

# Mi Universidad

## Resumen

*Martín Mar Calderón*

*Resumen*

*Primer parcial*

*Clínica de Ginecología y Obstetricia*

*Miguel de Jesús García Castillo*

*Medicina Humana*

*7 semestre*

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

# Amenaza de aborto

## ¿Qué es?

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.



## Epidemiología

- Es una de las complicaciones obstétricas más comunes
- Incidencia de 20-25% de embarazos tempranos
- Asociado con aumento de riesgo obstétrico
- Aproximadamente 50% casos de pérdida temprana están asociados a anomalías cromosómicas
- Frecuencia de pérdida temprana en mujeres de 20-30a es de 9-17% y aumenta 20% a los 35<sup>a</sup>, 40% a los 40<sup>a</sup> y 80% a los 45 años

## Clínica

La clínica de la amenaza de aborto se caracteriza por presentar



- Sangrado durante las primeras 20-22 semanas de gestación
- Presencia o no de dolor lumbopelvico
- Cérvix cerrado

También es importante seguir un manejo adecuado de la clínica, como aplicación de una prueba de embarazo positiva, verificar la presencia de la vitalidad fetal y verificar el sangrado transvaginal.

## Factores de riesgo

Los factores de riesgo son multifactoriales, ponen el riesgo la vitalidad del producto, que muchas veces provocan un aborto, e incluso una anomalía cromosómica, los cuales los podemos clasificar como:

- Crónicas
  - DM descompensado
  - Hipertensión gestacional
  - Enfermedad renal
  - Lupus eritematoso sistémico
  - Enfermedad tiroidea
- Agudas
  - Infecciones
  - Traumatismos
- Físicas
  - Congénitas
  - Adquiridas
  - Incompetencia ístmico-cervical
- Exógenas
  - Alcohol
  - Tabaco
  - Cocaína
  - Radiaciones
- Riesgos más altos
  - Mujeres mayores de 35 años
  - Mujeres con antecedentes de abortos previos
  - Mujeres con alguna enfermedad sistémica



## Diagnostico

El diagnóstico de la amenaza de aborto principalmente se realiza de manera clínica, pero nos podemos ayudar de marcadores ultrasonograficos que predicen aborto en mujeres con viabilidad fetal confirmada.



1. Exploración de la paciente

### 2. USG

- a) Bradicardia fetal (FCF < 110 lpm entre la 6 a 14 SDG | Sen 68% y E 97%).
- b) Hematoma intrauterino sin información existente en relación al tamaño (S 17-92%, E 17-83%).
- c) Diferencia entre MGSD y LCC (S 73-88% y E 73-88%).
- d) Saco de Yolk con forma irregular, alteraciones de ecogenicidad o ausencia

3. Repetir el estudio ultrasonografico con un intervalo de 7 a 10 días.

Se recomienda realizar USG en mujeres con sospecha de amenaza de aborto, para determinar el sitio y la viabilidad del embarazo (identificar actividad cardíaca fetal, saco gestacional, saco vitelino y polo fetal). Repetir el estudio cuando exista algún marcador ultrasonográfico de mal pronóstico.

## Prevención

La prevención de la amenaza de aborto son estudios con evidencia clínica sobre acciones que se deben realizar para prevenir un aborto.

Existe evidencia sobre la ingesta deficiente de vitaminas en la dieta y el incremento de riesgo del aborto espontáneo, por lo que la ingesta de complementos con vitaminas antes o durante el embarazo temprano puede ayudar a prevenir el aborto espontáneo.

Dentro de la prevención encontramos:

- Pérdida de peso por parte de la madre



- Control prenatal adecuado identificando factores de riesgo
- Suplementos con ácido folínico
- Higiene de alimentos
- Cambiar el estilo de vida, como abandonar el tabaco, alcohol, o alguna droga.
- Suplementos de vitamina D
- Administración de inmunoglobulina humana anti D, en caso de ser necesario.

## Tratamiento

El tratamiento para la amenaza de aborto según Williams en el libro de obstetricia, menciona que, el mejor manejo es el conservador, y dejar a progresión, pero junto la guía de práctica clínica, se mencionan fármacos para evitar el aborto, como:

- Tocolíticos
  - Atropina
  - Agentes escopolaminas e hioscinas (por su actividad antiespasmódica)
  - Betas agonistas como terbutalina.
- Hormonal
- Ganodotropina Coriónica Humana (GCH) hasta la semana 12
- 17 alfa-hidroxiprogesterona después de la semana 12

Además del tratamiento farmacológico, se recomienda como punto de buena práctica, el reposo absoluto en cama, aliviar síntomas y determinar con estudios de laboratorio cambios importantes en el hematocrito.



## Tipos de aborto, diagnóstico y tratamiento

### Aborto

El aborto se define como 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.

### Aborto espontáneo

El aborto espontáneo es la terminación de la gestación antes de la semana 22, que tienen diversas causas, principalmente:

Factores fetales:

- Malformaciones congénitas
- Mala implantación
- Trisomías: 13,16,18,21 Y 22
- Monosomias
- Triploidia

Factores maternos:

- Infecciones
- Trastornos médicos
- Cáncer
- Procedimientos quirúrgicos
- Útero pobre en nutrientes

Nutricionales:

- Deficiencia de nutrientes
- Hipereémesis gravídica
- Bajo peso materno



- Obesidad materna

Factores sociales y de comportamiento:

- Abortos voluntarios
- Consumo de tabaco, alcohol, o drogas
- Traumatismos
- Café
- Toxinas ambientales
- Ocupación



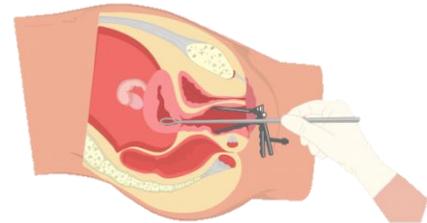
Factores paternos:

- Anomalías cromosómicas en los espermatozoides

## Clasificación

### Aborto incompleto

Es la expulsión incompleta del contenido uterino, retención de tejidos y ligamentos ovulares, que ocasiona sangrado de intensidad variable acompañado de coágulos, y calambres uterinos.



### Diagnostico:

En la ecografía se detecta útero blanduzco, grande y sin retraerse totalmente.

### Tratamiento:

- Misoprostol una dosis vaginal de 800  $\mu\text{g}$  o una dosis de misoprostol oral o sublingual de 400  $\mu\text{g}$
- AMEU

## Aborto completo

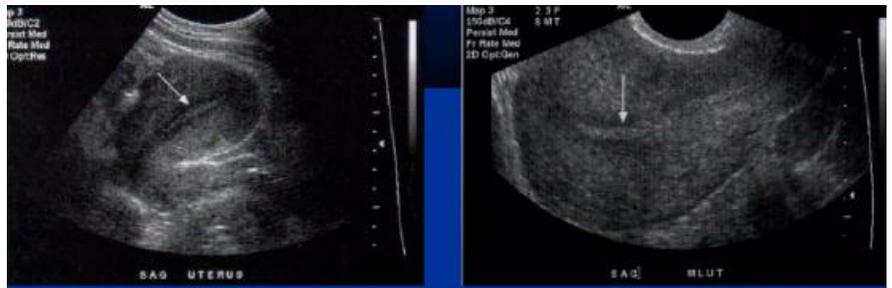
Es la expulsión completa del contenido uterino, el orificio cervical se cierra posteriormente y disminuye el dolor y el sangrado uterino.

### Diagnostico:

- Se realiza mediante la evaluación del tejido expulsado, en el que se debe distinguir una gestación completa de los coágulos de sangre o un molde decidual.
- El diagnostico también puede ser mediante ecografía transvaginal, observando endometrio con mínimo grosor sin presencia de saco gestacional.

### Tratamiento

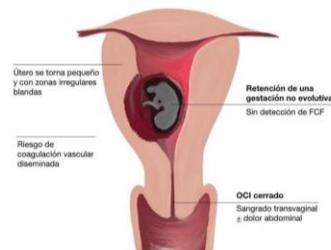
Por lo general cuando se establece el diagnostico de aborto completo, se trata algún síntoma que presente la paciente, y asegurarnos que se encuentre estable.



## Aborto diferido

Es la muerte embrionaria o fetal, sin que exista expulsión durante días o semanas, que se caracteriza por que **NO** hay presencia de:

- Dolor
- Sangrado
- Modificaciones cervicales



### **Diagnostico:**

La ecografía trasnvaginal es la herramienta principal a las 5 o 6 semanas de gestación, en donde se puede observar:

- Embrión de 1 a 2 mm adyacente al saco vitelino
- Ausencia de actividad cardiaca
- Presencia de poco líquido amniótico



### **Tratamiento:**

- Evacuación quirúrgica
- Medico: 800 microgramos de misoprostol vía vaginal

## **Aborto séptico**

Es un aborto acompañado de infección del material fetal, placentario y del endometrio.

Características:

- Fiebre  $>38^{\circ}$  C, sangrado vaginal que puede variar de leve a profuso.
- Causa común es la infección del tejido placentario o fetal después de un aborto incompleto.
- La infección se puede diseminar a estructuras cercanas al útero formando pelviperitonitis o peritonitis generalizada y septicemia.

Clasificación:

- Grado I: afecta sólo al útero
- Grado II: Afecta útero y anexos
- Grado III: Afecta pelvis y abdomen
- Grado IV: Shock séptico

### **Diagnostico:**

- 1) Antecedentes de maniobras abortivas

## 2) Signos y síntomas

- a) Secreción fétida
- b) Temperatura mayor a 38° C
- c) Abdomen doloroso
- d) Signos de irritación peritoneal

## 3) Laboratorios

- a) Leucocitosis mayor a 15,000/mm

## 4) Ecografías

- a) Descartar restos ovulares en cavidad uterina



## Tratamiento:

Quirúrgico: Legrado uterino, laparotomía o histerectomía

Antibioticoterapia: penicilina G cristalina, cefalosporinas, betalactámicos, amino glucósidos, etc.

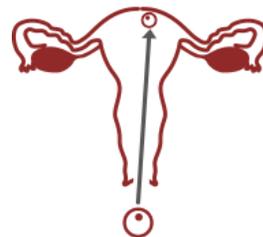
## Aborto espontáneo habitual

Se define como 3 o más pérdidas consecutivas de embarazos <20 semanas de gestación o con un peso fetal <500 g.

Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (2013) ahora define RPL como dos o más embarazos fallidos confirmados por examen ecográfico o histopatológico.

Etiología:

- Factores genéticos
- Anomalías genéticas parentales
- Síndrome de anticuerpos antifosfolípidicos
- Anomalías estructurales del útero
- Factores endocrinos



## Aborto provocado

Terminación médica 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 médicas)

Métodos:

Aborto quirúrgico: dilatadores higroscópicos laminaria (acción 12-24 hrs) Dilapam-S (Acción 4-6 hrs.)

Aborto medico:

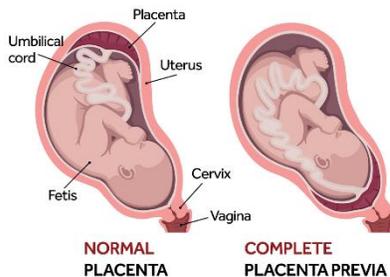
- mifepristona: 200-600mg, VO
- misoprostol: 800 microgramos VO o sublingual
- metrotexato: 50mg/m<sup>2</sup> IM



## Hemorragias del tercer trimestre

### Placenta previa

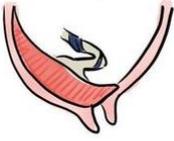
La placenta previa es una condición obstétrica en la que la placenta se implanta en la parte inferior del útero, cubriendo total o parcialmente el cuello uterino.



### Epidemiología:

- Es la causa número 1 de hemorragia del tercer trimestre
- Se presenta aproximadamente en el 0.3% al 0.5% de todos los embarazos o de 1/2000 partos.

## Clasificación:

Placenta previa	Borde placentario cubre el orificio cervical interno (OCI)	 <p>Tipo 4 Total La placenta cubre la <b>totalidad</b> del OCI</p>
Placenta de inserción baja	borde a menos de 20mm del OCI	 <p>Tipo 2 Marginal Está de 0-2 cm del OCI, pero no lo cubre</p>
Placenta normal	Borde a más de 20 mm deo OCI	 <p>Tipo 1 Placenta de implantación baja Está en el segmento inferior, pero no cubre el OCI</p>

## Factores de riesgo

- Cesáreas previas
- Aborto previo
- Edad avanzada
- Tratamiento de fertilidad
- Tabaquismo

**NO DEBE HACERSE  
NUNCA TACTO VAGINAL**



## Clínica

- Hemorragia roja, abundante y discontinua
- No hay dolor
- La sangre es color rojo **brillante**, con tendencia a la hemostasia
- La prematuridad es la mayor amenaza para el feto

## Diagnostico

- USG transvaginal (elección)

- Ecografía abdominal (segunda línea)
- Ecografía transabdominal o transvaginal es el método diagnóstico de elección, localiza la placenta y la evalúa
- Corroborar diagnóstico con USG en la 32 SDG

### Tratamiento:

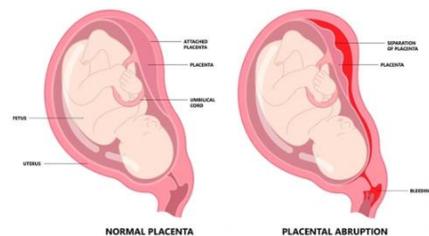
- En caso de placenta previa, que no sangre, la actitud a seguir más recomendable es dejar evolucionar.
- En caso de feto pretermino, indicar maduración pulmonar con corticoides y si el sangrado no es importante, administrar tocolíticos
  - Nifedipino (20 mg dosis única VO seguido 10 mg/8hrs)
  - Sulfato de magnesio (4 gr en 250 ml en solución fisiológica)
  - Betametasona 12 mg/24 hrs solo 2 dosis IM
  - Dexametasona 6 mg /6 hrs
- Si hay presencia de acretismo placentario, realizar cesárea.

## Desprendimiento de placenta

Abrupto placentario o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) es la separación de la placenta de la pared uterina antes del inicio del parto, en un embarazo donde la placenta está insertada en una posición normal, total o parcial.

Ocurre después de las 20 semanas de gestación y antes del parto.

- Segunda causa de hemorragia en el tercer trimestre.
- Se produce en el 0.5-1.5% de todos los embarazos.
- Primera causa de hemorragia intraparto.



- Ocurre en 1/200-300 partos

### **Etiología:**

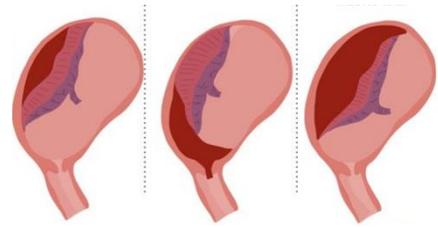
- Es poco conocida, pero se asocia a:
- Multiparidad
- Edad avanzada
- Hipertensión y preeclampsia
- Traumatismos
- Deficit nutricionales

### **Clínica:**

<b>CATEGORÍA</b>	<b>DESPRENDIMIENTO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
DESPRENDIMIENTO INCIPIENTE	Menos del 10-15%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sangrado leve o nulo</li> <li>- Dolor abdominal leve</li> <li>- Contracciones irregulares</li> </ul>
DESPRENDIMIENTO AVANZADO	Aproximadamente 15-50%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sangrado moderado</li> <li>- Dolor abdominal severo</li> <li>- Contracciones intensas</li> <li>- Sufrimiento fetal</li> </ul>
DESPRENDIMIENTO MASIVO	Más del 50%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sangrado abundante</li> <li>- Dolor abdominal intenso</li> <li>- Signos de shock materno</li> <li>- Sufrimiento fetal severo o muerte fetal</li> </ul>

## Diagnostico:

Aparte de la clínica, el método diagnóstico de elección es la **ecografía**, en la que se visualiza el **hematoma retroplacentario**.

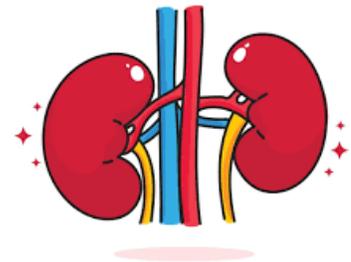


## Tratamiento:

- En general, terminar la gestación lo antes posible
- Mantenimiento de las constantes vitales
- Cruzar sangre para posible transfusión
- Estudio de coagulación
- Cesárea urgente

## Complicaciones:

- Coagulación intravascular diseminada CID
- Fracaso renal agudo
- Útero de Couvelaire
- Embolia de líquido amniótico.



## Hemorragia postparto

Se define como el sangrado que ocurre a partir de las 24 semanas de gestación y antes del parto, e incluye la pérdida de más de 500ml de sangre en el momento del parto o 1,000ml durante la cesárea.

## Clasificación:

- Hemorragia menor: 500-1000ml
- Hemorragia mayor: > 1000ml
- Hemorragia mayor moderada: 1000-2000ml

- Hemorragia mayor severa: >2000

#### Epidemiología:

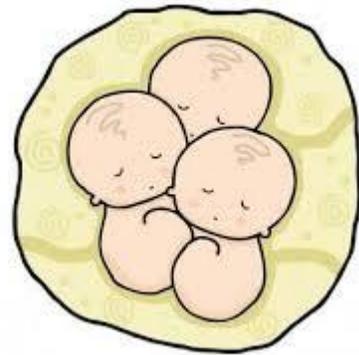
- Continúa siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial.
- Ocurre en 5% de todos los nacimientos
- Ocasiona 140,000 muertes al año, que equivalen a una mujer muerta cada 4 minutos.
- La mayoría de las muertes son en las primeras 4 horas postparto
- En 2016 ocupó el segundo lugar en muertes maternas con un 22.6%

#### Causas:

**Tono:** atonía uterina

#### Prevención:

- Oxitocina 10 UI IM
- Carbetocina 100 mcg IV
- Misoprostol 600-800 mcg VR o VS
- Ergonovina ampolla de .2mg IM
- Masaje de Brandt Andrews



#### Factores de riesgo

- Multiparidad
- Macrostomia/polihidramnios
- Embarazo múltiple
- Corioamnioitis
- Miomas intramurales

#### Tratamiento:

- Masaje bimanual enérgico
- Oxitocina 10-40 UI/1000 ml Sol. Cristaloide IV

- Misoprostol 800 mcg via rectal
- Taponamiento uterino con balón de Bakri
- Sutura hemostática de Bylinch

### **Trauma: lesión del canal de parto**

Es la lesión o ruptura del canal de parto, vulva e incluso ano, que es provocado por un feto cromosómico o un parto traumático.

Factores de riesgo:

- Nuliparidad
- Parto traumático
- Feto macroscópico
- Parto podálico

Tratamiento

- Valvas: laceración de cérvix
- Sutura: Traquelorrafia con catgut crómico



### **Inversión uterina**

La inversión uterina es la inversión del útero, que puede ser total o parcial, con etiología de retirar la placenta de una manera brusca.

Factores de riesgo: Multiparidad y antecedentes de inversión uterina principalmente

Tratamiento: reposición manual o maniobra de Jhonson



Tratamiento quirúrgico:

- Cirugía abdominal de Huntington
- Cirugía vaginal o Spinelli
- Histerectomía total

### **Tejido: Retención de restos placentarios**



la retención de restos placentarios es la tercera causa más común de hemorragia obstétrica posparto, debido a un alumbramiento prolongado.

Factores de riesgo:

- Antecedente quirúrgico
- Legrados
- APP
- Abortos
- ACRETISMO placentaria

Tratamiento:

- Legrado

- Oxitocina 20UI
- Histerectomía

### **Tiempo: alteraciones hemostáticas CID**

Trastorno hematológico adquirido en donde se encuentran activados anormalmente los mecanismos hemostáticos, caracterizándose por el alto consumo de factores pro coagulantes, así como la fase compensatoria de fibrinólisis.

Etiología:

- Accidentes obstétricos
- Eclampsia
- Feto muerto y retenido
- Reacción hemolítica intravascular

Patologías

- CID
- Trombosis focal
- Trombosis intravascular difusa

Diagnóstico clínico:

- Petequias
- Hemorragias por herida quirúrgica
- Hemorragias en sitios de venopunción
- Hematomas subcutáneos
- Hemorragia en mucosas
- Hematuria

Diagnostico paraclínico

- TP
- TTP
- Recuento plaquetario



- Frotis
- Fibrinogeno

## **Bibliografías**

- Guía de práctica clínica GPC., Instituto Mexicano del Seguro Social, unidad de atención médicas. Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico
- Manual medicina y cirugía CTO de Ginecología 2007