

NOMBRE DEL ALUMNO:

DIANA BELEN PEREZ RODRIGUEZ.

NOMBRE DEL PROFESOR:

ERVIN SILVESTRE CASTILLO.

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

MATERIA:

PRACTICAS PROFESIONALES.

PASIÓN POR EDUCAR

NOMBRE DEL TRABAJO:

CUADRO SINÓPTICO DEL TEMA:

“ABORTO ESPONTANEO”

ABORTO ESPONTANEO

Definición

Terminación espontánea o provocada de una gestación antes de la vigésima semana (20).

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.

Etiología

Existen múltiples factores y causas tanto de origen fetal o cromosómico como de origen materno o paterno que producen alteraciones y llevan a pérdida del producto de la gestación.

Factores fetales o cromosómicos

Es el desarrollo anormal del cigoto.

Aborto aneuploide; es error en la gametogénesis materna y un 5% de la paterna.

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.

Monosomía; anomalía cromosómica más común compatible con la vida (síndrome de Turner). 70% termina en aborto y 30% llega a término.

Triploidía; Está asociado con degeneración hidrópica de la placenta.

Factores maternos

Infecciones; causadas por microorganismos tales como Toxoplasma gondii, Chlamydia trachomatis etc.

Enfermedades crónicas; como es el caso de la tuberculosis, carcinomatosis, hipertensión arterial y autoinmunes.

Endocrinas; hipotiroidismo, diabetes mellitus, deficiencia de progesterona, síndrome de ovario poliquístico.

Nutrición; la desnutrición severa predispone al incremento de aborto espontáneo

Factores ambientales; El tabaquismo y el alcoholismo, cafeína, radiación, alteraciones uterinas, factores inmunológicos. Traumatismos.

Factores paternos

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

Cuadro clínico; del aborto espontáneo se presenta, básicamente, en mujeres en edad fértil con vida sexual activa.

Retraso menstrual o amenorrea con sangrado genital irregular escaso y de color café.

Aumenta progresivamente asociado a dolor hipogástrico tipo cólico, el cual es más intenso de acuerdo con la progresión del cuadro.

Clasificación

Una clasificación de aborto según el cuadro clínico de la paciente, teniendo en cuenta el tiempo de gestación y condición dentro de la cual se presenta.

Aborto temprano; edad gestacional menor de 9 semanas.

Aborto tardío; edad gestacional mayor a 9 semanas.

Espontáneo.

Inducido.

Terapéutico; terminación de la gestación con el fin de salvaguardar la vida de la madre.

Voluntario; realizado por solicitud de la embarazada sin que existan motivos relacionados con la salud materna o patología fetal.

Clasificación de aborto espontáneo

Amenaza de aborto; dolor tipo cólico menstrual, sangrado genital escaso, el cuello está cerrado formado y sin ningún tejido extraño a su alrededor.

Aborto en curso; dolor pélvico aumenta en intensidad y el sangrado genital es mayor. Las membranas se rompen convirtiéndose en este momento en un aborto inevitable.

Aborto retenido; El embrión o feto muere o se desprende y queda retenido in útero y no hay expulsión de restos ovulares.

Aborto incompleto; Expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, acompañado de sangrado.

Aborto completo; Expulsión total del embrión o feto y las membranas ovulares; desaparece el dolor y el sangrado genital disminuye.

Diagnóstico

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; 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, encontrando por medio de la ecografía transvaginal la aparición localización y características del embarazo.

ABORTO ESPONTANEO.

Diagnóstico diferencial

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

Enfermedad trofoblástica gestacional. Embarazo ectópico. Cervicitis. Pólipos cervicales. Cáncer de cuello uterino. Desgarros vaginales.

Actividades de atención del aborto

Evaluación del riesgo. Atención integral a la mujer. Ofrecimiento de anticonceptivos. Tratamiento individualizado.

Medidas generales

Hospitalizar. Canalizar vena. Solicitar laboratorios: hemograma, hemoclasificación y serología. Reanimación hemodinámica y/o transfusión, si es necesario. Para obtener el vaciamiento uterino existen dos métodos de tratamiento médico y quirúrgico.

El tratamiento médico del aborto consiste en prostaglandinas, mifepristone, mifepristone combinado con prostaglandinas.

Prostaglandinas (ejemplos, gemeprost, metenoprost, misoprostol) tiene efectos en el cervix, facilitando la dilatación y produciendo contracciones uterinas.

Los efectos del método médico son moderados tales como sangrado fuerte, dolor en hipogastrio, náuseas, emesis y diarrea de acuerdo con la dosis y edad gestacional.

Tratamiento quirúrgico

En general, la morbilidad seguida del procedimiento quirúrgico incrementa con la edad gestacional.

Las diferentes complicaciones tales como la perforación uterina, laceración cervical, hemorragia, remoción incompleta o del feto o restos placentarios e infección, se incrementan después del segundo trimestre.

Métodos quirúrgicos

- ❖ Dilatación y curetaje
- ❖ Dilatación y aspirado eléctrico.
- ❖ Aspiración manual.

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.

Manejo: Descartar patología infecciosa. Confirmar viabilidad. Medidas seriadas de B-HCG cada 2 a 3 días. Ecografía transvaginal semanal. Antiespasmódicos.

Aborto en curso: Requiere atención inmediata. Hospitalizar para: Hidratar. Reforzar actividad uterina. Analgesia parenteral. Posterior a expulsión feto legrado uterino o revisión.

Aborto retenido: Cuando el cervix se encuentre cerrado puede iniciar la maduración cervical en casa y hospitalizar al momento del inicio de sangrado: Embarazo menor 8 semanas: maduración cervical, dilatación.

Aborto incompleto

Hidratar. Oxitocina. Antibioticoterapia. Legrado o revisión uterina.

Aborto completo: Observación. Confirmación ecográfica. Seguimiento BHCG.