



Universidad Del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Nicole Yuliveth García Guzmán

Dra Berenice Fernández Solís

Análisis de la decisión clínica

Octavo semestre

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas 28 de febrero de 2025

INTRODUCCIÓN

La amenaza de aborto se define como la presencia de sangrado transvaginal que puede estar acompañado o no de dolor abdominal, así como ausencia de dilatación antes de la semana 22 de gestación por lo que es considerada como una condición obstétrica situación de gran preocupación tanto para la madre como para los profesionales del sector de salud, ya que puede evolucionar hacia un aborto espontáneo o resolverse sin mayores complicaciones, la amenaza de aborto puede clasificarse en dos tipos temprana (cuando existe un embarazo de menos de 14 semanas de gestación) y tardía (aquella que se presenta entre la semana 14 a 22), es considerada como una de las complicaciones obstétricas más comunes con una incidencia que entre 20% y 25% de los embarazos tempranos, se ha demostrado que se asocia con un aumento de riesgo obstétrico, como el trabajo de parto prematuro, bajo peso al nacer y rotura prematura de membranas.

Dentro de su manejo ambulatorio 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 17α -hidroxiprogesterona después de la semana 12, explicar la importancia del coito interrumpido durante la actividad sexual, debido a que el semen libera prostaglandina.

CONCLUSIÓN

Es interesante identificar cada una de las causas obstétricas puesto que en ocasiones estas pueden llegar a evolucionar y conllevar a la pérdida del embarazo, incluso al empeoramiento del estado de salud de la paciente embarazada, por eso es de vital importancia realizar una buena historia clínica puesto nos ayudara a identificar la causa y tratarla de manera oportuna, me resulta interesante que la amenaza de aborto puede ser clasificada de acuerdo a las semanas puesto que puede ser temprana o tardía y en relación a su tratamiento este se basa en el de primera línea iniciando con la progesterona y la implementación del ácido fólico como un tipo de prevención.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 20 años de edad, G1 embarazo de 9.1 SDG por FUM, la cuál acude al servicio de urgencias por presentar: dolor abdominal y sangrado transvaginal escaso.

Signos vitales: TA: 100/70 mm/Hg, FC: 110 lpm, FR: 19 rpm , Temp: 37° C, SAT: 97%

AGO: Menarca: 11 años, Ciclos: regulares, IVSA: 18 años, NPS: 1, FUM: 24 de noviembre de 2024

Pregunta 1

Al momento, ¿Cuáles son tus posibles diagnósticos? Justifica tu respuesta

AMENSA DE ABORTO

Amenaza de aborto temprana cuando existe un embarazo de menos de 14 semanas de gestación.

Amenaza de aborto tardía es aquella que se presenta entre la semana 14 a 22.

Pregunta 2

¿Cuál es la triada clásica de esta patología?

- SANGRADO VAGINAL DURANTE LAS PRIMERAS 20 A 22 SDG.
- CON O SIN DOLOR LUMBOPÉLVICO
- CERVIX CERRADO → Amenaza de aborto involuntario, dilatación del cuello uterino, aborto inevitable

Pregunta 3

¿Qué medidas realizarías en esta paciente?

Comenzar con historia clínica Y examen físico completo.

ESPECULOSCOPIA → visualizar y evaluar el cérvix, para descartar cualquier otra lesión capaz de producir sangrado transvaginal.

Asesorar e indicar a la mujer que presenta sangrado transvaginal y embarazo intrauterino confirmado con latido fetal que:

- Sí el sangrado se incrementa o persiste debe regresar para ser evaluada

- Sí el sangrado se detiene comenzar o continuar con la atención prenatal de rutina.

Pregunta 4

¿Qué estudios solicitarías en esta paciente?

Gpc recomienda —>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)

Marcadores ultrasonograficos

- . Bradicardia fetal FCF <110 lpm.
- 1. Sacó de Yolk con forma irregular, alt de ecogenicidad o ausencia
- 2. Hematoma intrauterino.

Pregunta 5

¿Cuál es el tratamiento expectante de esta patología?

Reposo absoluto hasta 48 horas despues del cese del sangrado

Suplementar con ácido fólico

Dosis de GCH hasta la semana 12 y 17a-hidroxiprogesterona despues de la semana 12

Pregunta 6

¿Cuál es el tratamiento medico?

Se sugiere usar progesterona para evitar la urgencia y procedimientos médicos innecesarios.

CONSIDERACIONES GENERALES

Reposo en cama- evitar esfuerzo fisico y la actividad sexual

Descartar patologia infecciosa

Confirmar viabilidad fetal

FARMACO	DOSIS	FARMACO	DOSIS
PROGESTERONA	200 A 400 mg, c/12 hrs V.O	BUTILHIOSCINA (antiespasmódico)	20 mg c/8hrs I.M o I.V
GONADOTROPINA CORIONICA HUMANA	5000 UI I.M dosis única	TERBUTALINA (β-agonista)	Sulfato de terbutalina 5mg
ACIDO FÓLICO	0.4 mg c/24hrs V.O		

Pregunta 7

¿Cuál es el tratamiento quirúrgico?

No está indicado, pero en caso de complicaciones puede evolucionar a un aborto espontáneo por eso se recomienda la preparación cervical previa a un aborto quirúrgico, **embarazos mayores de 9 semanas completas en mujeres nulíparas.**

- **LUI legrado Uterino Instrumental**

indicado cuando existe sangrado excesivo y persistente, inestabilidad hemodinámica

Tx del aborto en cualquiera de sus variedades con altura uterina \geq a 12 cm y dilatación cervical mayor o igual a 1 cm.

- **AMEU aspiración manual endouterina.**

Tx del aborto en cualquiera de sus variedades siempre y cuando se tenga una altura uterina menor a 11 cm. y dilatación cervical menor o igual a 1 cm.

BIBLIOGRAFIA

Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones.

México, CENETEC; 2020.

Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-026-20/ER.pdf>