



Mi Universidad

Resumen

Dionicio Moreno Suchiapa

Resumen

1º parcial

Ginecología

Dr. Miguel de Jesús García Castillo

Medicina humana

AMENZA DE ABORTO

Presencia de sangrado transvaginal, que puede estar acompañado o no de dolor abdominal, ausencia de dilatación Cervical antes de la semana 22 de gestación. En una amenaza de aborto la podemos clasificar en:

- **Amenaza de aborto temprana:** Es cuando hay un embarazo de menos de 14 semanas de gestación.
- **Amenaza de aborto tardía:** Es cuando se presenta un embarazo 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 asocia a un riesgo obstétrico como el trabajo de parto prematuro, bajo peso al nacer y rotura prematura uterina.

Factores de riesgo

- Edad materna avanzada
- Antecedentes de pérdida temprana del embarazo

Prevención.

Ingesta de complementos con vitaminas antes o durante el embarazo temprano puede ayudar a prevenir el aborto espontáneo.

Apoyo de asesoramiento prenatal.

Administrar inmunoglobulina humana anti-D, en mujeres con Rh negativo

Suplementos con ácido fólico

Higiene en los alimentos

Diagnóstico.

Historia clínica

Examen físico completo : Espesculosopia para visualizar y evaluar el Cérvix para descartar cualquier otra lesión capaz de producir sangrado transvaginal.

Tratamiento

- Reposo relativo
- Abstinencia sexual.

Aborto

Terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima 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 factor predictivo más importante en un aborto es el antecedente de abortos previos; el riesgo de un aborto ira aumentado conforme a la edad de los progenitores >40 años

Etiología

Causas embrionarias, las anomalías citogenéticas es la causa más frecuente de abortos espontaneas tempranos. La trisomía es la anomalía más frecuente; la monosomía es el segundo lugar y se asocia a edad materna más joven

Factores maternos:

- Infecciones: TORCH
- Enfermedades crónicas graves
- Endocrinopatías
- Tabaco, alcohol
- Factores uterinos

Formas clínicas de aborto

Aborto en curso (inminente):

habrá una hemorragia vaginal y el dolor aumente en consecuencia de la dinámica uterina, el orificio cervical interno se dilata

Aborto completo:

Expulsión completa del contenido uterino, el orificio cervical se cierra posteriormente

Diagnostico

ecografía transvaginal: endometrio con mínimo grosor sin un saco gestacional

Aborto incompleto

Expulsión incompleta del contenido uterino, retención de tejido y ligamentos ovulares, ocasiona sangrado de intensidad variable acompañada de coágulos, 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 diferido

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

Diagnostico

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

Tratamiento

- Misoprostol: 800 µg
- LIU

Aborto séptico

Aborto acompañado de infección del material fetal, placentario y del endometrio. La causa más común es la infección del tejido placentario o fetal después de un aborto incompleto.

Cuadro clínico

- Fiebre >38°C
- Sangrado vaginal (leve a profuso)
- Abdomen doloroso
- Signo de irritación peritoneal

Grado de afección del aborto séptico:

- Grado 1: Afecta solo al utero
- Grado 2: Afecta útero y anexos
- Grado 3: Afecta pelvis y abdomen
- Grado 4: Shock séptico

Diagnostico

1.- antecedentes de maniobra abortivas

2.- Clinico

3.- Leucocitosis >15,000/mm

4.- Ecografía

Tratamiento

Antibióticos de amplio espectro

- Penicilina G cristalina
- Cefalosporinas
- Betalactámicos
- Aminoglucósidos
- Metronidazol, clindamicina o cloranfenicol

Quirúrgico

- Legrado uterino

Aborto provocado

Terminación médica o quirúrgica del embarazo antes del momento de la viabilidad fetal, embaraxos con edad menstrual <63 días, utilización de medicamentos: mifepristona (+contrctibilidad uterina), misoprostol (estimula miometrio), metotrexato (actúa sobre trofoblasto)

Placenta previa

Condición obstétrica en la que la placenta se implanta en la parte inferior del útero, cubriendo total o parcialmente el cuello uterino (el canal de parto).

La placenta previa se presenta en aproximadamente el 0.3% al 0.5% de todos los embarazos. 1° causa de hemorragia de tercer trimestre

Clasificación:

PLACENTA PREVIA

Borde placentario cubre el orificio cervical interno (OCI)

INSERCIÓN BAJA

Borde a menos de 20 mm del OCI

NORMAL

Borde a más de 20 mm del OCI

Factores de riesgo

- Cesáreas previas (cicatriz uterina)

- Aborto previo
- Edad avanzada
- Tabaquismo

Cuadro clínico

- Hemorragia rojo brillante asintomático
- Presentación fetal anormal
- Transudado amniótico

Diagnóstico

- USG transvaginal (elección)
- Ecografía abdominal (segunda línea)

Tratamiento

- 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

Abruptio placentae

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

Factores de riesgo

- Hipertensión y preeclamsia
- Traumatismo abdominal
- Tabaquismo
- Multiparidad
- Edad materna avanzada

Clínica

Desprendimiento incipiente: sangrado leve o nulo, dolor abdominal leve, contracciones irregulares

Desprendimiento avanzado: sangrado moderado, dolor abdominal severo, contracciones intensas, sufrimiento fetal

Desprendimiento masivo: Sangrado abundante, dolor abdominal intenso, signos de shock materno, sufrimiento fetal severo o muerte

HEMORRAGIA POST PARTO

La hemorragia postparto (HPP) es una de las principales causas de mortalidad materna y se define como una pérdida sanguínea de 500 ml o más tras un parto vaginal o 1000 ml o más tras una cesárea en las primeras 24 horas. Según la **Guía de Práctica Clínica (GPC)**, los aspectos clave del manejo de la HPP incluyen:

1. Etiología

Las causas de la HPP se dividen en las "4 T":

- **Tono:** Atonía uterina, responsable de la mayoría de los casos.
- **Trauma:** Lesiones en el canal del parto (desgarros, hematomas).
- **Tejido:** Retención de productos de la placenta.
- **Trombina:** Alteraciones de la coagulación.

2. Prevención

La GPC destaca la importancia de:

- **Manejo activo del alumbramiento:** Administración de uterotónicos (oxitocina) inmediatamente tras el parto, tracción controlada del cordón y masaje uterino tras la expulsión de la placenta.
- Identificación de factores de riesgo como partos múltiples, macrosomía fetal, polihidramnios, o antecedentes de HPP.

3. Diagnóstico

La evaluación clínica inmediata es clave:

- Medición cuantitativa de la pérdida de sangre.
- Examen físico para identificar posibles causas (atonía, desgarros, restos placentarios).
- Evaluación del estado hemodinámico de la paciente (signos vitales, signos de shock).

4. Tratamiento

El manejo debe ser escalonado y rápido:

- **Manejo inicial:** Masaje uterino y administración de uterotónicos (oxitocina, ergometrina, misoprostol).
- **Segunda línea:** Uso de uterotónicos adicionales, como la carboprost, o procedimientos como el taponamiento uterino con balón de Bakri.
- **Tercera línea:** Intervenciones quirúrgicas, como la ligadura de arterias uterinas, embolización o histerectomía en casos de hemorragia incontrolable.

5. Reanimación

En casos graves, se debe iniciar reanimación con líquidos intravenosos y transfusión de productos sanguíneos según sea necesario, monitorizando los signos de hipovolemia.

6. Seguimiento

La paciente debe ser monitorizada de manera estrecha durante el puerperio para detectar posibles complicaciones o recidivas.

En resumen, el manejo de la HPP basado en la GPC se enfoca en la prevención con el manejo activo del alumbramiento, un diagnóstico rápido de la causa y un tratamiento escalonado que va desde el uso de uterotónicos hasta intervenciones quirúrgicas en casos graves.

Bibliografía

- **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.***
- Diagnóstico y manejo de ANOMALÍAS EN LA INSERCIÓN PLACENTARIA y VASA PREVIA. (2011). *Guia de Practica Clínica*, www.imss.gob.mx.
- Naranjo, S. D., Rodriguez, J. R., Antolin, S. C., Perez-Villamil, A. H., & Fernandez, G. O. (2017). *MANUAL CTO DE MEDICINA y CIRUGIA/ CTO MANUAL OF MEDICINE AND*. CTO Editorial.