



Nombre del alumno: Martín Mar Calderón

**Nombre del profesor: Natanael Ezri Prado
Hernández**

Nombre del trabajo: Caso clínico

Materia: BIOLOGÍA DEL DESARROLLO

Grado: 1°

Grupo: "C"

Comitán de Domínguez, Chiapas a 30 de
agosto de 2021.

Px femenino de 23 años, con embarazo de 14 SDG por FUM. Ingresa a la sala de urgencias por presentar dolor abdominal leve a nivel del hipogastrio, acompañado de sangrado transvaginal escaso. Sin antecedentes patológicos de importancia. Al examen ginecológico hay presencia de sangre en el canal vaginal y el cuello uterino está cerrado y sin cambios. Hb 11.1, leu 6000, plaq 240,000.

¿Cuál es el dx más probable?

Amenaza de aborto

¿Cuál es la causa más común de este diagnóstico?

- La causa más común de aborto espontáneo es la muerte del feto debida a malformaciones genéticas o congénitas que hacen inviable su desarrollo.
- Cuello uterino incompetente
- Edad
- Factores externos
- Abortos anteriores
- Enfermedades infecciosas de la madre, como diabetes, problemas renales, hepatitis, SIDA, entre otros
- Consumo de alcohol y drogas
- Traumatismos graves

¿Cuál es el siguiente paso en esta paciente?

- Se sugiere en todo cuadro clínico de sospecha de amenaza de aborto comenzar con historia clínica y examen físico completo. La exploración de la paciente debe incluir especuloscopia para visualizar y evaluar el cérvix, para descartar cualquier otra lesión capaz de producir sangrado trasvaginal (eversión glandular, lesiones cervicales malignas, pólipo cervical, entre otras).
- Identificar causas posibles
- Reposo en cama: la evidencia disponible por el momento es insuficiente para demostrar el efecto benéfico para prevenir el aborto mediante reposo; sin embargo, se recomienda evitar el esfuerzo físico excesivo y la actividad sexual
- Descartar patología infecciosa
- Confirmar viabilidad fetal
- Medidas seriadas de b-HGC cada 2 a 3 días

- Seguimiento ecográfico trasvaginal semanal
- Uso de analgésicos
- Antiespasmódicos (butilioscina)
- β -agonista (terbutalina, isoxsuprina, clorhidrato de nilidrina, fenoterol y ritodrina)
- Progesterona natural 200 mg a 400 mg, cada 12 horas, hasta la semana 12 de gestación en caso de insuficiencia de cuerpo lúteo*
- Prescripción de antibióticos en caso necesario (infección de vías urinarias y vaginales)
- Solicitar hemoclasificación

Acude a urgencias una paciente de 28 años con amenorrea de 10 semanas, acude por presentar menorragias, menores que una regla, sin dolor. Le solicita un test de embarazo que es +. A la exploración ginecológica se objetivan restos hemáticos escasos en vagina, no sangrado activo, cérvix cerrado. En la ecografía transvaginal se objetiva una vesícula gestacional de 18 mm con un embrión de 3 mm en la que no se objetiva latido cardíaco.

¿Cuál es el diagnóstico?

Un aborto diferido

¿Cuál es el siguiente paso en esta paciente?

- Debemos verificar si es un embrión viable
- No se detecta FCF, pero como mide menos de 7 mm es un embarazo con viabilidad incierta y se debe realizar un USG y/o B-HGC
- Se recomienda repetir el estudio ultrasonográfico con un intervalo de 7 a 10 días, cuando existan marcadores ultrasonográficos de mal pronóstico o embarazo con viabilidad incierta.
- Realizar estudios de gabinete y laboratorio
- 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.