



Universidad del sureste
Campus Comitán
Medicina Humana



Tema:

Hemorragias de fin de primer trimestre y segundo trimestre

Nombre del alumno:

Daniela Elizabeth Carbajal De León

Materia:

Ginecología y Obstetricia

Grado: 6

Grupo: "A"

Docente:

Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas

Comitán de Domínguez, Chiapas a 15 de Noviembre del 2024

>> Aborto <<

Es la terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la 20 SGA, contando desde FUM, o expulsión del producto de la gestación con peso < 500 gramos

Recurrente
(≥ 2 consecutiva/alternos)

Factores de riesgo

1. Anomalías uterinas anatómicas (Blipos > 2 cm)
 - Miomatosis uterina (abundante)
 - Difícil implantación y aborto sangrinoso, dif. crecimiento fetal
2. Aborto previo (5%) (Aneuploidia, edad materna)
3. Anticuerpos antifosfolípidos y anticuerpos anticardiolipinas
4. Edad materna (25-40 años)
 - Alt. cromosómicas
5. Alt. cromosómicas (49%)
6. Descontrol metabólico (DM, T1/2)
7. Consumo de alcohol en concepción
 - Tabaco y cocaína, cafeína
8. IMC > 25 kg/m²

Quirúrgico

LUI (usado o no instrumental)

- ⊕ Sangrado excesivo y persistente
- ⊕ Inestabilidad hemodinámica
- ⊕ Tejido retenido, infestado
- ⊕ Enf. trofoblástica

Aspiración endouterina

- ⊕ Aborto incompleto
- ⊕ Aborto diferido
- ⊗ Posterior a LUI

Complicaciones

1. Perforación uterina
2. Lesión cervical
3. Trauma intraabdominal
4. Sx Asherman
5. Hemorragia

50-70% de los embarazos

80% < 12 SGA
20% 12-20 SGA

- 30% Falla implantación
- 30% Abortos preclínicos
- 10% Abortos clínicos
- 30% Nacen vivos

1% recurrente

Edad

10-12% adolescentes
(+) 4-5 veces en > 40 años

15-20% de pérdida en el 1er T

Diagnostico

★ USG transvaginal (98%)

1. Loc. no concuerda o indeterminada:
 - ⊗ Intra/extra uterino
 - ⊗ Retención
 - ⊗ Rubia (+)
2. Viabilidad incierta
 - ⊗ Saco < 20mm
 - ⊗ Huevo / Rto
 - ⊗ Long. cefalocaudal < 6mm
 - ⊗ Actv ♥

- ⊕ USG vaginal y abdominal
- ⊕ Anticuerpos anti D
- ⊕ Determinación sérica de gonadotropinas coriónicas específicas (hCG)
- ⊕ Progesterona

- ↓ útil ↓
- Progesterona > 65 nmol/L
- ⊕ LUI: descartar infecciones
 - 1. C. trachomatis
 - 2. N. gonorrhoea
 - 3. Vaginosis bacteriana

Tratamiento

Exito 70-96%

Dosis altas
Análogo de Pg → Mifepristol 1200-1400 mcg
⊕ Via vaginal

- Efectos adversos
1. Dolor y sangrado
 2. Náuseas
 3. Vómitos
 4. Diarrea
 5. Fiebre
 6. Ansiedad

hías 24 hrs

⊕ Oxitocina (b) sangrado post-AMEU o LUI

Pg 10 (Aborto incompleto)

ata
* Control a las 24 hrs

USG 7-14 días

< 7 SGA
Mifepristona 600mg + Misoprostol 800mcg (48 hrs después)
VO

> 9 SGA
Mifepristina 200mg VO + Misoprostol 800mcg Vaginal

> 10 SGA

⊕ Hospitalización

Oxitocina
⊗ Antes de 6hr de adm del Misop

⊕ Antibióticos

• Doxiciclina 100 mg VO antes + 200 después

>> ETG <<

2.4 / 1000 embarazos en Tx
(+1 riesgo x antecedente (10 meses mas))

Grupo heterogeneo de lesiones de las vellosidades corionicas del tejido trofoblastico

Benigno (Mola Hidatiforme)

M. Completa (Psem) → 46 XX
46 XX
Ausencia de tejido embriionario / fetal
⊗ Difusa

M. Parcial (9-sem) → 69 XXX
69 XXX
Presencia de tejido embriionario / fetal
⊗ Focal ⊗ Ectopia corionica

Maligno (Neoplasia trofoblastica gestacional) NTG

M. invasora
⊗ Lesion local
⊗ invade miometrio
⊗ Estroma endometrial
⊗ Metastasis

Coriocarcinoma
⊗ cel. gigantes
⊗ Metastasis

Tumor del sitio placentario.
No
⊗ Contiene vellosidades trofoblasticas

Suspechor

1. Hemorragia uterina anormal
2. Crecimiento uterino mayor
3. Ausencia FC fetal
4. Quistes tecluterinicos
5. Hipertension gravidica
6. HTA 1^o o 2^o 3^o 6
7. (+) Nul. de hCG

→ 6 sem gest Embarazo

USG

- ⊗ Patron difuso, multo
- ⊗ Quistes tecluterinicos
- ⊗ Ovarios > 3cm diametro
- ⊗ ↑ vascularizacion del endometrio

Diagnostico

- ★ **Histopatologico**
- ⊗ BH
- ⊗ TPT
- ⊗ PFR y PFH
- ⊗ Grupo y RH
- ⊗ Nul de hCG (hasta negativo)
- ⊗ Rx Torax (metastasis)
- ⊗ USG

Tratamiento

Mola Hidatiforme
⊗ 100% curable

M. completa
⊗ AMEO
⊗ Histerectomia
⊗ Alt. AMEO - LUI

M. Parcial
⊗ Histerectomia "blanca"
⊗ AMEO / LUI

⊗ Inducir trabajo de parto

Evacuacion

Reevaluacion NTG
⊗ Quimioterapia
• Antihomocina D
1.25 mg/m²
(+14% riesgo de recurrencia)

Tx NTG

- ⊗ Quimioterapia
 - 4 mediciones P.A.G.C.
 - Rx histologica
 - Metastasis
- ⊗ Histerectomia
 - Hemorragia lisis
 - Resistente a quimio
 - Alto riesgo

Dias post: 1, 7, 14, 21
± 10%

Higado
Cerebro
TGI
Rimon

Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta

Se produce antes del parto; existe sangrado vaginal u oculto, cuando el sitio desprendido se encuentra detrás de la placenta. Puede ser total o parcial.

Fisiopatología

- Rotura vasos maternos en decida basal
- Acumula sangre (Rompe la decida íntegra)
- ✓ Hemorragia ↑ Presión
- ✓ C.I.D. materna
- ✓ FC fetal categoría III
- Ausencia trauma: agudo
- Crónico (Marginal)
- ✓ Desarrollo anormal a, espial
- ✓ Necrosis decidual
- ✓ Inflamación placentaria
- ✓ Hemorragia venosa tensión
- ✓ Hipertensión
- ✓ Contracciones

Clasificación

- Desprendimiento leve (<30%)
 - ✓ Afeción materna / fetal
 - ✓ Oscura
- Desprendimiento mod (30-50%)
 - ✓ Brusco-gradual
 - ✓ Oscura
 - ✓ Hipertensión
 - ✓ Dolor palpación
- Desprendimiento masivo (>50%)
 - ✓ Dolor brusco
 - ✓ (↑) Hipertensión
 - ✓ Contrac.
 - ✓ Atonia
 - ✓ Oscura
 - ✓ Shock Hipovolemico

- ✓ Inflamación crónica
- ✓ Falta de invasión trofoblástica

Factores de riesgo

- Desprendimiento previo
- HTA
- Anomalías estructurales de l. útero
- Consumo cocaína
- Fumar
- Multigestación
- Mujer > 35 años
- Deficit auto fética

muerte fetal
separación placentaria > 50%

- ✓ Hemorragias intermitentes
- ✓ oligohidramnios
- ✓ PCIU →
- ✓ (±) Flujo sanguíneo cerebral

Complicación de parto 0.3-1%

Etiología exacta

Etiologías

- Traumatismos abdominales directos
- Traumatismos indirectos por mecanismos de azotamiento
- Consumo cocaína

Abordaje

- Asistir:
 - ✓ Sangrado
 - ✓ USG
 - ✓ Congruos retroplacentarios en cavidad amniótica
 - ✓ Placenta engrosada

Clinica

- Dolor abdominal
- Contracciones
- útero sensible a la palpación

USG

- ✓ Hematoma retroplacentario
- ✓ Hematoma preplacentario
- ✓ Engrosamiento y subsegmentación placentaria
- ✓ Acumulación subamniótica
- ✓ Acumulación marginal

Inicio

- Monitoreo FC fetal
- Asegurar el acceso intravenoso
- Adm. cristaloideos para mantener diuresis ↑ 30 ml/h
- Monitoreo del estado hemodinámico de la madre
- Cuantificar pérdida de sangre
- Labo completos
- Reemplazar sangre y productos sanguíneos

70% en los 24-48 hrs

- ✓ Sulfato de Mg < 3250g
- ✓ Profilaxis contra S. del grupo B
- ✓ Maduración pulmonar
- ✓ Adm. amniocelular anti-β para B que son RhD-Negativas

Pronóstico

- Mortalidad materna (1%)
- Mortalidad fetal (50-70%)

Placenta previa

Hemorragia obstétrica 51.6%
Mortalidad perinatal 2.3%
⊗ Dx 60%

Clasificación

Oclusivos

1. Total (Tipo I)
ocluye totalmente OCI
2. Parcial (Tipo II)
cubre parcialmente OCI

No oclusivos

1. Marginal (Tipo III)
llega hasta OCI sin sobrepasar (0.2cm)
2. Bateral / inserción baja (Tipo IV)
No llega OC de 2-7 cm.

Se produce cuando la placenta se inserta en el segmento uterino inf. de modo que puede ocluir el orificio cervical interno (OCI).
(+) Rec. 3er Trimestre

- * Inserción normal: por encima de los 20mm de OCI
- * Sangrado intraoperatorio 2000-3000 ml
- ⊗ Transfusión 38-45%

Factores de riesgo

1. Multiparidad
2. Edad avanzada
3. Abortos previos
4. Cirugías (cesárea)
5. Patología uterina
6. Gestación múltiple
7. Tabaco

Clinica

- * Hemorragia episódica
 - Progresiva
 - Rojo brillante
 - Abundante
 - Indolora
- 1. Alt. hemodinámicas
- ⊗ Prematuridad

Pronóstico

Materno

- ⊗ Hemorragia
 - * Transfusiones 36%
- ⊗ CID no Rec.

Fetal

- ⊗ Muerte 15%
- ⊗ sufrimiento agudo
- ⊗ Prematuridad

Prevenir

- ⊗ Anemia
 - * Transfusión 7%

- ⊗ Esquema de maduración pulmonar (corticosteroides) (24-34 SOG)

Manejo

- Hemorragia grave
 - ⊗ Cesárea urgente
 - ⊗ Expectante, considerar tórax y med. pulmonar

Cesárea

- ⊗ Ex riesgo / Comorbidades
 - ↳ 36-37 SOG
- ⊗ Ex riesgo / Episodio de sangrado
 - ↳ 34-36 SOG

Contraindicado

⊗ Tacto vaginal

⊗ USG en 2do Trimestre

Diagnostico (37 SOG)

- * USG abdominal (Asociar factores de riesgo)
- * USG endovaginal (Confirmar Dx)

Inserción baja

Borde placentario se encuentre a menos de 20mm del OCI sin llegar a cubrirlo.

Placenta previa

Borde placentario cubre o rebasa el OCI

Rotura uterina

Es la solución de continuidad de la pared uterina en el útero gravida. Se excluyen las perforaciones uterinas producidas en maniobras de IU, histeroscopia.

- ⊗ Útero sano
- ⊗ Círculo previa

Completa

- ⊗ Peritoneo
- ⊗ Miometrio
- ⊗ Membranas ovulares

↓
Útero-abdomen

Incompleta

- ⊗ Peritoneo

↓
Permanece en útero

Diagnóstico

- ⊗ Cesárea urgente
- ⊗ Laparotomía

Pronóstico

- Feto muerto 30%

90% durante el parto
(4-5cm dilatación)

18% segundo periodo de parto

8% después del parto

Complicación intraparto

Riesgo: 3%

↳ Útero sano 40-80%

(raro) 1/500-1/40000 embarazo sin cicatriz

↳ Análisis: intento parto vaginal con cesárea previa

Factores de riesgo

1. Debilidad intrínseca de la pared (Erf. Ehlers-Danlos tipo IV)
Arquitectura anormal del útero (útero bígine, didelfo)
2. Multiparidad
3. Intervalo intergenésico reducido (<18-24 meses)
4. Edad materna avanzada
5. Obesidad (IMC >40)
6. Macrosomía (>4000g)
7. Placentación anormal
8. Histerorrafia y solapado
9. Cx uterina previa
10. Uterotonias (oxitocina y Pg)
11. Maniobras traumáticas

Clinica

Triada clásica

1. Dolor
2. Sangrado transvaginal
3. Anormalidades FCF

10%

- Incapaz captar FCF
- Dolor abdominal severo (↑ en contracciones)
- Dolor en el pecho/hombro, pérdida de aliento
- Dolor repentino y agudo en la cicatriz
- Sangrado transvaginal anormal o hemorragia
- Cese act. uterina
- Taquicardia materna, hipertensión o choque
- Pérdida presentación
- Cambio en el contorno abdominal