



Nombre del alumno:

Yareni Velázquez González

Nombre del profesor:

Lic. Ervin Silvestre Castillo

Licenciatura:

Lic. Enfermería

Materia:

Prácticas profesionales

Nombre del trabajo:

Ensayo:

“Aborto Espontaneo”

Introducción

Un aborto, a veces denominado interrupción voluntaria, es un proceso médico por el cual se acaba con un embarazo para que no nazca un bebé. La decisión de abortar es difícil. Existen muchas razones para abortar, por ejemplo, las circunstancias personales, un riesgo para la salud o, tal vez, un riesgo de que el bebé tenga una enfermedad. Muchas personas tienen opiniones firmes sobre el aborto (tanto a favor como en contra). Si bien deben respetarse todos los puntos de vista, en el RU el aborto es legal durante las primeras 24 semanas de embarazo si se cumplen determinados requisitos. Se puede abortar a través del NHS o del sector privado (el NHS no financia los abortos por lo privado). Según las leyes del RU, para abortar, dos médicos deben remitir a la mujer y deben estar de acuerdo en que es apropiado dadas sus circunstancias. La intervención debe realizarse en un hospital o en una clínica especializada y con licencia.

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 blastocisto se ha implantado en el endometrio, pero antes de que el feto alcance la viabilidad (6).

Existen múltiples factores y causas tanto de origen fetal o cromosómico como de origen materno (6) (7) o paterno que producen alteraciones y llevan a pérdida del producto de la gestación. En la mitad o dos terceras partes de los casos están asociados alteraciones cromosómicas (8) (9) (10)

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. (Jacobs y Hassold).

- 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. La edad materna avanzada está asociada con el incremento de la incidencia de este defecto.

-Monosomía X (45X) 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. La mola hidatiforme incompleta puede tener un desarrollo fetal como una triploidía o trisomía del cromosoma 16. La triploidía puede ser causada por dispermia, falla en el resultado de la meiosis espermática dando un espermatozoide diploide, o falla en la meiosis del huevo en la cual el primero o el segundo cuerpo polar es retenido.

-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.

Infecciones: causadas por microorganismos tales como

Toxoplasma gondii, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis y Ureaplasma urealyticum. 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 se consideran embriotoxinas por lo que aumentan las tasa de aborto.

Cafeína: se ha encontrado que el consumo mayor de 4 tazas al día aumenta el riesgo de

aborto 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 a dietiestilbestrol (DES).

Incompetencia cervical.

Traumáticos: de forma directa sobre el saco gestacional o la cavidad amniótica.

Factores paternos

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

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: 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. 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 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 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 borra miento 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 deprivan la vasoconstricción dada por las contracciones miometriales; este sangrado en algunas ocasiones es causa de hipovolemia. Al examen ginecológico el cuello es permeable hasta la cavidad. El útero disminuye de tamaño. Cuando el aborto ocurre antes de la semana 10, la placenta y el embrión se expulsan conjuntamente; después de este tiempo se eliminan separadamente.

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 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: 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 transabdominal: los hallazgos ecográficos permiten correlacionar con el tiempo de amenorrea transvaginal o 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.

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; los casos no sépticos podrán ser manejados ambulatoriamente y aquellos con sobreinfección se manejarán de acuerdo con los protocolos aquí descritos.

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 este estado. 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.

Conclusión:

El aborto espontáneo es un problema de salud que afecta a numerosas mujeres a lo largo de su vida reproductiva. La sintomatología física y las emociones experimentadas son particulares de cada mujer

REFERENCIAS

1. World Health Organization, Geneva. Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe abortion. 2nd edition, WHO Division of Family Health, Maternal Health and Safe motherhood Programme 1994.
2. Mundigo AI, Indriso C, editors. Abortion in the developing world. First Edition. New Delhi: WHO, Vista Publications, 1999