



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POST GRADO
CAJA NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL OBRERO N° 2

**“PROGESTERONA COMO FACTOR
PRONÓSTICO DE EVOLUCIÓN DEL
EMBARAZO”**

AUTOR: Dr. Hemir Alba Lizarazu
Res. III Ginecología Obstetricia
TUTOR: Dr. Erwin Hochstatter Arduz
Ginecologo – Obstetra CNS

Cochabamba, Febrero del 2007

TABLA DE CONTENIDOS

	Página
Resumen	3
Objetivos	4
Marco Teórico	5
Marco Metodológico.....	14
Variables	15
Resultados y Análisis	17
Conclusiones	29
Recomendaciones	30
Bibliografía	31
Anexos	32

RESUMEN

El pronóstico de la evolución de un embarazo con sangrado, se imposibilita en la primera consulta, por no arrojar el ultrasonido información definitiva en buena parte de los casos, y porque la fracción B de la Hormona Gonadotrofina Coriónica (B-HCG), solo nos informa la presencia de una gestación sin agregar información adicional sobre el estado de la misma.

Es claro que el control del embarazo en estos casos condiciona un gasto medico mayor que podría disminuirse con un test rápido y efectivo. A este efecto diferentes mediciones se realizaron, entre ellas la Progesterona plasmática es la más aceptada.

El presente trabajo analiza la determinación de progesterona plasmática (PP) en 35 pacientes con embarazos menores de 12 semanas que presentan sangrado transvaginal al momento de la hospitalización. En estas pacientes se efectúa una determinación plasmática de progesterona con el fin de determinar valores de corte que permitan discriminar las pacientes que van al aborto y las que continuaran con la evolución normal de su embarazo.

Los puntos de corte que informa la bibliografía son muy dispares, razón por la cual buscamos el limite estándar para determinar el pronóstico evolutivo de las pacientes con amenaza de aborto.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL.

Determinar si una sola determinación de progesterona en pacientes con amenaza de aborto, establece un pronóstico evolutivo del embarazo, en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Obrero No. 2 C.N.S. Cbba. Periodo noviembre 2006 y enero 2007.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Determinar el grupo etáreo con mayor incidencia de esta patología.
- Determinar la edad gestacional al momento del ingreso.
- Conocer los antecedentes obstétricos del grupo de estudio.
- Identificar patologías asociadas al cuadro actual.
- Determinar el tratamiento recibido.
- Conocer la evolución de las pacientes
- Evaluar los resultados de progesterona y hormona gonadotrofina coriónica humana (HCG) realizados en las pacientes.
- Identificar cuadro clínico inicial de hospitalización.
- Conocer el diagnóstico ecográfico.

MARCO TEORICO

INTRODUCCIÓN.

En los últimos años se han publicado diversos trabajos que establecen la utilidad de las determinaciones de hormonas séricas, especialmente de progesterona, gonadotrofina coriónica, como predictores precoces de la evolución del embarazo (3).

Además del aborto espontáneo, el sangrado del primer trimestre puede indicar embarazo Ectópico, enfermedad trofoblástica y trastornos no obstétricos tales como sangrado cervical debido a polipos, cuello uterino friable, traumas o cáncer de cuello uterino. (4)

La progesterona es vital para el desarrollo de la gestación en las primeras semanas de embarazo, aunque el cuerpo lúteo produce estrógenos (17 B estradiol) y andrógenos (androstenediona), su principal producto hormonal es la progesterona. La producción se eleva rápidamente después de la ovulación y alcanza su máximo nivel el 8^a día del pico de LH (40 mg/día). (1)

Normalmente después de expulsado el ovocito, las células de la granulosa experimentan cambios importantes: aumentan de volumen, se cargan de lípidos y reciben una serie de capilares procedentes de la teca. La teca se engruesa y la cavidad folicular se rellena de sangre y linfa. (1)
La progesterona inhibe el desarrollo de nuevos folículos al ejercer una doble acción:

- a) retarda las modificaciones que producen los estrógenos durante la folículo génesis.
- b) inhibe la liberación de gonadotrofinas. (1)

La producción de progesterona se regula de la siguiente forma:

- Es necesario que el desarrollo de los folículos y su función, se realice normalmente.
- La producción tónica continua de LH estimula la secreción de progesterona.

- La síntesis de progesterona necesita una lipoproteína de baja densidad (LDL), la LH/HCG induce estos receptores.
- Se considera que la Prolactina (PRL) desempeña cierto papel permisivo o trófico en el mantenimiento de la función lutea. (1)

No se conocen bien los factores que intervienen en el cese de la función lutea o luteolisis. Se supone que la caída de progesterona se produce por la desaparición de la acción trófica de la LH. Se ha demostrado que el cuerpo luteo se vuelve cada vez menos sensible al estímulo de la LH, esto podría producirse por:

- Inhibición de la unión de la LH a su receptor específico.
- El número de receptores de LH en el cuerpo luteo aumenta, igual que la producción de progesterona hasta el día 7 post ovulatorio, después disminuye en la segunda fase.
- Se considera que los estrógenos pueden inducir luteolisis. Esto se debería a la acción por intermedio de prostaglandinas.
- El efecto de retroacción negativa de estrógeno y progesterona sobre el sistema hipotálamo hipofisiario que produce caída de gonadotrofinas (LH) (1)

Si se produce un embarazo, el cuerpo luteo no regresa y continúa la producción de progesterona que se precisa para el mantenimiento de la gestación. Se ha demostrado que la HCG que produce el trofoblasto es la responsable del mantenimiento del funcionamiento del cuerpo luteo, probablemente bloqueando la síntesis de prostaglandinas y el aumento del cociente PGF/PGE de la fase lutea final. Por otra parte, los niveles de progesterona se mantienen y junto con la HCG siguen persistiendo la inhibición de nueva formación de folículos o foliculogenesis. (1)

ABORTO

El aborto se define como la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal. En 1977, la OMS definió el aborto como la expulsión o extracción del embrión o del feto pesando 500 gramos o menos (equivalente aproximado de 20 a 22 semanas completas de gestación). (1)

De acuerdo con el tiempo en que ocurre se denomina temprano, antes de la decimotercera semana, o tardío, después de esta y hasta antes de la vigésima semana. (5)

Más del 80% de los abortos se produce dentro de las 12 primeras semanas de la gestación. Diversas anomalías cromosómicas causan por lo menos la mitad de estos abortos tempranos. (2)

La mayor parte de estas pérdidas pasan desapercibidas porque ocurren en el periodo de preimplantación y se presentan al tiempo en que debería darse la menstruación. (5)

El riesgo de aborto espontáneo aumenta con la paridad y las edades materna y paterna. La frecuencia del aborto espontáneo clínicamente reconocido se incrementa desde el 12 % en las mujeres menores de 20 años de edad hasta 26 % en las mayores de 40. (2)

La pérdida gestacional temprana puede ocurrir como una falla reproductiva eventual, o bien recurrir en la misma mujer. Cuando la recurrencia se da tres o más veces de manera consecutiva, por definición se trata de un caso de infertilidad (aborto habitual). El enfoque para estudiar la etiología de ambas difiere entre sí. (5)

Aproximadamente del 80 al 90 % de mujeres con un solo aborto espontáneo, tendrán un embarazo normal en la siguiente oportunidad. La probabilidad de tener un embarazo exitoso es mayor si la mujer tiene antecedente de hijos vivos previos y es menor si es mayor de 35 años. (7)

CLASIFICACION. (6)

- Según el origen
 - Inducido, provocado o voluntario.
 - Espontáneo o involuntario.
- Según consecuencias
 - Complicado (Infecciones - hemorragia)
 - No complicado
- Según su terminación
 - Completo: Expulsa todo el contenido uterino, feto y anexos
 - Incompleto: Expulsión incompleta del feto o anexos, también llamado restos de aborto
- Según condición jurídica
 - Ilegal (prohibido)

- Muy restrictivo: solo para salvar la vida de la madre
- Legal: a solicitud de la mujer

EVOLUCION.

La evolución del aborto espontáneo pasa por diversas etapas: En la primera, llamada amenaza de aborto, la situación todavía es reversible, si esta continúa su evolución, las contracciones uterinas dilatan el cuello y tienden a expulsar el huevo (aborto en curso). (1)

Parido el huevo o parte de el, se pasa a la fase de aborto consumado, que puede tener dos variantes: completo o incompleto, de acuerdo a cuanto de tejido haya eliminado. (1) Además cabe la posibilidad que interrumpida la gestación, el huevo no se expulse, se trata de aborto diferido y cuya situación plantea problemas clínicos y terapéuticos. (1)

ETIOLOGÍA. (6)

* **Muy precoces**

- Causa materna
 - Insuficiencia del cuerpo luteo (por deficiencia estímulo hormonal para maduración del endometrio y el fracaso para recibir el huevo fecundado)
 - Patología endometrial (desde endometritis crónica hasta adherencias)

* **Tempranos e intermedios.** La causa principal son las anomalías genéticas, incompatibilidades sanguíneas sistema ABO

- Factores genéticos (Trisomias)
- Factores infecciosos. Producen muerte fetal por infección del feto o por hipertermia maligna.
 - Rubéola
 - Citomegalovirus
 - Ureaplasma urealyticum
 - Listeria monocytogenes
 - Toxoplasmosis
 - Mycoplasma
 - Chlamydia
 - Sífilis
- Factores endocrinos y malformaciones uterinas
 - Hipotiroidismo
 - Hipertiroidismo
 - Deficiencia progesterona (aborto temprano)
- Malformaciones uterinas y adherencias por bridas intrauterinas
 - Útero doble
 - Útero tabicado
- Miomas submucosos