

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

Guía de Referencia Rápida

SEDENA

SEMAR

Diagnóstico y tratamiento del Aborto
Espontáneo y manejo inicial de Aborto
Recurrente

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-088-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Tratamiento del Aborto Espontáneo y manejo inicial de Aborto Recurrente

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Aborto es la terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana, contando desde el primer día de la última menstruación normal, o expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gramos.

Pérdida Repetida de la gestación o aborto recurrente: Es la pérdida espontánea en 2 o más ocasiones en forma consecutiva o alterna.

FACTORES DE RIESGO

La presencia de pólipos mayores de 2 cm puede asociarse con pérdidas del embarazo.

Los miomas submucosos se asocian a pérdidas tempranas. La pérdida del embarazo se asocia en mayor porcentaje con el mayor número y tamaño de miomas

Cuando existe un aborto previo se incrementa la probabilidad de nuevo aborto (5%).

La edad materna entre 25 y 40 años se relaciona con aborto (RM 2-3). Las mujeres con cariotipo normal, cuando son mayores de 36 años muestran una incidencia de aborto de 10% y cuando son menores de 30 años 3%.

Existe una RM 1.6 cuando la edad paterna es mayor de 35 y 40 años.

Las anomalías cromosómicas son responsables de 49% de los abortos espontáneos. La mayoría de estas anomalías son eventos aleatorios, tales como errores en la gameto génesis materna o paterna, entrada de dos espermatozoides en un ovulo o no disyunciones. Informar a las pacientes que han sufrido un aborto que la causa más probable son anomalías cromosómicas durante la concepción por lo que no deben sentir culpa; que toda mujer tiene al menos 3% de probabilidad de presentar un aborto espontáneo.

El descontrol metabólico de DM 1 y 2 incrementa el riesgo de pérdida del embarazo. Un control óptimo de la glucosa, en pacientes diabéticas previo a la concepción, puede disminuir la frecuencia de abortos y otros resultados adversos del embarazo. En un estudio de cohorte se documentó la asociación de resistencia a la insulina y aborto (RM, 8.32; IC_{95%} 2.65–26.13).

El consumo de alcohol inclusive moderado en etapas tempranas de la concepción se ha asociado a aborto. El consumo de tabaco se asocia a aborto con una RM de 1.2 a 2. El consumo de cocaína también se asocia a aborto.

El índice de masa corporal $> 25 \text{ Kg/m}^2$ es un factor de riesgo para aborto

Los defectos en la fase lutea no son un factor de riesgo para aborto.

La actividad sexual en embarazos normales no incrementa el riesgo de aborto.

DIAGNÓSTICO DEL ABORTO ESPONTÁNEO

El ultrasonido transabdominal y transvaginal son complementarios.

El termino "indeterminado" es inexacto por lo cual se recomienda utilizar las siguientes definiciones:

- a) Embarazo de localización no conocida o indeterminada: cuando en una mujer con una prueba inmunológica de embarazo positiva no se identifican productos de la concepción retenidos o signos de embarazo intra ni extrauterino.
- b) Embarazo de viabilidad incierta: cuando se observa un saco intrauterino (con diámetro promedio menor de 20 mm) sin huevo o feto. O bien, cuando el ultrasonido fetal indica longitud cefalocaudal menor de 6 mm sin actividad cardiaca. Para confirmar o refutar la viabilidad, el estudio se debe repetir con un intervalo mínimo de una semana.

Aun contando con ultrasonido transvaginal, en manos expertas, en 8 a 31% puede ser imposible determinar en la primera consulta, si el embarazo es intrauterino o extrauterino

En los casos en que se reconoce que un embarazo es intrauterino, la viabilidad puede ser incierta en la primera consulta en 10% de los casos; las pacientes ambulatorias con sospecha de aborto espontáneo en el primer contacto, deben tener acceso a la realización de uno o más ultrasonidos transvaginales y transabdominales.

Las pruebas modernas basadas en anticuerpos monoclonales pueden detectar las gonadotropinas criónicas en niveles de 25 UI/L, nivel que se alcanza a los 9 días posteriores a la concepción (día 23 a 28 del ciclo). La determinación seriada puede ser útil para el manejo del aborto espontáneo, también la hGC urinaria es un excelente marcador para la detección y vigilar la evolución del embarazo temprano normal o anormal.

Un primer reporte de bajos niveles de progesterona no son suficientes para indicar un LUI. Embarazos viables han sido reportados con niveles iniciales tan bajos como 15.9 nmol/L. En presencia de embarazo de localización desconocida, una progesterona sérica al menos de 20 nmol/l predice una resolución espontánea del embarazo con una sensibilidad de 93% y especificidad de 94%. El ultrasonido trasvaginal, determinaciones seriadas de gonadotrofinas coriónicas humanas y progesterona pueden ser requeridas para establecer el diagnóstico definitivo.

Existe la posibilidad de embarazo ectópico cuando la USG transvaginal refiere un útero vacío y el nivel de gonadotrofina criónica humana es mayor a 1 800 mIU/mL (1,800 IU/L)

El diagnóstico diferencial en el sangrado transvaginal del primer trimestre de la gestación se establece con:

Anormalidades cervicales (excesiva friabilidad, trauma, pólipos y procesos malignos)

Embarazo ectópico

Sangrado ideopático en un embarazo viable

Infección de vagina o cervix

Embarazo molar

Aborto espontáneo

Hemorragia subcoriónica

Trauma vaginal

Antes de practicar LUI se debe descartar infecciones genitales por C trachomatis, Neisseria gonorrhoea o vaginosis bacteriana y en caso necesario dar tratamiento.

MANEJO EXPECTANTE

El manejo expectante es un método especialmente indicado en pacientes con saco intacto que no desean tratamiento quirúrgico ni médico. Sin embargo deben saber que la resolución completa puede durar varias semanas y que las tasas de éxito son bajas.

Este método es altamente efectivo en aborto incompleto.

Niveles séricos de progesterona bajos predicen mayor probabilidad de que se resuelvan espontáneamente. Las pacientes en que se decida el manejo expectante deben haber recibido información sobre signos de alarma y contar con acceso a servicios de urgencias ginecoobstétricas en caso necesario

El manejo expectante en pacientes con aborto espontáneo incompleto tiene un éxito de 82 a 96% sin necesidad de tratamiento médico ni quirúrgico.

El tipo de aborto fue el factor más significativo que afecta la eficacia del tratamiento ya sea quirúrgico o médico. Para aborto diferido las tasas de evacuación completa con manejo expectante comparado con tratamiento quirúrgico fueron 28% y 81% respectivamente. En mujeres con aborto incompleto el éxito fue 94% y 99%.

El manejo expectante deberá ser considerado para mujeres con aborto espontáneo incompleto. En aborto diferido se ha usado combinaciones de antiprogesterona con prostaglandinas provocando en un tercio de las pacientes la evacuación uterina en la primera fase de tratamiento.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL ABORTO ESPONTÁNEO

El tratamiento médico tiene mayor éxito (70 a 96%) cuando se prescribe en aborto incompleto y con dosis altas de misoprostol 1 200 a 1400 µgr. Al parecer la vía de administración no modifica el éxito.

No se ha probado diferencias entre el tratamiento médico y quirúrgico en pacientes con aborto incompleto, muerte fetal temprana, en gestaciones menores de 71 días o diámetro de saco menor de 24 mm. El tratamiento médico para el manejo del aborto es considerado como una alternativa aceptable en casos seleccionados previo al tratamiento quirúrgico

En embarazos menores de 7 semanas el régimen de Mefepristona 600 mg y 48 horas posterior 800 µgr Misoprostol oral es efectivo para el aborto médico.

En mujeres con embarazos mayores de 9 semanas el régimen de Mefepristona 200 mg oral y Misoprostol 800 µgr vaginal está asociado a decremento en la tasa de continuación del embarazo, tiempo de expulsión, efectos secundarios, legrado complementario y disminución del costo

El régimen de metotrexate y misoprostol es apropiado para manejo del aborto sólo en embarazos mayores de 9 semanas. Debiendo esperar en promedio 4 semanas para lograr aborto completo.

Existe evidencia que la administración de misoprostol es seguro y efectivo vía oral o vaginal y puede ser administrado domiciliariamente por la misma paciente

Es necesario informar a las pacientes que de continuar el embarazo es necesario la realización de tratamiento quirúrgico. Cuando no se cuente con Mefepristona para utilizar regímenes combinados, se debe utilizar misoprostol como alternativa para el tratamiento médico de aborto

A las pacientes que se les proporcione el tratamiento médico del aborto espontáneo se les debe explicar que la expulsión de los restos puede ocurrir en horas o días subsiguientes y que puede sangrar más que una menstruación por 3 o 4 días, y continuar con un manchado por 2 semanas más.

En presencia de aborto retenido se deben utilizar altas dosis de prostaglandinas por tiempo prolongado El aborto incompleto, diferido, inevitable y en evolución pueden ser manejados únicamente con prostaglandinas.

No existe diferencia significativa entre la evacuación médica o quirúrgica para el aborto con pérdidas de menos de 10 semanas o saco gestacional con diámetro de 24 mm.

Se recomienda realizar tratamiento médico en pacientes con menos de 10 semanas de gestación con aborto incompleto o aborto diferido.

Se recomienda en pacientes con feto muerto y retenido en pacientes con antecedente de cesárea el siguiente esquema de inducción de aborto con misoprostol.

- a. Si se encuentra entre la semanas 13 a 17 comenzar con 200 µgr
- b. Si se encuentra entre la 18 a 20 colocar la tableta en el fondo de saco vaginal, 100 µgr. Repitiendo la dosis cada 12 hrs hasta completar 4 dosis. No repetir dosis si se inicia con actividad uterina aunque sea leve

En pacientes con embarazos de 12 semanas o menos se recomienda el siguiente esquema de tratamiento:

- a. Misoprostol vaginal 800 ug cada 6 a 12 horas hasta completar 3 dosis ó
- b. Misoprostol 800ug sublingual cada 3 ó 4 horas, hasta completar 3 dosis.

En embarazos mayores a 12 semanas se recomienda el siguiente esquema de inducción de aborto:

- a. Si la gestación es de 13 a 15 semanas dosis inicial de 400 ug vaginal y 200 ug si es un embarazo de 16 a 20 semanas.
- b. Repetir la dosis entre 6 a 12 horas si no ha habido respuesta
- c. Si no hay respuesta a las 24 hrs duplicar la dosis hasta un máximo de 4 dosis

Se debe informar a la paciente de los efectos adversos del medicamento como son: dolor y sangrado trasvaginal, náusea, vómito, diarrea y fiebre. Se considera sangrado excesivo cuando la paciente refiere cambio de apósitos vaginales saturados de sangre, en un tiempo menor a 1 hora y durante un periodo consecutivo de 2 horas.

La contraindicación del uso de misoprostol para inducción de aborto es relativa en pacientes con cesárea previa, sin embargo se debe utilizar en dosis más bajas

Hasta las 9 semanas de embarazo el tratamiento médico con misoprostol puede ser usado sin requerir hospitalización en la mujer, ya que el sangrado que se produce es ligeramente mayor que el de una menstruación normal.

En la interrupción de embarazos mayor de 10 semanas sea cual fuese la indicación, es imprescindible que la paciente permanezca en el hospital, hasta que el feto y la placenta hayan sido expulsados, ya que hay mayor riesgo de complicaciones que pudieran resentarse durante el procedimiento.

Las pacientes que serán sometidas a tratamiento médico por abortos mayores de 10 semanas deberán ser hospitalizadas hasta la expulsión del feto y placenta. Embarazos menores a 10 semanas pueden recibir tratamiento domiciliario

Todas las pacientes que reciben tratamiento médico para aborto deben ser citadas a control a las 24 horas después de la primera dosis de misoprostol y deben ser informadas que si presentan sangrado excesivo, fiebre de 24 horas o dolor abdominal intenso deben acudir a recibir atención médica inmediata.

Se debe realizar USG entre los 7 a 14 días después del inicio del tratamiento farmacológico para valorar la total evacuación del contenido uterino

La oxitocina no deberá iniciarse antes de 6 horas de la administración de misoprostol

Se debe esperar la expulsión del producto en las primeras 24 horas pero puede demorar hasta 48 a 72 horas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ABORTO ESPONTÁNEO

La realización rutinaria de LUI se implantó por la creencia de que si no se efectuaba se favorecía la retención de tejidos, infecciones y sangrado. Varios estudios demuestran que estas complicaciones afectan menos de 10% de los casos de mujeres con aborto espontáneo. El 34% de las mujeres prefieren este tratamiento.

El LUI está indicado cuando existe sangrado excesivo y persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de tejido retenido infectado o sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional.

El legrado Uterino Instrumental (LUI) debe ser valorado dentro de las primeras 24 horas del tratamiento médico cuando el sangrado es abundante y persistente

La aspiración endouterina es preferible al LUI en casos de aborto incompleto o aborto diferido.

El uso de oxitocina se relaciona con una disminución significativa en la cantidad de sangrado posterior a la realización de AMEU o LUI

Las complicaciones más serias del LUI incluyen perforación uterina, lesión cervical, trauma intraabdominal, Síndrome Asherman y Hemorragia con una morbilidad de 2.1% y mortalidad de 0.5/100,000

No se recomienda realizar LUI posterior a realización de AMEU.

Se debe utilizar solución con oxitocina durante y posterior a la evacuación uterina por AMEU o por LUI.

Las ventajas de administrar prostaglandinas previo al manejo quirúrgico del aborto espontáneo están bien establecidas aunque no se cuenta con estudios de investigación que documenten su uso; se refiere que disminuyen la fuerza de la dilatación, hemorragias y el trauma cervico-uterino, principalmente en gestaciones del segundo trimestre

Se recomienda la preparación cervical previa a un aborto quirúrgico para aquellos embarazos mayores de 9 semanas completas en mujeres nulíparas, para mujeres menores de 18 años y para todas las mujeres con embarazos mayores a 12 semanas completas

Son indicaciones para AMEU:

- a) Tratamiento del aborto en cualquiera de sus variedades siempre y cuando se tenga una altura uterina menor a 11 cm. y dilatación cervical menor o igual a 1 cm.
- b) Aborto séptico hasta 6 a 8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico

Son indicaciones para Legrado Uterino Instrumental:

- a) Tratamiento del aborto en cualquiera de sus variedades con altura uterina mayor o igual a 12 cm y dilatación cervical mayor o igual a 1 cm.
- b) Aborto séptico hasta 6 a 8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.

La profilaxis antibiótica se encuentra en discusión, en 11 de 15 estudios clínicos aleatorizados apoyan el uso de profilaxis antibiótica al momento de realizar AMEU o LUI

La profilaxis antibiótica previa a tratamiento quirúrgico de aborto espontáneo dependerá de la evaluación clínica particular

En caso de sospecha de infección la evacuación uterina se debe realizar después de 12 horas de iniciada la impregnación antibiótica

Se ha recomendado régimen de antibiótico con doxiciclina 100 mg oral una hora previa al procedimiento y 200 mg oral después de realizado el AMEU o LUI.

Se debe administrar antibióticos profilácticos a mujeres con aborto que serán sometidas a tratamiento quirúrgico sea AMEU o LUI.

Las pacientes quienes tienen un aborto espontáneo y que se encuentran hemodinámicamente estables, se les debe dar la información necesaria y la oportunidad de elegir la opción de tratamiento

ABORTO RECURRENTE

En 3 a 5% de las pacientes con pérdida repetida de la gestación (PRG), uno de los padres presenta anomalías cromosómicas estructurales.

Las pruebas citogenéticas de los productos están indicadas en pacientes que serán sometidas a tratamiento para incrementar las posibilidades de embarazo y que cuentan con antecedentes de pérdida repetida de la gestación.

En pacientes con PRG las malformaciones uterinas tienen una prevalencia de 18 a 37.6%. La prevalencia es más alta en mujeres con pérdida de la gestación en semanas tardías del embarazo en comparación con mujeres con pérdidas a edades tempranas.

Las pacientes sometidas a corrección abierta de las malformaciones uterinas en contraste con las que son sometidas a corrección por histeroscopia, se asocia a mayor riesgo de infertilidad y de ruptura uterina durante la gestación

Todas las mujeres con PRG deben ser sometidas a ultrasonido pélvico para valoración anatómica y morfológica del útero. Pacientes que serán sometidas a corrección de malformación uterina es recomendable realizar cirugía histeroscópica

Se debe realizar cerclaje cervical en pacientes con más de 3 pérdidas o antecedente de nacimientos pretérmino

Mujeres con diabetes mellitus con cifras elevadas de hemoglobina glucosilada A1c en el primer trimestre tienen mayor riesgo de aborto y malformaciones fetales. La diabetes mellitus controlada y la enfermedad tiroidea tratada no son factores de riesgo para pérdida repetida de la gestación

No realizar estudios de tamizaje para diagnóstico de diabetes mellitus y enfermedad tiroidea como rutina en pacientes con PRG.

Existe evidencia insuficiente para recomendar el uso de suplemento de progesterona, HGC y tratamiento de la hiperprolactinemia en todas las pacientes con PRG.

Los anticuerpos antifosfolípidos están presentes en 15% de las pacientes con PRG

El Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAAF) tiene un pronóstico adverso para el embarazo que incluye 3 o más pérdidas antes de la semana 10, una o más muertes fetales tardías sin anomalías morfológicas y uno o más partos pretérmino antes de la semana 34 complicados por preeclampsia eclampsia o insuficiencia placentaria

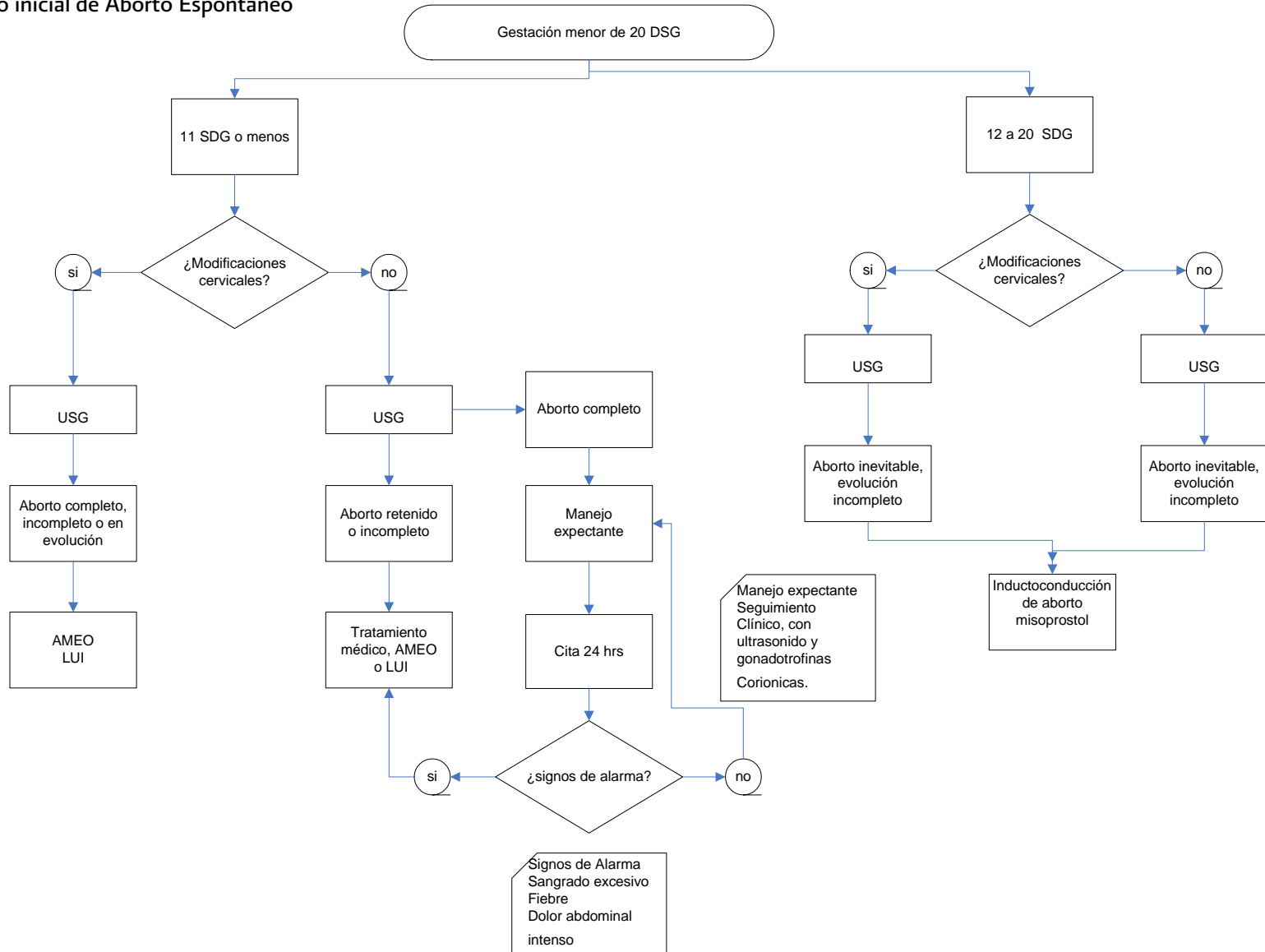
Se debe realizar estudios inmunológicos para detección de SAAF en pacientes con antecedente de PRG

La infección por toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes, sífilis sólo que cursen con bacteriemia o viremia puede esporádicamente causar aborto y por lo tanto el estudio TORCH no determina el agente infeccioso implicado en la etiología de la PRG

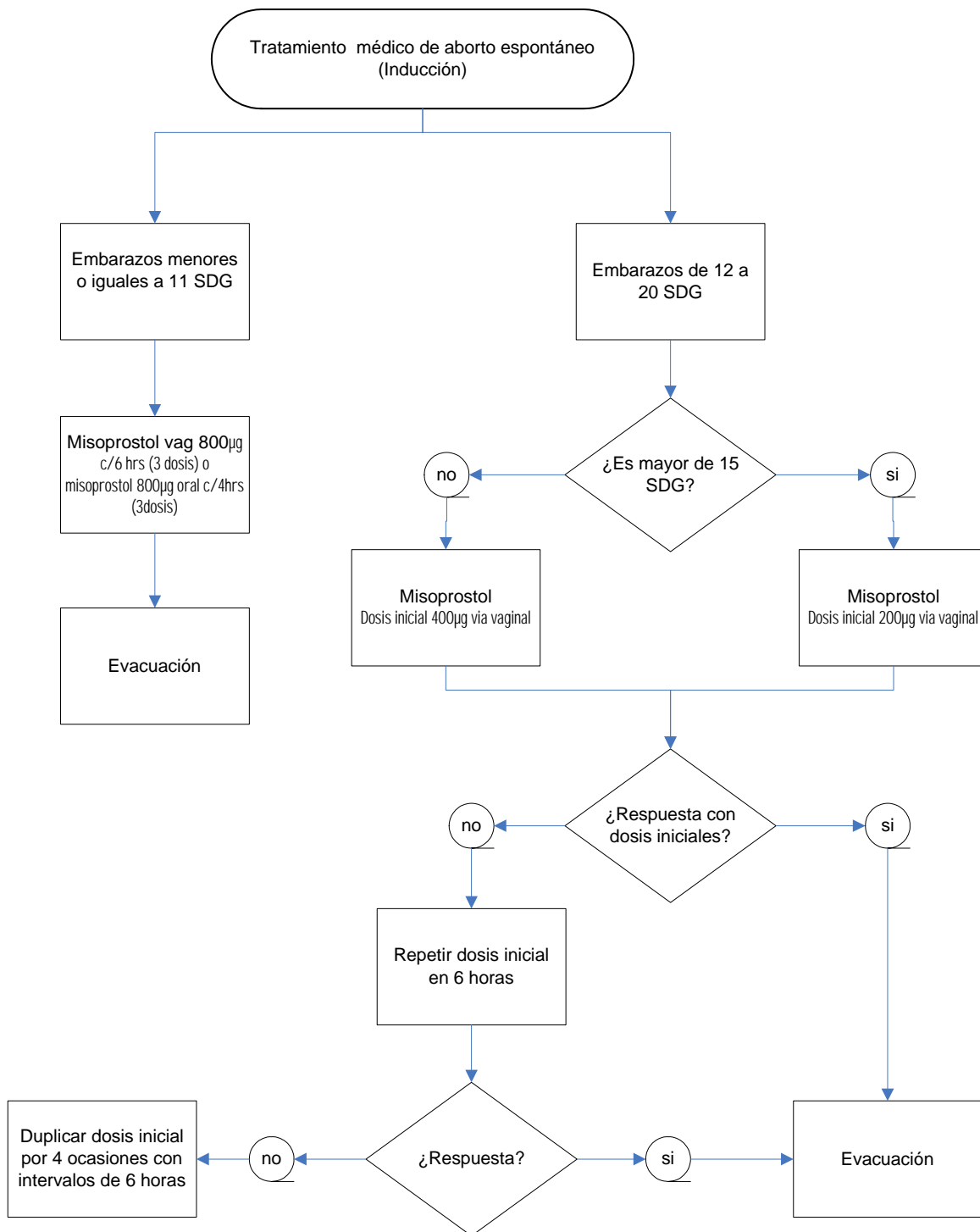
El estudio de TORCH no debe solicitarse en las pacientes con PRG.

Algoritmos

Tratamiento inicial de Aborto Espontáneo



Tratamiento médico del Aborto Espontáneo



Evaluación inicial del Aborto Recurrente

