



PME

Hemorragia obstétrica

A. Diagnóstico y manejo del aborto espontáneo

El personal de salud debe identificar los factores psicológicos que afectan a una mujer cuando ha experimentado un aborto espontáneo

CONTENIDO

1. Introducción
 2. Definición
 3. Clasificación y diagnóstico
 4. Signos de alarma
 5. Apoyo psicológico del personal de salud
 6. Consejería anticonceptiva en el post-aborto
 7. Paciente con hemorragia abundante o en estado de choque
- Bibliografía

1. Introducción

El aborto espontáneo continúa siendo un problema importante de salud pública y una de las principales causas de muerte materna en el mundo. La morbilidad que ocasiona el aborto inseguro es muy alta y generalmente se asocia a infección, sepsis, histerectomía y laparotomías para tratar complicaciones como: perforación uterina, lesiones intestinales y vesicales. Los últimos reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalan que al año existen 68,000 muertes maternas por esta causa^{5,10,11}.

El aborto espontáneo es una variedad clínica del síndrome de aborto que se presenta en el 15% de los embarazos. El personal de salud debe estar capacitado para identificar los factores de riesgo para aborto y reconocer las variedades clínicas de este síndrome y de sus complicaciones para su referencia oportuna^{6,9}.

Es necesario que el personal de salud de las unidades de primer nivel ofrezca consejería en planificación familiar incluyendo la anticoncepción de emergencia con la finalidad de evitar riesgo reproductivo en la usuaria.

2. Definición¹

Es la expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gr de peso o hasta 20 semanas de gestación.

En caso de existir algún signo de alarma, la paciente debe ser trasladada inmediatamente al hospital .



NLS
Núcleo de
Liderazgo
en Salud

3. Clasificación y diagnóstico^{3,4,6}

- **Amenaza de aborto:** es la presencia de hemorragia genital y/o contractilidad uterina, sin modificaciones cervicales.
- **Aborto en evolución:** se caracteriza por la presencia de hemorragia genital persistente, actividad uterina reconocible clínicamente y modificaciones cervicales (borramiento y dilatación).
- **Aborto inevitable:** tipo de aborto en el que existe hemorragia genital intensa o ruptura de membranas, sin modificaciones cervicales o actividad uterina reconocible, complicaciones que hacen imposible continuar la gestación.
- **Aborto incompleto:** cuando ha ocurrido la expulsión de una parte del huevo y el resto se encuentra aún en la cavidad uterina.
- **Aborto completo:** es la expulsión total del producto de la concepción y que no requiere evacuación complementaria.
- **Aborto diferido** (antes *huevo muerto y retenido*): se presenta cuando habiendo ocurrido la muerte del producto de la concepción, no se expulsa en forma espontánea. Esta entidad presupone un lapso entre la muerte ovular y la elaboración del diagnóstico.
- **Pérdida gestacional recurrente:** es la pérdida espontánea del embarazo en dos o más ocasiones en forma consecutiva o alterna.
- **Aborto séptico:** Cualquiera de las variedades anteriores a las que se agrega infección intrauterina y/o pélvica.

4. Signos de alarma^{6,9}

La paciente debe ser trasladada inmediatamente al hospital, en caso de existir retraso menstrual acompañado de cualquiera de los siguientes signos:

- Aumento del sangrado transvaginal
- Salida de líquido amniótico transvaginal
- Expulsión de tejido organizado
- Fiebre

5. Apoyo psicológico del personal de salud

Habitualmente la pareja enfrenta sentimientos de culpa y pueden presentar signos y síntomas de ansiedad y depresión.

El personal de salud debe identificar los factores psicológicos que afectan a una mujer cuando ha experimentado un aborto espontáneo, con la finalidad de ofrecer apoyo con empatía a la pareja para que acepte esta pérdida y evitar que el proceso de duelo se prolongue por más tiempo.^{6,9,13}

Las acciones a seguir:

- Facilitar la comunicación entre el médico y la mujer en un ambiente de confianza y calidez
- Informar a la mujer que ha presentado un aborto espontáneo, hecho que ocurre en un 15% de los embarazos^{3,4,6}
- Reconocer los sentimientos de culpa, respetar y dar apoyo tanto a la mujer como a su pareja, en este proceso de duelo^{6,9,13}
- Tranquilizar y fortalecer a la mujer para que no descarte la posibilidad de un embarazo posterior exitoso

6. Consejería anticonceptiva en el post-aborto

- Período intergenésico mínimo de seis meses. Es decir, recomendar que no se embarace en los próximos seis meses²
- Prescribir ácido fólico (400 mcg diarios) en los primeros tres meses previos al próximo embarazo y durante los primeros tres meses de gestación
- Informe a la mujer que si no utiliza un método anticonceptivo, corre el riesgo de embarazarse
- Proporcione consejería en planificación familiar y anticoncepción para que la mujer y su pareja elijan el método que más les convenga²
- Recuerde a la mujer que sólo los métodos de barrera protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS). **Para mayor información revisar el boletín PME en el tema de ITS²**

Crterios médicos de elegibilidad para anticoncepción post-aborto

Todos los métodos anticonceptivos (hormonales orales o inyectables, implantes, dispositivo intrauterino (DIU), métodos de barrera) pueden iniciarse en el post-aborto temprano inmediatamente después del procedimiento:²

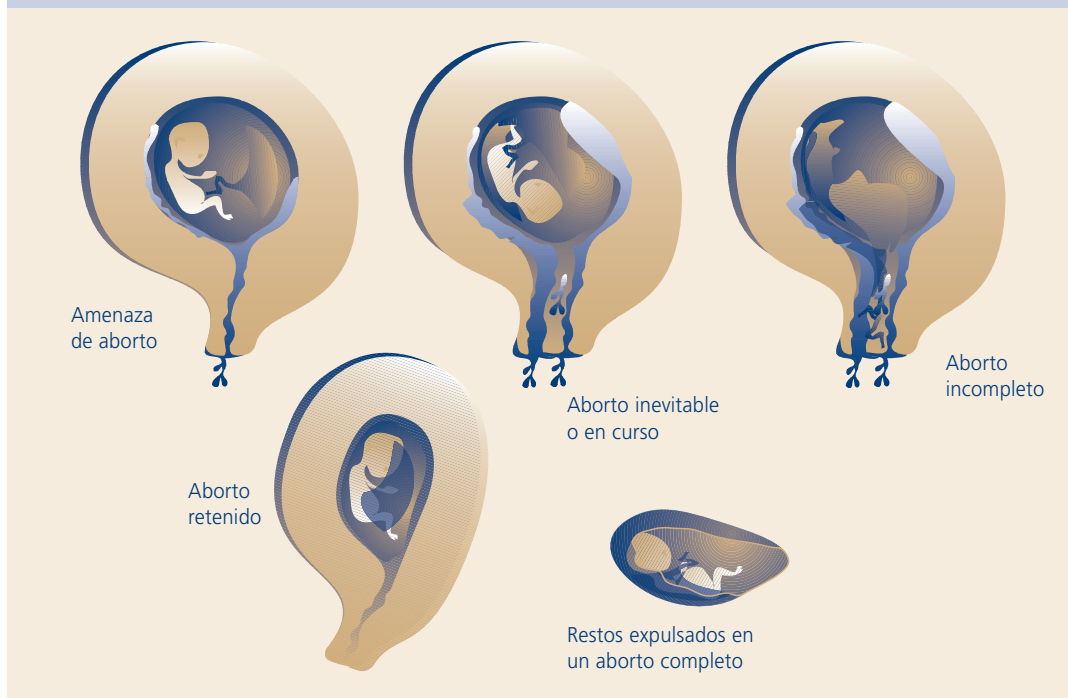
- Después de un **aborto del segundo trimestre**, la inserción inmediata del DIU condiciona un riesgo de expulsión espontáneo²
- Después de un **aborto séptico**, existe contraindicación absoluta para la inserción inmediata del DIU (se recomienda esperar al menos 3 meses)²
- En caso de **enfermedad trofoblástica**, el método de elección es un hormonal, no se recomienda el uso del dispositivo intrauterino (DIU)²

TABLA 1. DIFERENCIAS CLÍNICAS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ABORTO^{3,4,6,9}

	SANGRADO	DOLOR CÓLICO EN HIPOGASTRIO	MODIFICACIONES CERVICALES	FIEBRE	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
Amenaza de aborto	Escaso	Presente en la mayoría de los casos	Ausentes	Ausente	DX clínico Laboratorio ● grupo Rh ● biometría hemática ● glucemia	● Reposo en cama ● Hidratación por vía oral ● Vigilancia estrecha ● Descartar infección de vías urinarias y/o cervicovaginitis
Aborto inevitable	Presente	Puede o no estar presente	Salida de líquido amniótico transvaginal Pueden o no estar presentes	Ausente	● examen general de orina ● ultrasonido	Traslado inmediato al hospital ^{7,8,12}
Aborto diferido	Puede o no estar presente	Ausente	Ausentes	Ausente		Traslado inmediato al hospital ^{7,8,12}
Aborto incompleto	Presente	Presente	Presente	Ausente		Traslado inmediato al hospital ^{7,8,12}
Aborto completo	Presente	Presente	Presente	Ausente		Traslado inmediato al hospital ^{7,8,12}
Aborto séptico	Puede o no estar presente	Puede o no estar presente	Pueden o no estar presentes	Presente		Traslado inmediato al hospital ^{7,8,12}

(*) Aplicar gammaglobulina anti D 150 mcg intramuscular (IM) en dosis única a pacientes Rh negativas no isoinmunizadas.

FIGURA 1. ESQUEMATIZACIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ABORTO *



* / Basado en Netter, Frank H. Colección CIBA de ilustraciones médicas. Tomo II. Sistema reproductor. Salvat Editores, Barcelona 1979.

7. Paciente con hemorragia abundante o en estado de choque^{6, 14}

- Solicitar ayuda y dar a aviso al segundo o tercer nivel de la referencia urgente
- Mantener vía aérea permeable
- Canalizar dos venas con catéteres cortos
- Administrar 250 ml de solución cristaloide (Hartmann, fisiológica, mixta), en carga rápida
- Sonda vesical a derivación
- Monitorización de signos vitales cada 15 minutos
- Administrar oxitocina 20 UI en 500 ml y pasar a goteo rápido (40 gotas por minuto)

Bibliografía

1. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993. De los Servicios de Planificación Familiar. (Modificación publicada el 8 de enero de 2004)
3. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos en obstetricia y ginecología. 2003. México, D.F.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Manual de normas y procedimientos en obstetricia. Hospital "Luis Castelazo Ayala". 2005. México, D.F.
5. World Health Organization. Preventing unsafe abortion. Biennial Report: 2004-2005. 21-24, 2006.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstétrices y médicos. WHO/RHR/00.7.S7-S18. 2002.
7. Nanda K. et al. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. Cochrane Data Base Syst Rev. 2006, 19,2:CD003518.
8. Weeks A et al. A randomized trial of misoprostol compared with manual vacuum aspiration for incomplete abortion. Obstet Gynecol. 2005; 106, 3: 540-7
9. Craig P. Griebel. Management of abortion spontaneous. Am Fam Phys. 2005. 72;1243-50.
10. Khan K, Wojdyla D, Say Lale, Gülmezoglu MA, Van Look FP. WHO analysis of causes of maternal death. A systematic review. 2006, 367: 1066-1074.
11. Ronsmans C, Graham WJ, on the behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: Who, When, Where and Why. Maternal Survival 1. 2006, 368:1189-1200.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG, Practice Bulletin. Postpartum Hemorrhage. No76, Oct 2006. in Obstet Gynecol, 108, 4; 1039-1047.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG, Practice Bulletin. Medical Management of Abortion. No 67, Oct 2005, in Obstet Gynecol, 106, 4; 871 – 882.
14. Cansan AJG et al. Postpartum hemorrhage and transfusión of blood and blood components. Obstet Gynaecol Surv. 2005, 60, (10). 663-71.

DIRECTORIO

Dr. Julio Frenk
SECRETARIO DE SALUD
Dr. Enrique Ruelas
SUBSECRETARIO DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
Dr. Héctor Hernández Llamas
COORDINADOR EJECUTIVO DEL FORTALECIMIENTO DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD
Dr. Eduardo Pesqueira
DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE SALUD
Dr. Mauricio Hernández
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Dr. Miguel Ángel González Block
DIRECTOR EJECUTIVO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

AUTOR

Dr. Ricardo Muñoz Soto • SSA

Revisores

Dr. Norberto Reyes • HGG*
Dr. Luis Alcázar • ISSSTE
Dr. Patricio Sanhueza • SS-GDF

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Gladys Faba Beaumont • INSP
Lic. Ana Bellinghausen Rico • INSP
Dr. Juan Francisco Molina • INSP

Diseño • Arroyo + Cerda, S.C.
Producción • Grupo Impresor Profesional, S.A. de C.V.

Boletín informativo editado por el **Instituto Nacional de Salud Pública** y la **Secretaría de Salud**
Ave. Universidad #655, Cuernavaca, C.P. 62508, Morelos, México

El NLS es un programa de colaboración entre el INSP y la SSA.

<http://www.insp.mx/nls/bpme>

* / Hospital Gea González