

Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de **la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención**

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica

GPC-SS-026-20



**GOBIERNO DE MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**SEDENA**  
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL

**MARINA**  
SECRETARÍA DE MARINA

**CSG**  
CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

**PEMEX**  
POR EL RESCATE DE LA SOBERANÍA

**SNDIF**  
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA



Marina Nacional 60, piso 9 ala "B"  
Colonia Tacuba, D.T. Miguel Hidalgo,  
C. P. 11410, Ciudad de México.  
[www.gob.mx/salud/cenetec](http://www.gob.mx/salud/cenetec)

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

Editor General  
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

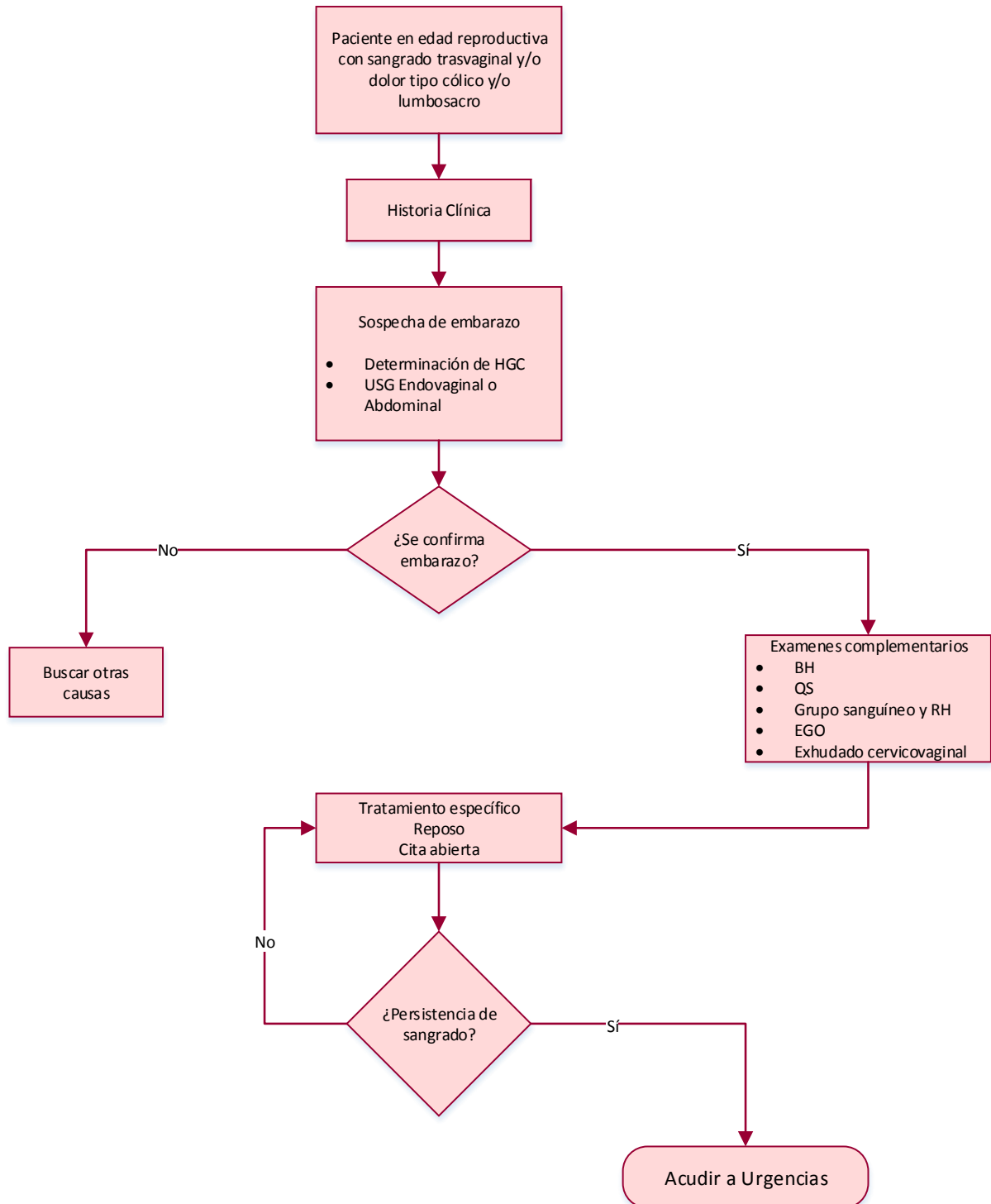
La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo 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-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-026-20/ER.pdf>

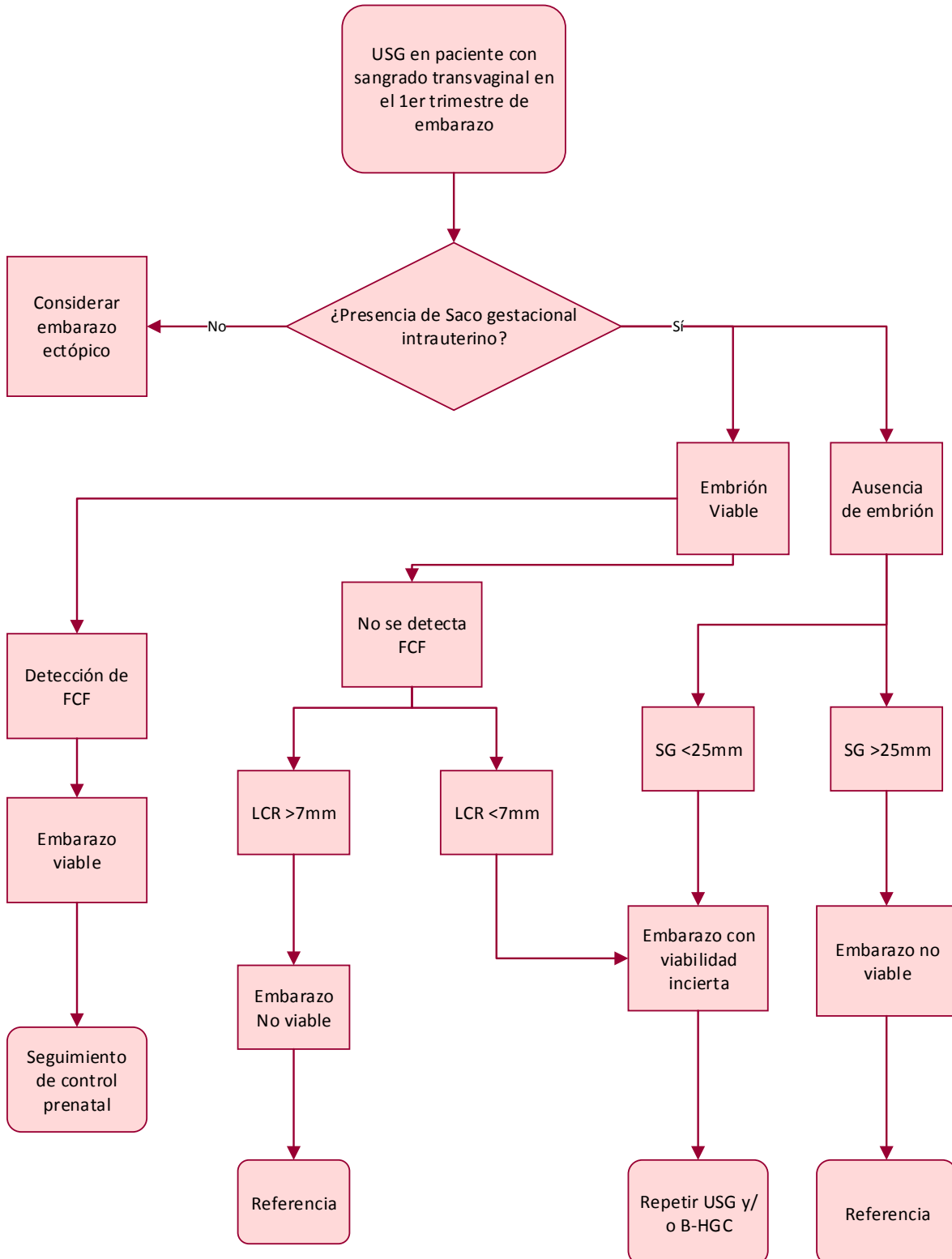
Debe ser citado como: **Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención**. Guía de Práctica Clínica: Guía de Referencia Rápida: México, CENETEC; 2020. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-026-20/RR.pdf>

## 1. DIAGRAMAS DE FLUJO

### Atención de la paciente con amenaza de aborto



Marcadores ultrasonográficos en la paciente con amenaza de aborto



## 2. PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y REFERENCIA DE LA PACIENTE CON AMENAZA DE ABORTO EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

### PREVENCIÓN

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
La suplementación de vitaminas antes y durante del embarazo ayuda a prevenir el aborto espontaneo	<b>A</b>
Proporcionar a todas las mujeres información y apoyo de una manera sensible, tomando en cuenta sus circunstancias personales y respuestas emocionales.	<b>B</b>
En la primera consulta prenatal el profesional médico debe proporcionar información específica sobre: <ul style="list-style-type: none"><li>• Los suplementos con ácido fólico</li><li>• Higiene de los alimentos, incluyendo la forma de reducir el riesgo de una infección adquirida</li><li>• El estilo de vida, incluyendo el abandono del tabaco, el uso de drogas recreativas y el consumo de alcohol</li><li>• Todo el examen prenatal, incluyendo los riesgos, beneficios y limitaciones de las pruebas de detección<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Cómo se desarrolla el bebé durante el embarazo</li><li>➤ La nutrición y la dieta, incluyendo suplementos de vitamina D</li><li>➤ El ejercicio, incluidos los ejercicios del piso pélvico</li><li>➤ Lugar de atención del parto</li></ul></li></ul>	<b>A</b>
La inmunoglobulina humana anti-D, se debe administrar en las mujeres Rh negativo que pretendan embarazarse o que estén embarazadas excepto sí el padre del recién nacido es Rh negativo. Dosis: 100 µg (500 UI) en el primer embarazo. Se sugiere consultar GPC IMSS 373-12.	<b>I</b>

## DETECCIÓN

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se sugiere en todo cuadro clínico de sospecha de amenaza de aborto comenzar con historia clínica y examen físico completo. La exploración de la paciente debe incluir especuloscopia para visualización de cérvix, que descarte cualquier otra lesión capaz de producir sangrado trasvaginal (eversión glandular, lesiones cervicales malignas, pólipo cervical, etc.).	<b>PBP</b>

## PRONOSTICO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se recomienda realizar USG en mujeres con sospecha de amenaza de aborto, para determinar el sitio y viabilidad del embarazo (identificar actividad cardíaca fetal, saco gestacional, saco vitelino y polo fetal) y repetir el estudio cuando exista algún marcador ultrasonográfico de mal pronóstico.	<b>Alta</b>
Se recomienda repetir un estudio ultrasonográfico en un intervalo de 7 a 10 días cuando existan marcadores ultrasonográficos de mal pronóstico o embarazo con viabilidad incierta.	<b>PBP</b>

## TRATAMIENTO

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Los tocolíticos o relajantes musculares uterinos se han considerado importantes en el tratamiento de la amenaza de aborto ya que reducen la actividad uterina y el riesgo de progresión al aborto. Se incluyen la atropina, escopolamina o hioscina (por su actividad antiespasmódica) y beta agonistas, como la terbutalina.	<b>3 a</b>
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 $\alpha$ -hidroxiprogesterona después de la semana 12.	<b>PBP</b>

## REFERENCIA

---

RECOMENDACIÓN CLAVE	GR*
Se necesita de una evaluación exhaustiva para hacer un diagnóstico definitivo. La combinación de una historia clínica completa, una adecuada exploración física en combinación con el ultrasonido y las pruebas de $\beta$ -hCG.	<b>B</b>

\*Grado de Recomendación

### 3. CUADROS O FIGURAS

#### Cuadro 1

#### Tratamiento de la amenaza de aborto


Consideraciones generales	Manejo ambulatorio
<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar causas posibles</li><li>• 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</li><li>• Descartar patología infecciosa</li><li>• Confirmar viabilidad fetal</li><li>• Medidas seriadas de b-HGC cada 2 a 3 días</li><li>• Seguimiento ecográfico trasvaginal semanal</li><li>• Uso de analgésicos</li><li>• Antiespasmódicos (butilhioscina)</li><li>• <math>\beta</math>-agonista (terbutalina, isoxsuprina, clorhidrato de nilidrina, fenoterol y ritodrina)</li><li>• Progesterona natural 200 a 400mg cada 12 horas hasta la semana 12 de gestación en caso de insuficiencia de cuerpo lúteo*</li><li>• Prescripción de antibióticos en caso necesario (infección de vías urinarias y vaginales)</li><li>• Solicitar hemoclasificación.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Explicar la importancia del coito interrumpido durante la actividad sexual, debido a que el semen libera prostaglandinas</li><li>• Indicar tratamiento médico de la causa y las enfermedades asociadas</li><li>• Realizar control clínico a las 48 horas o antes en caso de persistir o aumentar los signos y síntomas.</li></ul>

\*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).



## Cuadro 2

### Etapas clínicas de la amenaza de aborto

Etapas Diagnóstico	Amenaza de aborto 
<b>Metrorragia</b>	Oscura y escasa
<b>Contracciones uterinas dolorosas</b>	Presentes
<b>Modificaciones cervicales</b>	Cuello cerrado
<b>Desprendimiento y expulsión</b>	Ausentes
<b>Ecografía</b>	Hemorragia decidual Coágulo subcorial Embrión vivo intrauterino
<p><b>GPC SS-280-026. Intervenciones de enfermería para la detección oportuna y limitación del daño por amenaza de aborto en los tres niveles de atención;</b> Fescina, De Lucio, Diaz Rosello, et al. 2011. Salud sexual y reproductiva. Guías para el continuo de la atención de la mujer y de la niñez focalizada en APS. 3ª edición. Montevideo. CLAP/SmR.</p>	