



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Resumen de los temas

Gómez Vázquez Juan Carlos

Clínicas gineco-obstetricas

7° "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas; a 05/septiembre/2020

ABORTO:

El aborto espontáneo es la pérdida espontánea de un embarazo antes de la semana 20. Alrededor del 10 al 20 por ciento de los embarazos conocidos terminan en un aborto espontáneo. Pero el número verdadero probablemente sea mayor, ya que muchos abortos espontáneos ocurren en una etapa tan temprana del embarazo, que una mujer no llega a saber que estaba embarazada.

Síntomas

La mayoría de los abortos espontáneos ocurren antes de la semana 12 del embarazo.

Los síntomas y signos de un aborto espontáneo incluyen los siguientes:

- Manchado o sangrado vaginal
- Dolor o calambres en el abdomen o la parte inferior de la espalda
- Fluidos o tejidos que salen por la vagina

Si ha salido tejido fetal por la vagina, colócalo en un recipiente limpio y llévalo al consultorio de tu profesional de salud o al hospital para que se lo analice.

Recuerda que la mayoría de las mujeres que presentan manchado o sangrado vaginal durante el primer trimestre continúan teniendo embarazos exitosos.

Causas

Genes o cromosomas anormales

- **Ovocito marchito.** El óvulo marchito se produce cuando no se forma ningún embrión.
- **Fallecimiento fetal intrauterino.** En esta situación, se forma un embrión pero deja de desarrollarse y muere antes de que se presenten síntomas de pérdida del embarazo.
- **Embarazo molar y embarazo molar parcial.** Un embarazo molar está asociado con un crecimiento anormal de la placenta; por lo general, no hay desarrollo fetal. Un embarazo molar parcial se produce cuando los cromosomas de la madre permanecen, pero el padre proporciona dos juegos de cromosomas. Un embarazo molar parcial generalmente se asocia con anomalías de la placenta y un feto anormal.

Afecciones de salud materna

En algunos casos, la madre puede tener una afección que puede provocar un aborto. Por ejemplo:

- Diabetes no controlada
- Infecciones

- Problemas hormonales
- Problemas del útero o del cuello uterino
- Enfermedad de la tiroides

Lo que NO causa un aborto espontáneo

Estas actividades de rutina no provocan abortos espontáneos:

- Ejercicio, incluidas actividades de gran intensidad, como trotar y andar en bicicleta.
- Relaciones sexuales.
- Trabajar, siempre y cuando no estés expuesta a productos químicos o radiación dañinos. Habla con el médico si te preocupan los riesgos relacionados con el trabajo.

Factores de riesgo:

- **La edad.** Las mujeres que tienen más de 35 años presentan un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo que las mujeres más jóvenes. A los 35 años, presentas un riesgo de un 20 % aproximadamente. A los 40 años, el riesgo es de alrededor de un 40 %. Y, a los 45 años, es de un 80 % aproximadamente.
- **Abortos espontáneos anteriores.** Las mujeres que han tenido dos o más abortos espontáneos consecutivos presentan un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo.
- **Afecciones crónicas.** Las mujeres que padecen una afección crónica, como una diabetes no controlada, presentan un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo.
- **Problemas del útero o el cuello uterino.** Ciertas anomalías en el útero o tejidos débiles en el cuello uterino (insuficiencia de cuello uterino) podrían aumentar el riesgo de tener un aborto espontáneo.
- **Fumar y consumir alcohol y drogas ilegales.** Las mujeres que fuman durante el embarazo presentan un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo que aquellas que no fuman. El consumo excesivo de alcohol y el consumo de drogas ilegales también aumentan el riesgo de tener un aborto espontáneo.
- **El peso.** Tener un peso menor al saludable o tener sobrepeso también son factores que han sido vinculados a un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo.
- **Estudios prenatales invasivos.** Algunos estudios genéticos prenatales invasivos, como los análisis de vellosidades coriónicas y la amniocentesis, conllevan un pequeño riesgo de tener un aborto espontáneo.

Diagnóstico

- Examen pélvico. El profesional de salud podría controlar si el cuello del útero se empezó a dilatar.
- Ecografía. Durante una ecografía, el profesional de salud controlará los latidos cardíacos fetales y determinará si el embrión se está desarrollando normalmente. Si no se puede hacer un diagnóstico, es posible que debas realizarte otra ecografía en aproximadamente una semana.
- Análisis de sangre. Tu profesional de salud podría revisar el nivel de la hormona del embarazo, la coriogonadotropina humana, en la sangre y compararla con mediciones anteriores. Si el patrón de cambios en el nivel de la coriogonadotropina humana es anormal, podría ser indicativo de un problema. Tu profesional de salud podría hacerte análisis para ver si estás anémica, lo que podría ocurrir si has experimentado sangrado abundante, y puede que también determine tu grupo sanguíneo.
- Análisis de tejidos. Si has expulsado tejido, puede que se lo envíe a un laboratorio para confirmar que se ha producido un aborto espontáneo y que los síntomas no están relacionados con otra causa.
- Estudios cromosómicos. Si has sufrido dos o más abortos espontáneos previos, puede que tu profesional de salud indique análisis de sangre para ti y tu pareja para determinar si los cromosomas son un factor.

Los posibles diagnósticos incluyen:

- Amenaza de aborto. Si tienes sangrado pero el cuello del útero no empezó a dilatarse, existe amenaza de aborto. Esos embarazos a menudo prosiguen sin otras complicaciones.
- Aborto inevitable. Si presentas sangrado, calambres y tienes el cuello del útero dilatado, se considera que el aborto es inevitable.
- Aborto incompleto. Si expulsas restos de feto o placenta pero una parte de ese material queda en el útero, el aborto se considera incompleto.
- Aborto retenido. En un aborto retenido, los tejidos de la placenta y del embrión permanecen en el útero, pero el embrión ha muerto y nunca llegó a formarse.
- Aborto completo. Si has expulsado todos los tejidos producto de la concepción, el aborto se considera completo. Esto es frecuente en los abortos que ocurren antes de las 12 semanas de gestación.
- Aborto séptico. Si sufres una infección en el útero, se produce un aborto séptico. Esta infección puede ser grave y requiere atención inmediata.

Tratamiento:

El tratamiento médico tiene éxito (70 – 90%) cuando se prescribe en aborto incompleto y con dosis altas de misoprostol 1200 a 1400 µgr. Al parecer la vía de administración no modifica el éxito.

En embarazos menos de 7 semanas el régimen de Mefepristona 600mg y 48 hrs posterior 800 µgr Misoprostol oral es efectivo para el aborto medico.

En mujeres con embarazos mayores de 9 semanas al régimen de Mefepristona 200 mg oral y misoprostol 800 µgr vaginal esta asociado a decremento en la tasa de continuación del embarazo, tiempo de expulsión, efectos secundarios, legrado complementario y disminución del costo.

La realización rutinaria de LUI se implanto por la creencia de que si no se efectuaba se favorecería la retención de ejidos, infecciones y sangrado. Varios estudios demuestran que estas complicaciones afectan menos de 10% de los casos de mujeres con aborto espontaneo.

El LUI esta indicado cuando existe sangrado excesivo y persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de tejido retenido infectado o sospecha de enfermedad trofoblastica gestacional. El legrado uterino instrumental debe ser valorado dentro de las primeras 24 hrs del tratamiento medico cuando el sangrado es abundante y persistente.

La aspiración endouterina es preferible al LUI en casos de aborto incompleto o aborto diferido. El uso de oxitocina se relaciona con una disminución significativa en la cantidad de sangrado posterior a la realización de AMEU o LUI.

Embarazo ectópico.

El embarazo ectópico o extrauterino es aquel en el que el blastocisto se implanta por fuera del revestimiento endometrial de la cavidad uterina.

Casi 95% de los embarazos ectópicos se implanta en las trompas de Falopio. Casi 95% fue de embarazos tubarios, 3.2% ováricos y 1.3% abdominales. Los embarazos ectópicos bilaterales son raros y su prevalencia calculada es de uno por cada 200 000 embarazos.

Factores de riesgo.

- Embarazo ectópico previo
- Cirugía tubaria previa
- Tabaquismo de más de 20 cigarros diarios
- STD previa con PID confirmada por laparoscopia, prueba positiva para Chlamydia trachomatis o ambas
- Tres o más abortos espontáneos previos
- Más de 40 años de edad
- Aborto médico o quirúrgico previo
- Infertilidad mayor de un año
- Más de cinco parejas sexuales en la vida
- Uso previo de DIU

Síntomas.

Ahora que las mujeres buscan atención más rápido, no es raro diagnosticar un embarazo ectópico antes de que se rompa, e incluso previo a que comiencen los síntomas. A pesar de que los síntomas clásicos son amenorrea seguida de hemorragia vaginal con o sin dolor abdominal en el lado afectado, no existen síntomas patognomónicos para el diagnóstico. A menudo otras molestias del embarazo como hipersensibilidad mamaria, náuseas y polaquiuria acompañan a los datos más amenazadores, como dolor del hombro que aumenta con la inspiración por irritación del nervio frénico a causa de la sangre subdiafragmática, o trastornos vasomotores como vértigo o síncope por la hipovolemia inducida por la hemorragia.

Diagnostico.

Prueba de embarazo

El médico indicará un análisis de sangre de gonadotropina coriónica humana (hCG) para confirmar el embarazo. Los niveles de esta hormona aumentan durante el embarazo. Se puede repetir el análisis de sangre después de algunos días hasta que el análisis de ecografía confirme o descarte un embarazo ectópico (por lo general, unas cinco o seis semanas después de la concepción).

Ecografía

Una ecografía transvaginal le permite a tu médico ver la ubicación exacta de tu embarazo. Para esta prueba, se coloca un dispositivo similar a una vara en tu vagina. Utiliza ondas sonoras para crear imágenes de tu útero, ovarios y trompas de Falopio, y envía las imágenes a un monitor cercano.

Otros análisis de sangre

Se llevará a cabo un recuento de sangre completo para verificar la presencia de anemia o de otros signos de pérdida de sangre. Si tienes diagnóstico de embarazo ectópico, el médico quizás te pida análisis de grupo sanguíneo en caso de que sea necesaria una transfusión.

Tratamiento.

Medicamentos

Un embarazo ectópico temprano sin sangrado inestable a menudo se trata con un medicamento llamado metotrexato, que detiene el crecimiento celular y disuelve las células existentes. Este medicamento se administra con una inyección. Es muy importante que el diagnóstico de embarazo ectópico sea seguro antes de que se haga este tratamiento.

Cirugía de emergencia

Si el embarazo ectópico está causando sangrado abundante, es posible que necesites una cirugía de urgencia. Esto puede hacerse por laparoscopia o a través de una incisión abdominal (laparotomía). En algunos casos, la trompa de Falopio puede salvarse. Sin embargo, comúnmente debe extraerse la trompa si presenta una rotura.