

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2015

PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO,
TRATAMIENTO Y REFERENCIA DE LA
AMENAZA DE ABORTO
EN EL PRIMER Y SEGUNDO
NIVELES DE ATENCIÓN

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: SS-026-08

Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600 México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright **Secretaría de Salud**

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
2015

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la amenaza de aborto en el primer y segundo niveles de atención**, seleccionadas con base en su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

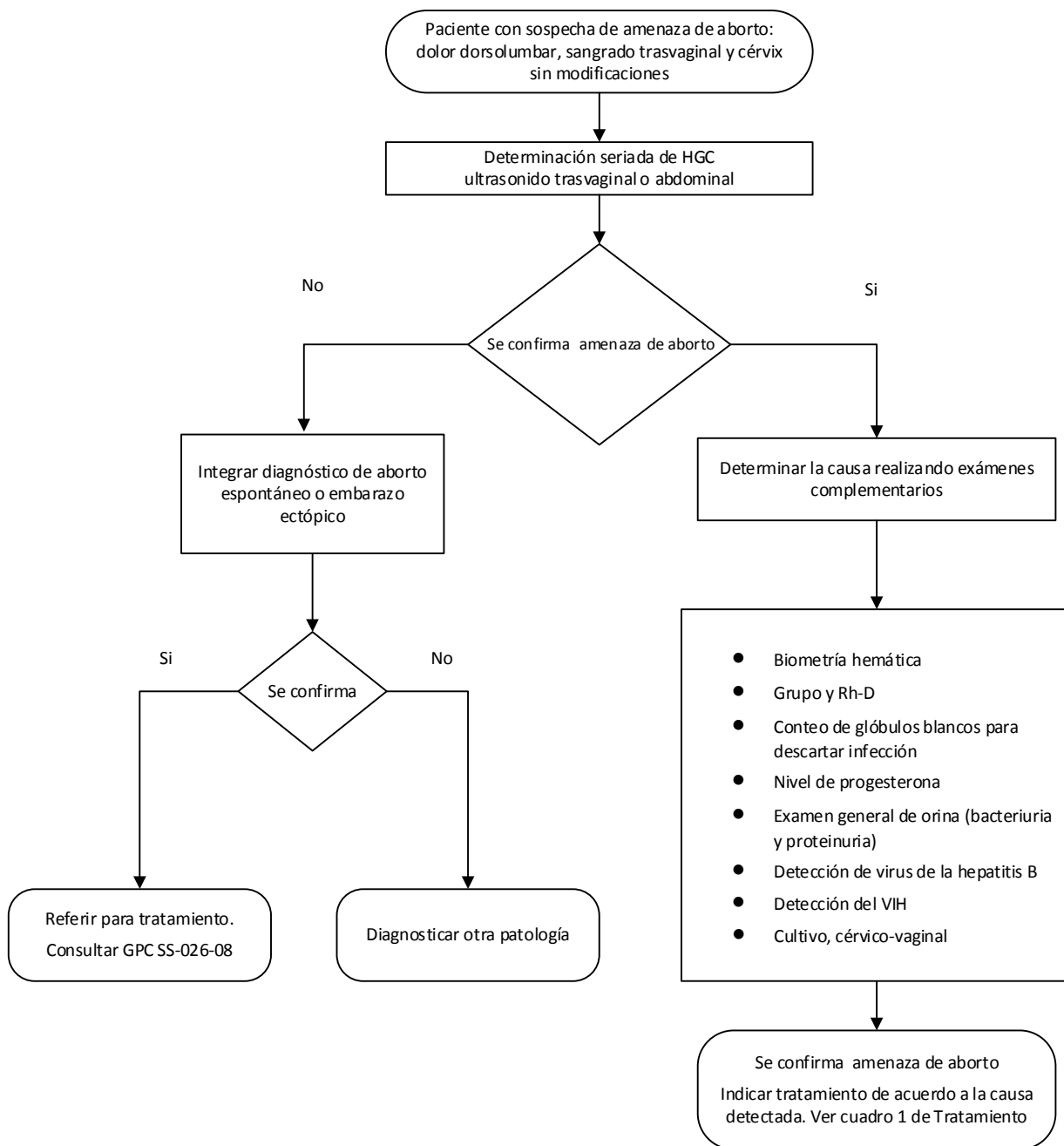
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de “**Evidencias y Recomendaciones**” en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

Debe ser citado como: **Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la amenaza de aborto en el primer y segundo niveles de atención**. Guía de referencia rápida: Guía de Práctica Clínica. México: Secretaría de Salud, CENETEC, 2015. [Accesado: xx/xx/xxxx]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

ISBN en trámite

1. DIAGRAMA DE FLUJO

Diagrama de flujo de amenaza de aborto



2. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, PRONÓSTICO

PROMOCIÓN

Recomendación Clave	GR*
Cada consulta prenatal debe tener una estructura y un enfoque. Las primeras consultas en el embarazo deben ser extensas para proporcionar información y tiempo para la discusión acerca del cribado y la toma de decisiones informadas.	B NICE <i>Lumsden M, 2012</i>
Se debe hacer énfasis a la familia y paciente sobre el cuadro clínico de la amenaza de aborto, como son los signos y síntomas de alarma, indicaciones de cuándo acudir a urgencias, alternativas de tratamiento y consejo genético, además de las probabilidades de pérdida del producto, a pesar de manejos médicos bien instaurados.	D GRADE GPC <i>Clínica Country, 2011</i>
Un servicio de evaluación temprana del embarazo debe: <ul style="list-style-type: none"> - Ser un servicio específico facilitado por profesionales de la salud competentes para diagnosticar y atender a las mujeres con dolor o sangrado en el embarazo temprano - Ofrecer el ultrasonido y la evaluación de niveles de suero de gonadotropina coriónica humana (GCH) - Estar a cargo de profesionales de la salud capacitados en comunicación sensible y noticias graves 	A NICE <i>Lumsden M, 2012</i>

PREVENCIÓN

Recomendación Clave	GR*
El primer contacto con un profesional médico debe proporcionar información específica sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Los suplementos con ácido fólico - Higiene de los alimentos, incluyendo la forma de reducir el riesgo de una infección adquirida - El estilo de vida, incluyendo el abandono del tabaco, el uso de drogas recreativas y el consumo de alcohol - Todo el examen prenatal, incluyendo los riesgos, beneficios y limitaciones de las pruebas de detección <ul style="list-style-type: none"> o Cómo se desarrolla el bebé durante el embarazo o La nutrición y la dieta, incluyendo suplementos de vitamina D o El ejercicio, incluidos los ejercicios del piso pélvico Lugar de atención del parto	A NICE <i>NICE, 2014</i>

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
En todo cuadro clínico de amenaza de aborto es indispensable realizar: historia clínica y examen físico completo, considerando la hemorragia (generalmente ligera o discreta), dolor lumbopélvico de leve intensidad, con persistencia de síntomas del embarazo y cérvix cerrado y formado.	D GRADE <i>GPC</i> <i>Clínica</i> <i>Country,</i> <i>2011</i>
A pacientes atendidas en el servicio de urgencias con sangrado temprano del embarazo se debe realizar historial clínico, examen físico, pruebas de b-GCH en suero y la ecografía.	B Oxford <i>Murtaza</i> <i>U, 2013</i>
Se debe ofrecer una ecografía transvaginal a las mujeres que acuden a un servicio de evaluación temprana para identificar la ubicación del embarazo, la existencia de un polo fetal y ritmo cardíaco.	B NICE <i>Lumsden</i> <i>M, 2012</i>

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
Para la elección del tratamiento se debe considerar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> – Identificar causas posibles – Descartar patología infecciosa – Confirmar viabilidad fetal – Medidas seriadas de b-GCH cada 2 a 3 días – Seguimiento ecográfico transvaginal semanal – Uso de analgésicos – Antiespasmódicos (butilhioscina) – Progesterona natural 200 a 400 mg cada 12 horas hasta la semana 12 de gestación, en caso de insuficiencia de cuerpo lúteo – Prescripción de antibióticos en caso necesario (infección de vías urinarias y vaginal) – Solicitar hemoclasificación 	D GRADE <i>GPC</i> <i>Clínica</i> <i>Country,</i> <i>2011</i>
Las pacientes que presentan amenaza de aborto clínicamente estables, pueden darse de alta con seguridad a casa con un seguimiento cercano. Estas pacientes pueden requerir monitorización seriada de los niveles séricos de b-GCH o una ecografía de seguimiento si no hay embarazo intrauterino visible en la imagen inicial y el estado de su embarazo debe ser reevaluado si los síntomas del sangrado vaginal aumentan o se repiten.	B Oxford <i>Murtaza</i> <i>U, 2013</i>

Se sugiere el reposo absoluto hasta 48 horas tras el cese del sangrado, suplementación con ácido fólico, un sedante, el tratamiento hormonal con la administración de una dosis de gonadotropina coriónica humana (GCH) hasta la semana 12, y 17 α -hidroxiprogesterona después de la semana 12.

C
Oxford
Dongol A,
2011

PRONÓSTICO

Recomendación Clave

GR*

Los médicos deben ser conscientes de los resultados adversos que están asociados al sangrado durante el primer trimestre y permanecer alerta a los signos de estas complicaciones.

B
Oxford
Davari F,
2013

REFERENCIA

Recomendación Clave

GR*

Cuando el servicio de atención médica no está disponible, y los síntomas clínicos requieren de la evaluación adicional, se deben referir a la institución accesible más cercana que ofrezca atención del especialista y exploración por ultrasonido, específicamente del servicio de ginecología.

C
NICE
Lumsden
M, 2012

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

Cuadro 1. Tratamiento de la amenaza de aborto

Consideraciones generales	Manejo ambulatorio	Tratamiento quirúrgico
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar causas posibles - Reposo en cama: la evidencia disponible por el momento es insuficiente para demostrar un efecto benéfico en la prevención de aborto mediante reposo; sin embargo se recomienda evitar esfuerzo físico excesivo y actividad sexual - Descartar patología infecciosa - Confirmar viabilidad fetal - Medidas seriadas de B-HCG cada 2 a 3 días - Seguimiento ecográfico transvaginal semanal - Uso de analgésicos - Antiespasmódicos (butilhioscina, terbutalina, isoxsuprina, clorhidrato de nilidrina, fenoterol y ritodrina) - Progesterona natural 200 a 400 mg cada 12 horas hasta la semana 12 de gestación, en caso de insuficiencia de cuerpo lúteo* - Prescripción de antibióticos en caso necesario (infección de vías urinarias y vaginales) - Solicitar hemoclasificación 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar la importancia del coito interrumpido durante la actividad sexual, debido a que el semen libera prostaglandinas - Indicar tratamiento médico de la causa y las enfermedades asociadas <p>Realizar control clínico a las 48 horas o antes en caso de persistir o aumentar los signos y síntomas</p>	<p>El cerclaje cervical en pacientes con historia previa que sugiera incompetencia cervical (pérdida indolora del embarazo antes de las 24 semanas) y aquellos en donde se sometió a la paciente a cirugía cervical por alguna anomalía uterina</p>

*Sólo se recomienda el uso de los progestágenos en los casos de deficiencia del cuerpo lúteo (en embarazos obtenidos mediante técnicas de reproducción asistida o con el uso de inductores de la ovulación)