**Nombre del alumno: Erika pozo Escalante.**

**Nombre del profesor: Lic. Ervin Silvestre Castillo.**

**Licenciatura: Lic.  Enfermería.**

**Materia: Prácticas profesionales.**

**Nombre del trabajo:**

Cuadro sinóptico:

Tema: aborto

Frontera Comalapa, Chiapas a12 de junio  de 2020

# ABORTO ESPONTANEO

Aborto se define como la 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

## 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

El principal hallazgo morfológico en abortos espontáneos tempranos es el desarrollo anormal del cigoto

- 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 y22. La edad materna avanzada está asociada con el incremento de la incidencia de éste defecto.
- Monosomía X (45X: Anormalidad 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. La mola hidatiforme incompleta puede tener un desarrollo fetal como una triploidía o trisomía del cromosoma
- Tetraploidia
- Monosomía autosómica: Es extremadamente rara e incompatible con la vida
- Polisomía sexual cromosómica 47XXY síndrome Klinefelter y 47XXX: variedad súper mujer. Aborto euploide.Los abortos cromosómicamente normales son generalmente tardíos. La edad materna avanzada aumenta dramáticamente la incidencia de abortos euploides, que pueden ser causados por mutación aislada o factor poligénico, varios factores maternos y posiblemente por algunos paternos.

## Factores maternos

- **Infecciones: causadas** por microorganismos tales como Toxoplasma gondii, Chlamydiatrachomatis, Mycoplasma hominis y Ureaplasma urealyticum.
- **Enfermedades crónicas:** como es el caso de la tuberculosis, carcinomatosis, hipertensiónarterial y autoinmunes.
- **Endocrinas**: hipotiroidismo, diabetes mellitus, deficiencia de progesterona, síndrome de ovariopoliquístico
- **Nutrición:la** desnutrición severa predispone al incremento de aborto espontáneo.

## Factores ambientales:

- El tabaquismo y el alcoholismo : se consideran embriotoxinas por lo que aumentan lastasa de aborto.
- Cafeína: se ha encontrado que el consumo mayor de 4 tazas al día aumenta el riesgo deaborto y otras complicaciones en el embarazo.
- Radiación: la dosis mínima letal en el día de implantación es aproximadamente 5 rad.
- Factores inmunológicos: síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide.
- Alteraciones uterinas: leiomiomas, sinequias.
- Alteraciones müllerianas en la formación o fusión. Estas se producen de forma espontánea o inducida por exposición e dietiestilbestrol (DES)
- Incompetencia cervical.
- v Traumáticos: de forma directa sobre el saco gestacional o la cavidad amniótica.

## Cuadro clínico

El cuadro clínico del aborto espontáneo se presenta, básicamente, en mujeres en edad fértil con vida sexual activa y retraso menstrual o amenorrea con sangrado genital irregular escaso y de color café, que aumenta progresivamente asociado a dolor hipogástrico tipo cólico, el cual es más intenso de acuerdo con la progresión del cuadro

## Clasificación

Según el cuadro clínico de la paciente y, de esta forma, instaurar el tratamiento adecuado según cada caso. Aunque se puede clasificar también teniendo en cuenta el tiempo de gestación y condición dentro de la cual se presenta.

Tiempo de gestación (Say: The Cochrane Library. Volume, Issue 3, 2002):

- Aborto temprano: edad gestacional menor de 9 semanas.
- Aborto tardío: edad gestacional mayor a 9 semanas. Forma de presentación del aborto(14):
- Espontáneo.
- Inducido: en la legislación colombiana no se acepta este tipo de aborto y el código penal contempla sanciones a quienes lo practiquen.
- Terapéutico: terminación de la gestación con el fin de salvar guardar la vida de la madre.
- Voluntario: realizado por solicitud de la embaraza sin que existan motivos relacionados con la salud materna o patología fetal.

## Clasificación de aborto espontáneo

- **Amenaza de aborto**: 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. El 50% de los casos evoluciona hacia el aborto con tres cuadros clínicos el aborto retenido, el aborto incompleto, o, el aborto completo.
- **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 íntegras. Cuando la actividad uterina aumenta y los cambios cervicales son mayores con borramiento y dilatación
- **Aborto retenido**: El embrión o feto muere o se desprende y queda retenido in útero y no hay expulsión de restos ovulares. Se presenta cuando el útero no aumenta de tamaño, los signos y síntomas del embarazo disminuyen o desaparecen y los hallazgos ecográficos correlacionan el diagnóstico. Existe retención del embrión o feto después de su muerte durante un periodo de cuatro semanas, proceso conocido como aborto frustro
- **Aborto incompleto**: Expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos, acompañado de sangrado que puede ser profuso dado por la denudación de los vasos del sitio de implantación de la placenta que de privan la vasoconstricción dada por las contracciones miometriales; este sangrado en algunas ocasiones es causa de hipovolemia (14). Al examen ginecológico el cuello es permeable hasta la cavidad
- **Aborto completo**: Expulsión total del embrión o feto y las membranas ovulares; desaparece el dolor y el sangrado genital disminuye, los hallazgos del examen ginecológico evidencia cuello cerrado, útero disminuido de tamaño y bien contraído. Generalmente ocurre cuando la gestación es menor de 8 semanas.
- **Diagnóstico**: El diagnóstico de aborto espontáneo se realiza con la correlación entre el cuadro clínico, la fracción beta de la gonadotropina crónica humana (B-HCG) y la ecografía transvaginal otransabdominal según la edad gestacional y concentración de B-HCG.
- **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, encontrando por medio de la ecografía transvaginal la aparición localización y características del embarazo de forma más precoz en relación con la ecografía transabdominal.

## Diagnóstico diferencial

Dentro del diagnóstico de aborto espontáneo es indispensable tener en cuenta otras patologías que podrían presentar cuadros clínicos similares e impedir la instauración del tratamiento adecuado.

Tales patologías:

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

### Tratamiento

Actividades de atención del aborto

- Evaluación del riesgo: Acorde con el nivel de atención de la institución, promoviendo un trato humanizado y cálido a la mujer en este periodo, se iniciará con el establecimiento de los signos clínicos de infección como complicación del aborto;
- Atención integral a la mujer: Siendo el periodo del posaborto uno de los más críticos en la vida de una mujer, sea espontáneo o provocado, debe ofrecerse una atención de alta calidad, rápida, respetuosa y amable, que considere el entorno social y los sentimientos de la mujer en esteestado.
- Ofrecimiento de anticonceptivos: 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, si desea, o si su situación clínica exige el espaciamiento de un nuevo embarazo

### Tratamiento individualizado

Antes de instaurar el tratamiento debe realizarse una aproximación diagnóstica sistemática con el fin de establecer el manejo acertado para cada paciente en particular por medio del siguiente análisis clínico.

1. ¿La paciente se encuentra termodinámicamente estable?
2. ¿La paciente ha presentado picos febriles?
3. ¿Al examen físico presenta síntomas o signos de irritación peritoneal?
4. ¿Cuál es el origen del sangrado intra o extrauterino?
5. ¿El embarazo es intrauterino o ectópico?
6. ¿El embarazo es viable?

### 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.

## Tratamiento médico

El tratamiento médico del aborto consiste en prostaglandinas, mifepristone, mifepristone combinado con prostaglandinas. Prostaglandinas (ejemplos, gemeprost, metenoprost, misioprostol) tiene efectos en el cérvix, facilitando la dilatación y produciendo contracciones uterinas

## Tratamiento quirúrgico

En general, la morbilidad seguida del procedimiento quirúrgico incrementa con le edad gestacional. Las diferentes complicaciones tales como la perforación uterina, la ceración cervical, hemorragia, remoción incompleta o del feto o restos placentarios e infección, se incrementan después del segundo trimestre (14). 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

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.
- ✓ Viabilidad confirmada se debe vigilar parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino oligohidramnios durante el curso del embarazo

## Aborto en curso

Requiere atención inmediata. Hospitalizar para:

-Hidratar.
- Reforzar actividad uterina.
- Analgesia parenteral.
- Posterior a expulsión feto legrado uterino o revisión

## Aborto incompleto

-Hidratar.
-Oxitocina.