



**Mi Universidad**

## **Resúmenes**

*Jeferson Enrique Ogaldes Norio*

*Amenaza de aborto, Tipos de aborto y Hemorragia 3er Trimestre*

*Parcial I*

*Clínica de Ginecología y Obstetricia*

*Miguel de Jesús García Castillo*

*Licenciatura en Medicina Humana*

*7mo Semestre*

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

## **AMENAZA DE ABORTO**

La amenaza de aborto se define como la presencia de sangrado trasvaginal, que puede estar acompañado o no de dolor abdominal, así como ausencia de dilatación cervical antes de la semana 22 de gestación según la GPC, dicho en otras palabras, es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de las 22 semanas de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión del producto.



También la amenaza de aborto tiene una clasificación la cual es la amenaza de aborto temprana se define cuando existe un embarazo de menos de 14 semanas de gestación y 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 en México, con esto se asocia con aumento de riesgo obstétrico, como el trabajo de parto prematuro, bajo peso al nacer y rotura prematura de membranas. Cabe señalar que es importante saber que la amenaza de aborto es una de las complicaciones obstétricas más frecuentes, se presenta en uno de cada cinco embarazos, de los cuales entre 3% y 16% terminará en aborto.

### **Prevención**

Por lo general para realizar la prevención en una amenaza de aborto se debe realizar, la restricción de distintas actividades del día a día, se sugiere el reposo absoluto en cama, abstención de relaciones sexuales hasta que desaparezcan los síntomas o lo autorice su médico. De igual forma también se puede hacer el uso de una inyección de progesterona para así poder aumentar los niveles hormonales.

### **Diagnostico**

Según la GPC Se sugiere en todo cuadro clínico donde sospechemos una amenaza de aborto, se debe comenzar con su historia clínica y examen físico completo. La exploración de la paciente debe incluir especuloscopia para visualizar y evaluar el

cérvix, para descartar cualquier otra lesión capaz de producir sangrado trasvaginal (eversión glandular, lesiones cervicales malignas, pólipo cervical, entre otras). También debemos mencionar que es recomendable 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), todo esto para tener para evaluar y compararlo con los marcadores ultrasonográficos que predicen aborto, los cuales son:

- Bradicardia fetal (con FCF < 110 lpm, entre la 6 a 14 SDG)
- Hematoma intrauterino, sin información existente en relación al tamaño.
- Diferencia entre MGSD y LCC
- Saco de Yolk con forma irregular, alteraciones de ecogenicidad o ausencia

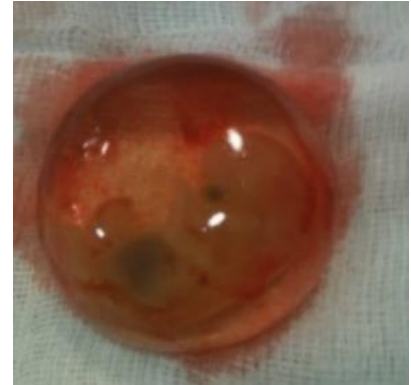
### **Tratamiento**

El tratamiento de la amenaza de aborto consiste en diferentes acciones como, identificar las causas de porque sufrió una amenaza de aborto, indicar reposo, hacer el descarte de alguna patología infecciosa, debemos de confirmar si hay viabilidad fetal, medidas seriadas de b-HGC cada 2-3 días al igual que las siguientes medidas:

- Seguimiento ecográfico trasvaginal semanal
- Uso de analgésicos
- Antiespasmódicos (butilhioscina)
- $\beta$ -agonista (terbutalina, isoxsuprina, clorhidrato de nilidrina, fenoterol y ritodrina)
- Progesterona natural 200 mg a 400 mg, cada 12 horas, hasta la semana 12 de gestación en caso de insuficiencia de cuerpo lúteo\*
- Prescripción de antibióticos en caso necesario (infección de vías urinarias y vaginales)
- Solicitar hemoclasificación

## ABORTO

Se define como la terminación espontánea o provocada de la gestación antes de las 22 semanas de gestación o expulsión del producto de la gestación con un peso menos a 500gr. Lo podemos dividir en aborto precoz que se considera cuando ocurre <12 semanas de gestación y el aborto tardío que ocurre entre la semana 12 y 22 de gestación.



### Epidemiología

Es la principal causa de hemorragias del primer trimestre, el aborto espontáneo clínico se produce en el 10-20% de los embarazos, también la tasa de aborto espontáneo es mayor en el primer trimestre, donde puede alcanzar hasta el 80% en embarazos confirmados, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que aproximadamente 73 millones de abortos inducidos ocurren anualmente en todo el mundo.

- La edad es un factor importante; las adolescentes y mujeres de entre 20 y 30 años presentan tasas más altas de abortos.
- La paridad también influye; las mujeres sin hijos tienden a tener tasas más altas de aborto inducido.

### Factores de riesgo

El factor predictivo más importante de aborto en una gestación es la existencia de aborto(s) previo(s). Es importante mencionar también los siguientes factores como:



- El riesgo de aborto aumenta con la edad de los progenitores (> 40 años).
- Historia obstétrica
  - Mujeres que han tenido abortos espontáneos previos están en mayor riesgo de experimentarlo nuevamente.

- Factores Genéticos
    - Anomalías cromosómicas
  - Factores ambientales
    - Exposición a toxinas
    - Estilo de vida (consumo de alcohol, tabaco y drogas)
  - Factores psicológicos
    - Estrés emocional (altos niveles de estrés y ansiedad)
  - Otros como
    - Obesidad y sobrepeso
    - Desnutrición
- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|  |  |  |  |
| Sobrepeso   | Estrés  | Infecciones   | Lesiones  |
|  |  |  |  |
| Caídas o accidentes   | Edad de los padres  | Embarazos ectópicos   | Anomalías uterinas  |
|  |  |  |  |
| Problemas hormonales  | Estudios invasivos en el feto   | Exposición a tóxicos ambientales  | Diabetes y problemas tiroideos  |
|  |  |  |   |
| Síndrome de anticuerpos antifosfolipídicos  | Histocompatibilidad materno fetal   | Problemas cromosómicos en el feto   |   |

## Etiología

Los factores que determinan la etiología del aborto son:

- Causas embrionarias. Las anomalías citogenéticas representan la causa más frecuente de aborto espontáneo temprano.
- Trisomía, es la anomalía más frecuente; las más habituales son las que afectan a los cromosomas 13, 16, 18, 21 Y 22.
- Monosomía X (45,XO o síndrome de Turner). Ocupa el segundo lugar y se asocia a edad materna más joven.
- Factores maternos, suelen ser abortos euploides.
  - Infecciones: TORCH
  - Enfermedades crónicas graves.

## Formas Clínicas del Aborto Espontáneo

- Aborto en curso (inevitable o inminente): aquí la hemorragia vaginal y el dolor aumentan como consecuencia de la dinámica uterina y el OOCI se dilata
- Aborto consumado completo: Ya se ha producido la expulsión total de los restos y generalmente se corresponde con <15 mm de grosor en ecografía.

- Aborto consumado incompleto: Se caracteriza por la expulsión parcial de los productos de la concepción (el útero no está vacío).
- Aborto diferido (retenido): Se refiere a la muerte en el útero del embrión o feto, con retención de la gestación por un periodo prolongado de tiempo.
- Aborto recurrente (AR): La definición de aborto recurrente clásicamente estableció el punto de corte en 3 o más abortos espontáneos.

### **Métodos Diagnósticos:**

- Ecografía: Se utiliza para confirmar la viabilidad del embarazo o detectar un aborto espontáneo. Puede mostrar la presencia o ausencia de latidos cardíacos.
- Análisis de sangre: Para evaluar los niveles de hCG (gonadotropina coriónica humana)
- Signos y Síntomas:
  - Sangrado vaginal, cólicos abdominales, y expulsión de tejido o líquido.
  - Cambios en los síntomas del embarazo, como la disminución de náuseas o sensibilidad en los senos.), que disminuyen en casos de aborto.

### **Tratamiento**

Para el tratamiento se puede optar por que sea quirúrgico o por una evacuación farmacológica, por lo que el tratamiento quirúrgico consiste en realizar un legrado por aspiración bajo anestesia general. Se debe ofrecer la evacuación quirúrgica a las mujeres que prefieren esta opción o que presenten: hemorragia intensa y persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de tejidos retenidos infectados o sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional. Para aborto incompleto se realiza legrado, prostaglandinas.

Para la evacuación farmacológica se empleará misoprostol por vía vaginal, puede ser el método de elección si la mujer desea evitar una intervención quirúrgica. Está indicada en los siguientes casos:

- Aborto incompleto con restos > 15 mm.
- Aborto diferido con embrión con CR L < 30 mm.
- Gestación anembrionada.

## Complicaciones

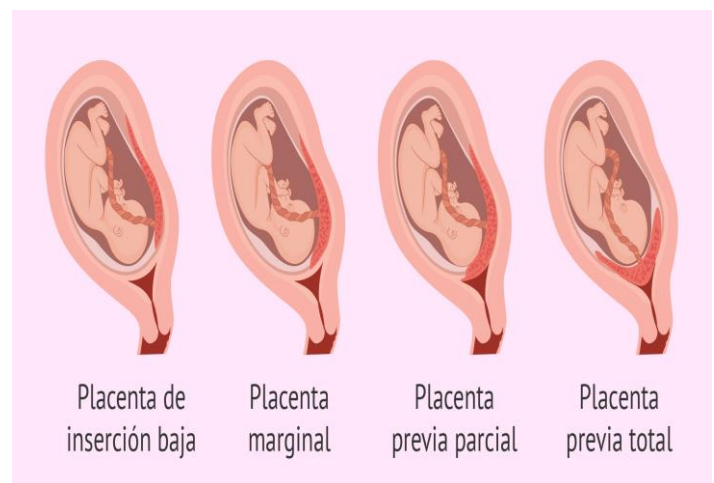
- Coagulación intravascular diseminada con fracaso renal.
- Aborto séptico. Se debe llevar a cabo legrado inmediato y tratamiento antibiótico de amplio espectro (aerobios y anaerobios). La demostración de Clostridium es indicación de histerectomía.
- Síndrome de Asherman: Se trata de sinequias uterinas poslegrado.
- Perforación uterina durante el legrado: Si hay estabilidad hemodinámica, se puede intentar un tratamiento conservador, pero si aparecen signos de gravedad o inestabilidad hemodinámica se practicará cirugía.

## HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE

### Placenta Previa

La placenta previa consiste en la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, pudiendo ocluir el orificio cervical interno, se considera como la primera causa de hemorragia del tercer trimestre. Según la relación de la placenta con el orificio cervical interno, se clasifica en los siguientes tipos:

- Oclusiva total: El OCI está totalmente cubierto por la placenta.
- Oclusiva parcial: la placenta cubre parcialmente el OCI.
- Marginal: La placenta llega al borde del OCI, pero no lo sobrepasa.
- Lateral o de inserción baja: El borde placentario se sitúa a menos de 2 cm del OCI.



## Etiología

La causa específica de la placenta previa es desconocida. Son factores favorecedores los siguientes:

- Embarazo múltiple: La placenta ocupa más volumen, lo que aumenta el riesgo de que llegue a ser previa.
- Cicatriz uterina anterior: Es el factor de riesgo más importante. La incidencia crece con el número de cesáreas previas.
- Multiparidad: La paridad y la edad avanzada (> 35 años) incrementan el riesgo de placenta previa, por un mecanismo similar a l anterior.
- Tabaquismo: Se duplica el riesgo (probablemente porque la hipoxemia conlleva una hipertrofia placentaria compensadora).
- Raza afroamericana y asiática.

## Clínica

La clínica que nos orienta a pensar en una placenta previa es la hemorragia indolora, de sangre roja brillante, con tendencia a formar coágulos es el síntoma típico. El inicio de la clínica suele tener un cese espontaneo, por lo general, se volverá a repetir y será con una mayor intensidad (es de forma discontinua y recidivante). Cabe recalcar que en esta no hay afectación fetal, aunque pueda darse en caso de que exista una hipovolemia materna secundaria a la hemorragia, en este caso la pramaturez es el mayor riesgo para el feto.



## Diagnostico

Para el diagnostico de placenta previa la ecografía transabdominal o transvaginal es el método diagnóstico de elección. Ya que gracias a la ecografía transvaginal se puede localizar la placenta y evalúa la estática fetal. UN punto muy importante que aclarar es que **No debe hacerse nunca un tacto vaginal**, a no ser que todo esté preparado para realizar una cesárea de inmediato.



## Tratamiento

Para el tratamiento se debe realizar lo siguiente:

- La placenta previa oclusiva es indicación de cesárea cuando haya madurez pulmonar fetal. No antes de la semana 38.
- En caso de feto pretérmino, la actitud será expectante. Se ingresará a la paciente, pautándose corticoides para la madurez pulmonar fetal y, si tiene contracciones y el sangrado no es importante, se pueden administrar tocolíticos.
- Si se detecta muerte fetal, debe intentarse un parto vaginal, salvo en el caso de la oclusiva total.

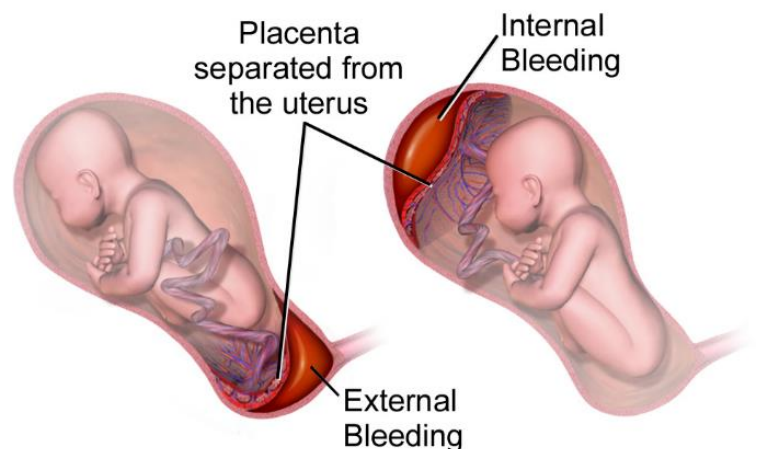
## Abruptio Placentae

Es mayormente conocido como desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta (DPPNI). Este suele ocurrir en el tercer trimestre, pero se puede ver desde la semana 20, es considerada la segunda causa de hemorragia del tercer trimestre. El desprendimiento puede ser total, parcial o sólo estar afectado el borde placentario (rotura o hemorragia del seno marginal).

## Etiología

Cabe mencionar que la ruptura de los vasos maternos de la decidua basal, suele ser la causa inmediata más habitual del DPPNI. Se sabe que influyen los siguientes aspectos:

- Trastornos hipertensivos del embarazo
- Multiparidad
- Edad >35 años
- Traumatismo abdominal
- RPM y corioamnioititis
- Déficit de ácido fólico



- Tabaco, alcohol y cocaína
- Hlpofibrinogenemia congénita

## Fisiopatología

La fisiopatología de abrupcio placentae es compleja, la placenta se desprende provocando sangrado, por ende, para disminuir la hemorragia, el miometrio se contrae y comprime las arterias espirales. Esta contracción uterina es tan intensa y generalizada que genera un dolor brusco e impide la circulación uteroplacentaria, por lo que aparece hipoxia feta l y mayor tendencia al desprendimiento.

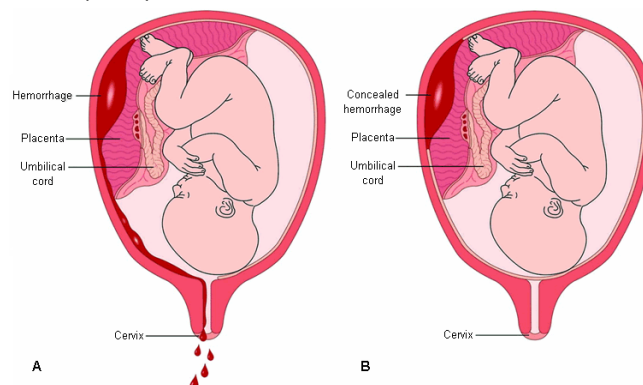
## Clínica

El cuadro clínico es muy característico y se presenta como,

- Sangrado vaginal asociado a hipertoniá y dolor abdominal a la palpación.
- A nivel materno, la repercusión puede ser variable: desde una hipotensión hasta un cuadro de shock, pero, en función del grado de desprendimiento que se produzca, puede asociarse a situaciones agudas de compromiso del bienestar fetal.
- Si se producen desprendimientos superiores al 50% de la superficie placentaria, puede llegar a producirse muerte fetal y una CID materna.

## Diagnostico

Para realizar el diagnostico, se hace mediante la clínica de la paciente y el método diagnóstico de elección es la ecografía, en esta se podrá ver el hematoma retroplacentario que supone una hemorragia materna oculta. Si el coágulo es de gran tamaño dará lugar a hipotensión y shock materno, además, el secuestro de factores de coagulación en la formación del coágulo y el paso de tromboplastina al torrente circulatorio materno podrán determinar la aparición de una coagulación intravascular diseminada (CID).



## Tratamiento

En general, el tratamiento consiste en terminar la gestación lo antes posible, contemplando, además:

- Mantener las constantes vitales maternas.
- Cruzar y reservar sangre para realizar una posible transfusión.
- Hacer un estudio de coagulación.
- Realizar reanimación fetal en caso de sufrimiento (decúbito lateral izquierdo + oxígeno, puntas nasales)

## Hemorragia Postparto

De acuerdo con la “Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia” la hemorragia postparto (HPP) se define como la pérdida sanguínea de 500 ml vía vaginal y 1000 ml vía cesárea o con fines clínicos, cualquier pérdida de sangre que condicione inestabilidad hemodinámica. También hay que mencionar que el “Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos” define la hemorragia obstétrica como pérdida acumulada de sangre mayor de 1000 ml, independientemente de la vía de resolución del embarazo (parto o cesárea).



## Epidemiología

- Durante el año 2019 se registraron 659 defunciones con una razón de mortalidad materna (RMM) de 33.4 defunciones por 100 000 nacidos vivos
- El grupo de edad con mayor RMM es el de 45 a 49 años
- Se reporta una incidencia de HPP del 0.17%, con una media de sangrado de 2088.39 ml

## Causas

### 1. Atonía Uterina

- Es la causa más común de hemorragia postparto. Ocurre cuando el útero no se contrae adecuadamente después del parto, lo que impide el cierre de los vasos sanguíneos. Existen factores de riesgo como; multiparidad, trabajo de parto prolongado, uso de medicamentos como oxitocina, y distensión uterina excesiva (por ejemplo, en embarazos múltiples o fetos grandes).

### 2. Retención de Productos de Concepción

- La retención de placenta o fragmentos de tejido placentario puede causar hemorragias. Estos restos pueden impedir la contracción del útero.

### 3. Trauma o Lesiones

- Lesiones en el canal del parto, como desgarros vaginales, perineales o cervicales, pueden resultar en hemorragias.

### 4. Coagulopatías

- Trastornos de la coagulación pueden aumentar el riesgo de hemorragia postparto.



## Diagnostico

El diagnóstico de hemorragia postparto implica una evaluación rápida y sistemática para identificar la causa y la gravedad de la hemorragia.

### 1. Historia Clínica

- Revisión de los Síntomas:
  - Preguntar sobre el momento del inicio de la hemorragia (temprana o tardía).
  - Evaluar la cantidad de sangrado (seco o continuo) y la presencia de coágulos.
- Antecedentes Obstétricos:
  - Historia de partos anteriores, complicaciones en embarazos previos, y cualquier factor de riesgo conocido (como multiparidad, cesáreas previas, etc.).

### 2. Examen Físico

- Evaluación General:
  - Controlar signos vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial) para identificar signos de shock hipovolémico.

### 3. Pruebas de Laboratorio

- Hemograma Completo
- Coagulación:
  - Pruebas para evaluar la función plaquetaria y el tiempo de coagulación (TP, TTPA) si se sospechan trastornos de la coagulación.

### 4. Imágenes Diagnósticas

- Ultrasonido
- Evaluación Radiológica

## Tratamiento

### Atonía Uterina

- Masaje bimanual del útero para estimular contracciones.
- Oxitocina: Para promover la contracción uterina.
- Carbetocina: Otra opción para la atonía uterina.
- Técnica ZEA

### Retención de Productos de Concepción

- Legrado Uterino

### Lesiones o Trauma

- Sutura de Desgarros
- Si se identifican desgarros vaginales o cervicales, es necesario suturarlos para controlar la hemorragia.

General el tratamiento quirúrgico es:

- Legrado
- Ligadura de arterias uterinas
- Histerectomía (verificar deseo reproductivo)
- Balon de bacry

## **BIBLIOGRAFIA**

- Guía de práctica clínica GPC., Instituto Mexicano del Seguro Social, unidad de atención médicas., Prevención, Diagnostico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención. Actualización 2016
- 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.
- Ginecología. y obstetricia. Manual CTO. Ginecología. y obstetricia. 11.<sup>a</sup> edición.