



Nombre del alumno: Luis Humberto Ortiz Escobar

Nombre del profesor: Lic. Ervin Silvestre Castillo

**Licenciatura: 9° cuatrimestre “A” Lic. En enfermería
escolarizado**

Materia: practicas profesionales

Nombre del trabajo:

Cuadro sinóptico:
“Aborto espontaneo”

Frontera Comalapa, Chiapas a 13 de Junio de 2020

Aborto espontaneo

Definición de aborto

Se define como la terminación espontanea provocada de una gestación antes de la vigésima semana, contando desde el primer día de la última menstruación normal, cuando el feto no es capaz de sobrevivir fuera del vientre materno, aproximadamente el feto pesa 500 gramos para esta edad gestacional

También se considera como la terminación de la gestación después de que el blastocisto se ha implantado en el endometrio, pero antes de que el feto alcance la viabilidad

Etiología

Factores fetales o cromosómicos

Desarrollo anormal del cigoto

Aborto aneuploide

Se reporta aproximadamente una cuarta parte de las anomalías cromosómicas

Es error en la gametogénesis materna y un 5% de la paterna

Menos del 10% fue error en la fertilización y división cigótica

Trisomía autosómica

Es la alteración más frecuente, y es resultado de la translocación aislada o inversión del brazo de un cromosoma, siendo más común en el 13, 16, 18, 21 y 22

La edad materna avanzada está asociada con el incremento de la incidencia de este defecto.

Monosomía X (45 X)

Anormalidad cromosómica más común compatible con la vida (síndrome de Turner)

70% termina en aborto

30% llega a término

Triploidia

Está asociada con degeneración hidrópica de la placenta

La mola hidatiforme incompleta puede tener un desarrollo fetal como una triploidia o trisomía del cromosoma 16

Puede ser causada por dispermia

Falla en el resultado de la meiosis espermática dando un espermatozoide diploide

Falla en la meiosis del huevo en la cual el primero o el segundo cuerpo polar es retenido

Tetraploidia

Monosomía autosómica

Es extremadamente rara e incompatible con la vida

Aborto euploide

Los abortos cromosómicamente normales son generalmente tardíos

La edad materna avanzada aumenta dramáticamente la incidencia de abortos euploides

Pueden ser causados por mutación aislada o factor poligénico

Factores paternos

La translocación cromosómica en el espermatozoide puede permitir un cigoto con un aumento o disminución del material genético

Factores maternos

Infecciones causadas por microorganismos

por

Toxoplasma gondii

Chlamydia trachomatis

Mycoplasma hominis

Ureaplasma urealyticum

Enfermedades crónicas

Tuberculosis

Carcinomatosis

Hipertensión arterial

Endocrinas

Hipotiroidismo

Diabetes mellitus

Deficiencia de progesterona

Síndrome de ovario poliquístico

Nutrición

La desnutrición severa predispone al incremento de aborto espontáneo

Factores ambientales

Alcoholismo

tabaquismo

Radiación

La dosis mínima letal en el día de implantación es aproximadamente cinco radiaciones

Factores inmunológicos

Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos

Lupus eritematoso sistémico

Artritis reumatoide

Alteraciones uterinas

Leiomiomas

Sinequias

Alteraciones mullerianas en la formación o fusión

Esto se produce de forma espontánea o inducida por exposición e dietiestilbestrol

Aborto espontaneo

Cuadro clínico

Clasificación

Diagnóstico

El aborto espontaneo se presenta básicamente en mujeres en edad fértil con vida sexual activa y retraso menstrual
Amenorrea con sangrado genital irregular escaso y de color café
Dolor hipogástrico tipo cólico

Condición dentro de la cual se presenta

El tiempo de gestación

Aborto temprano

Edad gestacional menor de 9 semanas

Aborto tardío

Edad gestacional mayor a 9 semanas

Forma presentación aborto

de del

Espontaneo

Inducido

Terapéutico

Voluntario

Terminación de la gestación con el fin de salvaguardar la vida de la madre

Realizado por solicitud de la embarazada sin que existan motivos relacionados con la salud materna o patología fetal

Amenaza aborto

de

Caracterizado por dolor tipo cólico menstrual que usualmente se irradia región lumbosacra asociado a sangrado genital escaso que se puede prolongar durante varios días
El cuello está cerrado formado y sin ningún tejido extraño a su alrededor

Aborto en curso

El dolor pélvico aumenta en intensidad y el sangrado genital es mayor
Al examen ginecológico se encuentran

Cambios cervicales
Orificio cervical interno permeable
Membranas integra

Aborto retenido

El embrión o feto muere o se desprende y queda retenido in útero
No hay expulsión de restos ovulares
Se presenta cuando el útero no aumenta de tamaño
Los signos y síntomas del embarazo disminuyen o desaparecen
Los hallazgos ecográficos correlacionan con el diagnóstico
Existe retención del embrión o feto después de su muerte durante un periodo de cuatro semanas, proceso conocido como aborto frustrado

Aborto incompleto

Expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos
Es acompañado de sangrado que puede ser profuso dado por la denudación de los vasos del sitio de implantación de la placenta que deprivan la vasoconstricción dada por las contracciones miométriales
El sangrado en algunas ocasiones es causa de hipovolemia
Al examen ginecológico el cuello es permeable hasta la cavidad
El útero disminuye de tamaño
Cuando el aborto ocurre antes de la semana 10, la placenta y el embrión se expulsan conjuntamente

Aborto completo

Expulsión total del embrión o feto y las membranas ovulares
Desaparece el dolor y el sangrado genital disminuye
El examen ginecológico evidencia

Cuello cerrado
Útero disminuido de tamaño y bien contraído

Cuadro clínico

Mujer en edad reproductiva
Dolor en hipogastrio con sangrado genital
Retraso menstrual o amenorrea
Fiebre y malestar general, en casos de aborto séptico

Laboratorios

B HCG cuantitativa

puede detectarse en sangre materna desde 7 a 10 días después de la fecundación y guarda relación directa con el crecimiento trofoblástico
Cuando los niveles de la hormona no ascienden adecuadamente, la curva se aplana o los niveles descienden, puede inferirse un embarazo de mal pronóstico o no viable

Ecografía transvaginal o transabdominal

Los hallazgos ecográficos permiten correlacionar con el tiempo de amenorrea y concentración de B-HCG
Se encuentra por medio de la ecografía transvaginal la aparición localización y características del embarazo de forma más precoz en relación con la ecografía transabdominal

Diagnostico diferencial

Es indispensable tener en cuenta otras patologías que podrían presentar cuadros clínicos similares e impedir la instauración del tratamiento adecuado

Enfermedad trofoblástica gestacional
Embarazo ectópico
Cervicitis
Pólipos cervicales

Aborto espontaneo

Tratamiento

- Evaluación riesgo del
 - Se iniciaría con el establecimiento de los signos clínicos de infección como complicación del aborto
 - Los casos no sépticos podrán ser manejados ambulatoriamente
 - Aquellos con sobreinfección se manejarán de acuerdo con protocolos
- Atención integral a la mujer
 - Se debe ofrecer una atención de alta calidad, rápida, respetuosa y amable
 - Debe ofrecerse apoyo con trabajo social o psicología para la intervención en crisis que requiere este grupo de mujer

- Ofrecimiento anticonceptivos de
 - Toda mujer que se haya atendido a causa de un aborto deberá ser asesorada y darle la oportunidad de escoger y optar por un método anticonceptivo

- Medidas generales
 - Hospitalizar
 - Canalizar vena
 - Hemograma
 - Hemoclasificación
 - Serología
 - Solicitar laboratorios
 - Reanimación hemodinámica o transfusión

- Tratamiento medico
 - Prostaglandinas
 - Gemeprost
 - Metenoprost
 - Misoprostol
 - Efectos en el
 - Facilita la dilatación
 - Produce contracciones uterinas

- Efectos del tratamiento medico
 - Sangrado fuerte
 - Dolor en hipogastrio
 - Nauseas
 - Emesis
 - Diarrea de acuerdo con la dosis y edad gestacional

Tratamiento quirúrgico

El procedimiento quirúrgico realizado entre la 7 y 9 semana de gestación está asociado con pocas complicaciones estadísticamente significativas, que el desarrollado entre la 9 y 14 semana de amenorrea o en el segundo trimestre

- Métodos quirúrgicos
 - Dilatación y curetaje
 - El cérvix se dilata hasta que una cureta se inserta y remueve el contenido del útero
 - Dilatación y aspirado eléctrico
 - El cérvix se dilata hasta que puede insertarse una cánula de tamaño apropiado
 - El contenido del útero se remueve por succión mediante la aspiración
 - En algunos casos se utiliza el curetaje adicional
 - Aspiración manual
 - Consiste en la evacuación uterina por medio de una aspiración manual mediante una jeringa conectada a una cánula
 - Por lo general, este procedimiento utiliza anestesia local

Amenaza de aborto

- Reposo absoluto en cama
 - Se prescribe con base en la idea que la actividad física severa durante el embarazo está asociada a aborto
 - El reposo absoluto en cama puede incrementar el riesgo de eventos tromboembólicos
- Manejo
 - Descartar patología infecciosa
 - Confirmar viabilidad
 - Medidas seriadas de B-HCG cada 2 a 3 días
 - Ecografía transvaginal semanal
 - Antiespasmódicos
 - Progesterona natural 200-400 mg cada 12 horas, hasta semana 12, en caso de Insuficiencia de cuerpo lúteo
 - Antibiótico terapia en casos de infección urinaria y/ o vaginosis

Aborto en curso

- Requiere atención inmediata
- Hospitalizar para
 - Hidratar
 - Reforzar actividad uterina
 - Analgesia parenteral
 - Posterior a expulsión feto legrado uterino o revisión

Aborto espontaneo

Aborto retenido

Cuando el cérvix se encuentre cerrado puede iniciar la maduración cervical en casa y hospitalizar al momento del inicio de sangrado

Embarazo menor a 8 semanas

- Maduración cervical
- Dilatación (Hegar o Deniston)
- Curetaje o aspiración (jeringa Karman)

Embarazo mayor a 9 semanas

- Maduración cervical (Misoprostol 400 mcg dosis única)
- Reforzar o inducir actividad uterina hasta la expulsión del producto
- Legrado uterino

Aborto incompleto

- Hidratar
- Oxitocina
- Antibioticoterapia
- Legrado o revisión uterina

Aborto completo

- Observación
- Confirmación ecográfica
- Seguimiento BHCG