



*Nombre del Alumno: **Rebeca María Henríquez Villafuerte***

*Nombre del tema: **Hemorragias en el Primer y Segunda mitad del Embarazo***

*Parcial: **3°***

*Nombre de la Materia: **Clínica de Ginecología***

*Nombre del profesora: **Dr. Carlos I. Arriaga Flores***

*Nombre de la Licenciatura: **Medicina Humana***

*Semestre: **7°***

San Cristóbal de las Casas, Chis. A 15 de Noviembre de 2024.

HEMORRAGIAS EN EL EMBARAZO

Sangrados vaginales que pueden ocurrir en cualquier momento de la gestación y son motivo de preocupación.

Se dividen en:

HEMORRAGIAS DEL PRIMER TRIMESTRE

ABORTO

Se define como la interrupción de la gestación antes de que el feto sea viable o la expulsión del producto con menor peso de 500gr. Puede ser precoz antes de las 12 semanas.

Patogénesis

Más del 80% de los abortos espontáneos ocurren dentro de las primeras 12 semanas de gestación.

Factores de riesgo moderado

Las tasas de aborto espontáneo varían de acuerdo con la población del estudio. En embarazos de 5 a 20 semanas de gestación, la incidencia varía en 11 a 22% y es más alta en las semanas anteriores.

Factores de riesgo moderado

- Complemento cromosómico normal
- Anomalía cromosómica

Factores paternos

- Aumento de la edad

Factores maternos

- Infecciones
- Trastornos médicos
- Cáncer
- Procedimientos quirúrgicos
- Nutrición
- Factores sociales y de comportamiento
- Factores ocupacionales y ambientales
- Drogas y alcohol

Clasificación clínica del aborto:

AMENAZA DE ABORTO: aparición de una metrorragia en la primera mitad de la gestación acompañada de contracciones más o menos intensas.
ABORTO EN EVOLUCIÓN: presencia de contracciones uterinas con cuello uterino modificado
ABORTO INEVITABLE: presencia de ruptura de membranas.
ABORTO CONSUMADO: expulsión del huevo.
ABORTO COMPLETO: expulsión de los productos de la gestación.

EMBARAZO ECTÓPICO

Es aquella que se produce fuera de la cavidad endometrial. Su frecuencia oscila entre 1-2%. La coexistencia de una gestación intrauterina y extrauterina se denomina gestación heterotópica.

Etiología

Factores favorecedores todos aquellos que retrasan el transporte del óvulo hacia la cavidad endometrial (la implantación se produce el 5° al 7° día)

Factores de riesgo elevado

- Cirugía tubárica previa
- Gestación ectópica previa
- Enfermedad tubárica documentada
- Exposición intrauterina a dietilbestrol

Factores de riesgo moderado

- Infección genital previa (epi)
- Esterilidad y técnicas de reproducción asistida
- Dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo

Factores de riesgo bajo

- Tabaquismo
- Edad del primer coito por debajo de los 18 años
- Historia de abortos previos.

Localización

- En la Trompa (97%) y el más frecuente es el ampular, seguido de la istmica, fimbrias, ovario y abdominal

clínica

- Sangrado vaginal oscuro
- Dolor abdominal
- Dolor agudo en la fosa iliaca
- Dolor en la movilización cervical
- Signos de peritonismo
- Dolor acompañado con hipotensión, palidez y shock

MOLA HIDATIFORME

Conjunto de enfermedades interrelacionadas y cuyas características comunes incluyen hiperplasia del trofoblasto y aumento de B-HCG.

Clasificación

Mola hidatiforme

- Mola completa: Ausencia de embrión y de vascularización vellositaria
- Mola parcial: Es más frecuente. Degeneración focal sincitiotrofoblasto y embrión muere precozmente

Tumor trofoblástico gestacional o enfermedad trofoblástica persistente

Mola invasiva, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario

Enfermedad trofoblástica persistente

- Alto riesgo:
- B-HCG >40.000
 - Duración >4 meses
 - Metástasis cerebral o hepática
 - Fracaso de quimioterapia
 - Antecedente de embarazo a término.
- Bajo riesgo:
- Sin factores de alto riesgo

Epidemiología

Incidencia: 1/1200-1500 embarazos

HEMORRAGIAS EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

Es un sangrado vaginal que ocurre después de las 22 semanas de gestación.

PLACENTA PREVIA

Epidemiología: La más frecuente (1/200)

Factores de riesgo: Cicatriz uterina previa

Clínica: Hemorragia indolora, intermitente, sangre roja tono uterino normal, buen edo gral.

Diagnóstico: ecografía

Tratamiento: Oclusiva: cesárea

ABRUPTO PLACENTAE

Epidemiología: 1/300 (2° más frecuente)

Factores de riesgo: HTA/cocaína

Clasificación clínica del aborto:

- Edad del primer coito por debajo de los 18 años ovulares.
- Historia de abortos previos.

ABORTO INCOMPLETO: expulsión parcial de los restos ovulares.

ABORTO DIFERIDO O RETENIDO: es aquel en el que se comprueba la muerte de un embrión sin producirse la expulsión.

ABORTO RECURRENTE: pérdida repetida de la gestación en 2 o más ocasiones.

ABORTO SÉPTICO: se puede presentar como cualquiera de las otras entidades, se agregan datos de infección.

Diagnóstico:

- Ecografía. Determina la viabilidad fetal
- Tacto bimanual. Para verificar que altura uterina corresponda con la esperada fecha de última regla y estado del cérvix.
- Descenso de los niveles de B HCG.

Tratamiento:

AMENAZA DE ABORTO: Pacientes clínicamente estables pueden darse de alta con seguimiento cercano, reposo absoluto hasta 48hrs tras el cese del sangrado, suplementación de ácido fólico, tratamiento hormonal con monodosis de gonadotropina coriónica humana.

MANEJO EXPECTANTE: indicaciones:

- Mujeres que no deseen intervención
- Aborto espontáneo incompleto.

MANEJO FARMACOLÓGICO: consideraciones:

- Manejo médico el pacientes con menos de 10 SDG.
- Embarazos menores de 10 SMG pueden recibir tratamiento a domicilio.
- Misoprostol análogo de las prostaglandinas alta mente eficaz con dosis de 1200 a 1400 Mcg.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

- Indicado en aborto en cualquiera de sus variedades.
- Aspiración manual endouterina:
 - Altura uterina menor de 11 cm
 - Dilatación cervical menor a 1 cm.
- Legrado uterino instrumentado LUI:
 - Altura uterina mayor o igual a 12 cm.
 - Dilatación cervical mayor o igual a 1 cm.
- Indicaciones: sangrado excesivo y persistente, inestabilidad hemodinámica, tejido retenido infectado trofoblástica gestacional. Independientemente del tratamiento de la gammaglobulina anti D recomiendo antibióticos profilácticos.

Diagnóstico

- Exploración: útero de tamaño menor que el esperado por la amenorrea, doloroso a la movilización cervical, con masa anexal dolorosa.
- Determinar la existencia de gestación mediante B-HCG en orina o en sangre y ecografía transvaginal
- Ecografía transvaginal
- BHCG positiva en sangre

Tratamiento

Expectante: esta indicado en casos de:

- Estabilidad hemodinámica
- B-HCG menor de 1000 UI/ml y evolutivamente descendente.
- Escasa o nula cantidad de líquido libre en fondo de saco (<100cc)
- Masa anexal menor a 2cm
- Ausencia de embriocardio

Médico:

- Metotrexate parenteral: IM o inyección directa en saco gestacional.
- Se asocia ácido fólico para prevenir la toxicidad hematológica.
- Requerimiento de controles hematológicos, perfil hepático de BHCG y ecografías seriadas.
- No existe contraindicación del uso de Metotrexate.

Quirúrgico:

- En pacientes sin indicación de Metotrexate
- Preferentemente vía laparoscópica en pacientes inestables.

Tratamiento conservador:

- Salpingotomía o incisión en la trompa y extracción del contenido

Tratamiento radical:

- Salpinguectomía o resección de la trompa.

Factores de riesgo

- Edad materna extrema (< 15 y >40 años)
- Antecedentes de abortos espontáneos previos
- Antecedentes de enfermedad trofoblástica previa.

Clínica

- Náuseas
- Vómitos
- Hipertiroidismo
- Sangrado en racimo de uvas

Exploración

- Útero grande para el T de amenorrea

Ecografía

- Copos de nieve

B-HCG

- Exageradamente alta (>100.000U/L)

Clínica: Hemorragia escasa, sangre oscura hipertoniá uterina, mas estado gral

Diagnóstico: Ecografía

Tratamiento: Cesárea

Pronóstico fetal: Malo anoxia fetal muerte (50-70%)

ROTURA VASA PREVIA

Epidemiología: Inserción velamentosa

Factores de riesgo: Inserción velamentosa

Clínica: Hemorragia coincidiendo con rotura amnios

Diagnóstico: Amniorraxis sanguinolenta

Tratamiento: Cesárea urgente

Pronóstico: feto muerto (50-70%)

ROTURA UTERINA

Epidemiología: Cicatriz uterina

Factores de riesgo: Cicatriz uterina previa/uso de prostaglandinas y oxitocina

Clínica: Hemorragia interna, dolor brusco

Diagnóstico: Bradicardia fetal

Tratamiento: Laparotomía urgente

Pronóstico: Feto muerto (30%)

BIBLIOGRAFÍA:

WILLIAMS OBSTETRICIA EDICIÓN 25°

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA HEMORRAGIAS EN EL
EMBARAZO.**