Nombre del alumno:

Judith Andrea Córdova Ramos

Nombre del profesor:

Lic. Ervin silvestre castillo

Licenciatura:

En enfermería

Materia:

Prácticas Profesionales

Nombre del trabajo:

Cuadro sinóptico

Aborto espontaneo

Frontera Comalapa, Chiapas a 12 de junio del 2020

Aborto espontaneo

↓

Terminación espontanea o provocada de una gestación antes de la vigésima semana.

- **etiología**
  - factores y causas tanto de origen fetal o cromosómico como de origen materno o paterno que producen alteraciones y llevan a la pérdida del producto de la gestación.
- **Factores fetales o cromosómicos**
  - Principal hallazgo morfológico en abortos espontáneos tempranos en el desarrollo anormal del cigoto.
    - Aborto aneuploide
      - Se reporta aproximadamente una cuarta parte de las anormalidades cromosómicas. → Error de la gametogénesis materna y un 5 % de la paterna.
    - Trisomía autosómica
      - Alteración más frecuente y resultado de la translocación aislada o inversión del brazo de un cromosoma.
    - Triploidia
      - Asociado con degeneración hidrópica de la placenta. → Puede ser causada por dispermia, falla en el resultado de la meiosis espermática dando un espermatozoide diploide.
    - Monosomia autosómica
      - Extremadamente rara e incompatible con la vida.
- **Factores maternos**
  - Infecciones
    - Causadas por microorganismos tales como:
      - Toxoplasma.
      - Chlamydia trachomatis.
      - Mycoplasma hominis.
  - Endocrinas
    - Hipotiroidismo
    - Diabetes mellitus
    - síndrome de ovario poliquistico
  - nutrición
    - Desnutrición severa predispone al incremento de aborto espontaneo
- **Factores paternos**
  - ↓
  - La translocación cromosómica en el espermatozoide puede permitir un cigoto con un aumento o disminución del material genético.
- **Cuadro clínico**
  - Se presenta en mujeres de edad fértil con vida sexual activa y 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**
  - → Edad gestacional menor de 9 semanas.
  - → Edad gestacional mayor a 9 semanas.
  - → En la legislación colombiana no se acepta este tipo de aborto y el código penal completa sanciones a quienes lo practiquen.
- **Clasificación de aborto espontaneo**
  - Amenaza de aborto → Caracterizado por dolor tipo cólico menstrual que irradia región lumbosacra asociado a sangrado genital escaso que se puede prolongar durante varios días.
  - Aborto en curso → El dolor pélvico aumenta en intensidad y el sangrado genital es mayor. → Cuando la actividad uterina aumenta y los cambios cervicales son mayores con borramiento y dilatación las membranas se rompen convirtiéndose en este momento en un aborto inevitable.
  - Aborto retenido → El embrión se desprende y queda retenido in útero y no hay expulsión de retos ovulares. → Se presenta cuando el útero no aumenta de tamaño, los signos y síntomas del embarazo disminuye y los hallazgos ecográficos correlacionan el diagnostico.
  - Aborto incompleto → Expulsión parcial de restos embrionarios, acompañado de sangrado que puede ser profuso dado por la denudación de los vasos del sitio de implantación de la placenta. → Deprivan la vasoconstricción dada por las contracciones miometriales, este sangrado en algunas ocasiones en causa de hipovolemia.
  - Aborto completo → Expulsión total del embrión y las membranas ovulares; desaparece el dolor y el sangrado genital disminuye.
- **diagnostico**
  - ↓
  - Se realiza con la correlación entre el cuadro clínico, la fracción beta de la gonadotropina crónica humana y la ecografía transvaginal.
- **Cuadro clínico**
  - Mujer en edad reproductiva.
  - Dolor en hipogastrio con sangrado genital.
  - Retraso menstrual o amenorrea.
  - Fiebre y malestar general, en caso de aborto séptico.
- **laboratorios**
  - BBHCG cuantitativa → Puede detectarse en sangre materna desde 7 a 10 días después de la fecundación.
  - Ecografía transvaginal o transabdominal → Los hallazgos ecográficos permiten correlacionar con el tiempo de amenorrea y concentración de BHCG.
- **tratamiento**
  - Evaluación del riesgo → Establecimiento de los signos clínicos de infección como complicación de aborto.
  - Atención integral de la mujer → Ofrecer apoyo con trabajo social o psicología para la intervención en crisis que quiere este grupo de mujeres.
  - Ofrecimiento de antibióticos → Debe ser asesorada y darle la oportunidad de escoger y optar por un método anticonceptivo.
- **Métodos quirúrgicos**
  - Dilatación y curetaje → El cérvix se dilata hasta que una cureta se inserta y remueve el contenido del útero.
  - Dilatación y aspiración eléctrico → El cérvix se dilata hasta que puede insertarse una cánula de tamaño apropiado.
  - Aspiración manual → Consiste en la evacuación uterina por medio de una aspiración manual mediante una jeringa conectada a una cánula.
- **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.
- **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
  - Antibioticoterapia
  - Legrado o revisión uterina
- **Aborto completo**
  - Observación
  - Seguimiento BHCG