



JUAN PABLO ABADIA LOPEZ

**DRA. AGUILAR VELASCO ARELY
ALEJANDRA**

Cuadro infamativo

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PASIÓN POR EDUCAR

6

B

Comitán de Domínguez Chipas a 28 de mayo del 2025

ABORTO

Definición		
Concepto general del aborto	Pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto que pese menos de 500 gramos.	
	Puede ser espontáneo o inducido según la causa y mecanismo.	
Clasificación		
Tipos principales de aborto	Aborto espontáneo: pérdida natural del embarazo sin intervención externa.	
	Amenaza de aborto: presencia de sangrado vaginal y dolor con riesgo de pérdida fetal.	
	Aborto inducido: interrupción deliberada del embarazo por métodos médicos o quirúrgicos.	
Factores de riesgo		
Elementos que aumentan la probabilidad de aborto	Edad materna avanzada o muy joven.	
	Enfermedades crónicas como diabetes o hipertensión.	
	Infecciones genitales o sistémicas.	
	Consumo de sustancias como tabaco, alcohol o drogas.	
	Anomalías uterinas o genéticas del feto.	
Incidencia		
Frecuencia y estadísticas relevantes	El aborto espontáneo ocurre en aproximadamente el 10-20% de los embarazos reconocidos.	
	La amenaza de aborto es común en el primer trimestre.	
	La prevalencia del aborto inducido varía según factores sociales y legales.	
Diagnóstico		
Parámetros para detectar y clasificar el aborto	Historia clínica: sangrado vaginal, dolor abdominal, antecedentes obstétricos.	
	Exploración física: evaluación de cuello uterino y signos vitales.	
	Ultrasonido: confirmación de viabilidad fetal, actividad cardíaca, y estado del saco gestacional.	
	Laboratorio: niveles de hormona beta-hCG, hemograma, pruebas de coagulación si se sospechan complicaciones.	
Tratamiento		
Manejo farmacológico y quirúrgico según el tipo de aborto	Farmacológico:	Misoprostol para manejo médico del aborto incompleto.
		Antiinflamatorios y analgésicos para controlar dolor y síntomas.
	Manejo quirúrgico:	Legrado uterino o aspiración manual endouterina para evacuación completa.
		Manejo de complicaciones hemorrágicas o infecciosas.
Seguimiento		
Control post-aborto para asegurar recuperación y prevenir complicaciones	Monitorización de sangrado y signos de infección.	
	Evaluación ecográfica para confirmar evacuación completa.	
	Apoyo psicológico si es necesario.	
	Asesoría sobre planificación familiar y prevención de futuros abortos.	
Detalles específicos según tipo de aborto		
Aborto espontáneo	Uso de misoprostol: dosis de 400 mcg vía vaginal cada 3-6 horas, hasta 3 dosis.	
	Evaluación para manejo quirúrgico si el aborto es incompleto o hay hemorragia grave.	
Amenaza de aborto	Reposo relativo y control de síntomas.	
	Uso de progesterona en algunos casos para mantener embarazo.	
Aborto inducido	Seguimiento estrecho con ultrasonido.	
	Métodos farmacológicos: combinación de mifepristona y misoprostol.	
	Intervención quirúrgica electiva según edad gestacional y condiciones clínicas.	
	Consideraciones legales y éticas según legislación local.	

Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)

Definición

Concepto y características principales	Trastorno endocrino-metabólico común en mujeres en edad reproductiva.
	Se caracteriza por irregularidades menstruales, hiperandrogenismo y ovarios con múltiples quistes.
	Asociado con resistencia a la insulina y obesidad en muchos casos.

Clasificación

Tipos y criterios diagnósticos	No existe una clasificación universal, pero se identifican subtipos según predominancia clínica:	Fenotipo hiperandrogénico con ovarios poliquísticos.
		Fenotipo ovulatorio con hiperandrogenismo.
		Fenotipo normoandrogénico con ovarios poliquísticos.
	Criterios de Rotterdam son los más utilizados para diagnóstico.	

Factores de riesgo

Elementos predisponentes	Historia familiar de SOP o diabetes tipo 2.
	Obesidad, especialmente abdominal.
	Sedentarismo y mala alimentación.
	Resistencia a la insulina.

Incidencia

Frecuencia y población afectada	Afecta aproximadamente entre el 6% y 15% de mujeres en edad reproductiva.
	Varía según criterios diagnósticos y grupo étnico.
	Es una de las causas más comunes de infertilidad femenina.

Diagnóstico

Parámetros clínicos, bioquímicos y ecográficos	Clinicos: hirsutismo, acné, alopecia androgenética, menstruación irregular.
	Bioquímicos: elevación de testosterona libre, LH/FSH alterado, resistencia a insulina (HOMA-IR).
	Ecográficos: ovarios con más de 12 folículos pequeños y aumento del volumen ovárico.
	Exclusión de otras patologías similares (hipotiroidismo, hiperprolactinemia).

Tratamiento

Manejo farmacológico y quirúrgico	Farmacológico:	Anticonceptivos orales combinados para regular ciclo y reducir hiperandrogenismo.
		Metformina para mejorar resistencia a insulina.
	Quirúrgico:	Antiandrógenos como espironolactona en casos específicos.
		Drilling ovárico laparoscópico en casos resistentes a tratamiento médico. Procedimiento mínimamente invasivo para inducir ovulación.

Seguimiento

Evaluación continua y ajustes terapéuticos	Control de síntomas clínicos y metabólicos.
	Monitoreo hormonal y ecográfico periódico.
	Evaluación de riesgo cardiovascular y metabólico.
	Apoyo en modificaciones de estilo de vida (dieta y ejercicio).

Aborto

Prevención y manejo farmacológico y quirúrgico	Incrementado riesgo de aborto espontáneo en mujeres con SOP.	
	Farmacológico:	Uso de metformina durante el embarazo puede reducir riesgo de aborto, dosis individualizada según seguimiento médico.
		Progesterona suplementaria para soporte luteal.
	Quirúrgico:	Manejo de abortos retenidos mediante legrado uterino o aspiración manual, según indicación clínica.
Importancia de seguimiento obstétrico riguroso en embarazadas con SOP.		

Enfermedad Trofoblástica

Definición

Propósito y función

Conjunto de trastornos caracterizados por proliferación anormal del tejido trofoblástico, que normalmente forma la placenta.

Incluye lesiones benignas y malignas que afectan el embarazo y la gestación.

Clasificación

Propósito y función

Clasificación según el tipo y comportamiento de la lesión trofoblástica.

Incluye:

Mola hidatiforme completa y parcial (benignas).

Enfermedad trofoblástica gestacional invasiva.

Coriocarcinoma.

Tumor del sitio placentario.

Factores de riesgo

Propósito y función

Identificar condiciones que aumentan la probabilidad de desarrollar la enfermedad.

Factores comunes:

Edad materna menor de 20 o mayor de 40 años.

Antecedente de mola hidatiforme previa.

Embarazos múltiples.

Deficiencias nutricionales como baja ingesta de carotenoides.

Incidencia

Propósito y función

Medir la frecuencia con la que aparece la enfermedad en la población.

Varía según la región geográfica, más común en Asia y América Latina.

Incidencia aproximada de 1-2 por cada 1000 embarazos en países desarrollados.

Diagnóstico

Propósito y función

Establecer criterios para identificación precisa de la enfermedad.

Parámetros clave:

Historia clínica y síntomas (sangrado vaginal, tamaño uterino mayor al esperado).

Niveles elevados y cuantificados de beta-hCG.

Ultrasonido pélvico con imagen característica (aspecto en "racimo de uvas").

Biopsia y examen histopatológico en ciertos casos.

Estudios complementarios para descartar metástasis (radiografía de tórax, TAC).

Tratamiento

Propósito y función

Controlar y eliminar la enfermedad mediante manejo farmacológico y quirúrgico.

Farmacología:

Quimioterapia con metotrexato o actinomicina D en casos de enfermedad de bajo riesgo.

Protocolos combinados para casos de alto riesgo o malignidad.

Manejo quirúrgico:

Evacuación uterina preferentemente por aspiración manual.

Histerectomía en casos seleccionados o enfermedad persistente.

Seguimiento

Propósito y función

Vigilar la evolución clínica para detectar recurrencias o persistencia de enfermedad.

Monitoreo regular y estricto de beta-hCG hasta normalización y durante al menos 6 meses.

Evaluación clínica periódica y estudios de imagen si es necesario.

Aborto

Propósito y función

Manejo de aborto espontáneo y sus complicaciones, tanto farmacológico como quirúrgico.

Fármacos usados:

Misoprostol para inducir contracciones uterinas (dosis según protocolo, generalmente 800 mcg vía vaginal o oral).

Oxitocina para control del sangrado.

Manejo quirúrgico:

Legrado uterino o aspiración para evacuación completa del contenido uterino.

Indicaciones claras en casos de aborto incompleto o hemorragia importante.