

## OBSTETRICIA

# AMENAZA DE ABORTO

Ana Catalina González Rivera\*

### SUMMARY

The miscarriage threat comes from the intrauterine origin bleeding before the twentieth week of gestation, this with or without uterine contractions, without cervix dilatation and without the expulsion of conception products. The symptoms go from secondary amenorrhea, presence of fetal vitality and abdominal colic and the possibility of vaginal bleeding or not. For a diagnostic an abdominal or vaginal echogram is required, a pelvic exam and laboratory works. Following this for treatment full bed rest and pelvic rest are recommended. The prognosis will be enhanced

once the hemorrhage and colic pain are resolved.

### DEFINICIÓN

La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción.<sup>(3,4,5,6,7,8,10,11,12,13)</sup> Además el ultrasonido debe revelar que el feto muestra signos de vida (latido cardíaco o movimiento). Aquí está en riesgo el embarazo que aún no es viable, pero la gestación continúa<sup>(12)</sup>. Es un estado que sugiere que se podría presentar un aborto espontáneo.<sup>(6,8,9)</sup>

### INCIDENCIA

Por lo menos 20-30% de las embarazadas tienen hemorragia en el primer trimestre. Se cree que representa un sangrado por la implantación. El cérvix se mantiene cerrado y puede haber una ligera hemorragia, con o sin dolor cólico.<sup>(1)</sup> El aborto espontáneo ocurre sólo en un pequeño porcentaje de mujeres que tienen sangrado vaginal durante el embarazo.<sup>(9)</sup>

### CLÍNICA

Los síntomas de una amenaza de aborto abarcan:

- Amenorrea secundaria
- Prueba de embarazo positiva

\* Médico General, Clínica Solón Núñez Frutos

- Presencia de vitalidad fetal
  - Cólicos abdominales con o sin sangrado vaginal
  - Volumen uterino acorde con amenorrea
  - Sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de embarazo (el último período menstrual se presentó hace menos de 20 semanas) <sup>(2,5,6,9,13)</sup>
- La amenaza de aborto espontáneo puede presentarse con una pérdida de sangre apenas perceptible hasta

un profundo shock potencialmente mortal ([McBride 1991](#)). <sup>(7,10)</sup> Una vez que el cuello uterino comienza a dilatarse, el aborto espontáneo y la pérdida del embarazo son inevitables. <sup>(13)</sup>

## FACTORES DE RIESGO <sup>(7)</sup>

Crónicas	Agudas	Físicas	Exógenas
DM-1 descompensada	Infecciones	Congénitas	Alcohol
HTA	Traumatismos	Adquiridas	Tabaco
Enfermedad renal		Incompetencia ístmico-cervical	Cocaína
Sd antifosfolípidos			Radiaciones
Lupus			
Enfermedad tiroidea			

Los riesgos de la amenaza de aborto son más altos en:

- Mujeres mayores de 35 años
- Mujeres con antecedentes de tres o más abortos espontáneos
- Mujeres con enfermedad sistémica (como la diabetes o la disfunción tiroidea) <sup>(8)</sup>.

## DIAGNÓSTICO

Se puede hacer una ecografía abdominal o vaginal para verificar el desarrollo del bebé, los latidos cardíacos y la cantidad de sangrado. <sup>(2,9)</sup> Ésta tiene la capacidad de establecer de manera rápida y exacta si un feto está vivo o no, y de predecir si un embarazo tiene posibilidades de continuar cuando

hay hemorragias. En ámbitos donde está disponible, esta capacidad ha racionalizado el cuidado de las mujeres con amenaza de aborto espontáneo en el primer trimestre de embarazo. <sup>(5,10)</sup> Se realizará asimismo un examen pélvico para revisar el cuello uterino. Se pueden llevar a cabo los siguientes exámenes:

- Examen de beta GCH (cuantitativa) durante un período de días o semanas para confirmar si el embarazo continúa
- Conteo sanguíneo completo (CSC) para determinar la cantidad de pérdida de sangre
- GCH en suero para confirmar el embarazo
- Conteo de glóbulos blancos

con fórmula leucocitaria para descartar la infección. <sup>(2,6,9)</sup>

## TRATAMIENTO

La actitud debe ser expectante, a la espera de dilatación cervical o evidencia ecográfica de aborto fallido. <sup>(4)</sup> Si se establece el diagnóstico de amenaza de aborto, casi siempre se recomienda reposo en cama y reposo pélvico, aunque no se ha demostrado que alguno de ellos ayude a prevenir el aborto posterior. <sup>(1,2,3,5,6)</sup> La amenaza de aborto está asociada con un aumento en la actividad uterina, aunque no está claro si se trata de una causa o de un efecto. En el siglo XIX se introdujo la morfina

porque se pensó que reduciría la actividad uterina, y por lo tanto prolongaría el embarazo ([Charpentier 1883](#)). La morfina ya no es utilizada para la amenaza de aborto espontáneo, y ha sido reemplazada desde hace muchos años con dos grupos de fármacos que se piensa tienen un efecto más específico en la relajación del músculo liso uterino. Los primeros fueron los antiespasmódicos, como la hioscina. Posteriormente se popularizaron los relajantes miométriales, conocidos comúnmente con el nombre de agentes tocolíticos. Estos incluyeron isoxsuprina, ritodrina y salbutamol.<sup>(10)</sup> Debido a la función fisiológica documentada de la progesterona en el mantenimiento del embarazo, ha sido utilizada para tratar a las mujeres con amenaza de aborto espontáneo y presunta deficiencia de progesterona a fin de mejorar las expectativas para la continuidad del embarazo ([Palagiano 2004](#)). No se ha establecido el valor terapéutico de la progesterona en la prevención o el tratamiento de la amenaza de aborto espontáneo ([Kalinka 2005](#); [Oates-Whitehead 2003](#)).<sup>(13)</sup> El uso de progesterona es controvertido. La progesterona podría relajar los músculos lisos, incluyendo los músculos del útero; sin embargo, también podría aumentar el riesgo de un aborto incompleto o de un embarazo anor-

mal. A menos que haya una insuficiencia luteínica, no se debe usar la progesterona.<sup>(4,9)</sup> El coito, los tampones y las duchas vaginales están contraindicados.<sup>(9,12)</sup>

## COMPLICACIONES

- Anemia
- Infección
- Aborto espontáneo
- Pérdida de sangre moderada o severa<sup>(6,9)</sup>

## PRONÓSTICO

El pronóstico es bueno cuando se resuelven la hemorragia y el dolor cólico.<sup>(3)</sup> El estudio con ultrasonido ayuda a determinar el bienestar fetal. Es obvio que un factor determinante del pronóstico es la comprobación de la vida fetal y la normalidad de las estructuras del feto.<sup>(9,12)</sup> Si se detectan movimientos cardíacos por ecografía o se confirma la presencia de un embrión viable, el pronóstico depende del grado de desprendimiento que se observe; cuando el desprendimiento es pequeño el pronóstico generalmente es bueno, desaparece el sangrado y la gestación continua su curso. En 50% de los casos evoluciona hacia el aborto con tres cuadros clínicos: el aborto retenido, el aborto incompleto o el aborto completo.<sup>(5)</sup>

## RESUMEN

La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. Los síntomas abarcan amenorrea secundaria, presencia de vitalidad fetal y cólicos abdominales con o sin sangrado vaginal entre otros. Para el diagnóstico se puede hacer una ecografía abdominal o vaginal, examen pélvico y de laboratorio. Así mismo, para el tratamiento siempre se recomienda reposo en cama y reposo pélvico. El pronóstico es bueno cuando se resuelven la hemorragia y el dolor cólico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aleman A, Althabe F, Belizán J, Bergel E. Reposo en cama durante el embarazo para la prevención del aborto espontáneo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4.
2. Casasco, Gabriela Di Pietrantonio, Evangelina. Aborto: guía de atención Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá [en línea] 2008, 27 <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=91227106>>
3. De Cherney, A. Diagnóstico y Tratamiento ginecoobstétricos, 9 edición, Ed. Manual Moderno, 2007, págs. 267,268,271
4. Ferry, Consultor Clínico Diagnóstico

- y Tratamiento en Medicina Interna, 1 edición, Editorial Harcourt- Océano, págs 3-4
5. <http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Genitourinarias-ginecologia/Aborto.pdf>
  6. <http://amenazadeaborto.blogspot.com/>
  7. [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/026\\_GPC\\_AmenazadeAborto/SSA\\_026\\_08\\_EyR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/026_GPC_AmenazadeAborto/SSA_026_08_EyR.pdf)
  8. <http://www.clinicadam.com/salud/5/000907.html>
  9. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000907.htm>
  10. Lede R, Duley L. Miorrelajantes uterinos para la amenaza de aborto espontáneo. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4.
  11. Mosby, Diccionario de Medicina Océano Mosby, Editorial Océano, pág 54
  12. Pernoll, M. Manual de Obstetricia y Ginecología, 10 edición, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2003, págs. 318, 325,326
  13. Wahabi HA, Abed Althagafi NF, Elawad M. Progestágeno para el tratamiento de la amenaza de aborto espontáneo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4.