



Carlos Alberto Hernández Meza

**DRA. Arely Alejandra Aguilar
Velasco**

Ginecología

Grado: 6

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: B

Introducción

La salud reproductiva femenina comprende una amplia gama de condiciones que afectan directamente la fertilidad, el ciclo menstrual y el curso del embarazo. Entre las patologías gineco-obstétricas más frecuentes y clínicamente relevantes se encuentran el **aborto** en sus diversas formas, el **síndrome de ovario poliquístico (SOP)** y la **enfermedad trofoblástica gestacional (ETG)**.

El **aborto** representa la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal, y puede clasificarse en espontáneo, inducido o como amenaza de aborto. El aborto espontáneo ocurre por causas naturales, mientras que el aborto inducido se lleva a cabo de forma deliberada, ya sea por razones médicas o personales. La amenaza de aborto, por otro lado, implica signos de posible pérdida gestacional sin que se haya consumado la expulsión del producto. Esta condición representa una de las principales causas de morbilidad en el primer trimestre del embarazo.

El **síndrome de ovario poliquístico (SOP)** es un trastorno endocrino-metabólico crónico que afecta entre el 6% y 15% de las mujeres en edad reproductiva. Se caracteriza por anovulación crónica, hiperandrogenismo y ovarios de aspecto poliquístico en ecografía. El SOP no solo compromete la fertilidad, sino que también se asocia con resistencia a la insulina, obesidad, dislipidemia y un mayor riesgo cardiovascular a largo plazo.

Por último, la **enfermedad trofoblástica gestacional (ETG)** agrupa un conjunto de entidades derivadas de la proliferación anormal del trofoblasto, incluyendo desde formas benignas como la **mola hidatiforme**, hasta neoplasias malignas como el **coriocarcinoma**. Aunque poco frecuente, su importancia radica en la agresividad de sus formas malignas y en la necesidad de un seguimiento estricto mediante niveles de beta-hCG para evitar complicaciones graves.

El conocimiento integral de estas patologías permite una mejor atención médica, diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz, promoviendo no solo la salud ginecológica de las pacientes, sino también su bienestar reproductivo y emocional.

TEMA	ABORTO ESPONTÁNEO	AMENAZA DE ABORTO	ABORTO INDUCIDO
Definición	Interrupción natural del embarazo antes de la semana 20 de gestación.	Hemorragia vaginal con dolor abdominal durante el primer trimestre sin dilatación cervical ni expulsión fetal.	Interrupción del embarazo provocada deliberadamente mediante métodos médicos o quirúrgicos.
Clasificación	- Completo - Incompleto - Inevitable - Diferido (aborto retenido) - Séptico	No aplica como aborto consumado; es una amenaza.	- Médico (farmacológico) - Quirúrgico (AMEU o legrado)
Factores de riesgo	Edad materna avanzada, anomalías cromosómicas, infecciones, enfermedades crónicas (DM, HTA, lupus), tabaquismo, alcohol, drogas, trauma.	Los mismos que el aborto espontáneo.	Circunstancias sociales, embarazos no deseados, acceso limitado a anticonceptivos, violencia sexual.
Incidencia	Afecta aprox. 10-20% de embarazos clínicamente reconocidos.	Muy común en el primer trimestre.	Variable según país y legislación. Puede ser alto en áreas donde está penalizado.
Diagnóstico	- USG transvaginal (ausencia de latido) - Beta-hCG en descenso - Examen pélvico (cérvix abierto en incompleto o inevitable)	- USG transvaginal: embrión viable - Beta-hCG normal o en ascenso - Cérvix cerrado al tacto vaginal	- Historia clínica - USG para confirmar edad gestacional - Evaluación médica y psicológica previa
Tratamiento	◆ <i>Fármacos</i> : Misoprostol 800 mcg vaginal o sublingual Mifepristona 200 mg oral (si se usa) ◆ <i>Qx</i> : AMEU (Aspiración Manual Endouterina) Legrado uterino en casos complicados	◆ Reposo relativo ◆ Progesterona (Dydrogesterona o micronizada, en casos con deficiencia documentada) ◆ Control ecográfico	◆ <i>Farmacológico</i> : - Mifepristona 200 mg oral + Misoprostol 800 mcg vaginal/sublingual ◆ <i>Quirúrgico</i> : - AMEU (ideal <12 sem) - Legrado uterino (cuando AMEU no está disponible)
Seguimiento	Control con USG 7-10 días post-aborto Control de beta-hCG (si se requiere) Apoyo psicológico Educación anticonceptiva	Repetir USG en 7 días Control clínico de signos de alarma Educación en estilos de vida saludables	USG de control post-aborto (1-2 semanas) Evaluación emocional y psicológica Educación anticonceptiva inmediata

PUNTO	DETALLE
Definición	Trastorno endocrino-metabólico crónico que afecta a mujeres en edad reproductiva, caracterizado por hiperandrogenismo, anovulación crónica y presencia de ovarios poliquísticos.
Clasificación (Fenotipos de SOP según Rotterdam)	Se clasifica en 4 fenotipos: ♦ A: Hiperandrogenismo + Anovulación + Ovarios poliquísticos ♦ B: Hiperandrogenismo + Anovulación ♦ C: Hiperandrogenismo + Ovarios poliquísticos ♦ D: Anovulación + Ovarios poliquísticos
Factores de riesgo	- Historia familiar de SOP - Obesidad o sobrepeso - Resistencia a la insulina - Sedentarismo - Pubertad precoz - Diabetes tipo 2 o antecedentes gestacionales
Incidencia	Afecta del 6% al 15% de mujeres en edad reproductiva, dependiendo del criterio diagnóstico utilizado (NIH, Rotterdam, AES).
Diagnóstico (Criterios de Rotterdam – se requieren 2 de 3)	♦ Oligo/anovulación (ciclos >35 días o <8 ciclos/año) ♦ Hiperandrogenismo clínico (hirsutismo, acné, alopecia) o bioquímico (↑ testosterona libre/total) ♦ Ovarios poliquísticos por USG (≥12 folículos de 2–9 mm o volumen ovárico >10 ml) Otros estudios: - Perfil hormonal: LH/FSH (↑ LH/FSH >2), testosterona total, DHEA-S - USG transvaginal - Glucosa en ayunas, insulina, HOMA-IR - Perfil lipídico - Pruebas para descartar diagnósticos diferenciales (prolactina, TSH, 17-OHP)
Tratamiento (Farmacológico y Quirúrgico)	♦ Fármacos: - Anticonceptivos orales combinados (ACO): Etinilestradiol + ciproterona/drospirenona - Antiandrógenos: Espironolactona 50–100 mg/día (acné, hirsutismo) - Metformina 1500–2000 mg/día (resistencia a la insulina, obesidad, anovulación) - Clomifeno o Letrozol para inducir ovulación - Estatinas si hay dislipidemia significativa ♦ Quirúrgico: - Drilling ovárico laparoscópico (en mujeres resistentes al tratamiento para ovulación)
Seguimiento	♦ Evaluación clínica cada 3–6 meses ♦ Monitoreo de peso, IMC, signos de hiperandrogenismo ♦ Control de glucosa, lípidos, y función hepática si usa Metformina ♦ USG ovárico si hay cambios en síntomas ♦ Consejería sobre fertilidad, anticoncepción y estilo de vida saludable

PUNTO	DETALLE
Definición	Grupo de trastornos derivados de la proliferación anormal del trofoblasto, el tejido que normalmente se convierte en placenta. Puede ser benigna (mola hidatiforme) o maligna (neoplasia trofoblástica gestacional).
Clasificación	◆ Mola hidatiforme (benigna) - <i>Completa</i>: sin embrión, 46XX (paterno) - <i>Parcial</i>: embrión presente, triploide (69XXY/XXX) ◆ Neoplasia trofoblástica gestacional (maligna) - Mola invasora - Coriocarcinoma - Tumor del sitio placentario - Tumor trofoblástico epiteliode
Factores de riesgo	- Edad materna <15 o >35 años - Mola previa - Aborto previo - Dieta deficiente en caroteno y ácido fólico - Historia de infertilidad - Embarazo ectópico previo
Incidencia	- 1 de cada 1,000 embarazos en países desarrollados - Hasta 1 de cada 200 en algunas regiones de Asia y Latinoamérica - Más común en mujeres <20 y >40 años
Diagnóstico	◆ Clínico: - Sangrado vaginal en el 1er trimestre - Útero mayor al esperado para la edad gestacional - Náuseas/vómitos intensos - Ausencia de latido fetal ◆ Laboratorio: - Beta-hCG muy elevada (>100,000 mUI/ml) - Anemia - TSH suprimida (puede causar hipertiroidismo) ◆ Imagen: - USG transvaginal: <i>imagen en copo de nieve</i> (mola completa) o <i>quistes placentarios</i> (parcial) - RX tórax (metástasis pulmonar en coriocarcinoma) ◆ Histopatología: Confirmación post evacuación uterina
Tratamiento	◆ Manejo quirúrgico (primario en mola): - AMEU o legrado uterino bajo vigilancia - Histerectomía (en pacientes sin deseo reproductivo y edad avanzada) ◆ Fármacos (en enfermedad persistente o maligna): - Metotrexato (monoterapia en bajo riesgo) - Actinomicina D - Esquemas combinados: EMA-CO (etopósido, metotrexato, actinomicina D, ciclofosfamida, vincristina) para alto riesgo o coriocarcinoma - Antieméticos, soporte transfusional si hay anemia
Seguimiento	◆ Medición de beta-hCG semanal hasta negativizar ◆ Luego, beta-hCG mensual por 6–12 meses ◆ Anticoncepción durante el seguimiento (ACO recomendados) ◆ USG de control si hay sospecha de residuo ◆ Control pulmonar (RX o TAC) en coriocarcinoma ◆ Evaluación psicológica (por ansiedad post-diagnóstico)

Conclusión

Las patologías gineco-obstétricas como el **aborto**, el **síndrome de ovario poliquístico (SOP)** y la **enfermedad trofoblástica gestacional (ETG)** representan un desafío constante en la atención de la salud reproductiva femenina debido a su impacto físico, emocional y social.

El **aborto**, ya sea espontáneo, inducido o como amenaza, requiere una evaluación médica cuidadosa, manejo integral y un enfoque empático, considerando tanto los aspectos clínicos como los legales y éticos. Reconocer los factores de riesgo y realizar un diagnóstico oportuno permite reducir complicaciones y brindar un tratamiento adecuado.

El **SOP**, al ser una condición crónica de origen endocrino y metabólico, necesita un abordaje multidisciplinario que incluya control hormonal, mejora del estilo de vida y, en muchos casos, soporte psicológico. Su diagnóstico precoz y manejo continuo son claves para prevenir complicaciones a largo plazo como infertilidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares.

Por su parte, la **enfermedad trofoblástica gestacional** destaca por su rareza pero también por su alta tasa de curación si se diagnostica tempranamente. La monitorización cuidadosa mediante niveles de beta-hCG y el seguimiento postratamiento son esenciales para garantizar la resolución completa y prevenir recaídas.

En conjunto, estas condiciones reflejan la importancia de una atención ginecológica especializada, sensible y basada en evidencia, que priorice tanto la salud física como el bienestar emocional de las pacientes