



**Mi Universidad**

**Resúmenes**

*Bryan Reyes González.*

*Resúmenes.*

*Primer parcial.*

*Clínica de ginecología y obstetricia.*

*Dr. Miguel De Jesús García Castillo.*

*Licenciatura en Medicina Humana.*

*7° semestre grupo "C"*

*Comitán de Domínguez, Chiapas a 17 de Septiembre del  
2024.*

## Amenaza de Aborto

Se define la amenaza de aborto como la presencia de sangrado transvaginal, este sangrado puede estar o no acompañado por dolor abdominal, también con ausencia de dilatación cervical y esto es antes de la semana 22 de gestación.

Cabe destacar que hay diferentes amenazas de aborto que explicare a continuación.

La primera amenaza de aborto que redactare es la amenaza de aborto temprana. Esta se define cuando existe un embarazo de menos de 14 semanas de gestación.

Esta la otra que es amenaza de aborto tardía. Esta se define como aquella que se presenra entre la semana 14 a 22 de gestación.

Debe de darse a saber que la amenaza de aborto es una de las complicaciones obstreticas mas comunes, con una incidencia que varia entre 20% y 25% de los embarazos tempranos. Esto se asocia con un aumento de riesgo obstétrico, estos puedes ser como el trabajo de parto prematuro, el bajo peso al nacer y por una rotura prematura de membranas.

No se debe de destacar un dato importante que en un embarazo normal el feto viable de seis semanas de gestación es visualizado por ultrasonido; dando datos que el riesgo de un aborto es de aproximadamente de 15% a 30%. Disminuyendo de 5% a 10% de la semana siete a la nueve, y el 5% después de la semana nueve de gestación.

La guía de practicas clinicas nos menciona, que existen medidas preventivas desde la preconcepción para un embarazo saludable, también tratamientos médicos oportunos con cambios en el estilo de vida que pueden prevenir una amenaza de aborto.

Un dato importante a saber es que aproximadamente el 50% de todos los casos de perdida temprana del embarazo se deben a anomalías cromosómicas fetales. Los factores de

riesgo en estas pacientes con perdida temprana del embarazo es la edad materna avanzada y el antecedente de perdida temprana del embarazo. Clínicamente se reconoce que pasa en mujeres de los 20 a 30 años de edad es de 9% a 17%, aumentando la tasa bruscamente de 20% a la edad de 35 años y a 40% a la edad de 40 años, siendo de 80% a la edad de 45 años.

Para un buen diagnostico y pronostico a esta patología debe existir un reporte de ultrasonido que demuestre actividad cardiaca fetal, hormona gonadotropina coriónica humana cuantitativa seriada, y datos clínicos.

El tratamiento únicamente debe de estar enfocado en la etiología, las semanas de gestación y sintomatología, dando como objetivo evitar la pérdida de gestación.

Algo importante que se debe implementar en la practica medica para evitar la amenaza de aborto es ofrecer información sobre las mejores prácticas para la atención clínica y de la referencia en todos los embarazos, así como una amplia información sobre la atención perinatal de la mujer sana con embarazo único, sin complicaciones. Estas informaciones tienen el propósito de que las mujeres tomen decisiones sobre su caso y del tratamiento en circunstancias específicas.

Las mujeres embarazadas según las estadísticas presentan aproximadamente 20% a 40% sangrado en el primer trimestre. Presentan complicaciones por no hacer diagnostico oportuno, presentan la perdida de embarazo o el diagnostico erroneo que conlleve a incrementar la morbilidad materno fetal.

Es importante identificar los criterios diagnósticos de esta patología, para determinar la amenaza de aborto, permite implementar el manejo oportuno, para reducir el riesgo de la perdida gestacional



## Prevenciones

Para prevenir el aborto espontaneo tenemos varios factores que debemos tener en cuenta, por ejemplo:

La ingesta de vitaminas en la dieta, estos nos sirven para el riesgo de aborto espontaneo, más específico la vitamina a y c.

También la disminuir la angustia de ansiedad y depresión

La obesidad tiene un gran impacto en la infertilidad femenina

Para prevenir el aborto espontaneo, debe darse entender que las primeras consultas en el embarazo deben ser extensas para proporcionar información y tiempo para la discusión del cribado y la toma de decisiones informadas

## Datos Clínicos Para Sospechar Amenaza de Aborto

Sangrado vaginal durante las primeras 20 a 22 semanas de gestación, con o sin dolor lumbopelvico y cérvix cerrado.

Historia clínica y examen físico completo por si hay sangrado transvaginal.



Sangrado vaginal leve



Dolor abdominal

## Un Diagnóstico Para la Amenaza Del Aborto es lo Siguiete

Metrorragia

Contracciones uterinas dolorosas

Modificaciones cervicales (cuello cerrado)

Desprendimiento y expulsión

Ecografía (se presentará hemorragia decidual, coágulo subcorial y embrión vivo intrauterino)



## El Tratamiento Específico es lo Siguiete

Consideraciones generales:

Identificar causas posibles

Reposo en cama: la evidencia disponible por el momento es insuficiente para demostrar el efecto benéfico para prevenir el aborto mediante reposo; sin embargo, se recomienda evitar el esfuerzo físico excesivo y la actividad sexual

Descartar patología infecciosa

Confirmar viabilidad fetal

Medidas seriadas de b-HGC cada 2 a 3 días

Seguimiento ecográfico trasvaginal semanal

Uso de analgésicos

Antiespasmódicos (butilhioscina)

b-agonista (terbutalina, isoxsuprina, clorhidrato de nilidrina, fenoterol y ritodrina)

Progesterona natural 200 mg a 400 mg, cada 12 horas, hasta la semana 12 de gestación en caso de insuficiencia de cuerpo lúteo\*

Prescripción de antibióticos en caso necesario (infección de vías urinarias y vaginales)

Solicitar hemoclasificación

Asi mismo con los cuidados en esta redacción podremos diagnosticar y hacer un buen procedimiento para la amenaza de aborto.

**BIBLIOGRAFIA:**

(Téliz et al., 2020)

Guía de práctica clínica

<http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-026-20/ER.pdf>

## Tipos de Aborto.

Existen diferentes tipos de aborto, en el cual en esta redacción los explicare para saber su diagnostico y tratamientos de estos, punto por punto.

### Aborto temprano

Es un aborto antes de las 12 semanas de gestación. El aborto espontáneo temprano a menudo es causado por anomalía cromosómica.

Las anomalías del tracto reproductivo materno, por ejemplo, útero bicorne, fibromas, adherencias.



### Su diagnóstico

Ecografía transvaginal

Subunidad beta cuantitativa de la gonadotropina coriónica humana (beta-hCG)

Examen pelviano

### Tratamiento

Para la amenaza de aborto, observación

Para los abortos inevitables, incompletos o completos, conducta expectante o evacuación uterina quirúrgica o médica

Si la madre es Rh negativa, inmunoglobulina Rho(D)

Medicamentos para el dolor según sea necesario

Apoyo emocional

### **Aborto tardío**

Aborto entre las 12 y las 20 semanas de gestación. Las causas del aborto tardío pueden incluir factores genéticos, infecciones, problemas anatómicos del útero, enfermedades maternas y complicaciones del embarazo.



### ***Su diagnóstico***

Ecografía: básicamente puede mostrar la ausencia de latido cardíaco, la falta de crecimiento fetal adecuado o la ruptura de membranas

Análisis de sangre: para evaluar los niveles hormonales y detectar infecciones.

### ***Tratamiento***

Manejo quirúrgico

Manejo expectante: El manejo expectante permite que el cuerpo expulse el tejido fetal de manera natural

Manejo médico: Es el uso de medicamentos para inducir el parto y la expulsión del feto y la placenta. Estos medicamentos pueden ser mifepristona y el misoprostol.

## Aborto espontaneo

Su diagnóstico y tratamiento es igual que el de aborto temprano, a diferencia de esta es que es la perdida del embarazo antes de las 20 semanas de edad gestacional

### *Su diagnóstico*

Ecografía transvaginal

Subunidad beta cuantitativa de la gonadotropina coriónica humana (beta-hCG)

Examen pelviano



### *Tratamiento*

Para la amenaza de aborto, observación

Para los abortos inevitables, incompletos o completos, conducta expectante o evacuación uterina quirúrgica o médica

Si la madre es Rh negativa, inmunoglobulina Rho(D)

Medicamentos para el dolor según sea necesario

Apoyo emocional

**Aborto inevitable**

Sangrado vaginal o rotura de membranas antes de las 20 semanas de de gestación acompañado de dilatación avanzada del cuello uterino

**Aborto retenido**

Se confirma la muerte de un embrión o un feto, pero no hay sangrado ni dilatación cervical y los productos de la concepción no han sido expulsados

**Aborto incompleto**

Dilatación del cuello uterino y expulsión de algunos productos de la concepción

El tratamiento del **aborto inevitable, incompleto o del feto muerto y retenido** es esperar la eliminación espontánea de los productos de la concepción, el tratamiento con medicamentos o la evacuación uterina.

**Aborto completo.**

Cuello uterino cerrado después de la expulsión de todos los productos de la concepción.

Con diagnostico con ecografía por síntomas.

Tratamiento: Se administra inmunoglobulina anti-Rho (D) si la paciente embarazada es Rh negativa.

**Aborto inducido**

Interrupción del embarazo con medicamentos o un procedimiento.

Los métodos de este aborto pueden ser los siguientes:

Evacuación instrumental del útero después de la dilatación cervical

Inducción médica (fármacos para la estimulación de las contracciones uterinas) puede ser misoprostol a 500mg

Cirugía uterina.

**Aborto terapéutico:**

El aborto terapéutico es el aborto inducido justificado por razones médicas

Bibliografía:

Aparna Sridhar

Manual MSD

<https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trastornos-del-embarazo-temprano/aborto-espont%C3%A1neo>

[https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/trastornos-en-las-primeras-etapas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo#Causas\\_v813065\\_es](https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/trastornos-en-las-primeras-etapas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo#Causas_v813065_es)

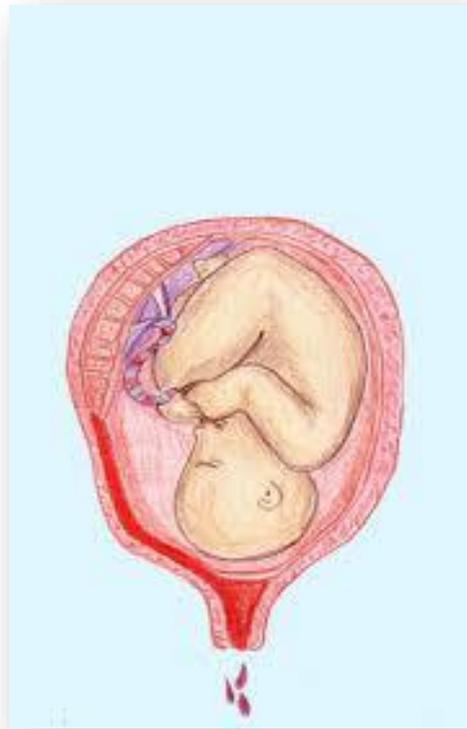
## Hemorragias Del Tercer Trimestre

Las hemorragias del tercer trimestre aparecen en el 4% de todas las gestaciones. Estos pueden deberse a una placenta previa o por desprendimiento de una placenta insertada en cualquier otra parte de la cavidad uterina es decir, un desprendimiento prematuro de placenta.

En ocasiones la hemorragia puede ser resultado de la inserción velamentosa del cordón umbilical con hemorragia de origen fetal

La PP (Placenta previa) constituye la primera causa hemorrágica del tercer trimestre.

La segunda causa de hemorragia del tercer trimestre es el DPP (Desprendimiento prematuro de placenta).



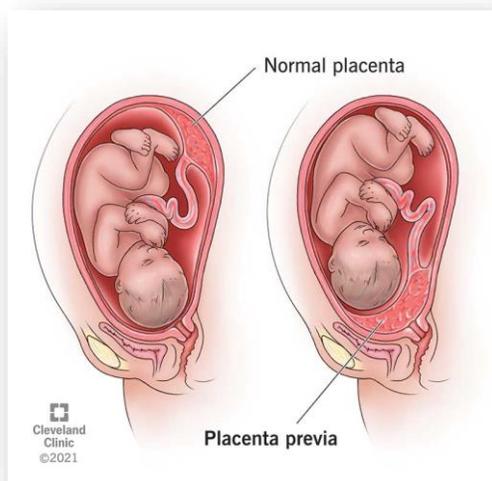
## Placenta Previa.

Es la inserción de la placenta en el segmento inferior uterino, existen cuatro tipos de pp.

Estos son:

1. PP oclusiva total (o completa): cubre el OCI totalmente.
2. PP oclusiva parcial: cubre parte del OCI.
3. PP marginal: el borde placentario llega justamente al OCI, sin rebasarlo.
4. PP lateral: está implantada en el segmento inferior uterino, sin llegar al OCI, pero muy cerca de éste.

En la mayoría de las PP no es posible encontrar una etiología específica. Se habla de causas “ovulares” y causas “endometriales”. Entre las primeras se incluyen trofoblastos con retardo en la actividad hística, anidando en el segmento inferior, y trofoblastos con desarrollo anormalmente grande de la placenta, típico de gestaciones múltiples. Son causas endometriales la inadecuada preparación de la decidua para la correcta anidación del huevo, de forma que éste sigue descendiendo hasta el segmento inferior, o bien, una vez implantado, el huevo encuentra dificultades para su nutrición y tiende a extenderse en superficie, como ocurre en múltiparas (la zona de implantación placentaria de gestaciones previas deja cicatriz) y en pacientes con cicatrices uterinas de intervenciones anteriores.



## **Desprendimiento Prematuro de Placenta.**

Esto es la separación de la placenta de su inserción decidual, previa al nacimiento del feto. Puede darse durante todo el período de viabilidad fetal. Su causa primaria de esto se desconoce, pero existe una serie de condiciones o trastornos asociados.

1. Edad avanzada de la madre y multiparidad.
2. Carencias nutritivas: ácido fólico, vitamina A, anemia.
3. Enfermedades vasculares: diabetes, nefropatías, hipertensión arterial, preeclampsia.
4. Traumatismos externos: accidentes de tráfico, caídas.
5. Iatrogenia: versión externa, administración errónea de ciertas sustancias, pruebas de estrés.
6. Tabaco, alcohol, cocaína.
7. Malformaciones uterinas (mioma retroplacentario).
8. Brusca descompresión uterina al evacuar un hidramnios.
9. Cordón umbilical corto.
10. Hipofibrinogenemia congénita.
11. Síndrome supino-hipotensivo.

El artículo que estoy resumiendo nos menciona que una hemorragia en la decidua basal provoca la formación de un hematoma, que comprime la placenta y sus vasos y produce necrosis isquémica. Esta zona puede verse, una vez concluido el parto, como un coágulo organizado situado en una depresión cóncava en la cara materna de la placenta. Si el proceso

continúa, el hematoma puede disecar toda la placenta y puede pasar, a través de las membranas, al líquido amniótico, dándole un color rojo vinoso, o bien puede persistir la disección entre corion y decidua vera hasta el orificio cervical externo y el exterior. Desde el hematoma inicial, puede haber extravasación sanguínea hacia miometrio y superficie peritoneal (útero de Couvelaire), y pueden verse restos placentarios ricos en tromboplastina a la circulación materna y provocar una coagulación intravascular diseminada (CID). Por lo tanto, la cantidad de sangre que sale al exterior a través del orificio cervical no es fiel reflejo de la pérdida hemática total, pues se acumula en otros espacios anatómicos

### ***Diagnostico***

En la exploración.

Especuloscopia para confirmar sangrado

Tacto vaginal signo de almohadilatado placentario

Palpacion del abdomen en la PP se encontrara blanco y en la DPP estará duro.

La ecografía constituye hoy día el diagnóstico principal para la PP, con un valor predictivo positivo del 93%; sin embargo, en el DPP la ausencia de hallazgos ecográficos indicativos de desprendimiento no excluye la presencia de éste.

### ***Diagnostico***

En diagnostico diferencial de estas dos entidades debe establecerse con todas las causas que son capaces de provocar metrorragia en el tercer trimestre, entre ellas:

Rotura uterina

Rotura de vasos previos

Rotura del seno marginal de la placenta

Amenaza de parto prematuro

Otras como: Pólipos intracervicales, erosiones cervicales, cáncer de cérvix, varices vaginales, vulvares o cervicales, cuerpos extraños, hemopatías, degeneración miometrial uterina, e incluso enfermedad vesical e intestinal.

### ***Tratamiento (Conservador).***

1. Reposo en cama. Dieta absoluta, control de diuresis y perfusión intravenosa.
2. Valoración de la pérdida hemática cada 2 días, intentando mantener una hemoglobina >10 g/dl y un hematócrito > 30%. Transfundir en caso necesario.
3. Corticoides para la maduración pulmonar.
4. Control del bienestar fetal.
5. Valoración ecográfica de la placenta y del crecimiento fetal.
6. Profilaxis antibiótica si es preciso.



Placenta normal



Desprendimiento de placenta

## **Hemorragia Posparto**

La hemorragia posparto (HPP) se define como la pérdida sanguínea de 500 ml vía vaginal y 1000 ml vía cesárea o con fines clínicos, cualquier pérdida de sangre que condicione inestabilidad hemodinámica.

### ***Causas***

Trauma

Tejido (coagulos, placenta, restos placentarios)

Tono (el útero no se contrae de la manera correcta) (ATONIA UTERINA)

Se produce cuando ha tenido embarazo gemelar, Macrosomia, Parto rápido o muy lento etc..)

Trombina (Consumos de factores de la coagulación)

### ***Diagnostico***

Descartar traumas

Descartar hematomas vaginales (pueden producir execos de sangre)

Descartar restos placentarios

Descartar coagulopatías (preeclamcia, feto muerto, purpura trombocitopenia)

Descartar tono (cuando no se contrae el útero)

Se recomienda realizar de manera rutinaria estimación cuantitativa (pesar gasas, compresas, pañales y demás textiles utilizados) del sangrado posparto.

## **Tratamiento**

Iniciar con TP (analíticas de coagulopatías) para saber si hay coagulopatías

Oxígeno a la paciente para que perfunda mejor

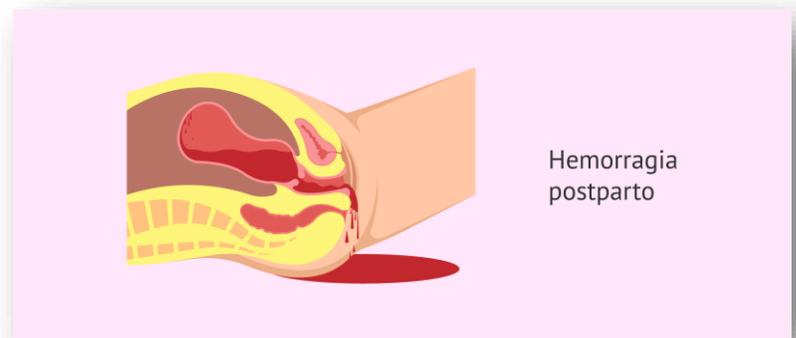
Monitorización para ver si la paciente no entre en shock

Suero terapia infusion de liquidos de volumen 3 a 1

## **Segundo Paso**

Retirar restos placentarios

Masaje uterino (bimanual)



## **Farmacológicos (oxitócicos)**

Oxitocina y carbetocina

Oxitocina : Por vía intravenosa se puede usar de 2 a 10 U.I. yo por vía intramuscular 10 U.I. tras la expulsión de la placenta.

Carbetocina: Una dosis individual intravenosa o intramuscular de 100 mcg de carbetocina administrada luego del parto del neonato

Medida agresiva:

Balon de bakril (inflar a 500ml o un poco menos) se puede dejar a 12, 24 a 36 horas

## **Bibliografía**

Dra. M. D. Maldonado del Valle. 2020

Hemorragias del tercer trimestre

SEMERGEN: 2000; 26: 192-195.

(López et al., 2021)

Guía de práctica clínica

chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-103-21/ER.pdf