

CONSENTIMIENTO INFORMADO: INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO

I Aborto espontáneo

Aborto es la interrupción del embarazo que resulta en la expulsión de un feto inmaduro, no viable. El límite de la viabilidad es un concepto dinámico, desplazándose a edades gestacionales cada vez menores, producto de los avances en cuidados intensivos neonatales. Por convención se considera aborto a un feto que pesa menos de 500 grs. o de una edad gestacional menor a 22 semanas de amenorrea.

- **Aborto retenido:** clásicamente se define como la retención de los productos de la concepción por un plazo superior a 8 semanas. Sin embargo, con el uso rutinario de ultrasonografía de primer trimestre, la mayoría de los casos en la actualidad constituyen hallazgo ultrasonográfico. El diagnóstico se sospecha ante la regresión de signos y síntomas de embarazo (silencio hormonal), la falta de progresión de la altura uterina, y desaparición de latidos cardíofetales. La ultrasonografía confirma el diagnóstico.

En abortos de **menos de 12 semanas** existen dos opciones: manejo expectante v/s vaciamiento uterino, una vez confirmado el diagnóstico. El manejo expectante consiste en la espera del inicio espontáneo del proceso de aborto (expulsión del contenido uterino). Esto ocurre en un número importante de casos, obviando la necesidad de hospitalización y curetaje (abortos completos, menores de 9 semanas), o facilitando el procedimiento de dilatación y curetaje. Pueden esperarse 1 a 3 semanas desde el momento del diagnóstico. Si no hay trabajo de aborto, se cita a la paciente para vaciamiento electivo. No es infrecuente, sin embargo, que por deseos de la paciente o por interés de obtener una muestra de tejido adecuada para examen (histopato-citogenético), se decida realizar vaciamiento uterino de entrada. En abortos retenidos de **más de 12 semanas** debe procederse a vaciamiento uterino ya que no hay experiencia suficiente que avale una conducta expectante. El método de evacuación uterina se adecua a la edad gestacional, tamaño uterino, y condiciones obstétricas

Métodos de interrupción del embarazo

1. Primer trimestre (hasta alrededor de las 14 semanas)

- **Dilatación y legrado:**

La dilatación del cuello uterino se puede realizar utilizando medios mecánicos, osmóticos o análogos de prostaglandinas.

Los dilatadores osmóticos (Lamicell) se instalan en condiciones asépticas en el canal endocervical, donde deben permanecer por lo menos durante 4 horas. En ocasiones, previo al legrado uterino, es necesario completar la dilatación usando dilatadores tipo Hegar. Los análogos de prostaglandinas, como misoprostol, se utilizan por vía intravaginal.

Es importante enfatizar que, en todo legrado, el material extraído debe ser enviado a Anatomía Patológica.

2. Segundo trimestre

Se induce el vaciamiento uterino y luego se realiza legrado de la cavidad uterina. Según la literatura, todos los métodos de vaciamiento comparten una tasa de éxitos que oscila entre 80 y 95%, 24 a 48 horas después de iniciado el procedimiento. Los métodos quirúrgicos son los que concentran la morbimortalidad materna. De allí que se prefieran los métodos que consisten en la administración sistémica o local de sustancias que induzcan la evacuación del producto.

- **Inducción ocitócica:** se realiza a través de infusión endovenosa de ocitocina, habitualmente en dosis muy superiores a las utilizadas en embarazos de término

- **Maniobra de Krause:** consiste en instalar el balón de una sonda Foley en la cavidad uterina y aplicar tracción a ella. Una vez obtenida dinámica uterina se puede asociar suero con ocitocina por vía endovenosa. Una vez expulsado el contenido uterino se procede a realizar el legrado.

- **Sonda periovular:** técnicamente es similar a la maniobra de Krause; la diferencia está en la administración extraamniótica (periovular) de soluciones salinas isotónicas. Tiene un éxito de 90% de evacuación uterina a las 36 horas, con 20% de complicaciones. Es utilizada excepcionalmente en nuestro servicio.

- **Misoprostol intravaginal:** se administra, entre las 12 y 22 semanas, vía intravaginal cada 12 horas. Se puede asociar goteo ocitócico si la dinámica uterina es de poca intensidad. Los resultados reportados para estas dosis son cercanos al 90% de aborto dentro de las 24 horas siguientes a la administración de la primera dosis.

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y
QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO,
CONSULTE CON SU MÉDICO**