



**Universidad del Sureste**

**Escuela de Medicina**

**Título del trabajo:**

**Criterios de Light**

**Nombre del alumno:** Celeste Azucena Gordillo Fonseca

**Nombre de la asignatura:** clínica ginecológica

**Semestre y grupo:** Séptimo Semestre Grupo B

**Comitán de Domínguez, Chiapas. Septiembre 2020**

# Aborto

Es la terminación espontanea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana, contando desde el primer día de la última menstruación normal, o expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500mg.

## Clasificación

### Como proceso

**Síntomas o Amenaza de aborto:** Corresponde a la primera etapa o primeros síntomas o signos de anormalidad de un embarazo. Por ejemplo, pérdida de sangre proveniente del interior del útero por desprendimiento del embrión recién implantado por desprendimiento de la placenta. Otro signo es el dolor abdominal tipo contracción uterina. En general en esta etapa el problema es reversible en la mayoría de los casos. Se trata con reposo y antiespasmódicos.

**Aborto en evolución:** Es una etapa más avanzada en la cual los síntomas son más intensos y hay modificaciones anatómicas del cuello del útero que pueden llevar a la salida del contenido uterino, embrión o feto y sus anexos. En general el pronóstico es malo para la reversibilidad del proceso.

**Aborto inevitable:** Es el proceso de expulsión del embrión o feto a través del cuello uterino y las acciones corresponden a la atención de la mujer para prevenir complicaciones como hemorragia o infecciones.

### Como resultado de la expulsión del embrión o feto

**Aborto completo:** Es la expulsión de la totalidad del embrión o feto y de los anexos que corresponden a las estructuras de apoyo como la placenta, membranas amnióticas y otras estructuras. La cavidad uterina queda sin ningún contenido.

**Aborto incompleto:** En esta condición queda al interior del útero algunas o partes de las estructuras embrionarias fetales o de los anexos. Es necesario vaciar estos contenidos para evitar el riesgo de hemorragias o infecciones y otras complicaciones a más largo plazo.

### Según la presencia de Infección

**Aborto séptico:** Es la existencia de infección ya sea antes, durante o después del proceso del aborto. En general los abortos clandestinos son sépticos.

**Aborto Aséptico:** Corresponde a la ausencia de infección. En general corresponde a los abortos espontáneos.

## Según origen del proceso del aborto o de la muerte embrionaria o fetal

**Espontáneo:** Es la ocurrencia espontánea del proceso de aborto o de la muerte del embrión o feto. No hay intervención de la embarazada o de terceros. Es un proceso que ocurre involuntariamente. Las causas pueden ser otras enfermedades o patologías genéticas incompatibles con la vida o accidentes como una caída o golpe accidental de la embarazada. En general un aborto espontáneo resulta en un proceso sin infección o aséptico.

**Inducido o Provocado o Voluntario:** Existen acciones de la embarazada o de terceros que interrumpen el desarrollo del embrión o feto o que estimulan el proceso de su expulsión del embrión o feto. En general este tipo de abortos tiene consecuencias de infección o procesos sépticos, cuando se efectúa en forma clandestina y sin los cuidados técnicos adecuados. En Chile ha sido y es un gran problema de Salud Pública

## Según la Ley el aborto inducido o provocado o voluntario puede estar permitido o no y se clasifica en

**Aborto Penalizado:** En esta figura legal el proceso de aborto voluntario o la interrupción de la vida embrionaria o fetal está prohibida y su ejecución constituye un delito penado por la sociedad a través de la ley y de los artículos y penalidades del código de Derecho Penal.

**Aborto Despenalizado:** En esta condición, la sociedad a través de la ley decide no penalizar la interrupción del embarazo o de la vida embrionaria o fetal. Desde un punto de vista de la filosofía del derecho el aborto, siempre es un hecho negativo y la sociedad decide si constituye causal de pena o no. Algo semejante al homicidio en defensa propia. Si éste ocurre, el homicidio no es legalizado, sino que la sociedad decide que, en ciertas circunstancias o condiciones, este hecho negativo no es punible. En las legislaciones acerca del aborto despenalizado existe desde las más limitadas por problemas de salud de la madre en los cuales el no interrumpir el embarazo se pone en riesgo la vida de la madre o por inviabilidad fetal o corta viabilidad neonatal o después de producido el nacimiento, por daños genéticos o embriológicos o por causas sociales delictivas como la violación. Es lo que se entiende por causales Limitadas de aborto despenalizado.

Hay legislaciones en que basta el deseo de la mujer embarazada y los requisitos se basan sólo en la edad del embarazo. Es lo que se entiende por causales amplias de aborto despenalizado.

### Cuadro clínico

- Dolor pelviano tipo cólico
- sangrado
- expulsión vaginal de tejidos.

## Diagnostico

El ultrasonido transabdominal y transvaginal son complementarios.

El termino "indeterminado" es inexacto por lo cual se recomienda utilizar las siguientes definiciones: a) Embarazo de localización no conocida o indeterminada: cuando en una mujer con una prueba inmunológica de embarazo positiva no se identifican productos de la concepción retenidos o signos de embarazo intra ni extrauterino. b) Embarazo de viabilidad incierta: cuando se observa un saco intrauterino (con diámetro promedio menor de 20 mm) sin huevo o feto. O bien, cuando el ultrasonido fetal indica longitud cefalocaudal menor de 6 mm sin actividad cardiaca. Para confirmar o refutar la viabilidad, el estudio se debe repetir con un intervalo mínimo de una semana. Aun contando con ultrasonido transvaginal, en manos expertas, en 8 a 31% puede ser imposible determinar en la primera consulta, si el embarazo es intrauterino o extrauterino En los casos en que se reconoce que un embarazo es intrauterino, la viabilidad puede ser incierta en la primera consulta en 10% de los casos; las pacientes ambulatorias con sospecha de aborto espontáneo en el primer contacto, deben tener acceso a la realización de uno o más ultrasonidos transvaginales y transabdominales. Las pruebas modernas basadas en anticuerpos monoclonales pueden detectar las gonadotropinas criónicas en niveles de 25 UI/L, nivel que se alcanza a los 9 días posteriores a la concepción (día 23 a 28 del ciclo). La determinación seriada puede ser útil para el manejo del aborto espontáneo, también la hGC urinaria es un excelente marcador para la detección y vigilar la evolución del embarazo temprano normal o anormal. Un primer reporte de bajos niveles de progesterona no son suficientes para indicar un LUI. Embarazos viables han sido reportados con niveles iniciales tan bajos como 15.9 nmol/L. En presencia de embarazo de localización desconocida, una progesterona sérica al menos de 20 nmol/l predice una resolución espontánea del embarazo con una sensibilidad de 93% y especificidad de 94%. El ultrasonido trasvaginal, determinaciones seriadas de gonadotrofinas coriónicas humanas y progesterona pueden ser requeridas para establecer el diagnóstico definitivo. Existe la posibilidad de embarazo ectópico cuando la USG transvaginal refiere un útero vacío y el nivel de gonadotrofina criónica humana es mayor a 1 800 mIU/mL (1,800 IU/L).

## Tratamiento

La realización rutinaria de LUI se implantó por la creencia de que si no se efectuaba se favorecía la retención de tejidos, infecciones y sangrado.

Varios estudios demuestran que estas complicaciones afectan menos de 10% de los casos de mujeres con aborto espontáneo. El 34% de las

mujeres prefieren este tratamiento. El LUI está indicado cuando existe sangrado excesivo y persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de tejido retenido infectado o sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional. El legrado Uterino Instrumental (LUI) debe ser valorado dentro de las primeras 24 horas del tratamiento médico cuando el sangrado es abundante y persistente. La aspiración endouterina es preferible al LUI en casos de aborto incompleto o aborto

## Embarazo ectópico

Se define como la implantación del huevo fecundado en la trompa de Falopio.

Los síntomas del embarazo ectópico varían y a menudo faltan hasta la rotura. La mayoría de las pacientes tienen dolor pelviano (que a veces es de tipo cólico) o sangrado vaginal. La menstruación puede faltar o no, y las pacientes pueden no estar conscientes de que están embarazadas.

### Cuadro clínico

La rotura puede ser precedida por un dolor repentino e intenso, seguido de síncope o signos y síntomas de shock hemorrágico o peritonitis. La hemorragia rápida es más probable en los embarazos rotos de los cuernos uterinos.

También puede haber dolor a la movilización cervical, dolor anexial unilateral o bilateral, o una masa anexial. El útero puede estar ligeramente agrandado (pero a menudo menos que lo esperable según la fecha de la última menstruación).

### Diagnostico

- Subunidad beta–cuantitativa de la gonadotropina coriónica humana (beta-hCG)
- Ecografía pelviana
- A veces laparoscopia

El embarazo ectópico debe sospecharse en cualquier mujer en edad reproductiva con dolor pelviano, sangrado vaginal o síncope inexplicable o shock hemorrágico, más allá de los antecedentes sexuales, anticonceptivos o menstruales. Los hallazgos del examen físico (incluida la pelvis) no son sensibles ni específicos.

## Tratamiento

Puede ser quirúrgico, médico y expectante

El tratamiento médico consiste en uso de metotrexate o sin ácido folinico

Tratamiento quirúrgico: laparoscopia o laparotomía

Un embarazo ectópico roto es una emergencia quirúrgica porque causa hemorragia materna y riesgo de muerte; el diagnóstico rápido es esencial.