

Escuela: Cens N° 74 Juan Vucetich

Docente: Laciari Erwin, Fernandez Gabriel. Correo: erwinlaciari@yahoo.com.ar
gfnaranjo2@gmail.com

Año: 3° Año

Turno: Nocturno

Área Curricular: Medicina Legal

Título de la propuesta: Aborto. Técnicas.

ACTIVIDADES:

- 1) Lea atentamente el apunte aportado por los docentes cuyos contenidos son el aborto.
- 2) Realice una descripción de las distintas técnicas de aborto según la edad gestacional del feto.
- 3) Realice un glosario de los términos que no conoce, para ello busque el significado de dichas palabras en el diccionario de la RAE.

El embarazo debe ser confirmado antes de inducir el aborto. A menudo, la edad gestacional se establece mediante la ecografía, pero a veces los antecedentes y el examen físico pueden confirmar con precisión la edad gestacional durante el primer trimestre. La ecografía Doppler se debe considerar si una mujer está en el segundo trimestre y tiene placenta previa o una placenta anterior más el antecedente de cicatriz uterina.

La terminación del embarazo puede ser confirmada por la observación directa de la eliminación del contenido uterino a través de la ecografía utilizada durante el procedimiento. Si la ecografía no se utiliza durante el procedimiento, la terminación puede ser confirmada mediante la medición cuantitativa del nivel sérico de subunidad beta-de gonadotropina coriónica antes y después del procedimiento; una disminución > 50% después de 1 semana confirma la terminación.

El día del aborto se deben administrar a la paciente antibióticos. Por lo general, los abortos en el primer trimestre requieren solo anestesia local; pero los médicos entrenados pueden ofrecer sedación adicional. Para abortos más tardíos, se requiere generalmente una sedación más profunda.

Métodos:

Los métodos comunes para inducir el aborto son

- Evacuación instrumental a través de la vagina.
- Inducción médica (fármacos para la estimulación de las contracciones uterinas)

El método utilizado depende en parte de la duración del embarazo. La evacuación instrumental se puede utilizar en la mayoría de los embarazos. Se pueden usar fármacos en algunos embarazos < 9 o > 15 semanas.

La cirugía uterina (histerotomía o histerectomía) es un último recurso, que en general se evita debido a las altas tasas de mortalidad. La histerotomía produce cicatrices uterinas, que pueden romper el útero en embarazos posteriores.

Evacuación instrumental:

Antes de las 14 semanas, típicamente se utiliza dilatación y legrado; en general, se requieren cánulas de aspiración de gran diámetro que se introducen en el útero.

En gestaciones < 9 semanas, se puede utilizar la aspiración manual endouterina. Se produce suficiente presión para evacuar el útero.

Después de las 9 semanas, se utiliza aspiración eléctrica por vacío; se trata de fijar una cánula a una fuente de vacío eléctrica.

Entre las 14 y las 24 semanas, en general se usa dilatación y evacuación. Se usan pinzas para desmembrar y eliminar el feto, y una cánula de aspiración para retirar el líquido amniótico, la placenta y los restos fetales. La dilatación y la evacuación requieren más habilidades y más entrenamiento que los otros métodos de evacuación instrumental.

A menudo se introducen bujías o dilatadores de tamaño creciente para dilatar el cuello uterino antes del procedimiento. Sin embargo, dependiendo de la edad gestacional, y la paridad, los médicos pueden tener que utilizar otro tipo de dilatador en lugar de o además de los dilatadores de diámetro creciente para minimizar el daño cervical que pueden causar.

Inducción medicamentosa:

La inducción medicamentosa puede usarse para embarazos de < 10 o > 15 semanas. Si las pacientes tienen anemia severa, la inducción médica debe ser hecha sólo en un hospital para que la transfusión de sangre esté rápidamente disponible de ser necesario.

Este régimen tiene alrededor del 95% de eficacia en la terminación de embarazos de hasta 9 semanas y 92% de eficacia para terminar embarazos de hasta 10 semanas. Se requiere una visita de seguimiento para confirmar la terminación del embarazo y, si es necesario, para proporcionar anticoncepción.

Complicaciones: Las tasas de complicaciones del aborto (complicaciones graves en < 1%; mortalidad de < 1 en 100.000), y han disminuido en las últimas décadas. Las tasas de complicaciones se incrementan a medida que aumenta la edad gestacional.

Las **complicaciones tempranas graves** incluyen

- Perforación uterina (0,1%) o, menos común, de los intestinos u otros órganos con los instrumentos.
- Hemorragia grave (0,06%), que puede deberse a un traumatismo o a un útero atónico
- La laceración del cuello uterino (0,1 al 1%) que va desde desgarros superficiales por el tenáculo o las pinzas erina hasta desgarros cervicovaginales, rara vez con fístulas.

La anestesia general o local rara vez causa complicaciones graves.

Las **complicaciones tardías más comunes** incluyen

- Sangrado e infección significativa (0,1 a 2%)

Estas complicaciones usualmente ocurren porque los fragmentos placentarios quedan retenidos. Si se produce un sangrado intenso o se sospecha una infección, debe realizarse una ecografía pelviana; los fragmentos placentarios retenidos pueden verse en una ecografía. Una leve inflamación es esperable, pero si la infección es moderada o grave, puede haber una peritonitis o una sepsis. Puede producirse esterilidad por sinequias en la cavidad endometrial o por una fibrosis tubaria debida a infección. La dilatación forzada del cuello en los embarazos más avanzados puede producir una incompetencia cervical. Sin embargo, el aborto electivo probablemente no aumenta los riesgos del feto o de la mujer durante los embarazos posteriores.

Aborto por Dilatación y Curetaje



Aborto por envenenamiento salino



Este bebé de 19 semanas murió envenenado y quemado por una solución salina altamente concentrada introducida en el líquido amniótico de la madre.

Aborto por desmembramiento de un feto de 23 semanas

