



Mi Universidad

Resúmenes

Abril Amairany Ramírez Medina

1er parcial

Clínica de ginecología y obstetricia

Dr. Miguel de Jesús García Castillo

Medicina humana

7mo semestre. Grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas. 18 de septiembre de 2024

Amenaza de aborto. Se caracteriza por la aparición de sangrado transvaginal, que puede presentarse con o sin dolor abdominal, y se observa en ausencia de dilatación cervical antes de la semana 22 de embarazo.

Existen dos tipos de amenaza de aborto:

Amenaza de aborto temprana. Se presenta en <14 semanas de gestación.

Amenaza de aborto tardía. Se presenta de la semana 14-22 semanas de gestación.

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 20-30a es de 9-17% y aumenta 20% a los 35^a, 40% a los 40^a y 80% a los 45^a

Clínica de amenaza de aborto

Amenorrea secundaria

Prueba de embarazo positiva

Presencia de vitalidad fetal

Cólicos abdominales con o sin sangrado vaginal

Volumen uterino acorde con amenorrea

Sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de embarazo

Factores de riesgo para amenaza de aborto

Crónicas. DM-1 descompensada, hipertensión arterial sistémica, enfermedad renal, síndrome antifosfolípidos, lupus eritematoso sistémico, enfermedad tiroidea.

Agudas. Infecciones, traumatismos.

Físicas. Congénitas, adquiridas, incompetencia ístmico-cervical.

Exógenas. Alcohol, tabaco, cocaína, radiaciones.

Riesgos más altos de amenaza de aborto

Mujeres mayores de 35 años

Mujeres con antecedentes de tres o más abortos espontáneos

Mujeres con enfermedad sistémica (diabetes o disfunción tiroidea)

Diagnóstico. La exploración de la paciente debe incluir especuloscopia y ultrasonido. Se debe repetir el estudio ultrasonográfico con un intervalo de 7-10 días. Los marcadores ultrasonográficos que predicen aborto en mujeres con viabilidad fetal confirmada son:

Bradicardia fetal (FCF < 110 lpm entre la 6 a 14 SDG | Sen 68% y E 97%).

Hematoma intrauterino sin información existente en relación al tamaño (S 17-92%, E 17-83%).

Diferencia entre MGSD y LCC (S 73-88% y E 73-88%).

Saco de Yolk con forma irregular, alteraciones de ecogenicidad o ausencia.

Examen de beta GCH (cuantitativa).

Tratamiento. Según la guía de práctica clínica actualmente los pocos estudios concluyen que no hay una diferencia en el tratamiento farmacológico con el no farmacológico (manejo conservador).

GCH hasta la semana 12, 17 alfa hidroxiprogesterona después de la semana 12, Ácido fólico, Reposo hasta 48 horas (es recomendada pero no mejora los resultados), Sedantes, Paracetamol, Hto, grupo y Rh.

Tipos de aborto

Aborto. 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 espontaneo en el primer trimestre. Pérdida de un feto antes de las 22 SDG o con un feto expulsado con un peso <500 gramos.

Aborto incompleto. Expulsión incompleta del contenido uterino, retención de tejido y ligamentos ovulares. Ocasiona sangrado de intensidad variable acompañada de coágulos, calambres uterinos.

Diagnóstico. Ecografía: se detecta útero blanduzco, grande y sin retraerse totalmente.

Tratamiento. Misoprostol: una dosis vaginal de 800 µg o una dosis de misoprostol oral o sublingual de 400 µg, AMEU.

Aborto completo. Expulsión completa del contenido uterino, el orificio cervical se cierra posteriormente. Disminuye el sangrado uterino y dolor.

Diagnóstico. El tejido expulsado, en el que se debe distinguir una gestación completa de los coágulos de sangre o un molde decidual. Ecografía transvaginal: endometrio con mínimo grosor sin un saco gestacional.

Aborto diferido. Muerte embrionaria o fetal, sin que exista expulsión durante días o semanas. No presentara sangrado, dolor. No hay modificaciones cervicales.

Diagnóstico. Ecografía transvaginal: embrión sin LCF, distorsión del saco gestacional, disminución de líquido amniótico, cérvix cerrado.

Tratamiento. Misoprostol: 800 µg, LIU.

Aborto séptico. Aborto acompañado de infección del material fetal, placentario y del endometrio. Fiebre >38° C, sangrado vaginal que puede variar de leve a profuso. Causa común es la infección del tejido placentario o fetal después de un aborto

incompleto. La infección se puede diseminar a estructuras cercanas al útero formando pelviperitonitis o peritonitis generalizada y septicemia.

Grado I. afecta solo al utero

Grado II. Afecta utero y anexos

Grado III. Afecta pelvis y abdomen

Grado IV. Shock séptico

Diagnóstico. 1.- Antecedentes de maniobras abortivas. 2.- Signos y síntomas. Secreción fétida. Temperatura > 38°C. Abdomen doloroso. Signo de irritación peritoneal. 3.- Laboratorios. Leucocitosis > 15,000/mm. 4.- Ecografías. Descartar restos ovulares en cavidad uterina.

Tratamiento. Antibióticos de amplio espectro. Antibioticoterapia: penicilina G cristalina, cefalosporinas 1, 2 o 3 generación, betalactámicos, aminoglucósidos, metronidazol, clindamicina o cloranfenicol. Quirúrgico. Legrado uterino, se plantea laparotomía exploradora e histerectomía.

Aborto provocado. Terminación médica o quirúrgica del embarazo antes del momento de la viabilidad fetal. Aborto terapéutico. Interrupción del embarazo por indicaciones médicas. Aborto electivo o voluntario. Interrupción del embarazo antes de la viabilidad a petición de la mujer (sin razones médicas). Aborto quirúrgico y aborto médico.

Primer trimestre. Mifepristona, 200-600 mg vo, seguido en 24-48 h por: misoprostol, 200-600 µg vo o 400-800 µg por vía vaginal, oral o sublingual. Misoprostol solo 800 µg por vía vaginal o sublingual cada 3 h por 3 dosis. Metotrexato 50 mg/m² BSA por vía intramuscular o por vía oral seguido en 3-7 por misoprostol 800 µg por vía vaginal. Repetir si es necesario 1 semana después de administrar metotrexato al inicio del tratamiento.

Hemorragia de 3er trimestre

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 (el canal de parto).

Epidemiología. La placenta previa se presenta en aproximadamente el 0.3% al 0.5% de todos los embarazos. 1° causa de hemorragia de tercer trimestre.

Clasificación

Placenta previa. Borde placentario cubre el orificio cervical interno (OCI).

Inserción baja. Borde a menos de 20 mm del OCI.

Normal. Borde a más de 20 mm del OCI.

Factores de riesgo. Cesáreas previas (cicatriz uterina), aborto previo, edad avanzada, tratamiento de fertilidad, tabaquismo.

Cuadro clínico. Hemorragia rojo brillante asintomática (29-32 SDG), estado materno normal, presentación fetal anormal, transudado amniótico.

Diagnóstico. USG transvaginal (elección), ecografía abdominal (segunda línea), corroborar diagnóstico con USG en la 32 SDG y antes de la cesárea 36 SDG. CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA DE REALIZAR TACTO VAGINAL.

Tratamiento. Corroborar placenta previa después de 32 SDG de forma forzosa. Si placenta previa, cesárea a la semana 37 (previo USG semana 36 para comprobar por última vez). Más de un episodio de sangrado, vasa previa o acretismo, cesárea a la semana 34-36. Solo ofrecer parto, si la placenta está más allá de 20 mm de OCI (placenta de inserción normal). Inestabilidad materna y fetal, cesárea.

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

Desprendimiento de placenta. 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.

Epidemiología. Segunda causa de hemorragia en el tercer trimestre. Se produce en el 0.5-1.5% de todos los embarazos. Primera causa de hemorragia intraparto.

Factores de riesgo. Hipertensión y preeclampsia: Son factores de riesgo significativos, ya que la presión arterial alta puede dañar los vasos sanguíneos de la placenta y aumentar la posibilidad de desprendimiento. Traumatismo abdominal: Un golpe o lesión en el abdomen puede desencadenar el desprendimiento. Tabaquismo: Fumar durante el embarazo está asociado con un mayor riesgo de DPP. Multiparidad. Edad materna avanzada: Las mujeres mayores de 35 años tienen un mayor riesgo de desarrollar esta complicación.

Clínica y clasificación. Hemorragia (hemorragia rojo oscuro) más hipertonía más dolor (compromiso del estado fetal).

Desprendimiento incipiente <10-15%. Sangrado leve o nulo, dolor abdominal leve, contracciones irregulares.

Desprendimiento avanzado aproximadamente 15-50%. Sangrado moderado, dolor abdominal severo, contracciones intensas, sufrimiento fetal.

Desprendimiento masivo >50%. Sangrado abundante, dolor abdominal intenso, signos de shock materno, sufrimiento fetal severo o muerte fetal.

Diagnóstico. Clínico, ecografía trans-abdominal.

Tratamiento. Mantener constantes vitales maternas, cesárea. Manejo: estabilizar con cristaloides y sangre, pasar a quirófano para cesárea de urgencia.

Hemorragia posparto.

Según la GPC, La hemorragia postparto es definida como cualquier pérdida de sangre que puede causar inestabilidad hemodinámica. Sin embargo, esta definición no tiene en cuenta la cantidad de sangrado, sino solo las condiciones hemodinámicas. Tradicionalmente, se ha considerado la hemorragia postparto como la pérdida de 500 ml de sangre después del parto y 1000 ml después de una cesárea, ya que las pérdidas aceptables varían según las condiciones previas de la paciente.

Tono (atonía uterina)

Proceso etiológico. Útero sobredistendido, cansancio del musculo uterino, infección intramniotica, alteración anatómica o funcional del útero.

Factores de riesgo. Polihidamnios, gestación múltiple, macrosomía, parto rápido, parto prolongado, alta paridad, fiebre, rotura prematura de membranas prolongadas.

Tejido (retención de productos)

Proceso etiológico. Placentario, coágulos.

Factores de riesgo. Miomas, placenta previa, anomalías uterinas, expulsión incompleta de la placenta, cirugía uterina previa, paridad alta, placenta anormal útero atónico.

Trauma (lesión del canal genital)

Proceso etiológico. Desgarro en canal blando, desgarro en cesárea, rotura uterina, inversión uterina.

Factores de riesgo. Parto precipitado, parto operatorio, malposición, gran encajamiento, cirugía uterina previa, gran paridad, placenta fúndica.

Trombina (alteraciones de la coagulación)

Proceso etiológico. Previas: hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand, adquirida del embarazo: plaquetopenia de la preeclampsia, PTI, CID (preeclampsia, muerte

intraútero, infección severa, desprendimiento prematuro de placenta, embolia de líquido amniótico), anticoagulación terapéutica.

Factores de riesgo. Coagulopatías, hepatopatías, Sangrado con el rasurado, muerte fetal, fiebre, leucocitosis, hemorragia anteparto, inestabilidad aguda, estudio de coagulación.

Bibliografía

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

Secretaría de Salud. (2018). Guía de práctica clínica para el manejo de la placenta acreta. México: Secretaría de Salud.

IMSS. (s. f.). Prevención y manejo de la hemorragia postparto en el primer y segundo niveles de atención.

Williams, J. (2018). Williams Ginecología y Obstetricia (25ª edición). McGraw-Hill.

https://salud.edomex.gob.mx/hmpmonica_pretelini/docs/guias/Prevencion%20y%20Manejo%20de%20la%20Hemorragia%20Postparto.pdf