

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Prevención, diagnóstico
y referencia de la
AMENAZA DE ABORTO
en el primer nivel de atención

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-026-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 pisos 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: **Prevención, diagnóstico y referencia de la amenaza de aborto en el primer nivel de atención; México: Secretaría de Salud; 2008.**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

CIE 10 000-099 Embarazo, parto y puerperio
O-20 Hemorragia precoz del embarazo.

Prevención, diagnóstico y referencia de la amenaza de aborto en el primer nivel de atención

Coordinadores			
Dr. Efraín F. Herrera Colmenares	Maestría en salud pública, Maestría en Ciencias	Servicios de Salud de Oaxaca	Jefe de la Unidad de Enseñanza, Educación e Investigación.
Autores			
Dr. Jesús Salcedo Cruz	Pediatría y neonatología	Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso"	Director del Hospital
Dr. Alejandro Bautista Gaytán	Maestría en Ciencias		Dirección de atención médica.
Dr. Omar Calvo Aguilar	Ginecología y obstetricia y medicina materno fetal		Médico Adscrito al Servicio Ginecología y obstetricia
Dr. Miguel Ángel Martínez Enríquez	Ginecología y obstetricia	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Médico Adscrito al Servicio de Ginecología y obstetricia.
Asesora			
Dra. J. Lorraine Cárdenas Hernández	Ginecología y obstetricia	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Asesora de Guías de Práctica Clínica de Ginecología y obstetricia.
Validación interna			
Dr. José Jesús Prado Alcázar	Ginecología y Obstetricia biología de la reproducción humana.	Hospital de La mujer	Adscrito al servicio de Ginecología y obstetricia.
Revisión Interinstitucional			
Dr. José Martín Hilton Cáceres	Ginecología y obstetricia. Perinatología.	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado	Medicina materno-fetal, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.
Dr. Ignacio Flores Sánchez	Ginecología y obstetricia. Biología de la reproducción.		Biología de la Reproducción Humana, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.
Dra. María Luisa Peralta Pedrero.	Maestra en Ciencias. Medicina familiar.	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinadora de programas médicos, Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad, División de Excelencia Clínica.
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Ginecología y obstetricia.		UMAE HGO-3, Centro Médico La Raza. Servicio de Perinatología.

ÍNDICE

1. Clasificación	5
2. Preguntas a responder por esta guía	6
3. Aspectos generales	7
3.1 Justificación	7
Clasificación clínica de aborto	8
Nota: en todos los casos de aborto se debe realizar el traslado inmediato al hospital.	8
3.2 Objetivo de esta guía	9
3.3 Definición	10
4. Evidencias y recomendaciones	11
4.1 Prevención primaria.....	12
4.1.1 Promoción a la salud.....	12
4.1.1.1 Estilo de vida	12
4.2 Prevención secundaria.....	13
4.2.1 Detección.	13
4.2.1.1 Factores de riesgo.	13
4.2.1.2 historia clínica	14
4.2.1.3 estudios de laboratorio y de gabinete.....	15
4.2 Prevención secundaria.....	17
4.2.2 Limitación del daño	17
4.2.2.1 tratamiento farmacológico.....	17
4.2.2.2 tratamiento no farmacológico.....	18
4.2.2.3 tratamiento quirúrgico	19
4.3 Criterios de referencia	20
4.4 Situaciones especiales	21
5. Bibliografía	22
6. Agradecimientos	23
7. Comité Académico.....	23
8. Directorio	24
9. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	25

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-026-08			
Profesionales de la salud	Medico urgenciólogo Médico familiar	Enfermeras Médico ginecólogo y obstetra	
Clasificación de la enfermedad	O00-O99 Embarazo, parto, puerperio, O20 hemorragia precoz del embarazo. De acuerdo con la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión,		
Categoría de GPC	Primer nivel de atención	Consejería en relación a los factores de riesgo Evaluación Educación para la salud	Diagnóstico
Usuarios potenciales	Departamentos de salud pública Enfermeras generales Enfermeras especializadas Estudiantes Planificadores de servicios de salud	Personal médico en formación Médicos generales Médicos urgenciólogos Psicólogos	Médicos familiares Técnicos en enfermería Paramédicos Trabajadores sociales
Tipo de organización desarrolladora	Gobierno federal Secretaría de Salud Servicios de Salud de Oaxaca Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso".		
Población blanco	Mujeres en edad reproductiva.		
Fuente de financiamiento/ patrocinador	Gobierno federal Secretaría de Salud, Servicios de Salud de Oaxaca Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso"		
Intervenciones y actividades consideradas	88.78 Ultrasonografía diagnóstica del útero grávido Cefalometría intrauterina: por eco, por ultrasonidos. Localización de placenta por ultrasonidos 89.01 Entrevista y evaluación, descritas como breves 89.02 Entrevista y evaluación, descritas como limitadas 89.03 Entrevista y evaluación, descritas como globales 89.04 Otra entrevista y evaluación 89.05 Entrevista y evaluación diagnósticas, no específica	89.07 Consulta descrita como global 89.08 Otra consulta 89.09 Consulta no especificada de otra manera 89.7X Reconocimiento médico general. 89.61 Monitorización de presión arterial sistémica. 99.1 Inyección o infusión de sustancia terapéutica o profiláctica, de otra manera. 89.06 Consulta descrita como limitada Consulta sobre el sistema de un solo órgano	
Impacto esperado en salud	Contribuir con: Disminución en la tasa de morbilidad hospitalaria por amenaza de aborto. Disminución de la tasa de mortalidad general y hospitalaria por aborto. Mejora de calidad de vida de las pacientes con amenaza de aborto.	El mejoramiento en la atención inicial de la amenaza de aborto. Incremento en la tasa de diagnóstico temprano de sus complicaciones. Referencia oportuna al segundo nivel de atención.	
Metodología¹	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: Guías seleccionadas: una del periodo 2000-2008 ó actualizaciones realizadas en este periodo Revisiones sistemáticas: cinco Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda Adopción de guías de práctica clínica internacionales: una Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *		
Método de validación y adecuación	Método de validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación interna: Hospital de la Mujer Validación externa : Academia Mexicana de Cirugía		
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés		
Registro y actualización	Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-026-08 FECHA DE ACTUALIZACIÓN a partir del registro 2 a 3 años		

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: www.cenetec.salud.gob.mx/.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo para presentar una amenaza de aborto?
2. ¿Cuáles son los factores predictivos en la paciente con amenaza de aborto?
3. ¿Cuáles son los signos y síntomas presentes en la paciente con amenaza de aborto?
4. ¿Cuáles son las complicaciones de la amenaza de aborto?
5. ¿Cuáles son los estudios de laboratorio indicados en pacientes con diagnóstico de amenaza de aborto?
6. ¿Cuáles son los estudios de imagen que se deben realizar a la paciente con diagnóstico de amenaza de aborto?
7. ¿Cuál es el tratamiento recomendado en el primer nivel de atención para la amenaza de aborto?
8. ¿Cuáles son los signos y síntomas de alarma en la evolución de pacientes con amenaza de aborto?
9. ¿Cuáles son los criterios de referencia para recibir atención hospitalaria?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

El aborto espontáneo continúa siendo un problema importante de salud pública y una de las principales causas de muerte materna en el mundo. Los últimos reportes de la **Organización Mundial de la Salud OMS**, señalan que al año existen 67,000 muertes maternas por esta causa. (OMS, 2003) El aborto espontáneo es una complicación frecuente en el embarazo, que se presenta del 15% al 20% de todos los embarazos reconocidos clínicamente según la edad materna y el número de partos. (Everett 1997; Hemminki 1998; Huisjes 1984).

La falla temprana del embarazo o aborto debe diferenciarse de la amenaza de aborto, del aborto inevitable, el huevo muerto y retenido, el aborto diferido y el embarazo anembrionario, los cuales representan diferentes variaciones clínicas, como son: el aborto séptico, el embarazo ectópico y el embarazo molar por sus importantes repercusiones en la salud deberán formar parte del diagnóstico diferencial del aborto.

La amenaza de aborto espontáneo puede representarse con una pérdida de sangre apenas perceptible, sin embargo la hemorragia puede ser excesiva (McBride 1991).

Con frecuencia, la causa del aborto espontáneo no puede identificarse en un gran número de mujeres. Se calcula que el 50% al 70% de todos los óvulos fertilizados se pierden en forma espontánea generalmente antes de que la mujer sepa que está embarazada (Menéndez Velázquez JF, 2003). El 50 % de los óvulos que no se pierden, la mayoría llegan a término con o sin tratamiento.

El aborto espontáneo se asocia con morbilidad física y psicológica considerable. La respuesta emocional al aborto espontáneo puede ser profunda; incluye depresión, trastornos del sueño, ira y problemas matrimoniales (Dyregrove, 1987).

El personal de salud debe estar capacitado para identificar los factores de riesgo para aborto y reconocer las variedades clínicas de este síndrome que implican pronósticos y complicaciones diferentes, minimizando así las secuelas provocadas por esta complicación del embarazo. (Tabla I)

Tabla I
Factores de riesgo en amenaza de aborto

CRÓNICAS	AGUDAS	FÍSICAS	EXÓGENAS
Diabetes mellitus tipo I, descontrolada.	Infecciones (citomegalovirus, rubeola, toxoplasmosis, sífilis, etc.)	Congénitas (alteraciones uterinas).	Alcohol
Hipertensión.	Traumatismos.	Adquiridas (síndrome de Asherman).	Tabaco.
Enfermedad renal.		Incompetencia ístmico-cervical.	Cocaína.
Síndrome antifosfolípidos y otras trombofilias.			Exposición a radiaciones.
Lupus.			
Enfermedad tiroidea.			

Tabla II.
Clasificación clínica de aborto

Clasificación de aborto.	Signos y síntomas.
Aborto inevitable	Hemorragia uterina con ruptura de membranas Actividad uterina con dolor cólico en hipogastrio Modificaciones cervicales incompatibles con la continuidad de la gestación
Aborto incompleto	Expulsión de parte del producto de la concepción y el resto permanece en cavidad uterina Hemorragia uterina con o sin dolor cólico en hipogastrio Modificaciones cervicales
Aborto completo	Expulsión total del huevo y puede o no requerir de evacuación complementaria
Aborto diferido	Antecedente de amenaza de aborto Volumen uterino menor a la amenorrea Ausencia de dolor cólico Puede o no haber hemorragia uterina Ausencia de modificaciones cervicales Ultrasonograma con ausencia de vitalidad fetal (latido cardiaco fetal) Puede o no existir trastornos de la coagulación
Aborto séptico	Cualquier forma clínica de aborto, con: <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Hipersensibilidad suprapúbica • Dolor en abdomen y pelvis a la movilización del cérvix y útero • Infección intrauterina • Escurrimiento intrauterino fétido • Secreción hematopurulenta a través del cérvix • Ataque al estado general
Otra patología	Definición
Perdida gestacional recurrente	Pérdida espontánea del embarazo en dos o más ocasiones de forma consecutiva o alterna.

Nota: en todos los casos de aborto se debe realizar el traslado inmediato al hospital.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica “Prevención, Diagnóstico y Referencia de la Amenaza de Aborto en el Primer Nivel de Atención forma parte de las Guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

La finalidad de este Catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta Guía pone a disposición del personal del primer y segundo nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Establecer las acciones preventivas para la amenaza de aborto en el primer nivel de atención a la mujer en edad fértil y embarazada.
- Identificar los factores de mayor riesgo para la amenaza de aborto.
- Diagnosticar oportunamente las complicaciones de la amenaza de aborto.
- Realizar la referencia oportunamente al segundo nivel de atención.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los Servicios de Salud.

3.3 DEFINICIÓN

La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia y/o contractilidad uterina, en un embarazo viable de 20 semanas o menos de gestación, con ausencia de modificaciones cervicales.

La historia natural de la amenaza de aborto culmina con la pérdida gestacional temprana o aborto, que por su presentación clínica se clasifica en los siguientes diagnósticos: aborto inevitable, aborto en evolución, aborto incompleto, aborto completo, aborto diferido y aborto séptico. Cuando el aborto se presenta en dos o más ocasiones de forma consecutiva o alterna se denominan pérdida gestacional temprana.

La definición fisiopatológica refiere: En su mayoría, el sangrado es ocasionado por la implantación trofoblástica en el endometrio. Un 75% de los abortos se presentan en las primeras 8 semanas de embarazo. Riesgo global de aborto: sin antecedente del mismo o con al menos un hijo nacido vivo la prevalencia de aborto es de aproximadamente un 12%. Este porcentaje aumenta con la edad y puede llegar a un 50% en mujeres de 35 años o mayores.

Las causas de la amenaza de aborto pueden resolverse y continuar con un embarazo normal o evolucionar y terminar en un aborto.

Las anomalías del embrión se asocian con un 80 a 90% de los abortos del primer trimestre, de las cuales, las trisomías autosómicas y las monosomías son las más comunes, pero existen otras causas asociadas al aborto.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta Guía son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

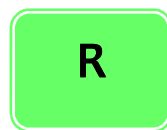
La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando entre paréntesis su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN A LA SALUD

4.1.1.1 ESTILO DE VIDA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La suplementación periconcepcional con folato redujo la incidencia de defectos del tubo neural (**riesgo relativo RR: 0,28; intervalo de confianza IC del 95%: 0,13 a 0,58**).

La suplementación con folato no aumentó significativamente el índice de abortos espontáneos, embarazos ectópicos ni muerte fetal, si bien hubo un posible aumento en la gestación múltiple.

1a Oxford

Revisión sistemática (con homogeneidad*) de estudios controlados aleatorizados.

Lumley J, 2001

R

La suplementación periconcepcional con folato tiene un efecto protector muy sólido contra los defectos del tubo neural, por lo que su uso está recomendado en las mujeres en edad reproductiva y con deseo de concebir.

A Oxford

Consistente con los estudios del nivel 1

Lumley J, 2001

E

No se observaron diferencias entre las mujeres que tomaron vitaminas en comparación con los controles para la pérdida fetal total (**riesgo relativo RR 1,05; intervalo de confianza IC del 95%: 0,95 a 1,15**), el aborto espontáneo temprano o tardío (RR 1,08; IC del 95%: 0,95 a 1,24) o el nacimiento de mortinatos (RR 0,85; IC del 95%: 0,63 a 1,14) y la mayoría de los otros resultados primarios, cuando se utilizaron modelos de efectos fijos.

1a Oxford

Revisión sistemática (con homogeneidad*) de estudios controlados aleatorizados.

Rumbold A, 2005

E

La ingesta de suplementos vitamínicos, solos o en combinación con otras vitaminas, antes del embarazo o en el primer trimestre del mismo, no previene que las mujeres presenten abortos espontáneos o nacimiento de mortinatos.

1a Oxford

Revisión sistemática (con homogeneidad*) de estudios controlados aleatorizados.

Rumbold A, 2005

E

Las mujeres a las que se les administró cualquier tipo de vitamina presentaron menor probabilidad de desarrollar pre eclampsia.

1a Oxford

Revisión sistemática (con homogeneidad*) de estudios controlados aleatorizados.

Rumbold A, 2005

No se observaron diferencias significativas en la pérdida fetal total entre las mujeres que recibieron vitamina A. No se observaron diferencias en la tasa de aborto espontáneo temprano o tardío, nacimiento de mortinatos, muerte neonatal o nacimiento de prematuros entre las mujeres que recibieron cualquier tipo de vitamina A sola o en combinación con betacaroteno, multivitaminas o hierro y folato, comparadas con los controles.

R

No se recomienda la utilización de dosis altas de multivitamínicos para prevenir el aborto.

A Oxford

Consistente con los estudios del nivel 1
Rumbold A, 2005

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA.

4.2.1 DETECCIÓN.

4.2.1.1 FACTORES DE RIESGO.

Evidencia / Recomendación

E

Existen estudios que han encontrado una relación del semen y sus prostaglandinas con un aumento de la estimulación de la contractilidad uterina. Otros mecanismos que producen liberación de oxitocina son la estimulación del pezón y el orgasmo.

Nivel / Grado

4 Oxford

Estudio de casos-contróles, pobres o estándar de referencia no independientes.
Tien J C, 2007

R

No existen estudios que hayan evaluado el efecto del coito en los abortos del primer trimestre, por lo que aun cuando es una práctica común no prescribirlo en mujeres con amenaza de aborto o aborto recurrente, no hay información que avale esta recomendación.

D Oxford

Nivel 5 de evidencia o estudios inquietantemente incompatibles o no concluyentes de cualquier nivel
Tien J C, 2007

E

En una revisión sistemática de 31 estudios, el factor V de Leiden se asocio con pérdida gestacional recurrente temprana (OR 2.01, 95% CI 1.13–3.58) y tardía (7.83, 2.83–21.67), y pérdida tardía no recurrente (3.26, 1.82–5.83).

1a Oxford

La resistencia a la proteína C activada se asoció con pérdida gestacional temprana recurrente (3.48, 1.58–7.69), y la mutación de la protrombina G20210A con pérdida temprana recurrente (2.56, 1.04–6.29) y tardía no recurrente (2.30, 1.09–4.87).

Revisión sistemática (con homogeneidad*) de estudios controlados aleatorizados.
Evelyne Rey, 2003

La deficiencia de la proteína S se asoció con pérdida fetal recurrente (14.72, 0.99–218.01) y con pérdida tardía no recurrente (7.39, 1.28–42.63).

R

La presencia de trombofilias se asocia con pérdida gestacional temprana y tardía, por lo que la identificación de estos casos amerita enviarse al especialista para su atención.

1a Oxford
Revisión sistemática (con homogeneidad*) de estudios controlados aleatorizados.
Evelyne Rey, 2003

E

El riesgo de presentar aborto aumenta paulatinamente con la edad materna llegando a ser significativamente mayor a los 35 años. La edad del padre incrementa el riesgo de presentar un aborto después de los 40 años pero este riesgo se reduce si la mujer tiene una edad entre los 20 a 29 años, y alcanza un pico con la edad materna de 35 años o más, y paterna superior a 40 años, con un OR de 1.97.

4 Oxford
Estudio de casos-controles, pobres o estándar de referencia no independientes.
De La Rochebrochard E, 2002

E

El pronóstico para las mujeres con amenaza de aborto se relaciona con la edad gestacional al presentarse la hemorragia. En un estudio de 182 pacientes con amenaza de aborto, se produjo el aborto en 29% de los fetos con sangrado a las 5-6 semanas, 8.2% a las 7-12 semanas y 5.6% a las 13-20 semanas.

4 Oxford
Estudio de casos-controles, pobres o estándar de referencia no independientes.
Tien J C, 2007

4.2.1.2 HISTORIA CLÍNICA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Realice una historia clínica completa con énfasis en:

- Antecedentes no patológicos
- Antecedentes patológicos
- Antecedentes ginecoobstétricos
- Padecimiento actual

Punto de buena práctica

R

No se encontró evidencia que demuestre una relación entre la amenaza de aborto y la bacteriuria o la infección urinaria.

Punto de buena práctica.

R	En los casos donde el sangrado se manifieste con manchado, la mujer podrá iniciar su manejo por el médico familiar o general.	Punto de buena práctica
R	Identifique los factores de riesgo de la paciente, para prevenir complicaciones y referir al especialista dando invariablemente un seguimiento posterior, a la misma.	Punto de buena practica
R	<p>Busque signos clínicos de embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retraso menstrual • Aumento de volumen uterino • Signos de Chadwick, Heggar, Piscacek, Noble y Budin • Cambios en la coloración de la piel • Red venosa colateral en mamas <p>Registre cualquier modificación a las condiciones cervicales y condiciones de la vagina.</p>	Punto de buena práctica
R	La identificación de complicaciones en una paciente con amenaza de aborto se referirán de manera oportuna para su atención hospitalaria	Punto de buena práctica

4.2.1.3 ESTUDIOS DE LABORATORIO Y DE GABINETE

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

E	Existe evidencia que la búsqueda intencionada de vaginosis bacteriana no se recomienda para prevenir amenaza de aborto.	<p>1a Oxford</p> <p>Revisión sistemática (con homogeneidad*) de estudios controlados aleatorizados. <i>McDonald HM, 2006</i></p>
R	En toda embarazada con amenaza de aborto o aborto debe conocerse el grupo sanguíneo y factor Rh para ofrecer adecuada profilaxis a las mujeres Rh negativas.	Punto de buena práctica
R	Se deberá tener acceso en las mujeres con pérdida gestacional las pruebas para determinar el grupo y Rh sanguíneo.	<p>IV RCOG</p> <p>Evidencia obtenida de expertos informes de las comisiones o las opiniones y / o de la experiencia clínica de respetadas autoridades . <i>RCOG, 2006</i></p>

E

Las zonas discriminatorias para la hormona **Gonadotropina Coriónica Humana** hGC, cuando se cuente con el reporte cuantitativo ayuda a descartar el diagnóstico de embarazo ectópico.

- Niveles de 1500 UI: se podrá sospechar un embarazo ectópico con el ultrasonido transvaginal (si no se observa un saco gestacional intrauterino).
- Los niveles por abajo de 1000 UI: el aborto es el diagnóstico más probable.

Los diagnósticos de enfermedad trofoblástica gestación o de un tumor germinal craneal se consideran en niveles mayores de 1000 UI.

D Oxford
Nivel 5 de evidencia o estudios inquietantemente incompatibles o no concluyentes de cualquier nivel.
INPer, 2003
IMSS, 2005

R

Los estudios recomendados a toda paciente de primer vez con retraso menstrual, son:

- Prueba inmunológica de embarazo
- Biometría hemática
- Grupo y Rh
- Química sanguínea
- VDRL
- Examen general de orina

D Oxford
Nivel 5 de evidencia o estudios inquietantemente incompatibles o no concluyentes de cualquier nivel
INPer, 2003
IMSS, 2005

E

Para prestar una atención efectiva uno de los recursos apropiados es contar con un ultrasonido (de preferencia con sonda transvaginal)

IV RCOG
Evidencia obtenida de expertos informes de las comisiones o las opiniones y / o de la experiencia clínica de respetadas autoridades.
RCOG, 2006

E

La hemorragia transvaginal es una de las primeras causas de asistencia a los servicios de urgencias en el primer trimestre de embarazo, cuando su valoración clínica es poco confiable. El examen ultrasonográfico es fundamental para establecer la presencia de un embarazo intrauterino o la falla temprana del embarazo y para excluir otras causas de sangrado como embarazo ectópico o molar.

1a Oxford
Revisión sistemática (con homogeneidad*) de estudios controlados aleatorizados.
Raj Mohan Paspulati, 2007

R

Se deberá indicar un ultrasonido en el primer trimestre cuando:

Se sospeche de embarazo ectópico, mola hidatidiforme, o masa pélvica.

Previo a la terminación de un embarazo o a la realización de un procedimiento de diagnóstico invasivo y que no se disponga de una edad gestacional confiable.

A Oxford

Consistente con los estudios del nivel 1
Alberta Clinical Practice Guideline, 1998

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.2 LIMITACIÓN DEL DAÑO

4.2.2.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Evidencia/Recomendación

E

No se ha demostrado un efecto estadísticamente significativo sobre la tasa de abortos con la administración de metformina para el tratamiento del síndrome de ovarios poliquísticos. (OR 0.89; 95% IC, 0.65–1.21; P¼.452)

Nivel/Grado

1a Oxford

Revisión sistemática (con homogeneidad*) de estudios controlados aleatorizados.
Stefano P 2008

E

La amenaza de aborto está asociada con un aumento en la actividad uterina, aunque no está claro si se trata de una causa o de un efecto.

Los miorrelajantes uterinos se utilizaron en mujeres con riesgo de aborto espontáneo con la creencia de que relajan el músculo uterino y, por lo tanto, reducen el riesgo de aborto espontáneo.

1a Oxford

Revisión sistemática (con homogeneidad*) de estudios controlados aleatorizados.
Lede R, 2008

R

Las pruebas son insuficientes para apoyar el uso de miorrelajantes uterinos en mujeres con amenaza de aborto espontáneo. El uso debe estar restringido al contexto de ensayos aleatorios.

1a Oxford

Revisión sistemática (con homogeneidad*) de estudios controlados aleatorizados.
Lede R, 2008

R

Las mujeres con diagnóstico de vaginosis bacteriana antes de las 20 semanas podrán ser tratadas con:

1 a Oxford

Revisión sistemática (con homogeneidad*) de estudios controlados aleatorizados.
McDonald HM, 2006

- Clindamicina crema 2% 5 gr intravaginal por las noches por 7 días.

Este régimen de tratamiento reduce el riesgo de pérdida gestacional del segundo trimestre y parto pretérmino.

E

No existen pruebas que apoyen el uso rutinario de progestágenos para el tratamiento de la amenaza de aborto espontáneo. Falta información con respecto al daño potencial en la madre o el niño, o en ambos, con el uso de progestágenos en el tratamiento de la amenaza de aborto espontáneo.

Za, OXFORD

Revisión sistemática (con homogeneidad) de estudios de cohorte.
Wahabi HA, 2007

R

Solo se recomienda el uso de los progestágenos en los casos de deficiencia del cuerpo lúteo (en embarazos obtenidos mediante técnicas de reproducción asistida o con el uso de inductores de la ovulación).

Za, OXFORD

Revisión sistemática (con homogeneidad) de estudios de cohorte.
Wahabi HA, 2007

4.2.2.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia/Recomendación

E

No existe suficiente información para justificar la recomendación del reposo en cama para las mujeres con amenaza de aborto o con alto riesgo de aborto espontáneo, sólo se identificaron dos estudios con 84 mujeres. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el riesgo de aborto espontáneo en el grupo de reposo en cama versus el grupo sin reposo en cama (placebo u otro tratamiento) (riesgo relativo [RR] 1,54; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,92 a 2,58). Ni el reposo en cama en el hospital ni en la casa mostró una diferencia significativa en la prevención del aborto espontáneo.

Actualmente no existen pruebas que aseguren que tal política no sea perjudicial para las mujeres y sus familias, ya que ninguno de los estudios evalúa los efectos secundarios potenciales del reposo en cama (eventos tromboembólicos, estrés materno, depresión, costos).

Nivel/Grado

Za Oxford

Revisión sistemática (con homogeneidad) de estudios de cohorte.
Aleman A, 2007

R

Hasta que no haya pruebas adicionales disponibles, no se puede recomendar la política del reposo en cama para la práctica clínica de rutina en mujeres con amenaza de aborto o con un alto riesgo de aborto espontáneo.

La decisión sobre la política pública más adecuada, así como sobre cada caso en particular se tendrá que tomar considerando las posibles ventajas y desventajas. Es necesario ofrecer a las mujeres con alto riesgo de aborto espontáneo, una atención acorde con sus necesidades individuales.

B Oxford

Nivel 2 o 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1.

Lede R, 2008

R

Habitualmente la pareja enfrenta sentimientos de culpa y puede presentar signos y síntomas de ansiedad y depresión.

El personal de salud debe identificar los factores psicológicos que afectan a una mujer cuando ha experimentado un aborto espontáneo, con la finalidad de ofrecer apoyo con empatía a la pareja para que acepte esta pérdida y evitar que el proceso de duelo se prolongue por más tiempo.

B Oxford

Nivel 2 o 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1.

ACOG, 2005

R

Las acciones a seguir:

- Facilitar la comunicación entre el médico y la mujer en un ambiente de confianza y calidez
- Informar a la mujer que ha presentado un aborto espontáneo, hecho que ocurre en un 15% de los embarazos.
- Reconocer los sentimientos de culpa, respetar y dar apoyo tanto a la mujer como a su pareja, en este proceso de duelo.
- Tranquilizar y fortalecer a la mujer para que no descarte la posibilidad de un embarazo posterior exitoso.

A Oxford

Consistente con los estudios del nivel 1
ACOG, 2005

4.2.2.3 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

E

El cerclaje cervical se reserva para pacientes con historia previa que sugiera incompetencia cervical (pérdida del embarazo indolora antes de las 24 semanas) y aquellos en donde se sometió a la paciente a cirugía cervical por alguna anomalía uterina.

3a OXFORD
Revisión sistemática (con homogeneidad) de estudios de casos y controles.
Tien J C, 2007

4.3 CRITERIOS DE REFERENCIA

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

R

La paciente debe ser referida inmediatamente al servicio de urgencias de un hospital, en caso de existir retraso menstrual acompañado de cualquiera de los siguientes signos:

- Aumento del sangrado transvaginal.
- Salida de líquido amniótico transvaginal.
- Expulsión de tejido organizado.
- Fiebre.
- Modificaciones cervicales (acortamiento o dilatación).
- Reporte ultrasonográfico de desprendimiento decidual parcial.
- Reporte de examen de gabinete de mal pronóstico.
- Ultrasonido con reporte de huevo muerto retenido, o que amerite vigilancia por el especialista.
- Amenaza de aborto asociada a enfermedad crónica degenerativa, sistémica o autoinmune

D Oxford
Nivel 5 de evidencia o estudios inquietantemente incompatibles o no concluyentes de cualquier nivel.
OMS, 2002

R

En caso de que la paciente se encuentre hemodinámicamente inestable:

- Solicitar ayuda y dar a aviso al segundo o tercer nivel de la referencia, urgente.
- Mantener vía aérea permeable.

D Oxford
Nivel 5 de evidencia o estudios inquietantemente incompatibles o no concluyentes de cualquier nivel.
OMS, 2002

- Canalizar dos venas, con catéteres cortos.
- Administrar 250 ml de solución cristaloide (Hartman, fisiológica, mixta), en infusión continua rápida.
- Instalar sonda vesical a derivación.
- Monitorizar los signos vitales cada 15 minutos.
- Administrar oxitocina 20 UI en 500 ml y pasar a goteo continuo rápido (40 gotas por minuto).

R

Las pacientes con pérdida gestacional recurrente, así como las pacientes con enfermedad sistémica, deben enviarse al especialista, para su estudio y manejo integral.

Punto de buena práctica

4.4 SITUACIONES ESPECIALES

Evidencia/Recomendación

R

Las mujeres Rh negativas no sensibilizadas deberán recibir globulina anti-D, en las siguientes situaciones:

- Embarazo ectópico.
- Aborto en el primer trimestre del embarazo.
- Amenaza de aborto.

Nivel/Grado

D Oxford
Nivel 5 de evidencia o estudios inquietantemente incompatibles o no concluyentes de cualquier nivel.
OMS, 2002

5. BIBLIOGRAFÍA.

1. Alberta Clinical Practice Guideline Program, *The use of prenatal ultrasound, First Trimester*. Alberta Medical Association, Edmonton, Alberta, 1998
2. Alemán A, Althabe F, Belizán JM, Bergel E. *Reposo en cama durante el embarazo para la prevención del aborto espontáneo*. La Biblioteca Cochrane Plus. 2007; (4).
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). *Postpartum Hemorrhage Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician –Gynecologists*. *Obstet Gynecol*. 2006 Oct 76; 108(4); 1039-1047
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) *Practice Bulletin: Medical Management of Abortion*. *Obstet Gynecol*. 2005 Oct 67; 106(4); 871 – 882
5. Avi Ben-Haroush M.D., Yariv Yogev M.D., Reuven Mashiach MD, Israel Meizner M.D. *Pregnancy Outcome of Threatened Abortion with Subchorionic Hematoma: Possible Benefit of Bed-Rest?*. *IMAJ*. 2003;5: 422-424
6. Boletín Práctica Médica Efectiva. *Control prenatal con enfoque de riesgo*. Secretaría de Salud. 2001; 3(9).
7. Brown S. *Miscarriage and it's associations*. *Semen Reprod Med* 2008; 26(5): 391-400
8. Conde- Agudelo A, Belizan JM, Díaz Rosello JL. *Epidemiology of fetal death in Latin America*. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000 May;79(5):371-8
9. Charalambopoulos Jorge, Valenti Eduardo A. López Diego Ana, y Ulens Eric A. *Incidencia de aborto incompleto antes y después de instaurado un programa de procreación responsable*. *Rev. Hosp Mat Inf Ramón Sardá*.2000;19(1):3-10
10. de la Rochebrochard E, Thonneau P. *Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage; results of a multicentre European study*. *Hum Reprod*. 2002 Jun;17(6):1649-56
11. Evelyn Rey, Kahn SR, David M, Shrier I. *Thrombophilic disorders and fetal loss: a meta-analysis*. *Lancet*. 2003 Mar 15; 361(9361):901-8.
12. G. Acosta Osio, M.D., J.J. Acosta Osio, M.D., J. Vivas M.D. *Levels of Serum calcium in patients with spontaneous abortion*. *Rev Colomb Obstet y Ginecol*. 2004; 55(1):18-22.
13. *Instituto Nacional de Perinatología. normas y procedimientos en obstetricia y ginecología*. México. 2003
14. Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. *Atención prenatal. Guías Clínicas Terapéuticas para servicios del primer nivel de atención médica*. ISSEMYM. 2004.
15. Instituto Mexicano del Seguro Social. *manual de normas y procedimientos en obstetricia*. Hospital "Luis Castelazo Ayala". México. 2005.
16. Lartigue T, Vives J. *Guía para la detección de alteraciones en el vínculo materno-infantil durante el embarazo y la lactancia*. Manuales de práctica profesional. Dpto. de Psicología. Universidad Iberoamericana. México.1994
17. Lede R, Duley L. *Miorrelajantes uterinos para la amenaza de aborto espontáneo (Revisión Cochrane traducida)*. En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008
18. Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. *Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD001056.
19. McDonald HM, Brocklehurst P, Gordon A. *Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. (Antibióticos para el tratamiento de la vaginosis bacteriana en el embarazo) (Revisión Cochrane traducida)*. En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008.
20. Menéndez Velázquez JF. *El manejo del aborto espontáneo y de sus complicaciones*. *Gaceta Médica de México*, 2003; 139(1): 547-553.
21. Nanda K. et al. *Expectant care versus surgical treatment for miscarriage*. *Cochrane Data Base Sits Rev*. 2006; 19(2):CD003518.
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto*: Guía para obstetras y médicos. 2002. WHO/RHR/00.7.S7-S18.
23. Populate RM, Bhatt S, Nour SG. *Sonographic evaluation of first-trimester bleeding*. (Fe de erratas en *Radiol Clin North Am*. 2008 Mar; 46(2):437.). *Radiol Clin North Am*. 2004 Mar; 42(2):297-314.
24. Royal College of Obstetricians and gynaecologists. *Green-top Guideline*. 2006; 25.
25. Rumbold, A Crowther, C.A. *Vitamin C supplementation in pregnancy*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005
26. Rumbold A, Crowther Ca, Middleton P. *Vitamin supplementation for preventing miscarriage*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Apr 18;(2):CD004073
27. SSA, IMSS, DIF, INNSZ, UNICEF, Hospital Infantil de México Federico Gómez. *Guía de orientación alimentaria*. 1998.
28. Stefano Palomba M.D. Angela Falbo M.D., Francesco Orio Jr. M.D., and Fulvio Zullo M.D., Ph.D. *Effect of preconceptual metformin on abortion risk in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *Fertility and Sterility*. Oct 18. 2008
29. Tezoquipa Isabel Dra., at el. *Boletín de información científica para el Cuidado en Enfermería: Cuidados Prenatales*. *Rev Enferm IMSS* 2002;10(3): 145-149
30. Tien J C, Tan T Y T. *Non-surgical interventions for threatened and recurrent miscarriages*. *Singapore Med J*. 2007; 48 (12) : 1074
31. Vivas, Carlos Arturo. *Polycystic ovarian syndrome, endometrium and abortion risk*. *Rev Colomb Obstet* 2005; Vol. 56,(4): 303-309
32. Wahabi HA, Abed Althagafi NF, Elawad M. *Progestágeno para el tratamiento de la amenaza de aborto espontáneo (Revisión Cochrane traducida)*. La Biblioteca Cochrane Plus. 2007: (3)
33. Weeks A, et al. *A randomized trial of misoprostol compared with manual vacuum aspiration for incomplete abortion*. *Obstet Gynecol*. 2005; 106,(3): 540-7
34. World Health Organization. *Complications of Abortion: Technical and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment*. World Health Organization, 1995; 147: 15-1
35. Zubiran S, Arroyo P. Avila H. *La nutrición y la salud de las madres y los niños Mexicanos* Tomo I. De la atención de la salud y la formación de la pareja al parto y el puerperio. México: Fondo De Cultura Económica. 1990; 287: 96. ISBN 9241544694, 9789241544696

6. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de los Servicios Estatales de Salud de Oaxaca las gestiones realizadas para que el personal adscrito al CENETEC que desarrolló la presente guía, asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en salud.

7. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M en A María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
M en A María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica
Dr. Héctor González Jácome	Subdirector de Guías de Práctica Clínica
Dr. Domingo Antonio Ocampo	
Dra. Lorraine Cárdenas Hernández	Asesores de guías de práctica clínica
Dr. Luis Agüero y Reyes	
Dr. Eric Romero Arredondo	
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación documental
Lic. Ana María Otero Prieto	Comunicación y logística
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos	Diseño gráfico
Ing. David Felipe Mares Silva	Revisión editorial
Ing. Laura Alejandra Vélez Ruíz Gaitán	Revisión editorial
Lic. Alejandra Thomé Martínez	Revisión editorial

8. DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova
Villalobos

Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro

Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General

Instituto de Seguridad y Servicios

Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes
Linares

Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo

Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche
Gómez Morin

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes
Heróles González Garza

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco
Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván
Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Servicios de Salud del Estado de Oaxaca

Secretario de Salud

Dr. Martín Vázquez
Villanueva

Jefe de la unidad de enseñanza, educación e investigación

Dr. Efraín Fernando Herrera
Colmenares

Hospital "Dr. Aurelio Valdivieso"

Director General

Dr. Jesús Manuel Salcedo
Cruz

9. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada Médico Cirujano Víctor Manuel Rico Jaime Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
CONTRALMIRANTE SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. de las Mercedes Gómez Mont Urueta Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Octavio Rodrigo Martínez Pérez Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua	Titular 2009-2010
Dra. Elvia E. Patricia Herrera Gutiérrez Secretaría de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Durango	Titular 2009-2010
Dr. Ramón Armando Luna Escalante Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Michoacán	Titular 2009-2010
Acad. Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud de CENETEC y Secretario Técnico del Comité Nacional de GPC	Secretario Técnico