

# Aborto

Terminación espontánea del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con peso fetal menor a 500 gramos. Afecta al 10-15% de embarazos clínicamente reconocidos, siendo la mayoría en el primer trimestre.

## Definición y Epidemiología

Aborto (pérdida temprana del embarazo): terminación espontánea antes de las 20 semanas de gestación o con peso fetal <500 g.

Incidencia: afecta al 10-15% de embarazos clínicamente reconocidos.

Mayoría ocurren en el primer trimestre (<13 semanas).

Aborto recurrente: ≥2 pérdidas consecutivas o 3 no consecutivas.

**10-15%**

**Incidencia general**

De embarazos clínicamente  
reconocidos

**50-60%**

**Anomalías cromosómicas**

Principal causa en primer  
trimestre

**<13**

**Semanas críticas**

Mayoría ocurren en primer  
trimestre

# Etiología

## Factores fetales

### Anomalías cromosómicas (50-60%):

- Trisomías (16, 21, 22), monosomía X, triploidía, tetraploidía
- Etiología principal en abortos antes de 10 semanas

## Factores maternos

- Edad >35 años → ↑ riesgo
- Enfermedades crónicas: diabetes mellitus no controlada, hipotiroidismo
- Tabaquismo, alcohol, drogas ilícitas
- Obesidad
- Infecciones: listeriosis, toxoplasmosis, rubéola, CMV, herpes
- Déficits hormonales (fase lútea inadecuada)
- Malformaciones uterinas congénitas y adquiridas (tabiques, miomas)
- Insuficiencia cervical

## Factores inmunológicos

- **Síndrome antifosfolípido (SAF):** Presencia de anticuerpos antifosfolípidos + ≥1 aborto recurrente inexplicado. Puede provocar trombosis placentaria.

# Clasificación Clínica y Manifestaciones

## Aborto amenazado

Sangrado vaginal en embarazo viable sin dilatación cervical. 50% progres a aborto inevitable.

## Aborto inevitable

Sangrado + dilatación cervical + dolor. Membranas íntegras o rotas.

## Aborto incompleto

Expulsión parcial de productos de concepción. Cérvidil dilatado, sangrado activo, útero menor al esperado.

## Aborto completo

Expulsión total del contenido uterino. Cérvidil cerrado, útero contraído.

## Aborto retenido

Muerte embrionaria o fetal sin expulsión. Sin sangrado o dolor; útero menor al esperado.

## Aborto séptico

Infección intrauterina posterior a aborto. Fiebre, secreción purulenta, dolor pélvico, útero sensible.

## Manifestaciones Clínicas

- **Sangrado vaginal:** síntoma principal
- Dolor tipo cólico en hipogastrio
- Expulsión de tejido o coágulos
- En aborto séptico: fiebre, taquicardia, hipotensión, secreción fétida

# Diagnóstico, Manejo y Complicaciones

## Diagnóstico

### Ecografía transvaginal (estándar de oro)

#### Signos de viabilidad:

- Latido cardíaco fetal visible a partir de 6 semanas (CRL  $\geq 7$  mm)
- Saco gestacional  $\geq 25$  mm sin embrión  $\rightarrow$  diagnóstico de aborto

### Laboratorio

**$\beta$ -hCG:** Niveles deben duplicarse cada 48 h en embarazo viable temprano. Disminución o estabilización indica falla gestacional.

Hemograma, grupo y Rh, pruebas de coagulación, PCR si sospecha de sepsis.

## Manejo

01

#### Expectante

Indicado en aborto incompleto o diferido sin signos de complicación. Monitoreo clínico y ecográfico.

02

#### Médico

**Misoprostol:** 600 mcg VO o 400 mcg SL (incompleto).

**Mifepristona:** Previa al misoprostol, mejora eficacia.

03

#### Quirúrgico

Legrado uterino o AMEU. Indicado si sangrado profuso, falla del manejo médico o sospecha de sepsis.

## Aborto Recurrente y Complicaciones

**Criterios:**  $\geq 2$  abortos consecutivos o  $\geq 3$  no consecutivos.

**Evaluación:** Cariotipo parental, estudios anatómicos, SAF, perfil endocrino.

**Tratamiento SAF:** Heparina de bajo peso molecular + aspirina a baja dosis.

**Complicaciones:** Hemorragia masiva, endometritis/sepsis, perforación uterina, sinequias uterinas, impacto psicológico (depresión, ansiedad, estrés posttraumático).

**Consejería:** Abordaje empático y centrado en la paciente. Información clara sobre diagnóstico, opciones de manejo y pronóstico. Evaluar necesidad de apoyo psicológico. Aconsejar sobre tiempo seguro para intentar nuevo embarazo (generalmente 1-3 meses).