



Mi Universidad

Ensayo

Dulce Mirely Torres Narvaez

Ensayo

Primer parcial

Análisis de decisión en la clínica

Dra. Citlali Berenice Fernández Solís

Medicina Humana

8°C

Comitán de Domínguez a 01 de marzo del 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 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

Algunas mujeres embarazadas experimentan algún sangrado transvaginal durante los primeros 3 meses del embarazo, el sangrado puede presentarse con o sin cólicos abdominales.

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

Caso clínico

Paciente femenino de 25 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

Anemia grado 1

GPC menciona:

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 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

Pregunta 2

¿Cuál es el siguiente paso a realizar?

Solicitar USG, laboratorios (BH, EGO), pruebas de ETS, Exudado transvaginal

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:

EG: 7 semanas (primer trimestre)

FPP: 17 de octubre 2025.

Pregunta 4.

¿Qué estudios de gabinete solicitarías?

Ultrasonido

Se recomienda realizar 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). Repetir el estudio cuando exista algún marcador ultrasonográfico de mal pronóstico.

Pregunta 5.

¿Qué tratamiento indicarás a este paciente?

Para la amenaza de aborto: Progesterona 200-400 mg V.O cada 12 hrs

Gonodotropina Corionica Humana: 5000 UI IM dosis única

Segunda línea:

Butilioscina: 20 mg iv cada 8 horas

Terbutalina: 5 mg VO, cada 8 horas

La paciente presenta anemia por lo tanto se le daría como tratamiento sulfato ferroso y vitamina B12

Conclusión

En conclusión, la amenaza de aborto es una condición que requiere atención médica inmediata para evaluar la viabilidad del embarazo y minimizar posibles complicaciones. Aunque no siempre conduce a la pérdida gestacional, es fundamental seguir las indicaciones médicas, mantener reposo relativo y realizar controles obstétricos frecuentes. Con un manejo adecuado, en muchos casos el embarazo puede continuar de manera segura, garantizando el bienestar de la madre y el bebé.

Bibliografía

Guía de Práctica Clínica, C. M. de G. (s/f). *Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención*. Cenetec-difusion.com. Recuperado el 1 de marzo de 2025, de <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-026-20/ER.pdf>