



Análisis de la toma de decisión clínica

Derlin Guadalupe Castillo Gonzalez

Ensayo de análisis de la toma de decisión clínica

1er Parcial

Analisis de la toma de decision clinica

Dra. Citlali Berenice Fernandez Solis

Medicina Humana

8vo semestre Grupo "C"

INTRODUCCION

El embarazo es un proceso fisiológico complejo en el que múltiples factores pueden influir en su evolución y desenlace. Una de las complicaciones más frecuentes en el primer y segundo trimestre es la **amenaza de aborto**, la cual se define como la presencia de sangrado transvaginal con o sin dolor abdominal antes de la semana 22 de gestación, sin dilatación cervical. Esta condición afecta entre el 20% y 25% de los embarazos clínicamente reconocidos y puede estar relacionada con un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, como parto prematuro, bajo peso al nacer y ruptura prematura de membranas.

El origen de la amenaza de aborto puede ser multifactorial, incluyendo causas genéticas, anatómicas, hormonales, inmunológicas e infecciosas. Se estima que aproximadamente el 50% de los casos de abortos espontáneos tempranos son consecuencia de anomalías cromosómicas fetales. Además, factores maternos como la edad avanzada, el antecedente de abortos previos, enfermedades crónicas (como diabetes o hipertensión), el consumo de sustancias nocivas (tabaco, alcohol o drogas) y la presencia de infecciones del tracto genitourinario, pueden aumentar el riesgo de desarrollar esta condición.

El diagnóstico oportuno es fundamental para establecer un manejo adecuado y mejorar el pronóstico materno-fetal. Este se basa en la historia clínica, el examen físico y la ecografía transvaginal, la cual permite determinar la viabilidad fetal mediante la detección de la frecuencia cardíaca, la presencia de hematomas intrauterinos y la integridad del saco gestacional. Un hallazgo importante en la ecografía es la bradicardia fetal (frecuencia cardíaca fetal < 110 lpm), ya que se asocia con un mayor riesgo de pérdida gestacional.

El manejo de la amenaza de aborto varía según la severidad de los síntomas y la condición materna y fetal. En la mayoría de los casos, se recomienda reposo relativo, control clínico estricto y suplementación con ácido fólico y progesterona en mujeres con insuficiencia del cuerpo lúteo. El tratamiento farmacológico puede incluir antiespasmódicos y β -agonistas para disminuir la contractilidad uterina. En casos donde el sangrado persiste o se presentan signos de inestabilidad materna, es necesario referir a la paciente a un nivel de atención especializado para vigilancia y tratamiento oportuno.

Dado el impacto que la amenaza de aborto tiene en la salud materno-fetal, es crucial fomentar estrategias de prevención y detección temprana. La educación a las mujeres en edad reproductiva sobre la importancia del control prenatal, la eliminación de factores de riesgo modificables y la búsqueda de atención médica ante cualquier signo de alarma, puede contribuir significativamente a reducir la incidencia de esta complicación y mejorar los resultados perinatales

CASO CLINICO

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

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.
- 2.Cuál es la triada clásica de esta patología?
 - Sangrado transvaginal escaso
 - Dolor abdominal tipo cólico
 - Cuello uterino cerrado
3. ¿Qué medidas realizarías en esta paciente?
 - Historia clínica y examen físico completo
 - Ecografía Transvaginal
 - Reposo
 - Vigilancia
4. ¿Qué estudios solicitarías en esta paciente?
 - Ecografía Transvaginal
 - GCH: 25 positiva UI
 - Progesterona (20-25 normal)
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.

6. ¿Cuál es el tratamiento medico?
- Ambulatorio
 - Reposo hasta 48 horas
 - Butiliosina
 - Progesterona natural (dosis 200 a 400 mg cada 12 horas hasta la semana 12 de gestación)
7. ¿Cuál es el tratamiento quirúrgico?
- NO está indicado

DESARROLLO

Factores de riesgo y diagnóstico

El diagnóstico de la amenaza de aborto se basa en la historia clínica, exploración física y ultrasonido transvaginal. Entre los factores de riesgo más comunes están:

- Edad materna avanzada (mayor de 35 años).
- Antecedentes de abortos previos.
- Enfermedades maternas como diabetes o hipertensión.
- Infecciones del tracto genitourinario.
- Consumo de sustancias nocivas como tabaco, alcohol o drogas.

El ultrasonido es una herramienta clave en el diagnóstico, ya que permite evaluar la viabilidad fetal, la presencia de hematomas intrauterinos y la frecuencia cardíaca fetal (FCF). Un FCF menor de 110 lpm entre la semana 6 y 14 aumenta el riesgo de pérdida gestacional.

Tratamiento y manejo

El manejo de la amenaza de aborto puede ser farmacológico y no farmacológico.

1. **Medidas generales:** Se recomienda reposo relativo y evitar actividad física intensa. Aunque no existe suficiente evidencia sobre el beneficio del reposo absoluto, su indicación frecuente brinda estabilidad emocional a la paciente.
2. **Farmacoterapia:**
 - Progesterona natural en casos de insuficiencia del cuerpo lúteo.
 - Antiespasmódicos como la butilhioscina para aliviar el dolor.
 - β -agonistas como la terbutalina para relajar el útero.
3. **Seguimiento y referencia:**
 - Se recomienda repetir el ultrasonido en 7 a 10 días si hay marcadores de mal pronóstico.
 - En caso de sangrado persistente o deterioro del estado materno, se debe referir a la paciente a un nivel de atención superior.

CONCLUSIÓN

La amenaza de aborto es una condición frecuente en la práctica obstétrica, cuyo adecuado diagnóstico y manejo pueden mejorar el pronóstico materno-fetal. La evaluación mediante ultrasonido, el reposo moderado y la administración de progesterona en casos indicados son pilares fundamentales del tratamiento. Además, la referencia oportuna a niveles especializados de atención permite una mejor vigilancia del embarazo y reduce la probabilidad de complicaciones. Es fundamental que las pacientes con factores de riesgo reciban un seguimiento adecuado desde la etapa preconcepcional para minimizar la incidencia de esta condición.

BIBLIOGRAFIA

Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención. GPC (2020).