

Nombre del alumno: Mayra Grissel Mollinedo Noyola.

Nombre de docente: Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco

Nombre del trabajo: Ginecología

Materia: Ginecología y obstetricia

Grado y grupo: 6° "B"

Carrera: Medicina humana.

Introducción

Una variedad de complicaciones que afectan tanto la salud materna como fetal, siendo algunas de ellas comunes y otras menos frecuentes, pero igualmente significativas. Entre estas complicaciones se encuentran el aborto espontáneo, la amenaza de aborto, el aborto inducido, el síndrome de ovario poliquístico y la neoplasia trofoblástica gestacional. Cada una de estas condiciones presenta desafíos únicos en su diagnóstico, manejo y seguimiento, y requieren un enfoque clínico detallado y personalizado para optimizar los resultados para la madre y el feto.

El aborto espontáneo y la amenaza de aborto son situaciones frecuentes que, aunque comparten algunos aspectos, difieren en cuanto a su evolución y manejo. El aborto espontáneo implica la pérdida del embarazo y se maneja de acuerdo con el tipo de aborto que se presenta, mientras que la amenaza de aborto se refiere a un episodio de sangrado con un embarazo aún viable, lo que requiere un enfoque distinto. Por otro lado, el aborto inducido, aunque menos frecuente, requiere una evaluación cuidadosa y un procedimiento seguro para garantizar el bienestar de la paciente.

Además, el síndrome de ovario poliquístico y la neoplasia trofoblástica gestacional son condiciones menos comunes pero que presentan importantes implicaciones para la salud reproductiva. El síndrome de ovario poliquístico puede afectar la fertilidad y la salud metabólica de la mujer, mientras que la neoplasia trofoblástica gestacional, aunque rara, tiene un comportamiento invasivo y puede ser potencialmente mortal si no se detecta y trata a tiempo.

En este contexto, es fundamental contar con un enfoque integral que permita un diagnóstico temprano, un tratamiento adecuado y un seguimiento estrecho, con el objetivo de preservar la salud materna y fetal y mejorar los resultados reproductivos.

A continuación le hablare un poco más de cada enfermedad.

The background is an abstract watercolor wash in various shades of red, pink, and magenta. The colors are blended and layered, creating a textured, painterly effect. The word "Aborto" is centered in a black, elegant script font.

Aborto

	Aborto espontaneo	Amenaza de aborto	Aborto inducido
Definición	Es la interrupción natural del embarazo antes de la viabilidad fetal (usualmente antes de las 20 semanas o con un feto <500 g). Se presenta con o sin síntomas previos y puede manifestarse en diferentes formas clínicas: amenaza, aborto inevitable, incompleto, retenido, séptico o recurrente.	Presencia de sangrado vaginal leve o moderado durante el primer trimestre del embarazo, sin dilatación del cuello uterino y con actividad cardíaca fetal presente. El orificio cervical permanece cerrado y el producto de la gestación se encuentra aún intrauterino.	Es la interrupción deliberada del embarazo antes de la viabilidad fetal (por lo general, antes de las 20 a 22 semanas), realizada por medios médicos o quirúrgicos. Puede ser: Terapéutico: cuando existe una indicación médica o fetal que pone en riesgo la salud o vida de la mujer. Electivo: cuando se realiza por decisión de la mujer, sin que exista una causa médica.
Factores de riesgo	Maternos - Hemorragia en el primer trimestre (principal predictor de aborto). - Infecciones (endometritis, sepsis). - Anomalías uterinas (como insuficiencia cervicouterina). - Procedimientos quirúrgicos como cerclaje, especialmente si se asocian a infección. - Edad materna avanzada. - Hemorragia previa, parto por cesárea, extracción manual de placenta. Fetales - Anomalías cromosómicas (responsables de la mayoría	- Edad materna avanzada (>35 años) - Antecedente de abortos espontáneos previos - Tabaquismo, alcohol o consumo de drogas - Infecciones maternas (como clamidia, sífilis, etc.) - Anomalías uterinas (miomas, sinequias, útero septado) - Insuficiencia lútea - Trombofilias - Estrés y sobrecarga física - Diabetes mal controlada o enfermedades crónicas	- Edad materna extrema (<18 o >35 años) - Violencia sexual - Fallo anticonceptivo - Embarazo no deseado - Malformaciones fetales - Enfermedades maternas graves (cardiopatías, cáncer, etc.) - Problemas socioeconómicos o de pareja - Historia de aborto previo

	de los casos en el primer trimestre) Paternos - Anomalías cromosómicas en espermatozoides (asociadas al aborto espontáneo, aunque poco estudiado). Otros - Rotura prematura de membranas antes de la viabilidad (como en la semana 19) se asocia a aborto inevitable. - Tocolíticos y antibióticos han demostrado poca efectividad en detener la progresión a aborto una vez que se rompe membrana.		
Incidencia	- Afecta al 10–20% de los embarazos clínicamente reconocidos. - Se estima que hasta el 50% de todos los embarazos (muchos no reconocidos) terminan en aborto. - La amenaza de aborto ocurre en el 20–25% de las gestaciones, de los cuales aproximadamente el 50% termina en aborto.	- Afecta aproximadamente al 20–25% de los embarazos clínicamente reconocidos. - De esos casos, el 50% puede evolucionar a aborto completo, mientras que el resto progresa a término.	- Espontáneo 10–20% de embarazos clínicamente reconocidos - Inducido (legal) >260,000 en CDMX desde 2007; mayoría <9 semanas - Inducido (total) Estimado de 750,000–1 millón por año (muchos no reportados) - Legal en CDMX y algunos estados hasta la semana 12. - Más de 260,000 abortos legales en CDMX desde 2007.
Clasificación	Aborto inevitable: sangrado con dilatación cervical, muchas veces con ruptura de membranas.	Aborto en evolución: sangrado + dilatación cervical. Aborto inevitable: dilatación cervical + contracciones o ruptura de membranas.	Según motivo: - Terapéutico - Electivo (voluntario) Según técnica: - Farmacológico

	• Aborto incompleto: salida parcial del producto de la concepción. • Aborto completo: salida total. • Aborto retenido: muerte embrionaria sin expulsión. • Aborto séptico: infección intrauterina grave. • Aborto recurrente: 3 o más pérdidas consecutivas.	• Aborto incompleto: expulsión parcial del producto. • Aborto completo: expulsión total. • Aborto retenido: muerte embrionaria sin expulsión.	• Quirúrgico Según edad gestacional: • Primer trimestre (< 12 semanas) • Segundo trimestre (13-20/22 semanas)
Diagnostico	Clínico • Hemorragia vaginal, dolor abdominal, expulsión de tejido. Ecografía transvaginal • Clave para confirmar viabilidad o ausencia de latido fetal. hCG sérica • Valores en descenso sugieren aborto. Progesterona sérica • Valores bajos (<5 ng/mL) sugieren no viabilidad. Diferencial • Embarazo ectópico, mola, torsión anexial. • Cultivos o estudios microbiológicos si hay fiebre o sospecha de infección.	Clínico: • Sangrado vaginal escaso o moderado • Dolor leve tipo cólico (puede o no estar presente) • No hay expulsión de tejido • Especuloscopia: cérvix cerrado Ecografía transvaginal: • Confirmar ubicación intrauterina del saco gestacional • Presencia de latido cardíaco fetal (actividad fetal = buen pronóstico) hCG sérica cuantitativa: • Seguimiento de progresión normal (duplica cada 48-72 h)	Confirmar embarazo • Prueba positiva • Ecografía: intrauterino, viable, descartar ectópico Calcular edad gestacional • FUM • Ecografía (longitud cráneo-caudal) Evaluación ginecológica • Tacto vaginal: tamaño uterino, cuello • Buscar signos de infección o sangrado Evaluación médica general • Historia clínica • Laboratorios (si es necesario): BH, Rh, coagulación Descartar contraindicaciones • Alergias, enfermedades graves, uso de anticoagulantes • Consentimiento informado • Decisión libre, asesoría emocional si se requiere

Tratamiento farmacológico	Aborto retenido o incompleto: - Misoprostol (PGEI) vía oral (600 µg) o vaginal (800 µg Dosis única; repetir en 24–48 h si no hay respuesta) , especialmente en aborto retenido. - Antibióticos de amplio espectro en caso de infección (ej. endometritis). Aborto séptico - Antibióticos IV inmediatos, antes de cualquier legrado.	Progesterona micronizada vaginal u oral: - Dosis: 200–400 mg/día - Indicada en mujeres con antecedente de aborto o deficiencia lútea - Duración: hasta la semana 10–12 o resolución de síntomas Dydrogesterona oral: - Dosis: 10 mg cada 8 h (30 mg/día) - Alternativa a la progesterona micronizada 17-α-hidroxiprogesterona caproato (intramuscular): - Dosis: 250 mg/semana - No se usa en amenaza aguda, solo para prevención de parto pretérmino Ácido fólico (VO): - Dosis: 0.4–0.8 mg/día - Uso preventivo general, no modifica la amenaza de aborto Antibióticos (solo si hay infección comprobada): - Ejemplo: Azitromicina 1 g VO dosis única para clamidia	Esquema más común (<10 semanas): - Mifepristona 200 mg VO, seguida de - Misoprostol 800 mcg vía vaginal o sublingual, 24–48 h después. - Metotrexato 50 mg/m² IM o VO (dosis única) - seguido 5 a 7 días después por: - Misoprostol 800 µg vaginal - Puede repetirse una vez si no hay expulsión. Alternativa si no hay mifepristona: - Misoprostol 800 mcg cada 3 h, hasta 3 dosis (máximo 2400 mcg). 9 a 12 semanas: - Misoprostol 800 µg vaginal o sublingual Segundo trimestre: - Misoprostol 400 mcg cada 3–4 h por vía vaginal o sublingual, hasta expulsión. - Mifepristona 200 mg VO

Tratamiento quirúrgico	Legrado uterino (por succión o instrumental): - Definitivo y eficaz. - Se prefiere en casos con hemorragia profusa, fiebre, aborto séptico o cuando el tratamiento médico falla. Cerclaje cervical (cuando hay insuficiencia cervicouterina): - Si hay rotura de membranas durante o poco después del cerclaje, debe considerarse su retiro inmediato. - En caso de signos de infección o aborto inminente, la sutura debe cortarse para evitar laceraciones uterinas.	No indicado en amenaza de aborto si el feto es viable. Se reserva para complicaciones posteriores: - Aborto inevitable, incompleto o retenido, donde puede realizarse: - Aspiración manual endouterina (AMEU) - Legrado uterino instrumental (menos usado) - Evaluación por misoprostol si se transforma en aborto no viable	Indicaciones: falla del método médico, sangrado excesivo, gestaciones avanzadas o preferencia. Técnicas según edad gestacional: < 12 semanas: Aspiración manual endouterina (AMEU) o legrado por succión. > 13 semanas: Dilatación y evacuación, rara vez histerotomía.
Seguimiento	- Evaluar resolución completa por ecografía transvaginal. - Control de hCG hasta su negativización si hubo aborto retenido o incompleto. - En mujeres Rh negativas: administrar inmunoglobulina anti-D. - En casos de aborto recurrente: realizar estudio etiológico completo. - Educación sobre signos de alarma post-aborto: fiebre, sangrado abundante, dolor persistente. - Considerar apoyo psicológico, ya que el aborto espontáneo tiene impacto emocional significativo.	- Revaluación clínica y ecográfica en 7–10 días para verificar evolución. - Instruir a la paciente sobre signos de alarma: dolor intenso, sangrado abundante, fiebre, salida de tejido. - Continuar vigilancia del embarazo si la evolución es favorable. - En caso de resolución favorable, el pronóstico es bueno, especialmente si hay latido fetal documentado.	- Ecografía para confirmar vaciamiento uterino completo. - Evaluar signos de infección, hemorragia o retención. - Consejería anticonceptiva inmediata. - Evaluación psicológica si la paciente lo desea.

A large, irregular, textured purple watercolor splash serves as the background for the text.

Síndrome de Ovario Poliquístico

Definición	El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) es un trastorno endocrino-metabólico crónico y heterogéneo, de probable origen genético, influido por factores ambientales como nutrición y actividad física. Se caracteriza por: • Hiperandrogenismo (clínico: hirsutismo, acné; o bioquímico) • Trastornos menstruales (oligo/amenorrea, anovulación) • Resistencia a la insulina y obesidad central frecuente
Factores de riesgo	• Menarca temprana • Ciclos menstruales irregulares desde la adolescencia • Obesidad, especialmente central o abdominal • Aumento excesivo del IMC durante la pubertad • Estilo de vida sedentario • Antecedentes familiares de SOP (madre o hermanas) • Historia familiar de diabetes tipo 2 • Resistencia a la insulina (con o sin obesidad) • Síndrome metabólico (hipertensión, dislipidemia, intolerancia a la glucosa) • Exposición intrauterina a andrógenos
Incidencia	En México: 6% en mujeres en edad reproductiva. Aumenta en mujeres con hiperandrogenismo (hasta 60-80%) Mundialmente: varía del 5 al 21%, dependiendo del criterio diagnóstico utilizado: • NIH (1990): 5-10% • AES (2006): 10-15% • Rotterdam (2003): 6-21%
Clasificación	• A (clásico): HA + Anovulación + PO • B (clásico): HA + Anovulación • C (ovulatorio): HA + PO • D (normoandrogénico): Anovulación + PO

Diagnostico	Clínico • Trastornos menstruales: • Amenorrea: → 60% • Opsomenorrea (>35 días): 30–35% Hiperandrogenismo: • Hirsutismo: hasta 75% (evaluado con escala de Ferriman-Gallwey >8) • Acné: hasta 37% • Alopecia androgénica • Obesidad: frecuente, especialmente central Bioquímico Hormonas: • ↑ Testosterona total/libre • ↑ DHEA-S, 17-hidroxiprogesterona • Insulina y glucosa: evaluación de resistencia a la insulina Descartar otras patologías: • TSH, prolactina, cortisol, hCG, FSH/LH, 17-OHP Imagen • Ecografía transvaginal: ≥12 folículos de 2–9 mm y/o volumen >10 ml en al menos un ovario • En adolescentes: se prioriza el volumen ovárico (>10 ml) más que el número de folículos
Tratamiento farmacológico	Sin deseo de embarazo Anticonceptivos hormonales combinados (ACO) • Etinilestradiol 20–35 mcg + drospirenona (3 mg) o ciproterona (2 mg) • Regímenes: 21 días de ACO + 7 días de descanso • Indicados para: irregularidad menstrual, hirsutismo, acné • Acetato de medroxiprogesterona: 10 mg/día por 7–10 días, por 3–6 meses • Antiandrógenos: espironolactona, flutamida (solo en casos seleccionados) Con deseo de embarazo • Citrato de clomifeno: primera línea para inducir ovulación • Metformina: • 1,000–1,500 mg/día • Útil si hay resistencia a la insulina, diabetes tipo 2 o fallo con clomifeno Gonadotropinas recombinantes • Segunda línea si falla clomifeno/metformina

Tratamiento quirúrgico	Ovarian drilling (perforación laparoscópica ovárica): • Indicación: pacientes resistentes a inductores de ovulación • Alternativa a FIV o antes de tratamientos de alta complejidad
Seguimiento	Clínico Monitoreo de: • Menstruaciones • Peso e IMC • Signos de hiperandrogenismo (hirsutismo, acné, alopecia) Laboratorio • Glucosa en ayuno y curva de tolerancia • Perfil lipídico • Función tiroidea y hormonal si hay síntomas persistentes Educación • Promoción de cambios en estilo de vida: • Dieta hipocalórica equilibrada • Ejercicio regular aeróbico (al menos 150 min/semana) • Apoyo psicológico si hay afectación emocional o del autoestima



Enfermedad trofoblástica

	Enfermedad trofoblástica gestacional	Neoplasia trofoblástica gestacional
Definición	Conjunto de tumores placentarios relacionados con el embarazo, que derivan del trofoblasto. Se divide en tumores molares (mola hidatiforme completa, parcial y embarazo molar gemelar) y no molares (neoplasia trofoblástica gestacional). La neoplasia trofoblástica gestacional incluye entidades malignas como coriocarcinoma, tumor del sitio placentario y tumor epiteliode trofoblástico.	La neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) es un grupo de tumores placentarios malignos con capacidad de invasión local (miometrio) y metástasis hematógena. Incluye la mola invasiva, el coriocarcinoma, el tumor trofoblástico del sitio placentario (TTSP) y el tumor trofoblástico epiteliode (TTE).
Factores de riesgo	• Edad materna extrema: <15 o >40 años (mayores de 40 años tienen riesgo 10 veces mayor). • Embarazo molar previo: riesgo de recurrencia 1.3% (23% si ha tenido dos previos). • Uso de anticonceptivos orales y abortos previos. • Deficiencias vitamínicas, tabaquismo y edad paterna avanzada.	• Mola hidatiforme previa (principal antecedente). • Embarazo previo (normal, ectópico o aborto). • Edad materna avanzada. • Historia previa de enfermedad trofoblástica gestacional. • Niveles elevados de hCG persistentes.
Incidencia	• En EE.UU. y Europa: 1-2 casos por cada 1,000 embarazos. • Mayor incidencia en mujeres hispanas e indias estadounidenses. • Ya no se considera más común en Asia, según datos poblacionales recientes.	• Coriocarcinoma: 1 en cada 30,000 embarazos. • Tumor trofoblástico del sitio placentario: raro. • Tumor trofoblástico epiteliode: extremadamente raro (pocos casos reportados).
Clasificación	Mola hidatiforme completa • Cariotipo 46,XX (paterno, diploide). • Sin feto, sin amnios, sin vasos vellosos.	• Mola invasiva: crecimiento local del trofoblasto en el miometrio. • Coriocarcinoma: tumor altamente maligno y metastásico.

	- Mayor riesgo de enfermedad trofoblástica persistente (15–20%). Mola hidatiforme parcial - Cariotipo triploide (69,XXY, XXX, XYY). - Presencia de tejido fetal y placenta anómala. - Menor riesgo de enfermedad persistente (<5%). Embarazo molar gemelar - Coexistencia de embarazo normal con mola completa. - Riesgo similar de enfermedad persistente (15–25%).	Tumor trofoblástico del sitio placentario: tumor localizado y resistente a quimioterapia. Tumor trofoblástico epiteliode: forma rara, derivada del trofoblasto intermedio
Diagnostico	Clínico - Amenorrea, hemorragia uterina irregular, útero grande para la edad gestacional, hiperémesis, preeclampsia precoz (<20 semanas), tirotoxicosis. Ecografía: - Mola completa: masa ecogénica con múltiples espacios quísticos ("imagen en copo de nieve"). - Mola parcial: placenta engrosada, feto malformado. Laboratorio: - hCG muy elevada para la edad gestacional. - TSH suprimida, T4 libre aumentada (efecto tirotrópica). - Citometría de flujo para determinar ploidía. Histopatología - confirmación con estudio de las vellosidades coriónicas.	Sospecha ante hemorragia uterina anormal persistente tras cualquier tipo de embarazo. Niveles séricos elevados o ascendentes de hCG-β. Criterios de FIGO para diagnóstico posterior a mola: - Meseta de hCG por ≥ 3 semanas. - Elevación progresiva de hCG por ≥ 2 semanas. - hCG detectable por ≥ 6 meses. - Diagnóstico histológico de coriocarcinoma. Estudios complementarios: - Radiografía de tórax. - Tomografía (TC) o resonancia (RM) cerebral, pélvica y abdominal. - PET/CT si está disponible. - Biometría hemática, pruebas hepáticas y renales.
Tratamiento farmacológico	No se recomienda quimioterapia profiláctica rutinaria.	Bajo riesgo (puntuación OMS 0–6): Quimioterapia con metotrexato o actinomicina D.

	Se administra quimioterapia solo si hay evidencia de enfermedad trofoblástica persistente (hCG persistentemente elevada o en ascenso).	Alto riesgo (puntuación ≥ 7): Quimioterapia combinada: EMA-CO (etopósido, metotrexato, actinomicina D, ciclofosfamida, vincristina). Ajuste del tratamiento según la respuesta de hCG- β .
Tratamiento quirúrgico	Legrado uterino por succión - Tratamiento de elección, incluso en úteros grandes. Oxitocina - Para favorecer contracción uterina postevacuación. Histerectomía - Indicada si no se desean futuros embarazos, especialmente en >40 años o si hay GTN resistente a quimioterapia. Evitar inducción del trabajo de parto o histerotomía (más sangrado y riesgo de persistencia).	Histerectomía: - Indicación en mujeres sin deseo reproductivo o con sangrado persistente/invasión local. Legrado uterino: - Solo en casos seleccionados (sangrado o retención molar significativa). Embolización uterina en sangrado severo. Radioterapia o cirugía adicional en metástasis resistentes.
Seguimiento	hCG sérica: - Cada 1-2 semanas hasta alcanzar niveles indetectables. - Luego cada mes durante 6 meses. Anticoncepción - Evitar embarazo al menos por 6 meses (preferible hormonal). Ecografía - Útil si hay sospecha de GTN (miometrio con nódulos o hipervascularidad). Si hCG aumenta o no desciende $\rightarrow$ evaluar para enfermedad trofoblástica persistente y considerar quimioterapia.	Vigilancia con medición semanal de hCG- β hasta negativización, luego: - Mensual por 6 meses (NTG de bajo riesgo). - Mensual por 12 meses (NTG de alto riesgo). - Hasta 24 meses si hubo metástasis. Anticoncepción durante el periodo de vigilancia. Riesgo de recurrencia en embarazo futuro: $\rightarrow 2\%$.

Conclusión

Tanto el aborto espontáneo como la amenaza de aborto son complicaciones comunes en la práctica obstétrica, pero con diferencias clave en su manejo. El aborto espontáneo, generalmente ocurrido antes de la 20ª semana de gestación, implica la pérdida del embarazo y se puede deber a diversas causas, como anomalías cromosómicas o factores maternos. Su tratamiento varía según la evolución del embarazo, abarcando opciones conservadoras o quirúrgicas, dependiendo de si el aborto es incompleto o retenido. Por otro lado, la amenaza de aborto se caracteriza por sangrado sin dilatación cervical y un feto viable, con un pronóstico generalmente favorable si se mantiene la actividad cardíaca fetal. El manejo se centra en la monitorización clínica y el uso de progesterona, mientras que el tratamiento quirúrgico solo se considera si el aborto progresa.

El seguimiento médico cercano en ambos casos es crucial para evaluar la viabilidad fetal y el estado materno, permitiendo intervenciones adecuadas y oportunas que pueden mejorar los resultados. Aunque el reposo prolongado no ha demostrado ser efectivo en la prevención del aborto, un manejo adecuado y a tiempo es esencial para optimizar los resultados.

En relación con el aborto inducido, es fundamental realizar un diagnóstico clínico preciso, que permita confirmar el embarazo, estimar la edad gestacional y descartar complicaciones como el embarazo ectópico. La evaluación médica adecuada y el consentimiento informado garantizan una atención ética y segura.

Además, el síndrome de ovario poliquístico, una endocrinopatía frecuente en mujeres en edad reproductiva, requiere un diagnóstico oportuno y un manejo integral para prevenir complicaciones metabólicas y reproductivas. La identificación temprana de los factores de riesgo, como la obesidad y la resistencia a la insulina, permite un tratamiento más eficaz.

Finalmente, la neoplasia trofoblástica gestacional, aunque rara, es una complicación potencialmente mortal que exige un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado, como la quimioterapia, que ofrece altas tasas de curación en casos de bajo riesgo. El seguimiento prolongado es esencial para detectar recurrencias y preservar la salud reproductiva futura de las pacientes.

En conjunto, estas condiciones subrayan la importancia de la identificación temprana, el manejo adecuado y el seguimiento continuo para mejorar la salud de las pacientes y sus resultados reproductivos.