

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



AMENAZA DE ABORTO

PRESENTADO POR BACHILLER:

- **NAYET ARAMBURU MARTINEZ**

Para optar el Título Profesional de Licenciados en Enfermería

ASESORA:

- **DRA.GILDA LUCY LOAYZA ROJAS**

ABANCAY – APURIMAC

2017

DEDICATORIA

A mis padres, por estar conmigo, por enseñarme a crecer y a que si caigo debo levantarme, por apoyarme y guiarme, por ser las bases que me ayudaron a llegar hasta aquí.

El presente trabajo es dedicado a mi familia, a mi hijo quienes han sido parte fundamental para realizar este trabajo, ellos son quienes me dieron grandes enseñanzas y los principales protagonistas de este “sueño alcanzado”.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios y a mis padres y a usted Dr. Gilda Loayza por guiarme en la realización de mi trabajo que esta realizado con mucho esfuerzo y empeño y agradezco por guiarme en este camino que es muy difícil para mí y sin su apoyo no hubiera sido posible realizarlo.

CAPITULO I

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. AMENAZA DE ABORTO	9
1.1 DEFINICIÓN	9
2. ETIOLOGÍA	9
3. EPIDEMIOLOGIA	10
4. CUADRO CLÍNICO	10
5. FISIOPATOLOGÍA	11
6. DIAGNOSTICO	12
6. 1 CUADRO CLÍNICO	12
6.2 Imagen	13
6.3 MARCADORES SÉRICOS	14
7. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO	15
7.1 Tratamiento farmacológico	16
8. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON AMENAZA DE ABORTO	17
9. COMPLICACIONES	22
10. CONCLUSIONES	23
11. BIBLIOGRAFÍA	24
ANEXOS	26

RESUMEN

La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. Los síntomas abarcan amenorrea secundaria, presencia de vitalidad fetal y cólica abdominales con o sin sangrado vaginal entre otros. Para el diagnóstico se puede hacer una ecografía abdominal o vaginal, examen pélvico y de laboratorio. Así mismo, para el tratamiento siempre se recomienda reposo en cama y reposo pélvico. El pronóstico es bueno cuando se resuelven la hemorragia y el dolor cólico.

El sangrado antes de las 20 semanas de gestación es una de las complicaciones más comunes durante el embarazo, el diagnóstico diferencial entre diferentes entidades como embarazo ectópico, embarazo molar, o amenaza de aborto con embarazo viable o no viable es fundamental para el inicio del tratamiento apropiado. La identificación de factores de riesgo, el Ultrasonido obstétrico y la medición de marcadores bioquímicos son de gran importancia para realizar un diagnóstico y establecer un pronóstico oportuno.

ABSTRACT

“THE PRESENT STUDY AIMED TO DETERMINE THE INCIDENCE OF PRESUMPTIVE DIAGNOSIS OF URINARY TRACT INFECTION AND THE MOST COMMON COMPLICATIONS THAT OCCUR IN PREGNANT WOMEN IN THE NATIVE QUECHUA AND MESTIZO POPULATION OF THE CITY OF LAMAS, JUNE - SEPTEMBER 2012. DESCRIPTIVE STUDY WAS PERFORMED COMPARATIVE, PROSPECTIVE CROSS-SECTIONAL” (1).

COMO DICE ANA (2), DESCRIPTIVE RESEARCH DESIGN. WE CONDUCTED A NON-PROBABILITY SAMPLING, FOR CONVENIENCE, THE SAMPLE CONSISTED OF PREGNANT WOMEN AND PREGNANT CROSSBRED NATIVE QUECHUA WHICH MET THE INCLUSION AND EXCLUSION CRITERIA. THE RESULTS WERE: UTI INCIDENCE IN THE MESTIZO POPULATION WAS 63% AND THE NATIVE QUECHUA 37%. A 73.53% IN PREGNANT CROSSBRED AND 55% IN THE NATIVE QUECHUA PREGNANT WERE BETWEEN THE AGES OF YEARS. SECONDARY LEVEL .06% MULATTO PREGNANT AND IN THE NATIVE QUECHUA WHILE 50% WITH PRIMARY LEVEL. MARITAL STATUS IN PREGNANT WOMEN IS MARRIED CROSSBRED WITH 58.82% AS WELL AS THE NATIVE QUECHUA 65%. COMPLICATIONS ATTRIBUTED TO UTI OCCURRED IN 23.53% IN PREGNANT CROSSBRED NATIVE QUECHUA AND IN 25% . AND AMONG THE MOST FREQUENT COMPLICATIONS IN PREGNANT CROSSBRED APP (3 CASES) AND NATIVE QUECHUA ABORTION . THE 52.94% (18 WERE IN CROSSBRED PRIMIPAROUS AND 70% WERE IN THE NATIVE QUECHUA MULTIPAROUS, IN BOTH POPULATIONS WERE IN THE SECOND TRIMESTER OF PREGNANCY IN PREGNANT CROSSBRED THE 41.18% AND IN PREGNANT NATIVE QUECHUA 55%. CONCLUDING THAT THE ITU AND.

INTRODUCCIÓN

“La amenaza de aborto (AA) es la complicación más común durante el embarazo, se define como el sangrado transvaginal antes de las 20 semanas de gestación (SDG) gestación o con un feto menor de 500g, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de productos de la concepción”. (3)

“Cuando una mujer presenta síntomas de dolor o hemorragia durante las primeras semanas del embarazo las posibilidades diagnosticas son un embarazo intrauterino viable, embarazo intrauterino no viable y embarazo ectópico. La medición de Gonadotropina Coriónica Humana (hCG) y el ultrasonido pélvico son comúnmente utilizados para ayudar en el diagnóstico diferencial”. (4)

“El sangrado transvaginal durante el primer trimestre está,, asociado aproximadamente con 42% de riesgo de padecer posteriormente un aborto incompleto y si el embarazo continuo se eleva el riesgo de presentar hemorragia preparto, parto pretérmino o bajo peso al nacer”. (5)

“En cuanto a la condición de pequeño para la edad gestacional (PEG), la Organización Mundial de la Salud (ONU), define a aquellos cuyo peso al nacer está por debajo del percentil 10 (p10) por género al nacer, para la edad gestacional. La identificación de los niños PEG es importante porque presentan un mayor riesgo de morbimortalidad que en niños adecuados para la edad gestacional”. (6)

Como dice PADILLA SOLANO (7) ,Los RN PEG tienen 5 veces más probabilidad de morir en el período neonatal y 4,7 veces más probabilidad de morir en su primer año de vida.

La amenaza de aborto es preocupante. Entre el 20 a 25% de las mujeres manifiesta manchado vaginal o un sangrado un poco más abundante al principio del

embarazo, que en ocasiones persiste durante varios días o semanas. Cerca de 50% de estos embarazos finalmente termina en aborto, de ahí la importancia de su estudio. Incluso cuando después de una hemorragia durante la primera mitad del embarazo no se produce un aborto, estos fetos tienen mayor riesgo de sufrir parto prematuro, bajo peso al nacer y muerte perinatal.¹³ El sangrado durante la primera mitad del embarazo puede indicar una disfunción placentaria subyacente, que pueden manifestarse más tarde como el causante de resultados adversos. El conocimiento sobre la repercusión que puede tener este hecho en los embarazos es relevante para las pacientes y personal de salud a fin de planificar la atención prenatal y considerar las intervenciones clínicas en el embarazo.

CAPITULO I

1. AMENAZA DE ABORTO

1.1 DEFINICIÓN

“Presencia de metrorragia de cuantía variable que puede estar o no acompañada de dolor cólico hipogástrico en una gestación potencialmente viable” (8).

“La amenaza de aborto es un estado de alerta que sugiere que puede ocurrir un aborto espontáneo antes de la semana 20 del embarazo. El sangrado vaginal en las primeras semanas de gestación es un síntoma frecuente de esta situación. En el caso de que se sospeche que existe algún riesgo, es muy importante seguir una serie de cuidados para disminuir las probabilidades de perder al feto.” (9)

2. ETIOLOGÍA

Como dice MONTES VILLAR (10), Etiología sangrado vaginal Incidencia En estas circunstancias la probabilidad de aborto espontáneo el del 50%.

Causa

- Bajas condiciones socioeconómicas .
- Presión de la familia y de la pareja.
 - Miedo a la expectativa social (marginación, truncamiento de sus expectativas en ese momento)
- Problemas de salud.
- Violación o incesto
- Falta de educación sexual.

3. EPIDEMIOLOGIA

“Por lo menos 20-30% de las embarazadas tienen hemorragia en el primer trimestre. Se cree que representa un sangrado por la implantación. El cérvix se mantiene cerrado y puede haber una ligera hemorragia, con o sin dolor cólico. El aborto espontáneo ocurre sólo en un pequeño porcentaje de mujeres que tienen sangrado vaginal durante el embarazo” (11).

“En los embarazos ya conocidos, el promedio de abortos espontáneos es aproximadamente del 10% y se presentan usualmente entre las 7 y 12 semanas de gestación. El aumento del riesgo de aborto se relaciona con la edad de la madre superior a los 35 años o menores de 15 años, mujeres con una enfermedad sistémica (como la diabetes o la disfunción tiroidea) y aquellas con antecedentes de tres o más abortos espontáneos” (12)

4. CUADRO CLÍNICO

Como dice CERESO (13), La presencia de signos y síntomas de una amenaza de aborto, son factores que generan ansiedad y estrés en la mujer embarazada, acerca del desarrollo de la gestación. El diagnóstico presuntivo de una amenaza de aborto, se basa en la historia de sangrado transvaginal en etapas tempranas del embarazo, en presencia de un cérvix cerrado, con o sin contracciones uterinas.

- . * Amenorrea secundaria
- * Prueba de embarazo positiva
- * Presencia de vitalidad fetal
- * Hemorragia de variable magnitud durante las primeras 20 semanas de gestación
- * Dolor tipo cólico en hipogastrio de magnitud variable

Volumen uterino acorde con amenorrea, sin dilatación ni modificaciones cervicales

La presencia de un hematoma intrauterino subcoriónico durante el primer trimestre del embarazo, aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas severas, independientemente de los síntomas propios de la amenaza de aborto.

La demostración de actividad cardíaca fetal generalmente se asocia a un embarazo exitoso.

5. FISIOPATOLOGÍA

Como dice FARRERAS (15), El sangrado durante el primer trimestre del embarazo puede originarse dentro del útero, cérvix o vagina o puede provenir del exterior de los genitales. En su mayoría, el sangrado es ocasionado por la implantación trofoblástica en el endometrio.

Es esencial una exploración física detallada para diferenciar el origen del sangrado.

En la mayoría de los casos la causa del sangrado se debe a una condición menor, que no requiere tratamiento.

Etiología del sangrado

- Implantación del embrión
- Infección
- Irritación (posterior al coito)
- Aborto espontáneo
- Embarazo ectópico
- Embarazo molar

La amenaza de aborto, está asociada con aumento en la actividad uterina, aunque no está claro, si se trata de una causa o un defecto.

La progesterona es el producto principal del cuerpo lúteo, que al administrarlo puede disminuir las contracciones uterinas.

6. DIAGNOSTICO

“Se puede hacer una ecografía abdominal o vaginal para verificar el desarrollo del bebé, los latidos cardíacos y la cantidad de sangrado. Ésta tiene la capacidad de establecer de manera rápida y exacta si un feto está vivo o no, y de predecir si un embarazo tiene posibilidades de continuar cuando hay hemorragias” (16).

Como dice FARRERAS (13), En ámbitos donde está disponible, esta capacidad ha racionalizado el cuidado de las mujeres con amenaza de aborto espontáneo en el primer trimestre de embarazo. Se realizará asimismo un examen pélvico para revisar el cuello uterino.

Se pueden llevar a cabo los siguientes exámenes:

- Examen de beta GCH (cuantitativa) durante un período de días o semanas para confirmar si el embarazo continúa
- Conteo sanguíneo completo (CSC) para determinar la cantidad de pérdida de sangre
- GCH en suero para confirmar el embarazo
- Conteo de glóbulos blancos con fórmula leucocitaria para descartar la infección.

6. 1 CUADRO CLÍNICO

Como dice CHAN M (17), La presencia de signos y síntomas de una amenaza de aborto, son factores que generan ansiedad y estrés en la mujer embarazada, acerca del desarrollo de la gestación. El diagnóstico presuntivo de una amenaza de aborto, se basa en la historia de sangrado transvaginal en etapas tempranas del embarazo, en presencia de un cérvix cerrado, con o sin contracciones uterinas.

* Amenorrea secundaria

- * Prueba de embarazo positiva
 - * Presencia de vitalidad fetal
 - * Hemorragia de variable magnitud durante las primeras 20 semanas de gestación
 - * Dolor tipo cólico en hipogastrio de magnitud variable
 - * Volumen uterino acorde con amenorrea, sin dilatación ni modificaciones cervicales
- La presencia de un hematoma intrauterino subcoriónico durante el primer trimestre del embarazo, aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas severas, independientemente de los síntomas propios de la amenaza de aborto.
- . La demostración de actividad cardíaca fetal generalmente se asocia a un embarazo exitoso.

6.2 Imagen

“El ultrasonido (US) es el estudio de fundamental que nos ayuda a establecer la presencia de embarazo y excluir otras causas de hemorragia como el embarazo ectópico o molar, además también ayuda a diferenciar entre un embarazo intrauterino viable y uno no viable, por lo que ha sido propuesto como un predictor en el desenlace de la amenaza de aborto” (15)

“Un saco gestacional de la menos 15 mm las primeras 7 SDG y de 21 mm a las 8 SDG tiene una sensibilidad diagnóstica del 90.8%. Un saco gestacional de 17 mm sin embrión o de 13 mm sin saco de Yolk pueden predecir una gestación no viable con una especificidad y un Valor predictivo positivo del 100%” (14).

Como dice CHAN M (17), La identificación, de frecuencia cardíaca fetal por ultrasonido vaginal indica un 97% de probabilidad de que el embarazo continúe más allá de las 20 SDG, sin embargo la presencia de bradicardia se considera un factor de mal pronóstico. Estudios prospectivos demuestran que los siguientes factores de riesgo: bradicardia fetal, discrepancia de más de una semana entre la

edad gestacional por US y por fecha de última menstruación, y la discrepancia entre la edad del saco gestacional y la longitud corona rabadilla, aumentan el riesgo de aborto de un 6% cuando ninguno de estos factores está presente, a un 84% cuando los tres están presentes.

Otras características ultrasonográficas que han sido tomadas en cuenta en algunos estudios, son la forma del saco gestacional, la ecogenicidad de la placenta, el grosor del trofoblasto y la presencia de un hematoma intrauterino, sin embargo ninguno de estos factores ha podido demostrar por completo una relación con las subsecuentes complicaciones de una amenaza de aborto.

A. embrión con longitud corona-rabadilla de 7.1 mm, sin actividad cardiaca vista por Ultrasonido en tiempo real.

B. Saco gestacional con diámetro de 27.6 (Promedio de 35.4 mm, 19.7 mm y 28.1 mm) sin embrión visible.

C. Saco de Yolk sin embrión dentro del saco gestacional.

6.3 MARCADORES SÉRICOS

“Se ha encontrado que algunas determinaciones hormonales pueden ser útiles para establecer un pronóstico en mujeres con amenaza de aborto. La medición de Gonadotropina Coriónica Humana (hCG) ha sido propuesta como uno de estos predictores. Se ha demostrado que pacientes con AA presentan niveles séricos inferiores a aquellas mujeres que no presentan AA” (14).

Como dice ANDRADE (18), Sin embargo la medición de la fracción β de hCG (β hCG) junto con la medición de progesterona sérica muestran mayor valor pronostico que la medición de estas de forma individual. Un estudio retrospectivo de 245 mujeres embarazadas, mostro que los niveles séricos de β hCG y de progesterona

fueron significativamente más bajos en pacientes con AA que concluyo en un aborto inevitable ($3,647.00 \pm 2,123.00$ mIU/ml y 13.76 ± 5.52 ng/ml, respectivamente), que en pacientes con un embarazo intrauterino normal ($13,437.00 \pm 6,256.00$ mIU/ml y 31.67 ± 5.86 ng/ml, respectivamente) y mujeres con AA que continuaron su embarazo ($8,492.00 \pm 2,389.00$ mIU/ml y 25.47 ± 6.11 ng/ml, respectivamente), con una sensibilidad diagnostica del 88.1% y especificidad de 84.3%.

“Entre algunos otros biomarcadores que se encuentran en pacientes con AA que eventualmente abortaron están: la Inhibina A y Activina A que se encuentra en bajas concentraciones, mayores concentraciones del Antígeno de carcinoma ovárico CA125, y bajas concentraciones de Proteína A placentaria (PAPP-A)” (19).

7. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

“No existe una terapia efectiva en el tratamiento de la amenaza de aborto. Si se continúa con el embarazo se debe de dar un seguimiento semanal hasta que se resuelva el sangrado y de igual manera se debe de tener especial atención por el riesgo de presentar parto pre término, oligohidramnios y restricción en el crecimiento intrauterino” (14).

Como dice ANDRADE (18), El reposo en cama es la recomendación más común, no hay evidencia suficiente de que el reposo pueda afectar el curso del embarazo, de igual manera el evitar las relaciones sexuales, sin embargo estas recomendaciones crean un ambiente de seguridad para las mujeres, por lo que se sugiere que se lleven a cabo. En cuanto al uso de la progesterona, esta desempeña un papel fundamental en la preparación del útero para la implantación del óvulo fertilizado, por lo que se ha sugerido que la deficiencia de esta hormona puede ser la causa de abortos espontáneos, lo cual se pudiera revertir con el uso de progesterona exógena. Sin embargo no hay evidencia de la efectividad de la

progesterona administrada vía vaginal en la reducción del riesgo de aborto espontáneo para las mujeres con AA, en una revisión de 15 estudios clínicos controlados, no se encontró diferencia estadísticamente significativa en el riesgo de aborto espontáneo en pacientes que recibieron progestágeno o un placebo o ningún tratamiento, por lo que no se considera un tratamiento adecuado para prevenir el aborto espontáneo.

El uso de miorelagantes uterinos o tocolíticos como la Bufenina, no está respaldado por investigaciones recientes el tratamiento de infecciones vaginales como Gonorrea y chlamydia, no ha mostrado un efecto sobre la evolución de la amenaza de aborto, sin embargo si se detecta debe de tratarse. El tratamiento con inmunoglobulina anti-D en mujeres Rh negativo, se recomienda por parte del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, aunque la inmunización durante la AA en el primer trimestre del embarazo es rara, se debe de considerar el tratamiento en mujeres que no estén sensibilizadas, con AA después de las 12 SDG, o en casos de sangrado abundante o recurrente que se asocie a dolor abdominal, particularmente si la gestación se acerca a las 12 SDG.

7.1 Tratamiento farmacológico

“El apoyo con progesterona está indicado sólo en casos de defecto de fase lútea establecida, en pacientes con aborto recurrente de etiología no precisada y en pacientes que han recibido inductores de ovulación. Utilizamos Progesterona 50 mg. im cada 48 hrs o caproato de 17 OH progesterona (Primolut depot), 250 mg cada 7 días hasta las 12 semanas de gestación” (20).

“El uso de supositorios antiespasmódicos debe ser limitado. Su utilidad no ha sido demostrada y existen dudas sobre su potencial teratogénico cuando se administran durante el período de organogénesis (días 18-55 después de la concepción)” (20).

“En pacientes Rh negativas no sensibilizadas, con amenaza de aborto, está indicada la profilaxis con inmunoglobulina anti Rh (150 ug im. de las 7 a 12 semanas y 300 ug en gestaciones de más de 12 semanas)” (17)

8. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON AMENAZA DE ABORTO.

A. ATENCION PROMOCIONAL Y PREVENTIVO

PROMOCIONAL

- Cada consulta prenatal debe tener una estructura y un enfoque.
- Las primeras consultas en el embarazo deben ser extensas para proporcionar información y tiempo para la discusión acerca del cribado y la toma de decisiones informadas.
- Se debe hacer énfasis a la familia y paciente sobre el cuadro clínico de la amenaza de aborto, como son los signos y síntomas de alarma, indicaciones de cuándo acudir a urgencias, alternativas de tratamiento y consejo genético, además de las probabilidades de pérdida del producto, a pesar de manejos médicos bien instaurados.
- Un servicio de evaluación temprana del embarazo debe:
 - Ser un servicio específico facilitado por profesionales de la salud competentes para diagnosticar y atender a las mujeres con dolor o sangrado en el embarazo temprano.

- Ofrecer el ultrasonido y la evaluación de niveles de suero de gonadotropina coriónica humana (GCH)
- Estar a cargo de profesionales de la salud capacitados en comunicación sensible y noticias grave.

PREVENTIVO

El primer contacto con un profesional médico debe proporcionar información específica sobre:

- Los suplementos con ácido fólico
- Higiene de los alimentos, incluyendo la forma de reducir el riesgo de una infección adquirida
- El estilo de vida, incluyendo el abandono del tabaco, el uso de drogas recreativas y el consumo de alcohol
- Todo el examen prenatal, incluyendo los riesgos, beneficios y limitaciones de las pruebas de detección o Cómo se desarrolla el bebé durante el embarazo o La nutrición y la dieta, incluyendo suplementos de vitamina D o El ejercicio, incluidos los ejercicios del piso pélvico Lugar de atención del parto.

B. ATENCION DERECHA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

- Reposo Absoluto
- Control de pérdidas vaginales
- Contención emocional
- Ecografía obstétrica
- Control estricto de frecuencia cardiaca fetal

- Control de funciones vitales de la madre
- Control de balance hídrico
- Abstinencia sexual
- Medir signos vitales.
- Mantener a la paciente en una posición cómoda .
- Administrar medicamentos previa orden médica.
- Realizar cura .Verificar exámenes realizados.
- Observar piel y mucosa.
- Orientar a la paciente de los manejos de los alimentos. (20)

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Dominio 4: Actividad/reso	Clase 4: Respuesta cardiovasc ular/pulmo nar	Dominio: Salud fisiológica II Clase: Cardiopulmonar			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUA CION DIANA	
<p><u>Etiqueta (problema) (p)</u></p> <p>Riesgo de sangrado (00206)</p> <p><u>Factores relacionados (causas)</u></p> <p>Complicaciones relacionadas con el embarazo (embarazo de alto riesgo por antecedentes</p>	<p>Coagulación sanguínea (0409)</p>	<p>(040901) Formación del coagulo</p> <p>(040908) Concentración de plaquetas</p> <p>(040909) Concentraciones plasmáticas de fibrinógeno</p> <p>(0409012) Tiempo de</p>	<p>Desviación grave del rango normal</p> <p>Desviación sustancial del rango normal</p> <p>Desviación moderada del rango normal</p> <p>Desviación leve del rango normal</p>	<p>Mantener en 3</p> <p>Aumentar a 5</p>	

<p>patológicos y gineco-obstétricos).</p> <p><u>Características definitorias</u> (signos y síntomas)</p>		<p>protrombina</p> <p>(040913)</p> <p>Hemoglobina</p> <p>(040915) Tiempo de coagulación activada</p>	<p>Sin desviación del rango normal</p>	
---	--	--	--	--

INTERVENCIONES (NIC): DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA: ÚTERO ANTEPARTO	Fundamentación
<p>Actividades</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Obtener el historial de pérdida de sangre del paciente. • Controlar los signos vitales de la madre. • Monitorizar electrónicamente la frecuencia cardiaca fetal. • Realzar USG para ubicación de la placenta. • Programar una vigilancia de seguimiento fetal posparto. 	<p>Para determinar la limitación de la cantidad de pérdida de sangre del útero durante el 3 trimestre del embarazo y evitar sus posibles y consecuentes complicaciones.</p>

>

9. COMPLICACIONES

- “Anemia
- Infección
- Aborto espontáneo
- Pérdida de sangre moderada o severa” (21).

“Posterior a presentar una amenaza de aborto, aumenta el riesgo de presentar las siguientes complicaciones:

- Aborto.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Parto pretérmino.
- Ruptura prematura de membranas.
- Desprendimiento de placenta normoincorta.
- Enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Peso bajo al nacer” (22).

10. CONCLUSIONES

Como dice GONZALES (20), La vida humana comienza en el momento de la fertilización o concepción. El privar de la vida voluntariamente a cualquier ser humano, por cualquier medio, constituye un homicidio y es un gran mal social y moral. La sociedad no debe sancionar la matanza de una sola vida humana, pues de lo contrario la vida humana resultará devaluada. En los casos poco frecuentes en que la vida de la madre esté amenazada, el médico debe tratar de salvar la vida de ambos.

La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. Los síntomas abarcan amenorrea secundaria, presencia de vitalidad fetal y cólica abdominales con o sin sangrado vaginal entre otros. Para el diagnóstico se puede hacer una ecografía abdominal o vaginal, examen pélvico y de laboratorio. Así mismo, para el tratamiento siempre se recomienda reposo en cama y reposo pélvico. El pronóstico es bueno cuando se resuelven la hemorragia y el dolor cólico.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. peralta ramos a. amenaza de aborto. primera ed. lima: juan; 2014.
2. alvares roman c. amenaza de aborto. primera ed. juan , editor. lima: bruño; 2014.
3. lopes vautanda v. amenaza de aborto. amenaza de aborto. 2013 abril; II(14).
4. lopez vautanda v. amenaza de abortot. amenaza de aborto. 2013 abril; II(14).
5. lopes vautanda v. amenaza de aborto. amenaza de aborto. 2013 abril; II(14).
6. padilla solano yl.
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/496/1/PADILLA_JOHANA_AMENAZA_ABORTO_NEONATALES.pdf. [Online].; 2014 [cited 2017 marzo 24. Available from:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/496/1/PADILLA_JOHANA_AMENAZA_ABORTO_NEONATALES.pdf.
7. padilla solao jl.
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/496/1/PADILLA_JOHANA_AMENAZA_ABORTO_NEONATALES.pdf. [Online].; 2014 [cited 2017 marzo 24. Available from:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/496/1/PADILLA_JOHANA_AMENAZA_ABORTO_NEONATALES.pdf.
8. amado chavez d. http://publicacionesmedicina.uc.cl/AltoRiesgo/metrorragia_1ra_mitad.html#. [Online].; 2014 [cited 2017 marzo 19. Available from:
http://publicacionesmedicina.uc.cl/AltoRiesgo/metrorragia_1ra_mitad.html#.
9. rous r. <https://www.reproduccionasistida.org/amenaza-de-aborto/>. [Online].; 2017 [cited 2017 marzo 19. Available from: <https://www.reproduccionasistida.org/amenaza-de-aborto/>.
- 10 MONTES VILLAR S. <http://www.monografias.com/trabajos91/amenaza-de-aborto-caso-clinico/amenaza-de-aborto-caso-clinico.shtml>. [Online].; 2014 [cited 2017 MARZO 19. Available from:
<http://www.monografias.com/trabajos91/amenaza-de-aborto-caso-clinico/amenaza-de-aborto-caso-clinico.shtml>.
- 11 gonzales rivera ac. obstetricia. amenaza de aborto. 2013 enero; III(6).
- 12 angulo d. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4829/1/T-UCE-0006-55.pdf>. [Online].; 2015 . [cited 2017 marzo 23. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4829/1/T-UCE-0006-55.pdf>.
- 13 Cerezo C, Martell N. articulos.sld.cu/hta/2013/02/15/guia-crisis-hipertensivas-2013. [Online].; 2013 . [cited 2016 Octubre 17.
- 14 Dueñas R. es.slideshare.net/carmenrvio/cuidados-de-enfermera-hipertension. [Online].; 2013 [cited . 2016 Octubre 18.
- 15 Farreras , Rozman. Medicina Interna.1Vol.Pg.512. 17th ed. Barcelona- España: Elsevier; 2012.

- 16 Alcantar E, Chong BA. Temas Selectos de Medicina Interna. Pg.57. Alcantar E, Chong BA, editors.
. Mexico: Alfil; 2013.
- 17 Chan M. (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html). [Online].; 2013. [cited 2016.
. Octubre. 6.
- 18 Andrade. CA. www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim152j.pdf. Conclusiones, Pg. 5.
. [Online].; 2015. [cited 2016. Octubre. 11.
- 19 MIRANDA VEGA AL. AMENAZA DE ABORTO. OBSTETRICIA. 2014 ENERO; III(6).
.
- 20 GONZALES RIVERA AC. AMENAZA DE ABORTO. OBSTETRICIA. 2013 ENERO; I(6).
.
- 21 gonzales rivera ac. amenaza de aborto. obstetricia. 2014 enero; III(6).
.
- 22 LOPEZ BUTANDA V. AMENAZA DE ABORTO. AMENAZA DE ABORTO. 2014 ENERO; III(6).
.
- 23 Informatica INdEe. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/./Libro.pd.
. [Online].; 2014. [cited 2016. Octubre. Sabado 8.
- 24 MONTES VILLAR S. <http://www.monografias.com/trabajos91/amenaza-de-aborto-caso-clinico/amenaza-de-aborto-caso-clinico.shtml>. [Online].; 2014 [cited 2017 MARZO 19. Available from:
<http://www.monografias.com/trabajos91/amenaza-de-aborto-caso-clinico/amenaza-de-aborto-caso-clinico.shtml>.
- 25 MIRANDA VEGA AL. AMENAZA DE ABORTO. AMENAZA DE ABORTO. 2014 ENERO; II(3).
.
- 26 miranda vega al. amenaza de aborto. amenaza de aborto. 2014 enero; III(3).
.
- 27 LOPEZ B. AMENAZA DE ABORTO. AMENAZA DE ABORTO. 2014 ENERO; III(7).
.
- 28 Hamillton word h. manual de alto riesgo obstetrico. 2014..
.
- 29 padilla solano I.
. http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/496/1/PADILLA_JOHANA_AMENAZA_ABORTO_NEONATALES.pdf. [Online].; 2014 [cited 2017 Marzo 24. Available from:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/496/1/PADILLA_JOHANA_AMENAZA_ABORTO_NEONATALES.pdf.
- 30 gonzales rivera ac. obstetricia. amenaza de aborto. 2015 enero; II(7).
.
- 31 mendoza peralta ac. amenaza de aborto. primera ed. peralta j, editor. lima: amena; 2014.
.

ANEXOS

Imagen: 1



Imagen: 2

