

**Nombre del alumno:**

ALDRICH FRANCISCO GALVEZ ROBLERO.

**Nombre del profesor:**

Ervin silvestre castillo

**Licenciatura:**

**ENFERMERIA.**

**Materia:**

**PRACTICAS PROFESIONALES.**

**Nombre del trabajo:**

**ENSAYO**

**“ABORTO ESPONTANEO”**

## **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, aproximadamente el feto pesa 500 gramos para esta edad gestacional (OMS); también se considera como la terminación de la gestación después que el blastocito se ha implantado en el endometrio, pero antes de que el feto alcance la viabilidad. El aborto es la patología gestacional más frecuente; la incidencia de abortos clínicos está entre 11 y 20%, según los estudios que se analicen. En la actualidad se sabe que la incidencia total del aborto es mucho mayor, que la incidencia del aborto subclínico está entre 60 y 78%. La mayoría de estos abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 20. El aborto recurrente se encuentra en 1% de todas las mujeres. Cuando se analiza la edad de las mujeres que presentan abortos espontáneos, se observa que en las adolescentes puede alcanzar entre 10 y 12%, mientras que en las mayores de 40 años el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces. El principal hallazgo morfológico en abortos espontáneos tempranos es el 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 de 10% fue error en la fertilización y división cigótica

## **CUADRO CLINICO**

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. Es necesario efectuar una clasificación de aborto 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 como:

- Aborto temprano: menor de 9 semanas.
- Aborto tardío: edad gestacional mayor a 9 semanas.
- Espontaneo.

## **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.

**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 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.

**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.

**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 desminuido 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 coriónica humana (B-HCG) y la ecografía transvaginal o transabdominal 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:**

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.

Los hallazgos ecográficos varían desde ausencia de embrión (huevo anembrionado), ausencia de actividad cardiaca, distorsión del saco gestacional, disminución del líquido amniótico y a cabalgamiento de los huesos del cráneo en embarazos del segundo trimestre.

## **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 son:

- ✚ Enfermedad trofoblástica gestacional.
- ✚ Embarazo ectópico.
- ✚ Cervicitis.
- ✚ Pólipos cervicales.

## **TRATAMIENTO**

### **ACTIVIDAD DE ATENCION 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** Debe ofrecerse apoyo con trabajo social o psicología para la intervención en crisis que requiere este grupo de mujeres.

**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.

## Medidas generales

- Hospitalizar.
- Canalizar vena.
- Solicitar laboratorios: hemograma, hemoclasificación y serología.
- Reanimación hemodinámica y/o transfusión, si es necesario.

## Tratamiento médico

El tratamiento médico del aborto consiste en prostaglandinas, mifepristone, mifepristone combinado con prostaglandinas. Prostaglandinas (ejemplos, Gemeprost, metenoprost, misoprostol) tiene efectos en el cérvix, facilitando la dilatación y produciendo contracciones uterinas. Gemeprost y metenoprost, no disponibles en nuestro país, se administran intravaginalmente en intervalos de tiempo de 3 a 6 horas, no son ampliamente utilizados por su acción lenta. . Misoprostol es una prostaglandina análoga registrada para la prevención de úlcera gástrica relacionado a analgésico no esteroides. Mifepristone es una antiprogestina y bloquea los receptores de progesterona; este bloqueo resulta en ruptura de los capilares maternos de la decidua, la síntesis de prostaglandinas por el epitelio de las glándulas deciduales e inhibición de deshidrogenasa, induciendo de esta manera contracciones uterinas.

## 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.

La anestesia local o general se usan en ambos métodos; la preparación médica del cérvix (maduración) antes del procedimiento puede prevenir la injuria cervical o uterina.

**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. Sin embargo, esta hipótesis es limitada, porque las causas de aborto no están relacionadas con la actividad física.