



**Mi Universidad**

**Ensayo**

*Freddy Ignacio López Gutierrez.*

*Ensayo de análisis de la toma de decisión clínica*

*1er parcial*

*Análisis en la Decisión de la Clínica*

*Dra. Citlali Berenice Fernández Solís.*

*Licenciatura en Medicina humana*

*8vo semestre Grupo C*

*Comitán de Domínguez, Chiapas. 28 de febrero de 2025*

**Introducción** La amenaza de aborto es una condición obstétrica que se define como el sangrado vaginal que ocurre en las primeras 20 semanas de gestación sin la expulsión del producto de la concepción. Es una situación de gran preocupación tanto para la madre como para los profesionales de la salud, ya que puede evolucionar hacia un aborto espontáneo o resolverse sin mayores complicaciones. Este ensayo abordará las causas, síntomas, diagnóstico y manejo de la amenaza de aborto, además de su impacto emocional y social en las mujeres que la padecen.

**Causas y Factores de Riesgo** Las causas de la amenaza de aborto son variadas e incluyen factores genéticos, infecciones, alteraciones hormonales, enfermedades maternas crónicas como la diabetes o la hipertensión, y hábitos nocivos como el tabaquismo y el consumo de alcohol. Factores ambientales y el estrés también pueden influir en la aparición de esta condición. Es fundamental que los profesionales de la salud identifiquen estos factores de riesgo para implementar estrategias preventivas y de seguimiento adecuado.

**Síntomas y Diagnóstico** El síntoma principal de la amenaza de aborto es el sangrado vaginal, que puede estar acompañado de dolor abdominal tipo cólico y lumbalgia. Sin embargo, el cérvix permanece cerrado, lo que la diferencia de un aborto en curso. Para su diagnóstico, se utilizan pruebas como la ecografía obstétrica, que permite evaluar la viabilidad fetal y la integridad del saco gestacional, y la medición de la hormona beta-hCG para determinar la evolución del embarazo.

**Manejo y Tratamiento** El tratamiento de la amenaza de aborto depende de la causa subyacente y la gravedad del cuadro. En general, se recomienda reposo relativo, evitar relaciones sexuales y reducir el estrés. En algunos casos, se utilizan fármacos como la progesterona para apoyar la gestación, especialmente cuando hay deficiencia de esta hormona. Es imprescindible un seguimiento médico adecuado para evaluar la evolución del embarazo y detectar posibles complicaciones.

**Impacto Emocional y Social** La amenaza de aborto puede generar ansiedad, miedo y estrés en la mujer gestante y su entorno familiar. El apoyo psicológico es esencial para ayudar a las pacientes a manejar la incertidumbre y el temor a la pérdida del embarazo. Además, el impacto social de esta condición varía según las creencias culturales y el acceso a la atención médica oportuna.

**Conclusión** La amenaza de aborto es una condición médica que requiere atención especializada y un enfoque integral que abarque el aspecto clínico, emocional y social de la paciente. La identificación temprana de factores de riesgo, un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado pueden mejorar los desenlaces obstétricos y reducir la angustia emocional de las mujeres afectadas. Es fundamental seguir promoviendo la educación en salud materna para minimizar los riesgos y optimizar la atención prenatal.

## 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**  
**AMENAZA DE ABORTO**
- **Edad gestacional:** 9.1 semanas por FUM.
- **Síntomas clave:** Dolor abdominal y sangrado transvaginal escaso.
- **Signos vitales:** FC ligeramente elevada (110 lpm), lo cual podría sugerir estrés o dolor, pero sin signos de inestabilidad hemodinámica.
- **Factores gineco-obstétricos:** Primigesta, sin antecedentes de abortos previos.

## Pregunta 2

- **¿Cuál es la triada clásica de esta patología?**
  1. Sangrado transvaginal escaso
  2. Dolor abdominal tipo cólico
  3. Cuello uterino cerrado

En el caso presentado, la paciente cumple con los dos primeros criterios:

✓ **Sangrado transvaginal escaso**

✓ **Dolor abdominal**

Falta confirmar la exploración cervical

### **Pregunta 3**

- **¿Qué medidas realizarías en esta paciente?**

1. Historia clínica y examen físico completo
2. Ecografía Transvaginal
3. Reposo
4. Vigilancia

### **Pregunta 4**

- **¿Qué estudios solicitarías en esta paciente?**

- **Ecografía Transvaginal**
- **GCH: 25 positiva UI**
- Progesterona (20-25 normal)

### **Pregunta 5**

- **¿Cuál es el tratamiento expectante de esta patología?**

- ✓ Monitoreo del sangrado y síntomas.
- ✓ Reposo relativo y restricciones (evitar relaciones sexuales y esfuerzos físicos).
- ✓ Uso de progesterona solo si está indicada.
- ✓ Educación a la paciente sobre signos de alarma.

### **Pregunta 6**

- **¿Cuál es el tratamiento médico?**

- Ambulatorio
- **Reposo hasta 48 horas**
- Butiliosina
- Progesterona natural (dosis 200 a 400 mg cada 12 horas hasta la semana 12 de gestación)

Medicamentos					
Clave	Principio activo	Presentación	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.4217.00	Progesterona	200 a 400 mg c/12 horas V.O. Comprimidos de 200 mg	Irregularidad menstrual, náuseas, fatiga, somnolencia, desórdenes gastrointestinales, cefalea o migraña, prurito, depresión y cambio de la libido	Tratamientos prolongados (más de 3 meses), de barbitúricos, carbamazepina, hidantoinas o rifampicina combinados pueden resultar clínicamente relevantes	Enfermedades como hepatitis, ictericia colestásica, tumores hepáticos, Síndrome de Rotor, Síndrome de Dubin-Johnson, sangrado vaginal no diagnosticado
010.000.1081.00	Gonadotropina humana coriónica	Dosis de 5000 UI IM. Frasco ampula con liofilizado de GCH 5000 UI	Dolor en el sitio de la inyección, cefalea, pubertad precoz, irritabilidad y depresión	Con la hormona luteinizante y foliculo estimulante se favorece la ovulación	Hipersensibilidad al fármaco, tumores hipofisarios y gonadales, distrofia ovárica y pubertad precoz
010.000.1522.00	Caproato de hidroxiprogesterona	Dosis de 250 mg IM Frasco ampula de 250 mg	Eritema, eritema nudoso, migraña, trombosis, hemorragia cerebral y depresión. Alteraciones en el patrón de sangrado menstrual, amenorrea y sangrado intermenstrual	Puede modificar los requerimientos de insulina y los hipoglucemiantes orales	Hipersensibilidad al fármaco, cáncer de mama, antecedentes de herpes gravídico y procesos tromboembólicos.
010.000.1711.00	Ácido fólico	0.4 mg c/24 horas V.O. Tabletas de 0.4 mg	Reacciones alérgicas (exantema, prurito y eritema)	Disminuye la absorción de fenitoína, sulfalacida, primidona, barbitúricos, cicloserina y anticonceptivos orales	Hipersensibilidad al fármaco, no debe usarse en anemias megaloblásticas, cuando éstas cursan con alteraciones neurológicas (Síndrome de los cordones posteriores; degeneración combinada subaguda)
010.000.1207.00	Butilioscina	20 mg cada 8 horas IM ó IV Frasco ampula con 20 mg	Aumento de la frecuencia cardiaca, erupciones cutáneas y reacciones alérgicas	Aumentan la reacción colinérgica de tricíclicos, amantadina y quinidina	Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma, hipertrofia prostática, taquicardia, megacolon y asma
010.000.0433.00	Terbutalina	Sulfato de terbutalina 5 mg. Envase con 20 tabletas.	Nerviosismo, temblores, cefalea y somnolencia, palpitaciones, taquicardia, vómito y náusea.	Con inhibidores de la MAO puede ocasionar crisis hipertensiva grave. El propranolol y otros bloqueadores beta similar inhiben el efecto broncodilatador del fármaco.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Hipertensión arterial sistémica, hipertiroidismo, cardiopatías, diabetes mellitus.

## Pregunta 7

- ¿Cuál es el tratamiento quirúrgico?

**NO está indicado**