

Nelson Sánchez Escobar
Abogado U. de Antioquia

Santa Marta D.T.C.H., abril 26 de 2022

Señores HH.

Magistrados del Tribunal de Distrito Judicial de Santa Marta

Sala de Decisión Civil – Familia

M.P. Dra. Martha Isabel Mercado Rodríguez

E. s. d.

1

Referencia: Proceso Verbal de Responsabilidad Médica

Demandante: Katherine Martínez Figueredo y Otros

Demandada: Clínica de la Mujer S.A. y Otros

Asunto: **Alegatos de segunda instancia**

Radicado: 470013153004 - 2017 – 00344 – 01

Nelson Sánchez Escobar, abogado en ejercicio e identificado como aparece al pie de la firma, apoderado judicial de la sociedad CLINICA DE LA MUJER S.A., me permito muy comedidamente, descorrer el traslado de los alegatos del recurrente, para esta segunda instancia.

Desde la contestación de la demanda, la CLÍNICA DE LA MUJER S.A., **se OPUSO a todas y cada una de las PRETENSIONES** de esta demanda, así:

A la PRIMERA PRETENSIÓN. La CLÍNICA DE LA MUJER S.A., prestó el servicio de salud a la paciente KATERINE PAOLA MARTÍNEZ FIGUEREDO de acuerdo a la LEX ARTIS. No fue la atención lo que le produjo el aborto incompleto, como se pregona. Ello es de la naturaleza humana de la paciente.

A la SEGUNDA PRETENSIÓN. La CLÍNICA DE LA MUJER S.A., cumplió a cabalidad con sus obligaciones derivadas del servicio de salud a través de su personal médico y paramédico.

A la TERCERA PRETENSIÓN. Ningún daño o perjuicio a la salud de la paciente se le produjo en la CLINICA DE LA MUJER S.A., a la paciente KATERINE PAOLA MARTÍNEZ FIGUEREDO. Realizar el legrado ante un aborto espontáneo es lo que dicta la LEX ARTIS, y es entendible su afectación psíquica por la pérdida del bebé, pero ello no es responsabilidad de terceros como lo depreca el libelista.

A la CUARTA PRETENSIÓN. La CLÍNICA DE LA MUJER S.A., no le ha causado daño alguno ni a la paciente KATERINE PAOLA MARTÍNEZ FIGUEREDO, como al resto de los familiares enlistados en la demanda.

Por ello es que se formularon las **EXCEPCIONES DE MÉRITO** las cuales fueron denominadas en su orden así:

Primera: FALTA DE CAUSA PARA PEDIR

Segunda: AUSENCIA DE DAÑO ATRIBUIBLE A LA CLÍNICA DE LA MUJER

Tercera: FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA

Cuarta: MALA FE Y TEMERIDAD EN LAS PRETENSIONES

Quinta: LA GENÉRICA O ECUMÉNICA

Se pasó a sustentar las anteriores EXCEPCIONES de la siguiente manera, y así quedó demostrado en el plenario:

Edificio Centro Ejecutivo – Calle 23 # 4 – 27 Of. 606 Santa Marta D.T.C.H. - Colombia

*Telefax 431 53 44 - Cel. 315 - 749 56 35 * 310 - 767 32 88 * 300 - 814 13 92*

E. Mail: nelsanes@hotmail.com

El comportamiento del personal médico y paramédico para con la paciente KATERINE PAOLA MARTÍNEZ FIGUEREDO, desde el momento que ingresó a las instalaciones de la CLÍNICA DE LA MUJER S.A., hasta cuando se dio de alta, fue el adecuado y conforme a la Lex Artis.

La atención para con ella y sus familiares, fue el pertinente. Las explicaciones dadas por los galenos que la atendieron, así como por el personal de enfermería, fueron oportunas y precisas y de conformidad con los protocolos médicos, para casos similares.

2

Se le advirtió a la paciente los pros y contras de la intervención quirúrgica a la cual se sometería, firmó en señal de aceptación los consentimientos informados, tanto para la parte quirúrgica, como para el suministro de anestesia.

Igualmente se le advirtió que con la cesárea, se interrumpía el embarazo y se buscaba suspender el sangrado vaginal. Durante el post operatorio y en sala de recuperación, dejó de sangrar y una vez se estabilizó se le dio de alta.

Cuando llegó por sus propios medios y manifestó que se había retirado voluntariamente de la Clínica Perfect Body, venía con los síntomas de un aborto incompleto, por consiguiente su sintomatología siguió siendo la misma a la que presentaba antes de ingresar a la CLÍNICA DE LA MUJER S.A.

Atribuirle un daño a la CLÍNICA DE LA MUJER S.A., es un acto de mala fe y de temeridad, que se prescribe en los artículos 78 numerales 1 y 2, 79 numeral 1, 80 y 81 del C.G. del Proceso. Es así como desde ahora solicito se condene a los perjuicios y la multa que se establece en dichas normas.

Obsérvese que la paciente de acuerdo a su última menstruación, se estableció que tenía embarazo de aproximadamente 7 semanas, y presentaba un aborto espontáneo, pero incompleto, que ameritaba realizarle un legrado uterino.

El fenómeno denominado aborto incompleto en la literatura médica, que es abundante, se describe y se determinan las causas más frecuentes así:

Aborto espontáneo

(Aborto natural)

Por

, MD, Main Line Health System

INFORMACIÓN: PARA PACIENTES

El aborto espontáneo es la muerte embrionaria o fetal no inducida o la salida de los productos de la concepción antes de las 20 semanas de gestación. La amenaza de aborto es el sangrado vaginal sin dilatación cervical que se presenta durante este marco de tiempo, e indica que puede producirse un aborto espontáneo en una mujer con una gestación intrauterina viable confirmada. El diagnóstico se realiza por criterios clínicos y ecografía. En general, el tratamiento es la conducta expectante para la amenaza de aborto y, si se produce el aborto espontáneo o éste parece inevitable, la observación o la evacuación del útero.

La muerte fetal y el parto prematuro se clasifican como sigue

Aborto: muerte del embrión o el feto o salida de los productos de la concepción (feto y placenta) antes de las 20 semanas de la gestación

Muerte fetal Feto muerto: defunción fetal después de las 20 semanas

Parto pretérmino: salida de un feto vivo entre las 20 y las 37 semanas

El aborto puede clasificarse de la siguiente manera (ver [Clasificación del aborto](#)):

Temprano o tarde

Terminación del embarazo espontánea o inducida por razones médicas o electivas

Amenazado o inevitable

Incompleto o completo

Recurrente (también denominada pérdida recurrente del embarazo)

Retenido

Séptico

TABLA

Clasificación del aborto

NAME	DATE	SCORE
NAME	DATE	SCORE
NAME	DATE	SCORE

Entre el 20 y el 30% de las mujeres con embarazos confirmados sangran durante las primeras 20 semanas del embarazo; la mitad de ellas presenta un aborto espontáneo. Por lo tanto, la incidencia de aborto espontáneo es de hasta alrededor de 20% en los embarazos confirmados. La incidencia en todos los embarazos es probablemente más alta porque algunos abortos muy tempranos pasan desapercibidos.

Etiología

Los abortos espontáneos aislados puede producirse por ciertas virosis (citomegalovirus, herpesvirus, parvovirus y rubéola) o por trastornos que pueden causar abortos esporádicos o pérdidas recurrentes (p. ej., anomalías cromosómicas o mendelianas, defectos de la fase lútea). Otras causas incluyen anormalidades inmunológicas, traumatismos mayores y anomalías uterinas (p. ej., fibromas, adherencias). Con mayor frecuencia, se desconoce la causa.

Los factores de riesgo para aborto espontáneo incluyen

Edad > 35

Antecedentes de aborto espontáneo

Tabaquismo

Uso de ciertos fármacos (p. ej., cocaína, alcohol, altas dosis de cafeína)

Un trastorno crónico mal controlado (p. ej., diabetes, hipertensión, trastornos evidentes de la tiroides) en la madre

No se ha demostrado que los trastornos tiroideos subclínicos, el útero en retroversión y los traumatismos menores sean causa de aborto espontáneo.

Signos y síntomas

Los síntomas del aborto espontáneo incluyen dolor pélvico tipo cólico, sangrado y, finalmente, expulsión vaginal de tejidos. El aborto espontáneo tardío puede comenzar con un chorro de líquido cuando se rompen las membranas. La hemorragia rara vez es masiva. Un cuello uterino dilatado indica que el aborto es inevitable.

Si los productos de la concepción permanecen en el útero después del aborto espontáneo, puede haber un sangrado vaginal, a veces después de algunas horas o días. También puede producirse una infección, que provoca fiebre, dolor y a veces, sepsis.

Diagnóstico

Criterios clínicos

En general, ecografía y subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (beta-hCG) cuantitativa

El diagnóstico de la amenaza de aborto y los abortos inevitables, incompletos o completos a menudo son posibles basándose en criterios clínicos (ver [Signos y síntomas característicos en el aborto espontáneo](#)) y una prueba urinaria de

embarazo positiva. Sin embargo, la ecografía y la medición cuantitativa de la beta-hCG en suero en general se realizan para excluir un embarazo ectópico y para determinar si los productos de la concepción siguen en el útero (lo que sugiere que el aborto es incompleto más que completo). Pero los resultados pueden no ser concluyentes, especialmente durante la primera parte del embarazo.

TABLA

Signos y síntomas característicos en el aborto espontáneo



El **aborto retenido** se sospecha cuando el útero no ha aumentado progresivamente de tamaño o cuando hay una beta-hCG cuantitativa baja para la edad gestacional o no se duplica en 48 o 72 h. El aborto retenido se confirma si la ecografía muestra:

Desaparición de la actividad cardíaca embrionaria previamente detectada

Ausencia de tal actividad cuando la longitud vértice-nalga fetal es > 7 mm

Ausencia de polo fetal (determinado por ecografía transvaginal) cuando el diámetro promedio del saco (promedio de los diámetros medidos en 3 planos ortogonales) es > 25 mm

Para el **aborto recurrente**, debe determinarse la causa del aborto.

Tratamiento

Observación para la amenaza de aborto

La evacuación uterina para los abortos inevitables, incompletos y retenidos

Apoyo emocional

Para la **amenaza de aborto**, el tratamiento es la observación. No hay evidencia que sugiera que el reposo en cama disminuya el riesgo de aborto completo posterior.

Para los **abortos inevitables, incompletos o retenidos**, el tratamiento es la evacuación uterina o la espera hasta la eliminación espontánea de los productos de la concepción. En general, la evacuación implica un legrado aspirativo a las < 12 semanas, dilatación y legrado a las 12 a 23 semanas, o **inducción médica** > 16 a las 23 semanas (p. ej., con misoprostol). Cuanto más tarde se evacue el útero, mayor la posibilidad de sangrado placentario, perforación uterina por los huesos largos del feto y dificultad de dilatación del cuello. Estas complicaciones se reducen mediante el uso preoperatorio de dilatadores cervicales osmóticos (p. ej., laminarias), misoprostol o mifepristona (RU 486).

Si se sospecha un **aborto completo** la evacuación uterina no debe realizarse rutinariamente. La evacuación uterina se puede hacer cuando hay sangrado u otro signo que indique que los productos de la concepción pueden estar retenidos.

Después de un **aborto inducido o espontáneo**, los padres pueden sentir pena y culpa. Se les debe brindar apoyo emocional y, en el caso de los abortos espontáneos, asegurarles que sus acciones no fueron la causa. La terapia formal rara vez está indicada, pero debe estar disponible.

Conceptos clave

El aborto espontáneo probablemente ocurre en aproximadamente 10 a 15% de los embarazos.

La causa de un aborto espontáneo aislado es generalmente desconocida.

Un cuello uterino dilatado significa que el aborto es inevitable.

Confirmar el aborto espontáneo y determinar su tipo en base a criterios clínicos, ecografía y beta-hCG cuantitativa.

La evacuación uterina es necesaria finalmente para los abortos inevitables, incompletos o retenidos

A menudo, no es necesaria la evacuación uterina para las amenazas de aborto y los abortos completos.

Después de un aborto espontáneo, proporcionar apoyo emocional a los padres.

Pérdida recurrente del embarazo

(Aborto habitual o recurrente)

Se llama pérdida recurrente del embarazo a ≥ 2 a 3 abortos espontáneos consecutivos. La determinación de la causa puede requerir una extensa evaluación de ambos padres. Algunas causas pueden tratarse.

Etiología

Las causas de la pérdida recurrente del embarazo pueden ser maternas, fetales o placentarias.

Las causas **maternas** comunes incluyen

Anomalías uterinas o cervicales (p. ej., pólipos, leiomiomas, bridas o adherencias, insuficiencia cervical)

Anormalidades cromosómicas maternas (o paternas) (p. ej., traslocaciones balanceadas)

Trastornos crónicos evidentes y mal controlados (p. ej., hipotiroidismo, hipertiroidismo, diabetes mellitus, hipertensión)

Trastornos renales crónicos

Los trastornos trombóticos adquiridos (p. ej., relacionados con el síndrome antifosfolipídico con anticoagulante lúpico, anticardiolipina [IgG o IgM], o anti-beta₂ glucoproteína I [IgG o IgM]) están asociados con pérdidas recurrentes después de las 10 semanas. La asociación con trastornos trombóticos hereditarios es menos clara, pero no parece ser fuerte, con la posible excepción de la mutación del factor V de Leiden.

Las causas **placentarias** incluyen trastornos crónicos preexistentes que están mal controlados (p. ej., lupus eritematoso sistémico, hipertensión crónica).

Las causas **fetales** generalmente son

Anomalías cromosómicas o genéticas

Malformaciones anatómicas

Las anomalías cromosómicas pueden causar un 50% de pérdidas recurrentes de embarazos; las pérdidas debidas a anomalías cromosómicas son más comunes durante el embarazo temprano. La aneuploidia está involucrada en el 80% de todos los abortos espontáneos que se producen antes de las 10 semanas de edad gestacional, pero solo en < 15% de los que ocurren ≥ 20 semanas.

Si el antecedente de pérdida recurrente del embarazo aumenta el riesgo de restricción del crecimiento fetal y parto prematuro en embarazos posteriores depende de la causa de las pérdidas.

Diagnóstico

Evaluación clínica

Pruebas para identificar la causa

El diagnóstico de la pérdida recurrente del embarazo es clínico.

La evaluación del aborto recurrente puede incluir lo siguiente para ayudar a determinar la causa:

Evaluación genética (cariotipo) de ambos padres y de todo producto de la concepción según la indicación clínica para excluir causas genéticas

Búsqueda sistemática de trastornos trombóticos adquiridos: anticuerpos anticardiolipina (IgG e IgM), anti-beta₂ glicoproteína I (IgG e IgM), y anticoagulante lúpico

Hormona tirotropina

Estudios de diabetes

Histerosalpingografía o sonohisterografía para controlar las anomalías uterinas estructurales

La causa no puede determinarse en el 50% de las mujeres. La detección de los trastornos trombóticos hereditarios ya no se recomienda de forma rutinaria a menos que sea bajo la supervisión de un especialista en medicina materno-fetal.

Tratamiento

Tratamiento de la causa siempre que sea posible

Algunas causas de la pérdida recurrente del embarazo pueden tratarse. Si no puede identificarse la causa, la posibilidad de un nacimiento vivo en el siguiente embarazo está entre el 35 y el 85%.

Última revisión completa octubre 2017 por Antonette T. Dulay, MD



MSD y los Manuales MSD

Merck and Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA (conocido como MSD fuera de los EE. UU. y Canadá) es un líder mundial en atención médica que trabaja para ayudar a que el mundo esté bien. Desde el desarrollo de terapias nuevas que tratan y previenen enfermedades, hasta la asistencia de personas con necesidades, estamos comprometidos a mejorar la salud y el bienestar en todo el mundo. El Manual se publicó por primera vez en 1899 como un servicio para la comunidad. El legado de este excelente recurso continúa con los Manuales Merck en los Estados Unidos y Canadá, y los Manuales MSD en el resto del mundo. Conozca más acerca de nuestro compromiso con el [Conocimiento médico global](#).

Aborto espontáneo



Es la pérdida espontánea de un feto antes de la semana 20 del embarazo (la pérdida del embarazo después de 20 semanas se llama muerte fetal). Un aborto espontáneo es un suceso que ocurre naturalmente, a diferencia de los abortos médicos o [abortos quirúrgicos](#).

Un aborto espontáneo también se puede denominar "aborto natural". Otros términos para referirse a una pérdida temprana en el embarazo son:

Aborto consumado: todos los productos (tejidos) de la concepción salen del cuerpo.

Aborto incompleto: solo algunos de los productos de la concepción salen del cuerpo.

Aborto inevitable: no se pueden detener los síntomas y se presenta el aborto espontáneo.

Aborto infectado (séptico): el revestimiento del vientre (útero) y cualquier producto restante de la concepción resultan infectados.

Aborto retenido: el embarazo se pierde y los productos de la concepción no salen del cuerpo.

Su proveedor de atención médica también puede usar el término "[amenaza de aborto](#)". Los síntomas de esta afección son [cólicos abdominales](#) con o sin sangrado vaginal. Son un signo de que se puede presentar un aborto espontáneo.

Causas

La mayoría de los abortos espontáneos son causados por problemas cromosómicos que hacen imposible el desarrollo del bebé. En pocas ocasiones, estos problemas tienen relación con los genes del padre o de la madre.

Otras causas posibles de aborto espontáneo son:

Drogadicción y [alcoholismo](#)

Exposición a toxinas ambientales

Problemas hormonales

Infección

[Sobrepeso](#)

Problemas físicos de los órganos reproductores de la madre

Problemas con la respuesta inmunitaria del cuerpo

Enfermedades graves en todo el cuerpo ([sistémicas](#)) de la madre (como la [diabetes](#) no controlada)

Tabaquismo

Edificio Centro Ejecutivo – Calle 23 # 4 – 27 Of. 606 Santa Marta D.T.C.H. - Colombia

*Telefax 431 53 44 - Cel. 315 - 749 56 35 * 310 - 767 32 88 * 300 - 814 13 92*

E. Mail: nelsanes@hotmail.com

Alrededor de la mitad del total de los óvulos fecundados muere y se pierde (son abortados) en forma espontánea, casi siempre antes de que la mujer se percate de que está embarazada. Entre las mujeres que saben que están embarazadas, aproximadamente del 10% al 25% sufrirán un aborto espontáneo. La mayoría de los abortos espontáneos ocurre durante las primeras 7 semanas del embarazo. La tasa de este tipo de aborto disminuye después de que se detecta el latido cardíaco del bebé.



El riesgo de aborto espontáneo es más alto:

En mujeres de mayor edad. El riesgo se incrementa después de los 30 años, se vuelve mucho más grave entre los 35 a los 40 años, y es mayor después de los 40 años.

En mujeres que ya hayan tenido varios abortos espontáneos.

Síntomas

Los posibles síntomas de un aborto espontáneo pueden incluir:

Lumbago o dolor abdominal sordo, agudo o de tipo cólico

Material tisular o en forma de coágulos que sale de la vagina

Sangrado vaginal con o sin cólicos abdominales

Pruebas y exámenes

Durante un examen pélvico, su proveedor puede observar que su cuello uterino se ha abierto (dilatado) o adelgazado (borramiento del cuello uterino).

Se puede hacer un ultrasonido abdominal o vaginal para verificar el desarrollo del bebé, los latidos cardíacos y la cantidad de su sangrado.

Se pueden llevar a cabo los siguientes exámenes de sangre:

Tipo de sangre (si usted tiene un tipo de sangre Rh-negativo, requeriría un tratamiento con inmunoglobulina Rh).

Conteo sanguíneo completo (CSC) para determinar cuánta sangre se ha perdido.

GCH (cualitativa) para confirmar el embarazo.

GCH (cuantitativa) que se hace con intervalos de algunos días o semanas.

Conteo de glóbulos blancos (GB) y fórmula leucocitaria para descartar infección.

Tratamiento

En el caso de presentarse el aborto espontáneo, el tejido que sale por la vagina debe ser examinado. Esto se hace para determinar si era placenta normal o una mola hidatiforme (un crecimiento raro que se forma dentro del útero en el inicio del embarazo). Igualmente, es importante averiguar si aún queda algún tejido fetal dentro del útero. En pocos casos un embarazo ectópico puede parecer un aborto espontáneo. Si usted ha expulsado tejido, pregúntele a su proveedor si el tejido debe ser enviado para pruebas genéticas. Esto puede ser útil para determinar si hay una causa tratable del aborto espontáneo.

Si el tejido del embarazo no sale del cuerpo en forma natural, usted puede necesitar quedar bajo una vigilancia cuidadosa hasta 2 semanas. Es posible que se necesite cirugía (dilatación y legrado, D y C) o medicamentos para eliminar los contenidos restantes de su útero.

Después del tratamiento, las mujeres generalmente reanudan su ciclo menstrual normal al cabo de 4 a 6 semanas. Cualquier sangrado vaginal posterior debe ser vigilado cuidadosamente. A menudo, es posible quedar embarazada inmediatamente. Se sugiere que usted espere un ciclo menstrual normal antes de tratar de quedar embarazada de nuevo.

Posibles complicaciones

Edificio Centro Ejecutivo – Calle 23 # 4 – 27 Of. 606 Santa Marta D.T.C.H. - Colombia
*Telefax 431 53 44 - Cel. 315 - 749 56 35 * 310 - 767 32 88 * 300 - 814 13 92*
E. Mail: nelsanes@hotmail.com

En pocas ocasiones, se observan complicaciones de un aborto espontáneo.

Un aborto séptico puede ocurrir si cualquier tejido de la placenta o el feto permanece en el útero después del aborto espontáneo. Los síntomas de una infección incluyen fiebre, sangrado vaginal que no para, cólicos y un flujo vaginal fétido. Las infecciones pueden ser serias y requerir atención médica inmediata.

Las mujeres que pierden a un bebé después de las 20 semanas de embarazo reciben atención médica diferente. Esto se denomina parto prematuro o muerte fetal. Se requiere atención médica inmediata.

Después de un aborto espontáneo, las mujeres y sus parejas pueden sentirse tristes. Esto es normal. Si los sentimientos de tristeza no desaparecen o empeoran, consulte con la familia y los amigos, así como con el proveedor. Sin embargo, para la mayoría de parejas, un aborto espontáneo no reduce las oportunidades de tener un bebé saludable en el futuro.

Cuándo contactar a un profesional médico

Llame al proveedor si usted:

Presenta sangrado vaginal con o sin cólicos durante el embarazo.

Está embarazada y observa material tisular o con apariencia de coágulo que sale de su vagina. Recoja el material y llévelo a su proveedor para que lo analice.

Prevención

La atención prenatal pronta y completa es la mejor prevención para las complicaciones del embarazo, tales como el aborto espontáneo.

Los abortos espontáneos que son causados por enfermedades sistémicas se pueden prevenir detectando y tratando la enfermedad antes de quedar embarazada.

Igualmente, es menos probable que se presenten abortos espontáneos si usted evita cosas que sean dañinas para su embarazo. Estas incluyen los rayos X, las drogas recreativas, el alcohol, la alta ingesta de cafeína y las enfermedades infecciosas.

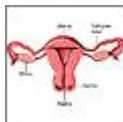
Cuando el cuerpo de la madre tiene dificultades para mantener un embarazo, se pueden presentar signos como sangrado vaginal leve. Esto significa que hay un riesgo de un aborto espontáneo. Pero eso no significa que definitivamente vaya a ocurrir uno. Una mujer embarazada que desarrolla cualquier signo o síntoma de amenaza de aborto debe buscar a su perinatólogo al instante.

Tomar vitaminas prenatales y suplementos de ácido fólico antes de embarazarse puede disminuir grandemente las probabilidades de un aborto espontáneo y ciertos defectos de nacimiento.

Nombres alternativos

Aborto natural; Aborto retenido; Aborto incompleto; Aborto consumado; Aborto completo; Aborto inevitable; Aborto séptico

Imágenes



Corte transversal de anatomía uterina normal

Referencias

Catalano PM. Obesity in pregnancy. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, et al, eds. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:chap 41.

Hobel CJ, Williams J. Antepartum care. In: Hacker NF, Gambone JC, Hobel CJ, eds. *Hacker & Moore's Essentials of Obstetrics and Gynecology*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 7.

Keyhan S, Muasher L, Muasher S. Spontaneous abortion and recurrent pregnancy loss; etiology, diagnosis, treatment . In: Lobo RA, Gershenson DM, Lentz GM, Valea FA, eds. *Comprehensive Gynecology*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:chap 16.

Moore KL, Persaud TVN, Torchia MG. Discussion of clinically oriented problems. In: Moore KL, Persaud TVN, Torchia MG, eds. *Developing Human, The*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:503-512.

Nussbaum RL, McInnes RR, Willard HF. Principles of clinical cytogenetics and genome analysis. In: Nussbaum RL, McInnes RR, Willard HF, eds. *Thompson & Thompson Genetics in Medicine*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 5.

Reddy UM, Silver RM. Stillbirth. In: Resnick R, Lockwood CJ, Moore TR, Greene MF, et al, eds. *Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019:chap 45.

Salhi BA, Nagrani S. Acute complications of pregnancy. In: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, eds. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 178.

Última revisión 9/25/2018

Versión en inglés revisada por: John D. Jacobson, MD, Professor of Obstetrics and Gynecology, Loma Linda University School of Medicine, Loma Linda Center for Fertility, Loma Linda, CA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team.

Traducción y localización realizada por: Dr. Tango, Inc.

Abortos naturales: causas y tipos de aborto

[LOLA ROVATI@Lolarovati](mailto:LolaRovati@Lolarovati)

No es fácil hablar de abortos en un blog de bebés, pero es una realidad que afecta a muchas parejas que desean ser padres. Por eso, hemos preparado una serie de posts especiales sobre el aborto, empezando por este en el que nos centraremos en **la definición, las causas y los tipos de aborto**.

El aborto es la interrupción del embarazo de menos de 20 semanas de gestación, ya sea natural o provocada. El desarrollo del feto se detiene antes de que tenga capacidad para vivir fuera del útero materno. En el caso de pérdida intencionada se lo llama aborto provocado, mientras que a la pérdida involuntaria del embarazo, se lo llama **aborto natural o espontáneo**.

Nos detendremos en explicar **las causas** (por qué pueden producirse) y los **diferentes tipos de abortos naturales o abortos espontáneos**.

La mayoría de los **abortos naturales** se producen en el primer trimestre de gestación. Cuando ocurre antes de las 10 semanas se lo llama aborto precoz, entre la semana 11 y la 20, aborto tardío, y pasadas las 20 semanas se lo considera parto prematuro.

Se cree que **uno de cada cinco embarazos acaba en aborto**, aunque en la mayor parte de los casos la madre no llega a enterarse. A veces la gestación es tan breve que se produce antes de saber que ha habido embarazo y la pérdida se confunde con la menstruación o con un retraso de la misma.

Causas fetales y causas maternas del aborto

Es muy difícil identificar **por qué se produce la interrupción del embarazo**. Las causas pueden ser multifactoriales, y la mayoría de las veces no se llegan a saber, pero hablaremos de las más frecuentes.

Más de la mitad de los abortos se deben a **causas fetales**, por anomalías congénitas del feto, con frecuencia fallos cromosómicos en los primeros estadios de gestación. Pero también debido a anomalías genéticas no cromosómicas, anomalías

Edificio Centro Ejecutivo – Calle 23 # 4 – 27 Of. 606 Santa Marta D.T.C.H. - Colombia

*Telefax 431 53 44 - Cel. 315 - 749 56 35 * 310 - 767 32 88 * 300 - 814 13 92*

E. Mail: nelsanes@hotmail.com

del trofoblasto (una capa de células formada alrededor del huevo entre el quinto y el séptimo día después de la fecundación) u otro tipo de anomalías.

El aborto también puede producirse por **causas maternas**, ya sea por alteraciones uterinas (miomas, sinequias, insuficiencia cervical, anomalías congénitas, etc.), infecciones, endocrinopatías (patología tiroidea, déficit de progesterona, etc.), agresiones externas (radiaciones, toxicomanías, factores ambientales, traumatismos), inmunológicas (síndrome antifosfolípido, etc), estados de desnutrición, enfermedades sistémicas o infecciosas (diabetes, nefritis, toxoplasmosis, brucelosis, sífilis, listeriosis, hepatitis B, etc.)

Amenaza de aborto

Una **amenaza de aborto** supone el riesgo padecer una pérdida del embarazo.

Una metrorragia (hemorragia vaginal no procedente del ciclo menstrual) en el primer trimestre de gestación es una amenaza de aborto hasta que no se demuestre lo contrario.

El test de embarazo es positivo. Hay sangrado ligero o moderado, contracciones uterinas, más o menos dolorosas o ambos síntomas a la vez.

En caso de sangrado vaginal en el embarazo hay que **acudir inmediatamente al médico** quien realizará una ecografía para comprobar la vitalidad del feto, el estado del cuello uterino (si está abierto o cerrado) y si es la primera ecografía, verificar la ubicación y desarrollo del feto en el útero para descartar anomalías como una embarazo ectópico, un embarazo molar, etc.

Ante una amenaza de aborto, el médico suele recomendar reposo absoluto para intentar retener el embrión, aunque no está del todo comprobada su eficacia, y no mantener relaciones sexuales.

Tipos de aborto

Según el momento en que se produce el malogro del embarazo y sus características, el aborto espontáneo se clasifica en:

Aborto incipiente: cuando el cuello del útero está entreabierto es una señal de que el aborto se está iniciando.

Aborto en curso inevitable o inminente: cuando el cuello uterino está abierto y se ha iniciado el paso del feto. Es cualquier de estos dos casos el sangrado vaginal y los dolores de las contracciones uterinas se acentúan, lo cual indica que el cuello del útero se está dilatando.

Aborto completo o consumado: cuando después de la muerte fetal todos los productos de la concepción han sido expulsados del útero, ya no hay dolor, el sangrado es escaso y se ha vuelto a cerrar el cuello uterino. No suele requerir tratamiento alguno.

Aborto incompleto: cuando no se expulsa por completo el contenido del útero después de la muerte fetal. Requiere tratamiento médico para eliminar los restos que pudieran haber quedado y así evitar hemorragias o infecciones, que suponen un verdadero riesgo para la madre. Un aborto incompleto podría derivar en un aborto séptico si se infectara el tejido fetal o placentario que permanecen en el útero.

Aborto diferido o retenido: cuando muere el embrión pero la mujer no logra eliminar el saco gestacional durante varias semanas o incluso meses. Ocurre normalmente entre las semanas 8 y 12, desaparecen poco a poco los síntomas de embarazo, el útero deja de crecer y las pruebas de embarazo se vuelven negativas aproximadamente 10 días después de la muerte fetal. Requiere tratamiento (legrado) para eliminar el contenido del útero.

Aborto por óvulo detenido: cuando el aborto es tan precoz que el óvulo ha sido fecundado pero el tejido fetal definido no alcanzó a formarse. No necesita ningún tratamiento y se elimina con la menstruación, la mayoría de las veces pasando desapercibido.

Abortos de repetición

Los **abortos de repetición o abortos recurrentes** son los que ocurren de manera consecutiva tres veces o más. Hasta ese punto no se considera que pueda

Nelson Sánchez Escobar
Abogado U. de Antioquia

haber algún problema para concebir. En ese caso, sería recomendable recurrir a un estudio genético para descartar alteraciones cromosómicas.

De cualquier modo, la mayoría de los abortos **no son recurrentes**, por lo que el pronóstico para el próximo embarazo es bueno. Haber tenido un aborto no significa que esto volverá a suceder.

DE LO PROBADO EN ESTE PROCESO

11

La señora KATERINE MARTÍNEZ FIGUEREDO, al responder al personal médico que la entrevistó y anotó en la historia clínica, dejó establecido, que no sabía que estaba en embarazo. Que el día anterior a presentar el sangrado espontáneo, había participado de una mudanza, haciendo ejercicios físicos. Que había tenido relaciones sexuales la noche anterior al sangrado.

Las anteriores anotaciones en la historia clínica, van en contravía de los cuidados que se deben tener una vez la persona se encuentra en embarazo, pero es entendible que no guardó estos cuidados, por cuanto desconocía su estado de gravidez.

La historia clínica que se aportó junto con la contestación de la demanda, además de la historia clínica que se elaboró en la PERFECT BODY CLINICA CENTER, nos completa la información de cada uno de los antecedentes que tuvo la paciente y que dieron lugar al sangrado espontáneo.

DEL RECURRENTE

Llama la atención que el recurrente, que parece renunciar a sus pretensiones económicas, pues sostiene categóricamente, *"No se discute en este proceso si el feto o producto viviría o no, lo que aquí se está planteando es que NO se prestó un servicio de calidad, eficiencia, optimo y oportuno frente a una amenaza de aborto en los distintos centros asistenciales y la información errada brindada por la entidad prepagada. Determinando así la responsabilidad de los demandados por la mala prestación de los servicios médicos y la violación directa de su deber como centros asistenciales para la salvaguarda del derecho fundamental dela VIDA"*.

Con base en lo antes expuesto, solicito muy comedidamente se confirme en su totalidad esta sentencia.

De la H. Magistrada, cordialmente,

NELSON SÁNCHEZ ESCOBAR
C.C. 70'054.513 de Medellín
T.P. 36.148 del C. S. de la J.

Nelson Sánchez Escobar
Abogado U. de Antioquia