



**Alumna: Roblero Roblero
Evangelina Yaquelin 6° C**

**Profesor: Dra. Aguilar
Velasco Arely Alejandra**

Actividad: Cuadros

**Materia: Ginecología y
Obstetricia**

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 03 de julio del 2025

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a los temas revisado en ésta cuarta unidad, es importante recalcar que que en la práctica gineco-obstétrica, existen condiciones frecuentes que afectan significativamente la salud reproductiva de la mujer y el desarrollo embrionario, entre las cuales destacan el aborto, el síndrome de ovario poliquístico (SOP) y la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG). Estas patologías comparten una alta prevalencia, múltiples implicaciones clínicas, y de la misma manera la necesidad de un abordaje integral, diagnóstico oportuno y seguimiento especializado; ya que de acuerdo a lo revisado en Williams Obstetricia y la GPC mexicana, el aborto se define como la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un producto de menos de 500 gramos. El aborto tiene una clasificación clínica en amenaza, inevitable, incompleto, completo, retenido, séptico o inducido, que permite establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado, así como la reducción de riesgos de complicaciones infecciosas, hemorrágicas y psicológicas, y por su parte, el síndrome de ovario poliquístico, reconocido por la clasificación de Rotterdam, es la endocrinopatía más común en mujeres en edad fértil. Se caracteriza por anovulación, hiperandrogenismo e imágenes ecográficas compatibles con ovarios poliquísticos y además tiene consecuencias metabólicas y reproductivas, como infertilidad, disfunción menstrual y mayor riesgo cardiovascular, por lo que su diagnóstico precoz y tratamiento personalizado son fundamentales. En cuanto a la enfermedad trofoblástica gestacional, representa un espectro de entidades que van desde las molas hidatiformes benignas hasta formas malignas como el coriocarcinoma. Su diagnóstico se basa en la elevación de la hormona β -hCG y hallazgos ecográficos, y su tratamiento puede incluir evacuación uterina, quimioterapia y seguimiento prolongado; así como también es muy importante tener en cuenta que la detección temprana permite una alta tasa de curación, incluso en casos avanzados. Estas tres condiciones son prioritarias dentro de la salud materna y reproductiva. Su abordaje, de acuerdo con los lineamientos de Williams y las GPC, debe enfocarse en garantizar la atención médica segura, oportuna, ética y centrada en la mujer.

ABORTO

AMENAZA DE ABORTO: es la presencia de sangrado uterino antes de las 20 SDG;

Contracciones uterinas,
Hemorragia/ secreción sanguinolenta
Horas/ semanas

No existe dilatación uterina

FACTORES DE RIESGO: edad materna >35 años, abortos previos, anomalías cromosómicas (son la causa más común de abortos en el 1er trimestre; hasta el 50-70%),

DIAGNÓSTICO: ultrasonido transvaginal

TRATAMIENTO: reposo, seguimiento con ultrasonido, control de niveles hormonales, progesterona.

ABORTO ESPONTANEO: El aborto espontáneo se presenta en 50 a 70% de los embarazos. La mayoría de estas pérdidas son irreconocibles debido a que suceden antes de que se presente la siguiente menstruación.

ABORTO EMINENTE/INEVITABLE: hay dilatación uterina, hemorragia, ruptura de membrana, contracciones

ABORTO SÉPTICO: infección → choque séptico

ABORTO COMPLETO: salida completa de producto/placenta y anexos.

ABORTO INCOMPLETO: retención de partes del producto, placenta y anexos

DIAGNÓSTICO DE ABORTO:

USG → FCF/ restos

BH

EGO

Sangrado es el signo +

Cultivo → patógeno

CTG → \geq 200 mg

TRATAMIENTO DE ABORTO COMPLETO:

antibióticos (doxiciclina, metromidazol, amoxicilina).

Anticonceptivos (orales, inyectables, implantes, intrauterinos).

TRATAMIENTO DE ABORTO SÉPTICO:

Esquema de antibióticos
Anticonceptivos
Seguimientos

TRATAMIENTO DE ABORTO INCOMPLETO:

AMEU/Legrado

Antibiótico

Tratamiento de acuerdo a USG:

ABORTO INDUCIDO

ABORTO INDUCIDO		
<p>Quirúrgico</p> <p>Dilatación del cuello uterino 14-15 SDG Y evacuación.</p> <p>Aspiración (legrado y secreción) <12 SDG</p> <p>Dilatación y extracción 10 SDG Aspiración menstrual de uno a 3 días de la última.</p> <p>Laparotomía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Histerectomía - Histerotomía= <p>AMEU: < 12 SDG</p> <p>Dilatador higroscópico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lamina Japónica - Sintético: lamichel → esponja angosta → sulfato de magnesio <p>Sirven para ayudar a la dilatación cervical, llamando agua (líquido) reblandeciendo el cérvix.</p>	<p>Farmacológico</p> <p>Misoprostol Dosis: 200-600 µg vía oral 800 µg vía vaginal en varias dosis en el transcurso de 6-72 horas. Indicaciones: alergia, anemia, coagulopatía, dispositivo intrauterino. Contraindicaciones: alergia, anemia, coagulopatía, dispositivo intrauterino.</p> <p>Mifepristona Dosis: 100-600 mg vía oral</p> <p>Metotrexato Dosis: 50mg vía intramuscular u oral</p>	
Contraindicaciones	Factores que implican	Indicaciones
<p>Quirúrgico: inestabilidad hemodinámica no controlada, coagulopatía severa no corregida, infección pélvica activa grave.</p> <p>Farmacológico: alergia, anemia, coagulopatía, dispositivo intrauterino, insuficiencia suprarrenal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Edad gestacional, - estado del cuello uterino, - anatomía uterina o malformaciones, tamaño - posición del útero 	<p>farmacológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alergia, - Anemia, - Coagulopatía, - Dispositivo intrauterino. - Edad gestacional - Px estable clínicamente <p>Quirúrgicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contraindicación para medicamentos - Fracaso del aborto médico - Hemorragia excesiva

SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO

DEFINICIÓN: es un trastorno hormonal común en mujeres en edad reproductiva, que causa desequilibrios hormonales, irregularidades menstruales y quistes en los ovarios.

FACTORES DE RIESGO: obesidad, IMC \geq 35, Genético

INCIDENCIA: en mujeres en edad reproductiva se estima entre un 6% y un 15%. Sin embargo, hasta el 70% de las mujeres con SOP pueden no estar diagnosticadas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

DIAGNÓSTICO:

Debe cumplir con 2 o 3 de los siguientes datos

1. Hiperandrogenismo: acné, hirsutismo, calvicie (alopecia)
2. Alteraciones menstruales: opsomenorrea o amenorrea
3. USG \geq 12 quistes

EL DIAGNÓSTICO SE HACE MEDIANTE:

Ultrasonido

Clínica

Laboratorios: LH aumentada/FSH disminuida, progesterona

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Tiroidopatías
- Sx de Cushing
- Resistencia a la insulina
- Hiperprolactinemia
- Hiperplasia suprarrenal
- Tumores hipofisarios

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

- Niveles de FSH/LH
- Niveles de prolactina
- CTG \geq 200 mg
- Lípidos
- Testosterona
- Relación 2:1 LH/FSH
- Progesterona

TRATAMIENTO:

Dieta hipocalórica 1000 – 1500 kal/ día

Ejercicio: 30 – 45 minutos

TRATAMIENTO PARA LAS QUE BUSCAN EMBARAZO:

1. Clormifeno → Estimula la ovulación
2. Gonadotropina → Solo en las que no ovulan.
3. Quirúrgico

TRATAMIENTO PARA LAS QUE NO

BUSCAN EMBARAZO: Anticonceptivos (3-6 meses (1 año))

(Análogos de la progesterona)

Mejorar los síntomas del hiperandrogenismo

INOSITOL:

- Mejora la ovulación y la calidad de los óvulos.
- Mejora la resistencia a la insulina

ENFERMEDAD TROFOBLASTICA

Definición: engloba un grupo heterogéneo de entidades derivadas de la proliferación anormal de las células trofoblásticas placentarias.

-Clasificación:

- Mola hidatiforme (benigna): completa, parcial e invasiva.

Neoplasia trofoblástica gestacional (maligna): incluye mola invasiva, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del citio placentario y tumor trofoblástico epiteloide.

-Factores de riesgo:

Edad materna <16 o >35-45 años.

Antecedentes de GTD (riesgo recidiva 1-2%)

Raza asiática o áreas de alta incidencia

Embarazos previos complicados (abortos recurrentes)

-Incidencia:

Mola hidatiforme: 1/1000 embarazos en EE. UU.; hasta 1/100 en algunas zonas de Asia.

Riesgo de neoplasia trofoblastica gestacional: post-CHM: 15-20%; tras PHM: 0.5-2%.

Tipo	Características clínicas	Diagnóstico	Tratamiento
Mola hidatiforme completa	- Sangrado vaginal- Útero mayor que edad gestacional- Ausencia de feto	- hCG muy elevada- USG: "copos de nieve" o "panal de abejas"- Histopatología	Legrado uterino Seguimiento con hCG
Mola hidatiforme parcial	- Sangrado vaginal- Útero acorde o menor- Puede haber embrión o feto	- hCG moderadamente elevada- USG: degeneración quística placentaria parcial	Legrado uterino Seguimiento con hCG
Mola invasora	- Sangrado persistente tras evacuación de mola- Dolor pélvico	- hCG elevada- Eco Doppler o RMN- Biopsia si es posible	Quimioterapia (metotrexato o actinomicina)
Coriocarcinoma	- Sangrado irregular- Diseminación hematógica (pulmón, cerebro, hígado)- hCG elevada	- hCG muy elevada- Estudios de imagen- No suele haber masa uterina clara	Quimioterapia (monoterapia o combinada)
Tumor del sitio placentario (PSTT)	- Sangrado leve o amenorrea- hCG baja o normal- Crecimiento lento	- Diagnóstico histológico- hCG y hPL- RMN o TAC	Cirugía (histerectomía)± Quimioterapia

CONCLUSIÓN

Para concluir con los temas de ésta unidad hemos identificado que es muy importante conceder y saber identificar y diagnosticar cada uno de los trastornos gineco-obstétricos, como lo es el aborto, el síndrome de ovario poliquístico (SOP) y la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) ya que éstas representan tres entidades clínicas frecuentes y relevantes en la salud reproductiva femenina, cada una con características, riesgos y tratamientos específicos que exigen un abordaje médico integral, actualizado y humanizado. Según Williams Obstetricia y las GPC mexicanas, el aborto, en sus diferentes formas clínicas (espontáneo, incompleto, retenido, séptico e inducido), debe ser diagnosticado con precisión y tratado oportunamente, ya sea de forma médica, quirúrgica o expectante, con el objetivo de preservar la salud física, emocional y reproductiva de la paciente; además es importante tener en cuenta que el síndrome de ovario poliquístico, por su parte, requiere un enfoque multidisciplinario, dado su impacto sobre la fertilidad, el metabolismo y el bienestar general de la mujer. Tanto Williams como las GPC coinciden en que el tratamiento debe ser individualizado y enfocado en los objetivos de la paciente (regulación menstrual, control metabólico o fertilidad); a diferencia de la enfermedad trofoblástica gestacional, aunque poco común, es una condición potencialmente maligna que requiere diagnóstico temprano, manejo especializado y vigilancia estrecha a través del monitoreo; ya que la atención a los trastornos gineco-obstétricos como el aborto, el SOP y la enfermedad trofoblástica exige un enfoque integral, clínico y humanizado, fundamentado en evidencia actual. De acuerdo al síndrome de ovario poliquístico el tratamiento se individualiza según el objetivo (regular ciclos, tratar hiperandrogenismo o buscar embarazo) e incluye cambios en el estilo de vida, anticonceptivos hormonales y sensibilizadores de insulina (metformina); porque las mujeres con SOP también pueden experimentar infertilidad y mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo.