

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Prevención, diagnóstico
y referencia de la
AMENAZA DE ABORTO
en el primer nivel de atención

Guía de referencia rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-026-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

CIE 10 Embarazo, parto y puerperio 000-099 O-20 Hemorragia precoz del embarazo.

GPC

Prevención, diagnóstico y referencia de la amenaza de aborto en el primer nivel de atención

ISBN en trámite

Definición

La amenaza de aborto (CIE O20 Hemorragia precoz del embarazo; O20.0 Amenaza de aborto) es la presencia de hemorragia y/o contractilidad uterina, en un embarazo viable de 20 semanas o menos de gestación, con ausencia de modificaciones cervicales.

Fisiopatología

En su mayoría, el sangrado es ocasionado por la implantación trofoblástica en el endometrio.

Un 75% de los abortos se presentan en las primeras ocho semanas de embarazo.

Riesgo global de aborto: sin antecedente del mismo o con al menos un hijo nacido vivo la prevalencia de aborto es de aproximadamente un 12%. Este porcentaje aumenta con la edad y puede llegar a un 50% en mujeres de 35 años o mayores.

Causas

La amenaza de aborto puede resolverse y continuar con un embarazo normal o evolucionar y terminar en un aborto.

Las anomalías del embrión se asocian con un 80 a 90% de los abortos del primer trimestre, de las cuales, las trisomías autosómicas y las monosomías son las más comunes, pero existen otras causas asociadas al aborto (ver tabla 1).

Tabla 1
Factores de riesgo para amenaza de aborto.

Crónicas	Agudas	Físicas	Exógenas
Diabetes mellitus tipo I, descontrolada	Infecciones (citomegalovirus, rubeola, toxoplasmosis, sífilis, etc.)	Congénitas (alteraciones uterinas)	Alcohol
Hipertensión	Traumatismos	Adquiridas (síndrome de Asherman)	Tabaco
Enfermedad renal		Incompetencia ístmico-cervical	Cocaína
Síndrome antifosfolípidos y otras trombofilias			Exposición a radiaciones
Lupus			
Enfermedad tiroidea			

Diagnóstico diferencial

Se deberán descartar otras entidades clínicas como el embarazo ectópico, embarazo molar y embarazo anembrionario o de otras variantes clínicas del aborto (aborto espontáneo, inevitable, incompleto o completo).

Lesión es cervicales benignas (pólipos).	Sangrado uterino disfuncional.	Embarazo ectópico.
Cáncer cervical.	Dismenorrea con antecedente de retraso menstrual.	Enfermedad trofoblástica gestacional.
Cervicitis.	Cistitis y embarazo.	Traumatismo y embarazo.

Historia clínica

Historia menstrual

- Primer día de la última menstruación
- Periodo menstrual previo
- Intervalo menstrual usual
- Regularidad del ciclo

Uso de tóxicos:

- Medicamentos, alcohol tabaco o drogas

Antecedentes gineobstétricos

- Número de nacimientos a término y pretérmino
- Abortos inducidos o espontáneos
- Pérdida gestacional recurrente
- Complicaciones asociadas a embarazos o abortos

Historia médica

- Diabetes mellitus, infecciones recientes
- diátesis hemorrágica, enfermedad tiroidea o
 - desórdenes autoinmunes

Antecedentes quirúrgicos

- Cirugía uterina, anterior al embarazo, ectópico

Historia ginecológica

- Estudios de citología cervical
- Antecedente de infecciones de transmisión sexual
- Método contraceptivo

Examen físico

Datos de probabilidad de embarazo (amenorrea, aumento de volumen uterino, signos de Chadwick, Heggar, Piscacek, Noble y Budin, cambios en la coloración de la piel, red venosa colateral en mamas, etc.)

Examine abdomen y descarte irritación peritoneal sugestivos de hemorragia interna (embarazo ectópico roto).

Volumen uterino acorde con el retraso menstrual.

Realice especuloscopia y determine el origen del sangrado (paredes vaginales, cérvix o intrauterino).

Determine la intensidad del sangrado (presencia de coágulos o de tejido embrionario).

En el tacto bimanual movilice el cérvix en busca de dolor (sugestivo de embarazo ectópico).

Busque la presencia de masas durante el tacto, de manera gentil para evitar riesgo de ruptura de embarazo ectópico.

Examine el orificio cervical, si está abierto se debe descartar un aborto incompleto o inevitable.

Si hay descarga vaginal o cervical hemato-purulenta o fétida deberá pensarse en un proceso infeccioso que complique el cuadro (aborto séptico).

Estudios de laboratorio

Fracción beta de gonadotropina coriónica

Puede detectarse en plasma, tan temprano como ocho días después de la ovulación.

Una cantidad de 1500 mUI/mL debe correlacionarse con la presencia de un saco gestacional intrauterino detectable en un ultrasonido endovaginal. Esta cifra deberá ser de más de 6500 mUI/mL para un ultrasonido transabdominal. La falla para detectar un embarazo por ultrasonido cuando se han superado estas cifras se relaciona con el riesgo de presentar un embarazo ectópico.

Se considera en general que las cifras de fracción beta de gonadotropina crónica se elevan un 66% cada 48 horas, sin embargo esto no es una regla y no deberá valorarse una conducta a seguir solo por los resultados de la fracción beta.

Una elevación exagerada de la fracción beta se correlaciona con embarazo múltiple o una enfermedad trofoblástica gestacional y en algunas ocasiones un tumor de ovario.

Hemoglobina y hematocrito:

Nos ayudan a detectar una anemia hemorrágica y establecer criterios de manejo.

Tipo de sangre

Ayudan a detectar pacientes con posibilidad de isoimmunización y debe determinarse en toda paciente embarazada.

El antecedente de un aborto en una mujer Rh negativo le otorga un 4% de posibilidades de convertirse en sensibilizada.

Si el paciente es Rh negativo deberá aplicarse **globulina hiperimmune RhGAM** para prevenir isoimmunización.

Estudios de imagen

- Ultrasonido.
- Ecografía para corroborar localización del embarazo (intrauterino o ectópico), presencia de embrión, latido cardíaco, edad gestacional y estado del espacio coriodecidual (presencia o no de hematomas).
- Se realizará de manera temprana para documentar el embarazo durante el primer trimestre, y hacer la correlación con la edad gestacional por amenorrea.
- La ausencia de latido cardíaco durante la etapa embrionaria (longitud coronilla cauda de 3-5 mm) no deberá considerarse definitiva y deberá corroborarse por otro USG.
- La presencia de bradicardia (menor a 120 latidos por minuto) es signo sugestivo de anomalía embrionaria y deberá realizarse seguimiento para confirmar viabilidad.
- Sacos gestacionales de 6-9 mm tendrán en su mayoría presentes embrión o saco gestacional.
- Sacos gestacionales de 10-14 mm o un embrión mayor a 5 mm deberán tener latido cardíaco, la ausencia del mismo es indicativa de embarazo no viable.

Tratamiento

NO EXISTE UNA TERAPIA EFECTIVA PARA EL MANEJO DE LA AMENAZA DE ABORTO.

En la mayoría de los casos cuando la amenaza de aborto evoluciona a un aborto, el embrión se encontraba muerto al inicio de la sintomatología y la aplicación de medidas generales o tratamiento médico es inefectiva.

Reposo en cama. No existe evidencia consistente que indique que el reposo en cama mejora el pronóstico de una amenaza de aborto, sin embargo proporciona beneficios secundarios a la paciente y puede ser recomendado.

Uso de progestágenos para prevenir amenaza de aborto. Solo deberá ser administrada en embarazos obtenidos por reproducción asistida o con historia de fase lútea inadecuada.

Evitar relaciones sexuales. No existe evidencia a favor o en contra de esta recomendación en la amenaza de aborto

Uso de miorelajantes uterinos o tocolíticos. Su uso no está respaldado por las investigaciones recientes.

Tratamiento de infecciones vaginales. No se ha mostrado un efecto sobre la evolución de la amenaza de aborto, sin embargo su detección durante la exploración de la paciente será meritoria de tratamiento.

Tratamiento en paciente Rh negativo. Administre RhoGAM en pacientes con amenaza de aborto y sangrado o aborto completo menor de 13 semanas de gestación 50 mcg. IM, mayor de 13 semanas de gestación 300 mcg. IM.

Diagnóstico en el primer nivel de atención:

- Retraso menstrual
- Prueba inmunológica de embarazo positiva
- Presencia de vitalidad fetal por ultrasonido
- Hemorragia de magnitud variable
- Dolor tipo cólico en hipogastrio de magnitud variable
- Volumen uterino acorde con el retraso menstrual

Importante

Informe a la paciente sobre:

- Los factores de riesgo que intervienen en la amenaza de aborto.
- La importancia de la prevención y el control perinatal por el médico familiar como intervenciones para la prevención y detección oportuna de la amenaza de aborto.
- La realización del ultrasonido como el mejor método para determinar vitalidad fetal.

Promueva conductas favorables a la salud:

- Invite a participar de manera activa en las estrategias de prevención de la amenaza de aborto.
- Promueva el ejercicio físico moderado por al menos cuatro horas a la semana, en especial en mujeres con obesidad y sedentarismo.
- Insista en una alimentación adecuada y en evitar el consumo de alcohol, tabaco, etc.
- Indique a la paciente que cuando encuentre un cambio en su embarazo (dolor, malestar general, sangrado transvaginal) acuda a revisión inmediatamente a su unidad de salud más cercana.

Criterios de referencia

- Establecer por historia clínica la sospecha o el aumento en el riesgo para presentar un aborto.
- Establecer por examen físico la sospecha de amenaza de aborto con alto riesgo de evolucionar a aborto.
- Reporte de examen de gabinete de mal pronóstico.
- Ultrasonido con reporte de huevo muerto retenido, o que amerite vigilancia por el especialista.
- Amenaza de aborto asociada a enfermedad crónica degenerativa, sistémica o autoinmune.

Algoritmo Manejo de la paciente con amenaza de aborto.

