



**Mi Universidad**

## **Resumen**

*Dulce Mirely Torres Narvaez*

*Resumen*

*Primer parcial*

*Clínica Complementarias de Ginecología*

*Dr. Miguel de Jesús García Castillo*

*Medicina Humana*

*7°C*

*Comitán de Domínguez a 18 de septiembre del 2024*

## **Amenaza de aborto**

Como definición según la GPC la amenaza de aborto se le conoce como la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de las 20 semanas de gestación completas, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción, por ello el orificio cervical interno (OCI) permanecerá cerrado.

Algunos de los factores que esta incluye son:

- Deficiencia de 1 o todos los nutrientes (moderada).
- Hiperémesis gravídica
- El consumo de exceso de cafeína como bien lo es 5 tazas de café por día (500mg) y sobre todo un punto muy importante es el consumo de tabaco durante el embarazo
- Anomalías cromosómicas en los espermatozoides, estas pueden llegar a ocasionar síndromes como bien lo es el síndrome de “patau”

## **Tipos de aborto**

### **Aborto incompleto**

A este se le conocerá como la expulsión incompleta del contenido uterino en la cual habrá una retención de tejido y ligamentos ovulares en la cual va a ocasionar un sangrado de intensidad variable acompañada de coágulos, calambres uterinos.

El diagnostico estará basado en una ecografía en la cual se va a esperar encontrar un útero blanduzco, grande y sin retraerse totalmente.

El tratamiento estará basado en farmacológico y quirúrgico, del lado farmacológico tendremos el uso del misoprostol con una dosis vaginal de 800 microgramos o una dosis de misoprostol I de 400 microgramos y el tratamiento quirúrgico se va a basar en AMEU que es una aspiración manual endouterina

### Aborto completo

Se le conoce como la expulsión completa del contenido uterino, en la cual el orificio cervical se cierra posteriormente, completamente, habrá una disminución de sangrado uterino y dolor (muy leve).

El diagnóstico estará basado al tejido expulsado, se deberá de distinguir una gestación compleja de los coágulos de sangre o un molde decidual, al igual sería la ecografía transvaginal como confirmatorio en la que se detectará el endometrio con mínimo grosor sin un saco gestacional.

Tratamiento para este tipo de aborto no existe, si no que solo se le recomienda a la paciente reposo.

### Aborto diferido

Se le conoce como la muerte embrionaria o fetal, sin que exista expulsión durante días o semanas, en esta no presentara sangrado, dolor, no hay modificaciones cervicales, como no presenta ningún síntoma es muy difícil que la madre lo pueda detectar por ella misma.

El diagnóstico será una ecografía transvaginal en la cual el embrión estará sin latido cardiaco fetal, habrá una distorsión del saco gestacional, disminución de líquido amniótico y el cérvix cerrado.

El tratamiento se basara en misoprostol ya se vía oral o vaginal con una dosis de 800 microgramos, de igual forma estará el tratamiento quirúrgico la cual será LIU que es un legrado instrumental uterino

### Aborto inevitable

En la cual se le conocerá como en el que existe hemorragia genital intensa, ruptura de membranas, sin modificaciones cervicales o actividad uterina reconocible, complicaciones que hacen imposible continuar la gestación

El diagnóstico será una ecografía transvaginal en la se observara un saco ovular desprendido, cercano al OCI.

El tratamiento será farmacológico o quirúrgico:

- Farmacológico: misoprostol ya se vía oral o vaginal con una dosis de 800 microgramos
- Quirúrgico: LIU que es un legrado instrumental uterino

### Aborto séptico

Este tipo de aborto es de los más complejos dado a que es un aborto acompañado de infección del material fetal, placentario y del endometrio, el síntoma de importancia se la fiebre  $>38^{\circ}$  C, sangrado vaginal que puede variar de leve a profuso, la causa común es la infección del tejido placentario o fetal después de un aborto incompleto, esta infección se puede diseminar a estructuras cercanas al útero formando pelviperitonitis o peritonitis generalizada y septicemia.

Existe una clasificación de aborto séptico la cual es:

- Grado 1: Afecta solo al útero
- Grado II: Afecta útero y anexos
- Grado III: afecta pelvis y abdomen
- Grado IV: Shock séptico

El diagnóstico de este tipo de aborto va a consistir en:

1. Antecedentes de maniobras abortivas
2. Signos y síntomas como bien lo es, secreción fétida, temperatura  $> 38^{\circ}$ C, abdomen doloroso, signo de irritación peritoneal
3. Laboratorios en la cual se espera encontrar Leucocitosis  $> 15,000/mm$  en la que indique la infección
4. Ecografía que ayudara a descartar restos ovulares en cavidad uterina

El tratamiento farmacológico será: ampicilina 2 g /6 horas, gentamicina 1,5mg/kg cada 8 horas y clindamicina 600 mg cada 6 horas

Tratamiento quirúrgico: dependerá de la evolución de la paciente, en dado caso sea necesaria lo quirúrgico se le hará Legrado uterino.

## Placenta previa

Esta es una condición en la cual la placenta se encuentra implantada en el segmento uterino bajo, muy cerca del orificio cervical interno (OCI) o cubriendo el mismo ya sea de manera total o parcial, presentándose así por delante del polo líder fetal, será la primera causa de hemorragias en el tercer trimestre de embarazo.

Esta presenta una clasificación en la que consiste en:

- Placenta previa: presentara un borde placentario cubre el orificio cervical interno (OCI)
- Inserción baja: presentar un borde a menos de 20 mm del orificio cervical interno (OCI)
- Normal: tendrá un borde a más de 20 mm del orificio cervical interno (OCI)

Los factores de riesgo son:

- Edad materna avanzada
- Multiparidad
- Cesárea previa o cicatrices uterinas previas
- Aborto previo
- Tabaquismo materno
- Tratamientos de infertilidad
- Placenta previa anterior

El cuadro clínico va a consistir en presentar Hemorragia rojo brillante asintomática entre las 29-32 semanas de gestación, estado materno anormal, presentación fetal anormal.

El diagnostico se va a basar en USG transvaginal (elección), de segunda línea tenemos a la ecografía abdominal, es importante corroborar diagnóstico con USG en las 32 semanas de gestación y antes de la cesárea 36 semanas de gestación, es importante tener en cuenta que es una **contraindicación absoluta realizar tacto vaginal.**

El tratamiento estará basado en el único modo seguro y apropiado de parto para la placenta previa es por cesárea; esto no quiere decir que se deba realizar cesárea de emergencia en todos los casos de sangrado por placenta previa, sólo en los casos que el sangrado vaginal sea profuso e incontrolable, que el bienestar fetal se vea afectado, se tendrá que considerar el uso de corticosteroides para mejorar la madurez pulmonar en todos los casos de placenta previa que hayan tenido episodio de sangrado vaginal cuya edad gestacional sea antes de la semana 34 de gestación.

Por ello se recomiendan los siguientes medicamentos:

- 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

### **Abrupto placentario o desprendimiento de placenta**

Se le conoce como **la** 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, total o parcial, esto ocurre después de las 20 semanas de gestación y antes del parto, es conocida como la segunda causa de hemorragia en el tercer trimestre y la primera causa de hemorragia intraparto.

Los factores de riesgo son:

- Edad avanzada
- Preeclampsia
- Falta de oxígeno a la placenta
- Infección de los tejidos que rodean al feto (infección intraamniótica)
- Un desprendimiento de placenta anterior
- Una lesión abdominal

- Trastornos de la coagulación de la sangre, como el síndrome antifosfolipídico
- Rotura prematura de las membranas, especialmente cuando hay demasiado líquido amniótico alrededor del feto (polihidramnios)

La clínica del desprendimiento de placenta será dolor abdominal repentino, constante o en forma de calambres o cólicos, sensibilidad al palpar el abdomen y una caída peligrosa de la presión arterial, sangrado leve o nulo.

El diagnóstico se va a basar en la clínica y en una ecografía trans-abdominal

El manejo será estabilizar con cristaloides y sangre, con lo consiguiente pasar a quirófano urgente para realizar una cesárea.

### **Hemorragia postparto**

La hemorragia postparto será un sangrado más intenso de lo normal después del nacimiento de su bebé, que por lo general se da más cuando es nacimiento por cesárea, ocurre justamente después de que se expulsa la placenta mayormente.

La hemorragia postparto también puede ser producto de un desgarro en el cuello del útero o en los tejidos de la vagina, un desgarro en los vasos sanguíneos del útero, sangrado en una zona o espacio de tejido oculto en la pelvis, la cual se le conoce como hematoma, por lo general, se encuentra en la vulva o la vagina.

**Hemorragia menor:** 500-1000ml

**Hemorragia mayor:** >1000ml

Los factores de riesgo son:

- Desprendimiento de la placenta.
- Placenta previa.
- Sobredistensión del útero, en la cual el útero es más grande de lo normal por exceso de líquido amniótico o porque el bebé es muy grande.
- Embarazo múltiple

- Problemas de presión arterial alta en el embarazo, preeclampsia
- Infecciones vaginales
- Obesidad
- Uso de fórceps o parto asistido por vacío

Los son los síntomas más comunes de la hemorragia posparto será un sangrado incontrolable, presentara descenso de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca, disminución del recuento de glóbulos rojos, inflamación y dolor en la vagina y las zonas cercanas, si el sangrado es producido por un hematoma

El diagnostico será la vigilancia estrecha de los signos sugestivos de choque en pacientes lo cuales son:

- Hipotensión TAS <90mmHg o disminución de la TAS mayor a 40 mmHg
- TAM <60mmHg
- Frecuencia cardiaca: >120 latidos por minutos
- Volumen urinario <0.5 ml/kg/hora
- Llenado capilar > 3segundos

La GPC menciona que es de suma importancia poner en practica la nomoctenia ABCDEF para el manejo inicial del choque hipovolémico secundario a hemorragia obstétrica:

**A:** Pida Ayuda

**B:** Vía respiratoria (Oxígeno FiO2 >40% y/o asegurar la vía aérea, SaO2 >90%)

**C:** Circulación (Restitución de líquidos y hemoderivados)

**D:** Medicamentos Uterotónicos y evaluación estado neurológico de acuerdo a la escala AVPUe:

- Alerta Responde a estímulos verbales Responde a estímulos dolorosos
- No responde

**E:** Control del ambiente. (Temperatura) En el caso de que la mujer se encuentre aun con embarazo

**F:** Frecuencia cardiaca fetal en rangos de 110–160 latidos por minuto. Recordar que la supervivencia fetal depende de la supervivencia materna

El tratamiento será basado a la corrección del choque hipovolémico secundario a hemorragia obstétrica mediante la administración intravenosa de cristaloides y coloides, es prioritaria ante cualquier tipo de hemorragia aguda, la extensión y la duración de la hipoxia celular determina la severidad del daño celular, el empleo de solución salina 0.9% es una alternativa para el manejo de la paciente con estado de choque hipovolémico.

## **Bibliografía**

- 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.*
- GPC “Diagnóstico y Tratamiento del Aborto Espontáneo y Manejo Inicial de Aborto Recurrente”
- GPC “Diagnóstico y Tratamiento DEL CHOQUE HEMORRAGICO EN OBSTETRICIA”
- Manual CTO Ginecología y Obstetricia-10° edición