



**Mi Universidad**

## **Resúmenes**

*Angel Diego de la Cruz Abarca*

*Resumen*

*Primer parcial*

*Clínica de ginecología y obstetricia*

*Dr. Miguel de Jesús García Castillo*

*Medicina Humana*

*7 Semestre*

Amenaza de Aborto:

Definición:

Definiremos como amenaza de aborto un sangrado transvaginal que se puede presentar junto a dolor abdominal o sin ningún dolor acompañante, en este caso al tratarse de una amenaza de aborto no se presentara la dilatación cervical antes de la semana 22 de gestación.

Estas a su vez las podemos dividir en dos grupos en la amenaza de aborto temprana que se presentara antes de las 14 semanas de gestación y la amenaza de aborto tardía que se presentara entre las 14 y 22 semanas de gestación, es una de las complicaciones obstétricas más comunes, con una incidencia que varía entre 20% y 25% de los embarazos tempranos.

Diagnostico:

Cuando el sangrado vaginal sin dilatación del cérvix se presenta entre la semana 20 y 22, esto puede iniciar únicamente como manchas de sangre y llegar hasta un choque, si la dilatación del cuello comienza, el aborto es inevitable, si se presenta este cuadro clínico se debe comenzar con historia clínica y un examen físico completo, con especuloscopia para visualizar y evaluar el cérvix.

También es recomendado que se haga un ultrasonido para delimitar en donde se está situando y si el embarazo aun es viable para la madre, se debe identificar la actividad cardiaca fetal, el saco gestacional, el saco vitelino y polo fetal.

La frecuencia cardiaca entre la semana 5 y 10 debe de ir entre 100 a 175 una frecuencia menor a 85 se clasifica como una muerte fetal

Tratamiento:

La hidropogesterona oral ayuda a prevenir la amenaza de aborto con 400mg o menos

Los tocoliticos han demostrado ser de ayuda para la relajación del trabajo uterino así reduciendo el riesgo de amenaza de aborto.

Se sugiere que la paciente guarde reposo por lo menos 48hrs tras la disminución del sangrado, se le suplementa acido fólico y se le administra sedantes junto con una dosis de gonodotopina coriónica humana.

Aborto:

Tipos de aborto:

Aborto espontáneo: Pérdida de embarazo que se produce antes de las 22 semanas de gestación. Puede ser completo, incompleto, inevitable o retenido:

Aborto completo: Todo el tejido del embarazo sale del útero.

Aborto incompleto: Únicamente sale una parte del producto, dejando restos de anexos y de embrión

Aborto inevitable: El sangrado aumenta y el cuello uterino se abre, y queda sin posibilidad de continuar con el embarazo

Aborto retenido: No hay sangrado ni cólicos, pero el ultrasonido muestra un saco gestacional vacío o un embrión sin actividad cardíaca.

Aborto Séptico: Se da por una infección uterina grave.

Definición:

Tomaremos en cuenta que antes de las 14 semanas de gestación será un aborto temprano y entre la semana 14 a la semana 22 se considerará un aborto tardío.

Podemos tomar en cuenta como la definición de aborto a la expulsión completa o parte del producto antes de las 22 semanas de gestación o un producto con un peso menor a los 500g de peso.

Diagnostico:

El diagnóstico se realiza por examen pélvico, mediante la medición de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana, también puede hacerse un ultrasonido para delimitar si se encuentran restos de anexos o del embrión al igual que un ultrasonido endovaginal.

Tratamiento:

En caso de ser un aborto incompleto se debe realizar un legrado y retirar todo el material que se encuentre retenido

Puede ser un tratamiento quirúrgico.

Se puede administrar misoprostol para facilitar la expulsión del embrión y sus anexos

Hemorragias del tercer trimestre:

Las hemorragias obstétricas siguen siendo una de las principales causas de muerte materna, esta va a ocurrir en un 5% de los nacimientos en el país y que ocasiona anualmente 140,000 muertes, lo que significa que cada 4 minutos muere una paciente, la mayoría de las muertes maternas por hemorragia se dan 4 horas después del parto.

Atonia uterina:

Es la hemorragia postparto más común, y que se llega a dar en la mayoría de los casos, se clasificara como la incapacidad uterina de encogerse posterior al parto, esto generara hemostasia dentro de la zona placentaria, este se presentara como sangrados excesivos y que son de atención rápida, superando los 500ml ya que esta puede derivar a un estado de choque.

Dx:

Sera inmediato con la exploración física que se hace, donde se presentará una hemorragia continua y brusca, al igual de que el útero se mantendrá blando y estará aumentado de tamaño esto se obtendrá con una palpación abdominal.

Tratamiento:

El tratamiento inicial será un masaje bimanual para poder parar la hemorragia.

Se administrará sangre o solución Hartmann para la reposición de electrolitos y líquidos.

Retención de restos placentarios:

La placenta termina de salir aproximadamente después de 30 minutos del parto, si esto no es así puede generar una hemorragia, ya que podríamos hablar de una mala implantación de una placenta acreta, lo que generaría hemorragia.

Dx:

Se debe realizar una ecografía para poder delimitar si existe algún tipo de resto placentario, si aun se tienen dudas sobre esto se puede hacer una resonancia magnética para eliminar cualquier sospecha clínica.

Tratamiento:

Se puede dar un masaje uterino para estimular la salida de la placenta

Al igual que usar misoprostol para la contracción uterina.

Trauma lesión cervical o Vaginal:

La rotura uterina es una de las complicaciones mas recurrentes en la hemorragia postparto, ya que puede aumentar el riesgo si existe una cesarea previa, otros de los factores importantes son los embarazos traumáticos que son definidos como partos en los que es necesario la instrumentación o existe una distosia, o en la cual puede haber una hiperestimulación, al igual que la mala manipulación al momento de sacar al producto de la madre.

Esto es generado por lesiones al canal vaginal, a la retura e inversión uterina y las laceraciones del cuello vaginal.

Diagnostico.

El diagnostico será clínico intentando cuantificar la perdida de la sangre de la madre y buscar la causa o lugar donde se esta presentando la hemorragia.

Tratamiento:

Se administra oxitocina 10U esta será la terapéutica de primera elección.

Si la perdida sanguínea es alta se le debe reponer líquidos y electrolitos con solución Hartmann

Mantener en vigilancia a la paciente durante 4-6 horas

Trombina:

trombina se relaciona con las alteraciones de la coagulación, que pueden ser causadas por trastornos de la coagulación o afecciones relacionadas con el embarazo, como la eclampsia, pueden generar cuagulopatias congénitas o adquiridas

Tratamiento:

Es necesaria la reposición de líquidos y la recuperación de cuerpos sanguíneos para poder estabilizar a la paciente y principalmente detener la hemorragia obstétrica.

Placenta previa:

Definición:

La placenta previa es una incersion de la placenta de forma en la que ocluye el canal vaginal esto puede generar grandes dificultades al momento del parto, la placenta previa puede ser asintomática hasta el momento del parto, o generar hemorragias leves por movimiento o estrés de la madre, se definirá como una placenta normal incerta a la que se encuentre a 22mm, la placenta previa puede estar ligada al acretismo placentario, lo que puede generar una hemorragia grave de 2000 a 5000ml con necesidad de transfusión del 38 al 95% de los casos.

Diagnóstico:

Existe sangrado transvaginal obscuro sin dolor

La frecuencia cardíaca y fetal pueden estar levemente alteradas o normales

Esta contraindicado el tacto vaginal por el riesgo alto de lesión, pero se hace estudio con ultrasonido endovaginal para determinar la posición.

Tratamiento:

Resposo de la paciente, y se inicia la maduración pulmonar.

Se recomienda la administración de tocolíticos en un lapso de 48 horas

Se recomienda programar el nacimiento entre la semana 36 a 37 de gestación, y se programa con cesarea para delimitar los daños.

Si es de incersion baja se puede continuar por el parto en el canal vaginal.

Abrupto placentae:

Definición:

Es una de las emergencias obstétricas más importantes ya que se trata de un desprendimiento prematuro de la placenta, El desprendimiento puede implicar cierto grado de separación placentaria, de unos pocos centímetros hasta total. La separación puede ser aguda o crónica, puede llevar a la madre a un estado de shock y puede generar CID, esto también puede generar un compromiso fetal muy importante

Podemos tener distintos factores de riesgo, como lo es una madre de edad avanzada, que sea hipertensa, traumatismos abdominales, vasculitis o tabaquismo.

El desprendimiento agudo de placenta puede producir hemorragia uterina. La sangre también puede permanecer detrás de la placenta, si la separación continúa, el útero puede volverse doloroso e irritable a la palpación.

Diagnostico:

Sangrado vaginal

Dolor uterino espontáneo o a la palpación

Distrés o muerte fetal

Shock hemorrágico

CID

Se tiene que monitorear la frecuencia cardiaca fetal y se hacen ultrasonido para poder determinar el estado de la placenta al igual que se evalúa la coagulación sanguínea.

Tratamiento:

El tratamiento de elección es el parto y si se pone en riesgo a la madre y al bebé es la cesarea.

## Bibliografía:

Gómez Martínez, Nairovys, Morillo Cano, Julio Rodrigo, & Pilatuña Tirado, Catalina Belén. (2021). El cuidado enfermero en pacientes con atonía uterina atendidas en el Hospital General Puyo. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 8(3), 00050. Epub 11 de junio de 2021. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i3.2674>

Karlsson, H., & Pérez Sanz, C... Hemorragia postparto. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32(Supl. 1), 159-167. Recuperado en 19 de septiembre de 2024, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lng=es&tlng=es).

GPC. Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención. Actualización 2020. Evidencias y recomendaciones. <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-026-20/ER>

GPC. Diagnóstico y Tratamiento del Aborto Espontáneo y Manejo Inicial de Aborto Recurrente. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/088GRR.pdf>

Clasificación del aborto. (s/f). Manual MSD versión para profesionales. Recuperado el 19 de septiembre de 2024, de <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/multimedia/table/clasificaci%C3%B3n-del-aborto>

Dulay, A. T. (s/f). *Desprendimiento placentario*. Manual MSD versión para profesionales. Recuperado el 19 de septiembre de 2024, de <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-prenatales/desprendimiento-placentario>

a GPC-IMSS-589-19. Diagnóstico y Manejo de ANOMALÍAS EN LA INSERCIÓN PLACENTARIA Y VASA PREVIA. Actualización 2019 <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/589GER.pdf>