

NOMBRE DEL ALUMNO:

Wendi Pérez Zunun

NOMBRE DEL PROFESOR:

Ervin Silvestre Castillo

LICENCIATURA:

Enfermería

MATERIA:

Prácticas profesionales

NOMBRE DEL TRABAJO:

CUADRO SINOPTICO:

“ABORTO ”

ABORTO

DEFINICIÓN

Es la terminación espontánea o provocada de una gestación antes de la vigésima semana

Es decir

Cuando el feto no es capaz de sobrevivir fuera del vientre materno.

Origen fetal o cromosómico

Trisomía autosómica

Es la alteración más frecuente en la edad avanzada

Es el resultado de la translocación aislada o inversión del brazo de un cromosoma

Siendo más común en:

13, 16, 18, 21 y 22

Monosomía X (45x)

Síndrome de Turner, el 70% termina en aborto y 30 % llega a término.

Triploidia

Asociado a una degeneración hidrópica de la placenta.

Tetraploidia

Monosomía autosómica

Es rara e incompatible con la vida.

Polisomía cromosómica

47XXY síndrome Klinefelter y 47XXX variedad súper mujer.

ETIOLOGÍA

Origen materno

Infecciones

Por microorganismos tales como la chlamydia trachomatis y mycoplasma hominis.

Enf. Crónicas

Tuberculosis, hipertensión, autoinmunes.

Endocrinas

Hipotiroidismo, diabetes.

Nutrición

Desnutrición severa.

Factores ambientales

Tabaquismo, alcoholismo, cafeína, radiación.

Alteraciones uterinas traumáticas

Sinequias, leiomiomas.

Origen paterno

Translocación cromosómica en espermatozoide

Permite un cigoto con un aumento o disminución del material genético.

CUADRO CLÍNICO

Amenaza de aborto

- Dolor tipo cólico menstrual que se irradia a la región lumbosacra
- Sangrado genital escaso por varios días.

Manejo

Descartar patología infecciosa, uso de antiespasmódicos, antibióticos.

Aborto en curso

- Dolor pélvico que aumenta con más intensidad
- El sangrado genital es mayor y las membranas se rompen.

Manejo

Hospitalizar para: hidratar, reforzar actividad uterina, analgesia parenteral.

Aborto retenido

El embrión o feto muere o se desprende y queda retenido en el útero y no hay expulsión completa.

Manejo

Iniciar la maduración cervical en casa y hospitalizar al momento del inicio de sangrado.

ABORTO

CUADRO CLÍNICO

Aborto incompleto

Es la expulsión parcial de restos embrionarios

Acompañado de sangrado que puede llegar a causar hipovolemia.

Manejo

- Hidratar,
- Pasar oxitocina.
- Antibioticoterapia.

Aborto completo

Expulsión total del embrión o feto y las membranas ovulares.

Desaparece el dolor y el sangrado genital disminuye.

Manejo

- Observación.
- Confirmación ecográfica.
- Seguimiento BHCG.

DIAGNOSTICO

B-HC G cuantitativa.

Se detecta en sangre materna desde los 7 a 10 días después de la fecundación.

Ecografía transvaginal o transabdominal

Permiten correlacionar con el tiempo de amenorrea y concentración de B- HC G.

Diagnóstico diferencial

- Embarazo ectópico
- Cervicitis
- Cáncer de cuello uterino
- Desgarros vaginales

Actividades de atención del aborto

- Evaluación del riesgo
- Atención integral a la mujer
- Ofrecimiento de anticonceptivos}

Medidas generales

- Hospitalizar.
- Canalizar vena.
- Solicitar laboratorios: hemograma, hemoclasificación y serología.
- Reanimación hemodinámica y/o transfusión.
- Usar métodos de tratamiento médico y quirúrgico.

TRATAMIENTO

Tratamiento medico

Consiste en prostaglandinas, mifepristone, mifepristone combinado con prostaglandinas.

Es reservado solamente en el aborto temprano, es decir, menor de 9 semanas,

Tratamiento quirúrgico

El procedimiento quirúrgico realizado entre la 7 y 9 semana de gestación está asociado con pocas complicaciones.

Que el desarrollado entre la 9 y 14 semana de amenorrea o en el segundo

Métodos

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 con el curetaje adicional.

Aspiración manual

Es la evacuación uterina por medio de una aspiración manual mediante una jeringa conectada a una cánula.