

Aborto

Concepto

El aborto es la interrupción de la gestación, definido por la Organización Mundial de la Salud, hasta las 22 semanas completas de gestación (154 días). Esta definición se limita a la terminación del embarazo antes de las 22 semanas a partir de la fecha de la última menstruación y con un feto cuyo peso sea menor a los 500 g. Este puede clasificarse como precoz cuando ocurre antes de las 12 semanas y tardío desde las 13 semanas hasta las 22 semanas.

Frecuencia

Las pérdidas tempranas de la gestación generalmente son abortos espontáneos por embarazos anembrionicos, abortos inevitables que pueden concluir como abortos completos o incompletos. Entre 15 y 20 % de los embarazos confirmados terminan en abortos. Cerca de 80 % de estas pérdidas espontáneas gestacionales ocurren en el primer trimestre del embarazo y su riesgo disminuye por cada semana de gestación que pasa a partir de este tiempo.

En las mujeres con abortos previos, la tasa de aborto espontáneo para un embarazo sucesivo se aproxima a 20 %. La etiología es variable y difícil de identificar. El aborto es la complicación más frecuente del embarazo y su causa principal es una anomalía cromosómica en el feto.

Epidemiología

La reproducción humana es relativamente ineficiente relacionada con la pérdida del embarazo. Su incidencia oscila en 15 % entre el total de embarazos reconocidos por métodos clínicos; sin embargo, la tasa de aborto depende en buena medida de los antecedentes ginecobstétricos y resulta más alta en mujeres con pérdidas gestacionales previas y menos elevada cuando el embarazo anterior culmina con un nacimiento. La prevalencia de la pérdida del embarazo aumenta con la edad materna, entre 12 y 15 % en mujeres menores de 20 años y 50 % en mujeres que superan los 40 años de edad.

Amenaza de aborto

Cualquier hemorragia uterina que se presente en la primera mitad del embarazo hace sospechar una amenaza de aborto, dado que hasta 25 % de las embarazadas pueden presentar cierto grado de sangramiento durante los primeros meses del embarazo.

La hemorragia que acompaña a la amenaza de aborto se caracteriza por ser casi siempre escasa. Esta varía desde una coloración parduzca a una sangre roja brillante, que puede presentarse de manera repetida durante varios días, por lo que generalmente aparece antes que el cólico uterino y no presenta modificaciones.

El diagnóstico diferencial se realiza con el embarazo ectópico, la enfermedad trofoblástica gestacional, úlceras vaginales, la cervicitis sangrante, las erosiones cervicales, pólipos cervicales y el carcinoma del cuello uterino.

La conducta obstétrica es la realización de una ecografía, para precisar vitalidad y características fetales. Es imprescindible este examen para realizar el diagnóstico diferencial.

El tratamiento es el reposo físico de la gestante, no se utilizan tratamientos hormonales ni sedantes. El reposo en cama es lo aconsejable, así como la orientación a la embarazada y su familia del posible riesgo de pérdida de la gestación.

De existir infección cérvicovaginal, se recomienda el tratamiento específico. El tratamiento moderno apropiado puede ser la observación o la evacuación uterina.

Aborto inevitable o inminente

En el caso del aborto inevitable el cuello uterino se dilata y el volumen de sangre que se pierde suele ser mayor, pero aún no se ha expulsado hacia la vagina, tejido alguno. La mayoría de las mujeres experimentan dolor tipo cólico en el hemiabdomen inferior, aumentada la sensibilidad en el hipogastrio cuando se realiza el examen abdominal.

Cuando se confirma que el embarazo no puede alcanzar la viabilidad fetal a causa de la dilatación del cuello uterino y por la hemorragia excesiva, se procede a la evacuación uterina y se efectúa una revisión de la cavidad por aspiración.

A todas las pacientes se les indica estudio hematológico que incluye el factor Rh y se les administra la inmunoglobulina anti D, después de evacuar el útero en caso de que fueran clasificadas como factor Rh negativo.

En abortos de 12 semanas se realiza la evacuación completa del útero por legrado o por aspiración con cánula. Si es de más de 12 semanas y no existe buena actividad uterina, puede estimularse por medio de una infusión de dosis altas de oxitocina (10 a 40 U en 500 a 1 000 mL de solución salina fisiológica) o misoprostol 400 µg por vía sublingual, bucal, oral o rectal.

Aborto incompleto

Se define como aborto incompleto la expulsión parcial de los tejidos del embarazo, antes de las 22 semanas de gestación. La placenta y el feto pueden expulsarse en conjunto pero, después de este tiempo a menudo se expulsan por separado. Clínicamente este se manifiesta por la presencia de una hemorragia vaginal, dolor tipo cólico y la expulsión de algún tejido.

Al examen físico se encuentra el cuello borrado o dilatado, observándose la hemorragia a través del mismo y, en ocasiones, se han expulsado coágulos.

Las pacientes con aborto incompleto deben someterse a legrado de la cavidad uterina o aspiración con la mayor prontitud posible, para evitar posibles complicaciones. A la paciente portadora del factor Rh negativo se le administrará la inmunoglobulina anti D.

Aborto completo

En la paciente que ha presentado una amenaza de aborto y se comprueba por el examen físico que se ha consumado el aborto completo, que se caracteriza por hemorragia, dolor y expulsión del feto, es imprescindible confirmar el diagnóstico utilizando para ello la clínica y la ultrasonografía. Si el aborto es completo y el diagnóstico es seguro, no se requiere de otro tratamiento. Si el diagnóstico es dudoso, es necesario el legrado por aspiración para garantizar la limpieza de la cavidad uterina.

Aborto diferido

Es la muerte del feto, sin que ocurra su expulsión. El diagnóstico se establece por la regresión o desaparición de los síntomas subjetivos de embarazo y, clínicamente, por la aparición de un signo de menos en el examen uterino. La ultrasonografía confirmará la ausencia de latido cardíaco. Una vez diagnosticado el aborto diferido, se evacua el útero mediante legrado u otra técnica abortiva. Cuando evoluciona por más de 6 semanas pueden ocurrir trastornos de la coagulación que aparecen con más rapidez mientras mayor es el embarazo.

Aborto habitual

Se denomina así el aborto que se presenta en dos o más ocasiones consecutivas de forma espontánea. Ocurre con más frecuencia en el primer trimestre y suele originarse en la misma época gestacional. Frecuentemente es resultado de alteraciones cromosómicas como la traslocación y la inversión cromosómica en uno de los miembros de la pareja. Otras causas son la incompetencia ístmico-cervical y las malformaciones uterinas, tumores, adenomiosis y sinequias, las que por lo general provocan abortos tardíos.

La valoración de sus causas incluye el examen clínico y el empleo de exámenes complementarios que permiten demostrar la no existencia de afecciones orgánicas que expliquen el aborto. En estos casos se impone el estudio y consejería genética de la pareja, con estudio cromosómico y definición de la conducta posterior.

Aborto séptico

Es el aborto espontáneo, terapéutico o inducido, complicado por una infección pélvica que comienza habitualmente como una endometritis, involucrando el endometrio y los productos de la concepción retenidos. De no ser tratada, puede diseminarse al miometrio y los parametrios. La parametritis puede progresar hacia una peritonitis. Puede aparecer una respuesta inflamatoria sistémica, una bacteriemia y *shock* séptico en cualquiera de las etapas del aborto séptico, en dependencia de la virulencia del germen y la resistencia de la paciente. La complicación más frecuente es la enfermedad inflamatoria pélvica.

Debe considerarse como infectada toda paciente que concurre a un servicio de urgencias como portadora de un aborto complicado (espontáneo, por regulación menstrual, legrado de la cavidad uterina o empleo de misoprostol) y se procede en consecuencia a estudiar ultrasonográficamente la vacuidad o no de la cavidad uterina, excluir o no la posibilidad de perforación uterina y, de estar indicada, la evacuación inmediata de la cavidad uterina y la terapia antimicrobiana apropiada.

Se debe estar atento al control de la infección y la existencia o formación de colecciones de pus que deben ser drenadas (piómetra, abscesos de Douglas, tubáricos, ováricos o tubo ováricos).

Mortalidad y morbilidad

El aborto séptico es una de las primeras causas de mortalidad materna directa en el mundo subdesarrollado, principalmente como resultado del aborto ilegal.

Debe tenerse en cuenta que el empleo indiscriminado, no institucional, del misoprostol, puede conducir a anemia intensa y al choque hemorrágico, con necesidad urgente de reposición de volumen para estabilizar la hemodinamia antes de practicar un legrado. La complicación de un aborto incompleto en estos casos con una infección, agrava la situación de la paciente. No obstante, en los últimos años, la sustitución de la manipulación intrauterina por el empleo del misoprostol se refleja en el descenso de la morbilidad y mortalidad por aborto inducido, el cual es evidente. El riesgo de morir por un aborto séptico se eleva proporcionalmente con la edad gestacional.

Etiología y patogenia

Su conocimiento permite dirigir los esfuerzos diagnósticos y terapéuticos. Es necesario conocer los gérmenes predominantes en esta enfermedad para diseñar la terapéutica antimicrobiana, así como el origen del aborto (institucional o no), con el correspondiente mapa epidemiológico del servicio.

Principales factores predisponentes a la aparición del aborto séptico

- La existencia de restos ovulares consecutivamente a un aborto espontáneo incompleto o a una interrupción de embarazo por causa médica o no.
- La penetración de gérmenes patógenos al útero, usualmente constituyen una flora mixta derivada de la flora vaginal normal y de microorganismos transmitidos sexualmente, entre los cuales se encuentran:
 - *Escherichia coli*, otros aerobios y enterobacterias gram negativas.
 - Estreptococos del grupo B.
 - Estafilococos.
 - Especies del género bacteroides.
 - *Neisseria gonorrhoeae*.
 - *Chlamydia trachomatis*.
 - *Clostridium perfringens*.
 - *Mycoplasma hominis*.
 - *Haemophilus influenzae*.

Diagnóstico del aborto séptico

Antecedentes

Ante toda mujer en edad fértil que concurre con fiebre, dolor abdominal, colporrea o sangramiento vaginal evaluar la posibilidad de un aborto séptico, especialmente ante el antecedente de una, manipulación intrauterina (inserción o extracción del dispositivo intrauterino), regulación menstrual u otro método de interrupción del embarazo.

Signos y síntomas

- Fiebre.
- Dolor abdominal.
- Flujo vaginal.
- Sangramiento genital.
- Antecedentes de un embarazo reciente.

Examen físico

Al examinar el abdomen de la paciente, prestar atención a la existencia de:

- Defensa abdominal.
- Signo de Blumberg.
- Las características de los ruidos hidroaéreos.

En el examen pélvico por tacto bimanual atender a la presencia de:

- Flujo vaginal.
- Sangramiento genital.
- Dolor a la movilización del cérvix.
- Dolor a la palpación y movilización del útero y anejos.
- La presencia de masas pélvicas.

Diagnóstico diferencial

- Apendicitis aguda.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Embarazo ectópico.
- Trauma y embarazo.
- Infección urinaria y embarazo.
- *Shock* séptico.
- Infección urinaria.
- Colpitis.
- Vulvovaginitis.

Exámenes complementarios

- Hemograma completo.
- Eritrosedimentación.
- Glucemia, ionograma, urea y creatinina.
- Grupo sanguíneo y factor Rh.

- Tinción de gram y cultivo endocervical (para aerobios, anaerobios, gonorrea y chlamydias).
- Hemocultivos.
- Fracción beta de la gonadotropina coriónica humana. La cuantificación de sus niveles sirve de base para la comparación con lecturas posteriores.

Estudios imaginológicos

- Ultrasonografía para confirmar o descartar la presencia de restos ovulares, la existencia de masas anexiales y de líquido libre en el fondo de Isaco de Douglas.
- Radiografía simple de abdomen de pie y acostada para descartar y detectar la presencia de aire libre en el espacio subfrénico (perforación uterina) o de cuerpos extraños (dispositivos intrauterinos u objetos empleados en el aborto no institucional). Si se comprueba una significativa cantidad de aire bajo el diafragma, acompañada de fiebre, escalofríos, sangramiento genital y dolor abdominal, debe realizarse laparotomía exploradora de urgencia.

Conducta

En la atención primaria de salud

En el consultorio del médico de la familia:

- Monitorear los signos vitales.
- Estabilizar el estado hemodinámico de la paciente con soluciones electrolíticas IV (suero fisiológico o Ringer lactato).
- Administrar oxígeno por máscara o catéter nasal.
- Remitir a la paciente al hospital ginecobstétrico o materno-infantil.

En el cuerpo de guardia del policlínico universitario en la comunidad

- Canalizar dos venas periféricas con trócares gruesos (14 o 16) para fluidos IV.
- En pacientes con inestabilidad hemodinámica, administrar oxígeno y cateterizar la vejiga.
- Remitir a la paciente urgentemente, en transporte sanitario especial (cuidados intensivos), en decúbito supino, acompañada por un médico o una enfermera.

En el cuerpo de guardia del hospital (código rojo)

- Comprobar o realizar la canalización de dos venas periféricas con catéter de calibre grueso (14 o 16) para administrar fluidos endovenosos.
- Tener en cuenta los elementos del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y proceder en consecuencia.
- En pacientes con inestabilidad hemodinámica, administrar oxígeno y comprobar el cateterismo vesical o cateterizar la vejiga (si no se ha realizado antes).
- Iniciar antibióticoterapia antimicrobiana empírica precozmente, empleando triada antibiótica de amplio espectro.
- Realizar la evacuación de los restos ovulares en la cavidad uterina, preferiblemente por dilatación y curetaje. Si esta no fuera posible, puede emplearse dosis altas de oxitocina.

- Evaluar con la Comisión de Atención al Grave.
- Considerar la conveniencia de ingresar la paciente en cuidados intensivos de adultos, individualizando esta necesidad.
- Si no obtiene una respuesta satisfactoria con las medidas anteriormente señaladas, considerar la necesidad de practicar una laparotomía exploradora.
- En caso de perforación uterina, lesión de intestino, sospecha de miometritis por *Clostridium* y absceso pélvico, *shock* dependiente de infección y no de hemorragia, *shock* después del legrado y el tratamiento médico adecuado, insuficiencia renal aguda, absceso tubo-ovárico, embarazo o útero mayor de 14 semanas, es conveniente realizar histerectomía con anexectomía bilateral.
- No demorar el tratamiento por el ingreso de la paciente (código rojo).
- Tener en cuenta que puede aparecer un *shock* séptico como complicación del proceso.

Interconsultas

Si el diagnóstico de aborto séptico es realizado a nivel de la atención primaria de salud, remita el caso a un servicio de ginecobstetricia tan rápidamente como sea posible.

Conducta

En las primeras etapas evolutivas de la enfermedad puede prevenirse la muerte mediante una terapéutica antimicrobiana agresiva, que elimine todos los focos sépticos.

Antimicrobianos

Su esquema debe cubrir el espectro de los patógenos más probablemente presentes en el contexto de la institución. Algunos autores preconizan emplear la monoterapia antimicrobiana una vez conocida la sensibilidad de estos. No obstante, por la naturaleza polimicrobiana, se recomienda antibiótico de terapia triple, de amplio espectro, que cubra los gérmenes gram positivos, los gram negativos y los anaerobios:

- Ceftriaxona endovenosa de 1 a 2 g cada 24 h o cefotaxima 1 a 2 g cada 8 h más metronidazol endovenoso o vía oral 500 mg cada 8 h, más gentamicina (endovenoso o intramuscular) 1,5 mg/kg cada 8 h o de 5 a 7 mg/kg en 24 h.
- Heparina profiláctica: 80 U/kg de peso en dosis de carga de entrada mínima de 5 000 U y continuar con infusión continua 15 a 25 kg/h, determinando la velocidad de infusión después de 4 h según resultados del tiempo de protombina total a.

Puede administrarse heparina subcutánea en dosis ajustada para mantener el tiempo de protombina total a en 1,5 veces el valor del control, determinado a las 6 h de la primera inyección. En ocasiones puede emplearse heparina de bajo peso molecular. La duración del tratamiento no puede preverse y dependerá de la evolución clínica de la paciente.

Conducta general

- Consejo y prevención.
- Anticoncepción para evitar el embarazo no deseado.
- Fácil acceso a los cuidados prenatales.
- Aborto seguro y legal.
- Diagnóstico precoz del aborto séptico.
- Ingreso y cuidados de la paciente hospitalizada.

- Consentimiento informado de la paciente o familiares.
- Administrar antimicrobianos de cuarta generación en dosis adecuada, en el momento oportuno.
- Evacuar los restos ovulares de la cavidad uterina.
- Monitorear la temperatura, presencia de flujo vaginal y sangramiento genital.
- Informe eficaz y oportunamente a la paciente y sus familiares.

Complicaciones

- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Peritonitis.
- Hemorragia.
- Sepsis.
- *Shock séptico*.
- Trombosis de la cava inferior.

Complicaciones generales del aborto

La complicación fundamental del aborto es el sangrado, que debe ser resuelto evacuando el útero de la forma más rápida posible. Para eso se indica el legrado en todos los casos con menos de 12 semanas o cuando se entienda factible su realización (en dependencia de la habilidad del operador, las características cervicales y el instrumental disponible). El empleo de oxitócicos por vía endovenosa contribuye al logro de la hemostasia.

Cuando con la evacuación de la cavidad uterina no se logra la hemostasia, por existir laceraciones, desgarros o alteraciones de los mecanismos de la coagulación, puede ser necesaria la histerectomía, acompañada o no de ligadura de las arterias hipogástricas.

Ante sangramientos muy importantes, se aplicará los recursos recogidos en el “Capítulo 75. Hemorragia obstétrica en el periparto”.

Educación de las pacientes

Las pacientes con riesgo de aborto séptico deben ser instruidas en los periodos preconcepcional y prenatal sobre su vulnerabilidad, la posibilidad de daño materno, la posible afectación de la calidad de su vida reproductiva, las posibilidades de mutilación y secuelas, así como en relación con los factores modificables o no y en lo relativo a la identificación de los signos y síntomas precoces de esta grave complicación.

Errores médico-legales

Tener en cuenta algunos aspectos éticos, entre otros relacionados con esta enfermedad, puede evitar complicaciones, secuelas y quejas por desempeño médico incorrecto.

El fallo en la obtención de información acerca de una interrupción de embarazo reciente puede conllevar un diagnóstico erróneo o un tratamiento impropio o tardío:

- La no administración oportuna de antimicrobianos apropiados y de amplio espectro puede traer como consecuencia complicaciones, incluidas la sepsis y el *shock séptico*.
- El fallo en la evacuación de los restos ovulares intrauterinos, acarrea el fallo terapéutico y posibles complicaciones muy graves.
- El error diagnóstico en una perforación uterina puede acarrear un pronóstico sombrío y quejas de pacientes y familiares. El no diagnóstico de una lesión intestinal puede, igualmente, conducir a serias complicaciones y ocasionar la muerte de la paciente.