



Mi Universidad

Resumen

Jorge Daniel Hernández González

Amenaza de aborto, hemorragia del tercer trimestre, tipos de aborto.

Parcial: 1°

Clinica de Ginecología y obstetricia

Dr. Miguel de Jesus Garcia Castillo

Licenciatura de Medicina Humana

Semestre: 6to., Grupo: C

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

Tipos de aborto

El aborto se puede definir como a la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal. La Organización Mundial de la Salud definen como el aborto a la interrupción o la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto expulsado con un peso <500 gramos.

Aborto espontaneo en el primer trimestre.

Amenaza de aborto.

La amenaza de aborto es un estado de alerta que sugiere que puede ocurrir un aborto espontaneo antes de las 20 semanas del embarazo. El sangrado vaginal en las primeras semanas de gestación es un síntoma frecuente de esta situación.

El diagnóstico de amenaza de aborto se presume cuando el flujo vaginal sangriento o el sangrado aparecen a través de un orificio cervical cerrado durante las primeras 20 semanas. Esta hemorragia al principio del embarazo debe diferenciarse de la implantación, que algunas pacientes tienen al momento de la menstruación esperada. Puede ir acompañado de molestias suprapúbicas, calambres leves, presión pélvica o dolor lumbar persistente.

El objetivo principal es el diagnóstico precoz del embarazo ectópico, y los niveles séricos cuantitativos seriados de f-hCG y la ecografía transvaginal son herramientas integrales. Debido a que estos no son 100% precisos para confirmar la muerte o ubicación del embrión temprano, a menudo son necesarias evaluaciones repetidas. Con un embarazo uterino robusto, los niveles séricos de β -hCG deben aumentar por lo menos 53 a 66% cada 48 horas.

La ecografía transvaginal se usa para localizar el embarazo y determinar la viabilidad. Si esto no se puede hacer, se diagnostica un PUL y se implementa una vigilancia en serie para las pacientes clínicamente estables.

Para el manejo de la amenaza de aborto, la observación es la norma. La analgesia basada en paracetamol ayudará a aliviar la incomodidad de los calambres.

El reposo en cama a menudo se reco-mienda, pero no mejora los resultados. Se determina el hematócrito y el tipo de sangre.

Aborto incompleto.

Un aborto incompleto es la expulsión incompleta del embrión, antes de las 10 semanas de gestación, el feto y la placenta son frecuentemente expulsados juntos, pero después de las 10 semanas se expulsan por separado. El misoprostol y el cuidado expectante están asociados con hemorragias impredecibles, y algunas pacientes se someterán a un legrado no programado. El manejo expectante del aborto incompleto espontáneo tiene tasas de fracaso que se aproximan al 25% en los ensayos aleatorios. De manera alternativa, es adecuada una dosis vaginal de 800 µg o una dosis de misoprostol oral o sublingual de 400 µg. Por último, el legrado resulta por lo general en una resolución rápida que tiene un éxito del 95 a 100%. Sin embargo, es invasivo y no es necesario para todas las pacientes.

Aborto diferido.

es la detención del embarazo sin signos de expulsión espontánea del embrión o el feto de manera inmediata.

La ecografía transvaginal es la herramienta principal.

A las 5 a 6 semanas de gestación, se puede observar un embrión de 1 a 2 mm adyacente al saco vitelino.

Como diagnóstico: La ecografía transvaginal muestra un gran saco gestacional compatible con una gestación anembrionica. Los calibradores miden la longitud uterina y el espesor anteroposterior en un plano sagital.

De manera alternativa, se consigue administrar misoprostol para acelerar la evacuación uterina. Una sola dosis de 800 µg por vía vaginal es un estándar común.

Aborto inevitable.

en una edad gestacional previsible complica 0.5% de los embarazos

Un chorro de líquido vaginal que se ve acumulado durante el examen de espéculo estéril confirma el diagnóstico. En casos sospechosos, el líquido amniótico se fermentará en un portaobjetos de microscopio o tendrá un pH >7, o se verá oligohidramnios en la ecografía.

Los antibióticos se consideran y se administran durante 7 días para prolongar la latencia. Otros temas incluyen los corticosteroides de maduración pulmonar, neuroprofilaxis con sulfato de magnesio, profilaxis antibiótica del grupo B, tocolíticos y esfuerzos de reanimación neonatal. Después de la hospitalización inicial, la paciente puede ser dada de alta a su hogar, con instrucciones para una vigilancia cuidadosa de las complicaciones hasta la viabilidad, momento en el que la readmisión es habitual.

Aborto séptico.

Los signos y síntomas del aborto séptico se presentan típicamente dentro de 24 a 48 horas después de un aborto y son similares a los de la enfermedad inflamatoria pélvica.

Su diagnóstico se puede manejar: Signos vitales y examen pélvico y abdominal, hemocultivos para guiar la antibioticoterapia, hemograma completo y otras pruebas para evaluar el estado de la paciente y ecografía

El manejo de la infección clínica incluye la administración inmediata de antibióticos de amplio espectro.

Aborto espontaneo habitual.

Afectando aproximadamente al 1% de las parejas fértiles, la pérdida habitual del embarazo. se define clásicamente como tres o más pérdidas consecutivas de embarazos <20 semanas de gestación o con un peso fetal <500 g.

Tres causas ampliamente aceptadas de RPL son anomalías cromosómicas parentales, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos y anomalías estructurales del útero.

Los abortos espontáneos son más comunes en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Hemorragias

Placenta previa.

Inserción parcial o total de la placenta sobre el segmento inferior del útero. La formación del segmento uterino inferior hace que se desprendan pequeñas partes de la placenta por lo que sangra. Dicho sangrado provoca contracciones uterinas que, a su vez, provocan más sangrado, produciéndose un círculo vicioso. La sospecha diagnóstica es por la clínica: proceso indoloro, con sangre roja y en cantidad variable de un 70-80%, mientras que en un 10-20% el sangrado se asocia a contracciones. El diagnóstico de confirmación es ecográfico. Si hemorragia severa con compromiso hemodinámico materno: fluidoterapia, hemoterapia y cesárea urgente.

Si hemorragia severa sin compromiso hemodinámico materno: fluidoterapia, hemoterapia y monitorización materna y fetal continua. Extracción fetal si > 34 sem. Traslado a CHT si \leq 34 sem. Si hemorragia moderada: extracción fetal en función de la edad gestacional (> 34-36 sem) o con demostración de madurez fetal. Si hemorragia leve: extracción fetal en semana 37. Recordar maduración pulmonar si cesárea electiva \leq 37 sem. No sangrado: la extracción fetal puede diferirse hasta la 38-39 sem.

Desprendimiento prematuro de placenta.

Es la separación de la placenta de la decidua basal antes del nacimiento fetal. Se clasifica en marginal, preplacentar (el menos frecuente) y retroplacentar (el más peligroso). Triada clínica: Dolor abdominal (60%), hipertonia uterina (50%), y sangrado vaginal (80%), habitualmente oscuro y en cantidad frecuentemente escasa, no acorde al estado clínico de la paciente, hipertonia uterina y alteración de bienestar fetal. Cardiografía normal si no hay gran desprendimiento. Ecografía: se puede observar el hematoma placentario, cuyo aspecto cambia con el tiempo del hematoma.

Plantear intento de parto vaginal si no hay compromiso materno ni hay RPBF en monitor. El parto debería durar menos de 5 horas. Manejo cuidadoso de la oxitocina pero no está contraindicada. En cualquier otro caso, extracción fetal por la vía más rápida (habitualmente, la cesárea). Si el feto está muerto, la vía del parto será, preferentemente, la vaginal, salvo que el estado clínico materno no lo permita.

Rotura uterina.

Rotura completa: solución de continuidad que afecta al miometrio y serosa uterina.

Rotura incompleta: apertura del miometrio sin solución de continuidad en la serosa uterina. Si se produce sobre una cicatriz previa se denomina dehiscencia.

Su tríada clínica es: Dolor intenso y brusco, shock materno (taquicardia y ansiedad), y palpación fácil de partes fetales.

Su diagnóstico es: La monitorización fetal se altera en el 50-70% de los casos. El dolor abdominal permanece en período intercontráctil. La analgesia epidural no camufla este proceso. En ocasiones el dolor es selectivo en la zona suprapúbica.

No se palpa la presentación vía vaginal (en los casos en que la presentación sale a la cavidad abdominal a través de la rotura uterina, no se palpa). El sangrado es variable, pero suele ser escaso, desproporcionado para la clínica de shock de la gestante.

Rotura de vasos previos.

es una entidad en la que los vasos umbilicales, situados sobre el OCI y sin la protección del tejido placentario o la gelatina de Wharton, sufren una rotura debido a un descenso brusco de la presentación fetal, habitualmente tras la amniorraxis. Su diagnóstico es amnioscopia o ecografía, se buscará con ultrasonidos, placenta bilobar o subcenturiata.

Placenta acreta.

Se trata de una implantación anómala de las vellosidades coriales, las cuales se insertan en el miometrio, debido a la ausencia de decidua basal y banda fibrinoide de Nitabuch.

se clasifica en:

- a) Placenta Ácreta: llega a la parte más interna del miometrio. Es la más frecuente con un 80%.
- b) Placenta Increta: alcanza porciones intermedias del miometrio.
- c) Placenta Pércreta: atraviesa el miometrio, llegando al peritoneo visceral.

Su diagnostico es: Clínico: retención placentaria. Imposibilidad de extracción completa de la placenta.

Como tratamiento es: la histerectomía. Ocasionalmente, se consigue con éxito el desprendimiento de una placenta ácreta conservando el útero. Si se realiza histerectomía en una placenta previa ácreta, se debe intentar incluir el cérvix.

Referencias bibliografias.

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/162GER.pdf>.

Williams obstetricia (F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno etc.) (Z-Library).pdf