

# Alteraciones hemorrágicas del embarazo



## Hemorragias del 1º trimestre :

- Aborto
- Embarazo ectópico o extrauterino

## Hemorragias del 3º trimestre :

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de placenta

# ABORTO

## Definición

Es la interrupción del embarazo antes de la semana 20-22 de gestación o con un peso fetal inferior a 500gr.

- ✓ Aborto espontáneo: no interviene ningún factor intencional
- ✓ Aborto provocado : cuando se interrumpe de forma intencional el embarazo

- Aborto precoz antes de la semana 12 - 14 de gestación
- Aborto tardío entre la semana 14 y 20- 22 de gestación

# FRECUENCIA DEL ABORTO

Es la complicación mas frecuente del embarazo

**Incidencia real difícil de valorar y solo se hace de una forma aproximada**

- Abortos muy precoces (ignorados por la propia mujer)
- Abortos espontáneos en los cuales no es necesario el ingreso hospitalario
- Los abortos terapéuticos (muchos de ellos no están contabilizados)

**Frecuencia del aborto : alrededor de un 10%**

Semana	Abortos (% embarazos)
0-3	13,8
4-7	8,2
8-11	6,7
12-15	2,8
16-19	1,07

# ABORTO o PARTO

<b>Definición</b>	<b>Edad gestacional</b>	<b>Peso feto</b>
<b>Aborto</b>	<b>Menos de 20 –22 semanas</b>	<b>Menos de 500gr</b>
<b>Parto inmaduro</b>	<b>De 22 a 28 semanas</b>	<b>De 500 a 1000gr</b>
<b>Parto pretérmino</b>	<b>De 28 a 37 semanas</b>	<b>De 1000gr a 2500gr</b>
<b>Parto a termino</b>	<b>De 37 a 42 semanas</b>	<b>Mas 2500gr</b>
<b>Parto posttermino</b>	<b>De después de la semana 42</b>	

# Etiología del aborto espontáneo



**1.-Causas ovulares** → Accidentes fortuitos en el momento de la meiosis

Son huevos en los que se aprecian alteraciones en el embrión o en el trofoblasto, que condicionan anomalías en su desarrollo y por consiguiente su expulsión.

**Una de estas anomalías es:**

**Embarazo molar o mola hidatiforme**

**Degeneración quística de las vellosidades coriales**

- Útero grande para la edad gestacional
- Ausencia de movimientos fetales
- Náuseas y vómitos intensos
- Signos de HIE
- Aumento de la HCG
- Presencia de vesículas en la hemorragia

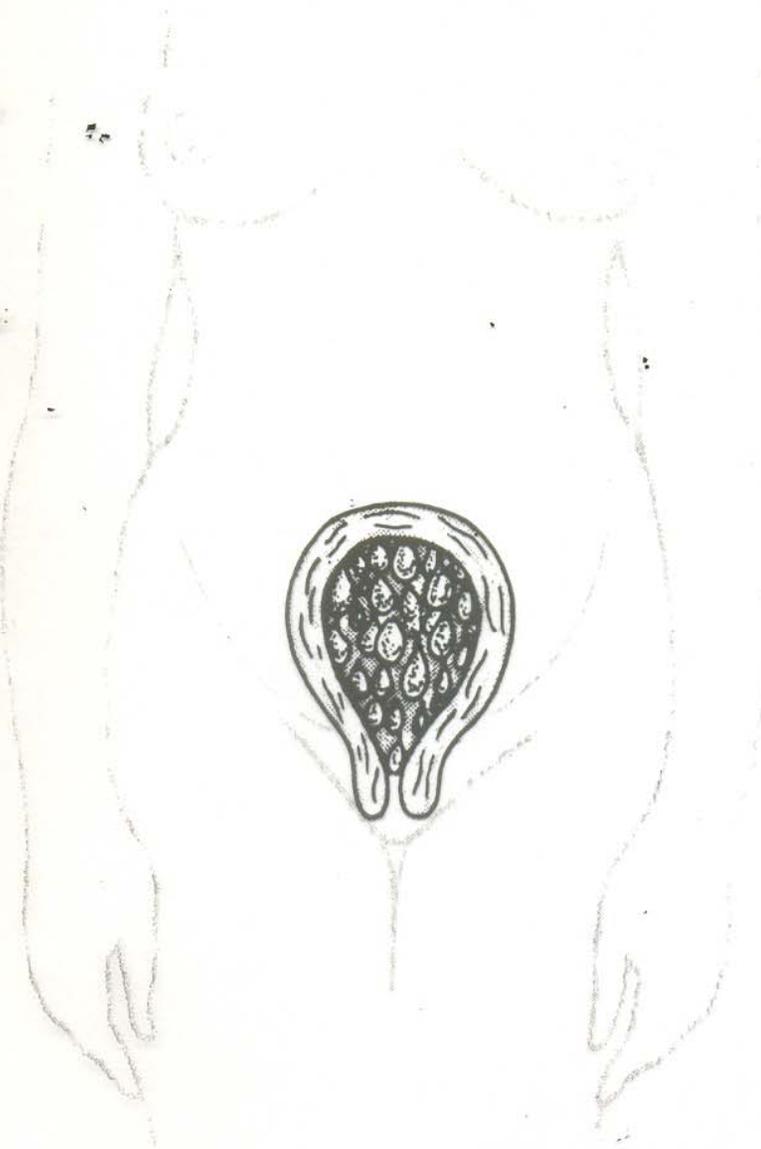
**El diagnóstico se hace por ecografía**

**Tratamiento**

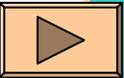
**Vaciado uterino**

## Síntomas

- a) Aumento del nivel de gonadotropinas coriónicas
- b) Aumento de los síntomas de embarazo: náuseas, vómitos, sialorrea, etc.
- c) Aumento de la frecuencia de toxemia del embarazo
- d) Sangrado por vagina en cantidad irregular, indoloro, oscuro y persistente
- e) Crecimiento uterino mayor que amenorrea (50%); consistencia uterina disminuida
- f) Ausencia de partes fetales y latido cardíaco fetal
- g) Expulsión de vesículas en caso de aborto en evolución (patognomónico)



Cuadro clínico del embarazo molar.



# Etiología del aborto (2)

## 2.- Causas maternas

**Alteraciones uterinas** →

- a. Malformaciones congénitas
- b. Insuficiencia o incompetencia cervical (traumáticas o congénitas)
- c. Miomas uterinos (principalmente submucosos)
- d. Alteraciones de la estática (mal posiciones prolapsos)

**Enfermedades generales del organismo materno** →

- a. Infecciones específicas: toxoplasmosis, sífilis...
- b. Infecciones agudas
- c. Alteraciones orgánicas graves: hepáticas, renales.....
- d. Estados de desnutrición acentuada (ácido fólico)

## 3.- Agresiones extrínsecas

- a. Radiaciones
- b. Medicamentos

## Evolución del aborto

Aborto  
espontáneo

- a. Amenaza de aborto
- b. Aborto en curso
  - I. Aborto completo
  - II. Aborto incompleto
- c. Aborto diferido
- d. Aborto habitual
- e. Aborto terapéutico

Aborto inducido →

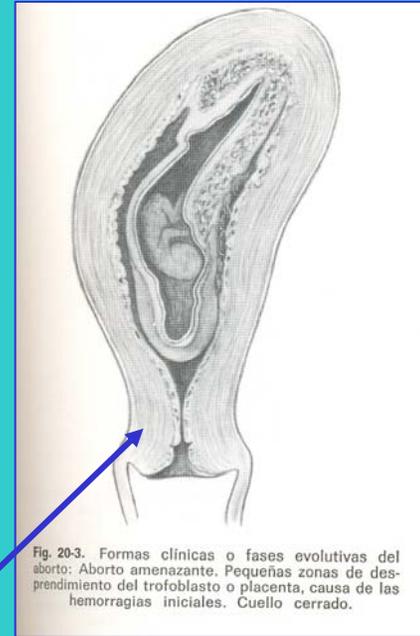
# Amenaza de aborto

## Concepto

Toda hemorragia vaginal que aparece en el 1º trimestre de la gestación se califica de *amenaza de aborto*

Metrorragia de ligera a moderada intensidad y que va acompañada de contracciones uterinas indoloras o dolorosas (dolores en hipogastrio o zona lumbar)

El cuello uterino esta cerrado



- La hemorragia (consecuencia de pequeños desprendimientos ovulares) es roja.
- El dolor puede manifestarse como lumbalgias y posteriormente localizado en hipogastrio.
- El dolor es de tipo cólico .

# ABORTO EN CURSO

La sintomatología se acentúa y aumenta

- La hemorragia es mas intensa y duradera
- Las contracciones se acentúan y se hacen rítmicas
- El cuello comienza a dilatarse

Fig. 20-4. Formas clinicas o fases evolutivas del aborto: Aborto en curso en su fase imminente. El cuello está dilatado, la hemorragia ha aumentado y el huevo está total o casi totalmente desprendido (irreversible).



Fig. 20-5. Formas clinicas o fases evolutivas del aborto: Aborto consumado. Embrion (o feto) y liquido amniótico han sido expulsados quedando el resto del huevo en la cavidad uterina. En todas las variantes, la forma del útero no se ha dibujado globulosa, sino alargada o retraída sobre la zona de inserción ovular, para expresar la irritabilidad contráctil del órgano.



Fig. 20-7. Formas clinicas o fases evolutivas del aborto: Aborto consumado incompleto. Embrion (o feto) y liquido amniótico han sido expulsados quedando el resto del huevo en la cavidad uterina. En todas las variantes, la forma del útero no se ha dibujado globulosa, sino alargada o retraída sobre la zona de inserción ovular, para expresar la irritabilidad contráctil del órgano.

## ABORTO COMPLETO



Se ha expulsado todo el contenido intrauterino

- Los dolores y la hemorragia ceden
- El cuello uterino va cerrándose

## ABORTO INCOMPLETO



Cuando no se expulsan todos los restos y permanecen dentro de la cavidad uterina

- El orificio cervical permanece dilatado
- Persiste el dolor y la hemorragia que incluso puede ser mas abundante.
- Peligro de infección exógena

# **ABORTO DIFERIDO**

**Cuando la muerte del embrión no se continua de ninguna expulsión de restos, todo el producto, con el embrión muerto, queda retenido en la cavidad uterina, sin hemorragia, sin contracciones y en consecuencia con el orificio cervical cerrado**

- **Se interrumpe el crecimiento uterino**
- **Involución de los cambios mamarios y de otros síntomas de embarazo**
- **Si hay hemorragia, esta es de color parduzco.**
- **El cuello uterino esta cerrado.**

# ABORTO HABITUAL

La interrupción espontánea sucesiva de tres o más gestaciones antes de la semana 20 de gestación o cinco o más no sucesivos.



Cuando todos los embarazos precedentes terminaron en aborto

- Aborto habitual primario

Cuando antes de los tres abortos se ha tolerado perfectamente un embarazo

- Aborto habitual secundario

➤ El cuello uterino, hacia la mitad de la gestación, se dilata de manera indolora y como consecuencia se produce la expulsión poco dolorosa de un feto.

# ABORTO TERAPEUTICO O LEGAL

## I.V.E

Es la interrupción voluntaria del embarazo

La legislación española permita la posibilidad de interrumpir el embarazo en tres casos o supuestos.

Artículo 417 del Código Penal

La legislación española contempla la posibilidad de interrumpir el embarazo en tres casos o situaciones.

¿En qué situaciones está legalizado el aborto?

- 1 Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada, y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.
- 2 Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las 12 primeras semanas de gestación, y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.
- 3 Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las 22 primeras semanas de gestación, y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario, público o privado acreditado al efecto, y distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

## SINTOMAS COMUNES A TODAS LAS FORMAS DE ABORTO ESPONTANEO

### Hemorragia : debida a desprendimientos ovulares o placentarios

Roja de cantidad moderada o intensa

- Casi siempre creciente en intensidad y duración
- Puede llegar a comprometer el estado general de salud de la mujer

### Contracciones uterinas que se traducen en dolor de tipo cólico

Dolores en hipogastrio o zona lumbar

- Intensidad variable pero siempre creciente
- Pueden provocar reacciones vágales en la mujer por la intensidad del dolor.

### Modificaciones del cuello uterino

Progresiva dilatación del cuello uterino

- La dilatación uterina nos da idea del pronóstico y de lo irreversible del proceso.

# Actitud terapéutica

## Amenaza de aborto

Conducta :

Expectante ( es posible la reversibilidad a una gestación normal 60%)

- Instaurar reposo (casi siempre domiciliario)
- Reposo físico y sexual

## Aborto completo

Conducta :

Vigilancia del sangrado vaginal y de la cavidad uterina por ecografía

# Actitud terapéutica

## Aborto incompleto

Conducta:

Vaciamiento uterino

Legrado uterino

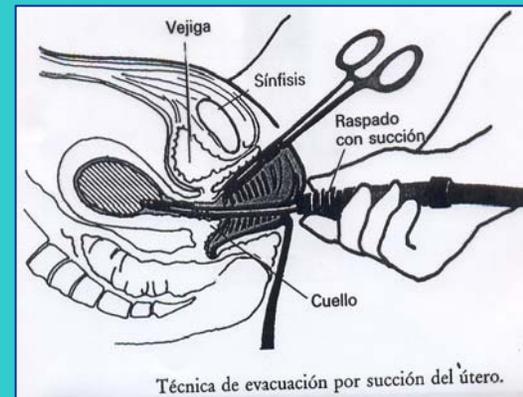
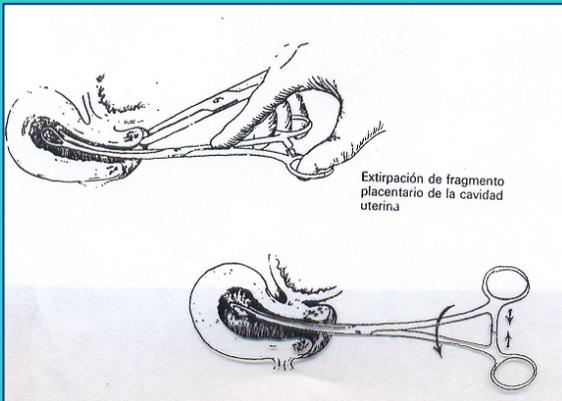
Aspiración uterina

A través de una técnica de raspado endometrial con cucharillas rígida, se van extrayendo los restos ovulares

Por medio de técnica de succión y aspiración intrauterina, se vacía la cavidad

Abortos tardíos

Abortos precoces



# Actitud terapéutica

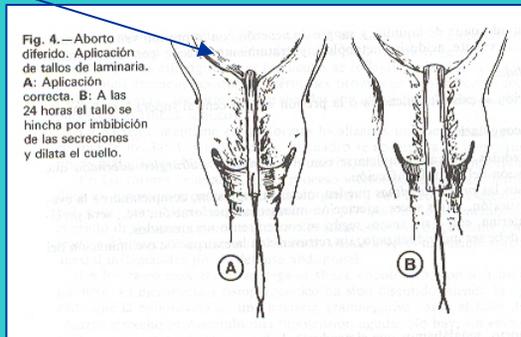
## Aborto diferido

Conducta: Inducción : provocar las contracciones del útero y su dilatación

Tallos de Laminaria

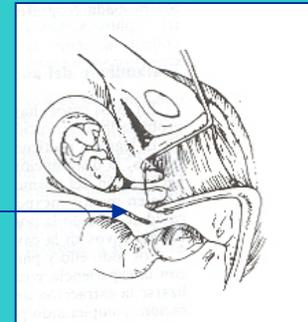
Prostaglandinas

Occitócicos



## Aborto habitual

Conducta: Cerclaje



# Complicaciones del aborto

## Hemorragias

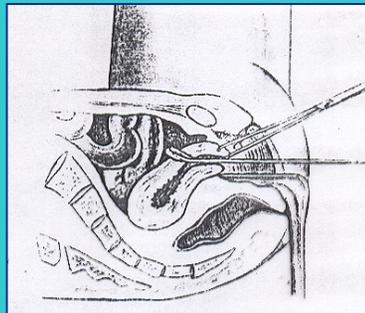
- Por la persistencia de restos ovulares
  - ✓ Vaciamiento uterino

## Infección: aborto séptico

- Cuando hay fiebre por encima de 38° y se hallan descartado otras causas
  - ✓ Antibióticos

## Perforación

- La perforación que se realiza accidentalmente en el transcurso de un legrado instrumental



- ✓ Reposo
- ✓ Frió local
- ✓ Antibióticos

# Intervenciones de enfermería

Deben ir dirigidas a la valoración de signos y síntomas existentes y a la valoración del estado materno y a la solución de problemas determinados

## Evaluación de la hemorragia

- Cantidad, color y repercusión sobre el estado general (TA, pulso, temperatura)

## Valoración del dolor

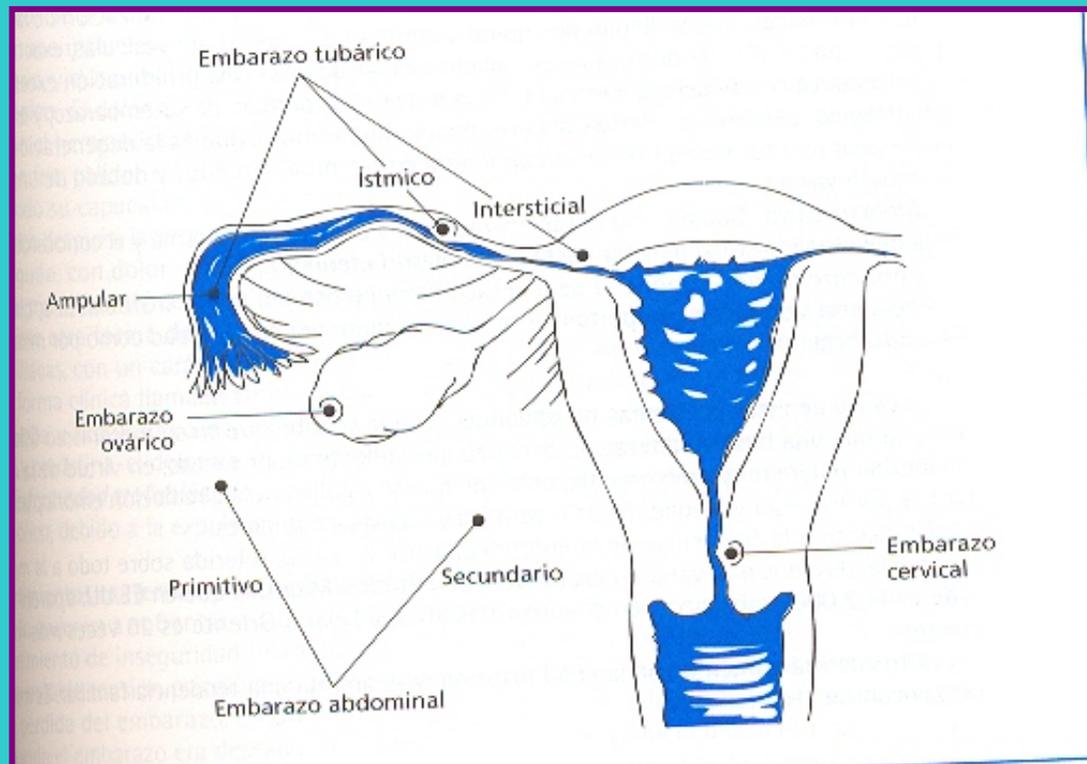
- Características, localización e intensidad

## Valoración del estado psicológico

# Embarazo ectopico o extrauterino

# Embarazo ectopico o extrauterino

El termino de "gestación ectópica", se refiere a la implantación del huevo y al desarrollo del embarazo fuera de la cavidad uterina



# FRECUENCIA

**Gran aumento en todo el mundo**

- Mayor incidencia de EPI
- Uso creciente del DIU
- Tratamientos de esterilidad quirúrgicos.

# Etiología

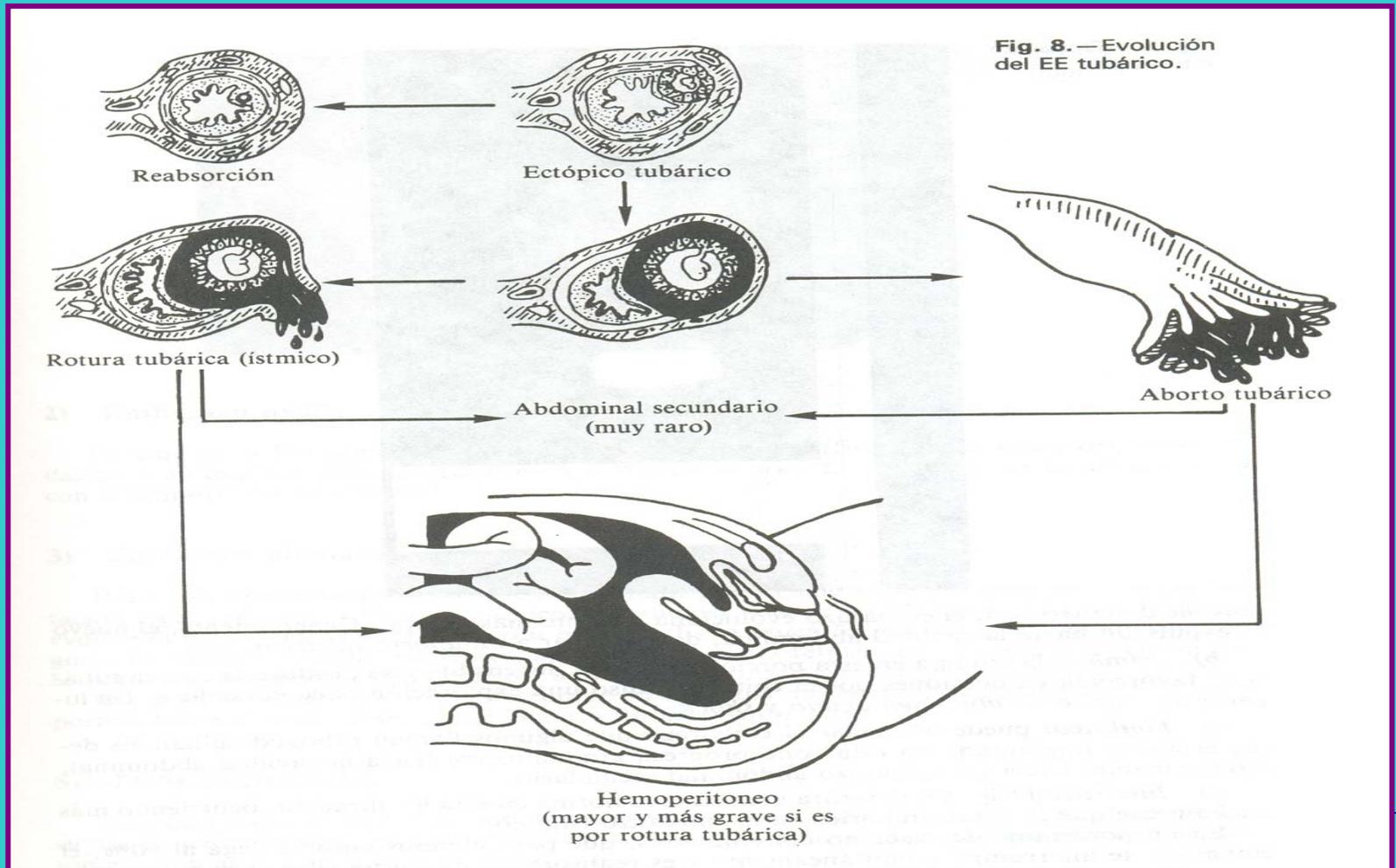
**Factores que retrasan o dificultan el camino del huevo fecundado**

- Procesos inflamatorios pélvicos
- Alteraciones de la motilidad de las trompas
- DIU

# Evolución embarazo ectópico

Ampular : constituye la localización mas frecuente

Debido a que es la zona mas distensible de la trompa, el embarazo evoluciona durante mas tiempo.



## Evolución embarazo ectópico (2)

- ✓ **Istmico:** la trompa en esta porción es menos distensible, y se produce la rotura tubárica, favorecida a veces por el coito o por un reconocimiento, esta rotura da lugar a un cuadro de abdomen agudo y shock
- ✓ **Fímbrico:** puede dar lugar a lo que se llama un embarazo tuboabdominal. El huevo implantado en esta zona progresa gradualmente hasta la cavidad abdominal evolucionando hacia un embarazo abdominal secundario.
- ✓ **Inerstitial :** la rotura uterina es la norma en esta localización
- ✓ **Ovárico:** es muy poco frecuente (0,15% de todos los ectópicos). Evoluciona con rotura y con gran hemorragia
- ✓ **Embarazo abdominal:** Puede ser abdominal primitivo (excepcional) o abdominal secundario como evolución de un embarazo fímbrico u ovárico. Es un caso grave porque la placenta para insertarse busca epiplón, intestino o hígado.

# Sintomatología

- Al principio del embarazo, cuando no ha habido ninguna complicación, los síntomas son semejantes a cualquier embarazo normal.
- Hasta un 50% el embarazo puede interrumpirse espontáneamente y reabsorberse con escasa presencia de síntomas.
- Aborto tubárico: Es el cuadro más frecuente, se puede presentar con un cuadro agudo de dolor intenso y punzante en hipogastrio y la fosa iliaca correspondiente a la zona de localización
- Rotura tubárica: accidente grave y agudo que se produce en una zona donde hay gran vascularización y por ello se produce hemorragia intensa. El dolor es brusco, como en puñalada, con hipotensión, palidez y shock. Requiere intervención quirúrgica inmediata
- La rotura uterina en el embarazo intersticial

# Actitud terapéutica

Conducta : ante la sospecha de un embarazo ectópico:

- Ingreso hospitalario
- Establecimiento de venoclisis
- Control de cantantes estricto

Son posibles tres opciones

- *Conducta expectante* : Embarazo ectópico íntegro, sin actividad cardíaca embrionaria.
- *Tratamiento médico*: en las mismas circunstancias, se puede administrar Metotrexate por vía im
- *Tratamiento quirúrgico*

# Hemorragias del 3º trimestre del embarazo

- *Placenta previa*
- *Desprendimiento prematuro de placenta*

# Placenta previa

Inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, de forma tal que obstruya parcial o totalmente el orificio cervical.

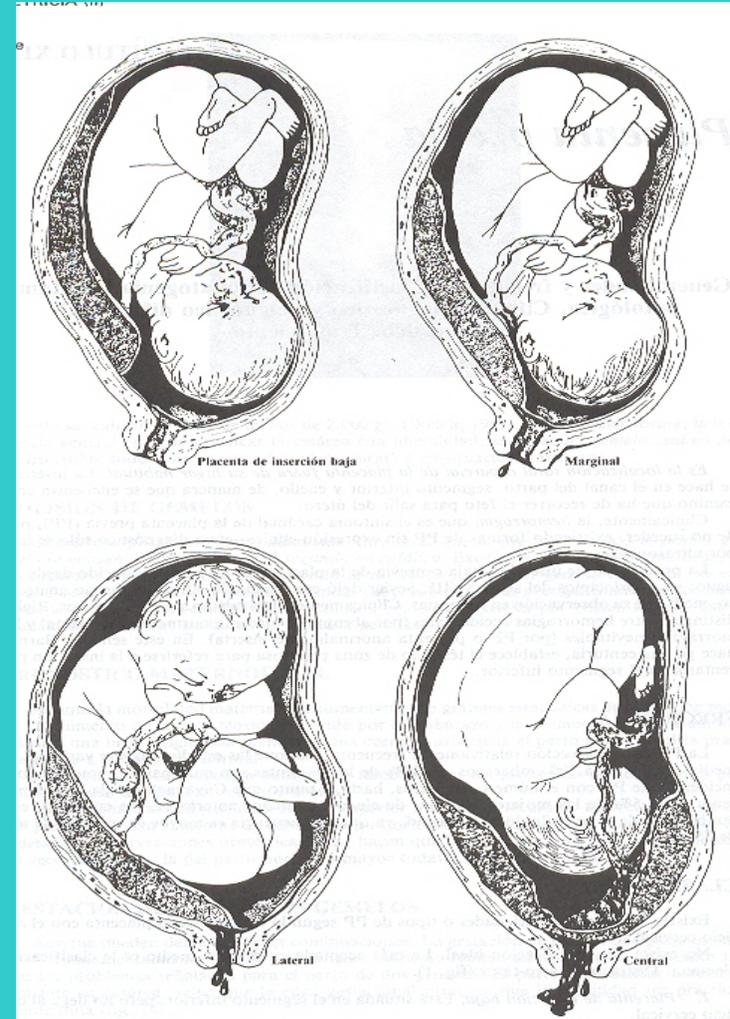
**Dependiendo de su situación:**

**Lateral o de inserción baja :** el borde inferior de esta no llega al orificio cervical.

**Marginal:** El borde de la placenta llega al orificio cervical pero no lo ocluye.

**Parcial :** si el orificio cervical interno esta parcialmente recubierto.

**Oclusiva total:** si el orificio cervical interno esta totalmente recubierto por la placenta



# Placenta previa

**Circunstancias que pueden determinar la inserción baja de la placenta son:**

- Multiparidad
- Abortos o legrados de repetición
- Cicatrices de intervenciones en el útero
- Miomas uterinos.

**Frecuencia : 1/190 partos**

**Clínica : hemorragias de sangre roja y sin dolor**

## Mecanismo de las hemorragia

Se debe a la formación del segmento inferior; la distensión rápida de este en los últimos meses de gestación no va seguida de la misma distensión placentaria y se produce un deslizamiento entre ambas superficies, lo que provoca la hemorragia.



Fig. 25-5. El desprendimiento de la placenta produce hemorragia materna por la pared uterina y del espacio intervellosos. El feto puede sangrar también si se desgarra la placenta.

# Placenta previa

## Repercusiones sobre la madre y el feto

### **Madre:**

- Relacionadas con la cantidad de hemorragia.
- Inseguridad física : miedo

### **Feto:**

- Prematuridad.
- Bajo peso

# Actitud terapéutica

La actitud terapéutica variara según la cuantía de la perdida hemática y la madurez fetal

Cualquier gestante con hemorragia uterina durante el último trimestre de gestación :

- Ingreso hospitalario
- **Abstenerse de hacer tactos vaginales.**

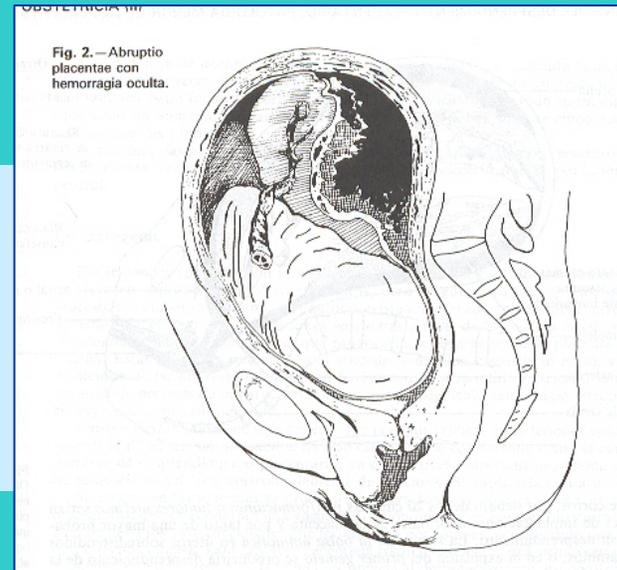
# Desprendimiento prematuro de placenta o abruptio placentae

Separación prematura de ésta de la pared uterina

Frecuencia : 1 / 275 partos

Causa:

- ✓ Desprendimientos traumáticos
- ✓ Desprendimientos espontáneos



*Hematoma retroplacenterio*

# Desprendimiento prematuro de placenta

## Manifestaciones clínicas:

- Hemorragia oculta
- Hemorragia manifiesta

**Dolor intenso**



**Contracciones uterinas intensas y mantenidas en el tiempo**



**Hipertonía uterina**

# Desprendimiento prematuro de placenta

## Repercusiones sobre la madre y el feto

### Madre:

- Relacionadas con la cantidad de hemorragia.
- Inseguridad física : miedo.

### Feto:

La contractura uterina mantenida produce hipoxia en el espacio intervelloso de la placenta.

- ✓ Alteración en los intercambios placentarios.

**Forma leve o grado I:** El desprendimiento abarca el 30%, hemorragia externa escasa con discreta hipotonía. Escasa repercusión fetal

**Forma moderada o grado II:** Abarca el 50% de la placenta tetanización uterina evidente. Sufrimiento o muerte fetal

**Forma grave o grado III:** La placenta esta desprendida total. Shock materno. Útero tetanizado. Muerte fetal. Trastornos de la coagulación en la madre.

# Actitud terapéutica

- Ingreso hospitalario
- Control hematológico
- Venoclisis
- Control de diuresis mediante sonda vesical
- Evaluación de las condiciones obstétricas



**Cesárea**