

# CASO CLÍNICO GYO

UNIDAD I

ANÁLISIS DE DECISIÓN EN LA CLÍNICA

La amenaza de aborto se define como la presencia de sangrado trasvaginal, que puede estar acompañado 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



El embarazo es un proceso fisiológico normal, en el que cualquier intervención que se ofrezca debe tener beneficios conocidos y aceptables. Se debe ofrecer información sobre las mejores prácticas para la atención clínica y de la referencia en todos los embarazos, así como una amplia información sobre la atención prenatal de la mujer sana con embarazo único, sin complicaciones. La información otorgada debe basarse en evidencia, tanto para uso médico como para las mujeres embarazadas, con el propósito de que las mujeres tomen decisiones sobre su caso y del tratamiento en circunstancias específicas.

Aproximadamente, 20% a 40 % de las mujeres embarazadas presentarán sangrado en el primer trimestre; las complicaciones más comunes de no hacer el diagnóstico oportuno son la pérdida del embarazo o el diagnóstico erróneo que conlleve a incrementar la morbilidad materno fetal.



La amenaza de aborto es una de las complicaciones obstétricas más frecuentes, se presenta en uno de cada cinco embarazos, de los cuales entre 3% y 16% terminará en aborto (Pillai R, 2018).

Identificar los criterios diagnósticos para determinar amenaza de aborto, permite implementar el manejo oportuno, y así reducir el riesgo de la pérdida gestacional. La identificación de los criterios diagnósticos de la amenaza de aborto e implementar el manejo oportuno reduce el riesgo de la pérdida gestacional.

Derivado de que existe poca información de la amenaza aborto, resulta necesario crear una guía de práctica clínica que concentre la información científica, con el objetivo de estandarizar el proceso de atención en el primer y segundo nivel, así como su manejo



# Caso clínico

Paciente femenino de 35 años de edad, que acude al servicio de urgencias por presentar sangrado transvaginal de 3 días de evolución de color rojo oscuro, a la exploración física con los siguientes signos vitales:

Signos vitales: TA: 90/70 mm/Hg, FC: 100 lpm, FR: 19 rpm , Temp: 36.5° C, SAT: 98%

AGO: Menarca: 12 años, Ciclos: Iregulares, IVSA: 15 años, NPS: 3, FUM: 10 de enero de 2025



# Pregunta 1

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

## Amenaza de aborto

- ✓ Prueba de embarazo positiva
- ✓ Sangrado de 3 días de evolución
- ✓ Signos vitales estables



Ausencia de datos clínicos de aborto en evolución o inevitable

## Pregunta 2

¿Cuál es el siguiente paso a realizar?

- ✓ Solicitar una ecografía transvaginal
- ✓ Medición de  $\beta$ -hCG cuantitativa
- ✓ Evaluación del cérvix mediante especulo copia
- ✓ Hemograma y pruebas de coagulación



Se reciben los siguientes resultados de laboratorio:

HB: 11 g/dl HTO: 33 % LEUCOS: 12,000 PLAQ: 200,000

PIE: POSITIVO

Pregunta 3: De acuerdo a la fecha de ultima regla, ¿Cuál es la EG de la paciente? Y calcula la FPP:

### Enero 2025

Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

### Febrero 2025

Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28		

**Fecha probable de parto: 1er día de  
FUR+ 7 días- 3 meses**

10 ENERO + 7 DIAS = 17 DE ENERO

17 DE ENERO – 3 MESES = 27 DE OCTUBRE

EG=

**FPP= 27 DE OCTUBRE 2025**





Pregunta 4. ¿Qué estudios de gabinete solicitarías?

1. **Ecografía transvaginal** para evaluar viabilidad fetal, presencia de hematomas intrauterinos y descartar embarazo ectópico.
2.  **$\beta$ -hCG cuantitativa seriada** si la ecografía no confirma viabilidad.
3. **Grupo sanguíneo y Rh** para valorar la necesidad de inmunoglobulina anti-D en pacientes Rh negativo.
4. **Hemoglobina y hematocrito** para evaluar el impacto del sangrado.
5. **Pruebas de coagulación** en caso de sangrado abundante.



Pregunta 5. ¿Qué tratamiento indicarás a este paciente?

Si se confirma amenaza de aborto:

- Reposo relativo hasta 48 horas después del cese del sangrado.
- Ácido fólico (0.4 mg diarios).
- Progesterona natural 200-400 mg cada 12 h vía vaginal u oral, especialmente en casos con insuficiencia de cuerpo lúteo.
- Control clínico a las 48 horas o antes si el sangrado persiste.
- Evitar actividad física intensa y relaciones sexuales.
- Analgesia con paracetamol si hay dolor.
- Si el sangrado aumenta o hay dilatación cervical:
- Se debe considerar un aborto en evolución y evaluar el manejo médico o quirúrgico.
- Si se sospecha embarazo ectópico:
- Referencia a ginecología para manejo urgente.