



Nombre del alumno:

Miguel Angel Calvo Vazquez

Nombre del profesor:

Dra. Arely Alejandra Aguilar Velasco

**Nombre del trabajo: Cuadro
informativo**

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Ginecología Y Obstetricia

Grado: 6°to semestre

Grupo: C

Comitán de Domínguez Chiapas a 4 de julio del 2025

INTRODUCCIÓN:

Los problemas gineco obstétricos como el aborto, el síndrome de ovario poliquístico y la enfermedad trofoblástica gestacional son temas importantes en la salud reproductiva de las mujeres. Estos problemas no solo afectan su bienestar físico y emocional, sino que también representan desafíos en el diagnóstico, el tratamiento y la salud pública. Por ejemplo, el aborto, tanto espontáneo como inducido, es una de las causas principales de complicaciones durante las primeras etapas del embarazo. Esto puede estar relacionado con factores biológicos, sociales o médicos. La amenaza de aborto, que es una etapa temprana antes de que ocurra una pérdida completa, puede ser detectada y manejada a tiempo para prevenir que la situación empeore. El síndrome de ovario poliquístico es bastante común en mujeres en edad fértil y puede causar irregularidades en el ciclo menstrual, problemas de fertilidad, exceso de hormonas masculinas y riesgos para la salud metabólica. Detectarlo a tiempo, mediante una evaluación clínica y estudios de imagen, ayuda a prevenir problemas mayores en el futuro. Por último, la enfermedad trofoblástica gestacional incluye varias afecciones que derivan de un crecimiento anormal del tejido que ayuda a formar la placenta. Desde formas benignas como la mola hidatidiforme, hasta cánceres más graves como el coriocarcinoma, estas condiciones requieren un diagnóstico temprano y un seguimiento cuidadoso, debido a su potencial para invadir tejidos y diseminarse a otras partes del cuerpo.

Aborto Espontaneo	
Definición	Pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación sin intervención externa.
Factores de riesgo	Edad materna avanzada, infecciones, malformaciones uterinas, anomalías cromosómicas, tabaquismo, alcohol, DM, LES.
Clasificación	-Completo

	- Incompleto - Inevitable - Séptico - Retenido
Incidencia	10-20% de los embarazos clínicamente reconocidos.
Diagnostico	clínicamente reconocidos. - Sangrado vaginal - Dolor abdominal - Ecografía transvaginal - β-hCG cuantitativa - Especuloscopia
Tratamiento	Médico: Misoprostol 800 mcg vía vaginal o SL cada 3h (máx. 3 dosis). Qx: AMEU o legrado uterino instrumental si hay retención o sangrado excesivo.
Seguimiento	Revisión ecográfica post-aborto, control β -hCG, manejo emocional, evitar embarazo 2-3 ciclos.

Amenaza de aborto

Definición	Presencia de sangrado uterino en embarazo viable antes de las 20 semanas sin dilatación cervical.
Clasificación	No aplica clasificación
Factores de riesgo	Edad >35 años, antecedente de aborto, infecciones, estrés, malformaciones uterinas.
Incidencia	Aprox. 20-25% de embarazos, aunque no todos progresan a aborto.
Diagnostico	- Sangrado leve

	- Dolor tipo cólico - Ecografía (actividad cardíaca fetal presente) - β-hCG
Tratamiento	Reposo relativo, evitar coito. Progesterona (en caso de deficiencia documentada): Dihydrogesterona 10 mg c/12h VO.
Seguimiento	Control ecográfico semanal hasta resolución de síntomas. Educación a la paciente.

ABORTO INDUCIDO

Definición	Interrupción intencional del embarazo antes de las 20 semanas, por causas médicas o elección personal.
Clasificación	- Médico - Quirúrgico
Factores de riesgo	Embarazo no deseado, malformaciones fetales, riesgo materno, violación, causas sociales.
Incidencia	Variable según país y legislación.
Diagnostico	- Historia clínica - Ecografía para edad gestacional - Exámenes preoperatorios
Tratamiento	Médico: Mifepristona 200 mg VO + Misoprostol 800 mcg vaginal 24-48h después. Qx: AMEU (hasta 12-14 SDG) o legrado.

Seguimiento	Control clínico y ecográfico a 1-2 semanas. Consejería en anticoncepción. Atención emocional y psicológica.
Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)	
Definición	Trastorno endocrino-metabólico caracterizado por anovulación crónica, hiperandrogenismo y ovarios poliquísticos.
Clasificación	- Tipo A (Clásico) - Tipo B (No hiperandrogénico) Según criterios de Rotterdam (2 de 3): - Oligo/anovulación - Hiperandrogenismo clínico/biológico - Ovarios poliquísticos en ecografía
Factores de riesgo	Obesidad, resistencia a insulina, historia familiar de SOP, sedentarismo.
Incidencia	6-10% en mujeres en edad fértil.
Diagnostico	- Historia clínica - USG transvaginal (≥ 12 folículos o volumen > 10 ml) - LH/FSH ($\uparrow$ LH/FSH $> 2:1$) - Testosterona libre $\uparrow$ - HOMA-IR
Tratamiento	- ACO combinados (etinilestradiol + drospirenona) - Metformina 500-850 mg c/12h - Espironolactona 50-100 mg/día (hirsutismo) - Cirugía: drilling ovárico laparoscópico (casos resistentes) - Clomifeno o letrozol para inducir ovulación - Estilo de vida: dieta y ejercicio
Seguimiento	Controles cada 3-6 meses.

	Metas: regulación menstrual, control de peso, fertilidad, riesgo CV y metabólico.
Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG)	
Definición	Grupo de trastornos originados por proliferación anormal del trofoblasto (benignos y malignos).
Clasificación	- Mola completa - Mola parcial - Mola invasiva - Coriocarcinoma - Tumor trofoblástico del sitio placentario
Factores de riesgo	Edad <15 o >35 años, mola previa, aborto previo, deficiencia de caroteno/Vit A. Grupo sanguíneo A del feto y O de la madre
Incidencia	1 en 1000 embarazos (varía geográficamente)
Diagnostico	- Sangrado vaginal - Útero mayor a lo esperado - β-hCG muy elevada (>100,000 UI/L) - USG (imagen en "copos de nieve") - Rx tórax (metástasis)
Tratamiento	Evacuación uterina: AMEU Quimioterapia (si neoplasia): - Metotrexato 50 mg/m² IM en días alternos - Actinomicina D si resistencia Histerectomía si no desea fertilidad y riesgo alto
Seguimiento	β-hCG semanal hasta negativización, luego mensual por 6-12 meses. Evitar embarazo durante seguimiento. Anticoncepción eficaz.

Conclusión:

Abordar de manera integral las enfermedades gineco obstétricas como el aborto, el síndrome de ovario poliquístico y las enfermedades de transmisión genital es clave para cuidar la salud reproductiva y general de las mujeres. Cada una de estas condiciones tiene sus propios mecanismos fisiopatológicos y señales clínicas particulares, pero todas requieren un diagnóstico rápido, un tratamiento adecuado que puede ser médico o quirúrgico y un seguimiento cercano para evitar problemas en el futuro. Además de entender bien los aspectos clínicos, es fundamental adoptar una actitud empática y centrada en la paciente, considerando tanto su bienestar físico como emocional. Facilitar el acceso a servicios de salud reproductiva, promover la educación en salud y apoyar la planificación familiar son pasos importantes para reducir la aparición de estas afecciones y mejorar la calidad de vida de las mujeres en todas las etapas de su vida fértil.