Carolina Hernández Hernández

Dr. Arely Alejandra Aguilar Velasco

Tarea

Aborto

6 “A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 1 de junio del 2025.

ABORTO

ABORTO INDUCIDO

- Interrupción médica o quirúrgica del embarazo antes de la viabilidad fetal.
  - Clasificacion
    - Aborto Terapeutico
      - Enfermedades que pueden justificarlo:
        - Cardiopatía descompensada persistente. Vasculopatía hipertensiva. Diabetes avanzada. Cáncer.
    - Aborto Electivo
      - Interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal, a solicitud de la mujer y sin razón médica.
        - Es el tipo más frecuente de aborto en la actualidad. Se estima 1 aborto electivo por cada 4 nacidos vivos en EE.UU. Apoyado legalmente
- Asesoramiento antes del aborto
  - Se debe conocer sus 3 opciones: Continuar con el embarazo y asumir la maternidad. Continuar con el embarazo y optar por adopción. Interrumpir el embarazo y asumir sus riesgos.
    - Tecnicas de aborto antes del tercer trimestre
      - Métodos disponibles: Médicos y Quirúrgicos. Procedimientos más usados: Legrado uterino (quirúrgico). Esquemas médicos (farmacológicos, como misoprostol ± mifepristona).
- Aborto Quirurgico
  - Extracción del embarazo mediante cirugía.
    - Vías posibles: Transcervical: cuello uterino dilatado. Transabdominal: histerotomía o histerectomía.
      - Consideraciones: En mujeres sin enfermedad sistémica, no requiere hospitalización. Si se realiza fuera del hospital, debe haber: Reanimación cardiopulmonar disponible.
- Dilatacion y Legrado
  - Técnica transcervical
    - Dilatación del cuello uterino. Evacuación del útero por: Legrado mecánico (legra cortante). Legrado por succión (aspiración eléctrica o manual). Cánula rígida conectada a aspiradora eléctrica. O una jeringa tipo aspirador.
- Dilatacion y Evacuacion
  - Utilizada a partir de la semana 16 de gestación.
    - Procedimiento: Dilatación amplia del cuello uterino (con dilatadores metálicos o higroscópicos). Destrucción mecánica y evacuación de las partes fetales. Aspiración + legrado para extraer la placenta y restos tisulares.
      - Dilatadores Higroscopicos
        - Dispositivos que absorben agua de los tejidos cervicales y se expanden gradualmente, dilatando el cuello uterino.
- Dilatacion y extraccion
  - Técnica similar a D&E, pero con una diferencia clave.
    - Paso adicional: Luego de extraer el cuerpo fetal por el cuello uterino dilatado, se realiza: Evacuación del contenido intracraneal (succión).
      - Tipos naturales
        - Laminaria digitata y Laminaria japonica (algas marrones). Tamaños: Pequeños: 3–5 mm. Medianos: 6–8 mm.Grandes: 8–10 mm. Mecanismo: Extraen agua de proteoglucanos → reblandecen el cuello.
          - Procedimiento
            - Lavar cuello con povidona yodada. Sujetar con pinza y colocar dilatador en el orificio interno. Esperar 4–6 horas para que dilate. Puede producir cólicos.
      - Tipos Cinteticos
        - Lamicel: varilla de polivinilacetal con sulfato de magnesio anhidro. Dilapan-S: barra de hidrogel acrílico. Rediseñada y aprobada por FDA tras fallas del modelo original.
    - Prostaglandinas
      - Alternativa farmacológica para dilatar el cuello uterino.
        - Estudio comparativo (MacIsaac et al., 1999): 400 mcg de misoprostol vaginal 4 h antes del aborto vs. laminaria. Resultados: Misoprostol logró igual o mayor dilatación. Menos dolor al insertar. Efectos secundarios similares.
          - 📌 Dosis de misoprostol mucho más alta que la usada para inducir trabajo de parto.
- Tecnicas de dilatacion y legrado
  - Preparacion previa
    - Exploración bimanual para evaluar tamaño y orientación del útero. Limpieza con povidona yodada. Se sujeta el cuello con pinza con dientes. Se administra anestesia local (lidocaína 1–2%) en puntos del reloj (4 y 8 o 12, 3, 6 y 9). Se puede añadir vasopresina para reducir hemorragia.
      - Procedimiento
        - Dilatación del cuello uterino con dilatadores de Hegar, Hank o Pratt. Se elige una cánula de succión adecuada: Cánula pequeña → riesgo de restos. Cánula grande → más dolor y riesgo cervical. Uso de histerómetro para medir profundidad e inclinación. Aspiración circunferencial del contenido uterino. Se usa legra para remover restos placentarios o fetales.
          - Complicaciones
            - Perforación uterina. Laceración cervical. Hemorragia. Lesiones intraabdominales graves si instrumentos entran por defecto uterino. Puede requerirse laparotomía o laparoscopia. Infección pélvica/septicemia. Sinequias uterinas (síndrome de Asherman). Insuficiencia cervicouterina. Coagulopatía de consumo. Casos muy raros: endocarditis bacteriana.

ASPIRACION

- Mestrual
  - Procedimiento de aspiración uterina temprana, realizado 1 a 3 semanas después de la última menstruación.
    - Técnica: Se utiliza una cánula flexible de Karman (5–6 mm) unida a una jeringa manual. Nombres alternativos: Extracción menstrual. Inducción menstrual. Menstruación instantánea. Miniaborto. Aborto traumático.
      - Identificacion del tejido placentario
        - Identificación de tejido placentario: Enjuagar el contenido aspirado en un colador. Colocar en solución salina dentro de un contenedor plástico. Observar con: Luz de fondo. Lupa, colposcopio o microscopio. 🔍 El tejido placentario tiene aspecto blando, esponjado y plumoso.
- Manual
  - Procedimiento ambulatorio, indicado para: Aborto electivo hasta las 12 semanas. Muerte embrionaria o fetal.
    - ⚙ Técnica: Jeringa de 60 ml + cánula (por vía transcervical). Produce hasta 60 mmHg de vacío. Similar a la aspiración menstrual, pero más eficaz en aborto clínico.
      - 💊 Preparación y anestesia: < 8 semanas: no requiere preparación cervical. ≥ 8 semanas: se recomienda: Dilatadores osmóticos o Misoprostol 2–4 h antes. Bloqueo paracervical, con o sin sedación IV.

LAPAROTOMIA

- Última opción quirúrgica, indicada en casos especiales.
  - 📌 Indicaciones: Patología uterina considerable (ej. miomas, malformaciones). Fracaso de inducción médica en 2º trimestre. Mujeres que desean: Interrumpir el embarazo y control definitivo de natalidad.
    - 🔪 Procedimientos posibles: Histerotomía (apertura del útero). Histerectomía (extirpación del útero). Con o sin salpingoclasia (ligadura de trompas).

ABORTO

- Medico
  - Alternativa ambulatoria al aborto quirúrgico. Indicado en embarazos ≤49 días de edad menstrual. Fármacos utilizados: Mifepristona (antiprogestágeno). Metotrexato (antimetabolito). Misoprostol (prostaglandina).
    - Mecanismo de accion: Mifepristona y Metotrexato: bloquean progesterona → aumentan contractilidad uterina. Misoprostol: estimula contracción directa del miometrio. Mifepristona también debilita el cuello uterino (↑ metaloproteinasas).
      - 💊 Regímenes Comunes Mifepristona 200 mg oral + Misoprostol 800 µg vaginal: Misoprostol 36–48 h después → éxito del 96%. Misoprostol solo (800 µg vaginal) en embarazos no viables
        - 🧪 Manejo y Seguimiento Misoprostol puede administrarse vaginal o bucal. Vigilancia inicial en consultorio (4 h). Cita de control en 1–2 semanas: Si no hay expulsión completa → aspiración o legrado.
          - Con metotrexato: Evaluación ecográfica a los 7 días. Si persiste embarazo → nueva dosis de misoprostol. Legrado si no hay aborto para segunda cita. 📅 Importancia de la Ecografía Evita procedimientos innecesarios si no hay saco gestacional ni sangrado excesivo.
- Medico en el 2do trimestre
  - ☑ Evolución del manejo: Antiguamente cruento → hoy existen métodos seguros e incruentos. Principalmente por vía vaginal o intravenosa, con prostaglandinas u oxitocina.
    - 💊 Métodos principales: 1. Oxitocina (dosis altas IV) Eficacia: 80–90%. Régimen seguro si se diluye en solución salina isotónica. Evita intoxicación hídrica e hiponatremia.
  - Prostaglandina
    - E2 Ovulos vaginales
      - Dosis: 20 mg intravaginal en fondo de saco posterior. Igual eficacia que oxitocina, pero con más efectos adversos: Náusea, vómito, fiebre, diarrea. Se recomienda usar con: Antiemético (metoclopramida). Antipirético (paracetamol). Antidiarreico (difenoxilato/atropina).
        - Consideraciones Previas
          - Cesárea previa: Riesgo de rotura uterina con misoprostol: solo 0.3–0.4%. Estudios recientes muestran que es seguro con vigilancia adecuada.
    - E1 Misoprostol
      - Fácil, barato y eficaz. Dosis: 600 mcg vaginal + 400 mcg cada 4 h. Eficacia en 24 h: 95% (vs 85% oxitocina + PGE2). Solo 2% requiere legrado (vs 15% en grupo comparador). Añadir mifepristona 200 mg 1 día antes: Reduce el intervalo de expulsión de 18 h a 10 h.

CONSECUENCIAS DE ABORTO ELECTIVO

- ⚠ Mortalidad Materna asociada a Aborto Aborto legal realizado por ginecólogo entrenado (≤8 semanas): Mortalidad <1 por 100,000 procedimientos. Riesgo de muerte materna se duplica cada 2 semanas después de la semana 8.
- 🧬 Repercusiones en Embarazos Futuros
  - ◇ Fertilidad
    No disminuye tras aborto electivo.
  - ◇ Aborto por aspiración:
    No incrementa el riesgo de:
    Abortos espontáneos de 2° trimestre.
    Parto prematuro.
    - 📌 Otros hallazgos: Legrados múltiples → ↑ riesgo de placenta previa. Aspiración → menos riesgo que legrados instrumentales. Embarazo ectópico posterior: No aumenta.

XMind | Modo de prueba