



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

“RESUMEN”

Anelhy Jasmín Hernández Zapata

CLINICA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Semestre: 7°

Grupo: “A”

Dr. SUAREZ MARTÍNEZ ROMEO

Comitán de Domínguez, Chiapas Septiembre del 2020.

ABORTO

El aborto se considera la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto menos de 500 gr de peso aproximadamente 22 semanas completas de embarazo o de otro producto o gestación de cualquier peso y edad gestacional absolutamente no viable por ejemplo huevo no embrionado Mola hidatidiforme etcétera independientemente de que si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado

sin embargo, esta definición debe tener en cuenta que en ocasiones el recién nacido que presenta al nacer un peso menos de 500 g puede ser reanimado y sobrevivir. si el recién nacido ingresa en la unidad neonatal y fallece posteriormente, su caso debe registrarse como mortalidad neonatal con independencia de que el peso haya sido inferior a 500 gramos

CLASIFICACIÓN

aborto precoz: es el que ocurre antes de las 12 semanas en este grupo se puede incluir al aborto bioquímico, que es aquel que acontece identificación ecográfica de saco ovular cuatro o cinco semanas de gestación. en muchas ocasiones estos abortos ocurren antes de la llegada del período menstrual, por lo que el diagnóstico sólo se puede realizar por la posibilidad en la determinación de la hormona coriónica humana.

aborto tardío: es aquel que tiene lugar con 12 o más semanas de gestación.

EPIDEMIOLOGÍA:

aborto espontáneo clínico se produce entre el 10 y 20% de los embarazos, la mayoría de los abortos son preclínicos el 60% y por lo general el 85% acontecen antes de la deca séptima semana de embarazo . si una gestación llega a ser a la séptima semana con una ecografía normal la probabilidad de aborto espontáneo es muy baja inferior al 5% de todos los abortos.

LAS CLÍNICAS DEL ABORTO ESPONTÁNEO

sinomatología más frecuente es el sangrado vaginal Y el dolor hipogástrico en el contexto de una historia de amenorrea la terminología no obstante no ha sido estandarizada por lo que hay mucha variación en los términos usados.

amenaza de aborto: el síntoma más habitual es el sangrado vaginal Casi siempre indoloro o acompañado de un leve dolor hipogástrico el sangrado durante el primer trimestre complica casi el 25% de las gestaciones el examen clínico evidencia un cérvix cerrado un tamaño uterino apropiado para la edad gestacional y la actividad cardíaca fetal es detectable por ecografía examen Doppler si la gestación es lo suficientemente avanzada.

aborto incompleto: el cuadro clínico se caracteriza por la expulsión parcial de los productos de la concepción por lo que el orificio cervical aparece abierto pudiéndose visualizar tejido gestacional en vagina o a su mano por el cérvix con un tamaño uterino menor que el esperado para la edad gestacional.

aborto completo: esto sucede cuando se produce la expulsión completa del tejido embrionario y ocurre aproximadamente un tercio de los casos, clínicamente se manifiesta por la desaparición de dolor y de sangrado activo un útero del tamaño normal y bien contraído un cérvix cerrado ella en gnóstico ecográfico se basa en un grosor de la línea media uterina menor de 15 mm.

Aborto retenido: se refiere a la muerte in útero del embrión o feto antes de las 22 semanas de gestación con retención de la gestación por un período prolongado de tiempo clínicamente el útero suele ser más pequeño del esperado Generalmente el cérvix está cerrado y no existe sangrado activo.

aborto séptico: los datos clínicos habituales del aborto séptico incluyen fiebre escalofríos mal estado general dolor abdominal y sangrado vaginal con frecuencia el aspecto purulento la exploración genital evidencia un útero blando con un cérvix dilatado y un sangrado genital purulento uno la analítica presenta leucocitosis con desviación a la izquierda.

DIAGNÓSTICO

se debe estimar la probable edad gestacional en base a la última fecha de regla la duración habitual del ciclo la existencia y tipo de irregularidades menstruales que puedan existir habitualmente y la fecha que se obtuvo una primera prueba de embarazo positiva además se deben anotar los antecedentes obstétricos y los factores de riesgo.

la sintomatología Generalmente consiste en amenorrea dolor pélvico y sangrado vaginal ante un sangrado escaso no acompañado de dolor conviene interrogar sobre su relación con el coito ya que esta es una causa frecuente de metrorragia, el dolor suele ser un síntoma inespecífico el dolor hipogástrico leve no lateralizado es habitual en el comienzo de la gestación normal un dolor pélvico unilateral podría orientar hacia un embarazo ectópico aunque con mayor frecuencia está ocasionado por el cuerpo lúteo hemorrágico del embarazo y un dolor intenso con sangrado abundante orientación un aborto en curso Aunque si el sangrado es escaso es más sugerente de gestación ectópica.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Es importante en principio confirmar la estabilidad hemodinámica de la paciente y descartar un abdomen agudo se debe realizar una exploración ginecológica con espéculo para comprobar el origen la cantidad y el aspecto del sangrado la cantidad de sangrado se correlaciona con el riesgo de aborto cuando es similar o superior al de la menstruación raramente el embarazo seguir adelante si hay restos ovulares protegiendo a través del orificio cervical externo se puede intentar su extracción con pinzas de anillos para aliviar el dolor por último se realizará una exploración bimanual para constatar si existe dilatación cervical, si el tamaño y la forma trina son acordes con los datos menstruales si se Identifica las masas anexiales.

Si bien la anamnesis y la exploración física resultan de inestimable ayuda para establecer la sospecha de aborto espontáneo en la actualidad el diagnóstico de certeza debe establecerse mediante la exploración ecográfica que eventualmente puede requerir de la información complementaria que aporta los niveles de la hormona coriónica humana.

EMBARAZO ECTÓPICO

Se entiende por Embarazo Ectópico (EE), la implantación de un óvulo fecundado en un sitio distinto a la cavidad uterina. Es una patología relevante e importante, debido a su frecuente y engañosa presentación, lo que la hace una patología peligrosa, ya que puede causar la muerte por sus complicaciones como la anemia aguda cuando se produce su ruptura intra-abdominal en diagnósticos tardíos.

FRECUENCIA

Entre el 1-2%. Hay un incremento en los últimos años, aunque ha descendido su mortalidad.

LOCALIZACIÓN

Más del 90% de los embarazos ectópicos se localizan en la trompa y de estos casi el 80% en la porción ampular.

- Otras localizaciones tubáricas: ístmico (12%), infundibular (5%) e intramural o intersticial (2%).
- Formas no tubáricas: embarazo cervical (0,1%), ovárico (0,5%), abdominal (1,3%), cornual (3%) e intraligamentario (0,1%).

ETIOLOGÍA

Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica. Es la causa más frecuente.

- Antecedentes de gestación ectópica. El riesgo de repetición de EE es de 12-18%.
- Cirugía tubárica previa. Como es el caso de la esterilización (coagulación tubárica laparoscópica).
- DIU. Resulta controvertido. Disminuye radicalmente los embarazos intrauterinos y levemente los extrauterinos, por lo que los segundos aumentan relativamente.
- Infertilidad. Por posible obstrucción tubárica, etc.
- Técnicas de reproducción asistida. Inducción de la ovulación y FIV.
- Endometriosis.

CLÍNICA

No hay ningún signo ni síntoma patognomónico y la clínica es muy inespecífica. En general, el dolor pélvico es el resultado de la distensión peritoneal sobre la trompa, junto a signos de gestación incipiente (amenorrea de unas 6 a 8 semanas), útero menor que amenorrea, siendo frecuente un escaso sangrado vaginal, oscuro e intermitente.

La palpación abdominal y pélvica puede resultar dolorosa y palparse una masa pélvica, la mayoría de las veces debida a un cuerpo lúteo ovárico, dado que el EE suele ser demasiado pequeño para ser palpable. Si el EE se accidenta (rotura tubárica), el dolor puede extenderse a todo el hemiabdomen inferior, y si el hemoperitoneo es importante puede aparecer omalgia (dolor en el hombro), signos de irritación peritoneal (abdomen agudo) y shock hipovolémico.

En el 10% de los casos puede haber resolución espontánea del embarazo ectópico mediante su aborto tubárico a la cavidad abdominal.

DIAGNÓSTICO

Ecografía. La ecografía transvaginal es el primer paso en la exploración diagnóstica. Puede dar un diagnóstico de seguridad en caso de demostrar la presencia de saco gestacional en la trompa, con embrión y latido cardíaco, lo que sucede en el 5% de los casos.

Determinación de b-hCG seriada en plasma. La b-hCG se duplica cada 48 horas en una gestación intrauterina viable durante las primeras semanas del embarazo normal.

- Incrementos superiores al doble de su valor en 48 horas diagnostican una gestación intrauterina evolutiva.
- Cuando los incrementos sean inferiores al 50% cada 48 horas, sospecharemos una gestación extrauterina.
- En los abortos la tasa suele disminuir progresivamente.

TRATAMIENTO

Consiste en la administración intramuscular de metotrexato en pacientes con buen estado general y clínicamente estables. El metotrexato es un antagonista del ácido fólico que interfiere en la síntesis de ADN y la multiplicación celular. El trofoblasto, por su rápida proliferación, es un tejido especialmente vulnerable a la acción del mismo. El metotrexato debe administrarse por vía intramuscular mediante una o varias inyecciones durante un periodo de tiempo.

Tratamiento quirúrgico. Las razones para optar por la cirugía serían que la paciente no cumpla los criterios del tratamiento médico, la necesidad de utilizar la laparoscopia para diagnosticar el embarazo ectópico y la rotura o sospecha de rotura de un embarazo ectópico

ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA

El término enfermedad trofoblástica engloba una serie de patologías en las que hay una proliferación anormal relacionada con la gestación. Cuando la vellosidad trofoblástica encuentra una zona rica en oxígeno, detiene su crecimiento. Si una zona de trofoblasto no tiene mesodermo fetal que produzca vasos sanguíneos, no hay buena transmisión de oxígeno y la tendencia a la proliferación permanece: enfermedad trofoblástica.

la ausencia de vasos linfáticos permite que se acumule líquido extracelular, por lo que el tejido adopta una disposición quística. Por tanto, la enfermedad trofoblástica es quística y avascular.

CLASIFICACIÓN

-Mola completa. Se caracteriza por la ausencia de tejido embrionario y de amnios y la degeneración del tejido trofoblástico. Se origina como consecuencia de la fecundación de un óvulo con material genético ausente o inactivo. Por ello, la carga genética es exclusivamente de origen paterno. En la mayor parte de los casos la fecundación se produce por un espermatozoide 23,X, que se divide dando un cariotipo 46,XX. En un pequeño porcentaje de casos se produce la fecundación por dos espermatozoides (23,X V 23,V) dando un cariotipo 46,XY. El riesgo de ETP es del 10-15%, y de éstas el 10 % desarrollan un mola invasiva.

-Mola parcial. Cursa como un aborto. Existe tejido embrionario y/o amnios además del tejido trofoblástico con degeneración hidrópica. Existe material genético materno V el cariotipo es triploide como consecuencia de la fecundación del óvulo por dos espermatozoides (más frecuentemente 69,XXY)

DIAGNÓSTICO

Metrorragia. Es el signo más habitual V el principal motivo de consulta. Puede ir acompañado de dolor hipogástrico. La expulsión de vesículas es un signo infrecuente, pero, de aparecer, es patognomónica.

Ecografía. Es la técnica diagnóstica de elección. Se observa cavidad ocupada por multitud de ecos de baja amplitud, que corresponden al tejido trofoblástico proliferado. Es la imagen típica de "copos de nieve".

TRATAMIENTO

El tratamiento consta de dos partes: la evacuación de la mola y el seguimiento posterior de la enfermedad. El tratamiento evacuador de elección es el legrado por aspiración