INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO



Escuela de Osteopatía de Madrid
Internacional

AMENAZA DE ABORTO



Escuela de Osteopatía de Madrid
Internacional

ABORTO

- La definición de aborto espontáneo es la terminación del embarazo por cualquier circunstancia antes de que el feto esté formado para sobrevivir sin ningún tipo de intervención médica.

- Mas del 80% de los abortos se produce en las primeras 12 semanas de gestación.

ABORTO

- Clasificaciones del aborto espontáneo:

- Amenaza de aborto: Existe un riesgo para el feto por una hemorragia, cólicos.
- Aborto inminente: Cérvix dilatado, aumento de la hemorragia.
- Aborto completo: Expulsión del feto y placenta.
- Aborto incompleto: Placenta retenida. Requiere un legrado para retirarla.
- Aborto diferido: El feto se muere, pero no se expulsa. Requiere un legrado también.
- Aborto habitual: Cuando se producen 3 abortos o más de forma consecutiva.

Escuela de Osteopatia de Madrid
Internacional

ABORTO

RIESGOS DE ABORTO

- Contracciones prematuras.
- Dilatación del cuello.
- Placenta previa.
- Malformaciones uterinas (por ejemplo: útero subsepto).
- Fibroma uterino (reducción del espacio disponible para el feto).
- Trastornos del metabolismo (por ejemplo: diabetes , hiper o hipotiroidismo).
- Nefropatías.
- Hipertensión del embarazo.
- Infección vaginal (causa más frecuente); infección de vías urinarias.
- Insuficiencia placentaria.
- Anomalías de presentación fetal.
- Anemia.
- Hidramnios.
- Tabaquismo.

AMENAZA DE ABORTO

- **ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

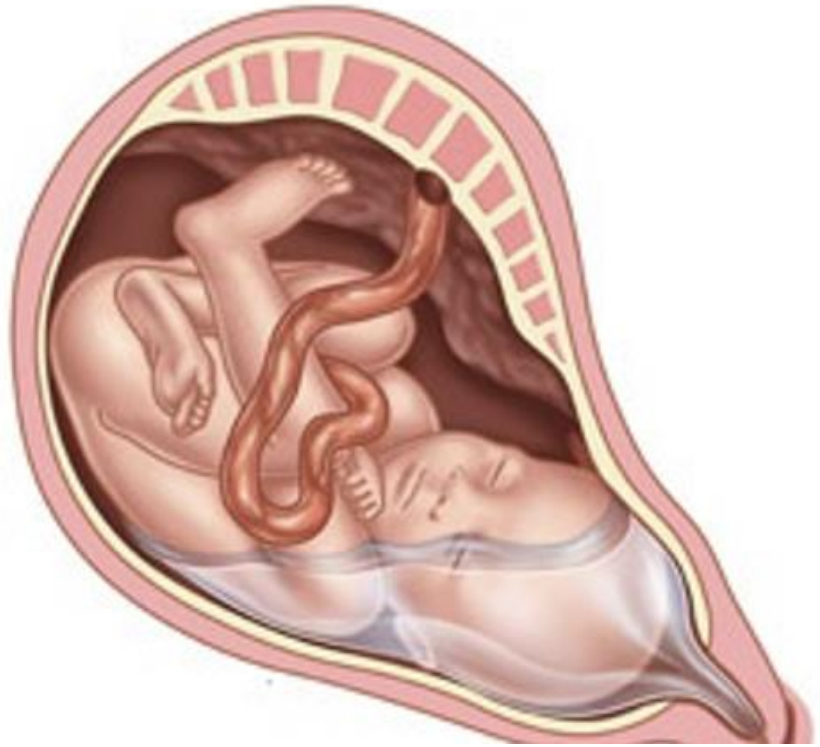
- **HEMORRAGIAS DURANTE EL EMBARAZO**

AMENAZA DE ABORTO

- **ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

- Es la pérdida de integridad del saco ovular con la consiguiente salida de líquido amniótico antes del inicio de trabajo de parto.

- Es la entidad obstétrica que se asocia con más frecuencia al parto pretérmino, y puede derivar en graves problemas maternos y fetales, con posible sepsis.



AMENAZA DE ABORTO

- **ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

No está clara la causa, pero existen diversos factores de riesgo:

- Infecciones: tricomonas, micoplasmas, estreptococos.
- Insuficiencia ístmico-cervical
- Factores obstétricos: hemorragias obstétricas (placenta previa), hidramnios, embarazo gemelar, situación transversa u otras anomalías de la estática fetal.
- Factores mecánicos: relaciones sexuales o tactos vaginales repetidos.
- Factores ambientales y alimentarios

AMENAZA DE ABORTO

- **ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

Existe controversia entre los protocolos de actuación cuando se produce la rotura prematura de membranas.

En los casos en los que el embarazo haya llegado a la semana 37 existe acuerdo de que, si la presentación es cefálica y el cérvix favorable, lo mejor es recurrir a la inducción.

Entre las semanas 34 y 37, se sigue el mismo camino, ya que a partir de la semana 34 la madurez pulmonar suele ser suficiente.

AMENAZA DE ABORTO

- **HEMORRAGIAS DURANTE EL EMBARAZO**
- Entre 2 - 5% de las embarazadas sangran en el tercer trimestre por dos causas:

- *Placenta previa*:
  - Hemorragia indolora y súbita
  - Hemorragia después de las relaciones sexuales o de una exploración
  - Sangre roja
  - No HTA
  - Útero blando a la palpación
  - La cabeza del feto está alta y/o tiene una presentación normal
  - No hay sufrimiento fetal

Escuela de Osteopatia de Madrid
Internacional

AMENAZA DE ABORTO

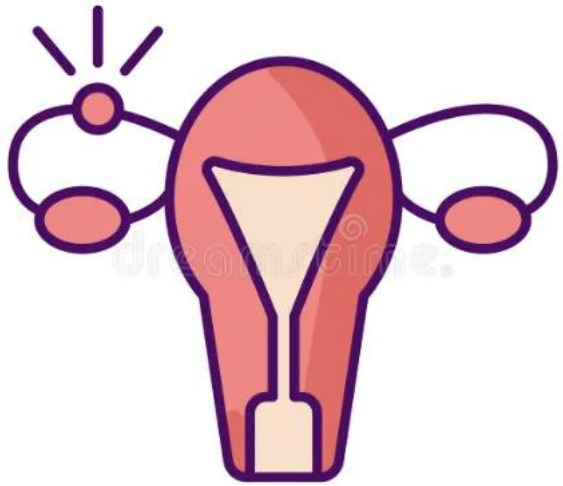
- **HEMORRAGIAS DURANTE EL EMBARAZO**
- Entre 2 - 5% de las embarazadas sangran en el tercer trimestre por dos causas:

- *Placenta previa*:
  - Hemorragia indolora y súbita
  - Hemorragia después de las relaciones sexuales o de una exploración
  - Sangre roja
  - No HTA
  - Útero blando a la palpación
  - La cabeza del feto está alta y/o tiene una presentación normal
  - No hay sufrimiento fetal

- Hematoma retroplacentario por desprendimiento prematuro de la placenta, con frecuencia por un defecto de vascularización:
  - Hemorragia súbita y dolorosa
  - Sangre oscura
  - Asociada con una HTA
  - Útero duro y tenso (útero en tabla)
  - Estado se shock
  - Presentación fetal anormal
  - Hay sufrimiento fetal
  - → **Cesárea urgente**

Escuela de Osteopatia de Madrid Internacional

EMBARAZO ECTÓPICO



Escuela de Osteopatía de Madrid
Internacional

EMBARAZO ECTÓPICO

- Se denomina embarazo ectópico a la anidación y el desarrollo del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina.

- La prevalencia estimada del embarazo ectópico es del 1% al 2%, y el embarazo ectópico roto representa el 2,7% de las muertes relacionadas con el embarazo.

- A lo largo de los últimos años la incidencia de embarazo ectópico ha aumentado progresivamente, mientras que la morbilidad y mortalidad han descendido.

Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, Tinelli A, Malvasi A, Jonat W, et al. Clinical Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. Obstetrical and Gynecological Survey 2013; 68(8):571-581

EMBARAZO ECTÓPICO

- **ETIOLOGÍA**

- Procesos que pueden afectar a la función tubárica: inflamatorios, traumáticos, congénitos e incluso tumorales.
- Lesión tubárica por enfermedad pélvica o malformación.
- Endometriosis.
- Factores hormonales que impiden el transporte.
- Los factores de riesgo incluyen antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, tabaquismo, cirugía de las trompas de Falopio, embarazo ectópico previo e infertilidad.
- Los tratamientos de esterilidad, como la inducción de la ovulación y la fecundación in vitro se asocian a un porcentaje mayor de embarazo ectópico.

Escuela de Osteopatia de Madrid Internacional

EMBARAZO ECTÓPICO

- **LOCALIZACIÓN**

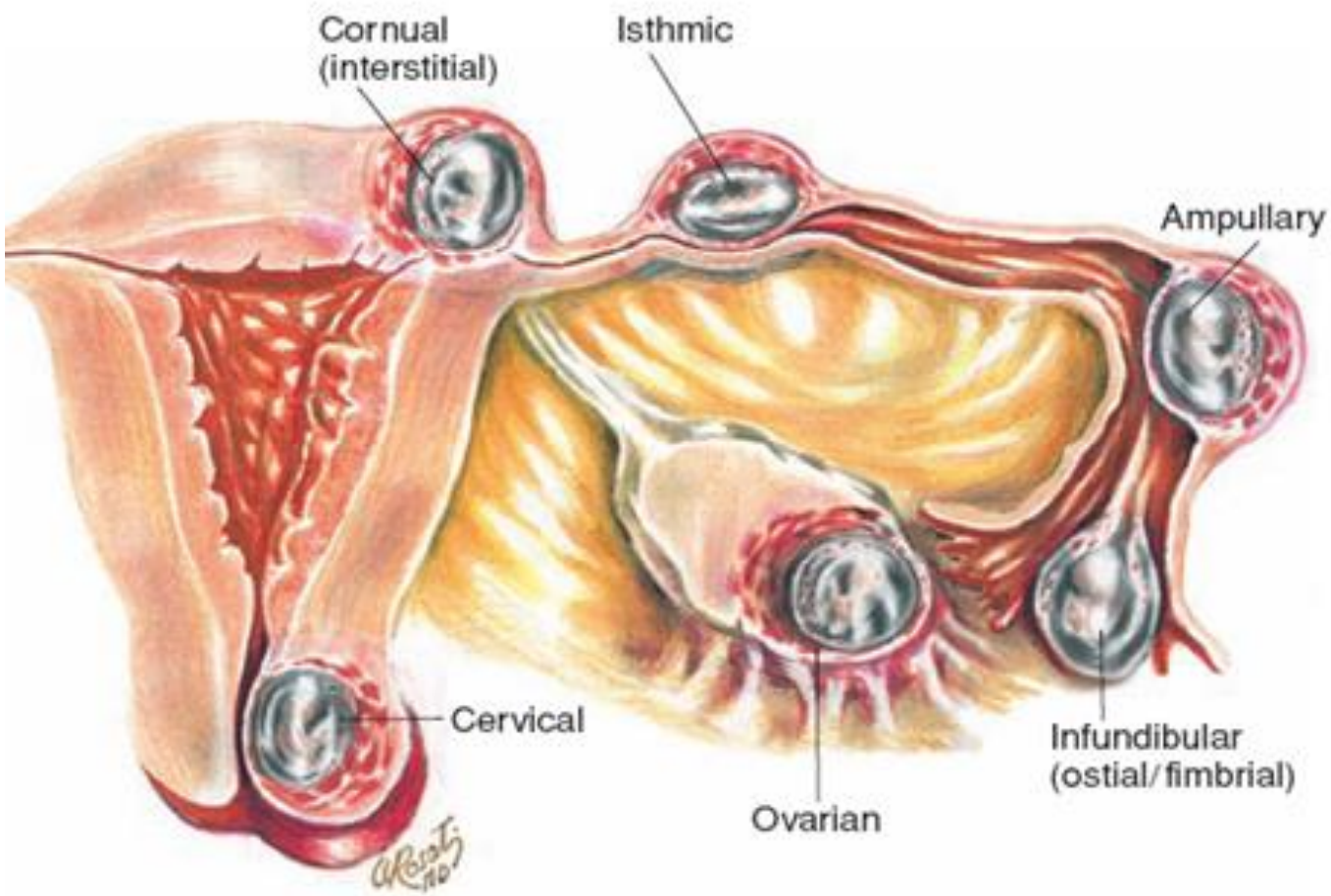
- El embarazo **tubárico** es el más común dentro de la gestación ectópica.

- La zona más común de implantación es la trompa, y dentro de la misma, lo más frecuente es en la ampolla; Pero podemos encontrar implantación en un cuerno uterino, en un ovario, en el canal cervical e incluso en la cavidad abdominal.

Escuela de Osteopatia de Madrid
Internacional

EMBARAZO ECTÓPICO

- **LOCALIZACIÓN**



Escuela de Osteopatía de Madrid
Internacional

EMBARAZO ECTÓPICO

- **SIGNOS CLÍNICOS**
- El cuadro típico es la tríada de: dolor abdominal, hemorragia vaginal y amenorrea previa.
- En función de la evolución del cuadro, puede haber más o menos dolor abdominal.
- Dado que la mayor parte de los embarazos ectópicos se localizan a nivel de la trompa, la localización más frecuente del dolor es en la fosa iliaca.
- La sintomatología propia del embarazo (náuseas, vómitos) puede acompañar a la clínica del embarazo ectópico.

Escuela de Osteopatia de Madrid
Internacional

EMBARAZO ECTÓPICO

- **CONSECUENCIAS**
- El óvulo aumenta la luz tubárica pudiendo producir rotura de la trompa; en este caso el dolor aumenta notablemente, llega a ser lancinante, y se acompaña de taquicardia, palidez y disnea, por lo que se puede producir un shock hipovolémico.

Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic sites, 2020. Tulandi T

EMBARAZO ECTÓPICO

- **DIAGNÓSTICO**
- El diagnóstico definitivo de embarazo ectópico se puede realizar con la visualización ecográfica de un saco vitelino o un embrión en los anexos.

- Con mayor frecuencia, se utilizan los síntomas de la paciente combinados con ecografías seriadas y tendencias en los niveles de gonadotropina coriónica humana beta para realizar el diagnóstico.

Hendriks E, Rosenberg R, Prine L. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. Ectopic Pregnancy. 2020;101(10):8.

Escuela de Osteopatia de Madrid Internacional

EMBARAZO ECTÓPICO

- **TRATAMIENTO**
- El embarazo ectópico es una emergencia médica que requiere tratamiento inmediato.
- Las opciones terapéuticas incluyen el tratamiento farmacológico con metotrexato o la cirugía.
- La elección del tratamiento dependerá de diversos factores, como la estabilidad clínica de la paciente y la localización del embarazo ectópico.
- Si no se diagnostica y trata a tiempo, el embarazo ectópico puede provocar la rotura de la trompa de Falopio y una hemorragia interna grave, poniendo en riesgo la vida de la mujer.

Layden E, Madhra M. Ectopic pregnancy. Obstet Gynaecol Reprod Med. julio de 2020;30(7):205-12.
Taran F-A, Kagan K-O, Hübner M, Hoopmann M, Wallwiener D, Brucker S. The Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. Dtsch

Aerzteblatt Online [Internet]. 9 de octubre de 2015 [citado 1 de septiembre de 2020];

Escuela de Osteopatia de Madrid Internacional

PARTO PREMATURO



Escuela de Osteopatía de Madrid
Internacional



PARTO PREMATURO

- La OMS define como **parto pretérmino** el que se produce antes de las 37 semanas completas de gestación.

- Tiene una incidencia del 8%. A pesar de los esfuerzos no se logra disminuir su prevalencia.

Escuela de Osteopatia de Madrid
Internacional

PARTO PREMATURO



Prematuridad extrema	Parto prematuro severo	Prematuridad moderada	Parto prematuro límite o leve	Embarazo a término
semana 28	semana 31	semana 33	semana 36	

PARTO PREMATURO

- **ETIOPATOGENIA.**
- Síndrome multifactorial en el que pueden influir:

- Infección urinaria: entre el 5 y el 10% de las mujeres que sufren un parto pretérmino padecen una infección urinaria.
- Anomalías uterinas: entre el 1 y el 3% de los partos pretérmino se acompañan de malformaciones uterinas. (Útero bicorne y tabicado)
- Anomalías placentarias: tanto de implantación como de función.
- Rotura prematura de membranas.
- Parto pretérmino de repetición: la existencia de un parto pretérmino anterior triplica el riesgo de tener otro parto antes de la semana 37 de gestación; el antecedente de dos partos pretérmino multiplica por seis está posibilidad.

Escuela de Osteopatia de Madrid Internacional

PARTO PREMATURO

- **SIGNOS DE POSIBLE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO**

- Dolor tipo menstrual por encima del pubis.
- Dolor en la región lumbar.
- Sensación de presión en la pelvis.
- Dolor abdominal con o sin diarrea.
- Aumento de la cantidad o cambio de las características del flujo vaginal.
- Perdida de líquido a través de la vagina.
- Hemorragia vaginal.
- Contracciones uterinas cada 10 minutos o menos, en principio poco dolorosas.

PARTO PREMATURO

- **PRONÓSTICO PERINATAL.**
- La importancia del parto pretérmino va ligada al pronóstico perinatal. Casi el 50% de las muertes perinatales está relacionado con el parto prematuro.

- La supervivencia perinatal disminuye cuanto menor sea la edad de gestación en la que se produce el nacimiento.

- Las causas más frecuentes de muerte perinatal son la inmadurez bioquímica de los pulmones, la hemorragia intraventricular y la hipoxia fetal.

PARTO PREMATURO

- **PREVENCIÓN.**
  - **Corregir factores de riesgo:** Se debe tratar de modificar hábitos como el ejercicio excesivo, el trabajo físico pesado o el consumo de sustancias nocivas.
  - **Educación y concienciación:** Es fundamental que tanto los profesionales de la salud como las futuras madres estén informados sobre los riesgos del parto prematuro y las medidas preventivas.
  - **Vigilancia médica:** Se deben realizar controles regulares para detectar a tiempo posibles complicaciones como infecciones o problemas en el cuello del útero.
  - **Tratamientos específicos:** En algunos casos, se pueden realizar procedimientos como el cerclaje para fortalecer el cuello del útero y evitar el parto prematuro.
  - **Control de enfermedades:** Es importante controlar enfermedades como la diabetes o la hipertensión, ya que estas pueden aumentar el riesgo de parto prematuro.
  - **Reposo:** Se recomienda a las mujeres con riesgo de parto prematuro que reduzcan al máximo sus actividades y eviten las relaciones sexuales.

PARTO PREMATURO

- **PREVENCIÓN.**

- En resumen, es fundamental una atención médica adecuada y cambios en el estilo de vida para prevenir el parto prematuro en mujeres con factores de riesgo.

PARTO PREMATURO

- **TRATAMIENTO**
- El tratamiento del embarazo prematuro busca detener o ralentizar el trabajo de parto, permitiendo que el bebé madure lo suficiente dentro del útero para aumentar sus posibilidades de supervivencia.

- Las estrategias específicas pueden variar según la causa del parto prematuro, la edad gestacional y el estado de salud de la madre y el bebé.

PARTO PREMATURO

- **TRATAMIENTO**
  - **Tocolíticos:** Medicamentos que se utilizan para relajar el útero y detener las contracciones. Estos pueden administrarse por vía oral, intravenosa o como supositorios.
  - **Reposo:** Se recomienda a la madre que guarde reposo absoluto o relativo para reducir la actividad uterina.
  - **Hidratación:** Se administra líquidos por vía intravenosa para mantener la hidratación y mejorar el flujo sanguíneo al útero.
  - **Corticosteroides:** Estos medicamentos ayudan a madurar los pulmones del bebé y otros órganos vitales, mejorando sus posibilidades de supervivencia si nace prematuramente.
  - **Antibióticos:** Si hay una infección presente, se administran antibióticos para tratarla y prevenir complicaciones.

Escuela de Osteopatia de Madrid
Internacional

PARTO PREMATURO

- **TRATAMIENTO**

- Contraindicaciones al tratamiento:
  - Maduración suficiente de los pulmones
  - Muerte intrauterina
  - Malformación fetal incompatible con la vida
  - Pérdida del bienestar fetal
  - Preeclampsia grave – eclampsia
  - Placenta previa con hemorragia
  - Rotura prematura de membranas
  - Dilatación de más de 5 cm

Escuela de Osteopatia de Madrid
Internacional