



**Diego Alejandro Flores Ruiz**

**Cuadro informativo**

**Ginecología**

**Sexto B**

PASIÓN POR EDUCAR

## **Introducción**

Las patologías gineco-obstétricas como el aborto, el síndrome de ovario poliquístico (SOP) y la enfermedad trofoblástica gestacional representan una parte significativa de la morbilidad en mujeres en edad reproductiva. Estas condiciones afectan no solo la salud física, sino también la estabilidad emocional y reproductiva de las pacientes.

El aborto, en sus diversas formas (espontáneo, inducido o amenaza), es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo temprano y puede tener múltiples causas, incluyendo alteraciones anatómicas, infecciones, o condiciones sistémicas.

El SOP, por otro lado, es el trastorno endocrino-metabólico más común en mujeres jóvenes y se asocia con alteraciones hormonales, infertilidad y riesgo cardiovascular.

Por último, la enfermedad trofoblástica gestacional, aunque poco frecuente, requiere una detección oportuna y manejo especializado debido a su potencial de progresar a formas malignas como el coriocarcinoma.

El manejo adecuado de estas patologías requiere un enfoque clínico integral, diagnóstico temprano y seguimiento estricto, tal como lo señalan las Guías de Práctica Clínica (GPC) mexicanas, para garantizar una atención segura, eficaz y con perspectiva de salud reproductiva.

<b>Tema / Aspecto</b>	<b>Aborto (espontáneo, amenaza, inducido)</b>	<b>Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)</b>	<b>Enfermedad Trofoblástica</b>
<b>Definición</b>	Espontáneo: pérdida del embarazo <20 sd sin intervención. Amenaza: sangrado con riesgo de aborto. Inducido: finalización voluntaria del embarazo.	Trastorno endocrinometabólico con oligo/anovulación y hiperandrogenismo (criterios NIH/Rotterdam) .	Proliferación anormal de tejido placentario, que puede ser molar o no molar.
<b>Clasificación</b>	– Espontáneo: completo, incompleto, diferido, recurrente– Amenaza– Inducido: terapéutico, voluntario	Fenotipos según criterios: completo (todos los criterios), ovulatorio-hiperandrogénico, etc. ()	Parcial vs. completa; invasiva vs. metastásica; coriocarcinoma
<b>Factores de riesgo</b>	Edad <20 o >35 años, embarazo previo, malformaciones uterinas, tabaquismo, consumo de AINEs, infecciones, coagulopatías	Obesidad, resistencia a insulina, genética, ambiente, sedentarismo ()	Historia de mola hidatiforme, edad materna (<20, >40), embarazos previos
<b>Incidencia en GPC</b>	Aborto espontáneo: 10–20 % de embarazos; recurrente: 1–2 % Amenaza: ~20-25 % de embarazos con sangrado	Afecta al 5-15 % de mujeres en edad reproductiva ()	Mola completa: ~1:1000; parcial: ~3:1000 embarazos; enfermedad gestacional trofoblástica importante
<b>Diagnóstico</b>	Historia; USG (ausencia, latido, material retenido); $\beta$ -hCG seriados; especuloscopia, hemograma, coagulación	Clínico (oligo/amenorrea, hirsutismo); laboratorio: testosterona, DHEA-S, prolactina, TSH; USG: ovarios con $\geq 12$ folículos ()	$\beta$ -hCG sérico muy elevado; USG (masa molar, “tormenta de nieve”); histopatología tras legrado
<b>Tratamiento</b>	• Espontáneo/amenaza: reposo, soporte, AINES, progesterona (200–600 mg/día)• Manejo quirúrgico: aspiración manual (hasta 12 sd), dilatación y curetaje•	• Cambio de estilo de vida (dieta 1000-1200 kcal, ejercicio)• ACO combinados (EE 20–35 $\mu$ g + drospirenona o ciproterona); antiandrógenos: espironolactona	• Legrado evacuador más seguimiento estricto de $\beta$ -hCG até normalización. • Quimioterapia (metotrexato/multiagente) si invasiva o metastásica. • Cirugía adicional

	Inducido: medicamentos (misoprostol ± mifepristona) según protocolo local	100-200 mg, flutamida 250 mg, finasterida 2.5-5 mg; • Metformina 500-1000 mg c/12 h; • Clomifeno para infertilidad (inducción ovulación). ( )	(histerectomía, resección) si necesario. • Evitar embarazos hasta seguimiento concluido.
<b>Seguimiento</b>	β-hCG seriada hasta cero; USG si persiste material; asesorar sobre próximos embarazos; en recurrente investigar trombofilia, endocrino, genético	Reevaluación cada 6 meses: IMC, perfil hormonal, lipídico y glucémico. Valoración salud cardiovascular y apoyo psicológico.	β-hCG semanal hasta 3 normales, luego mensual por ≥6 meses; USG si valores elevados o sospecha de persistencia
<b>Tratamiento en aborto</b>	· Medicamentos: Misoprostol 800 µg vaginal o sublingual, o mifepristona 200 mg + misoprostol 800 µg; progesterona 200–600 mg/día en aborto incompleto. · Quirúrgico: aspiración manual preferida antes de 12 sd; dilatación y curetaje si indicado; sedación y analgesia. ( )	–	–

## Conclusión

El conocimiento actualizado y sistematizado sobre el aborto, el síndrome de ovario poliquístico y la enfermedad trofoblástica es fundamental para la atención gineco-obstétrica en el primer y segundo nivel de atención. La aplicación de criterios clínicos, diagnósticos y terapéuticos basados en evidencia —como los contenidos en las GPC— permite no solo disminuir complicaciones agudas y crónicas, sino también ofrecer a las pacientes un plan de manejo centrado en sus necesidades individuales.

En el aborto, la intervención oportuna y segura —ya sea farmacológica o quirúrgica— junto con el seguimiento adecuado del β-hCG es clave para prevenir complicaciones. En el SOP, la modificación del estilo de vida y el tratamiento hormonal personalizado impactan

directamente en la calidad de vida y la fertilidad. Y en la enfermedad trofoblástica, el monitoreo con  $\beta$ -hCG y el tratamiento oncológico específico cuando es necesario, permiten tasas de curación muy altas si se aborda de manera oportuna.

Comprender estas patologías desde una visión integral es indispensable para mejorar los desenlaces reproductivos, metabólicos y psicológicos de las pacientes, garantizando una atención médica con enfoque humanista y basada en evidencia.