



Claudia Patricia Abarca Jiménez

Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco

Cuadros informativos

Ginecología y obstetricia

PASIÓN POR EDUCAR

6°

“B”

Comitán de Domínguez Chiapas a 4 de julio del 2025.

INTRODUCCION

En el presente trabajo encontraremos cuadros informativos con la finalidad de conceptualizar la información de cada uno de los temas vistos en la cuarta unidad, ya que es una herramienta útil para estudiar para el examen de unidad y para un futuro. En primer lugar, el tema: Síndrome de ovario poliquístico que como bien conocemos, se refiere a un trastorno hormonal común en mujeres en edad reproductiva que se caracteriza por irregularidades menstruales, exceso de andrógenos y ovarios con múltiples quistes pequeños; el cual puede provocar diversas complicaciones en la fertilidad y en el estilo de vida de cada mujer y entre más personas tengan conocimiento adecuado tendríamos la puerta abierta para dar un tratamiento oportuno evitando así las complicaciones. En segundo lugar, podremos leer sobre el aborto otro tema que se presenta en gran frecuencia a nivel mundial; podremos conocer desde los tipos de aborto hasta el cómo tratarlo de manera adecuada salvaguardando así la vida materna. El tercer tema y por último, pero no menos importante; el tema sobre enfermedad trofoblástica gestacional definido como un grupo de condiciones relacionadas con el embarazo que se desarrollan a partir de células anormales del tejido que normalmente se convertiría en la placenta, aunque dicha anomalía no es tan común en nuestro país es importante tener el conocimiento ya que no exenta a ninguna mujer.



El síndrome de Ovarios Poliquísticos (SOP)

DEFINICION	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.
FACTORES DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none">• Obesidad generalmente central• Anormalidades metabólicas como resistencia a la insulina.• Menarca temprana• Antecedente familiar del SOP• Incremento excesivo del IMC al inicio de la menarca.
EPIDEMIOLOGIA	La prevalencia del SOP en diferentes poblaciones es del 3% al 7% en mujeres en edad reproductiva. La prevalencia en Mexico es reportada en un 6%
CLINICA	Las manifestaciones clínicas más frecuentes en el SOP son: <ul style="list-style-type: none">• trastornos menstruales: Amenorrea 60% Opsomenorrea 30-35%• Datos de hiperandrogenismo: Hirsutismo 60% → escala de Ferriman Gallwey Acné 15-15% Alopecia 5% Virilización
DIAGNOSTICO	CRITERIOS DIAGNOSTICOS Existen varios criterios diagnósticos del Síndrome de Ovarios Poliquísticos (SOP), siendo los más referidos: <ul style="list-style-type: none">• Criterios diagnósticos del SOP de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos(NIH) modificados después de 1990 son:<ul style="list-style-type: none">- Exceso de andrógenos (Clínica y por laboratorio)- Disfunción ovárica (oligo-ovulación y/ o Poliquistosis ovárica morfológicamente)• Criterios diagnósticos de AE/ PCOS Society:<ul style="list-style-type: none">- Hirsutismo o Hiperandrogenismo- Disfunción ovárica: Oligo o anovulación y/ o anovulación u ovarios poliquísticos.• Androgen Excess and PCOS Society 1 donde se definieron sus características clínicas principales:<ul style="list-style-type: none">- Hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico- Disfunción ovulatoria u ovarios poliquísticos- Exclusión de trastornos relacionados

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

- Niveles séricos de testosterona, dehidroepiandrosterona (DHEA) y sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS).
- Hormona estimulante del folículo y hormona luteinizante.
- Razón LH/FSH (>2).
- Glucemia e insulina.
- Progesterona sérica (estudio de ovulación).
- Ultrasonografía pélvica o endovaginal.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- Perfil de Lípidos en ayuno
- Glucosa sérica en ayuno
- Insulina sérica en ayuno
- Razón glucosa/insulina menor de 4.5 = resistencia a la insulina

ESTUDIOS DE IMAGEN

Está caracterizada por presencia de uno o los dos ovarios de 12 o más folículos(2-9 mm), y/o un volumen ovárico mayor de 10 cm³ (Collar de perlas)

TRATAMIENTO

NO FARMACOLOGICO:

Aspectos nutricionales en el SOP consisten en:

1. Dieta baja en calorías: 1000 a 1200 kcal/día
2. Reducción de 500 a 1000 kcal/día / cada semana, con respecto a la dieta habitual.
3. En mujeres obesas dieta baja en carbohidratos y grasas.
4. Adherencia a la dieta

Incrementar la actividad física, ejemplo por 30 minutos diario o tres veces a la semana.

FARMACOLOGICO:

primera línea en pacientes con SOP sin deseo de embarazo: Anticonceptivos orales combinados, bajas dosis, que contiene etinilestradiol de 20 mcg.

La 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.

El tratamiento del hirsutismo se divide en farmacológico y cosmético:

- Farmacológico (Anticonceptivos hormonales, y antiandrógenos)
- Cosmético (Remoción de pelo terminal)

Los fármacos antiandrógenos:

- Espironolactona (100- 200 mg/d)
- Flutamide (250 mg/d)
- Finasterida (2.5- 5 mg/d)

PX CON DESEO DE EMBARAZO:

- 50 mgrs diarios de citrato de clomifeno a partir del día 3-5, al día noveno de un ciclo menstrual espontáneo o inducido; e incrementar de manera escalonada sin rebasar 150
- gonadotropinas hipofisarias; Menotropinas u Hormona Folículo Estimulante de origen recombinante

ABORTO	
DEFINICION	Terminación del embarazo antes de la 20 SDG o con un feto <500 gr
TIPOS	<ul style="list-style-type: none"> • Aborto espontaneo: Finalización prevista del embarazo por perdida espontanea • Aborto terapéutico: Interrupción del embarazo por indicaciones médicas, evitar el nacimiento de un feto con una deformidad anatómica, metabólica o mental significativa • Aborto electivo: interrupción del embarazo antes de la viabilidad a petición de la mujer, pero no por razones médicas

EPIDEMIOLOGIA	<p>50 a 60% de los embriones y fetos expulsados en forma espontanea, existe alguna anomalia</p> <p>80% de abortos espontaneos en las primeras 12 sem.</p>
FACTORES DE RIESGO	<p>MATERNOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Infecciones: por Clamidia, sífilis, gonorrea ○ Endocrinos: Hipotiroidismo, deficiencia de yodo y anti TSH ○ Enf. Crónicas: Insulinodependiente ○ Tabaquismo ○ Cafeína: >500 gr al día (5 tazas MAYOR RIESGO) ○ Traumatismos ○ Insuficiencia cervicouterina <p>FETALES:</p> <p>Anomalias cromosomicas como</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Trisomía 50 a 60% ○ Monosomía X; 9 a 13% ○ (Sx de Turner: Rara e incompatible con la vida) ○ Triploidía; 11 a 12% (Degeneración placentaria hidrópica o molar)
EVALUACION Y TRATAMIENTO	<p>Ecografia: Excluir alguna anomalia fetal importante.</p> <p>Excluir: Its</p> <p>CERCLAJE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Técnica de Mc Donald:</u> indicada para la insuficiencia cervicouterina, usando principalmente una sutura muy cerca del orificio interno 2. <u>Modificado de Shirodkar:</u> Cubre la porción anterior del cuello uterino, empujando la vejiga en sentido cefálico 3. Cerclaje transabdominal: sutura localizada en el istmo uterino
COMPLICACIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infecciones: menos frecuentes cuando se realiza menor a 18 sem. ▪ Mayor indice de hospitalizacion y tocolisis. ▪ Ruptura de membranas: durante la sutura o en las primeras 48hrs despues de la cirujia es indicacion para retirar el cerclaje.
AMENAZA DE ABORTO	<p>Aparece secrecion sanguinolenta o hemorragia vaginal por el orificio cervical cerrado durante la primera mitad del embarazo.</p> <p>20 a 25% de las mujeres al principio del embarazo y persiste durante varios dias.</p> <p>Hemorragia y dolor: mal pronostico</p> <p>USG transvaginal y hGC serica y progesterona serica en feto vivo</p> <p>Abordaje: reposo en cama y paracetamol.</p>
ABORTO INEVITABLE	<p>Ruptura de membranas con salida de liquido y presencia de dilatación del cuello uterino con presencia de dolor y hemorragia.</p>

ABORTO RETENIDO	<p>Productos muertos de la concepcion que se retenian durante varios dias, semanas o incluso meses dentro del utero con el orificio cerrado del cuello uterino. Despues de la muerte del embrion no siempre aparece hemorragia vaginal, entre otros sintomas.</p> <p>Ecografia</p>
ABORTO INCOMPLETO	<p>Durante el aborto, el sangrado sigue a la separación placentaria parcial o completa y a la dilatación del orificio cervical</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <10 SDG el feto y la placenta son frecuente mente expulsados juntos, ▪ >10 SDG se expulsan por separado
ABORTO SEPTICO	<p>Los organismos pueden invadir los tejidos del miometrio y extenderse para causar parametritis, peritonitis y septicemia por infecciones graves por necrosis y el síndrome de choque tóxico causado por el estreptococo del grupo A.</p>
TRATAMIENTO	<p>Progesterona: 200-400 mg/c/12 hrs vía vaginal hasta la 12 SDG Indicación: Problema de implantación o insuficiencia uterina Vía vaginal: 90 mg en gel o 100-200 mg en suposición hasta 36 SDG</p> <p>Indometacida Inhibe contracciones uterinas y da retraso en el parto 20SDG hasta las 37 SDG -Vía oral: 25-50 mg 4-6 hrs por 48 hrs -Vía rectal: 100-200 mg/día 3 dosis (de preferencia por las noches)</p>
ABORTO RECURRENTE	<p>Pérdida de dos o más embarazos consecutivos antes de las 20 semanas de gestación.</p>
ABORTO MEDICO	<p>Administracion de dosis altas de oxitocina por via intravenosa, la administracion de prostaglandinas por via</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Metroproxato 500 mg/m2 IM ▪ Mifepristona 100-600 VO, 200-600 ug via vaginal ▪ Misoprostol 200-600mg VO, 800 (3 DOSIS) via vaginal
ASPIRACION	<p>MANUAL: Se utiliza en muerte embrionaria o fetal y aborto electivo hasta la 12 SDG</p> <p>MENSTRUAL (AMEU) Aspiración de cavidad endometrial cánula flexible de Karman de 5 a 6 mm</p>

ENFERMEDAD TROFOBlastICA

DEFINICION	Tumores placentarios relacionados con el embarazo. La enfermedad trofoblástica gestacional se divide en tumores molares y no molares.
EPIDEMIOLOGIA	PREVALENCIA: En México es de 2.4 por cada 1000 embarazos INCIDENCIA de mola invasora ocurre en 1 de cada 40 embarazos molares se puede presentar posterior a un embarazo molar, un embarazo normal, aborto o embarazo ectópico.
FACTORES DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none">○ Tabaquismo/ alcoholismo○ Uso previo de anticonceptivos orales○ Múltiples parejas sexuales○ Antecedentes de Mola, embarazo ectopico, previo a termino y aborto○ Edad: >40-50 años
CLASIFICACION	MALIGNAS <ol style="list-style-type: none">1. Mola invasora: Es una lesión localmente invasora, que rara vez da metástasis a distancia, caracterizada por invasión local al miometrio sin involucrar al estroma endometrial.2. oriocarcinoma: Tumor maligno del epitelio trofoblástico compuesto por sincitio y citotrofoblasto anaplásico y células gigantes multinucleadas, que invade y puede dar metástasis a sitios distantes.3. Tumor del sitio placentario: Tumor extremadamente raro. Se origina en el sitio de implantación de la placenta y deriva de células del trofoblasto intermedio de la placenta BENIGNAS <ol style="list-style-type: none">1. Mola hidatiforme: Son anomalías de las vellosidades coriónicas consistentes en proliferación trofoblástica y edema del estroma velloso. A veces se desarrollan como embarazos ectópicos.2. Mola completa: Ausencia de tejido embrionario o fetal. Degeneración hidrópica de vellosidades coriales, hiperplasia trofoblástica difusa con atipia difusa y marcada del trofoblasto en el sitio de la implantación molar.3. Mola Parcial: Presencia de tejido embrionario o fetal. Hiperplasia trofoblástica focal, variabilidad marcada en el tamaño de las vellosidades con importante edema y cavitación.
CLINICA	<ul style="list-style-type: none">● uno o 2 meses de amenorrea● nauseas y vomito● hemorragia uterina● hemorragia uterina oculta considerable con anemia ferropenica, crecimiento uterino mas rapido de lo esperado, no se detecta movimiento cardiaco fetal● niveles de tiroxina se incrementados● TSH bajo

<p>DIAGNOSTICO</p>	<p>CLÍNICO</p> <p>LABS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Niveles elevados de HcG ○ Histopatológico ○ BH (Citometría) ○ Tiempos de coagulación ○ Pruebas de funcionamiento renal y hepático ○ Grupo y Rh <p>ESTUDIOS DE IMAGEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. USG: Patrón difuso ecogénico mixto, Presencia de quistes tecaluteínicos, mola parcial o incompleta se puede encontrar la presencia de feto, invasión a miometrio cuando hay imágenes hiperecoicas dentro del miometrio por lo que se solicitara USG Doppler para descartar invasión a miometrio 2. Tele de tórax para búsqueda de metástasis Exploración ginecológica en cada consulta Escala pronóstica de la FIGO/OMS 2000 3. TAC
<p>TRATAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Referencia al oncologo. ● Se administra quimioterapia con un solo farmaco para neoplasia no metastasica (metotrexato o actinomicina D). ● La repetición del legrado se hace solo si hay hemorragia o una cantidad importante de tejido molar retenido. ● Pruebas de laboratorio: Biometria hematica, grupo RH, Panel de anticuerpos, Niveles sericos de transaminasa hepatica, Concentracion inicial de hCG-B ● Histerectomia <p>Si no se desean mas embarazos es un auxiliar importante del tratamiento de los tumores resistentes a la quimioterapia</p>

CONCLUSION

Por último, podemos concluir que el tener conocimiento confiable sobre temas tan importantes que como mujeres podemos padecer en cualquier momento de nuestra vida, en especial reproductiva. La ginecología es la rama de la medicina que se especializa en la salud del sistema reproductor femenino y su principal objetivo es la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones que afectan los órganos reproductivos de la mujer, como el útero, ovarios, trompas de falopio y vagina; podemos analizar la importancia de tomarnos el tiempo para estudiar cada una de dichas patologías y así si en algún momento como profesionales de salud, llega una paciente con cualquier tipo de sintomatología podemos tener la capacidad de saber como diagnosticar, manejar y tratar la patología presente, sin olvidarnos de buscar la mejor manera acompañando a la paciente en su proceso brindando apoyo, fortaleza y confianza lo cual es de gran importancia.

Las patologías mencionadas anteriormente, pueden llegar a comprometer la vida al no hacer un diagnóstico oportuno o no tratarlos adecuadamente, mientras más personas del ámbito de salud puedan compartir su conocimiento básico para la población en general es más sencillo cumplir con los objetivos.



REFERENCIAS:

1. *Guía de Práctica Clínica GPC Síndrome de Ovarios Poliquísticos Evidencias y Recomendaciones Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS.*
2. *Williams Obstetricia.* 23rd ed., booksmedic.org.