
RAD 2019-00050, DICTAMEN PERICIAL JUNTA ESPECIALIZADA EN GINECOLOGIA - MARLY HOYOS

Desde Roberto Jiménez <sirr.colombia@gmail.com>

Fecha Lun 21/04/2025 4:09 PM

Para Juzgado 03 Administrativo - Valle del Cauca - Guadalajara De Buga
<j03activobuga@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC carmonajhon77@gmail.com <carmonajhon77@gmail.com>; victorhugoleonfernandez@gmail.com
<victorhugoleonfernandez@gmail.com>; Edwin Felipe Arciniegas Cuellar
<notificacionesjudiciales@asmetsalud.org.co>; notificacionesjudiciales@asmetsalud.com
<notificacionesjudiciales@asmetsalud.com>; notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop
<notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop>; Camila Manrique Notificaciones Abogados
<notificaciones@gha.com.co>; kgarcia@gha.com.co <kgarcia@gha.com.co>

 8 archivos adjuntos (13 MB)

GM.DP 350-2025 DICTAMEN JUNTA GINECOLOGIA - MARLY HOYOS - HDTUU 16-04-2025.pdf; CURRICULUM VITAE CARLOS A. CASABON R. GINECOLOGO...pdf; documentosdra_elianaonofre.zip; HOJA DE VIDA FILIPO VLADIMIR MORAN MONTNEGRO (1).pdf; ANEXO 2- guia de aborto seguro oms.pdf; ANEXO 4- Pérdida del embarazo (aborto espontáneo)_ Descripción de las técnicas de tratami.pdf; ANEXO 5- Pérdida del embarazo (aborto espontáneo)_ presentaciones clínicas, diagnósti.pdf; ANEXO 7- Perforación uterina durante procedimientos ginecológicos - UpToDate.pdf;

Señora Doctora

LEYDI JOHANNA URIBE MOLINA

JUEZ TERCERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GUADALAJARA DE BUGA - VALLE DEL CAUCA

Cordial saludo,

Remito Dictamen Pericial por Junta Médica de Especialistas Externos al Hospital por Ginecólogos.

Envío con copia a las partes del proceso.

Atentamente,

ROBERTO ALFONSO JIMÉNEZ OLIVARES
Apoderado Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe ESE de Tuluá
C.C. 72.236.290, T.P. 155080 C.S. de la J.

Anexo lo anunciado.

**DICTAMEN PERICIAL
JUNTA ESP. GINECOLOGIA**

ABOGADO: DR. ROBERTO JIMENEZ

**NOMBRE PACIENTE:
MARLY HOYOS**

FECHA DE ENTREGA: 16/04/2025

CONSECUTIVO: GM.DP 350-2025.



Grupo MAAS
Médicos y Abogados Asesores

TIPO DE SOLICITUD: DICTAMEN PERICIAL TIPO JUNTA

ESPECIALIDAD: GINECOBSTETRICIA
MEDICOS PARTICIPANTES: DR. FILIPO MORAN
DR. CARLOS CASABON
DRA. ELIANA ONOFRE
PACIENTE: MARLY FERNANDA HOYOS
CEDULA: 1.097.402.687
FECHA DE NACIMIENTO: SIN DATOS
ASEGURADOR: ASMET SALUD SUBSIDIADO

DATOS DEL PROCESO

TIPO DE PROCESO: REPARACION DIRECTA
JUZGADO: TERCERO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO
RADICADO: 76-111-33-33-003-2019-00050-00
DEMANDANTES: MARLY FERNANDA HOYOS Y OTROS
DEMANDADOS: HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUA E.S.E
ABOGADO DTE: SIN DATOS
ABOGADO DDO: ROBERTO JIMENEZ
CONSECUTIVO GRUPO MAAS GM-DP 358-2025

I.PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO 1.(DR. FILIPO MORAN)

FILIPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO , mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía 98.362.685 de Pupiales Nariño, médica especialista en Ginecología, con registro médico MD 1800941 y tarjeta profesional con registro 1800941.

Médico General de la Universidad Central de Ecuador de Quito, fecha del título 20 días del mes Septiembre de 1995, Médico Especialista en Ginecología y obstetricia de la Universidad Central del Ecuador obtenido el 28 de Diciembre de 2000, con homologación del título bajo resolución 18-00941 del 19 de Abril de 2000, emitida por el Instituto Departamental de Nariño.

Médico especialista en endocrinología ginecológica de la Universidad del Valle con registro icfes 719 del 27 de Junio de 2001.

Actualmente soy miembro de la Sociedad colombiana de ginecología y obstetricia FECOLSOG

Miembro de la asociación Nariñense de ginecología y obstetricia

Miembro de la asociación colombiana de Menopausia

Miembro de la asociación colombiana de perinatología

Miembro de la sociedad Ecuatoriana de ultrasonidos en medicina

Miembro de la federación de sociedades latinoamericanas de ultrasonidos en medicina y biología

Miembro de la sociedad Internacional de ecografía tridimensional

Miembro de la federación internacional de Ginecología FIGO

Medico académico de La universidad Cooperativa de Colombia de Pasto y Universidad Fundación Universitaria San Martín de Pasto y Universidad de Nariño .

Respetuosamente y dentro del término legal concedido, me permito presentar dictamen pericial respecto de la Historia Clínica de la paciente **MARLY HOYOS**, el cual consistió en revisar de manera detallada y cronológica la historia clínica enviada por la empresa GRUPO MAAS SAS y evacuar un cuestionario de preguntas. Dando alcance a los requerimientos del artículo 226 del Código General del Proceso, me permito hacer las siguientes manifestaciones y/o declaraciones bajo la gravedad del juramento:

1. **FILIPO MORAN** mayor de edad de profesión Médico actualmente laboro en: Fundación Hospital San Pedro actualmente.

Mis teléfonos de contacto son 3006761926

Dirección de contacto: consultorio 604 Edificio Hito Avenida de los Estudiantes- Residencia Calle 20 A 43ª -145 Email: fvmoranm@gmail.com. Las notificaciones se recibirán a través de la doctora Diana Villota al correo infogrupomaas@gmail.com , con confirmación a su teléfono 3002951838.

2. El conocimiento adquirido durante mi formación y ejercicio profesional me habilita para emitir el concepto encargado por tener la calidad de médico especialista en Ginecologo en ejercicio.

3. Mi opinión es independiente y corresponde a mi criterio como especialista.

4. Adjunto mis títulos que acreditan mi idoneidad en el presente dictamen.

5. Que desempeñándome como médico Ginecologo, en mi actuar profesional: los métodos e investigaciones realizadas son semejantes al dictamen rendido actualmente. En este caso revisé historia clínica, literatura médica y mi criterio como profesional especializada, lo que me permitió atender la solicitud realizada.

6. Sin publicaciones a la fecha con temas relacionados sobre el peritaje.

7. No he sido designado para adelantar peritajes anteriormente.

8. No estoy incurso en ninguna de las causales del artículo 50 de la Ley 1564 de 2012 Código General del Proceso.

9. El método e investigación que tuve en cuenta para rendir el peritaje no es diferente a mi habitual ejercicio profesional, toda vez que, siempre estudió la historia clínica de los pacientes, consultó literatura y aplico mi criterio profesional especializado.

10. No tengo vínculo laboral, contractual y de ninguna naturaleza con los demandantes, ni demandados en el presente proceso.

11. Juro desempeñar con idoneidad, imparcialidad e independencia el presente cargo de perito, al contar con los conocimientos necesarios.

12. La Historia clínica entregada se encuentra completa para rendir el dictamen solicitado por la entidad por intermedio de la apoderada judicial.

13. La técnica aplicada consistió en la revisión y estudio de la historia clínica de las IPS que atendieron al paciente, literatura médica y mi criterio y experiencia como profesional especializado en Ginecología

II. PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO 2. (DR. CARLOS ALBERTO CASABON RODRIGUEZ)

CARLOS ALBERTO CASABÓN RODRÍGUEZ, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 98.397.158 de Pasto, médico general y especialista en Ginecología y Obstetricia, con registro médico No. 521921/05 y tarjeta profesional vigente.

Soy egresado del programa de Medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia, título otorgado el 20 de agosto de 2004. Posteriormente, cursé estudios de posgrado en Ginecología y Obstetricia en la Universidad Metropolitana, egresado de este programa en diciembre de 2021 y con grado conferido en junio de 2023. Actualmente, no pertenezco a ninguna sociedad científica o académica.

Respetuosamente, y dentro del término legal concedido, me permito presentar el dictamen pericial correspondiente a la Historia Clínica de la paciente MARLY FERNANDA HOYOS HOYOS, entregada por la empresa GRUPO MAAS S.A.S. del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá E.S.E, compuesta por sesenta y dos (62) folios, que comprenden la atención prestada entre el 21 y el 22 de enero de 2017. Se anexa, además: Un (1) folio correspondiente al consentimiento informado para procedimiento anestésico fechado el 20 de enero de 2017, Un (1) folio de nota operatoria del procedimiento realizado, Ocho (8) folios correspondientes al registro individual de atención de procedimientos quirúrgicos y Un (1) folio de análisis de eventos adversos.

La metodología consistió en la revisión cronológica, detallada y técnica de los documentos mencionados, con el propósito de evacuar el cuestionario de preguntas formulado en el presente proceso.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 226 del Código General del Proceso, presento las siguientes manifestaciones y declaraciones bajo la gravedad del juramento:

1. Mi nombre es CARLOS ALBERTO CASABON RODRIGUEZ, mayor de edad de profesión Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, actualmente presto mis servicios profesionales a la I.P.S MEDFAM, I.P.S. SALUD VIDA y COMPAÑÍA OPERADORA CLINICA HISPANOMAERICA.

2. Mi teléfono de contacto es 3216192441

3. Email: carlos070677@gmail.com

4. El conocimiento adquirido durante mi formación y ejercicio profesional me habilita para emitir el concepto encargado, al tener la calidad de médico especialista en ejercicio en Ginecología y obstetricia con experiencia en docencia universitaria.

5. Mi opinión es independiente y corresponde a mi criterio como especialista.

6. Adjunto mis títulos que acreditan mi idoneidad en el presente dictamen.

7. En mi ejercicio profesional como médico especialista en ginecología y obstetricia, los métodos e investigaciones realizados son congruentes con el dictamen rendido actualmente. Para el caso en concreto, revisé la historia clínica, consulté literatura médica y apliqué mi criterio profesional especializado, lo que me permite atender la solicitud realizada.

8. Con anterioridad he realizado peritajes en el marco de los siguientes casos:

-Proceso de responsabilidad civil adelantado en el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Pereira, con radicado No. 660013103004-2019-00600-00, donde los demandantes fueron Adriana Porras y otras, y los demandados, Servicio Occidental de Salud S.O.S EPS y Otros. Objeto del dictamen ginecobstetricia.

-Proceso de Reparación Directa identificado con el radicado N.º 76-001-33-33-016-2022-00023-00, adelantado por el Juzgado 16 Administrativo Oral del Circuito de Cali, donde los demandantes fueron Mónica Pilar Niño Camelo y otros, demandados: Red de Salud Oriente E.S.E y otros. Objeto del dictamen ginecobstetricia.

-Proceso de responsabilidad civil, que cursa ante el juzgado primero Civil del Circuito de Pereira- Risaralda, demandante: Jennifer Viviana Buitrago A y otros y demandado: Dumian Medical S.A.S y otros, numero de radicado: 66001-31-03-003-2021-00191-00

En el mismo sentido se ha resuelto cuestionarios dentro de los siguientes procesos:

-Proceso No. 2017-0094 Demandante Eliana Rentería Vallecilla, demandado Clínica Santa Sofia- Comfandi IPS, Servicio occidental de Salud, Dr Jesús Ordoñez Mosquera, proceso que cursa en el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Buenaventura.

-Proceso No. 2022-00267-00 Demandante Rosa Tulia Montañó y otros, Demandado Dumian Medical S.A.S y Coosalud E.P.S, proceso que cursa en el Juzgado Primero Civil del Circuito de Tuluá.

- 9.No estoy incurso en ninguna de las causales del artículo 50 de la Ley 1564 de 2012 Código General del Proceso.
- 10.El método e investigación que tuve en cuenta para rendir el peritaje no diferente a mi habitual ejercicio profesional, ya que siempre estudio la historia clínica de los pacientes, consultó literatura y aplico mi criterio profesional especializado basado en las guías de práctica clínica.
- 11.No tengo vínculo laboral, contractual ni de ninguna otra naturaleza con los demandantes ni demandados en el presente proceso, no he realizado dictámenes periciales con anterioridad para ninguna de las partes involucradas en este proceso.
- 12.Juro desempeñar con idoneidad, imparcialidad e independencia el presente cargo de perito, contando con los conocimientos necesarios.
- 13.La Historia clínica entregada permite rendir el dictamen solicitado por la entidad por intermedio de la apoderada judicial.
- 14.La técnica aplicada consistió en la revisión y estudio de la historia clínica de las IPS que atendieron a la paciente, así como en la consulta de literatura médica y la aplicación de mi criterio y experiencia como profesional especializado en Ginecología y obstetricia.

Desempeñar el cargo de perito con idoneidad, imparcialidad e independencia y contar con los conocimientos necesarios para la emisión del presente dictamen pericial, compromiso ético en el ejercicio de la especialidad, asegurando una evaluación objetiva y fundamentada en cada caso atendido.

III.PERFIL PROFESIONAL DEL PERITO 3. (DR. ELIANA ONOFRE)

Medica General de Universidad Cooperativa de Colombia 20 de agosto 2004.

Médica Especialista en Ginecología y Obstetricia de Universidad Metropolitana de Barranquilla, 20 de marzo de 2020

Dirección de contacto: Emails: elimarce10@hotmail.com

Actualmente no soy miembro de ninguna sociedad académica

ELIANA MARCELA ONOFRE BORJA , mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía, 27090873 , médico Ginecóloga y Obstetra , con registro médico 52951 MD y tarjeta profesional con registro 52951 , respetuosamente y dentro del término legal concedido, me permito presentar dictamen pericial respecto de la Historia Clínica de la paciente Francelly Roa, el cual consistió en revisar de manera detallada y cronológica la historia clínica enviada por la entidad GRUPO MAAS SAS a través del correo electrónico elimarce10@hotmail.com , y evacuar un cuestionario de preguntas planteado por la parte interesada.

Dando alcance a los requerimientos del artículo 226 del Código General del Proceso, me permito hacer las siguientes manifestaciones y/o declaraciones bajo la gravedad del juramento:

1.ELIANA MARCELA ONOFRE mayor de edad de profesión Ginecóloga Y Obstetra, actualmente laboro en Fundación Hospital San Pedro, Clínica Neurovascular Pabón, ESE Pasto Salud.

2.Mis teléfonos de contacto son 3104207796 - 3113572650

3.Cuento con especiales conocimientos para emitir el concepto encargado por tener la calidad de médica especialista en ginecología y Obstetricia en ejercicio.

4.Juro que mi opinión es independiente y corresponde a mi criterio como especialista. Adjunto mis títulos que acreditan mi idoneidad en el presente dictamen.

5.Que desempeñándome como médica Ginecóloga y Obstetra, en mi actuar profesional: los métodos e investigaciones realizadas son semejantes al dictamen rendido actualmente. En este caso revisé historia clínica, literatura médica y mi criterio como profesional especializada, lo que me permitió concluir y atender el cuestionario planteado.

6.Sin publicaciones a la fecha con temas relacionados sobre el peritaje.

7. No he sido designada para adelantar peritajes con las mismas partes o abogados.

He ejercido actividades de perito en los siguientes procesos .

DEMANDANTE / PA-CIENTE	DEMANDADO	RADICACION	JUZGADO
CRISTEL SELENE RODRIGUEZ	SINERGIA GLOBAL EN SALUD SAS	63001-33-33-002-2019-00109-00	JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE ARMENIA, QUINDÍO
DIANA MILENA RODRIGUEZ	CLINICA OCCIDENTE	2019-00305	JUZGADO 9 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
FRANCELLY ROA	NA	PRUEBA ANTICIPADA	NA
CLARA INES GAMEZ	CSSP	2022-00078	JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUENAVENTURA

8. No estoy incurso en ninguna de las causales del artículo 50 de la Ley 1564 de 2012 Código General del Proceso.
9. El método e investigación que tuve en cuenta para rendir el peritaje no es diferente a mi habitual ejercicio profesional, toda vez que, siempre estudio la historia clínica de los pacientes, consulto literatura y aplico mi criterio profesional especializado.
10. No tengo vínculo laboral, contractual con la señora Francelly Roa y/o sus apoderados judiciales.
11. Juro desempeñar con idoneidad, imparcialidad e independencia el presente cargo de perito, al contar con los conocimientos necesarios.
12. La Historia clínica entregada se encuentra completa para rendir el dictamen solicitado por la entidad GRUPO MAAS SAS.
13. La técnica aplicada consistió en la revisión y estudio de la historia clínica de las entidades Sinergia y, literatura médica y mi criterio y experiencia como profesional especializada.

IV. OBJETIVO DE LA PRUEBA: Determinar con los elementos aportados la existencia o no de fallas médicas, como negligencia, impericia, omisión por parte de los profesionales del HDTUU (Hospital Departamental Tomas Uribe) en la atención de la paciente HOYOS.

Asimismo, se realizó la consulta y confrontación con literatura médica científica actualizada, incluyendo guías de práctica clínica nacionales e internacionales, protocolos institucionales, y normativa legal vigente para la fecha de los hechos (enero de 2017).

Todo lo anterior fue interpretado y valorado a la luz de nuestra formación académica, experiencia clínica y criterio médico especializado en el área de Ginecología y Obstetricia, con el fin de emitir un concepto técnico objetivo, imparcial y fundamentado, en concordancia con lo exigido por el artículo 226 del Código General del Proceso.

V. RESUMEN DE CASO CLINICO:

PACIENTE: MARLY FERNANDA HOYOS HOYOS, de 21 años de edad, identificada con C.C. No. 1.097.402.687, quien cursaba su primer embarazo (primigesta).

ANTECEDENTES PERSONALES RELEVANTES:

Ginecoobstétricos: G1P0 FUR: FUR: 05/11/2016: Edad gestacional al momento de ingreso: 11.1 semanas

Ciclos menstruales: Irregulares-PNF (Planificación): Niega uso

Antecedente reciente: Infección de vías urinarias tratada con ceftriaxona IV entre el 15 y 17 de enero de 2017, dada de alta con nitrofurantoína sin urocultivo.

Control prenatal: Inició en semana 8.5, hemograma Hb: 11.7 g/dL, frotis vaginal normal, serologías no reactivas.

LÍNEA DE TIEMPO Y ATENCIONES BRINDADAS:

20 de enero de 2017: Consulta por sangrado vaginal de 1 día de evolución y disuria, Diagnóstico: Amenaza de aborto / Aborto incompleto, Se realiza legrado uterino. Egreso el mismo día en condiciones estables, sin signos de sepsis.

21 de enero de 2017: Consulta por fiebre (38.9 °C), escalofríos y malestar general, Ingreso por sospecha de infección urinaria y síndrome febril post-legrado, Paraclínicos: Leucocitosis con neutrofilia, PCR elevada, Ecografía transvaginal: Colección pélvica con detritos, Diagnóstico diferencial: Absceso pélvico → Se decide manejo quirúrgico de urgencia.

22 de enero de 2017: Procedimiento quirúrgico inicial por ginecología: Laparotomía exploratoria, Hallazgos: Perforación uterina posterior, trompas y ovarios inflamados, plastrón pélvico con contenido purulento, se evidencia compromiso del colon sigmoide y se solicita intervención de cirugía general,

Cirugía general realiza: Colostomía tipo Hartmann, Lavado peritoneal, Control de perforación colónica y uterina.

Diagnóstico postoperatorio: Sepsis de origen abdominal secundaria a perforación uterina y colónica.

Paciente se remite como urgencia vital a unidad de cuidados intermedios del Hospital San José de Buga.

VI. CORRELACION CLINICA:

Luego del análisis detallado de la historia clínica de la paciente Marly Fernanda Hoyos Hoyos, así como de las circunstancias clínicas y procedimientos médicos realizados entre el 20 y el 22 de enero de 2017, se concluye que:

La paciente cursaba su primer embarazo, el cual se complicó con un aborto incompleto hacia la semana 11 de gestación. Esta condición clínica requiere evacuación uterina y, en este caso, se optó por el legrado uterino, una técnica quirúrgica reconocida y válida según protocolos nacionales e internacionales. Este procedimiento fue realizado con consentimiento informado, por personal médico calificado y en un entorno hospitalario, como corresponde al estándar profesional vigente para ese momento.

Durante los días posteriores, la paciente presentó síntomas sugestivos de una infección intraabdominal severa (sepsis), lo que motivó su reingreso al hospital. Fue hospitalizada, valorada de forma oportuna, se realizaron estudios diagnósticos y, al evidenciar signos de compromiso abdominal grave, fue llevada a cirugía de urgencia. En ese procedimiento se encontró una perforación uterina posterior y compromiso inflamatorio del intestino grueso (colon sigmoide), lo cual obligó a realizar una colostomía y su posterior remisión a un centro de mayor complejidad.

Desde un punto de vista médico legal, es importante precisar que:

La perforación uterina es una complicación reconocida en este tipo de procedimientos, incluso cuando se realiza con técnica adecuada. Su sola ocurrencia no implica error médico, negligencia ni impericia.

La atención brindada fue progresiva, escalonada y coherente con la evolución clínica de la paciente, incluyendo el manejo del evento adverso, la intervención quirúrgica oportuna y la remisión correspondiente. Todo esto demuestra que hubo diligencia médica y no se evidencia omisión en el deber de cuidado.

Las complicaciones posteriores como la infección abdominal, el plastrón pélvico y la afectación del colon son eventos que pueden surgir como parte de una evolución clínica compleja, no atribuibles de manera directa o exclusiva a una falla del equipo médico.

En resumen, no se evidencia en este caso un actuar negligente, imprudente o inexperto por parte del personal médico que atendió a la paciente. Las decisiones clínicas fueron tomadas conforme a los estándares de atención aplicables para la época, y las complicaciones presentadas son eventos médicamente posibles dentro del contexto de la atención brindada.

VII. CONTRADICCIÓN DICTAMEN PERICIAL (PERIMEDICAL DEL VALLE S.A.S.)

Se controvierte la afirmación de que la perforación uterina constituye, por sí sola, una violación a la *lex artis* médica, pues esta es una complicación reconocida en la literatura científica como un evento posible incluso bajo condiciones técnicas correctas, especialmente en procedimientos instrumentados durante el primer trimestre del embarazo.

Igualmente, se refuta la idea de que el manejo quirúrgico mediante legrado haya sido inapropiado, ya que esta es una de las alternativas terapéuticas válidas y clínicamente aceptadas para el aborto incompleto, particularmente en instituciones con sala de cirugía y anestesiología. Se objeta también la atribución directa de la perforación intestinal al acto del legrado, considerando que el cuadro clínico y los hallazgos quirúrgicos corresponden a una evolución infecciosa severa con formación de plastrón pélvico, lo cual sugiere una complicación secundaria y no una lesión mecánica directa.

Por último, se desacredita la presunción de falla médica en el manejo hospitalario, toda vez que la atención fue oportuna, progresiva y documentada, incluyendo hospitalización, vigilancia, diagnóstico oportuno de sepsis abdominal, intervención quirúrgica multidisciplinaria y remisión a un nivel de mayor complejidad, conforme a los principios de atención segura y a la normatividad vigente en la época de los hechos.

VIII. CONCLUSIONES

Tras el análisis de la historia clínica de la paciente Marly Fernanda Hoyos Hoyos, de 21 años, se evidencia que cursaba su primera gestación, la cual evolucionó a un aborto incompleto en la semana 11, tratado mediante legrado uterino instrumentado, procedimiento indicado en este contexto clínico según las guías de práctica clínica nacionales e internacionales.

Durante los días siguientes, la paciente presentó un cuadro clínico progresivo de sepsis abdominal, evidenciando signos de irritación peritoneal, fiebre y deterioro clínico, lo cual motivó su ingreso hospitalario, estudios imagenológicos y manejo quirúrgico urgente. En el acto operatorio se identificó una perforación uterina posterior y compromiso inflamatorio del colon sigmoide, con formación de un plastrón pélvico. Se realizó manejo quirúrgico integral con colostomía tipo Hartmann y la paciente fue trasladada a un centro de mayor complejidad.

Desde el punto de vista técnico, el procedimiento de legrado se ajustó al estándar de atención médica vigente y fue indicado según las condiciones clínicas presentadas. La perforación uterina es una complicación reconocida en la literatura médica, posible incluso bajo técnica adecuada, especialmente en úteros gestantes o con antecedentes infecciosos. El compromiso colónico no puede atribuirse directamente al procedimiento inicial, siendo más probable que derivara de una evolución infecciosa severa a nivel pélvico con extensión por contigüidad.

De acuerdo con lo analizado en la historia clínica aportada, la atención médica fue progresiva, oportuna y conforme con la evolución clínica de la paciente, y no se logra evidenciar elementos objetivos que permitan concluir la existencia de impericia, negligencia u omisión por parte del equipo médico. La actuación se ajustó a los protocolos institucionales y a la *ex artis* médica, frente a una complicación reconocida y de evolución compleja.

IX CUESTIONARIO

PERITO 1. DR . FILIPO MORAN .

1.¿La historia clínica de la paciente MARLY FERNANDA HOYOS HOYOS, correspondiente a la atención recibida entre el 20 y el 22 de enero de 2017 en el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, cumple con los requisitos establecidos en la Resolución 1995 de 1999 (por la cual se reglamenta la historia clínica en Colombia), en cuanto a su integridad, secuencia, responsabilidad profesional y oportunidad del registro médico, conforme a los lineamientos legales y éticos de la Ley 23 de 1981?

De lo revisado , se cumple con los registros, notas de evolución , consentimientos para procedimientos médicos y quirúrgicos, remisión a nivel mayor de complejidad para manejo de complicaciones. La ruta de atención segura de maternidad está establecida como ruta materno perinatal desde el 2018, no aplicaba para las fechas de la atención en estudio.

2.¿El abordaje clínico y quirúrgico del aborto incompleto, así como el manejo de las complicaciones posteriores en el Hospital Tomás Uribe Uribe, se encuentran respaldados por guías de práctica clínica nacionales e internacionales, y fueron ejecutados bajo criterios de seguridad del paciente y calidad en la atención, conforme lo establecido por el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 2003 de 2014 y el Decreto 780 de 2016?

No existía guía de atención para manejo de legrados uterinos establecida por el ministerio de protección social para el año 2017, las guías de manejo para abortos y legrados obstétricos se manejaban según guías institucionales de cada hospital.

La atención prestada para de la amenaza de aborto, atención del aborto, la realización del legrado obstétrico según la descripción operatoria se registra normal, la atención en el reingreso en donde se identificó la necesidad de atención de nivel mayor de complejidad, fue acertada, así se garantiza una atención segura.

3.¿La perforación uterina es reconocida por la literatura médica científica como una complicación posible durante un procedimiento de evacuación uterina instrumentada, como el legrado, aun en condiciones de técnica adecuada y conforme a la *lex artis* médica?

El legrado obstétrico es considerado un procedimiento quirúrgico que lleva un número importante de complicaciones, la perforación uterina y la perforación intestinal están contempladas en este tipo de procedimiento.

4. ¿Se evidencia en la atención médica prestada a la paciente una actuación progresiva, oportuna y fundamentada en los principios de prevención de eventos adversos, vigilancia posoperatoria y remisión a nivel superior de complejidad, en consonancia con las políticas de seguridad del paciente exigidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?

Al diligenciar la historia clínica, los consentimientos informados, la identificación de los riesgos y complicaciones, indican aplicación de políticas de seguridad.

5. Según la evidencia científica y las guías de manejo clínico, ¿cuáles son las indicaciones terapéuticas válidas para el tratamiento del aborto espontáneo en gestaciones mayores de 8 semanas, y dentro de estas, se encuentra incluido el legrado uterino como una opción válida y segura dentro del arsenal terapéutico de la ginecoobstetra?

En la atención de los abortos es importante identificar la forma de presentación clínica del aborto. Tenemos abortos espontáneos completos, que expulsó todos los productos de la gestación, no ameritan legrados.

Los abortos espontáneos incompletos que dejan intrauterino restos de los productos del embarazo, ameritan manejo quirúrgico, ya presentaron cambios cervicales o del cuello del útero.

Los abortos incompletos que conservan los productos de la gestación, que no tienen cambios a nivel del cuello del útero, requieren de manejo farmacológico y posteriormente manejo quirúrgico, en la actualidad se hace manejo farmacológico, se espera la expulsión de los productos de gestación, si no se expulsan completamente, se hace necesario el manejo quirúrgico, según el nivel del hospital, se puede realizar solo manejo farmacológico, o manejo con AMEU (legrado bajo aspiración) y si la institución cuenta con servicio de anestesiología se realiza de forma prioritaria legrado obstétrico instrumentado en sala de cirugía.

En las instituciones en las que se dispone de servicios de anestesiología y de ginecología, el manejo de los abortos incompletos debe ser siempre en sala de cirugía para garantizar condiciones seguras, prioritario el manejo del dolor, se intenta protegerla de experiencias dolorosas a la gestante que está atravesando la pérdida de su embarazo y que inicia su proceso de duelo, no se puede pensar que en niveles de atención que cuenten con la especialidad de anestesiología y de ginecología, se ponga en prácticas recomendaciones de legrados farmacológicos o de manejo instrumentado, con bloqueos cervicales u otros métodos de analgesia, la intención en este manejo es dar la mejor atención a la gestante con manejo del dolor y del duelo.

Las recomendaciones internacionales de manejo de los abortos se deben diferenciar en las recomendaciones para primer nivel de atención, sin contar con la presencia de especialidad de anestesiología y de ginecología, lugares donde las atenciones las inician los médicos generales, allí la recomendación es el manejo farmacológico y en circunstancias especiales, el AMEU, o manejo de legrado por aspiración.

En instituciones en las que se cuenta con sala de cirugía y anestesiología y ginecología, la atención segura, la atención que protege de los procedimientos sin dolor, se da mediante la realización de legrado instrumentado seguro.



MISOPROSTOL SOLO: REGÍMENES RECOMENDADOS 2017

< 13 semanas de gestación	13 a 26 semanas de gestación	>26 semanas de gestación ^g	Uso posparto
Interrupción del embarazo^{a,b,c} 800 µg VSI cada 3 horas q VV*/VB cada 3 a 12 horas (2 a 3 dosis)	Interrupción del embarazo^{a,b,c} 13 a 24 semanas: 400 µg VV*/VSI/VB cada 3 horas ^{a,c} 25 a 26 semanas: 200 µg VV*/VSI/VB cada 4 horas ^c	Interrupción del embarazo^{a,b,c} 27 a 28 semanas: 200 µg VV*/VSI/VB cada 4 horas ^b cada 4 horas ^b >28 semanas: 100 µg VV*/VSI/VB cada 6 horas	Prevención de la hemorragia posparto (HPP)^{d,e} 600 µg VO (x1) q Prevención secundaria de la HPP^{d,f} (pérdida de sangre aprox. ≥ 350 ml) 800 µg VSI (x1)
Aborto diferido^{a,g} 800 µg VV* cada 3 horas (x2) q 600 µg VSI cada 3 horas (x2)	Muerte fetal^{a,b,c} 200 µg VV*/VSI /VB cada 4 a 6 horas	Muerte fetal^{a,g} 27 a 28 semanas: 100 µg VV*/VSI/VB cada 4 horas ^f >28 semanas: 25 µg VV* cada 6 horas q 25 µg VO cada 2 horas ^h	Tratamiento de la HPP^{d,e} 800 µg VSI (x1)
Aborto incompleto^{a,i,j,k} 600 µg VO (x1) q 400 µg VSI (x1) q 400-800 µg VV* (x1)	Aborto inevitable^{a,i,j,k,l} 200 µg VV*/VSI /VB cada 6 horas	Inducción del parto^{a,i,j} 25 µg VV* cada 6 horas q 25 µg VO cada 2 horas	Vía de administración VV: vía vaginal VSI: vía sublingual (debajo de la lengua) VO: vía oral VB: vía bucal (entre la mejilla y la encía)
Preparación cervical para aborto quirúrgico^f 400 µg VSI 1 hora antes del procedimiento q VV* 3 horas antes del procedimiento	Preparación cervical para aborto quirúrgico^f 13 a 19 semanas: 400 µg VV 3 a 4 horas antes del procedimiento >19 semanas: Es necesario se combine con otra modalidad terapéutica		* En caso de hemorragia y/o signos de infección, no administrar por vía vaginal No se recomienda la vía rectal debido a que su perfil farmacocinético no está asociado con la mejor eficacia por esta vía.

PERITO 2. CARLOS ALBERTO CASABON RODRIGUEZ

1. ¿La historia clínica de la paciente **MARLY FERNANDA HOYOS HOYOS**, correspondiente a la atención recibida entre el 20 y el 22 de enero de 2017 en el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, cumple con los requisitos establecidos en la Resolución 1995 de 1999 (por la cual se reglamenta la historia clínica en Colombia), en cuanto a su integridad, secuencia, responsabilidad profesional y oportunidad del registro médico, conforme a los lineamientos legales y éticos de la Ley 23 de 1981?

Si. La historia clínica revisada cumple con los parámetros establecidos en la Resolución 1995 de 1999 en cuanto a estructura, integridad, secuencia cronológica, identificación de profesionales, registro de signos vitales, evolución clínica y procedimientos realizados. Asimismo, incluye consentimientos informados (cirugía y anestesia), remisión a mayor nivel de complejidad y seguimiento clínico. Se ajusta a los deberes éticos definidos en la Ley 23 de 1981, reflejando una atención continua, diligente y documentada.

2. ¿El abordaje clínico y quirúrgico del aborto incompleto, así como el manejo de las complicaciones posteriores en el Hospital Tomás Uribe Uribe, se encuentran respaldados por guías de práctica clínica nacionales e internacionales, y fueron ejecutados bajo criterios de seguridad del paciente y calidad en la atención, conforme lo establecido por el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 2003 de 2014 y el Decreto 780 de 2016?

Sí. El abordaje clínico y quirúrgico del aborto incompleto, así como el manejo de las complicaciones que presentó la paciente Marly Fernanda Hoyos Hoyos, se encuentran debidamente respaldados por la literatura médica y por guías de práctica clínica de referencia internacional, y se ejecutaron bajo criterios de atención segura, calidad asistencial y normativa colombiana vigente para el año 2017.

Es importante aclarar que para la fecha de los hechos no existía en Colombia una Guía de Práctica Clínica (GPC) oficial, expedida por el Ministerio de Salud, específicamente para el manejo del aborto incompleto. No obstante, el personal médico aplicó protocolos institucionales clínicamente válidos, basados en guías internacionales reconocidas, como la guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS), titulada "Aborto sin riesgos" (2012), la cual establece el legrado uterino como una de las opciones terapéuticas seguras y apropiadas en casos de aborto incompleto, junto con el manejo médico o expectante, dependiendo del caso clínico y del entorno asistencial.

En este caso concreto, el legrado uterino instrumentado fue indicado en un contexto de aborto incompleto con sintomatología activa y sospecha de productos retenidos, siendo realizado con consentimiento informado, en sala de cirugía y bajo condiciones técnicas adecuadas.

Posteriormente, al identificar signos clínicos de sepsis y abdomen agudo, se actuó de forma progresiva y oportuna con hospitalización, estudios diagnósticos, valoración quirúrgica, intervención conjunta con cirugía general y remisión inmediata a un centro de mayor nivel, lo cual refleja la aplicación de los principios de atención segura y calidad en salud definidos en el Decreto 1011 de 2006, el Decreto 780 de 2016, y la Resolución 2003 de 2014.

En conclusión, tanto el procedimiento inicial como el abordaje de las complicaciones se realizaron conforme a la *lex artis* médica y al marco normativo vigente, y reflejan una atención diligente, basada en evidencia clínica y centrada en la seguridad del paciente.

3. ¿La perforación uterina es reconocida por la literatura médica científica como una complicación posible durante un procedimiento de evacuación uterina instrumentada, como el legrado, aun en condiciones de técnica adecuada y conforme a la *lex artis* médica?

Sí. La perforación uterina es una complicación reconocida, infrecuente pero posible, asociada a procedimientos instrumentados como el legrado. Puede presentarse aún bajo condiciones de técnica correcta, especialmente en úteros gestantes, con infección previa, cicatrices o malformaciones. En casos severos como el presente, la perforación uterina puede asociarse a infección progresiva que comprometa órganos vecinos, como el colon. La perforación intestinal puede ser secundaria a un proceso inflamatorio y séptico complejo, más que a una lesión instrumental directa. Ambas son complicaciones infrecuentes pero descritas en la literatura científica, y no constituyen por sí solas evidencias de falla médica.

4. ¿Se evidencia en la atención médica prestada a la paciente una actuación progresiva, oportuna y fundamentada en los principios de prevención de eventos adversos, vigilancia posoperatoria y remisión a nivel superior de complejidad, en consonancia con las políticas de seguridad del paciente exigidas por el Ministerio de Salud y Protección Social? Sí. La atención médica incluyó medidas que reflejan los principios de la política de seguridad del paciente: evaluación continua, aplicación de protocolos quirúrgicos, obtención de consentimientos, monitoreo posquirúrgico y remisión oportuna ante complicaciones.

Adicionalmente, se realizó el proceso de identificación y notificación del evento adverso, en cumplimiento de los protocolos institucionales, lo cual demuestra un abordaje responsable, orientado a la mejora continua de la calidad. Este proceder está alineado con el Decreto 1011 de 2006 y la Política Nacional de Seguridad del Paciente (2008), vigentes en la fecha de los hechos.

5. Según la evidencia científica y las guías de manejo clínico, ¿cuáles son las indicaciones terapéuticas válidas para el tratamiento del aborto espontáneo en gestaciones mayores de 8 semanas, y dentro de estas, se encuentra incluido el legrado uterino como una opción válida y segura dentro del arsenal terapéutico de la ginecoobstetra? Sí, el manejo del del aborto incompleto puede ser médico, quirúrgico o expectante, y la selección depende de factores clínicos, disponibilidad institucional y preferencia de la paciente. Para 2017, el legrado uterino instrumentado era una práctica habitual y válida, especialmente en instituciones con sala de cirugía, anestesiología y presencia de ginecología.

En este caso, la paciente presentaba síntomas compatibles con retención de productos de la gestación y una historia reciente de infección, lo que justificaba el abordaje quirúrgico seguro y eficaz en ambiente controlado, con consentimiento informado registrado.

El legrado fue en este caso una opción válida y médicamente indicada, dado el sangrado vaginal y la presencia de productos retenidos, con historia reciente de infección urinaria, lo que justifica un tratamiento definitivo, controlado y en ambiente hospitalario.

PERITO 3. ELIANA MARCELA ONOFRE BORJA

1.¿La historia clínica de la paciente MARLY FERNANDA HOYOS HOYOS, correspondiente a la atención recibida entre el 20 y el 22 de enero de 2017 en el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, cumple con los requisitos establecidos en la Resolución 1995 de 1999 (por la cual se reglamenta la historia clínica en Colombia), en cuanto a su integridad, secuencia, responsabilidad profesional y oportunidad del registro médico, conforme a los lineamientos legales y éticos de la Ley 23 de 1981?

La historia clínica de la Sra. MARLY FERNANDA HOYOS, atendida en la El Hospital Tomas Uribe Uribe, si se ajusta a los parámetros, establecidos en la Resolución 1995 de 1999 y en la Ley 23 de 1981," Que la Historia Clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector."

Ya que describe paso a paso la atención realizada de la paciente descrita ,desde el día 21 de abril de 2017 que fue el día de su ingreso, donde según reporte de estudios y dado por expulsión de producto de la concepción, requería, de un primer procedimiento (legrado obstétrico) donde cuenta con los consentimientos informados de cirugía y de anestesiología con la firma de paciente, donde escribe los riesgos que tiene el legrado, ,indicaciones de egreso, historia clínica de reingreso , está completa, la segunda reinversión con su respectivas notas de procedimientos y también cuenta con nota de remisión a tercer nivel de mayor nivel de complejidad que requería paciente.

2.¿El abordaje clínico y quirúrgico del aborto incompleto, así como el manejo de las complicaciones posteriores en el Hospital Tomás Uribe Uribe, se encuentran respaldados por guías de práctica clínica nacionales e internacionales, y fueron ejecutados bajo criterios de seguridad del paciente y calidad en la atención, conforme lo establecido por el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 2003 de 2014 y el Decreto 780 de 2016? La atención prestada a la Sra. MARLY FERNANDA HOYOS, fue adecuada, ya que según diagnostico requería de una limpieza uterina, siendo uno de los tratamientos en este caso el (Legrado Obstétrico).

Que según a guía de legrado Obstétrico está indicado en las siguientes patologías Aborto incompleto •Mola hidatiforme •Otras formas de enfermedad trofoblástica •Embarazo anembrionado •Retención de restos placentarios •Endometritis puerperal •Aborto provocado •Embarazo ectópico cervical).

Siendo el diagnóstico en mención un aborto incompleto, dado por expulsión de producto de la gestación, donde requiere de limpieza de cavidad endometrial (cavidad donde se implanta el feto) dado que si hay restos ovulares (restos placentarios), y no se extraen se puede presentar una más adelante se puede presentarse una infección de la cavidad endometrial o una hemorragia pos aborto.

El legrado uterino obstétrico según las condiciones de paciente puede manejarse el posoperatorio de manera ambulatoria o según evolución continuar hospitalización, revisando la historia clínica de la paciente se encuentran signos vitales dentro de los parámetros normales sin signos de irritación peritoneal no hemorragias obstétricas que requiera de continuar manejo intrahospitalario por lo cual quien da egreso, con signos de alarma.

3. ¿La perforación uterina es reconocida por la literatura médica científica como una complicación posible durante un procedimiento de evacuación uterina instrumentada, como el legrado, aun en condiciones de técnica adecuada y conforme a la lex artis médica? Sí. Dentro de las complicaciones de legrado se encuentra la perforación de visera hueca.

4. ¿Se evidencia en la atención médica prestada a la paciente una actuación progresiva, oportuna y fundamentada en los principios de prevención de eventos adversos, vigilancia posoperatoria y remisión a nivel superior de complejidad, en consonancia con las políticas de seguridad del paciente exigidas por el Ministerio de Salud y Protección Social?

En todas las instituciones de salud, y en El Hospital Tomas Uribe Uribe se cuenta con un protocolo de seguridad de paciente, con una lista de chequeo, y sobre todo esta lista se aplica con mayor seguridad cuando se va a realizar un procedimiento quirúrgico, en la historia clínica de la Sra. MARLY FERNANDA HOYOS, si se verifica este documento.

5. Según la evidencia científica y las guías de manejo clínico, ¿cuáles son las indicaciones terapéuticas válidas para el tratamiento del aborto espontáneo en gestaciones mayores de 8 semanas, y dentro de estas, se encuentra incluido el legrado uterino como una opción válida y segura dentro del arsenal terapéutico de la ginecoobstetra?

El tratamiento para un aborto incompleto puede ser médico, quirúrgico o expectante. La decisión sobre el método depende del estado clínico de la persona y sus preferencias.

El ginecólogo tratante decide realizar su manejo con un legrado obstétrico procediendo que antes de ser practicado fue explicado a paciente, lo cual consta en la historia clínica dado por hallazgo de firma de consentimiento informado, si este documento no se firma quiere decir que el paciente no se encuentra de acuerdo con esta práctica.

X. BIBLIOGRAFIA

ANEXO 1- Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. (2013). *Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio: Guías No. 11-15.* Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud (CINETS). ISBN: 978-958-57937-4-3. Bogotá, Colombia. Enlace <https://drive.google.com/file/d/1fgOedCcwEeGZl-oCdDiFqb3ndNQwivsG/view?usp=sharing>

ANEXO 2- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Manual de práctica clínica para un aborto seguro: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud.* 2.ª edición. Ginebra: OMS.

ANEXO 3- Prager, S., Micks, E., & Dalton, V. K. (2024, noviembre 4). Pérdida del embarazo (aborto espontáneo): asesoramiento y comparación de opciones de tratamiento y análisis de la atención relacionada. En R. L. Barbieri & C. A. Schreiber (Eds.), K. Eckler (Ed. adj.), UpToDate. Revisión de literatura actualizada hasta marzo de 2025.

ANEXO 4- Prager, S., Micks, E., & Dalton, V. K. (2024, noviembre 12). Pérdida del embarazo (aborto espontáneo): descripción de las técnicas de manejo. En R. L. Barbieri & C. A. Schreiber (Eds.), K. Eckler (Ed. adj.), UpToDate. Revisión de literatura actualizada hasta marzo de 2025.

ANEXO 5- Prager, S., Micks, E., & Dalton, V. K. (2024, noviembre 15). Pérdida del embarazo (aborto espontáneo): presentaciones clínicas, diagnóstico y evaluación inicial. En R. L. Barbieri & C. A. Schreiber (Eds.), K. Eckler (Ed. adj.), UpToDate. Revisión de literatura actualizada hasta marzo de 2025.

ANEXO 6- Prager, S., Micks, E., & Dalton, V. K. (2024, enero 2). Pérdida del embarazo (aborto espontáneo): terminología, factores de riesgo y etiología. En R. L. Barbieri & C. A. Schreiber (Eds.), K. Eckler (Ed. adj.), UpToDate. Revisión de literatura actualizada hasta marzo de 2025.

ANEXO 7- Levy, B. S. (2025, febrero 5). Perforación uterina durante procedimientos ginecológicos. En T. Falcone (Ed.), A. Chakrabarti (Ed. adj.), UpToDate. Revisión de literatura actualizada hasta marzo de 2025.

PERITO 3.

Dilation and curettage Authors: Kari P Braaten, MD, MPH, Caryn Dutton, MD, MS Section Editor: Howard T Sharp, MD Deputy Editor: Alana Chakrabarti, MD Contributor Disclosures All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete. Literature review current through: Mar 2025. | This topic last updated: Jul 06, 2023

Uterine perforation during gynecologic procedures Author: Barbara S Levy, MD, FACOG, FACS, MSCP Section Editor: Tommaso Falcone, MD, FRCSC, FACOG Deputy Editor: Alana Chakrabarti, MD Contributor Disclosures All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete. Literature review current through: Mar 2025. | This topic last updated: Feb 05, 2025

Patient education: Dilation and curettage (D&C) (Beyond the Basics) Authors: Kari P Braaten, MD, MPH, Caryn Dutton, MD, MS Section Editor: William J Mann, Jr, MD Deputy Editor: Alana Chakrabarti, MD Contributor Disclosures All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete. Literature review current through: Mar 2025. | This topic last updated: Dec 06, 2024. Please read the Disclaimer at the end of this page.

Managing an episode of acute uterine bleeding Author: Howard A Zacur, MD, PhD Section Editor: Robert L Barbieri, MD Deputy Editor: Alana Chakrabarti, MD Contributor Disclosures All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete. Literature review current through: Mar 2025. | This topic last updated: Sep 20, 2024

Dilation and curettage Authors: Kari P Braaten, MD, MPH, Caryn Dutton, MD, MS Section Editor: Howard T Sharp, MD Deputy Editor: Alana Chakrabarti, MD Contributor Disclosures All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete. Literature review current through: Mar 2025. | This topic last updated: Jul 06, 2023

First-trimester pregnancy termination: Uterine aspiration Authors: Grace Shih, MD, MAS, Robin Wallace, MD, MAS Section Editor: Cassing Hammond, MD Deputy Editor: Alana Chakrabarti, MD Contributor Disclosures All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete. Literature review current through: Mar 2025. | This topic last updated: Jan 22, 2025.

First-trimester pregnancy termination: Uterine aspiration Authors: Grace Shih, MD, MAS, Robin Wallace, MD, MAS Section Editor: Cassing Hammond, MD Deputy Editor: Alana Chakrabarti, MD Contributor Disclosures All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete. Literature review current through: Mar 2025. | This topic last updated: Jan 22, 2025.

Uterine Perforation as a Complication of the Intrauterine Procedures Causing Omentum Incarceration: A Review George Lucian Zorilă 1,2,3 , Răzvan Grigoras , Căpitănescu 1,2,3, Roxana Cristina Drăgus ,in 1,2,3 Anca-Maria Istrate-Ofit ,eru 2,4,5 , Elena Bernad 6,7,* , Mădălina Dobie 8 , Sandor Bernad 9 , , Marius Craina 6,7, Iuliana Ceaus ,u 10, Marius Cristian Marina, s 2,3,11 , Maria-Cristina Comănescu 2,3,11, Marian Valentin Zorilă 12, Ileana Drocac , 2,3,13, Elena Iuliana Anamaria Berbecaru 2,13 and Dominic Gbriel Ilies cu

Uterine-ileal perforation post pregnancy related dilatation and curettage managed by laparoscopic small bowel resection and primary anastomosis: A case report Melissa Kyriakos Saad, Saleem Abdel Baki, Elias Saikaly* General Surgery Department, Saint George Hospital University Medical Center, Beirut, Lebanon.

Case Report Prolapse of the Small Intestine from the Uterine Perforation at Dilatation and Curettage

META-ANALYSIS Early pregnancy the risk of subsequent preterm birth: Dilatation and curettage increases as systematic review and meta-analysis M.Lemmers1,* ,M.A.C.Verschoor1 ,A.B.Hooker2 ,B.C.Opmeer3, J.Limpens4 ,J.A.F.Huirne5 ,W.M.Ankum1 ,and B.W.M.Mol6

Atentamente,

PERITO 1:



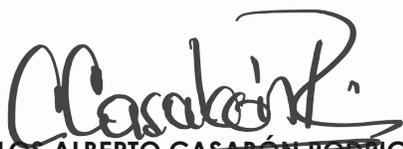
FILIPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO

Ginecólogo

Registro medico 1800941

CC.No.98.362.685 de Pupiales

PERITO 2:



CARLOS ALBERTO CASABÓN RODRIGUEZ

Medico especialista en Ginecologia y obstetricia
registro medico no 521921/2005

PERITO 3:



ELIANA MARCELA ONOFRE BORJA

Medica especialista en Ginecologia y Obstetricia
Registro medico numero 52951



CONTÁCTENOS

Reciba de manos de nuestra empresa un análisis objetivo, detallado e integral de su caso clínico, donde pueda obtener la respuesta a sus dudas e inquietudes que le permitan brindar su tranquilidad.



infogrupomaas@gmail.com



+57 300 295 18 38

Grupo MAAS

Médicos y Abogados Asesores

CARLOS ALBERTO CASABÓN RODRIGUEZ

MEDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



 3216192441

 carlos070677@gmail.com

 Pasto

REGISTRO MEDICO 98397158

RETHUS 18/04/2005

EDUCACIÓN

BASICA Y MEDIA

Colegio San Francisco Javier

Bachiller académico

1995

EDUCACIÓN SUPERIOR

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Médico

2004

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Especialista en Ginecología y obstetricia

2023

EXPERIENCIA DOCENTE

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Julio 2016- diciembre de 2017

Docente Universitario

EXPERIENCIA PROFESIONAL MEDICINA GENERAL

I.P.S MEDFAM S.A.S PASTO

Noviembre de 2009- diciembre de 2017

Médico General

CLINICA HISPANOAMERICA

febrero de 2013 - diciembre de 2017

Médico General en Urgencias, Hospitalización y quirófano.

CLINICA PROINSALUD S.A.

Noviembre 2005- junio 2014

Médico General en Urgencias, Hospitalización y quirófano.

E.P.S. SANITAS

Julio 2008- octubre de 2009

Médico General

ASOCIACIÓN DEPORTIVO PASTO

Enero 2006 - junio 2008

Médico General

EXPERIENCIA PROFESIONAL EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

I.P.S. MEDFAM S.A.S. PASTO

16 de marzo de 2022 - Hasta la fecha

Médico especialista en GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

Contrato de prestación de servicios

COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA

Noviembre de 2023- Hasta la fecha

Médico especialista en GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

IPS SALUD VIDA S.A.S

Marzo 2024- Hasta la fecha

Médico especialista en GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CARLOS ALBERTO CASABÓN RODRIGUEZ

C.C. 98.397.158

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y en su nombre la

Universidad Cooperativa de Colombia

INSTITUCIÓN EDUCATIVA
UNIVERSITARIA
CON CARÁCTER COOPERATIVO
Y SIN FINE DE LUCRO
CALLE 100 No. 100-100
BOGOTÁ, D.C. - COLOMBIA
TELÉFONO: (01) 261 2000
FAX: (01) 261 2001
WWW.UCC.COLOMBIA

Personería Jurídica, resolución 24.195 del 20 de Diciembre de 1.983 del Ministerio de Educación Nacional.

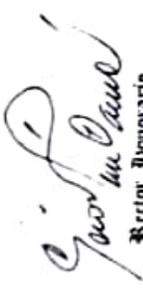
En atención a que
Carlos Alberto Casabón Rodríguez
CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 98 397 158 DE PASTO

ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de:

MÉDICO

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello
se firma en Santa Marta el día 20 de agosto de 2004



 Director
 Rector Honorario
 Secretaria General
 Registrador

Del libro de Arglistros y Diplomas No. Y
 Registrado en Santa Marta el día 20 de agosto de 2004



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983
Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 366

DEPENDENCIA: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MEDICINA

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: ACTA 014 DEL 15 DE SEPTIEMBRE DE 1993

FECHA: 20 DE AGOSTO DE 2004

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA.

En atención a que CARLOS ALBERTO CASABON RODRIGUEZ

con cédula de ciudadanía No. 98,397,158 de PASTO

Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de MEDICO

Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta

No. 009 en sesión del día 3 de AGOSTO de 2004

Para constancia se suscribe por:

Juan Carlos Pérez Soto
JUAN CARLOS PEREZ SOTO
Rector

Gloria Patricia Rave I
GLORIA PATRICIA RAVE I.
Secretario General

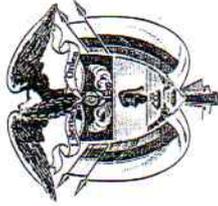
Farouk Zawady Leal
FAROUK ZAWADY LEAL
Decano de la facultad

Juan Olivella Jacquin
JUAN OLIVELLA JACQUIN
Director Seccional

Carlos Folleco Erazo
CARLOS FOLLECO ERAZO
Director Académico

La Suscriba No. 009 primera del Circulo de Pasto ha de constar que la anterior fotocopia es igual a la original constatado el 07 NOV 2017.
DRA. MARCELA VARGAS
NOTARIA PUBLICA





REPÚBLICA DE COLOMBIA,
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL



UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Con Personería Jurídica No. 1052 del 25 de febrero de 1974 y con reconocimiento institucional como Universidad mediante la Resolución No. 08687 del 24 de julio de 1987, expedidas por el Ministerio de Educación Nacional.

TENIENDO EN CUENTA QUE

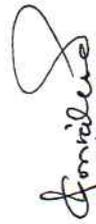
CARLOS ALBERTO CASABON RODRIGUEZ

C.C.No. 98.397.158

HA CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS ACADÉMICOS
REGLAMENTARIAMENTE EXIGIDOS, LE CONFIERE EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

SE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA EN BARRANQUILLA, ATLÁNTICO,
A LOS 23 DÍAS DEL MES JUNIO DEL AÑO 2023.


VICE-RECTOR ACADÉMICO


RECTOR


DIRECTOR DE PROGRAMA

EL NOTARIO S^o DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA
CERTIFICA QUE LA FIRMA QUE AUTORIZA EL PRESENTE
DOCUMENTO CORRESPONDE CON LA REGISTRADA EN LA NOTARÍA

18 JUL. 2023

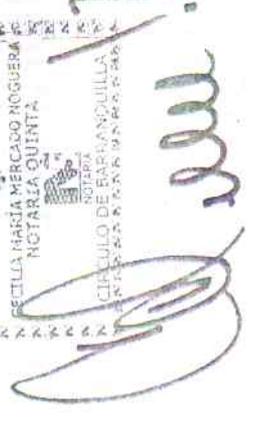
NOTARÍA
Nueva Quindío

POR: Juan José Acosta Ciro

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CECILIA MERLA MERCADO NOGUERA
NOTARÍA QUINTA

CIRCULO DE BARRANQUILLA



EL NOTARIO S^o DEL CIRCULO DE BARRAN
CERTIFICA QUE LA FIRMA QUE AUTORIZA EL
DOCUMENTO CORRESPONDE CON LA REGISTRADA

18 JUL. 2023

NOTARÍA
Nueva Quindío

POR: Alfredo Baraza Tamara

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CECILIA MERLA MERCADO NOGUERA
NOTARÍA QUINTA

CIRCULO DE BARRANQUILLA



EL NOTARIO S^o DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA
CERTIFICA QUE LA FIRMA QUE AUTORIZA EL PRESENTE
DOCUMENTO CORRESPONDE CON LA REGISTRADA EN LA NOTARÍA

18 JUL. 2023

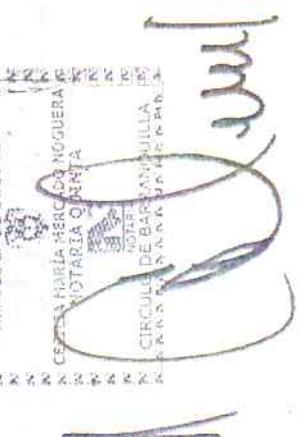
NOTARÍA
Nueva Quindío

POR: Armando González Peño

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CECILIA MERLA MERCADO NOGUERA
NOTARÍA QUINTA

CIRCULO DE BARRANQUILLA





UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Con Personería Jurídica No. 1052 del 25 de febrero de 1974, expedida por el Ministerio de Justicia y con reconocimiento institucional como Universidad mediante la Resolución No. 08687 del 24 de julio de 1987, expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE GRADO

Especialización en Ginecología y Obstetricia

Código: GO-41-255-23

En Barranquilla a los 23 días del mes de Junio de 2023, según consta en el Acta No. 163, se reunieron los señores JUAN JOSÉ ACOSTA OSSÍO, Rector ARTURO DAVID GONZÁLEZ PEÑA, Vice-Rector Académico de la Universidad Metropolitana y ALFREDO BARRAZA TAMARA, Director del Programa de la Especialización en Ginecología y Obstetricia, con el fin de protocolizar el grado en la Especialización en GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA a:

Carlos Alberto Casabón Rodríguez

Cédula de Ciudadanía 98.397.158

Quien se presentó a recibir su título después de haber llenado los requisitos que los Reglamentos de la Universidad exigen para tal fin.

El Rector de la Universidad hizo entrega al graduado el diploma que lo acredita como:

Especialista en Ginecología y Obstetricia

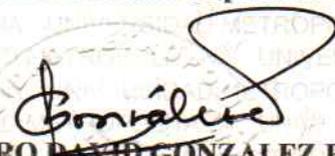
Para constancia se firma la presente Acta por todos los que en ella han intervenido.

(Fdo) JUAN JOSÉ ACOSTA OSSÍO
Rector

(Fdo) ALFREDO BARRAZA TAMARA
Director de Programa

(Fdo) ARTURO DAVID GONZÁLEZ PEÑA
Vice-rector Académico

Es fiel copia de la parte pertinente del original, tomado del Libro de Actas respectivo.


ARTURO DAVID GONZALEZ PEÑA
Vice-Rector Académico

EL NOTARIO 5º DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA
CERTIFICA QUE LA FIRMA QUE AUTORIZA EL PRESENTE
DOCUMENTO CORRESPONDE CON LA REGISTRADA EN LA NOTARIA

18 JUL. 2023

AVTOR: *[Handwritten Signature]* Gonzalez Pena
REPUBLICA DE COLOMBIA
CECILIA MARÍA MERCADO NOGUERA
NOTARIA QUINTA
CIRCULO DE BARRANQUILLA



IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL

 **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

 **COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO**
CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

CARLOS ALBERTO CASABON RODRIGUEZ
CC 98397158

MÉDICO 
Universidad Cooperativa De Colombia
Santa Marta



GRADO: 20/08/2004
ReTHUS: 18/04/2005

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

QR DIGITAL





Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la Ley 1164 del 2007, y el Decreto 4192 del 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano, ubicado en la Carrera 7 # 69-17 (Bogotá D.C., Colombia).
pqr@colegiomedicocolombiano.org



Stevenson Marulanda Plata
Representante Legal Colegio Médico Colombiano



Menú

Iniciar Sesión

Registrarse

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación * Número de Identificación * Primer Nombre Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

Resultado General -2024-07-03--8:47:40 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	98397158	CARLOS	ALBERTO	CASABON	RODRIGUEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) **CARLOS ALBERTO CASABON RODRIGUEZ** identificado(a) con CC 98397158 registra La siguiente información:

2024-07-03--8:47:40 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	2023-06-23	116653	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	MEDICINA	2005-04-18	521921	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	Medicina	0001-01-01	1921	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA NARIÑO LA UNIÓN	2004-09-25	2005-03-24	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

[Términos y condiciones](#)

Hoja de Vida

Datos Personales

Nombre	FILIPO VLADIMIR
Apellidos	MORAN MONTENEGRO
Lugar de Nacimiento	PUPÍALES, Nariño
Estado Civil	Casado
Dirección domiciliaria	Calle 20 A 43 ^a -145 BARRIO MORASURCO
Teléfono celular	3006761926
Teléfono fijo	7317390
Dirección del consultorio	Cra 38 18-123 Barrio Palermo

Datos Personales

ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIA	ESCUELA URBANA DE VARONES.PUPIALES-NARIÑO
SECUNDARIA	COLEGIO NACIONAL SUCRE-IPIALES-NARIÑO
TITULO OBTENIDO	BACHILLER ACADEMICO
UNIVERSITARIO	UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR-QUITO-ECUADOR
TITULO OBTENIDO	MEDICO Y CIRUJANO-1995.
REGISTRO ICFES	0065 DEL 29 DE ENERO DE 1996.
UNIVERSITARIO	UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR-QUITO-ECUADOR.1999.
TITULO OBTENIDO	ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
REGISTRO ICFES	000719 DEL 27 DE JUNIO DEL 2001.
UNIVERSITARIO	UNIVERSIDAD DEL VALLE
TITULO OBTENIDO	ENDOCRINOLOGIA GINECOLOGICA.

EXPERIENCIA LABORAL

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL-QUITO-ECUADOR

HOSPITAL VOZ ANDES- QUITO-ECUADOR

HOSPITAL EUGENIO ESPEJO.QUITO-ECUADOR

HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA-QUITO-ECUADOR

HOSPITAL ENRIQUE GARCES-QUITO-ECUADOR

HOSPITAL CANCEROLOGICO SOLCA-QUITO-ECUADOR

HOSPITAL UNIVERSITARIO EVARISTO GARCIA-CALI.

HOSPITAL LOCAL DE SOLANO-SOLANO-CAQUETA.

HOSPITAL EL BUEN SAMARITANO-DONCELLO-CAQUETA

HOSPITAL MARIA INMACULADA-FLORENCIA-CQUETA

CLINICA MARIDIAZ-PASTO-NARIÑO

CLINICA LOS ANDES SALUDCOOP-PASTO-NARIÑO.

FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO-PASTO-NARIÑO

EXPERIENCIA DOCENTE

DOCENTE DE GINECOLOGIA

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA SEDE-
PASTO.

DOCENTE DE GINECOLOGIA

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN-SEDE -
PASTO.

DOCENTE DE INVESTIGACION

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN-SEDE-
PASTO.

DOCENTE MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN-SEDE-
PASTO.

DOCENTE DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA UNIVERSIDAD DE NARIÑO

ESTUDIOS DE ACTUALIZACIÓN

Cursos de Actualización:

- Curso de Medicina Fetal- Fundación Universitaria Sanitas.
- Management of Recurrent Miscarriage- University of Alabama School of Medicine.
- Treatment of Sexually Transmitted diseases-Universidad of Alabama.
- Chlamydia screening- University of Alabama School of Medicine.
- XVI curso de actualización en Ginecología y Sociedad Nariñense de Ginecología.
- Jornada de actualización en anestesia obstétrica- Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación – SCARE.
- XXIII Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología- Sociedad Colombiana Obstetricia y Ginecología.
- Curso pre congreso en ecocardiografía fetal- Asociación Bogotana de perinatología- octubre 2002.
- IX Jornadas de actualización en medicina materno infantil- Asociación Bogotana de perinatología- Diciembre de 2006
- Curso pre congreso genética y diagnóstico prenatal- Asociación Bogotana de perinatología- Diciembre de 2006.
- XXV Congreso Colombiano de obstetricia y ginecología-Asociación sucreña de ginecología y obstetricia- sociedad de obstetricia y ginecología del cesar – junio 2006.
- IX Congreso Colombiano de Perinatología - Federación Colombiana de Perinatología- Junio 2005.
- Primer congreso Colombiano de Ginecología Oncológica- Asociación Colombiana de Ginecólogos Oncólogos- Octubre 2005.
- Curso pre congreso Ecografía en Ginecología- Federación Colombiana de Perinatología- Junio 2005.

MIEMBRO DE ASOCIACIONES

SOCIEDAD COLOMBIANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA FECOLSOG

ASOCIACION NARIÑENSE DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ASOCIACION COLOMBIANA DE MENOPAUSIA

ASOCIACION COLOMBIANA DE PERINATOLOGIA

SOCIEDAD ECUATORIANA DE ULTRASONIDOS EN MEDICINA

MIEMBRO DE LA FEDERACION DE SOCIEDADES LATINOAMERICANAS DE ULTRASONIDOS EN
MEDICINA Y BIOLOGIA.

MIEMBRO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE ECOGRAFIA TRIDIMENSIONAL

MIEMBRO DE LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA FIGO.

CONTINUING MEDICAL EDUCATION CERTIFICATE

Medscape

certifies that

filipo moran, MD
street 26 #19-61
san juan de Pasto

has participated in the enduring material titled

Preventing HPV-related Disease: What Do the Latest Data Tell Us?

June 20, 2013

and is awarded **0.50** *AMA PRA Category 1 Credit(s)*[™].

Medscape, LLC designates this enduring material for a maximum of **0.50** *AMA PRA Category 1 Credit(s)*[™]. Physicians should claim only the credit commensurate with the extent of their participation in the activity.

Medscape, LLC is accredited by the Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME) to provide continuing medical education for physicians.

For information on applicability and acceptance of continuing education credit for this activity, please consult your professional licensing board.



Cyndi Grimes
Director, Continuing Medical
Education
Medscape, LLC

Certificate Number: 43371829

**WAYNE STATE
UNIVERSITY**

SCHOOL OF MEDICINE

Wayne State University

certifies that

**Filipo Moran, MD
street 26 #19-61
San Juan de Pasto**

has participated in the educational activity entitled

**Advances in the Prevention of Preterm Birth: The Role
of Transvaginal Ultrasonography and Progesterone**

September 1, 2013

The Wayne State University School of Medicine is accredited by the Accreditation Council for Continuing Medical Education to provide continuing medical education for physicians.

The Wayne State University School of Medicine takes responsibility for the content, quality, and scientific integrity of the CME activity.

The Wayne State University School of Medicine designated this education activity for for a maximum of **1.00** hour(s) in category 1 credit towards the AMA Physician's Recognition Award.



LaCema Womack

Certificate Number: 44112862



LA REPUBLICA DEL ECUADOR

Y EN SU NOMBRE Y POR AUTORIDAD DE LA LEY.

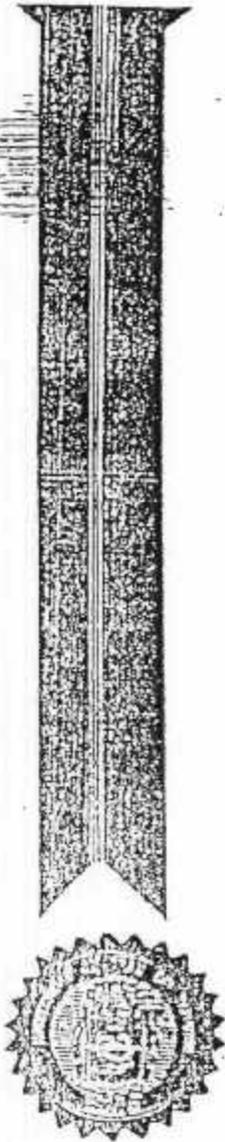
LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL,

HACE NOTORIO: que habiendo completado el señor

Filipo Vladimiro Morán Montenegro

de nacionalidad... **Colombiana**..., los cursos respectivo de **MEDICINA Y CIRUGIA**, según las disposiciones legales, se presentó a examen para recibir la investidura de **DOCTOR**, en dicha Facultad, y, en mérito de la **APROBACION** que obtuvo, se le confirió el referido **GRADO**, el día **19 de Septiembre** de novecientos **noventa y cinco**.

POR TANTO, se le expide el presente **TITULO**, de conformidad con las prescripciones de la Ley, en Quito, Capital de la República, a **20 de Septiembre** de 1995.

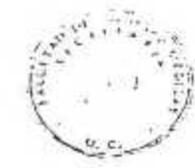


R. VICARIO
[Signature]
Dr. Carlos Morán M.
Rector General

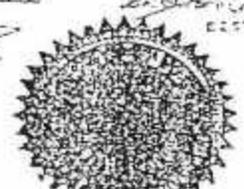
R. VICARIO
[Signature]
Dr. Pablo Mora R.
Rector General



R. VICARIO GENERAL
[Signature]
Dr. Pablo Mora R.
Rector General
SECRETARIA GENERAL
RECTORADO DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL
Calle 12 de Octubre 1015
QUITO
Teléfono 2211



ANOTADO
FOLIO No. 114 - de 1048
FECHA 20 de Septiembre de 1995
[Signature]
Dr. Amal...
SECRETARIO





REPUBLICA DEL ECUADOR,
 EN SU NOMBRE Y POR AUTORIDAD DE LA LEY,
 UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR,
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 INSTITUTO SUPERIOR DE POSTGRADO

CONFIERE EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Al doctor

Filipo Vladimir Moran Montenegro

de nacionalidad colombiana, documento de identificación 98.362.685
 en mérito de la aprobación que obtuvo del Curso de Postgrado en:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

con duración de tres años, y haber cumplido con las disposiciones
 legales, estatutarias y reglamentarias pertinentes.

Fecha de Graduación: 28 de diciembre del 2000

Expedido en Quito, Capital de la República del Ecuador, a 2001-02-10

MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA
 REGIMEN ESCOLAR Y REGIMEN DE TITULOS NACIONALES
 ... 755 ... 335 ...
 ... 08 ... 2001 ...



DECANO

[Signature]

DR. RICARDO CARRASCO ANDRADE



SECRETARIO ABOGADO

[Signature]

DR. MANUEL MORA NARANJO

DIRECTOR
 INSTITUTO SUPERIOR DE POSTGRADO

[Signature]

DR. RODRIGO F. YEPEZ

SECRETARIO GENERAL

[Signature]

Dra. Lida Flores Chacón

SECRETARIA GENERAL (E)

fecha 2001-02-21

Registrado en el Libro de Grados: folio 443

RECTOR

[Signature]

Ing. Victor H. Olalla Proaño
 RECTOR



RECTORADO



REPUBLICA DE COLOMBIA
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

CONSTANCIA DE INSCRIPCION DE UN TITULO

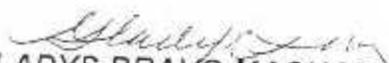
LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL AREA DE RECURSOS
HUMANOS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

HACE CONSTAR:

Que, de acuerdo con la Resolución N° 18-00941 del 19 de abril de 2000, emanada del Instituto Departamental de Salud del Caquetá, el (la) Profesional **FILIPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 98.362.685 expedida en Pupiales (N), se le ha expedido el **REGISTRO** que le concede autorización para ejercer la profesión de **MEDICINA Y CIRUGIA**, título que le otorgó **LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL**, en Quito - Ecuador, el 20 de septiembre de 1995.

Que en cumplimiento del Artículo 5° del Decreto 1875 de 1994, por la cual se reglamenta el registro de títulos en el área de la salud a el (la) Profesional **FILIPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO**, quien solicitó **INSCRIBIR** su nombre en el Instituto Departamental de Salud de Nariño, el cual fue inscrito el 23 de enero de 2007 al Folio No. 132, inscripción No. 3953, del Libro No. 8 de Registros e Inscripciones de **MEDICOS**, cumpliendo con los requisitos exigidos para ejercer como **MEDICO Y CIRUJANO**, en el Departamento de Nariño.

Para constancia se firma en San Juan de Pasto, el 23 de enero de 2007.


GLADYS BRAVO MACHADO
Profesional Universitario


Elaboró: **ELEONORA L.**

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO
OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA OFICINA DE
RECURSOS HUMANOS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE
NARIÑO

CERTIFICA:

Que, revisados los archivos de Inscripción de Títulos de **ESPECIALISTAS**, en el Instituto Departamental de Salud de Nariño, se constató que en el libro N° 1, Folio 170, Inscripción No. 169, se encuentra **INSCRITO** el título de **ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**, del (la) profesional **FILIPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO**, con cédula de ciudadanía No. 98.362.685 expedida en Pupiales (N), que lo (la) autoriza para ejercer dicha profesión en el Departamento de Nariño.

Dada en san Juan de Pasto, el 16 de enero de 2007.


GLADYS BRAVO MACHADO
Profesional Universitario

Elaboró:  Eleonora L.



MINISTERIO DE SALUD
GOBERNACION DEL CAQUETA
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD
NIT. 800198972-6

RESOLUCIÓN NUMERO 18 - 00941 DEL 2000

POR LA CUAL SE CONCEDE UNA AUTORIZACION PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL

El Director del Instituto Departamental de Salud del Caquetá, de conformidad con el Decreto 001875 del 3 de agosto de 1994, del Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto No. 3134 de 1956 y Resolución 00053 del 31 de enero de 1995, del Servicio Seccional de Salud del Caquetá, y

CONSIDERANDO:

Que, FILIPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO, cédula de ciudadanía No. 98.362.685 expedida en Pupiales Nariño, ha solicitado autorización del ejercicio profesional, como DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA, según título que le otorgó LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE QUITO ECUADOR, Según resolución Número 0065 DE LA SECRETARIA GENERAL DE ICFES del 29 Enero de 1996.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en HOSPITAL LOCAL DE SOLANO del 21 de marzo de 1996 al 28 de junio de 1996 y en el HOSPITAL LOCAL EL BUEN SAMARITANO DE DONCELLO en el periodo comprendido entre el 4 de Enero del 2000 al 3 de Abril del 2000.

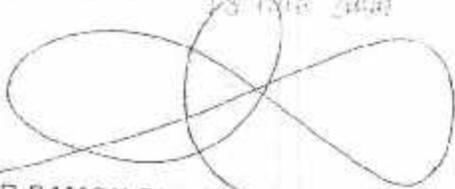
RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO:

Autorizar a, FILIPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO cédula de ciudadanía 98.362.685 de Pupiales Nariño, para ejercer la profesión de MEDICINA Y CIRUGIA, en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Florencia:


YUBER RAMON BUITRAGO-CASTELLANOS
Director


MARIO AYALA PICO
Jefe Control Medicamentos

www.institutoinsalud.com.co - Florencia, Cauca

Florencia Calle 18 # 10 - B 80 Conmut. 352050-352776-352160 Tels. 352050-352180-357429 357202-353255 Fax 352180-353255-357292 e-mail: sersacaj@hacha.telecaqueta.com.co



SECRETARIA GENERAL

RESOLUCION No. 0065 DE 19

(29 ENE. 1996)

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior

EL SECRETARIO GENERAL del

INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

en uso de la delegación de funciones conferidas por la Resolución 0317 del 20 de febrero de 1975 y en especial de las atribuciones conferidas por la ley 30 de 1992 y el decreto 2589 de 1993, y

CONSIDERANDO :

Que FILIPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 98.362.685 de Pupiales (Nariño), presentó ante este Instituto el título de DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA, otorgado el 20 de septiembre de 1975, por LA UNIVERSIDAD CENTRAL, Quito, Ecuador para su convalidación;

Que para esta convalidación se aplica el Convenio Regional de Convalidación de Estudios, títulos y diplomas de Educación Superior en América Latina y el Caribe, suscrito en México el 19 de julio de 1974 y ratificado por la ley 54 de 1977;

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada;

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a FILIPPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia el título de DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA, otorgado el 20 de septiembre de 1995, por LA UNIVERSIDAD CENTRAL, Quito, Ecuador, a FILIPPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 98.362.483 de Popiales (Nariño), como equivalente al título de MEDICO Y CIRUJANO, que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

PARAGRAFO.- La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exige al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley que regula el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTICULO SEGUNDO.- La presente resolución figa a partir de su expedición y contra la misma proceda el recurso de reposición en la vía gubernativa, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los

29 ENE. 1996

ORIGINAL FIRMADO POR:

GERMAN SILVA GARCIA

GERMAN SILVA GARCIA

Secretario General, encargado de las funciones del Subdirector General Jurídico



JORGE MIGUEL MAGDANIEL ROSADO
Jefe Oficina de Relaciones
Internacionales



SUBDIRECCIÓN DE MONITOREO Y VIGILANCIA

RESOLUCIÓN N°

DE 20

(000719)

27 JUN. 2001

Por la cual

Se convalida un título obtenido en el exterior

LA SUBDIRECTORA DE MONITOREO Y VIGILANCIA del
INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR
ICFES

En uso de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere la ley 30 de 1992,
el decreto 2662 de 1999 y la resolución 274 de 2000 del ICFES,

CONSIDERANDO

Que FILIPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 98.362.685 de Pupiales (Nar.), presentó ante este instituto el título de ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, otorgado el 10 de febrero de 2001, por la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, Quito, Ecuador para su convalidación, mediante solicitud radicada con el No. 033045/2001 en el folder 18591/01;

Que además presenta la resolución No. 65 del 29 de enero de 1996, por medio de la cual le fue convalidado por el ICFES, el título de DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA otorgado el 20 de septiembre de 1995, por la UNIVERSIDAD CENTRAL, Quito, Ecuador.

Que la Dirección General de ICFES, mediante comunicación 6079 del 5 de octubre de 1998, dispuso continuar con la utilización de Caso Similar, el cual consiste en la aplicación de conceptos emitidos siempre y cuando correspondan a un título semejante, expedido por la misma institución, con igual duración y cuya evaluación no tenga más de 5 años de expedida;

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a FILIPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO

Que en un caso similar al considerado en el presente acto administrativo, se convalidó el título mediante resolución 385 del 4 de abril de 2001, previo concepto de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, el cual se considera aplicable en esta oportunidad;

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada;

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, otorgado el 10 de febrero de 2001, por la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, Quito, Ecuador, a FILIPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 98.362.585 de Pupiales (Nar.), como equivalente al título de ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

PARAGRAFO.- La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario el cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTICULO SEGUNDO.- La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición interpuesto, dentro de los cinco (5) siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá, D. C. a los 27 JUN 2001

04 JUL 2001



LILIA EUGENIA ORTIZ GARCIA
Subdirector (a) de Monitoreo y Vigilancia

NOTIFICACION PERSONAL
NOMBRE: Diego Arciniegas
FIRMA: 
C.C. N° 12.991.126 pto





SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION - SCARE

FONDO ESPECIAL PARA AUXILIO SOLIDARIO DE DEMANDAS - FEPASDE

Socio Solidario 07 0103

CIUDAD Y FECHA: PASTO, ABRIL 3 del 2001

NOMBRE: FILIPO V. MORAN MONTENEZ, C.C. 98.362.685 DE PUPIALES (N)	
PROFESION: MEDICO	ESPECIALIDAD: GINECO-OBSTETRA
DIRECCION RESIDENCIA: Cra 19 No. 19-62	TEL: 7200737
DIRECCION LABORAL: Cra 26 No. 19-61	TEL: 7291562
CIUDAD: PASTO (N)	FECHA VINCULACION: ABRIL 3 del 2001
MODALIDAD APORTES:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input checked="" type="checkbox"/> Otros -TRIMESTRAL- 10 AÑOS-
CONVENIO:	

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación - SCARE, certifica que el titular arriba indicado tiene la calidad de Socio Solidario, de conformidad en el artículo 14 de los Estatutos y lo estipulado en los Reglamentos de su Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas FEPASDE, que regulan la afiliación, dentro de lo cual se destaca:

PRIMERO: EL SOCIO SOLIDARIO, se obliga a cumplir con los aportes, no reembolsables, de acuerdo con la tabla de proyecciones que anualmente aprueba la SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION, en las fechas preestablecidas, so pena de perder los beneficios en su calidad de Socio Solidario.

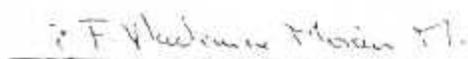
SEGUNDO: EL SOCIO SOLIDARIO, Acepta las condiciones fijadas en el reglamento del Fondo Especial para el Auxilio Solidario de Demandas FEPASDE, el cual forma parte integrante del presente documento, así como también acepta desde ya las modificaciones posteriores que sean aprobadas por la Asamblea de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación.

PARAGRAFO: EL SOCIO SOLIDARIO, declara conocer y aceptar íntegramente el reglamento antes mencionado con sus modificaciones y expresa que lo acepta y se compromete a sujetarse al mismo, en las condiciones actuales, así como a sus futuras modificaciones, sin que para ello sea necesario la notificación personal de las mismas.

TERCERO: La SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION, a través del Fondo se compromete para con el SOCIO SOLIDARIO a dar apoyo jurídico y económico, de acuerdo con lo establecido en sus estatutos y Reglamento del Fondo Especial para Auxilio Solidario de Demandas y sus posteriores modificaciones, las cuales cambian el contenido de la presente estipulación haciendo parte integrante del mismo, ante eventuales acciones éticas o judiciales relacionadas directamente con el acto profesional del SOCIO SOLIDARIO.

CUARTO: La validez y eficacia del vínculo del SOCIO SOLIDARIO, está condicionada a la veracidad de la información descrita en la Solicitud de Ingreso y por ende cualquier inexactitud u ocultamiento generará automáticamente y sin requerimiento previo, la pérdida de todos los beneficios en su calidad de SOCIO SOLIDARIO.


Firma Autorizada SCARE FEPASDE


Firma SOCIO SOLIDARIO



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ASOCIACIONES
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

La Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología

FECOLSOG

Certifica que:

FILIPPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO

Asistió a

XXVII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Los días 20, 21 y 22 de mayo de 2010, en la ciudad de Santiago de Cali, Colombia.

En el Centro de Eventos Valle del Pacífico Yumbo - Cali

Intensidad horaria cumplida de 22 horas

Philippe Moran Montenegro

[Signature]



**THE SOCIETY OF LAPAROENDOSCOPIC SURGEONS Y
LA FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**
-FECOLSOG-

Certifica que:

FILIPO MORAN MONTENEGRO

ASISTIÓ AL CURSO PRECONGRESO:

CURSO HANDS ON - PUERTO UNICO

**EN EL MARCO DEL CONGRESO SATÉLITE DE LA SOCIETY LAPAROENDOSCOPIC SURGEONS (SLS)
Y II CONGRESO COLOMBIANO DE ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA**

El día 1 de Junio de 2011, en la Ciudad de Cartagena - Colombia, Hotel las Américas

Intensidad 9 Horas

OTORGA 10 PUNTOS PARA EL PROGRAMA DE RECERTIFICACIÓN DE LA FECOLSOG

DR. PAUL ALAN WETTER
Chairman Board SLS

DR. JUAN DIEGO VILLEGAS
Presidente del Congreso

DR. RAFAEL PADRÓN BURGOS
Presidente FECOLSOG





LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES, POSTGRADOS Y RELACIONES INTERNACIONALES
CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD - CESUN

En convenio con la

FUNDACIÓN HOSPITAL SAN PEDRO

Certifican que:

MORAN FILIPO

Con C.C. 98362685

Asistió a:

El curso de COACHING

En calidad de:

Participante

Con una intensidad de: 20 horas curso, durante los días: 10 de mayo a 14 de junio

San Juan de Pasto, 10 de diciembre de 2012

Maria Clara Yépez Chamorro

MARÍA CLARA YÉPEZ CHAMORRO
Directora CESUN
Universidad de Nariño

Emma Guerra Nieto

EMMA GUERRA NIETO
Gerente
Fundación Hospital San Pedro





Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología FECOLSOG

CERTIFICA QUE

FILIPO MORAN MONTENEGRO

Asistió al

XXXVIII
CONGRESO NACIONAL DE
**OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA**

Los días 17, 18 y 19 de mayo de 2012, en la ciudad de Cartagena, Colombia.
En el Centro de convenciones Cartagena de Indias
Intensidad horaria de 22 horas.

RAFAEL PADRON BURGOS
Presidente FECOLSOG

ANDRES SARMIENTO RODRIGUEZ
Presidente Comité Científico

THE SOCIETY OF LAPAROENDOSCOPIC SURGEONS Y
LA FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
-FECOLSOG-

Certifica que:

FILIPO MORAN

ASISTIÓ AL CURSO PRECONGRESO:

CURSO DE LAPAROSCOPIA EN GINECOLOGIA ONCOLOGICA - TENDENCIAS
EN EL MARCO DEL CONGRESO SATÉLITE DE LA SOCIETY LAPAROENDOSCOPIC SURGEONS (SLS)
Y II CONGRESO COLOMBIANO DE ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

El día 1 de Junio de 2011, en la Ciudad de Cartagena - Colombia, Hotel las Américas

Intensidad 6 Horas

OTORGA 10 PUNTOS PARA EL PROGRAMA DE RECERTIFICACIÓN DE LA FECOLSOG



DR. PAUL ALAN WETTER
Chairman Board SLS



DR. JUAN DIEGO VILLEGAS
Presidente del Congreso



DR. RAFAEL PADRÓN BURGOS
Presidente FECOLSOG

THE SOCIETY OF LAPAROENDOSCOPIC SURGEONS Y
LA FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
-FECOLSOG-

Certifica que:

FILIPO MORAN MONTENEGRO

ASISTIÓ AL CURSO PRECONGRESO:

CURSO HANDS ON - PUERTO UNICO

EN EL MARCO DEL CONGRESO SATÉLITE DE LA SOCIETY LAPAROENDOSCOPIC SURGEONS (SLS)
y II CONGRESO COLOMBIANO DE ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA

El día 1 de Junio de 2011, en la Ciudad de Cartagena - Colombia, Hotel las Américas

Intensidad 9 Horas

OTORGA 10 PUNTOS PARA EL PROGRAMA DE RECERTIFICACIÓN DE LA FECOLSOG



DR. PAUL ALAN WETTER
Chairman Board SLS



DR. JUAN DIEGO VILLEGAS
Presidente del Congreso



DR. RAFAEL PADRÓN BURGOS
Presidente FECOLSOG



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación
SCARE



Certifica que

Filipo Moran

Asistió al Curso de Colapso Materno

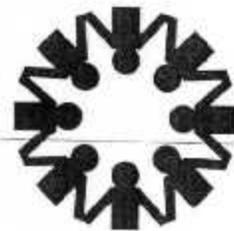
Realizado el día 27 de Agosto de 2011 en la ciudad de Pasto
Certifica 8 horas de Educación Médica Continuada

Gustavo Reyes Duque

Gustavo Reyes Duque
Subdirector Científico - SCARE

M Vasco

Mauricio Vasco
Coordinador - Comité de Anestesia Obstétrica



Fundación
Santa Fe de Bogotá

Hace constar que:

FILIPO MORAN

Participó en:

XIII JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

17 y 18 de Febrero de 2011.
(Hotel Cosmos 100 - Bogotá)

ANDRÉS SARMIENTO, MD.
*Jefe de Departamento de Ginecología, Obstetricia
y Reproducción Humana
Fundación Santa Fe de Bogotá.*

RAFAEL PADRON BURGOS, MD.
*Presidente
FECOLSOG*

ROOSEVELT FAJARDO, MD.
*Director División de Educación
Fundación Santa Fe de Bogotá.*



FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ASOCIACIONES
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

La Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología

FECOLSOG

Certifica que:

FILIPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO

Asistió a

XXVII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

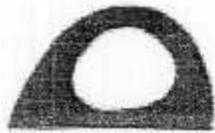
*Los días 20, 21 y 22 de mayo de 2010, en la ciudad de Santiago de Cali, Colombia.
En el Centro de Eventos Valle del Pacífico Yumbo - Cali
Intensidad horaria cumplida de 22 horas*



*Dr. Jimmy Castañeda Castañeda
Presidente FECOLSOG*



*Dr. Gustavo Gómez Tabares
Presidente Comité Científico*



The Fetal
Medicine Foundation

137 Harley Street, London W1G 6BG
Tel: +44 20 7034 3070
Fax: +44 20 7034 3071
Email: fmfcertification@fetalmedicine.com

FILIPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO

calle 20 A 43A-145
San Juan de Pasto
Colombia

April 21, 2009

FMF ID: 68212

Cervical assessment Certificate of attendance

GINECOLOGO FILIPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO has attended the theoretical course for the Certificate of Competence in Cervical assessment.

Kypros Nicolaides
Director



**VIII Annual Meeting of the Iberoamerican
Society for Prenatal Diagnosis and Therapy**
(Sociedad Iberoamericana de Diagnóstico y Terapia Prenatal - SIADTP)

Certificate of Participation

Filipo Vladimír Moran Montenegro

December 6-8, 2009
Hyatt Regency Hotel
Miami, Florida

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rubén A. Quintero', written over a horizontal line.

Dr. Rubén A. Quintero
President, SIADTP

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Libardo A. Gómez', written over a horizontal line.

Dr. Libardo A. Gómez
Congress Scientific Coordinator



FEDERACION COLOMBIANA DE ASOCIACIONES
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA



FEDERACION COLOMBIANA
DE PERINATOLOGIA



IBEROAMERICAN SOCIETY OF
PRENATAL DIAGNOSIS AND THERAPY



WORLD ASSOCIATION
OF PERINATAL MEDICINE

CERTIFICAN QUE:

FILIPO MORAN MONTENEGRO

Asistió a

V CONGRESO MUNDIAL DE PERINATOLOGIA D.C.
V WORLD CONGRESS OF PERINATAL MEDICINE

XXVI CONGRESO COLOMBIANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
XXVI COLOMBIAN CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY

VII CONGRESO IBEROAMERICANO DE DIAGNÓSTICO Y TERAPIA PRENATAL
VII IBEROAMERICAN CONGRESS OF DIAGNOSIS AND PRENATAL THERAPY



Los días 29, 30 y 31 de mayo de 2008,
en la ciudad de Cartagena de Indias, Colombia.

Intensidad horaria cumplida de **24** horas.

Filipo Moran Montenegro

Léctor Jaramillo Villa-real
Presidence
FECOLGOG

Nelson Yesid Aguilar Jaimés

Nelson Yesid Aguilar Jaimés
Presidence
FECOPEN

Frank A. Chervenak

Frank A. Chervenak
Presidence
WAPM

Manuel Gallo

Manuel Gallo
Presidence
SIADTP



Facultad de Medicina

Fundación Universitaria San Martín
Facultad de Medicina



*Trase los sueños...
juntos los realizaremos!*

Certifica que

Filipo Vladimir Moran Montenegro

Identificado con cédula de ciudadanía número 98.362.685

Asistió al curso sobre

Inserción de Implantes Jadelle

Realizado en la ciudad de Pasto en el mes de Octubre de 2008

Intensidad Horaria: 10 Horas.

Dr. CAMILO DELGADO ARJONA
Decano Facultad de Medicina - FUSM



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



UNIVERSIDAD MARIANA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Programa de Enfermería

Certifica que:

Dr. FILIPO VLADIMIR MORÁN

Participó en las:

XI JORNADAS CIENTÍFICAS EN SALUD

En calidad de:

EXPOSITOR

Celebradas los días 8 y 9 de mayo de 2008 en la Ciudad de San Juan de Pasto

Intensidad 16 horas

Esp. Rosario Rosales Jiménez
Decana Facultad Ciencias de la Salud



Esp. Karina Gallardo Solarte
Directora Programa de Enfermería



SEPTGIC

ASOCIACIÓN ECUATORIANA DE PATOLOGÍA
DEL TRACTO GENITAL INFERIOR
Y COLPOSCOPIA



**VI CONGRESO
LATINOAMERICANO Y II ECUATORIANO
DE PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR Y
COLPOSCOPIA**

Quito - Ecuador

6, 7 y 8 de JUNIO del 2007



FLPTGIC

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA
DE PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL
INFERIOR Y COLPOSCOPIA

Confiere el presente Diploma al Dr.(a)

Dr. Filipo Moran

Por su participación como Asistente en el VI Congreso Latinoamericano
y II Ecuatoriano de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia
realizado en la ciudad de Quito los días 6, 7 y 8 de Junio del 2007
con la duración de 36 horas

Dr. Claudio Maldonado
Presidente del Congreso

Dr. Byron Colina
Secretario del Congreso

Dr. Carlos Altamirano P.
Presidente SEPTGIC-NP

Asociación Colombiana de Menopausia Capítulo de Mariño



Certifica que

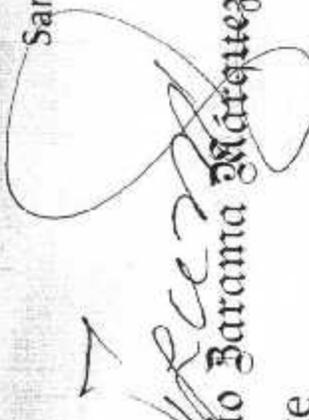
Dr. Silipo Alorán

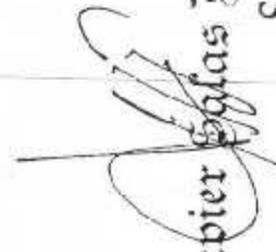
Cumple satisfactoriamente todos los requisitos
y estatutos de la Asociación

Le confiere el título de

Miembro de la Asociación Colombiana de Menopausia Capítulo Mariño

San Juan de Pasto, Septiembre 14 de 2007


Dr. Fabio Barana Márquez
Presidente


Dr. Javier Rojas Bolaños
Secretario



A.B.P.

LA ASOCIACIÓN BOGOTANA DE PERINATOLOGÍA

CERTIFICA QUE:

FILIPO MORÁN

ASISTIO A LAS IX JORNADAS
DE ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA MATERNO INFANTIL
EN CALIDAD DE:

PARTICIPANTE

Realizado en Bogotá los días 30 de Noviembre y 1 de Diciembre de 2.006
con una intensidad horaria de 12 horas.

Dra. Libia Patricia Gómez
Presidente

Dr. Mauricio Carillo
Secretario

XXV

Congreso Colombiano
de Obstetricia y Ginecología



ASOCIACIÓN SUCREÑA
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



SOCIEDAD DE OBSTETRICIA
Y GINECOLOGÍA DEL CESAR



ASOCIACIÓN BOYACENSE
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CERTIFICAN que:

Dr. FILIPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO

Asistió al XXV Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología.
Medellín, 6 al 10 de Junio de 2006,
con una intensidad de 18 horas.

Organiza:



FECOLSOG

Dr. José William León-Avellaneda
PRESIDENTE

Dr. José Ignacio Madero Cervera
SECRETARIO

JORNADA

DE ACTUALIZACIÓN EN ANESTESIA OBSTÉTRICA



SOCIEDAD COLOMBIANA DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN - SCARE
SOCIEDAD NARIÑENSE DE ANESTESIOLOGÍA - SONAYR

Certifica que el Dr. (a):

Filipo Forán.

Asistió a la

JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN ANESTESIA OBSTÉTRICA

Realizado en la ciudad de Pasto - Nariño, el 13 de Mayo de 2006

Equivalente a 8 horas

en calidad de:

PARTICIPANTE

ALBARO ANTONIO YEPES

ALBARO ANTONIO YEPES, MD
Presidente
Sociedad Colombiana de Anestesiología - SCARE

OSCAR PINZÓN RODRIGUEZ

OSCAR PINZÓN RODRIGUEZ, MD
Director
Organización Científico Químico G.C.G. - SCAR

MAURICIO VASCO RAMÍREZ

MAURICIO VASCO RAMÍREZ, MD
Coordinador
Comité Anestesia Obstétrica



UNIVERSIDAD MARIANA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Programa de Enfermería



Certifica que:

Dr. FILIPO VLADIMIR MORÁN MONTENEGRO

Participó en las:

**IX JORNADAS CIENTÍFICAS EN SALUD
"MANEJO INTEGRAL DE URGENCIAS"**

En Calidad de Conferencista

Celebradas los días 18 y 19 de mayo de 2006 en la Ciudad de San Juan de Pasto
Intensidad 16 horas



Gloria Maya Pantoya
Esp. Gloria Maya Pantoya
Decana Facultad Ciencias de la Salud

Karina Gallardo Solarte
Esp. Karina Gallardo Solarte
Directora Programa de Enfermería

Fanny Yaneth Torres C.
Esp. Fanny Yaneth Torres C.
Coordinadora del Evento

Roger Yáñez Marulanda
Esp. Roger Yáñez Marulanda
Coordinador del Evento



Federación Colombiana de Asociaciones de Perinatología FECOPEN

Certifica que:

FILIPO MORÁN

Cumple con los requisitos exigidos por la Federación y lo distingue como

MIEMBRO DE NÚMERO

Dado en Bogotá D.C. el día 30 de Noviembre de 2006

Nelson Yesid Aguilar Jaimes
Presidente

José Enrique Sanin Blair
Secretario



LA ASOCIACIÓN BOGOTANA DE PERINATOLOGÍA

CERTIFICA QUE:

FILIPO MORÁN

ASISTIO AL CURSO PRECONGRESO
GENETICA Y DIAGNOSTICO PRENATAL

EN CALIDAD DE:
PARTICIPANTE

Realizado en Bogotá los días 30 de Noviembre y 1 de Diciembre de 2.006
con una intensidad horaria de 12 horas.

Dra. Libia Patricia Gómez
Presidente

Dr. Mauricio Carillo
Secretario



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
SECCIONAL PASTO

ACUERDO No. 015
(25 de abril del 2006)

El Consejo Académico de la Universidad Cooperativa de Colombia-Seccional Pasto

En uso de sus facultades legales y reglamentarias, y

CONSIDERANDO

Que el doctor **FILIPPO VLADIMIR MORÁN MONTENEGRO**, con cédula 98.362.685 expedida en Pasto, se encuentra vinculado a la Universidad Cooperativa de Colombia-Seccional Pasto por un periodo mayor a **CINCO (5) AÑOS**, circunstancia que demuestra su sentido de pertenencia con la institución y su contribución al cumplimiento de la misión, visión y valores institucionales

Que el Acuerdo No. 02 del 9 de agosto del 2002 que adopta el Estatuto Docente establece entre sus objetivos el establecimiento de estímulos para la docencia, la investigación y proyección social

Que es competencia del Consejo Académico otorgar reconocimientos al personal docente

ACUERDA

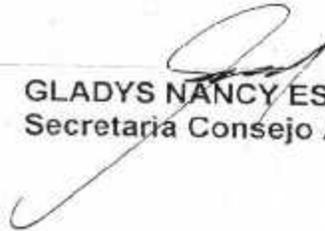
ARTÍCULO PRIMERO. Exaltar su actividad académica, reconocer su labor realizada en la institución por un lapso superior a los **CINCO (5) AÑOS** y destacar su trayectoria docente ante la comunidad universitaria.

ARTÍCULO SEGUNDO. Entregar el presente reconocimiento en ceremonia especial del Consejo Académico de la Universidad Cooperativa de Colombia-Seccional Pasto.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en San Juan de Pasto, a los veinticinco (25) días del mes de abril del dos mil seis (2006).


CARLOS FOLLECO ERAZO
Presidente Consejo Académico


GLADYS NANCY ESPARZA S.
Secretaria Consejo Académico



INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD
Subdirección de Promoción y Prevención

CERTIFICA

FILIPO MORAN

Asistió al taller de capacitación en la Implementación del
Sistema Informático Perinatal
Realizado en pasto los días 18 y 19 de mayo


DR JOAQUÍN GÓMEZ

2005


SONIA GÓMEZ ERAZO
DIRECTORA IDSN



DR RICARDO ROJAS



Instituto Departamental de Salud de Nariño

Subdirección de Promoción y Prevención Hacen constar que:

Filipo Morón

Participo de la capacitación en:
"PARTOGRAMA"
desarrollado el día 10 de Octubre de 2005
en las instalaciones del Club Colombia de la ciudad de Pasto

MARIA RUTH CHAMORRO
COORDINADORA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA

ELIZABETH TRUJILLO DE CISNEROS
SUBDIRECTORA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

SONIA GÓMEZ ERAZO
DIRECTORA IDSN



ASOCIACION COLOMBIANA DE GINECOLOGOS ONCOLOGOS

Certifica Que:

Dr. Filipo Moran

Asistió al PRIMER CONGRESO COLOMBIANO DE
GINECOLOGIA ONCOLOGICA en Calidad de **PARTICIPANTE**

Octubre 14 y 15 de 2.005
Bogotá D.C - Colombia

MARIO ARTURO GONZALEZ MARINO
Presidente Asociación Colombiana
de Ginecólogos Oncólogos



**FEDERACION COLOMBIANA DE PERINATOLOGIA
- FECOPEN -**

Certifica que el Doctor (a)

FILIPPO MORAH

asistió al curso precongreso de

ECOGRAFIA EN GINECOLOGICA

**en el marco del IX Congreso Colombiano de Perinatología
realizado en la ciudad de Armenia**

con una intensidad horaria de 6 horas

1 de Junio de 2005


MARCO ANTONIO DUQUE G.
Presidente


JAIME LUIS SILVA
Secretario

Armenia - Quindío



Certifican que:

FILIPO VLADIMIR MORÁN M.

Asistió en calidad de

PARTICIPANTE

al

**IX Congreso Colombiano
de Perinatología**

Realizado en la ciudad de Armenia los días 2-3 y 4 de Junio de 2005

Dr. Marco A. Duque G.
Presidente FECOPEN

Dr. Jaime Luis Silva
Secretario FECOPEN



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

Certifica que

FILIPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO

ha participado en el

CURSO DE MEDICINA FETAL DIAGNÓSTICO DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y TERAPIA AVANZADA FETAL

Celebrado en Bogotá, el 24, 25 y 26 de septiembre de 2004, con una intensidad de 30 horas.


Jorge Felipe Ramírez León
Rector


Jairo Hernán Prada
Jefe Departamento de Ginecología
y Obstetricia - Clínica Colsanitas


Mauricio Herrera Méndez
Jefe Unidad de Medicina Materno Fetal
Clínica Colsanitas


Juan Guillermo Villegas
Jefe Departamento de Imágenes Diagnósticas
Clínica Colsanitas

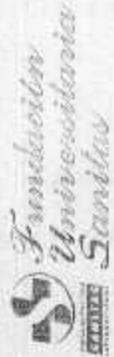
Organiza: Clínica Reina Sofía.



Clínica Reina Sofía
ORGANIZACIÓN MÉDICA INTERNACIONAL



COLSANTITAS
ORGANIZACIÓN MÉDICA INTERNACIONAL



CERTIFICAN

Que: **FILIPO MORAN MONTENEGRO**

Asistió al:

**CURSO DE MEDICINA FETAL
ULTRASONIDO Y DIAGNÓSTICO DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS**
Unidad de Medicina Materno Fetal
Departamentos de Ginecología y Obstetricia e Imágenes Diagnósticas
CLÍNICA REINA SOFÍA

Celebrado en Bogotá, entre el 26 y 28 de septiembre de 2003, con una intensidad de 30 horas.

Dr. Fernando Fonseca Chaparro
Presidente
Clínica ColSantitas S. A.

Dr. Mauricio Herrera Méndez
Jefe Unidad de Medicina Materno Fetal
Clínica Reina Sofía

Dr. Jairo Hernán Prada Vanegas
Jefe Departamento de Ginecología y Obstetricia
Clínica Reina Sofía

Dr. Juan Guillermo Villegas González
Jefe Departamento de Imágenes Diagnósticas
Clínica Reina Sofía



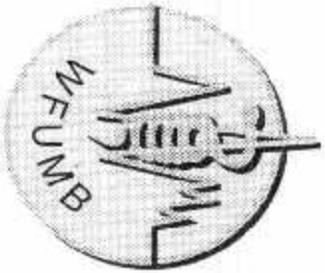
SE OTORGA EL PRESENTE

Diploma

AL (A) *Dr. Filipo Mora*

COMO MIEMBRO ACTIVO DURANTE EL PERIODO 2001 - 2003

FEDERACION DE SOCIEDADES
LATINOAMERICANAS DE
ULTRASONOGRAFIA EN
MEDICINA Y BIOLOGIA



WORLD FEDERATION FOR
ULTRASOUND IN MEDICINE
AND BIOLOGY

DE LA FEDERACION
DE SOCIEDADES

LATINOAMERICANAS
DE ULTRASONOGRAFIA
EN MEDICINA Y BIOLOGIA


DR. LEANDRO FERNÁNDEZ
PRESIDENTE


DR. MIGUEL A. JIMENEZ TABOADA
PRESIDENTE ELECTO 2003 / 2005


DR. ROBERTO MONGCAYO
PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ECUATORIANA
DE ULTRASONIDO

Chlamydia Screening: An Essential Tool for Treatment and Prevention

The CME Certificate



University of Alabama School of
Medicine
Division of Continuing Medical
Education
1530 3rd Avenue S., Birmingham,
AL 35294-4551
Phone: (205)934-2687 *
<http://www.uab.edu/cme>

certifies that

FILIPO MORAN

has participated in the educational activity
entitled **Chlamydia Screening: An
Essential Tool for Treatment and
Prevention** (online) on 9/6/2003. This
activity was designated for 0.25 hour(s) of
AMA PRA Category 1 credit.



Associate Dean for CME

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Robert H. Gentry'.

CERTIFICATE OF PARTICIPATION

Medscape

Certifies that

Filipo Moran, MD

street 26 #19-61
San Juan de Pasto

has participated in the educational activity entitled

**American Society of Clinical Oncology 39th Annual Meeting -
Gynecologic Cancer**

completed online at <http://www.medscape.com> on July 30, 2003

and is awarded 1 category 1 credit(s) toward the AMA Physician's
Recognition Award.

Medscape is accredited by the Accreditation Council for Continuing
Medical Education (ACCM) to provide continuing medical education
for physicians.

For information on applicability and acceptance of continuing education credit for this activity, please consult your
professional licensing board.

[Faint signature]

Judith G. Ribble, PhD
Director, Continuing Medical Education
Medscape

Certificate Number: 2370582

ASOCIACION BOGOTANA DE PERINATOLOGIA

Certifica que:

Dr(a). Filipo Vladimir Moran M.

Asistió al:

CURSO PRECONGRESO EN ECCOCARDIOGRAFIA FETAL

Que se realizó en la Ciudad de Bogotá, el 30 de Octubre
del 2002 con una intensidad horaria de 9 horas



Dr. Rabih Chaoui, MD
Director del Curso



Dr. Andrés Sarmiento, MD
Presidente A.B.P



SOCIEDAD COLOMBIANA
DE
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA



SOCIEDAD SANTANDERIANA
DE
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA



XXXIII
CONGRESO COLOMBIANO
DE OBSTETRICIA
& GINECOLOGÍA

CERTIFICA QUE

FILIPO MORAN MONTENEGRO

Participó en el XXXIII Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología del 17 al 20 de Abril de 2002 en el Centro de Convenciones - Cartagena de Indias en calidad de PARTICIPANTE

Dado en Cartagena de Indias D.T y C a los 20 días del mes de Abril de 2002.

Maria Cecilia Arturo R.

MARIA CECILIA ARTURO R.

Presidente

Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología

Hermes Jaimes

HERMES JAIMES

Director Ejecutivo

XXXIII Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología

Por la Mujer... Ciencia de la Prolongación Humana



Sociedad Ecuatoriana de Ultrasonidos
en Medicina Capítulo Sierra

Otorgan el presente

Diploma

Al Sr. Dr. **Filipo Morán Montenegro**

Que le acredita como Miembro activo

Quito, Marzo del 2001

Dr. Mauricio Corral Morán

PRESIDENTE

Gabriela Ayala
Dra. Gabriela Ayala

SECRETARIO



Universidad
del Valle

Universidad del Valle

Facultad de Salud - Escuela de Medicina y Cirugía

Departamento de Ginecología y Obstetricia

Servicio de Endocrinología Ginecológica e Infertilidad

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor **FILIPO VLADIMIR MORAN MONTENEGRO**, identificado con cédula de Ciudadanía No.98.362.685 de Pupiales, Médico Residente de la Universidad Central del Ecuador, realizó rotación por nuestro Servicio de Endocrinología Ginecológica e Infertilidad durante el período comprendido entre el 01 de Julio y el 30 de Septiembre de 1998.


RODRIGO CIFUENTES B., MD., Ph.D.

Profesor Titular Emérito

Jefe Departamento

Ginecología y Obstetricia

Santiago de Cali, Septiembre 30 de 1.998

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. LA ESCUELA DE GRADUADOS.
EL POSTGRADO DE PEDIATRIA. EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
LA FEDERACION ECUATORIANA DE ENFERMERAS/OS Y EL COLEGIO MEDICO DE PICHINCHA

Confieren el presente

DIPLOMA



A L. Señor Doctor: FILIPPO MORAN M.

Por haber participado en calidad de: **ASISTENTE**

En el "II CONGRESO NACIONAL DE POSTGRADO EN PEDIATRIA NICOLAS ESPINOSA ROMAN", organizado por la Asociación Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, llevado a cabo del 26 de febrero al 1 de marzo de 1996, en la ciudad de Quito.

DURACION: 60 HORAS

Quito a, 1 de marzo de 1996

[Signature]
DR. ENRIQUE CHIRIBOGA V.
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central

[Signature]
DR. HERNANDO ROSERO C.
Director de la Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas

[Signature]
DR. CARLOS NARANJO C.
Director del Postgrado de Pediatría

[Signature]
DR. CARLOS CEPEDA P.
Presidente del Colegio Médico de Pichincha

[Signature]
DR. JUAN AYALA Y.
Presidente de la Asociación Escuela de Graduados Facultad de Ciencias Médicas

[Signature]
DR. MANUEL MORA N.
Secretario Abogado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador



CONGREGACION DEL ORATORIO DE SAN FELIPE NERI
COLEGIO SAN FELIPE NERI



CERTIFICA QUE:

Dr. Filipo Vladimir Morán Montenegro

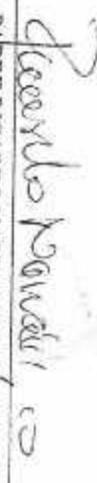
ASISTIO EN CALIDAD DE PONENTE AL PANEL
"SEXUALIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES"

DIRIGIDO AL PERSONAL DOCENTE Y PADRES DE FAMILIA DE LA COMUNIDAD EDUCATIVA FILIPENSE
REALIZADO EN SAN JUAN DE PASTO, LOS DIAS 21 DE AGOSTO Y 11 DE SEPTIEMBRE DE 2013

Colofio
San Felipe Neri


PADRE GIOVANNY CABRERA ROMO C.O.
RECTOR

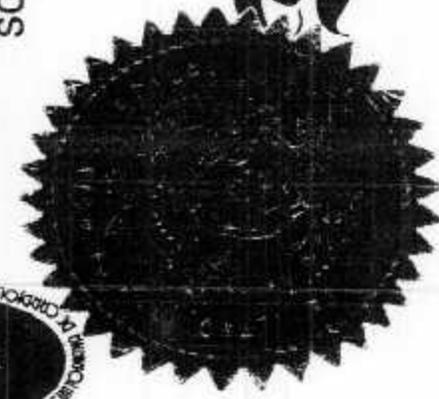
RECTORIA


PADRE RICARDO NARVAEZ CARRASCO C.O.
COORDINADOR ACADEMICO

"Educamos con Amor y Alegría por la paz de Colombia."



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 COLEGIO MEDICO DE PICHINCHA
 UNION DE SOCIEDADES DE CARDIOLOGIA DE AMERICA DEL SUR
 SOCIEDAD ECUATORIANA DE CARDIOLOGIA



CONFIEREN EL PRESENTE

Diploma

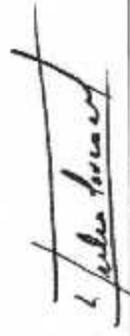
Al Dr. (a) **SIGOR : FILIPO MORAN MONTENEGRO**

Por haber participado en calidad de **A S I S T E N T E**

al **XVI CONGRESO SUDAMERICANO - IX CONGRESO NACIONAL DE CARDIOLOGIA**, realizados los dias 24 - 25 - 26 - 27 y 28 de Mayo de 1993, en la ciudad de Quito, con una duraci3n de 48 horas.

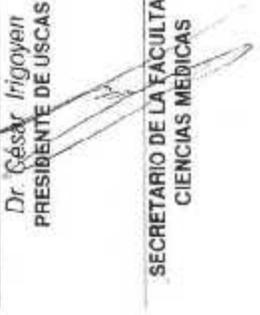

 Dr. Enrique-Chiriboga
 DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS


 Dr. Fernando Hildaigo
 PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ECUATORIANA DE
 CARDIOLOGIA


 Dr. Julio Moscoso
 PRESIDENTE DEL COLEGIO MEDICO DE PICHINCHA


 Dr. Jaime Ochoa
 SECRETARIO DEL CONGRESO SUDAMERICANO Y
 SEC


 Dr. G3sar Irgoyen
 PRESIDENTE DE USCAS


 SECRETARIO DE LA FACULTAD DE
 CIENCIAS MEDICAS



Manual de práctica clínica para un

Aborto seguro

Manual de práctica clínica para un

Aborto seguro

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Manual de práctica clínica para un aborto seguro.

1. Aborto Inducido - métodos. 2. Aborto Inducido – normas. 3. Guía de Práctica Clínica.
I. Organización Mundial de la Salud

ISBN 978 92 4 354871 5

(Clasificación NLM: WQ 440)

© Organización Mundial de la Salud, 2014

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Impreso en Montevideo, Uruguay

Abreviaturas

AINEs	antiinflamatorios no esteroideos
AV	aspiración por vacío
AVE	aspiración por vacío eléctrica
AVM	aspiración por vacío manual
D y E	dilatación y evacuación
DIU	dispositivo intrauterino
FUM	fecha de la última menstruación
Hb	hemoglobina
hCG	gonadotropina coriónica humana
CIE	<i>Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades</i>
IM	intramuscular
ITS	infección de transmisión sexual
IV	intravenoso
OMS	Organización Mundial de Salud
PdeC	productos de la concepción
Rh	Rhesus (grupo sanguíneo)
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

Duración del embarazo o edad gestacional

El número de días o semanas desde el primer día de la fecha de la última menstruación (FUM) de la mujer en mujeres con ciclos regulares (para mujeres con ciclos irregulares tal vez la edad gestacional deba ser determinada mediante el examen físico o ecográfico). En general se considera que el primer trimestre consiste en las primeras 12 semanas, o para algunos expertos, las primeras 14 semanas del embarazo. En todo este documento se define la edad gestacional tanto en semanas como en días, reflejando la definición de la Clasificación *Estadística Internacional de Enfermedades*. (CIE) 1*.

Métodos abortivos médicos (aborto médico)

Uso de fármacos para poner fin al embarazo. Algunas veces se usan los términos “aborto no quirúrgico” o “aborto medicamentoso”.

Dilatadores osmóticos

Varas cortas y delgadas hechas de algas (laminarias) o material sintético. Al colocarlos en el orificio cervical, los dilatadores absorben la humedad y se expanden, dilatando gradualmente el cérvix.

Métodos abortivos quirúrgicos (aborto quirúrgico)

Uso de procedimientos transcervicales para poner fin al embarazo, incluyendo la aspiración al vacío, y la dilatación y evacuación (D&E).

* International statistical classification of diseases and health related problems, 10th revision – ICD-10, Vol. 2, 2008 edition. Geneva: World Health Organization; 2009

Propósito del manual

El *Manual de práctica clínica para el cuidado del aborto seguro* busca facilitar la aplicación práctica de las recomendaciones clínicas de la segunda edición de *Aborto seguro: guía técnica y de políticas para los sistemas de salud* (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2012). Si bien los contextos legales, normativos, de políticas y de servicios pueden variar de un país a otro, las recomendaciones y las mejores prácticas descritas en estos documentos buscan permitir una toma de decisiones basada en la evidencia con respecto a los cuidados que se han de administrar para un aborto seguro.

Este manual está dirigido a los proveedores que ya tienen las destrezas y el entrenamiento necesarios como para atender un aborto seguro y/o tratar las complicaciones de un aborto inseguro. No es ni un sustituto para capacitación formal, ni un manual de entrenamiento.

Esperamos que este manual le sea útil a muchos de prestadores en diferentes instancias y en diferentes contextos jurídicos y de servicios de salud.

Principios guía

Los prestadores deben ser conscientes de la legislación local y las exigencias en cuanto a la notificación. Dentro del marco de la legislación nacional, todas las normativas, normas y la práctica clínica relacionadas con el aborto deberían promover y proteger:

- La salud de las mujeres y las adolescentes y sus derechos humanos;
- La toma de decisiones informada y voluntaria;
- La autonomía en la toma de decisiones;
- La no discriminación;
- La confidencialidad y privacidad.

Algunos ejemplos prácticos de la forma en que los prestadores pueden aplicar estos principios:

- Tratar a todas las mujeres por igual independientemente de su edad, etnia, estado socioeconómico o civil, etc., con presteza y de forma oportuna;
- Asegurar que se atienda el aborto de forma tal que se respete a todas las mujeres como tomadoras de decisiones;
- Brindar información completa, exacta y fácil de comprender;
- Respetar la dignidad de la mujer, garantizando su privacidad y confidencialidad;
- Ser sensible a las necesidades y perspectivas de la mujer;
- Proteger la información médica contra las revelaciones no autorizadas;
- Ser conscientes de las situaciones en las que las mujeres puedan sentir coerción para hacerse un aborto contra su voluntad (por ejemplo: según su estado sanitario, como si viven con VIH);
- Cuando se trabaje con adolescentes, alentar el involucramiento de los padres a través de apoyo, información y educación. No insistir sobre la autorización de los padres, a no ser que así lo exija la ley.

1 PREABORTO

- 1.1 Información, consejería y toma de decisiones 10
- 1.2 Antecedentes médicos 14
- 1.3 Examen físico 16
- 1.4 Laboratorio y otros estudios (de ser necesarios y de estar disponibles) 18
- 1.5 Análisis de las opciones anticonceptivas 19

2 ABORTO

- 2.1 Resumen de los métodos: aborto médico y quirúrgico 22
- 2.2 Prevención y control de infecciones 24
- 2.3 Manejo del dolor 25
- 2.4 Aborto médico 28
- 2.5 Aborto médico: ≤ 12 semanas (o ≤ 84 días) de embarazo 29
- 2.6 Aborto médico: > 12 semanas (o > 84 días) de embarazo 34
- 2.7 Aborto quirúrgico: preparación del cérvix 37
- 2.8 Medicamentos, insumos y equipos para el aborto quirúrgico 40
- 2.9 Aborto quirúrgico: $\leq 12-14$ semanas de embarazo 42
- 2.10 Aborto quirúrgico: $> 12-14$ semanas de embarazo 49

3 POST-ABORTO

- 3.1 Antes de dar de alta de la dependencia sanitaria 56
- 3.2 Seguimiento adicional con un prestador de salud 57
- 3.3 Anticoncepción post aborto 58
- 3.4 Evaluación y manejo de las complicaciones de un aborto 61

PRE ABORTO

- Información, consejería y toma de decisiones
- Antecedentes médicos
- Examen físico
- Laboratorio y otros estudios (de ser necesarios y de estar disponibles)
- Análisis de las opciones de anticoncepción

OBJETIVOS

- Brindar información y ofrecer consejería de forma tal que la mujer pueda comprender, para permitirle tomar sus propias decisiones sobre si hacerse un aborto, y en ese caso, qué métodos elegir.
- Confirmar el estado gestacional y determinar la ubicación intrauterina y la duración de la gestación.
- Evaluar la existencia de alguna patología médica que haya que considerar o que pueda influir sobre la elección del procedimiento de aborto.
- Dar una oportunidad para analizar el uso futuro de la anticoncepción.

Brindar información

La información es un componente necesario de cualquier cuidado médico y siempre se le debe brindar a la mujer que considera hacerse un aborto. Como mínimo debe incluir,

- Los métodos abortivos y las opciones de manejo del dolor de entre los cuales la mujer puede elegir;
- Qué se hará antes, durante y después del procedimiento, incluyendo cualquier examen que se pueda realizar;
- Qué es probable que pueda sentir o experimentar, por ejemplo: dolor y su grado) y cuánto tiempo es probable que lleve el proceso;
- Cómo reconocer posibles complicaciones, y cómo y dónde consultar, de ser necesario;
- Cuándo podrá reintegrarse a sus actividades normales incluyendo las relaciones sexuales;
- Cuidados de seguimiento, incluyendo la prevención de embarazos no deseados en el futuro;
- Los requisitos jurídicos o de notificación que sean necesarios.

La mayoría de las mujeres que se hace un aborto seguro no padece ningún efecto a largo plazo (por ejemplo: resultados adversos en embarazos ulteriores, consecuencias psicológicas negativas, cáncer de mama) sobre su salud general o reproductiva como consecuencia del aborto.

Ofrecer consejería

La consejería es un proceso dirigido e interactivo a través del cual la mujer recibe voluntariamente apoyo, información adicional y orientación de una persona capacitada en un entorno propicio para compartir maneras de pensar, sensaciones y percepciones. Al brindar asesoramiento, recuerde:

- Comunicar la información en lenguaje sencillo;
- Mantener la privacidad;
- Apoyar y asegurar una respuesta adecuada a las preguntas y necesidades de la mujer;
- Evitar imponerle a los valores y creencias personales a la mujer.

Toma de decisiones

Si la mujer decide realizarse un aborto y se dispone de toda una serie de métodos abortivos, debe poder elegir entre los métodos disponibles que sean apropiados, dependiendo de cuánto lleva de embarazo y de su estado de salud. Para ayudarla a elegir es fundamental que cuente con información adecuada y científicamente exacta sobre los posibles factores de riesgo y las ventajas y desventajas de cada uno de los métodos disponibles.

Métodos de aborto recomendados

Según la duración del embarazo



Características de los procedimientos abortivos

≤12–14 SEMANAS

Aborto médico

- Evita la cirugía
- Simula el proceso de pérdida de embarazo
- Controlado por la mujer y puede realizarse en domicilio (< 9 semanas)
- Lleva tiempo (horas a días) consumir el aborto, y tal vez no se puedan predecir los tiempos
- Las mujeres presentan sangrado y calambres, y posiblemente otros efectos colaterales (náuseas, vómitos)
- Tal vez requiera más visitas a la clínica que la AV

Puede ser preferible en las siguientes situaciones:

- Para las mujeres con obesidad severa
- Presencia de malformaciones uterinas o bromas, o, cirugía cervical previa
- Si la mujer quiere evitar una intervención quirúrgica
- Si no se puede o no se quiere hacer un examen de pelvis

Aspiración por vacío

- Procedimiento rápido
- El aborto completo se verifica fácilmente evaluando el PdeC aspirado
- Tiene lugar en dependencias sanitarias
- La esterilización o colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) puede realizarse al mismo tiempo que el procedimiento
- Muy bajo riesgo de lesión uterina o cervical
- Requiere instrumentación del útero
- Los tiempos del aborto son controlados por la clínica y el prestador

Puede ser preferible en las siguientes situaciones:

- Si hay contraindicaciones al aborto médico
- Si hay limitantes de tiempo para coordinar el aborto

Contraindicaciones

- Reacción alérgica previa a uno de los medicamentos involucrados
- Porfiria hereditaria
- Insuficiencia suprarrenal crónica
- Confirmación o sospecha de embarazo ectópico (para el tratamiento de los embarazos ectópicos no se utilizan ni misoprostol ni mifepristona)

Se recomienda cautela y basarse en el criterio clínico en casos de:

- Corticoterapia prolongada (inclusive con presencia de asma severa no controlada)
- Trastornos hemorrágicos
- Anemia severa
- Cardiopatía preexistente o factores de riesgo cardiovascular
- Tiene colocado un DIU (retirar antes de comenzar el esquema de tratamiento)

- No se conocen contraindicaciones absolutas

Se recomienda cautela y basarse en el criterio clínico cuando la mujer:

- Tiene colocado un DIU (retirar antes de comenzar el procedimiento)

>12-14 SEMANAS

Aborto médico

- Evita la cirugía
- Algunas mujeres lo pueden sentir como más natural
- Tiene lugar en dependencias sanitarias
- Lleva tiempo (horas a días) consumir el aborto, y es posible que no se puedan predecir los tiempos
- Las mujeres presentan sangrado y calambres, y posiblemente otros efectos colaterales (náuseas, vómitos)
- Las mujeres permanecen en las instalaciones hasta analizar la expulsión completa del producto de la gestación
- Las mujeres que presenten una cicatriz uterina tienen un riesgo muy bajo (0,28%) de ruptura uterina durante el aborto médico entre las 12 y 24 semanas

Puede ser preferible en las siguientes situaciones:

- Para las mujeres con obesidad severa
- Presencia de malformaciones uterinas o fibromas, o cirugía cervical previa
- Si la mujer quiere evitar una intervención quirúrgica
- Si no se dispone de personal capacitado para realizar D y E

Dilatación y evacuación (D y E)

- Procedimiento rápido
- El aborto completo se verifica fácilmente evaluando el contenido uterino
- Tiene lugar en dependencias sanitarias
- La esterilización o colocación de un dispositivo intrauterino (DIU) puede realizarse al mismo tiempo que el procedimiento
- Requiere preparación cervical antes de realizar el procedimiento
- Requiere instrumentación del útero
- Poco riesgo de lesión uterina o cervical
- Los tiempos del aborto son controlados por la clínica y el prestador

Puede ser preferible en las siguientes situaciones:

- Si el aborto médico está contraindicado
- Si hay limitantes de tiempo para realizar el aborto

Contraindicaciones

- Reacción alérgica previa a uno de los medicamentos involucrados
- Porfiria hereditaria
- Insuficiencia suprarrenal crónica
- Confirmación o sospecha de embarazo ectópico (para el tratamiento de los embarazos ectópicos no se utilizan ni misoprostol ni mifepristona)

Se recomienda cautela y basarse en el criterio clínico en casos de:

- Corticoterapia prolongada (inclusive la presencia de asma severa no controlada)
- Trastornos hemorrágicos
- Anemia severa
- Cardiopatía preexistente o factores de riesgo cardiovascular
- Tiene colocado un DIU (retirar antes de comenzar el esquema de tratamiento)

- No se conocen contraindicaciones absolutas para el uso de D y E

Se recomienda cautela y basarse en el criterio clínico si la mujer:

- Tiene colocado un DIU (retirar antes de comenzar el esquema de tratamiento)

Además de estimar la duración del embarazo, la anamnesis debe servir para identificar la existencia de contraindicaciones por las que no indicar algún método de aborto quirúrgico o médico y para identificar factores de riesgo de complicaciones.

ELEMENTOS VINCULADOS CON LOS ANTECEDENTES MÉDICOS

Datos personales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nombre, edad e información de contacto, de ser posible.
Razón por la que buscar ayuda médica	<ul style="list-style-type: none"> ■ Circunstancias del embarazo, incluyendo los síntomas de embarazo o posibles complicaciones, como sangrado vaginal.
Antecedentes obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Detalles de embarazos anteriores y sus resultados, incluyendo: embarazo ectópico, pérdidas de embarazo y abortos pasados, muertes fetales, nacidos vivos y modo de parto.
Antecedentes ginecológicos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Primera fecha de FUM y si la última menstruación fue normal. ■ Patrón de los ciclos menstruales. ■ Problemas ginecológicos, incluyendo cirugía ginecológica pasada, antecedentes de mutilación genital femenina, u otras anomalías físicas o patologías conocidas. ■ Antecedentes anticonceptivos: <ul style="list-style-type: none"> □ uso actual de anticonceptivos; □ métodos anticonceptivos usados en el pasado y experiencia (positiva o negativa) con estos métodos.
Antecedentes sexuales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pareja o parejas actuales y si esas parejas pueden a su vez tener otras parejas. ■ Antecedentes de síntomas de alguna infección de transmisión sexual (ITS) inclusive virus de inmunodeficiencia humana/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA).

ELEMENTOS VINCULADOS CON LOS ANTECEDENTES MÉDICOS

Antecedentes médicos y quirúrgicos

- Enfermedades crónicas, tales como hipertensión, convulsiones, trastornos de la coagulación, enfermedad hepática, cardiopatías, diabetes, anemia falciforme, asma, patología psiquiátrica importante.
- Detalles de internaciones previas.
- Detalles de intervenciones quirúrgicas en el pasado.

Medicamentos y alergias

- Medicaciones cotidianas.
- Uso de medicaciones recientes o remedios de herboristería, incluyendo toda la medicación y los detalles de su uso (dosis, vía, oportunidad) si se intentó un aborto por cuenta propia.
- Alergia a medicamentos.

Antecedentes sociales

- Estado civil o situación de pareja.
- Entorno familiar.
- Violencia o coerción por la pareja o miembros de la familia.
- Otros aspectos sociales que podrían incidir en su atención.
- Antecedentes y uso actual de alcohol y drogas ilegales.

Nota: En el ejercicio de su profesión, los profesionales de la salud pueden hallar mujeres con situaciones sociales complicadas. El facilitar la derivación a servicios que respondan a las necesidades de la mujer es un aspecto importante de la atención de aborto de buena calidad; no obstante ello, no se debe utilizar los antecedentes sociales (por ejemplo: estado civil) para crear más barreras a la atención.

ELEMENTOS VINCULADOS AL EXAMEN FÍSICO

Valoración del estado general	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aspecto general. ■ Signos vitales. ■ Signos de debilidad, letargia, anemia o desnutrición. ■ Signos o marcas de violencia física. ■ Signos o marcas de violencia física.
Examen abdominal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Palpar el útero, tomando nota del tamaño y de la presencia de dolor exquisito. ■ Tomar nota de la presencia de otras tumoraciones abdominales. ■ Tomar nota de la presencia de cicatrices abdominales de cirugías previas.
Examen de pelvis (examen bimanual y con espéculo)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Explicar a la mujer lo que cabe esperar del examen de pelvis. ■ Examinar los genitales externos buscando anomalías o signos de enfermedad o infección . <p>Examen con espéculo</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Inspeccionar el cuello y el canal del parto: <ul style="list-style-type: none"> □ buscar anomalías o cuerpos extraños; □ buscar signos de infección, como pus o flujo del orificio cervical; en caso de haber pus o flujo, tomar muestras para cultivo, de ser posible, y administrar antibióticos antes de aspirar; □ en este punto se puede realizar la citología cervical, de estar indicada y disponible. <p>Examen bimanual</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Estimar el tamaño, la posición y la movilidad del útero. ■ Valorar tumoraciones de anexos. ■ Valorar si hay dolor exquisito del útero a la palpación o al mover el cérvix, y/o dolor exquisito del espacio rectovaginal (fondo de saco) que pueda indicar infección. ■ Confirmar existencia de embarazo y duración de la gestación.

Determinación de fechas

según el examen físico²



Limitaciones a la determinación de fechas

según el tamaño uterino al examen físico

- Malformaciones uterinas/ fibromas.
- Gestación múltiple.
- Retroversión uterina marcada.
- Obesidad.
- Embarazo molar.

Consideraciones clave

Un útero de menor tamaño que lo esperado puede indicar:

- Que la mujer no está embarazada.
- Fecha inexacta de la menstruación.
- Embarazo ectópico o intrauterino anormal; por ejemplo: aborto espontáneo o aborto retenido.

Un útero de mayor tamaño que lo esperado puede indicar:

- Fecha inexacta de la menstruación.
- Gestación múltiple.
- Anomalías uterinas como fibromas.
- Embarazo molar.

² Goodman S, Wolfe M and the TEACH Trainers Collaborative Working Group. Early abortion training workbook, 3rd ed. San Francisco: UCSF Bixby Center for Reproductive Health Research & Policy; 2007.

De estar disponibles, se pueden realizar los siguientes exámenes sobre la base de los factores de riesgo individuales, lo que se encuentre en el examen físico y los recursos con los que se cuente:

- Prueba de embarazo si el embarazo no está confirmado.
- Hemoglobina (Hb) o hematocrito si se sospecha anemia.
- Pruebas de Rhesus (Rh), donde se disponga de inmunoglobulina Rh para las mujeres Rh negativas.
- Pruebas de VIH /asesoramiento.
- Despistaje de ITS (habitualmente se realiza durante el examen de pelvis).
- Tamizaje de cáncer cervical (realizado durante el examen de pelvis).
- Otras pruebas de laboratorio según el examen médico (pruebas de funcionalidad renal o hepática, etc.).
- Diagnóstico ecográfico, de estar indicado, para confirmar las fechas de embarazo o la ubicación del embarazo.

IMPORTANT E

Los exámenes de laboratorio no son un prerrequisito para el aborto.

Está demostrado que si se inicia la anticoncepción luego de un aborto se mejora la adherencia y se reduce el riesgo de embarazo no buscado.

Suministro de información y asesoramiento

- Informe a todas las mujeres que la ovulación puede restablecerse dentro de las 2 semanas siguientes a un aborto, por lo que existe el riesgo de que quede embarazada a menos que use un método anticonceptivo eficaz.
- Si la mujer está interesada en la anticoncepción, necesita información precisa que la ayude a elegir el método anticonceptivo más apropiado para satisfacer sus necesidades.
- Hay que entender que algunas mujeres prefieren hablar de las opciones de anticoncepción una vez finalizado el aborto.
- Si una mujer está buscando un aborto después de lo que ella considera una falla del método anticonceptivo, analizar con ella si puede ser que haya utilizado el método de forma incorrecta y cómo utilizarlo correctamente, o si puede servirle cambiar a otro método.
- En última instancia, la decisión final sobre si se debe utilizar un método anticonceptivo, y en ese caso, cuál sería el método a utilizar, corresponde únicamente a la mujer.

IMPORTANTE

La aceptación por parte de una mujer de un método anticonceptivo nunca debe ser una condición previa para hacerle un aborto.

ABORTO

- Resumen de los métodos:
aborto médico y quirúrgico
- Prevención y control de infecciones
- Manejo del dolor
- Aborto médico:
 - ≤ 12 semanas (o ≤ 84 días) de embarazo
 - > 12 semanas (o > 84 días) de embarazo
- Aborto quirúrgico:
 - Preparación del cérvix
 - Medicamentos, insumos y equipos
 - $\leq 12-14$ semanas de embarazo
 - $> 12-14$ semanas de embarazo

Aborto médico

HASTA 9 SEMANAS (63 DÍAS)

9–12 SEMANAS (63–84 DÍAS)

MIFEPRISTONA Y MISOPROSTOL

- Mifepristona 200 mg
- Oral
- Única dosis
- Misoprostol 800 µg
- Vestibular, vaginal o sublingual
- Única dosis
- O
- Si no más de 7 semanas (49 días)*
- Misoprostol 400 µg
- Oral
- Única dosis
- Usar **24–48 horas** después de recibir mifepristona

- Misoprostol 800 µg, seguido de 400 µg
- Vaginal, luego vaginal o sublingual
- Cada 3 horas hasta la expulsión o hasta 5 dosis
- Iniciar **36–48 horas** después de recibir mifepristona

MISOPROSTOL SOLO

- Misoprostol 800 µg
- Vaginal o sublingual
- Cada **3–12 horas** hasta 3 dosis

Aborto quirúrgico

≤12–14 SEMANAS

Aspiración por vacío

Los métodos de aspiración por vacío incluyen:

- Aspiración por vacío manual (AVM)
- Aspiración por vacío eléctrica (AVE)

>12 SEMANAS (84 DÍAS)

- Misoprostol 800 µg, seguido de 400 µg
 - Vaginal, luego vaginal o sublingual
 -
 - Misoprostol 400 µg, seguido de 400 µg
 - Oral, luego vaginal o sublingual
 - Cada 3 horas hasta 5 dosis
 - Comenzar a usar **36–48 horas** después de tomar mifepristona
-
- Misoprostol 400 µg
 - Vaginal o sublingual
 - Cada **3 horas** hasta 5 dosis

Para embarazos de más de 24 semanas, debería reducirse la dosis de misoprostol, dada la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas, pero no se puede dar recomendaciones de dosificaciones específicas debido a la falta de estudios clínicos.

>12–14 SEMANAS

Dilatación y evacuación (D y E)

D y E es el método quirúrgico para el aborto >12–14 semanas de embarazo.

Dado que los procedimientos abortivos y su atención implican contacto con sangre y otros líquidos corporales, todo el personal clínico y de apoyo que presta estos servicios debe comprender y aplicar precauciones normalizadas para la prevención y control de infecciones, para su propia protección y la de sus pacientes.

Precauciones estándar, también llamadas precauciones universales:

- Se debería aplicar en todas las situaciones en las que los trabajadores de la salud prevén que habrá contacto con: sangre; cualquier líquido corporal aparte de la transpiración; piel no intacta; y membranas mucosas;
- siempre se las debe seguir, independientemente del estado infeccioso supuesto de una persona o su diagnóstico;
- reducir a un mínimo o eliminar la transmisión de la enfermedad de una paciente a un trabajador de la salud, del trabajador de la salud a la paciente, o de una paciente a otra.

Precauciones estándar

- Lavado de manos;
 - el lavado de manos con jabón y agua corriente debería realizarse de rutina antes y después de cada contacto, incluyendo el contacto con artículos posiblemente contaminados, aun cuando se estén usando guantes;
 - debe usarse guantes y se los debe cambiar entre los contactos con los diferentes clientes y entre los exámenes de vagina (o rectales) de una misma mujer. Luego de terminar los cuidados de una mujer y quitarse los guantes, el profesional de la salud siempre se debe lavar las manos, ya que los guantes pueden tener agujeros no detectados.
- Uso de barreras como túnicas, guantes, delantales, máscaras, gafas protectoras y calzado protector:
 - es de destacar que el uso de otros insumos auxiliares, como zapatones estériles, no hace demasiada diferencia en cuanto a las tasas de infección, aunque aumenta los costos.
- Técnica aséptica:
 - antes de cualquier procedimiento de aborto quirúrgico, se debe limpiar el cérvix de la mujer con un antiséptico (por ejemplo: betadina).
- Correcta manipulación y eliminación de instrumentos alados (“losos”) – hojas de bisturí y agujas.
- Correcta manipulación y procesamiento de los instrumentos y materiales.

Precaución: *No es seguro manipular los aspiradores, cánulas y adaptadores con las manos descubiertas hasta que se los haya limpiado.*

Casi todas las mujeres que se hacen un aborto presentan algo de dolor y calambres. El descuidar este elemento tan importante aumenta innecesariamente la ansiedad y el malestar de una mujer, lo que podría alargar el procedimiento y comprometer la atención.

- La intensidad del dolor que puede sufrir una mujer cuando se le hace la evacuación uterina o la expulsión del embarazo, y su respuesta al dolor, varía mucho.
- Es preciso valorar individualmente las necesidades de manejo del dolor de cada mujer.
- Para reducir el dolor asociado con el aborto pueden servir tanto los métodos farmacológicos como no farmacológicos.
- Para optimizar el uso seguro de todas las medicaciones analgésicas, se le debe prestar una atención cuidadosa a los antecedentes médicos de la mujer, sus alergias y el uso concomitante de medicaciones que podrían interactuar con cualquier agente analgésico o anestésico disponible.

Comprender el dolor vinculado al aborto

- Una mujer que se hace un aborto puede sentir ansiedad, miedo o aprensión.
 - La ansiedad puede aumentar la sensibilidad al dolor.
 - Es posible que una mujer que está muy ansiosa no pueda quedarse quieta en la camilla de procedimientos para un aborto quirúrgico, lo que en caso de no tratarse puede comprometer su seguridad.
- El dolor relacionado con la dilatación cervical fisiológica y mecánica y las contracciones uterinas es común entre las mujeres sometidas a aborto.

IMPORTANTE

Ofrecer a todas las mujeres manejo del dolor apropiado antes de un aborto médico o quirúrgico.

Opciones de manejo del dolor

	ABORTO QUIRÚRGICO	ABORTO MÉDICO
MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comunicación respetuosa, sin juicios de valor ■ Apoyar y calmar verbalmente ■ Técnica operatoria suave, delicada ■ Informar cada paso del procedimiento antes de realizarlo (si la mujer así lo desea) ■ Presencia de una persona de apoyo que se queda con ella durante el proceso (si la mujer así lo desea) ■ Alentar a respirar profunda y controladamente ■ Escuchar música ■ Bolsa de agua caliente o almohadilla térmica 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comunicación respetuosa, sin juicios de valor ■ Apoyar y calmar verbalmente ■ Explicación minuciosa sobre qué esperar ■ Presencia de una persona de apoyo que se queda con ella durante el proceso (si la mujer así lo desea) ■ Bolsa de agua caliente o almohadilla térmica
MÉTODOS FARMACOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ansiolíticos/sedantes (por ejemplo: diazepam 5–10 mg) ■ Analgesia (agentes antiinflamatorios no esteroideos [AINEs], por ejemplo: ibuprofeno: 400–800 mg) ■ Anestésico local (bloqueo paracervical con lidocaína (habitualmente 10–20 mL de 0,5 a 1,0%)) ■ Sedación consciente o anestesia general. En algunos casos, no de rutina. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ansiolíticos / sedantes (por ejemplo: diazepam 5–10 mg) ■ Analgesia (AINEs, por ejemplo: ibuprofeno: 400–800 mg) ■ También se pueden dar medicaciones adyuvantes, de estar indicadas, por los efectos colaterales del misoprostol (por ejemplo: loperamida para diarrea). ■ >12 semanas de gestación Además de AINEs, ofrecer por lo menos uno o más de los siguientes <ul style="list-style-type: none"> □ opiáceos orales; opiáceos; □ intramusculares (IM) o intravenosos (IV); anestesia epidural.
	<ul style="list-style-type: none"> ■ No se recomienda el uso del Paracetamol para reducir el dolor durante el aborto. ■ Para asegurar que las medicaciones orales tengan su mayor efectividad en el momento del procedimiento, administrarlas 30 – 45 minutos antes del procedimiento. 	

Ejemplo de cómo realizar un bloque paracervical*

- Inyectar 1–2 ml de anestésico en el lugar del cuello en el que se coloca el tenáculo (a la hora 12 o a las 6, dependiendo de la preferencia del prestador o de la presentación del cérvix).
- Luego, estabilizar el cérvix con el tenáculo en el lugar anestesiado.
- Usar una leve tracción para mover el cérvix y exponer o identificar la transición del epitelio liso cervical al tejido vaginal, lo que determina la zona de administración.
- Inyectar lentamente 2–5 ml de lidocaína a una profundidad de 1.5–3 cm en 2–4 puntos en la unión cervical/vaginal (a la hora 2 y a las 10 y/o a la hora 4 y 8).
- Mover la aguja mientras que se inyecta o se aspira antes de inyectar, para evitar inyectar dentro de un vaso.
- La dosis máxima de lidocaína en un bloque paracervical es 4,5 mg/kg/dosis o generalmente 200–300 mg (aproximadamente 20 ml al 1% o 40 ml al 0,5%).

IMPORTANTE

No se recomienda el uso de anestesia general de rutina para la aspiración de vacío o D y E.

Las medicaciones usadas para anestesia general son uno de los pocos aspectos de los cuidados del aborto que pueden amenazar la vida. Cualquier dependencia sanitaria que ofrezca anestesia general debe tener equipos y personal especializados en el manejo del procedimiento y sus complicaciones.

Cuando maneja el dolor por vía intravenosa, sedación consciente o anestesia general, debe estar presente un clínico capacitado (y certificado si así lo exige la ley) para vigilar los parámetros respiratorios, cardiovasculares y neurológicos, incluyendo el nivel de conciencia. El profesional que hace el manejo del dolor por vía IV debe estar preparado para dar soporte respiratorio en caso de producirse un paro respiratorio.

Si se siguen los límites recomendados del rango de dosis se reducen en gran medida los riesgos asociados con estas medicaciones. Siempre que se usen medicamentos que producen sedación y, potencialmente, depresión respiratoria, tiene que contarse con sus antagonistas, preferiblemente en un carrito de emergencia, junto con las instrucciones sobre el tratamiento de las reacciones adversas.

*Maltzer DS, Maltzer MC, Wiebe ER, Halvorson-Boyd G, Boyd C. Pain management. In: Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, editors. A clinician's guide to medical and surgical abortion. New York: Churchill Livingstone; 1999:73–90.

Consideraciones clínicas

- El aborto médico es un proceso de múltiples pasos que involucra dos medicamentos (mifepristona y misoprostol) y/o dosis múltiples de una medicación (misoprostol solo).
- Las mujeres deben poder acceder, de ser necesario, a asesoramiento y atención de emergencia en caso de complicaciones.
- Informar a la mujer que el misoprostol podría tener efectos teratogénicos si el aborto fracasa y la mujer decide seguir adelante con el embarazo.
 - No es necesario insistir sobre la terminación de un embarazo expuesto a la medicación, los datos sobre teratogenicidad son limitados y no concluyentes. Sin embargo, dado el potencial riesgo, en esta situación es importante hacer el seguimiento del embarazo.
- Mifepristona y misoprostol no interrumpen un embarazo ectópico.
 - La ausencia de sangrado es una posible indicación de que el embarazo pueda ser ectópico, pero también puede significar que un embarazo intrauterino no se abortó.
 - Aun si el embarazo es ectópico, una mujer puede presentar algo de sangrado después de recibir mifepristona y misoprostol porque la decidua puede responder a las medicaciones.
 - Evaluar a la mujer para detectar embarazo ectópico si relata síntomas o signos de embarazo que sigue adelante después de un aborto médico.

Esquemas de tratamiento para el aborto médico
≤12 semanas (o ≤84 días) de embarazo

	HASTA 9 SEMANAS (63 DÍAS)	9-12 SEMANAS (63-84 DÍAS)
MIFEPRISTONA Y MISOPROSTOL	<ul style="list-style-type: none"> Mifepristona 200 mg Oral Única dosis 	<ul style="list-style-type: none"> Misoprostol 800 µg, seguido de 400 µg Vaginal, luego vaginal o sublingual Cada 3 horas hasta la expulsión o hasta 5 dosis Iniciar 36-48 horas después de recibir mifepristona
	<p>O</p> <p><i>Si no van más de 7 semanas (49 días)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Misoprostol 400 µg Oral Única dosis Usar 24-48 horas después de recibir mifepristona 	
MISOPROSTOL SOLO	<ul style="list-style-type: none"> Misoprostol 800 µg Vaginal o sublingual Cada 3-12 horas hasta 3 dosis 	

Realización del procedimiento

✓ Administración de la medicación para iniciar el aborto médico

- La mifepristona siempre se administra por vía oral.
- El misoprostol puede administrarse por diferentes vías, incluyendo la vía oral, vaginal, vestibular y sublingual. Los efectos colaterales y las instrucciones de uso difieren (ver Características de las diferentes vías de administración del misoprostol, p.31).
- Para el aborto médico no es necesario hacer profilaxis antibiótica.

✓ Ofrecer cuidados de soporte antes y durante la expulsión del embarazo

Garantizar que todas las mujeres tengan acceso a la información y servicios para ayudar a completar el procedimiento de manera exitosa, referirse a los efectos colaterales comunes y manejar las complicaciones que puedan surgir.

- Analizar la magnitud de dolor y sangrado que acompaña el proceso del aborto. Explicar la posibilidad de sangrado profuso con coágulos, el pasaje de los productos de concepción, y que para algunas mujeres el dolor puede ser significativamente más intenso que los calambres menstruales normales.
- Es esencial que la mujer sepa consultar si presenta:
 - Sangrado prolongado o profuso (que empape más de dos paños higiénicos por hora durante dos horas consecutivas);
 - Fiebre que dure más de 24 horas;
 - O si presenta malestar general más de 24 horas después de la administración de misoprostol.

Uso de misoprostol en domicilio: algunas consideraciones

- Asegurarse que la mujer comprenda cuándo y cómo usar los comprimidos de misoprostol antes de irse a su domicilio.
- Asegurarse que la mujer comprenda cuándo y cómo administrarse la medicación para el dolor. Hay otras medidas para calmar el dolor que deben examinarse con cada mujer para que las pueda usar si así lo prefiere.
- Asegurarse que la mujer comprenda cómo ponerse en contacto con un prestador de salud en caso de tener preguntas, inquietudes o complicaciones.

Uso de misoprostol en dependencias sanitarias: algunas consideraciones

- Asegurarse que la mujer tenga acceso a servicios higiénicos privados mientras que espera la expulsión del embarazo.

Características de las diferentes vías de administración del misoprostol

VÍA	INSTRUCCIONES DE USO	NOTAS
Oral	Se tragan las pastillas	<ul style="list-style-type: none">■ Solo se recomienda hasta 7 semanas (49 días) y después de 12 semanas (84 días)■ Los efectos colaterales incluyen diarrea y náuseas, fiebre y escalofríos
Vestibular	Se colocan las pastillas entre la mejilla y las encías y se tragan después de 30 minutos	<ul style="list-style-type: none">■ Más fiebre y escalofríos que con la vía vaginal
Sublingual	Se colocan las pastillas bajo la lengua y se tragan después de 30 minutos	<ul style="list-style-type: none">■ Más fiebre, escalofríos, diarrea y vómitos comparado con la vía vaginal■ Inicio más rápido de acción y niveles plasmáticos más elevados
Vaginal	Se colocan las pastillas en los fórnicies vaginales (las porciones más profundas de la vagina) y se le indica a la mujer que se acueste 30 minutos	<ul style="list-style-type: none">■ Los fragmentos de las pastillas pueden ser visibles■ Menor tasa de efectos colaterales

Vías vestibular y sublingual de la administración de misoprostol



Vestibular



Sublingual

Efectos colaterales y complicaciones y su manejo

DESCRIPCIÓN	MANEJO
Dolor	<ul style="list-style-type: none">■ Comunicación respetuosa, sin juicios de valor■ Dar apoyo verbal y transmitir calma■ Explicación minuciosa de qué esperar■ La presencia de una persona de apoyo que se puede quedar acompañándola durante el proceso (solo si ella lo desea)■ Bolsa de agua caliente o almohadilla térmica AINEs, como el ibuprofeno
Sangrado	<ul style="list-style-type: none">■ Crear expectativas razonables sobre la cantidad y la duración del sangrado■ Si existen evidencias de compromiso hemodinámico, iniciar líquidos IV■ Aspiración por vacío por sangrado profuso■ Transfusión sanguínea, de ser necesario (raro)
Fiebre (las dosis repetidas de misoprostol pueden provocar elevación de la temperatura)	<ul style="list-style-type: none">■ Medicación antipirética, como paracetamol■ Si la fiebre persiste durante más de 24 horas tras el misoprostol, se justifica evaluación adicional
Náuseas y vómitos	<ul style="list-style-type: none">■ Auto-limitados. Tranquilizar, dar antieméticos de desearse
Diarrea	<ul style="list-style-type: none">■ Auto-limitados. Tranquilizar, dar medicación antidiarreica, de desearse.■ Alentar la hidratación por vía oral
Infección pélvica	<ul style="list-style-type: none">■ Si se sospecha infección, realizar examen físico■ Si se confirma infección, dar antibióticos y realizar evacuación uterina e internar en caso de ser necesario

Cuidados de seguimiento

Mifepristona y misoprostol

- Desde el punto de vista médico no es necesario hacer un control obligatorio de rutina. La mujer debería poder acudir a una visita de control si así lo desea. De agendarse una visita de control, debe realizarse entre los días 7 y 14.

Misoprostol solo

- Se recomienda hacer un seguimiento clínico para garantizar que se ha consumado el aborto. (Este esquema es menos efectivo que el esquema combinado).

Valoración para confirmar que se ha completado el aborto

El uso de signos y síntomas clínicos con el examen bimanual, los niveles de gonadotropina coriónica humana (hCG) o la ecografía (de estar disponible) puede confirmar que se ha consumado el aborto.

Se necesitará seguir evaluando para confirmar que se ha consumado el aborto si:

- una mujer relata que presenta síntomas de embarazo y/o tiene solo un sangrado mínimo luego de recibir medicación abortiva tal como se le indicó:
 - se debe sospechar un embarazo en curso y los estudios adicionales podrían incluir el examen de pelvis, que demuestre un útero que sigue creciendo, o una ecografía, demostrando un embarazo que prosigue;
 - ofrecer una aspiración por vacío o repetir la administración de misoprostol para completar su aborto;
- una mujer relata calambres y sangrados prolongados o excesivos, y no se sospecha un embarazo intrauterino en curso (ver arriba):
 - considerar un diagnóstico de embarazo ectópico y manejar correctamente;
 - ofrecer repetir el misoprostol o aspiración por vacío para consumir el aborto;
- una mujer relata que el sangrado es más ligero que lo esperado o inexistente, y no se sospecha un embarazo intrauterino en curso:
 - considerar un diagnóstico de embarazo ectópico y manejarlo correctamente.

Consideraciones clínicas

- La administración del misoprostol tiene lugar en instalaciones sanitarias.
- Las mujeres permanecen en la clínica hasta que se haya completado la expulsión del embarazo.
- Si la edad gestacional es mayor a las 20 semanas, algunos prestadores de salud consideran la muerte fetal antes de realizar el procedimiento.
- La sensibilidad uterina a las prostaglandinas aumenta con la edad gestacional. Por lo tanto, la dosis de misoprostol disminuye al ir aumentando la edad gestacional

Recomendaciones para el aborto médico

>12 SEMANAS (O >84 DÍAS)

MIFEPRISTONA Y MISOPROSTOL

- Mifepristona 200 mg
 - Oral
 - Única dosis
-
- Misoprostol 800 µg, luego 400 µg
 - Vaginal, luego vaginal o sublingual
 -
 - Misoprostol 400 µg, luego 400 µg
 - Oral, luego vaginal o sublingual
 - Cada 3 horas hasta 5 dosis
 - Comenzar a usar **36–48 horas** después de recibir mifepristona

MISOPROSTOL SOLO

- Misoprostol 400 µg
- Vaginal o sublingual
- Cada **3 horas** hasta 5 dosis

Para embarazos de más de 24 semanas, debería reducirse la dosis de misoprostol, dada la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas, pero no se puede dar recomendaciones de dosificaciones específicas debido a la falta de estudios clínicos.

Realización del procedimiento de aborto

✓ Administrar la medicación para iniciar el aborto médico

- La Mifepristona siempre se administra por vía oral.
- El misoprostol se puede administrar por diferentes vías, incluyendo las vías orales, vaginal, vestibular y sublingual. Los efectos colaterales y las instrucciones de uso difieren.
- Para el aborto médico no es preciso hacer profilaxis antibiótica.

✓ Garantizar la rápida repetición de la administración de misoprostol de ser necesario y ofrecer cuidado de apoyo mientras que se espera la expulsión del embarazo

En general los calambres aparecen antes de la segunda dosis de misoprostol; sin embargo, el momento de aparición es variable. La mujer debe ser controlada cada 30 minutos desde el momento de la primera dosis de misoprostol, particularmente en relación con su necesidad de manejar el dolor.

El tiempo en que se espera que se debe dar la expulsión y la finalización del aborto aumenta con la edad gestacional y con la nuliparidad.

✓ Expulsión del feto y la placenta

- Si el feto /producto de la concepción (PdeC) no han sido eliminados a las 8 – 10 horas de recibir el misoprostol, realizar un examen vaginal, y retirar el PdeC si se encuentra presente en la vagina o el orificio cervical.
- No se justifica hacer un raspado de útero de rutina.
 - El uso de métodos modernos de aborto médico (misoprostol con o sin mifepristona) arroja tasas bajas (<10%) de placenta retenida. La evacuación uterina por aspiración por vacío (o curetaje, cuando no se cuenta con aspirado) para extraer la placenta solo se debe realizar en mujeres que tienen un sangrado profuso, fiebre o placenta retenida más allá de las 3 o 4 horas.



Recuperación y alta de la dependencia sanitaria

- Asegurar a la mujer que el procedimiento se ha terminado y que ya no está embarazada.
- Ofrecerse a abordar cualquier necesidad emocional que la mujer pudiera presentar inmediatamente luego del aborto.
- Controlar para detectar complicaciones y brindar el tratamiento, de necesitarse.
- La mujer puede abandonar las instalaciones cuando esté estable y cumpla con los criterios de alta.
- Garantizar que la mujer tiene toda la información necesaria y/o las medicaciones antes de abandonar las instalaciones.
- Documentar todos los resultados del tratamiento, incluyendo los eventos adversos.



NOTA

La fiebre puede ser un efecto colateral frecuente de las dosis repetidas de Misoprostol; la administración de paracetamol o ibuprofeno disminuye el malestar de la mujer. Toda fiebre que persista horas después de la última dosis de misoprostol debe ser evaluada.

El dolor severo que persiste debe ser evaluado para descartar una rotura uterina, una complicación rara.

Se recomienda preparar el cuello antes del aborto quirúrgico en todas las mujeres con embarazos de más de 12–14 semanas.

- Si bien no se recomienda de rutina para embarazos de menos de 12 semanas de duración, se puede considerar el uso de la preparación cervical para todas las mujeres sometidas a un aborto quirúrgico. Entre los factores que inciden en esta consideración se puede incluir si la mujer tiene un mayor riesgo de presentar complicaciones por el aborto, así como la experiencia del personal de salud.
- Una adecuada preparación del cérvix disminuye la morbilidad asociada con el aborto quirúrgico del segundo trimestre, incluyendo el riesgo de lesionar el cuello, una perforación uterina o un aborto incompleto.
- Para preparar el cérvix se puede usar dilatadores osmóticos y agentes farmacológicos.
- En el momento de preparar el cérvix se debe dar analgésicos como ibuprofeno y/o narcóticos, así como ansiolíticos orales a demanda, antes del procedimiento, para maximizar su efectividad.

IMPORTANTE

Si una mujer sometida a una preparación cervical comienza a sangrar profusamente por la vagina, se le debe hacer el procedimiento de evacuación sin demoras.

Preparación cervical antes del aborto quirúrgico

≤12-14 SEMANAS

- Introducción de la laminaria dentro del canal cervical 6-24 horas antes del procedimiento

- Administración de mifepristona

DOSIS	VÍA	OPORTUNIDAD
200 mg	Oral	24-48 horas antes del procedimiento

- Administración de misoprostol

DOSIS	VÍA	OPORTUNIDAD
400 µg	Vaginal	3-4 horas antes del procedimiento
400 µg	Sublingual	2-3 horas antes del procedimiento

NOTA: La administración vaginal produce una dilatación igualmente efectiva con menos efectos colaterales sistémicos que la administración sublingual.

>12-14 SEMANAS

- El uso del misoprostol produce menos dilatación que los dilatadores osmóticos pero tiene la ventaja de ser un procedimiento que se completa en un único día en la mayoría de las mujeres

- Gestación de 12-19 semanas: ya sea misoprostol o dilatadores osmóticos

- Después de las 20 semanas de gestación: se prefieren los dilatadores osmóticos

- Administración de misoprostol

DOSIS	VÍA	OPORTUNIDAD
400 µg	Vaginal	3-4 horas antes del procedimiento

Ejemplo de cómo introducir los dilatadores osmóticos

- Colocar un espéculo en la vagina y limpiar el cérvix con una solución antiséptica sin alcohol.
- Aplicar una anestesia local al labio cervical, o un bloqueo de todo el cuello (ver instrucciones para la administración de un bloqueo paracervical, p.27), luego tomar el labio del cuello con un tenáculo atraumático.
- Tome el extremo del dispositivo osmótico con pinza (pinza en anillo o para taponamiento) e introdúzcala en el canal endocervical de modo que la punta se extienda justo pasando el orificio cervical interno. La colocación puede verse facilitada si se recubre el dilatador osmótico con una jalea lubricante o con una solución antiséptica.
- Coloque en secuencia los dilatadores uno al lado del otro dentro del orificio cervical para que encaje en el canal cervical ceñidamente.

Otras consideraciones referentes al uso de dilatador osmótico y misoprostol para la dilatación cervical

Dilatadores osmóticos

- El máximo de dilatación tiene lugar entre 6 y 12 horas después de colocarlos. Cuando inicialmente se coloca una cantidad de dilatadores osmóticos menor que los deseados, se puede repetir el procedimiento, a las 4 horas o al día siguiente, para colocar otros dilatadores adicionales.
- Dado que existe un riesgo mínimo de que la laminaria se expulse después de colocarla, las mujeres a menudo se van de la clínica y vuelven posteriormente para terminar su procedimiento en algún momento programado

Misoprostol

- Las mujeres pueden presentar algo de sangrado y calambres a causa del misoprostol.
- Asegurar que haya un lugar donde las mujeres puedan esperar cómodamente mientras que hace efecto el misoprostol.
- Si el cuello no se dilata con facilidad después de una dosis de misoprostol, se la puede repetir

Medicamentos, insumos y equipos para el aborto quirúrgico

EVALUACIÓN CLÍNICA

PROCEDIMIENTO AV Y PROCEDIMIENTO D Y E

FÁRMACOS E INSUMOS

- Guantes de examen limpios
- Agua limpia
- Detergente o jabón
- Agente para preparar el cuello (ej. misoprostol, mifepristona, dilatadores osmóticos)
- Medicaciones para calmar el dolor, tales como analgésicos y ansiolíticos
- Guantes
- Túnica, protección facial
- Aguja (raquídea diámetro 22 para bloqueo paracervical y diámetro 21 para la administración del medicamento)
- Jeringas (5, 10 y 20 mL)
- Lidocaína para bloqueo paracervical
- Esponjas de gaza o bolas de algodón
- Solución antiséptica (sin alcohol) para preparar el cérvix
- Solución para sumergir el instrumento
- Esterilización o soluciones y materiales para desinfección de alto nivel
- Silicona para las jeringas de lubricante

EQUIPOS

- Equipo de presión arterial
- Estetoscopio
- **Espéculo (boca ancha para aumentar la exposición del cérvix y corta para evitar empujar el cuello o un espéculo de Sims si se cuenta con un asistente)***
- Tenáculo (cuando esté disponible)
- **Dilatadores cónicos de hasta 51 mm o circunferencia equivalente***
- Cánula con tamaños escalonados hasta 12 o 14 mm
- Aspirador eléctrico por vacío (con cánulas de hasta 12–14 mm) o aspirador manual por vacío (con cánulas de hasta 12 mm)
- **Fórceps de evacuación uterina de Bierer (grande y pequeño)***
- **Fórceps de evacuación uterina de Sopher (pequeño)***
- **Cureta postparto flexible grande***
- Fórceps con esponja
- Bowl de acero inoxidable para preparar soluciones
- Bandeja de instrumentos
- Bandeja de vidrio transparente para inspección de tejidos
- Colador (metal, vidrio o gaza)

*En negrita se destaca el equipamiento para dilatación y evacuación (D y E).

RECUPERACIÓN	EN CASO DE COMPLICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> ■ Guantes de examen limpios ■ Analgésicos ■ Antibióticos ■ Información sobre los autocuidados personales después del procedimiento ■ Métodos anticonceptivos post aborto e información y/o derivación 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antagonistas apropiados a las medicaciones usadas para calmar el dolor ■ Uterotónicos (ocitocina, misoprostol o ergometrina) ■ Vía IV y fluidos (suero fisiológico, lactato de sodio, glucosa) ■ Mecanismos claros para derivación a instalaciones de mayor nivel, de ser necesario
<ul style="list-style-type: none"> ■ Equipo de presión arterial ■ Estetoscopio 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Oxígeno y ambú ■ Acceso a ecógrafo en el centro (opcional) ■ Porta agujas largo y material de sutura ■ Tijeras ■ Material para taponamiento uterino

Consideraciones clínicas

Hay dos tipos de aspirado por vacío.

- El aspirado por vacío manual (AVM) emplea un aspirador portátil para generar un vacío. Se adosa el aspirador a la cánula con diámetros de 4 a 14 mm y se lo puede usar en una serie de situaciones diferentes, inclusive en lugares donde no hay electricidad.
- El aspirado por vacío eléctrico (AVE) emplea una bomba eléctrica para generar un vacío y puede alojar una cánula de entre 14 y 16 mm de diámetro, con una tubuladura de mayor diámetro (para cánulas >12 mm).

El procedimiento abortivo se realiza de forma similar, independientemente del tipo de vacío usado.

Antes de iniciar el procedimiento

- Derivar a la mujer a una dependencia apropiada, según necesite, si se detecta alguna condición que pueda provocar o exacerbar complicaciones.
- Realizar la preparación del cuello, de ser necesario. (Referirse al Aborto Quirúrgico: preparación cervical - Sección 2.7, p. 37)
- Instaurar profilaxis antibiótica para reducir las infecciones posteriores al procedimiento.
- Confirmar que la mujer haya recibido sus medicaciones para alivio del dolor.
- Garantizar que se han reunido todos los equipos y que están listos para usarse. Si usa AVM, asegúrese de verificar que:
 - el aspirador forma un vacío antes de comenzar el procedimiento;
 - se dispone de aspiradores de repuesto a mano, por si se presentara algún problema técnico con el primer aspirador.

IMPORTANTE

Se recomienda iniciar antibióticos profilácticos en el preoperatorio o durante el procedimiento, para reducir el riesgo de infección después del procedimiento: las dependencias donde se ofrecen abortos quirúrgicos deberían hacer los esfuerzos necesarios para asegurar la provisión de antibióticos adecuados. Sin embargo, si no se dispone de antibióticos, igual se pueden realizar los abortos.

Aborto quirúrgico

≤12–14 semanas de embarazo

1	Solicitar a la mujer que vacíe la vejiga
2	Lavarse las manos y ponerse barreras de protección
3	Realizar un examen bimanual
4	Colocar el espéculo
5	Realizar una preparación antiséptica del cuello
6	Realizar un bloqueo paracervical (o proceda al Paso 7)
7	Dilatar el cuello
8	Introducir la cánula
9	Aspirar el contenido uterino
10	Inspeccionar el tejido
11	Realizar cualquiera de los procedimientos concomitantes
12	Recuperación y alta de las instalaciones sanitarias

LA TÉCNICA "SIN-TOCAR"

La reducción de la infección después de aspirar al vacío se logra usando instrumentos correctamente desinfectados o esterilizados, administrando antibióticos profilácticos, y usando la técnica de "sin tocar".

La técnica de no tocar significa que las piezas de los instrumentos que ingresan al útero no deberían tocar objetos o superficies que no sean estériles, como las paredes de la vagina, antes de introducirse.

Por ende, durante el procedimiento de aspiración, el prestador:

- agarra y toca solo la porción media de los dilatadores, evitando las puntas;
- agarra y toca solo la porción media de los dilatadores, evitando las puntas;

La base de esta técnica es el reconocimiento que, aun con la aplicación de la solución antiséptica al cérvix, es imposible esterilizar la vagina.

Referencia: Meckstroth K, Paul M. First trimester aspiration abortion. In: Paul M. Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MD, editors. Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.; 2009:135–56.

1 > Solicitarle a la mujer que vacíe la vejiga

Solicitarle a la mujer que vacíe la vejiga, y luego ayudarla a acomodarse en la camilla de procedimientos y en posición dorsal de litotomía.

2 > Lavarse las manos y colocar barreras de protección

Lavarse las manos y colocar barreras de protección, incluyendo guantes limpios.

3 > Realizar un examen con las dos manos

Realizar un examen con las dos manos para confirmar o actualizar hallazgos si se había hecho una evaluación previa; el proveedor debería tener una valoración exacta de la altura y posición uterina antes de realizar la evacuación del útero.

4 > Colocar el espéculo

Asegurar una adecuada visualización del cérvix.

5 Realizar una preparación antiséptica del cuello

Limpiar el cérvix con una solución antiséptica sin alcohol, comenzando en el orificio cervical con cada nueva esponja y moviendo en espiral hacia afuera, hasta cubrir el orificio completamente con antiséptico.

6 Realizar un bloqueo paracervical (o proceder al Paso 7)

Ver Sección 2.3, p.27.

7 Dilatar el cuello

No es necesario dilatar cuando el cérvix permite el pasaje cómodo de una cánula de tamaño justo adecuado a través del orificio. La dilatación cervical es un paso esencial si el cérvix está cerrado o insuficientemente dilatado. Las mujeres con aborto incompleto a menudo ya tienen un cérvix adecuadamente dilatado.

A continuación se describe la técnica de dilatación cervical:

- examinar cuidadosamente la posición del útero y el cérvix y colocar el tenáculo ya sea sobre el labio anterior o posterior del cuello. Con el tenáculo colocado, aplicar una tracción continua para enderezar el canal cervical;
- usar el dilatador más pequeño (o un localizador de oricios de plástico, de ser necesario y de estar disponible) para hallar inicialmente el canal cervical;
- dilatar suavemente, nunca recurriendo a la fuerza, aplicando la técnica de no tocar, con dilatadores mecánicos sucesivos, mientras que se estabiliza el cérvix con una suave tracción sobre el tenáculo cervical.



NOTA

La seguridad del procedimiento de la dilatación depende de que haya una adecuada visibilidad del cérvix, que se emplee una técnica suave y que se conozca la posición del útero. Si la dilatación se hace dificultosa, es mejor no forzar al dilatador, sino cambiar el ángulo o el camino para identificar el canal cervical, o repetir el examen bimanual para verificar la posición del útero. Algunas veces, cambiar de espéculo para usar uno de hoja más corta puede dejar más espacio y flexibilidad para enderezar el ángulo cervical. Finalmente, si la dilatación es particularmente difícil, considerar la administración de misoprostol y retrasar el procedimiento unas 3 horas, o pedir ayuda de un colega, de estar disponible.

8 > Insertar la cánula

Una vez lograda la dilatación cervical apropiada, introducir la cánula pasando justo el orificio cervical interno, ingresando en la cavidad uterina al tanto que se aplica una ligera tracción del cérvix.

No introducir la cánula a la fuerza; evitar el traumatismo del cérvix o el útero.

- Detener el procedimiento si aparecen signos de perforación uterina.

IMPORTANT E

Es importante utilizar un tamaño de cánula apropiado para el tamaño del útero y la dilatación del cérvix. El uso de una cánula demasiado pequeña es ineficiente y puede hacer que no se consume el aborto, que se retenga tejido gestacional o que haya pérdida de succión.

Selección del tamaño de la cánula para aborto por aspiración

Tamaño uterino (semanas desde la FUM*)	Tamaño de la cánula sugerido (mm)
4–6	4–7
7–9	5–10
9–12	8–12
12–14	10–14

*FUM: Fecha de la última menstruación.

9 > Aspirar el contenido uterino

Adosar el aspirador preparado o la conexión del vacío a la cánula, sosteniendo el tenáculo y el extremo de la cánula en una mano, y el aspirador o la conexión de vacío en la otra mano.

- Iniciar la succión cuando la punta de la cánula esté en el medio del útero; a medida que el útero se contrae sus paredes se sienten más firmes y el fondo desciende.
- Evacuar el contenido del útero rotando la cánula 180° en cada dirección, lenta y suavemente. La sangre y el tejido se ven a través de la cánula. No retirar la abertura de la cánula más allá del orificio cervical, o se perderá la succión.
- Si el aspirador MVA se llena, desprender el aspirador de la cánula, dejando la cánula en el útero, vaciar el aspirador en un recipiente apropiado y restablecer el vacío. Repetir este procedimiento hasta que se vacíe el útero.

IMPORTANT E

- Los siguientes signos indican que el útero está vacío:
 - aparece una espuma roja o rosada y no se ve pasar más tejido a través de la cánula;
 - se siente una sensación grumosa a medida que la cánula pasa por la superficie del útero evacuado;
 - el útero se contrae alrededor de la cánula;
 - la mujer siente que sus calambres o su dolor se intensifican, indicando que el útero se está contrayendo.
- Al finalizar el procedimiento, retirar la cánula y el tenáculo cervical, limpiar el cérvix con un hisopo limpio y evaluar la cantidad de sangrado uterino o cervical.

10 Inspeccionar el tejido

Es importante inspeccionar los PdeC, para asegurar un aborto consumado. Para inspeccionar el tejido, vaciar el aspirado uterino en un recipiente apropiado (no empujar el contenido del aspirado a través de la cánula, ya que se puede contaminar).

Buscar:

- la cantidad y presencia de PdeC: vellosidades, decidua y saco/membranas en cantidades apropiadas según la edad gestacional; después de 9 semanas de gestación, partes fetales visibles;
- la presencia de vellosidades hidrópicas con forma de uva, que sugieren un embarazo molar.

Si la inspección visual no es concluyente, se debe escurrir el tejido, colocarlo en un recipiente transparente, sumergirlo en agua o vinagre, y observarlo iluminándolo desde abajo. Si estuviera indicado por hallazgos anormales, también se puede enviar la pieza de tejido a un laboratorio de anatomía patológica.

- Si no hay PdeC visibles, se extrajo menos tejido del útero que lo esperado, o la muestra de tejido no es concluyente, puede indicar:
 - aborto incompleto: la cavidad uterina todavía contiene PdeC, aun si parecía estar vacía al final del procedimiento;
 - un aborto espontáneo que terminó antes de realizar el procedimiento;
 - aborto fallido: todos los PdeC quedan dentro de la cavidad uterina;
 - embarazo ectópico: cuando no se observan vellosidades, es posible que haya un embarazo ectópico y se lo debe investigar;
 - anomalías anatómicas: en un útero bicorne o tabicado, es posible que se haya colocado la cánula del lado del útero que no alojaba el embarazo.
- Si no queda absolutamente claro que hay sacos /membranas y vellosidades al hacer la evaluación del tejido, hay que suponer que ninguna se encuentra presente, y se debe intentar un reaspirado y/o evaluar un embarazo ectópico.

Cuando se finaliza el procedimiento de aspiración, realizar cualquier procedimiento, concomitante como la colocación de un DIU, ligadura tubaria o reparación de una laceración cervical, de ser necesario.

- Asegurara a la mujer que el procedimiento se ha terminado y que ya no está embarazada.
- Ofrecerse a abordar cualquier necesidad emocional que la mujer pudiera presentar inmediatamente luego del aborto.
- Controlar para detectar complicaciones y brindar el tratamiento, de necesitarse.
- La mujer puede abandonar las instalaciones cuando esté estable y cumpla con los criterios de alta.
- Garantizar que la mujer tenga toda la información necesaria y/o las medicaciones antes de abandonar las instalaciones sanitarias.
- Documentar todos los resultados del tratamiento, incluyendo los eventos adversos.

Consideraciones clínicas

- El procedimiento para el aborto quirúrgico se denomina Dilatación y Evacuación (D y E).
- Se recomienda hacer la preparación cervical con dilatadores osmóticos o agentes farmacológicos antes de todos los procedimientos de D y E

Antes de iniciar el procedimiento

- Realizar la preparación del cuello (Referirse a Aborto quirúrgico: preparación cervical, Sección 2.7).
- Hacer profilaxis antibiótica (Referirse a Aborto quirúrgico: 12–14 semanas, Sección 2.9).
- Confirmar que la mujer haya recibido su medicación para calmar el dolor en el momento apropiado.
- Asegurarse que se cuenta con todo el equipamiento necesario y que está disponible para su uso.

Aborto quirúrgico

>12-14 semanas de embarazo

1	Solicitar a la mujer que vacíe la vejiga
2	Lavarse las manos y ponerse barreras de protección
3	Realice un examen bimanual
4	Colocar el espéculo
5	Realizar una preparación antiséptica del cuello
6	Realizar un bloqueo paracervical
7	Evaluar la dilatación del cuello
8	Realizar una amniotomía y aspirar líquido amniótico
9	Evacuar el útero
10	Inspeccionar el tejido
11	Realizar cualquiera de los procedimientos concomitantes
12	Recuperación y alta de las instalaciones sanitarias

TÉCNICA "SIN TOCAR"

Seguir la técnica "sin tocar" (ver el cuadro de la pág. 44) durante todo el procedimiento.

1 > Solicitarle a la mujer que vacíe la vejiga

Solicitarle a la mujer que vacíe la vejiga, y luego ayudarla a acomodarse en la camilla de procedimientos y en posición dorsal de litotomía.

2 > Lavarse las manos y colocar barreras de protección

Lavarse las manos y colocar barreras de protección, incluyendo guantes limpios.

3 > Realizar un examen con las dos manos

Realizar un examen con las dos manos para confirmar o actualizar hallazgos si se había hecho una evaluación previa; el proveedor debería tener una valoración exacta de la altura y posición uterina antes de realizar la evacuación del útero.

- Si se utilizaron dilatadores osmóticos, se los debe retirar del cérvix, ya sea manualmente durante el examen bimanual o con el fórceps en anillo después de la colocación del espéculo. La cantidad extraída debería ser igual a la cantidad introducida.

4 > Colocar el espéculo

Asegurar una adecuada visualización del cérvix.

5 > Realizar una preparación antiséptica del cuello

Limpiar el cérvix con una solución antiséptica sin alcohol, comenzando en el orificio cervical con cada nueva esponja y moviendo en espiral hacia afuera, hasta cubrir el orificio completamente con antiséptico.

6 Realizar un bloqueo paracervical (o proceder al Paso 7)

Ver Sección 2.3, p.27.

7 Evaluar la dilatación del cuello

Ejercer tracción sobre el tenáculo para bajar el cérvix hacia la vagina. Confirmar que la dilatación es adecuada intentando pasar un dilatador grande, una cánula de gran calibre (12–16 mm) o una pinza de Bierer a través del cérvix. Si no se puede hacer pasar un instrumento así, hay que dilatar más el cérvix, repitiendo la preparación del cérvix o la dilatación mecánica.

IMPORTANTE

Solo se puede proceder a un aborto quirúrgico si el cérvix está adecuadamente dilatado. Esto es particularmente importante en los abortos realizados en gestaciones que superan las 14 semanas.

8 Realizar amniotomía y aspirar líquido amniótico

Introducir una cánula de 14 mm conectada a un aspirador si se usa AVM, o una cánula de 14–16 mm si se usa AVE, a través del cérvix, ingresando a la cavidad uterina, y aspirar el líquido amniótico.

- La cánula de tamaño apropiado (en milímetros) generalmente es equivalente a 1–2 mm menor que la gestación en semanas. Para gestaciones mayores a 16 semanas se debe usar la cánula de mayor tamaño disponible (14–16 mm, dependiendo de la tubuladura y las cánulas disponibles).
- Realizar el aspirado como se lo haría para un aborto por aspiración en el primer trimestre, rotando la cánula durante la aspiración, para aspirar el líquido amniótico. Si la cánula se desliza muy fácilmente hacia atrás y hacia adelante a través del útero, es posible que se bloquee. En este caso, retirar la cánula del útero y limpiarla, de ser necesario, teniendo cuidado de mantener la técnica “sin tocar”. Cuando ya no se pueda aspirar nada, habitualmente después de 1 o 2 minutos, retirar la cánula del útero.

- Siempre que sea posible, completar la evacuación desde la sección más baja de la cavidad uterina.
- Evitar avanzar demasiado profundamente en el útero, particularmente con instrumentos en posición horizontal.
- Evitar llegar alto en el útero, donde el riesgo de perforación es mayor. En vez de ello, reintroduzca la cánula justo dentro del orificio y recurra a la aspiración para bajar el tejido del fondo al orificio uterino.
- Detener el procedimiento si aparecen signos de perforación uterina.
- La ecografía puede ser de utilidad para ubicar partes fetales si por alguna razón la identificación se hace dificultosa. Ante el caso improbable que las partes fetales no puedan extraerse fácilmente por la razón que sea, considerar la administración de un agente uterotónico, del tipo de los mencionados a continuación:
 - 400–600 µg misoprostol por vía sublingual, oral o vestibular;
 - 0.2 mg de metergina por vía oral o IM;
 - Ocitocina a altas dosis - 20 unidades en 500 mL de suero fisiológico o solución de lactato Ringer, a pasar a 30 gotas por minuto;
 - Luego, volver a valorar después de 3 a 4 horas y repetir el procedimiento de evacuación uterina.

Después del procedimiento de evacuación, se debe evaluar el tejido del embarazo para asegurar que se ha completado el aborto. Se debe identificar todos los componentes del embarazo que siguen:

- cuatro extremidades;
- tórax/columna;
- bóveda craneana;
- placenta.

Si al inspeccionar el tejido surge la posibilidad que el aborto no se haya hecho de forma completa, volver a evacuar el útero o realizar una ecografía para confirmar la evacuación completa.

11 > Realizar cualquier procedimiento concomitante

Cuando se finaliza el procedimiento de aspiración, realizar cualquier procedimiento concomitante, como la colocación de un DIU, ligadura tubaria o reparación de una laceración cervical, de ser necesario.

12 > Recuperación y alta de las instalaciones

- Asegurar a la mujer que el procedimiento se ha terminado y que ya no está embarazada.
- Ofrecerse a abordar cualquier necesidad emocional que la mujer pudiera presentar inmediatamente luego del aborto.
- Controlar para detectar complicaciones y brindar el tratamiento, de necesitarse.
- La mujer puede abandonar las instalaciones cuando esté estable y cumpla con los criterios de alta.
- Garantizar que la mujer tenga toda la información necesaria y/o las medicaciones antes de abandonar las instalaciones.
- Documentar todos los resultados del tratamiento, incluyendo los eventos adversos.

POST ABORTO

- Antes de dar de alta de la dependencia sanitaria
- Seguimiento adicional con un prestador de salud
- Anticoncepción post aborto
- Valoración y gestión de complicaciones

OBJETIVOS

- Brindar información sobre anticoncepción y ofrecer asesoramiento y métodos anticonceptivos.
- Valorar cualquier otra necesidad de salud sexual y reproductiva que pueda requerir otros cuidados adicionales.
- Hacer frente a cualquier complicación inmediata del aborto.

Antes de dar de alta de las dependencias sanitarias

- Dar instrucciones de alta orales y escritas claras, que incluyan:
 - Recién se debería retomar las relaciones sexuales, duchas vaginales o colocación de cualquier cosa en la vagina cuando ya se haya detenido el sangrado profuso;
 - Es normal que el sangrado vaginal dure 2 semanas luego de haber finalizado un aborto quirúrgico o un aborto médico. Luego de un aborto quirúrgico las mujeres suelen presentar un sangrado liviano o un goteo de sangre; mientras que con el aborto médico hay sangrados más profusos y generalmente duran 9 días como promedio, si bien pueden durar hasta 45 días en casos infrecuentes;
 - La mujer debería volver al hospital o a la clínica si presenta:
 - mayor intensidad de los calambres o del dolor abdominal;
 - sangrado vaginal profuso;
 - fiebre.
- Analizar el riesgo de quedar embarazada nuevamente antes de su próxima menstruación, y el posible retorno a la fertilidad dentro de las 2 semanas siguientes al aborto.
- Brindar información anticonceptiva y ofrecer asesoramiento a las mujeres que los desean:
 - ayudarlas a elegir el método anticonceptivos más apropiados para satisfacer sus necesidades en caso que ellas así lo deseen;
 - brindar el método anticonceptivo elegido (o derivarlas si el método que han elegido no se encuentra disponible). Asegurarse que ellas sepan cómo funciona el método seleccionado, cuándo iniciarlo y cómo pueden reabastecerse en el futuro.
- Dar comprimidos de hierro para la anemia, de ser necesario.
- Dar analgésicos, de ser necesario.
- Dar apoyo emocional, de ser necesario.
- Derivar a otros servicios luego de determinar sus necesidades, como por ejemplo: asesoramiento y exámenes por ITS/VIH, servicios de apoyo por abuso, servicios psicológicos o sociales, u otros especialistas médicos.

- Se recomienda una visita de control de rutina únicamente en el caso de aborto médico que utilice solo misoprostol, para comprobar que se haya consumado el aborto.
- Luego de un aborto médico con mifepristona y misoprostol o después de un aborto quirúrgico no complicado no es necesario hacer controles de rutina; sin embargo, se le puede ofrecer a la mujer una consulta de control opcional entre 7 y 14 días después de su procedimiento para continuar con el asesoramiento anticonceptivo y brindarle métodos o más apoyo emocional, o para conversar sobre sus inquietudes médicas.
- En la cita de control:
 - valorar la recuperación de la mujer y confirmar que se ha completado el aborto;
 - examinar la historia médica disponible y los documentos de derivación;
 - Interrogar por cualquier síntoma que ella haya presentado desde que se realizó el procedimiento;
 - realizar un examen físico dirigido en respuesta a sus motivos de consulta;
 - Analizar las metas de fertilidad de la mujer y su necesidad de servicios anticonceptivos:
 - si no se inició ningún método anticonceptivo antes de que se le diera de alta de la dependencia, brindar información y ofrecer asesoramiento y el método anticonceptivo apropiado, si así lo desea la mujer;
 - si ya se inició algún método anticonceptivo:
 - valorar el método usado, satisfacción o inquietudes; si está satisfecha, reabastecer lo que necesite;
 - Si no está satisfecha, ayudarla a elegir otro método que le resuelva sus necesidades.
 - si la mujer no está contenta, ayúdela a seleccionar otro método que le venga bien
- Derivar a otros servicios, según se determine al evaluar sus necesidades de otros servicios de salud sexual y reproductiva, y facilitar las derivaciones que resulten necesarias.

Generalmente, la mayoría de los métodos anticonceptivos se pueden iniciar inmediatamente después de un aborto médico o quirúrgico. El término “inicio inmediato de la anticoncepción” se refiere al día mismo del procedimiento, y el término “aborto médico” se refiere al día en que se toma la primera pastilla de un esquema de aborto médico. Al igual que con cualquier método de anticoncepción, es preciso verificar la elegibilidad médica de la mujer para cada método en particular.

Recomendaciones de elegibilidad médica para anticonceptivos hormonales, dispositivos intrauterinos y métodos de barrera

CONDICIÓN POST ABORTO	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	INMEDIATAMENTE POST ABORTO SÉPTICO
AOC	1	1	1
AIC	1	1	1
Parche y anillo vaginal	1	1	1
POP	1	1	1
DMPA, NET-EN	1	1	1
Implantes LNG/ETG	1	1	1
DIU de cobre	1	2	4
DIU que libera LNG	1	2	4
Condomes	1	1	1
Espermicida	1	1	1
Diafragma	1	1	1

CAIC, anticonceptivos inyectables combinados; AOC, anticonceptivos orales combinados; DMPA/NET-EN, Inyectables solo con progestágeno: forma de depósito de acetato de medroxiprogesterona / noretisterona enantato; DIU, dispositivo intrauterino; LNG/ETG, implantes solo con progestágeno: levenorgestrel/ etonorgestrel; POP, píldora solo con progesterona.

Definición de las categorías

- **1:** afección para la que no existe ninguna restricción para usar un método anticonceptivo.
- **2:** afección donde las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
- **3:** afección en la que los riesgos teóricos o probados habitualmente superan las ventajas de usar el método.
- **4:** afección que representa un riesgo inaceptable para la salud si se llegara a usar ese método anticonceptivo.

*Basado en los criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos, 4ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.

Recomendaciones de elegibilidad médica para esterilización quirúrgica después de un aborto

CONDICIÓN POST ABORTO	ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA DE LA MUJER
No complicado	A
Sepsis o fiebre post aborto	D
Hemorragia post aborto severa	D
Traumatismo severo del tracto genital; desgarro cervical o vaginal en el momento del aborto	D
Perforación uterina	E
Hematometra aguda	D

Definición de las categorías

- **A = (aceptar):** no hay ninguna razón médica para negarle la esterilización a una persona con esta afección.
- **C = (cuidado):** el procedimiento se realiza normalmente en condiciones de rutina, pero con una preparación y precauciones adicionales.
- **D = (demorar):** se demora el procedimiento hasta haber evaluado y/o corregido la condición; se debe brindar métodos anticonceptivos alternativos provisionales.
- **E = (especial):** el procedimiento debe realizarse en condiciones que aseguren la presencia de un cirujano y personal con experiencia, y se necesita equipos para administrar anestesia general y otro soporte médico de respaldo. Para estas condiciones, también se necesita la capacidad de decidir sobre el procedimiento y el régimen anestésico más apropiado. Si se requiere una derivación, o si hay alguna demora por alguna otra razón, se deben brindar métodos provisionales alternativos

Métodos anticonceptivos y elegibilidad médica después de un aborto

- **Métodos hormonales (incluyen píldoras, inyecciones, implantes, parche y anillo vaginal)** pueden iniciarse inmediatamente después de cualquier aborto, inclusive el aborto séptico.
- **IUDs** se pueden colocar inmediatamente después de un aborto del primer o segundo trimestre; no obstante ello, el riesgo de expulsión es levemente más elevado luego de los abortos del segundo trimestre que luego de los del primero. Se puede colocar un DIU luego de un aborto médico que se considera consumado.

IMPORTANTE

Nunca colocar un DIU inmediatamente después de un aborto séptico.

- **Condón (preservativo)** su uso se puede iniciar con la primera relación sexual, después del aborto, inclusive si fue un aborto séptico.
- **Diafragma** su uso se puede iniciar con la primera relación sexual, después del aborto, inclusive si fue un aborto séptico. Su uso se debe posponer durante 6 semanas luego del aborto, pasadas las 14 semanas de gestación.
- **Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad** deben postergarse hasta que se hayan restituido los ciclos menstruales regulares.
- **La esterilización quirúrgica femenina** se puede realizar inmediatamente después de un aborto no complicado. Empero, se debe postergar el procedimiento si el aborto está complicado con infección, hemorragia severa, traumatismo o hematómetra aguda.
- **La vasectomía** se puede realizar en cualquier momento.
- **Anticoncepción de emergencia:** las mujeres pueden usar píldoras anticonceptivas de emergencia o un DIU dentro de los primeros 5 días (120 horas) de un acto sexual sin protección, para disminuir el riesgo de embarazo.
- **La práctica del retiro** puede iniciarse con la primera relación sexual, después del aborto, inclusive si fue un aborto séptico.

Las complicaciones que planteen riesgo de muerte son raras cuando se realiza un aborto seguro; aun así, es posible que aparezca alguna complicación, aunque se tomen todas las precauciones necesarias.

Cuando el aborto lo realiza algún prestador no seguro o se realiza en algún lugar no seguro, dichas complicaciones son mucho más frecuentes. Algunas mujeres que consultan posteriormente pueden acudir cuando ya están graves y necesitan atención inmediata de emergencia por patologías que pueden poner su vida en riesgo.

Algunos métodos de aborto no seguro pueden llevar a complicaciones vinculadas al método utilizado, como la ingestión de un veneno, sustancias o medicamentos tóxicos, introducción de algún cuerpo extraño en el ano, vagina o cérvix, o traumatismo abdominal. El tratamiento de las complicaciones en estas mujeres debe incluir el tratamiento de cualquiera de las lesiones sistémicas o físicas, además de cualquier complicación relacionada con el aborto.

Embarazo conservado

- A aquellas mujeres que continúen presentando signos de embarazo o signos clínicos de fracaso del aborto se les debe ofrecer una evacuación uterina de forma oportuna.

Aborto incompleto

Los síntomas comunes de aborto incompleto incluyen sangrado vaginal y dolor abdominal. También se debe sospechar si, a la inspección, el PdeC aspirado durante un aborto quirúrgico no es compatible con la duración del embarazo.

- Un aborto incompleto luego de un aborto espontáneo o un aborto inducido se pueden manejar de similar manera.
- Las pacientes que se encuentren clínicamente estables tienen las tres opciones:
 - manejo expectante;
 - aspirado por vacío: (para un tamaño uterino de hasta 14 semanas de gestación);
 - manejo con misoprostol (para un tamaño uterino de hasta 1e semanas de gestación).
- La decisión se debe basar en la condición clínica de la mujer y sus preferencias terapéuticas.

Esquema recomendado para el manejo de aborto incompleto con misoprostol

DOSIS (µg)	VÍA
600 µg	Oral
400 µg	Sublingual
400–800 µg	Vaginal; se puede usar si el sangrado vaginal es mínimo

Comparación de las opciones de manejo para los abortos fallidos o incompletos

MÉTODO	POSIBLES VENTAJAS	POSIBLES DESVENTAJAS	EFICACIA (%)	
			Fallido	Incompleto
Manejo expectante^a	<ul style="list-style-type: none"> ■ Puede reducir las visitas ■ Evita los efectos colaterales y las complicaciones de otros métodos ■ Evita la instrumentación intrauterina 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Marco de tiempo impredecible ■ Tal vez siga necesitando aspiración de seguimiento si es infructuoso 	16–75	82–100
Misoprostol solo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evita la instrumentación intrauterina 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Puede provocar más sangrado y necesidad de control que la aspiración ■ Efectos colaterales a corto plazo del misoprostol 	77–89	61–100
Aspiración	<ul style="list-style-type: none"> ■ Resolución rápida 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Procedimiento quirúrgico 	96–100	96–100

^a La eficacia del manejo expectante aumenta al aumentar el intervalo previo a la intervención.

Fuente: adaptado de Goodman S, Wolfe M y el Grupo de Trabajo Colaborativo TEACH Trainers. Early abortion training workbook, 3rd ed. San Francisco: UCSF Bixby Center for Reproductive Health Research and Policy; 2007, con permiso.

Hemorragia

La hemorragia puede provenir de PdeC retenidos, trauma o daño del cérvix, coagulopatía o, rara vez, perforación o rotura uterina.

- El tratamiento apropiado para la hemorragia depende de su causa y severidad, e incluye:
 - re-evacuación del útero;
 - administración de medicamentos que aumenten la tonicidad del útero;
 - transfusión de sangre;
 - reemplazo de factores de coagulación;
 - laparoscopia;
 - laparotomía exploradora.
- Cada centro de atención debe ser capaz de estabilizar y tratar o derivar a las mujeres con hemorragia inmediatamente.

Infección

- Entre los signos y síntomas comunes de la infección se incluyen:
 - fiebre o escalofríos;
 - flujo vaginal o cervical fétido;
 - dolor abdominal o pélvico;
 - sangrado vaginal prolongado o goteo;
 - dolor exquisito uterino;
 - hiperleucocitosis.
- Las mujeres con infección requieren antibióticos para su tratamiento.
- Si se sospecha que los PdeC sean una causa de infección, re-evacuar el útero.
- Las mujeres con infecciones severas pueden requerir hospitalización.

Perforación uterina

- La perforación uterina habitualmente pasa desapercibida y se resuelve sin necesidad de intervención.
- Siempre que se necesite y esté disponible, la laparoscopia es el método de estudio de elección.
- Si el estado de la mujer o los hallazgos de la laparoscopia sugieren daño del intestino, vasos sanguíneos u otras estructuras, tal vez se necesite realizar una laparotomía para reparar cualquier daño.

Complicaciones vinculadas a la anestesia

- Siempre que se use anestesia general, el personal debe ser diestro en el manejo de las convulsiones y resucitación cardiorrespiratoria.
- Siempre que se utilicen narcóticos se debe tener a mano agentes que reviertan su efecto.

Pueden aparecer complicaciones que no son específicas del procedimiento del aborto

Incluyen:

- analaxia;
- reacciones asmáticas.

Estas complicaciones se deberían tratar tal como se las trataría luego de cualquier otro procedimiento.

Notas:



Por más información, por favor ponerse en contacto con:

El Departamento de Salud Reproductiva e Investigación
Organización Mundial de la Salud
Avenida Appia 20, CH-1211 Geneva 27
Switzerland

Fax: +41 22 791 4171
E-mail: reproductivehealth@who.int
www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 3548715





Pérdida del embarazo (aborto espontáneo): Descripción de las técnicas de manejo

AUTORES: [Dra. Sarah Prager, MAS](#), [Dra. Elizabeth Micks, MPH](#), [Dra. Vanessa K. Dalton, MPH](#)

EDITORES DE SECCIÓN: [Dr. Robert L. Barbieri](#), [Dra. Courtney A. Schreiber, MPH](#)

EDITOR ADJUNTO: [Dra. Kristen Eckler, FACOG](#)

Todos los temas se actualizan a medida que hay nueva evidencia disponible y se completa nuestro [proceso de revisión por pares](#).

Revisión de literatura actualizada hasta: **marzo de 2025**.

Última actualización de este tema: **12 de noviembre de 2024**.

INTRODUCCIÓN

La pérdida del embarazo, también conocida como aborto espontáneo, se define generalmente como un embarazo intrauterino no viable hasta las 20 semanas de gestación. La pérdida temprana del embarazo, que ocurre durante el primer trimestre, es el tipo más común. Para el tratamiento, las personas que experimentan una pérdida del embarazo pueden optar por la conducta expectante, la medicación o la cirugía. Las ventajas y los riesgos varían según las opciones y la duración gestacional del embarazo no viable, pero todas son generalmente seguras.

En este tema se revisarán los detalles de cada opción de tratamiento para pacientes con pérdida del embarazo hasta las 20 semanas de gestación. Se presenta por separado contenido relacionado con los factores de riesgo, la presentación clínica y la evaluación, y la orientación sobre las opciones de tratamiento.

- (Ver "[Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): terminología, factores de riesgo y etiología](#)" .)
- (Ver "[Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): presentaciones clínicas, diagnóstico y evaluación inicial](#)" .)
- (Ver "[Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): asesoramiento y comparación de opciones de tratamiento y análisis de la atención relacionada](#)").

En este tema, utilizaremos el término "paciente" para describir a las mujeres genéticamente definidas y las palabras "mujer/hombre" tal como se utilizan en los estudios presentados. Animamos al lector a considerar las necesidades específicas de asesoramiento de las personas transmasculinas y de género expansivo.

TERMINOLOGÍA DE TRATAMIENTO

Las definiciones reales de los términos que se presentan a continuación suelen diferir de su uso común, tanto por parte de profesionales médicos como de personas comunes. La confusión aumenta cuando se asignan códigos de facturación a diagnósticos o procedimientos con definiciones imprecisas o que utilizan definiciones obsoletas. Además, algunos de los puntos de corte de la duración gestacional varían cuando se utilizan estos enfoques para personas con pérdida del embarazo en comparación con la interrupción del embarazo. (Véase ["Resumen de la interrupción del embarazo"](#)).

- **Medicamento**

- **Manejo de medicamentos** : Uso principal de medicamentos (y no procedimientos) para evacuar el útero. Recomendamos usar el término "medicamento" y no "médico", ya que "medicamento" se refiere más específicamente al uso de un medicamento. Someterse a una cirugía o procedimiento también puede considerarse "médico". El manejo de medicamentos también puede utilizarse para la interrupción del embarazo, pero la duración máxima de la gestación difiere de la de la pérdida del embarazo.

- (Ver ["Interrupción del embarazo en el primer trimestre: aborto con medicamentos"](#) .)

- (Ver ["Interrupción del embarazo en el segundo trimestre: aborto con medicamentos"](#) .)

- **Inducción** : término que normalmente se utiliza para indicar el manejo de la medicación a las ≥ 20 semanas de embarazo.

- **Quirúrgico** : El tratamiento quirúrgico de la pérdida del embarazo implica el uso de instrumentos para extraer tejido relacionado con el embarazo del útero.

- **Aspiración uterina** : La aspiración uterina se refiere a cualquier procedimiento que utiliza principalmente succión para extraer el contenido uterino. Si bien la técnica puede emplearse en una amplia gama de gestaciones, se realiza con mayor frecuencia durante el primer trimestre. Usamos "aspiración uterina" para referirnos a un procedimiento hasta las 13+6 semanas de gestación. Se asume cualquier dilatación cervical previa necesaria.

La terminología adicional que se aplica a la aspiración uterina incluye:

- **Aspirador manual endouterino (AMEU)** : El AMEU se refiere al dispositivo utilizado para realizar la aspiración uterina. Se trata de una jeringa con una cánula para aspirar el útero. La aspiración uterina manual con AMEU también se conoce como "AMEU" o procedimiento de aspiración manual endouterina.
- **Aspiración uterina manual (AUM)** : Esta frase describe con mayor precisión el acto de aspirar el útero mediante una AMEU. También puede utilizarse para diferenciar la acción del dispositivo.
- **Aspirador eléctrico endouterino (AEU)** : El término AEU se usa comúnmente para describir la máquina eléctrica que proporciona succión para un procedimiento de aspiración uterina. Al igual que la AMEU, el uso de un AEU también se conoce como "AEU" o aspiración eléctrica endouterina.
- **Dilatación cervical con aspiración uterina** : La dilatación cervical con aspiración uterina, también conocida como dilatación y legrado (D&C), se refiere a cualquier procedimiento en el que el profesional de la salud primero dilata el cuello uterino y luego utiliza una cureta (generalmente una cánula de succión) para extraer tejido del útero. En la práctica, las curetas afiladas generalmente se han reemplazado por una cánula de succión cuando el procedimiento se realiza durante el embarazo. Para evitar malentendidos, los autores prefieren usar el término "aspiración uterina" para los procedimientos de D&C que utilizan una cánula de succión, ya que esta terminología identifica correctamente la técnica. (Véase ["Dilatación y legrado"](#)).
- **Evitar el legrado uterino instrumental durante el embarazo** : Muchas organizaciones profesionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Sociedad de Planificación Familiar, recomiendan **no** realizar legrado uterino instrumental durante los procedimientos de dilatación y legrado durante el embarazo debido a los riesgos de perforación, pérdida de sangre, aumento del dolor, formación de adherencias intrauterinas y la necesidad de una mayor dilatación cervical en comparación con la cánula de succión [1,2]. (Véase ["Adherencias intrauterinas: Manifestaciones clínicas y diagnóstico"](#), sección ["Etiología y factores de riesgo"](#)).
- **Dilatación y evacuación (D&E)** : Cualquier procedimiento para vaciar el útero que utilice tanto la dilatación cervical como cualquier otro método de evacuación uterina. Usamos "D&E" cuando nos referimos a un procedimiento a partir de las 14 semanas de gestación, aunque es importante tener en cuenta que la definición de D&E para fines de facturación y codificación puede variar.

- **Evacuación uterina** : si bien esta terminología se refiere a cualquier procedimiento que vacía el útero, generalmente se refiere a la evacuación de tejido relacionado con el embarazo.

MANEJO EXPECTANTE

La conducta expectante se refiere a la espera vigilante para que el tejido del embarazo se expulse espontáneamente. En el primer trimestre, se han reportado tasas de eficacia del 70 al 80 % con este enfoque [3]. (Véase "[Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): Asesoramiento, comparación de opciones de tratamiento y análisis de la atención relacionada](#)", sección "[Conducta expectante](#)").

- **Cuestiones clínicas** : Las cuestiones clínicas que consideramos y discutimos con el paciente incluyen:
 - **Duración gestacional de la pérdida del embarazo** : Cuando se selecciona, la conducta expectante se utiliza con mayor frecuencia para el manejo de la pérdida del embarazo en el primer trimestre. Después de las 13 semanas de gestación, recomendamos la administración de medicamentos en un centro de salud o el tratamiento quirúrgico. Por el contrario, muchos países de ingresos bajos y medios continúan con la conducta expectante en etapas posteriores de la gestación e indican a las pacientes que acudan a un centro de salud si comienza el trabajo de parto.
 - **Frecuencia y tipo de seguimiento (p. ej., planificación de ecografías repetidas o pruebas de embarazo en suero)** : Determinamos un plan de seguimiento según las necesidades clínicas y emocionales de cada paciente. Normalmente, las evaluaciones de seguimiento se realizan cada una o dos semanas hasta la finalización del embarazo. Si el embarazo no ha finalizado en más de 4 semanas de conducta expectante, se recomiendan alternativas de tratamiento.
 - **Los antibióticos no están indicados** : los antibióticos no están indicados para el manejo expectante de la pérdida del embarazo en el primer trimestre.
 - **Confirmación de la pérdida completa del embarazo** : esto se puede realizar mediante ecografía, niveles de hCG en orina o suero, síntomas del paciente o una combinación de estos.
 - **Necesidad de cambiar a una opción de tratamiento diferente** : momento en el que el paciente y el médico deben considerar una opción de tratamiento diferente si el embarazo

no se desarrolla y síntomas que requieren una evaluación inmediata.

- **Manejo del dolor** : Las pacientes que experimentan pérdida gestacional espontánea pueden experimentar cólicos uterinos significativos. A las pacientes en el primer trimestre se les suelen ofrecer antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para el dolor. Algunas pacientes pueden requerir analgésicos adicionales (no narcóticos ni opioides), especialmente en etapas gestacionales posteriores al primer trimestre. El tratamiento varía según la disponibilidad de los medicamentos y la región geográfica.
- **Seguimiento** : No existe consenso sobre la necesidad de seguimiento y confirmación de la expulsión completa del tejido gestacional en pacientes que optan por la conducta expectante [4]. Para confirmar la expulsión completa del tejido, los estudios han utilizado criterios que incluyen parámetros ecográficos, síntomas referidos por la paciente o ambos. Según un ensayo que comparó el tratamiento con misoprostol solo con la aspiración uterina, un criterio ecográfico comúnmente utilizado es la ausencia de saco gestacional [5]. La medición ecográfica del grosor endometrial no parece ser útil para confirmar el vaciado completo del útero y los autores no la utilizan en sus prácticas [6].
- **Complicaciones** – Cualquiera de las complicaciones a continuación justifica una evaluación oportuna del paciente y una posible progresión a tratamiento farmacológico o quirúrgico dependiendo del problema y la estabilidad hemodinámica del paciente.
 - **Vaciamiento uterino incompleto** : Las pacientes que desean un manejo expectante pueden experimentar una expulsión incompleta del tejido del embarazo (es decir, tejido retenido). Las pacientes con estabilidad médica podrían requerir aspiración uterina o terapia farmacológica para vaciar el útero de todo el tejido relacionado con el embarazo. El manejo farmacológico no es una opción para pacientes con evidencia de sangrado abundante o infección.
 - (Ver [“Manejo de medicamentos”](#) a continuación.)
 - (Ver [“Manejo quirúrgico \(aspiración uterina\)”](#) a continuación).
 - **Necesidad de aspiración uterina** : Se informa a las pacientes que desean una conducta expectante que podrían requerir una aspiración uterina si presentan sangrado abundante o infección. Las pacientes con retención de productos de la concepción (PDC) también podrían necesitar una aspiración uterina.
 - **Infección** : El riesgo de infección aumenta con la duración del embarazo no viable retenido. Las pacientes que presentan infección uterina pueden requerir antibióticos y aspiración

uterina, a veces como tratamiento de emergencia. Una vez identificada la infección, está contraindicada la conducta expectante o la administración de medicamentos. (Véase ["Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): Presentaciones clínicas, diagnóstico y evaluación inicial"](#), sección ["Aborto séptico"](#)).

- **Sangrado** : Las pacientes que presentan un embarazo no viable pueden presentar sangrado abundante y cólicos, pero ambos deberían mejorar tras la expulsión de la mayor parte del tejido. Algunas pacientes continuarán sangrando profusamente, posiblemente como resultado de atonía uterina, infección, laceración/lesión u otras causas. Estas pacientes podrían requerir una evaluación de emergencia y una aspiración uterina. (Consulte ["Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): Presentaciones clínicas, diagnóstico y evaluación inicial"](#), sección ["Hemorragia"](#)).
- **Coagulación intravascular diseminada (CID)** : la conducta expectante prolongada con muerte fetal también puede provocar CID, aunque es un evento poco común a menos que el embarazo permanezca en el útero durante varias semanas [7]. A las cuatro semanas posteriores al diagnóstico, el riesgo de CID es de aproximadamente el 10 % y aumenta con un manejo aún más tardío [8]. La CID es una afección muy grave que requiere un manejo cuidadoso y rápido para prevenir una morbilidad y mortalidad significativas.

GESTIÓN DE MEDICAMENTOS

El manejo farmacológico de la pérdida del embarazo es similar a los regímenes farmacológicos utilizados para la interrupción del embarazo. En otro lugar se presenta una visión general y análisis detallados de la interrupción del embarazo con medicamentos.

- (Ver ["Visión general de la interrupción del embarazo"](#) .)
- (Ver ["Interrupción del embarazo en el primer trimestre: aborto con medicamentos"](#) .)
- (Ver ["Interrupción del embarazo en el segundo trimestre: aborto con medicamentos"](#) .)

Régimen combinado de mifepristona y misoprostol

Mayor eficacia con la terapia combinada : para el manejo farmacológico de la pérdida del embarazo, recomendamos la terapia combinada con [mifepristona](#) seguida de [misoprostol](#) , si mifepristona está disponible, debido a las mayores tasas de eficacia y la menor tasa de necesidad de un procedimiento posterior en comparación con el misoprostol solo, tanto en ensayos clínicos como en estudios de cohorte (tasas de eficacia del 80% al 90% frente al 75%, respectivamente) [9-18]. Las tasas de eficacia varían con la duración de la gestación. La falta

de acceso a la mifepristona no debe utilizarse como razón para denegar el manejo farmacológico a una paciente que lo desee. Se presenta un análisis detallado de la eficacia y puntos de asesoramiento adicionales para ambos regímenes en el contenido relacionado. (Véase "[Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): Asesoramiento y comparación de opciones de tratamiento y análisis de la atención relacionada](#)", sección sobre "[Manejo farmacológico](#)").

Cabe destacar que la recomendación anterior se basa en el conjunto de evidencia, incluidos los principales ensayos clínicos relevantes, y es coherente con el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) [[2,4,18,19](#)].

Primer trimestre (hasta 12+6 semanas de gestación) : para los pacientes que eligen el tratamiento farmacológico de la pérdida del embarazo, adoptamos el siguiente enfoque:

- **Medicamentos, dosis y régimen** : hasta las 12+6 semanas de gestación, el protocolo basado en evidencia para el manejo farmacológico de la pérdida del embarazo es [mifepristona](#) 200 mg por vía oral seguida en 24 horas de [misoprostol](#) 800 microgramos administrados por vía vaginal, bucal o sublingual (generalmente administrados como cuatro tabletas de 200 microgramos) [[9-11](#)]. Sin embargo, un estudio observacional que incluyó a 139 pacientes con pérdida temprana del embarazo informó las tasas más altas de expulsión del saco gestacional en aquellas que tomaron misoprostol de 7 a 20 horas después de la mifepristona en comparación con aquellas que lo tomaron de 0 a 6 horas o de 21 a 48 horas después (tasas de expulsión del 97, 55 y 88 por ciento, respectivamente) [[20](#)]. Hasta que haya más datos de respaldo disponibles, los autores continúan aconsejando a las pacientes que tomen su misoprostol entre 10 y 24 horas después de la mifepristona. El tratamiento farmacológico puede iniciarse el mismo día del diagnóstico de pérdida del embarazo, después de un asesoramiento y consentimiento adecuados.
- **Dosis repetida de misoprostol** : en algunas pacientes puede ser necesario repetir la dosis de misoprostol (800 mcg administrados por vía bucal, vaginal o sublingual) después del tratamiento inicial con [mifepristona y misoprostol](#) [[4,21,22](#)]. Esta dosis puede administrarse no antes de tres horas, pero dentro de los siete días posteriores a la dosis inicial de misoprostol [[4](#)].
- **Menos de 10 semanas** : Para mujeres <10 semanas y con sangrado mínimo o nulo después de la dosis inicial de [misoprostol](#) , se administra una dosis repetida de misoprostol alrededor de las 24 horas (rango ≥ 3 horas pero <7 días) [[2,4](#)].

- **10 semanas o más** : En pacientes con ≥ 10 semanas de gestación, la adición de una segunda dosis automática de [misoprostol](#) mejora los resultados [2,19]. En un protocolo, el misoprostol puede repetirse cada tres horas hasta la expulsión [19]. Si bien la mayoría de las pacientes completarán la expulsión después de una o dos dosis repetidas, las pacientes con gestaciones avanzadas pueden requerir dosis adicionales.
- **Eficacia** – El tratamiento combinado con [mifepristona](#) seguida de [misoprostol](#) resulta en un tratamiento médico exitoso de la pérdida temprana del embarazo en el 80 al 90 por ciento de las pacientes [9-11]. Las estimaciones de eficacia se ven afectadas por la duración gestacional, la duración del seguimiento y los síntomas de la paciente. El aumento de la duración gestacional puede reducir las tasas de eficacia, mientras que la mayor duración del intervalo de seguimiento y la presencia de sangrado vaginal parecen aumentar las tasas de eficacia. En un estudio observacional de pacientes tratadas en una clínica de pérdida de embarazo pero fuera de un protocolo de investigación (es decir, experiencia en el mundo real), 76 de 85 pacientes (89 por ciento) tuvieron un manejo médico exitoso, incluidas dos pacientes que requirieron una segunda dosis de misoprostol [23]. La duración gestacional mediana fue de 49 días (rango de 30 a 80) medida con ultrasonido.
- **Regímenes alternativos** – Existen regímenes para el aborto con medicamentos que implican el uso de [misoprostol](#) en las dosis estándar con seis horas de diferencia o incluso simultáneamente con [mifepristona](#) (95,8 y 95,1 por ciento de éxito, respectivamente) [24,25]. Estos regímenes no se han estudiado en el contexto de la pérdida del embarazo, pero probablemente tendrían eficacias similares a las del aborto con medicamentos.
- **Profilaxis con antibióticos** : no se recomiendan los antibióticos para el tratamiento farmacológico de rutina de la pérdida del embarazo en el primer trimestre.
- **Manejo del dolor** : No existe un enfoque universal para la reducción del dolor en el manejo farmacológico de la pérdida del embarazo. Indicamos a las pacientes que tomen un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) antes de usar [misoprostol](#) , aunque no se ha estudiado el momento adecuado para hacerlo. Normalmente, el manejo farmacológico de la pérdida temprana del embarazo se asocia con menos dolor en comparación con la aspiración uterina. Sin embargo, el manejo farmacológico sigue siendo un proceso doloroso para la mayoría de las personas. El uso rutinario de narcóticos no suele ser necesario.

Segundo trimestre (13 a 19+6 semanas de gestación)

- **Protocolos de medicación** : existen múltiples enfoques para la dosificación y el momento de la administración de [mifepristona](#) y [misoprostol](#) para la pérdida del embarazo en el

segundo trimestre ([tabla 1](#)).

Recomendamos usar [mifepristona](#) 200 mg por vía oral, seguida de [misoprostol](#) después de 24 horas (es decir, con un intervalo de 24 horas entre ambos medicamentos). El misoprostol se administra en dosis de 400 microgramos por vía bucal, sublingual o vaginal cada 3 a 6 horas hasta la expulsión del tejido gestacional [[2,19](#)]. Después de las 20 semanas, o en casos con al menos una cicatriz uterina previa, se continúa administrando misoprostol 400 mcg a intervalos de 3 a 6 horas.

El tratamiento con [mifepristona](#) antes del [misoprostol](#) en el segundo trimestre reduce el tiempo de expulsión del tejido gestacional entre un 40 % y un 50 % [[26-38](#)]. Los estudios incluyeron gestaciones con una duración de entre 13 y 24 semanas y utilizaron protocolos que variaban la dosis de misoprostol según la duración de la gestación. Los protocolos son los mismos que los utilizados para la interrupción del embarazo en el segundo trimestre, que se analizan en detalle por separado. (Véase "[Interrupción del embarazo en el segundo trimestre: Aborto con medicamentos](#)", sección "[Otros protocolos](#)").

Los puntos adicionales incluyen:

- **Vía de administración del misoprostol** : Se han evaluado diferentes vías de administración, y el consenso es que se prefieren las vías vaginal o sublingual a la administración oral/bucal, ya que reducen el tiempo entre el inicio del misoprostol y la expulsión fetal [[29,39](#)]. Los datos se extrapolan de estudios que evalúan los protocolos de interrupción del embarazo.
- **Momento de inicio del misoprostol** : los datos de estudios sobre aborto con medicamentos indican que el momento óptimo para iniciar el misoprostol es entre 24 y 48 horas después de la administración de [mifepristona](#) . Algunos estudios han sugerido mejores resultados con la administración después de 36 a 48 horas. Los regímenes recomendados por la OMS, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Sociedad de Planificación Familiar proporcionan un rango de 24 a 48 horas [[26,40,41](#)]. De manera anecdótica, la experiencia de los autores indica un beneficio, aunque no tan significativo, con un intervalo incluso más corto que 24 horas. Si su entorno clínico o la situación específica no permiten un retraso entre la administración de los dos medicamentos, aún se debe considerar proporcionar mifepristona antes de iniciar el misoprostol ([tabla 1](#)).
- **Ubicación del tratamiento** : Generalmente, se recomienda que las pacientes se sometan al tratamiento farmacológico de la pérdida del embarazo en el segundo trimestre en un centro de salud y no de forma ambulatoria. Esto se debe a que estas pacientes suelen

tener una mayor necesidad de analgésicos y un mayor riesgo de sangrado, infección, retención de tejido y otras complicaciones.

- **Efectos secundarios** – Los efectos secundarios de [la mifepristona](#) y [el misoprostol](#) en etapas posteriores del embarazo son similares a aquellos cuando se usan para la pérdida del embarazo en el primer trimestre, aunque las dosis múltiples de misoprostol pueden aumentar la incidencia de náuseas y vómitos.
- **Manejo del dolor** : Los autores analizan las opciones de manejo del dolor con cada paciente y elaboran un plan razonable. Las opciones de tratamiento se extrapolan a partir de los datos limitados disponibles sobre la interrupción del embarazo. Estudios sobre el manejo del dolor en pacientes que se someten a la interrupción de la medicación en el segundo trimestre han reportado el uso de analgésicos orales (p. ej., AINE o narcóticos), analgesia intravenosa o controlada por la paciente con [fentanilo](#) o [morfina](#) , [diclofenaco](#) intramuscular , bloqueo paracervical y anestesia regional [[32-34](#)].
- **Contraindicaciones relativas** : Existen ciertas circunstancias en las que el manejo farmacológico de la pérdida del embarazo entre las semanas 13 y 20 debe evitarse o realizarse con mayor cuidado. Si una paciente tiene una cicatriz uterina previa, los datos sugieren que no es necesario realizar cambios en el manejo, siempre que no se sospeche una placentación anormal (p. ej., placenta previa o placenta accreta). En presencia de más de una cicatriz, el riesgo de rotura uterina aumenta, por lo que los autores recomiendan eliminar la dosis de carga de [misoprostol](#) y reducirla a la mitad (200 mcg cada tres horas en lugar de 400 mcg cada tres horas).

En una situación en la que se sospecha placenta previa u otra placentación anormal, se debe considerar el tratamiento quirúrgico como tratamiento de primera línea, si está disponible.

- (Ver "[Placenta previa: epidemiología, características clínicas, diagnóstico, morbilidad y mortalidad](#)" .)
- (Ver "[Espectro de placenta accreta: características clínicas, diagnóstico y posibles consecuencias](#)" .)

Misoprostol solo : si no se dispone de [mifepristona](#) y la paciente prefiere el tratamiento farmacológico, un régimen de solo misoprostol es completamente aceptable tras la asesoría adecuada sobre la eficacia reducida (tasas de eficacia del 71 % al 76 % a los 8 y 30 días, respectivamente, hasta las 12 semanas de gestación) [[9,41,42](#)]. (Consulte "[Pérdida del](#)

embarazo (aborto espontáneo): Asesoramiento y comparación de opciones de tratamiento y análisis de la atención relacionada", sección "Tratamiento farmacológico").

- **Primer trimestre**

- **Nuestro enfoque** : tratamos a las pacientes con una dosis única de [misoprostol](#) de 800 mcg por vagina (normalmente administrada en cuatro comprimidos de 200 mcg) [[9,12](#)]. Las dosis bucales y sublinguales también son razonables [[19](#)].
 - A los pacientes se les informa que aproximadamente dos tercios tendrán una expulsión completa después de un solo tratamiento.
 - En pacientes que no logran una expulsión completa tras una dosis única, se puede administrar una dosis repetida de 800 mcg hasta lograr la expulsión [[19](#)]. Los intervalos de dosificación repetidos varían desde cada 3 horas hasta cada 12 a 24 horas [[2,19](#)]. El paciente puede tolerar mejor intervalos de dosificación más prolongados.
 - Casi una cuarta parte de los pacientes tratados solo con misoprostol requerirán dosis adicionales o aspiración uterina posterior.
- **Organización Mundial de la Salud** – La OMS recomienda 800 mcg por cualquier vía (bucal, sublingual o vaginal), sin especificar el número máximo de dosis, para tener en cuenta la posible necesidad de dosis repetidas [[2](#)].
- **Segundo trimestre** : Según datos de estudios sobre la interrupción de la medicación en el segundo trimestre, se puede administrar [misoprostol](#) solo para completar la pérdida del embarazo. Seguimos el enfoque detallado en la tabla ([tabla 1](#)) [[19,40,43](#)].

Efectos secundarios de la medicación : si bien las pacientes reportan más efectos secundarios con la medicación que con la aspiración uterina, los estudios han demostrado una alta satisfacción con ambos métodos cuando las pacientes pueden elegir su tratamiento [[5](#)]. Asesoramos a las pacientes sobre los posibles efectos secundarios y les permitimos elegir su tratamiento preferido, según la indicación médica.

- [Mifepristona](#) – Si bien se han reportado náuseas y/o vómitos después del uso de mifepristona, la mayoría de las personas tienen muy pocos efectos secundarios, o ninguno [[44](#)].
- [Misoprostol](#) : El misoprostol tiene mayor probabilidad de causar diversos efectos secundarios que [la mifepristona](#) ; [las molestias gastrointestinales son las más comunes](#) [[5](#)]. Ofrecemos a las pacientes que reciben misoprostol un antiemético, especialmente si presentan náuseas y

vómitos preexistentes relacionados con el embarazo. El [ondansetrón](#) se prescribe comúnmente por su bajo costo y su presentación en comprimidos disolubles, lo que reduce el riesgo de vómitos.

En un ensayo que comparó [el misoprostol](#) con la aspiración al vacío, los pacientes que recibieron misoprostol informaron los siguientes efectos secundarios [5]:

- Náuseas – 53 por ciento
- Vómitos – 20 por ciento
- Diarrea – 24 por ciento
- Dolor abdominal – 99 por ciento
- Pirexia – 3 por ciento

Complicaciones del manejo de la medicación : Las complicaciones comunes del manejo de la medicación durante gestaciones de hasta 20 semanas incluyen retención de productos de la concepción (POC), infección, hemorragia y (rara vez) la muerte. El riesgo de complicaciones generalmente aumenta con la duración de la gestación.

Para todas las duraciones gestacionales

- **Retención de productos de la concepción** : Entre el 5 % y el 20 % de las personas que utilizan medicación requerirán tratamiento adicional para la retención de productos de la concepción [4]. Según algunas estimaciones, el riesgo de retención de productos de la concepción es de hasta un 8 % después de regímenes de medicación que incluyen [mifepristona](#) en el segundo trimestre [35-37]. El uso de mifepristona aumenta la probabilidad de expulsión completa en comparación con [el misoprostol](#) solo. El tratamiento de la retención de productos de la concepción incluye repetir el misoprostol o la aspiración quirúrgica, según el contexto clínico y las preferencias de la paciente.
- **Infección** : Las tasas de infección tras el tratamiento farmacológico de la pérdida gestacional temprana son bajas (del 1 al 2 %) [4], pero cuando se presenta, se debe considerar la retención de los puntos de atención prenatal. No se recomienda la profilaxis antibiótica para el tratamiento farmacológico rutinario de la pérdida gestacional en ninguna etapa gestacional.
- **Hemorragia que requiere transfusión** : en un ensayo de 300 personas con pérdida de embarazo entre las 5 y 12 semanas completas de gestación, el 2 por ciento de las pacientes tuvieron sangrado que requirió transfusión después del tratamiento con [mifepristona](#) y [misoprostol](#) [9]. Se estima que la hemorragia que requiere transfusión asociada con el manejo de medicamentos en el segundo trimestre es de aproximadamente 0.7 por ciento,

similar a la dilatación y evacuación (D&E) [36,40,45]. Esta diferencia entre las tasas de transfusión del primer y segundo trimestre probablemente se deba a varios factores. La tasa del 2 por ciento en el primer trimestre proviene de un solo estudio de 300 sujetos, mientras que los estudios del segundo trimestre incluyeron muchos más sujetos (más de 1000 en uno). Además, el manejo de medicamentos en el segundo trimestre ocurrió en un entorno hospitalario en los estudios citados, lo que permitió una evaluación y un manejo más rápidos del sangrado, lo que podría llevar a una menor necesidad de transfusión.

Las hospitalizaciones relacionadas con hemorragias con o sin transfusión son poco comunes después del tratamiento farmacológico de la pérdida del embarazo (0,5 a 1,0 por ciento) y no son clínicamente más probables que después de la aspiración quirúrgica [5].

- **Muerte** : No existen datos publicados sobre el riesgo de muerte por el tratamiento farmacológico de la pérdida del embarazo antes de las 13 semanas de gestación. Si no hay hemorragia ni infección sin tratar, el riesgo es insignificante.

Existen datos limitados sobre el riesgo de muerte materna tras el tratamiento farmacológico de la pérdida del embarazo en el segundo trimestre. La mayoría de los datos se extrapolan de la mortalidad materna asociada al tratamiento farmacológico del aborto en el segundo trimestre. Sin embargo, estas estadísticas no reflejan con precisión el riesgo asociado al tratamiento farmacológico de la pérdida del embarazo, ya que existe un menor estigma en torno a la presentación y el tratamiento de la pérdida del embarazo en comparación con el aborto. Incluso en países donde el aborto es ilegal (y, por lo tanto, se asocia con una mortalidad materna mucho mayor), la mayoría de las pacientes podrán recibir tratamiento para la pérdida del embarazo.

Específico para las semanas 13 a 19+6 de gestación

- **Ruptura uterina** : faltan datos sobre la tasa de ruptura uterina con el manejo de medicamentos en el segundo trimestre (y no hay ninguno específico para el manejo de la pérdida del embarazo). Una serie de casos identificó una ruptura uterina de 1002 abortos con medicamentos consecutivos en el segundo trimestre [36]. Otros estudios estiman que el riesgo de ruptura uterina es del 0,04 por ciento sin cicatriz uterina frente al 0,28 por ciento con una cicatriz uterina (sin diferencia estadísticamente significativa) [38]. En una revisión sistemática de agentes de maduración cervical en el aborto en el segundo trimestre de úteros con cicatrices, el riesgo con más de una cicatriz uterina previa es estadísticamente mayor que sin cicatriz, aunque el riesgo absoluto sigue siendo pequeño (2,5 frente al 0,08 por ciento, razón de riesgo 17,55, IC del 95 % 3-103) [46]. Dado el bajo riesgo absoluto y si la paciente no desea una D&E o no se dispone de un profesional

cualificado en D&E, es razonable proceder con el tratamiento farmacológico en pacientes con más de una cicatriz uterina. Recurrir a la histerotomía no es adecuado únicamente por la presencia de cicatrices uterinas previas, dada la mayor mortalidad materna en comparación con el tratamiento farmacológico o la D&E (60/100.000, 9,6/100.000 y 4,9/100.000, respectivamente) [47].

- **Traumatismo cervical** : el riesgo reportado de laceración cervical asociado tanto con la D&E como con el manejo de medicamentos en el segundo trimestre es similar, aproximadamente un 3,3 por ciento [40,48]. Los factores de riesgo de laceración cervical incluyen dilatación mecánica, nuliparidad, duración gestacional avanzada e inexperiencia del profesional de la salud.

Seguimiento : La necesidad y el tipo de seguimiento tras el tratamiento farmacológico de la pérdida del embarazo dependen tanto de los deseos de la paciente como de la duración de la gestación. Si bien algunas personas con pérdida del embarazo pueden ser candidatas a un seguimiento remoto o a no realizarlo, ofrecemos seguimiento presencial a cualquier paciente que lo desee.

- **Pérdida del embarazo en el primer trimestre** : para las pacientes que eligen el tratamiento farmacológico ambulatorio de la pérdida del embarazo temprana (es decir, $\leq 12 + 6$ semanas de gestación), se recomienda algún tipo de seguimiento; esto puede ser en persona, por teléfono o telemedicina, y con o sin ecografía confirmatoria o prueba de gonadotropina coriónica humana (hCG) en orina/sangre [49].
- **Atención presencial** : El seguimiento habitual consiste en que la paciente regrese una o dos semanas después del tratamiento para una ecografía que confirme la expulsión del saco gestacional y otros tejidos evidentes del embarazo. No es necesario que la ecografía demuestre que la cavidad uterina está completamente vacía, ya que suele haber sangre y coágulos [50,51]. Si los antecedentes de la paciente coinciden con la finalización del embarazo y la ecografía muestra la ausencia del saco gestacional, la pérdida del embarazo debe considerarse completa.
- **Atención virtual** : Si se prefiere, el seguimiento remoto parece ser aceptable según datos de estudios sobre la atención del aborto con medicamentos [52-57]. Es posible que las personas no requieran ninguna consulta de seguimiento si reciben y comprenden la información adecuada sobre qué esperar, las posibles complicaciones y la anticoncepción [58]. Las pacientes con inquietudes sobre la continuación del embarazo u otros problemas derivados del seguimiento telefónico o por telemedicina son evaluadas en persona.

- **HCG sérica como marcador de éxito del tratamiento** : en situaciones donde no se dispone de ecografía, los niveles séricos seriados de hCG pueden ser un método alternativo para confirmar la pérdida completa del embarazo [4]. Sin embargo, aún no se conocen los niveles absolutos ni los cambios relativos de la hCG sérica que confirmen el manejo exitoso de la medicación. En un análisis secundario planificado de los niveles séricos de hCG para individuos con pérdida temprana del embarazo tratados con [mifepristona / misoprostol](#) o misoprostol solo, no se encontraron niveles umbral de hCG, caída absoluta de hCG ni cambio porcentual de hCG (medido desde el inicio hasta uno a cuatro días después de la administración de misoprostol) que predijeran el éxito del tratamiento [59]. Con base en datos extrapolados del aborto con medicamentos, las mediciones de hCG sérica realizadas al menos siete días después del tratamiento pueden ser más capaces de delinear el éxito o el fracaso del tratamiento; sin embargo, la alta variabilidad en los valores de hCG en el contexto de la pérdida temprana del embarazo puede limitar la precisión de esta prueba para diagnosticar el tratamiento completado.
- **Pérdida del embarazo en el segundo trimestre** : Tras el tratamiento farmacológico de la pérdida del embarazo en pacientes hospitalizados, cuando se presupone que el proceso ha finalizado antes del alta, el seguimiento debe ser el mismo que para la aspiración o la dilatación y evacuación. (Consulte "[Interrupción del embarazo en el segundo trimestre: Elección entre aborto con medicamentos o dilatación y evacuación](#)", sección "[Atención de seguimiento](#)").

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO (ASPIRACIÓN UTERINA)

Para todas las duraciones gestacionales : El manejo quirúrgico de la pérdida del embarazo, en todas las duraciones gestacionales, es similar al manejo quirúrgico de la interrupción del embarazo. Se presentan por separado análisis detallados específicos de la aspiración quirúrgica en el primer y segundo trimestre, así como de la preparación cervical; a continuación, se revisarán los matices específicos de las pacientes con pérdida del embarazo.

- (Ver "[Interrupción del embarazo en el primer trimestre: Aspiración uterina](#)" .)
- (Ver "[Interrupción del embarazo en el segundo trimestre: dilatación y evacuación](#)" .)
- (Ver "[Interrupción del embarazo: preparación cervical para el aborto procedimental](#)" .)

Los puntos clave específicos del tratamiento quirúrgico de la pérdida del embarazo incluyen:

- **Tipo de aspiración uterina** : Para las pacientes que desean tratamiento quirúrgico, la aspiración uterina manual (AUM) mediante un dispositivo de aspiración manual endouterina (AMEU) o la aspiración eléctrica endouterina (AVE) es la técnica preferida para el tratamiento de la pérdida gestacional en el primer trimestre. La aspiración uterina es más segura, eficaz y mejor tolerada por las pacientes despiertas que el legrado uterino. El legrado uterino instrumental no debe utilizarse para evacuar el útero.
- **Eficacia** : Según la evaluación de pacientes sometidas a aspiración uterina en el primer trimestre, la AMEU y la EVA presentan una eficacia similar [60]. Muchos profesionales prefieren cambiar de AMEU a EVA después de las 8 a 10 semanas de gestación. Generalmente, después de las 8 a 10 semanas, la AMEU requiere un poco más de tiempo para vaciar el útero que la EVA.
- **Duración gestacional** : Algunos profesionales sanitarios continúan utilizando la AMEU durante el segundo trimestre para la aspiración del componente de dilatación y evacuación (D&E). En Estados Unidos, la mayoría utiliza la EVA para la aspiración del componente de D&E. No existen datos publicados que comparen una modalidad de aspiración con otra en el segundo trimestre.
- **Volumen de material extraído** : El volumen de material que la AMEU puede aspirar a la vez es de 60 ml, frente a los aproximadamente 2000 ml de la EVA (que se vacía en un frasco). La otra diferencia principal es que la succión generada por la AMEU solo continúa mientras la cánula se encuentre dentro de la cavidad uterina. Si se retira, es necesario reiniciar el mecanismo de succión (lo cual es fácil y breve) antes de poder volver a utilizarlo. Si se desea una succión continua (por ejemplo, al anticipar un mayor sangrado, como en el caso de un embarazo molar), la EVA puede ser la modalidad preferida.
- **Preparación cervical previa** al procedimiento : La preparación cervical se refiere al tratamiento del cuello uterino antes del procedimiento. La necesidad y el enfoque de la preparación cervical varían según el tamaño del embarazo. Esto se analiza en detalle en otro lugar. (Véase "[Interrupción del embarazo: Preparación cervical para el aborto quirúrgico](#)").
- **Determinar la duración del embarazo** : En pacientes con pérdida del embarazo, el tamaño del embarazo medido puede ser muy discordante con la duración gestacional medida desde la última menstruación (FUM). Un embarazo puede tener una duración de 16 semanas desde la FUM, pero la ecografía puede determinar ocho semanas. En este caso, se consideraría que la paciente ha sufrido una pérdida del embarazo de ocho semanas y se trataría como tal (es decir, no necesitaría preparación cervical).

- **Duración <13 semanas** : Antes de las 13 semanas, generalmente no se requiere la preparación cervical rutinaria antes de la evacuación endouterina. Por lo tanto, según los deseos y necesidades de la paciente, el procedimiento puede realizarse el mismo día del diagnóstico de la pérdida gestacional, tras obtener el consentimiento informado.
- **Duración ≥13 semanas** : En pacientes con pérdida gestacional de 13 semanas o más de gestación, generalmente se realiza una preparación cervical. Sin embargo, algunos protocolos no incluyen rutinariamente la preparación cervical antes de las 14 semanas de gestación en pacientes con partos vaginales previos [61].
 - **Colocación del dilatador** : Cuando se planifica la preparación cervical, existen protocolos para la colocación del dilatador y la D&E en el mismo día o en dos días. El tiempo transcurrido entre la preparación cervical y la D&E en el segundo trimestre depende del tipo de preparación cervical utilizada y de la duración de la gestación ([tabla 2](#)) [62].
 - **Uso de medicamentos** – También se pueden utilizar medicamentos para la maduración cervical, como [el misoprostol](#) , en particular en gestaciones de más de 19 semanas, aunque los datos provienen de estudios sobre interrupción del embarazo y no sobre pérdida del embarazo [62-65].

[La mifepristona](#) no suele utilizarse en este contexto. Antes de las 20 semanas de gestación, no se ha demostrado que sea beneficiosa [66]. En casos de aborto espontáneo de ≥20 semanas de duración, el cuello uterino suele ser más fácil de dilatar que en la interrupción del embarazo. Además, la adición de mifepristona aumenta el riesgo de expulsión fetal antes del procedimiento, por lo que no se recomienda de forma rutinaria [62]. (Véase "[Interrupción del embarazo: Preparación cervical para el aborto quirúrgico](#)", sección "[Modalidades de preparación cervical](#)").

- **Dilatación mecánica del cuello uterino** : La dilatación cervical se refiere al uso de dilatadores mecánicos durante el procedimiento para abrir el orificio cervical. El principal factor de riesgo para la aspiración uterina incompleta es la dilatación cervical inadecuada. (Véase "[Interrupción del embarazo: Preparación cervical para el aborto quirúrgico](#)", sección "[Función de la dilatación mecánica](#)").
 - Si el cuello uterino ya está dilatado, la dilatación mecánica podría no ser necesaria. Si el cuello uterino está dilatado 1 cm, el médico puede usar una cánula de 10 mm para vaciar el útero más rápidamente, incluso si la duración gestacional de la pérdida del embarazo es inferior a 10 semanas.

- Si el cuello uterino no está dilatado, a menudo será necesaria una dilatación mecánica antes de la evacuación, lo cual puede lograrse mediante el uso de dilatadores mecánicos en serie hasta alcanzar la dilatación necesaria. No hay una cantidad fija de dilatación necesaria para cada duración gestacional, pero una regla general es dilatar el cuello uterino hasta el mismo tamaño en milímetros que la duración gestacional en semanas (es decir, si se trata de una pérdida de embarazo de ocho semanas, dilatar hasta 8 mm).
- Si es difícil dilatar el cuello uterino hasta el ancho deseado, se puede usar una cánula más pequeña (es decir, una de 6 mm en caso de pérdida de embarazo de ocho semanas). Vaciar el útero podría tardar un poco más, pero esto es preferible a un posible traumatismo cervical.
- **Selección del tamaño de la cánula** : La mayoría de los profesionales clínicos utilizan una cánula de tamaño equivalente a la duración gestacional del embarazo o 1 mm menor. La cánula más pequeña que la mayoría de los profesionales utilizan para la evacuación endouterina es de 6 a 7 mm, incluso en etapas muy tempranas de la gestación. Esto permite maximizar la posibilidad de identificar incluso un saco gestacional muy pequeño, que es menos probable que esté intacto o sea menos identificable con una cánula más pequeña. (Consulte "[Interrupción del embarazo en el primer trimestre: Aspiración endouterina](#)", sección "[Procedimiento](#)").
- **Evaluación tisular** : La evaluación tisular debe realizarse después del tratamiento quirúrgico de la pérdida gestacional, al igual que después del tratamiento quirúrgico de un aborto ([imagen 1](#)). Una distinción importante es que el tejido corresponderá a la medición ecográfica del embarazo y no a la fecha de la FUM (ya que pueden ser bastante discordantes, dependiendo del momento del diagnóstico de la pérdida gestacional). También puede ser más difícil identificar las partes fetales, ya que pueden macerarse si transcurre un tiempo considerable entre el fallecimiento y el tratamiento. (Véase "[Interrupción del embarazo en el primer trimestre: Aspiración uterina](#)", sección "[Evaluación tisular](#)").
- **Manejo del dolor** : La mayoría de las pacientes experimentan cólicos moderados a intensos durante el procedimiento de aspiración uterina; los cólicos y el dolor también suelen presentarse con las técnicas de preparación cervical. Algunas personas pueden optar por un manejo del dolor mínimo o nulo, mientras que otras prefieren niveles más altos de anestesia. La decisión de usar analgésicos es compleja y tiene en cuenta los deseos de la paciente, el contexto clínico del procedimiento, las comorbilidades y la disponibilidad de analgésicos. Es más probable que las pacientes deseen o requieran niveles más altos de analgesia/anestesia a medida que aumenta la duración de la gestación, aunque esto es muy variable. Las opciones de manejo del dolor con D&E en el segundo trimestre son las mismas que con los

procedimientos de aspiración uterina en el primer trimestre, con la adición de anestesia regional. La anestesia general rara vez se requiere y generalmente no se recomienda si hay otras opciones adecuadas disponibles [67].

Las opciones para el manejo del dolor y su administración se analizan en otra sección. (Véase "[Interrupción del embarazo en el primer trimestre: Aspiración uterina](#)", sección "[Manejo del dolor](#)").

- **Entorno de atención al paciente** : la aspiración uterina se puede realizar de forma segura tanto en entornos ambulatorios como en quirófanos. La selección se basa en los recursos disponibles y las preferencias de la paciente (en términos de sedación/manejo del dolor, momento del procedimiento y otros factores). Fuera de América del Norte, la mayoría de los procedimientos de aspiración uterina se realizan en entornos ambulatorios [68], mientras que en América del Norte, los procedimientos de aspiración uterina para aborto espontáneo a menudo se manejan en el quirófano, aunque no por preocupaciones de seguridad [69,70]. Algunos estudios han informado que muchas pacientes prefieren tener su manejo fuera del quirófano porque a menudo puede ocurrir más rápida y fácilmente en un entorno ambulatorio y es menos costoso pero aún permite a la paciente muchas opciones de manejo del dolor [71]. Típicamente, la sedación profunda y la anestesia general están disponibles en un quirófano, aunque algunas clínicas ambulatorias pueden ofrecer sedación consciente.
- **Profilaxis antimicrobiana** – Nosotros y otros recomendamos que se administre profilaxis antimicrobiana antes de la aspiración uterina para la pérdida del embarazo de cualquier duración gestacional [4,40,72-74]. Múltiples fármacos han demostrado eficacia para reducir la infección en comparación con placebo; no se ha establecido el régimen antibiótico óptimo [74].
 - Administramos una dosis única de [doxiciclina](#) 200 mg una hora antes del procedimiento ([tabla 3](#)) [4,73].
 - Los pacientes ambulatorios y/o aquellos sin acceso intravenoso reciben [doxiciclina](#) oral , mientras que los pacientes con acceso intravenoso reciben la misma dosis por vía intravenosa.
 - Algunas prácticas también administran [azitromicina en el momento de la colocación del dilatador osmótico](#) ([tabla 4](#)).

Este enfoque se basa en estudios sobre aspiración uterina para la interrupción del embarazo, así como para la pérdida del embarazo [74,75]. En un estudio específico para pacientes con pérdida del embarazo, un ensayo con más de 3400 pacientes en países de bajos recursos con

pérdida del embarazo hasta las 22 semanas de gestación informó tasas generales similares de infección pélvica entre los grupos de antibióticos y placebo (4,1 frente a 5,3 %) [76]. Sin embargo, el análisis por tipo de procedimiento informó una reducción del riesgo de infección para las pacientes que recibieron antibióticos en comparación con las pacientes que recibieron placebo antes de la AMEU (1,3 frente a 4,1 %). Dado que la aspiración es el método preferido de aspiración uterina quirúrgica, administramos antibióticos antes de la aspiración uterina para la pérdida del embarazo. (Véase "[Interrupción del embarazo en el primer trimestre: Aspiración uterina](#)", sección sobre "[Profilaxis antibiótica](#)").

No existen estudios sobre antibióticos preoperatorios específicos para pacientes con aborto espontáneo entre las semanas 13 y 20 de gestación. Dada la mayor duración de la gestación y el uso recomendado de antibióticos profilácticos antes de la dilatación y evacuación [40], los autores también recomiendan su uso en el tratamiento de pacientes con aborto espontáneo. (Véase "[Interrupción del embarazo en el segundo trimestre: Dilatación y evacuación](#)", sección "[Antibióticos profilácticos](#)").

- **Efectos secundarios** : La aspiración uterina tiene muy pocos efectos secundarios. Se pueden experimentar los efectos secundarios habituales de los diversos analgésicos utilizados. Algunas pacientes pueden experimentar un evento vasovagal con cualquier manipulación del cuello uterino. Esto puede ser alarmante e incluso asemejarse a una actividad convulsiva. Sin embargo, salvo raras excepciones, es un evento benigno que se resuelve rápidamente con medidas de soporte y tiempo. Los eventos vasovagales se caracterizan por hipotensión acompañada de bradicardia. Los cambios en el estado mental asociados a hipotensión y taquicardia deben hacer sospechar un shock hemorrágico u otras complicaciones.
- **Evitar el legrado uterino instrumental**: Se desaconseja encarecidamente su uso debido a su asociación con una menor eficacia y un mayor índice de complicaciones. Recomendamos encarecidamente a todos los profesionales sanitarios que eliminen el legrado uterino instrumental como método principal de evacuación endouterina en caso de pérdida gestacional o aborto.

Específico para las semanas 13 a 19+6 de gestación

- **Estudios de laboratorio previos al procedimiento** : Después de aproximadamente 15 semanas (mediante ecografía), el riesgo de coagulación intravascular diseminada (CID) aumenta con la duración gestacional de la pérdida del embarazo. No existen datos contundentes sobre cuándo y si los médicos deben verificar los valores de laboratorio en casos de muerte fetal prolongada. Si la muerte fetal ocurrió más de tres semanas antes del tratamiento y la duración gestacional es de 15 semanas o más, o si el médico tiene mayor

preocupación por la CID por cualquier motivo, recomendamos que se realicen un hemograma completo preoperatorio, estudios de coagulación y fibrinógeno. Debido al riesgo de CID y al sangrado excesivo, algunas clínicas ambulatorias no ofrecen tratamiento para la pérdida del embarazo después de las 13 a 15 semanas. (Consulte ["Evaluación y tratamiento de la coagulación intravascular diseminada \(CID\) en adultos"](#)).

- **Técnica del procedimiento** : Existen diversas técnicas quirúrgicas que pueden emplearse para el manejo quirúrgico de la pérdida gestacional en el segundo trimestre. Hasta aproximadamente las 16 semanas, la evacuación completa suele lograrse con una cánula más grande (hasta 16 mm). Después de las 16 semanas, se suele utilizar succión combinada con pinzas de agarre para evacuar el útero [67]. Por convención, los procedimientos de evacuación uterina quirúrgica en el segundo trimestre se denominan D&E.
 - (Véase ["Terminología del tratamiento"](#) más arriba.)
 - (Ver ["Interrupción del embarazo en el segundo trimestre: dilatación y evacuación"](#) .)
- **Función de la histerotomía o histerectomía** : Existen circunstancias únicas en las que la histerotomía o incluso la histerectomía podrían ser la estrategia más segura para el manejo de la pérdida del embarazo en el segundo trimestre, aunque antes de las 20 semanas, estas situaciones serían poco frecuentes (por ejemplo, placenta invasiva o fibromas grandes que impidan el acceso a través del cuello uterino). En el contexto de un cerclaje abdominal, suele ser posible cierto grado de dilatación cervical, pero puede ser necesaria la histerotomía si no se obtiene una dilatación adecuada para la D&E. En ausencia de otros factores de riesgo, la presencia de una o más cicatrices uterinas previas no es una indicación para evitar la D&E ni para el manejo farmacológico. (Véase ["Histerectomía periparto para el manejo de la hemorragia"](#)).

Complicaciones : El riesgo general de complicaciones por aspiración uterina es relativamente bajo, pero aumenta con la duración de la gestación. Entre las complicaciones más comunes se incluyen la retención de productos de la concepción (PCO), el sangrado y la infección.

- **Retención de los puntos de control o necesidad de una nueva evacuación quirúrgica** : Aproximadamente el 1 % de las pacientes se someten a una nueva evacuación por succión ante la sospecha de retención de los puntos de control o hematómetros [5]. El riesgo es similar tras procedimientos de dilatación y evacuación en el segundo trimestre [40,77,78]. La presentación, el diagnóstico y el manejo de la paciente se describen en otro apartado. (Véase ["Interrupción del embarazo en el primer trimestre: Aspiración uterina"](#), sección ["Aborto incompleto o fallido"](#) y ["Interrupción del embarazo en el primer trimestre: Aspiración uterina"](#), sección ["Hematómetros"](#)).

- **Atonía y/o hemorragia** : La atonía uterina en el momento de la aspiración uterina puede provocar hemorragia. La hemorragia tras la aspiración uterina en el primer trimestre es poco frecuente, con una incidencia de entre 0 y 3 por 1000 casos [79,80]. La atonía uterina con sangrado resultante se presenta aproximadamente en el 2,6 % de los casos con D&E [81]. Tanto la edad materna avanzada como la duración de la gestación son factores de riesgo independientes.

El manejo incluye masaje uterino y uterotónicos como [misoprostol](#) (hasta 1000 mcg administrados por vía rectal o bucal), carboprost y [metilergonovina](#) . Si bien no existen datos específicos para el uso de [ácido tranexámico](#) en el contexto de una hemorragia después del manejo quirúrgico de la pérdida del embarazo, ahora es un agente de primera línea para el manejo de la hemorragia después del parto y también se puede utilizar en este contexto [82]. El sangrado como resultado de una placentación anormal a veces es refractario a los uterotónicos; un balón de Foley intrauterino suele ser eficaz en este contexto. Siempre se debe considerar la posibilidad de perforación durante la hemorragia, especialmente cuando fallan los uterotónicos.

- (Ver "[Interrupción del embarazo en el primer trimestre: Aspiración uterina](#)", sección sobre "[Hemorragia](#)").
- (Ver "[Interrupción del embarazo en el segundo trimestre: dilatación y evacuación](#)", sección sobre "[Hemorragia](#)" .)
- (Ver "[Descripción general de la hemorragia posparto](#)" .)
- **Traumatismo cervical** : Pueden producirse laceraciones cervicales u otros traumatismos, especialmente con la tracción del cuello uterino durante la dilatación. El riesgo reportado de laceración cervical, asociado tanto con la dilatación y evacuación como con el manejo de la medicación en el segundo trimestre, es similar, aproximadamente un 3,3 % [40,48]. Los factores de riesgo de laceración cervical incluyen la dilatación mecánica, la nuliparidad, la duración gestacional avanzada y la inexperiencia del profesional sanitario. En ocasiones, se requieren suturas para lograr la hemostasia. (Véase "[Interrupción del embarazo en el segundo trimestre: Dilatación y evacuación](#)", sección "[Laceración cervical](#)").

Para prevenir el traumatismo cervical, se debe considerar la preparación cervical con [misoprostol](#) cuando se prevea una dilatación difícil (p. ej., en primigestas, adolescentes o con una gestación avanzada). (Véase "[Para todas las gestaciones](#)" más arriba).

- **Perforación** : La perforación durante la aspiración uterina es una complicación poco frecuente (<1%), incluso en procedimientos del segundo trimestre [45,77,83-85]. La

perforación puede ocurrir tanto con la dilatación cervical como con la aspiración uterina. El principal factor de riesgo de perforación es la dilatación cervical inadecuada. Su reconocimiento es importante para prevenir complicaciones posteriores. Los signos incluyen la imposibilidad repentina de avanzar los instrumentos, un aumento repentino del dolor en una paciente despierta, hemorragia o hallazgos ecográficos sospechosos, como un hematoma del ligamento ancho. Ante la sospecha, puede justificarse una evaluación adicional, especialmente si existe la posibilidad de que se haya aplicado succión en la cavidad peritoneal. En estas circunstancias, se puede utilizar laparoscopia u otros medios para evaluar la presencia de lesiones intestinales o de otro tipo. (Véase "[Perforación uterina durante procedimientos ginecológicos](#)").

- **Infección** : La infección tras la aspiración uterina (a veces denominada endometritis) es poco común y se presenta en menos del 1 % de los casos del primer trimestre, según datos de abortos por aspiración en el primer trimestre. En el caso de la dilatación y evacuación en el segundo trimestre, las tasas de infección reportadas oscilan entre el 0,1 % y el 4 % [[45,77,83](#)]. Las pacientes suelen presentar dolor pélvico y sensibilidad uterina durante la exploración y, ocasionalmente, secreción purulenta y otros signos sistémicos de infección. Si se sospecha una infección, se debe realizar una ecografía para evaluar la presencia de tejido retenido. Si se detecta tejido retenido, es necesaria una nueva aspiración.
 - (Ver "[Interrupción del embarazo en el primer trimestre: Aspiración uterina](#)", sección sobre "[Infección](#)").
 - (Ver "[Interrupción del embarazo en el segundo trimestre: dilatación y evacuación](#)", sección sobre "[Infección](#)").

En pacientes sin evidencia de sepsis y que puedan contactar razonablemente al médico si surgen problemas, el tratamiento con antibióticos orales es razonable. En pacientes sépticos, pueden estar indicados antibióticos intravenosos. La elección de antibióticos es similar al tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica. (Véase "[Enfermedad inflamatoria pélvica: Tratamiento en adultos y adolescentes](#)").

- **Adherencias intrauterinas** : si bien no se conoce la incidencia de adherencias intrauterinas (AIU) después del manejo expectante, farmacológico y quirúrgico de la pérdida del embarazo porque no se evalúa a las personas asintomáticas, los datos limitados sugieren que el manejo quirúrgico, específicamente el legrado uterino instrumental, puede estar asociado con un mayor riesgo de formación de AIU. En un ensayo que asignó aleatoriamente a 82 pacientes con CPI retenidas después de la pérdida del embarazo a observación (manejo expectante), [misoprostol](#) (manejo farmacológico) o legrado (manejo quirúrgico), solo las del grupo de

tratamiento quirúrgico (2 pacientes, 7,7 por ciento) tenían AIU en el momento de la histeroscopia a los seis meses, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa [86]. Las limitaciones incluyen el pequeño número de participantes del ensayo, que las AIU diagnosticadas por histeroscopia en este estudio pueden no haber sido clínicamente significativas y la realidad de que algunas personas que eligen el manejo no invasivo aún requerirán un procedimiento para los CPI retenidos o el sangrado abundante. Además, se sabe que la retención de los POC se asocia con un mayor riesgo basal de infección, que a su vez se asocia con un mayor riesgo de IUA. Este estudio resulta alentador, ya que el porcentaje de personas con IUA fue, en general, bajo. El diagnóstico y el tratamiento de las IUA se presentan en contenido relacionado.

- (Ver "[Adherencias intrauterinas: Manifestaciones clínicas y diagnóstico](#)" .)
- (Ver "[Adherencias intrauterinas: Tratamiento y prevención](#)" .)
- **Transfusión de sangre** : la hemorragia que requiere transfusión es rara (<1 por ciento) después de la aspiración uterina del primer y segundo trimestre y puede deberse a atonía uterina, placentación anormal o perforación [77]. Para los procedimientos del segundo trimestre, la atonía es la causa más común (52 por ciento), seguida de placentación anormal (17 por ciento), laceración cervical (12 por ciento), perforación uterina (7 por ciento), sangrado del segmento uterino inferior sin atonía (5 por ciento) y CID (5 por ciento) [87]. Los uterotónicos son nuevamente la terapia de primera línea, como se discutió en el punto anterior.
- **Muerte** : La muerte es un caso raro de pérdida del embarazo, independientemente de la duración de la gestación, siempre que se reconozca y se trate adecuadamente. El retraso en el diagnóstico o el tratamiento puede aumentar el riesgo de hemorragia e infección, las dos principales causas de morbilidad y mortalidad graves en la pérdida del embarazo [88]. El riesgo de CID también aumenta con la muerte intrauterina prolongada antes de la aspiración uterina. (Véase "[Coagulación intravascular diseminada \(CID\) durante el embarazo: Hallazgos clínicos, etiología y diagnóstico](#)").

La embolia de líquido amniótico es otra complicación muy poco frecuente, que se presenta en 1 de cada 10 000 a 1 de cada 80 000 procedimientos; sin embargo, es mortal en aproximadamente el 80 % [89,90]. El manejo incluye el reconocimiento rápido, el apoyo cardiopulmonar y el tratamiento de la CID, que suele estar presente [91]. (Véase «[Embolia de líquido amniótico](#)»).

Seguimiento posoperatorio : El seguimiento tras una aspiración uterina o una dilatación y evacuación (D&E) debe ofrecerse a todas las pacientes, pero no debe ser obligatorio [58]. En

una paciente asintomática, no hay indicación para realizar más pruebas o exámenes. Sin embargo, muchas pacientes valoran la oportunidad de consultar con su profesional de la salud, aclarar cualquier duda sobre la pérdida del embarazo o el procedimiento, y hablar sobre los próximos pasos en relación con futuros embarazos o métodos anticonceptivos. Además, es una oportunidad para que los profesionales evalúen el estado mental de sus pacientes y se aseguren de que estén afrontando la pérdida adecuadamente. Se deben ofrecer servicios de trabajo social y derivación a otros servicios de salud mental según sea necesario. (Véase ["Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): Asesoramiento, comparación de opciones de tratamiento y análisis de la atención relacionada", sección "Revisar puntos de atención adicionales"](#)).

PREVENCIÓN DE LA ALOINMUNIZACIÓN (PACIENTES RHD NEGATIVOS)

En el caso de las pacientes RhD negativas que experimentan pérdida de embarazo, aquellas con una duración gestacional de < 12 0/7 semanas no requieren pruebas Rh ni tratamiento con RhIG, mientras que aquellas con una duración ≥ 12 semanas deben someterse a pruebas con el tratamiento indicado [[2,92-98](#)].

- **Menos de 12 0/7 semanas de gestación** : adoptamos el enfoque defendido por la [Guía de atención del aborto](#) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras sociedades y renunciamos a las pruebas de Rh de rutina y la administración de [inmunoglobulina](#) RhD para pacientes que experimentan una pérdida de embarazo (espectativa, medicación o tratamiento quirúrgico) o aborto (inducido o quirúrgico) por debajo de las 12 semanas de gestación (es decir, menos de 84 días desde el último período menstrual) [[2,93-98](#)]. Se cree que el riesgo de aloinmunización es insignificante, aunque ningún estudio ha informado sobre el resultado principal de interés: la frecuencia de aloinmunización y enfermedad hemolítica del feto/recién nacido en un embarazo posterior.
- **Enfoque centrado en el paciente** : Si bien existe consenso en torno a la necesidad de realizar pruebas y tratar a las pacientes que experimentan una pérdida gestacional de <12 0/7 semanas de gestación [[2,92-98](#)], un grupo médico aboga por realizar pruebas Rh a todas las pacientes con una pérdida gestacional de menos de 12 semanas debido a los posibles "resultados fetales y neonatales adversos asociados con la aloinmunización RhD" y a las diferentes interpretaciones de los datos que se presentan a continuación [[99](#)]. Los médicos pueden adoptar razonablemente el enfoque que mejor se adapte a sus recursos, a la población de pacientes y a las preferencias de cada paciente. Por ejemplo, los médicos pueden optar por realizar pruebas a pacientes individuales basándose en una toma de decisiones compartida o prescindir de las pruebas por falta de evidencia que demuestre un

beneficio, si no hay recursos disponibles, si las pruebas o el tratamiento no son logísticamente viables, o si este enfoque retrasaría excesivamente el tratamiento [100].

- **Datos de apoyo** – Las directrices anteriores aconsejaban que las pacientes RhD negativas sometidas a tratamiento quirúrgico debían recibir **inmunoglobulina RhD**, independientemente de la duración de la gestación, debido al riesgo teórico de aloinmunización con aspiración uterina [4,101-103]. Sin embargo, un estudio posterior de pacientes sometidas a aborto (con medicamentos o mediante procedimientos) informó que la concentración de glóbulos rojos fetales (fRBC) era insuficiente para causar sensibilización Rh en el primer trimestre del embarazo [104,105]. Se cree que el riesgo de aloinmunización es insignificante, pero ningún estudio ha informado sobre el resultado principal de interés: la frecuencia de aloinmunización y enfermedad hemolítica del feto/recién nacido en un embarazo posterior.
 - En un estudio observacional de 506 pacientes que se sometieron a un aborto (con medicamentos o mediante procedimientos) antes de las 12 semanas de gestación, utilizando tecnología de citometría de flujo de alto rendimiento, ninguna de las pacientes presentó recuentos recientemente elevados de fRBC por encima del umbral de sensibilización estimado de 125 fRBC/5 millones de glóbulos rojos totales, una estimación conservadora del volumen mínimo de fRBC que sirve como inóculo que produce anticuerpos [105]. Una paciente presentó niveles de fRBC que excedieron el umbral tanto antes como después de la intervención (es decir, la elevación de fRBC no fue resultado de la intervención). El cambio medio en los recuentos de fRBC desde el valor inicial previo al aborto hasta el posterior al aborto fue de 0 fRBC/5 millones de glóbulos rojos totales.
 - En un estudio prospectivo de 37 personas embarazadas de 5 a 12 semanas de duración gestacional sometidas a aspiración uterina para aborto inducido o espontáneo, las concentraciones de fRBC antes y después del procedimiento permanecieron por debajo del umbral calculado para la sensibilización Rh [104]. Los fRBC se determinaron con un protocolo de citometría de flujo de dos colores.
- **Cuestión de equidad** : Otra consideración importante en este debate es la escasez nacional y mundial de inmunoglobulina Rh. Su uso en el primer trimestre sin evidencia que la respalde es, en opinión de un autor (SP), irresponsable e impide que algunas pacientes accedan a esta importante terapia en un momento en que su beneficio está claramente respaldado por datos.

- **12 semanas de gestación o más** : adoptamos el enfoque de la [Guía de atención del aborto](#) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras sociedades, y recomendamos la prueba Rh para pacientes embarazadas que tengan 12 semanas de gestación (es decir, 84 días) o más desde el último período menstrual y que experimenten una pérdida del embarazo o un aborto inducido; a las pacientes RhD negativas se les debe ofrecer [inmunoglobulina RhD](#) para prevenir la aloinmunización Rh [[2,4,93,95](#)]. Sin embargo, existe variación en las directrices, en parte porque algunos datos se extrapolaron de estudios que utilizaron técnicas obsoletas. Al menos una directriz nacional recomienda ofrecer inmunoglobulina RhD a pacientes Rh negativas que tengan >70 días de duración gestacional y otra organización recomienda tratar a pacientes que tengan >77 días de duración gestacional [[94,106](#)].

Cuando se administra inmunoglobulina RhD en caso de pérdida del embarazo o aborto, la dosis varía según la duración de la gestación:

- **12 a 18 semanas de gestación** : inmunoglobulina RhD 100 mcg (500 unidades internacionales). Si no se dispone de la dosis de 100 mcg, se pueden administrar dos dosis de 50 mcg (250 unidades internacionales) [[94](#)].
- **>18 semanas de gestación** – inmunoglobulina RhD 300 mcg (1500 unidades internacionales) [[94](#)].

Se proporcionan por separado debates adicionales sobre el mecanismo y la prevención de la aloinmunización.

- (Ver "[Aloinmunización RhD en el embarazo: descripción general](#)").
- (Ver "[Aloinmunización RhD: Prevención en pacientes embarazadas y posparto](#)", sección sobre "[Profilaxis de las complicaciones del embarazo](#)").
- (Ver "[Descripción general de la interrupción del embarazo](#)", sección sobre "[Prevención mediante aloinmunización](#)").

EL PAPEL DE LA TELEMEDICINA

Hay muchas razones por las cuales un paciente o proveedor/consultorio puede optar por un tratamiento o seguimiento remoto: un paciente puede vivir lejos de la clínica/proveedor, la clínica puede no tener capacidades de ultrasonido y/o extracción de sangre en el lugar, otras barreras sociales pueden impedir un fácil acceso a visitas en persona (falta de transporte, problemas de cuidado infantil, dificultad para obtener tiempo libre del trabajo) o pueden estar vigentes crisis de salud que requieran distanciamiento social. Cuando se utilizan visitas

remotas, cualquier preocupación por parte del paciente o proveedor de que haya un problema en curso requiere algún tipo de evaluación en persona. Un ejemplo de un [protocolo](#) de atención remota se desarrolló en respuesta a la crisis del síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) de 2020 [[107,108](#)]. Si bien el protocolo es para el aborto con medicamentos, se aplica al manejo con medicamentos de la pérdida del embarazo de la misma duración gestacional.

RECURSOS PARA PACIENTES Y MÉDICOS

- [Directrices](#) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la atención del aborto
- Directriz del Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención NICE [NG126] [Embarazo ectópico y aborto espontáneo: diagnóstico y tratamiento inicial](#)
- Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos

ENLACES A LAS DIRECTRICES DE LA SOCIEDAD

Se proporcionan por separado enlaces a directrices de la sociedad y de gobiernos de países y regiones seleccionados de todo el mundo. (Véase "[Enlaces a directrices de la sociedad: Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\)](#)").

INFORMACIÓN PARA PACIENTES

UpToDate ofrece dos tipos de materiales educativos para pacientes: "Conceptos Básicos" y "Más Allá de lo Básico". Los materiales educativos para pacientes de "Conceptos Básicos" están escritos en un lenguaje sencillo, con un nivel de lectura de 5.º a 6.º grado, y responden a cuatro o cinco preguntas clave que un paciente podría tener sobre una afección determinada. Estos artículos son ideales para pacientes que desean una visión general y prefieren materiales breves y fáciles de leer. Los materiales educativos para pacientes de "Más Allá de lo Básico" son más extensos, más sofisticados y más detallados. Estos artículos están escritos con un nivel de lectura de 10.º a 12.º grado y son ideales para pacientes que desean información detallada y se sienten cómodos con la jerga médica.

Aquí encontrará artículos de educación para pacientes relevantes para este tema. Le animamos a imprimirlos o enviarlos por correo electrónico a sus pacientes. (También puede encontrar

artículos de educación para pacientes sobre diversos temas buscando "información para pacientes" y las palabras clave de interés).

- Temas básicos (consulte "[Educación del paciente: Pérdida del embarazo \(Conceptos básicos\)](#)" y "[Educación del paciente: Sangrado al comienzo del embarazo \(Conceptos básicos\)](#)")
- Temas más allá de lo básico (ver "[Educación del paciente: Pérdida del embarazo \(Más allá de lo básico\)](#)")

TEMA DE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Se presentan las perspectivas de los pacientes sobre trastornos seleccionados para ayudar a los profesionales clínicos a comprender mejor la experiencia y las preocupaciones de los pacientes. Estas narrativas pueden ofrecer información sobre los valores y preferencias de los pacientes que no se incluyen en otros temas de UpToDate. (Consulte "[Perspectiva del paciente: Pérdida del embarazo](#)").

RESUMEN Y RECOMENDACIONES

- **Las opciones de tratamiento** para personas con pérdida del embarazo incluyen la conducta expectante, la medicación y la cirugía ([tabla 1](#)). Las ventajas y los riesgos varían según las opciones y la duración gestacional del embarazo no viable, pero todas son generalmente seguras. (Véase [la «Introducción»](#) más arriba).
- **La conducta expectante** consiste en esperar atentamente hasta que se elimine el tejido del embarazo.
 - **Aspectos clínicos** : Entre los aspectos clínicos que deben abordarse se incluyen la frecuencia del seguimiento, la confirmación de un útero vacío, el momento en que la paciente y el médico deben considerar otro tratamiento si el embarazo no se desarrolla y los síntomas que requieren una evaluación inmediata. (Véase "[Manejo expectante](#)" más arriba).
 - **Necesidad de intervención adicional** : Las complicaciones, como el vaciamiento incompleto, la hemorragia y la infección, justifican la evaluación oportuna del paciente y la probable progresión a tratamiento farmacológico o quirúrgico, según el problema y la estabilidad hemostática del paciente. (Véase "[Manejo expectante](#)" más arriba).

- **Manejo de la medicación** : Para quienes optan por el manejo de la medicación, recomendamos el tratamiento con [mifepristona](#) y [misoprostol](#) en lugar de misoprostol solo (**Grado 1B**). El tratamiento combinado con mifepristona y misoprostol produce tasas más altas de vaciamiento uterino en comparación con el misoprostol solo. Sin embargo, el uso de misoprostol solo es aceptable si no es posible acceder a la mifepristona y la paciente prefiere la medicación a otras opciones de manejo. (Véase "[Manejo de la medicación](#)" más arriba y "[Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): Asesoramiento, comparación de opciones de tratamiento y análisis de la atención relacionada](#)", sección "[Manejo de la medicación](#)").
- **La aspiración uterina** durante el primer trimestre puede realizarse de forma segura y aceptable en un centro ambulatorio o de urgencias, mientras que la aspiración uterina (dilatación y evacuación) en el segundo trimestre se realiza con mayor frecuencia en un quirófano. Según corresponda, ofrecer tratamiento en estos centros ofrece más opciones para la paciente y puede mejorar su experiencia. (Véase "[Tratamiento quirúrgico \(aspiración uterina\)](#)" más arriba).
- **Preparación cervical** : En pacientes con pérdida de embarazo a partir de las 13 semanas de gestación, se suele realizar la preparación cervical. Sin embargo, algunos protocolos no incluyen rutinariamente la preparación cervical antes de las 14 semanas de gestación en personas con partos vaginales previos. (Consulte "[Para todas las duraciones gestacionales](#)" más arriba).
- **Profilaxis antibiótica** : En pacientes sometidas a aspiración quirúrgica endouterina, recomendamos administrar profilaxis antimicrobiana 60 minutos antes del procedimiento (**Grado 1B**). Si bien gran parte de la información que respalda esta recomendación proviene de ensayos clínicos con pacientes que se sometieron a interrupción del embarazo en lugar de tratamiento para la pérdida del embarazo, no hay motivos para creer que la respuesta sea diferente. La elección del fármaco y la duración del tratamiento dependen, en parte, de la duración de la gestación y del uso concomitante de dilatadores cervicales. (Véase "[Para todas las duraciones de la gestación](#)" más arriba).
- **Otras consideraciones** incluyen el manejo del dolor, la prevención de anticuerpos anti-D y la posible enfermedad hemolítica del recién nacido, y el papel de la telemedicina para facilitar la atención.
- **Manejo del dolor** : Se debe ofrecer manejo del dolor a todas las pacientes que experimentan una pérdida del embarazo, independientemente del método de manejo. Las necesidades y opciones de manejo del dolor varían según la duración de la gestación y el

tipo de tratamiento. (Véase "[Manejo expectante](#)" más arriba, "[Manejo farmacológico](#)" más arriba y "[Para todas las duraciones de la gestación](#)" más arriba).

- **RhD negativo** : si bien no existe un consenso internacional, adoptamos el enfoque propugnado por las [Directrices de Atención del Aborto](#) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras sociedades (ver '[Prevención de la aloinmunización \(pacientes RhD negativos\)](#)' más arriba):
 - **Menos de 12 semanas de gestación** : No realizamos pruebas de Rh ni administramos [inmunoglobulina RhD](#) de rutina a pacientes que experimentan pérdida de embarazo (por embarazo, tratamiento farmacológico o quirúrgico) o aborto (inducido o quirúrgico). (Consulte "[Prevención de la aloinmunización \(pacientes RhD negativas\)](#)" más arriba).
 - **12 semanas de gestación o más** : Ante la falta de datos que establezcan el límite superior para prescindir de la prueba Rh, recomendamos realizarla a pacientes con pérdida gestacional a las 12 semanas de gestación o más. Ofrecemos [inmunoglobulina RhD](#) a las pacientes RhD negativas para prevenir la aloinmunización Rh. La dosis de inmunoglobulina RhD varía según la duración de la gestación. (Consulte "[Prevención de la aloinmunización \(pacientes RhD negativas\)](#)" más arriba).
- **Telemedicina** : La telemedicina ofrece nuevas opciones para que los pacientes accedan a la atención médica y reciban seguimiento. Cualquier inquietud del paciente o del profesional de la salud debe dar lugar a una evaluación presencial. (Véase "[El papel de la telemedicina](#)" más arriba).

EXPRESIONES DE GRATITUD

El personal editorial de UpToDate agradece a Togas Tulandi, MD, MHCM, y Haya M Al-Fozan, MD, quienes contribuyeron a una versión anterior de esta revisión de temas.

El uso de UpToDate está sujeto a los [Términos de uso](#) .

REFERENCIAS

1. [Lichtenberg ES, Paul M, Sociedad de Planificación Familiar. Aborto quirúrgico antes de las 7 semanas de gestación. Anticoncepción 2013; 88:7.](#)
2. [Directrices sobre atención del aborto, Organización Mundial de la Salud, Ginebra 2022.](#)

3. Luise C, Jermy K, May C, et al. Resultados del manejo expectante del aborto espontáneo en el primer trimestre: estudio observacional. *BMJ* 2002; 324:873.
4. Boletines del Comité de Práctica del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos: Ginecología. Boletín de Práctica del ACOG n.º 200: Pérdida temprana del embarazo. *Obstet Gynecol* 2018; 132:e197. Reafirmado en 2021.
5. Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, et al. Comparación del tratamiento médico con misoprostol y el tratamiento quirúrgico para el fracaso del embarazo temprano. *N Engl J Med* 2005; 353:761.
6. Reeves MF, Lohr PA, Harwood BJ, Creinin MD. Grosor endometrial ecográfico tras el tratamiento médico y quirúrgico del fracaso gestacional temprano. *Obstet Gynecol* 2008; 111:106.
7. Lurie S, Feinstein M, Mamet Y. Coagulopatía intravascular diseminada en el embarazo: una comprensión exhaustiva de la etiología y el manejo reduce el estrés de los obstetras. *Arch Gynecol Obstet* 2000; 263:126.
8. Parasnis H, Raje B, Hinduja IN. Relevancia de la estimación del fibrinógeno plasmático en complicaciones obstétricas. *J Postgrad Med* 1992; 38:183.
9. Schreiber CA, Creinin MD, Atrio J, et al. Pretratamiento con mifepristona para el manejo médico de la pérdida temprana del embarazo. *N Engl J Med* 2018; 378:2161.
10. Sonalkar S, Koelper N, Creinin MD, et al. Manejo de la pérdida precoz del embarazo con mifepristona y misoprostol: predictores clínicos del éxito del tratamiento en un ensayo aleatorizado. *Am J Obstet Gynecol* 2020; 223:551.e1.
11. Ehrnstén L, Altman D, Ljungblad A, Kopp Kallner H. Eficacia de la mifepristona y el misoprostol para el tratamiento médico del aborto espontáneo diferido en la práctica clínica: un estudio de cohorte. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020; 99:488.
12. Chu JJ, Devall AJ, Beeson LE, et al. Mifepristona y misoprostol versus misoprostol solo para el tratamiento del aborto espontáneo diferido (MifeMiso): un ensayo aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo. *The Lancet* 2020; 396:770.
13. Hamel C, Coppus S, van den Berg J, et al. Mifepristona seguida de misoprostol en comparación con placebo seguido de misoprostol como tratamiento médico para la pérdida temprana del embarazo (ensayo Triple M): Un ensayo aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo. *EClinicalMedicine* 2021; 32:100716.
14. Benson LS, Gunaje N, Holt SK, et al. Resultados tras el manejo de la pérdida temprana del embarazo con mifepristona más misoprostol vs. misoprostol solo. *JAMA Netw Open* 2024; 7:e2435906.

15. Bygdeman M, Swahn ML. Bloqueo del receptor de progesterona. Efecto sobre la contractilidad uterina y el embarazo temprano. *Anticoncepción* 1985; 32:45.
16. Thong KJ, Baird DT. Un estudio de gemeprost solo, dilapan o mifepristona en combinación con gemeprost para la interrupción del embarazo en el segundo trimestre. *Contraception* 1992; 46:11.
17. Ho PC, Tsang SS, Ma HK. Reducción del intervalo entre la inducción y el aborto en la interrupción del embarazo en el segundo trimestre: una comparación de mifepristona con laminaria tent. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102:648.
18. Embarazo ectópico y aborto espontáneo: diagnóstico y manejo inicial. Guía NICE [NG126]. Instituto Nacional para la Excelencia en la Atención Sanitaria. Abril de 2019. Actualizado en agosto de 2023. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126/chapter/Recommendations#management-of-miscarriage> (Consultado el 24 de octubre de 2024).
19. Tablas de dosificación FIGO de mifepristona y misoprostol y misoprostol solo 2023. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Diciembre de 2023. <https://www.figo.org/figo-mifepristone-misoprostol-and-misoprostol-only-dosing-charts-2023> (Consultado el 6 de noviembre de 2024).
20. Flynn AN, Roe AH, Koelper N, et al. Momento y eficacia del pretratamiento con mifepristona para el manejo médico de la pérdida temprana del embarazo. *Contraception* 2021; 103:404.
21. Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A. Aborto médico entre los 64 y 91 días de gestación: una revisión de 483 casos consecutivos. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:1315.
22. Atención a mujeres que solicitan un aborto inducido (actualizado en 2011). Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf (Consultado el 20 de septiembre de 2018).
23. Baker CC, Wu BT, Han G, et al. Manejo médico de la pérdida precoz del embarazo en la práctica clínica. *Contraception* 2023; 126:110134.
24. Creinin MD, Fox MC, Teal S, et al. Comparación aleatorizada de misoprostol de 6 a 8 horas frente a 24 horas después de la mifepristona para el aborto. *Obstet Gynecol* 2004; 103:851.
25. Creinin MD, Schreiber CA, Bednarek P, et al. Mifepristona y misoprostol administrados simultáneamente versus con 24 horas de diferencia para el aborto: un ensayo clínico aleatorizado y controlado. *Obstet Gynecol* 2007; 109:885.
26. Borgatta L, Kapp N, Sociedad de Planificación Familiar. Guías clínicas. Aborto inducido al parto en el segundo trimestre. *Anticoncepción* 2011; 84:4.

27. Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Panorama histórico de los métodos de aborto en el segundo trimestre. *Reprod Health Matters* 2008; 16:196.
28. Grimes DA, Smith MS, Witham AD. Mifepristona y misoprostol versus dilatación y evacuación para el aborto en el segundo trimestre: un ensayo piloto aleatorizado y controlado. *BJOG* 2004; 111:148.
29. Dickinson JE, Jennings BG, Doherty DA. Mifepristona y misoprostol oral, vaginal o sublingual para el aborto en el segundo trimestre: un ensayo controlado aleatorizado. *Obstet Gynecol* 2014; 123:1162.
30. Kapp N, Borgatta L, Stubblefield P, et al. Mifepristona en el aborto médico en el segundo trimestre: un ensayo controlado aleatorizado. *Obstet Gynecol* 2007; 110:1304.
31. Ngoc NT, Shochet T, Raghavan S, et al. Mifepristona y misoprostol comparados con misoprostol solo para el aborto en el segundo trimestre: un ensayo controlado aleatorizado. *Obstet Gynecol* 2011; 118:601.
32. Jackson E, Kapp N. Control del dolor en la interrupción médica del embarazo en el primer y segundo trimestre: una revisión sistemática. *Contraception* 2011; 83:116.
33. Andersson IM, Benson L, Christensson K, Gemzell-Danielsson K. Bloqueo paracervical como tratamiento del dolor durante la interrupción médica del embarazo en el segundo trimestre: un ensayo clínico aleatorizado con bupivacaína versus cloruro de sodio. *Hum Reprod* 2016; 31:67.
34. Muerte fetal intrauterina tardía y muerte fetal intrauterina. Guía Green-top n.º 55: Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos, 2010. Disponible en: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_55.pdf (Consultado el 4 de febrero de 2020).
35. Jacot FR, Poulin C, Bilodeau AP, et al. Experiencia de cinco años con abortos inducidos en el segundo trimestre: sin aumento en la tasa de complicaciones en comparación con el primer trimestre. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168:633.
36. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Interrupción médica del embarazo en el segundo trimestre: una revisión de 1002 casos consecutivos. *Contracepción* 2004; 69:51.
37. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Métodos quirúrgicos versus médicos para el aborto inducido en el segundo trimestre. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; :CD006714.
38. Goyal V. Ruptura uterina en aborto inducido con misoprostol en el segundo trimestre tras cesárea: una revisión sistemática. *Obstet Gynecol* 2009; 113:1117.
39. Al RA, Yapca OE. Misoprostol vaginal comparado con misoprostol bucal para la interrupción del embarazo en el segundo trimestre: un ensayo clínico aleatorizado y controlado. *Obstet Gynecol* 2015; 126:593.

40. [Boletín de Práctica del ACOG n.º 135: Aborto en el segundo trimestre. Obstet Gynecol 2013; 121:1394. Reafirmado en 2023.](#)
41. Manejo médico del aborto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf?ua=1> (Consultado el 3 de marzo de 2021).
42. Embarazo ectópico y aborto espontáneo: diagnóstico y manejo inicial. Guía NICE [NG126]. Instituto Nacional para la Excelencia en la Atención Sanitaria. Abril de 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126/chapter/Recommendations#management-of-miscarriage> (Consultado el 3 de marzo de 2021).
43. [Zwerling B, Edelman A, Jackson A, et al. Recomendación clínica de la Sociedad de Planificación Familiar: Aborto con medicamentos entre las 14 0/7 y las 27 6/7 semanas de gestación. Anticoncepción 2023; :110143.](#)
44. [Hausknecht R. Mifepristona y misoprostol para el aborto médico temprano: experiencia de 18 meses en Estados Unidos. Contracepción 2003; 67:463.](#)
45. [Patel A, Talmont E, Morfesis J, et al. Adecuación y seguridad del misoprostol bucal para la preparación cervical previa a la interrupción del embarazo en el segundo trimestre. Contraception 2006; 73:420.](#)
46. [Andrikopoulou M, Lavery JA, Ananth CV, Vintzileos AM. Agentes de maduración cervical en el segundo trimestre del embarazo en mujeres con útero cicatrizado: una revisión sistemática y un metaanálisis de estudios observacionales. Am J Obstet Gynecol 2016; 215:177.](#)
47. [Grimes DA, Schulz KF. Morbilidad y mortalidad por abortos en el segundo trimestre. J Reprod Med 1985; 30:505.](#)
48. [Autry AM, Hayes EC, Jacobson GF, Kirby RS. Comparación de la inducción médica y la dilatación y evacuación para el aborto en el segundo trimestre. Am J Obstet Gynecol 2002; 187:393.](#)
49. Directrices de Política Clínica para la Atención del Aborto. Federación Nacional del Aborto. Disponible en: www.prochoice.org/education-and-advocacy/cpg/ (Consultado el 12 de julio de 2020).
50. [Reynolds A, Ayres-de-Campos D, Costa MA, Montenegro N. ¿Cómo se debe definir el éxito al intentar la resolución médica de un aborto diferido en el primer trimestre? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005; 118:71.](#)
51. [Reeves MF, Fox MC, Lohr PA, Creinin MD. El grosor endometrial después de un aborto con medicamentos no predice una intervención quirúrgica posterior. Ultrasound Obstet](#)

- Gynecol 2009; 34:104.
52. Clark W, Bracken H, Tanenhaus J, et al. Alternativas a una consulta de seguimiento rutinaria para el aborto médico temprano. *Obstet Gynecol* 2010; 115:264.
 53. Perriera LK, Reeves MF, Chen BA, et al. Viabilidad del seguimiento telefónico tras un aborto con medicamentos. *Contraception* 2010; 81:143.
 54. Chen MJ, Rounds KM, Creinin MD, et al. Comparación del seguimiento en consultorio y telefónico tras un aborto con medicamentos. *Contraception* 2016; 94:122.
 55. Jackson AV, Dayananda I, Fortin JM, et al. ¿Pueden las mujeres evaluar con precisión el resultado de un aborto con medicamentos basándose únicamente en los síntomas? *Contracepción* 2012; 85:192.
 56. Raymond EG, Tan YL, Grant M, et al. Autoevaluación del resultado del aborto con medicamentos mediante síntomas y pruebas de embarazo en casa. *Contraception* 2018; 97:324.
 57. Raymond EG, Shochet T, Bracken H. Pruebas de embarazo en orina de baja sensibilidad para evaluar el resultado del aborto con medicamentos: Una revisión sistemática. *Contraception* 2018; 98:30.
 58. Aborto seguro: orientación técnica y normativa para los sistemas de salud, 2.^a ed. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf;jsessionid=5E0764B86C52925E1E48CEEFC4F34A?sequence=1 (Consultado el 13 de julio de 2020).
 59. Roe AH. Utilidad y limitaciones de los niveles de gonadotropina coriónica humana para el seguimiento remoto tras el tratamiento médico de la pérdida gestacional temprana. *Obstet Gynecol* 2022.
 60. Wen J, Cai QY, Deng F, Li YP. Aspiración manual versus eléctrica endouterina para el aborto en el primer trimestre: una revisión sistemática. *BJOG* 2008; 115:5.
 61. Wilson LC, Meyn LA, Creinin MD. Preparación cervical para aborto quirúrgico entre las 12 y 18 semanas de gestación con misoprostol vaginal y Dilapan-S. *Anticoncepción* 2011; 83:511.
 62. Newmann SJ, Dalve-Endres A, Diedrich JT, et al. Preparación cervical para la dilatación y evacuación en el segundo trimestre. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; :CD007310.
 63. Maurer KA, Jacobson JC, Turok DK. Preparación cervical el mismo día con misoprostol antes de la dilatación y evacuación en el segundo trimestre: una serie de casos. *Anticoncepción* 2013; 88:116.

64. Edelman AB, Buckmaster JG, Goetsch MF, et al. Preparación cervical con laminaria y misoprostol bucal adyuvante antes de los procedimientos de dilatación y evacuación en el segundo trimestre: un ensayo clínico aleatorizado. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:425.
65. Goldberg AB, Fortin JA, Drey EA, et al. Preparación cervical antes de la dilatación y evacuación con misoprostol o mifepristona como adyuvante en comparación con dilatadores osmóticos nocturnos solos: un ensayo clínico aleatorizado y controlado. *Obstet Gynecol* 2015; 126:599.
66. Casey FE, Ye PP, Perritt JD, et al. Un ensayo controlado aleatorizado que evalúa la administración de mifepristona y misoprostol el mismo día, en comparación con misoprostol solo, para la preparación cervical previa a un aborto quirúrgico en el segundo trimestre. *Contraception* 2016; 94:127.
67. Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, et al. Manejo del embarazo no deseado y anormal: Atención integral del aborto, Wiley-Blackwell, West Sussex 2009.
68. Jones RK, Zolna MR, Henshaw SK, Finer LB. Aborto en Estados Unidos: incidencia y acceso a servicios, 2005. *Perspect Sex Reprod Health* 2008; 40:6.
69. Wiebe E, Janssen P. Manejo del aborto espontáneo en consultas de familia y hospitales. *Fam Med* 1998; 30:293.
70. Harris LH, Dalton VK, Johnson TR. Manejo quirúrgico del fracaso precoz del embarazo: historia, políticas y atención segura y rentable. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196:445.e1.
71. Dalton VK, Harris L, Weisman CS, et al. Preferencias, satisfacción y uso de recursos de las pacientes en la evacuación del consultorio tras un fracaso del embarazo temprano. *Obstet Gynecol* 2006; 108:103.
72. Pek Z, Heil E, Wilson E. Adaptación a los nuevos tiempos: Una revisión de las infecciones periparto y regímenes de tratamiento modernizados propuestos. *Open Forum Infect Dis* 2022; 9:ofac460.
73. Boletín de Práctica del ACOG n.º 195: Prevención de infecciones después de procedimientos ginecológicos. *Obstet Gynecol* 2018; 131:e172. Reafirmado en 2022.
74. Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K, Grimes DA. Antibióticos en el momento del aborto inducido: argumentos a favor de la profilaxis universal basados en un metaanálisis. *Obstet Gynecol* 1996; 87:884.
75. Low N, Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N. Antibióticos perioperatorios para la prevención de infecciones tras un aborto en el primer trimestre. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 2012:CD005217.

76. Lissauer D, Wilson A, Hewitt CA, et al. Un ensayo aleatorizado de antibióticos profilácticos para la cirugía de aborto espontáneo. *N Engl J Med* 2019; 380:1012.
77. Peterson WF, Berry FN, Grace MR, Gulbranson CL. Aborto en el segundo trimestre por dilatación y evacuación: análisis de 11.747 casos. *Obstet Gynecol* 1983; 62:185.
78. Altman AM, Stubblefield PG, Schlam JF, et al. Aborto en el segundo trimestre con Laminaria y evacuación por vacío en un servicio docente. *J Reprod Med* 1985; 30:601.
79. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complicaciones del aborto en el primer trimestre: un informe de 170.000 casos. *Obstet Gynecol* 1990; 76:129.
80. Choudhary N, Saha SC, Gopalan S. Procedimientos de aborto en una institución de atención terciaria en India. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 91:81.
81. Frick AC, Drey EA, Diedrich JT, Steinauer JE. Efecto de una cesárea previa en el riesgo de complicaciones del aborto quirúrgico en el segundo trimestre. *Obstet Gynecol* 2010; 115:760.
82. Ker K, Roberts I, Chaudhri R, et al. Ácido tranexámico para la prevención del sangrado posparto en mujeres con anemia: protocolo de estudio para un ensayo internacional, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo. *Trials* 2018; 19:712.
83. Castleman LD, Oanh KT, Hyman AG, et al. Introducción del procedimiento de dilatación y evacuación para el aborto en el segundo trimestre en Vietnam mediante aspiración manual endouterina y misoprostol bucal. *Contraception* 2006; 74:272.
84. Pridmore BR, Chambers DG. Perforación uterina durante el aborto quirúrgico: una revisión del diagnóstico, el tratamiento y la prevención. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 1999; 39:349.
85. Lindell G, Flam F. Manejo de perforaciones uterinas en relación con abortos legales. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74:373.
86. Tam WH, Lau WC, Cheung LP, et al. Adherencias intrauterinas tras el tratamiento conservador y quirúrgico del aborto espontáneo. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002; 9:182.
87. Steinauer JE, Diedrich JT, Wilson MW, et al. Embolización de la arteria uterina en la hemorragia postaborto. *Obstet Gynecol* 2008; 111:881.
88. Saraiya M, Green CA, Berg CJ, et al. Muertes relacionadas con el aborto espontáneo en mujeres en Estados Unidos, 1981-1991. *Obstet Gynecol* 1999; 94:172.
89. Lawson HW, Atrash HK, Franks AL. Embolia pulmonar mortal durante el aborto inducido legal en Estados Unidos de 1972 a 1985. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162:986.
90. Clark SL, Hankins GD, Dudley DA, et al. Embolia de líquido amniótico: análisis del registro nacional. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172:1158.

91. Bernstein SN, Cudemus-Deseda GA, Ortiz VE, et al. Caso 33-2019: Mujer de 35 años con paro cardiorrespiratorio durante una cesárea. *N Engl J Med* 2019; 381:1664.
92. Gilmore E, Sonalkar S, Schreiber CA. Uso de inmunoglobulina Rh en abortos espontáneos y abortos en el primer trimestre. *Obstet Gynecol* 2023; 141:219.
93. Mejores prácticas en la atención del aborto. Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos. Marzo de 2022. www.rcog.org.uk/media/geify5bx/abortion-care-best-practice-paper-april-2022.pdf (Consultado el 1 de junio de 2022).
94. Horvath S, Goyal V, Traxler S, Prager S. Consenso del comité de la Sociedad de Planificación Familiar sobre la prueba Rh en el embarazo temprano. *Contracepción* 2022; 114:1.
95. Directrices de Política Clínica para la Atención del Aborto. Federación Nacional del Aborto. 2022. <https://prochoice.org/providers/quality-standards/> (Consultado el 18 de octubre de 2022).
96. Vigoureux S, Maurice P, Sibiude J, et al. [Prevención de la aloinmunización Rh D en el primer trimestre del embarazo: directrices del Colegio Francés de Obstetras y Ginecólogos para la práctica clínica]. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2024; 52:446.
97. Fung-Kee-Fung K, Wong K, Walsh J, et al. Directriz n.º 448: Prevención de la aloinmunización Rh D. *J Obstet Gynaecol Can* 2024; 46:102449.
98. Actualización de práctica clínica del ACOG: Administración de inmunoglobulina Rh D tras un aborto o pérdida del embarazo con menos de 12 semanas de gestación. *Obstet Gynecol* 2024; 144:e140.
99. Sociedad de Medicina Materno-Fetal. Dirección electrónica: pubs@smfm.org, Prabhu M, Louis JM, et al. Declaración de la Sociedad de Medicina Materno-Fetal: Inmunoglobulina RhD tras un aborto espontáneo o inducido antes de las 12 semanas de gestación. *Am J Obstet Gynecol* 2024; 230:B2.
100. Prabhu M, Louis JM, Kuller JA. Declaración de la Sociedad de Medicina Materno-Fetal: Inmunoglobulina RhD tras un aborto espontáneo o inducido antes de las 12 semanas de gestación. *Am J Obstet Gynecol* 2024.
101. Boletín de Práctica n.º 181: Prevención de la aloinmunización Rh D. *Obstet Gynecol* 2017; 130:e57.
102. Directriz del Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) sobre la atención del aborto. www.nice.org.uk/guidance/ng140.
103. Guías para el uso de inmunoglobulina Rh(D) (Anti-D) en obstetricia. Real Colegio Australiano y Neozelandés de Obstetras y Ginecólogos. Disponible en: https://ranzcof.org.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guideline

s/Clinical-Obstetrics/Use-of-Rh(D)-Isoimmunisation-(C-Obs-6).pdf?ext=.pdf (Consultado el 4 de marzo de 2021).

104. [Horvath S, Tsao P, Huang ZY, et al. La concentración de eritrocitos fetales en mujeres embarazadas en el primer trimestre sometidas a aspiración uterina está por debajo del umbral calculado para la sensibilización Rh. Contraception 2020; 102:1.](#)
105. [Horvath S, Huang ZY, Koelper NC, et al. Aborto inducido y riesgo de sensibilización Rh. JAMA 2023; 330:1167.](#)
106. Atención del aborto (Directriz NICE n.º 140). Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención. 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140> (Consultado el 18 de octubre de 2022).
107. Aborto con medicamentos sin prueba: Un protocolo de muestra para ampliar el acceso durante una pandemia y después. Raymond EG et al. Universidad de California Davis. Disponible en: <https://escholarship.org/uc/item/02v2t0n9> (Consultado el 13 de julio de 2020).
108. [Raymond EG, Grossman D, Mark A, et al. Comentario: Aborto con medicamentos sin prueba: Un protocolo de muestra para ampliar el acceso durante una pandemia y después. Contraception 2020; 101:361.](#)

Tema 128965 Versión 24.0

GRÁFICOS

Protocolos de la sociedad para el manejo farmacológico de la pérdida del embarazo en el segundo trimestre *

Fuente	Mifepristona y misoprostol secuenciales (preferible)			Monoterapia con misoprostol (alternativa si no se dispone de mifepristona)
	Dosificación y administración de mifepristona	Intervalo entre la mifepristona y la primera dosis de misoprostol ¶	Dosificación y administración de misoprostol	
Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos [1], avalado por la Sociedad de Planificación Familiar y la Sociedad de Medicina Materno-Fetal	200 mg por vía oral (dosis única)	24 a 48 horas	800 mcg PV, seguido de 400 mcg PV/SL cada 3 horas según sea necesario • 400 mcg por vía bucal cada 3 horas según sea necesario Número máximo de dosis: 5 ^Δ	400 mcg PV/SL cada 3 horas según sea necesario • Dosis de carga de 600 a 800 mcg de PV seguida de 400 mcg de PV/SL cada 3 horas según sea necesario Número máximo de dosis: 5 ^Δ
Organización Mundial de la Salud [2]	200 mg por vía oral (dosis única)	24 a 48 horas	400 mcg BU/SL/PV cada 3 horas según sea necesario	400 mcg PV/SL/BU cada 3 horas según sea necesario
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) [3]	200 mg por vía oral (dosis única)	24 a 48 horas	400 mcg cada 3 horas BU/SL/PV hasta la expulsión ◇[3,4]	400 mcg BU/SL cada 3 horas según sea necesario ◇[3]

El manejo farmacológico de la pérdida del embarazo en el segundo trimestre (13+0 a 19+6 semanas de gestación) generalmente consiste en una dosis única de mifepristona, seguida de dosis repetidas de misoprostol 24 a 48 horas después para inducir la evacuación del contenido uterino. Los regímenes proporcionados se extrapolan de las directrices de la sociedad para la interrupción del embarazo en el

segundo trimestre. Para obtener más información, consulte las revisiones de temas clínicos sobre la pérdida del embarazo.

BU: bucal; PO: por vía oral; PV: intravaginal; SL: sublingual.

* Para los efectos de este contenido, el segundo trimestre abarca desde las 13 semanas hasta las 19 6/7 semanas de gestación.

¶ Los intervalos más cortos (por ejemplo, dosificación simultánea o dosificación antes de 24 horas) y más largos (por ejemplo, dosis inicial de 48 horas) son razonables según las circunstancias del paciente.

Δ En base al aborto con medicamentos, si la pérdida del embarazo no es completa después de 5 dosis de misoprostol, la paciente puede descansar 12 horas y luego repetir el ciclo nuevamente. ^[1]

◇ En base al aborto con medicamentos, si la pérdida del embarazo no es completa después de 5 dosis, la paciente puede recibir dosis adicionales o descansar durante 12 horas seguido de dosis adicionales. ^[3]

Referencias:

1. Boletín de Práctica del ACOG n.º 135: Aborto en el segundo trimestre. *Obstet Gynecol* 2013; 121:1394. Reafirmado en 2017.
2. Directriz sobre la atención del aborto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
3. Tablas de dosificación FIGO de mifepristona y misoprostol y misoprostol solo 2023. *Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)*. Disponible en: <https://www.figo.org/figo-mifepristone-misoprostol-and-misoprostol-only-dosing-charts-2023> (Consultado el 10 de septiembre de 2024).
4. Zwerling B, Edelman A, Jackson A, et al. Recomendación clínica de la Sociedad de Planificación Familiar: Aborto con medicamentos entre las 14 0/7 y las 27 6/7 semanas de gestación. *Anticoncepción* 2023; 110143.

Cortesía de Sarah Prager, MD, MAS; Elizabeth Micks, MD, MPH; y Vanessa K Dalton, MD, MPH.

Gráfico 127047 Versión 3.0

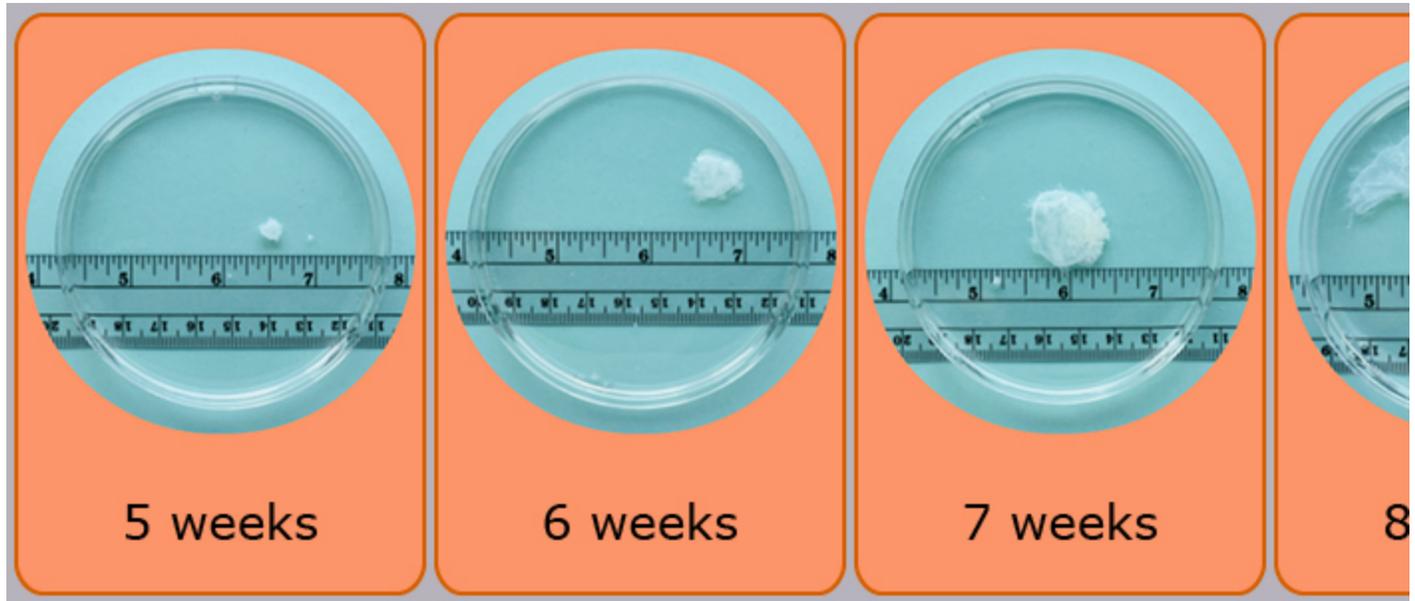
Opciones de preparación cervical antes de la dilatación y evacuación

Edad gestacional	Preparación cervical
12+0 a 13+6 semanas	Sin preparación cervical <ul style="list-style-type: none"> ○ Misoprostol 400 mcg bucal/vaginal 1 a 3 horas antes
14+0 a 15+6 semanas	Misoprostol 400 mcg bucal/vaginal 1 a 3 horas antes <ul style="list-style-type: none"> ○ Dilatadores osmóticos
16 semanas y después	Dilatadores osmóticos <ul style="list-style-type: none"> ○ Mifepristona 200 mg 24 horas antes del procedimiento y dilatadores osmóticos ○ Dilatadores osmóticos y misoprostol 400 mcg bucal/vaginal 1 a 3 horas antes

Cortesía de Sarah Prager, MD, MAS, Elizabeth Micks, MD, MPH, y Vanessa K Dalton, MD, MPH.

Gráfico 127046 Versión 1.0

Examen de los productos de la concepción



Imágenes cortesía de [MYANetwork.org](https://myanetwork.org). Disponibles en: <https://myanetwork.org/the-issue-of-tissue/> (Consultado el 11 de julio de 2023). Reproducido con autorización. Copyright © 2023 MYA Network.

Gráfico 141965 Versión 1.0

Profilaxis antimicrobiana para cirugía ginecológica y obstétrica en adultos*

Procedimiento	Régimen preferido por la ACOG ¶ [1,2]	Dosis	Regímenes alternativos Δ [3,4]	Dosis
<p>Histerectomía (abdominal, incluida la supracervical, vaginal, laparoscópica o robótica)</p> <p>Procedimientos de reconstrucción pélvica, incluida la colpórrafia o aquellos que implican la colocación de una malla o un cabestrillo vaginal</p>	Cefazolina, cefoxitina o cefotetán	<p>Cefazolina:</p> <p><120 kg: 2 g IV</p> <p>≥120 kg: 3 g IV</p> <p>Cefoxitina o cefotetán:</p> <p>2 g IV</p>	Régimen:	
			Ampicilina-sulbactam	3 g IV
			Régimen:	
			Clindamicina ○	900 mg IV ◇
			Vancomicina ¶	15 mg/kg IV (no exceder los 2 g por dosis)
			MÁS uno de los siguientes:	
			Gentamicina ○	5 mg/kg IV (si tiene sobrepeso u obesidad, según el peso corporal ajustado) §
			Aztreonam OR	2 g IV
			Fluoroquinolona ¶ ¥	
			Régimen:	
			Metronidazol	500 mg intravenoso
			MÁS uno de los siguientes:	
			Gentamicina ○	5 mg/kg IV (si tiene sobrepeso u obesidad, según el peso corporal ajustado) §
Fluoroquinolona ¶ ¥				

Parto por cesárea (membranas intactas, no en trabajo de parto)	Cefazolina	<120 kg: 2 g IV ≥ 120 kg: 3 g IV	Clindamicina	900 mg IV [◇]
	MÁS			
			Gentamicina	5 mg/kg IV (si tiene sobrepeso u obesidad, según el peso corporal ajustado) [§]
Parto por cesárea (durante el trabajo de parto, rotura de membranas)	Cefazolina	<120 kg: 2 g IV >120 kg: 3 g IV	Clindamicina	900 mg intravenoso
	MÁS		MÁS	
	Azitromicina	500 mg intravenoso	Gentamicina	5 mg/kg IV (si tiene sobrepeso u obesidad, según el peso corporal ajustado)
			MÁS	
			Azitromicina	500 mg intravenoso
Evacuación uterina (incluido el aborto quirúrgico, el legrado por succión y la dilatación y evacuación uterina)	Doxiciclina	200 mg por vía oral		
Histerosalpingografía, incluyendo cromotubación o ecografía con infusión salina	No recomendado [‡]			
Laparotomía sin entrada al intestino o la vagina	Considere la cefazolina	<120 kg: 2 g IV ≥ 120 kg: 3 g IV		
Laparoscopia (diagnóstica, esterilización tubárica, operatoria excepto histerectomía)	No recomendado			

Otros procedimientos transcervicales:

- Cistoscopia †
- Histeroscopia (diagnóstica u operatoria)
- Inserción de un dispositivo intrauterino
- biopsia endometrial
- Recuperación de ovocitos
- D&C para indicaciones no relacionadas con el embarazo
- Biopsia de tejido cervical, incluyendo LEEP o legrado endocervical

ACOG: Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos; IV: intravenoso; D&C: dilatación y curetaje; D&E: dilatación y evacuación; LEEP: procedimiento de escisión electroquirúrgica en asa; IDSA: Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América; ASHP: Sociedad Americana de Farmacéuticos del Sistema de Salud; HSG: histerosalpingografía; EIP: enfermedad inflamatoria pélvica.

* Patógenos comunes: bacilos gramnegativos entéricos, anaerobios, *estreptococos* del grupo B , enterococos.

¶ Los antimicrobianos profilácticos parenterales se pueden administrar como una dosis única IV iniciada dentro de los 60 minutos antes del procedimiento. Si se utiliza vancomicina o una fluoroquinolona, la infusión se debe administrar durante 60 a 90 minutos y comenzar dentro de los 60 a 120 minutos antes de la incisión inicial.

Δ Se debe utilizar un régimen alternativo en mujeres con antecedentes de hipersensibilidad inmediata a los agentes betalactámicos. Debido a la creciente resistencia de *Escherichia coli* a la ampicilina-sulbactam y las fluoroquinolonas, se deben revisar los perfiles de sensibilidad local antes de su uso.

◇ Cuando se justifica la profilaxis con clindamicina, los autores de UpToDate prefieren una dosis única de 900 mg basándose en consideraciones farmacocinéticas según las directrices de profilaxis antibiótica quirúrgica IDSA/ASHP de 2013. [3] Sin embargo, una dosis de 600 mg consistente con la guía ACOG puede ser suficiente. [1,2]

§ El uso de gentamicina para la profilaxis antibiótica quirúrgica debe limitarse a una dosis única administrada preoperatoriamente. Con base en la evidencia de los procedimientos colorrectales, una dosis única de aproximadamente 5 mg/kg de gentamicina parece ser más efectiva para la prevención de

la infección del sitio quirúrgico que dosis múltiples de gentamicina 1,5 mg/kg cada 8 horas. ^[4] Para pacientes con sobrepeso y obesidad (es decir, peso real >125% del peso corporal ideal), se debe utilizar un peso de dosificación. Una calculadora para determinar el peso corporal ideal y el peso de dosificación está disponible en UpToDate.

¥ Ciprofloxacino 400 mg IV ○ levofloxacino 500 mg IV ○ moxifloxacino 400 mg IV. Las fluoroquinolonas están contraindicadas en el embarazo y en mujeres en período de lactancia.

‡ Se recomienda profilaxis antimicrobiana para mujeres sometidas a HSG o cromotubación con antecedentes de EIP o trompas anormales observadas en HSG o laparoscopia. Para estas mujeres, se puede considerar un régimen de profilaxis antibiótica de doxiciclina, 100 mg dos veces al día durante 5 días, para reducir la incidencia de EIP posoperatoria. ^[5,6] Para las mujeres sometidas a cromotubación, se recomienda una dosis única preoperatoria de 2 gramos de cefazolina intravenosa, y la paciente puede ser dada de alta con el mismo régimen de doxiciclina recomendado para HSG anormal.

† La mayoría de los médicos descartan una infección del tracto urinario mediante un análisis de orina antes de la cistoscopia, y posteriormente realizan un urocultivo para confirmar los hallazgos sugestivos de infección. Los pacientes con resultados positivos en la prueba deben recibir tratamiento antibiótico.

Referencias:

1. Boletín de práctica del ACOG n.º 195: Prevención de infecciones tras procedimientos ginecológicos. *Obstet Gynecol* 2018; 131:e172.
2. Boletín de práctica del ACOG n.º 199: Uso de antibióticos profilácticos en el trabajo de parto y el parto. *Obstet Gynecol* 2018; 132:e103.
3. Guías de práctica clínica para la profilaxis antimicrobiana en cirugía. *Am J Health Syst Pharm* 2013; 70:195.
4. Zelenitsky SA, Silverman RE, Duckworth H, Harding GK. Estudio prospectivo, aleatorizado y doble ciego de gentamicina en dosis alta única frente a dosis estándar múltiple, ambas en combinación con metronidazol, para la profilaxis quirúrgica colorrectal. *J Hosp Infect* 2000; 46:135.
5. Pittaway DE, Winfield AC, Maxson W, et al. Profilaxis antibiótica para procedimientos ginecológicos antes y durante el uso de técnicas de reproducción asistida: una revisión sistemática. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 147:623.
6. Pereira N, Hutchinson AP, Lekovich JP, et al. Profilaxis antibiótica para procedimientos ginecológicos antes y durante el uso de técnicas de reproducción asistida: una revisión sistemática. *J Pathog* 2016; 2016:4698314.

Adaptado de: Profilaxis antimicrobiana para cirugía. *Med Lett Drugs Ther* 2016; 58:63.

Gráfico 87200 Versión 36.0

Regímenes de antibióticos previos a procedimientos por pérdida o interrupción del embarazo

Cuándo NO se utilizan dilatadores osmóticos * :

- Doxiciclina 200 mg administrada por vía oral como dosis única dentro de los 60 minutos previos a la evacuación uterina ^[1-3] o
- Metronidazol 500 mg administrado por vía oral en dosis única dentro de los 60 minutos previos a la evacuación uterina ^[1] o
- Azitromicina 500 mg administrada por vía oral en dosis única dentro de los 60 minutos previos a la evacuación uterina ¶^[1,3]

Cuando se utilizan dilatadores osmóticos * :

- Azitromicina 500 mg administrada por vía oral como dosis única en el momento de la colocación del dilatador ¶^{Δ[1]} o
- Azitromicina 500 mg administrada por vía oral en el momento de la colocación del dilatador **más** ceftriaxona 500 mg IV (1 g en pacientes ≥150 kg) en el momento de la evacuación uterina ¶^{◇§[4]} o
- Doxiciclina 200 mg administrada por vía oral en dosis única dentro de los 60 minutos previos a la evacuación uterina ◇^{¥[5]}

La profilaxis antimicrobiana se administra antes de la aspiración uterina o los procedimientos de dilatación y evacuación (D&E) por pérdida o interrupción del embarazo. La elección del régimen se basa en los patrones de susceptibilidad de los patógenos probables, la biodisponibilidad de los antimicrobianos, la experiencia clínica y el uso de dilatadores osmóticos. El uso de dilatadores depende del tamaño del embarazo y otros factores clínicos. Estos conceptos se abordan en el contenido relacionado de UpToDate.

D&E: dilatación y evacuación; IgE: inmunoglobulina E; IV: vía intravenosa.

* Los tipos de dilatadores osmóticos incluyen laminaria japonesa y Dilapan-S.

¶ La azitromicina puede tener un perfil de efectos secundarios menor (por ejemplo, menos náuseas) en comparación con los regímenes que incluyen doxiciclina.

Δ Debido a su larga vida media, sólo se administra una segunda dosis de azitromicina si el aborto quirúrgico se realiza >24 horas después de la dosis inicial de antibióticos.

◇ Este régimen se basa en el protocolo institucional y no está incluido en las guías de expertos.

La ceftriaxona ofrece cobertura adicional para la infección gonocócica; sin embargo, se pueden usar otras cefalosporinas (p. ej., cefazolina) dependiendo de varios factores, como la disponibilidad local. La mayoría de los pacientes con alergia leve a la penicilina pueden usar cefalosporinas de forma segura (excepto aquellos con características de alergia mediada por IgE, como anafilaxia, angioedema o urticaria).

¥ En este régimen, no se administran antibióticos en el momento de la colocación del dilatador.

Referencias:

1. *Manual de normas y directrices médicas, Planned Parenthood Federation of America, Washington, DC 2016.*
 2. *Boletines de Práctica del Comité de Ginecología del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Boletín de Práctica del ACOG n.º 195: Prevención de infecciones después de procedimientos ginecológicos. Obstet Gynecol 2018; 131:e172.*
 3. *Mejores prácticas en la atención integral del aborto. Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos.*
<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practice-paper-2.pdf> (Consultado el 22 de julio de 2020).
 4. *Protocolo institucional; Clínica DuPont, Washington, DC.*
 5. *Protocolo institucional; Northwestern Memorial Hospital, Chicago, IL.*
-

Gráfico 129043 Versión 10.0

Divulgaciones de los colaboradores

Sarah Prager, MD, MAS No hay relación(es) financiera(s) relevante(s) con compañías no elegibles para divulgar. **Elizabeth Micks, MD, MPH** No hay relación(es) financiera(s) relevante(s) con compañías no elegibles para divulgar. **Vanessa K Dalton, MD, MPH** Apoyo para becas/investigación/ensayos clínicos: Oficina de Asuntos de Población del HHS [Salud reproductiva]; Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan [Salud perinatal]; Institutos Nacionales de Salud [Depresión perinatal]. Consejos consultores/asesores: Merck [vacunación contra el VPH]. Otro interés financiero: Editor colaborador de Medical Letter [Salud de la mujer]; Sociedad de Planificación Familiar [Salud de la mujer]. Todas las relaciones financieras relevantes enumeradas se han mitigado. **Robert L Barbieri, MD** No hay relación(es) financiera(s) relevante(s) con compañías no elegibles para divulgar. **Courtney A Schreiber, MD, MPH** Titular de la patente: Penn, Saul [Manejo médico del embarazo no viable]. Consejos consultores/asesores: Exeltis [Consejo asesor, I+D de tecnología anticonceptiva]. Otros intereses financieros: Junta Americana de Obstetricia y Ginecología [Miembro de la Junta Directiva, Presidente de la División de Planificación Familiar Compleja]; Athenium Pharmaceuticals [Pérdida precoz del embarazo]. Se han mitigado todas las relaciones financieras relevantes mencionadas. **Dra. Kristen Eckler, FACOG.** No hay relaciones financieras relevantes con empresas no elegibles que declarar.

El grupo editorial revisa las declaraciones de los colaboradores para detectar posibles conflictos de intereses. De detectarse, se abordan mediante un proceso de revisión multinivel y mediante la exigencia de proporcionar referencias que respalden el contenido. Todos los autores deben proporcionar contenido debidamente referenciado y cumplir con los estándares de evidencia de UpToDate.

[Política de conflicto de intereses](#)

→



Pérdida del embarazo (aborto espontáneo): presentaciones clínicas, diagnóstico y evaluación inicial

AUTORES: [Dra. Sarah Prager, MAS](#), [Dra. Elizabeth Micks, MPH](#), [Dra. Vanessa K. Dalton, MPH](#)

EDITORES DE SECCIÓN: [Dr. Robert L. Barbieri](#), [Dra. Courtney A. Schreiber, MPH](#)

EDITOR ADJUNTO: [Dra. Kristen Eckler, FACOG](#)

Todos los temas se actualizan a medida que hay nueva evidencia disponible y se completa nuestro [proceso de revisión por pares](#) .

Revisión de literatura actualizada hasta: **marzo de 2025**.

Última actualización de este tema: **15 de noviembre de 2024**.

INTRODUCCIÓN

La pérdida del embarazo, también conocida como aborto espontáneo, se define generalmente como un embarazo intrauterino no viable hasta las 20 semanas de gestación. La pérdida temprana del embarazo, que ocurre en el primer trimestre (es decir, hasta las 12+6 semanas de gestación), es el tipo más común. A las personas que experimentan una pérdida del embarazo se les evalúa para detectar afecciones que requieran tratamiento de emergencia y se les asesora sobre las diferentes opciones de manejo, que incluyen la conducta expectante, la medicación y la cirugía.

Este tema revisará la presentación clínica y la evaluación inicial de pacientes con pérdida gestacional hasta las 20 semanas de gestación. Se presenta por separado contenido relacionado sobre factores de riesgo y etiología, diagnóstico ecográfico, opciones de tratamiento y protocolos de manejo.

- (Ver "[Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): terminología, factores de riesgo y etiología](#)" .)
- (Ver "[Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): Diagnóstico por ecografía](#)" .)
- (Ver "[Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): asesoramiento y comparación de opciones de tratamiento y análisis de la atención relacionada](#)").

- (Ver ["Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): Descripción de las técnicas de manejo"](#) .)

El contenido específico para personas con pérdida recurrente del embarazo se analiza en otra parte.

- (Ver ["Pérdida recurrente del embarazo: definición y etiología"](#) .)
- (Ver ["Pérdida recurrente del embarazo: Evaluación"](#) .)
- (Ver ["Pérdida recurrente del embarazo: manejo"](#) .)

En este tema, al analizar los resultados de los estudios, utilizaremos los términos "mujer/mujer" o "paciente(s)" tal como se utilizan en los estudios presentados. Animamos al lector a considerar las necesidades específicas de asesoramiento y tratamiento de las personas transgénero y de género expansivo.

PRESENTACIONES CLÍNICAS

Sangrado y cólicos sin complicaciones : El sangrado y los cólicos sin complicaciones, los síntomas más comunes en personas con pérdida gestacional, implican que la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con bajo riesgo de presentar inestabilidad hemodinámica según el volumen del sangrado y sin evidencia de infección. Otros síntomas de pérdida gestacional sin complicaciones pueden incluir la desaparición o reducción de los síntomas del embarazo, como disminución de la sensibilidad mamaria o náuseas y vómitos. Si bien el sangrado durante el primer trimestre del embarazo es bastante común, no todas las personas con sangrado o cólicos en este período experimentarán una pérdida gestacional; se deben descartar otras causas de estos síntomas, como un embarazo ectópico [1,2]. (Véase ["Diagnóstico diferencial"](#) más adelante).

- **Sangrado** : El sangrado durante el embarazo es común. El volumen del sangrado vaginal tras una pérdida del embarazo varía considerablemente, especialmente según la duración de la gestación, y las pacientes suelen reportar la expulsión de coágulos o tejido. Generalmente, ni el volumen del sangrado ni la autodeclaración de expulsión de tejido son suficientes para confirmar la pérdida del embarazo sin una evaluación adicional, que suele incluir una ecografía pélvica. (Ver ["Diagnóstico"](#) más adelante).
- **Incidencia** : En un estudio observacional de 550 embarazadas, 117 (21%) presentaron sangrado antes de las 20 semanas de gestación y 67 (12% del grupo total) terminaron en pérdida [2]. De las 117 embarazadas con sangrado, 59 (50%) experimentaron pérdida. Dos pérdidas adicionales ocurrieron sin sangrado. Otro estudio prospectivo con más de 400

embarazadas documentó pérdida precoz del embarazo en el 12% de las que presentaron sangrado vaginal durante el primer trimestre [3].

- **Momento del sangrado y pérdida del embarazo** : un estudio prospectivo de 701 pacientes informó que el sangrado vaginal aislado entre las seis y ocho semanas de gestación se asoció con el mayor aumento del riesgo de pérdida del embarazo (diferencia de riesgo del 56 %, IC del 95 %: 38-75) [4]. Sin embargo, como la pérdida temprana del embarazo ocurre comúnmente entre las seis y ocho semanas de gestación, es probable que el sangrado sea un síntoma de pérdida y no la etiología.
- **Cólicos y/o dolor** : El dolor que se presenta tras la pérdida del embarazo suele ser de tipo cólico y puede ser de leve a intenso, especialmente durante el paso del tejido gestacional. El dolor puede ser constante o intermitente y suele estar asociado con sangrado vaginal. Las opciones para el manejo del dolor en personas que experimentan una pérdida del embarazo se describen en la sección sobre manejo expectante. (Consulte "[Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): Descripción de las técnicas de manejo](#)", sección sobre "[Manejo expectante](#)").

Dado que el sangrado y los cólicos también son síntomas de otras complicaciones del embarazo temprano, como el embarazo ectópico y molar, las embarazadas con sangrado vaginal o dolor pélvico deben ser evaluadas de inmediato. En estas situaciones, suele ser necesaria una ecografía para una evaluación completa, especialmente cuando el profesional no puede confirmar la expulsión espontánea del tejido del embarazo ([algoritmo 1](#)). (Véase "[Evaluación y diagnóstico diferencial del sangrado vaginal antes de las 20 semanas de gestación](#)" y "[Embarazo ectópico: Manifestaciones clínicas y diagnóstico](#)", sección "[Evaluación diagnóstica](#)").

Complicadas (hemorragia y/o infección) : Las complicaciones más comunes asociadas con la pérdida del embarazo son la hemorragia y la infección, que pueden ser graves y, en ocasiones, requieren intervención de emergencia. El riesgo de ambas generalmente aumenta con la duración de la pérdida gestacional, más allá de las 13 semanas de gestación.

- **Hemorragia** : Si bien el sangrado vaginal es común en pacientes con pérdida gestacional, la aparición de una hemorragia grave puede requerir transfusión y evacuación quirúrgica. Las pacientes con hemorragia grave suelen presentar sangrado vaginal abundante, acompañado de signos vitales ortostáticos, anemia o taquicardia. El riesgo general de hemorragia grave que requiera hospitalización es bajo, aproximadamente del 1 % [5]. (Véase "[Hemorragia](#)" más adelante).
- **Infección** : Los signos y síntomas de infección incluyen dolor abdominal o pélvico, sensibilidad uterina, secreción purulenta y/o signos sistémicos de infección, como fiebre, taquicardia o hipotensión. La incidencia de infección intrauterina en la pérdida del embarazo

aumenta con la duración de la gestación; es de aproximadamente el 15 % en las primeras 12 semanas, y posteriormente hasta el 66 % en las pérdidas entre las semanas 12 y 24 [6], en particular en aquellas mujeres con un retraso prolongado entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico de pérdida del embarazo, o entre el diagnóstico de pérdida del embarazo y la expulsión del embarazo [7]. La infección intrauterina puede presentarse espontáneamente o tras intervenciones médicas o quirúrgicas. Aunque la infección puede ser asintomática y no diagnosticarse fuera del ámbito del estudio, las pacientes diagnosticadas con infección clínicamente sintomática no son candidatas para el tratamiento expectante ni médico de la pérdida del embarazo. Las mujeres con infección grave que provoca inestabilidad hemodinámica sufren un aborto séptico y requieren evaluación y tratamiento de emergencia. (Véase ["Aborto séptico"](#) a continuación) .

- **Grupos con mayor riesgo** : las personas con acceso limitado a la atención médica o con una identificación tardía de la pérdida del embarazo pueden tener mayor probabilidad de presentar un paso espontáneo de tejido gestacional (y la consiguiente hemorragia) o complicaciones como una infección [8,9]. Las personas con menor probabilidad de esperar o reconocer su embarazo en etapas tempranas de la gestación, como las adolescentes, las personas perimenopáusicas o aquellas con menstruaciones irregulares, también podrían tener un mayor riesgo de presentación posterior y/o complicaciones.

Asintomático o incidental : Las pruebas de embarazo de alta sensibilidad y las ecografías permiten diagnosticar la pérdida del embarazo antes de la aparición de los síntomas. (Consulte ["Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): Diagnóstico por ecografía"](#)).

Pérdida gestacional completa e incompleta : Además de la presencia o ausencia de síntomas, las mujeres con pérdida gestacional pueden caracterizarse según el vaciado uterino completo o incompleto. La presencia de síntomas, como se mencionó anteriormente, o la retención de tejido intrauterino ayudan a determinar las opciones de tratamiento y a guiar a las pacientes en la toma de decisiones.

- **Completo** : Esta frase se utiliza para describir a pacientes con útero vacío tras la documentación de un embarazo intrauterino previo. Esto es importante, ya que un útero vacío puede observarse mediante ecografía en el contexto de un embarazo temprano normal que es demasiado temprano para visualizarlo, un aborto espontáneo o un embarazo ectópico. La frase puede aplicarse a quienes presentan un útero vacío tras una pérdida o interrupción del embarazo, independientemente de cómo se haya gestionado dicha pérdida o interrupción.

- **Incompleta** : Este término se refiere al tejido retenido dentro del útero (saco gestacional o tejido fetal o placentario). La pérdida incompleta del embarazo puede ocurrir tras la expulsión espontánea parcial de tejido gestacional o tras un tratamiento médico o quirúrgico. Suele ser sintomática, pero la ausencia de síntomas no descarta la posibilidad de tejido retenido.

DIAGNÓSTICO

Una vez identificado un embarazo intrauterino mediante ecografía, se diagnostica la pérdida del embarazo si cualquier ecografía posterior (realizada de rutina o por síntomas) no muestra embarazo intrauterino ni pérdida de la actividad cardíaca previamente observada.

Alternativamente, existen criterios de ecografía única, y la selección de estos se adapta a las preferencias de la paciente y su situación clínica. (Véase "[Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): Diagnóstico por ecografía](#)").

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La mayoría de las personas con sangrado durante el embarazo no experimentarán pérdida del embarazo [1,2]. El abordaje de la paciente embarazada con sangrado se presenta en detalle en el contenido relacionado ([algoritmo 1](#)).

- (Ver "[Evaluación y diagnóstico diferencial del sangrado vaginal antes de las 20 semanas de gestación](#)".)
- (Ver "[Ecografía del embarazo de localización desconocida](#)".)

CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES POR PRESENTACIÓN CLÍNICA

Evaluar los hallazgos de alarma : las mujeres embarazadas de menos de 20 semanas de gestación que presentan evidencia de hemorragia con inestabilidad hemodinámica y/o infección con evidencia de síndromes de sepsis requieren evaluación y tratamiento urgentes, y a menudo de emergencia.

- **Paciente clínicamente inestable** : En pacientes con hemorragia o infección potencialmente mortal que además presentan productos intrauterinos de la concepción, está indicada la evacuación quirúrgica del embarazo incluso si no se cumplen plenamente los criterios ecográficos de pérdida gestacional, incluyendo la pérdida de los latidos cardíacos fetales. **Las**

evaluaciones de seguimiento de la viabilidad gestacional nunca deben retrasar la atención adecuada de la paciente.

- **Paciente clínicamente estable** : En el caso de una paciente clínicamente estable, los profesionales de la salud deben analizar los riesgos y beneficios de retrasar la atención para obtener un diagnóstico definitivo de pérdida gestacional. En casos de un embarazo muy deseado, las pacientes suelen preferir una ecografía de seguimiento, la cual puede estar justificada si no cumplen los criterios definitivos de pérdida gestacional con una sola ecografía. (Consulte "[Pérdida gestacional \(aborto espontáneo\): Diagnóstico ecográfico](#)").

Hemorragia : La aspiración uterina urgente está indicada en personas con sangrado grave; la aspiración de emergencia se justifica en caso de signos vitales inestables. Los signos vitales inestables pueden incluir signos vitales ortostáticos, hipotensión o taquicardia, así como evidencia de anemia en las pruebas de laboratorio. Podría requerirse una transfusión sanguínea.

- (Ver "[Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): Descripción de las técnicas de tratamiento](#)", sección sobre "[Tratamiento quirúrgico \(aspiración uterina\)](#)" .)
- (Ver "[Descripción general de la hemorragia posparto](#)", sección sobre "[Reconocimiento y evaluación tempranos](#)").

En la mayoría de los casos, tras la evacuación del embarazo, el sangrado se resuelve rápidamente. En entornos donde la aspiración uterina ambulatoria o en urgencias es factible, es preferible realizar el procedimiento donde sea más rápido. Sin embargo, una paciente clínicamente inestable (por ejemplo, hipotensión grave) puede requerir estabilización y traslado hospitalario antes o después de la realización del procedimiento. El sangrado persistente tras la aspiración uterina es poco frecuente, pero, si se presenta, se puede controlar con uterotónicos, de forma similar al tratamiento del sangrado tras la interrupción quirúrgica del embarazo. (Véase "[Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): Descripción de las técnicas de manejo](#)", sección "[Complicaciones](#)" y "[Interrupción del embarazo en el primer trimestre: Aspiración uterina](#)", sección "[Hemorragia](#)").

Aborto séptico : el aborto séptico se refiere a un útero infectado en el contexto de un embarazo de menos de 20 semanas de gestación con evidencia clínica de síndromes de sepsis. Los embarazos ≥ 20 semanas de gestación con infección intrauterina generalmente se denominan corioamnionitis. Los signos y síntomas incluyen dolor abdominal o pélvico, sensibilidad uterina, flujo vaginal purulento y/u otros signos sistémicos de infección (p. ej., fiebre, recuento elevado de glóbulos blancos). Cuando no se trata con urgencia, el aborto séptico progresa rápidamente y puede ser letal. Aquellas que muestran signos de infección

junto con productos intrauterinos de la concepción (ya sea por pérdida incompleta del embarazo o interrupción incompleta del embarazo) no son candidatas para el manejo expectante o farmacológico. Las pacientes con aborto séptico generalmente requieren ingreso hospitalario, tratamiento rápido con antibióticos intravenosos de amplio espectro y evacuación inmediata del útero ([algoritmo 2](#)). Se presentan por separado discusiones detalladas sobre el aborto séptico, incluido el tratamiento, y los síndromes de sepsis.

- (Ver ["Aborto séptico: presentación clínica y manejo"](#) .)
- (Ver ["Síndromes de sepsis en adultos: epidemiología, definiciones, presentación clínica, diagnóstico y pronóstico"](#) .)
- (Ver ["Evaluación y manejo de la sospecha de sepsis y shock séptico en adultos"](#) .)

Evaluar a pacientes clínicamente estables : las pacientes suelen recibir un diagnóstico de pérdida del embarazo durante una ecografía de rutina o una ecografía realizada para síntomas como manchado o cólicos. Generalmente, se dispone de tiempo para brindar asesoramiento exhaustivo sobre los distintos enfoques de manejo, y la paciente puede considerar las opciones y decidir cuál prefiere en cuestión de días o semanas.

Para estos pacientes, adoptamos el siguiente enfoque:

Confirmar el diagnóstico y la duración gestacional : En la mayoría de los casos, la pérdida del embarazo se diagnostica mediante ecografía transvaginal. La duración gestacional, determinada por ecografía y no por la fecha de la última menstruación, influye en las opciones de tratamiento. Los profesionales clínicos que derivan pacientes para el tratamiento de la pérdida del embarazo deben confirmar que se cumplen los criterios diagnósticos adecuados en las pacientes estables. (Véase ["Diagnóstico"](#) más arriba y ["Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): Diagnóstico por ecografía"](#)).

- **Primer trimestre** – Las pérdidas del primer trimestre son aquellas hasta las 12+6 semanas de gestación.
- **Segundo trimestre** : La pérdida gestacional temprana del segundo trimestre ocurre entre las 13+0 semanas y las 20+0 semanas de gestación [[10](#)]. Los signos y síntomas de la pérdida gestacional en el segundo trimestre incluyen sangrado, cólicos/dolor o parto. El diagnóstico de la pérdida gestacional en el segundo trimestre incluye la documentación ecográfica de muerte fetal intrauterina o parto espontáneo.

Evaluar los antecedentes de la paciente : Las pacientes clínicamente estables necesitan una evaluación médica completa que incluya los antecedentes personales y familiares para

evaluar las comorbilidades médicas. Las pacientes con afecciones como trastornos hemorrágicos, fibromas uterinos grandes o sospecha de embarazo molar, o que estén tomando anticoagulantes, pueden tener un mayor riesgo de sangrado y otras complicaciones con el manejo expectante, quirúrgico o farmacológico de la pérdida gestacional. Se recomienda consultar con un profesional de la salud con experiencia en el manejo de la pérdida gestacional, cuando sea posible, para pacientes complejas. Las preferencias de la paciente, los factores médicos y los recursos disponibles suelen hacer que un enfoque de tratamiento sea preferible.

Como ejemplos:

- **Favorecer la conducta expectante** : las personas que desean evitar intervenciones, no les importa la naturaleza impredecible de la pérdida del embarazo y pueden recibir atención de seguimiento pueden preferir la conducta expectante (es decir, permitir que el tejido del embarazo se elimine por sí solo).
- **Favorecer la administración de medicamentos** : Una paciente con anomalías uterinas, cervicales o vaginales puede tener un embarazo difícil de alcanzar con un dispositivo de aspiración uterina, por lo que la administración de medicamentos puede ser la opción preferida. Esta opción también puede ser preferida por quienes prefieren evitar la instrumentación uterina, pero desean un plazo más predecible para la expulsión del embarazo y la finalización del aborto espontáneo.
- **Favorecer el tratamiento quirúrgico** : Una paciente con anticoagulación terapéutica puede tener un mayor riesgo de sangrado con un tratamiento expectante o farmacológico, y en este caso, el tratamiento quirúrgico puede ser preferible. Además, una persona que prefiera una finalización inmediata y predecible de la pérdida del embarazo podría optar por el tratamiento quirúrgico.

Realizar exámenes físicos y de laboratorio : las pacientes con pérdida gestacional confirmada o sospechada se someten a evaluaciones con espéculo y bimanual, además de la evaluación general. La evaluación con Doppler tonal portátil puede realizarse en embarazos de 12 semanas o más de gestación. (Consulte ["Anamnesis ginecológica y exploración pélvica", sección "Componentes de la exploración"](#)).

En situaciones clínicas con acceso a servicios de ecografía y laboratorio, la ecografía transvaginal y/o la determinación de gonadotropina coriónica humana (hCG) sérica son las dos pruebas clave. La ecografía es útil, si está disponible, ya que presenta mayor especificidad y sensibilidad que el espéculo o la exploración física para diversos diagnósticos asociados con problemas del embarazo.

- Examen físico.
 - **Examen con espéculo** : Este examen se realiza para evaluar la presencia de sangrado, incluyendo su origen y cantidad, así como signos de infección (p. ej., pus evidente en el orificio cervical). La pérdida activa del embarazo se sospecha por sangrado proveniente del cuello uterino y un orificio cervical abierto. Tradicionalmente, el sangrado vaginal con un cuello uterino abierto se diagnosticaba como un "aborto inevitable". Sin embargo, esta terminología ya no se prefiere porque, en la práctica, la dilatación cervical puede ser difícil de evaluar visualmente. Si bien algunas mujeres con pérdida del embarazo presentan un cuello uterino visiblemente dilatado o tejido del embarazo presente en el orificio cervical, otras (en particular, las que han tenido hijos) presentan un orificio cervical externo que parece dilatado incluso con un embarazo normal. Además, un cuello uterino que parece cerrado y sin sangrado activo no descarta una pérdida del embarazo.
 - **Examen bimanual** : Este examen permite determinar si el cuello uterino externo está abierto y si hay tejido en el canal cervical. La sensibilidad a la palpación uterina puede indicar una infección. Además, si no se dispone de ecografía, el examen bimanual permite estimar la duración gestacional, que luego puede compararse con la duración gestacional conocida de la paciente para evaluar discrepancias y una posible pérdida gestacional. Sin embargo, el tamaño uterino puede ser difícil de evaluar en pacientes con obesidad, fibromas uterinos u otras anomalías uterinas. Además, la duración gestacional estimada por la paciente puede ser incorrecta. Por lo tanto, los profesionales sanitarios deben ser conscientes de las limitaciones del examen físico para diagnosticar la pérdida gestacional.
 - **Evaluación con Doppler Tonal** : La ausencia de latidos cardíacos fetales en el Doppler portátil durante un embarazo de 12 semanas o más debe motivar una evaluación adicional para detectar la pérdida del embarazo, aunque no es un criterio diagnóstico. La capacidad para detectar latidos cardíacos varía según la duración de la gestación, el hábito de la paciente, la posición del útero y la posición fetal.
 - **Evaluación de laboratorio** : La evaluación de laboratorio de rutina generalmente incluye un análisis de grupo sanguíneo y de anticuerpos. El objetivo es identificar a las pacientes RhD negativas que podrían beneficiarse de [la inmunoglobulina anti-D](#) . La hCG sérica es valiosa en el seguimiento de pacientes con embarazo de localización desconocida cuando se utiliza junto con ecografías seriadas. La progesterona tiene una utilidad limitada en el diagnóstico de la pérdida gestacional.

- **Detección del grupo sanguíneo y antígeno RhD** : Se realizan pruebas de grupo sanguíneo y factor Rh según sea necesario para identificar a las personas RhD negativas con riesgo de aloinmunización Rh y en caso de que se requiera información sobre el grupo sanguíneo y los anticuerpos para una transfusión. La evidencia actual indica que este riesgo no existe durante las primeras 12 semanas de embarazo.
 - (Ver ["Antígenos y anticuerpos de glóbulos rojos"](#), sección sobre ["Sistema de grupo sanguíneo Rh"](#)).
 - (Ver ["Aloinmunización RhD en el embarazo: descripción general"](#)).
 - (Ver ["Aloinmunización RhD: Prevención en pacientes embarazadas y posparto"](#)).
- **HCG sérica** : no existen niveles ni tendencias de hCG que permitan diagnosticar la pérdida del embarazo, pero los cambios relativos pueden ser útiles.
 - **Variaciones normales** : Dada la variación sustancial en los niveles de hCG en cualquier etapa gestacional, un solo valor de hCG no es suficiente para diagnosticar la pérdida del embarazo, y un solo valor de hCG <4000 miliunidades internacionales/ml debe interpretarse con mucha cautela. Es importante considerar que la tasa de aumento y las tendencias de hCG pueden ser impredecibles, especialmente con niveles bajos. Normalmente se necesitan tres hCG seriadas para establecer una tendencia. Según la experiencia de un editor de sección, una disminución drástica de hCG >25 % en 48 horas en el contexto de una hemorragia uterina es altamente indicativa de pérdida del embarazo y puede ser útil si no se dispone de ecografía. (Véase ["Gonadotropina coriónica humana: Bioquímica y medición en el embarazo y la enfermedad"](#)).

En embarazos normales, los niveles promedio de hCG se estabilizan aproximadamente entre las semanas 8 y 11 y luego disminuyen [11]. Al asesorar a las pacientes sobre la probabilidad de un embarazo viable dado un solo nivel de hCG y sus hallazgos ecográficos, utilizamos datos de un análisis de 651 embarazos que concluyó que los niveles discriminatorios de hCG en los que se predeciría que se verían estructuras el 99 por ciento de las veces fueron 3510 miliunidades internacionales/mL para el saco gestacional, 17 716 miliunidades internacionales/mL para el saco vitelino y 47 685 miliunidades internacionales/mL para el polo embrionario [12].

- **Embarazo de localización desconocida** : La prueba de hCG sérica se realiza comúnmente como parte de la evaluación del embarazo de localización desconocida y suele ser útil para descartar un embarazo ectópico. (Véase ["Ecografía del embarazo de"](#)

[localización desconocida" y "Embarazo ectópico: Manifestaciones clínicas y diagnóstico", sección "Evaluación diagnóstica" \).](#)

- **Progesterona sérica** : si bien los niveles bajos de progesterona sérica se asocian con la pérdida del embarazo, en la práctica clínica, esta prueba rara vez se utiliza para el diagnóstico o el tratamiento debido a la alta variabilidad de los niveles de progesterona en embarazos normales y anormales [13]. En un estudio de 360 embarazadas con sangrado al inicio del embarazo, entre las 6 y 10 semanas de gestación, un valor de corte de <35 nmol/L resultó en un valor predictivo positivo para la pérdida del embarazo del 68 % y un valor predictivo negativo del 91 % [14]. La prueba de progesterona sérica puede ser apropiada en algunos entornos clínicos, pero los autores no la utilizan para el diagnóstico de la pérdida del embarazo. (Consulte ["Embarazo ectópico: Manifestaciones clínicas y diagnóstico", sección "Otras pruebas" \).](#)

Evaluar las preferencias y valores de la paciente : Algunas pacientes tienen una fuerte preferencia por un tipo de tratamiento para la pérdida del embarazo, incluso antes de recibir información detallada sobre los riesgos y beneficios de cada opción. Las pacientes que han tenido una experiencia positiva o negativa con una pérdida de embarazo previa suelen indicar una preferencia por el tratamiento. Esta información se utiliza para personalizar la asesoría sobre las diferentes opciones de tratamiento, respetando los valores individuales. (Consulte ["Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): Asesoramiento, comparación de opciones de tratamiento y análisis de la atención relacionada", sección "Utilizar un enfoque centrado en la paciente" \).](#)

Analizar las opciones de manejo y tratamiento : las pacientes clínicamente estables con pérdida del embarazo tienen opciones de manejo expectante, farmacológico y quirúrgico. Las preferencias y valores de la paciente son los principales factores que determinan la selección del tratamiento.

- (Consulte ["Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): asesoramiento y comparación de opciones de tratamiento y análisis de la atención relacionada", sección sobre "Opciones de tratamiento actuales" \).](#)
- (Ver ["Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): Descripción de las técnicas de manejo" \).](#)

Administrar inmunoglobulina anti-D en las personas adecuadas : el uso de [inmunoglobulina anti-D](#) y el momento de su administración en personas con aborto espontáneo no se han establecido y es un tema de intenso debate. En el contenido relacionado se presenta una discusión de diversas guías y los enfoques de los autores. (Véase

["Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): Descripción de las técnicas de manejo"](#), sección ["Prevención de la aloinmunización \(pacientes RhD negativas\)"](#) .

Hay discusiones adicionales sobre la aloinmunización RhD disponibles:

- (Ver ["Aloinmunización RhD en el embarazo: descripción general"](#)).
- (Ver ["Aloinmunización RhD: Prevención en pacientes embarazadas y posparto"](#)).

ENLACES A LAS DIRECTRICES DE LA SOCIEDAD

Se proporcionan por separado enlaces a directrices de la sociedad y de gobiernos de países y regiones seleccionados de todo el mundo. (Véase ["Enlaces a directrices de la sociedad: Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\)"](#)).

INFORMACIÓN PARA PACIENTES

UpToDate ofrece dos tipos de materiales educativos para pacientes: "Conceptos Básicos" y "Más Allá de lo Básico". Los materiales educativos para pacientes de "Conceptos Básicos" están escritos en un lenguaje sencillo, con un nivel de lectura de 5.º a 6.º grado, y responden a cuatro o cinco preguntas clave que un paciente podría tener sobre una afección determinada. Estos artículos son ideales para pacientes que desean una visión general y prefieren materiales breves y fáciles de leer. Los materiales educativos para pacientes de "Más Allá de lo Básico" son más extensos, más sofisticados y más detallados. Estos artículos están escritos con un nivel de lectura de 10.º a 12.º grado y son ideales para pacientes que desean información detallada y se sienten cómodos con la jerga médica.

Aquí encontrará artículos de educación para pacientes relevantes para este tema. Le animamos a imprimirlos o enviarlos por correo electrónico a sus pacientes. (También puede encontrar artículos de educación para pacientes sobre diversos temas buscando "información para pacientes" y las palabras clave de interés).

- Temas básicos (consulte ["Educación del paciente: Pérdida del embarazo \(Conceptos básicos\)"](#) y ["Educación del paciente: Sangrado al comienzo del embarazo \(Conceptos básicos\)"](#))
- Temas más allá de lo básico (ver ["Educación del paciente: Pérdida del embarazo \(Más allá de lo básico\)"](#))

TEMA DE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Se presentan las perspectivas de los pacientes sobre trastornos seleccionados para ayudar a los profesionales clínicos a comprender mejor la experiencia y las preocupaciones de los pacientes. Estas narrativas pueden ofrecer información sobre los valores y preferencias de los pacientes que no se incluyen en otros temas de UpToDate. (Consulte "[Perspectiva del paciente: Pérdida del embarazo](#)").

RESUMEN Y RECOMENDACIONES

- **Presentación clínica** : El sangrado y los cólicos son las quejas más comunes de las mujeres sintomáticas con pérdida del embarazo. Sin embargo, la mayoría de las mujeres con sangrado durante el embarazo no experimentan pérdida del embarazo. (Véase "[Presentaciones clínicas](#)" más arriba).
- **Pérdida gestacional sin complicaciones** : La pérdida gestacional sin complicaciones implica que la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con bajo riesgo de inestabilidad hemodinámica según el volumen del sangrado y sin evidencia de infección. La pérdida gestacional también puede ser un hallazgo incidental en la ecografía pélvica. (Véase "[Sangrado y cólicos sin complicaciones](#)" más arriba).
- **Pérdida gestacional complicada** : Las personas con una pérdida gestacional complicada suelen presentar hemorragia o infección, que pueden ser graves. El riesgo de ambas generalmente aumenta con la duración gestacional de la pérdida, más allá de las 13 semanas de gestación. (Véase "[Pérdida gestacional complicada \(hemorragia o infección\)](#)" más arriba).
- **Pérdida asintomática** : Las pruebas de gonadotropina coriónica humana (hCG) beta de alta sensibilidad y las ecografías transvaginales permiten diagnosticar la pérdida del embarazo antes de la aparición de los síntomas. (Ver "[Asintomática o incidental](#)" más arriba).
- **Pérdida completa versus incompleta** : Además de la presencia o ausencia de síntomas, las personas con pérdida del embarazo pueden caracterizarse según el vaciado completo o incompleto del útero. La presencia de síntomas o tejido intrauterino retenido ayuda a determinar las opciones de tratamiento y a orientar a las pacientes en la toma de decisiones. (Véase "[Pérdida completa versus incompleta del embarazo](#)" más arriba).

- **Diagnóstico** : La ecografía transvaginal se realiza generalmente en todas las embarazadas con signos o síntomas sugestivos de pérdida gestacional para confirmar la gestación intrauterina y la viabilidad. (Ver "[Diagnóstico](#)" más arriba).
- **Diagnóstico diferencial** : La mayoría de las personas con sangrado durante el embarazo no experimentarán pérdida del embarazo. El abordaje de la paciente embarazada con sangrado se detalla en el contenido relacionado ([algoritmo 1](#)). (Véase "[Diagnóstico diferencial](#)" más arriba y "[Evaluación y diagnóstico diferencial del sangrado vaginal antes de las 20 semanas de gestación](#)").
- **Clasificación de pacientes según el cuadro clínico** : Los pacientes con hallazgos alarmantes, como hemorragia grave o infección, reciben evaluación y tratamiento de urgencia. La mayoría de los pacientes se encuentran clínicamente estables y suele haber tiempo para brindar asesoramiento exhaustivo sobre los distintos enfoques de manejo. (Véase "[Clasificación de pacientes según el cuadro clínico](#)" más arriba).
- **Hallazgos de alarma** : Las embarazadas de menos de 20 semanas de gestación que presentan evidencia de hemorragia grave con inestabilidad hemodinámica o infección con signos de síndromes sépticos requieren evaluación y tratamiento urgentes, a menudo de emergencia. En aquellas con hemorragia o infección potencialmente mortal, está indicada la evacuación quirúrgica del embarazo incluso si no se cumplen plenamente los criterios ecográficos de pérdida gestacional, incluyendo la pérdida de latidos cardíacos fetales. **Las evaluaciones de seguimiento de la viabilidad gestacional nunca deben retrasar la atención adecuada de una paciente inestable.** (Véase "[Evaluar los hallazgos de alarma](#)" más arriba).
- **Pacientes clínicamente estables** : La evaluación de pacientes clínicamente estables incluye la confirmación de la pérdida del embarazo y la duración gestacional aproximada al momento de la pérdida, una exploración física, una evaluación de laboratorio limitada y la discusión de las opciones de tratamiento. Generalmente, se dispone de tiempo para brindar asesoramiento exhaustivo sobre los diversos enfoques de tratamiento, y la paciente puede considerar las opciones y tomar una decisión en cuestión de días o semanas. (Véase "[Evaluar pacientes clínicamente estables](#)" más arriba).

EXPRESIONES DE GRATITUD

El personal editorial de UpToDate agradece a Togas Tulandi, MD, MHCM, y Haya M Al-Fozan, MD, quienes contribuyeron a una versión anterior de esta revisión de temas.

El uso de UpToDate está sujeto a los [Términos de uso](#) .

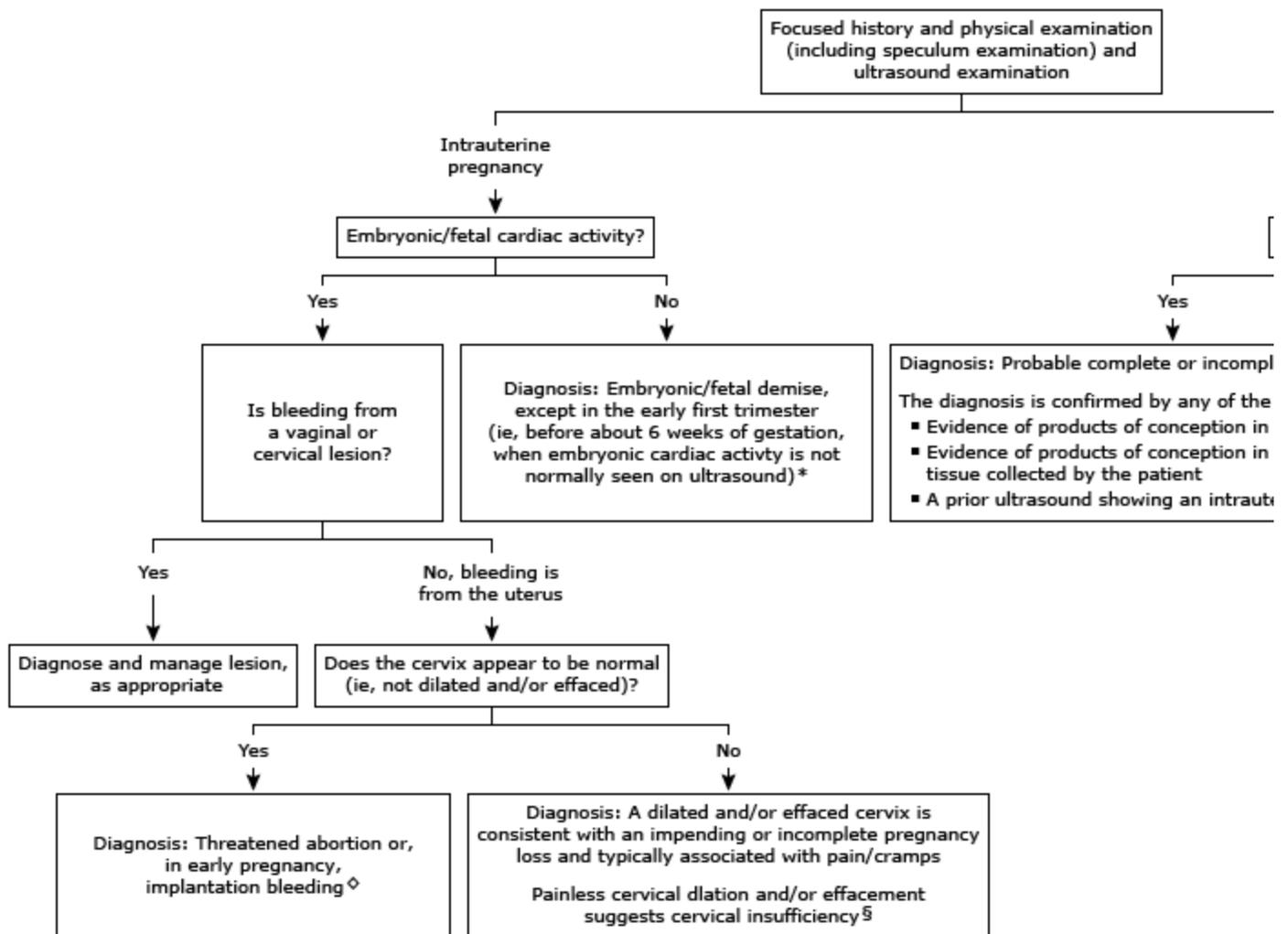
REFERENCIAS

1. Strobino B, Pantel-Silverman J. Sangrado vaginal gestacional y resultados del embarazo. *Am J Epidemiol* 1989; 129:806.
2. Everett C. Incidencia y evolución del sangrado antes de la semana 20 de embarazo: estudio prospectivo en medicina general. *BMJ* 1997; 315:32.
3. Hasan R, Baird DD, Herring AH, et al. Patrones y predictores del sangrado vaginal en el primer trimestre del embarazo. *Ann Epidemiol* 2010; 20:524.
4. DeVilbiss EA, Naimi AI, Mumford SL, et al. Sangrado vaginal y náuseas al inicio del embarazo como predictores de pérdida clínica del embarazo. *Am J Obstet Gynecol* 2020; 223:570.e1.
5. Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, et al. Comparación del tratamiento médico con misoprostol y el tratamiento quirúrgico para el fracaso del embarazo temprano. *N Engl J Med* 2005; 353:761.
6. Giakoumelou S, Wheelhouse N, Cuschieri K, et al. El papel de la infección en el aborto espontáneo. *Hum Reprod Update* 2016; 22:116.
7. Goldenberg RL, Thompson C. Orígenes infecciosos de la muerte fetal intrauterina. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:861.
8. Dalton VK, Harris LH, Clark SJ, et al. Patrones de tratamiento para el fracaso del embarazo temprano en Michigan. *J Womens Health (Larchmt)* 2009; 18:787.
9. Benson LS, Holt SK, Gore JL, et al. Manejo de la pérdida precoz del embarazo en urgencias vs. en consulta externa. *JAMA Netw Open* 2023; 6:e232639.
10. Boletín de Práctica del ACOG n.º 135: Aborto en el segundo trimestre. *Obstet Gynecol* 2013; 121:1394. Reafirmado en 2023.
11. Batzer FR. Evaluación hormonal del embarazo temprano. *Fertil Steril* 1980; 34:1.
12. Connolly A, Ryan DH, Stuebe AM, Wolfe HM. Reevaluación de los niveles discriminatorios y umbral de β -hCG sérica en el embarazo temprano. *Obstet Gynecol* 2013; 121:65.
13. al-Sebai MA, Kingsland CR, Diver M, et al. El papel de una sola medición de progesterona en el diagnóstico de fracaso precoz del embarazo y el pronóstico de viabilidad fetal. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102:364.
14. Lek SM, Ku CW, Allen JC Jr, et al. Validación de la progesterona sérica <35 nmol/L como predictor de aborto espontáneo en mujeres con amenaza de aborto. *BMC Embarazo y Parto* 2017; 17:78.

Tema 5442 Versión 57.0

GRÁFICOS

Evaluación y diagnóstico diferencial del sangrado vaginal antes de las 20 semanas de gestación en pacientes hemodinámicamente estables



Al evaluar pacientes con sangrado antes de las 20 semanas de gestación, es importante considerar también la posibilidad de un embarazo heterotópico (gestación múltiple con una gestación dentro de la cavidad uterina y la otra fuera de la cavidad uterina) y la pérdida de una gestación de una gestación múltiple.

hCG: gonadotropina coriónica humana.

* Al inicio del primer trimestre, cuando la actividad cardíaca no se observa normalmente en la ecografía, el diagnóstico de un embrión no viable se basa en factores como el diámetro medio del saco gestacional y la longitud cráneo-caudal. Consulte los temas de UpToDate sobre el diagnóstico ecográfico de la pérdida gestacional. Podría ser necesario repetir la ecografía entre 7 y 10 días para diagnosticar si el embarazo es viable o no.

La evaluación de un embarazo ectópico implica una combinación de determinaciones seriadas de hCG y ecografías. Consulte el tema de UpToDate sobre el diagnóstico del embarazo ectópico para obtener

información detallada.

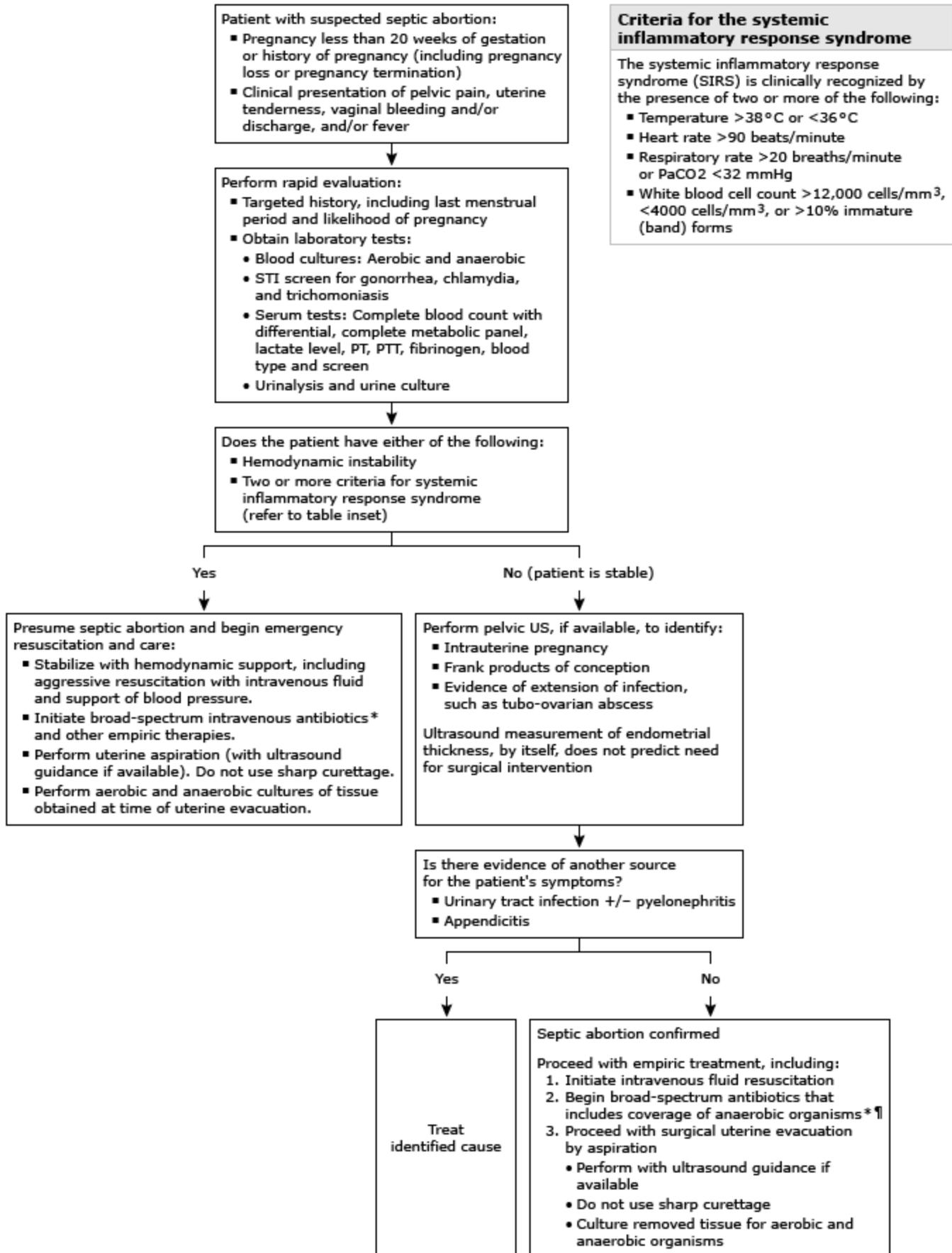
Δ Si no se detecta embarazo intrauterino en la ecografía, pero el útero no está vacío, se debe considerar la posibilidad de enfermedad trofoblástica gestacional si la ecografía muestra una masa intrauterina heterogénea central. Consulte los temas de UpToDate sobre enfermedad trofoblástica gestacional para obtener información detallada.

El sangrado de implantación es un diagnóstico de exclusión. Se caracteriza por un ligero manchado o sangrado aproximadamente de 10 a 14 días después de la fecundación (cerca del momento de la falta de menstruación).

La insuficiencia cervical se caracteriza por la dilatación y/o el borramiento cervical durante el segundo trimestre, en ausencia de contracciones o con contracciones irregulares débiles que parecen insuficientes para explicar la dilatación y el borramiento cervical. Las membranas fetales pueden ser visibles en el orificio cervical o más allá de él.

Gráfico 88947 Versión 6.0

Evaluación inicial y manejo de pacientes con sospecha de aborto séptico



TP: tiempo de protrombina; TTP: tiempo de tromboplastina parcial; ECO: ecografía; ITS: infección de transmisión sexual.

* La selección de un régimen antibiótico intravenoso de amplio espectro que incluya el tratamiento de bacterias anaerobias depende de las alergias de la paciente, la disponibilidad de medicamentos y el costo. Los regímenes se describen en el contenido de UpToDate sobre aborto séptico.

¶ La cobertura antibiótica se adapta en última instancia a los microorganismos específicos identificados mediante hemocultivo y cultivo tisular *tras el control quirúrgico de la fuente* .

Gráfico 131956 Versión 4.0

Divulgaciones de los colaboradores

Sarah Prager, MD, MAS No hay relación(es) financiera(s) relevante(s) con compañías no elegibles para divulgar. **Elizabeth Micks, MD, MPH** No hay relación(es) financiera(s) relevante(s) con compañías no elegibles para divulgar. **Vanessa K Dalton, MD, MPH** Apoyo para becas/investigación/ensayos clínicos: Oficina de Asuntos de Población del HHS [Salud reproductiva]; Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan [Salud perinatal]; Institutos Nacionales de Salud [Depresión perinatal]. Consejos consultores/asesores: Merck [vacunación contra el VPH]. Otro interés financiero: Editor colaborador de Medical Letter [Salud de la mujer]; Sociedad de Planificación Familiar [Salud de la mujer]. Todas las relaciones financieras relevantes enumeradas se han mitigado. **Robert L Barbieri, MD** No hay relación(es) financiera(s) relevante(s) con compañías no elegibles para divulgar. **Courtney A Schreiber, MD, MPH** Titular de la patente: Penn, Saul [Manejo médico del embarazo no viable]. Consejos consultores/asesores: Exeltis [Consejo asesor, I+D de tecnología anticonceptiva]. Otros intereses financieros: Junta Americana de Obstetricia y Ginecología [Miembro de la Junta Directiva, Presidente de la División de Planificación Familiar Compleja]; Athenium Pharmaceuticals [Pérdida precoz del embarazo]. Se han mitigado todas las relaciones financieras relevantes mencionadas. **Dra. Kristen Eckler, FACOG.** No hay relaciones financieras relevantes con empresas no elegibles que declarar.

El grupo editorial revisa las declaraciones de los colaboradores para detectar posibles conflictos de intereses. De detectarse, se abordan mediante un proceso de revisión multinivel y mediante la exigencia de proporcionar referencias que respalden el contenido. Todos los autores deben proporcionar contenido debidamente referenciado y cumplir con los estándares de evidencia de UpToDate.

[Política de conflicto de intereses](#)

→



Perforación uterina durante procedimientos ginecológicos

AUTOR: [Dra. Barbara S. Levy, FACOG, FACS, MSCP](#)

EDITOR DE LA SECCIÓN: [Tommaso Falcone, MD, FRCSC, FACOG](#)

EDITOR ADJUNTO: [Dra. Alana Chakrabarti](#)

Todos los temas se actualizan a medida que hay nueva evidencia disponible y se completa nuestro [proceso de revisión por pares](#).

Revisión de literatura actualizada hasta: **marzo de 2025**.

Última actualización de este tema: **5 de febrero de 2025**.

INTRODUCCIÓN

La perforación uterina es una posible complicación de todos los procedimientos intrauterinos y puede estar asociada a lesiones en los vasos sanguíneos o vísceras circundantes (vejiga, intestino), lo que puede provocar hemorragia o sepsis. El riesgo de perforación uterina aumenta por factores que dificultan el acceso a la cavidad endometrial (p. ej., estenosis cervical, anteflexión o retroflexión severa) o que alteran la resistencia de la pared miometrial (p. ej., embarazo, lactancia, menopausia, cirugía uterina previa).

A las pacientes que planean un procedimiento que implique instrumentación intrauterina se les debe informar sobre el riesgo de perforación uterina y, si ésta ocurre, sobre la posibilidad de procedimientos adicionales (por ejemplo, laparoscopia o laparotomía).

Aquí se revisará la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la perforación uterina durante procedimientos ginecológicos. Otras complicaciones de la cirugía uterina se abordan por separado. (Véase "[Complicaciones de la cirugía ginecológica](#)").

INCIDENCIA

Se desconoce la verdadera incidencia de la perforación uterina, ya que muchas perforaciones no se reconocen ni se confirman. Por lo tanto, es probable que la incidencia reportada sea una subestimación.

Los datos de los estudios que informan sobre la perforación uterina varían según el tipo de procedimiento intrauterino y la población de pacientes; algunos ejemplos son los siguientes [1-3]:

- Ablación endometrial: La perforación uterina ocurre en aproximadamente el 1 % de todos los procedimientos de ablación endometrial; la tasa parece ser mayor en quienes se someten a resectoscopia en comparación con las técnicas no resectoscópicas. (Consulte la [sección "Complicaciones" en la sección "Información general sobre la ablación endometrial"](#)).
- Muestreo endometrial: La perforación uterina ocurre durante el muestreo endometrial (con biopsia endometrial o dilatación y legrado) en aproximadamente el 0,3 % de las pacientes premenopáusicas y el 2,6 % de las pacientes posmenopáusicas. (Véase ["Procedimientos de muestreo endometrial en el consultorio"](#), [sección "Efectos secundarios y complicaciones"](#) y ["Dilatación y legrado"](#), [sección "Perforación uterina"](#)).
- Histeroscopia: La perforación uterina ocurre en aproximadamente el 1% de todos los procedimientos histeroscópicos. Las tasas son más bajas en quienes se someten a un procedimiento diagnóstico que a uno quirúrgico. Esto se analiza en detalle por separado. (Véase ["Histeroscopia: Instrumentos y procedimiento"](#), [sección "Perforación uterina"](#)).
- Dispositivo intrauterino (DIU): La perforación uterina también puede ocurrir con un DIU; las tasas varían según el momento (durante la colocación o con migración tardía; colocación posparto o inserción en el intervalo). (Consulte ["Anticoncepción intrauterina: Manejo de efectos secundarios y complicaciones"](#), [sección "Perforación"](#)).
- Aspiración uterina: La perforación uterina se presenta en hasta el 5 % de las pacientes embarazadas que se someten a un procedimiento intrauterino para controlar la hemorragia posparto. El riesgo es menor (p. ej., del 0,5 % al 1 %) en procedimientos realizados durante el primer y segundo trimestre (p. ej., aspiración uterina para pérdida o interrupción del embarazo). (Véase ["Hemorragia posparto secundaria \(tardía\)"](#), [sección "Productos de la concepción retenidos \(PROC\)"](#) y ["Hemorragia posparto: Uso de un dispositivo intrauterino para el control de la hemorragia"](#), [sección "Complicaciones"](#) , ["Información general sobre la interrupción del embarazo"](#), [sección "Perforación uterina"](#) y ["Pérdida del embarazo \(aborto espontáneo\): Descripción de las técnicas de manejo"](#), [sección "Complicaciones"](#)).

Hasta el 17 por ciento de las perforaciones uterinas están asociadas con otras complicaciones (por ejemplo, hemorragia, lesión visceral) [1-3].

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo de perforación uterina incluyen aquellos que dificultan el acceso a la cavidad endometrial o alteran la resistencia de la pared miometrial e incluyen [1,4]:

- Distorsión del útero o del cuello uterino (p. ej., debido a fibromas, adherencias intrauterinas, cirugía previa [incluidos procedimientos de escisión cervical], anomalías congénitas [p. ej., útero unicorne], exposición a dietilestilbestrol [DES] que resulta en una reducción del tamaño del útero).
- Cambios menopáusicos (p. ej., atrofia endometrial, adelgazamiento del miometrio, atrofia vaginal, estenosis cervical).
- Embarazo o lactancia.
- Malposición uterina (p. ej., anteversión, anteflexión, retroversión o retroflexión extremas).

Además, la falta de experiencia quirúrgica, la subestimación de la edad gestacional (para procedimientos relacionados con el embarazo) y la tensión grave del músculo elevador del ano pueden estar asociadas con un mayor riesgo [2,3,5-7].

PREVENCIÓN

Papel de la preparación previa al procedimiento : en determinadas pacientes, la preparación cervical y/o vaginal previa al procedimiento puede facilitar la dilatación y/o la inserción de instrumentos en la cavidad uterina.

- **Preparación cervical** : Las pacientes con factores de riesgo de perforación uterina (véase "[Factores de riesgo](#)" más arriba) pueden beneficiarse de la preparación cervical con una prostaglandina (p. ej., [misoprostol](#) , [dinoprostona](#)) o dilatadores osmóticos (p. ej., laminaria). Esto se detalla por separado. (Véase "[Histeroscopia: Instrumental y procedimiento](#)", sección "[Preparación y dilatación cervical](#)" y "[Anticoncepción intrauterina: Inserción y extracción](#)", sección "[Misoprostol](#)" , y "[Dilatación y legrado](#)", sección "[Preparación cervical](#)" e "[Interrupción del embarazo: Preparación cervical para el aborto quirúrgico](#)").
- **Tratamiento de la atrofia vaginal** : Las pacientes con atrofia o estenosis vaginal pueden beneficiarse del uso de estrógeno vaginal en dosis bajas durante una o dos semanas antes del procedimiento. El estrógeno vaginal puede facilitar la inserción del espéculo, abriéndolo a una anchura que permita la visualización de todo el cuello uterino y facilitando la manipulación y la angulación adecuada de los instrumentos. Los estrógenos vaginales se tratan por separado. (Véase "[Síndrome genitourinario de la menopausia \(atrofia vulvovaginal\): Tratamiento](#)").

- **Otros** : La aplicación de una crema anestésica tópica (p. ej., [lidocaína](#) al 2,5 % más [prilocaína](#) al 2,5 % en una base de crema) en el orificio vaginal y la vulva, ya sea por la paciente en casa o por el médico antes del procedimiento, puede ser útil en ciertas pacientes (p. ej., pacientes con ansiedad por reducir el espasmo del elevador, pacientes con atrofia vaginal y contraindicación para la terapia con estrógenos). (Véase ["Lesiones vulvares: Evaluación diagnóstica"](#), sección ["Procedimiento"](#)).

Medidas preventivas intraoperatorias

Evaluar la posición uterina : Si los dilatadores cervicales se colocan en un eje incorrecto o con fuerza excesiva, puede producirse una perforación. Para facilitar la colocación precisa de los instrumentos, se realiza un examen bimanual al inicio del procedimiento para evaluar la posición uterina. En pacientes con obesidad, un examen rectovaginal puede ser útil para determinar con precisión si existe una flexión significativa del útero. (Consulte ["Anamnesis ginecológica y examen pélvico"](#), sección ["Examen bimanual"](#)).

Enderezar el eje uterino, colocando un tenáculo en el labio anterior del cuello uterino y aplicando tracción suave, también facilita la colocación de instrumentos a través del canal endocervical hasta el útero.

Técnicas para facilitar la dilatación cervical : para las pacientes en las que el cuello uterino no se puede dilatar fácilmente, varias técnicas pueden ayudar a dilatarlo de forma segura:

- Utilice instrumentos más pequeños (p. ej., detector de os, sonda del conducto lagrimal, dilatadores urológicos). Tenga cuidado de no crear un falso conducto en lugar de introducir el dilatador en el canal cervical.
- Utilice guía ecográfica [8]. En un ensayo aleatorizado con 400 pacientes con útero en retroversión y retroflexión (confirmado por ecografía) sometidas a inserción de DIU, la colocación con guía ecográfica, en comparación con la colocación sin ella, se asoció con menores tasas de fracaso (0% frente a 3%), menor duración del procedimiento y menor sangrado [9]. Las pacientes del grupo de ecografía también reportaron menor dolor. La guía ecográfica intraoperatoria se describe con más detalle por separado. (Véase ["Dilatación y legrado"](#), sección ["Casos complejos"](#)).
- En pacientes sometidas a procedimientos intrauterinos histeroscópicos, a veces se puede realizar una vaginoscopia (sin inserción de espéculo) para facilitar la entrada a través del canal cervical. (Véase ["Histeroscopia: Instrumentos y procedimiento"](#), sección ["Técnica vaginoscópica"](#)).

- En los raros casos de estenosis del orificio cervical externo, se puede inyectar anestesia local en el cuello uterino y realizar una incisión punzante (p. ej., con una hoja de bisturí del n.º 11) en la región del orificio cervical externo; esto generalmente facilita el acceso al canal cervical y al endocérvix. En raras ocasiones, se puede realizar una escisión electroquirúrgica con asa superficial (LEEP) para eliminar la estenosis y facilitar el acceso a la cavidad uterina.
- También se ha descrito la inyección intracervical de [vasopresina](#) diluida (4 unidades por 80 ml de [solución salina normal](#)) [10]. Aunque generalmente se tolera bien, la inyección de vasopresina debe realizarse con precaución, ya que la inyección intravascular o su absorción se ha asociado con hipertensión grave, bradicardia y mortalidad intraoperatoria [11]. Debido a esta complicación poco frecuente pero grave, no se recomienda la inyección de vasopresina en la consulta. (Véase "[Histeroscopia: Instrumentos y procedimiento](#)", sección "[Preparación y dilatación cervical](#)").

Uso seguro de instrumentos operatorios : el uso seguro de instrumentos transcervicales es imperativo, ya que a menudo se pasan a ciegas y dependen del conocimiento de la posición uterina y del uso de la presión adecuada.

Cuando ocurre una perforación uterina, generalmente ocurre durante la dilatación cervical mecánica o la inserción de un instrumento uterino afilado [1-3,12,13]. Los dilatadores cónicos (p. ej., los de Hanks o Pratt) en comparación con los dilatadores de punta roma (p. ej., los de Hegars) generalmente requieren menos fuerza y típicamente dan como resultado una dilatación mecánica más suave.

La posibilidad de visualizar directamente los instrumentos histeroscópicos permite medidas de seguridad adicionales durante los procedimientos histeroscópicos. Por ejemplo, el asa del resectoscopio siempre debe acercarse al operador (y no empujarse contra la pared uterina) [14], y las fuentes de energía no deben activarse a menos que haya una visión clara del instrumento.

Optimizar el manejo del dolor : El manejo del dolor se individualiza según las necesidades de la paciente y el tipo de procedimiento. El manejo del dolor varía desde la ausencia de analgesia hasta un bloqueo intracervical o paracervical, sedación oral o intravenosa, y anestesia regional o general. Esto se detalla por separado. (Véase "[Bloqueo pudendo y paracervical](#)" e "[Histeroscopia: Instrumental y procedimiento](#)", sección "[Manejo del dolor](#)", "[Anticoncepción intrauterina: Inserción y extracción](#)", sección "[Analgesia](#)", "[Interrupción del embarazo en el primer trimestre: Aspiración uterina](#)", sección "[Manejo del dolor](#)", e "[Interrupción del embarazo en el segundo trimestre: Dilatación y evacuación](#)", sección "[Anestesia](#)").

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Intraoperatorio : La perforación uterina generalmente se reconoce intraoperatoriamente en lugar de posoperatoriamente.

- La perforación uterina se **diagnostica** intraoperatoriamente cuando:
 - Una perforación en la pared uterina se visualiza directamente mediante histeroscopia, laparoscopia o laparotomía. El sitio más común de perforación uterina es el fondo uterino [[4,15](#)].
 - El epiplón, el intestino o el tejido adiposo son visibles a través de una abertura en el miometrio o están presentes en la cavidad endometrial o en un instrumento de succión ([figura 1](#)).
 - Se identifica tejido adiposo en una muestra de legrado.
- Se debe **sospechar** perforación uterina cuando ocurre cualquiera de los siguientes eventos:
 - Pérdida repentina de resistencia.
 - Una sonda uterina, un dilatador o un instrumento quirúrgico pasa más allá de la longitud esperada del útero.
 - Durante la histeroscopia, pérdida de visualización debido a una pérdida repentina de la distensión uterina y un aumento abrupto del déficit de líquido distendiente.
 - Signos clínicos de lesión visceral o vascular (p. ej., sangrado excesivo, hipotensión, aparición aguda de hematuria). También puede presentarse hemorragia retroperitoneal o intraabdominal oculta, siendo la hipotensión perioperatoria el primer signo de una complicación.

La perforación del fondo uterino suele causar un sangrado mínimo, mientras que una perforación uterina lateral tiene mayor probabilidad de lacerar los vasos sanguíneos uterinos. Una perforación cervical baja puede lacerar la rama descendente de la arteria uterina, lo que también puede causar sangrado cervical tardío si la arteria presenta un espasmo inicial.

Postoperatorio : En el postoperatorio, se debe sospechar una perforación uterina con cualquiera de los siguientes:

- Dolor abdominal y/o pélvico: si bien se esperan cólicos leves a moderados durante varias horas después de un procedimiento uterino, el dolor abdominal intenso o persistente es inusual y requiere una evaluación inmediata [16]. El dolor puede ser focal o difuso, ya que su origen puede ser una lesión específica en el útero, el intestino o la vejiga.
- Distensión abdominal: la distensión abdominal, especialmente cuando ocurre en presencia de taquicardia, es motivo de preocupación por sangrado retroperitoneal o intraabdominal oculto (p. ej., un hematoma retroperitoneal que se expande lentamente) o lesión intestinal (perforación o encarcelamiento en el defecto uterino [17]).
- Sangrado vaginal abundante o persistente
- Hematuria
- Hipotensión
- Sangrado rectal (poco frecuente) en pacientes con lesión intestinal

Es importante señalar que estos síntomas/signos no son específicos y, por lo tanto, también deben considerarse otras etiologías (no relacionadas con la perforación uterina).

Retrasado : algunas lesiones (p. ej., intestino, vejiga) pueden pasar desapercibidas y, en consecuencia, el paciente puede presentar síntomas días o semanas después del procedimiento [18]. La incarceration de las trompas de Falopio puede presentarse en intervalos incluso más prolongados [19-21].

Estos pacientes pueden presentar síntomas agudos o indolentes, con o sin peritonitis. Los síntomas inespecíficos incluyen fiebre, taquicardia, dolor abdominal o pélvico, distensión abdominal y flujo vaginal. Otros signos y síntomas, como íleo, hipotensión e hipotermia, pueden indicar una infección más grave.

Esto se describe en detalle por separado. (Véase "[Complicaciones de la cirugía laparoscópica](#)").

EVALUACIÓN Y GESTIÓN

Las pacientes con sospecha de perforación uterina pueden recibir un tratamiento expectante, someterse a pruebas diagnósticas o a una exploración quirúrgica. El tratamiento elegido depende del momento de la presentación, la probabilidad de hemorragia o lesión visceral y el tipo de instrumental (p. ej., electrocirugía, dilatador romo) ([algoritmo 1](#)).

En ausencia de datos de alta calidad, nuestro enfoque se basa en nuestra experiencia clínica y en la opinión de expertos.

Sospecha intraoperatoria de perforación : Si se sospecha perforación uterina durante la operación, el procedimiento debe detenerse de inmediato. Generalmente, se retiran todos los instrumentos. Si se planea una exploración abdominal inmediata, se puede dejar un instrumento in situ para una mejor localización de la lesión. La paciente debe mantenerse en posición estable para evitar desplazar las asas intestinales de la zona. Retener las asas intestinales en riesgo en la pelvis facilita la identificación de lesiones.

Se monitorizan los signos vitales y se realiza una exploración para identificar otras lesiones (p. ej., laceración cervical). Si se sospecha sangrado oculto (p. ej., debido al deterioro de los signos vitales o a la distensión abdominal), se realizan pruebas de laboratorio para obtener hematocrito y estudios de coagulación. Si bien las imágenes no pueden confirmar ni descartar una perforación uterina, se puede utilizar una ecografía transvaginal o abdominal intraoperatoria para evaluar un hematoma del ligamento ancho o retroperitoneal.

Pacientes sintomáticos y pacientes asintomáticos con alto riesgo de lesión

- La exploración abdominal inmediata se realiza en pacientes:
 - Con signos de hemorragia intraperitoneal o lesión visceral (p. ej., hipotensión, descenso del hematocrito, aumento de la distensión abdominal)
 - En quienes se utilizaba un instrumento de alto riesgo (p. ej., energía electroquirúrgica, morcelación, aspiración por succión eléctrica) en el momento de la perforación. El riesgo de lesiones graves con estos instrumentos es mayor.
 - En quienes la perforación se produjo lateralmente (dada la proximidad a los vasos uterinos); el riesgo de formación de hematoma del ligamento ancho en estos pacientes es alto [22].

La técnica quirúrgica de exploración abdominal se describe a continuación y en detalle por separado. (Véase [«Técnica quirúrgica»](#) más adelante y [«Complicaciones de la cirugía laparoscópica»](#)).

- En los pacientes en los que la perforación se produjo en dirección anterior o posterior, la cistoscopia o la rectoscopia pueden ayudar a determinar si está justificada la exploración abdominal [22].

Pacientes asintomáticos con bajo riesgo de lesión : las pacientes asintomáticas en quienes se cree que se produjo una perforación uterina en el fondo con un instrumento de bajo riesgo (p. ej., dilatación cervical con un instrumento romo, aspiración manual endouterina) o un instrumento de alto riesgo que no estaba activo en el momento de la perforación, a menudo pueden manejarse de forma expectante [2,4]. En nuestra experiencia, el potencial de lesión vascular o visceral en estas pacientes es bajo.

- **Finalización del procedimiento original** : El procedimiento original puede realizarse bajo guía ecográfica (sin uso de succión eléctrica ni fuente de energía) o laparoscópica. La laparoscopia permite la visualización directa del sitio de la perforación y la retracción de las estructuras circundantes.

Sin embargo, en pacientes sometidas a un procedimiento histeroscópico, es posible que no se pueda completar si el medio de distensión histeroscópica se filtra en el sitio de la perforación y la visualización se dificulta. En tales casos, podría ser necesario suspender el procedimiento y reprogramarlo para una fecha posterior.

- **Función limitada de los antibióticos profilácticos** : En nuestra práctica, no administramos antibióticos profilácticos a pacientes asintomáticas con sospecha de perforación uterina. Solo tratamos con antibióticos si hay signos clínicos de infección (p. ej., endometritis, peritonitis). Ningún estudio ha abordado este tema.
- **Cuidados y seguimiento** posoperatorios : La paciente es monitoreada cuidadosamente en la sala de recuperación para detectar deterioro de sus constantes vitales o sangrado activo. Esto puede ocurrir razonablemente durante varias horas. Se pueden obtener las determinaciones de hemoglobina y hematocrito (si no se han realizado ya) y repetirlas en tres o cuatro horas. Una paciente estable puede recibir el alta con instrucciones estrictas de llamar a su médico si el dolor es intenso o persistente, el sangrado vaginal es abundante o si hay otros síntomas de complicaciones persistentes de la perforación uterina (p. ej., hematuria, distensión abdominal, fiebre, mareos). Cualquier paciente que llame con inquietudes o un aumento de los síntomas posoperatorios debe ser atendida y evaluada de inmediato.

Se debe advertir a las pacientes que probablemente experimenten cólicos leves o sangrado leve. El [acetaminofén](#) o los antiinflamatorios no esteroideos suelen ser suficientes para controlar el dolor posoperatorio. Generalmente, se pueden seguir otras instrucciones posoperatorias estándar para procedimientos ginecológicos. (Consulte "[Información para pacientes: Cuidados después de la cirugía ginecológica \(Más allá de lo básico\)](#)").

Vemos a los pacientes para una visita de seguimiento una semana después del procedimiento para discutir los detalles del procedimiento y evaluar cualquier otra complicación.

Sospecha posoperatoria o tardía de perforación : La posibilidad de perforación uterina con posterior lesión vascular o visceral siempre debe considerarse al tratar a una paciente con inquietudes después de un procedimiento intrauterino. Se requiere un alto nivel de sospecha, ya que las lesiones no diagnosticadas (p. ej., intestinales) pueden ser rápidamente mortales. (Véase "[Resumen de la perforación del tracto gastrointestinal](#)").

Además de obtener los signos vitales y realizar un examen pélvico y abdominal, se obtiene una evaluación de laboratorio, que puede incluir hematocrito, recuento de glóbulos blancos, pruebas de coagulación, cultivo de orina y/o cultivos de sangre.

En pacientes con anemia, fiebre o masa o dolor pélvico, la ecografía pélvica es la prueba de imagen inicial de elección para identificar un hematoma del ligamento ancho o retroperitoneal, o un absceso tuboovárico, y también permite descartar otras etiologías del dolor pélvico (p. ej., torsión anexial). Se realizan estudios de imagen adicionales (p. ej., radiografía simple, tomografía computarizada [TC]) en pacientes con sospecha de lesión intestinal o vesical. Esto se describe en detalle por separado. (Véase "[Traumatismo genitourinario cerrado: Evaluación inicial y manejo](#)", sección "[Evaluación primaria y manejo](#)" y "[Resumen de la perforación del tracto gastrointestinal](#)").

Si se sospecha incarceration de las trompas de Falopio, se realizan histeroscopia y laparoscopia para su diagnóstico y tratamiento [19-21]. (Véase «[Técnica quirúrgica](#)» más adelante y «[Complicaciones de la cirugía laparoscópica](#)»).

Las complicaciones específicas se tratan según corresponda (por ejemplo, transfusión, terapia con antibióticos, reparación quirúrgica de una víscera perforada).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

- **Modalidad quirúrgica** : La exploración abdominal suele poder realizarse por laparoscopia, incluso en presencia de hemoperitoneo o hemorragia aguda. Sin embargo, dado que puede ser difícil evaluar todo el intestino durante la laparoscopia y la reparación laparoscópica de algunas lesiones puede ser compleja, la laparotomía puede estar justificada en algunos pacientes.

La laparoscopia, en comparación con la laparotomía, se asocia con una menor morbilidad perioperatoria. En un metaanálisis de 27 ensayos clínicos aleatorizados que compararon la laparoscopia operatoria con la laparotomía para afecciones ginecológicas benignas, el riesgo general de complicaciones menores (p. ej., fiebre, infección de la herida o del tracto urinario) fue menor en pacientes sometidas a procedimientos laparoscópicos [23]. El tiempo de recuperación también es más corto después de la laparoscopia. Sin embargo, una limitación de este metaanálisis es que no incluyó pacientes con perforación uterina o sangrado agudo. Este estudio se analiza con más detalle por separado. (Véase ["Resumen de la cirugía laparoscópica ginecológica y sitios de entrada no umbilicales"](#), sección ["Laparoscopia versus laparotomía"](#)).

- **Procedimiento** : Una vez accedido el abdomen, las zonas con sangrado intenso del útero o de los vasos sanguíneos deben controlarse de inmediato. El sangrado uterino puede detenerse con agentes hemostáticos tópicos; también se puede utilizar la inyección intramiometrial de vasoconstrictores, torniquetes o electrocoagulación (véase ["Manejo de la hemorragia en cirugía ginecológica"](#), sección ["Agentes hemostáticos tópicos"](#) y ["Técnicas para reducir la pérdida de sangre durante la miomectomía abdominal o laparoscópica"](#), sección ["Vasopresina y otros vasoconstrictores"](#) y ["Técnicas para reducir la pérdida de sangre durante la miomectomía abdominal o laparoscópica"](#), sección ["Torniquetes"](#)). Las perforaciones grandes (>1 cm) se reaproximan con suturas para prevenir la incarceration intestinal (o de las trompas de Falopio). Dependiendo de la localización y la extensión de la lesión, puede ser necesaria la resección del segmento uterino perforado para su reparación [2]. Si estas medidas no son eficaces, puede ser necesaria la embolización de la arteria uterina o la histerectomía en casos de sangrado intenso que no se puede controlar con medidas más conservadoras [2,12]. Es importante destacar que cuando se realiza una exploración abdominal postoperatoria, la ausencia de un defecto visible **no** excluye una perforación uterina previa, ya que pequeños defectos pueden cerrarse espontáneamente después del procedimiento.

Se evalúan las estructuras adyacentes para detectar lesiones. Si se sospecha una lesión ureteral o vesical, la integridad de estas estructuras puede evaluarse mediante la administración intravenosa de uno de varios tintes o mediante visualización directa. La cistoscopia permite evaluar la integridad de la vejiga y permite visualizar los orificios ureterales y evaluar el flujo bilateral. Los hallazgos compatibles con una lesión intestinal pueden ser más difíciles de identificar (p. ej., hemorragia en la pared intestinal, blanqueamiento del intestino si se utilizaron fuentes de energía). La lesión retroperitoneal puede ser igualmente difícil de reconocer. El cirujano debe buscar con atención la formación de un hematoma retroperitoneal creciente.

Si se ha producido una lesión en el intestino, la vejiga o los vasos principales, se obtiene una consulta con un cirujano general, un cirujano vascular, un urólogo y/o un radiólogo intervencionista para ayudar a determinar la extensión de la lesión y ayudar en el tratamiento.

EFFECTOS SOBRE LA REPRODUCCIÓN FUTURA

Una perforación uterina, como cualquier incisión uterina, probablemente cicatrizará bien. Es posible la formación de adherencias; sin embargo, no se han reportado efectos adversos de la perforación uterina sobre la fertilidad.

La perforación uterina puede debilitar la pared uterina y aumentar el riesgo de rotura uterina en un embarazo posterior [24-26]. Sin embargo, el riesgo de rotura uterina en un embarazo posterior es probablemente bajo en ausencia de otros factores de riesgo (p. ej., cirugía histeroscópica extensa, miomectomía transmural, cesárea previa). En nuestra práctica, solo recomendamos la cesárea a pacientes con perforación uterina y otro factor de riesgo de rotura uterina. (Véase "[Elección de la vía de parto después de una cesárea](#)").

En una revisión de la literatura que incluía 18 informes de ruptura uterina en pacientes que se habían sometido a una histeroscopia operatoria previa, más de la mitad (10 pacientes) tuvieron una perforación uterina durante la histeroscopia; sin embargo, estas pacientes también tenían otros factores de riesgo de ruptura (p. ej., resección histeroscópica extensa de un tabique o adherencias y/o electrocirugía) [24]. Una revisión sistemática posterior encontró 14 informes de casos adicionales de ruptura uterina durante el embarazo después de una intervención complicada por perforación uterina [27]. Se necesitan más estudios de alta calidad.

ENLACES A LAS DIRECTRICES DE LA SOCIEDAD

Se proporcionan por separado enlaces a guías de la sociedad y de gobiernos de países y regiones seleccionados de todo el mundo. (Consulte "[Enlaces a guías de la sociedad: Cirugía ginecológica](#)").

RESUMEN Y RECOMENDACIONES

- **Principios generales** : La perforación uterina es una posible complicación de todos los procedimientos intrauterinos. La lesión de los vasos sanguíneos o vísceras circundantes (vejiga, intestino) puede provocar hemorragia o sepsis. (Véase [la «Introducción»](#) más arriba).

- **Factores de riesgo** : Los factores de riesgo de perforación uterina incluyen aquellos que dificultan el acceso a la cavidad endometrial (p. ej., estenosis cervical, anteflexión o retroflexión severa) o alteran la resistencia de la pared miometrial (p. ej., embarazo, lactancia, menopausia, cirugía uterina previa). (Véase ["Factores de riesgo"](#) más arriba).
- **Prevención**
 - **Preparación previa al procedimiento** : En algunas pacientes, se puede utilizar la preparación cervical (p. ej., [misoprostol](#) , laminaria) o vaginal (p. ej., estrógeno vaginal en dosis bajas) antes del procedimiento para facilitar la dilatación o la inserción de instrumentos en la cavidad uterina y disminuir el riesgo de perforación uterina. Esto se detalla por separado. (Véase [«Función de la preparación previa al procedimiento»](#) más arriba y [«Histeroscopia: Instrumental y procedimiento»](#), sección sobre [«Preparación y dilatación cervical»](#) y [«Dilatación y legrado»](#), sección sobre [«Preparación cervical»](#) , y [«Anticoncepción intrauterina: Inserción y extracción»](#), sección sobre [«Misoprostol»](#) e [«Interrupción del embarazo: Preparación cervical para el aborto por procedimiento»](#) .)
 - **Medidas intraoperatorias** : Las medidas intraoperatorias que pueden ayudar a dilatar el cuello uterino o reducir la perforación uterina incluyen la enderezación del eje uterino mediante la colocación de un tenáculo en el labio anterior del cuello uterino y la aplicación de tracción suave, el uso de instrumentos más pequeños (p. ej., detector de os, sonda del conducto lagrimal, dilatadores urológicos), la utilización de ecografía intraoperatoria y la realización de una vaginoscopia (sin inserción de espéculo) para facilitar la entrada a través del canal cervical. (Véase ["Medidas preventivas intraoperatorias"](#) más arriba).
- **Presentación clínica**
 - Durante la cirugía, la perforación uterina puede presentarse al identificar un orificio en la pared uterina o al visualizar epiplón, intestino o tejido adiposo en la cavidad endometrial, el instrumento de succión o la pieza de legrado. La perforación uterina también puede presentarse durante la cirugía como una pérdida repentina de resistencia, el paso de un instrumento más allá de la longitud esperada del útero, la pérdida de visualización o distensión durante la histeroscopia, o signos clínicos de lesión visceral o vascular (p. ej., sangrado excesivo, hipotensión, aparición aguda de hematuria). (Véase ["Intraoperatorio"](#) más arriba).
 - En el postoperatorio inmediato o en los días o semanas posteriores al procedimiento, los síntomas y signos de perforación uterina suelen ser inespecíficos (p. ej., dolor abdominal, sangrado vaginal, flujo vaginal, fiebre), por lo que se requiere un alto nivel de sospecha

para identificar a estas pacientes. (Véase ["Postoperatorio"](#) y ["Tardío"](#) arriba, y ["Sospecha de perforación postoperatoria o tardía"](#) arriba).

- **Pacientes que requieren tratamiento quirúrgico** ([algoritmo 1](#))

- Se requiere exploración abdominal inmediata en pacientes con signos de hemorragia intraperitoneal o lesión visceral (p. ej., hipotensión, descenso del hematocrito, aumento de la distensión abdominal), en quienes se utilizó un instrumento de alto riesgo (p. ej., energía electroquirúrgica, morcelación, aspiración por succión eléctrica) en el momento de la perforación, o si la perforación se produjo lateralmente (dada la proximidad a los vasos uterinos). El riesgo de lesiones graves con estos instrumentos es alto. (Véase más arriba [«Pacientes sintomáticos y asintomáticos con alto riesgo de lesión»](#)).
- En pacientes con perforación anterior o posterior, la cistoscopia o la proctoscopia pueden ayudar a determinar si se justifica la exploración abdominal. (Véase más arriba [«Pacientes sintomáticos y asintomáticos con alto riesgo de lesión»](#)).
- Para pacientes con perforación uterina que requieren exploración abdominal, sugerimos laparoscopia en lugar de laparotomía (**Grado 2B**). La laparoscopia a menudo puede realizarse incluso en presencia de hemoperitoneo o hemorragia aguda. Sin embargo, dado que puede ser difícil evaluar todo el intestino durante la laparoscopia y la reparación laparoscópica de algunas lesiones puede ser compleja, la laparotomía puede estar justificada en algunas pacientes. (Véase ["Técnica quirúrgica"](#) más arriba).
- **Candidatas a observación** : En pacientes asintomáticas en quienes se sospecha que se produjo una perforación uterina con un instrumento de bajo riesgo (p. ej., dilatación cervical con un instrumento romo, aspiración manual endouterina) o con un instrumento de alto riesgo que no estaba activo en el momento de la perforación, sugerimos observación en lugar de exploración abdominal inmediata (**Grado 2C**). Según nuestra experiencia, la probabilidad de lesión vascular o visceral en estas pacientes es baja. (Véase ["Pacientes asintomáticas con bajo riesgo de lesión"](#) más arriba).
- **Efectos en la reproducción futura** : Una perforación uterina, como cualquier incisión uterina, probablemente cicatrizará bien. Sin embargo, puede debilitar la pared uterina y aumentar el riesgo de rotura uterina durante embarazos posteriores. En ausencia de otros factores de riesgo (p. ej., cirugía histeroscópica extensa, miomectomía transmural, cesárea previa), este riesgo es probablemente mínimo. En nuestra práctica, solo recomendamos la cesárea a pacientes con perforación uterina y otro factor de riesgo de rotura uterina. (Véase ["Efectos en la reproducción futura"](#) más arriba).

El uso de UpToDate está sujeto a los [Términos de uso](#) .

REFERENCIAS

1. Agostini A, Cravello L, Bretelle F, et al. Riesgo de perforación uterina durante la cirugía histeroscópica. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002; 9:264.
2. Aydeniz B, Gruber IV, Schauf B, et al. Encuesta multicéntrica de complicaciones asociadas con 21.676 histeroscopias operatorias. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 104:160.
3. Jansen FW, Vredevoogd CB, van Ulzen K, et al. Complicaciones de la histeroscopia: un estudio prospectivo multicéntrico. *Obstet Gynecol* 2000; 96:266.
4. Ben-Baruch G, Menczer J, Shalev J, et al. Perforación uterina durante el legrado: tasas de perforación y manejo posperforación. *Isr J Med Sci* 1980; 16:821.
5. Grossman D, Blanchard K, Blumenthal P. Complicaciones tras un aborto quirúrgico y médico en el segundo trimestre. *Reprod Health Matters* 2008; 16:173.
6. Allen RH, Goldberg AB, Junta Directiva de la Sociedad de Planificación Familiar. Dilatación cervical antes del aborto quirúrgico en el primer trimestre (<14 semanas de gestación). *Guía de la SFP 2007*. *Anticoncepción* 2007; 76:139.
7. Amarin ZO, Badria LF. Estudio sobre la perforación uterina tras la dilatación y legrado o la evacuación de productos de la concepción retenidos. *Arch Gynecol Obstet* 2005; 271:203.
8. Paschopoulos M, Polyzos NP, Lavasidis LG, et al. Cuestiones de seguridad de la cirugía histeroscópica. *Ann NY Acad Sci* 2006; 1092:229.
9. Maged AM, Nada AM, Abdelwahab H, et al. El valor de la guía ecográfica durante la inserción del DIU en mujeres con útero con FVR: Un ensayo clínico aleatorizado y controlado. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2021; 50:101875.
10. Phillips DR, Nathanson HG, Milim SJ, Haselkorn JS. Efecto de la solución diluida de vasopresina en la fuerza necesaria para la dilatación cervical: un ensayo clínico aleatorizado y controlado. *Obstet Gynecol* 1997; 89:507.
11. Hobo R, Netsu S, Koyasu Y, Tsutsumi O. Bradicardia y paro cardíaco causados por inyección intramiometrial de vasopresina durante una miomectomía asistida por laparoscopia. *Obstet Gynecol* 2009; 113:484.
12. Shveiky D, Rojansky N, Revel A, et al. Complicaciones de la cirugía histeroscópica: "Más allá de la curva de aprendizaje". *J Minim Invasive Gynecol* 2007; 14:218.
13. Hulka JF, Peterson HB, Phillips JM, Surrey MW. Histeroscopia operatoria. Encuesta de miembros de la Asociación Americana de Laparoscopistas Ginecológicos, 1991. *J Reprod Med* 1993; 38:572.

14. Istre O. Manejo del sangrado, la absorción de líquidos y la perforación uterina durante la histeroscopia. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009; 23:619.
15. Hefler L, Lemach A, Seebacher V, et al. Tasa de complicaciones intraoperatorias de la dilatación y legrado no obstétrico. *Obstet Gynecol* 2009; 113:1268.
16. Darney PD, Atkinson E, Hirabayashi K. Perforación uterina durante un aborto en el segundo trimestre mediante dilatación cervical y extracción instrumental: revisión de 15 casos. *Obstet Gynecol* 1990; 75:441.
17. Shulman SG, Bell CL, Hampf FE. Perforación uterina e incarceration del intestino delgado: hallazgos ecográficos y quirúrgicos. *Emerg Radiol* 2006; 13:43.
18. Leibner EC. Presentación tardía de la perforación uterina. *Ann Emerg Med* 1995; 26:643.
19. Shu M, Nassar D, Chun CY, Griffin A. Incarceración intrauterina de las trompas de Falopio después de un legrado por succión con perforación uterina. *J Minim Invasive Gynecol* 2022; 29:457.
20. Kondo W, Bruns RF, Nicola MC, et al. Tratamiento laparoscópico de la incarceration intrauterina de las trompas de Falopio. *Case Rep Obstet Gynecol* 2013; 2013:205957.
21. Camus MF, Chauvet P, Hordonneau C, et al. Manejo laparoscópico de la incarceration de trompas de Falopio tras legrado en un embarazo no progresivo. *J Minim Invasive Gynecol* 2019; 26:805.
22. Richards EG, Rehmer JM, Falcone T. Perforación durante procedimientos ginecológicos. *JAMA* 2023; 329:933.
23. Chapron C, Fauconnier A, Goffinet F, et al. La cirugía laparoscópica no es inherentemente peligrosa para pacientes con patología ginecológica benigna. Resultados de un metanálisis. *Hum Reprod* 2002; 17:1334.
24. Sentilhes L, Sergent F, Berthier A, et al. [Rotura uterina después de histeroscopia operatoria]. *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34:1064.
25. Sentilhes L, Sergent F, Roman H, et al. Complicaciones tardías de la histeroscopia operatoria: predicción del riesgo de ruptura uterina en pacientes durante el embarazo posterior. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 120:134.
26. Kerimis P, Zolti M, Sinwany G, et al. Rotura uterina tras resección histeroscópica del tabique uterino. *Fértil Esteril* 2002; 77:618.
27. Heemskerk SG, Ten Eikelder MLG, Janssen CAH. Rotura uterina durante el embarazo tras una intervención complicada con perforación uterina: Informe de caso y revisión sistemática de la literatura. *Sex Reprod Healthc* 2019; 19:9.

Tema 3309 Versión 30.0

GRÁFICOS

Perforación del fondo uterino con cureta de succión

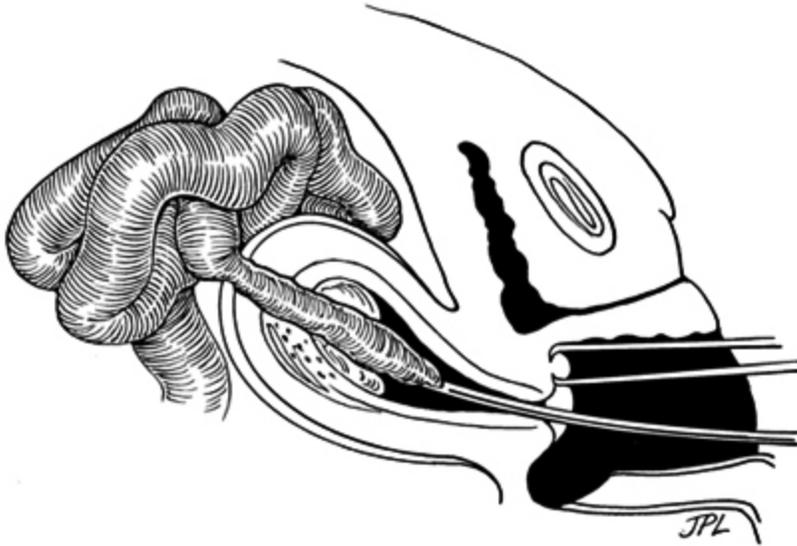
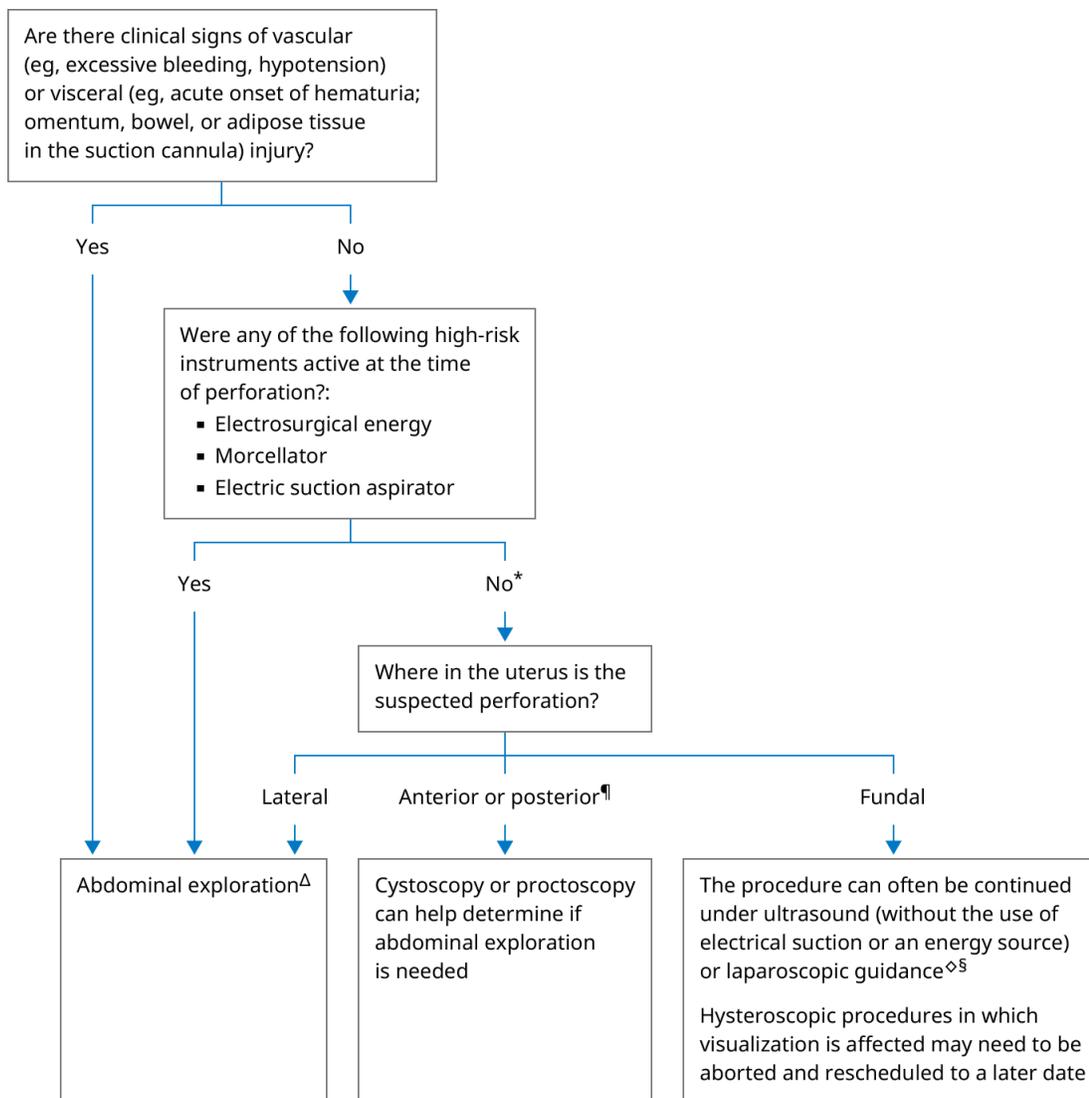


Ilustración que muestra una perforación complicada del fondo uterino con cureta de succión: el intestino delgado es arrastrado hacia la cavidad uterina.

Reproducido con autorización de LifeART. Copyright ©2009 Lippincott Williams & Wilkins. Reservados todos los derechos.

Gráfico 69249 Versión 2.0

Perforación uterina intraoperatoria: un enfoque para su manejo



La perforación uterina puede diagnosticarse intraoperatoriamente (p. ej., al visualizar un orificio en la pared uterina durante la histeroscopia; epiplón, intestino o tejido adiposo en la cavidad endometrial o el instrumento de succión) o sospecharse cuando se produce una pérdida repentina de resistencia, pérdida de visualización durante la histeroscopia o cuando un instrumento sobrepasa la longitud esperada del útero. Estas pacientes pueden recibir un tratamiento expectante o someterse a una exploración quirúrgica. La elección del tratamiento depende de la probabilidad de hemorragia o lesión visceral. Ante la falta de datos de alta calidad, nuestro enfoque se basa en nuestra experiencia clínica y la opinión de expertos.

*La perforación se produjo con un instrumento de bajo riesgo (por ejemplo, dilatador cervical romo, aspiración manual al vacío) o cuando un instrumento de alto riesgo no estaba activo.

¶ Las perforaciones que ocurren anteriormente o posteriormente también tienen un alto riesgo de causar lesión visceral.

La exploración abdominal ^Δ suele poder realizarse por laparoscopia, incluso en presencia de hemoperitoneo o hemorragia aguda. Sin embargo, en algunos pacientes puede estar justificada la

laparotomía.

◇ El seguimiento posoperatorio de estos pacientes y el reconocimiento de signos/síntomas tardíos de perforación uterina y lesión vascular o visceral se analizan en el contenido relacionado de UpToDate.

§ Generalmente no se administran antibióticos profilácticos; más bien, se reservan para pacientes con signos clínicos de infección (por ejemplo, endometritis, peritonitis).

Gráfico 147416 Versión 1.0

Divulgaciones de los colaboradores

Dra. Barbara S. Levy, FACOG, FACS, MSCP. Participación accionaria/Opciones sobre acciones: Channel MedSystems [Crioablación endometrial]; KOKO Medical [Hemorragia posparto]; Uroshape [Dolor pélvico crónico]. Consejos asesores/consultores: Channel MedSystems [Crioablación endometrial]; Hologic [Ablación endometrial, histeroscopia, fibromas]; Myovant [Endometriosis, fibromas]. Se han mitigado todas las relaciones financieras relevantes mencionadas. **Dr. Tommaso Falcone, FRCSC, FACOG.** No se han declarado relaciones financieras relevantes con empresas no elegibles. **Dra. Alana Chakrabarti.** No se han declarado relaciones financieras relevantes con empresas no elegibles.

El grupo editorial revisa las declaraciones de los colaboradores para detectar posibles conflictos de intereses. De detectarse, se abordan mediante un proceso de revisión multinivel y mediante la exigencia de proporcionar referencias que respalden el contenido. Todos los autores deben proporcionar contenido debidamente referenciado y cumplir con los estándares de evidencia de UpToDate.

Política de conflicto de intereses

→

**ELIANA MARCELA ONOFRE BORJA
GINECOLOGA OBSTETRA**



CARTA DE PRESENTACION

- Especialista en Ginecología y Obstetricia – **Tesis Meritoria.**
- Profesional en Medicina General; Experiencia más de 12 años.
- Alta experiencia en el área de Urgencias, Consulta externa y Hospitalización.
- De excelentes relaciones interpersonales y habilidad para trabajar en equipo o individualmente.
- Enfocada al mejoramiento de la calidad de vida, con un alto grado de responsabilidad y fácil interpretación de las políticas organizacionales.

EXPERIENCIA EN GINECOLOGIA Y OBSTERICIA

SALUDCOOP CLINICA LOS ANDES SA.

CARGO: Ginecóloga y Obstetra

FUNCIONES: Atención a pacientes de consulta externa, Urgencias, Hospitalización y Cirugía

JEFE INMEDIATO: Dr. Iván Bastidas

TELEFONO: 3155816124

Fecha de Inicio: 1 de mayo del 2020.

Fecha de terminación: 30 de marzo del 2021.

CLINICA HISPANOAMERICA

CARGO: Ginecóloga y Obstetra

FUNCIONES: Atención a pacientes de consulta externa, Urgencias, Hospitalización y Cirugía

JEFE INMEDIATO: Dr. Robin Guancha

TELEFONO: 7382280

Fecha de Inicio: 15 de marzo del 2021.

Fecha de terminación: 09 de noviembre del 2021.

IPS SURSALUD

CARGO: Ginecóloga y Obstetra

FUNCIONES: Atención a pacientes de consulta externa

JEFE INMEDIATO: Armando Lima

TELEFONO: 3104088197

Fecha de Inicio: 1 de junio del 2020.
Fecha de terminación: 30 de noviembre del 2021.

CENTRO MEDICO VALLE DE ATRIZ

CARGO: Ginecóloga y Obstetra
FUNCIONES: Atención a pacientes de consulta externa, Urgencias,
Hospitalización y Cirugía
JEFE INMEDIATO: Dra. Karim Monge
TELEFONO: 3504576156
Fecha de Inicio: 1 de mayo del 2020.
Fecha de terminación: 31 de diciembre del 2021.

CORPOSALUD SAS.

CARGO: Ginecóloga y Obstetra
FUNCIONES: Atención a pacientes de consulta externa y Cirugía programada.
JEFE INMEDIATO: Dra. Yamile Devia de la Hoz
TELEFONO: 3104524084
Fecha de Inicio: 1 de marzo del 2020.
Ocupación actual.

CLINICA PABON

CARGO: Ginecóloga y Obstetra
FUNCIONES: Atención a pacientes de alta dependencia Obstétrica.
JEFE INMEDIATO: Dr. Hubertino Pabón
TELEFONO: 3174238252
Fecha de Inicio: 1 de octubre del 2020.
Ocupación Actual.

FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO

CARGO: Ginecóloga y Obstetra
FUNCIONES: Urgencias, Hospitalización y Cirugía
JEFE INMEDIATO: Dra. Sandra Liz Calvo
TELEFONO: 3052324493
Fecha de Inicio: 20 de julio del 2020.
Ocupación actual – Turnos

ESE. PASTO SALUD RED SUR

CARGO: Ginecóloga y Obstetra
FUNCIONES: Atención a pacientes de consulta externa, Urgencias,
Hospitalización y Ecografías.
JEFE INMEDIATO: Dr. Hernán Guerrero
TELEFONO: 3014122308
Fecha de Inicio: 1 de octubre del 2020.
Ocupación Actual.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **27.090.873**

ONOFRE BORJA

APELLIDOS

ELIANA MARCELA

NOMBRES

Eliana Onofre

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-DIC-1979**

PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

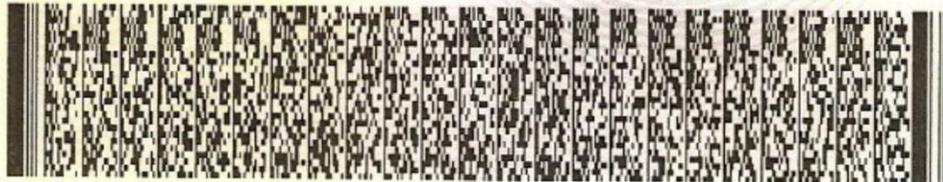
1.60
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

26-ENE-1998 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2300100-00152163-F-0027090873-20090309

0010211221A 1

27179376



REPÚBLICA DE COLOMBIA,
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Con Personería Jurídica No. 1052 del 25 de febrero de 1974 y con reconocimiento institucional como Universidad mediante la Resolución N° 08687 del 24 de julio de 1987, expedidas por el Ministerio de Educación Nacional



TENIENDO EN CUENTA QUE

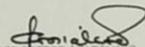
ELIANA MARCELA ONOFRE BORJA

C.C.No. 27.090.873

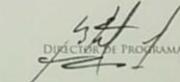
HA CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS ACADÉMICOS
REGLAMENTARIAMENTE EXIGIDOS, LE CONFIERE EL TÍTULO DE:

**ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

SE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA EN BARRANQUILLA, ATLÁNTICO,
A LOS 20 DÍAS DEL MES MARZO DEL AÑO 2020.


VICERECTOR ACADÉMICO


RECTOR


DIRECTOR DEL PROGRAMA

ANOTADO EN EL LIBRO 1 FOLIO 5 REGISTRO DE DIPLOMA N° 60-00212.
16968

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24.195 del 20 de Diciembre de 1.983 del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

Eliana Marcela Onofre Borja

CÉDULA DE CIUDADANIA N° 27 090 873 DE PASTO

Ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

MÉDICO

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello
se firma en Santa Marta el día 20 de agosto de 2004

ELABORADO EN COLOMBIA
POR EL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA
Y CENSOS

[Signature]
Decano de Facultad

Juan Carlos Pérez Soto
Rector

[Signature]
Rector Honorario

[Signature]
Director Académico

[Signature]
Director Seccional

Clotilde Patricia Bazo J
Secretaria General

[Signature]
Registrador y Bibliotecario



La salud
es de todos

Minsalud



COLEGIO MÉDICO
COLOMBIANO
CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ELIANA MARCELA ONOFRE BORJA

C.C. 27090873



MEDICO

Universidad Cooperativa de Colombia

Pasto

Grado: 20/08/2004

Rethus: 10/03/2005

ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA





Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACIÓN UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

52 951/2005

Registro No.

Profesión u Ocupación

MEDICO

Nombres y Apellidos

ELIANA MARCELA ONOFRE BORJA

C. o C.E.

C 27090873

De

PASTO

Institución de Educación

UNICOOP. D COL

Ciudad

SANTA MARTA

Código

D44185/52

Fecha de Expedición

07/09/05

FIRMA

FIRMA

MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.