transvaginal (STV) escaso o manchado sanguíneo y las condiciones clínicas lo permiten se realizará US endovaginal para determinar la vitalidad del embrión o feto. De encontrarse vivo se concluye como **amenaza de aborto** y el manejo será ambulatorio con reposo relativo y en algunos casos institucional bajo algunas condiciones establecidas dentro del texto. De no demostrarse vitalidad y si el embarazo es menor a 6 semanas se repetirá el US en 2 semanas y se realizará cuantificación de gonadotropina coriónica humana fracción beta 2 veces con una diferencia entre ambas de 48 hr y se reevalúa el caso (todo esto, siempre y cuando la paciente se encuentre clínicamente estable). Si no se demostrara vitalidad pero el embarazo fuera mayor de 6 semanas se deberá hospitalizar y realizar legrado uterino instrumentado (LU).

Si el cervix se encuentra cerrado y el sangrado transvaginal es moderado o abundante se deberá hospitalizar a la paciente y seguir el manejo de acuerdo como se establece en la Tabla 1 (en el cual podría llegar a establecerse solo a amenaza de aborto o bien como aborto en evolución respectivamente y en este último caso se manejará según la Tabla 2).

En caso de un cervix cerrado con salida de líquido amniótico, se deberá corroborar la salida de líquido a través de la clínica, ultrasonido y/o cristalografía, de constatarse que el líquido se de origen amniótico se establecerá el diagnóstico de **aborto inevitable** y se debe hospitalizar a la paciente y manejarse el caso de acuerdo a lo establecido en la Tabla 2.

En caso de encontrarse un cervix abierto con salida parcial del producto de la concepción se establecerá el diagnóstico de **aborto incompleto**, se hospitalizará, se realizará legrado uterino y será manejado según la Tabla 2.

En el caso de encontrarse un orificio cervical abierto y la expulsión total del producto de la concepción se diagnosticará **aborto completo**, y se procederá a la hospitalización, se realizará legrado uterino instrumentado además de manejo según la Tabla 2.

En caso de un cervix abierto y presencia de sangrado transvaginal abundante se establece el diagnóstico de **aborto en evolución** se realizará legrado uterino y se manejará según la Tabla 2.

Si el embarazo es menor de 12 semanas se procederá a dilatación y legrado, en caso de ser mayor de 12 semanas y no existir vitalidad fetal corroborada por ultrasonido se aplicará inducción del trabajo de aborto haciendo uso de fármacos como el misoprostol o metotrexato. Posterior a la expulsión del producto de la concepción se realizará legrado uterino instrumentado. En caso de que se presente **aborto retenido** que sea acompañado de sangrado transvaginal abundante, sin modificaciones cervicales y la paciente en condiciones inestables hemodinámicamente, se deberá realizar dilatación cervical y extracción del producto por fragmentación, incluso pudiendo llegar a valorar la posibilidad de histerotomía en casos extremos.

En caso de cualquier tipo de aborto que curse con sepsis se manejará con impregnación de antibiótico previo a la realización de legrado uterino y manteniéndose después del mismo el LU se realizará 6 horas después de iniciado el uso de antibióticos, se deberá mantener a la paciente estable hemodinámicamente en todo momento.

CONCLUSIONES: Se debe de tener en mente que las categorías del síndrome de aborto pueden ser cambiantes, por ejemplo puede pasar de ser una amenaza de aborto a un aborto en evolución, incompleto o completo, por lo que el cuadro clínico puede cambiar y se deberá prestar atención para considerar en cambiar las conductas de acuerdo al evento clínico que se este presentando. Por lo que la guía clínica de ninguna manera es rígida y tajante para su aplicación, si no todo lo contrario puede llegar a ser flexible para su uso siempre y cuando se apeguen a los conceptos más básicos de la misma, lo que influirá de manera positiva para un mejor manejo de nuestras pacientes.

TABLA 1 Manejo en caso de ‘amenaza de aborto’ con sangrado moderado, cervix cerrado y vitalidad fetal y con cervix cerrado y sangrado abundante.

Hospitalización
1. Asegurar al menos una vía venosa permeable y en casos de sangrado transvaginal abundante siempre tener 2 accesos venosos.
2. Canalizar con soluciones cristaloides
3. Solicitar biometría hemática completa, grupo y Rh, pruebas cruzadas
4. Realizar ultrasonido endovaginal al estabilizar hemodinámicamente
5. Si el sangrado es moderado, el cervix esta cerrado y se encuentra vitalidad fetal manejar intrahospitalariamente hasta controlar sangrado como amenaza de aborto. Pero si el sangrado se convierte en abundante podrá catalogarse como aborto en evolución y se manejará de acuerdo a Tabla 4
6. Si no se encuentra vitalidad fetal, o si hubiera compromiso materno manejar de acuerdo a Tabla 4

TABLA 2 Manejo de aborto: inevitable, en evolución, incompleto y completo.

Hospitalización
1. Asegurar al menos una vía venosa permeable y en casos de sangrado transvaginal abundante siempre tener 2 accesos venosos.
2. Canalizar con soluciones cristaloides
3. Solicitar biometría hemática completa, grupo y Rh, pruebas cruzadas
4. Si el embarazo es menor de 12 semanas realizar dilatación cervical y legrado uterino instrumentado
5. Si el embarazo es mayor de 12 semanas se indica inducción del trabajo de aborto (a través de medios médicos ver Tabla 2)
6. Si la hemorragia es abundante y las modificaciones cervicales son mínimas practicar extracción del producto por fragmentación y valorar la necesidad de histerectomía.
7. Aplicar gamma globulina anti-D si la paciente es Rh negativa y tiene anticuerpos anti-D negativos en los embarazos del segundo trimestre.
8. El material obtenido deberá enviarse a patología para su estudio histopatológico para descartar enfermedad del trofoblasto

INTRODUCCIÓN

La medicina basada en evidencia es el principal sustento de las guías de la práctica clínica, las cuales han tenido una dinámica evolución y una rápida expansión. Se han modelado de acuerdo con necesidades y recursos, el desarrollo de guías de práctica clínica para ser utilizadas por el personal médico como una herramienta para la toma de decisiones clínicas y como un insumo importante para las actividades de educación médica continua y para la provisión y organización de los servicios de salud. En el Hospital General de Mexicali y Tijuana como parte de la cruzada se ha iniciado este proceso de elaboración de guías clínicas.

En función de las experiencias producto de distintos estudios de investigación, se puede afirmar que existen tres áreas que además de estar estrechamente relacionadas entre sí pueden brindar resultados tangibles en cuanto a la mejora de la calidad de los servicios: a) Investigación en la educación médica continua, b) Utilización de guías de práctica clínica c) Evaluación de la decisión médica.

Estas tres áreas se han combinado de forma natural, haciendo posible que de manera simultánea se desarrolle y prueben estrategias educativas, criterios de manejo e indicadores de evaluación en la calidad de la atención.

Uno de los problemas cotidianos a los que se enfrenta el personal que labora en el área de tococirugía es respecto al diagnóstico y manejo del síndrome de aborto en todas sus modalidades, ya que se puede presentar de formas diversas y en algunos casos con una urgencia extrema que exige su atención inmediata y de la manera más acertada para evitar el compromiso de algún órgano vital o inclusive la vida misma.

Por lo que es necesario el unificar criterios en lo referente al diagnóstico y tratamiento apoyado en la evidencia de estudios descritos en la literatura como son:

meta-análisis, estudios controlados aleatorizados, ensayos clínicos, estudios de corte, revisiones clínicas, revisiones de expertos, entre otros aspectos.

OBJETIVOS

A - Generales

Proporcionar al médico interno de pregrado y al médico residente de ginecología y obstetricia del Hospital General de Mexicali los elementos técnicos que faciliten el diagnóstico y tratamiento del síndrome de aborto.

B Específicos

1. Revisión de la literatura médica del síndrome de aborto.
2. Revisión de la literatura médica del diagnóstico y tratamiento de la amenaza de aborto.
3. Revisión de la literatura médica del diagnóstico y tratamiento del aborto en evolución.
4. Revisión de la literatura médica del diagnóstico y tratamiento del aborto retenido.
5. Revisión de la literatura médica del diagnóstico y tratamiento del aborto incompleto.
6. Revisión de la literatura médica del diagnóstico y tratamiento del aborto completo.
7. Revisión de la literatura médica del diagnóstico y tratamiento del aborto séptico.

JUSTIFICACIÓN

Este tema fue elegido debido a la relevancia que toma en las unidades de tococirugía, ya que cuenta con una alta morbi mortalidad, se calcula que 20-30% de las gestaciones terminan en aborto espontáneo; sin embargo, hay estudios que indican una

incidencia de aborto entre 40-50 %y aun hasta 80% de todas las gestaciones cuando se incluyen embarazos muy tempranos, (1,2) de tal modo que se requiere homogenizar manejos que sean prácticos y eficientes para el personal becario y adscritos del servicio de ginecología y obstetricia.

MATERIAL Y METODOS

En los últimos años las guías clínicas han tenido una evolución metodológica importante y su presencia es cada vez mas importante en el ámbito médico; en formato de texto o algoritmo, son una herramienta útil para asistir a los médicos en la toma de decisiones durante la atención rutinaria de sus pacientes. Además son utilizados para actividades de atención médica continua y para contribuir a mejorar la calidad de la atención, la efectividad de las decisiones clínicas y para evaluar el desempeño médico.

La producción de guías clínicas inicio hace mas de diez años y se calcula que existen aproximadamente 2500 guías clínicas ya sea publicadas o accesibles electrónicamente. En un inicio las guías fueron construidas como revisiones bibliograficas de un tema o bien estaban basadas en el contexto de expertos. La metodología ha evolucionado y actualmente están definidos los pasos para su construcción, los cuales se fundamentan en evidencia para cada una de las recomendaciones. Esto hace que las guías clínicas sean un material útil, que brinda al médico la oportunidad de incorporar en su practica diaria información actualizada como producto de la investigación científica.

Existen nueve principios básicos sobre los cuales las guías clínicas deben ser construidas.

1. Su desarrollo debe enfocarse a identificar las intervenciones que puedan asegurar que se puede obtener el mejor resultado posible en salud, producto de la aplicación de los criterios seleccionados.
2. Las recomendaciones deben ofrecer la máxima posibilidad de beneficio con el mínimo daño y ser aceptables en función de los costos.
3. La evidencia es necesaria pero no suficiente cuando se desarrollan las recomendaciones de manejo de la guía clínica. Si bien es importante considerar la evidencia para traducir los resultados de los estudios seleccionados o recomendaciones clínicas útiles, esto depende del juicio y experiencia de los constructores de la guía clínica quienes deben realizar una valoración para la justificación de las recomendaciones, de acuerdo con el beneficio potencial de la propuesta.
4. Para que una guía clínica sea relevante se debe involucrar en su construcción a las personas que se tiene contempladas como usuarios de la guía. En el desarrollo de una guía clínica es necesario un equipo multidisciplinario que incluya: especialistas del tema de la guía clínica y especialmente los médicos usuarios. Estos últimos juegan un papel muy importante como parte del equipo ya que su participación permite identificar obstáculos potenciales para su implementación.
5. Las guías clínicas deben ser construidas con una visión que permita flexibilidad y adaptabilidad en el momento de su aplicación, considerando el contexto de la población a la que se va aplicar en cuanto a edad, sexo, severidad de la enfermedad, comorbilidad y disponibilidad de recursos del paciente.
6. Los constructores de la guía deben de considerar los recursos de salud y la factibilidad de la modificación de la estructura y procesos que puedan ser

requeridos para la aplicación de los criterios de la guía. Es pertinente identificar las variaciones del equipo disponible, de capacitación y experiencia de los usuarios, así como la diversidad y competencia de los integrantes de los equipos multidisciplinarios de salud.

7. El equipo que construye una guía clínica debe desarrollar en forma paralela propuestas para su dissemination e implementación así como identificar estrategias que la hagan accesible y con mayores posibilidades de adopción, esto debe incluir la identificación de las barreras potenciales para su implementación en contextos específicos.
8. La evaluación del proceso de implementación es relevante para determinar el efecto en el conocimiento y en la conducta de los usuarios de la guía. El resultado de estas evaluaciones permite considerar y en caso necesario modificar el proceso de implementación.
9. Dado que las guías clínicas están basadas en la mejor evidencia disponible, deben ser revisadas con regularidad para incorporar cuando sea necesario, los resultados de nuevas investigaciones, nuevas tecnologías y la evaluación de los resultados de otras guías. Distintos estudios han evaluado en forma exhaustiva la calidad en la construcción y la implementación de las guías clínicas y se han puesto en evidencia la necesidad de una mayor rigurosidad metodológica.

Los principios arriba mencionados establecen en forma sencilla estándares que son recomendables para seguir la construcción de guías, las cuales sean aplicables en el ámbito para el cual fueron elaboradas. (30)

SELECCIÓN DE LA EVIDENCIA

La selección de los artículos para la construcción de esta guía se realizó de la siguiente manera:

1. Las palabras clave para la búsqueda fueron: " Aborto, abort, miscarriage, diagnostic, treatment, indications for treatment,". La revisión fue de 1990 al 2006.
2. Se consultó la base de datos de Cochrane Library, en donde se buscaron las revisiones sistemáticas, en el registro de investigaciones controladas los ensayos clínicos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de síndrome de aborto.
3. Se consultaron diversas revistas médicas, algunas de ellas fueron: American College Obstetricians and Gynecologists (ACOG), American Family Physician, Royal College Obstetricians and Gynecologists, entre otras, se tomaron en consideración artículos de estudios controlados, además de otros independientemente de la metodología seguida en el estudio.
4. Se realizó una búsqueda dirigida de las guías para la práctica clínica que existieran publicadas en las diferentes páginas electrónicas por ejemplo emedicine.com obgmanagement.com OMD

Categoría de la Evidencia	Fuerza de la Recomendación
I. Evidencia para meta-análisis de estudios clínicos aleatorizados	A Directamente basada en evidencia categoría I
II. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorizado	B La recomendación está basada en una buena y consistente evidencia científica.
III-1. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización	C La recomendación está basada en una limitada o inconsistente evidencia científica.
III-2 Evidencia obtenida de estudios de cohorte, estudios analíticos de casos y controles	
III-3 Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles, revisiones clínicas	
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías

A continuación en el texto se establece con números arábigos entre paréntesis las referencias bibliográficas y con números romanos entre corchetes el nivel de evidencia correspondiente.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud ha definido el aborto como: ‘la expulsión o extracción de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos’¹. Este peso corresponde a una edad gestacional de 20 semanas o menos. Como en el aborto retenido no ha ocurrido la expulsión, se podría definir mejor al aborto como la interrupción de un embarazo menor de 20 semanas o la pérdida de un embrión o de un feto que pesa menos de 500 gramos. Se denomina aborto temprano al que ocurre antes de la 12a semana de gestación y aborto tardío al que se presenta entre las 12 y las 20 semanas de gestación. El aborto puede ser espontáneo o inducido (provocado). (1)

Se calcula que 20-30% de las gestaciones terminan en aborto espontáneo; sin embargo, hay estudios que indican una incidencia de aborto entre 40-50% y aun hasta 80% de todas las gestaciones cuando se incluyen embarazos muy tempranos. (1, 2)

Se denomina pérdida recurrente del embarazo a la ocurrencia de dos o más abortos espontáneos consecutivos. Este término ha reemplazado al de aborto habitual. La pérdida recurrente del embarazo se clasifica como primaria si la paciente nunca ha tenido un producto viable, o secundaria si la madre ha tenido un producto antes de las pérdidas consecutivas del embarazo. En la actualidad, cuando una paciente ha presentado dos abortos consecutivos espontáneos, se inicia la investigación como pérdida recurrente del embarazo debido a que la frecuencia de hallazgos anormales es similar a la que se encuentra cuando se investigan las pacientes después de haber

presentado tres o más abortos. Las parejas con una historia de tres abortos consecutivos, sin el antecedente de un hijo vivo, tienen un riesgo de aborto espontáneo subsecuente de 50 %. En pacientes con antecedentes de aborto recurrente después de excluir cualquier otro tipo de etiología, se puede intentar en un siguiente embarazo la aplicación profiláctica de uso progesterona. (3, 16, 17) [I]

También deberá descartarse la posibilidad de incompetencia cervical, ya que esta representa una causa importante de pérdidas de la gestación sobre todo del segundo trimestre y principios del segundo trimestre, para lo cual se puede ofrecer cerclaje si se corrobora esta diagnóstico. (18) [II]

ASPECTOS GENERALES DEL PROBLEMA DE SALUD SELECCIONADO

La gran mayoría de los abortos espontáneos se deben a anomalías cromosómicas y a anomalías morfológicas de los gametos, los embriones o los fetos, incompatibles con un desarrollo normal (ver tabla 1). Entre los abortos que ocurren antes de las 12 semanas de gestación se encuentran anomalías cromosómicas en 50-60 % de los casos; la mitad de estas anomalías cromosómicas son trisomías (en particular trisomía 16), aproximadamente un cuarto son monosomías X (cariotipo 45, XO); también se encuentran poliploidías (triploidías o tetraploidías) y un pequeño número presenta translocaciones desequilibradas y otras anomalías cromosómicas. (4)

En abortos espontáneos tardíos (mayores de 12 semanas de gestación), la incidencia relativa de las anomalías cromosómicas disminuye a aproximadamente 5 %. Otras causas de aborto espontáneo son las siguientes: anomalías anatómicas del aparato genital femenino (útero unicorne, útero bicorne, útero tabicado, miomatosis uterina, incompetencia cervical, cicatrices y adherencias uterinas); enfermedades

endocrinas tales como la insuficiencia del cuerpo lúteo, el hipotiroidismo, el hipertiroidismo y la diabetes mellitus no controlada; enfermedades sistémicas maternas como el lupus eritematoso, las enfermedades cardiovasculares, renales y la desnutrición; infecciones maternas como sífilis, rubéola, toxoplasmosis e infecciones por el virus herpes 2, virus de inclusión citoplasmática, Chlamydia trachomatis y Mycoplasma hominis (5,6). Factores inmunológicos tales como la isoinmunización Rh, la incompatibilidad ABO o del sistema Kell; factores tóxicos como el uso de antagonistas del ácido fólico y el envenenamiento por plomo y traumáticos por lesión directa sobre el útero en gestaciones del segundo trimestre. (3,7) Aunque los factores etiológicos involucrados en la pérdida recurrente del embarazo son los mismos que los que se informan para el aborto espontáneo individual, es diferente la distribución de su frecuencia. Por ejemplo, las anomalías millerianas que se encuentran en 1-3% de mujeres con un aborto individual, se pueden diagnosticar en 10-15% de pacientes con pérdida recurrente de la gestación. La incidencia de anomalías cromosómicas es menor en los casos de pérdida recurrente del embarazo, aunque cuando se realizan cariotipos de alta resolución el número de desarreglos que se diagnostica es mayor. Los desórdenes endocrinos, las alteraciones autoinmunes, las anomalías millerianas y la incompetencia cervical se diagnostican con mayor frecuencia en las pacientes con pérdida recurrente de la gestación. (8,9)

La frecuencia relativa de las causas de pérdida recurrente de la gestación varía de acuerdo con la profundidad de la investigación realizada a la pareja y al material de aborto y con los intereses particulares de los grupos de investigación.

CUADRO CLÍNICO

En una mujer en edad reproductiva que ha tenido relaciones sexuales y presenta un cuadro clínico caracterizado por dolor hipogástrico intermitente y sangrado, después de retraso menstrual o amenorrea, o en quien se ha hecho previamente el diagnóstico de embarazo, hay que sospechar amenaza de aborto (1)

Con el desarrollo del inmunoanálisis, que permite la identificación temprana de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana, se cuenta hoy con un instrumento muy sensible y específico tanto para el diagnóstico como para el seguimiento y manejo de las complicaciones del embarazo temprano. La gonadotropina coriónica humana fracción beta (hCG β) se puede detectar en la sangre materna desde 7-10 días después de la fertilización y guarda relación directa con el crecimiento trofoblástico (10). En condiciones normales se encuentra una duplicación de la concentración de hCG β en el suero materno cada 48-72 horas. Cuando los niveles de la hormona no ascienden adecuadamente, la curva se aplana, o los niveles descienden antes de la octava semana de gestación, puede inferirse un embarazo de mal pronóstico o no viable. Por otra parte, los estudios ecográficos con equipos de alta resolución, permiten visualizar por vía transabdominal el saco gestacional a las cinco semanas de amenorrea (tres semanas postconcepción) como un espacio lleno de líquido apenas medible (dos mm de diámetro). A la sexta semana aparece el reborde trofoblástico y a la séptima semana de gestación se puede observar la actividad cardíaca del embrión, lo cual comprueba la vitalidad del producto de la concepción. También se puede observar el crecimiento del saco gestacional de 1 mm/día. Cuando se realiza ultrasonido por vía transvaginal estos hallazgos se encuentran aproximadamente una semana antes de las fechas mencionadas. Esto significa que se puede diagnosticar en forma más precoz la aparición, localización y características del embarazo con la ecografía transvaginal. Las

concentraciones de hCG β se pueden evaluar en conjunto con los hallazgos del ultrasonido para obtener una mayor precisión diagnóstica. Cuando los niveles séricos de hCG β son del orden de 5.000-6.000 mU/mL debe observarse ya un saco gestacional con la ecografía transabdominal; con el transductor transvaginal se puede visualizar el saco gestacional cuando el nivel de hCG β se encuentra entre 1.800-2.000 mU/mL. Estas dos pruebas han cambiado la forma de interpretar el cuadro clínico, la evolución de la amenaza de aborto y el diagnóstico del embrión no viable, del aborto y del embarazo ectópico (29) [I]. Por ejemplo, una paciente con retraso menstrual que consulta por sangrado genital tiene una concentración de hCG β de 3.000 mU/mL y hallazgos negativos a la ecografía trans-abdominal, amerita un estudio transvaginal o un seguimiento de la hCG β 48-72 horas después. Si el embarazo es normal, la ecografía transvaginal debe mostrar crecimiento intrauterino; y si el trofoblasto está funcionando normalmente, el seguimiento de la hormona deberá mostrar concentraciones cercanas a las 6.000 mU/mL. Un cortotempo después también se observará el saco por ecografía transabdominal. Hallazgos diferentes hacen sospechar una gestación de mal pronóstico o un embarazo ectópico (24) [II]

En la actualidad también se ha dado importancia a la determinación única de la concentración de progesterona cuando se investiga el pronóstico de un embarazo. Una concentración de progesterona por debajo de 15 ng/mL se relaciona con gestaciones intrauterinas de mal pronóstico y con embarazo ectópico. No se requiere seguimiento de esta hormona en la investigación subsiguiente. Desde el punto de vista clínico el aborto se clasifica de la siguiente forma: amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto en evolución, aborto incompleto, aborto completo, aborto diferido, aborto habitual (actualmente considerado como pérdida gestacional recurrente), aborto séptico (11)

CATEGORÍAS DEL SÍNDROME DE ABORTO

1. AMENAZA DE ABORTO

La amenaza de aborto consiste en un cuadro clínico caracterizado por sangrado de origen endouterino, generalmente escaso, que se presenta en las primeras 20 semanas de gestación, acompañado de lumbalgia y dolor tipo cólico menstrual. Al examen obstétrico se encuentra el cuello largo y cerrado. Se considera que 50 % de las amenazas de aborto terminan en aborto a pesar de cualquier medida terapéutica.

El tratamiento es el reposo absoluto en cama, con sedación según el estado de ansiedad de la paciente. También pueden utilizarse analgésicos antiespasmódicos para aliviar el dolor. En los embarazos tempranos es importante definir el pronóstico del embarazo, si existe embrión y si está vivo (12, 15) [I V]. El estudio ecográfico es una ayuda invaluable para precisar el diagnóstico. En los casos de embrión vivo pueden observarse zonas de desprendimiento, sangrado o sacos de implantación baja. Si de manera inequívoca no se detecta embrión (huevo anembrionario) debe procederse a la evacuación, mediante dilatación cervical y curetaje. Si se detectan movimientos cardíacos por ecografía o se confirma la presencia de un embrión viable, el pronóstico depende del grado de desprendimiento que se observe; cuando el desprendimiento es pequeño el pronóstico generalmente es bueno, desaparece el sangrado y la gestación continúa su curso (21) [III-2]. En 50 % de los casos evoluciona hacia el aborto con tres cuadros clínicos: el aborto retenido, el aborto incompleto o el aborto completo (13) [I V].

Conducta. Ante una consulta compatible con este cuadro se procede de la manera siguiente:

1. Realizar Especuloscopia en esta y todas las demás entidades del síndrome de aborto (23) [I V].

2. Ecografía para descartar una mola o un embarazo ectópico y precisar si existe o no vida embrionaria o fetal.
3. Determinación de cuantificación hCGβ
4. Mientras no se cuenta con el resultado de estos estudios y de la exploración completa, se deberá mantener con reposo en cama. Hospitalizar si existen presiones familiares, si se trata de aborto de repetición o el embarazo ha sido calificado previamente de alto riesgo.
5. Abstención del coito
6. Administrar uteroinhibidores si persisten las contracciones dolorosas.
7. Procurar tranquilizar a la paciente y a sus familiares. Si la consulta es telefónica con el médico de urgencia, éste aconsejará a la paciente ser vista por el médico tratante, con el informe de ecografía.
8. Si la ecografía de muestra viabilidad ovular y las pruebas bioquímicas son normales, se debe instaurar reposo y precisar si existen o no causas metabólicas, infecciosas o de otro tipo para la amenaza de aborto.
9. Si la ecografía aún no revela placa embrionaria o existe un desfase entre la edad gestacional real y la ecografía, pero la prueba inmunológica es positiva, solicitar una nueva ecografía en dos semanas y en el intervalo hacer guardar reposo a la paciente.
10. Si la ecografía de muestra viabilidad ovular, pero de muestra un cierto desprendimiento placentario se debe instaurar reposo absoluto.
11. Si la amenaza de aborto evoluciona a otro tipo de categoría del síndrome de aborto deberá manejarse conforme a estos lineamientos (Ver Tabla 3).

2. ABORTO EN EVOLUCIÓN

Se define como aborto en evolución al cuadro clínico caracterizado por contracciones uterinas dolorosas, intermitentes y progresivas acompañadas de borramiento y dilatación cervicales y/o sangrado de origen uterino abundante. Las membranas ovulares se encuentran íntegras.

El tratamiento consiste en hidratación, administrar analgésicos parenterales, reforzar la actividad uterina si es necesario y esperar la expulsión fetal para proceder al legrado o la revisión uterina.

Conducta. Ante una consulta compatible con este cuadro se procede de la manera siguiente:

1. Hospitalización inmediata de la paciente.

2. Revisión de los exámenes de laboratorio. Solicitar hemograma, hemoclasificación.

3. Si se trata de un aborto de primer trimestre:

o Legrado uterino, previa dilatación del cuello uterino. Si es posible constatación ecográfica posterior a la evacuación uterina.

o Efectuar siempre exploración vaginal bajo anestesia en el momento del legrado, para descartar un posible embarazo ectópico. Anotar en la historia clínica los datos obtenidos.

4. Aborto de segundo trimestre:

o Si el cuello uterino está abierto o semiabierto, si existe una dinámica uterina instaurada y si la metrorragia no es alarmante, procurar el vaciamiento del útero mediante uso de prostaglandinas: ej. Misoprostol 800 µg. Después de la expulsión del feto, practicar revisión uterina. En lo posible evitar el uso de las leguas (24) [II] (ver Tabla 2 y 4).

3. ABORTO RETENIDO

En estos casos el embrión muere o se desprende pero queda retenido dentro del útero. Debe sospecharse cuando el útero no aumenta de tamaño, los síntomas y signos del embarazo disminuyen hasta desaparecer y el control ecográfico visualiza embrión sin actividad cardíaca, con distorsión del saco gestacional, disminución del líquido amniótico y, en embarazos del segundo trimestre, cabalgamiento de los huesos del cráneo. El advenimiento de la ecografía permite el diagnóstico de la muerte embrionaria y de la muerte fetal en forma precoz; por esta razón, para el manejo clínico no tiene lugar en la actualidad el considerar aborto retenido solamente a aquel que tiene tres o más semanas de muerte intrauterina.

Conducta: Ante una consulta compatible con este cuadro se procede de la manera siguiente:

1. El tratamiento del aborto retenido depende de la edad gestacional y del tamaño uterino.
2. En embarazos tempranos consiste en la evacuación del útero mediante dilatación y legrado (en menores de 12 semanas de gestación).
3. En gestaciones avanzadas (mayores de doce semanas) debe llevarse a cabo la maduración cervical con prostaglandinas hasta obtener contracciones uterinas adecuadas. (Ver Tabla 2)
4. Cuando el feto se expulse se debe practicar legrado o revisión uterina con el fin de completar la evacuación de los anexos ovulares (Ver Tabla 4).

4. ABORTO INCOMPLETO

Se denomina aborto incompleto al cuadro clínico caracterizado por la expulsión parcial de los productos de la concepción. Cuando queda retenida la placenta o parte del producto de la concepción, el tratamiento consiste en completar el aborto por medio del legrado o la revisión uterina.

La pérdida del líquido amniótico ya configura un cuadro de aborto incompleto; sin embargo, se utiliza el término de aborto inevitable cuando las contracciones uterinas son más energéticas, el cuello sufre borramiento y dilatación, las membranas están rotas y se palpan a través del cuello las partes fetales. En estos casos el tratamiento consiste en hidratar la paciente, reforzar la actividad uterina con prostaglandinas si es necesario, administrar analgésicos parenterales y esperar la expulsión del feto. Posteriormente se procederá a practicar legrado uterino instrumentado o bien técnica de aspiración manual endouterina (AMEU), esta última representa mayores ventajas en relación al legrado habitual ya que la recuperación es más rápida, causa menos dolor en el postoperatorio y tiene menor índice de posibilidad de perforación (19, 20) (II).

Conducta: Ante una consulta compatible con este cuadro se procede de la manera siguiente:

1. Hospitalización, ordenar hemograma, hemoclasificación y serología.
2. Si se trata de un aborto incompleto y la pérdida sanguínea es notable, es necesario realizar legrado uterino inmediato con goteo oxitócico simultáneo.
3. Los cuidados posteriores incluyen:
 - o Goteo oxitócico durante 2-3 horas después de la evacuación uterina.
 - o Aplicación de globulina anti D en las pacientes Rh negativas en embarazos del segundo trimestre y sin sensibilización (15) [I V].
 - o Efectuar un adecuado soporte psicológico.

Al dar de alta se debe instruir a la paciente en los siguientes tópicos:

- o No usar tampones o duchas vaginales, y abstenerse del coito durante tres semanas.
- o aconsejar visita médica en caso de fiebre, dolor suprapúbico o aumento brusco de la pérdida hemática.
- o Control en consulta externa a las 4-6 semanas.

5. ABORTO COMPLETO

Se denomina aborto completo a la situación en la cual hay expulsión total del embrión o del feto y de las membranas ovulares. Desde el punto de vista clínico se identifica porque desaparece el dolor y el sangrado activo después de la expulsión de todo el producto de la concepción. Puede persistir un sangrado escaso por algún tiempo.

Conducta: Ante una consulta compatible con este cuadro se procede de la manera siguiente:

1. Un aborto completo puede ser manejado de manera expectante sin tratamiento médico ni quirúrgico, solo con vigilancia clínica periódica así como laboratorio con cuantificación de hCGβ (22) [I V].
2. Debido a la posibilidad de que no se tratara de un aborto completo y ante la duda, se deberá realizar legrado uterino instrumentado, ya que en caso contrario, se expone a la paciente a riesgos graves con una conducta conservadora (23) [I V] (ver Tabla 4).

6. ABORTO SEPTICO

Representa cualquiera de las variedades anteriores, en las cuales se le agrega una infección intrauterina y representa junto con la hemorragia las complicaciones más graves del aborto y constituyen las principales causas de morbilidad.

General mente esta entidad se caracteriza por presentar síndrome febril, secreción fétida a través de cervix, dolor suprapúbico, dolor abdominal pélvico a la movilización del cervix y útero, signos de peritonitis, ataque al estado general, choque endotóxico.

Conducta: Ante una consulta compatible con este cuadro se procede de la manera siguiente:

1. Debe de contarse con exámenes de laboratorio completo, los cuales además de los básicos deben incluir pruebas cruzadas, pruebas de coagulación, hemocultivos y cultivos de secreciones uterinas para aerobios y anaerobios, con antibiograma previos al inicio de antibióticoterapia. (31, 32) [I]
2. Contar con radiografía de tórax para descartar émbolos sépticos. Radiografía de abdomen para diagnóstico de perforación uterina, cuerpo extraño, peritonitis y perforación de víscera hueca.
3. Realizar ultrasonido para detección de hematomas, restos placentarios, abscesos, líquido libre en hueso pélvico, etc.
4. Se deberá iniciar antibiótico con penicilina sodica cristalina 2-3 millones I V cada 4hr mas gentamicina 80mg I V cada 8hr, en caso de alergia a penicilina esta puede ser sustituida por clindamicina 600mg cada 6hr. Además hidrocortisona 3g I V como dosis inicial y repetir 1g I V cada 8hr en las siguientes 24 hr.
5. Efectuar la evacuación del útero a las 6 hr de haber iniciado los antibióticos, de acuerdo a la edad gestacional y otras condiciones obstétricas.

Cuando el aborto séptico reviste mayor gravedad, se deberá contar con mayor control a través de instalación de establecer una línea arterial para medir presión venosa central, control hidroelectrolítico, instalación de sonda vesical, gasometría, pruebas de función hepática, valoración de uso de otros antibióticos y valorar hemotransfusión si se requiere.

6. Por último se deberá considerar si las condiciones no mejoran y con el fin de erradicar el foco séptico la realización de histerectomía total abdominal (ver Tabla 5).

RECOMENDACIONES SEGÚN LOS NIVELES DE EVIDENCIA CIENTÍFICA

- Las siguientes recomendaciones son basadas en evidencia, fuerza de recomendación A

1. El uso de prostaglandinas parece ser el mejor método medicofarmacológico para desencadenar el trabajo de aborto, sin embargo parece ser menos efectivo y más doloroso en comparación con los métodos quirúrgicos en el manejo del aborto del primer trimestre (24, 25)

2. El uso de progesterona en la amenaza de aborto está justificada solo en los casos en los que se tiene el antecedente de pérdida gestacional recurrente, no así en las amenazas de aborto de primera vez. (16)

3. En Mujeres con antecedente de pérdida gestacional recurrente se debe investigar anticuerpos anticardiolipinas y anticoagulante lupico para establecer diagnóstico de síndrome antifosfolípidos además de realizar manejo multidisciplinario con otras especialidades como hematología, reumatología, medicina interna en conjunto con ginecología. (17)

4. A todas las pacientes Rh negativo después del primer trimestre se deberá realizar coombs indirecto, si el resultado es negativo, se aplicará la inmunoglobulina anti-D para evitar complicaciones en el embarazo subsecuente. (28)

- Las siguientes son recomendaciones basadas en una buena evidencia científica consistente, fuerza de recomendación B:

1. Se puede considerar la posibilidad farmacológica en productos menores de 49 días como alternativa al manejo quirúrgico (24)

2. La edad gestacional se deberá confirmar con métodos clínicos y ultrasonográficos. (24)

3. En paciente con antecedentes de pérdidas gestacionales tempranas y modificaciones cervicales detectadas por ultrasonido, se puede ofrecer cerclaje cervical de manera segura entre las 12 y 16 semanas previo protocolo de estudio de esta entidad. (18)

- La siguiente recomendación esta basada en evidencia científica limitada o inconsistente, fuerza de recomendación C

1. Pacientes que no responden al manejo con misoprostol o este combinado con otras prostaglandinas, debe considerarse el manejo quirúrgico debido a los efectos secundarios de estos. En embarazos mayores de 49 días se debe preferir el manejo quirúrgico. (24)

2. Se debe tener en consideración el antecedente de amenaza de aborto en la evolución del embarazo ya que es factor de riesgo para desencadenar amenaza de parto prematuro. (26)

- Las siguientes consideraciones son basadas en consensos y opinión de expertos, fuerza de recomendación D

1. Siempre se deberá tener disponible el equipo quirúrgico donde se este manejando cualquier tipo de aborto, para los casos donde se llegue a presentar sangrado transvaginal excesivo (menos del 1%) para su resolución inmediata. (24).

2. El reposo en cama no se ha demostrado claramente que brinde beneficio a los casos de amenaza de aborto, sin embargo, si disminuye de manera importante el estrés lo cual pudiera influir de manera positiva para la reducción de abortos espontáneos. (12)

3. La especuloscopia cervico-vaginal debe ser realizada en los casos de síndrome de aborto, para descartar que la hemorragia no se origine de lesiones cervicales como pólipos, erosiones. Así como para determinar la magnitud del sangrado. (23, 27)

BIBLIOGRAFÍA

1. Cunningham G Williams obstetrician 21a edición editorial Panamericana 2002
2. Carr B Blackwell R Text book of Reproductive Medicine. Second edition. Appleton & Lange. Norwalk, 1998.
3. Management of recurrent early pregnancy loss, ACOG number 24, Feb. 2001
4. De Cherney A Nathan L, et al Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 9th Edition. Appleton & Lange. Norwalk, 2002
5. Ballagh S Harris H. et al, Is curettage needed for uncomplicated incomplete spontaneous abortion? Am J Gynecol 1998; 179 (5): 1297-1282
6. Dayan C, Daniels G, Chronic autoimmune thyroiditis. N Engl J Med 335: 99, 1996
7. Antiphospholipid syndrome, ACOG number 68 Nov 2005.
8. Harger J. Cerclage and Cervical Insufficiency: An Evidence-Based Analysis Obstet Gynecol 2002; 100: 1313-27.
9. Romer T. Post-abortion-hysteroscopy-a method for early diagnosis of congenital and acquired intrauterine causes of abortions. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 57: 171, 1994.
10. May K Home test to monitor fertility, Am J Obstet Gynecol 165: 2000
11. McCord M, Miram D, Changing specificity and sensitivity to obtain optimal test performance, Fertil Steril 66: 513, 1996
12. Aleman A Althabe F, Belizán J, Bergel E, Bed rest during for preventing miscarriage, The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 4
13. Gro Luise, Karen Jermy, Caroline May, et al. Outcome of expectant management of spontaneous first trimester miscarriage: observational study. BMJ, vol 324 13 april 2002
14. Norman Brier, PhD. Understanding and managing the emotional reactions to a miscarriage. (Obstet Gynecol 1999; 93: 151-5.

15. Sani Jabara, MD and Kurt T. Barnhart M. Is Rh immune globulin needed in early first-trimester abortion? A review AmJ Obstet Gynecol 2003; 188: 623-7
16. Oates- Whitehead RM, Haas D, Carrier J. Progestogen for preventing miscarriage. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 4.
17. Sandra Carson, management of recurrent early pregnancy loss, Practice Bulletin, ACOG number 24, feb. 2001.
18. Drakeley AJ, Roberts D, Alfirevic Z. Cervical stitch (cerclage) for preventing pregnancy loss in women, The Cochrane Library, Issue 3, 2006.
19. Forna F, Gülmezoglu A, Surgical procedures to evacuate incomplete abortion, The Cochrane Library, Issue 3, 2006
20. Métodos médicos versus métodos quirúrgicos para la interrupción del embarazo en el primer trimestre, La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2005.
21. Johns J, Hyett J. et al. Obstetric Outcome After Threatened Miscarriage With and Without a Hematoma on Ultrasound, Obstet Gynecol 2003; 102: 483-7.
22. Griebel C, Halvorsen J. et al, Management of Spontaneous Abortion, Am Fam Physician 2005; 72: 1243-50.
23. Normas y procedimientos de ginecología y obstetricia, INPer, 2003. 6-9.
24. Mitchell D Greinin, Medical Management of Abortion, Practice Bulletin, ACOG number 26 april 2001
25. Sotiriadis A, Makrydinas G, et al., Expectant, Medical, or Surgical Management of First-Trimester Miscarriage: A Meta-Analysis, ACOG vol. 105, number 5, part 1, may 2005
26. Johns J., Jauniaux E. et al., Threatened miscarriage as a predictor of obstetric outcome. Obstet and Gynecol 2006; 107: 845-50.

27. Hoey R, Alan K et al., Does speculum examination have a role in assessing bleeding in early pregnancy?, *Emerg Med J* 2004; 21: 461-463.
28. Socol M Prevention of Rh D alloimmunization, Practice Bulletin, ACOG, number 4, 1999.
29. Dogra V, First trimester bleeding evaluation, *Ultrasound quarterly* 2005; 21: 69-85.
30. Guías de práctica clínica; Una orientación para su desarrollo implementación y evaluación IMSS; numero 2 junio 2004.
31. Bankowski B, Hearne A et al, The Johns Hopkins Gynecology and obstetrics, 2nd ed Lippincott Williams & Wilkins.
32. Bochud P., Bonten M, et al, Anti microbial therapy for patients with severe sepsis and septic shock: An evidence-based review *Critical Care Medicine*, vol. 32, Number 11, november 2004.

ANEXOS

TABLAS

TABLA 1. Alteraciones cromosómicas en aborto

Tipo de anomalía	Frecuencia %
Trisomía 16	16.4
Trisomía 22	5.7
Trisomía 21	4.7
Trisomía 15	4.2
Trisomía 14	3.7
Trisomía 18	3
Otras trisomías	14.3
Monosomía X	18
Triplodias	17
Tetraplodias	6
Translocaciones desequilibradas	3
Otras	4

TABLA 2 Fármacos para maduración cervical, inducción y conducción del trabajo de aborto.

Far maco	Tasa de efecti vi dad	Vent ajas y desvent ajas	Edad gest aci ón
Mifepristona 600 mg VO + misoprostol 400 mcg VO (FDA)	92 %	Efectivo después de 4hr de haberse aplicado	49 días gestación
Mifepristona 200 mg VO + misoprostol 800 mcg vía vaginal	95-99 %	- Según la FDA es más efectivo para la expulsión - Menor tiempo para la expulsión - Pocos efectos colaterales. - Requiere administración vaginal.	63 días gestación
Metotrexate 50 mg/ m ² I M o 50 mg vaginal + Misoprostol 800 mcg vaginal.	92-96 %	Comparado con el régimen mifepristona - misoprostol: - Toma mayor tiempo en la expulsión Ventajas: son fácil de conseguir.	49 días gestación
Misoprostol 800 mcg solo vaginal y repetir hasta 3 dosis	88 %	- Efectos colaterales tales como diarrea con estas dosis, fiebre. - Fácil de conseguir.	56 días gestación

FDA Food and Drug Administration; I M intramuscular, VO vía oral

TABLA 3 Manejo en caso de “amenaza de aborto” con sangrado moderado, cervix cerrado y vitalidad fetal y con cervix cerrado y sangrado abundante.

Hospitalización

7. Asegurar al menos una vía venosa permeable y en casos de sangrado transvaginal abundante siempre tener 2 accesos venosos.
8. Canalizar con soluciones cristaloides
9. Solicitar biometría hemática completa, grupo y Rh, pruebas cruzadas
10. Realizar ultrasonido endovaginal al estabilizar hemodinámicamente
11. Si el sangrado es moderado, el cervix está cerrado y se encuentra vitalidad fetal manejar intrahospitalariamente hasta controlar sangrado como amenaza de aborto. Pero si el sangrado se convierte en abundante podrá catalogarse como aborto en evolución y se manejará de acuerdo a Tabla 4
12. Si no se encuentra vitalidad fetal, o si hubiera compromiso materno manejar de acuerdo a Tabla 4

TABLA 4 Manejo de aborto: inevitable, en evolución, incompleto y completo

Hospitalización

9. Asegurar al menos una vía venosa permeable y en casos de sangrado transvaginal abundante siempre tener 2 accesos venosos.
10. Canalizar con soluciones cristaloides
11. Solicitar hemograma completo, grupo y Rh, pruebas cruzadas
12. Si el embarazo es menor de 12 semanas realizar dilatación cervical y legrado uterino instrumentado
13. Si el embarazo es mayor de 12 semanas se indica inducción del trabajo de aborto (a través de medios médicos ver Tabla 2)
14. Si la hemorragia es abundante y las modificaciones cervicales son mínimas practicar extracción del producto por fragmentación y valorar la necesidad de histerectomía.
15. Aplicar gamma globulina anti-D si la paciente es Rh negativa y tiene anticuerpos anti-D negativos en los embarazos del segundo trimestre.
16. El material obtenido deberá enviarse a patología para su estudio histopatológico para descartar enfermedad del trofoblasto

TABLA 5. Manejo del aborto séptico.

Hospitalización

En cualquier caso del síndrome de aborto compatible con aborto séptico se deberá realizar:

1. Asegurar 2 vías venosas permeables
2. Canalizar con soluciones cristaloides
3. Exámenes de laboratorio: hemograma, grupo y Rh, cuenta leucocitaria y diferencial, pruebas cruzadas, pruebas de coagulación, hemocultivos y cultivos de secreciones uterinas para aerobios y anaerobios, con antibiograma previos al inicio de antibióticoterapia.
4. Estudios de gabinete: radiografía de tórax y abdomen, así como ultrasonido pélvico
5. Iniciar antibiótico con penicilina sodica cristalina 2-3 millones IV cada 4hr más gentamicina 80mg IV cada 8hr, en caso de ser alérgica a penicilina esta puede sustituirse por clindamicina 600mg IV cada 6hr. Además hidrocortisona 3g IV como dosis inicial y repetir 1g IV cada 8hr en las siguientes 24 hr.
6. Evacuación del útero a las 6 hr de haber iniciado los antibióticos, de acuerdo a la edad gestacional y otras condiciones obstétricas.
7. Valorar si requiere hemotransfusión
8. Considerar si las condiciones no mejoran y con el fin de erradicar el foco séptico la realización de histerectomía total abdominal, así como el ingreso a Terapia Intensiva.

