



Alumna: Yajaira Gpe. Méndez Guzman

Tema: Resumen de los temas vistos en clases

Parcial: Primer parcial

Materia: Clínica de Ginecología y obstetricia

Catedrático: DR. Garcia Castillo Miguel De Jesus

Licenciatura en medicina humana

7mo semestre Grupo: C

Comitán de Domínguez

## AMENAZA DE ABORTO

### ¿Qué es?

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.

### Clinica

La amenaza de aborto es una de las complicaciones obstétricas más comunes

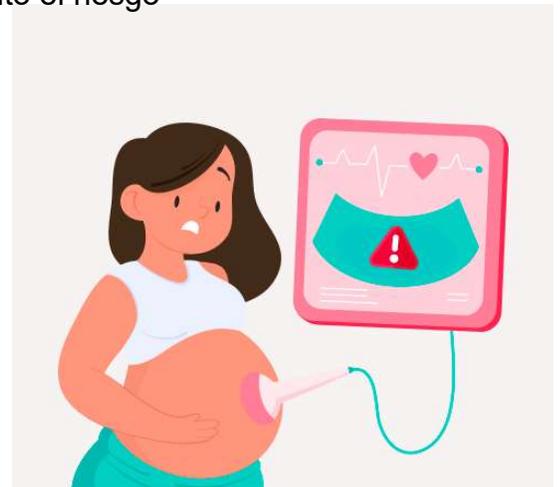
- El sangrado vaginal durante las primeras 20 a 22 semanas de gestación
- con o sin dolor lumbopélvico y cérvix cerrado, se conoce como amenaza de aborto involuntario

En todo cuadro clínico de sospecha de amenaza de aborto comenzar con historia clínica y examen físico completo. Se recomienda realizar USG en mujeres con sospecha de amenaza de aborto, para determinar el sitio y la viabilidad del embarazo

### Factores de riesgo

Los factores de riesgo pueden variar dependiendo del riesgo

- DM
- Hipertensión gestacional
- Problemas de la tiroides
- Tener más de 35 años
- Sobrepeso
- Infecciones
- Caídas o accidentes
- Sx de anticuerpos antifosfolipídicos
- Exposición a tóxicos ambientales
- Alcohólico, tabaquismo, cocaína.



### Diagnostico

El diagnóstico se hace a través de manera clínica se debe de usar Los marcadores ultrasonográficos que predicen aborto en mujeres con viabilidad fetal confirmada son:

- Bradicardia fetal (con FCF < 110 lpm, entre la 6 a 14 SDG, Sen 68 y Esp 97%)
- Hematoma intrauterino (Sen 17% a 92% y Esp 17% a 83%), sin información existente en relación al tamaño.
- Diferencia entre MGSD y LCC (Sen 73% a 88% y Esp 73% a 88%)

- Saco de Yolk con forma irregular, alteraciones de ecogenicidad o ausencia (17% a 69% y 79% a 99%)

Se recomienda realizar 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). Repetir el estudio cuando exista algún marcador ultrasonográfico de mal pronóstico.

### Prevención

Existen evidencias sobre la ingesta deficiente de vitaminas en la dieta y el incremento de riesgo del aborto espontáneo por la ingesta de complementos con vitaminas antes o durante el embarazo temprano puede ayudar a prevenir el aborto espontáneo

### Tratamiento

**Se dice que lo mejor es un reposo relativo aunque este no siempre es necesario en algunos casos se llega a utilizar fármacos como progesterona**

- Indicaciones: Se utiliza para apoyar el mantenimiento del embarazo en casos de amenaza de aborto.
- Dosis común:

Vía oral: 200-400 mg/día, divididos en dos tomas.

Vía vaginal: 200-600 mg/día, dependiendo del caso

- Hormonal
- Ganodotropina Coriónica Humana (GCH) hasta la semana 12
- 17 alfa-hidroxiprogesterona después de la semana 12



## TIPOS DE ABORTOS

### ABORTO

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

#### Clasificación del aborto

| Tipo   | Definición   |
|--|--|
| Temprano   | Aborto antes de las 12 semanas de gestación  |
| Tardía   | Aborto entre las 12 y las 20 semanas de gestación  |
| Espontáneo   | Pérdida de embarazo antes de las 20 semanas de edad gestacional  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Amenaza de aborto</li></ul>                                | Sangrado vaginal antes de las 20 semanas de gestación sin dilatación cervical  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Inevitable</li></ul>                                       | Sangrado vaginal o rotura de membranas antes de las 20 semanas de gestación acompañado de dilatación avanzada del cuello uterino                   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Incompleto</li></ul>                                       | Dilatación del cuello uterino y expulsión de algunos productos de la concepción  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Completo</li></ul>   | Cuello uterino cerrado después de la expulsión de todos los productos de la concepción   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Retenido</li></ul>   | Se confirma la muerte de un embrión o un feto, pero no hay sangrado ni dilatación cervical y los productos de la concepción no han sido expulsados |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Embarazo anembrionado (antes huevo anembrionado)</li></ul> | Embarazo no viable con un saco gestacional, pero sin saco vitelino o embrión visualizado en la ecografía transvaginal                              |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Recurrente o habitual</li></ul>                            | ≥ 2 a 3 abortos espontáneos  |
| Inducido   | Interrupción del embarazo con medicamentos o un procedimiento  |
| Séptico  | Infeción grave de los contenidos uterinos durante o poco antes o después de un aborto  |

## DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

### Aborto Incompleto

**DX** El diagnóstico se realiza evaluando el tejido expulsado para diferenciar entre una gestación completa y coágulos de sangre o tejido decidual. También se puede confirmar mediante ecografía transvaginal, donde se observa un endometrio delgado sin saco gestacional.

**TX** Si no hay síntomas graves, a veces se opta por esperar a que el cuerpo expulse el tejido restante de forma natural.

### Aborto diferido

**DX** mediante ecografía transvaginal



Tratamiento El manejo terapéutico del aborto retenido consiste en la evacuación del contenido de la cavidad uterina de forma espontánea, quirúrgica o farmacológico que es 800microgramos de misoprostol via vaginal

### **Aborto septico**

Este cuenta con una clasificación que es

- Grado I: La infección se limita a los restos ovulares, posteriormente, se disemina a las paredes uterinas en forma de metritis.
- Grado II: La infección se extiende a los anexos, parametrio y peritoneo.
- Grado III: Finalmente la infección se extiende más allá de cavidad pelviana y empieza a producir cuadros de peritonitis generalizada, septicemia y choque séptico.

### Diagnostico

- Signos vitales y examen pélvico y abdominal
- Hemocultivos para guiar la antibioticoterapia
- Hemograma completo y otras pruebas para evaluar el estado de la paciente
- Ecografía: Descartar restos ovulares en cavidad uterina
- Laboratorios :Leucocitosis mayor a 15,000/mm

Tratamiento este se divide en dos que es

Quirúrgico: Legrado uterino, laparotomía o histerectomía

Antibioticoterapia: penicilina G cristalina, cefalosporinas, betalactamico

Aborto habitual

### Diagnostico

- Ecografía transvaginal
- Subunidad beta cuantitativa de la gonadotropina coriónica humana (beta-hCG)
- Examen pelviano

El embarazo se diagnostica con una prueba de beta-Hcg

Aborto provocado

Aquí el tx es recetado por un medico el cual la px debe de estar en vigilancia por cualquier percance que se presente

- mifepristona: 200-600mg, VO
- misoprostol: 800 microgramos VO o sublingual
- metrotexato: 50mg/m2 IM

## HERROGIAS DEL TERCER TRIMESTRES

### Placenta previa

Es la inserción (implantación) de la placenta sobre la abertura del cuello uterino, en la parte inferior del útero, y no en la parte superior del mismo



### Clasificación



### Factores de riesgo



## Clinica

El signo característico de la placenta previa es la hemorragia indolora de sangre roja brillante (60%) y de intensidad variable

No se presenta dolor

## Diagnostico

- El que se considera como primera elección es un USG transvaginal  
El método más rápido y por su inocuidad es la ecografía abdominal pero este es como una segunda opción

## Tratamiento

El tratamiento conservador estaría indicado cuando:

- La hemorragia no es grave.
- El estado hemodinámico materno es estable.
- La edad gestacional es inferior a 36-37 semanas o hay inmadurez pulmonar fetal.
- La paciente no se encuentra en fase activa del parto.
- Feto vivo, sin malformaciones incompatibles con la vida, ni datos de pérdida del bienestar fetal.
- No haya contraindicaciones médicas u obstétricas para prolongar la gestación.

El manejo se basa en:

- Estabilización hemodinámica.
- Control del bienestar fetal.
- Maduración pulmonar con corticoides.
- Reposo.
- Evitar los tactos vaginales.
- Intentar mantener el hematocrito materno  $\geq 30\%$  y la hemoglobina  $\geq 10$  g/dl.

Si el producto se encuentra en pretermino se inicia el esquema de maduración pulmonar.

- Betametasona 12 mg/24 hrs solo 2 dosis IM
- Dexametasona 6 mg /6 hrs

## Desprendimiento de placenta o Abrupto placentario

¿Qué es?

**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

- ✓ 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 riesgos

- Hipertensión y preclamsia
- Traumatismo abdominal
- Tabaquismo
- Multiparidad
- Edad materna avanzada

Clínica y clasificación

| CATEGORÍA                  | DESPRENDIMIENTO        | CARACTERÍSTICAS   |
|----------------------------|------------------------|---|
| DESPRENDIMIENTO INCIPIENTE | Menos del 10-15%       | - Sangrado leve o nulo<br>- Dolor abdominal leve<br>- Contracciones irregulares   |
| DESPRENDIMIENTO AVANZADO   | Aproximadamente 15-50% | - Sangrado moderado<br>- Dolor abdominal severo<br>- Contracciones intensas<br>- Sufrimiento fetal                          |
| DESPRENDIMIENTO MASIVO     | Más del 50%            | - Sangrado abundante<br>- Dolor abdominal intenso<br>- Signos de shock materno<br>- Sufrimiento fetal severo o muerte fetal |

## Diagnostico

- Clínico
- Ecografía trans-abdominal

## Tratamiento

Mantener constantes vitales maternas

Cesárea

Manejo Estabilizar con cristaloides y sangre, pasar a quirófano urgente.

Complicaciones



- ▶ Anemia
- ▶ Choque hipovolemico
- ▶ Atonía uterina
- ▶ Acretismo placentario y muerte.



- ▶ Distocias de presentación y situación
- ▶ Prematurez (60% causa de muerte)
- ▶ hemorragia fetal

## Hemorragia postparto

¿Qué es?

Se define como 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.

Clasificación

- **Hemorragia menor:**  
500-1000ml
- **Hemorragia mayor:**  
>1000ml

## Epidemiología

- Continua siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial.
- Ocurre en 5% de todos los nacimientos
- Ocasiona 140,000 muertes al año, que equivalen a una mujer muerta cada 4 minutos
- La mayoría de las muertes son en las primeras 4 horas postparto.
- En 2016 ocupó el segundo lugar en muertes maternas con un 22.6%

## Causas

Tono: atonía uterina

## Prevención

- Oxitocina 10 UI IM
- Carbetocina 100 mcg IV
- Misoprostol 600-800 mcg VR o VS
- Ergonovina ampola de .2mg IM
- Masaje de brandt Andrews

## Factores de riesgo

- Multiparidad
- Macrostomia/polihidramnios
- Embarazo múltiple
- Corioamnioitis
- Miomas intramurales

## Clínica

- Útero por encima del ombligo
- Útero blando

## Tratamiento

| Uterotónico         | Dosis Inicial / Via                                   | Intervalo   | Dosis de Mantenimiento   |
|---------------------|---|---|--|
| Oxitocina           | 10-40 u/1000 ml Sol. cristaloides/IV                  | Infusión rápida (10 a 20 ml/min)                          | Se sugiere continuar con 20-40 UI en 1,000 ml de Sol. Cristaloides IV para 8 horas.          |
| Ergonovina          | 0,2 mg. IM o IV                                       | Cada 2 a 4 horas  | Se sugiere continuar con oxitocina 20-40 UI en 1,000 ml de Sol. Cristaloides IV para 8 horas |
| Carbetocina         | 100 µg. IV  | Dosis única   | Se sugiere continuar con oxitocina 20-40 UI en 1,000 ml Sol. Cristaloides IV para 8 horas    |
| Misoprostol         | 800 µg SL o rectal                                    | Cada 4 horas  | Se sugiere continuar con oxitocina 20-40 UI en 1,000 ml Sol. Cristaloides IV para 8 horas    |
| Gluconato de calcio | 1 gramo, diluido en 20 ml de solución glucosada al 5% | Administración lenta, Vigilar frecuencia cardiaca materna | Se sugiere continuar con oxitocina 20-40 UI en 1,000 ml de Sol. Cristaloides IV para 8 horas |

Trauma: lesión del canal de parto

¿Qué es?

supone el 20% de los casos de las hemorragias postparto y se deben a desgarras en el canal del parto, inversión del útero o la ruptura uterina.

Factor de riesgo

- Principalmente un parto traumático
- Parto podálico

Tratamiento

depende de la gravedad de la lesión pero por lo regular es suturar.

### Inversion uterina

¿Qué es?

es una emergencia médica poco frecuente durante el parto en la que el útero gira del revés y sobresale a través del cuello uterino hacia el interior o a través de la vagina

Factores de riesgo

Multiparidad

Antecedente de inversión uterina

Tratamiento:

Reposición manual o maniobra de Jhonson



Tratamiento Quirúrgico

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

**Tissue: Retención de productos de la concepción**

¿Qué es?

puede haber una retención parcial o total de partes de la placenta u otros tejidos deciduales dentro del útero.

Factores de riesgo

- Antecedente quirúrgico
- Legrados
- APP
- Abortos

ACRETISMO placentaria

Tratamiento

- Legrado
- Oxitocina 20UI
- Histerectomía

Trombina: Coagulopatía

¿Qué es?

Trastorno hematológico adquirido en donde se encuentran activados anormalmente los mecanismos hemostáticos, caracterizándose por el alto consumo de factores pro coagulantes, así como la fase compensatoria de fibrinólisis

Patologías

- CID
- Trombosis focal
- Trombosis intravascular difusa

#### Diagnóstico clínico

- Petequias
- Hemorragias por herida quirúrgica
- Hemorragias en sitios de venopunción
- Hematomas subcutáneos
- Hemorragia en mucosas
- Hematuria

#### Diagnostico paraclínico

- TP
- TTP
- Recuento plaquetario
- Frotis
- Fibrinogeno

## BIBLIOGRAFÍAS

- *Manual medicina y cirugía CTO de Ginecología 2007*
- *Guía de Práctica Clínica de México. (2019). Hemorragia obstétrica. Secretaría de Salud.*
- Secretaría de Salud. (2018). Guía de práctica clínica para el manejo de la placenta acreta. México: Secretaría de Salud..
- Williams, J. (2018). Williams Ginecología y Obstetricia (25ª edición). McGraw-Hill.
- Secretaría de Salud (2018). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Ruptura Uterina. México: Secretaría de Salud.