



*Nombre de la licenciatura:* **Medicina Humana**

*Campus:* **San Cristóbal**

*Nombre de la materia:* **Clínica de ginecología y obstetricia**

*Nombre del alumno:* **José Sánchez Zalazar**

*Nombre del profesor:* **Dr. Carlos Ignacio Arriaga Flores**

*Nombre del tema:* **Hemorragias del I Y II mitad del embarazo**

*Semestre:* **7to**

*Parcial:* **3ro**

# Hemorragias de la I Y II Mitad del embarazo

## HEMORRAGIAS 1er TRIMESTRE

### ABORTO

Se caracteriza por hemorragia que se presenta durante la primera mitad de la gestación, acompañada de dolor hipogástrico que aumenta con la evolución de la dilatación del cuello uterino.

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

### EMBARAZO ECTOPICO

La implantación en otro lugar se considera ectópica y representa del 0.5 al 1.5% de todos los embarazos en el primer trimestre

### ENF TROFBLASTICA GESTACIONAL

La enfermedad trofoblástica gestacional (GTD, gestational trophoblastic disease) es el término utilizado para abarcar un grupo de tumores tipificados por la proliferación anormal del trofoblasto.

- El trofoblasto produce gonadotropina coriónica humana (hCG)

#### EMBARAZO TUBARICO

Los embarazos ectópicos se implantan en los diversos segmentos de la trompa de Falopio

- La ampolla (70%) es el sitio más frecuente, seguido de los embarazos istmicos (12%), fimbriales (11%) y tubáricos intersticiales (2%).
- El 5% No tubáricos se implanta en el ovario, la cavidad peritoneal, el cuello uterino o en una cicatriz previa por cesárea.

#### FACTORES DE RIESGO

- Antecedente de cirugía tubárica
- Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria
- Embarazo ectópico previo (Se recomienda realizar un USG transvaginal en próximos embarazos)
- Exposición a dietilestilbestrol
- Uso de dispositivo intrauterino
- Pacientes sometidas a técnicas de fertilización asistida
- Tabaquismo

#### MANIFESTACIONES CLINICAS

La mujer no sospecha embarazo tubárico y asume que tiene un embarazo temprano normal o está teniendo un aborto espontáneo.

- Triada clásica es la menstruación retrasada, el dolor y el sangrado o manchado vaginal.

#### DIAGNÓSTICO MULTIMODAL

Abortos, infección, leiomiomas degenerativos o agranda dos, o dolor de ligamentos redondos

#### BETA-GONADOTROPINA CORIÓNIC HUMANA

- Rápida y precisa del embarazo es esencial para identificar un embarazo ectópico.
- β-hCG excede el nivel discriminatorio establecido y no se observan pruebas de un IUP con TVS, entonces el embarazo ectópico es una preocupación.

#### SONOGRAFÍA TRANSVAGINAL.

En sospecha embarazo ectópico, la TVS se realiza para buscar hallazgos indicativos de embarazo uterino o ectópico.

- Polo fetal con o sin actividad cardíaca
- Saco intrauterino vacío
- Masa no homogénea en los anexos

#### TRATAMIENTO MÉDICO

Terapia médica tradicionalmente implica el metotrexato antimetabolito (MTX, methotrexate) 50 mg/m2 BSA Dosis única.

#### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Laparotomía con la cirugía laparoscópica para el embarazo ectópico.

#### EMBARAZO CERVICAL

Se define por las glándulas cervicales que se observan histológicamente opuestas al sitio de unión placentaria y por toda o parte de la placenta que se encuentra debajo de la entrada de los vasos uterinos o por debajo del reflejo peritoneal en el útero anterior.

- Diagnóstico:** Examen con espéculo, la palpación y la TVS.
- Tratamiento:** Legrado

#### EMBARAZO INTERSTICIAL

Un embarazo intersticial es uno que se implanta dentro del segmento tubárico próximo que se encuentra dentro de la pared muscular uterina

- Diagnóstico:** Ecografía transvaginal y análisis séricos de β-hCG
- Tratamiento:** Resección cornual o cornuostomía se puede realizar mediante laparotomía o laparoscopia,

#### EMBARAZO OVARICO

La implantación ectópica del óvulo fecundado en el ovario es rara y se diagnostica si se cumplen cuatro criterios clínicos.

- El tubo ipsilateral está intacto y es distinto del ovario
- El embarazo ectópico ocupa el ovario.
- El embarazo ectópico está conectado por el ligamento útero-ovárico al útero.
- El tejido ovárico se puede detectar histológicamente en medio del tejido placentario.
- Tratamiento:**
- Resección de cuña ovárica o cistectomía, mientras que las lesiones más grandes requieren ooforectomía

#### MOLA HIDATIDIFORME

Los hallazgos histológicos clásicos del embarazo molar incluyen la proliferación de trofoblastos y vellosidades con edema estromal

#### FACTORES DE RIESGO

Mola hidatiforme previa. Edad materna (menos de 16 o más de 40 años)

#### HALLAZGOS CLÍNICOS

Estos tumores placentarios se caracterizan clínicamente por su invasión agresiva en el miometrio y la propensión a metastatizar.

- El hallazgo más común con GTN es el sangrado irregular asociado con la subinvolución uterina.
- El sangrado puede ser continuo o intermitente, con hemorragia repentina y a veces masiva.

#### DIAGNÓSTICO

- Mediciones de β-hCG en suero
- Es el pilar del diagnóstico de la enfermedad trofoblástica, no todos los casos se confirman en un inicio, con apariencia a menudo se describe como una "tormenta de nieve"

#### MENEO

- Independientemente del tamaño uterino, el tratamiento preferido suele ser la evacuación molar a través del legrado por succión.
- La ecografía transoperatoria a menudo se recomienda para ayudar a asegurar el vaciamiento completo de la cavidad uterina.

#### NEOPLASIA TROFBLÁSTICA GESTACIONAL

Este grupo incluye mola invasiva, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario y tumor trofoblástico epiteliode.

#### CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA

- Mola invasiva:** Estas son las neoplasias trofoblásticas más comunes que siguen a las molas hidatidiformes.
- Coriocarcinoma gestacional** Es el tipo más común de neoplasia trofoblástica después de un embarazo a término o un aborto espontáneo.
- Tumor trofoblástico epiteliode** Este tumor raro se desarrolla a partir de trofoblasto intermedio de tipo coriónico.
- Tumor trofoblástico del sitio placentario** Este tumor raro surge de trofoblastos intermedios en el sitio placentario.

#### TRATAMIENTO

- Son mejor manejadas por oncólogos, y algunas pruebas respaldan el tratamiento en centros especializados en GTN
- El pronóstico es excelente
- La quimioterapia sola suele ser el tratamiento primario.

## HEMORRAGIAS 2do TRIMESTRE

### PLACENTA PREVIA

Inserción baja del blastocisto al no encontrar un endometrio rico en oxígeno

#### MENOS FRECUENTE

- Factores de riesgo
- Multiparidad
- Tabaquismo
- Legrado previo
- Cesárea previa

#### CLASIFICACIÓN

- Inserción normal de la placenta → 3.5 - 5cm (parto vaginal)
- Inserción Baja → 2cm - 3.5 (parto vaginal)
- Inserción Marginal → 2cm (parto vaginal)
- Placenta Previas → <2cm parcial o total (Cesárea)

#### CLÍNICA

- Sin dolor
- Sangrado rutilante sin coágulos
- Intermitente y progresivo
- Sangrado marrón
- Sangra la mama
- Sin hipersensibilidad uterina
- Sin hipersensibilidad e hipertonia uterina

#### DIAGNOSTICO

- A partir de las 30 semanas de gestación
- Ecografía transvaginal

#### MANEJO

Interrupción del embarazo entre las 36-37 semanas o <34 semanas

Estable madurada → expectante

Inestable madurada

- Transfusión si necesita
- Si mejora, manejo expectante

Estable sin maduración

- Maduración - betametasona (amp 4mg) 12mg/c24h por 2 días

### DPPNI

Desprendimiento de la placenta producido por la ruptura de los vasos uterinos provocando un hematoma retro placentario el cual va separando la placenta del endometrio

#### FRECUENTE

- Mayor mortalidad perinatal
- Mayor morbilidad fetal

#### FACTORES DE RIESGO

- Trastornos hipertensivos
- Polihidramnios
- Cordón umbilical corto
- Multiparidad
- Tabaquismo
- Consumo cocaína
- RPM

#### CLASIFICACIÓN

Según su ubicación

- Central → no hay sangrado, ni dolor
  - Marginal → hay sangrado, dolor
  - Completa → sangrado, dolor, óbito fetal
- o Según Clínica (page)
- Grado 0** → asintomático e incidental, se desprende <10% placenta
  - Grado 1** → dolor, sangrado, hipersensibilidad, se desprende del 10-30%, no hay inestabilidad hemodinámica materna o fetal
  - Grado 2** → dolor, sangrado, hipersensibilidad, taquicardia materna y fetal, PA normal, se desprende del 10-30.
  - Grado 3** → dolor, sangrado, hipersensibilidad, se desprende del 50-100%, taquicardia e hipotensión materna, acidosis fetal, disminuye la variabilidad, desaceleraciones tardías, falla ventricular izquierda y derecha, patrón sinusoidal, bradicardia y muerte.

#### CLÍNICA

- Dolor generalizado
- Sangre oscura con coágulos
- Abundante
- Sangrado venoso
- Sangra la mama
- Actividad uterina
- Hipersensibilidad
- hipertonía uterina

#### DIAGNOSTICO

- Clínico, no ecográfico (S:30%) apenas se diagnostica el Abruptio se tienen 4 horas, si no se opera, el miometrio absorbe sangre (útero de couvalliere) y ya no se contrae provocando un shock y se debe hacer una histerectomía

#### MANEJO EN PRIMER NIVEL

- Bajar la presión hidrostática (se hace amniotomía).
- Reposición volemia con Hartman, bolos de 300cc/30min

### VASA PREVIA I

- Ausencia de la gelatina de Warthon
- Inserción velamentosa del cordón

#### FACTORES DE RIESGO

- Lóbulos placentarios accesorios
- Placenta baja o placenta previa precoz en embarazos gemelares.
- Reproducción asistida
- Embarazo gemelar
- Embarazos múltiples
- Edad avanzada

#### CLÍNICA

- Sangrado con la amniotomía
- El que sangra es el feto
- Desaceleraciones, patrón sinusoidal, bradicardia y muerte
- Si se rompe la Vasa el feto solo dura 15 min Max

#### GOLD STANDARD

- Doppler de cordón umbilical
- Parto por cesárea a la semana 35 y 2 sem antes maduración pulmonar

#### VASA PREVIA 2

Migración placentaria inadecuada en la semana 32, provocando una lobulacion de la placenta

#### FACTORES DE RIESGO

- Placenta previa
- Embarazos múltiples
- Fertilización in vitro

#### GOLD ESTÁNDAR

- Doppler de inserción placentaria después de la semana 32

#### MANEJO

- Sacar los restos de la placenta
- Maneja la hipotonía con Oxitocina 20U en 500cc a 125cc/h

### RUTURA UTERINA

Es más frecuente por la manipulación obstétrica

#### CAUSAS IATROGÉNICAS

- Uso inadecuado de oxitocina, misoprostol
- Uso de instrumentación inadecuado
- Mala extracción de la placenta.

#### CAUSAS TRAUMÁTICAS

- Presentación cefálica externa
- Mala técnica de atención de parto en podálica o desproporción cefalopélvica

#### CLASIFICACIÓN

- Incompletas (la hacen con mayor frecuencia las pacientes con cicatrices uterinas previas)
- Completas

#### PREMONITORIOS DE INMINENCIA DE RUPTURA

- Signo de Bandl → produce una incoordinación por la producción de la contracción uterina, es el signo más fácil de identificar
- Signo de Frommel → se palpan los ligamentos redondos porque están edematizados o Signo de Pinart → sangrado oscuro

#### FACTORES DE RIESGO

- Cicatriz en el cuerpo del útero
- Periodo intergenésico <12 meses en cesárea
- Laparotomía solo si esta inestable y/o tiene signos de irritación peritoneal

## CLASIFICACIÓN CLÍNICA DEL ABORTO

### AMENAZA DE ABORTO:

Cuando el flujo vaginal sangriento o el sangrado aparecen a través de un orificio cervical cerrado durante las primeras 20 semanas.

- Puede ir acompañado de molestias suprapúbicas, calambres leves, presión pélvica o dolor lumbar persistente.

### ABORTO INCOMPLETO

El sangrado sigue a la separación placentaria parcial o completa y a la dilatación del orificio cervical.

- Antes de las 10 semanas de gestación, el feto y la placenta son frecuente mente expulsados juntos, pero después de las 10 semanas se expulsan por separado.

### ABORTO COMPLETO

Puede producirse la expulsión completa de todo el embarazo y el orificio cervical se cierra posteriormente.

- Resultado típica una historia de sangrado abundante, calambres y la expulsión de tejido

### ABORTO DIFERIDO

Describe los productos muertos de la concepción que se han con servado durante días o semanas en el útero con un orificio cervical cerrado.

- El diagnóstico es imprescindible antes de la intervención y evita la interrupción de un IUP potencialmente vivo.

### ABORTO INEVITABLE

La ruptura prematura de membrana en embarazo pretérmino (PPROM, preterm premature rupture of membranes) en una edad gestacional previsible complica 0.5% de los embarazos

- La ruptura puede ser espontánea o seguir un procedimiento invasivo como la amniocentesis o la cirugía fetal.

### ABORTO SEPTICO

Con la legalización del aborto, ahora son raras las infecciones horribles y las muertes maternas asociadas anteriormente con abortos sépticos criminales.

- Con el aborto espontáneo o provocado, los organismos pueden invadir los tejidos del miometrio y extenderse para causar parametritis, peritonitis y septicemia.

#### Evaluación

- Ecografía transvaginal, para localizar el embarazo y determinar la viabilidad.
- PUL, y se implementa vigilancia en serie para las pacientes clínicamente estables.
- Determinación de la fracción b-GCH

#### Manejo

- la observación es la norma.
- La analgesia basada en paracetamol ayudará a aliviar la incomodidad de los calambres.
- Reposo absoluto, hasta 48 hrs hasta el cese del sangrado+ ácido fólico
- Anemia o hipovolemia importantes, está indicada la evacuación del embarazo.

#### Evaluación

- Ecografía transvaginal

#### Tratamiento

- Curetaje
- Manejo expectante
- Misoprostol, dosis vaginal de 800 µg o una dosis oral o sublingual de 400 µg.
- El legrado resulta en una resolución rápida tiene éxito del 95 a 100%.

#### Evaluación

- Ecografía transvaginal
- Que documente con seguridad un embarazo intrauterino y luego una cavidad vacía
- Mediciones seriales de hCG en suero

#### Tratamiento

Si existe modificaciones cervicales:

- AMEO - LIU

Sin modificaciones cervicales:

- Manejo expectante, Cita 24hrs

#### Evaluación

- Ecografía transvaginal,
- CRL ≥7 mm y sin latido cardíaco
- MSD ≥25 mm y sin embrión
- Un escaneo de US inicial muestra un saco gestacional con saco vitelino y después de ≥11 días no se observa embrión con latido cardíaco

#### Tratamiento

- Administrar misoprostol para acelerar la evacuación uterina, una sola dosis de 800 µg por vía vaginal.

#### Evaluación

- Chorro de líquido vaginal se ve acumulado durante el examen de espéculo estéril confirma el diagnóstico.
- Líquido amniótico microscopio tendrá un pH >7,
- Se verá oligohidramnios en la ecografía

#### Tratamiento

- AMEO O LUI

#### Evaluación

- Clínica, Hemocultivo
- Ecografía: descartas productos retenidos

#### Tratamiento

- Antibióticos de amplio espectro; Clíndamicina + Gentamicina.
- Si hay productos retenidos, también se realiza el legrado de succión.