



Resumen

Llenifer Yaquelin García Díaz

Amenaza de aborto. Tipos de aborto. Hemorragias 3° trimestre

Parcial 1°

Clínicas complementarias de ginecología y obstetricia

Dr. Miguel de Jesús García Castillo

Licenciatura en Medicina Humana

7° semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas. A 18 de septiembre del 2024.

Amenaza de aborto

La amenaza de aborto se le define como la manifestación de sangrado transvaginal, donde no existen modificaciones cervicales y puede haber presencia o no de dolor abdominal, esto antes de la semana 22 de gestación. Podemos dividir en dos: amenaza de aborto temprano cuando es antes de la semana 14 y amenaza de aborto tardío de la semana 14 a la semana 22.

Epidemiológicamente se considera como una de las complicaciones obstétricas más comunes en la población debido a una incidencia de 25%, aunado a los posibles riesgos que pueden llegar a contemplarse como un trabajo de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, así como también riesgos en el neonato como bajo peso al nacer. Se estima alrededor de un 50% a los abortos asociados a malformaciones congénitas ya que son embarazos no viables por ser incompatibles con la vida.

Existen múltiples causas para una amenaza de aborto donde los factores de riesgo pueden prevenirse para llevar a término el embarazo, tales factores son edad materna avanzada mayor de 35 años, enfermedades infecciosas, ingesta de drogas y alcohol, problemas hormonales, diabetes no controlada y problemas relacionados a la anatomía uterina.

Ante signos como coronilla- rabadilla se le considera como embarazo no viable aquel que sea menor de 7mm y embarazo viable aquel que sea mayor de 7mm. De acuerdo al saco vitelino si es menor de 25mm no es viable y si es mayor de 25mm es viable. Existen casos donde no hay frecuencia cardiaca fetal por lo que son embarazos no viables.

La forma de prevenir una amenaza de aborto se asocia a los factores de riesgo es por ello que se indica realizar cambios en el estilo de vida para llevar en el embarazo a término. En algunos casos se puede llegar a utilizar tratamiento farmacológico con progestágenos en embarazos de reproducción asistida debido a un posible debilitamiento del cuerpo lúteo.

Tipos de aborto

Un aborto según la guía de práctica clínica se define como la pérdida espontánea o provocada de un feto antes de las 22 semanas de gestación o con un feto expulsado con peso menor de 500 gramos. Se asocia en su mayoría a anomalías genéticas.

Un aborto se manifiesta por un manchado abundante, sangrado vaginal, secreción de tejido o abundante flujo de la vagina acompañado de un dolor abdominal intenso similar a los

calambres, así como también un dolor en la espalda que va de leve a intenso. A partir de esto se torna la siguiente clasificación:

Aborto espontaneo: tipo aborto más común en la población, ocurre antes de las 22 SDG, no ocurre ningún factor intencional.

Aborto inevitable: se asocia a una dilatación del cuello uterino ya que se presentan actividad uterina con dolor tipo cólico en hipogastrio más modificaciones cervicales incompatibles con la viabilidad de la gestación así como también una hemorragia con ruptura de membranas.

Aborto incompleto: se caracteriza por una expulsión incompleta del contenido uterino debido a una retención de restos o fragmentos ovulares, se presenta con modificaciones cervicales más hemorragia uterina ya sea con o sin dolor tipo cólico en hipogastrio.

Aborto completo: se caracteriza por la expulsión total del contenido uterino sin alteraciones y este puede o no requerir de evacuación complementaria.

Aborto diferido: se caracteriza por la muerte embrionaria o fetal sin que exista expulsión durante días hasta semanas sin modificaciones cervicales, donde no hay presencia de sangrado ni dolor. Se asocia a antecedentes de amenaza de aborto, volumen uterino menor a la amenorrea, rara vez se asocia a trastornos de la coagulación. Se estima que en el ultrasonograma se presencia la ausencia de vitalidad fetal.

Aborto en evolución: el cual se caracteriza por ser consecutivo, es decir sintomático de mayor intensidad, donde el cérvix presenta grados de dilatación

Aborto séptico: se manifiesta en cualquier forma clínica de aborto donde se le añade signos como fiebre mayor de 38°, hipersensibilidad supra púbica, dolor en abdomen y pelvis en caso de movilización del cérvix y del útero; principalmente una infección intrauterina, escurrimiento intrauterino con olores fétidos además de una secreción hematopurulenta a través del cérvix + ataque al estado general.

Inmunoglobulina anti-D: se debe aplicar vacuna anti-d en caso de que el Rh de madre no sea compatible con el Rh del feto debido a los anticuerpos de la madre pueden inducir el aborto como cuerpo extraño.

Hemorragias del 3° trimestre

Placenta Previa

La placenta previa se caracteriza por situarse entre el cuello uterino y la presentación del feto. Se puede clasificar como completa, parcial de incursión baja de 20 mm y normoincorta por encima de los 20mm. Es un de la hemorragias obstétricas de mayor prevalencia con un 51.6% en la población. Dentro de sus factores de riesgo principalmente tenemos al tabaquismo, cesáreas previas de 2-3, tener antecedentes de legrados u otro procedimiento quirúrgico previo y una mala migración de la placenta.

A placenta previa se manifiesta por un sangrado transvaginal oscuro/rojo rutilante de moderado -abundante, sin alteraciones uterinas, sin presencia de dolor y con alteraciones en el estado hemodinámico. En la exploración está contraindicado el tacto vaginal, pero se puede realizar un ultrasonido endovaginal para confirmar diagnóstico o en dado caso realizar diagnóstico diferencial con acretismo placentario.

Dentro de su tratamiento se debe indicar reposo más maduración pulmonar el cual es dexametasona 6mg IM/12 horas por 4 dosis o betametasona 12mg/24 horas intramuscular por 2 dosis.

Desprendimiento de placenta

El desprendimiento de placenta normoincorta es caracterizada por la separación ya sea parcial o completa de la placenta adherida antes del parto o de la semana 20 de gestación. Donde se manifiesta por hipertoniá uterina con polisistolía contracciones mayores de 6 en 10 minutos, con presencia de sangrado oscuro no activo y escaso. Además el feto presentara datos de sufrimiento donde la madre estará estable por lo que se le indica posición decúbito lateral izquierdo.

Para su diagnóstico se realiza ultrasonido donde se observara la presencia del signo de medusa o yelfis así como también un hematoma retro placentario. En su manejo es quirúrgico con soluciones a 2/1 vías.

Las 4 T: TONO, TEJIDO, TRAUMA, TROMBINA

Atonía uterina:

La atonía uterina es la causa de hemorragia postparto más común, se caracteriza por una incapacidad uterina de encogerse una vez realizado el alumbramiento afectando la cara Duncan donde se genera sangrados excesivos los cuales deben ser controlados con la maniobra de Brandt Andrews debido a que la paciente se encuentra en estado de choque.

Se asocia a factores de riesgo como la multiparidad, polihidramnios, embarazos múltiples, miomas intramurales. Se manifiesta con útero por encima del ombligo y blando. Además del masaje se administrará solución Hartmann para la reposición de electrolitos y líquidos. Sonda de BAKRI. Ligaduras de arterias uterinas e hipogastricas.

Retención de restos placentarios

Se debe a un alumbramiento prolongado que se clasifica en espontáneo que puede durar más de 3 minutos o conducido más de 15 minutos, se asocia a factores de riesgo como legrados, acretismo placentario, abortos.

Como tratamiento legrado, oxitocina 20UI o histerectomía

Trauma lesión cervical o Vaginal:

Las hemorragias por trauma son principalmente por nuliparidad, parto traumático, feto macrosómico o parto podálico, clínicamente se manifiestan laceraciones en el cérvix.

Esto es generado por lesiones al canal vaginal, a la rotura e inversión uterina

Diagnóstico. Se realiza buscando la causa en el lugar de la hemorragia.

Se administra oxitocina 10U esta será la terapéutica de primera elección.

Trombina:

Se asocia a problemas con la coagulación debido a trastornos en el embarazo por ello es necesario la reposición de líquidos y hemoderivados.

Tratamiento:

Es necesaria la reposición de líquidos y la recuperación de cuerpos sanguíneos para poder estabilizar a la paciente y principalmente detener la hemorragia

Bibliografía:

Elizalde-Valdés, V. M., Calderón-Maldonado, A. E., García-Rillo, A., & Díaz-Flores, M. (2015). «Abruptio placentae»: morbimortalidad y resultados perinatales. *Medicina e Investigación*, 3(2), 109–115. <https://doi.org/10.1016/j.mei.2015.07.001>

(S/f). Unam.mx. Recuperado el 19 de septiembre de 2024, de <http://www.facmed.unam.mx/sg/css/GPC/SIDSS-GPC/gpc/docs/IMSS-436-11-RR.pdf>