



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Ángel Yahir Olán Ramos

Parcial : I ro

Nombre de la Materia: Ginecología y obstetricia.

Nombre del profesor: Garcia Castillo Miguel De Jesús.

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana.

7mo Semestre Grupo C

Amenaza de aborto

La amenaza de aborto es una complicación del embarazo que se caracteriza por la posibilidad de que ocurra una pérdida del embarazo durante las primeras 20 semanas de gestación. Es un término médico utilizado cuando hay signos y síntomas que indican que existe un riesgo de aborto espontáneo, pero el embarazo aún no se ha perdido.

-Causas principales de amenaza de aborto-

1. Problemas cromosómicos: La causa más común de un aborto espontáneo es la presencia de anomalías cromosómicas en el embrión o feto, lo que hace que el embarazo no sea viable.
2. Problemas anatómicos del útero: La forma del útero, la presencia de fibromas o una incompetencia cervical pueden aumentar el riesgo de amenaza de aborto.
3. Infecciones: Ciertas infecciones virales o bacterianas, como la toxoplasmosis, la listeriosis o infecciones de transmisión sexual, pueden desencadenar una amenaza de aborto.
4. Trastornos endocrinos: Problemas hormonales, como el hipotiroidismo, diabetes no controlada o deficiencia de progesterona, también están asociados con la amenaza de aborto.
5. Factores inmunológicos: Alteraciones en el sistema inmunitario que provocan que el cuerpo rechace el embarazo, como en el caso del síndrome antifosfolípido.
6. Factores externos: El consumo de alcohol, tabaco, drogas, el estrés extremo o el contacto con ciertos productos químicos pueden aumentar el riesgo.

Amenaza de aborto

-Síntomas principales de la amenaza de aborto-

1. Sangrado vaginal: El síntoma más común es el sangrado leve a moderado, que puede variar en cantidad y frecuencia.
2. Dolor abdominal o lumbar: Dolor o calambres en la parte baja del abdomen o en la zona lumbar, a veces acompañados de sensación de presión en el útero.
3. Expulsión de tejido: En algunos casos, puede haber expulsión de pequeños coágulos de sangre o tejido, lo que indica un riesgo mayor de pérdida del embarazo.
4. Disminución de síntomas del embarazo: Aunque menos frecuente, una disminución súbita de síntomas como náuseas o sensibilidad en los senos puede acompañar una amenaza de aborto.

-Diagnóstico-

El diagnóstico de la amenaza de aborto se basa en una combinación de la evaluación clínica, los síntomas del paciente y pruebas médicas:

- Examen físico: Un examen pélvico permite evaluar la cantidad de sangrado, el estado del cuello uterino y la presencia de dolor.
- Ultrasonido: El ultrasonido transvaginal se utiliza para verificar la vitalidad del embrión, el latido cardíaco y la ubicación del saco gestacional, además de descartar otras causas de sangrado.
- Análisis de sangre: Se miden los niveles de hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) y progesterona para evaluar si están dentro de los niveles normales para la etapa del embarazo.

-Tratamiento-

El tratamiento para la amenaza de aborto varía según la causa subyacente y la gravedad de los síntomas:

1. Reposo relativo: En muchos casos, se recomienda reposo en cama o limitar las actividades físicas, especialmente si hay sangrado o dolor.
2. Suplementación de progesterona: Si se detecta una deficiencia hormonal, a menudo se administra progesterona para ayudar a mantener el embarazo.
3. Tratamiento de infecciones: Si se sospecha una infección, se pueden prescribir antibióticos o antivirales, según el tipo de infección identificada.
4. Monitoreo constante: Se requiere seguimiento médico regular, con ecografías y análisis de sangre periódicos, para monitorear el desarrollo del embarazo.

Amenaza de aborto

-Pronóstico-

La amenaza de aborto no siempre resulta en una pérdida del embarazo. De hecho, en muchos casos, con el cuidado adecuado y sin complicaciones adicionales, el embarazo puede continuar hasta término. Sin embargo, la presencia de síntomas graves como sangrado abundante o la dilatación cervical sin membranas visibles puede indicar un mayor riesgo de aborto inminente.

-Prevención-

Aunque algunas causas de la amenaza de aborto, como las anomalías cromosómicas, no pueden prevenirse, existen medidas que pueden reducir el riesgo:

1. Mantener un control prenatal temprano y regular.
2. Evitar el consumo de sustancias nocivas como alcohol, tabaco y drogas.
3. Manejar adecuadamente condiciones preexistentes como la diabetes o problemas tiroideos.
4. Evitar esfuerzos físicos intensos y reducir el estrés durante el embarazo.

En resumen, la amenaza de aborto es una condición preocupante pero no necesariamente definitiva. Con el diagnóstico temprano y un manejo adecuado, muchos embarazos pueden seguir de manera normal.

BIBLIOGRAFÍAS:

1. Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., ... & Sheffield, J. S. (2018). Williams obstetrics (25.^a ed.). McGraw-Hill Education.
2. Speroff, L., & Fritz, M. A. (2005). Clinical gynecologic endocrinology and infertility (8.^a ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2016). The management of early pregnancy loss (Green-top Guideline No.

Tipos de aborto, diagnóstico y tratamiento

En el libro Williams Obstetrics (25ª edición), se describe el aborto espontáneo como la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación. Este es un proceso multifactorial y se clasifica en diferentes tipos. A continuación, se resumen los tipos de aborto, su diagnóstico y su tratamiento de acuerdo con la información proporcionada por Williams Obstetrics:

-Tipos de aborto-

1. Aborto temprano:

- Ocurre antes de las 12 semanas de gestación.
- Es el tipo más común y suele estar relacionado con anomalías cromosómicas, infecciones o problemas hormonales.

2. Aborto tardío:

- Ocurre entre las 12 y 20 semanas de gestación.
- Generalmente está relacionado con problemas anatómicos del útero, incompetencia cervical o infecciones maternas.

3. Aborto espontáneo completo:

- Todo el contenido uterino (incluido el feto y el tejido placentario) se expulsa sin necesidad de intervención adicional.
- Por lo general, no requiere tratamiento médico después de la expulsión.

4. Aborto espontáneo incompleto:

- Parte del tejido gestacional permanece en el útero.
- Puede causar sangrado continuo y requiere intervención médica para eliminar los restos retenidos.

5. Aborto diferido (aborto retenido):

- El embrión o el feto ha muerto, pero no ha sido expulsado del útero.
- Suele diagnosticarse mediante ecografía, donde no se detecta actividad cardíaca fetal.

6. Aborto séptico:

- Se produce cuando una infección invade el útero tras un aborto espontáneo o inducido.
- Puede provocar fiebre, dolor abdominal y secreción vaginal fétida, y es una emergencia médica que requiere tratamiento inmediato.

7. Aborto habitual (recurrente):

- Se define como la pérdida de tres o más embarazos consecutivos antes de las 20 semanas de gestación.
- Sus causas son variadas, desde factores inmunológicos hasta anomalías anatómicas o genéticas.

Tipos de aborto, diagnóstico y tratamiento

-Diagnóstico-

El diagnóstico de los diferentes tipos de aborto se realiza a través de:

1. Historia clínica:

- Los síntomas típicos incluyen sangrado vaginal, dolor abdominal y la expulsión de tejido gestacional.

2. Examen físico:

- Un examen pélvico se realiza para evaluar la dilatación cervical y la cantidad de sangrado.

3. Ecografía transvaginal:

- Es el método más preciso para diagnosticar el aborto. Permite visualizar el saco gestacional, el embrión y confirmar la presencia o ausencia de latido cardíaco fetal.
- En el caso de un aborto retenido, la ecografía mostrará un embrión sin actividad cardíaca.

4. Niveles de hCG en sangre:

- La hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) disminuye en casos de aborto espontáneo, y su medición en suero ayuda a confirmar la pérdida del embarazo.

5. Estudios complementarios:

- En casos de abortos recurrentes o sépticos, se pueden realizar cultivos bacterianos, análisis genéticos y estudios inmunológicos para determinar la causa subyacente.

-Tratamiento-

El tratamiento del aborto depende del tipo y la evolución del mismo. Los enfoques principales incluyen:

1. Expectante:

- En casos de aborto espontáneo completo o diferido, el manejo expectante (esperar a que el cuerpo expulse naturalmente el tejido gestacional) puede ser una opción. Se realiza un seguimiento cuidadoso con ecografía y análisis de sangre para asegurarse de que no queden restos en el útero.

2. Médico:

- Se utilizan medicamentos como el misoprostol (un agente uterotónico) para promover la expulsión del tejido gestacional en abortos incompletos o diferidos.
- El misoprostol es eficaz para completar el aborto en la mayoría de los casos y evita la necesidad de intervención quirúrgica.
- En algunos casos, se administra mifepristona, un antagonista de la progesterona, seguido de misoprostol para aumentar la eficacia del tratamiento.

Tipos de aborto, diagnóstico y tratamiento

3. Quirúrgico:

- El legrado por aspiración o dilatación y curetaje (D&C) es necesario si el manejo médico falla o si hay complicaciones, como sangrado excesivo o infección.
- Es un procedimiento en el que se dilata el cuello uterino y se extrae el contenido uterino utilizando succión o curetas.

4. Tratamiento del aborto séptico:

- El aborto séptico requiere una intervención agresiva con antibióticos intravenosos de amplio espectro y evacuación inmediata del útero mediante aspiración o curetaje.
- Es crucial estabilizar a la paciente con líquidos intravenosos y vigilancia constante debido al riesgo de sepsis generalizada.

5. Manejo del aborto habitual:

- En casos de abortos recurrentes, el tratamiento se basa en la causa subyacente. Por ejemplo, si se identifica incompetencia cervical, se puede realizar una cerclaje cervical para prevenir futuros abortos.
- Los trastornos inmunológicos, como el síndrome antifosfolípido, pueden tratarse con anticoagulantes y aspirina durante el embarazo.

-Pronóstico-

El pronóstico de los casos de aborto espontáneo varía según la causa. La mayoría de las mujeres que sufren un aborto espontáneo aislado tienen un buen pronóstico para futuros embarazos. Sin embargo, en casos de aborto recurrente o séptico, se necesita un manejo más especializado para mejorar los resultados futuros.

BIBLIOGRAFIA

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2018). Williams obstetrics (25.^a ed.). McGraw-Hill Education.

Resumen de hemorragias del 3er trimestre

En Williams Obstetrics, las hemorragias del tercer trimestre son complicaciones graves que requieren atención médica inmediata. Las principales causas incluyen placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y rotura uterina, aunque también hay otras posibles etiologías. A continuación, se ofrece un resumen detallado de las causas, diagnóstico y tratamiento de estas hemorragias.

Principales causas de hemorragia en el tercer trimestre

1. Placenta previa:

- Ocurre cuando la placenta se implanta en la parte baja del útero, cubriendo total o parcialmente el orificio cervical interno.
- A medida que el cuello uterino se dilata y se adelgaza en el tercer trimestre, la placenta puede desprenderse y causar hemorragia.

Tipos de placenta previa:

- **Total:** La placenta cubre completamente el orificio cervical interno.
- **Parcial:** La placenta cubre parcialmente el orificio.
- **Marginal:** La placenta se encuentra justo en el borde del orificio cervical.

Síntomas:

- Sangrado vaginal indoloro de inicio súbito, típicamente en el tercer trimestre.
- La hemorragia puede ser intermitente y variar en cantidad.

Diagnóstico:

- Se **diagnostica** mediante ultrasonido transabdominal o transvaginal, que muestra la ubicación anormal de la placenta.

Tratamiento:

- El manejo depende de la cantidad de sangrado, la edad gestacional y el bienestar fetal.
- Si el sangrado es leve y el embarazo no está a término, se puede optar por manejo expectante con reposo y hospitalización para observación.
- En casos de sangrado grave o cuando el embarazo ha alcanzado las 36-37 semanas, se suele recomendar la cesárea como vía de parto.

Resumen de hemorragias del 3er trimestre →

2. Desprendimiento prematuro de placenta (abruptio placentae):

- Es la separación prematura de una placenta normalmente implantada antes del nacimiento del bebé.
- Se asocia con hipertensión materna, trauma abdominal, consumo de tabaco y cocaína, entre otros factores.

Síntomas:

- Sangrado vaginal oscuro y doloroso, acompañado de dolor abdominal intenso y contracciones uterinas.
- El útero puede estar rígido o sensible al tacto.

Diagnóstico:

- Se sospecha clínicamente basado en los síntomas y el examen físico.
- El ultrasonido puede ayudar, pero no siempre es concluyente, ya que en algunos casos la sangre queda atrapada detrás de la placenta y no es visible externamente.

Tratamiento:

- Depende de la severidad del desprendimiento y la edad gestacional.
- Si el feto está en peligro o el sangrado es severo, se realiza una cesárea de emergencia.
- Si el desprendimiento es leve y el feto está estable, el manejo puede ser conservador con monitoreo cuidadoso en un hospital.

3. Rotura uterina:

- Es una complicación extremadamente grave y poco frecuente, en la que el útero se desgarrar, lo que pone en riesgo la vida de la madre y el feto.
- Suele ocurrir en mujeres con cicatrices uterinas previas, como de cesáreas anteriores o cirugía uterina.

Síntomas:

- Dolor abdominal agudo y súbito.
- Sangrado vaginal, signos de shock (hipotensión, taquicardia), y pérdida de los latidos cardíacos fetales.
- Se puede palpar el feto fuera del útero en casos graves.

Diagnóstico:

- Es principalmente clínico, basado en los síntomas y antecedentes de la paciente.
- Una ecografía puede ayudar, pero la confirmación suele realizarse durante una laparotomía de emergencia.

Tratamiento:

- La rotura uterina requiere cirugía de emergencia (laparotomía) para reparar el útero o, en algunos casos, realizar una histerectomía si la rotura es extensa.
- El parto inmediato es necesario para salvar al feto.

Resumen de hemorragias del 3er trimestre →

Otras causas de hemorragia en el tercer trimestre

1. Vasa previa:

- Ocurre cuando los vasos sanguíneos del cordón umbilical cruzan o están cerca del orificio cervical interno, sin la protección adecuada de la placenta o del cordón.
- El sangrado se produce cuando estos vasos se rompen al comienzo del parto o con la ruptura de las membranas.

Diagnóstico:

- Se puede diagnosticar mediante ultrasonido con Doppler.

Tratamiento:

- Si se diagnostica antes del parto, se programa una cesárea a las 35-36 semanas para evitar la ruptura de los vasos durante el trabajo de parto.

2. Ruptura de senos marginales o velamentosos:

- Es una fuente poco común de sangrado, causada por la rotura de pequeños vasos en la periferia de la placenta.

Diagnóstico general de la hemorragia en el tercer trimestre

El diagnóstico de la hemorragia en el tercer trimestre comienza con una evaluación clínica detallada, que incluye:

1. Historia clínica y examen físico:

- Determinar la cantidad y características del sangrado, los antecedentes obstétricos y la presencia de dolor o contracciones.

2. Ultrasonido:

- Es la herramienta principal para evaluar la ubicación de la placenta y detectar complicaciones como la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta o la vasa previa.

3. Monitoreo fetal:

- Se realiza para evaluar la salud del feto y detectar cualquier signo de sufrimiento

4. Laboratorios:

- Los análisis de sangre pueden incluir un hemograma completo, pruebas de coagulación y el tipo de sangre en caso de que se necesiten transfusiones.

Resumen de hemorragias del 3er trimestre →

Tratamiento general de la hemorragia del tercer trimestre

1. **Estabilización materna:**

- La prioridad es estabilizar a la madre con líquidos intravenosos, transfusiones de sangre si es necesario y monitoreo constante de los signos vitales.

2. **Monitoreo fetal:**

- El bienestar fetal se controla continuamente para detectar cualquier signo de sufrimiento que requiera intervención inmediata.

3. **Decisión sobre la vía del parto:**

- Si el embarazo está cerca del término (generalmente 36-37 semanas) o si el feto o la madre están en peligro, el parto por cesárea es la opción más común.

- En algunos casos, si el sangrado es leve y el feto no está en peligro, se puede optar por un manejo expectante con reposo en cama y monitoreo constante.

4. **Cesárea de emergencia:**

- Es necesaria en casos de desprendimiento prematuro de placenta grave, rotura uterina o vasa previa cuando hay compromiso fetal o materno.

Pronóstico

El pronóstico de la hemorragia en el tercer trimestre depende de la causa, la cantidad de sangrado, la rapidez del diagnóstico y el tratamiento. Con atención médica adecuada, muchas de estas complicaciones pueden manejarse eficazmente, pero en algunos casos pueden ocurrir complicaciones graves para la madre y el feto, como hipoxia fetal, parto prematuro o incluso mortalidad.

BIBLIOGRAFIA

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2018). Williams obstetrics (25.^a ed.). McGraw-Hill Education.