

**Alexa Martínez Martínez.**

**Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco.**

**Ginecología.**

**Ginecología y Obstetricia.**

**6to "C"**

## INTRODUCCIÓN

La salud reproductiva femenina es un componente esencial en la atención médica integral de la mujer, ya que abarca una amplia gama de procesos fisiológicos y patologías que pueden interferir con la fertilidad, el embarazo y la calidad de vida. Dentro de este espectro se encuentran condiciones clínicas de alta prevalencia e impacto como el aborto en sus distintas formas (espontáneo, inducido y amenaza de aborto), el embarazo ectópico, el síndrome de ovario poliquístico (SOP) y la enfermedad trofoblástica gestacional. Estas entidades no solo representan desafíos diagnósticos y terapéuticos, sino también implicaciones sociales, psicológicas y éticas profundas.

El aborto espontáneo es una de las complicaciones más frecuentes en el primer trimestre del embarazo, a menudo originado por alteraciones cromosómicas o factores maternos. Por otro lado, el aborto inducido, practicado voluntariamente, continúa siendo una causa importante de morbilidad materna, especialmente en contextos donde no es legal ni seguro. La amenaza de aborto es una señal de posible pérdida gestacional que requiere seguimiento clínico oportuno para preservar la viabilidad del embarazo.

En el caso del embarazo ectópico, la implantación del embrión fuera de la cavidad uterina constituye una urgencia obstétrica que, si no se trata a tiempo, puede poner en riesgo la vida de la mujer por hemorragia interna. Mientras tanto, el síndrome de ovario poliquístico, un trastorno endocrino crónico, afecta la ovulación, los niveles hormonales y el metabolismo, comprometiendo la fertilidad y aumentando el riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas. Finalmente, la enfermedad trofoblástica gestacional representa un grupo poco frecuente de alteraciones originadas en el tejido placentario, con potencial benigno o maligno, que requiere vigilancia estrecha con marcadores tumorales como la  $\beta$ -hCG.

Abordar de forma integral estas condiciones es indispensable para ofrecer a las mujeres una atención médica basada en la evidencia, sensible a sus necesidades y respetuosa de sus derechos reproductivos. La educación, la prevención, el

diagnóstico temprano y el seguimiento adecuado son pilares fundamentales para mejorar los resultados en salud materna y reproductiva.

## ABORTO ESPONTANEO

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Definición               | Perdida espontanea del embarazo antes de la semana 20 de gestación, puede causar dolor físico y emocional.  |
| Clasificación            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Completo</li><li>• Incompleto</li></ul>   |
| Factores de riesgo       | Factores genéticos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Anomalía cromosómica</li></ul> Factores maternos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Infecciones: clamidia, sífilis, toxoplasma G, Gonorrea.</li><li>• Hipotiroidismo: deficiencia de yodo.</li><li>• Diabetes.</li><li>• Toxicomanias: Tabaquismo, Alcohol</li><li>• Cafeína.</li><li>• Otros: Tarumatismos, Enf. Congénitas, Cx abdominal materna, insuficiencia cérvico uterina, miomas, pólipos.</li></ul> |
| Incidencia               | Más del 80% de los abortos espontáneos se produce en las primeras 12 semanas.<br>50 a 70% de los embarazos se presenta.<br>Aborto en el 31% de los embarazos se pierde después de su implantación.  |
| Diagnostico              | Clínico: Sangrado vaginal (leve o abundante), dolor tipo cólico en abdomen bajo o lumbar, salida de tejido fetal o placentario por la vagina.<br>Exploración física: tacto vaginal: dilatación del cuello uterino, cuello cerrado.<br>USG transvaginal.   |
| Tratamiento              | Quirúrgico: Cerclaje cervical.  |
| Seguimiento              | <ul style="list-style-type: none"><li>• Revisión ginecológica 1 a 2 semanas después.</li><li>• Evaluar signos de infección: fiebre, sangrado abundante, mal olor vaginal, dolor intenso.</li><li>• Control de hemoglobina si el sangrado fue significativo.</li><li>• Seguimiento del estado emocional (riesgo de depresión o ansiedad postaborto).</li></ul>   |
| <b>AMENAZA DE ABORTO</b> |   |
| Definición               | Sangrado vaginal que ocurre en una gestación menor de 20 semanas, sin dilatación cervical ni expulsión del embrión o feto, lo que indica que el embarazo aún puede continuar de forma viable.   |

|                    |   |
|--------------------|---|
| Clasificación      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amenaza de aborto temprana.</li> <li>• Amenaza de aborto tardía.</li> </ul>  |
| Factores de riesgo | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fetales: genética</li> <li>• Maternos: Cafeína &gt;500mg</li> <li>• Tabaco</li> <li>• Hipotiroidismo</li> <li>• DM</li> <li>• Infecciones <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Transmisión sexual: clamidia, sífilis y gonorrea.</li> </ul> </li> <li>• Traumatismo</li> <li>• Alcohol.</li> </ul>   |
| Incidencia         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sucede en 20 a 25% de las mujeres al principio del embarazo</li> <li>• 50% de las amenazas terminan en aborto.</li> </ul>  |
| Diagnostico        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• USG pélvico</li> <li>• BH</li> <li>• EGO</li> <li>• Urocultivo</li> <li>• Química sanguínea</li> <li>• Perfil tiroideo.</li> </ul>   |
| Tratamiento        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar causa de amenaza de aborto.</li> <li>• Reposo absoluto.</li> <li>• Dieta libre de útero estimulantes.</li> <li>• Progesterona: 200-400mg c/12 hrs VO o vaginal &gt; hasta la 12 sdg</li> <li>• Indometacina: Se utiliza en px con edad gestacional &lt;37sdg, recomendado en la 20 sdg. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dosis: Rectal 100-200mg al día (por la noche) x 3 días.</li> <li>○ Dosis: VO 25 a 50 mg c/ 4 a 6 hrs x 48 hrs.</li> </ul> </li> <li>• Cambios de vida.</li> <li>• No relaciones sexuales.</li> </ul> |
| Seguimiento        | <p><b>1 semana después del diagnóstico</b><br/> Repetir USG para verificar viabilidad embrionaria y evolución del hematoma si está presente.</p> <p><b>Cada 1- 2 semanas &gt; según la evolución</b><br/> Controles clínicos y ecográficos si persisten síntomas.</p>   |

|                        |  |
|------------------------|--|
|                        | <b>BhCG</b><br>Evaluar aumento progresivo hasta confirmar viabilidad o aborto retenido.  |
| <b>ABORTO INDUCIDO</b> |  |
| Definición             | Es la interrupción médica o quirúrgica del embarazo antes de la viabilidad fetal.  |
| Clasificación          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto terapéutico</li> <li>• Aborto electivo</li> <li>• Aborto quirúrgico.</li> </ul>  |
| Factores de riesgo     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo no planeado o no deseado.</li> <li>• Falla de métodos anticonceptivos.</li> <li>• Enf. maternas graves: Cáncer, insuficiencia renal, lupus, etc.</li> <li>• Fetal: genética.</li> <li>• Embarazo por violación o incesto.</li> <li>• Edad.</li> <li>• Inestabilidad emocional</li> <li>• Toxicomanías.</li> <li>• Infecciones vaginales</li> <li>• Ant. De edad de aborto previo.</li> </ul> |
| Incidencia             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.22 millones de abortos legales.</li> <li>• 238 abortos por 1000 nacidos vivos.</li> <li>• 16 por 1000 mujeres de 15 a 44 años de edad.</li> <li>• 60% de abortos se realizo durante las primeras 8 sdg</li> <li>• 88% durante las 12 sdg.</li> </ul>  |
| Diagnostico            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación médica</li> <li>• USG transvaginal</li> <li>• BhCG cuantitativa</li> </ul>   |
| Tratamiento            | Quirúrgico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilatación del cuello uterino y evacuación &gt; 14-15 sdg.</li> <li>• Aspiración &gt; legrado x succión &lt;12 sdg.</li> <li>• Dilatación extracción &gt; 16 sdg.</li> <li>• Aspiración menstrual &lt; 1 a 3 días de la última menstruación.</li> <li>• Laparotomía:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Histerectomía</li> </ul> </li> </ul>                            |

|             |  |
|-------------|--|
|             | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Histerotomía</li> <li>• AMEO: &lt;12sdg.</li> </ul> <p>Dilatadores. Ayudan a la dilatación cervical llamando agua para reblandecer el cervix.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Higroscópicos: Sintéticos <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lamicel: Esponja angosta impregnada con sulfato de magnesio anhidro.</li> <li>○ Dilpan S: Barra con base hidrogel acrílico.</li> </ul> </li> </ul> <p>Medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mifepristona/ misoprostol <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dosis: Mifepristona: 100-600mg VO</li> <li>○ Dosis: Misoprostol: 200-600 mcg VO u 800 mcg vía vaginal varias dosis en el transcurso de 6 – 72hrs.</li> </ul> </li> <li>• Metotrexato/misoprostol <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dosis: Metotrexato: 50mg/m<sup>2</sup> IM</li> <li>○ Dosis misoprostol: 800mcg vía vaginal en 3 – 7 días</li> </ul> </li> <li>• Misoprostol <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dosis: 800mcg por vía vaginal, repitiendo hasta 3 dosis.</li> </ul> </li> </ul> |
| Seguimiento | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 24-72 hrs: Evaluar signos vitales, ultrasonido, controlar sangrado.</li> <li>• 1 semana: Revisión clínica, apoyo emocional, anticoncepción.</li> <li>• 2-4 semanas: Seguimiento físico y psicológico, orientación.</li> </ul>   |

## SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO (SOP)

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Definición</b>         | Trastorno endocrino y metabólico heterogéneo, de probable origen genético, influido por factores ambientales como la nutrición y la actividad física.<br>Principales características son datos de hiperandrogenismo (Hirsutismo, acné) y trastornos menstruales.   |
| <b>Clasificación</b>      |  |
| <b>Factores de riesgo</b> | Menarca temprana <12 años.<br>IMC >35<br>Genética  |
| <b>Incidencia</b>         | <ul style="list-style-type: none"><li>• 3% al 7% en mujeres en edad reproductiva, encontrándose en el 60-80% en mujeres con hiperandrogenismo.</li><li>• prevalencia en México es reportada en un 6%.</li></ul>  |
| <b>Diagnóstico</b>        | <ul style="list-style-type: none"><li>• Clínica</li><li>• USG transvaginal</li><li>• Lab: LH aumentada, FSG disminuida, niveles de prolactina, CTG &gt;200mg/dL, progesterona &lt;5mcg, perfil lipídico.</li></ul>   |
| <b>Tratamiento</b>        | <ul style="list-style-type: none"><li>• Dieta: 1000-1500 kcal/día.</li><li>• Ejercicio aeróbico: 30-45 minutos.</li></ul> Sin deseo de embarazo. <ul style="list-style-type: none"><li>• Anticonceptivos 3-6 meses</li><li>• Anti androgénico: Espironolactona</li></ul> Con deseo de embarazo <ul style="list-style-type: none"><li>• Clomífero: 50-60mg</li><li>• Gonadotropina: solo en las que no ovulan.</li><li>• Quirúrgico: Ovarian Dually.</li></ul> Metformina 500 mg, en caso de resistencia a la insulina. |
| <b>Seguimiento</b>        | Clínica general: cada 3 meses<br>Laboratorios metabólicos: cada 6-12 meses.<br>Revisión hormonal: según síntomas<br>Anticonceptivos u otros fármacos: cada 3-6 meses.<br>Plan de fertilidad: personalizado.  |

## ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

|                    |  |
|--------------------|--|
| Definición         | Espectro de tumores placentarios relacionados con el embarazo.   |
| Clasificación      | Tumores molares: <ul style="list-style-type: none"><li>• Mola parcial: Cuando hay producto.</li><li>• Mola completa: Cuando no hay producto.</li></ul> Neoplasia trofoblástica gestacional (maligna): mola invasiva, coriocarcinoma, tumor del sitio placentario, tumor trofoblástico epiteloide.      |
| Factores de riesgo | <ul style="list-style-type: none"><li>• Edad &lt;20 años y &gt;40 años mayor riesgo.</li><li>• Embarazo molar previo</li><li>• Uso prolongado de anticonceptivos orales.</li><li>• Aborto previo.</li><li>• Deficiencias vitamínicas.</li><li>• Edad paterna avanzada.</li><li>• Tabaquismo.</li></ul> |
| Incidencia         | <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 por cada 40 mujeres en México.</li></ul>   |
| Diagnóstico        | Cariotipo <ul style="list-style-type: none"><li>• Mola parcial: 69 xxx o 69xxy.</li><li>• Mola completa: 46 xx o 46 xy.</li></ul> USG: quistes de la teca luteica.<br>Clínica<br>Prueba de embarazo: HCG Elevada al doble de acuerdo a la SDG.   |
| Tratamiento        | Protillactica: quimioterapia<br>Legrado con succión > de elección.   |
| Seguimiento        | Mola hidatiforme: 3-6 meses o hasta 1 año<br>Neoplasia: 1 a 3 años   |

## EMBARAZO ECTOPICO

|                    |   |
|--------------------|---|
| Definición         | Embarazo en el que el blastocisto se implanta fuera del útero.  |
| Clasificación      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo tubárico: Implantación en cualquier porción de las trompas de Falopio &gt; ampolla, istmo, intersticio.</li> <li>• Ruptura tubárica: Casi siempre espontáneo, se acompaña de datos de hipovolemia: Taquicardia, hipotensión: PA sistólica &lt;90mmHg, Taquipnea, piel fría, sudorosa y pálida, llenado capilar &lt;2seg.</li> <li>• Embarazo abdominal:</li> <li>• Embarazo de ligamento ancho:</li> </ul>                  |
| Factores de riesgo | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones tubáricas o cirugías previas.</li> <li>• Anticonceptivos.</li> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Infecciones de transmisión sexual &gt; clamidia.</li> <li>• Salpingitis 90%.</li> <li>• Reproducción asistida.</li> </ul>  |
| Incidencia         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 95% de los embarazos ectópicos se implanta en los distintos segmentos de las trompas de Falopio.</li> <li>• Mortalidad calculada por embarazos ectópicos era de 32 por 100 000 partos.</li> <li>• mortalidad materna de 7 por 100 000 nacidos vivos.</li> </ul>  |
| Diagnóstico        | <p>Pruebas de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hCG-B</li> <li>• Progesterona sérica.</li> <li>• Marcadores séricos novedosos</li> <li>• Hemograma: 50% de las mujeres con un embarazo ectópico roto se observan diversos grados de leucocitosis que alcanzan hasta 30 000/ml.</li> </ul> <p>Ecografía para confirmar el diagnóstico clínico de un embarazo ectopico.<br/>         Ecografía transvaginal.<br/>         Ecografía transabdominal.</p> |
| Tratamiento        | <p>Mujeres D-negativas con un embarazo ectópico y que no han sido sensibilizadas al antígeno D, deben recibir inmunoglobulina anti-D</p> <p>Tratamiento quirúrgico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laparoscopia</li> </ul>   |

|             |   |
|-------------|---|
|             | <ul style="list-style-type: none"><li>• Salpingoscopia</li></ul>  |
| Seguimiento | <ul style="list-style-type: none"><li>• Educar a la paciente sobre signos de alarma: dolor abdominal súbito, sangrado vaginal abundante, síncope.</li><li>• Apoyo emocional y psicológico, ya que puede ser una experiencia traumática.</li><li>• Anticoncepción adecuada hasta que se autorice intentar un nuevo embarazo.</li><li>• Evaluación del riesgo de recurrencia: mayor riesgo si hubo daño tubárico previo o antecedente de embarazo ectópico.</li></ul> |

## CONCLUSIÓN

Los trastornos relacionados con la salud reproductiva femenina son complejos, multifactoriales y, en muchos casos, subestimados en su impacto real sobre la vida de las mujeres. El análisis de condiciones como el aborto en sus distintas formas (espontáneo, inducido, amenaza), el embarazo ectópico, el síndrome de ovario poliquístico (SOP) y la enfermedad trofoblástica gestacional nos lleva a comprender que más allá de su componente médico, se trata de fenómenos profundamente vinculados al acceso a la salud, la educación sexual, la planificación familiar y la equidad de género.

Estos trastornos son comunes y como médicos debemos saber como actuar y como ayudar, y como tratar cada tema, orientar a la paciente a la paciente en todo caso, en como puede prevenir un embarazo, orientarla en cualquier momento por el cual sea el motivo del aborto, ayudarla y apoyarla, así también como prevenir que vuelva a tener un embarazo ectópico, o una enfermedad trofoblástica, y como ayudar a la paciente con SOP y que tenga deseos de embarazarse, y así la ayudamos a que tenga la oportunidad de ser madre y también ayudamos a la que no lo desea.

En conjunto, estas condiciones refuerzan la idea de que la salud reproductiva no puede desvincularse del contexto social, económico y cultural en el que viven las mujeres. La educación sexual integral, el acceso universal a métodos anticonceptivos, la atención ginecológica continua y la eliminación del estigma en torno a la salud sexual y reproductiva son fundamentales para reducir la incidencia de estas patologías y mejorar el pronóstico de quienes las padecen.

Así, el abordaje de estos temas no debe limitarse al tratamiento clínico, sino que debe construirse sobre una base de prevención, respeto, equidad y justicia social. Solo de esta manera se garantizará que todas las mujeres, sin importar su origen o condición, puedan ejercer plenamente su derecho a una salud sexual y reproductiva libre, segura y digna.