



Ana Kristell Gómez Castillo.

Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco.

Cuadro Informativo.

Ginecología.

6 “B”

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas. A 04 Julio, 2025.

INTRODUCCION

En este trabajo hablaremos de temas muy importantes en la vida de la mujer, siendo este un temas complejos y controvertidos que han generado debates y discusiones en diversas sociedades y culturas como es el aborto.

Hablamos de aborto cuando hablamos de la interrupción del embarazo, ya sea de manera espontánea conocido también como “aborto espontaneo” o de manera inducida, como es cuando existe la intervención de médicos o medicamentos para este proceso, esto conocido también como “aborto inducido”

Por otra parte, hablaremos del síndrome de ovario poliquístico, es una condición hormonal común en mujeres de edad reproductivo, y esta se va a caracterizar por irregularidades menstruales ya sea en el ciclo o en la ausencia de la menstruación; también los niveles elevados de andrógenos que estas son las hormonas masculinas y por ultimo los quistes en los ovarios siendo detectados por medio de ultrasonidos.

La enfermedad trofoblástica gestacional, es un tipo de tumor que se desarrolla en el útero durante el embarazo. Se origina en las células trofoblásticas, que normalmente forman parte de la placenta y ayudan al desarrollo del feto. La ETG puede ser benigna que se llamara mola hidatidiforme o maligna como son las coriocarcinomas, tumor trofoblástico del sitio placentario, tumor trofoblástico epitelioides. Donde existe sangrado vaginal, niveles elevados de hCG y un útero grande para la edad gestacional. Que en seguida se presenta los siguientes cuadros informativos.

SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO

Definición	Trastorno endocrino y metabólico heterogéneo.
Etiología	<ul style="list-style-type: none">- Obesidad (central)- Genética- Factores ambientales- IMC: >35- Resistencia a la insulina
Epidemiología	<ul style="list-style-type: none">- Esterilidad femenina- Mujeres en edad reproductiva 6%- Cáncer endometrial
Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none">- Incremento excesivo del IMC al inicio de la menarca- Antecedente familiar del SOP- Antecedentes de menarca menor o igual a 12 años.
Clínica	<ul style="list-style-type: none">- Hirsutismo- Acné- Calvicie- Clitoromegalia- Amenorrea

	<ul style="list-style-type: none"> - > / = a 35 Semanas de opsomenorrea. - Infertilidad - DM/ Has/ Obesidad
Diagnostico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hiperandrogenismo 2. Virilización 3. Alteraciones menstruales 4. Infertilidad 5. DM/ HAS/Obesidad 6. USG: Mayor a 12 quistes de 2.9 mm; como cadena de perlas cadena de perlas. <p style="text-align: center;">2 o 3 criterios: SOP</p>
Tratamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etinilestradiol 20 ug 2. Acetrato de progesterona 10 mg <p>Hirsutismo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Espirolactona 100 a 200 mg/día. <p>Fertilidad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Clomifeno: 50 – 150 mg <ul style="list-style-type: none"> - Se indica en el día 3 o 5 de la menstruación, en mujeres que NO están ovulando. NO se indica en embarazadas.

	<p>2. Inositol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se indica en hombres y mujeres. 1 tableta cada 12 horas hasta que se logre el embarazo <p>3. Gonadotropinas (2 línea)</p>
Criterios diagnósticos	<ul style="list-style-type: none"> - CTG (75 gr) - Perfil lipídico - Niveles de testosterona - Razón LH/FSH (>2) - Progesterona sérica (maduro cuerpo lúteo)

ABORTO		
Definiciones	Aborto	<ul style="list-style-type: none"> - Nacimiento prematuro antes de que sea posible vivir. - Terminación inducida del embarazo para destruir al feto.
	Amenaza de aborto	<ul style="list-style-type: none"> - Se sospecha cuando aparece secreción sanguinolenta o hemorragia vaginal por el orificio cervical cerrado durante la primera mitad del embarazo.

	Aborto espontaneo	- Presencia de tres o más abortos consecutivos a las 20 semanas o menos de gestación o con un peso fetal menor de 500 g.	
	Aborto inducido	- Interrupción médica o quirúrgica del embarazo antes de la viabilidad fetal	
Clasificación	Aborto	<ul style="list-style-type: none"> - Amenaza de aborto - Aborto inevitable - Aborto incompleto - Aborto retenido 	
	Aborto Inducido	Terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> - Violación o incesto. - Deformidad anatómica, metabólica o mental importante
		Electivo	La interrupción del embarazo antes de la viabilidad a solicitud de la mujer.
Factores de riesgo	Maternos	Infecciones	<ul style="list-style-type: none"> - Clamidia - Sífilis - Gonorrea
		Hipotiroidismo	- Deficiencia de yodo
		Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de aborto espontaneo - Anomalías fetales

		Tabaquismo	<ul style="list-style-type: none"> - Aumenta con el numero de cigarros que se consume
		Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> - 5 unidades pueden ser segura - Síndrome alcohólico fetal: <ol style="list-style-type: none"> 1. Labio superior fino 2. Nariz chata 3. Puente nasal hundido 4. Microcefalia 5. Cabello seco 6. Piel delgada
		Cafeína	<ul style="list-style-type: none"> - 2 mg (taquicardia fetal) - Riesgo de aborto 500 mg/día
		Otros.	<ul style="list-style-type: none"> - Traumatismos - Enfermedades congénitas - Cirugía abdominal materna - Insuficiencia cervicouterina - Miomas y pólipos - Enfermedades mentales
	Fetales	Genéticos	Anomalías cromosómicas

Incidencia	Amenaza de aborto	20- 25% de las gestantes las mujeres al principio de embarazo 50% terminan en aborto. El riesgo disminuye con la presencia cardiaca fetal	
Diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> - USG pélvico: Frecuencia cardiaca fetal, anenbrionico - BH: Descartar anemia. - EGO: Descartar infecciones - Urocultivo - Química sanguínea - Perfil tiroideo: hipertiroidismo 		
Tratamiento	Insuficiencia cervicouterina	Técnica de cerclaje	<ul style="list-style-type: none"> - Sutura en bolsa de tabaco - Lidocaína - Pinzas de anillos - Espejo vaginal
		Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia - Contracciones uterinas - Ruptura de membranas

	Amenaza de aborto	No farmacológico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buscar causa 2. Reposo absoluto 3. Progesterona primeros 3 meses 4. Dieta libre de uteroestimulantes 5. Cambios de vida 6. No relaciones sexuales 	
		Farmacológico	- Progesterona 200 – 400 mg cada 12 horas, vía vaginal o vía oral hasta las 12 semanas	
	Aborto	Medico	Mifepristona/misoprostol	Mifepristona, 100-600 mg
				Misoprostol, 200-600 mg
			Metotrexato/misoprostol	Metotrexato, 50 mg/m ²
				Misoprostol, 800 mg
Quirúrgico	- Dilatación y legrado			
Seguimiento	Indometacina	Inhibe las contracciones uterinas, para prolongación de parto antes de las 37 semanas		
	Acudir a cita diaria una vez realizada el aborto			

ENFERMEDAD TROFOBlastica Gestacional

MOLA HIDATIFORME (EMBARAZO MOLAR)	Definición	Son anomalías de las vellosidades coriónicas consistentes en proliferación trofoblástica y edema del estroma veloso.		
	Clasificación	Completa	Cariotipo	46 xx 46 xy
			Embrión	Ausente
			Amnios, eritrocitos fetales	Ausente
			Edema veloso	Difuso
			Tamaño uterino	50% grande para la fecha
		Parcial	Cariotipo	69 xxx o 69 xxy
			Embrión	Presente
			Amnios, eritrocitos fetales	Presente
			Edema veloso	Variable o focal
Tamaño uterino			Pequeño para la fecha	
Epidemiología	- Estados Unidos y Europa, de 1 a 2 por cada 1 000 embarazos			

		<ul style="list-style-type: none"> - Frecuente en mujeres de origen hispano e indias estadounidenses
Factores de riesgo	Edad	<ul style="list-style-type: none"> - Adolescentes - Mujeres de 36 a 40 años tienen un riesgo dos veces más alto - Mayores de 40 años tienen un riesgo casi 10 veces mayor
	Embarazo molar previo	<ul style="list-style-type: none"> - 1.5% para una mola completa - 2.7% para una parcial
	Otros	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de anticonceptivos - Tabaquismo - Deficiencias vitamínicas maternas - Edad paterna avanzada.
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Nausea - Vomito - Tirotoxicosis - crecimiento uterino 	

		- Preeclamsia	
	Diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> - Prueba de embarazo - Ecografía: Placenta engrosada e hidrópica con tejido fetal - Citometría de flujo o la citometría de imagen automatizada para conocer la ploidía celular - Las técnicas de inmunotinción 	
	Tratamiento	Quimioterapia profiláctica	El pronóstico a largo plazo para las mujeres con mola hidatiforme no mejora con la quimioterapia profiláctica
		Legrado con succión	Es el tratamiento preferido, sin importar el tamaño del útero
Histerectomía		Si no se desean más embarazos	
NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL	Definición	<p>Grupo de tumores placentarios se caracteriza por su invasión agresiva al miometrio y la propensión a la metástasis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad trofoblástica gestacional maligna. 	
	Clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Amenorrea - Emesis y nauseas - Hemorragia uterina - Incremento de tirosina 	

		- Aumento del fondo uterino	
Clasificación	Mola invasiva	Crecimiento trofoblástico excesivo con invasión extensa del tejido con células trofoblásticas y vellosidades completas.	
	Coriocarcinoma gestacional	Tumor en extremo maligno puede considerarse un carcinoma del epitelio coriónico	
	Tumor trofoblástico del sitio placentario	- Surge del sitio de implantación de la placenta después de un embarazo de término normal	
	Tumor trofoblástico Epitelioide	- Tumor epitelioide es distinto al coriocarcinoma gestacional y al tumor trofoblástico del sitio placentario	
Criterios diagnósticos	<ul style="list-style-type: none"> - Meseta en el nivel sérico de hCG-b - Incremento de hCG-b sérica. 10% - Coriocarcinoma 		

	Clínica	- Hemorragia irregular relacionada con la subinvolución uterina.		Continua	
				Intermitente	
			- Lesiones metastásicas en la vagina o vulva - El tumor uterino desapareció y sólo dejó metástasis distantes		
	Diagnostico	<ul style="list-style-type: none"> - Niveles séricos de hCG-b - BH - Pruebas de función renal y hepática - Radiografía torácica - Tomografía por emisión de positrones (PET/CT) 			
	Tratamiento	Metotrexato	Menos toxico, infusión de un solo día		
Actinomicina D		Mas toxica, pero curativa			
Histerectomía		Como opción			
Quimioterapia		Después de la dosis inicial depende de la concentración sérica secuencial de hCG-b			
Cirugía y la radioterapia		Se usan con frecuencia			

CONCLUSIÓN

Para concluir el aborto es un tema complejo que dependerá de perspectivas individuales, culturales, éticas y legales. Este suele estar influenciada por creencias personales, valores y contextos socioculturales. Sobre este tema es importante valores como la empatía, respeto y comprensión hacia las diferentes perspectivas, reconociendo la sensibilidad que rodea. El aborto es una opción necesaria para proteger la salud y la autonomía de la mujer, mientras que otras lo ven como una cuestión moral y ética que involucra el derecho de la vida del feto.

El síndrome de ovario poliquístico es una condición compleja, donde los cambios en el estilo de vida, la medicación y el apoyo emocional pueden ayudar a controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida de las mujeres que lo padecen.

En cuanto a la enfermedad trofoblástica gestacional el diagnóstico y tratamiento adecuado esta enfermedad que dependerá del tipo y de la gravedad. Es un tipo de tumor que se desarrolla en el útero durante el embarazo.

El embarazo es una etapa donde el cuerpo de la mujer experimenta cambios físicos y hormonales significativos para apoyar el crecimiento y desarrollo del feto, lo cual es importante llevar un control de este, así como también tener en cuenta las enfermedades de la mujer y durante el embarazo.

REFERENCIA

Williams Obstetricia. 23ª edición. MC Marc Hill.

Guía de práctica clínica de síndrome de ovario poliquístico. GPC