



Mi Universidad

RESUMEN

Derlin Guadalupe Castillo González

Resumen

1er parcial

Clinica de ginecología y obstetricia

Dr. García Castillo Miguel De Jesús

Licenciatura en medicina humana

7mo semestre

Grupo "C"

AMENAZA DE ABORTO

DEFINICION

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.

Existe una clasificación: amenaza de aborto temprana y tardía.

- La amenaza de aborto temprana es cuando existe un embarazo de menos de 14 semanas de gestación.
- La amenaza de aborto tardía es cuando se presenta entre la semana 14 a 22.

EPIDEMIOLOGIA

Epidemiológicamente esta es una de las complicaciones obstétricas más comunes, tiene una incidencia de 20-25% de embarazos tempranos, Asociada con aumento de riesgo obstétrico, aproximadamente 50% casos de pérdida temprana están asociados a anomalías cromosómicas.

CLINICA

Entre sus datos clínicos se encontrará: Amenorrea secundaria, prueba de embarazo positiva, presencia de vitalidad fetal, cólicos abdominales con o sin sangrado vaginal, volumen uterino acorde con amenorrea, sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de embarazo.

FACTORES DE RIESGO

Entre sus factores de riesgo se ve: mujeres mayores de 35 años, antecedente de 3 o más abortos espontáneos, mujer con presencia de enfermedad sistémica, problemas en placenta, exposición a tóxicos.

El aborto espontaneo se clasifica en varias categorías: Amenaza de aborto, Inevitable, incompleto, completo, retenido, séptico y recurrente.

DIAGNOSTICO

Para el diagnostico se recomienda USG en mujeres con sospecha de amenaza de aborto, también se recomienda repetir el estudio ultrasonográfico con un intervalo de 7 a 10 días.

TRATAMIENTO

Para su tratamiento está recomendado el reposo absoluto, hasta 48 horas, tras el cese del sangrado, este se suplementa con ácido fólico. También se sugiere usar progesterona para evitar la urgencia y procedimientos médicos innecesarios.

TIPOS DE ABORTO

ABORTO INCOMPLETO:

Expulsión incompleta del contenido uterino, retención de tejido y ligamentos ovulares (sangrado de intensidad variable acompañada de coágulos, calambres uterinos)

- Diagnóstico: Ecografía: se detecta útero blanduzco, grande y sin retraerse totalmente
- Tratamiento: Misoprostol: una dosis vaginal de 800 µg o una dosis de misoprostol oral o sublingual de 400 µg.

ABORTO COMPLETO:

Expulsión completa del contenido uterino, el orificio cervical se cierra posteriormente. (el sangrado uterino y dolor disminuye)

- Diagnóstico: Ecografía transvaginal: endometrio con mínimo grosor sin un saco gestacional
- Tratamiento: No requiere intervenciones invasivas adicionales, el seguimiento es crucial para prevenir y tratar posibles complicaciones.

ABORTO DIFERIDO:

Muerte embrionaria o fetal, sin que exista expulsión durante días o semanas. (No presenta sangrado, dolor)

- Diagnóstico: Ecografía transvaginal: embrión sin líquido cefalorraquídeo, distorsión del saco gestacional, disminución de líquido amniótico, cérvix cerrado.
- Tratamiento: Legrado uterino instrumentado (LUI) / Misoprostol: 800 µg

ABORTO SÉPTICO:

Este está acompañado de infección del material fetal, placentario y del endometrio. (Fiebre >38° C, sangrado vaginal que puede ser leve a profuso)

- Diagnóstico:
 - ✓ Ecografía: Descartar restos ovulares en cavidad uterina
 - Signos y síntomas
 - ✓ Secreción fétida
 - ✓ Temperatura > 38°C
 - ✓ Abdomen doloroso
 - ✓ Signo de irritación peritoneal
 - Laboratorios
 - ✓ Leucocitosis > 15,000/mm
- Tratamiento:
 - ✓ Farmacológico: Antibióticos de amplio espectro
 - ✓ Quirúrgico: Legrado uterino / Histerectomía

HEMORRAGIAS DEL 3ER TRIMESTRE

DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA

Separación de la placenta de la pared uterina antes del inicio del parto, en un embarazo donde la placenta está insertada en una posición normal. (Esto ocurre después de las 20 semanas de gestación y antes del parto)

EPIDEMIOLOGIA

- Segunda causa de hemorragia en el tercer trimestre.
- Primera causa de hemorragia intraparto.

FACTORES DE RIESGO

- Multiparidad
- Tabaquismo
- Traumatismo abdominal
- Edad >35 años
- Hipertensión y preeclampsia

DIAGNOSTICO

- Clínico: Hemorragia + Hipertonía + Dolor (compromiso del estado fetal)
- Ecografía transabdominal

TRATAMIENTO

- Estabilizar con cristaloides y sangre, pasar a quirófano urgente (cesárea).

PLACENTA PREVIA

La placenta se implanta en la parte inferior del útero, cubriendo total o parcialmente el cuello uterino.

EPIDEMIOLOGIA

- 1ra causa de hemorragia de tercer trimestre

CLASIFICACION

- Placenta previa: Borde placentario cubre el orificio cervical interno (OCI)
- Inserción baja: Borde a menos de 20 mm del OCI
- Normal: Borde a más de 20 mm del OCI

FACTORES DE RIESGO

- Cesáreas previas (cicatriz uterina)
- Aborto previo
- Edad >35 años
- Tratamiento de fertilidad
- Tabaquismo

CUADRO CLINICO

- Hemorragia rojo brillante asintomática
- Estado materno normal
- Presentación fetal anormal
- Transudado amniótico

DIAGNOSTICO

- USG transvaginal (elección)
- Ecografía abdominal (segunda línea)
- Contraindicado realizar tacto vaginal

TRATAMIENTO

- Solo ofrecer parto, si la placenta está más allá de 20 mm de OCI (normal)
- Inestabilidad materna y fetal, se realiza cesárea
- Nifedipino (20 mg dosis única VO seguido 10 mg/8hrs)
- Sulfato de magnesio (4 gr en 250 ml en solución fisiológica)
- Betametasona 12 mg/24 hrs solo 2 dosis IM
- Dexametasona 6 mg /6 hrs

HEMORRAGIA POSPARTO

Es una complicación obstétrica grave que ocurre generalmente en las primeras 24 horas después del parto (primaria) o en las semanas posteriores (secundaria). Esta hemorragia se define como una pérdida de sangre mayor a 500 ml tras un parto vaginal o 1000 ml tras una cesárea.

Las causas principales se clasifican en las "4T".

TONO (ATONIA UTERINA)

El útero no se contrae adecuadamente después del parto, lo que impide la compresión de los vasos sanguíneos y permite el sangrado excesivo.

EPIDEMIOLOGIA

Es la causa más común, alrededor del 70-80%

FACTORES DE RIESGO

- Sobre distensión uterina (embarazos múltiples, polihidramnios, macrosomía)
- Trabajo de parto prolongado o rápido
- Uso excesivo de oxitócica
- Infección intraamniótica (corioamnionitis)

TRATAMIENTO

Masaje uterino y administración de uterotónicos (oxitocina, misoprostol).

TRAUMA (LESIONES DEL TRACTO GENITAL)

Incluye desgarros en el cuello uterino, vagina o periné, y lesiones uterinas como ruptura uterina o inversión uterina.

FACTORES DE RIESGO

- Parto instrumentado
- Episiotomía
- Cesárea previa o parto muy rápido

- Maniobras o intervenciones quirúrgicas durante el parto

TRATAMIENTO

Reparación quirúrgica de desgarros o lesiones

TEJIDO (RETENCIÓN DE TEJIDO PLACENTARIO)

La retención de fragmentos de la placenta o membranas dentro del útero puede impedir la adecuada contracción del útero y provocar hemorragia.

FACTORES DE RIESGO

- Acretismo placentario
- Desprendimiento de placenta
- Placenta previa

TRATAMIENTO

Extracción manual o quirúrgica de los restos placentarios

TROMBINA (ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN)

Problemas con la coagulación sanguínea pueden impedir que el cuerpo controle el sangrado.

FACTORES DE RIESGO

- Coagulopatías preexistentes
- Desprendimiento de placenta o embolia de líquido amniótico, que pueden desencadenar coagulación intravascular diseminada
- Preeclampsia o eclampsia
- Síndrome de Hellp

TRATAMIENTO

Tratamiento de la coagulopatía con transfusión de sangre y productos derivados del plasma (plaquetas, factores de coagulación)

BIBLIOGRAFIA

- *Secretaría de Salud. (2020). Guía de práctica clínica: Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención.*
- *Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (s. f.). Williams obstetricia (25.ª ed.). McGraw Hill Education.*
- *Secretaría de Salud. (2019). Guía de práctica clínica: Diagnóstico y manejo de anomalías en la inserción placentaria y vasa previa).*
- *Secretaría de Salud. (2017). Guía de práctica clínica: Prevención, diagnóstico y manejo oportuno de la ruptura uterina en los tres niveles de atención.*
- *Secretaría de Salud. (2021). Guía de práctica clínica: Prevención y manejo de la hemorragia posparto.*