

**TABLA DE CONTENIDO**

	<b>Pág.</b>
1. OBJETIVO	2
2. PROCESO / PROCEDIMIENTO REALCIONADO	2
3. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	2
4. GLOSARIO	11
5. BIBLIOGRAFIA	12

**REGISTRO DE REVISIONES**

Fecha revisión 1: DD\_\_\_MM\_\_\_AA\_\_\_ Requiere Cambio: SI \_\_\_ NO\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha revisión 2: DD\_\_\_MM\_\_\_AA\_\_\_ Requiere Cambio: SI \_\_\_ NO\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha revisión 3: DD\_\_\_MM\_\_\_AA\_\_\_ Requiere Cambio: SI \_\_\_ NO\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS**

<b>No</b>	<b>FECHA</b>	<b>CAMBIO</b>	<b>RESPONSIBLE DEL CAMBIO</b>
1	12-03-2006	ELABORACIÓN	NO APLICA
2	30-11-2009	Inclusión de criterios de la Norma NTC GP 1000:2004 y MECI 1000:2004, así como la inclusión de parámetros requeridos por los estándares de atención al cliente asistencial del Sistema Unico de Acreditacion.	Equipo Asistencial Servicio de Gineco-obstetricia

**Nota:** La revisión vigente se encuentra resaltada

## 1. OBJETIVO DE LA ELABORACION DE LA GUIA

1.1 ORIENTAR EN LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS CORRECTAS. La variación de la práctica clínica es inherente a la propia naturaleza del acto de la atención clínica, fruto de la incertidumbre de las decisiones del profesional. Sin embargo, existen variaciones inapropiadas que, en beneficio del paciente y del profesional deben ser minimizadas.

1.2 MEJORAR LA CALIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA.

1.3 PROMOVER LA ADECUADA UTILIZACION DE LAS TECNOLOGÍAS MÉDICAS, OBJETIVO PROPIO DE TODOS LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: Está bien demostrado que el uso de las tecnologías es muchas veces excesivo, exponiendo con frecuencia a los pacientes a procedimientos diagnósticos y terapéuticos agresivos, sin ningún beneficio demostrable.

1.4 GUIAR EN LA PRIORIZACION DE LA DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS: Como instrumento de evaluación tecnológica, pueden constituir un medio de información técnica valiosa para las decisiones en política sanitaria.

1.5 REDUCIR RIESGOS DE LITIGIOS LEGALES: Objetivo de especial importancia para los profesionales sanitarios, pues la existencia de documentos que recojan unas directrices aceptadas por consenso sobre buena práctica clínica aportaría unos patrones estándares de comparación, que facilitarían la defensa jurídica del médico frente a la proliferación de querellas indiscriminadas.

## 2. PROCESO / PROCEDIMIENTO RELACIONADO

Proceso de Gestión quirúrgica

Proceso de Gestión de Hospitalización y cuidado critico

Proceso de Gestión de Urgencias

Proceso de Gestión de Consulta externa

## 3. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

### 3.1. OBJETIVO Y ALCANCE:

Diagnosticar y controlar oportunamente en las pacientes que cursen posible cuadro clínico de aborto para orientar el tratamiento en procurar del bienestar materno.

### 3.2. POBLACION OBJETO DE LA GUIA: Falta identificar

- **Usuarios:** Identificación del Equipo asistencial que DEBE APLICAR la guía.

- **Tipo de pacientes:** Pacientes que asistan a la consulta externa de ginecoobstetricia , consulta de urgencias de ginecoobstetricia o que ingresen a la institución remitidas de otros niveles de complejidad.

### **3.3. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES:**

El aborto es la patología gestacional más frecuente, es la causa principal de sangrado vaginal en el primer trimestre (1,2) a que se refiere estos numeros, constituyendo una fuente importante de morbilidad y mortalidad materna principalmente en países en desarrollo, donde el aborto sin apoyo médico adecuado puede contribuir con cerca de un 13 % de la mortalidad materna (6). Además es una causa importante de morbilidad psicológica materna, alrededor de un 40 % de mujeres con aborto espontaneo sufren de síntomas de ansiedad, angustia y trastornos depresivos entre otras manifestaciones psicológicas adversas todo esto favoreciendo un estado de mayor vulnerabilidad en la paciente afectada (5,7).

La aplicación de políticas de salud basadas en prevención y manejo oportuno y adecuado de las complicaciones asociadas al aborto pueden reducir el exceso de morbimortalidad materna característico de los países en desarrollo (6).

#### **3.3.1. EPIDEMIOLOGIA**

El aborto es una de las complicaciones gestacionales más frecuentes, ocurriendo en un 15 % a 20 % de todos los embarazos diagnosticados (1). La mayoría de estos abortos espontáneos son tempranos, un 80% ocurre en las primeras 12 semanas de gestación (2).

El aborto principalmente asociada a prácticas abortivas no seguras, generalmente inducidas con carencia de apoyo médico apropiado y oportuno genera una fuente importante de morbilidad materna. La mortalidad en países en desarrollo asociada a abortos inseguros es cerca de un 13 %. La tasa de muertes asociada a aborto en países en desarrollo se ha estimado en 330 por cada 100.000 abortos; en cambio en países desarrollados se estima en solo 0,7 por cada 100000 abortos (6)

#### **3.3.2. FACTORES DE RIESGO:**

Mas del 80 % de los abortos espontáneos ocurren en las primera 12 semanas de embarazo ( colocar la referencia de donde se saca esta estadística (2). Existen múltiples factores y causas tanto de origen fetal o cromosómico como de origen materno (10, 11) o paterno que producen alteraciones y llevan a pérdida del producto de la gestación. Se han documentado anomalidades cromosómicas fetales en alrededor del 50 % de las gestaciones fallidas del primer trimestre, la mayoría de estas anomalidades son numéricas (86%) con un pequeño porcentaje de anomalidades estructurales (6%) u otros mecanismos genéticos (8%)(12).

#### **Factores fetales o cromosómicos**

El principal hallazgo morfológico en abortos espontáneos tempranos es el desarrollo anormal del cigoto (2).

- **Aborto aneuploide:** Aproximadamente un 25 % de las anomalidades cromosómicas

- **Trisomía autosómica:** es la alteración más frecuente **Monosomía X (45X):** anormalidad cromosómica más común compatible con la vida (síndrome de Turner). 70% termina en aborto y 30% llega a término.
- **Triploidía:** Está asociado con degeneración hidrópica de la placenta. La mola hidatiforme incompleta puede tener un desarrollo fetal como una triploidía o trisomía del cromosoma 16. La triploidía puede ser causada por dispermia, falla en el resultado de la meiosis espermática, o falla en la meiosis del huevo.
- **Tetraploidia:** Producen abortos generalmente muy tempranos
- **Monosomía autosómica:** Es extremadamente rara e incompatible con la vida.
- **Polisomía sexual cromosómica:** 47XXY síndrome Klinefelter y 47XXX
- **Aborto euploide:** Los abortos cromosómicamente normales son generalmente tardíos.

#### Factores maternos

- **Infecciones:** Causadas por agentes como Toxoplasma gondii, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis y Ureaplasma urealyticum.
- **Enfermedades crónicas:** Como es el caso de la tuberculosis, carcinomatosis, hipertensión arterial y autoinmunes.
- **Endocrinas:** Hipotiroidismo, diabetes mellitus, deficiencia de progesterona, síndrome de ovario poliquístico
- **Nutrición:** La desnutrición severa predispone al incremento de aborto espontáneo.

#### Factores ambientales

- **El tabaquismo y el alcoholismo:** considerados embriotoxinas, aumentan las tasa de aborto.
- **Cafeína:** Se ha encontrado que el consumo mayor de 4 tazas al día aumenta el riesgo de aborto y otras complicaciones en el embarazo. La evidencia disponible aun es controvertida pero en vista de algunos resultados existentes que muestran un pequeño aumento en el riesgo podría ser razonable sugerir la disminución de su ingesta (2, 13).
- **Radiación:** la dosis mínima letal en el día de implantación es aproximadamente 5 rad.
- **Factores inmunológicos:** síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide.
- **Alteraciones uterinas:** Leiomiomas, sinequias, alteraciones müllerianas en la formación o fusión. Estas últimas se producen de forma espontánea o inducida por exposición e dietiestilbestrol (DES).
- **Incompetencia cervical.**
- **Traumáticos:** Lesion de forma directa sobre el saco gestacional o la cavidad amniótica.

#### Factores paternos

La translocación cromosómica en el espermatozoide puede permitir un cigoto con un aumento o disminución del material genético.

De la información consignada separar lo que corresponde a etiología y factores de riesgo

### 3.3.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Dentro del diagnóstico de aborto espontáneo es indispensable tener en cuenta otras patologías que podrían presentar cuadros clínicos similares como:

- Enfermedad trofoblástica gestacional.
- Embarazo ectópico.
- Cervicitis.
- Pólipos cervicales.
- Cáncer de cuello uterino.
- Desgarros vaginales.

### 3.4. CARACTERISTICAS DE LA ATENCIÓN

#### CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico del aborto espontáneo se presenta, básicamente, en mujeres en edad fértil con vida sexual activa y retraso menstrual o amenorrea con sangrado genital irregular escaso y de color café, que aumenta progresivamente asociado a dolor hipogástrico tipo cólico, el cual es más intenso de acuerdo con la progresión del cuadro.

Características:

- Mujer en edad reproductiva.
- Dolor en hipogastrio con sangrado genital.
- Retraso menstrual o amenorrea.
- Fiebre y malestar general, en casos de aborto séptico.

#### 3.4.1. DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de aborto espontáneo se realiza con la correlación entre el cuadro clínico, la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (B-HCG) y la ecografía transvaginal o transabdominal según la edad gestacional y concentración de B-HCG.

#### APOYO DIAGNÓSTICO:

**B-HCG cualitativa o cuantitativa:** puede detectarse en sangre materna desde 7 a 10 días después de la fecundación y guarda relación directa con el crecimiento trofoblástico. Cuando los niveles de la hormona no ascienden adecuadamente, la curva se aplana o los niveles descienden, puede inferirse un embarazo de mal pronóstico o no viable.

**Ecografía transvaginal o transabdominal:** Los hallazgos ecográficos permiten correlacionar con el

tiempo de amenorrea y concentración de B-HCG, encontrando por medio de la ecografía transvaginal la aparición localización y características del embarazo de forma más precoz en relación con la ecografía transabdominal.

### **3.4.2. PLAN DE MANEJO:**

#### **TRATAMIENTO MÉDICO**

El tratamiento médico del aborto consiste en prostaglandinas, mifepristone, mifepristone combinado con prostaglandinas. Las prostaglandinas (ejemplos, gemeprost, metenoprost, misoprostol) tienen efectos en el cervix, facilitando la dilatación y produciendo contracciones uterinas. Gemeprost y metenoprost, no disponibles en nuestro país, se administran intravaginalmente en intervalos de tiempo de 3 a 6 horas, no son ampliamente utilizados por su acción lenta. Misoprostol es una prostaglandina análoga registrada para la prevención de úlcera gástrica relacionada a analgésico no esteroideos (16).

Los efectos del método médico son moderados tales como sangrado fuerte, dolor en hipogastrio, náuseas, emesis, diarrea y fiebre de acuerdo con la dosis y edad gestacional, de presentarse fiebre posterior a 24 hrs de la administración de misoprostol se debe sospechar la existencia de infección (17).

Se ha encontrado una evidencia creciente de la seguridad, eficacia y aceptabilidad del misoprostol para lograr evacuación uterina, con el potencial de considerarse en el manejo de primera línea en casos seleccionados de aborto. Dosis: 800 mcg de misoprostol intravaginal, y otra dosis en el tercer día en caso de ser necesario, con un tiempo límite para evaluar éxito de 7 días. Riesgos evacuación incompleta y sangrado.

#### **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

En general, la morbilidad seguida del procedimiento quirúrgico incrementa con la edad gestacional. Las diferentes complicaciones tales como la perforación uterina, laceración cervical, hemorragia, remoción incompleta o del feto o restos placentarios e infección, se incrementan después del segundo trimestre (9). El procedimiento quirúrgico realizado entre la 7 y 9 semana de gestación está asociado con pocas complicaciones estadísticamente significativas, que el desarrollado entre la 9 y 14 semana de amenorrea o en el segundo trimestre.

#### **Métodos quirúrgicos**

- **Dilatación y curetaje:** el cervix se dilata hasta que una cureta se inserta y remueve el contenido del útero.
- **Dilatación y aspirado eléctrico:** el cervix se dilata hasta que puede insertarse una cánula de tamaño apropiado. El contenido del útero se remueve por succión mediante la aspiración. En algunos casos se utiliza el curetaje adicional.

La anestesia local o general se usan en ambos métodos; la preparación médica del cervix (maduración) antes del procedimiento puede prevenir la injuria cervical o uterina (21).

• **Aspiración Manual Endouterina (AMEU):** Consiste en la evacuación uterina por medio de una aspiración manual mediante una jeringa conectada a una cánula. Por lo general, este procedimiento utiliza anestesia local (22).

Si los procedimientos descritos fallan, se realiza histerotomía; aunque poco usada, puede ser desarrollada para extracción de feto y vaciamiento uterino.

En un estudio cohorte multicéntrico se analizaron 4.400 mujeres con aspiración o dilatación y curetaje, y se observó que la rata de complicación varía con la edad gestacional y el método usado. La aspiración fue asociada con disminución de las complicaciones en la 7 y 8 semana de gestación; se observaron ratas similares desde la 9 a la 14 semana y altas ratas después de la semana 12 cuando fue comparado con dilatación y curetaje. Las complicaciones observadas fueron sangrado severo, injuria uterina, sangrado prolongado, enfermedad pélvica inflamatoria y curetaje repetido fueron altas en ambos grupos con aumento de la edad gestacional. La aspiración fue asociada con alta tasa de reevacuación en todas las edades gestacionales. En la paciente bajo el efecto de anestesia local es importante tener en cuenta la reducción estadísticamente significativa del tiempo de duración del procedimiento quirúrgico con aspiración (1.8 minutos).

Muchos estudios han documentado la seguridad de la aspiración (2) y la Organización Mundial de la Salud la incluye como un servicio obstétrico esencial de primer nivel de atención (23). En países desarrollados la aspiración ha reemplazado el curetaje metálico, pero aun en los países en vía de desarrollo los médicos continúan utilizando curetaje metálico a causa de falta de entrenamiento, falta de equipo necesario para desarrollar el procedimiento o, en algunos casos, no tienen la convicción de la efectividad del procedimiento.

Forna F. et al., efectuó una revisión, cuyos resultados indican que la aspiración es segura, rápida de realizar y menos dolorosa que el curetaje; estadísticamente significativo se encontró disminución del sangrado, de la percepción del dolor y duración del procedimiento.

Aunque la conclusión de esta revisión puede ser limitada por el número de estudios analizados y el alto porcentaje de pérdida de seguimiento en uno de los estudios evaluados. Los resultados sugieren que la aspiración es tan efectiva en el manejo del aborto incompleto, sin embargo, el curetaje continúa siendo usado ampliamente en muchas partes del mundo.

El tratamiento quirúrgico es el de primera elección por mostrar tasas de éxito en comparación con el manejo expectante o médico superior en el manejo del aborto en todas sus presentaciones. (NE 1a , A) (31,32,33). Tanto el curetaje convencional como las técnicas por aspiración, AMEU son buenas opciones para el manejo con similares tasa de éxito, sin embargo se considera la técnica por aspiración mas segura que el curetaje convencional por presentar menos cantidad de sangrado, con una leve reducción en las complicaciones generales (34). En ocasiones es necesario el uso adyuvante de prostaglandinas para maduración cervical con realización mas segura del legrado.

### **3.4.2.1. MEDIDAS GENERALES:**

**El Manejo Debe ser individualizado de acuerdo a la causa o historia clínica.**

Son aspectos claves en el tratamiento:

- Descartar patología infecciosa.
- Confirmar viabilidad.
- Seguimiento ecográfico transvaginal y con subunidad beta según evolución.
- Antiespasmódicos.
- Antibióticoterapia en casos de infección urinaria y/ o vaginosis.
- Se debe solicitar hemoclasificación y serología de no tenerse en exámenes actuales o del control prenatal.

#### **Inmunoglobulina anti-D:**

El antígeno D es detectado en glóbulos rojos embrionarios desde los 38 días post concepción, o 7 semanas 3/7 de edad gestacional. Se ha encontrado un riesgo de isoimmunización posterior a aborto espontáneo de 1.5 % - 2%, y en casos de aborto inducido de 4 % -5 % (14). Un estudio demostró que una cantidad de tan solo 0.1 ml de sangre Rh-positivo es capaz de causar sensibilización en voluntarios masculinos sanos, y se ha calculado que existe un volumen promedio de transfusión feto-materna a la semana 8 de 0.33 ml, en consecuencia en abortos tempranos una dosis de Inmunoglobulina anti-D de 50 – 150 µg IM sería protectora, mientras que en casos de abortos mayores de 12 semanas 300 µg IM estaría indicada (15) (NE 5,D).

Se debe administrar inmunoglobulina humana anti-D, en todos los casos de madre RH negativo no inmunizada en aborto con gestación mayor a 6 semanas no isoimmunizada. **(NE 5, D)**

Registre las acciones específicas que deben realizarse al paciente de acuerdo a su patología y que mejoran la evolución de la misma, una vez se ha establecido el Plan de Manejo.

Describa la aplicación de las técnicas, la forma de uso de los dispositivos médicos requeridos (insumos médico quirúrgicos y equipos biomédicos) y los parámetros de edad o de condición física que deben ser tenidos en cuenta para realizar las intervenciones necesarias.

Se pueden incluir gráficas, fotografías, diagramas, tablas o cuadros conceptuales que faciliten la aplicación de las técnicas.

### **CONSIDERACIONES Y PRECAUCIONES DEL MANEJO MEDICO DEL ABORTO**

Se recomienda evitar el manejo médico ante abortos autoinducidos. El manejo médico se reserva para pacientes hemodinámicamente estables, sin sangrado activo ni excesivo sin signos, síntomas ni factores de riesgo de infección, sin anemia significativa (Hemoglobina < 10 g/dl), sin historia de desórdenes en la



coagulación, en mujeres con abortos tempranos que soliciten o acepten un manejo medico no quirúrgico, que estén dispuestas a aceptar posibles eventos adversos como mayor dolor, cantidad y duración en el sangrado, aceptando que el tratamiento de mayor eficacia es el quirúrgico pero conociendo una estimación de las probabilidades de éxito y que el tratamiento médico puede fallar pudiendo ser necesario un procedimiento quirúrgico de emergencia. Es importante que la paciente este comprometida con el seguimiento médico y a re acudir al centro de urgencias en caso de cualquier empeoramiento de su estado o sangrado, con una residencia razonablemente cercana al centro médico. Con firma de consentimiento informado. El seguimiento clínico deber ser complementado con valoración ecográfica transvaginal al tercer y séptimo día (NE 1b, A).

Se recomienda emplear el manejo medico con misoprostol en ausencia de contraindicaciones en pacientes con abortos tempranos menores de 9 semanas donde se ha visto mayor tasa de éxito, y como parte de la maduración cervical para el tratamiento quirúrgico posterior y evitar así posibles injurias sobre el cervix o el útero (8).

En pacientes clínicamente estables que cumplan con los requisitos se administran 800 mcg de misoprostol prefiriendo la vía Intravaginal la cual ha mostrado mayor eficacia **(16, 19)** (NE 1b, A).

### **AMENAZA DE ABORTO**

- Se recomienda reposo (NE 5, D)
- Remitir a control prenatal.

Reposo absoluto en cama: se prescribe con base en la idea que la actividad física severa durante el embarazo está asociada a aborto (24). Sin embargo, esta hipótesis es limitada, porque las causas de aborto no están relacionadas con la actividad física. Además, el reposo absoluto puede incrementar el riesgo de eventos tómbolicos (25,28), siendo estresante y costoso para la paciente, e incrementando los gastos en los servicios de salud (26,27,28). La evidencia disponible por el momento es insuficiente para demostrar un efecto benéfico en la prevención de aborto mediante reposo (29). Sin embargo se recomienda evitar el esfuerzo físico excesivo y actividad sexual (NE 5,D) (30). Se debe informar a la paciente con cuadro de hemorragia asociada a amenaza de aborto que independiente del manejo instaurado tiene un riesgo de aproximadamente un 50 % de pérdida de la gestación (2).

### **ABORTO EN CURSO**

- Requiere atención inmediata. Hospitalizar para:
- Hidratar.
- Reforzar actividad uterina.
- Analgesia parenteral.
- Legrado (NE 1a, A) o manejo medico en aborto temprano, en casos seleccionados.
- Posterior a expulsión del feto, legrado uterino o revisión (NE 1a, A).

- AMEU (Aspiración manual endouterina): El cual es el método recomendado en los sitios donde este disponible (32,33)(NE 1a, A)
- En casos seleccionados, en pacientes clinicamentes estables el manejo puede ser inicialmente ambulatorio.

### **ABORTO RETENIDO**

Embarazo temprano:

- Manejo medico en casos seleccionados con misoprostol 800 mcg dosis unica intravaginal y revalorar en 72 horas o acudir antes en caso de sangrado excesivo (19)(NE 1b, A).
- Legrado, dilatacion y curetaje (NE 1a, A).
- AMEU, El cual es el método recomendado en los sitios donde este disponible (32,33)(NE 1a, A).

Embarazo tardío (mayor de 9 semanas): recuerde siempre el riesgo de perforación:

- Requiere atención inmediata. Hospitalizar para:
- Hidratar.
- Analgesia parenteral.
- Maduración cervical (Misoprostol 800 mcg dosis única intravaginal).
- Legrado uterino posterior a expulsion del feto (NE 1a, A).

### **ABORTO INCOMPLETO**

Embarazo temprano:

- Manejo medico en casos seleccionados con misoprostol 800 mcg dosis unica intravaginal y revalorar en 72 horas o acudir antes en caso de sangrado excesivo (19,20) (NE 1b, A).
- Legrado, dilatacion y curetaje (NE 1a, A).
- AMEU, El cual es el método recomendado en los sitios donde este disponible (NE 1a, A)

Embarazo tardío (mayor de 9 semanas): recuerde siempre el riesgo de perforación:

Requiere atención inmediata. Hospitalizar para:

- Hidratar.
- Analgesia parenteral.
- Maduración cervical con prostaglandinas (Misoprostol 800 mcg dosis única intravaginal) (33).
- Legrado uterino posterior a expulsion del feto.

### **ABORTO INEVITABLE**

Requiere atención inmediata. Hospitalizar para:

- Hidratar.
- Analgesia parenteral y/o peridural de ser necesario
- Maduración cervical (Misoprostol 800 mcg dosis única intravaginal).
  - Reforzar actividad uterina
- Legrado uterino posterior a expulsion del feto (NE 1a, A)

**ABORTO COMPLETO:**

Se debe llevar a cabo un adecuado seguimiento clínico, realizando confirmación ecográfica del vaciamiento uterino, y de ser necesario emplear niveles de BHCG.

**4. GLOSARIOS**

**ABORTO:** Es la terminación de un embarazo espontánea o provocada antes de la semana 22 de gestación cuando el feto no es capaz de sobrevivir fuera del vientre materno o cuando se obtiene un fruto de la gestación de menos de 500 gramos (3). La presentación del aborto se ha clasificado en subgrupos: Inevitable, incompleto, completo, retenido o recurrente. El examen clínico, la valoración con especulo y el ultrasonido en conjunto permiten generalmente diferenciar los tipos de aborto (1).

**AMENAZA DE ABORTO:** Caracterizado por dolor tipo cólico menstrual que usualmente se irradia región lumbosacra asociado a sangrado genital escaso que se puede prolongar durante varios días, el cuello está cerrado formado y sin ningún tejido extraño a su alrededor. El 50% de los casos evoluciona hacia el aborto (2)

**ABORTO INCOMPLETO:** Asociado a expulsión de cualquier producto de la gestación. Hay una expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, acompañado de sangrado que en algunas ocasiones es causa de hipovolemia. Al examen ginecológico el cuello es permeable hasta la cavidad. El útero disminuye de tamaño. Cuando el aborto ocurre antes de la semana 10, la placenta y el embrión se expulsan conjuntamente; después de este tiempo se eliminan separadamente (9).

**ABORTO INEVITABLE:** Presentación de sangrado vaginal o ruptura de membranas en la primera mitad del embarazo en la presencia de dilatación cervical (1,2,3,5), estos hallazgos son signos casi certeros de pérdida o fallo de la gestación; comúnmente se asocia prontamente el inicio o exacerbación de las contracciones uterinas resultando en aborto, o el desarrollo de infección. Rara vez una pérdida de liquido amniótico durante la primera mitad del embarazo ocurre sin consecuencias serias. Esta definición no se debe aplicar en embarazo temprano pues en este caso el término de aborto incompleto es el adecuado (2).

**ABORTO RETENIDO:** Caracterizado por la retención, en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo embarazo anembrionado). El embrión o feto muere o se desprende y queda retenido in útero y no hay expulsión de restos ovulares. Se manifiesta por el no aumento de tamaño uterino, los signos y síntomas del embarazo disminuyen o desaparecen y los hallazgos ecográficos correlacionan el diagnóstico.

**ABORTO EN CURSO:** El dolor pélvico aumenta en intensidad y el sangrado genital es mayor. Al examen ginecológico se encuentran cambios cervicales orificio cervical interno permeable membranas íntegras.

**ABORTO COMPLETO:** Expulsión total de el embrión o feto y las membranas ovulares; desaparece el dolor y el sangrado genital disminuye, con evidencia ccervix cerrado, útero disminuido de tamaño y contraído. Generalmente ocurre en la gestación menor de 8 semanas.

**ABORTO TEMPRANO:** Se prefiere el uso de este término para abortos con edad gestacional menor de 9 semanas en donde se considera el momento de mayor seguridad y éxito del manejo medico (8).

**ABORTO TARDÍO:** El que ocurre en edad gestacional mayor a 9 semanas.

**ABORTO TERAPÉUTICO:** Terminación de la gestación con el fin de salvaguardar la vida de la madre.

**ABORTO VOLUNTARIO:** Realizado por solicitud de la embarazada sin que existan motivos relacionados con la salud materna o patología fetal. Según cada país se debe tener en cuenta la legislación respectiva.

## 5. BIBLIOGRAFIA

1Adaptado Guías de atención materna. Secretaria Distrital de Salud 2009

- 1). Kevin S. Ferentz, LaQuandra S. Nesbitt. Common Problems and Emergencies in the Obstetric Patient. Prim Care Clin Office Pract 33 (2006) 727–750
- 2). F. Gary Cunningham, Kenneth L. Leveno, Steven L. Bloom, John C. Hauth, Larry C. Gilstrap III, Katharine D. Wenstrom. Williams Obstetrics, 22 edition. McGraw-Hill; 2005.
- 3). Ministerio de la Protección Social. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública; Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo. Bogotá, Colombia. Mayo 2007
- 4). L.Regan, R.Rai. Epidemiology and the medical causes of miscarriage. Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology. Vol. 14, No. 5, pp. 839–854, 2000
- 5). Cecilia Bottomley, Tom Bourne. Diagnosing miscarriage. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 23 (2009) 463–477

- 6). Friday Okonofua. Abortion and Maternal Mortality in the Developing World. J Obstet Gynaecol Can 2006;28(11):974–979
- 7). I. H. Lok, R. Neugebauer. Psychological morbidity following miscarriage. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology Vol. 21, No. 2, pp. 229e247, 2007
- 8). N.M. Philip, B. Winikoff, K. Moore, P. Blumenthal. A consensus regimen for early abortion with misoprostol. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2004) 87, 281—283
- 9). World Health Organization. Scientific Group medical Methods for Termination of Pregnancy. 1997;871:55.
- 10). Ñañez, Heliodoro y cols. TEXTO DE OBSTETRICIA Y PERINATOLOGIA. Primera edición. Universidad Nacional. Instituto Materno Infantil. 1999, pp. 211-221.
- 11). Botero, Luis y cols. TEORIA Y NORMAS PARA EL MANEJO DE ENTIDADES GINECOOBSTETRICAS. Pontificia Universidad Javeriana. 1995, p.295-304.
- 12). M. Goddijn and N. J. Leschot . Genetic aspects of miscarriage. Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology. Vol. 14, No. 5, pp. 855±865, 2000.
- 13). Weng X, Odouli R, and Li D-K. Maternal caffeine consumption during pregnancy and the risk of miscarriage: a prospective cohort study. Am J Obstet Gynecol 2008;198:279.e1-279.e8.
- 14). Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Clinical Practice Guidelines. Prevention of Rh Alloimmunization. J Obstet Gynaecol Can 2003;25(9):765–73
- 15). Blaine Hannafin, Frank Lovecchio, Paul Blackburn. Do Rh-negative women with first trimester spontaneous abortions need Rh immune globulin?. American Journal of Emergency Medicine (2006) 24, 487–489.
- 16). Kulier R, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 1. Art. No.: CD002855. DOI: 10.1002/14651858.CD002855.pub3.
- 17). J. Blum, B. Winikoff, K. Gemzell-Danielsson, P.C. Ho, R. Schiavon, A. Weeks. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2007) 99, S186–S189.
- 18). ACOG Committee Opinion. Misoprostol for Postabortion Care (Number 427 February 2009). Obstetrics & Gynecology vol. 113, no. 2, Part 1, February 2009.



- 19). Jun Zhang, Jerry M. Gilles, Kurt Barnhart, Mitchell D. Creinin, Carolyn Westhoff, Margaret M. Frederick. Management of Early Pregnancy Failure Trial. A Comparison of Medical Management with Misoprostol and Surgical Management for Early Pregnancy Failure. N Engl J Med 2005;353:761-9.
- 20). Dao B, Blum J, Thieba B, Raghavan S, Ouedraogo M, Lankoande J, Winikoff B. Is misoprostol a safe, effective and acceptable alternative to manual vacuum aspiration for postabortion care? Results from a randomised trial in Burkina Faso, West Africa. BJOG 2007;114:1368–1375.
- 21). Henshaw RC, Naji SA, Rusell IT, Templeton AA. A comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: efficacy and early medical sequelae. Hum Reprod 1994;9(11):2169-2172.
- 22). Slade P, Heke S, Fletcher J, Stewart P. a comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. Br J Obstet Gynaecol 1998; 105:1288-1295.
- 23). World Health Organization. Task Force on Prostaglandin for Fertility Regulation. Contraception 1981; 23: 251-259.
- 24). Division of Reproductive Health. Unsafe Abortion. Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion, with a listing of available country data. Geneve: World Health Organization, 1998.
- 25). Greenslade FC, Leonard AH, Benson J, Winker J, Henderson VL. Manual vacuum aspiration: A summary of clinical and programmatic experience worldwide. Carrboro, North Carolina, Ipas.1993
- 26). World Health Organization. Essential elements of obstetric care at first referral level. Geneva:1991.
- 27). Lapple M. Occupational factors In sp

ELABORO	REVISO	APROBO
<b>Nombre:</b> Equipo asistencial Gineco- obstetricia	<b>Nombre:</b> Amparo Ramírez	<b>Nombre:</b> Fabio Barrera
<b>Cargo:</b> Equipo asistencial Gineco- obstetricia	<b>Cargo:</b> Coordinadora de Ginecóloga	<b>Cargo:</b> Gerente
<b>Fecha:</b> 30 Noviembre 2009	<b>Fecha:</b> 30 Noviembre 2009	<b>Fecha:</b> 30 Noviembre 2009
Firma	Firma	Firma