



Mi Universidad

Resúmenes

Wilder Bossuet Ramírez Vázquez

Resumen temas primera unidad

1er Parcial

Clínicas de Ginecología y Obstetricia

Dr. Miguel de Jesús García Castillo

Licenciatura en Medicina Humana

7mo Semestre

18 de Septiembre del 2024, Comitán de Domínguez Chiapas

Amenaza de Aborto

La amenaza de aborto se define como la presencia de sangrado transvaginal que puede estar acompañado o no de dolor abdominal, así como ausencia de dilatación cervical antes de la semana 22 de gestación, la amenaza de aborto temprana se define cuando existe un embarazo de menos de 14 semanas de gestación. 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 20.5 y 25% de los embarazos tempranos. Se ha demostrado que se asocia con aumento de riesgo obstétrico, como el trabajo de parto prematuro, bajo peso al nacer y rotura prematura de membranas. El sangrado vaginal durante las primeras 20 a 22 semanas de gestación, con o sin dolor lumbopélvico y cérvix cerrado, se conoce como amenaza de aborto involuntario. Esto se puede presentar en forma de manchas de sangre al choque potencialmente fatal. Una vez que la dilatación del cuello uterino ha comenzado el aborto involuntario es inevitable. Se recomienda 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) Repetir el estudio cuando exista algún marcador ultrasonográfico de mal pronóstico. Los tocolítics o relajantes musculares uterinos han sido evaluados por su papel en el tratamiento de la amenaza de aborto. La presencia de la actividad uterina ha sido propuesta como un contribuyente potencial al riesgo de amenaza de aborto, por lo tanto, la relajación de las células del músculo liso uterino potencialmente reducirá la mortalidad uterina y el riesgo de progresión al aborto inevitable. Los tocolítics que han sido evaluados incluyen la atropina, agentes escopolaminas y hioscinas (por su actividad antiespasmódica) y betas agonistas (terbutalina, entre otros). Se sugiere el reposo absoluto, hasta 48 horas, tras el cese del sangrado, suplementar con ácido fólico, uso de sedante, el tratamiento hormonal con la administración

Aborto

El aborto es la interrupción de la gestación antes de la semana 22

- **Aborto Precoz: Ocurre antes de las 12 semanas (85%)**
- **Aborto Tardío: Ocurre entre las 12 y las 22 semanas.**

Incidencia: Es la principal causa de hemorragias del primer trimestre. El aborto espontáneo clínico se produce en el 10- 20% de los embarazos.

Factores de Riesgo:

El factor predictivo más importante de aborto en una gestación es la existencia de aborto (s) previo (s).

El riesgo de aborto aumenta con la edad de los progenitores (> 40 años).

Etiología:

Los factores que determinan la etiología del aborto son:

- Causas embrionarias: Las anomalías citogenéticas representan la causa más frecuente de aborto espontáneo temprano. El 50-60% de los embriones o fetos abortados espontáneamente en las primeras semanas del embarazo contienen anomalías cromosómicas.
- Trisomía: Es la anomalía más frecuente. Las más habituales son las que afectan a los cromosomas 13, 16, 18, 21 y 22. La más rara es la trisomía que afecta al cromosoma 1.
- Monosomía X: (45, X0 o síndrome de Turner). Ocupa el segundo lugar y se asocia a edad materna más joven.

Factores maternos: Suelen ser abortos euploides

- Infecciones: TORCH (Toxoplasmosis, sífilis, rubeola, citomegalovirus, herpes simple).
- Enfermedades crónicas graves
- Endocrinopatías (diabetes mellitus no controlada, hipotiroidismo, deficiencia de progesterona por insuficiencia del cuerpo lúteo).
- Desnutrición grave

- Tabaco, alcohol
- Toxinas ambientales

Clasificación de aborto:

- **Aborto Incompleto:** Expulsión incompleta del contenido uterino, retención de tejido y ligamentos ovulares.
Diagnóstico: Ecografía
Tratamiento: Misoprostol una dosis vaginal de 800 Ug o una dosis de misoprostol oral o sublingual de 400 Ug , AMEU.
- **Aborto Completo:** Expulsión completa del contenido uterino, el orificio cervical se cierra posteriormente. Disminuye el sangrado uterino y dolor.
- **Aborto Diferido:** Muerte embrionaria o fetal sin que exista expulsión durante días o semanas, no presenta sangrado, dolor, no hay modificaciones cervicales.
Diagnostico: Ecografía transvaginal, cérvix cerrado
Tratamiento: Misoprostol 800 Ug, LUI
- **Aborto Séptico:** Causa gran (-) , infección del tejido placentario o fetal después de un aborto incompleto, grado 1 : Afecta solo al útero, grado 2. Afecta útero y anexos, grado 3: Afecta pelvis y abdomen, grado 4: Shock séptico.
Diagnostico: Signos y síntomas, laboratorios leucocitosis > 15,000/ mm, ecografías descartar restos ovulares en cavidad uterina.
Tratamiento: Antibióticos de amplio espectro (clindamicina, levofloxacino, metronidazol. Legrado uterino, histerectomía, inmunoglobulina anti- D Administrar anti- Rho (D) con 300 Ug por vía intramuscular para todas las edades gestacionales.
- **Aborto Espontaneo Habitual:** Etiología, anomalías cromosómicas parentales, sx de anticuerpos antifosfolipídicos, anomalías estructurales del útero.
- **Aborto Provocado:** Terminación médica o quirúrgica del embarazo antes del momento de la viabilidad fetal.
- **Aborto Terapéutico:** Interrupción del embarazo por indicaciones médicas.

- **Aborto electivo o voluntario:** Interrupción del embarazo antes de la viabilidad a petición de la mujer (sin razones médicas).

Placenta Previa

La placenta previa es la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, pudiendo ocluir el orificio cervical interno. Es 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
- Oclusión 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, dado que la placenta, al no poder anidar sobre la cicatriz, “busca” asiento en otras regiones, llegando hasta niveles más bajos de la cavidad uterina.
- Multiparidad: La paridad y la edad avanzada (>35 años) incrementan el riesgo de placenta previa, por un mecanismo similar al anterior.
- Tabaquismo: Se duplica el riesgo porque la hipoxemia conlleva a una hipertrofia placentaria compensadora.
- Raza afroamericana y asiática

Clínica

La hemorragia indolora, de sangre roja brillante, con tendencia a formar coágulos es el síntoma típico de la placenta previa.

De inicio suele cesar espontáneamente, pero, por lo general, se repetirá y con mayor intensidad (discontinua y recidivante). No existe afectación fetal a no ser que aparezca

hipovolemia materna secundaria a la hemorragia. La prematuridad es la mayor amenaza para el feto.

Diagnostico

La ecografía tras abdominal o transvaginal es el método diagnostico de elección. Localiza la placenta y evalúa la estática fetal. No debe hacerse nunca tacto vaginal, a no ser que este todo preparado para realizar una cesárea de inmediato.

Diagnostico Diferencial:

El diagnostico diferencial mas importante de la hemorragia por placenta previa se realiza con el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI o abruptio placentae), Pero no se debe olvidar otras entidades, como la rotura uterina y la rotura de vasos previos, que son causas de hemorragia del tercer trimestre.

Tratamiento:

La placenta previa oclusiva es indicación de cesárea cuando haya maduración pulmonar fetal. No antes de la semana 38. Cuando es placenta previa marginal o de inserción baja, y no existe sangrado, la actitud a seguir mas recomendable es dejar evolucionar el parto espontaneo, 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 puede administrar tocolíticos. No obstante, si a pesar de ser el feto pretérmino, la hemorragia es muy abundante o hay signos de sufrimiento fetal, se realizará una cesárea urgente. Será necesaria la neuro protección fetal con sulfato de magnesio según las pautas y protocolos específicos, si se detecta muerte fetal, debe intentarse un parto vaginal, salvo en el caso de la oclusiva total. En el caso de una gestante Rh (-) en el primer episodio de sangrado, se debe realizar profilaxis de isoimmunización con gammaglobulina anti-D

Complicaciones:

Es frecuente la hemorragia posparto, ya que en el segmento inferior es más difícil conseguir la hemostasia. En casos de placenta previa en pacientes con antecedente de cesárea anterior debe considerarse la posibilidad de acretismo placentario:

- **Placenta Acreta (Total o parcial):** La placenta no se inserta sobre el endometrio, si no sobre el miometrio, por suficiente decidualización del primero. La incidencia es baja. Predisponen para esta alteración : la multiparidad, la placenta previa, los legrados, la cirugía previa, los miomas, el tratamiento consiste en realizar masaje uterino, intentar la extracción manual, practicar legrado y si no se consigue el desprendimiento realizar histerectomía.
- **Placenta increta:** La placenta no solo se inserta sobre el miometrio si no que penetra en él.
- **Placenta percreta:** La placenta atraviesa el endometrio, el miometrio y alcanza la serosa peritoneal, pudiendo afectar a órganos vecinos.

Abruptio Placentae

Es aquella patología donde el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta (DPPNI). Suele ocurrir en el tercer trimestre, pero se puede ver desde la semana 20.

Es la segunda causa de hemorragia del tercer trimestre. El desprendimiento puede ser total, parcial o solo estar afectado el borde placentario (rotura o hemorragia del seno marginal).

Etiología

La ruptura de los vasos maternos de la decidua basal suele ser la causa inmediata mas habitual del DPPNI. Se sabe que influye los siguientes aspectos:

- Trastornos hipertensivos del embarazo, HTA crónica, antecedentes de DPPNI, preeclampsia o CIR.
- Multiparidad
- Edad > 35 años
- Traumatismo abdominal
- Déficit de ácido fólico.
- Tabaco, alcohol y cocaína

Signos y Síntomas

El cuadro clínico mas característico es un sangrado vaginal asociado a hipertonía y dolor abdominal a la palpación. A nivel materno, la repercusión puede ser variable: desde una hipotensión hasta un cuadro de shock. Si se producen desprendimientos superiores al 50% de la superficie placentaria, puede llegar a producirse muerte fetal y una CID materna.

Diagnostico

Aparte de la clínica, el método de diagnostico de elección es la ecografía, en la cual se visualiza el hematoma retroplacentario

Tratamiento

En general el tratamiento consiste en terminar la gestación contemplando:

- Mantener las constantes vitales maternas.
- Cruzar y reservar sangre para realizar una posible transfusión
- Hacer un estudio de coagulación
- Si la gestante es Rh (-) se debe realizar profilaxis de la isoimmunización con gammaglobulinas anti D
- Realizar cesárea urgente, si el feto esta muerto por via vaginal, siempre que las condiciones maternas lo permitan y controlando la posible aparición de complicaciones.

Complicaciones

- Coagulación intravascular diseminada (10%). El DPPNI constituye la causa más frecuente de trastorno de la coagulación en el embarazo.
- Fracaso renal agudo (1-3%)

Hemorragia Post Parto

Se define como el sangrado que ocurre a partir de las 24 semanas de gestación y antes del parto, e incluye la pérdida de mas de 500 ml de sangre en el momento del parto a 1000 ml durante la cesárea. Continúa siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial, ocurre en 5 % todos los nacimientos, ocasiona 140,000 muertes al año que equivalen a una mujer muerta cada 4 minutos. La mayoría de las muertes son en las primeras 4 horas postparto, en 2016 ocupo el segundo lugar en muertes maternas con un 22.6%.

Clasificación

- **Anteparto:** Hemorragia hasta antes del parto
- **Post- Parto:** Primaria: dentro de las 24 hrs posteriores al parto
- **Secundaria:** Cuando se presenta posterior a las 24 hrs del parto y hasta las 6 semanas del puerperio
- **Hemorragia menor: 500- 1000 ml**
- **Hemorragia Mayor: > 1000 ml**

Causa de Hemorragia

- **T Tono: Atonía Uterina**
- **T Trauma: Lesión cervical o vaginal**
- **T Retención de restos placentarios**
- **T Trombosis: Desordenes de coagulación**

La severidad del sangrado siempre se estima en la paciente con hemorragia. Los signos sugestivos de choque en pacientes obstétricas y que deben ser monitorizados cuidadosamente son:

- Hipotensión presión arterial sistólica <90 mmHg o disminución de la presión arterial sistólica mayor a 40 mmHg de la presión arterial sistólica basal.
- Presión Arterial media: < 60 mmhg
- Frecuencia cardiaca: > 120 latidos por minuto
- Volumen Urinario: < 0.5 ml/kg/ hora
- Llenado capilar > 3 seg.

La primera causa siempre será atonía uterina donde el útero estará por encima del ombligo y blando además los factores de riesgo serán multiparidad, macrosomía / polihidramnios, embarazo múltiple, corioamnionitis, miomas intracraneales, el manejo clínico Brandt Andrews consiste en una técnica anual donde con ambas manos sujeta al fondo uterino para evitar la inversión uterina y la otra ejerce una tracción sostenida hacia abajo sobre el cordón, el tratamiento será taponamiento uterino con una sonda de BAKRI lo cual disminuirá el sangrado o manejo quirúrgico con sutura hemostática de Bylich, ligadura de las arterias uterinas e hipogástricas o una histerectomía total. Dentro de las complicaciones tendremos la CID por ello el tratamiento será con soluciones para aumentar el volumen con una solución Hartman la cual es un cristalóide de elección para hemorragia obstétrica

Bibliografía

- GPC-ss-026-20. Evidencia y Recomendaciones. Actualización 2020, Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención. Catálogo Maestro de Guías de Prácticas Clínica.
- Manual CTO De Medicina y Cirugía 10ª edición Ginecología y Obstetricia
- 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.
- Guía de práctica clínica GPC., Instituto Mexicano del Seguro Social, unidad de atención médicas. Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia. Actualización 2017