



Mi Universidad

Resumen

Andrea Díaz Santiago

Resumen

1° parcial

Clínica de Ginecología y obstetricia

Dr. Miguel de Jesús García Castillo

Medicina Humana

7°C

Comitán de Domínguez, a 18 de septiembre de 2024.

Amenaza de aborto

Para empezar, debemos de saber que esa amenaza de aborto y esta 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.

En su epidemiología la amenaza de aborto es una de las complicaciones obstétricas más comunes, que tiene una incidencia que varía entre 20% y 25% de los embarazos tempranos, se considera que se asocia con aumento de riesgo obstétrico, como el trabajo de parto prematuro, bajo peso al nacer y rotura prematura de membranas.

Los factores de riesgo son multifactoriales, los cuales ponen el riesgo la vitalidad del producto,

que muchas veces provocan un aborto, e incluso una anomalía cromosómica, los cuales los podemos clasificar como:

Crónicas

- DM descompensado
- Hipertensión gestacional
- Enfermedad tiroidea
- Enfermedad renal
- Lupus eritematoso sistémico

Agudas

- Infecciones
- Traumatismos

Físicas

- Incompetencia ístmico-cervical
- Congénitas
- Adquiridas

Exógenas

- Alcohol
- Tabaco
- Cocaína
- Radiaciones

Riesgos más altos

- Mujeres mayores de 35 años
- Mujeres con antecedentes de abortos previos
- Mujeres con alguna enfermedad sistémica

La guía destaca la importancia de identificar factores de riesgo en embarazadas, como antecedentes de abortos previos, el uso de tabaco, alcohol o drogas, infecciones, y condiciones médicas como el síndrome antifosfolípido. Recomienda también la toma de suplementos alimenticios como el ácido fólico y hierro desde la preconcepción para mejorar las condiciones materno-fetales. En cuanto a los factores emocionales, menciona que el manejo adecuado del estrés, ansiedad y depresión puede reducir la posibilidad de aborto espontáneo.

El diagnóstico de la amenaza de aborto incluye la anamnesis, el examen físico y el uso de ultrasonido para evaluar la vitalidad fetal, la ubicación del saco gestacional y la actividad cardíaca fetal. El ultrasonido es crucial para identificar embarazos anormales, como el embarazo anembrionario o el aborto incompleto. La guía también menciona el uso de pruebas de laboratorio, como el nivel de hormona gonadotropina coriónica humana (hCG), que ayuda a confirmar el estado del embarazo.

El tratamiento puede ser farmacológico y no farmacológico. Entre los farmacológicos, la progesterona se menciona como un tratamiento que puede ayudar en casos de insuficiencia lútea en mujeres con antecedentes de aborto recurrente. La guía también evalúa la efectividad de intervenciones

como el uso de inmunoglobulina anti-D en pacientes Rh negativo. Por otro lado, el tratamiento no farmacológico abarca recomendaciones sobre el reposo absoluto, disminución de la actividad física y reducción del estrés emocional.

Los pacientes deben ser referidos cuando presentan síntomas que sugieren un aborto inminente, como un aumento del sangrado o dolor abdominal severo, o cuando se sospechan complicaciones más graves, como el embarazo ectópico. El segundo nivel de atención permite el manejo avanzado, como la administración de medicamentos más potentes o intervenciones quirúrgicas en casos de aborto inevitable o incompleto.

Además, se menciona que en algunos casos es necesario realizar un legrado uterino si se confirma que el feto no es viable y persisten los síntomas. Para casos de abortos retenidos, el manejo puede ser quirúrgico o mediante el uso de medicamentos para inducir el aborto, siempre bajo estricto control médico.

Es de suma importancia brindar apoyo emocional a la paciente y su pareja, ya que una amenaza de aborto puede generar altos niveles de ansiedad y estrés. El manejo psicológico adecuado puede ayudar a mejorar el bienestar emocional de la paciente, lo que indirectamente puede influir en la evolución favorable del embarazo.

TIPOS DE ABORTO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El aborto se define como la terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima segunda semana, contando desde el primer día de la última menstruación normal, o expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gramos.

Aborto Espontáneo: se refiere a la pérdida del embarazo antes de la semana 20 sin intervención médica.

Subclasificación:

Aborto completo: cuando se expulsa completamente el contenido uterino, se realiza mediante la evaluación del tejido expulsado, en el que se debe distinguir una gestación completa de los coágulos de sangre o un molde decidual.

Aborto incompleto: cuando parte del contenido queda en el útero, el diagnóstico se basa en la ecografía que se detecta útero blanduzco, grande y sin retraerse totalmente, como tratamiento de primera elección Misoprostol una dosis vaginal de 800 µg o una dosis de misoprostol oral o sublingual de 400 µg, AMEU.

Aborto diferido (o retenido): cuando el embrión o feto ha muerto, pero no ha sido expulsado, la ecografía transvaginal es la herramienta principal a las 5 o 6 semanas de gestación, el tratamiento debe ser quirúrgico o misoprostol 800 microgramos vía vaginal.

Aborto en curso: cuando los síntomas de aborto están presentes y el proceso está activo.

Aborto inevitable: dilatación cervical sin expulsión del producto, pero con inevitable finalización.

Aborto séptico: cuando existe infección intrauterina asociada al aborto, este tiene una clasificación

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

El diagnóstico se basa en antecedentes de maniobras abortivas y su tratamiento es quirúrgico: legrado uterino, laparotomía o histerectomía

Antibioticoterapia: penicilina G cristalina, cefalosporinas, betalactámicos, amino glucósidos, etc.

Aborto Inducido: interrumpido deliberadamente, ya sea por razones médicas o electivas.

Aborto terapéutico: por motivos de salud de la madre o malformaciones del feto.

Aborto electivo: por decisión de la mujer sin causa médica.

Complicaciones del Aborto

- Hemorragia.
- Infección.
- Retención de restos.
- Perforación uterina (en procedimientos quirúrgicos).
- Impacto emocional y psicológico en la paciente.

Hemorragia de tercer trimestre

El tercer trimestre de embarazo abarca desde la semana 28 hasta la semana 40 de gestación, y representa la etapa final del desarrollo fetal antes del parto. Durante este periodo, el feto experimenta un rápido crecimiento y maduración, y la mujer embarazada puede enfrentar nuevas molestias físicas y riesgos clínicos.

Evaluación General

Frecuencia de las consultas: Las GPC recomiendan visitas prenatales cada dos semanas a partir de la semana 28 y semanalmente a partir de la semana 36.

Mediciones del crecimiento fetal: Se monitorea el crecimiento del feto mediante la medición de la altura uterina, lo que permite evaluar su desarrollo adecuado. Desviaciones pueden sugerir problemas como restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) o macrosomía fetal.

Control del peso materno: Es esencial seguir el aumento de peso materno, que en el tercer trimestre debería estar en un promedio de 0.5 kg por semana. Un aumento excesivo puede estar asociado a complicaciones como preeclampsia o diabetes gestacional.

Presión arterial: La medición regular de la presión arterial es vital para la detección de trastornos hipertensivos del embarazo, que pueden desarrollarse durante este periodo.

Principales Complicaciones del Tercer Trimestre

Trastornos Hipertensivos del Embarazo

Preeclampsia: Condición caracterizada por hipertensión ($\geq 140/90$ mmHg) y proteinuria (>300 mg en 24 horas) después de la semana 20 de gestación. Puede progresar a complicaciones graves como el síndrome HELLP (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, y plaquetas bajas) o eclampsia (convulsiones).

Tratamiento: Incluye el monitoreo estrecho de la presión arterial, administración de antihipertensivos (labetalol, metildopa), y sulfato de magnesio para la prevención de convulsiones. En casos graves, se debe planificar la finalización del embarazo, considerando la edad gestacional y la salud materno-fetal.

Hipertensión gestacional: Hipertensión sin proteinuria después de la semana 20. Su manejo consiste en la vigilancia estrecha y, en algunos casos, el tratamiento antihipertensivo.

Diabetes Gestacional

La diabetes gestacional es una alteración en el metabolismo de los carbohidratos que se detecta por primera vez durante el embarazo. Las complicaciones asociadas incluyen macrosomía fetal, mayor riesgo de cesárea, y desarrollo de diabetes tipo 2 en el futuro.

Manejo: Consiste en cambios en la dieta, ejercicio y, si es necesario, el uso de insulina o agentes hipoglucemiantes orales. El control estricto de la glucosa es clave para evitar complicaciones tanto para la madre como para el feto.

Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU)

El RCIU se define como un peso fetal estimado por debajo del percentil 10 para la edad gestacional. Puede ser causado por problemas placentarios, malformaciones fetales, o infecciones intrauterinas.

Diagnóstico: Se realiza mediante ecografía, en la que se evalúa el peso fetal, el índice de líquido amniótico y el flujo sanguíneo en la arteria umbilical mediante Doppler.

Manejo: Implica vigilancia estrecha con monitoreos fetales frecuentes. En casos severos, se puede considerar la inducción del parto antes de la fecha de término para evitar el riesgo de muerte fetal intrauterina.

Placenta Previa

La placenta previa es una condición obstétrica en la que la placenta se implanta en la parte inferior del útero, cubriendo total o parcialmente el cuello uterino. Es previa ocurre cuando la placenta se implanta en la parte baja del útero, cubriendo parcial o completamente el cuello uterino. Se manifiesta como sangrado vaginal indoloro en el tercer trimestre.

Manejo: Requiere reposo y monitoreo fetal. En casos graves, se recomienda la cesárea planificada, generalmente alrededor de las 36-37 semanas de gestación, para evitar hemorragias durante el parto vaginal.

Desprendimiento Prematuro de Placenta

Abrupto placentario o desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI) es 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. Ocurre después de las 20 semanas de gestación y antes del parto.

Manejo: Depende de la severidad. En casos leves, se puede optar por manejo conservador con reposo, mientras que en casos graves se requiere una cesárea urgente.

Evaluación fetal: A través de la ecografía, se monitorea la posición del feto (cefálica o no cefálica), la cantidad de líquido amniótico y la placentación. A partir de la semana 34, es importante evaluar la presentación fetal para planificar el tipo de parto.

Hemorragia postparto

Es el sangrado que ocurre a partir de las 24 semanas de gestación y antes del parto, e incluye la pérdida de más de 500ml de sangre en el momento del parto o 1,000ml durante la cesárea. Lo podemos clasificar como:

- Hemorragia menor: 500-1000ml
- Hemorragia mayor moderada: 1000-2000ml
- Hemorragia mayor severa: >2000
- Hemorragia mayor: > 1000ml

Trauma en el canal de parto:

El trauma del canal de parto hace referencia a las lesiones que ocurren en el tracto genital durante el proceso del parto, ya sea espontáneo o asistido, estas lesiones pueden comprometer diversas estructuras del canal de parto, como el cuello uterino, la vagina, el perineo y, en casos graves, involucrar el esfínter anal o estructuras internas. Aunque el parto es un proceso fisiológico, ciertos factores predisponen a la aparición de traumas.

- Parto instrumental: El uso de instrumentos obstétricos como fórceps o ventosa para facilitar el parto puede causar desgarros en el tracto genital.
- Macrosomía fetal: Fetos grandes (>4,000 g) pueden aumentar la probabilidad de lesiones por mayor distensión del canal de parto.
- Parto rápido o precipitado: Un parto rápido puede generar desgarros en el canal de parto debido a la falta de tiempo para una adecuada dilatación y adaptación del canal vaginal.
- Parto prolongado: Los partos prolongados pueden generar estrés en los tejidos vaginales y el cuello uterino, aumentando el riesgo de trauma.
- Distocia de hombros: Ocurre cuando los hombros del feto quedan atrapados después de la salida de la cabeza, lo que requiere maniobras que pueden lesionar el canal de parto.

- **Episiotomía:** Aunque está destinada a facilitar el parto, una episiotomía mal controlada o mal reparada puede aumentar el riesgo de lesiones en el perineo y estructuras adyacentes.
- **Edad materna avanzada:** Las mujeres mayores de 35 años pueden tener tejidos menos elásticos, lo que aumenta el riesgo de desgarros.

Tipos de lesiones en el canal de parto:

- **Desgarro de primer grado:** Afecta solo la piel y el tejido superficial del periné. Suele cicatrizar bien y sin mayores complicaciones.
- **Desgarro de segundo grado:** Involucra la piel y los músculos del periné, como el músculo bulbocavernoso. Es más profundo y requiere sutura.
- **Desgarro de tercer grado:** Afecta al esfínter anal. Se subdivide en tres tipos:
 - **3a:** Menos del 50% del esfínter anal externo está lesionado.
 - **3b:** Más del 50% del esfínter anal externo está lesionado.
 - **3c:** Afecta tanto el esfínter anal externo como el esfínter interno.
- **Desgarro de cuarto grado:** Se extiende a través del esfínter anal y afecta la mucosa rectal. Es la lesión más grave, con riesgo de incontinencia fecal y otras complicaciones a largo plazo.

Desgarros Vaginales

- Los desgarros vaginales pueden ocurrir en cualquier parte de la pared vaginal. Son más comunes cuando el feto es de gran tamaño o si se utilizan instrumentos obstétricos.
- Desgarros Cervicales

Ocurren cuando el cuello uterino no está completamente dilatado y la cabeza del bebé es expulsada o manipulada. Los desgarros cervicales pueden ser

superficiales o profundos y, en casos graves, comprometer el útero, lo que puede llevar a hemorragias severas.

Tratamiento quirúrgico:

- Cirugía abdominal de Huntington
- Cirugía vaginal o Spinelli
- Histerectomía total

Tiempo: alteraciones hemostáticas coagulación

Intravascular Diseminada:

Es un síndrome adquirido que se caracteriza por una activación anormal del sistema de coagulación. Esto conduce a la formación de coágulos sanguíneos en pequeños vasos, agotando los factores de coagulación y las plaquetas, lo que provoca una hemorragia incontrolada.

La CID en obstetricia suele ser desencadenada por:

- **Desprendimiento prematuro de placenta:** El sangrado masivo asociado puede iniciar la cascada de coagulación.
- **Preeclampsia/Eclampsia:** Estas condiciones de hipertensión severa en el embarazo pueden desencadenar la CID en su fase severa.
- **Infecciones severas (Sepsis):** La respuesta inflamatoria sistémica en la sepsis puede activar la coagulación de forma diseminada.
- **Embolismo de líquido amniótico:** Ocurre cuando el líquido amniótico entra en la circulación materna, activando la coagulación.
- **Muerte fetal intrauterina prolongada:** La retención prolongada de un feto muerto puede desencadenar la CID.

Síntomas:

- Sangrado: Es el síntoma más común, que puede presentarse como petequias, equimosis, hemorragia de mucosas, o hemorragia postparto grave.
- Trombosis: La CID puede generar complicaciones trombóticas, incluyendo infarto de órganos como riñones, pulmones, y cerebro.
- Falla multiorgánica: El compromiso de la microcirculación puede llevar a insuficiencia renal aguda, daño hepático y colapso cardiovascular.

El diagnóstico de CID se basa en la combinación de hallazgos clínicos y de laboratorio. Las pruebas más relevantes son:

- Tiempos de coagulación prolongados: Tiempo de protrombina (TP) y tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa) prolongados.
- Disminución de fibrinógeno: Un nivel bajo de fibrinógeno es un marcador importante en la CID, dado el consumo excesivo de este factor.
- Aumento de productos de degradación de fibrina (PDF) y dímero D: Indican la activación de la fibrinólisis.
- Trombocitopenia: Las plaquetas disminuyen debido a su consumo en la formación de coágulos.

Tratamiento de CID

El tratamiento de la CID se enfoca en abordar la causa subyacente y controlar las alteraciones hemostáticas:

Tratamiento de la causa desencadenante

- Desprendimiento de placenta: Implica la resolución rápida del embarazo (parto o cesárea).
- Sepsis: Requiere el uso de antibióticos, control de la infección y soporte de órganos vitales.
- Muerte fetal: Es crucial evacuar el útero para detener el estímulo procoagulante.

Soporte Hemodinámico y Hemostático

- Transfusión de productos sanguíneos: En casos de sangrado significativo, se administran plaquetas, plasma fresco congelado (PFC) y crioprecipitados para reponer factores de coagulación.
- Sulfato de magnesio: En casos de preeclampsia o eclampsia asociada.
- Heparina: En algunos casos, se utiliza para contrarrestar la formación de trombos, especialmente en CID crónica o subaguda.

Complicaciones de la CID

- Hemorragia masiva: Puede llevar a shock hemorrágico y la muerte si no se trata rápidamente.
- Falla multiorgánica: La oclusión de pequeños vasos con microtrombos puede provocar fallo renal, hepático, pulmonar y cardiovascular.
- Secuelas neurológicas: El compromiso del flujo sanguíneo cerebral puede causar daño cerebral irreversible.

BIBLIOGRAFÍA

Guía de práctica clínica GPC., Instituto Mexicano del Seguro Social, unidad de atención médicas. Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico

Manual medicina y cirugía CTO de Ginecología 2007

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).