



Nombre del alumno: Karina Montserrat Méndez Lara.

Nombre del profesor: Arely Alejandra Aguilar Velazco.

Nombre del trabajo: Ginecología.

Materia: Ginecología y Obstetricia.

Grado: 6

Grupo: "C"

Comitán de Domínguez Chiapas 04 de julio de 2025.

INTRODUCCIÓN

La salud ginecológica constituye un pilar fundamental dentro del bienestar integral de la mujer. A lo largo de las diferentes etapas de la vida reproductiva, las mujeres pueden enfrentar múltiples condiciones clínicas que, si no son detectadas y manejadas de manera oportuna, pueden desencadenar complicaciones severas, tanto físicas como emocionales. Dentro de estas patologías destacan el aborto, el síndrome de ovario poliquístico (SOP) y la enfermedad trofoblástica gestacional, todas con una prevalencia significativa en la población femenina y con impacto directo en la fertilidad, la salud hormonal y la calidad de vida.

El aborto, definido como la pérdida del feto antes de la semana 20 de gestación, puede presentarse de manera espontánea o inducida. Esta condición, más allá de su dimensión biológica, representa también un reto social y psicológico. Sus múltiples factores de riesgo, desde alteraciones genéticas hasta condiciones maternas como endocrinopatías o infecciones, hacen indispensable su diagnóstico temprano mediante herramientas como el ultrasonido transvaginal y la cuantificación de la hCG. El manejo del aborto varía ampliamente según el tipo y momento de la gestación, e incluye opciones farmacológicas, quirúrgicas y de seguimiento clínico.

Por otro lado, el síndrome de ovario poliquístico es un trastorno endocrino-metabólico complejo que afecta entre el 3 y el 7% de las mujeres en edad reproductiva. Caracterizado por alteraciones menstruales, hiperandrogenismo y presencia de múltiples quistes ováricos, el SOP no solo interfiere en la fertilidad, sino que también se asocia con riesgos metabólicos como resistencia a la insulina, dislipidemia y obesidad. Su diagnóstico es clínico, apoyado por estudios hormonales y ultrasonido, y su tratamiento va desde modificaciones del estilo de vida hasta intervenciones farmacológicas específicas según el deseo de embarazo o no.

Finalmente, la enfermedad trofoblástica gestacional representa un espectro de trastornos que incluyen desde la mola hidatiforme hasta neoplasias trofoblásticas malignas. Aunque menos frecuente, su detección es fundamental debido a su potencial maligno. La evaluación clínica, el ultrasonido y los niveles de hCG son esenciales para su diagnóstico, y el tratamiento principal es el legrado uterino, complementado en ciertos casos con quimioterapia.

El análisis conjunto de estas patologías permite comprender la complejidad de la medicina reproductiva, subrayando la necesidad de un abordaje integral y personalizado.

Así, la atención ginecológica actual debe centrarse no solo en el tratamiento de las enfermedades, sino también en la prevención, el diagnóstico temprano y el acompañamiento emocional de la paciente.

ABORTO			
	ESPONTANEO	AMENAZA DE ABORTO	INDUCIDO
DEFINICIÓN	Pérdida del feto antes de la semana 20	Presencia de sangrado vaginal o dolor abdominal durante el embarazo antes de las 20 SDG	Interrupción intencional del embarazo mediante procedimientos médicos o Qx
CLASIFICACIÓN	• Completo • Incompleto • Inevitable • Retenido • Recurrente		• Qx • Farmacológico
FX DE RIESGO	➤ Fetales: • Genético: Trisomía 21 (+ común) ➤ Maternos: • Cafeína >500 mg • Tabaco • Hipotiroidismo • Diabetes • ITS (clamidia, sífilis, gonorrea), • Anticonceptivos, • Traumatismo abdominal • Alcohol ➤ Otros: • Enf. Congénitas • Cx abdominal materna • Insf. Cervico uterina • Miomas • Polipos	➤ Fetales: • Genético: Trisomía 21 (+ común) ➤ Maternos: • Cafeína >500 mg • Tabaco • Hipotiroidismo • Diabetes • ITS (clamidia, sífilis, gonorrea), • Anticonceptivos, • Traumatismo abdominal • Alcohol	• Edad avanzada • SOP • Obs. TF • Miomas • Pólipos • Malformaciones
INCIDENCIA	• 50-70% de los embarazos • Se produce en las 1ras 12 SDG	• 20-25% de mujeres • 50% terminan en aborto	• Se lleva a cabo antes de las 12 SDG • 15-20% presentan

	Disminuye después del 1er trimestre		después infertilidad
DIAGNÓSTICO	- USG transvaginal - B-hCG sérica - Clínico	- USG transvaginal 20 SDG - USG abdominal >20 SDG - Progesterona - EGO - Urocultivo - Perfil tiroideo - BH	- hCG seriada y cuantitativa - USG
TRATAMIENTO	Cerclaje cervical (Colocación de sutura en bolsa de tabaco)	- Progesterona: 100-200 mg día (mantiene quiescencia uterina) - Indometacina: <37 SDG	➤ Qx: - AMEO: <12 SDG - Dilatación del cuello uterino y evacuación: 14-15 SDG - Laparotomía: - Histerectomía - Histerotomía - Aspiración (legrado por succión): <12 SDG - Dilatación y extracción: 16 SDG - Aspiración menstrual: 1-3 días de la última menstruación ➤ Farmacológico: - Mifepristona: 200-600 mcg VO - Misoprostol: 800 mcg c/3 h vaginal (máx.3 veces) - Misoprostol: 200-600 mcg VO - Metotrexato: 50 mg/m² IM + misoprostol en 3-7 días

			➤ Dilatadores: • Lamina Japonica • Sintético: ▪ Lamicel: Sulfato de magnesio ▪ Dilapa: Acrilico
SEGUIMIENTO	• B-hCG • USG transvaginal	• Examen pélvico • B-hCG • USG transvaginal	• Control hormonal • B-hCG • USG transvaginal • Manejo clínico

SX DE OVARIO POLIQUISTICO (SOP)

DEFINICIÓN	Trastorno endocrino y metabólico heterogéneo, de probable origen genético influido por factores ambientales.
FX DE RIESGO	• Menarca temprana <12 años • IMC $\geq$35 • Genética
INCIDENCIA	• 3-7% mujeres en edad reproductiva • 60-80% mujeres con hiperandrogenismo • 6% México
DIAGNÓSTICO	1. USG TRANSVAGINAL 2. CLÍNICA (2 o 3 signos): • Trastornos menstruales: Amenorrea, opsomenorrea. • Hiperandrogenismo: Acné, hirsutismo, aumento de peso, clitomegalia, alopecia, voz grave, disminución de tejido mamario. • USG: $\geq$12 quistes en uno o ambos ovarios (2-4 mm). 3. Laboratorio: Aumento de LH y FSH, progesterona ➤ Estudios complementarios: • Niveles de FSH disminuidos y LH aumentados • Niveles de prolactina • CTG $\geq$200 mg/dL • Perfil de lípidos • Testosterona • Progesterona $\leq$5 mcg
TRATAMIENTO	1. Dieta hipocalórica (1000-1500 kcal/día) 2. Ejercicio (30-45 min) ➤ Embarazo: • Clomifeno (50-200 mg/ día): Para estimular ovulación • Gonadotropina • Qx: Ovarian drilling ➤ No embarazo: • Análogos de la progesterona (3-6 meses) • Espironolactona (100-200 mg/día) ➤ Inositol: Mejora la ovulación y la resistencia a la insulina
SEGUIMIENTO	• Ciclos menstruales • Reevaluar metabolismo • Descartar complicaciones • Seguir con tx e inositol

<u>ENFERMEDAD TROFOBlastica</u>	
DEFINICIÓN	Espectro de tumores trofoblasticos relacionados con el embarazo incluyendo mola hidatiforme parcial, completa y neoplasias trofoblasticas
CLASIFICACIÓN	• Mola hidatiforme completa: diploide (46XX) de origen paterno • Mola hidatiforme parcial: 69 XXY/X • Neoplasias Trofoblasticas
FX DE RIESGO	• Edad: <20 años y >40 años • Antecedente de embarazo molar • Uso prolongado de anticonceptivos • Deficiencia de vitaminas • Aborto previo • Edad paterna avanzada • Tabaquismo
INCIDENCIA	• 1-40 mujeres en México • Mola completa 1:1000 • Mola parcial 1:3000 embarazos
DIAGNÓSTICO	• Clínico: Amenorrea, náuseas/vómito intensos, hemorragia uterina, útero aumentado de tamaño, quistes teca luteínica, preeclampsia precoz (<24 sem) • USG • Prueba de embarazo • Citometría
TRATAMIENTO	• Lgrado +succión tratamiento de elección • Dilatación preoperatoria si el cuello está cerrado • Quimioterapia profiláctica
SEGUIMIENTO	• Control clínico y bioquímico para descartar enfermedad trofoblástica persistente • Monitoreo de niveles de hCG hasta su negativización

CONCLUSIÓN

La revisión integral de las principales patologías ginecológicas como el aborto, el síndrome de ovario poliquístico (SOP) y la enfermedad trofoblástica gestacional, permite comprender con mayor profundidad los desafíos clínicos, diagnósticos y terapéuticos que enfrenta la atención médica de la mujer en edad reproductiva. Estas entidades no solo representan una alta carga de morbilidad en la práctica clínica cotidiana, sino que también implican implicaciones psicoemocionales, sociales y, en algunos casos, oncológicas que demandan un abordaje multidisciplinario, ético y empático.

En primer lugar, el aborto continúa siendo una de las complicaciones más comunes del embarazo, particularmente durante el primer trimestre. Su alta incidencia, que puede llegar hasta el 70% en las primeras semanas de gestación, subraya la importancia de establecer medidas eficaces de prevención y detección temprana. Los factores de riesgo fetales, como las alteraciones cromosómicas (especialmente la trisomía 21), junto con factores maternos como enfermedades endocrinas, infecciones, consumo de sustancias tóxicas o edad avanzada, deben ser evaluados cuidadosamente en toda mujer embarazada. La clasificación del aborto (espontáneo, inducido, incompleto, inevitable, retenido, entre otros) es esencial para guiar el manejo clínico, que va desde la vigilancia expectante hasta intervenciones farmacológicas o quirúrgicas. La inclusión del seguimiento con ultrasonido transvaginal, cuantificación de hCG sérica y exámenes clínicos refuerza la necesidad de una atención médica integral, personalizada y centrada en la paciente.

En el caso del síndrome de ovario poliquístico, se trata de una patología endocrino-metabólica compleja, multifactorial y de carácter crónico, que afecta entre el 3 y el 7% de las mujeres en edad reproductiva, siendo una de las principales causas de infertilidad anovulatoria. Su diagnóstico, basado en los criterios de Rotterdam (al menos dos de los siguientes: trastornos menstruales, hiperandrogenismo clínico o bioquímico y morfología poliquística ovárica en USG), permite una aproximación clínica estructurada. No obstante, su manejo requiere algo más que el control sintomático; es fundamental intervenir sobre los factores metabólicos asociados, como la resistencia a la insulina, la obesidad y la dislipidemia, que aumentan el riesgo cardiovascular y de diabetes tipo 2 en estas pacientes. Las estrategias terapéuticas, por tanto, incluyen desde medidas higiénico-dietéticas hasta tratamientos farmacológicos con anticonceptivos hormonales, antiespasmódicos, inductores de ovulación o cirugía ovárica, dependiendo de si existe o no deseo reproductivo. El seguimiento a largo plazo es crucial, ya que el SOP no desaparece con el paso del tiempo, y sus complicaciones pueden prolongarse incluso más allá de la etapa fértil de la mujer.

En cuanto a la enfermedad trofoblástica gestacional, aunque es menos frecuente, su relevancia clínica es alta por su potencial maligno y rápido crecimiento. Su aparición se asocia a extremos de la edad reproductiva, antecedentes de embarazo

molar y factores genéticos o ambientales aún en estudio. Esta enfermedad abarca desde la mola hidatiforme (completa o parcial) hasta neoplasias trofoblásticas, como el coriocarcinoma, que pueden amenazar la vida si no se diagnostican y tratan adecuadamente. El abordaje diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica, apoyado en ultrasonido, niveles cuantitativos de hCG y estudios histopatológicos. El tratamiento, centrado principalmente en el legrado uterino y, en casos seleccionados, quimioterapia, ha mostrado una alta tasa de curación, sobre todo cuando se realiza un seguimiento estricto de los niveles hormonales hasta su negativización. Este seguimiento no solo permite detectar recaídas o persistencia de la enfermedad, sino también planificar de forma segura futuros embarazos.

De manera conjunta, estas tres patologías ginecológicas representan pilares fundamentales en la formación médica y la atención especializada. El conocimiento actualizado sobre su epidemiología, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento permite una intervención más eficaz y oportuna, lo cual impacta de manera positiva en la calidad de vida de las pacientes. Además, se hace evidente la importancia de un enfoque multidisciplinario que incluya no solo al personal médico, sino también a psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud, que acompañen a la paciente en todas las etapas del proceso diagnóstico y terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2010). *Williams obstetricia* (23.^a ed.). McGraw-Hill Interamericana.

CENETEC. (2014). Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento del síndrome de ovario poliquístico. *Secretaría de Salud / Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC)*