

Mi Universidad

Resumen

Galia Madeline Morales Irecta

Amenaza de aborto, Tipos de aborto, Hemorragia de 3er trimestre.

Parcial I

Clínica de Ginecología y Obstetricia

Dr. Miguel de Jesús García Castillo

Licenciatura en Medicina Humana

7to Semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 18 de septiembre de 2024

AMENAZA DE ABORTO

Definición: es 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. A la amenaza de aborto la podemos dividir en dos:

1. Amenaza de aborto Temprana: Se presenta en <14SDG
2. Amenaza de aborto Tardía: Se presenta de la 14- 22SDG

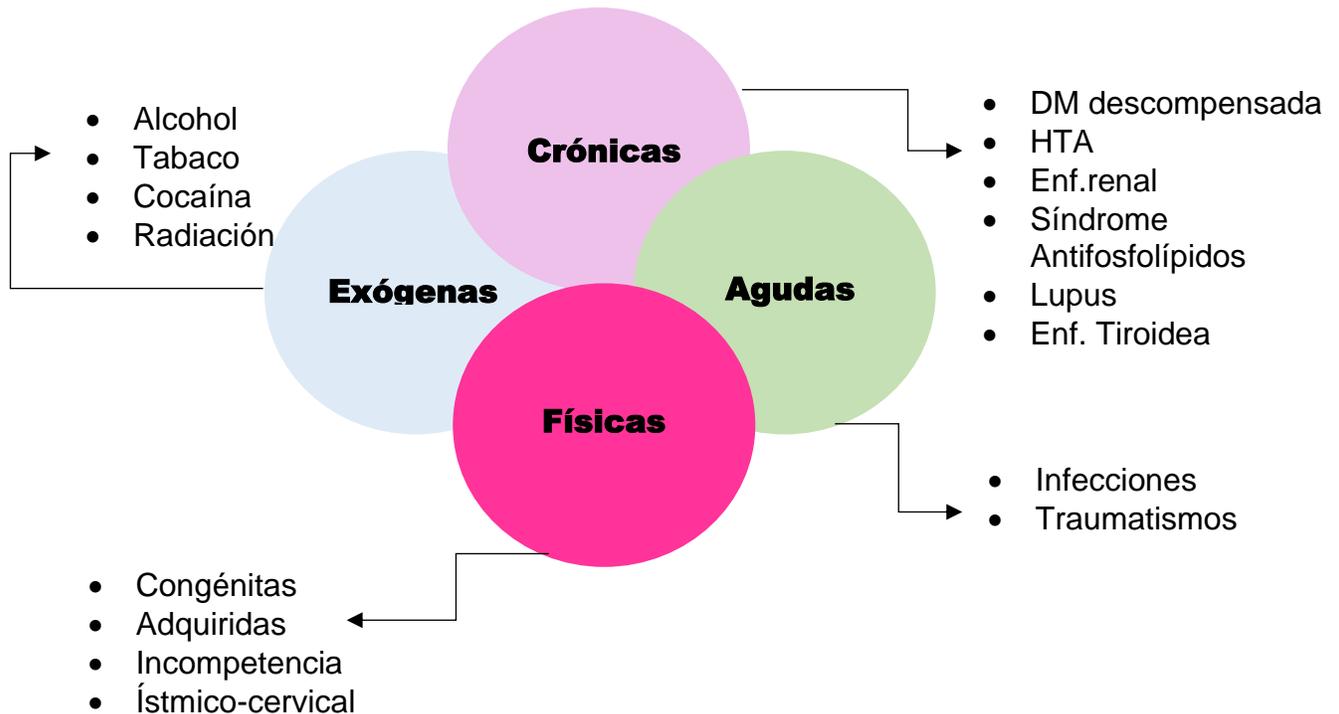


Epidemiología

- Es una de las complicaciones obstétricas más comunes.
- Incidencia de 20-25% de embarazos tempranos.
- Asociado con aumento de riesgo obstétrico. ⚠️
- Aproximadamente 50% casos de pérdida temprana están asociados a anomalías cromosómicas. ✂️
- Frecuencia de pérdida temprana en mujeres de 20-30 años (9-17%) y aumenta 20% a los 35años, 40% a los 40años y 80% a los 45 años.



Factores de Riesgo



Clínica

- Amenorrea secundaria
- Prueba de embarazo positiva
- Presencia de vitalidad fetal
- Cólicos abdominales con o sin sangrado transvaginal
- Volumen uterino acorde con amenorrea
- Sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de embarazo



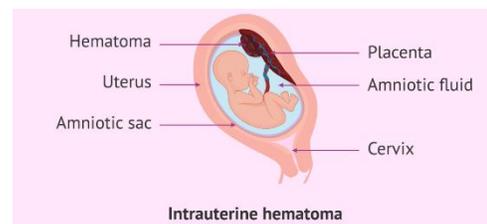
Diagnóstico:

1. A la exploración de la paciente debe incluir especuloscopia
2. USG
3. Se deberá repetir un estudio de USG con un intervalo de 7-10 días



Los marcadores ultrasonográficos que predicen aborto en mujeres con viabilidad fetal confirmada son:

- Fetal: FC <110lpm
- Hematoma intrauterino
- Diferencia entre MGSD (diámetro medio de saco gestacional) y LCC (longitud cefálico caudal)
- Saco de Yolk con forma irregular, alteraciones ecogenidad o ausencia.
- Examen de beta GCH (cuantitativo)



Tratamiento:

- GCH hasta la semana 12 (temprana)
- Progesterona después de la semana 12 (tardío)
- Reposo hasta 48h: se recomienda, pero no han demostrado como tal mejora
- Ácido Fólico
- Solicitar biometría hemática y analizar: Bh, Hto, grupo y Rh y valorar si es necesaria la evacuación del embarazo y el tipo de anemia que presente o en dado caso tener en **observación** y ver si es prudente trasfundir, todo esto dependiendo de nuestra valoración.



TIPOS DE ABORTO

Aborto: Se define como el termino ya sea espontaneo o provocado de la gestación antes de las 22SDG o la expulsión del producto con un peso <500 gramos.



Pérdida Repetida de la gestación o aborto recurrente: Es la pérdida espontánea ≥ 2 veces consecutiva o intercalada.

Factores de Riesgo

- Pólipos >2cm
- Miomas submucosos
- Aborto previo (5%)
- 25 y 40 años
- Anormalidad cromosómica (49%)
- Mujer (3%)
- DM descontrolada
- Alcohol
- Tabaco
- Cocaína
- IMC >25kg/m²




Clínica:

Sangrado vaginal, dolor abdominal tipo cólicos, y a veces puede haber expulsión de tejido fetal, en otros casos puede ser asintomático.

Diagnóstico:

- USG transabdominal o transvaginal
- Gonadotropina criónica 25UI/L (que es cuando podemos contabilizar)



Tratamiento: Farmacológico

-Tratamiento médico mayor éxito (70-96%) en aborto incompleto y dosis altas de misoprostol 1200-1400gr.

-Embarazos <7semanas mifepristona 600mg y 48 después 800ugr Misoprostol oral para aborto médico.

CLASIFICACIÓN

ABORTO	TIPOS	DEFINICIÓN	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
	ABORTO INCOMPLETO	Expulsión incompleta (retención de tejidos)	Sangrado, dolor, calambres, tejido fetal visible	Ecografía: útero blando y grande	-Misoprostol: una dosis de 800ug vía vaginal o una dosis 400ug oral -AMEU
	ABORTO COMPLETO	Expulsión completa tejido fetal (cérvis cierra después)	A la expulsión reduce sangrado y el dolor	-Ecografía transvaginal -Tejido expulsado evidente	Reposo ya que ha sido expulsión completa

ESPONTÁNEO	ABORTO DIFERIDO (huevo retenido)	Muerte del embrión dentro del útero por días o semanas (no expulsión)	-No se ven modificaciones cervicales -No hay dolor ni sangrado	-Ecografía transvaginal -Cérvix cerrado -<cantidad líquido amniótico	-Misoprostol: 800ug -LUI
	ANTI-D	Aborto de una mujer RH- SIN profilaxix de inmunoglobulina anti-D (feto RH+)	-No hay síntomas inmediatos, pero si en futuros embarazos (ej. Ictericia)	-Determinación de grupo y RH -Coobms indirecto -Título de AC	Administrar inmunoglobulina anti-Rho (D) 300µg por vía im (todas las edades gestacionales)
	ABORTO INEVITABLE	-No hay posibilidad de salvar al feto -Debido a anomalías genéticas, trauma, problemas en la implantación	Sangrado abundante, dolor(cólico), Modificación cervical(dilatación), Ruptura membranas, Ausencia latido fetal	-Clínico -Hallazgos físicos -Ecografía trasvaginal	-Expectante (expulsión) -Misoprostol para acelerar el proceso -Dilatación y curetaje
	ABORTO SÉPTICO	Aborto+foco infección+Fiebre +sangrado vaginal	I: solo útero II:útero y anexos III:pelvis y abdomen IV: Shock séptico	-Secreción fétida ->38C -Abdomen doloroso -Irritación peritoneal -leucocitosis >15,000/mm	-Antibióticos amplio espectro: Penicilina G cristalina, cefalosporinas -Quirúrgico: LUI, Laparotomía o histerectomía
INDUCIDO	ABORTO MÉDICO	Antes de momento de viabilidad fetal (electivo/terapéutico)63 días de edad menstrual	Sangrado vaginal leve, náuseas, mareos o fatiga, dolor abdominal, coágulos	Seguimiento clínico con ecografía	-Mifepristona 200-600mg vo seguido de Misoprostol 200-600ug vo o 400-800ug via vaginal,bucal -Metotrexato 50ug/m2 BSA IM o vo seguido de 3-7 dias por misoprostol 800ug viavaginal

	ABORTO QUIRÚRGICO	Procedimiento para interrumpir el embarazo mediante la extracción de contenido uterino	Tipos: -AMEU -Dilatación y curetaje -Dilatación y evacuación	-Ecografía de control, anticoncepción	-Profilaxis antibiótica: doxiciclina 100mg vo c/12h por 7 días -Analgésicos: ibuprofeno 400-600mg c/6-8h
--	--------------------------	--	---	---------------------------------------	---

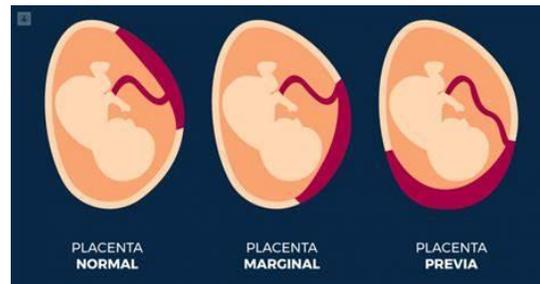
PLACENTA PREVIA

Definición: La placenta previa es una complicación del embarazo en la cual la placenta se implanta en la parte baja del útero cubriendo total o parcialmente el cuello uterino

Epidemiología

Es más común en mujeres:

- Embarazos múltiples.
- Cesáreas previas.
- Cirugías uterinas previas.
- Edad materna avanzada (>35 años).
- Tabaquismo o uso de drogas.



Clínica:

- Sangrado vaginal indoloro y repentino (rojo rutilante)
- El sangrado puede ser intermitente o continuo, y la cantidad varía.
- No hay dolor abdominal, lo que ayuda a diferenciarlo de otros trastornos obstétricos como el desprendimiento de placenta.
- El útero suele estar blando y no sensible.

Diagnóstico:

- Ecografía transvaginal: Es la técnica de elección para el diagnóstico, ya que permite visualizar con precisión la ubicación de la placenta.
- La ecografía abdominal también puede ser útil, pero menos precisa.
- No realizar tacto vaginal sin confirmación diagnóstica, ya que podría desencadenar sangrado grave.

Tratamiento:

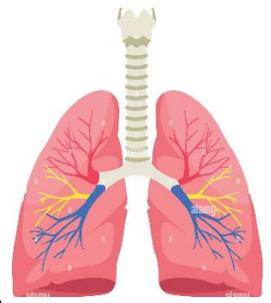
El manejo de la placenta previa depende de la severidad del sangrado, la edad gestacional, y la condición materna y fetal.

-Expectante (conservador):

-Indicado en casos de sangrado leve y antes de las 36-37 semanas de gestación.

- Reposo en cama.
- Vigilancia estrecha del estado materno y fetal.
- Hospitalización si el sangrado es significativo.
- Maduración pulmonar fetal (si el embarazo es <34 semanas):

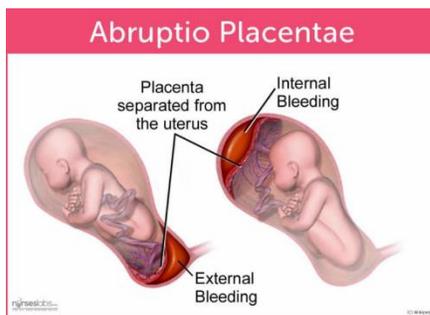
Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 días.
Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por 4 dosis.



-Cesárea: Indicada en todos los casos de placenta previa total o parcial. Si el sangrado es abundante o hay signos de sufrimiento fetal, puede realizarse una cesárea de urgencia, sin importar la edad gestacional.

-Transfusión sanguínea: Puede ser necesaria si el sangrado es abundante.

ABRUPTO PLACENTARIO



El abrupción placentario (desprendimiento prematuro de placenta) es una complicación grave del embarazo que se caracteriza por la separación prematura de la placenta del útero antes del parto, lo que puede llevar a hemorragia materna y comprometer el bienestar fetal. Se trata de una emergencia obstétrica que requiere una intervención rápida.

Definición: se define como la separación parcial o total de la placenta del útero antes del nacimiento, generalmente después de la 20ª SDG.

Epidemiología:

- Aproximadamente el 1% de los embarazos.
- Riesgo aumenta en mujeres con:
- Hipertensión arterial (preeclampsia).
- Embarazo múltiple.
- Trauma abdominal.
- Cocaína.
- Historia previa de abrupción placentario.
- Enfermedades autoinmunes.

Clínica:

Síntomas Maternos

- Sangrado vaginal: Puede ser escaso o abundante, no es sangrado visible.
- Dolor abdominal intenso: Contracciones uterinas dolorosas y persistentes.
- Útero tenso y doloroso a la palpación.
- Signos de shock: Hipotensión, taquicardia, sudoración fría, y palidez

Síntomas Fetales

- Sufrimiento fetal
- Muerte fetal intrauterina

Diagnóstico:

- Clínica: historia clínica y evaluación física, identificación de factores de riesgo
- Ecografía: abdominal o transvaginal para evaluar la bicación de la placenta, hematomas retroplacentarios, y evaluar el estado fetal.
- Monitorización Fetal: signos de sufrimiento.

Tratamiento:

- Estabilizar a la madre
- Reposo: decúbito lateral izquierdo aliviar el dolor y el sangrado.
- Cruzar y reservar sangre para posible transfusión
- Estudio de coagulación
- Profilaxis con gamaglobulina anti-D
- Reposición de líquidos: Infusión intravenosa de cristaloides y coloides
- Monitoreo continuo
- Preparación para parto prematuro: Si el feto está en sufrimiento o la madre está en estado crítico, se debe considerar un parto inmediato.
- Maduración pulmonar
- Intervención Quirúrgica: una cesárea si el estado es crítico, la cesárea es la elección para el parto inmediato

Complicaciones:

- Hemorragia y shock.
- Coagulopatía (CID).
- Necesidad de histerectomía
- Sufrimiento fetal o muerte intrauterina.
- Prematurez.

HEMORRAGIAS POST-PARTO

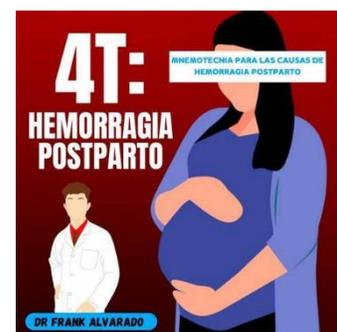
Definición: La hemorragia post-parto (HPP) es la pérdida excesiva de sangre después del parto. Se clasifica como primaria (dentro de las primeras 24 horas) o secundaria (entre las 24 horas y 12 semanas después del parto). La pérdida de más de 500 ml tras un parto vaginal o más de 1000 ml tras una cesárea.

Clínica

- Sangrado vaginal abundante.
- Taquicardia.
- Hipotensión.
- Palidez.
- Signos de shock (en hemorragias severas).

Causas principales:

- Tono: Atonía uterina (causa más común).
- Trauma: Laceraciones, desgarros del canal del parto.



- Tejido: Retención de restos placentarios.
- Trombina: Trastornos de la coagulación.



Diagnóstico:

- Clínico: Basado en la cantidad de sangre perdida y los signos vitales.
- Ecografía: Para descartar restos placentarios o hematomas.
- Exploración física: Inspección del canal del parto para identificar traumas.
- Laboratorio: Hemograma para evaluar anemia, pruebas de coagulación para detectar trastornos hemorrágicos.
- Maniobras:
 - Masaje uterino: Primer paso en caso de atonía uterina.
 - Compresión bimanual: Se realiza cuando el masaje uterino no es suficiente.
 - Técnicas quirúrgicas: Como la ligadura de arterias uterinas (Técnica ZEA) o histerectomía en casos de hemorragia persistente.

Brandt-Andrews maneuver



Tratamiento

Medidas iniciales:

- Masaje uterino.
- Reposición de volumen: Líquidos intravenosos y transfusión de sangre si es necesario.
- Fármacos uterotónicos: oxitocina (primera línea) 10 UI IM o 20-40 UI en 1000 ml de solución IV.
- Misoprostol 600-1000 µg vía rectal o sublingual.

Tratamiento quirúrgico

- Legrado uterino: Si hay retención de tejidos.
- Ligadura de arterias uterinas o embolización.
- Histerectomía: Última opción en hemorragias incontrolables.

NOTAS:

De este documento podemos destacar los puntos más importantes a conocer, son los siguientes:

- Importante siempre tomar una prueba de embarazo antes de iniciar cualquier otro procedimiento
- En la amenaza de aborto es importante reconocer que existen dos tipos (temprano y tardío) para saber que tratamiento es el adecuado
- Hay que reconocer los diferentes tipos de aborto para saber cuál será el mejor manejo
- Cuando existe un aborto séptico se tiene que actuar rápidamente
- Paciente con aborto recurrente tienen que ser referidas con un ginecólogo
- Se debe evitar el embarazo en edades de riesgo
- Se considera hemorragia masiva cuando una paciente requiere la reposición de 10 o más paquetes globulares para su manejo en un término de 24 horas.

REFERENCIAS

Guía de práctica clínica GPC., Instituto Mexicano del Seguro Social, unidad de atención médicas., Prevención, Diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención . Actualización 2016

(N.d.). Gob.Mx. Retrieved September 13, 2024, from

<https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/589GER.pdf>

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.*

de Salud, S. (n.d.). *Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia*

Obstétrica. Gob.Mx. Retrieved September 14, 2024, from

<https://www.gob.mx/salud/documentos/prevencion-diagnostico-y-manejo-de-la-hemorragia-obstetrica>