



Universidad del Sureste
Campus Comitán de Domínguez, Chiapas
Licenciatura en Medicina Humana



ENSAYO

PASIÓN POR EDUCAR

Angelica Gonzalez Cantinca

Séptimo Semestre

Grupo B

Análisis en la Toma de Decisiones

Dra. Berenice Solis

La amenaza de aborto se define como la presencia de sangrado trasvaginal, que puede estar o no de dolor abdominal, así como ausencia de dilatación cervical antes de la semana 22 de gestación. La amenaza de aborto temprana se define cuando existe un embarazo de menos de 14 semanas de gestación. La amenaza de aborto tardía es aquella que se presenta entre la semana 14 a 22.

La amenaza de aborto es una de las complicaciones obstétricas más comunes, con una incidencia que varía entre 20% y 25% de los embarazos tempranos. Se ha demostrado que se asocia con aumento de riesgo obstétrico, como el trabajo de parto prematuro, bajo peso al nacer y rotura prematura de membranas.

En un embarazo normal el feto viable de seis semanas es visualizado por ultrasonido; el riesgo de aborto es de aproximadamente de 15% a 30%. Este disminuye de 5% a 10% de la semana siete a la nueve, y 5% después de la 9ª semana de gestación. Existen medidas preventivas desde la preconcepción para un embarazo saludable, así como tratamientos médicos oportunos y cambios en el estilo de vida que pueden prevenir la amenaza de aborto, sobre todo en aquellas pacientes con comorbilidades causantes de pérdidas gestacionales tempranas.

Aproximadamente 50% de todos los casos de pérdida temprana del embarazo se deben a anomalías cromosómicas fetales. Los factores de riesgo más comunes identificados en las mujeres con pérdida temprana del embarazo son: la edad materna avanzada y el antecedente de pérdida temprana del embarazo. La frecuencia de pérdida temprana del embarazo clínicamente reconocida para mujeres de los 20 a 30 años edad es de 9% a 17%; esta tasa aumenta bruscamente a 20% a la edad de 35 años y a 40% a la edad de 40 años, siendo de 80% a la edad de 45 años.

Para el diagnóstico y pronóstico debe existir reporte de ultrasonido que demuestre actividad cardíaca fetal, hormona gonadotropina coriónica humana cuantitativa seriada, y datos clínicos. El tratamiento debe estar enfocado en la etiología, las semanas de gestación y sintomatología, teniendo como objetivo principal evitar la pérdida de la gestación.



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:

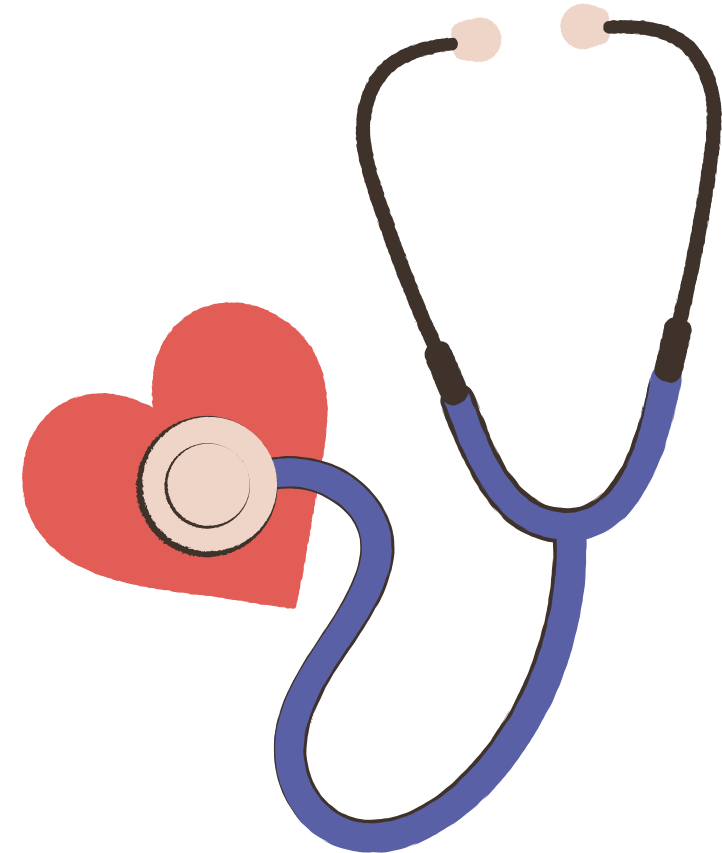
Menarca: 11 años

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



Pregunta 1

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

AMENZA DE ABORTO



Pregunta 1

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

AMENAZA DE ABORTO



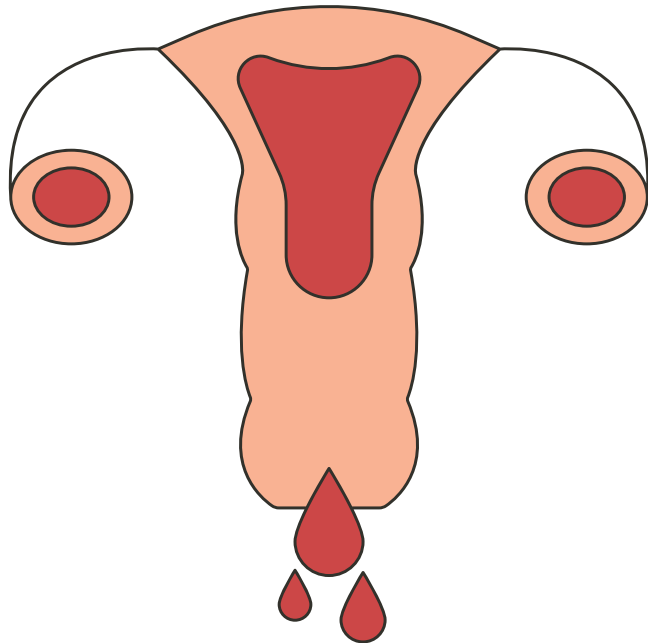
- **Amenaza de aborto temprana cuando existe un embarazo de menos de 14 semanas de gestación**
- **Amenaza de aborto tardía es aquella que se presenta entre la semana 14 a 22**

Pregunta 2 ¿Cuál es la triada clásica de esta patología?

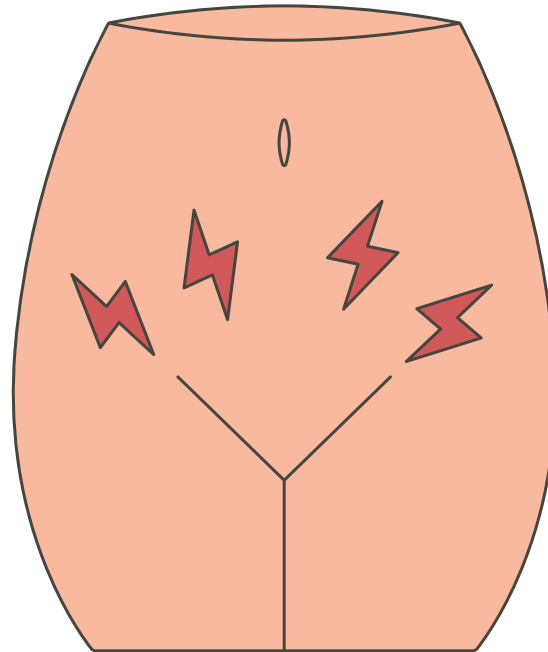


Pregunta 2 ¿Cuál es la triada clásica de esta patología?

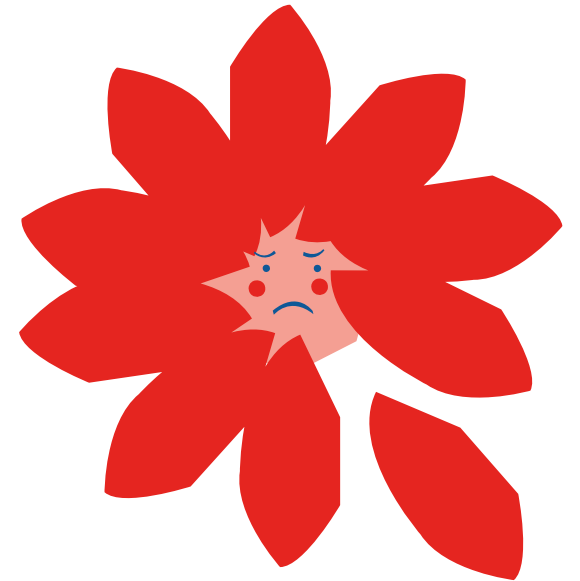
**SANGRADO VAGINAL
DURANTE LAS PRIMERAS
20 A 22 SDG**



**CON O SIN DOLOR
LUMBOPÉLVICO**



CERVIX CERRADO



Pregunta 2 ¿Cuál es la triada clásica de esta patología?

**SANGRADO VAGINAL
DURANTE LAS PRIMERAS
20 A 22 SDG**

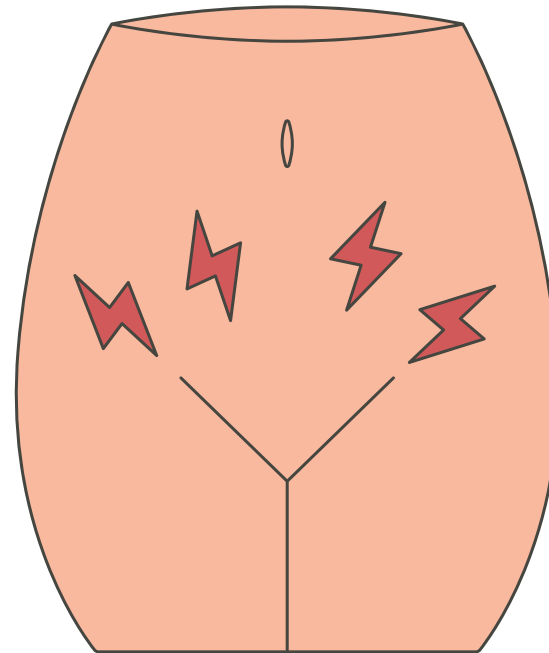
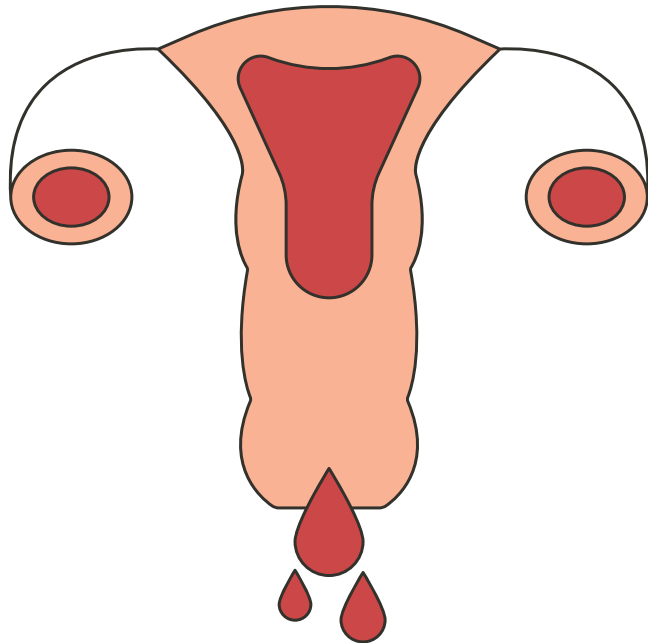
**CON O SIN DOLOR
LUMBOPÉLVICO**

CERVIX CERRADO

**Amenaza de aborto
involuntario**

**DILATACION DEL
CUELLO UTERINO**

aborto inevitable



Pregunta 3

¿Qué medidas realizarías en esta paciente?



Pregunta 3

¿Qué medidas realizarías en esta paciente?

COMENZAR CON HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO COMPLETO.



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 trasvaginal.



Pregunta 3

¿Qué medidas realizarías en esta paciente?

COMENZAR CON HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO COMPLETO.

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?



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

1. Bradicardia fetal FCF <110 lpm.

1. Sacó de Yolk con forma irregular, alt de ecogenicidad o ausencia
2. Hematoma intrauterino.

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)



¿Cada cuanto se tiene que repetir los USG?

+

En intervalos de 7 a 10 días

Pregunta 5. ¿Cuál es el tratamiento expectante de esta patología?



Pregunta 5. ¿Cuál es el tratamiento expectante de esta patología?

Reposo absoluto hasta 48 horas después del cese del sangrado

Suplementar con ácido fólico

Dosis de GCH hasta la semana 12 y 17 α -hidroxiprogesterona después de la semana 12

Pregunta 6. ¿Cuál es el tratamiento medico?



Pregunta 6. ¿Cuál es el tratamiento medico?

FARMACO	DOSIS
PROGESTERONA	200 A 400 mg, c/12 hrs V.O
GONADOTROPINA CORIONICA HUMANA	5000 UI I.M dosis única
ACIDO FÓLICO	0.4 mg c/24hrs V.O

FARMACO	DOSIS
BUTILHIOSCINA (antiespasmódico)	20 mg c/8hrs I.M o I.V
TERBUTALINA (β-agonista)	Sulfato de terbutalina 5mg

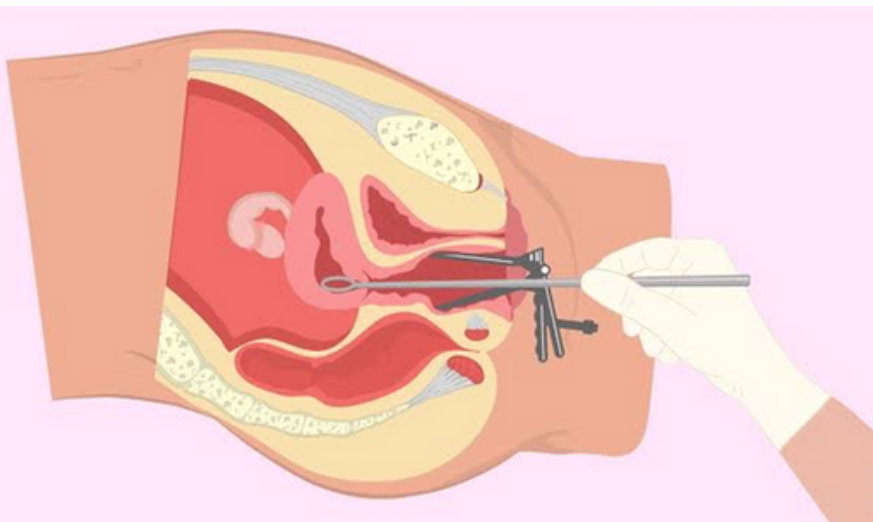
Se sugiere usar progesterona para evitar la urgencia y procedimientos médicos innecesarios

CONSIDERACIONES GENERALES

Reposo en cama- evitar esfuerzo fisico y la actividad sexual
 Descartar patologia infecciosa
 Confirmar viabilidad fetal



Pregunta 7. ¿Cuál es el tratamiento quirúrgico?



Pregunta 7. ¿Cuál es el tratamiento quirúrgico?

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.

Se recomienda la preparación cervical previa a un aborto quirúrgico para aquellos embarazos mayores de 9 semanas completas en mujeres nulíparas.

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

Bibliografía

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>