



**Universidad del Sureste**

**Escuela de Medicina**

Resumen

Dr. Romeo Suarez Martinez

Alumna: Janeth Araceli Álvarez Gordillo

Grado: 7 semestre Grupo: "A"

# **ABORTO**

## **Definición.**

Es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes que el feto alcance 500 gramos de peso (OMS).

## **Clasificación.**

-Aborto espontaneo: aborto que ocurre de manera natural sin intervención de medicamentos o instrumental

-Aborto inducido el aborto inducido el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con intención de interrumpir el embarazo. las maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona por su solicitud.

-Aborto indirecto se refiere a la pérdida fetal o embrionaria como consecuencia de una intervención que busca tratar una condición materna, aunque este efecto se hubiere previsto.

-Embarazo ectopico embarazo en el cual el embrión se implanta fuera de la cavidad uterina, usualmente en la trompa de falopio. es una condición de riesgo de vida para la madre si no se detecta y se trata oportunamente. sinónimo: embarazo extra-uterino.

-Aborto legal se considera legal al aborto inducido cuando es realizado bajo las leyes que lo regulan en país donde se practica.

-Aborto despenalizado es la interrupción del embarazo con feto viable bajo un regimen legal que ha eliminado el carácter penal del aborto en circunstancias definidas por ley

-Aborto ilegal se considera aborto ilegal o clandestino cuando es realizado en contra de las leyes del país donde se practica.

## **Clínica.**

### **1. Amenaza de aborto**

- Amenorrea secundaria.
- Prueba de embarazo
- Presencia de vitalidad fetal.
- Hemorragia de variable magnitud.
- Dolor cólico en hipogastrio de magnitud variable.
- Volumen uterino acorde con amenorrea. Sin dilatación cervical.

## **Manejo**

- Disminuir actividad física psíquica y sexual.
- Reposo en cama.
  - Hidratación.
- Realizar prueba de embarazo, hemograma, glucemia, orina, G y F y VDRL.
- En caso de continuar con la sintomatología o surgir fiebre, dolor pelviano localizado o pérdidas sanguíneas con fetidez, proceder a su internación, cuantificar sub B HCG en sangre y realizar ecografía ginecológica

### **2. Aborto inevitable**

- Volumen uterino menor que lo esperado por amenorrea.
- Hemorragia abundante.
- Puede haber o no dilatación cervical.

### **3. Aborto incompleto**

- Expulsión parcial del producto en concepción.
- Hemorragia y dolor cólico de magnitud variable.
  - La ecografía confirma el diagnóstico.
- Dilatación cervical y volumen no acorde con amenorrea.

### **4. Aborto en evolución o aborto inminente**

- Expulsión inminente de tejido ovular.
- Dolor cólico progresivo en intensidad y frecuencia.
- Volumen uterino menor que lo esperado por amenorrea.
  - Hemorragia genital persistente.
- Dilatación cervical.

### **4. Aborto completo**

- Expulsión completa del producto de la concepción.
- Generalmente se produce en gestaciones menores de 8 a 10 semanas.
- Disminución de la hemorragia y el dolor. El orificio interno del cuello (OCI) puede estar abierto o cerrado, y el tamaño uterino es menor a lo esperado por la edad gestacional.

## **Manejo**

Manejo de las situaciones clínicas antes descritas: (ítems 2-3-4-6)

- Hospitalización de la paciente.
- Estudios de laboratorio y ultrasonido. Aborto: guía de atención
  - Realizar evacuación uterina.
- En embarazos mayores a 12 semanas realizar LUI.
- Si la paciente es RH negativa con coombs negativa indicar gammaglobulina anti D 1 ampolla.
  - Aplicar vacuna doble viral.
  - Aplicar vacuna ATT (gammaglobulina + toxoide) si la paciente no presenta esquema completo documentado.
- Sugerir el mejor método anticonceptivo post aborto.

## **EMBARAZO ECTOPICO**

### **Definicion.**

Aceptado del griego “ektopos” que significa fuera de lugar, se refiere a la implantación del blastocisto fuera del endometrio de la cavidad uterina.

Aproximadamente, 75% de las muertes en el primer trimestre y 9% de todas las muertes relacionadas al embarazo son por embarazo ectópico.

### **Etiología**

- a) obstrucción anatómica
- b) anomalías en la motilidad tubaria o función ciliar.
- c) producto de la concepción anormal
- d) factores quimiotácticos que estimulan implantación tubaria

### **Clasificación**

-Trompa de Falopio: es el sitio dominante en la mayoría de los casos de embarazo ectópico. 75-80% ocurren en la porción del ampolla

- istmo ocurren en el 10-15%

- fimbria 5%

-El embarazo ectópico cervical es raro y representa solo 0.15% de todos los EP

### **Cuadro clínico.**

-La triada de dolor, sangrado vaginal y amenorrea

-El dolor abdominal frecuentemente está ausente o es un hallazgo tardío

-Los síntomas de EP frecuentemente son inespecíficos y difíciles de diferenciar de otros procesos ginecológicos, gastrointestinales y urológicos, incluyendo apendicitis, salpingitis, ruptura de quiste de cuerpo lúteo, aborto, torsión anexial o ITU.

-Características menos comunes del EP incluyen náusea, vómito y diarrea

-clásicamente el paciente se quejará de “manchado”.

### **Diagnóstico.**

-Diagnóstico por ultrasonido: el diagnóstico por ultrasonido se basaba en la inhabilidad de visualizar un embarazo intrauterino (IUP) más que en la identificación de un embarazo extrauterino.

-Diagnóstico quirúrgico: la cirugía diagnóstica se reserva para mujeres que se presentan con signos de abdomen agudo y shock hipovolémico.

### **Manejo**

El manejo expectante: consiste en monitorizar a la mujer hasta que se recupere (hasta que el nivel de hCG caiga por debajo de 2IU/L). El seguimiento debe ser intensivo: cada día al inicio y después semanalmente hasta que el nivel de hCG retorne a lo normal.

Tratamiento médico: El metrotexate es un antimetabolito que actúa en células activas proliferativas, incluyendo tejido trofoblástico. La dosis utilizada de metrotexate en el embarazo ectópico es 1mg/kg o 50mg/m<sup>2</sup>.

Cirugía conservadora: actualmente, la salpingectomía se realiza con laparoscopia mientras sea posible. La mayor desventaja de la cirugía conservadora es el riesgo de células trofoblásticas persistentes.

La salpingectomía: involucra la eliminación de la trompa de Falopio con los productos del embarazo adentro, ya sea desde el cuerno hasta la porción de la fimbria (anterógrado) o de la fimbria a la porción del cuerno (retrógrado).

## **Enfermedad trofoblástica**

### **Definición.**

La enfermedad trofoblástica gestacional es definida como un grupo heterogéneo de lesiones interrelacionadas las cuales surgen a partir del epitelio trofoblástico de la placenta luego de una fertilización anormal.

### **Etiología.**

-La mola hidatidiforme es una enfermedad que resulta del crecimiento atípico de las células trofoblásticas que normalmente se desarrollan en la placenta; no es una desviación de lo que de otra manera hubiera sido un embarazo normal.

-Las vellosidades placentarias se llenan de fluido y se vuelven edematosas.

### **Clasificación.**

-La mola completa ocurre cuando un espermatozoide haploide fertiliza un óvulo vacío.

-La mola parcial es el resultado de la fertilización entre un óvulo normal y dos espermatozoides.

### **Clínica.**

Los síntomas que se presentan normalmente incluyen:

-sangrado vaginal, usualmente entre las semanas 6-16 de gestación (46%)

-un tamaño uterino grande para la fecha (24%)

- hiperémesis (14%).

Las complicaciones posteriores tradicionalmente reportadas en el embarazo molar como la anemia, preeclampsia hipertiroidismo y distrés respiratorio son raras actualmente.

### **Diagnóstico.**

-La ecografía es un estándar de atención en la evaluación del sangrado precoz del embarazo y un método no invasivo de diagnóstico de un embarazo molar. Al inicio de la gestación, es probable que el ultrasonido muestre una masa endometrial ecogénica tanto para embarazos molares completos como parciales.

-uso de los niveles de hCG como un indicador específico del embarazo molar es limitado ya que estos niveles en mujeres con PHM rara vez se elevan por encima de los valores normales del embarazo.

### **Tratamiento**

-Del embarazo molar

Se realiza un procedimiento de dilatación y evacuación para eliminar el embarazo molar del útero. El legrado por succión se usa para disminuir la posibilidad de perforación uterina. No se utilizan métodos como la maduración cervical o los agentes de inducción del parto debido a que las contracciones uterinas pueden llevar a una embolia trofoblástica.

-De la neoplasia trofoblástica gestacional Todas las mujeres que están en riesgo de desarrollar NTG deben ser monitoreadas de cerca con la medición en serie de los niveles de hCG. Si esta patología no se diagnostica y se trata apropiadamente, hay mayor riesgo de metástasis sistémica.