



## RESUMENES

*Freddy Ignacio Lopez Gutierrez.*

*Resúmenes Detallados de Amenaza de aborto, tipos de Aborto con Dx y Tx, Hemorragias de 3er trimestre.*

*1er parcial*

*Clínica de Ginecología.*

*Dr. Miguel de Jesús García Castillo.*

*Licenciatura en medicina humana*

*7mo semestre Grupo C*

*Comitán de Domínguez, Chiapas. 18 de septiembre del 2024.*

## AMENAZA DE ABORTO

### Definición de aborto:

Terminación de la gestación antes de las 22 semanas o con peso <500 gr.

Se divide en:

Precoz <14 sdg y tardío 14-22 sdg

### TIPOS DE ABORTO

- ❖ **Aborto recurrente:** Perdida espontanea 2 o más ocasiones.
- ❖ **Aborto consumando o completo:** Expulsión total del producto
- ❖ **Aborto incompleto:** Expulsión de una parte del huevo.
- ❖ **Aborto diferido:** Muerte del producto sin expulsión espontanea
- ❖ **Embarazo de viabilidad incierta:** Saco vitelino <20 mm sin huevo o feto o embrión <6mm sin latido cardíaco.
- ❖ **Aborto en evolución:**
  - Hemorragia genital persistente
  - Actividad uterina reconocible
  - Modificaciones cervicales
- ❖ **Aborto inevitable:**
  - Hemorragia genital persistente
  - Sin actividad uterina
  - Sin modificaciones cervicales.

### EPIDEMIOLOGÍA

50% de los abortos son por anomalías cromosómicas.

Afecta a mujeres de 35 años en un 20% y 40% a los 40 años.

## PREVENCIÓN

Se recomienda que todas las pacientes embarazadas tengan suplementación con vitaminas para prevenir el aborto espontáneo.

## ETAPAS CLÍNICAS DE LA AMENAZA DE ABORTO

- Metrorragia: Oscura y escasa
- Contracciones uterinas dolorosas: Presentes
- Modificaciones cervicales: Cuello cerrado
- Desprendimiento y expulsión: Ausentes
- Ecografía: Hemorragia decidual, coágulo subcorial y embrión vivo intrauterino.

## DIAGNÓSTICO DE ABORTO:

- Historia clínica
- Exploración física
- Especuloscopia

En pacientes con amenaza de aborto se debe realizar determinación de *B-HGC C/48 HRS*, *Usg (determinar sitio, fcf, sg, lcc) repetir 7-10 días en caso de marcadores de mal pronóstico.*

## TRATAMIENTO

- Reposo absoluto 48 hrs
- Evitar relaciones sexuales
- Tratar la causa

TRATAMIENTO HORMONAL EN AMENAZA DE ABORTO (GPC 2020)  
<12 SDG: una dosis de gonadotropina corionica humana (GCH)  
>12 SDG: 17  $\alpha$ -hidroxiprogesterona

- **FARMACOLOGICO:** <10 SDG con aborto incompleto o diferido

<9 sdg ambulatorio >9sdg hospitalizar

- **QUIRURGICO: LUI/AMEU**

\*Antes de la semana 11 con modificaciones cervicales o sangrado excesivo persistente.

LUI<11sdg:

-Sangrado excesivo y persistente

-Inestabilidad h.

-Tejido retenido

-Altura >12 cm y dilatación >0=1 cm

-Aborto séptico

#### **AMEU:**

Indicaciones: Altura uterina <11cm y diltación <0=1cm

Aborto séptico hasta 6-8 hrs después inicio ATB.

-Uso de oxitocina < el sangrado régimen Atb Doxicilina 100 mg v.o 1 hr antes y 200 mg después.

## **HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE**

### **PLACENTA PREVIA:**

-Borde placentario sobre el orificio cervical interno

-1era causa de hemorragia 3er trimestre

### **CLASIFICACIÓN**

- Placenta previa: Borde placentario cubre el oci(orificio cervical interno)

- Inserción baja: Borde <20 mm del oci.
- Normal: Borde a más de 20 mm del oci.

### Casos especiales:

1. Placenta acreta (adherencia a miometrio)
2. Placenta increta (invade el miometrio)
3. Placenta percreta (sobrepasa el miometrio)

### FACTORES DE RIESGO

- ✓ Césareas previas
- ✓ Aborto previo
- ✓ Edad avanzada
- ✓ Tratamiento de fertilidad
- ✓ Tabaquismo

### CUADRO CLÍNICO

- Hemorragia obscura asintomática (29-32 sdg)
- Estado materno normal
- Alteraciones súbitas del RCT

### DIAGNÓSTICO:

Ecografía transvaginal (ELECCIÓN)

**“NUNCA REALIZAR TACTO VAGINAL”.**

### TRATAMIENTO:

- 1.- Corroborrar placenta previa después de 32 sdg de forma forzosa
- 2.- Si la placenta previa programar cesárea a la semana 37 (previo usg semana 36 para comprobar por última vez) y maduración pulmonar 24-34
- 3.- Más de un episodio de sangrado base previa o acretismo-> cesárea la semana 34-36

4.-Solo ofrecer parto si placenta está más allá de 20 mm de oci(placenta inserción normal) y datos favorables

5.-Inestabilidad materna y fetal-> cesárea

## **ABRUPTO PLACENTARIO O DPPNI**

Separación prematura de la placenta, antes del nacimiento, implantada normalmente, puede total o acompañándose de muerte fetal o parcial.

Segunda causa de hemorragia tercer trimestre

Asociado a CID

Primera causa de hemorragia intraparto

### **FACTORES DE RIESGO**

- Enfermedad vascular
- Multiparidad
- Edad mayor a 35 años Traumatismo
- Alcohol tabaco y cocaína
- Hipofibrinogenemia congénita

### **CLÍNICA Y CLASIFICACIÓN**

Hemorragia+ hipertóní+ dolor (compromiso del estado fetal)

#### **Incipiente**

- <1/4 desprendimiento
- no hay afectación fetal ni materna

#### **Avanzado**

- 1/4- 2/3 Desprendimiento
- Sangrado genital oscuro

## **Masivo**

- >2/3 desprendimiento asocia útero couvelaire
- feto muerto
- shock

## **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

- ✓ Usg
- ✓ Terminación gestación (cesárea)

## **COMPLICACIONES**

- CID (10%)
- Falla renal aguda (1-3%)
- Útero couvelaire
- Embolia liquido amniótico)

## **RUPTURA UTERINA**

Separación completa del miometrio con o sin exposición de partes fetales en la cavidad peritoneal materna y que requiere cesárea de emergencia o laparotomía posparto

## **EPIDEMIOLOGIA**

Causa más frecuente de rotura es "Dehiscencia de cicatriz uterina"

## **FACTORES DE RIESGO**

- cesárea previa
- Dos o más cesáreas cesárea previa en T o clásica
- Ruptura uterina previa
- Periodo intergenésico corto
- Cirugías uterinas
- Macrosómico

## CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

- Clínico
- Dolor intenso, atonía uterina y sufrimiento fetal agudo (palpan partes fetales)
- Cesárea de urgencia o LAPE

## HEMORRAGIA POSTPARTO

Pérdida de sangre > o = 1000ml o pérdida de sangre con signos o síntomas de hipovolemia dentro de las 24 hrs posteriores al parto ya sea cesarea o parto vaginal

## EPIDEMIOLOGÍA

Principales causas de defunción fueron:

- Hemorragia obstétrica (20.4%)
- Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y puerperio.
- Aborto.

Grupo de edad con mayor riesgo es el de 45 a 49 años.

## CAUSAS:

“Las cuatro T’S”

- **TONO**: Anomalías en la contracción uterina
- **TRAUMA**: Laceraciones, ruptura
- **TEJIDO**: Retención de productos de la concepción
- **TROMBINA**

## TRATAMIENTO POR PARTES:

- **PREVENTIVO:**

-Utero tonico

-Tracción del cordon

-Masaje uterino

- **FARMACOLÓGICO E INICIAL**

1. Oxitocina (Primera elección)

2. HPP persistente: Oxitocina+Ergonovina

3. HPP: Carbetocina

Tx mecánico: Compresión bimanual, pinzamiento arterias uterinas y balón hidrostático uterino.

- **QURURGICO**

-Suturas hemostáticas uterinas

-Desarterialización selectiva uterina

-Ligadura arterias hipogastricas

-Embolización selectiva

-Cx control de daños empaquetamiento o biocirugía (hemostáticos locales)

- **REANIMACIÓN**

-Empaquetamiento abdominopélvico (tipo mickulicz)

-Sol. Hartmann o Ringer lactate

-Albumina

-Ácido tranexamico

-Fibrinogeno

-Hemocomponentes y hemoderivados

## Bibliografía

- (2020). Obtenido de GPC Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención: <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-026-20/ER.pdf>
- *GPC Diagnóstico y manejo de anomalías en la inserción placentaria y vasa previa.* (2019). Obtenido de <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-589-19/ER.pdf>
- *GPC Diagnóstico y manejo inicial de las emergencias obstétricas .* (2019). Obtenido de <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-436-19/ER.pdf>
- *GPC Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia.* (2017). Obtenido de <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-162-09/ER.pdf>
- *GPC Prevención, diagnóstico y manejo oportuno de la ruptura uterina en los tres niveles de atención .* (2017). Obtenido de <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-296-10/ER.pdf>