



Mi Universidad

Resúmenes

Luis Ángel Vasquez Rueda

Resúmenes ginecología

Primer parcial

Clínica de Ginecología y Obstetricia

Dr. Miguel De Jesus Garcia Castillo

Licenciatura En Medicina Humana

7mo Semestre Grupo "C"

Comitan De Domínguez, Chiapas, 18 de septiembre del 2024

AMENAZA DE ABORTO

La amenaza de aborto se define como la presencia de sangrado transvaginal, que puede estar acompañado o no de dolor abdominal, así como ausencia de dilatación cervical antes de la semana 22 de gestación.

La amenaza de aborto temprana se define cuando existe un embarazo de menos de 14 semanas de gestación. La amenaza de aborto tardía es aquella que se presenta entre la semana 14 a 22

La amenaza de aborto es una de las complicaciones obstétricas más comunes, con una incidencia que varía entre 20% y 25% de los embarazos tempranos. Se ha demostrado que se asocia con aumento de riesgo obstétrico, como el trabajo de parto prematuro, bajo peso al nacer y rotura prematura de membranas, Aproximadamente 50% de todos los casos de pérdida temprana del embarazo se deben a anomalías cromosómicas fetales. Los factores de riesgo más comunes identificados en las mujeres con pérdida temprana del embarazo son: la edad materna avanzada y el antecedente de pérdida temprana del embarazo.

La frecuencia de pérdida temprana del embarazo clínicamente reconocida para mujeres de los 20 a 30 años edad es de 9% a 17%;

esta tasa aumenta bruscamente a 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

Los síntomas de una amenaza de aborto abarcan:

- Amenorrea secundaria
- Prueba de embarazo positiva
- Presencia de vitalidad fetal
- Cólicos abdominales con o sin sangrado vaginal
- Volumen uterino acorde con amenorrea
- Sangrado vaginal durante las primeras 20 SDG

FACTORES DE RIESGO

- Crónicas
 - DM-1 descompensada
 - HTA
 - Enfermedad renal
 - Sd antifosfolípidos
 - Lupus
 - Enfermedad tiroidea
- Agudas
 - Infecciones
 - Traumatismos
- Físicas
 - Congénitas
 - Adquiridas

- Incompetencia itsmico-cervical
Exógenas
- Alcohol
- Tabaco
- Cocina
- Radiaciones

DIAGNÓSTICO

- Se puede hacer una ecografía abdominal o vaginal para verificar el desarrollo del bebé, los latidos cardíacos y la cantidad de sangrado.
- Ésta tiene la capacidad de establecer de manera rápida y exacta si un feto está vivo o no, y de predecir si un embarazo tiene posibilidades de continuar cuando

hay hemorragias. En ámbitos donde está disponible, esta capacidad ha racionalizado el cuidado de las mujeres con amenaza de aborto espontáneo en el primer trimestre de embarazo, Se realizará asimismo un examen pélvico para revisar el cuello uterino. Se pueden llevar a cabo los siguientes exámenes:

- Examen de beta GCH (cuanti-tativa) durante un período de días o semanas para confirmar si el embarazo continúa
- Conteo sanguíneo completo
- (CSC) para determinar la cantidad de pérdida de sangre
- GCH en suero para confirmar el embarazo
- Conteo de glóbulos blancos

TRATAMIENTO

La actitud debe ser expectante, a la espera de dilatación cervical o evidencia ecográfica de aborto fallido Si se establece el diagnóstico de amenaza de aborto, casi siempre se recomienda reposo en cama y reposo pélvico, aunque no se ha demostrado que alguno de ellos ayude a prevenir el aborto posterior .La amenaza de aborto está asociada con un aumento en la actividad uterina, aunque no está claro si se trata de una causa o de un efecto. En el siglo XIX se introdujo la morfina

TIPOS DE ABORTO

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

- El 75% de los abortos cromosómicamente anormales ocurrieron a las 8 semanas de gestación.
- De las anomalías cromosómicas, 95%
- Las trisomías de los cromosomas 13, 16, 18, 21 y 22 son las más comunes.
- La monosomía X (45, X) es la anomalía cromosómica específica más frecuente.
- La triploidía se asocia a menudo con la degeneración placentaria hidrópica o molar

ABORTO INCOMPLETO

Expulsión incompleta del contenido uterino, retención de tejido y ligamentos ovulares ocasiona sangrado de intensidad variable acompañada de cólicos, calambres uterinos

Diagnostico

Ecografía: se detecta útero blanduzco, grande y sin retraerse totalmente

Tratamiento

- Misoprostol: una dosis vaginal de 800 µg o una dosis de misoprostol oral o sublingual de 400 µg
- AMEU

ABORTO COMPLETO

Expulsión completa del contenido uterino, el orificio cervical se cierra posteriormente. Disminuye el sangrado uterino y dolor

Diagnostico:

el tejido expulsado, en el que se debe distinguir una gestación completa de los coágulos de sangre o un molde decidual.

ecografía transvaginal: endometrio con mínimo grosor sin un saco gestacional

ABORTO DIFERIDO

Muerte embrionaria o fetal, sin que exista expulsión durante días o semanas, No presentara sangrado, dolor, No hay modificaciones cervicales

Diagnostico:

- Ecografía transvaginal: embrión sin LCF, distorsión del saco gestacional, disminución de líquido amniótico, cérvix cerrado.

Tratamiento:

- Misoprostol: 800 µg
- LIU

ABORTO SEPTICO

Diagnostico: Antecedentes de maniobras abortivas

Signos y síntomas

- Secreción fétida
- Temperatura > 38°C
- Abdomen doloroso
- Signo de irritación peritoneal

Laboratorios

- Leucocitosis > 15,000/mm

TRATAMIENTO: ATB de amplio espectro (Antibioticoterapia: Penicilina G cristalina Cefalosporinas 1, 2 ó 3 generación, Betalactámicos, Aminoglicósidos, Metronidazol, clindamicina o cloranfenicol

ABORTO PROVOCADO

Terminación medica o quirúrgica del embarazo antes del momento de la viabilidad Fetal

Aborto terapéutico - Interrupción del embarazo por indicaciones medicas.

Aborto electivo o voluntario - Interrupción del embarazo antes de la viabilidad a petición de la mujer (sin razones medicas).

Aborto quirúrgico: Preparación preoperatoria.- Evacuación quirúrgica (cuello uterino dilatado)

Dilatadores Higroscópicos (dilatadores osmóticos)

PLACENTA PREVIA

Obstrucción parcial o completa del cuello uterino por diversos factores

Factores de riesgo: cesárea previa, multigesta, tabaquismo, edad materna >35 años, antecedentes de legrado, placenta previa en embarazo anterior

La placenta previa a menudo es asintomática y se descubre de manera incidental en la ecografía rutinaria del segundo trimestre, Por lo general, los síntomas de la placenta previa son sangrado vaginal repentino e indoloro; el sangrado puede ser abundante, lo que a veces produce choque hemorrágico. El sangrado puede ocurrir tan temprano como a las 16 semanas de edad gestacional. En algunas

pacientes, hay contracciones uterinas con el sangrado. La fuente del sangrado en la placenta previa es materna

DIAGNOSTICO: Ecografía transvaginal, la placenta previa se considera en todas las mujeres con sangrado vaginal, especialmente durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo. En presencia de placenta previa, el examen pélvico con tacto vaginal puede aumentar el sangrado y a veces provocar un sangrado masivo súbito. Por lo tanto, si se produce un sangrado vaginal después de las 20 semanas, el examen pélvico digital está contraindicado a menos que primero se haya descartado la placenta previa mediante una ecografía, se dice que el examen con espéculo es seguro.

TRATAMIENTO: Internación y actividad modificada en el primer episodio de sangrado antes de las 36 semanas, Parto o cesárea si la madre o el feto se encuentran inestables, Si la mujer está estable, parto por cesárea a las 36 a 37 6/7 semanas, Para un primer episodio (evento centinela) de sangrado vaginal antes de las 36 semanas, el tratamiento consiste en internación, actividad modificada (reposo modificado) e interrupción de la actividad sexual, que pueden causar sangrado al iniciar las contracciones. La actividad modificada implica abstenerse de cualquier actividad que aumente la presión intraabdominal durante un largo período de tiempo—p. ej., las mujeres deben evitar la posición de pie la mayor parte del día. Si el sangrado se interrumpe, en general se permite la deambulaci6n y el alta.

El parto está indicado para las siguientes causas:

- Sangrado abundante o descontrolado
- Resultados preocupantes en la monitorizaci6n fetal
- Inestabilidad hemodinámica materna

ACRETISMO PLACENTARIO

El acretismo placentario es la inserci6n anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anormalidad de la caduca verdadera con penetraci6n de las vellosidades coriales al miometrio, Es una de las principales causas de hemorragia obstétrica, principalmente del post parto inmediato, y que condiciona un importante riesgo de morbimortalidad materna, por la patología misma, como también por el tratamiento aplicado

Clasificaci6n

Existen tres variedades de adherencia anormal de la placenta:

- Placenta acreta: es la adherencia anormal de una parte o de la totalidad de la placenta a la pared uterina, sin que las vellosidades coriales penetren el miometrio.
- Placenta increta: las vellosidades coriales penetran el miometrio.
- Placenta percreta: es la penetración de los elementos coriales hasta sobrepasar la serosa del útero, pudiendo alcanzar órganos vecinos.

Factores de riesgo:

- Gestas (múltiparas de 2 a 3).
- Placenta percreta: es la penetración de los elementos coriales hasta sobrepasar la serosa del útero, pudiendo alcanzar órganos vecinos.
- Placenta previa con antecedente de cesárea (35%).
- Placenta previa con antecedente de 3 o más cesáreas (67%).
- Historia de legrado uterino (18 a 60%).
- Antecedente de extracción manual placentaria.
- Historia de retención placentaria.
- Antecedente de infección intramniótica.

DIAGNÓSTICO: Ultrasonografía. El ultrasonido es una útil herramienta para el diagnóstico de acretismo placentario así como de sus distintas variantes en el segundo y tercer trimestre del embarazo, Su uso en embarazos más tempranos aún no es concluyente, Cistoscopia: El uso de cistoscopia como método diagnóstico para placenta percreta con invasión vesical no suele estar justificado, puesto que el ultrasonido tiene una mayor sensibilidad y especificidad, *Alfa-feto proteína fetal sérica materna*. Actualmente se ha propuesto que existe una anomalía en la interfaz placenta-útero, lo cual promueve una fuga de alfa-feto proteína fetal hacia la circulación materna, *Histología*. Los criterios microscópicos para el diagnóstico de acretismo placentario es la ausencia de la decidua basal. Sin embargo su diagnóstico no resulta del todo fácil por la distorsión que ocurre en el momento del alumbramiento

TRATAMIENTO: El tratamiento universalmente aceptado es la histerectomía total abdominal. A su vez ha surgido una corriente conservadora en cuanto a dejar la placenta in situ y en algunas ocasiones empleando medicamentos para su expulsión o reabsorción.

HEMORRAGIA POST-PARTO

pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea, que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas y/o signos evidentes de hipovolemia

Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación

-Atonía uterina: es la causa más frecuente, siendo responsable del 80-90% de las HPP. Factores de riesgo: sobredistensión uterina (por gestación múltiple, hidramnios o feto macrosoma), agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran multiparidad), corioamnionitis (fiebre, RPM prolongada). Conviene recordar la premisa: Un útero vacío y contraído no sangra

-Retención de tejido placentario y/o coágulos: la salida de la placenta tiene lugar en los primeros 30 minutos tras el parto. De no ser así, podría tratarse de una placenta adherente por una implantación anormal de la misma, como pueden ser las placentas ácreta, íncreta o pércreta

-Traumas: desgarros del canal genital, rotura uterina o inversión uterina

-Alteraciones de la coagulación: coagulopatías congénitas o adquiridas durante el embarazo

Diagnóstico: suele ser evidentemente clínico, apareciendo una pérdida hemática excesiva antes del alumbramiento de la placenta (hemorragia de la tercera fase) o después (HPP verdadera) Signos: TA sistólica. Indica afección hemodinámica leve/moderada/ grave según la cifra tensional sea 100-80 80-70 y 70-50 respectivamente. Síntomas: indican hemorragia.

- Leve: debilidad, sudor, taquicardia
- Moderada: palidez, oliguria.
- Grave: shock, fallo renal con anuria, disnea, Síndrome de Seehan en el puerperio inmediato

TRATAMIENTO: Si la placenta no emerge en los 30 minutos después del parto, debe sospecharse una placenta retenida o una inserción anormal de la misma. En el primer caso se procede a una exploración manual del útero. La extracción manual de la placenta se efectúa introduciendo una mano enguantada en la cavidad uterina y controlando el fondo con la otra mano. Se sigue el cordón umbilical hasta su inserción y se identifica el borde inferior de la placenta para proceder a su separación mediante un movimiento de sierra. Cuando se ha

desprendido por completo, se tracciona de las membranas hacia el exterior mientras que con la mano situada sobre el fondo se realiza un masaje con un movimiento rotacional. Si esto no fuese suficiente y aún permaneciesen restos intracavitarios, debería realizarse un legrado. Debido al alto riesgo de perforación del útero puerperal grande y blando, deben usarse legras de gran tamaño (legra de Pinard) y si es posible bajo control ecográfico.

FARMACOS

- Oxitocina 10 U im ó 10-40 U/l en dilución. Es la terapéutica de primera elección en la actualidad
- Metilergonovina: 0,25 mg im ó 0,125 mg iv cada 5 minutos
- PG F2 alfa: 250 µg im cada 15 minutos
- PG E1 (Misoprostol): 400-600 µg vo o vía rectal

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA: F. Gary Cunningham, J. Leveno k., L. Bloom S., S. Dashe J., L. Hoffman B., M. Casey B. & Y. Spong C. (-). Williams Obstetricia. Mc Graw Hill Education. 25 Edición

Mondragón Castro, H., & Mondragón Castro, H. (1982). Obstetricia básica ilustrada (1.edición.). México: Trillas.