



**Fernando
Hernández**

Ailton

Maldonado

Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco

Ginecología

Ginecología y obstetricia

6º “C”

Comitán de Domínguez Chiapas a 04 de junio de 2025

Introducción

El aborto se define como la terminación del embarazo antes de las veinte semanas de gestación o con un feto que pesa menos de 500 gramos (OMS), el tema del aborto se puede abordar desde diferentes perspectivas, como lo pueden ser la opinión médica o religiosa, para fines de estudios en el siguiente trabajo se abordara el aborto desde el punto de vista médico. Por otro lado, un embarazo ectópico, también conocido como embarazo extrauterino, ocurre cuando un óvulo fertilizado se implanta fuera del útero, generalmente en la ampolla en las trompas de Falopio. El aborto puede clasificarse de acuerdo a características específicas que se presenten durante la gestación, de manera general puede clasificarse como aborto espontáneo, amenaza de aborto o aborto inducido; hay que destacar que el aborto se produce cuando el embarazo no es viable ya sea por factores maternos o factores del feto y puede tener fines terapéuticos pero también es una elección que puede tomar toda mujer gestante a pesar de encontrarse en condiciones óptimas para poder llevar a cabo un embarazo. Una condición clínica conocida como enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es un espectro de tumores trofoblásticos relacionados con el embarazo y pueden ser benignos o malignos de acuerdo con su presentación morfológica que a menudo terminan como un aborto que requiere de manejo quirúrgico para poder extraer el tejido anormal que se forma. Por último, el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) se considera al mismo como un síndrome de disfunción ovárica, siendo sus principales características el hiperandrogenismo y ovarios Poliquísticos morfológicamente, es una de las endocrinopatías heterogéneas más frecuentes de la consulta ginecológica, y demanda recursos de un costo elevado para resolver las consecuencias directas e indirectas. Siendo su abordaje parcial e insuficiente y por lo tanto la convierte en un padecimiento crónico; la piedra angular del manejo del síndrome de ovario poliquístico es modificar los hábitos y estilos de vida; el tratamiento farmacológico debe ser dirigido en dos casos, primero para mujeres que aun planeen tener hijos y el segundo para mujeres que ya no planeen tener hijos.

Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)	
Definición	Trastorno endocrino y metabólico heterogéneo, de probable origen genético, influido por factores ambientales como la nutrición y la actividad física. Sus principales características son datos de hiperandrogenismo (Hirsutismo, acné) y trastornos menstruales. Se asocia con obesidad generalmente central, y anormalidades metabólicas como resistencia a la insulina
Clasificación	Se ha propuesto diez fenotipos con base a las diferentes combinaciones de hiperandrogenemia, hirsutismo, oligoovulación y ovarios poliquísticos; siendo necesarias más investigaciones para caracterizar mejor estos grupos,
Factores de riesgo	• Obesidad generalmente central (IMC >35%) • Anormalidades metabólicas • Genética
Incidencia	• Del 3% al 7% en mujeres en edad reproductiva, encontrándose en el 60-80% en mujeres con hiperandrogenismo. • La prevalencia en México es reportada en un 6%
Diagnostico	• Clínico: Irregularidades menstruales (amenorrea u opsomenorrea), signos de hiperandrogenismo (acné y/o hirsutismo) y obesidad • Definitivo: se realiza al quedar excluidas las enfermedades a diferenciar, para lo cual se pueden hacer principalmente estudio ultrasonográfico, y determinaciones en séricas de marcadores de disfunción hipotálamo-hipofisaria, resistencia a la insulina, hiperplasia suprarrenal de aparición tardía, síndrome de Cushing, tumores de ovario o suprarrenales, tiroidopatías o hiperprolactinemia. • USG: ≥ 12 quistes de entre 2 y 9 mm en el mismo ovario. → Imagen en “cadena de perlas”
Tratamiento	La piedra angular del manejo del SOP es modificar los hábitos y estilos de vida: dieta hipocalórica (1000-1500 kcal/día), ejercicio entre 30-45 min por día al menos 5 días a la semana • Anticonceptivos orales combinados son el tratamiento de primera línea en pacientes con SOP sin deseo de embarazo y pueden utilizarse por periodos mayores a 6 meses: etinilestradiol de 20 mcg, acetato de medroxiprogesterona a razón de 10 mg durante 7 a 10 días en la segunda fase del ciclo durante 3 a 6 meses.

	• Cuando se documenta anovulación crónica en paciente con SOP y deseo de embarazo, el citrato de clomifeno es el agente farmacológico de primera elección; se recomienda iniciar con 50 mg diarios de citrato de clomifeno a partir del día 3-5 • En pacientes infértiles con SOP y falla terapéutica al citrato de clomifeno, la siguiente opción de manejo farmacológico son gonadotropinas hipofisarias (Menotropinas u Hormona Folículo Estimulante de origen recombinante). • El tratamiento quirúrgico (Ovarian drilling) es efectivo para inducir la ovulación, siendo la segunda línea en el Tratamiento del SOP. Tratamiento de hirsutismo se divide en: • Farmacológico (Anticonceptivos hormonales, y antiandrógenos), Cosmético (Remoción de pelo terminal) • La espironolactona (100-200 mg por día) puede administrarse sola o acompañada por un compuesto hormonal de estrógeno y progestágeno En pacientes con irregularidad menstrual y en pacientes que no buscan embarazo: ciproterona (2 mg) y la drospirenona (3 mg) se administran en combinación con etinilestradiol (0.035 ó 0.030 mg, respectivamente), en ciclos de 21 días de tratamiento por siete de descanso.
Seguimiento	En general, se recomienda un seguimiento cada 1 a 2 años, pero puede ser más frecuente si existen preocupaciones sobre el desarrollo de complicaciones o si se están realizando cambios en el tratamiento.

Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG)	
Definición	Es un espectro de tumores trofoblásticos relacionados con el embarazo.
Clasificación	• Tumores molares: Mola hidatiforme (parcial y completa); es completa cuando no hay producto y parcial cuando si hay producto. Se considera benigna. • Neoplasia trofoblástica gestacional (maligna): Mola invasiva, coriocarcinoma, tumor del sitio placentario, tumor trofoblástico epiteloide.
Factores de riesgo	• Edad <20 años y >40 años • Embarazo molar previo • Uso prolongado de anticonceptivos orales • Aborto previo • Edad paterna avanzada • Tabaquismo • Embarazo molar gemelar se considera un factor de riesgo para convertirse en una neoplasia trofoblástica
Incidencia	• 1 por cada 40 mujeres en México
Diagnostico	• Citometría de flujo o citometría de imagen automatizada • USG: Quistes de la teca luteica (imagen en racimo de uva) • Cariotipo: Mola parcial (69 XXX o 69 XXY); mola completa (46 XX o 46 XY) • Clínico + prueba de embarazo y ecografía: 1. HCG se encuentra elevada al doble de acuerdo con la SDG 2. Amenorrea de 1-2 meses, nauseas/ vomito intenso, aumento anormal del útero, quistes en la teca luteica, preeclampsia precoz (<24 SDG), hipertiroidismo y tirotoxicosis.

Tratamiento	• Profiláctico: Quimioterapia • De elección: AMEU
Seguimiento	• Mola hidatiforme: de 3 a 6 meses • Neoplásica: de 1 a 3 años

	Aborto espontáneo
Definición	Terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana, contando desde el primer día de la última menstruación norma
Clasificación	Completo Incompleto
Factores de riesgo	Fetales: Son factores genéticos que se presentan principalmente en el 1er Trimestre Maternos: • Infecciones: Clamidia T, Sífilis, Gonorrea • Endocrinos: Hipotiroidismo, DM • Toxicomanías: Tabaquismo, alcoholismo • Consumo de café >500mg / día Otros: traumatismos, enfermedades congénitas, cirugía abdominal materna, insuficiencia cervicouterina, miomas, pólipos
Incidencia	Se presenta en 50 a 70% de los embarazos.
Diagnostico	Ultrasonido transvaginal, determinaciones seriadas de gonadotrofinas coriónicas humanas y progesterona pueden ser requeridas para establecer el diagnóstico definitivo.
Tratamiento	Quirúrgico: Cerclaje cervical Farmacológico: (informar sobre los efectos adversos) • En pacientes con menos de 10 semanas de gestación con aborto incompleto, aborto diferido • Abortos mayores de 10 semanas deberán ser hospitalizadas hasta la expulsión del feto y placenta.

	• En embarazos menores de 7 semanas el régimen de Mifepristona 600 mg y 48 horas posterior 800 µgr Misoprostol oral • En mujeres con embarazos mayores de 9 semanas el régimen de Mifepristona 200 mg oral y Misoprostol 800 µgr vaginal
Seguimiento	Todas las pacientes que hayan recibido tratamiento médico para aborto deben ser citadas a control a las 24 horas después de la primera dosis de misoprostol y deben ser informadas que, si presentan sangrado excesivo, fiebre de 24 horas o dolor abdominal intenso deben acudir a recibir atención médica inmediata. Se debe realizar USG entre los 7 a 14 días después del inicio del tratamiento farmacológico para valorar la total evacuación del contenido uterino Se debe esperar la expulsión del producto en las primeras 24 horas, pero puede demorar hasta 48 a 72 horas

Amenaza de aborto	
Definición	Presencia de sangrado transvaginal, que puede estar acompañado o no de dolor abdominal, así como ausencia de dilatación cervical antes de la semana 22 de gestación.
Clasificación	• Amenaza de aborto temprana: se define cuando existe un embarazo de menos de 14 semanas de gestación. • Amenaza de aborto tardía: es aquella que se presenta entre la semana 14 a 22
Factores de riesgo	Edad materna avanzada y el antecedente de pérdida temprana del embarazo
Incidencia	• Varía entre 20% y 25% de los embarazos tempranos • Aproximadamente 50% de todos los casos de perdida temprana del embarazo se deben a anomalías cromosómicas fetales. • Se presenta en uno de cada cinco embarazos
Diagnostico	Para el diagnóstico y pronóstico debe existir reporte de ultrasonido que demuestre actividad cardiaca fetal, hormona gonadotropina coriónica humana cuantitativa seriada, y datos clínicos. • Clínico: se sospecha cuando aparece; 1. Secreción sanguinolenta 2. Hemorragia vaginal por el orificio cervical cerrado durante la primera mitad del embarazo. • Estudios complementarios: BH, EGO, Urocultivo, QS, Perfil tiroideo
Tratamiento	Enfocado en la etiología, las semanas de gestación y sintomatología, teniendo como objetivo principal evitar la pérdida de la gestación ▪ Reposo absoluto ▪ Dieta libre de útero estimulantes ▪ Cambios en el estilo de vida ▪ No relaciones sexuales

	Farmacológico: ▪ Progesterona 200-400 mg c/12 hrs VO hasta la semana 12 de gestación ▪ Vía vaginal en caso de encontrar un cérvix corto, 90 mg en gel o 100 a 200 mg en Supositorio hasta la semana 36. ▪ Indometacina (en paciente con una edad gestacional menor a las 37 sdg): vía rectal 100-200 mg al día por la noche por 3 dosis; vía oral 25-50 mg cada 4 a 6 horas por 48 horas
Seguimiento	El seguimiento continuará con exámenes de laboratorio y ecografías para monitorear la evolución del embarazo y la respuesta al tratamiento.

	Aborto inducido
Definición	Es la interrupción médica o quirúrgica del embarazo antes de la viabilidad fetal
Clasificación	Aborto terapéutico, aborto quirúrgico y aborto electivo
Factores de riesgo	Biológicos: • Edad • Antecedentes de edad aborto previo • Condiciones medicas • Infecciones vaginales • Toxicomanías Psicológicos: • Inestabilidad emocional y estrés Sociales y económicos
Incidencia	En México se estima que, por cada 100 nacidos vivos, ocurren aproximadamente 44 abortos inducidos
Diagnostico	Requiere de evaluación médica que incluye un examen físico, pruebas de embarazo y en algunos casos ultrasonido para confirmar la interrupción del embarazo y descartar complicaciones
Tratamiento	Quirúrgico: • Dilatación y evacuación del cuello uterino →14-15 SDG • Aspiración (legrado y succión) → ≤12 SDG

	• Dilatación y extracción → 16 SDG • Aspiración menstrual → 1-3 días de la última menstruación • Laparotomía → Histerectomía o histerotomía • AMEU → <12 SDG Dilatadores • Higroscópicos → Naturales y sintéticos • De Hegar Farmacológico Mifepristona/misoprostol: Mifepristona 100-600 mg por vía oral seguidos de: Misoprostol 200-600 µg por vía vaginal en varias dosis en el transcurso de 6-72 h Metotrexato/misoprostol: Metotrexato 50 mg/m2 por vía IM u oral seguidos de: Misoprostol 800 µg por vía vaginal en 3-7 días. Repetir en caso necesario una semana después del metotrexato inicial Misoprostol aislado: 800 µm por vía vaginal repitiendo hasta 3 dosis
Seguimiento	• Monitorizar y control de sangrado

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Manejo de signos y síntomas como dolor y fiebre• Investigar datos de infección• En caso de ser un aborto inducido de manera ambulatoria, se recomienda buscar atención medica si se presentan complicaciones como el sangrado excesivo y la infección. |
|--|--|

Conclusión

Después de la revisión del tema, se puede concluir que el aborto es libertad reproductiva, responsabilidad, tolerancia y autonomía personal. En ocasiones es un acto que no se puede evitar por cuestiones más complejas como lo genético; se pueden reducir los factores de riesgo en toda mujer gestante aparentemente sana para disminuir la probabilidad de que se lleve a cabo un aborto. Es indispensable saber identificar las señales de alerta (datos de hipovolemia) de un aborto para prevenir complicaciones inmediatas y conocer detalladamente la historia clínica de la paciente para evaluar, prevenir e informar el riesgo que existe de que pueda presentarse nuevamente un aborto. El personal médico debe ser sabedor del tratamiento farmacológico y quirúrgico (como lo puede ser el AMEU) para poder informar a la paciente y familiares y así poder resolver sus dudas y establecer un vínculo de confianza en el que pueda llevarse a cabo de manera segura. El embarazo molar, o mola hidatiforme, es un embarazo anormal donde el tejido de la placenta crece de forma anormal, formando quistes. La mayoría de las molas son benignas y se resuelven con tratamiento, pero algunas pueden volverse invasivas o malignas. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son cruciales para prevenir complicaciones graves. El Síndrome de Ovario Poliquístico es una entidad frecuente entre las mujeres en edad reproductiva, el SOP requiere un enfoque multidisciplinario que involucre a ginecólogos, endocrinólogos, nutricionistas, y psicólogos, para tratar tanto los aspectos físicos como psicológicos de la enfermedad. Su diagnóstico y manejo son cruciales debido a sus implicaciones a largo plazo, incluyendo problemas de fertilidad, riesgo cardiovascular, y complicaciones metabólicas. Un adecuado diagnóstico basado en pruebas bioquímicas e imágenes de ultrasonido que excluyan otras patologías con signos y síntomas similares, permite al médico tratante ofrecer un adecuado tratamiento que evite la manifestación de complicaciones relacionadas. El SOP es un trastorno complejo con implicaciones significativas para la salud, que requiere un manejo integral y un enfoque multidisciplinario para optimizar los resultados a largo plazo.