



Nombre del alumno: Zahobi Bailon Peralta

Nombre del tema: Resúmenes

Parcial: primero

Nombre de la materia: Clínica de Ginecología

Nombre del docente: Miguel de Jesús Castillo García

Medicina Humana

7mo Semestre Grupo C

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. Y se dividirá en 2 según la GPC. Amenaza de aborto temprana: cuando existe un embarazo de menos de 14 semanas de gestación. Amenaza de aborto tardía: 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% y 25% de los embarazos tempranos, La frecuencia de pérdida temprana del embarazo clínicamente reconocida para mujeres de los 20-30 años edad es de 9-17%; esta tasa aumenta bruscamente a 20% a la edad de 35 años y a 40% a la edad de 40 años, siendo de 80% a la edad de 45 años.

50% de todos los casos de pérdida temprana del embarazo se deben a anomalías cromosómicas fetales. Otros factores de riesgo comunes son: edad materna avanzada, antecedente de pérdida temprana del embarazo.

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. En la exploración de la paciente debe incluir especuloscopia para visualizar y evaluar el cérvix, solicitar un 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). ultrasonográfico con un intervalo de 7-10 días cuando existan marcadores ultrasonográficos de mal pronóstico o embarazo con viabilidad incierta.

Tambien se pueden solicitar estudios sanguíneos en búsqueda de probables factores etiológicos

Se usar progesterona para evitar la urgencia y procedimientos médicos innecesarios, además de la tranquilidad de la paciente (Dihidroprogesterona oral o 400 mg de progesterona vaginal).

Los tocolíticos o relajantes musculares uterinos, han sido evaluados por su papel en el tratamiento de la amenaza de aborto, estos incluyen la atropina, agentes escopolaminas e hioscinas 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 de una dosis de gonadotropina coriónica humana (GCH) hasta la semana 12, y 17 α -hidroxiprogesterona después de la semana 12. Aunque no existe suficiente sustento con evidencia científica para indicar el reposo en cama, esfuerzo físico excesivo y actividad sexual

Aborto

Aborto Espontáneo

es un evento común. Es la pérdida espontánea de un feto antes de la semana 20 del embarazo. La mayoría de las pérdidas tempranas provienen de anomalías genéticas o algunas razones no identificadas. Por tanto, la oportunidad de prevención es actualmente pequeña. Las pacientes con un aborto espontáneo posterior o con un aborto espontáneo habitual, se diagnostican clínicamente se pierden en el primer trimestre o al inicio del segundo, sin ninguna repercusión materna. Existen múltiples factores y causas tanto de origen fetal como materno o paterno que producen alteraciones y llevan a pérdida del producto de la gestación. Se puede solicitar un ultrasonido transabdominal y transvaginal son complementarios. Y su manejo más frecuente es el legrado uterino instrumental. Recientemente, el manejo farmacológico es con misoprostol o metotrexate o la aspiración manual endouterina.

El aborto es una interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal. Estos términos varían entre las organizaciones autorizadas, y los criterios de aborto varían entre 320 g y 500 g. Desarrollos tecnológicos, como la medición precisa de las concentraciones séricas de la gonadotropina coriónica humana, pueden identificar embarazos tempranos. La ecografía transvaginal permite una mayor inspección de embarazos fallidos, pero las recomendaciones varían en términos para concepciones tempranas, saco gestacional pero no embriones, y embrión muerto. La pérdida temprana del embarazo es incongruente.

Alrededor del 80% de los abortos espontáneos ocurren durante las primeras 12 semanas de gestación, y el embrión o feto suele morir antes de la expulsión espontánea. Esto suele preceder a una hemorragia en la decidua basal, seguida de una necrosis adyacente.

Aborto incompleto

Durante el aborto, el sangrado sigue a la separación placentaria parcial o completa y a la dilatación del orificio cervical. Durante el embarazo, el feto y la placenta suelen expulsarse juntos, pero después de 10 semanas, se separan. Las opciones de tratamiento incluyen el

legrado, la conducta expectante o el misoprostol (Cytotec), que es prostaglandina E1 (PGE1). Ambos tienen sus propios riesgos y beneficios, y el misoprostol y la conducta expectante se asocian con hemorragias impredecibles. Algunas pacientes pueden experimentar un parto no programado. El misoprostol y la conducta expectante tienen diferentes tasas de fracaso, y algunas requieren un parto no programado. El parto generalmente resulta en una resolución rápida con una tasa de éxito del 80 %, pero es invasivo y no es necesario para todas las pacientes.

Aborto completo

Es la expulsión completa del embarazo y cierra el orificio cervical. Esto puede resultar en una historia de sangrado abundante, calambres y la expulsión de tejido. Se deben distinguir entre una gestación completa y un molde decidual. Se puede ser distinguido por una ecografía transvaginal para distinguir un aborto completo, un aborto en peligro o un embarazo ectópico. Sin embargo, no se puede diagnosticar un aborto completo a menos que los productos de la concepción se vean con granser o la ecografía documente un embarazo intrauterino y una cavidad vacía

Aborto diferido

Describe los productos muertos de la concepción que se han conservado durante días o semanas en el útero con un orificio cervical cerrado. El diagnóstico es imprescindible antes de la intervención y evita la interrupción de un IUP potencialmente vivo. La ecografía transvaginal es la herramienta principal.

A las 5 a 6 semanas de gestación, se puede observar un embrión de 1 a 2 mm adyacente al saco la ausencia de un embrión en un saco con un diámetro medio del saco (MSD, mean sac diameter) ≥ 25 mm significa un feto muerto (figura 18-1). La actividad cardíaca fetal típicamente se logra detectar de 6 a 6.5 semanas con una longitud céfalo-caudal

El escaneo es un modalidad utilizado para diagnósticos adicionales y documentar la actividad cardíaca y medir la frecuencia. Se utiliza para detectar fracasos durante el embarazo y el riesgo de aborto espontáneo. Los diámetros del saco vitelino en embarazos < 10 semanas de gestación son sospechosos de fracaso. La frecuencia cardíaca fetal en el primer trimestre aumenta en el primer trimestre, y una frecuencia cardíaca más lenta es desfavorable. El

hematoma subcoriónico, la sangre recogida entre el corion y la pared uterina, ambos acompañan a una amenaza de aborto espontánea.

La atención expectante en el aborto espontáneo es menos rápida y el tasa de fracaso varía entre 15 a 50%. Misoprostol Una sola dosis de 800 µg por vía vaginal es un estándar común es una alternativa para acelerar la evacuación uterina, ya que se puede repetir en 1 a 2 días. La finalización de la aborto es llevada por una historial de sangrado abundante, calambres y paso de tejido, un grosor endometrial ecográficamente delgado, y disminución de hCG niveles en suero.

Aborto inevitable

La rotura prematura de membranas (RPM) en gestación previa complica el 0,5% de los abortos. Los factores de riesgo incluyen la RPM previa, la parte del embarazo anterior al segundo trimestre y el consumo de tabaco. Un coágulo de líquido vaginal que se observa durante el examen uterino confirma el diagnóstico. En algunos casos, el líquido amniótico puede fermentar en el microscopio o tener un pH >7, o puede encontrarse en la ecografía. Se pueden analizar las proteínas amnióticas de la placenta, alfa microglobulina-1 e insulina-1.

Los casos iatrogénicos presentan defectos más grandes en el útero y tienden a autolesionarse. Se puede crear un tapón oclusivo llamado tapón amniótico mediante la inyección intraamniótica de placas anticoagulantes y crioprecipitados. La ruptura espontánea en el primer trimestre suele ir seguida de contracciones uterinas o infección, y la interrupción es típica. En algunos casos, el líquido puede haberse acumulado entre el líquido amniótico y el útero. Si no se acumula más líquido amniótico ni hay sangrado, la mujer puede reanudar la deambulación y el reposo pélvico.

En el segundo trimestre, el 40-50% de las pacientes estarán despiertas durante la primera semana, y el 70-80% estarán despiertas después de 2-5 semanas. Complicaciones maternas significativas, como corioamnionitis, endometritis, sepsis, desprendimiento de placenta y placenta retenida, contribuyen a la RPMP previa. El aborto se considera inevitable si hay sangre, calambres o fiebre.

Aborto séptico

Con la legalización del aborto, ahora son raras las infecciones horribles y las muertes maternas asociadas anteriormente con abortos sépticos criminales. Aun así, con el aborto espontáneo o

provocado, los organismos pueden invadir los tejidos del miometrio y extenderse para causar parametritis, peritonitis y septicemia. La mayoría de las bacterias que causan el aborto séptico son parte de la flora vaginal normal. En particular preocupantes son las infecciones graves por necrosis y el síndrome de choque tóxico causado por el estreptococo del grupo A —S. pyogenes (Daif, 2009). Las infecciones raras pero graves con organismos de baja virulencia pueden complicar los abortos médicos o espontáneos. Se han informado muertes por síndrome de choque tóxico debido a *Clostridium perfringens* (Centers for Disease Control and Prevention, 2005). Similares infecciones son causadas por *Clostridium sordellii* y tienen manifestaciones clínicas que comienzan pocos días después de un aborto. Las pacientes pueden estar afebriles cuando se les observa por primera vez con lesión endotelial grave, filtración capilar, hemoconcentración, hipotensión y una leucocitosis profunda. Las muertes maternas por estas especies clostridiales se aproximan a 0.58 por 100 000 abortos médicos (Meites, 2010). El manejo de la infección clínica incluye la administración inmediata de antibióticos de amplio espectro como se discutió en el capítulo 37 (p. 668). Si hay productos retenidos, también se realiza el legrado de succión. La mayoría de las pacientes responden a este tratamiento dentro de 1 a 2 días y reciben el alta cuando están afebriles. Es probable que el tratamiento antibiótico oral de seguimiento sea innecesario (Savaris, 2011). Muy pocas pacientes desarrollan el síndrome de sepsis grave y es esencial la atención intensiva de apoyo. Aunque es raro, el descenso clínico en la paciente

Hemorragias Obstetricas

Placenta previa

La placenta previa es una placenta implantada antes del feto hacia el canal de parto en obstetricia. Esta relación anatómica es difícil de definir y puede ser confusa a través de la estructura y el cambio durante el embarazo.

La terminología para la placenta previa ha evolucionado y, se recomendó la siguiente clasificación: • Placenta previa: el orificio cervical interno está cubierto parcial o completamente por la placenta pasado, estos se clasificaron adicionalmente como total o parcial previa. • Placenta baja: la implantación en el segmento uterino inferior es tal que el borde de la placenta no cubre el orificio interno, sino que se encuentra dentro de un perímetro de 2 cm de ancho

alrededor del orificio. La clasificación de los casos de placenta previa depende de la dilatación cervical durante la evaluación. Por ejemplo, una placenta con una dilatación de 2 cm puede convertirse en una placenta parcial de 4 cm debido a la apertura de la cavidad uterina. Por el contrario, una placenta que parece total antes de la dilatación cervical puede convertirse en una placenta parcial de 4 cm debido a la extensión de la apertura cervical. La palpación digital se utiliza para comprender estos cambios. Cualquier grado de placenta previa puede causar separación placentaria espontánea durante el segmento uterino posterior y la dilatación cervical. La vasa previa es donde los vasos fetales pasan a través de las membranas y se presentan en el orificio cervical.

La clínica enfermedad previa es comúnmente enfermedad en mujeres con uno o más partos por cesárea anteriores. Esto tiene un mayor riesgo de trastornos placentarios posteriores, incluyendo placenta previa, desprendimiento o placenta con adherencia mórbida. Los riesgos acumulados para la placenta previa son extraordinarios, aumentando aún más si hubo un parto por cesárea previo al parto. La probabilidad de producir una placenta previa aumenta en mujeres con paridad mayor a cuatro y más de cuatro partos por cesárea previas. La histerectomía por cesárea es elevada para las mujeres con una incisión uterina previa y placenta previa. Los niveles de alfa-fetoproteína en suero materno (MSAFP) aumentan el riesgo de tener una enfermedad previa y muchas anomalías. La comorbida y previo MSAFP de ≥ 2.0 múltiplos de la mediana (MoM) a las 16 semanas aumenta la riesgo de tener una enfermedad previa.

El sangrado indoloro es un evento más característico de la placenta previa, que puede desarrollar antes del embarazo medio o más tarde. Esta llamada centinela de sangre es rara y es afectiva en mujeres con un curso prenatal sin incidentes. Sin embargo, en 10% de las mujeres, en particular con una placenta implantada cerca del orificio cervical, no hay sangrado hasta el inicio del parto. El sangrado varía de leve a profuso y puede simular clínicamente el desprendimiento de la placenta. Una secuencia específica conduce a una hemorragia en casos en que la placenta se encuentra sobre el orificio interno. La sangrado de este sitio de implantación del segmento inferior también continúa con frecuencia después del parto placentario.

La placenta previa, o preeclampsia, se presenta cuando hay sangrado vaginal después del segundo trimestre de la matrona. En un estudio del Instituto Rojo Perinatal Canadiense, el 21% de las mujeres embarazadas de 22 a 28 semanas tenían preeclampsia. La ausencia de embarazo ectópico debe confirmarse mediante una evaluación ecográfica. Si no se dispone de

un ecoinjerto, se realiza un examen clínico utilizando la técnica de doble configuración. No se recomiendan los exámenes cervicales digitales a menos que se planifique el parto. Sin embargo, el examen de doble configuración rara vez es necesario ya que la ubicación de la placenta se puede determinar ecográficamente. Se puede lograr una localización rápida y precisa utilizando técnicas ecográficas estándar, como el ecoinjerto transabdominal. Este método es más preciso para las mujeres obesas y aquellas con visualización limitada del segmento uterino inferior. La ubicación exacta depende de la técnica ecográfica utilizada. Si la ubicación de la placenta está a menos de 2 cm del segmento uterino interno, se considera baja.

La gestación de las mujeres con placenta previa depende de sus clínicas individuales, incluyendo la edad y madurez fetal, el parto y la severidad del sangrado. En un estudio de 214 mujeres con una previa, 43% tuvo una parte de emergencia y la mitad fueron prematuros. Se recomienda limitar la administración tocolítica a 48 horas y contra su uso en esta configuración. Después de que el sangrado ha cesado por aproximadamente 2 días, se puede dar de alta calidad a una mujer con instrucciones para el "descanso pélvico".

Placenta de Adherencia Morbida

El término placenta de adherencia mórbida describe una placenta aberrante aberrante, anormalmente implantada, invasiva o adherida. Estos trastornos son síndromes de acumulación y se usan indistintamente. La adherencia placentaria anormal al miometrio se debe en parte a la ausencia parcial o total de la decidua basal y el desarrollo imperfecto de la capa de fibrinói. Si la capa esponjosa decidua no es parcial o total, la línea fisiológica de escisión está ausente, y cotiledones están densamente anclados.

Las variantes de la placenta con adherencia mórbida se clasifican por la profundidad del crecimiento trofoblástico. La placenta acreta indica que las vellosidades están unidas al miometrio. Con placenta increta, las vellosidades en realidad invaden el miometrio y la placenta percreta determina vellosidades que penetran a través del miometrio y hacia la serosa

Los síndromes de acretismo en el primer y segundo trimestre suelen ser consecuencia de la preeclampsia coexistente, por lo que es necesario evaluarlos y tratarlos. En algunas mujeres sin preeclampsia, es posible que la acumulación no se identifique hasta la tercera etapa, cuando se encuentra una placenta adherida. Desafortunadamente, los métodos de diagnóstico

por imágenes no son adecuados para identificar estas placentas tempranas. La ecografía es ideal para identificar el crecimiento anormal de la placenta. La medición de la relación bruta del primer molar puede predecir la necesidad de histerectomía periparto en el síndrome de acretismo. Otros desafíos incluyen una zona retroplacentaria hipoecoica normal, carriles vasculares y protuberancias placentarias.

La evaluación preoperatoria se enfoca en ideales medidas en cuanto a la síndrome de acretismo, en cuanto al momento y facilidad ideal para el parto. Consideraciones incluyen capacidades químicas, anestesia, cuidados intensivos y apropiadas sangre. Auxiliar cirujano obstétrico, oncólogo ginecológico, consultores radiológicos, urológicos e intervencionistas es recomendable. La entrega planificada en un centro de atención terciaria es recomendable.

Hemorragia post parto 4ts

4 «T»: Tono (atonía uterina), Tejido (retención de productos de la concepción), Trauma (lesiones del canal genital), Trombina (alteraciones de la coagulación)

Atonía uterina: es la causa más frecuente, siendo responsable del 80-90% de las HPP. Factores de riesgo: sobredistensión uterina (por gestación múltiple, hidramnios o feto macrosoma), agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran multiparidad), corioamnionitis (fiebre, RPM prolongada). Conviene recordar la premisa: «Un útero vacío y contraído no sangra»

2. Retención de tejido placentario y/o coágulos: la salida de la placenta tiene lugar en los primeros 30 minutos tras el parto. De no ser así, podría tratarse de una placenta adherente por una implantación anormal de la misma, como pueden ser las placentas ácreta, íncreta o pércreta. El acretismo placentario es poco frecuente (1/2.500 partos) aunque en los últimos años se está registrando una incidencia ascendente. El riesgo aumenta a medida que lo hace el número de cicatrices uterinas. Si a pesar del control ecográfico hay dudas sobre la localización de la placenta, debería realizarse una RNM con el fin de descartar la existencia de una placenta pércreta. También está relacionado con la existencia de placenta previa.

3. Traumas: hacen referencia a desgarros del canal genital, rotura uterina o inversión uterina.

- Desgarros/laceraciones: suponen la segunda causa más frecuente de HPP después de la atonía uterina. Normalmente se manifiestan como un sangrado vaginal activo propio de partos instrumentados o con episiotomía que hay que proceder a reparar mediante sutura. En ocasiones también pueden hacerlo como hematomas. Los hematomas vulvares y vaginales autolimitados pueden tratarse de forma conservadora, en caso contrario deben ser evacuados. Si la paciente presenta dolor en flanco y signos de hipovolemia hay que sospechar un hematoma retroperitoneal, en cuyo caso convendrá monitorizar estrictamente por si fuese necesaria una exploración quirúrgica para identificar los vasos sangrantes.

- Rotura uterina: se define como la pérdida de integridad de la pared del útero. El factor de riesgo más comúnmente implicado es la existencia de una cirugía uterina previa, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria baja la más frecuente. Otros factores relacionados son los partos traumáticos (instrumentales, grandes extracciones, distocias) y la hiperdinamia / hiperestimulación uterinas. Las roturas asociadas a traumatismos externos (incluyendo la versión cefálica externa) son excepcionales.

- Dehiscencia uterina: a diferencia de la rotura uterina propiamente dicha, la dehiscencia se define como la separación de la capa miometrial que asienta sobre una cicatriz uterina previa. Raramente son responsables de HPP moderadas-graves.

- Inversión uterina: se trata de una complicación obstétrica muy poco frecuente que se atribuye a una excesiva tracción de cordón y presión sobre fondo uterino (Maniobra de Crédé), provocando la salida del fondo uterino en la cavidad endometrial. Los principales factores de riesgo son el acretismo placentario y el alumbramiento manual. El prolapso es tan obvio que no son necesarias pruebas de imagen confirmatorias, salvo en casos de inversiones incompletas con estabilidad hemodinámica de la paciente y mínimo sangrado.

4. Alteraciones de la coagulación: coagulopatías congénitas o adquiridas durante el embarazo. Estas se dividen en 2

- Congénitas: enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia tipo A.

- Adquiridas: preeclampsia grave, Síndrome HELLP, embolia de líquido amniótico, abrupcio placentae, sepsis.

Referencias bibliográficas

1. *Aborto espontáneo* . (2024, 16 de marzo). Mayoclinic.org.
<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/pregnancy-loss-miscarriage/diagnosis-treatment/drc-20354304>
2. de Práctica Clínica, CM de G. (s/f). Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención . Cenetec-difusion.com. Recuperado el 19 de septiembre de 2024, de <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-026-20/ER.pdf>
3. **Williams Obstetricia Ed. 24 por F. Gary Cunningham, 2025, Aborto**
4. **Williams Obstetricia Ed. 24 por F. Gary Cunningham, 2025, Hemorragia Obstetrica**