



Mi Universidad

Resúmenes

Joseph Eduardo Córdova Ramírez

Resumen sobre Amenaza de aborto, Tipos de aborto y hemorragia de 3er trimestre

1er Parcial

Clínica de Ginecología y Obstetricia

Dr. Miguel de Jesús García Castillo

Medicina Humana

7mo semestre Grupo C

Comitán de Domínguez Chiapas, 18 de septiembre del 2024

AMENAZA DE ABORTO

El termino o la palabra “abortar”, se refiere a la interrupcion voluntaria o involuntariamente del embarazo antes de que el embrion pueda vivir fuera del vientre materno, a diferencia con amenaza de aborto es similar en muchos aspectos pero a la vez es muy diferente.

Amenaza de aborto se define como la presencia de sangrado transvaginal ya sea acompañado o no de dolor en la parte del abdomen o a la ausencia de dilatacion cervical antes de la semana 22 de gestacion, amenaza de aborto se divide en dos, la temprana y tardia, cuando existe un embarazo de menos de 14 semanas de gestacion nos estamos refiriendo a amenaza de aborto temprana, mientras que la tardia es la que se presentara entre la semana 14 – 22.

Hablando epidemiologicamente se menciona que la amenaza de aborto es una de las complicaciones obstetricas mas comunes con una incidencia que varia entre el 20 y 25% de los embarazos tempranos y se asocia con aumento de riesgo obstetrico como podria ser el trabajo de parto prematuro, bajo peso al nacer y rotura prematura de membranas.

Amenaza de aborto no necesariamente significa que se va a producir un aborto, existen medidas preventivas desde el cuidado en general de la mama para tener un embarazo saludable, asi como tratamientos medicos oportunos y cambios en el estilo de vida que nos podrian ayudar con la prevencion de la amenaza de parto y mucho mas beneficioso en aquellas personas con comorbilidades causantes de perdidas gestacionales tempranas.

Causas: El 50% de todos los casos se deben a anomalías cromosómicas fetales. Uno de los factores de riesgo más comunes identificados en las mujeres con perdida temprana del embarazo son: la edad materna avanzada y el antecedente de pérdida temprana del embarazo.

Clinica: Aproximadamente el 20 – 40% de las mujeres embarazadas van a presentar sangrado en el primer trimestre, dolor en el area del abdomen y la espalda

Diagnostico: Se basa en un reporte de ultrasonido que demuestre actividad cardiaca fetal, hormona gonadotropina coriónica humana cuantitativa seriada, y datos clínicos.

Tratamiento: Este debe estar enfocado en la etiología, las semanas de gestación y sintomatología, teniendo como objetivo principal evitar la pérdida de la gestación y alguna complicación para la madre. (Acido folico, reposo, cambiar estilo de vida para eliminar factores de riesgo asociados)

TIPOS DE ABORTO

El aborto se define como la terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana, contando desde el primer día de la última menstruación normal, o la expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gramos.

Existen distintos tipos de aborto los cuales son:

Aborto incompleto: Se refiere a cuando ha ocurrido una expulsión de una parte del huevo y el resto se encuentra aún en la cavidad uterina. (Restos placentarios)

- **Diagnostico:** Se basa en la presentación clínica y pruebas de imagen como Ecografía, donde podemos observar el útero de una forma blanda, grande y sin retraerse con totalidad, aunque existen muchos síntomas que pueden indicar un aborto espontáneo como lo es el sangrado vaginal persistente, dolor tipo cólico y expulsión de tejido fetal.
- **Tratamiento:** Misoprotol y mifepristona nos ayudan para inducir las contracciones uterinas y facilitar la expulsión del tejido fetal.

Aborto completo: Se define como la expulsión total del producto de la concepción y que no requiere evacuación complementaria.

- **Diagnostico:** Se diagnostica cuando se desprenden todos los tejidos del embarazo, pero podemos realizar una ecografia para verificar que el feto y la placenta hayan sido expulsados por completo.
- **Tratamiento:** En general no se necesita de una tratamiento o intervencion invasiva para este tipo de aborto, a menos que en realidad sea muy necesario el hacerlo.
- Como tratamiento conservador se le recomienda a la paciente reposo.

Aborto diferido: Se define como cuando habiendo ocurrido la muerte del producto de la concepción, no se expulsa en forma espontánea.

- **Diagnostico:** Podemos diagnosticarlo con una ecografia la cual puede mostrarnos la ausencia de la actividad cardiaca del embrion y el saco gestacional con un diámetro medio mayor o igual a 25 mm, sin saco vitelino ni polo embrionario.
- **Tratamiento:** Se basa en un Legrado uterino instrumentado (LUI) y Misoprostol para facilitar la expulsion de los restos embrionarios.

Aborto septico: Se define como una infeccion en el utero o anexos que se presentan despues de un aborto espontaneo o inducido.

Se le considera como una infeccion obstetrica grave y se deriva de una practica de aborto no seguro

- **Diagnostico:** Las primeras 24 – 48 hrs son primordiales ya que se presentan los primeros sintomas que pueden indicar un aborto septico y estos pueden ser fiebre, hipotension arterial, secrecion vaginal, sangrado vaginal, escalofrios y para diagnosticarlo podemos utilizar.
- Beta HCG – Hemograma completo y hematocrito – Leucocitos > 15,000/mm
- **Tratamiento:** Podemos utilizar una Extirpacion rapida del tejido infectado – administrar antibioticos intravenosos de amplio espectro y reanimacion con liquidos.

HEMORRAGIAS DEL 3ER TRIMESTRE.

Desprendimiento de placenta: También conocido como abrupcio placentae, se define como una complicación que ocurre cuando una placenta se separa de la pared del útero antes del parto, dando como resultado la disminución o el bloqueo de suministro de oxígeno y nutrientes para el bebé causando una fuerte hemorragia en la madre.

- Epidemiológicamente es la 2da causa de hemorragia obstétrica después de Placenta previa y a la vez tiene una morbimortalidad perinatal elevada con una alta frecuencia de recidivas.

Factores de riesgo: Tabaquismo – Consumo de cocaína – > 35 años – Multiparidad – Preeclampsia, Sx HELLP o Eclampsia.

Diagnóstico: Menciona que puede ser clínico – Si nuestra paciente se encuentra hemodinámicamente y existe bienestar fetal se corrobora el dx con Ultrasonido obstétrico – Especuloscopia

- **Tratamiento:** Reposo – Parto natural – Cesarea y Hospitalización

Placenta previa: Cuando hablamos de placenta previa nos referimos a la implantación anormal de la placenta que cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno

- **Epidemiología:** Se menciona como la primera causa de hemorragia en el tercer trimestre y el de acretismo placentario se presenta en 1 de cada 10 placentas previas
- **Clasificación:** PP baja: Grado I la placenta a 2-5 cm del OCI – PP marginal: Grado II la placenta en el OCI sin llegar a obstruirlo – PP parcial: Grado III placenta previa en el OCI puede haber una obstrucción leve – PP Completa: Grado IV placenta en el OCI provocara una obstrucción total.
- **Factores de riesgo:** Fecundación in vitro – Cesareas previas (Cicatriz uterina) – Tabaquismo – > 35 años – Multiparidad y abortos previos.

- **Cuadro clínico:** Puede presentar sangrado transvaginal indoloro (Aspecto fresco, brillante o metálico) – El feto no puede encajarse – Puede haber FCF normal sin sufrimiento fetal – Esta contraindicado el tacto vaginal.
- **Diagnostico:** Se puede llegar a confirmar a partir de las 32 SDG

Se puede empezar con exploración + Especuloscopia – Ultrasonido endovaginal (Gold estándar)

- **Tratamiento:** Se puede realizar cesarea si hay inestabilidad materna y fetal – Nifedipino (20 g Dosis única VO seguido 10 mg/8 hrs) – Betametasona – Dexametasona y Sulfato de magnesio.

HEMORRAGIA POSTPARTO

Se define como una de las complicaciones obstétricas más temidas debido a la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o 1.000 ml tras una cesárea.

Una de las causas principales se clasifican en las “4T”

Tono (Atonia uterina)

Es la causa más frecuente de hemorragia postparto, ya que es responsable del 80-90% de los casos y suele ser provocada por una sobredistensión del útero

Epidemiología

Causa más frecuente 80 – 90%

Factores de riesgo

Uso excesivo de oxitocina – Corioamnionitis – Embarazos múltiples – Polihidramnios – Macrosomía

Tratamiento

Es de mucha ayuda el masaje uterino y la administración de uterotonicos

Trauma (Lesiones del tracto genital): Es la presencia de desgarros en cuello uterino, vagina o perine

Factores de riesgo: Cesaria previa – Parto instrumentado

Tratamiento: Se basa en tratamiento quirurgico intentando reparar los desgarros o lesiones ocasionadas en el area genital de la paciente

Tejido (Retencion de tejido placentario): También es conocida como placenta retenida, Esto es una afección que ocurre cuando después del parto quedan fragmentos de placenta en el útero.

Factores de riesgo: Parto preautro – Parto despues de los 30 años de edad – Parto con fases iniciales largas – Maniobras incorrectas durante el alumbramiento

Tratamiento: Se puede realizar una extracción manual, Legrado bajo anestesia, y como tratamiento médico se puede utilizar oxitócicos o misoprostol.

Trombina (Alteraciones en la coagulacion): Es cuando se presenta un problema con la coagulacion sanguinea que conllevan amun aumento significativo en el riesgo de hemorragia durante el embarazo, parto y puerperio.

Factores de riesgo: SX Hellp – Preeclampsia y Eclampsia – Tabaco – Obesidad

Tratamiento: Transfusión sanguínea y productos derivados del plasma como plaquetas y factores de coagulacion.

Bibliografias:

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/088GER.pdf>

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/589GRR.pdf>

Williams Ginecologia y Obstetricia

