



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

CARRERA DE OBSTETRICIA

TESIS DE GRADO

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
OBSTETRIZ**

TEMA:

**ABORTO ESPONTANEO ESTUDIOS A REALIZAR EN EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL
AREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARTIN ICAZA DE LA CIUDAD DE
BABAHOYO DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2011 A FEBRERO DEL 2012**

AUTORES:

**MAYRA VERONICA MACIAS MACIAS
ANDREA MARICRUZ GUERRERO TOBAR**

TUTOR:

DR CESAR BERMEO NICOLA

Babahoyo – 2012



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA

DR. CESAR NOBOA AQUINO
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

OBST. JOE ORDOÑEZ SANCHEZ
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

DR. CESAR BERMEO NICOLA
DIRECTOR DE TESIS

AB. ISRAEL MALDONADO CONTRERAS
SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

CARRERA DE OBSTETRICIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACION

PRESIDENTE

1ER VOCAL

2DO VOCAL

AB. ISRAEL MALDONADO CONTRERAS
SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Babahoyo, 26 de diciembre del 2012.

DOCTOR.

Joe Ordoñez Sánchez

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA

En su despacho.-

De mis consideraciones.

Al haber sido designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud Director de Tesis del Tema **ABORTO ESPONTANEO ESTUDIOS A REALIZAR EN EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL AREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARTIN ICAZA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2011 A FEBRERO DEL 2012**

Cuya autoría Corresponde: MAYRA VERONICA MACIAS MACIAS Y ANDREA MARICRUZ GUERRERO TOBAR. A usted muy respetuosamente **CERTIFICO.**

- a) Haber dirigido y asesorado la Tesis de Grado en todas sus fases interactuantes del proceso investigativo de acuerdo al cronograma de actividades.
- b) Que ha sido realizada según las exigencias metodológicas técnicas y científicas para el tercer nivel académico de la carrera de obstetricia
- c) Que cumple con los requisitos de reglamentos de grado y título de la facultad de ciencias de la salud. Por lo que autorizo su presentación, sustentación y defensa.

Atentamente:

DR CESAR BERMEO NICOLA
(Director de tesis)

AUTORÍA

Todos los conceptos, procedimientos, conclusiones, recomendaciones y criterios vertidos en la tesis de Obstetrix, son de exclusiva responsabilidad de nuestra autoría.

Atentamente:

Mayra Verónica Macías Macías

Andrea Maricruz Guerrero Tobar

DEDICATORIA

A DIOS creador del universo, que me dio y me seguirá dando fortalezas para seguir adelante todos los días de mi vida. A mis padres por su apoyo incondicional en todo momento, a mi querido esposo Daniel que desde el cielo me ha guiado y ayudado a lo largo de todos estos seis años, a mis hijos: Christian y Daniela por haberme comprendido que tuve que salir de casa para poderme superar, a mi gran amigo el Dr. Morán y su esposa que fueron los que me impulsaron para que yo pueda superarme y ser la profesional que hoy en día seré.

Mayra Verónica Macías Macías

DEDICATORIA

A DIOS que me dio la sabiduría y fortaleza; por haber guiado mi camino cada día para alcanzar mí meta. A mis padres el Sr. Gabriel Guerrero Bravo y Sra. Cecilia Tobar Espín por haberme dado la dicha de ser su hija, y su apoyo y esfuerzo incondicional en todo momento, a mis hermanos Gabriela Gustavo y Gabriel y a mi abuelita la Sra. Amada Bravo de Guerrero que siempre estuvieron impulsándome para ser la gran profesional que seré.

Andrea Maricruz Guerrero Tobar

AGRADECIMIENTO

Sentimos agradecer infinitamente a personas que directa e indirectamente ayudaron a que con esfuerzos y sacrificio, logremos culminar con éxito esta etapa profesional de nuestra vida.

A la Universidad Técnica de Babahoyo, de igual manera a las autoridades de la facultad por ser quienes nos ayudaron a formarnos profesionalmente durante este lapso educativo.

De igual manera a nuestros docentes y compañeros por el apoyo que nos brindaron para alcanzar tan anhelada meta.

MAYRA VERONICA MACIAS MACIAS

ANDREA MARICRUZ GUERRERO TOBAR

RESUMEN

El tiempo actual nos convoca a la interpretación y comprensión de variados fenómenos, que como producciones sociales se van suscitando en la cotidianidad, razón por la cual nos aventuramos tras la búsqueda de todo este hacer humano. El aborto espontaneo es uno de estos problemas sociales que casi siempre conducen a profundas consecuencias psicológicas, físicas y sociales. El objetivo de esta investigación es interpretar el fenómeno del aborto espontaneo de las embarazadas que asisten al área de gineco-obstetricia del hospital Martin Icaza de la ciudad de Babahoyo del mes de septiembre del 2011 a febrero del 2012. Buscando comprender la realidad de cada situación y experiencia narrada desde el punto de vista de cada sujeto objeto de estudio, sus implicaciones, actitudes asumidas y los criterios utilizados en la toma de decisión ante el mismo. A través de una investigación interpretativa cualitativa (método etnográfico) mediante un trabajo de campo y revisión de distintas fuentes bibliográficas y textos especializados, con el fin de establecer su estructura o comportamiento para el esclarecimiento de los objetivos planteados. Llegando a la conclusión que la toma de decisión sobre el aborto puede estar ligada a elementos de tipo social, económicos familiares, culturales y personales entre otros. Donde la mujer al final, es quien decide; si tener o no un hijo.

Palabras Claves. Aborto espontaneo, Toma de Decisión, embarazadas.

SUMMARY

The current time summons us to the interpretation and understanding of varied phenomena, which are prompting in everyday life, reason by which we ventured we after all this search human social productions. Spontaneous abortion is one of these social problems that almost always lead to profound psychological, physical and social consequences. The objective of this research is to interpret the phenomenon of abortion spontaneous of pregnant women who attend the area's gynecology-obstetrics hospital Martin Icaza of the city of Babahoyo for the month of September 2011 to February 2012. Seeking to understand the reality of each situation and experience narrated from the point of view of each subject object of study, its implications, assumed attitudes and the criteria used in making the decision before it. Through a qualitative interpretive research (ethnographic method) using a field work and revision of different bibliographic sources and texts specializing, in order to establish its structure or behavior for the clarification of the objectives raised. Coming to the conclusion that decision on abortion can be linked to elements of social, economic cultural, personal and family among others. Where the woman at the end, is who decides; If having or not a son.

Key words: Abortion spontaneous, Decision making, pregnant.

INDICE

INTRODUCCION

CAPÍTULO I	1
1.- CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO	1
1.1.- CONTEXTO NACIONAL, REGIONAL, LOCAL Y/O INSTITUCIONAL.	1
1.1.1.- CONTEXTO NACIONAL	1
1.1.2.-CONTEXTO REGIONAL	3
1.1.3.- CONTEXTO LOCAL.	7
1.1.4.- CONTEXTO INSTITUCIONAL	9
1.2.- SITUACIÓN ACTUAL DEL OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN	11
1.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3.1.- PROBLEMA GENERAL	11
1.3.2.- PROBLEMAS DERIVADOS	12
1.4.- DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.5.- JUSTIFICACIÓN	12
1.6 OBJETIVOS.	15
1.6.1.- OBJETIVO GENERAL.	15
1.6.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.	15
CAPÍTULO II	16
2.- MARCO TEÓRICO.	16
2.1.- ALTERNATIVAS TEÓRICAS ASUMIDAS.	16
2.2.- CATEGORIAS DE ANALISIS TEORICO CONCEPTUAL	18
2.3.-PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS	88

2.3.1.- HIPOTESIS GENERAL.	88
2.3.2 Hipótesis Específicos	89
2.4. VARIABLES	89
2.4.1. Variables Independientes	89
2.4.2. Variables Dependientes	90
2.3.3.- Operacionalización de las Hipótesis Específicas	91
2.3.4. Operacionalización de las Variables Dependientes.	92
CAPÍTULO III	93
3. Diseño Metodológico de la investigación	93
3.1 Métodos	93
3.1.1 Método científico	93
3.1.2 Método Histórico Lógico	94
3.1.3 Método Hipotético - deductivo	94
3.1.4 Método inductivo deductivo	95
3.1.5 Método descriptivo	95
3.2.-Tipo de Estudio:	95
3.3.- Área de estudio:	95
3.4.- Técnicas e instrumentos	96
3.4.1. -Técnicas	96
3.4.2. Instrumentos	96
3.5 Población y muestra	97
3.5.1. Población	97
3.5.2.- Muestra	99
3.5.3.- Procesamiento de la información	100
3.6.- Recolección y manejo de la Información.	100
3.7.- Plan de Análisis:	100
3.8.- Consideraciones éticas	100

3.9.- Recursos	101
CAPÍTULO IV	103
4.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	103
4.1.- Tabulación e Interpretación de Datos	104
4.2.- Comprobación y discusión de la hipótesis	114
4.3.- Conclusiones y recomendaciones	114
CAPÍTULO V	117
5.- PROPUESTA ALTERNATIVA	117
5.1.- PRESENTACION	117
5.2.- OBJETIVOS.	119
5.2.1.- Objetivo General	119
5.2.2.- Objetivos Específicos	119
5.3.- CONTENIDOS	119
5.4.- DESCRIPCION DE LOS ASPECTOS OPERATIVOS DE LA PROPUESTA	124
5.5.- RECURSOS	125
5.5.1.- RECURSOS HUMANOS	125
5.5.2.- RECURSOS MATERIALES	125
5.5.3.- PRESUPUESTO PARA LA EJECUCION DE ESTA PROPUESTA	126
5.6.- CRONOGRAMA DE EJECUCION DE LA PROPUESTA	126
5.7.- RECOMENDACIONES	126
CAPÍTULO VI	129
6.- BIBLIOGRAFÍA	129

CAPÍTULO VII	133
7.- ANEXOS	133
7.1 FOTOS	133

INTRODUCCIÓN

El aborto espontáneo ha sido y continúa siendo un problema obstétrico y de salud pública importante en relación a su contribución a la morbilidad y mortalidad perinatal total.

Es importante resaltar que las mujeres en edad de 30 años tienen menor probabilidad de tener abortos si cuentan con el apoyo familiar y social que a diferencia en mujeres de 40 años que tuvieron abortos anteriores según Clifford y Cols.

La finalidad de este capítulo es analizar desde el punto de vista clínico las posibles etiologías propuestas para el aborto espontáneo en función del grado de evidencia a su favor dividiéndolas en causas demostradas, causas no demostradas pero muy probables y causas no demostradas y poco probables. Aunque pueda parecer paradójico, en este último grupo se incluirán muchas de las que habitualmente se manejan. Además, citaremos otras posibles causas que están siendo objeto de investigación, algunas de las cuales están tomando gran fuerza.

El aborto es una de las primeras causas de hospitalización de la mujer en edad reproductiva en las emergencias obstétricas, la frecuencia verdadera de esta patología es difícil de establecer por muchas causas. Sin embargo un gran número de pacientes acuden a los hospitales en busca de atención médica; la cual es ofrecida en virtud de las complicaciones del aborto que pueden conducir a la muerte.

La reproducción humana es un proceso social, bioquímico y fisiológico complejo que no es tan exitoso como se pensó. Es probable que menos de la mitad de todas las concepciones se pierdan antes de que incluso se reconozca el embarazo. Otro 15 a 40% se pierde en el primer trimestre.

El aborto espontáneo puede ser motivado por diversos factores. Muchas mujeres pueden tener sangrado en la implantación, que suele ser mínimo y no produce síntomas adversos. Este tipo de sangrado cede por sí solo y desaparece en término de uno o dos días. La causa más común de salida de sangre de color rojo intenso por la vagina en los comienzos del embarazo se presenta con la amenaza de aborto o en el aborto real del feto. Una vez iniciado el proceso es casi imposible revertirlo.

En una hemorragia genital se debe evaluar en primer lugar la pérdida hemática para valorar la aplicación de medidas de soporte vital. Posteriormente se debe filiar correctamente el origen del sangrado, datar la gestación y hacer el diagnóstico diferencial.

Las alteraciones en la evolución del embarazo son relativamente frecuentes y el sangrado es el síntoma clínico más importante. El aborto es la más frecuente de las patologías de la gestación y alrededor de 15% de los embarazos reconocidos clínicamente, terminan en abortos espontáneos.

CAPÍTULO I

1.- CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO.

1.1.- CONTEXTO NACIONAL, REGIONAL, LOCAL Y/O INSTITUCIONAL.

1.1.1.- CONTEXTO NACIONAL

Ecuador, oficialmente llamada República del Ecuador, es un país de América, situado en la parte noroeste de América del Sur, en la región andina. Ecuador limita por al norte con Colombia, al sur y al este con el Perú y al oeste con el océano Pacífico. El país tiene una extensión aproximada a los 256.370 km², que lo colocan en la septuagésima segunda posición en la lista de los países ordenados por superficie. En Ecuador habitan más de 14 millones de personas, por lo que se trata de la novena nación con mayor cantidad de hispanohablantes en el mundo. El español convive con varias lenguas indígenas, reconocidas como co-oficiales en jurisdicciones especiales por el Estado ecuatoriano.

Las primeras poblaciones en territorio ecuatoriano se remontan posiblemente desde el 4200 a. C., con lo cual se desarrollaron varios períodos precolombinos que comprenden hasta las primeras invasiones incaicas a mediados del siglo XV, pasando a formar parte del Tawantinsuyu. La conquista española en este territorio se inició en 1534 y por casi 300 años

duró la colonia europea. La época independentista tuvo sus orígenes en 1809, e inició el proceso emancipador comprendido desde 1820 hasta el 1822. Después de la definitiva independencia del dominio español, parte del territorio se integró rápidamente a la Gran Colombia, mientras el territorio del litoral permaneció independiente hasta la anexión vía manu militari por parte de Simón Bolívar. En 1830 los territorios gran colombianos del sur se separaron y se creó la nación ecuatoriana. Desde los inicios de la república existió una inestabilidad política lo que condujo al origen de varias revoluciones a lo largo del siglo XIX. El siglo XX estuvo marcado por la poca o nula participación del país en las guerras mundiales, varios conflictos limítrofes con el Perú, y la conformación de gobiernos militares. En 1979 el Ecuador volvió al sistema democrático, aunque nuevamente aparezca la inestabilidad política durante los últimos períodos de gobierno.

Ecuador consta como el principal exportador de banano a nivel mundial y uno de los principales exportadores de flores, camarones (gambas) y cacao.

Políticamente, es una república democrática, participativa y unitaria. La división administrativa del país, en el sentido geográfico se divide de 4 regiones naturales, mientras que en el campo político se compone de 24 provincias. La sede del gobierno y capital es la ciudad de Quito, mientras que el centro financiero-comercial y principal puerto marítimo es la ciudad de Guayaquil.

En el Ecuador existen 70 volcanes, 14 en estado activo, 14 volcanes inactivos y 42 pasivos, siendo el volcán más alto el Chimborazo, con 6.310 msnm. Es el país con la más alta concentración de ríos por kilómetro cuadrado en el mundo.⁵ Es igualmente el país con la mayor cantidad de especies por kilómetro cuadrado del mundo.

1.1.2.-CONTEXTO REGIONAL

Provincia de los Ríos

Los Ríos, oficialmente es una de las 24 provincias de la República del Ecuador, localizada en la región litoral del país. Su capital es la ciudad de Babahoyo y su localidad más poblada es la ciudad de Quevedo. Es uno de los más importantes centros agrícolas del Ecuador. Con sus 792.423 habitantes, Los Ríos es la cuarta provincia más poblada del país, debido principalmente al reciente desarrollo de la industria.

Limites:

Al norte Provincia de Santo Domingo de los Sachilas.

Al sur Provincia del Guayas

Al este Provincias de Cotopaxi y Bolívar

Al oeste Provincia del Guayas

Superficie 6,254 kms.2

División Política

Los Ríos se divide en 13 cantones: Quevedo, Urdaneta, Ventanas, Vinces, Palenque, Buena Fe, Valencia, Mocache, Quinsaloma, Babahoyo, Baba, Montalvo, San Francisco de Pueblo viejo.

Prefecto de los Ríos. Marcos Troya

Gentilicio

Según una encuesta realizada por los habitantes de la provincia de Los Ríos se ha elegido que el 59.46% se llama Fluminenses.

Rodeo Montubio en Pimocha, Vinces y Catarama.

Desfile de jinetes y elección de la criolla bonita.

La monta de caballos chúcaros.

La suerte del lazo.

Atractivos Turísticos

Las playas de la hacienda El Salto y las del río Seco.

El Cerro Cacharí y su curiosa estructura.

El estero de Dimas.

Observaciones Demográficas

La mayor parte de la población se halla ubicada en el grupo de 15 a 29 años de edad, lo cual ocurren en casi todas las provincias del Ecuador que se caracteriza por tener una población mayoritariamente joven. Más del 62% de la población vive en el sector rural pero se registra el conocido fenómeno de

la inmigración interna campo-ciudad. Es característico también el aumento de la población ocupada en el sector "servicios" que en su mayor parte son trabajos de salarios bajos. Este sector englobaría lo que se conoce como "economía informal".

Clima

La provincia pertenece a la zona climática denominada tropical. Durante el verano (de junio a diciembre) el clima es seco y la temperatura fresca. El invierno muy lluvioso y caluroso va de diciembre a junio. El Prof. Francisco Terán ubica a Los Ríos dentro de la subregión cálido-húmeda. La temperatura media es de 25°C y la precipitación de 1.867 mms.

Geografía

El territorio de la provincia no presenta en general un relieve pronunciado pues las mayores elevaciones no superan los 500 mts. Sobre el nivel del mar. La mayor parte del terreno es plano. Las partes más altas se encuentran hacia el noreste en que coinciden con las estribaciones de la cordillera de los Andes. Entre estas elevaciones se pueden citar las siguientes: Los cerros de Samama, Mube, el ramal de Sibimbe y el cerro Cacharí.

El relieve de la provincia presenta dos zonas: la región de las sabanas y la región de las lomas. La primera puede sufrir inundaciones con motivo de las lluvias y la creciente de los ríos. La segunda es apta para la ganadería.

Hidrografía

La extensa red fluvial de la provincia es un factor que no solamente la embellece sino que se convierte en un elemento esencial para su desarrollo económico. En la provincia de Los Ríos se encuentran las tierras más fértiles del país, por lo cual la agricultura será siempre una de las actividades primordiales de la provincia.

Se dice que por la cantidad de ríos que la cruzan, García Moreno la denominó con este nombre. Los ríos nacen en la cordillera occidental de los Andes y el principal de ellos es el río Babahoyo cuyos dos principales afluentes en la llanura son el Caracol y el San Pablo, ambos aptos para la navegación.

El río Babahoyo recibe otros afluentes antes de unirse con el Daule y formar el caudaloso Guayas. Estos afluentes son los ríos Vinces, Pueblo viejo, Zapotal y Yaguachi que forman la red fluvial más densos e intrincados de la costa, a la vez que la más útil para la navegación. En sus orillas se asientan numerosos y pequeños puertos en los que se recogen los productos agrícolas y forestales de las regiones vecinas para ser conducidos a Guayaquil en embarcaciones de todo tipo. La provincia de Los Ríos se encuentra dentro de la cuenca del río Guayas, por lo que muchos proyectos de riego están vinculados con el desarrollo y los estudios de la mencionada cuenca.

Los sistemas de riego que actualmente se hallan en operación y benefician a la provincia son los siguientes: Chilintomo, Presa Azúcar, Banco de Arena, Milagro, Manuel J. Calle. Existen otros proyectos que se encuentran en fase de estudio o de construcción.

1.1.3.- CONTEXTO LOCAL.

Cantón Babahoyo

Babahoyo, considerada la capital fluvial del Ecuador, fundada el 27 de mayo de 1869, en los terrenos cedidos por la familia Flores, frente a la confluencia de los ríos Babahoyo y Caracol, se estableció en la margen derecha del río San Pablo. Por mucho tiempo se llamó Bodegas, por haber estado allí ubicadas la Aduana y los Almacenes Reales, para el control del comercio entre Guayaquil y las ciudades de la Sierra ecuatoriana.

Azotada por muchos incendios, el de mayor magnitud ocurrió el 30 de marzo de 1867, que arrasó con todos los bienes de la población, motivos suficientes para que el gobierno del Dr. Gabriel García Moreno, resolviera el traslado al lugar que ocupa actualmente.

La capital fluminense se llenó de gloria al otro lado del río San Pablo, donde hoy se encuentra asentada la Parroquia Urbana Barreiro, pudiendo afirmarse que el Babahoyo de antaño es el Barreiro de hoy.

Babahoyo, la tradicional e histórica Bodegas de la época Floreana, pertenece a los pueblos francamente progresistas, ostensiblemente fuertes en su actual imperativo de colectividades que producen, crean e incrementan riqueza.

Es el prototipo de la actividad y apogeo de los distintos órdenes de la vida nacional, y lo seguirá siendo siempre, porque tiene fuentes propias; haber sido y ser la vértebra vital de las dos regiones: Costa y Sierra; por ser el punto de influencia arterial entre una y otra, en donde se vinculan íntimamente los esfuerzos de muchos pueblos emprendedores; porque aquí se funden las aspiraciones de agricultores y comerciantes.

Situación geográfica del Cantón

Según modernos atlas geográficos, el cantón Babahoyo se encuentra ubicado a 1°46' de latitud sur y 97°27' de latitud oeste.

Limites:

Al Norte: El Cantón Catarama

Al Sur: La Provincia del Guayas y el río Chilintomo

Al Este: El Cantón Montalvo y la Provincia de Bolívar

Al Oeste: El Cantón Baba, el Río Pueblo Viejo, el Estero San Antonio y el Río Babahoyo

Extensión

Área Rural: 100.399hect

Área Urbana: 900.000hect

Área Total: 1^000.393hect

TOTAL 1076.1 Km/2

Parroquias urbanas y rurales

La actual ciudad de Babahoyo está constituida por las siguientes parroquias

Urbanas: Clemente Baquerizo, Camilo Ponce Enríquez, Barreiro y el Salto.

Parroquias Rurales: Pimocha, Caracol, Febres Cordero y La Unión

Fiestas cívicas

27 de mayo Fundación de Babahoyo

25 de junio cantonización de Babahoyo

30 de septiembre Babahoyo es declarada capital de la provincia

06 de octubre Provincialización de Los Ríos

11 de Octubre independencia de Babahoyo

1.1.4.- CONTEXTO INSTITUCIONAL.

Hospital Martin Icaza

En el Hospital Martin Icaza de la ciudad de Babahoyo establecida en la Península Barreireña bañada por los ríos: Caracol y San Pablo, fue fundado en 1862 un modesto hospital público en Loma conocida más tarde como loma de los Breen. Actuó como Barchilón un ciudadano de apellido González.

El local de este centro de atención médica se salvó de tremendo incendio del 30 de Marzo de 1867 que convirtió en cenizas a gran parte de la ciudad.

No obstante el hospital siguió funcionando en la ante dicha loma y más tarde fue trasladado a la actual ciudad de Babahoyo, disponiéndose, al efecto, de un amplio local propio de madera, techo de zinc y formado por dos pisos. Recibió el nombre de HOSPITAL MARTIN ICAZA, en público reconocimiento al guayaquileño Don Martin Icaza distinguido parlamentario, poeta, político, periodista que en su condición de estimado gobernador de los Ríos, impulso el progreso provincial y coopero decididamente para la construcción del mencionado nuevo local que inaugurado el 17 de Mayo de 1895.

Durante el Periodo Presidencial del Sr. Dr. Isidro Ayora, el Egües Baquerizo, y el Sr. Vicenta Avilés, este fue inaugurado el 27 de Mayo de 1930. Hacia la entrada fue colocada la bellísima estatua de mármol que representa a una hermana de la caridad, amorosamente entre sus nobles manos a sus niñitos. Anteriormente el hospital dependió en la parte administrativa de la junta de asistencia pública de los Ríos.

En el sector de la salud, Babahoyo cuenta con la principal unidad hospitalaria de la provincia, que es el Hospital Martin Icaza Roldos, que funciona en su actual local desde el año 1930 a lo largo de su historia ha sufrido modificaciones y que se atienden no solo de la provincia de los Ríos sino también de otras provincias como Bolívar y Guayas por ser un hospital de

referencia según los avances científico y el crecimiento poblacional. Este hospital ofrece servicios en Medicina General, Gineco-Obstetricia, Cardiología, Odontología, Cirugía, Pediatría, Traumatología, Fisiatría, consulta externa, emergencia, hospitalización, clínica del VIH, hemoteca, banco de leche materna y servicio social.

1.2.- SITUACIÓN ACTUAL DEL OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN

En la presente tesis se realizó un estudio acerca de las pacientes con aborto espontaneo que asistieron al área de gineco-obstetricia del Hospital Provincial Martin Icaza del cantón Babahoyo desde el mes de Septiembre del 2011 a Febrero del 2012.

1.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente surge la siguiente interrogante.

¿Qué complicaciones, presentaron las pacientes con aborto espontáneo que acudieron a la emergencia de gineco-obstetricia del Hospital Provincial Martin Icaza del cantón Babahoyo en el mes de Septiembre del 2011 a Febrero del 2012?

1.3.1.- PROBLEMA GENERAL

El aumento del número de abortos espontáneos en mujeres que acudieron al área de gineco-obstetricia del hospital provincial Martin Icaza del cantón Babahoyo en el mes de Septiembre del 2011 a Febrero del 2012.

1.3.2.- PROBLEMAS DERIVADOS.

- Conocer si las embarazadas reciben un control prenatal precoz, periódico, integral, con enfoque de riesgo.
- Ausencia a la atención integral prenatal.
- Falta de una buena orientación profesional del personal de salud que atienden embarazadas de riesgo.
- Incumplimiento de las normas de Salud sexual y reproductiva.

1.4.- DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Este estudio está delimitado a partir del mes de Septiembre del 2011 a Febrero del 2012 en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Martin Icaza del cantón Babahoyo.

1.5.- JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo es una investigación para determinar la incidencia del aborto espontaneo en pacientes que acudieron a la emergencia de gineco – obstetricia del Hospital Martin Icaza periodo septiembre del 2011 a febrero del 2012.

Las pérdidas reproductivas precoces constituyen prácticamente la condición médica experimentada con más frecuencia en el mundo. Hasta un 15% de

los embarazos reconocidos fracasan, y una de cada cuatro mujeres experimentará un aborto espontáneo en algún momento de su vida.

Dada su gran frecuencia, el aborto espontáneo constituye una grave preocupación de salud pública, además, porque su falta de tratamiento adecuado puede provocar una alta morbilidad e incluso muerte.

El tratamiento del aborto espontáneo recomendado por la mejor evidencia científica hasta la fecha es la evacuación uterina mediante LUI – AMEU.

Pero el manejo quirúrgico del aborto espontáneo no está exento de complicaciones y fracasos; además, consume importantes recursos hospitalarios, con un alto costo económico para el sector público.

Se hace necesario, por tanto, que los servicios busquen la forma de ofrecer más opciones de tratamiento, con menores riesgos y costos reducidos, manteniendo la misma eficiencia y dando mayor confort para la mujer, en un contexto de servicios de calidad.

Recomendamos mejorar acciones de atención primaria de salud como el control prenatal y categorizar los embarazos para un mejor seguimiento adecuado estableciendo un sistema de referencia-contrareferencia eficaz.

En nuestro hospital hasta el momento no se ha realizado ningún estudio para tratar de establecer cuál es la magnitud y caracterización de la problemática a la que nos estamos enfrentando, y poder incidir en los factores de riesgo para disminuir la morbimortalidad lo cual justifica la realización de este estudio.

Concluimos que la variedad de factores asociados al aborto espontáneo tienen una implicación socioeconómica y cultural intrínseca.

A lo largo de estos últimos años un gran número de países en vías de desarrollo está utilizando el tratamiento médico del aborto espontáneo con misoprostol, (también llamado tratamiento farmacológico), debido, en gran medida, a la falta de recursos humanos y materiales existentes.

En una encuesta aplicada en tres países acerca del uso del misoprostol, los médicos respondieron que lo usaban para la evacuación uterina en abortos retenidos hasta en un 57%

Esta práctica clínica se está extendiendo a una cantidad importante de países, incluso desarrollados, debido a la importante reducción de costes y de complicaciones que implica.

Su popularidad se explica por ser un fármaco barato, de fácil uso, estable a la temperatura ambiental y efectivo para provocar contracciones uterinas, actuando sobre el miometrio a cualquier edad gestacional.

Además, el misoprostol tiene la potencialidad de facilitar ampliamente el acceso al tratamiento y puede ser un enorme alivio para servicios de tercer nivel, hoy sobrecargados con la atención de numerosos casos de aborto espontáneo, que pudieran ser tratados con misoprostol en servicios básicos de salud.

De esta forma sería posible reducir enormemente los costos para los servicios y permitir que la mujer no se separe de su familia, además de evitar las complicaciones que se observan con el tratamiento quirúrgico.

Numerosos estudios han sido publicados sobre este tema, utilizando gran variedad de dosis, vías de administración y períodos de espera para definir el éxito del tratamiento médico.

1.6 OBJETIVOS.

1.6.1.- OBJETIVO GENERAL.

Disminuir la morbimortalidad en las pacientes con cuadro de aborto espontaneo que asisten al área de gineco-obstetricia del hospital Martín Icaza de la Ciudad de Babahoyo.

1.6.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Determinar cuáles fueron las consecuencias biopsico social en pacientes con cuadro de aborto espontáneos, que acuden a la emergencia del hospital Martín Icaza de la Ciudad de Babahoyo.
- Aplicar los protocolos terapéuticos de atención de aborto espontaneo según normas maternas del ministerio de salud pública.
- Informar sobre los beneficios preconcepcionales a las mujeres en edad fértil que asisten al hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo.
- Determinar la proporción de pacientes diagnosticadas con Aborto Espontaneo.

CAPÍTULO II

2.- MARCO TEÓRICO.

2.1.- ALTERNATIVAS TEÓRICAS ASUMIDAS.



Los problemas de salud de las embarazadas, en el Hospital Martín Icaza, se están incrementando, por desconocimiento de la mujer, migración, pobreza, situación que incide en los niveles de educación y valores culturales.

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las guías básicas mínimas que deben tener en cuenta las instituciones responsables del control prenatal y la atención del parto, las cuales deben tener capacidad resolutiva y un equipo de salud capacitado para brindar

atención humanizada y de calidad, a todas las mujeres que presenten cualquier complicación hemorrágica durante su embarazo o parto.

El equipo de salud debe brindar a la madre, su pareja y su familia, además de la atención profesional eficiente, apoyo psicológico, consejería y trato amable, prudente y respetuoso, que les permita tener tranquilidad y seguridad durante el tratamiento de su complicación hemorrágica. El diagnóstico diferencial es difícil y quizá imposible en un refugio para situaciones de emergencias. Toda mujer que presente hemorragia vaginal profusa se torna una paciente de primera prioridad, y hay que llevarla tan pronto como sea posible a una institución idónea. Si lo anterior no es factible o puede retrasarse el transporte, es importante conocer las siguientes medidas prácticas para tratar el choque:

1. Coloque a la mujer en la posición más deseable funcionalmente.

- Eleve su cabeza con una almohada.

- Conserve horizontal el tronco.

- Eleve sus piernas unos 20 a 30° de tal forma que las rodillas estén rectas.

(En el segundo y tercer trimestre de embarazo hay que colocar a la mujer sobre su costado.)

- Colocar a la mujer en posición de Trendelenburg, con la cabeza baja (después del incremento inicial de la corriente sanguínea al cerebro un

mecanismo compensatorio reflejo ocasiona la vasoconstricción que disminuye el flujo hemático.

2. Conserve caliente a la persona.

3. Tranquilícela y muestre confianza para disipar sus temores.

Las hemorragias asociadas al embarazo son las que se presentan durante los diferentes períodos del embarazo y del parto y tienen graves consecuencias para la salud de la madre y del recién nacido. Estas representan la tercera causa de la morbilidad y mortalidad materna en el país.

2.2.- CATEGORIAS DE ANÁLISIS TEORICO CONCEPTUAL

ABORTO

Etiología

Causas Demostradas

De todas las causas que se pueden en los protocolos de aborto de repetición, solo dos han sido realmente confirmadas por medio de análisis fetales o embrionarios prenatales, o mediante estudios prospectivos randomizados y metaanálisis: las causas genéticas y el síndrome antifosfolípido.

Causas genéticas

Representan alrededor del 50% de los casos de aborto de repetición. Podrán dividirse en causas genéticamente propiamente dichas y causas cromosómicas. Aunque se han señalado muchas alteraciones genéticas como responsables del aborto recurrente (monogenéticas, disomauniparietal, imprinting genético, trastornos multifactoriales etc.) en realidad no hay datos científicos que confirmen este origen, si bien algunas anomalías monogenéticas, como la deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenada (G6PD), se han asociado a una mayor tasa de aborto espontáneo.

Así pues, las causas genéticas demostradas en la actualidad serían realmente las cromosómicas se sabe que aproximadamente un 3-5% de los casos de aborto habitual existe una anomalía estructural en los cromosomas paternos, con doble frecuencia en la madre. Las alteraciones más frecuentes son las translocaciones equilibradas (60% recíprocas; 40% robertsonianas) , seguidas de las inversiones y de otras alteraciones más frecuentes , como las inserciones , las deleciones , las duplicaciones o cromosomas en anillos. El riesgo de aborto en parejas con translocaciones recíprocas es del 25-72%, y con translocaciones robertsonianas del 25%. Sin embargo la mayor parte de las cromosopatías causantes del aborto se originan en el novo, en los gametos o en los embriones, aumentando en frecuencia conforme a la edad de la madre. De este modo , alrededor de un 50-70% de los productos abortivos de primer trimestre se pueden observar alteraciones cromosómicas

, siendo las más frecuentes las numéricas (86%) seguidas de las estructurales (6%) y otras (8%) , entre las que se hallan los mosaicismos

EL aborto habitual es una manifestación patológica que puede estar determinada por una gran variedad de causas muchas veces de muy difícil detección y tratamiento.

A toda interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación se denomina aborto, cuando esto ocurre por tres ocasiones consecutivas se le llama aborto habitual, esta alteración es causa de infertilidad.

El aborto habitual constituye un problema social, psicológico y médico que desde siglos atrás se trató de solucionar y que después pasó por una larga época de indiferencia, hasta que en nuestro siglo se le dio el lugar que le corresponde como una entidad clínica y patológica.

A medida que se ha ahondado en su estudio se han ido descubriendo métodos para su prevención y curación lo que repercute en una causa social psicológica ganada, así como un grano en el adelanto de la medicina actual.

Por tanto el motivo consideramos que es una patología ginecológica bien definida en el contexto de infertilidad, su dimensión etiológica cubre un espectro clínico complejo / diversificado que ha motivado avances importantes en su manejo diagnóstico y terapéutico.

Es bien conocido que el clínico continúa omitiendo su metodología diagnóstica impidiendo con ello su correcto manejo de ahí el interés de analizar las causas y terapéutica de esta patología.

Por tal motivo se llevó a cabo un estudio retrospectivo En el período de Septiembre 2011 a Febrero 2012, en e l Hospital Provincial Martin Icaza, en la ciudad de Babahoyo.

Encontrándose tres casos de aborto habitual que corresponden a causas locales, dentro de defectos anatómicos del cérvix(Incompetencia, Ístmico cervical).

GENERALIDADES

El aborto es uno de los problemas médico sociales más antiguos de la humanidad.

La interrupción del embarazo antes que el feto sea viable suele ocurrir espontáneamente debido a enfermedades o alguna anormalidad de la madre o a factores externos como traumatismo, ejercicio, etc., en otros casos el aborto es provocado por indicación médica, como una medida extrema para salvar la vida de la madre en peligro por la concomitancia del embarazo.

El número de los abortos espontáneos y el de los provocados por indicación médica es pequeño comparado con el de los abortos provocados sin dicha indicación y sin existir una causa que los precipite.

El término aborto se emplea para designar la expulsión del producto de la concepción antes de que el feto sea viable, no es raro que e l aborto ocurra muy tempranamente y confunda con un retraso menstrual. Otros causan síntomas tan ligeros que no se llama al médico, además muchos son provocados ilegalmente (teniendo en cuenta que en Ecuador no se ha

legalizado e l aborto como método de control natal) y como consecuencia se ocultan por todos los medios posibles.

Por lo tanto sólo se registran abortos que dan origen a síntomas serios y que no están asociados a una operación criminal: tal es el caso del aborto habitual, en el cual algunas mujeres abortan repetidas veces sin ninguna causa aparente, el número de estos casos desafortunados va siendo menor conforme avanzan nuestros conocimientos, ya que este problema es de suma importancia por los aspectos no sólo médicos si no también sociales y psicológicos que lleva intrínsecos. La mujer que sufre la interrupción de uno o más embarazos se siente frustrada en sus anhelos de maternidad, máxime si no tiene ningún hijo.

Esta situación se acrecenta considerablemente cuando el aborto se presenta tres o más veces en forma consecutiva y tanto el sufrimiento físico como el desvanecimiento de su ilusión por ser madre puede llevar a la mujer a un estado de angustia que repercute en su medio social y familiar y que no en pocas ocasiones puede ser motivo de distanciamiento conyugal.

Por tal motivo diremos que e l aborto habitual es una patología ginecológica bien definida en el contexto de infertilidad, su dimensión etiológica cubre un espectro clínico complejo y diversificado que ha motivado avances importantes en su manejo diagnóstico y terapéutico.

ANTECEDENTES HISTORICOS

En el aborto como fenómeno médico social se hace indispensable la reseña, aunque sea somera, de la evolución de las actitudes de los grupos humanos hacia el mismo a través de los últimos años y en los diversos países.

En el transcurso de la historia la situación de la humanidad ha sido tan lábil, a merced de las pestes, el hambre y las guerras, que los guías y conductores, fueron líderes individuales o instituciones y enfatizaron la alta fertilidad como algo absolutamente necesario para asegurar la supervivencia de la especie.

La dignidad fue atribuida a familias numerosas, la fertilidad endiosada como bien supremo y la falta de hijos enjuiciada como un factor negativo y un signo de menos precio, la razón del prestigio de la familia numerosa.

En ese clima físico social, las mujeres estaban dedicadas a engendrar, tuvieron junto a la noble función de procrear sólo funciones internas en la familia y una total dependencia, la mujer ignorante y limitada a engendrar hijos, ocupó en la sociedad tradicional un lugar secundario.

Cuando la revolución industrial cambió las relaciones entre el trabajo y el capital, las superestructuras comenzaron a modificarse unas tras otras dando lugar a nuevas pautas de comportamiento. Fundamentalmente cambiaron las condiciones de vida de la mujer, ésta asumió funciones nuevas en la sociedad, accedió a las diversas fuentes de trabajo y de estudio, se independizó económicamente, también a los hijos se les reconocieron derechos.

En primer lugar el de recibir una educación e instrucción de acuerdo con la calidad exigida por el trabajo altamente tecnificado en nuestros días.

Es así como la sociedad moderna ha creado nuevos valores; para servir a los mismos es necesario que la familia sea pequeña.

Pareciera ser que cuando un grupo humano llega a cierto grado de civilización, automáticamente las familias sientan la necesidad de limitar el número de hijos.

El control de la natalidad surge, entonces, como una necesidad social, se trata de una necesidad que impera no sólo en el seno de los matrimonios sino también en toda situación de pareja. Es indispensable reconocer la existencia de una revolución sexual; siempre hubo relaciones sexuales prematrimoniales pero lo que da carácter al cambio de la moral sexual es la generalización de aquellas y su admisibilidad social. De hecho, en la intimidad se acepta una vida sexual previa al matrimonio, es decir anterior a la constitución del hogar, instrumento necesario para la recepción y educación de los hijos.

El cambio entraña, por consiguiente, la distinción entre vida sexual y procreación, siendo legítimo ejercer la primera independientemente de la segunda.

Cuando las parejas no tienen asesoramiento en anticoncepción y la gran mayoría carece de tal conocimiento, la necesidad de evitar el hijo termina en aborto.

El aborto como toda pérdida es un duelo, pero un duelo agravado porque no se trata sólo de una pérdida de objeto sino también de importantes partes del yo corporal y psicológico.

Además, el duelo del aborto es a menudo un duelo patológico (que perturba naturalmente el proceso normal de elaboración y superación del mismo). Así hablamos de aborto habitual, ya que poco hay escrito a este respecto, ya que sólo se encontró una referencia, que habla de esta entidad, "Curiosa", sospechada

y tratada sin éxito desde los tiempos de Hipócrates al parecer como otras enfermedades, fue olvidada por algunos siglos, hasta que Dovay en 1938, Palmer de Francia en 1948, y Lash de Estados Unidos de América en 1950, Shirodkar de la India en 1955 llamaron nuevamente la atención sobre el problema.

Cabe decir que estos autores, en sus trabajos solamente se refieren a un determinado factor etiológico, pero sabemos que no sólo es uno sino múltiples factores los que causan el cuadro clínico.

ABORTO DEFINICIÓN:

El Aborto se define como la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal.

En un principio el concepto resulta claro, sin embargo, la mayor dificultad reside en la definición de viabilidad fetal, dado que el pronóstico de supervivencia ha variado sensiblemente en los últimos años.

Clásicamente, el límite de la viabilidad se colocó en 28 semanas ó 1000 gr. de peso. En 1950, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sistematizó la clasificación de las pérdidas reproductoras o fetales con fines estadísticos comparativos en 4 grupos:

- 1.- Pérdida fetal precoz: antes de las 20 semanas ó 400 gr. de peso.
- 2.- Pérdida fetal intermedia: entre las 20 y 28 semanas ó 1000 gr. de peso.
- 3.- Pérdida fetal tardía: después de las 28 semanas,
- 4.- Pérdida fetal indeterminada.

Posteriormente también la OMS definió el aborto como la expulsión del concepto antes de las 20 semanas, distinguiendo entre aborto precoz, antes de las 12 semanas, y aborto tardío, entre las 12 y 20 semanas.

Sin embargo, el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), en su reunión de Moscú de 1973, estableció el concepto de parto cuando naciese un feto pesando 500 gr. ó más (ó 22 semanas o más, si no se conoce el peso), y consiguientemente, el aborto quedó definido por la expulsión de un feto que pesase menos de 500 gr. y/o antes de las 22 semanas cumplidas.

La OMS en 1977 también lo definió así, aunque señala 20-22 semanas, y en gran parte de la literatura obstétrica se señala el límite cronológico de las 20 semanas. Antes de ese tiempo y peso fetal es excepcional la viabilidad extrauterina.

Por tanto, en conclusión, **actualmente se define el aborto** como la interrupción del embarazo o pérdida del concepto antes de alcanzar los 500 gr., o las 22 semanas de gestación (si no se conoce el peso fetal). (1,4,5) Sin embargo, no hay límites definidos para la catalogación como aborto precoz o tardío, y mientras unos señalan 12 semanas, otros se refieren a 14 semanas o a 3 meses de amenorrea.

Ahora el problema se plantea en el límite inferior, ya que hoy día sabemos de muchos embarazos que pasan inadvertidos, que no llegan siquiera a producir retraso menstrual, y cuya expulsión se confunde con la correspondiente menstruación.

En cualquier caso, y a efectos de contabilizar abortabilidad, (entendida como el porcentaje de abortos entre cada 100 embarazos), en general se considera aborto si clínicamente así se comporta.

EPIDEMIOLOGÍA:

La incidencia de interrupciones espontáneas del desarrollo del proceso reproductivo es muy alta, sobre todo cuando se considera desde las etapas más precoces. Se calcula que, teniendo en cuenta los fallos de la fecundación, de cada 100 “embarazos potenciales” tan sólo 31 llegan a término con un feto vivo.

La frecuencia del “aborto”, considerando a éste como la “interrupción espontánea de la gestación antes de que el feto haya alcanzado una edad gestacional que lo haga viable”, depende por tanto del criterio que utilicemos para definir que el embarazo existe. Cuando tan sólo se tienen en cuenta los

embarazos que llegan a la fase de implantación, la frecuencia de aborto es del 30% al 40%, alcanzado el diagnóstico clínico de embarazo, la frecuencia baja al 10%-15%, y si la gestación progresa y se observa un producto vivo, la probabilidad de aborto baja notablemente, hasta llegar a cifras comprendidas entre el 3% y el 4%.

Estas frecuencias dependen del criterio que se utilice, y por ello, si no se especifica claramente, los datos que se muestran en las diversas publicaciones no son comparables.

La información de la frecuencia de interrupciones espontáneas (abortos) a lo largo de la primera mitad de la gestación o a lo largo de todo el embarazo tiene gran importancia para cuantificar el riesgo de pérdida después de la realización de técnicas invasivas (biopsia corial, amniocentesis, funiculocentesis). Este tipo de estudios también consigue evaluar la relevancia de algunos datos clínicos y epidemiológicos. Por ejemplo, no tiene la misma probabilidad de aborto una primigesta que una mujer que ya ha tenido un embarazo normal o las que tienen el antecedente de uno, dos, tres o cuatro abortos. También la edad materna (superior a 35 ó 40 años) tiene un efecto negativo sobre la probabilidad de aborto. La presencia de circunstancias clínicas, como la hemorragia uterina (amenaza de aborto), supone de la misma forma un aumento del riesgo de aborto.

Cuando el embrión está vivo entre la octava y la 12ª semana, la tasa de aborto hasta la semana 20ª es de tan sólo el 2%. Sin embargo, Rempen cuando encuentra latido cardiaco entre la quinta y la 13ª semana, comunica una tasa de abortos del 8.6%; cuando el latido cardiaco ha sido detectado

antes de la novena semana, el grupo presenta una tasa de abortos superior, del 12.5%. Además, comprueba que si la mujer tiene más de 34 años, la frecuencia asciende al 15,5%, y si existe hemorragia vaginal, al 16.3%.

Levi y Cols encuentran una tasa de abortos del 24% cuando existe latido cardiaco positivo pero el embrión tiene una longitud coronilla-nalgas (CRL) menor de 5mm.

Pandya y cols., en exploraciones realizadas entre la décima y la 13ª semana, observan un 2.8% de embarazos interrumpidos. El 52.5% correspondían a abortos diferidos, y el 37.5% a huevos vacíos (hueros). También hallan asociación significativa con la edad materna y el antecedente de hemorragia vaginal.

Por último, Goldstein y Cols presentan sus datos con gran aplicabilidad clínica, ya que permiten conocer la probabilidad de aborto en función de los hallazgos ecográficos, como se muestra en la Tabla 1.

PROBABILIDAD DE ABORTO ESPONTÁNEO EN FUNCIÓN DE LOS HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

Estructura visualizada	Probabilidad de aborto
Saco gestacional	11.5%
Vesícula vitelina	8.5%
Embrión CRL menor de 5mm	7.2%
Embrión CRL 6-10 mm	3.3%

FACTORES DE RIESGO:

Basándose en estudios poblacionales se ha tratado de relacionar qué factores pueden influir negativamente sobre la gestación produciendo un incremento de la ya de por sí elevada incidencia de aborto espontáneo.

Dentro de los factores estudiados destacan los siguientes:

Edad materna: En un estudio amplio se ha observado que el riesgo de presentar un aborto se incrementa a medida que aumenta la edad materna (11); el riesgo de aborto para mujeres entre 12 y 19 años era del 13.3 %, frente al 51 % en mujeres entre 40 y 44 años. El factor que influye de manera más determinante en el incremento del riesgo es la calidad de los ovocitos, que empeora con la edad materna y condiciona un aumento de la frecuencia de alteraciones cromosómicas.

Adicionalmente, dado que los fetos con defectos cromosómicos es más probable que mueran en el útero que los fetos normales, el riesgo disminuye con la gestación.

Durante la última década, con la introducción de la bioquímica del suero materno y el screening ecográfico de los defectos cromosómicos en diferentes etapas del embarazo, se ha hecho necesario establecer el riesgo específico para cada anomalía cromosómica según la edad materna y la edad gestacional.

Tales estimaciones se derivan, por ejemplo, de comparar la prevalencia de nacimiento de trisomía 21 con la prevalencia en mujeres a las que se les ha realizado amniocentesis en 2º trimestre o biopsia corial en 1º trimestre (Tabla2)

1. Riesgo de Trisomía 21 en relación a edad y edad gestacional.

Ultrasound Obstet Gynecol 2003; 21: 313-321.

<i>Edad materna</i>	<i>12 sg</i>	<i>16 sg</i>	<i>20sg</i>	<i>40 sg</i>
20	1/1068	1/1200	1/1295	1/1527
25	1/946	1/1062	1/1147	1/1352
30	1/626	1/703	1/759	1/895
31	1/543	1/610	1/658	1/776
32	1/461	1/518	1/559	1/659
33	1/383	1/430	1/464	1/547
34	1/312	1/350	1/378	1/446
35	1/249	1/280	1/302	1/356
36	1/196	1/220	1/238	1/280
37	1/152	1/171	1/185	1/218
38	1/117	1/131	1/142	1/167
39	1/89	1/100	1/108	1/128
40	1/68	1/76	1/82	1/97
41	1/51	1/57	1/62	1/73
42	1/38	1/43	1/46	1/55
43	1/29	1/32	1/35	1/41
44	1/21	1/24	1/26	1/30
45	1/16	1/18	1/19	1/23

Tabla 2. Riesgo de trisomía 21 en relación a edad materna y edad gestacional

En dicha tabla podemos observar cómo el riesgo de síndrome de Down se incrementa con la edad materna y decrece con la edad de embarazo.

La tasa de muerte fetal en la trisomía 21 entre las 12 semanas (cuando se lleva a cabo el screening de translucencia nuchal (NT)) y el término es el 30 %, y entre las 16 semanas (cuando se lleva a cabo el estudio bioquímico del suero materno en el 2º trimestre o el screening ecográfico del 2º trimestre y el término), es del 20 %.

El riesgo de trisomía 18 y 13 también aumenta con la edad materna y disminuye con la edad gestacional. La tasa de mortalidad intrauterina entre la 12 y 40 semanas es de alrededor del 80 %. Tabla 3

2. Riesgo de T18 o T13 (1/numero de la tabla) en relación a la edad y edad gestacional. *Ultrasound Obstet Gynecol 2003; 21: 313-321.*

Edad materna	12 sg	16 sg	20 sg	40 sg
20	1886	2709	4897	18013
25	1670	2399	4336	15951
30	1105	1587	2869	10554
31	959	1377	2490	9160
32	814	1169	2114	7775
33	676	971	1755	6458
34	550	790	1429	5256
35	440	632	1142	4202
36	346	497	899	3307
37	269	386	698	2569
38	207	297	537	1974
39	158	226	409	1505
40	119	171	310	1139
41	90	129	233	858
42	68	97	175	644

Tabla 3. Riesgo de T18 o T13 en relación a la relación a la edad materna y edad gestacional

El síndrome de Turner es debido normalmente a la pérdida del cromosoma X paterno y, como consecuencia, la concepción de embriones 45, X, a diferencia de las trisomías, no está relacionada con la edad materna. La prevalencia es alrededor de 1 sobre 1500 a las 12 semanas, 1 en 3000 a las 20 semanas y 1 sobre 4000 a las 40 semanas.

Para las otras anomalías de los cromosomas sexuales (47, XXX, 47, XXY y 47 XYY), no hay cambios significativos con la edad materna y ya que la tasa de mortalidad intrauterina no es más alta que en fetos cromosómicamente normales, la prevalencia total (aproximadamente 1 de cada 500), no disminuye con la edad gestacional.

La poliploidía afecta sobre el 2 % de los embarazos reconocidos, pero es altamente letal y por ello raramente se observa en nacidos vivos. La

prevalencia a las 12 y 20 semanas es de alrededor de 2 por cada 2000 y 1 por cada 250.000, respectivamente.

A principios de 1970, aproximadamente el 5% de las mujeres embarazadas tenían 35 años o más, y este grupo contenía sobre el 30% del número total de los fetos con trisomía 21. Por lo tanto, el screening basado sólo en la edad materna, con un punto de corte en 35 años para definir el grupo de alto riesgo, estaba asociado con una tasa de falsos positivos del 5%, (porque la gran mayoría de los fetos en este grupo son normales), y una tasa de detección del 30%. En los años siguientes, en los países desarrollados ha habido una tendencia generalizada de las mujeres a quedarse embarazadas con más edad, así que ahora, el 15% de las mujeres embarazadas tienen 35 años o más, y este grupo contiene sobre el 50% del total de fetos con trisomía 21.

Pues bien, se ha visto que para el cálculo del riesgo específico individual de cada paciente es necesario tener en cuenta el riesgo de fondo (que depende de la edad materna y de la edad gestacional), pero no es suficiente, sino que dicho riesgo hay que multiplicarlo por una serie de factores, que a su vez dependen de resultados de hallazgos ecográficos y exámenes bioquímicos del suero materno llevados a cabo durante el curso del embarazo.

Cada vez que un test se lleva a cabo, el riesgo de base es multiplicado por el factor resultante de dicho test para calcular un nuevo riesgo, el cual se convierte en el riesgo de base para el siguiente test. Este proceso se llama screening secuencial.

Edad paterna: Varios estudios han mostrado un incremento del riesgo de aborto espontáneo en mujeres con ≥ 35 años, pero es que si además se tiene en cuenta la edad paterna, se ha visto que si el hombre tiene ≥ 40 años, la edad materna comienza a tener un efecto negativo antes, desde los 30 años; y en el caso de que la mujer tenga ya 35 años o más, si el hombre tiene ≥ 40 años, el aumento del riesgo de interrupción espontánea de la gestación es mucho mayor. En definitiva, se ha encontrado un claro efecto negativo de la edad paterna después de los 40 años.

Mediante la investigación con técnicas fluorescentes de hibridación in-situ se ha sugerido que la probabilidad de producir embriones aneuploides es más alta para los padres mayores (≥ 50 años) que para los más jóvenes (< 30 años) (30). Un análisis reciente comparando hombres con una edad comprendida entre 23 y 39 años, con hombres de 59-74 años de edad, también concluyó que hay más frecuencia de aberraciones cromosómicas en los espermatozoides de los hombres mayores, especialmente aquellas ligadas a nuevas mutaciones dominantes.

Retraso en la concepción: Se ha observado que el riesgo de aborto espontáneo es más alto en parejas que tardan ≥ 6 meses en concebir. Varios estudios han documentado esta relación entre un largo tiempo requerido para conseguir embarazo y un riesgo más alto de fracaso de la gestación, relación que puede ser debida en parte a una asociación con abortos subclínicos que pueden constituir un factor importante en el tiempo de concepción declarado por la mujer.

Estrés: Clásicamente se ha relacionado el estrés en la mujer como factor que puede actuar negativamente en la gestación. En un estudio prospectivo sobre 336 mujeres en las cuales se determinó el estrés mediante tres tests diferentes y la determinación de cortisol sanguíneo, no se observó que incrementara el riesgo de aborto espontáneo.

Tabaco: Aunque existen estudios que habían relacionado el tabaco como un factor de riesgo de aborto, se ha discutido su metodología, y estudios recientes no confirman esta asociación, incluso en gestantes que fuman 20 cigarrillos o más.

Alcohol: Existen indicios en estudios realizados sobre un número amplio de gestantes con embarazo único (24.679) que indican que un consumo de cinco o más bebidas alcohólicas por semana durante la gestación puede incrementar el riesgo de aborto espontáneo en el primer trimestre. Sin embargo, es común en este tipo de estudios que el consumo de alcohol pueda estar infra estimado porque la paciente no reconoce la cantidad consumida.

Armstrong y col. calcularon que el riesgo de abortos aumentaba un promedio de 1,3 por cada día en que se bebiera. En cambio, Cavallo y col. en un trabajo prospectivo con 564 mujeres, comunicó que un bajo nivel de consumo durante el embarazo no se asociaba con riesgo significativo de aborto.

Cafeína: En un estudio de casos y controles reciente realizado sobre 1.168 mujeres embarazadas, se observó que el consumo de 375 mg o más de cafeína por día durante la gestación se asociaba a un incremento, con

significación estadística, del riesgo de aborto espontáneo. Se ha podido comprobar además que es un factor de riesgo independiente de aborto no asociado a otros hábitos que con frecuencia se relacionan con el consumo de café, como el tabaco y el alcohol.

Anticonceptivos

Es más, se ha observado tasas más bajas de aborto espontáneo conforme aumenta el tiempo de uso de la píldora. El punto de corte para este efecto positivo parece ser 9 años. El empleo de anticonceptivos orales durante ≥ 9 años se asocia con una tasa de aborto espontáneo de 11,3%, la cual constituye alrededor de la mitad de la tasa (23%) que se encuentra en parejas que nunca han usado la píldora. Sin embargo, el efecto de la toma de ACOs se relacionó con la edad de la mujer, y se vio que cuando la edad se examina como un factor independiente, la disminución de la tasa de fracaso espontáneo de la gestación es estadísticamente significativa sólo en mujeres > 30 años, en las que dicha tasa se reduce de un 28% a un 7%.

Dado que la aneuploidía en humanos probablemente ocurre como un resultado directo o indirecto de la depleción de folículos, para explicar este efecto positivo se ha propuesto que el empleo a largo plazo de ACOs protege contra el aborto debido a la aneuploidía, por la preservación del número de folículos.

Por otro lado, los dispositivos intrauterinos (DIU) se asocian con un aumento de la incidencia de abortos sépticos después de un fracaso en la anticoncepción.

Toxinas ambientales: En algunos trabajos no se observó aumento de la tasa de abortos. Roland y col. (1995) comunicaron un aumento del riesgo de aborto espontáneo entre las asistentes de dentistas expuestas al óxido nitroso durante tres o más horas en consultorios sin equipo de ventilación, aunque esto no sucedía en consultorios que utilizaban este equipo.

En un metaanálisis se llegó a la conclusión de que las mujeres que por su profesión se exponían a gases anestésicos tenían un aumento de riesgo de aborto espontáneo, aunque la información era de una época en que todavía no se empleaba ventilación.

En la mayor parte de los casos, existe poca información que acuse a algún agente ambiental específico; sin embargo, existe evidencia que involucra al arsénico, al plomo, al formaldehído, al benceno y al óxido de etileno como causas de abortos.

Las terminales de video y la exposición a los campos magnéticos acompañantes no aumentan el riesgo de aborto.

Las ondas cortas y el ultrasonido tampoco aumentan el riesgo (Taskinen y col., 1990).

Radiación: En dosis suficientes, la radiación es un reconocido abortivo. No se conoce la dosis precisa en los seres humanos.

Es interesante resaltar en este epígrafe que no debe indicarse el aborto terapéutico debido a la exposición fetal a un procedimiento de radiografía simple.

De acuerdo con el American Collage of Radiology, ningún procedimiento diagnóstico único produce una dosis de radiación bastante significativa como para amenazar el bienestar del embrión y del feto en desarrollo.

Aborto inducido previo: Series de casos descriptivos han sugerido una potente asociación entre aborto inducido y aborto espontáneo. Esto también ha sido investigado en estudios epidemiológicos, pero con resultados conflictivos.

Algunos estudios no muestran asociación, pero otros sugieren un aumento del riesgo de aborto espontáneo después de uno inducido.

Se tienen en cuenta circunstancias como que los abortos inducidos pueden causar cambios endometriales que, de camino, pueden favorecer el fracaso espontáneo del embarazo; adicionalmente, las técnicas quirúrgicas empleadas para el aborto inducido pueden lesionar el cérvix.

La mayoría de los estudios epidemiológicos datan desde 1970 a principios de 1980, y lo cierto es que desde entonces, las técnicas usadas para interrumpir los embarazos han cambiado, y la proporción de abortos ilegales (generalmente llevados a cabo en condiciones inseguras) ha disminuido en casi todos los países.

Pues bien, basándonos en un amplio estudio de casos-contróles llevado a cabo en Italia, se ha visto que no existe una clara relación entre el aborto espontáneo y el aborto inducido. Igualmente, no se ha constatado asociación entre el tiempo transcurrido desde el último así como la edad en el momento del primer aborto inducido y el riesgo de aborto espontáneo.

Embarazo previo cromosómicamente anormal: El riesgo de trisomía en mujeres que han tenido un feto previo o un niño con una trisomía, es más alto que el esperado en base a su edad solamente. En un estudio de 2054 mujeres que tuvieron un embarazo previo con trisomía 21, se encontró que el riesgo de recurrencia en el embarazo siguiente fue 0.75% más alto que el riesgo de trisomía 21 relacionado con la edad materna y gestacional en el momento del examen.

Por lo tanto, para una mujer de 35 años que ha tenido un niño previo con trisomía 21, el riesgo a las 12 semanas de gestación aumenta de 1/249 (0.40%)- como ilustramos en la tabla 9- a 1/87 (1.15%), y para una mujer de 25 años, de 1/946 (0.106%) a 1/117 (0.856%).

En 750 mujeres que tuvieron un embarazo previo con trisomía 18, el riesgo de recurrencia de trisomía 18 en el embarazo siguiente fue también alrededor del 0.75% más alto que el riesgo de trisomía 18 relacionado con la edad materna y gestacional. El riesgo de trisomía 21 en esas mujeres no se incrementó; por lo tanto, el riesgo de recurrencia es específico de la anomalía cromosómica. En efecto, es improbable que la presencia de una clase determinada de anomalía cromosómica pudiera asociarse con un aumento del riesgo de otra clase distinta de anomalía, ya que están implicados en su producción distintos mecanismos (no-disyunción para la trisomía, retraso de la anafase para la monosomía X, dispermia en la triploidía y fallo de la mitosis para la tetraploidía).

Anticuerpos anticardiolipina: La asociación entre anticuerpo anticardiolipina (ACA) y síndrome de anticuerpos antifosfolípido es muy

evidente. En los estudios sobre el papel de los fenómenos autoinmunes en la pérdida gestacional recurrente, los antifosfolípidos parecen ser los mejores marcadores de las pacientes en riesgo. Se estima que del 12 al 15% de las mujeres con abortos recurrentes tienen elevados valores de anticuerpo anticardiolipina y/o actividad anticoagulante lúpica.

Los mecanismos mediante los que los mayores valores de anticuerpo o actividad aumentan el riesgo de aborto espontáneo no están definitivamente demostrados. Sin embargo, se especula que la fijación del anticuerpo a los fosfolípidos reduce la producción de prostaciclina, provocando un exceso relativo de tromboxano y desembocando en la trombosis de las arterias espirales que brindan circulación a la placenta. De esta manera, el feto fallece por insuficiencia placentaria (las pérdidas fetales en las pacientes con anticuerpo anticardiolipina se producen a una edad gestacional mucho más tardía que en las que carecen de dicho anticuerpo).

El tratamiento con corticosteroides o heparina y/o aspirina produce una tasa de nacidos vivos del 80% en los embarazos posteriores. Aunque ningún estudio prospectivo, de distribución al azar haya demostrado que este tratamiento es superior al placebo, suele utilizarse.

Hiperhomocisteinemia: La homocisteína es un aminoácido esencial que proviene de la metionina de las proteínas dietéticas. Su aumento en sangre (hiperhomocisteinemia) produce alteraciones trombóticas y arterioscleróticas, considerándose un factor de riesgo independiente de infartos de miocardio, accidentes isquémicos cerebrales y tromboembolismos sistémicos.

La hiperhomocisteinemia se relaciona también con complicaciones obstétricas:

- En el primer trimestre: defectos del tubo neural, abortos de repetición.
- En el segundo y tercer trimestre: CIR, desprendimiento prematuro de placenta y pre eclampsia.

En cuanto a la patogenia de estas alteraciones, se sabe que la hiperhomocisteinemia provoca alteraciones vasculares con procesos de trombosis y un efecto embriotóxico que provoca las malformaciones como la espina bífida.

Es importante conocer el ciclo metabólico de la homocisteína para entender cómo actúan otros metabolitos y cofactores que también están implicados en el desarrollo de las lesiones vasculares.

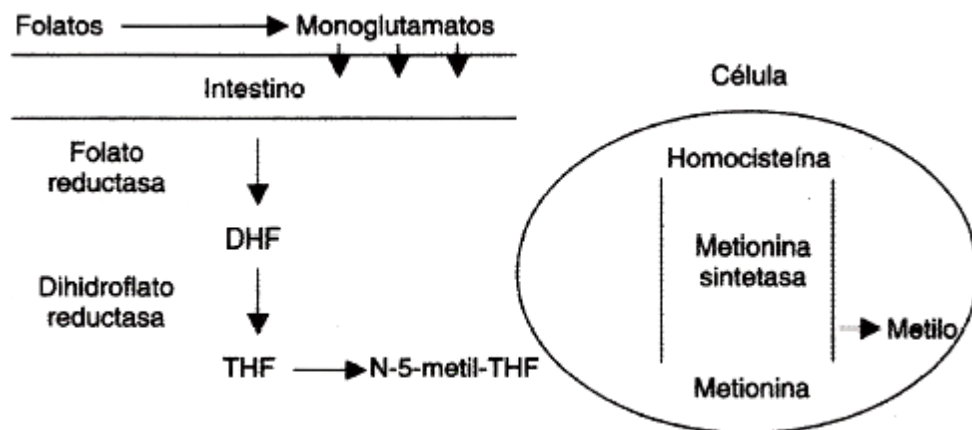


Fig. 1. Ciclo metabólico de la homocisteína.

Tras transformarse la metionina en homocisteína, ésta última se metaboliza de nuevo en metionina mediante la ruta de re metilación, donde actúan como cofactores B12 y ácido fólico. O bien, la homocisteína se transforma en

cisteína a través de la ruta de transulfuración, donde participa como cofactor B6.

De esta manera, ante un déficit de alguna de las vitaminas B12, B6, ácido fólico o un defecto enzimático, la homocisteína no puede metabolizarse y se acumulará provocando hiperhomocisteinemia. De ahí la relación del ácido fólico con la hiperhomocisteinemia, dando lugar también, a través de este mecanismo, a todas las alteraciones obstétricas señaladas.

Función fibrinolítica alterada

Pese a que los resultados de estos dos trabajos indican que un cierto porcentaje de mujeres con pérdidas gestacionales recurrentes padecen un error congénito del metabolismo que implica al metabolismo de la metionina-homocisteína o una función fibrinolítica alterada, deben realizarse estudios de investigación adicionales para confirmar estos hallazgos antes de que se empleen las pruebas diagnósticas para identificar estas dos alteraciones en el marco clínico. Así mismo, también es prematuro utilizar ácido fólico o agentes fibrinolíticos como tratamiento de las mujeres con pérdidas gestacionales recurrentes.

Anticuerpos antitrofoblasto: Como ya se ha comentado anteriormente, las mujeres cuyos sueros contienen anticuerpos anticardiolipina (ACA) corren mayor riesgo de pérdida fetal, aunque muchas mujeres con ACA tienen embarazos normales. No se ha demostrado que el anticuerpo anticardiolipina sea un predictor independiente de la pérdida fetal. Factores distintos, o adicionales al ACA pueden contribuir a la muerte fetal. Así, se comprobó la hipótesis según la cual los sueros de algunas pacientes con pérdida fetal

asociada al anticuerpo anticardiolipina podrían contener anticuerpos reactivos con el trofoblasto potencialmente capaces de alterar las actividades relacionadas con el trofoblasto, como el establecimiento de la vascularización útero-placentaria y el mantenimiento de la fluidez de la sangre placentaria durante el embarazo, pudiendo ser ésta la causa de la muerte fetal precoz.

Se necesitan otros estudios para confirmar este hallazgo y determinar si estos anticuerpos se encuentran también en mujeres con aborto recurrente que no presenten valores elevados de anticuerpos anticardiolipina. Una mayor caracterización de los anticuerpos antitrofoblasto en las mujeres con aborto recurrente puede conducir a un tratamiento adicional eficaz de esta alteración.

Anticuerpos anti tiroideos: La presencia de anticuerpos anti tiroideos en la mujer eutiroidea no embarazada con historia de aborto recurrente representa un marcador de riesgo de otra pérdida gestacional en el siguiente embarazo. Dado que los auto anticuerpos específicos del órgano muestran un significado pronóstico similar al de los auto anticuerpos no específicos de órgano, es tentador especular que las anomalías de auto anticuerpos periféricos en las abortadoras habituales pueden reflejar un defecto subyacente del linfocito T que puede ser responsable de la pérdida gestacional.

El hallazgo de estos anticuerpos no es específico de aborto en el siguiente embarazo, ya que alrededor de 1 de cada 5 mujeres que no abortaron en el siguiente embarazo también tuvo valores elevados de los mismos.

No hay pruebas de que el tratamiento de las mujeres que presentan estos anticuerpos con hormona tiroidea y/o corticosteroides mejorará el resultado gestacional. Por lo tanto, no se ha definido el valor de realizar determinaciones de este anticuerpo en las mujeres con aborto recurrente.

Antígenos de histocompatibilidad: Todavía no se ha determinado el papel del antígeno leucocitario de histocompatibilidad (HLA) en la inmunología de la reproducción. No se ha demostrado si las parejas con los mismos antígenos HLA forman parte de un subgrupo etiológico distinto de parejas que experimentan aborto recurrente. Además, todavía se desconoce si compartir un antígeno tiene algún valor pronóstico para determinar el resultado del embarazo.

Los resultados de la inmunoterapia leucocitaria paterna no han ofrecido beneficios en varios ensayos clínicos prospectivos de distribución al azar. La incidencia de embarazos viables tras la inmunoterapia en las parejas que comparten al menos un antígeno HLA-DR no es significativamente mejor que al administrar la inmunoterapia a las parejas que no compartían antígeno HLA-DR alguno. Por lo tanto, el compartir el antígeno leucocitario de histocompatibilidad no parece ser causa de aborto recurrente y/o constituir indicación para la inmunoterapia leucocitaria paterna.

MORBI- MORTALIDAD MATERNA:

El aborto espontáneo clínico se produce en el 10-20% de los embarazos y el preclínico puede llegar hasta el 50-60% en mujeres tratadas en las unidades de reproducción asistida.

De 1000 concepciones, aproximadamente 300 finalizarán antes de la llegada de la primera menstruación y pasarán totalmente desapercibidas por la mujer (aborto preclínico), unas 150 lo harán durante el período embrionario y alrededor de 50 durante el período fetal hasta las 22 semanas. Por lo tanto, del total de las concepciones tan sólo se lograrán 500 recién nacidos vivos.

De esto se puede deducir que el aborto espontáneo es un proceso médico que se presenta con una alta frecuencia.

También hay aproximadamente 46 millones de abortos inducidos por todo el mundo cada año, una proporción de los cuales serán incompletos.

Adicionalmente, de esos 46 millones de abortos provocados, 27 millones suceden legalmente, y 19 millones fuera del marco de la ley (“inseguros”).

(Sharing responsibility: women, society abortion worldwide. New Cork, the Alan Guttmacher Institute, 1999.) Los abortos provocados “inseguros” se asocian con una alta morbilidad y mortalidad, en gran parte, porque una proporción significativa no se realizan de forma completa. Estos abortos “inseguros” conducen a 67.900 muertes maternas por año, y a la presencia frecuente de una alta morbilidad. El principal peligro del aborto incompleto no infectado es el shock hipovolémico, seguido de muerte en casos de hemorragias profusas.

Esto sucede porque estos abortos se producen con mayor frecuencia en aquellos lugares donde las leyes del aborto son más restrictivas o en sitios donde la falta de recursos lleva a las mujeres a auto inducírseles o a solicitar servicios de profesionales menos cualificados.

Los abortos “inseguros” ocurren desproporcionadamente en países con pocos recursos, y constituyen un importante problema de salud pública; de hecho, en países menos desarrollados, las muertes atribuibles al aborto pueden llegar a constituir entre el 22 y el 56% de todas las muertes maternas directas.

En centros sanitarios de países desarrollados la tasa de mortalidad del aborto (incluyendo abortos espontáneos y abortos inducidos) es del 0,5/100.000, y tanto la morbilidad (complicaciones como la enfermedad inflamatoria pélvica, dolor pélvico crónico, trauma genital o a veces infertilidad) así como la mortalidad, aumentan con la edad gestacional y lo invasivo del procedimiento. Entre las causas de muerte se incluyen la infección, la hemorragia, el embolismo pulmonar, las complicaciones anestésicas y el embolismo de líquido amniótico.

FACTORES ETIOPATOGÉNICOS:

Los mecanismos exactos responsables del aborto no siempre son evidentes. Durante los primeros meses de embarazo, se observa cómo la expulsión espontánea del huevo casi siempre se produce después de la muerte del embrión o del feto; (entendemos por embrión el nuevo ser desde el día 20 al 50 post-fecundación y en el que tiene lugar la organogénesis; y por feto al

mismo pero a partir de los 50 días, 8ª semana, caracterizándose fundamentalmente por la intensa actividad de crecimiento).

Conocer la etiología del aborto temprano, entendido como la pérdida del producto de la concepción antes de la 12 semana, no siempre es posible.

Una vez superadas esas semanas, el feto no suele morir dentro del útero antes de su expulsión, y deben buscarse explicaciones para dicho suceso.

Las causas de aborto pueden ser divididas en dos grupos fundamentales:

- Causas ovulares.

- Causas maternas.

A su vez, en cada uno de estos grupos es posible identificar a diferentes factores involucrados

Causas ovulares, huevos abortivos:

Se refieren a las anomalías que afectan al embrión y/o la placenta y que pueden influir negativamente en el desarrollo de la gestación. Es el factor que se asocia con más frecuencia al aborto espontáneo (76 % de los casos).

Podemos diferenciar las siguientes alteraciones dentro de este apartado:

- Anomalías cromosómicas.

- Anomalías genéticas.

- Alteraciones del desarrollo del embrión y la placenta.

1. Anomalías cromosómicas:

Se estima que entre el 40 y el 60 % de los abortos espontáneos presentan alteraciones cromosómicas incompatibles con la vida (18), aunque no es fácil establecer este porcentaje con seguridad ya que es relativamente frecuente

que entre los restos abortivos no se encuentre tejido embrionario. Se observa hasta un 50% (79,80) de alteraciones cromosómicas en las primeras semanas de gestación, sobre todo entre la octava y undécima semana.

La mayoría de las cromosomopatías se deben a errores durante la meiosis del ovocito, especialmente en la primera división meiótica, siendo las más comunes las trisomías con un 52 % de los casos (tabla 4):

Alteración cromosómica	Frecuencia aproximada sobre el total de cromosomopatías (%)
Trisomías	52
Triploidías	20
XO	15
Tetraploidías	6
<i>Dobles trisomías</i>	2
<i>Mosaicos</i>	1
<i>Translocaciones</i>	4

2. Causas maternas:

Son las que se han estudiado más intensamente, ya que, a diferencia de las ovulares, en las que no podemos realizar ninguna acción para prevenirlas, si se detectan previamente, podemos actuar para disminuir el riesgo de que el aborto espontáneo se presente o se repita. Podemos clasificarlas en:

- Causas uterinas: malformaciones, mal posiciones, incompetencia cervical, miomas.
- Causas inmunológicas: factores autoinmunes, factores aloinmunes.
- Trombofilias.
- Causas endocrinas: hipotiroidismo, diabetes, insuficiencia de la fase lútea, síndrome de ovario poliquístico, hiperprolactinemia.
- Infecciones.
- Traumatismos.
- Otros factores: amniocentesis, enfermedades crónicas debilitantes, cirugía, factores psicógenos.

.2.1. Causas uterinas:

a) Malformaciones:

Se deben a defectos congénitos en la formación de los conductos de Müller o en la fusión de éstos; ocurren de forma espontánea, aunque también pueden ser producidas por la exposición intrauterina a dietilestilbestrol.

Durante aproximadamente un cuarto de siglo, hasta principios de la década de 1970, el dietilestilbestrol (DES), un estrógeno sintético no esteroide, fue prescrito en los Estados Unidos a alrededor de 3 millones de embarazadas. Los primeros informes no controlados proclamaron la utilidad de la droga

para tratar el aborto, la preeclampsia, la diabetes y el trabajo de parto pretérmino.

Aparte de su falta de eficacia, el primer problema serio relacionado con su uso fue la detección de adenocarcinomas vaginales de células claras en algunas hijas que estuvieron expuestas in útero. También se han comunicado varias anomalías no neoplásicas de la vagina y el cérvix. Las más frecuentes son la adenosis vaginal y el ectropión cervical. Asimismo se han documentado anomalías estructurales mayores de la vagina, el cérvix, el útero y las trompas de Falopio, que están asociadas con una mayor incidencia de malos resultados reproductivos.

ABORTOS.- TIPOS

El aborto es la más importante de las hemorragias de este período, siguen en su orden el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional

Aborto

Es la terminación de un embarazo antes de la semana 20 de gestación; cuando no se conoce la edad gestacional y el feto pesa menos de 500 grm.

Se caracteriza por hemorragia que se presenta durante la primera mitad de la gestación, acompañada de dolor hipogástrico que aumenta con la evolución de la dilatación del cuello uterino. Es un proceso evolutivo que comienza con la amenaza de aborto y termina con la expulsión parcial o total del contenido uterino.

El diagnóstico se hace por sospecha según historia clínica y los hallazgos al examen pélvico. Los cambios en la actividad uterina, la intensidad de la hemorragia y las modificaciones del cuello uterino determinan la etapa del aborto.

Según la evolución del cuadro clínico se clasifica en amenaza de aborto, aborto incompleto, aborto completo, aborto retenido y pérdida recurrente de la gestación.

Para todas las formas de aborto, se debe ofrecer atención integral que incluya:

- Realización de técnica de evacuación apropiada según el caso (curetaje, aspiración)
- Solicitud de hemo clasificación, hemograma completo y VDRL si no la posee
- Oferta de consejería en planificación familiar y suministro el método seleccionado
- Oferta de Apoyo psicológico
- Estudio y tratamiento de la posible causa del aborto
- Remisión para vacunación contra la rubéola
- Control postaborto

Amenaza de Aborto

Se presenta como una hemorragia escasa de varios días de evolución, con dolor hipogástrico leve o moderado y cuello cerrado.

Su manejo puede ser ambulatorio para lo cual se deben realizar las siguientes actividades

- Solicitar ecografía
- Inducir la sedación
- Ordenar reposo en cama por 48 horas inicialmente
- Explicar la importancia de evitar la actividad sexual
- Hacer tratamiento médico de la causa y .las patologías asociadas
- Realizar control a las 48 horas o antes, si aumentan los signos y síntomas.

Aborto inevitable

El aborto inevitable es aquel que sucede con aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, comienzo de la dilatación del cuello.

Su manejo debe ser hospitalario e incluye las siguientes actividades

- Suspender la vía oral
- Suministrar líquidos endovenosos
- Suministrar sedación y analgésicos
- Hacer evacuación uterina.

Aborto Incompleto

Se caracteriza por sangrado profuso, modificación del cérvix y expulsión de tejidos fetales, placentarios ó líquido amniótico. Su manejo puede ser de corta estancia, (horas) dependiendo de las condiciones de la paciente, e incluye las siguientes actividades:

- Realizar control de signos vitales
- Suspender la vía oral durante 6 horas
- Suministrar líquidos endovenosos
- Suministrar sedación y oxitócicos
- Hacer evacuación uterina.

Aborto Completo

Es el aborto que cursa con la expulsión completa del feto, placenta y membranas, con disminución posterior de la hemorragia y el dolor. Su manejo puede ser ambulatorio y requiere solicitar ecografía preferiblemente transvaginal.

Aborto Retenido

Corresponde al aborto caracterizado por la retención, en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo.

Su manejo debe ser hospitalario e incluye las siguientes actividades:

- Solicitar ecografía.
- Utilizar uterotónicos y hacer evacuación uterina.

Perdida recurrente de la gestación

Se considera pérdida recurrente de la gestación cuando se han presentado dos o más abortos espontáneos y consecutivos. Su manejo debe enfocarse a identificar tratar las causas que lo producen.

Aborto séptico

Aunque en los últimos 20 años, las decisiones médicas y legales han cambiado la práctica y el resultado de la terminación precoz de un embarazo. En los países en vías de desarrollo como el nuestro, el aborto provocado continúa siendo una de las primeras causas de mortalidad materna y esta mortalidad es causada en más de un 65% de los casos por la infección.

Los factores de riesgo para la muerte después de un aborto son: la edad gestacional avanzada, la edad materna avanzada y el método utilizado.

Definición

El aborto séptico es la infección del útero y/o de los anexos, que se presenta después de un aborto espontáneo, terapéutico o inducido. La infección posaborto es un proceso ascendente y sus principales causas son:

- Presencia de cervicovaginitis.
- Retención de restos del producto de la concepción, que se sobreinfectan.

- Mala técnica aséptica, produciendo infección al practicar la instrumentación.
- Utilización de elementos contaminados o sustancias tóxicas para interrumpir la gestación.
- Trauma durante el procedimiento operatorio, con perforación del útero y/o de otras estructuras.

Etiología

La infección post-aborto es poli microbiana y mixta, predominan las bacterias anaerobias, como Peptococos, Peptoestreptococos, Bacteriodes sp. y Clostridium sp., también se encuentran cocos Gram positivos como estafilococos y estreptococos y bacilos Gram negativos como E. coli, Proteus s.p. y Klebsiella sp. Estos microorganismos pueden provenir tanto de la flora vaginal de la paciente como de contaminación durante el procedimiento realizado para producir el aborto.

Clasificación

Al igual que en la infección uterina puerperal, se debe realizar un diagnóstico sindromático, que evalúa a la paciente según la respuesta inflamatoria sistémica de la mujer frente a la infección y un diagnóstico topográfico.

- **Sepsis:** Es la presencia de un foco infeccioso y dos o más criterios del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica que incluye:

- Temperatura > 38°C o < 36°C,

- Frecuencia cardiaca > 90lat/min,
- Frecuencia respiratoria > 20/min o PaCO₂ < 32 torr
- Leucocitosis > 15.000 (para el puerperio) o < 4.000 cels/mm³ o la presencia de > 10% de neutrófilos inmaduros (cayados).
- **Choque séptico:** Se define como una hipotensión inducida por sepsis, TA sistólica < 90mmHg, o una disminución de 40 mm. Hg con respecto a la basal, que persiste por más de 1 hora, a pesar de una adecuada resucitación con líquidos, llevando a hipoperfusión sistémica.
- Síndrome de disfunción orgánica múltiple (SDOM): es la presencia de disfunción de dos o más órganos, secundaria a la hipoperfusión y a los mediadores de la sepsis. Las disfunciones más frecuentes son: respiratoria, cardiovascular, renal, hepática, cerebral y de la coagulación.

Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico lo primero que debe hacerse es una historia clínica que permita sospechar un embarazo previo inmediato o el antecedente de un aborto intra o Extra hospitalario.

Los síntomas incluyen fiebre, malestar general, escalofríos, dolor abdominal o pélvico y sangrado genital.

Los hallazgos físicos incluyen:

- Temperatura elevada, taquicardia, polipnea y ocasionalmente hipotensión arterial
- Dolor a la palpación de hipogastrio o de abdomen.
- Al examen pélvico se encuentra salida de sangre o de material ovular fétido o purulento, se pueden observar laceraciones vaginales o cervicales, especialmente en los abortos inducidos.
- El cérvix con frecuencia está abierto y se pueden observar cuerpos extraños como sondas o alambres.
- Al examen bimanual se encuentra útero blando, aumentado de tamaño e hipersensible
- Se pueden detectar masas pélvicas que pueden corresponder a hematomas o abscesos
- Los parámetros cuando están comprometidos por la infección se palpan indurados y dolorosos.

Los hallazgos de laboratorio muestran:

- Cuadro hemático con leucocitosis, desviación a la izquierda y elevación de la VSG.
- Los resultados de los hemocultivos son positivos en un alto porcentaje de casos.

- Las radiografías ayudan a descartar cuerpos extraños o aire subdiafragmático en casos de perforación uterina.

Diagnóstico topográfico:

- Infección limitada al útero
- Solamente compromiso del endometrio
- Compromiso del miometrio
- Infección que se extiende a los anexos y/o parametrios
- Salpingitis: infección de la trompa
- Absceso tubárico o tubo-ovárico: infección en la trompa que forma una colección purulenta, puede involucrar al ovario.
- Celulitis pélvica: infección en los tejidos blandos de la pelvis que rodean la vagina y el útero. Se produce por diseminación linfática. O tromboflebitis pélvica séptica, trombosis infectada en venas pélvicas y/u ováricas.
- Infección que se ha extendido al peritoneo
- Pelvi peritonitis: peritonitis localizada en la pelvis
- Peritonitis: inflamación de todo el peritoneo.

Es importante tener en cuenta que esta clasificación no implica que la infección siempre se disemine en este orden, porque una paciente puede tener salpingitis o pelvi peritonitis, sin haber presentado miometritis. Tampoco

es una clasificación que implique grados de severidad de la enfermedad, porque el IIB puede ser más grave que el IIIA.

Cualquiera de estos diagnósticos topográficos puede acompañarse de sepsis o choque séptico

Tratamiento

En primer lugar, después de tener un diagnóstico sindromático. El tratamiento depende del estado de respuesta inflamatoria y la disfunción orgánica que presente la paciente.

Después de una buena clasificación se deben realizar las siguientes acciones:

- En primer lugar se debe hacer una reanimación hemodinámica de la paciente
- Se deben considerar las pautas de manejo de sepsis que incluyen
 - Administración de líquidos cristaloides,
 - Vigilancia hemodinámica: PVC, de la diuresis, de gases arteriales y venosos.
 - Mantener la diuresis en 1,5 cc/Kg/h., si esto no se logra con los líquidos se deben administrar inotrópicos: dopamina (3-5mg/kg/min) o adrenalina.
- Para el manejo del Choque séptico:

- Recuperar la presión arterial, inicialmente con líquidos y si no se logra suministrar inotrópicos.

- Dar asistencia ventilatoria precoz si hay signos de SDRA como PaO₂/FIO₂ < 17 o infiltrados pulmonares bilaterales en la radiografía de tórax.

- Solicitar interconsulta a la Unidad de cuidados intensivos.

- Para el manejo del Síndrome de Disfunción Orgánica Múltiple:

- Ofrecer manejo particular de cada órgano o sistema que este funcionando mal.

En segundo lugar el tratamiento depende del diagnóstico topográfico. Siempre incluye la utilización de esquemas antibióticos que cubran un amplio espectro, los que se utilizan con mayor frecuencia son:

- Penicilina cristalina 5 millones IV c/4horas + Metronidazol 500 mg VO cada 8 horas. (o IV, si la paciente no tolera la VO).

- Clindamicina 600 mg IV C/6horas + Amino glucósido, gentamicina 240 mg IV C/día o Amikacina 1 g IV C/día

En casos de fracaso con estos esquemas la segunda elección incluye los siguientes:

- Ampicilina/sulbactam 1,5 a 3,0 g IV C/6horas

- Quinolonas IV + Metronizadol o Clindamicina

- Cefalosporinas de segunda o tercera generación + Metronidazol o Clindamicina

En la mayoría de los casos hay retención de restos ovulares, por lo tanto se debe realizar un legrado uterino, en las primeras 8 horas de ingreso de la paciente, pero una hora después de la primera dosis de antibiótico, para evitar una bacteriemia masiva.

La salpingitis responde al manejo antibiótico.

Las pacientes con abscesos tubo-ovárico que no responden a los antibióticos, continúan febriles o que el tamaño de la masa no disminuya, ameritan tratamiento quirúrgico, salpingectomía o salpingooforectomía.

En la celulitis pélvica y en la trombosis de infundíbulos se debe agregar heparina a dosis plenas, por 7 a 10 días.

Si se sospecha trombosis de vena ovárica y la paciente no ha respondido al tratamiento médico es necesario en la laparotomía realizar exploración retroperitoneal de los infundíbulos pélvicos y extracción de estos en su totalidad.

La miometritis, la pelviperitonitis y la peritonitis requieren intervención quirúrgica. En la miometritis se debe realizar histerectomía. En la pelviperitonitis, si no hay miometritis ni abscesos tubo-ováricos y si la paciente tiene alto riesgo de cirugía, se puede realizar una colpotomía o culdotomía, que consiste en realizar una incisión por vía vaginal, en el fondo

de saco posterior hasta el peritoneo, colocar una sonda y drenar la peritonitis pélvica.

En las pacientes que presentan choque séptico, SDOM o sepsis con disfunción orgánica, que persiste por más de 24 horas a pesar del manejo adecuado; se debe sospechar un foco infeccioso que amerita tratamiento quirúrgico. Estas pacientes son llevadas a laparotomía exploratoria, por incisión mediana, para realizar el manejo correspondiente a los hallazgos operatorios.

.Hemorragia vaginal del primer trimestre del embarazo

Durante el primer trimestre del embarazo las hemorragias pueden ser provocadas por las siguientes causas:

• Implantación del embarazo

Puede aparecer dentro de la semana 4 a 7, durante el proceso de implantación del embarazo, una pequeña pérdida amarronada o rosada sin estar acompañada de dolor cólico abdominal. Por lo general desaparece espontáneamente, pero conviene hacer una consulta médica para corroborar que sea esa la causa.

Las causas pueden ser maternas y fetales, siendo las más frecuentes las congénitas. Casi todos los abortos que se producen antes de la semana 8 son producto de huevos aberrantes con anomalías genéticas, debido a un error en la meiosis I o II, bien sea materna o paterna. Existen varias formas

de presentación clínica y las que continúan su evolución terminan en aborto completo o incompleto, el tratamiento en el primer caso es observación y, en el segundo, el vaciamiento uterino. En general el aborto es una entidad clínica que evoluciona sin mayores complicaciones maternas; sin embargo, cuando el aborto es provocado, el riesgo de muerte materna es tan elevado, que en los países donde el aborto es ilegal, constituye la primera causa de muerte materna

- **Cambios hormonales**

Los cambios hormonales del momento en el que deberías estar menstruando, pueden también provocar pequeñas pérdidas por la vagina, a veces similares a la hemorragia menstrual.

- **Hematomas interdeciduotrofoblásticos**

La formación de pequeños lagos sanguíneos entre la superficie del útero y el tejido propio del embarazo, denominados hematomas interdeciduotrofoblásticos, también pueden ser causa de hemorragia, en general sin acompañarse de dolores abdominales. En la mayoría de los casos se reabsorben y desaparecen espontáneamente.

- **Amenaza de aborto**

Menos frecuentes, pero mucho más importantes, son las hemorragias provocadas por la amenaza de aborto, donde generalmente la pérdida

sanguínea es de mayor magnitud y está siempre asociada a dolores cólicos abdominales.

Aborto espontáneo. El sangrado puede ser un signo temprano de aborto o de un embarazo ectópico, sobre todo si viene acompañado de dolor abdominal y cólico. Cerca de un 25% de las embarazadas presentan este sangrado temprano y la mitad de ellas aborta. Pero si usted tiene un ultrasonido que muestra el corazón latiendo del bebé (entre las 7 y las 11 semanas), sus probabilidades de continuar el embarazo y de llevarlo a término son más del 90%.

• **Embarazo ectópico.**-(el huevo se implanta en la trompa de Falopio o fuera del útero y no en el útero)

El embarazo ectópico, o fuera de su ubicación normal dentro del útero, se presenta con escasa pérdida sanguínea pero con dolor importante abdominal, mareos o desmayos y a veces dolores referidos a la zona del hombro.

En el embarazo ectópico la implantación embrionaria ocurre fuera del endometrio que recubre la cavidad uterina. Su frecuencia ha aumentado en los últimos años; sin embargo, todavía sigue siendo una complicación poco frecuente. La parte más difícil de su manejo la constituye el diagnóstico precoz y, a pesar de la gran cantidad de métodos que existen, todavía hay casos en los que se manifiesta en la forma aguda de hemorragia

intrabdominal que, a menos que se someta a tratamiento quirúrgico de inmediato, puede producir la muerte materna.

Si el diagnóstico es precoz se puede hacer un tratamiento médico basado en metotrexate (MTX) y leucovorina. También se puede hacer un tratamiento quirúrgico conservador por laparotomía o laparoscopia, si se reúnen ciertas condiciones.

El tratamiento con salpingectomía es inevitable en casos en los que el diagnóstico es tardío.

- **Enfermedad trofoblástica gestacional**

También la enfermedad trofoblástica gestacional (mola hidatiforme) es causa de hemorragia, asociada a mucha sintomatología digestiva como las náuseas y vómitos. En este caso, el huevo normal del embarazo está reemplazado por un tejido de crecimiento rápido parecido que ocupa todo el interior del útero.

Como el común denominador de todos estos problemas es la hemorragia genital, es fundamental una consulta inmediata con tu médico, quien deberá determinar cuál de ellos es el que está afectando a tu embarazo y obrar en consecuencia.

Las enfermedades del trofoblasto incluyen un amplio grupo de condiciones benignas o malignas que ocurren en las mujeres en edad reproductiva, en las cuales existe degeneración del tejido derivado del corion con abundante

producción de HCG, cuyo genoma es fundamentalmente paterno y que responden extraordinariamente bien a la quimioterapia. Existen cuatro formas de presentación: la mola hidatidiforme completa, la parcial, el cori carcinoma y el tumor trofoblástico del lecho placentario. El tratamiento consiste en el vaciamiento uterino, seguido de quimioterapia, preferiblemente con MTX. Debido a la posibilidad de recurrencia y de metástasis, la paciente debe evitar el embarazo, por lo menos durante un año, durante el cual la paciente es sometida a un estricto seguimiento para evaluar la evolución de la enfermedad.

El embarazo llamado Molar o Mola hidatiforme. En este caso, el embrión es reemplazado por una degeneración anormal de la placenta, de crecimiento rápido que ocupa todo el interior del útero

- **Infecciones:**

El sangrado también puede ser causado por una infección vaginal (como puede ser una infección por hongos o bacterias) o una enfermedad de transmisión sexual (como una tricomoniasis, gonorrea, chlamydia o herpes) que pueden irritar o inflamar el cuello del útero lo que lo hace susceptible a que sangre después de las relaciones sexuales o de una exploración ginecológica. El cuello uterino también sangra cuando hay un pólipo cervical (tumor benigno).

EVALUACIÓN INICIAL

La paciente que presenta sangrado profuso debe ser clasificada como prioritaria.

Se debe evaluar correctamente la cantidad y el ritmo de la pérdida sanguínea.

Los sangrados en las gestantes pueden ser catastróficos, no siendo siempre evidentes como en hemoperitoneo o hematomas.

Por tanto, en toda paciente que se sospecha un shock hipovolémico se deberá hacer un control regular de presión arterial y pulso.

Será preciso valorar:

- Signos de gravedad: confusión, obnubilación, hipotensión.
- Evaluación inmediata de volumen intravascular y el estado hemodinámico: reevaluación constante de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial.

La hemoglobina y el hematocrito son pobres indicadores para la evaluación precoz del grado de pérdida hemática.

Un súbito aumento del pulso o cambios posturales de la presión arterial son frecuentemente los únicos signos de sangrado interno.

La hipotensión postural (descenso en >10 mm Hg en el paso del decúbito a la bipedestación) indica pérdida hemática moderada (10-20% del volumen circulatorio), y la hipotensión en decúbito denota pérdida grave ($>20\%$).

Según la gravedad se deberá instaurar varias medidas a realizar:

1. Una o dos vías venosas de gran calibre para la instauración de sueroterapia para la pérdida de volemia (1ml de sangre precisa la sustitución de 3 ml de cristaloides).

2. Hemograma completo.
3. Pruebas de coagulación.
4. Grupo y RH.
5. Pruebas cruzadas reservando 4 concentrados de hematíes.

TRATAMIENTO

Cualquier sangrado debe ser evaluado. Si hay amenaza de aborto, siga estrictamente las órdenes. No todos los sangrados vaginales requieren tratamiento

- El sangrado a comienzos del embarazo simplemente necesita reposo en cama para estabilizar el embarazo. Es posible que también le aconseje tomarse unos días libres del trabajo, no estar de pie por mucho tiempo y abstenerse de tener relaciones sexuales.
- Si hay aborto, podría seguir sangrando durante 10 días. Evite el uso de tampones al menos 1 mes después del aborto y espere cuando menos 4 ó 6 ciclos menstruales antes de volver a embarazarse.
- Para un sangrado vaginal causado por placenta previa, la hospitalizará inmediatamente y si el sangrado persiste y ya es viable, se recomienda una cesárea.
- Si el sangrado es causado por un embarazo ectópico, será necesario una cirugía que extraiga el embrión mal implantado y que controle el sangrado interno para así evitar complicaciones que se podrían presentar como la peritonitis.

- La infección vaginal o del cuello del útero se trata con antibióticos que sean seguros para el desarrollo .

Se recomienda no consumir ningún tipo de medicamentos sin previa autorización médica, evitar las relaciones sexuales hasta que se conozcan las causas e ingerir sólo líquidos si el sangrado y los cólicos son severos.

Comúnmente, el descanso en cama es suficiente para estabilizar el embarazo. Si el sangrado es fuerte, es posible que la hospitalicen para observarla más cercanamente y le administren medicamentos para el dolor.

CONTROL PRENATAL:

Un control prenatal temprano y regular (un programa de cuidados y medidas para la mujer embarazada antes del nacimiento de su bebé) puede aumentar las posibilidades de tener un RN sano.

Usted debe ser atendida por un especialista Gineco-Obstetra durante su embarazo. A menudo recibirá atención de todo tipo de especialistas en el cuidado de la salud como médicos, enfermeras, parteras y nutriólogos. Siéntase con la confianza de preguntar a cualquiera de ellos dudas que pueda tener. Informe a su médico sobre cualquier cambio que usted advierta desde su última visita.

SU PRIMERA VISITA:

Su primera visita al control prenatal normalmente toma más tiempo y acuciosidad que cualquier otra de sus visitas subsecuentes. Esta usualmente incluye:

- Historia clínica y examen físico.
- Cálculo de la fecha probable de parto.
- Exámenes de laboratorio.
- Una agenda de visitas subsecuentes y estudios.

HISTORIA CLÍNICA:

Una de las cosas que se le preguntarán durante su primera consulta es su historia clínica. En este apartado se incluye información sobre su salud y su estilo de vida, la salud de su familia y de la familia del padre de su RN, así como sobre sus embarazos previos, en caso que los haya habido. Esta información le será útil a su médico para detectar a tiempo y/o prevenir algún problema que pueda surgir, como por ejemplo:

- * Si hay algún antecedente de enfermedades como hipertensión, diabetes, cáncer o defectos al nacimiento en su familia o en la de su esposo.
- * Si padece usted alguna enfermedad crónica, alergia u otro problema de salud.
- * Si está usted bajo tratamiento con algún medicamento.

EXAMEN FÍSICO:

Durante el examen físico se verificará su estatura, peso y presión arterial. También se realiza una exploración física del aparato reproductor, a veces con –o complementada con- un ultrasonido para verificar la existencia de un embarazo y la condición de éste.

FECHA PROBABLE DE PARTO:

La fecha probable de parto es una estimación aproximada de la fecha de nacimiento de su bebé. La duración de un embarazo promedio es de 280 días o 40 semanas, a partir del primer día de la última menstruación normal. Se calcula con una regla que se llama “regla de Neagle” y se calcula sumando 7 días al primer día de la última menstruación normal y luego restando 3 meses. Ejemplo: si el primer día de la última menstruación normal fue el día 1 de enero del 2007. La fecha probable de parto será el día 8 de octubre del 2007. Sin embargo, un embarazo normal puede comprender desde la semana 37 a la 41. Esta fecha probable de parto es útil para programar ciertos estudios cuya utilidad depende precisamente de la etapa del embarazo en que sean tomados.

EXÁMENES DE LABORATORIO:

Al inicio del embarazo, se realizan algunos exámenes básicos tales como:

*** Examen de sangre para determinar:**

- Tipo de sangre (A, B, AB u O).
- Factor Rh (positivo o negativo).
- Biometría hemática.
- Glucemia.

*** Examen de orina:**

Algunos de estos exámenes serán solicitados en más de una ocasión. Es posible que se sugieran también algunos otros exámenes de acuerdo a la información obtenida por su historia clínica y antecedentes familiares. Existen, además, exámenes especiales que se solicitan ante la duda o riesgo de alguna enfermedad o defecto congénito específicos.

¿Qué cambios puede esperar en el transcurso de su embarazo?

Primer trimestre.

Primer mes:

Su menstruación cesa o se hace muy escasa. Puede sufrir náusea o vómito (no necesariamente), aunque esto generalmente desaparece al final del primer trimestre. Sus senos crecen y pueden estar sensibles. Sus pezones pueden hacerse más prominentes y más oscuros. Puede sentir deseos de orinar con más frecuencia que antes.

Segundo y tercer mes:

Se forma la placenta. El corazón del bebé empieza a latir, aparecen los huesos, la cabeza y los brazos, así como sus piernas y sus dedos. Los órganos principales y el sistema nervioso se forman. Comienza a crecer el pelo y aparecen las yemas que serán los futuros dientes. Al terminar este tiempo el feto mide aproximadamente 10-11 cm y pesa alrededor de 30 gr.

En cada consulta, su doctor revisará:

- El cómo se ha sentido usted desde la última visita, dudas y preguntas que tenga.
- Su peso.
- Su presión arterial.
- El crecimiento y desarrollo fetal por ultrasonido: diferentes medidas del cuerpo del bebé y su peso, cantidad del líquido amniótico, características de la placenta y de la frecuencia cardíaca fetal.

Es posible que se ordenen algunos exámenes. Las pruebas de laboratorio y el examen pélvico generalmente no se solicitan en cada consulta. Cada visita se anotará en su expediente médico. Los resultados y la información obtenida de la historia clínica, del examen físico y de los exámenes de laboratorio también se anotarán.

RESUMEN DE LO ANTERIOR

PRUEBA ULTRASONIDO	¿QUÉ BUSCA?	¿A QUIEN SE LE REALIZA?	¿CUÁNDO?
Examen que crea una imagen del feto a partir de ondas de sonido, ya sea por transductor abdo- minal o vaginal.	Información sobre el feto: edad, crecimiento, implantación de la placenta, posición del feto, su movimiento, latido fetal, número de fetos, algunos problemas fetales (más no todos).	A aquellas mujeres cuyos médicos quieran informar a su paciente la edad del bebé, confirmar alguna condición o revisar algún problema.	Depende del motivo para realizar el ultrasonido. Aunque puede practicarse frecuentemente, NO es necesario que se tome cada visita al Ginecólogo.
PRUEBAS SEROLÓGICAS MATERNAS			
Un examen de sangre para detectar sustancias en el embarazo que se encuentran en la sangre materna.	Signos de defectos congénitos como defectos del cierre del tubo neural o síndrome de Down.	Cualquier mujer embarazada.	15-18 semanas.
MUESTRA DE VELLOSIDA- DES CORIÓNICAS.			
Una muestra de las vellosidades coriónicas es tomada de la placenta, ya sea por medio de una aguja a través del abdomen y útero o mediante un tubo que pasa a través de la vagina y el cérvix.	Algunas condiciones como el síndrome de Down, aunque se pueden realizar otras pruebas dependiendo de los factores de riesgo.	Si es posible, se debe ofrecer a las mujeres que ya han tenido hijos con defectos o que tienen historia familiar de ellos, aquellas que se encuentran entre los 35 y 40 años o bien si ella y su pareja tienen riesgos de padecer alguna enfermedad genética.	10-12 semanas.
AMNIOCEN- TESIS.			
Una muestra del líquido amniótico (el líquido en el que flota el bebé) es aspirado con una aguja fina que se inserta en el abdomen hasta el útero. Puede utilizarse ultrasonido para guiar la aguja.	Algunas condiciones como el síndrome de Down o defectos de cierre de tubo neural. Pueden realizarse otras pruebas, dependiendo de los factores de riesgo. Pueden utilizarse al final del embarazo para comprobar si los pulmones están listos para funcionar al momento del nacimiento.	Se ofrece a aquellas mujeres que ya han tenido un bebé con algún defecto, que tengan historia familiar de defectos congénitos; si tiene más de 35 años o si tiene riesgo genético	14-18 semanas
PRUEBA SIN ESTRÉS			
Es un examen que mide la frecuencia cardíaca del bebé mientras éste se mueve. Se coloca un transductor en el abdomen (monitor electrónico fetal). Los movimientos fetales son detectados por el médico o sentidos por la paciente.	Determinar si le está llegando suficiente oxígeno al feto	Mujeres diabéticas o con presión arterial elevada. Fumadoras o drogadictas; cuando es un embarazo múltiple (gemelos, triates, etc.). Cuando la movilidad del bebé ha disminuido. Algunas ocasiones se recomiendan bajo oras circunstancias.	Cuando el médico lo indique, generalmente es a partir de la semana 32 de embarazo
PRUEBA DE TOLERANCIA A LA OXITOCINA.			
Es un examen que determina cómo reacciona la frecuencia cardíaca fetal ante una contracción uterina. Se utiliza un monitor fetal electrónico.	Determinar si el bebé se encuentra bajo estrés y si será capaz de tolerar bien el trabajo de	Mujeres diabéticas o con presión arterial elevada. Fumadoras o drogadictas; cuando es un embarazo múltiple (gemelos, triates, etc.). Cuando la movilidad del bebé ha disminuido. Algunas ocasiones se recomiendan bajo oras circunstancias.	Cuando el médico lo indique, usualmente después de la semana 32 del embarazo
PERFIL BIOFÍSICO			
Es una combinación de la prueba sin estrés y el ultrasonido.	Revisar los movimientos "respiratorios" del feto, así como su actividad muscular, la cantidad de líquido amniótico y los resultados de la prueba sin estrés.	Las mismas indicaciones que la prueba anterior.	Si los resultados de la prueba sin estrés no son normales. Algunos médicos usan esta prueba en lugar de la prueba sin estrés.
CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA.	El examen oral de tolerancia a la glucosa se utiliza para evaluar a las mujeres embarazadas con diabetes gestacional	En caso de que se sospeche la presencia de esta enfermedad.	Entre las semanas 24 y 28 de embarazo

CAMBIOS COMUNES:

Conforme su RN crece, es normal que se presenten en usted algunas incomodidades. Algunas de éstas ocurren en las etapas iniciales del embarazo. Otras aparecen temprano en el embarazo, desaparecen y retornan posteriormente.

DOLOR DE ESPALDA:

Los dolores de espalda son comunes. éstos son generalmente causados por la tensión ejercida por el útero en crecimiento sobre su espalda y por los cambios mismos en la postura.

Intente realizar algunas de estas maniobras para reconfortar los malestares mencionados:

- Utilice zapatos de tacón bajo.
- Evite levantar cosas pesadas o niños.
- No se incline sobre su cadera para levantar cosas, inclínese sobre sus piernas (rodillas), manteniendo la espalda recta.
- Coloque sobre una caja o escalón un pie cuando permanezca parada mucho tiempo.
- Duerma sobre uno de sus costados con una rodilla flexionada. Descanse la pierna superior sobre una almohada.
- Aplique calor, frío o presión sobre su espalda.

- Pregunte a su doctor por ejercicios especiales que usted pueda realizar.

CAMBIOS EN SUS SENOS:

Desde etapas tempranas de su embarazo, sus senos empiezan a crecer y surgen cambios, preparándose para la alimentación al seno materno del bebé. Los podrá percibir firmes y con mayor sensibilidad. Conforme crecen los senos, utilice un sostén que ajuste bien y provea buen soporte.

Sus pezones se tornarán más prominentes y de una coloración más oscura. Esto ayudará en el amamantamiento de su bebé. En algunas mujeres, sin embargo, se observan los pezones invertidos. Si este es su caso y planea alimentar al seno materno a su bebé, su doctor podrá sugerirle el tipo de masaje sobre sus pezones que favorezca a tornarlos más prominentes.

PROBLEMAS RESPIRATORIOS:

Con el crecimiento del feto, el útero en forma progresiva ocupa mayor espacio en el abdomen superior. Sus pulmones no cuentan con el mismo espacio para su expansión, de tal manera que usted podrá presentar una respiración entrecortada.

Pocas semana antes de que nazca su bebé, la cabeza fetal desciende en el útero, o se “encaja” ejerciendo presión sobre el cérvix.

Esto ocurre usualmente entre la semana 36-38 del embarazo en mujeres que cursan su primer embarazo, sin embargo puede ocurrir más tarde. En mujeres que han presentado partos previos esto puede ocurrir hasta el inicio del trabajo de parto. Cuando el feto desciende, la respiración se torna algo más fácil.

Si presenta dificultad para respirar, existen algunas maniobras que se pueden utilizar:

- Manténgase en posición erecta
- Duerma con la cabeza y tórax elevados con respecto al resto del cuerpo
- Pregunte a su doctor acerca de ejercicios para una mejor respiración.

ESTREÑIMIENTO:

Al menos la mitad de las mujeres embarazadas refieren problemas de estreñimiento en alguna etapa de su embarazo. Los cambios hormonales hacen más lenta la digestión y paso de los alimentos por el tracto gastrointestinal. Durante la última etapa del embarazo, el útero ejerce presión importante sobre el recto. Lo anterior aumenta el problema del estreñimiento, sin embargo, algunas cosas pueden ayudar:

En general es posible mejorar el funcionamiento intestinal aumentando el consumo de fibra en la alimentación (algunos alimentos con alto contenido de fibra son el salvado de trigo, los productos integrales de trigo y maíz y los

vegetales crudos o levemente cocidos al vapor). Algunas frutas que pueden ayudar a controlar en parte el estreñimiento como la papaya, las ciruelas y las uvas (frescas y pasas).

En algunos casos, cuando el problema es importante, es preferible evitar el consumo de las frutas que tienen efectos astringentes (es decir, que disminuyen el contenido de agua de las heces y, por ende, la velocidad a la cual éstas se desplazan por el intestino) como las manzanas, peras, plátanos y guayabas.

Además, es necesaria la ingesta adecuada de líquidos que se consume en el día para hidratar la fibra y aumentar el volumen de las heces. El ejercicio practicado de manera regular es de gran ayuda en problemas de estreñimiento ya que ayuda al tránsito intestinal.

RECOMENDACIONES:

- Comer leguminosas (frijol, soya, lenteja) y granos enteros (maíz, trigo y linaza).
- Incrementar el consumo de frutas y verduras, consumiéndolas, de preferencia, con cáscara (cuando sea posible).
- Consumir cereales, panes y tortillas, preferentemente integrales.
- Beber de 8 a 10 vasos de agua al día.

CALAMBRES:

En las últimas etapas del embarazo, usted podrá presentar calambres en sus piernas. Extender sus piernas antes de acostarse puede ayudarle. Evite extender sus pies ejerciendo así mayor presión sobre el punto dado al ejercitarse o estirarse.

Consuma alimentos ricos en potasio como: plátano, naranja, y jitomate. También es conveniente consumir alimentos y bebidas ricos en calcio como lácteos (leche, queso, yogurt), verduras de hoja verde (acelgas, brócoli y espinacas), así como bebidas como agua mineral natural o de sabor y bebidas rehidratantes para deportistas.

AUMENTO EN LA FRECUENCIA DE LA MICCIÓN:

Usted podrá presentar un aumento en la frecuencia de la micción durante las 12-14 semanas de embarazo. Esta sensación desaparecerá en la parte media del embarazo.

En las últimas semanas, usted podrá orinar con mayor frecuencia nuevamente. Si conjuntamente con lo anterior presenta dolor, fiebre o algún cambio en el color u olor de su orina, usted puede tener una infección de las vías urinarias. Contacte a su médico inmediatamente.

HEMORROIDES:

Muy frecuentemente, la mujer embarazada que se queja presenta hemorroides. Las hemorroides son venas varicosas en el recto. Éstas son frecuentemente dolorosas. El pujo durante las evacuaciones empeoran las molestias. Algunos productos para el tratamiento del dolor producido de las hemorroides y las recomendaciones para el manejo del estreñimiento deben ayudarle.

INSOMNIO:

Posterior a los primeros meses, usted podrá encontrar mayor dificultad para conciliar el sueño. Esto frecuentemente ocurre en las últimas semanas del embarazo. Su abdomen ha crecido y es difícil encontrar posiciones cómodas. Para lograr descansar, usted necesita:

- Tomar un baño de agua caliente al acostarse
- Intentar técnicas de relajación
- Acuéstese sobre su costado con una almohada bajo su abdomen y otra entre sus piernas
- Tome períodos breves de descanso durante el día.

INDIGESTIÓN:

La indigestión, también llamada “eructos” es una sensación de “ardor” en el estómago que parece elevarse hasta su garganta.

Los cambios a nivel hormonal retardan la digestión y relajan el músculo que mantiene los alimentos digeridos y los ácidos en su estómago. Las agruras ó pirosis, también constituyen un síntoma frecuente durante el embarazo. A medida que el bebé va creciendo, muchas mujeres sienten ardor en la boca del estómago hacia el final de la gestación. Si el consumo de comidas pequeñas y frecuentes no ayuda a controlar el síntoma, hay que evitar acostarse o recostarse durante varias horas después de comer. Esto ayudará a que la gravedad evite que el contenido ácido del estómago refluya por el esófago. También debe evitar los alimentos cocinados con grasa, aceite o muy condimentados.

Es preferible no tomar líquidos para acompañar las comidas para evitar la distensión del estómago.

Las ropas ajustadas también aumentan el problema del reflujo.

Para disminuir las molestias:

- Fragmente su dieta; coma 5 o 6 veces al día en lugar de tres grandes comidas.
- Evite alimentos que usted sabe producen muchos gases.
- Siéntese correctamente mientras ingiere sus alimentos.
- Espere una hora después de ingerir sus alimentos para acostarse. No coma inmediatamente antes de ir a la cama.

- Espere dos horas después de comer para iniciar su rutina de ejercicios.
- No utilice ningún medicamento, incluyendo antiácidos o bicarbonato, a menos que lo haya consultado previamente con su médico.

DOLOR ABDOMINAL (BAJO):

Conforme el útero aumenta de tamaño, los músculos que le brindan soporte son sometidos a tensión y por lo mismo se “estiran”. Usted podrá reflejar lo anterior como dolores agudos o un dolor constante sobre su abdomen. El reposo y cambio de posición es lo que brinda mayor alivio. Los dolores son más frecuentes entre la semana 18 y 24.

NÁUSEA Y VÓMITO:

La náusea y vómito son bastante comunes durante las primeras 12-14 semanas del embarazo; sin embargo, en algunas ocasiones ocurren a lo largo del mismo. Esto se ha llamado “el malestar matutino”, sin embargo, estas molestias pueden ocurrir en cualquier momento del día. Estos malestares son comunes cuando el estómago se encuentra vacío. Aquí se le brindan algunos consejos que harán disminuir sus molestias:

- Consuma alimentos secos como galletas o pan tostado antes de levantarse de la cama.
- Modere el consumo de líquidos en el momento de sentir náusea.

- Ingiera sus alimentos en raciones pequeñas y frecuentes (cada 2 ó 3 horas).
- No omita ninguna de sus comidas, ya que cuando la sensación de hambre es intensa, la náusea también lo es.
- Evite los movimientos bruscos, no se levante con rapidez.
- Evite o disminuya los alimentos ricos en grasa o fritos.
- El aire fresco ayuda a disminuir la sensación de náusea. Mantenga el ambiente bien ventilado y sin olores fuertes.
- Consuma alimentos frescos y con poco aroma.

PICA:

Aunque menos frecuente que los anteriores, de vez en cuando se presenta el fenómeno conocido como pica, que es la práctica de consumir sustancias que no son alimentos (como cal, yeso, arena, tierra o almidón para la ropa) o las cantidades excesivas de alimentos de bajo valor nutricional (como almidón de maíz, hielo). Dicho fenómeno está bajo la influencia del entorno cultural. Este hábito y el de los antojos (que es la urgencia inmediata de consumir algún tipo de alimento en especial) pueden corresponder a la necesidad que tiene el organismo de algún nutrimento específico que se encuentra en estos elementos.

Los dos hábitos deben ser controlados cuando los elementos consumidos, ya sean alimentos o no, amenazan con desequilibrar o alterar la dieta normal o, incluso, causar algún riesgo para la salud de la mujer embarazada.

ADORMECIMIENTO:

Conforme el útero crece, se ejerce presión sobre algunos nervios. Por otra parte, algunos nervios sufren compresión por el edema causado por la retención de líquidos. Esto puede causar adormecimiento de sus piernas, pies y en ocasiones de sus brazos. Esto generalmente no representa nada serio. Estas sensaciones desaparecerán gradualmente después del nacimiento de su bebé.

CAMBIOS EN LA PIEL:

Las hormonas circulantes en su organismo son la causa de ciertos cambios en su piel. Algunas mujeres presentan “pañó” alrededor de los ojos, nariz y mejillas. Esto se denomina médicamente “cloasma”. Estas manchas desaparecen o disminuyen después del parto, cuando los niveles hormonales disminuyen a la normalidad. El tomar el sol produce una coloración más oscura de estos cambios.

En muchas mujeres, se hace aparente una línea oscura que corre en la parte media y a todo lo largo del abdomen. Esta es llamada “línea negra”.

En otras, aparecen estrías sobre la piel del abdomen y senos conforme sufre el estiramiento debido al aumento de tamaño. No existe un método efectivo

en la prevención de las estrías, estas serán menos notorias en etapas posteriores al parto.

HINCHAZÓN:

Cierto grado de hinchazón (edema) es normal durante el embarazo. Esto ocurre más frecuentemente en las piernas y usualmente en los últimos meses de gestación. Es más frecuente su presencia en la época de verano. El edema de manos y cara puede significar un problema mayor por lo que será de suma importancia hacerlo saber a su médico.

Usted puede ayudar a reducir la hinchazón de sus pies si:

- Eleva sus piernas sobre el nivel de su cuerpo cada vez que pueda.
- Descanse sobre su costado. Su lado izquierdo es el más recomendable.
- Limite la ingesta de sal. Evite alimentos ricos en sodio como los embutidos, alimentos ahumados o marinados, así como los enlatados.
- Use pantimedias o calcetas que brinden soporte a sus extremidades.
- Nunca tome voluntariamente medicamentos para el edema, realícelo sólo bajo prescripción médica.

FATIGA:

Usted frecuentemente podrá sentirse fatigada durante el embarazo en especial al inicio y al final. Si usted realiza suficiente ejercicio y combina lo anterior con adecuados periodos de descanso y una dieta de buena calidad, es más factible una sensación de bienestar.

VENAS VARICOSAS:

Las venas varicosas son en sí venas congestionadas. Estas aparecen más frecuentemente en las piernas, sin embargo, pueden presentarse cerca de la vulva o vagina. Estas últimas son causadas por la presión que ejerce el útero grávido sobre sus venas.

Las várices tienden a presentarse más comúnmente en personas que permanecen de pie o sentadas por largo tiempo. Generalmente no representan un serio problema, aunque sí, algo de incomodidad. Usted puede presentar dolor y ardor en sus piernas.

Para disminuir las molestias:

- Eleve sus piernas sobre el nivel del cuerpo cada vez que pueda.
- Trate de no permanecer en una misma posición por periodos prolongados.
- No vista ningún implemento que pueda afectar la circulación en sus extremidades.
- Vista medias o calcetas que su médico le recomiende.
- Si su trabajo requiere de permanecer mucho tiempo, cambie de posición de manera intermitente.

CUIDADOS ESPECIALES DURANTE EL EMBARAZO:

Se recomienda que las mujeres que desean quedar embarazadas tomen un suplemento vitamínico prenatal que contenga ácido fólico y otras vitaminas y minerales esenciales. Las mujeres embarazadas también deben consumir alimentos ricos en proteínas, calcio, hierro y ácido fólico. La mayoría de las mujeres embarazadas cursan con embarazos normales. Sin embargo en ciertas ocasiones surgen problemas que ameritan consideraciones especiales.

Si usted inicia su control prenatal tempranamente y acude a sus citas regularmente muchos de esos problemas se pueden prevenir y tratar fácilmente. Asegúrese de comentarle a su médico de cualquier cambio que sobre su persona perciba y que le deje duda.

ANEMIA:

Cuando la paciente se encuentra anémica (hemoglobina baja), surge una sensación de fatiga importante. La causa más común de anemia es la falta de suficiente hierro en la dieta. Las mujeres que presentan anemia durante el embarazo muestran respuestas pobres contra sangrados, infecciones y otros problemas que pueden ocurrir en el momento del parto. El feto también se ve afectado al recibir menos cantidad de oxígeno por la sangre. Por lo anterior, un cambio en la dieta o el uso de tabletas de hierro podrán ser necesarios. Se recomienda la ingesta de alimentos ricos en hierro.

El uso del Misoprostol administrado por vía oral hospital central universitario “Antonio María Pineda” Barquisimeto

El objetivo de esta investigación fue demostrar la eficacia del Misoprostol administrado vía oral a pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo incompleto no complicado hasta 13 semanas de edad gestacional que consultaron a la emergencia obstétrica del servicio de ginecología y obstetricia del hospital central universitario “ Antonio María Pineda” Barquisimeto . Para ello se realizó un ensayo clínico controlado de casos (Grupo A) y controles (Grupo B).

A las pacientes catalogadas como casos, se les administro Misoprostol vía oral, evaluándose los resultados y se compararon con los de los casos controles de acuerdo a los parámetros establecidos en el diseño operacional.

2.3.- PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS

Una correcta orientación sobre el aborto espontáneo, diagnóstico oportuno y su tratamiento en las mujeres sería un factor determinante para disminuir las complicaciones y riesgos durante el embarazo.

2.3.1.- HIPOTESIS GENERAL.

Construyendo planes educativos a las normas y protocolos maternos para disminuir los cuadros de aborto espontáneo, aplicando la atención preconcepcional en la mujer de edad fértil que acude a la consulta disminuiríamos los abortos espontáneos que asisten a la consulta Gineco-Obstetricia del Hospital Martín Icaza.

2.3.2.- Hipótesis Específicos

2.3.2.1 Conociendo las causas relacionados con la salud de las pacientes por el aborto espontaneo; estaríamos en capacidad de mejorar su comportamiento socio-cultural.

2.3.2.2 Determinando programas educativos actuales de tratamiento del aborto espontaneo, propondríamos establecer pautas para su ejecución.

2.3.2.3 Construyendo programas para la capacitación de pacientes, para que acudan al Hospital Martín Icaza lograríamos un mejor control y tratamiento.

2.4. VARIABLES

2.4.1. Variables Independientes

Variable Independiente General: Programas para disminuir los problemas de salud de la embarazada.

Variable Independiente 1: Causas relacionadas con la salud de las embarazadas.

Variable Independiente 2: Programas actuales de tratamientos.

Variable Independiente 3: Programas para la capacitación de las embarazadas.

2.4.2. Variables Dependientes

Variable Dependiente General: Disminuiríamos la Incidencia y el tratamiento de los abortos espontáneos en las embarazadas que asisten a la consulta de Gineco-Obstetricia del hospital Martín Icaza.

Variable Dependiente 1: Estaríamos en capacidad de mejorar su comportamiento Socio-Cultural.

Variable Dependiente 2: Propondríamos pautas para su ejecución.

Variable Dependiente 3: lograríamos un mejor control y tratamiento.

2.4.3.- Operacionalización de las Hipótesis Específicas

CATEGORIA	VARIABLES	INDICADOR	SUBINDICADOR
Programas. Disminuir. Salud. Embarazadas. Hospital.	VIG: Programas para disminuir los problemas de Salud de las embarazadas del Hospital Martín Icaza.	Proyecto. Disminuir	Designio o pensamiento de ejecutar algo.
Causas. Salud. Embarazadas.	VI1: Las causas relacionadas con la salud de las embarazadas.	Causa.	Lo que se considera fundamento u origen de algo.
Programas. Tratamientos. Enfermedades. Embarazadas.	VI2: Programas Actuales de Tratamientos para evitar el aborto espontaneo de las embarazadas.	Tratamientos. Abortos espontáneos	Alivio de las enfermedades. Embarazada
Programas Capacitación. Embarazadas.	VI3: Programas para la capacitación de las embarazadas.	Capacitación. Embarazadas.	Proyecto ordenado de actividades.

2.4.4. Operacionalización de las Variables Dependientes.

CATEGORIA	VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
Incidencia. Tratamiento. embarazada Hospital Martín Icaza.	VDG: Disminuiríamos la incidencia y el tratamiento de los abortos espontáneos de las embarazadas del hospital Martín Icaza.	Disminución de los abortos espontáneos de las embarazadas.	Embarazadas que lo ejercen.
Mejorar comportamiento Sociocultural de las pacientes del hospital Martín Icaza.	VD1: Estaríamos en capacidad de mejorar el comportamiento socio-cultural.	Capacidad	Aptitud o suficiencia para hacer alguna cosa.
Programas. Proponer. Pautas. Ejecución.	VD2: Propondríamos establecer pautas para su ejecución.	Programas.	Idear y ordenar las acciones para realizar un proyecto.
Captación Tratamiento.	VD3: Lograr un mejor control y Tratamiento.	Controles. Tratamientos.	Regulación manual o automática sobre un sistema.

CAPITULO III

3. Diseño Metodológico de la Investigación

3.1 Métodos

Los métodos a utilizarse está relacionado con hechos reales que se presentan en el hospital Martín Icaza, con las pacientes que acuden para su atención por las hemorragias vaginales, sabiendo que cada mujer es un mundo diferente; pero en el embarazo, la prevención de los riesgos es uno de los que mayores retos que se plantean el personal de salud.

El reconocimiento de que el desarrollo y la salud de las pacientes es un elemento básico para el progreso tanto de nuestra ciudad, como del país se tendrán que elaborar programas de control y prevención de las enfermedades que afecta de manera particular a este grupo de pacientes con aborto espontaneo del Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo.

3.1.1 Método científico

El método científico nos permite a través de la conceptualización ubicar estratégicamente en la determinación de objetos, metas y valores que nos ayudará a adquirir mayor información sobre los problemas de salud en pacientes con aborto espontaneo.

3.1.2 Método Histórico Lógico

La aplicación de este método permitirá descubrir el devenir y desarrollo de los fenómenos centrándome en los aspectos fundamentales y apoyándose en dos procedimientos:

Procedimiento Histórico: estará relacionado con el estudio de las estadísticas reales de las enfermedades más frecuentes de las embarazadas en el devenir de una etapa o periodo

Procedimiento Lógico: Se ocupará de investigar las causas generales de las enfermedades de las embarazadas.

Lo Lógico e Histórico se complementan y vinculan mutuamente, para descubrir cómo se suscitan las causas. El Método Lógico se basará en los datos estadísticos que proporciona el Método Histórico, de manera que no constituirá un simple enunciado sobre las causas generales de las enfermedades de las embarazadas.

3.1.3 Método Hipotético - deductivo

Se aplicará este método en la presente investigación para reconocer que a través de la hipótesis planteada conocer los problemas de salud en las pacientes.

3.1.4 Método inductivo deductivo

Con el método Inductivo aplicaremos la forma de razonamiento a través del cual se obtendrá conocimientos particulares a un conocimiento más general que nos hará conocer los problemas de salud en las pacientes.

La deducción se la hará en forma de razonamiento general mediante el cual pasamos a otra de menor generalidad, en este caso el hecho permitiría comprender que un conocimiento verdadero nos garantiza un diagnóstico real.

3.1.5 Método descriptivo

Se aplicará este método en la investigación para clasificar y ordenar estadísticamente la información obtenida, y de cómo se presentan los problemas de salud en el adolescente.

3.2.-Tipo de Estudio:

Estudio descriptivo. Serie de Casos.

3.3.- Área de estudio:

Área de Gineco-obstetricia del Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo, durante el período comprendido entre Septiembre del 2011 a Febrero del 2012.

3.4.- Técnicas e instrumentos

3.4.1. -Técnicas

Observación.

Es el registro visual de lo que ocurre en una situación real, clasificando y consignando los acontecimientos pertinentes de acuerdo con un esquema previsto y según el problema que se estudia

Entrevistas

Es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el o las sujetas de estudio, en este caso, las pacientes con aborto espontaneo, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto.

Encuestas

Este método consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos mismos, sobre opiniones, actitudes o sugerencias. Las encuestas son medidas estadísticas que nos permiten conocer la preferencia, opinión de una parte de la población a través de una muestra técnicamente seleccionada a partir de un universo definido

3.4.2. Instrumentos

Observación: Se medirán a través de lo existente, es decir

Historias clínicas bien realizadas (Registros Específicos)

Estadísticas internas

Entrevista (x): Se efectuarán entrevistas dirigidas a embarazadas, sobre hemorragias del primer trimestre de embarazo, mediante la aplicación de un formulario previamente elaborado.

Encuesta (X): Se efectuarán encuestas dirigidas a obstétrices y obstetras, las preguntas se formularán por escrito, siendo ejecutadas por un encuestador.

3.5 Población y muestra

Se trata de determinar mediante una muestra la opinión de las embarazadas que presentaron aborto espontáneo y se atendieron en el área de Gineco-Obstetricia en el hospital Martín Icaza, para lo cual se ha diseñado una encuesta.

3.5.1. Población

La población o universo de investigación lo conforman el personal del hospital Martín Icaza, las pacientes con aborto espontáneo que asistieron a la consulta de Gineco-obstetricia.

Población de Estudio:

En el Hospital Martín Icaza durante el período comprendido entre Septiembre del 2011 a Febrero del 2012 se atendieron 109 pacientes con aborto espontaneo en el área de gineco-obstetricia, y se seleccionó a las que han presentado aborto espontáneo, dando un resultado de 109 Embarazadas que se hizo necesario hospitalizarlas para realizarles un legrado terapéutico y evitar complicaciones mayores, durante el período de estudio y que presentaban dos o más de los siguientes Criterios de Inclusión a este estudio:

- Sangrado vaginal
- Fiebre > 37.8° C
- Dolor
- Dolor en hipogastrio
- Dolor lumbar
- Sensibilidad Suprapúbica.

3.5.2.- Muestra

Se tomó las historias clínicas del área de gineco-obstetricia, de las embarazadas con aborto y se seleccionó las que presentaron aborto espontáneo.

3.5.3.- Procesamiento de la información

La información e investigación fue elaborada, procesada y sistematizada considerando los siguientes pasos:

- Recopilación bibliográfica.
- Construcción del marco contextual de la investigación.
- Determinación del marco teórico de la investigación.
- Definición del diseño metodológico de la investigación.
- Presentación preliminar de lo anteriormente enunciado.
- Aplicación de instrumentos de investigación.
- Tabulación y procesamiento de datos.
- Presentación final de la investigación.
- Defensa y exposición del tema.

3.6.- Recolección y manejo de la Información.

A todas las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión del estudio, se procedió primero a realizar una entrevista estructurada para llenar el instrumento de recolección de datos.

Dicho instrumento contenía (Anexo No. 2).

- Datos demográficos
- Datos obstétricos
- Signos y sintomatología clínica de hemorragia..

Lo que nos llevó al diagnóstico presuntivo. Aborto espontáneo..

3.7.- Plan de Análisis:

Los datos fueron analizados de acuerdo a la naturaleza de las variables del estudio, mediante frecuencia simple y estimación de porcentaje.

3.8.- Consideraciones éticas.

En la conducción de este trabajo de investigación se garantizó el cumplimiento de los siguientes aspectos éticos.

- Consentimiento informado: cuando se detectaba una paciente embarazada que llenaba los criterios de inclusión antes descritos, se procedía a informarle de la existencia de este estudio, los objetivos y las ventajas para ella como participante, solicitándole su autorización para ser incluida. Una vez obtenido el consentimiento informado, se proporcionó a cada paciente información de los procedimientos a seguir. Se garantizó un ambiente de privacidad para la entrevista..
- A cada paciente se le indico el procedimiento a seguir por su problema y se les brindó alternativas de manejo para la resolución del problema y consejería para la prevención.

3.9.- Recursos

3.9.1 Humanos

3.9.2.- Investigadoras

Andrea Maricruz Guerrero Tobar.

Mayra Verónica Macías Macías

3.9.3.- Asesor del Proyecto de Investigación

Dr. César Bermeo Nicola.

3.9.4. Materiales

Bibliográficos.

- Libros
- Diccionarios
- Folletos
- Revistas
- Periódicos
- Documentos
- Planes y programas de infección de vías urinarias
- Internet

De escritorio

- Esferográficos.
- Marcadores
- Lápices
- Papel Bond a4
- Resaltadores
- Fichas.
- Carpetas.

De Informática

- _ Computadoras
- _ Equipo de impresión reproducción, impresoras, xerocopia, escáner.
- _ Equipo de audio, grabadora, flash memory, data show.

3.9.8.- Económicos

RUBROS	INVERSIÓN
Alimentación	80
Alquiler de equipo de informática	80
Material de escritorio	260
Material de impresión y copia	150
Movilización y transporte	100
Videograbadora	30
Imprevistos	100
TOTAL	800

CAPITULO IV

4.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Pacientes atendidas en el área de Gineco-obstetricia (hospitalización) del Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo, durante el período comprendido entre 1 de Septiembre del 2011 al 28 de Febrero del 2012, fueron 109 pacientes que presentaban cuadro clínico de aborto espontáneo, fueron incluidas al estudio. Se tomaron datos estadísticos de manera directa, así como también luego de la educación nos proporcionó los resultados que a continuación detallamos.

El análisis de esta información nos produjo los siguientes resultados:

4.1.- TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Número de pacientes embarazadas atendidas en: Gineco-obstetricia

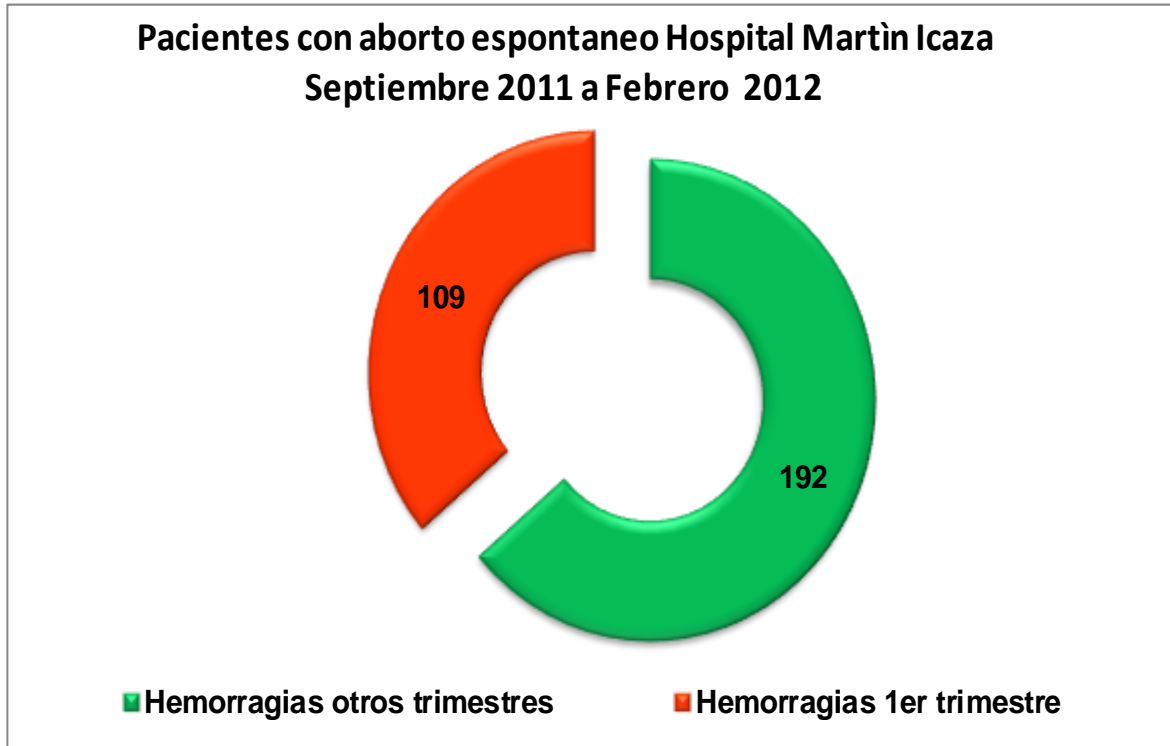
TABLA No. 1

Pacientes con aborto espontaneo de Septiembre 2011 a Febrero 2012.			
Mes	Casos		
	Hemorragias otros trimestres	Hemorragias 1er trimestre	%
Septiembre	35	36	33
Octubre	26	11	10
Noviembre	16	12	11
Diciembre	19	24	22
Enero	41	10	9
Febrero	55	16	15
Total	192	109	100

Fuentes: Encuestas

Elaboración: Las autoras

Grafico 1



El porcentaje más alto de pacientes se encontró en el mes de septiembre 33%, descendiendo en octubre al 10% y noviembre 11%, vuelve a subir en diciembre al 22%, luego en enero desciende al 9%, para finalmente en febrero subir al 15%.

TABLA No. 2

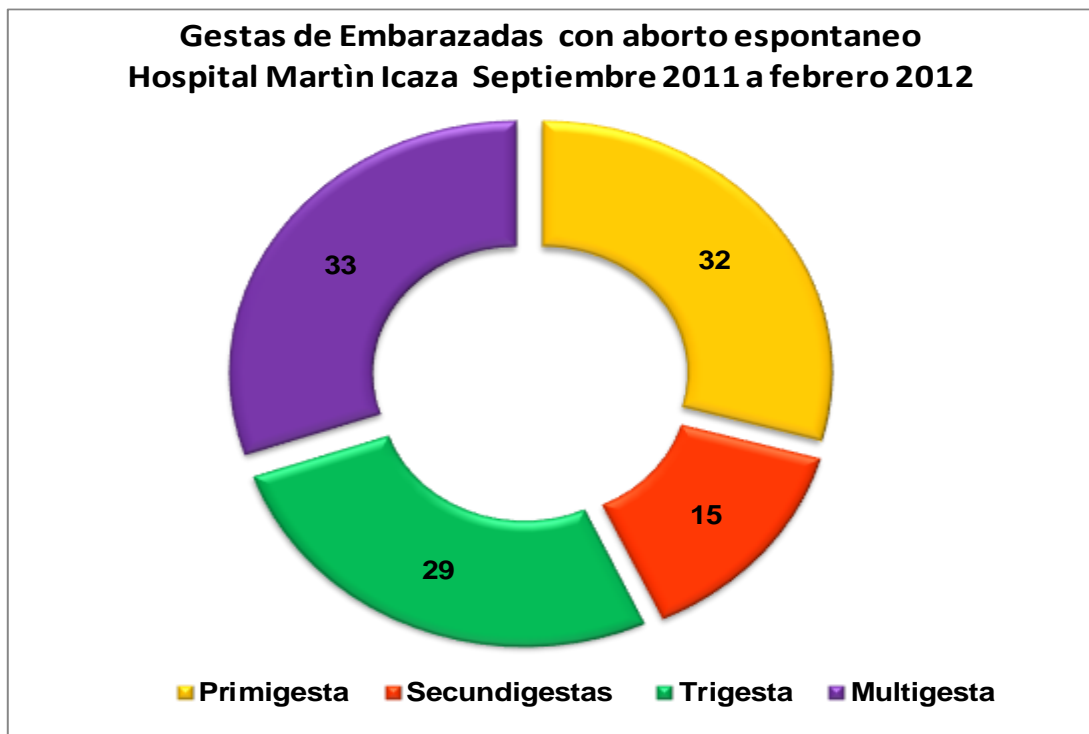
Características obstétricas.

Características	n=109	%
Paridad		
Primigesta	32	29
Secundigesta	15	14
Trigesta	29	27
Multigesta	33	30
TOTAL	109	100

Fuente: Historia Clínica Única

Elaboración: Las autoras

Grafico 2



Dentro de las características obstétricas se encontró que la mayor parte de las pacientes eran por las Multigestas 30% seguido primigestas 29%, trigesta el 27% y respectivamente bigestas 14%.

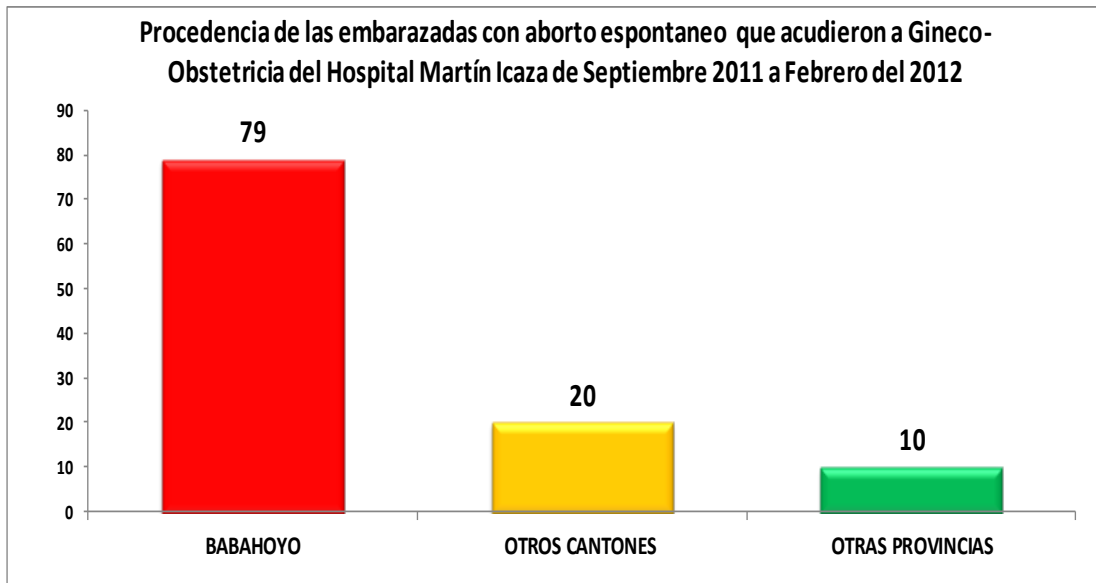
TABLA No. 3

Características	n=109	%
Procedencia		
BABAHOYO	79	72
OTROS CANTONES	20	18
OTRAS PROVINCIAS	10	9
TOTAL	109	100

Fuente: Historia Clínica Única

Elaboración: Las autoras

Gráfico 3



El 72% de las embarazadas son de Babahoyo, el 18% son de los otros cantones de la provincia, 9% de otras provincias.

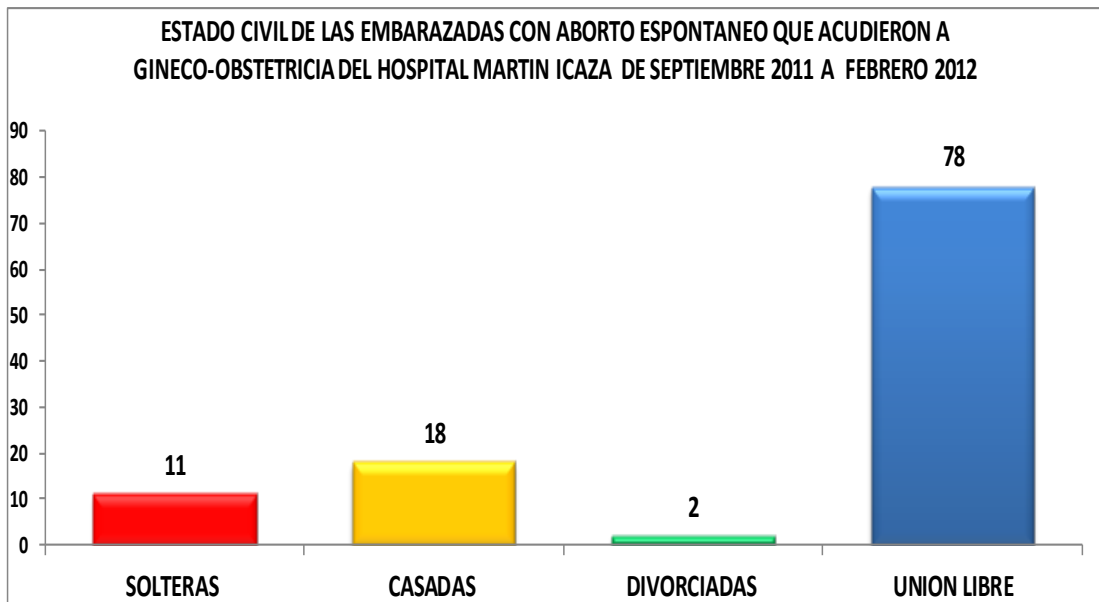
TABLA No. 4

Características	n=109	%
Estado Civil		
Solteras	11	10
Casadas	18	17
Divorciadas	2	2
Unión Libre	78	72
TOTAL	109	100

Fuente: Historia Clínica Única

Elaboración: Las autoras

Grafico 4



El 10% son solteras, casadas el 17%, el 2% divorciadas y 72% unión libre

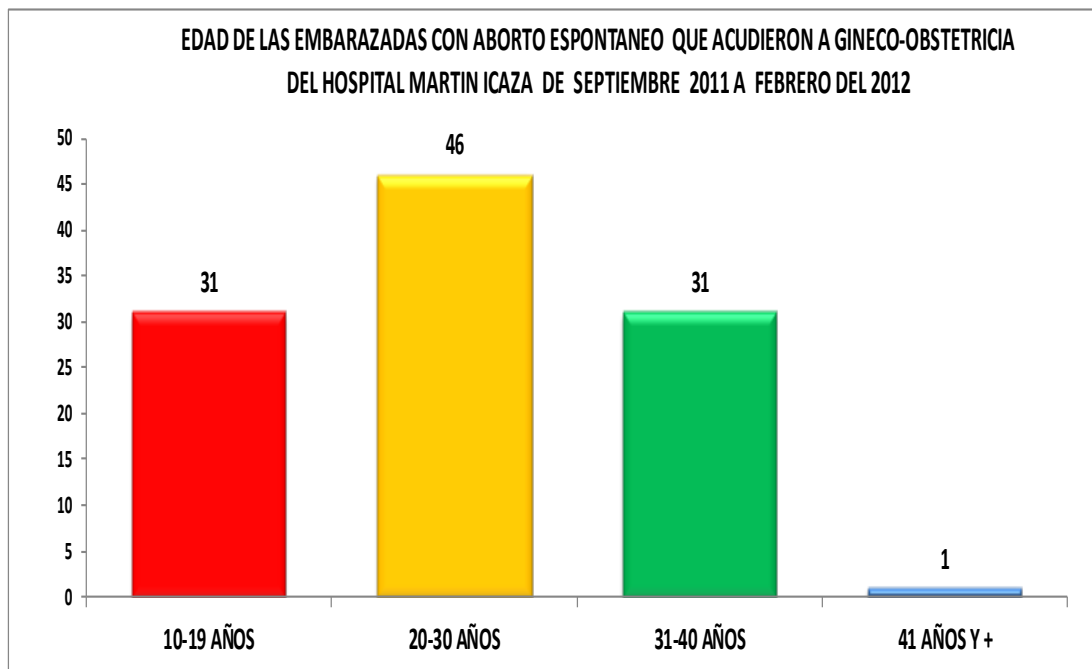
TABLA No. 5

Características	n=109	%
Edad		
10-19 AÑOS	31	28
20-30 AÑOS	46	42
30-40 AÑOS	31	28
40 AÑOS Y +	1	1
TOTAL	109	100

Fuente: Historia Clínica Única

Elaboración: Las autoras

Gráfico 5



El 28% son adolescentes, el 42% son de 20 a 30 años, el 28% de 30 a 40 años y el 1% de más de 40 años.

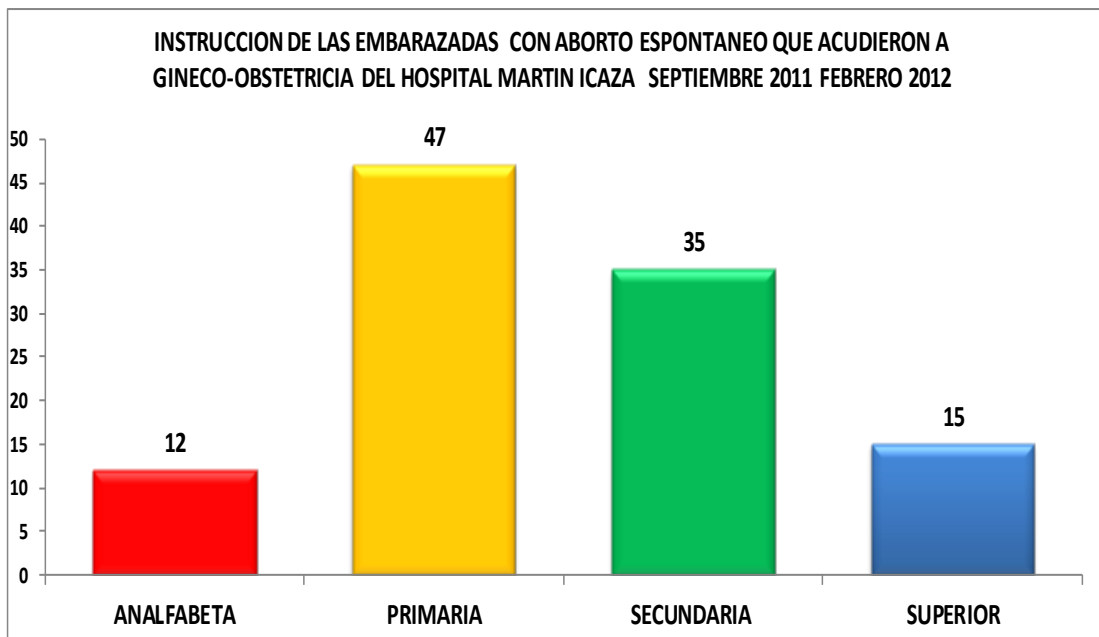
TABLA No. 6

Características	n=109	%
Escolaridad		
ANALFABETA	12	11
PRIMARIA	47	43
SECUNDARIA	35	32
SUPERIOR	15	14
TOTAL	109	100

Fuente: Historia Clínica Única

Elaboración: Las autoras

Grafico 6



El 11% son analfabetas, no saben leer y escribir, el 43% tienen instrucción primaria, el 32% tienen instrucción secundaria, y instrucción superior 14%

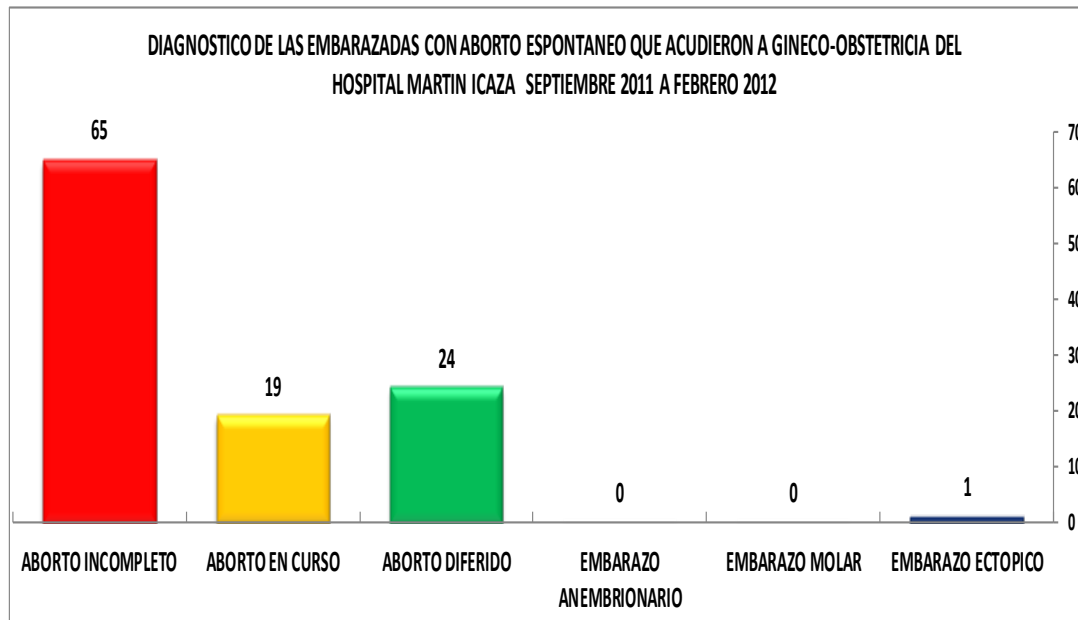
TABLA No. 7

Características	n=109	%
Diagnóstico		
ABORTO INCOMPLETO	65	60
ABORTO EN CURSO	19	17
ABORTO DIFERIDO	24	22
EMBARAZO ANEMBRIONARIO	0	0
EMBARAZO MOLAR	0	0
EMBARAZO ECTOPICO	1	1
TOTAL	109	100

Fuente: Historia Clínica Única

Elaboración: Las autoras

Grafico 7



Aborto incompleto 60%, aborto en curso el 17%, aborto diferido 22%, embarazo anembrionario 0%, embarazo molar el 0% y embarazo ectópico 1%.

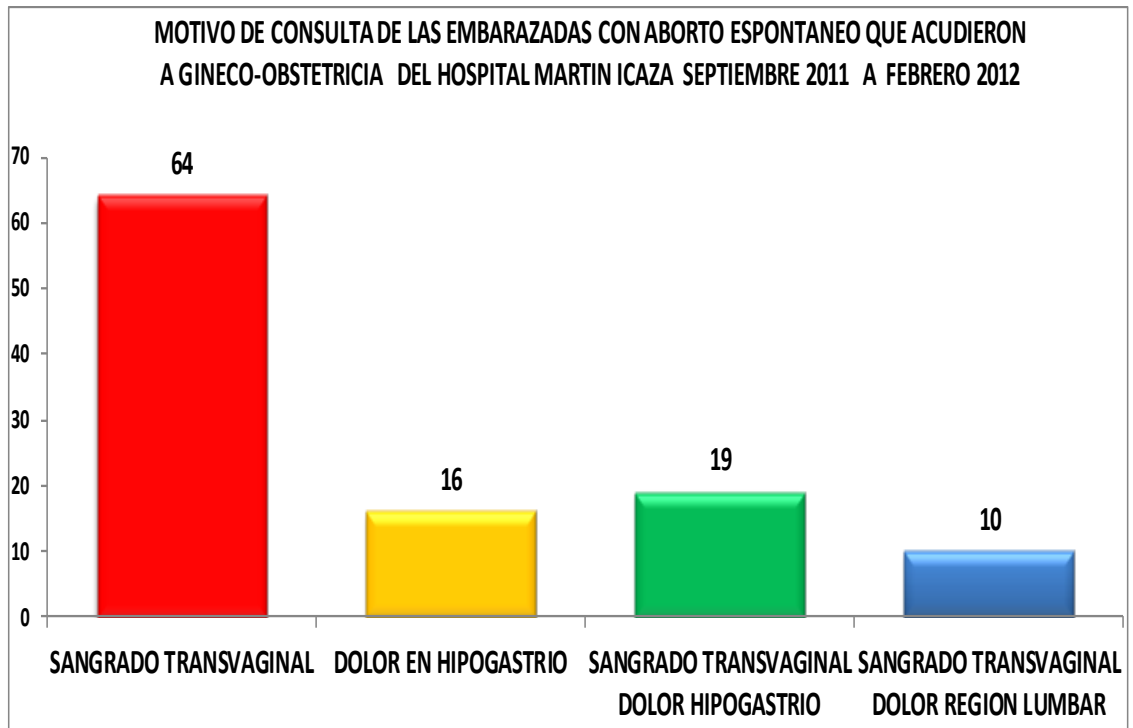
TABLA No. 8

Características	n=109	%
Motivo de Consulta		
SANGRADO TRANSVAGINAL	64	59
DOLOR EN HIPOGASTRIO	16	15
SANGRADO TRANSVAGINAL DOLOR HIPOGASTRIO	19	17
SANGRADO TRANSVAGINAL DOLOR REGION LUMBAR	10	9
TOTAL	109	100

Fuente: Historia Clínica Única

Elaboración: Las autoras

Grafico 8



El 59% presentó sangrado vaginal como motivo de consulta, el 15% presentó dolor en hipogastrio, el 17% presentó sangrado transvaginal y dolor hipogastrio, dolor en hipogastrio y el 9%, sangrado transvaginal con dolor en región lumbar

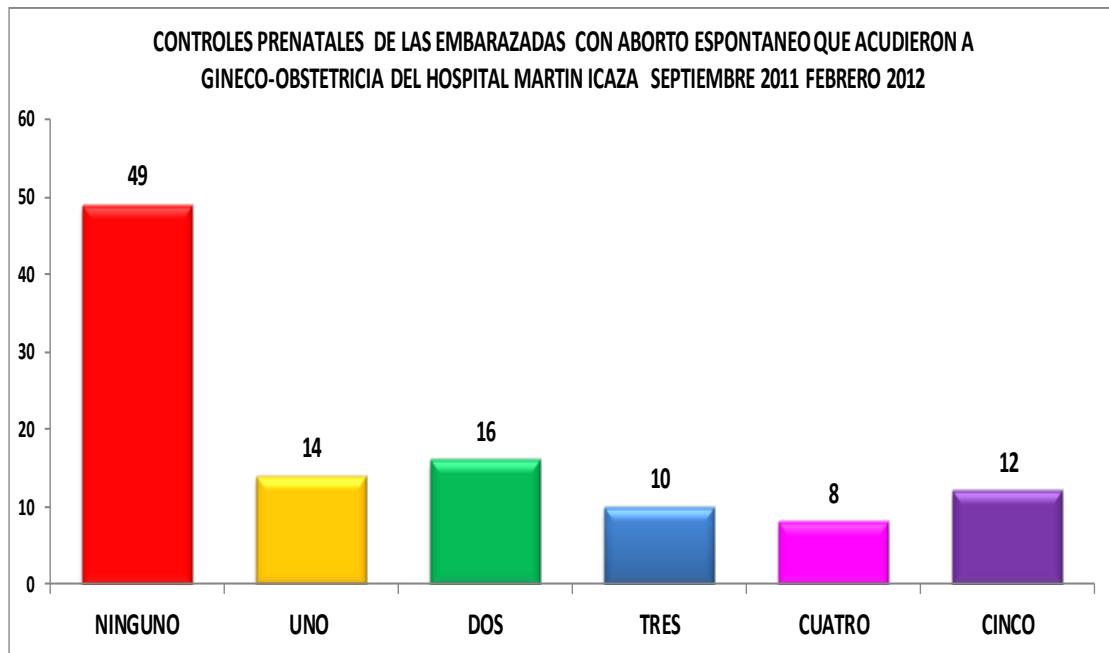
TABLA No. 9

Características	n=109	%
Controles prenatales		
NINGUNO	49	45
UNO	14	13
DOS	16	15
TRES	10	9
CUATRO	8	7
CINCO	12	11
TOTAL	109	100

Fuente: Historia Clínica Única

Elaboración: Las autoras

Grafico 9



Sin ningún control el 45%, un control el 13%, dos controles el 15%, tres controles el 9%, cuatro controles el 8% y solo el 11% cumple con la norma de mínimo 5 controles.

4.2.- COMPROBACIÓN Y DISCUSIÓN DE HIPÓTESIS

Construyendo planes educativos a las normas y protocolos maternos para disminuir los cuadros de aborto espontaneo, aplicando la atención preconcepcional en la mujer de edad fértil que acude a la consulta disminuiríamos los abortos espontáneos que asisten a la consulta Gineco-Obstetricia del Hospital Martín Icaza. Los meses en que existen fiestas es cuando las mujeres más abortan, los abortos espontaneo son inducidos, no se descubrió que existan problemas de infecciones a repetición, las que más abortan son las que más paren, en cuanto a la procedencia la mayoría son de la ciudad de Babahoyo, y en su mayoría adolescentes y con pocos controles prenatales, patrón que nos indica que tenemos que trabajar duro en el tema de aborto.

4.3.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La incidencia de aborto espontaneo de septiembre 2011 a febrero 2012 en el Hospital Martin Icaza fue 32,1 % (109 casos), de los cuales el 100%de pacientes terminaron en legrado uterino.

Las mujeres con mayor riesgo de amenaza de aborto son las de menos de 30 años (70 %), proveniente del cantón Babahoyo el 79%, de otros cantones un 20% y de otras provincias un 10%.

La instrucción primaria 43% y las analfabetas 11% hacen un porcentaje del 54%, factor que incide en todas las deficiencias de salud que tienen estas mujeres en el momento en que se embarazan su desconocimiento de lo que

deben hacer para tener un buen control prenatal, la instrucción secundaria y superior secundaria hacen el 46%. Que vive en unión libre (72%), con nivel socio-económico bajo.

En lo que respecta a los antecedentes gineco-obstétricos podemos concluir que la paciente con aborto espontáneo es fundamentalmente una multigesta (30%) primigesta joven (29%), trigesta (14%), y secundigesta con el 14%. Sin un buen control prenatal (89%), con intervalo intergenésico acortado (88%).

La variedad de factores asociados a aborto que hemos podido observar en el presente estudio tienen una implicancia socio-económica y cultural intrínseca. Muchos de ellos pueden ser prevenibles y en ciertos casos recuperables.

La detección temprana de algunos factores de riesgo aquí identificados no requiere de tecnología sofisticada y puede realizarse a partir de la primera consulta y desde el primer nivel de atención donde el médico general se desempeña.

Por esto es indispensable, además de destinar los recursos tecnológicos y humanos necesarios para atender a las pacientes oportunamente, que las autoridades de salud supervisen el acceso y cabal cumplimiento del control prenatal, y establezcan un sistema de referencia prenatal eficaz en el que todas las mujeres con aborto espontáneo se identifiquen, se traten de forma adecuada en las unidades de atención primaria y se transfieran oportunamente a los hospitales especializados en la atención y que cuenten con unidades de cuidados intensivos.

RECOMENDACIONES

Este resultado determina una señal de alarma para los profesionales de la salud, ya que se debe poner manos a la obra para que en un futuro no muy lejano, en lo posible inmediato, estas cifras disminuyan; cabe aclarar que este objetivo no se limita a un frío cálculo estadístico, sino a la consecuencia directa de una menor cantidad de abortos, que es la disminución de la morbilidad perinatal y una mejor calidad de vida futura de las pacientes. Además recomendar la utilidad del Misoprostol administrado vía oral en el tratamiento médico del aborto espontáneo incompleto no complicado lo cual beneficiara nuestro servicio:

1. Evitando el ingreso de pacientes con diagnóstico de aborto espontáneo incompleto no complicado y el impacto psicossocial del mismo a la paciente y su entorno familiar
2. Evitar el legrado uterino a pacientes con diagnóstico de aborto incompleto no complicado como procedimiento quirúrgico y disminuir la morbilidad del legrado uterino y del acto anestésico
3. Conducir los recursos humanos, físicos y económicos utilizados en el legrado uterino a otros sectores y por último :
4. Establecer como pauta del servicio de manejo médico ambulatorio del aborto espontáneo incompleto no complicado.

CAPITULO V

5.- PROPUESTA ALTERNATIVA

5.1.- PRESENTACION

En el Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo, la segunda causa de morbilidad obstétrica de las pacientes es la hemorragia vaginal 25%, y dentro de estas el aborto espontaneo ocupa un 55%.

Mediante charlas educativas y la creación de programas de planificación familiar, trataremos de reducir el ausentismo al control prenatal. De este modo disminuiríamos las recidivas y complicaciones, concientizando la importancia del control prenatal oportuno, optimo y veraz disminuiríamos los abortos espontáneos y sus complicaciones.

El presente trabajo pretende Normatizar la búsqueda activa de las embarazadas con complicaciones de hemorragias vaginales en su inicio, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno para no hacerlo como ha sido costumbre de un tratamiento de forma empírica y no se han tomado las medidas necesarias para evitar que terminen en aborto de cualquiera de las formas existentes, que pusieron en peligro la vida del feto.

5.2.- OBJETIVOS.

5.2.1.- Objetivo General

Implementar un plan de educación a MEF y embarazadas riesgos de prevención, lograr la asistencia al control prenatal oportuno, óptimo y veraz. Detectando oportunamente los factores de riesgo en las pacientes con abortos espontáneos que acuden a la consulta de gineco-obstetricia del Hospital Martin Icaza de Babahoyo.

5.2.2.- Objetivos Específicos

1. Diseñar métodos de diagnóstico más sensibles y accesibles para la certeza de sangrado vaginal y amenaza de aborto espontáneo.
2. Identificar factores que favorecen las complicaciones y muertes.
3. Incidir en la disminución de morbilidad y mortalidad por hemorragias vaginales en embarazadas.
4. Garantizar el acceso continuo a una atención integral que cuente con fármacos para un tratamiento completo y exámenes de control gratuito a cada paciente.

5.3.- CONTENIDOS

ENFOQUE DE RIESGO

PREVENCIÓN

El cuidado prenatal ayudará a descubrir los posibles riesgos que podría haber en el embarazo.

- Sigue una estricta rutina de control médico durante todo el embarazo.
- Evita golpes directos al abdomen
- Toma una dieta balanceada, rica en folatos (ver la información sobre ácido fólico), puede prevenir abortos causados por problemas genéticos.
- Evita el cigarro desde antes de embarazarse, las drogas y cualquier tipo de trauma, puede evitar el desprendimiento de placenta.
- Practicar sexo seguro puede ayudar a prevenir las enfermedades de transmisión sexual, estas son una causa común de embarazo ectópico.
- Cuando viajes en automóvil usa siempre el cinturón de seguridad pero evita ponerlo de manera que oprima tu abdomen.
- Si padeces alguna enfermedad crónica, acude al médico para controlarla antes de que te embaraces

PREVENCIÓN PRIMARIA Reduce la incidencia de la enfermedad

PREVENCION SECUNDARIA Revierte, detiene o retrasa el proceso de la enfermedad

PREVENCION TERCIARIA Limita la progresión de las complicaciones una vez que la enfermedad se ha manifestado clínicamente

RIESGO

Prevención Secundaria.- Intervención en el estilo de vida dietética, farmacológica. Restricción actividad física. Reducción estrés, Reducción de sodio. Suplementos energéticos, Reducción proteicos, de magnesio, de zinc, de calcio, de vitamina C y E, de ácido linoleico, antihipertensivos, anticoagulantes.

Evaluar en primer lugar la pérdida hemática para valorar la aplicación de medidas de soporte vital. Posteriormente se debe filiar correctamente el origen del sangrado, datar la gestación y hacer el diagnóstico diferencial.

EVALUACIÓN INICIAL

La paciente que presenta sangrado profuso debe ser clasificada como prioritaria.

Se debe evaluar correctamente la cantidad y el ritmo de la pérdida sanguínea.

Los sangrados en las gestantes pueden ser catastróficos, no siendo siempre evidentes como en hemoperitoneo o hematomas.

Por tanto, en toda paciente que se sospecha un shock hipovolémico se deberá hacer un control regular de presión arterial y pulso.

Será preciso valorar:

- Signos de gravedad: confusión, obnubilación, hipotensión.
- Evaluación inmediata de volumen intravascular y el estado hemodinámico: Reevaluación constante de la frecuencia cardiaca y la tensión arterial.

La hemoglobina y el hematocrito son pobres indicadores para la evaluación precoz del grado de pérdida hemática.

Un súbito aumento del pulso o cambios posturales de la presión arterial son frecuentemente los únicos signos de sangrado interno.

La hipotensión postural (descenso en >10 mm Hg en el paso del decúbito a la bipedestación) indica pérdida hemática moderada (10-20% del volumen circulatorio), y la hipotensión en decúbito denota pérdida grave (>20%).

Según la gravedad se deberá instaurar varias medidas a realizar:

1. Una o dos vías venosas de gran calibre para la instauración de sueroterapia para la pérdida de volemia (1ml de sangre precisa la sustitución de 3 ml de cristaloides).
2. Hemograma completo.
3. Pruebas de coagulación.
4. Grupo y RH.
5. Pruebas cruzadas reservando 4 concentrados de hematíes.

HEMORRAGIAS EN LA PRIMERAMITAD DE LA GESTACIÓN

(<20 SEMANAS)

Gestación controlada

Si nos encontramos ante una gestación controlada, ésta será intrauterina, excepción hecha con la gestación heterotópica.

Para filiar el origen del sangrado hay que tener en cuenta que:

- Es necesario explorar los genitales externos para descartar un sangrado vulvar.
- Las lesiones vaginales habitualmente requieren sutura.
- Los sangrados cervicales tienen diversos orígenes:
 - Ectopia propia del embarazo
 - Cervicitis
 - Intracavitario: amenaza de aborto o aborto en curso. El diagnóstico diferencial se establece mediante el tacto vaginal. Si el cuello es permeable es un aborto en curso.

Aborto

El tratamiento es la evacuación uterina, que puede realizarse de diversas maneras.

Tratamiento:

- Expectante: el resultado del tratamiento expectante es variable dependiendo de las características del aborto, siendo muy alta la eficacia en los casos en los que los restos son <50 mm en abortos incompletos (eficacia del 94%). Este manejo ha supuesto una reducción en la infección pélvica clínica (respecto al manejo quirúrgico) y sin efectos en la fertilidad.

– Médico: las tasas de eficacia varían del 13 al 96% dependiendo del tamaño del saco y del tipo de aborto. Las mayores tasas de éxito se asociaron a abortos incompletos, a la administración de altas dosis de misoprostol (1.200-1.400 µg) y a la administración por vía vaginal. En abortos diferidos los regímenes efectivos incluyen una mayor dosis de prostaglandinas con una duración mayor. Se ha identificado una reducción del riesgo de infección pélvica respecto del empleo del legrado. Se puede seguir la pauta de tratamiento de forma ambulatoria.

– Legrado: se debe proceder a la evacuación quirúrgica en condiciones desangrado excesivo persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de tejido retenido infectado y sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional. La evacuación uterina debe realizarse mediante legrado por aspiración ya que aporta una pérdida hemática menor, menos dolor, y una duración de la intervención más corta que el legrado mediante curetaje. Si se sospecha infección se recomienda el retraso de la intervención durante 12 horas para permitir la administración de una pauta antibiótica. La administración de prostaglandinas antes del aborto quirúrgico está bien establecida, con disminución significativa de la fuerza de dilatación, sangrado y trauma cervical/uterino.

Si hay una retención duradera el aborto puede complicarse con una coagulopatía o una infección.

Amenaza de aborto

El tratamiento es expectante. Se recomienda reposo, según el cuadro clínico como sin ingreso hospitalario. Se comprobará evolución clínica y viabilidad mediante ecografía los que no progresen a aborto.

Las gestaciones con aborto diferido han de evacuarse mediante cualquiera de las pautas anteriores.

Gestación no controlada

Si el embarazo no ha sido controlado se debe establecer la localización del mismo.

Una de las entidades que precisa introducirse en el diagnóstico es la gestación ectópica.

La orientación clínica la estableceremos con la edad gestacional, las características del dolor y la cantidad del sangrado, la presencia o ausencia de dolor abdominal asociado. Si la paciente presenta un abdomen quirúrgico, la orientación clínica es suficiente para justificar un tratamiento quirúrgico.

Habitualmente la confirmación se realiza mediante ecografía. Si quedan dudas el estudio se completa con β -HCG seriadas en suero. Las pacientes con Rh negativo deben tratarse con 300 mg de gammaglobulina anti-D.

5.4.- DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS OPERATIVOS DE LA PROPUESTAS.

1.-Programación de actividades a realizar con el personal de salud del Hospital Martín Icaza.

2.-Delimitación del universo a capacitar.

a.- Universo estimado

b.- Coordinación con el personal de salud.

3.-Realizar dinámicas relacionadas con la temática buscando elevar el ánimo de las pacientes para incentivarlas al cumplimiento con responsabilidad de los controles prenatales.

4.-Brindar consejería a las pacientes y familiares sobre los cuidados que deben tener durante su embarazo.

5.-Revisión de resultados obtenidos con el personal de obstetricia, enfermería y médico.

5.5. RECURSOS

- Humano: Profesional altamente capacitado para la valoración de estos pacientes.

- Recursos didácticos: con el objetivo de una buena educación sexual.

5.5.1. RECURSOS HUMANOS

- Personal de Salud del Hospital Martín Icaza de la Ciudad de Babahoyo.
- Equipo Gestor de la Investigación

5.5.2 RECURSOS MATERIALES

- Papel bond A4, Plumas
- Manuales de atención
- Libros y Texto de apoyo
- Internet
- Computadora, Memoria Flash, Impresora, CDs
- Proyector
- Cámara Fotográfica

5.5.3 PRESUPUESTO PARA LA EJECUCION DE ESTA PROPUESTA

RUBRO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL
Mobilización	5	20	100
Trípticos	100	0,5	50
Impresiones	1	200	200
Material de oficina 2 resmas de papel	2	15	30
gigantografías	5	10	50
TOTAL			430

5.6.- CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA

ACTIVIDAD / TIEMPO	PERIODO SEPTIEMBRE 2011 - FEBRERO 2012														
	1 MES				2-3 MES				4-5 MES				6 MES		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Socialización del proyecto															
Producción Guía															
Elaboración de programa educativo de seguimiento continuo															
Seleccionar y elaborar material didáctico															
Selección de los temas															
Establecer horarios adecuado para las Charlas educativas															
Ejecución															
Informe final															
Monitoreo y Evaluación															

5.7.- RECOMENDACIONES

Entendimos que el primer paso para este cambio, era el análisis de los factores de riesgo, que, aunque algunos son conocidos, quisimos poner en evidencia cuales eran los que presentaban clara relación estadística con esta población en particular.

Como en todo estudio retrospectivo, hubo datos que faltaron o que no estuvieron del todo claros, por eso creemos que uno de los pasos inmediatos

a seguir es realizar un cambio en la elaboración de Historias Clínicas o en los métodos de recolección de datos, comenzando desde el primer nivel atención. Para poder realizar un seguimiento más estrecho de las pacientes, y detectar, si es que existen, otros factores de riesgo.

Estos cambios, aunque pequeños, comprometen tanto a obstetras como a médicos, generales, clínicos, y también a personal no médico que realiza actividad de salud por ejemplo educadores y promotores de salud , abarcando, como ya se dijo, todos los niveles de atención (prevención primaria, secundaria y terciaria)

Cuando hablamos sobre poner manos a la obra, queremos dejar en claro que es tanto reconocer nuestras obligaciones profesionales, como también el derecho a reclamar al estado ecuatoriano, políticas de salud y recursos que garanticen un óptimo accionar.

Acciones de atención primaria de salud como el control prenatal tiene influencia profunda en amenaza de aborto, por lo que deberían potencializarse tanto en el ámbito de las Facultades de Ciencias de la Salud como a nivel de las Unidades Operativas.

Ello obliga a retomar los programas preventivos básicos, como son estimular la educación general, avanzar en la orientación sexual y responsabilidad paterna oportuna, y aumentar la cobertura y calidad de un control prenatal precoz. Muchas de estas responsabilidades están en el sector salud, pero otras son responsabilidad de los organismos oficiales, debemos también incluir a las pacientes como miembros de una comunidad que desea un futuro mejor.

Se debe tener en cuenta que incluso las mejores estrategias pronosticas, si no están al alcance de toda la población en riesgo ni insertas en un proceso racional de diagnóstico y tratamiento, ofrecen malos resultados a la salud de la población.

Propongo para dicho objetivo la implementación del fichero cronológico de embarazos, confeccionado por quincenas, en cada centro de salud. Donde, luego de categorizar los embarazos en alto, moderado y bajo riesgo, se coloque cada cartilla según número mínimo de controles necesarios para el seguimiento adecuado, a partir del mismo y en conjunto con el promotor de salud, se cite a las pacientes que no hayan cumplido con la visita médica respectiva.

Con respecto a los embarazos de alto riesgo, cuyo seguimiento exclusivo se realiza desde el Hospital Martín Icaza, establecer un sistema de referencia-contrarreferencia eficaz, que incluya la agilización de turnos.

CAPITULO VI

6.- BIBLIOGRAFÍA

6.1.- BIBLIOGRAFÍA.

1. OMS. Situación de Salud en las Américas: indicadores básicos, 2007.
GOLDENBERG, R. The management of preterm labor. *Obstetric and Gynecology*. (25):1020- 1037. Enero 2003
<http://www.geosalud.com/embarazo/embarazopretermino.htm> 2009 04
OPS. Ecuador Salud en las Américas: países, 2007. (2):299-316
2. CARRILLO, Carlos y WONG, Fernando. Factores Asociados al Embarazo Pretérmino a Nivel del Mar y la Altura. Instituto de Investigaciones de la Altura Universidad Cayetano Heredia. *Acta Andina*. 3(1):19 – 28. Abril 2004
3. ESPINOZA, Jimmy. Fisiopatología del Síndrome de Parto Pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. (54):15-21. Enero 2008
5. YÁNEZ, Nery. Perfiles Epidemiológicos de la Madre de Recién Nacido Prematuro en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de Quito. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*: 12- 16. Septiembre 1998
6. VILLANUEVA, Luis, et al. Perfil Epidemiológico del Parto Prematuro. *Ginecología Obstetricia de México*. 76(9): 542-548. Septiembre 2008
<http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2008/Ginecol-542-8.pdf> 2009 04 13

7. MANRIQUE, Riscarle; RIVERO, Airlen y ORTUNIO, Magaly. Parto Pretérmino en Adolescentes. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 68(3):141-143. Septiembre 2008
<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci-articulo&pid=0014-1411-2008090300001> 2009 04 13
8. USANDIZAGA, J y DE LA FUENTE, P. Tratado de Obstetricia Y Ginecología. 2 ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana, 2004. pp. 341- 374
9. CHILE. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica de Prevención Del Parto Prematuro. Santiago de Chile: MSP, 2005. pp. 1- 35
10. LATERRA, Cristina; ANDINA, Elsa y DI MARCO, Ingrid. Guía de Prácticas Clínicas Amenaza de Parto Prematuro. División Obstetricia. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Buenos Aires-Argentina. 22(1):28-43. Enero 2003
<http://www.bertha.gob.ni/biblioteca/perinatologia/amenazapretermino.pdf> 2009 09 01
11. CALDERÓN, Juvenal, et al. Factores de Riesgo Materno Asociados al Parto Pretérmino (artículo de revisión)
<http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/40BDF015-9DB5/Factoresriesgomaterno.pdf> 2009 04 28
12. ROJAS, Lino; ROJAS, Julio y CRUZ, Blanca. Fundamentos de Manejo del Embarazo de Alto Riesgo. Riobamba-Ecuador: Edipcentro, 1998. pp. 9- 20
13. OLMOS, Carlos, et al. Insuficiencia Istmicocervical y Cerclaje. Departamento de Obstetricia Ginecología Hospital Materno Infantil 12

de Octubre. Ginecología y Obstetricia Clínica 2002. España. 3(3):122-128, 2002 http://www.nexusediciones.com/pdf/gine2002_3/gi-3-3-003.pdf 2009 09 02

14. Obstetricia Ginecología y Pediatría, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras. Revista Médica de Honduras. (50):8-15. 1992. (Trabajo Colaborativo con el Centro

15. Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano)

16. OCHOA, Anabel, et al. Amenaza de Parto Prematuro: rotura prematura de membranas, corioamnionitis Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Virgen del Camino. Sistema Sanitario Navarra, España . (32):105-119. Enero 2009 <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6259/5046> 2009 06 07

17. ROMO, Pedro. Factores de Riesgo de Parto Pretérmino en Pacientes que Presentaron Amenaza de Parto Pretérmino. Marzo 2007. Tesis especialista en Ginecología y Obstetricia. Colombia. Universidad de Colima. Facultad de Medicina. Enero 2008 (36) FANEITE, Pedro, et al. Amenaza de Parto Prematuro e Infección Urinaria. Revista Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 66 (1):1-6. Marzo 2006

18. SAMARTINO, Alfredo, et al. Parto Prematuro: factores y marcadores de riesgo. Hospital Sub Zonal A. Isola. Puerto Madryn Chubut. Argentina. Periodo 1996- 2001 (trabajo inédito)

19. FLOR, Mérida. Determinación de Interleucina 6 Sérica y su Relación con la Resultante Neonatal en Pacientes con Amenaza de Parto

Pretérmino. Hospital Gineco-obstétrico 111 Enrique Sotomayor de Guayaquil- Ecuador (Presentación en formato ppt)
<http://www.ginecoguayas.com> 2009 06 07

20. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta Praevia: Diagnosis and Management. Green Top Guideline No. 27 London: RCOG, 2001.
21. Morrison JJ, Renie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery attempt: influence of timing of elective caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102: 101-106.
22. Chervenak FA, Lee Y, Hendler JA, Monoson RF, Berkowitz RL. Role of attempted vaginal delivery in the management of placenta previa. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 798-781.
23. Miller DA, Goodwin TM, Gherman RB, Paul RH. Intrapartum rupture of the unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 89: 671-673.

CAPITULO VII

7.- ANEXOS

7.1 FOTOS



AREA DE LEGRADOS



EQUIPO DE LEGRADO, LISTO A USARSE



EXAMEN GINECOLOGICO A EMBARAZADA CON ABORTO ESPONTANEO



LEGRADO UTERINO, PACIENTE CON ABORTE ESPONTANEO