



Mi Universidad

Sonia Araceli Huacash Méndez

Nombre del tema: cuadros

Parcial 4

Nombre de la Materia: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Nombre del profesor: Dra. Areli Alejandra Aguilar Velasco

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Introducción

Como sabemos las enfermedades ginecológicas y obstétricas pueden afectar a la salud reproductiva y general de las mujeres, siendo el síndrome de ovario poliquístico un trastorno hormonal común que afecta la ovulación y la fertilidad, a su vez el aborto es la pérdida natural o incluso inducido del embarazo que esta puede ser un evento emocionalmente difícil para la mujer e inclusive para su pareja, y como ultimo le enfermedad trofoblástica gestacional nos menciona que es una enfermedad rara que se desarrolla a partir de las células trofoblásticas del embrión.

Dadas a estas importantes circunstancias es de suma importancia tener un buen impacto en la salud y el bienestar de la mujer y su entorno, para que ellas y nosotras podamos identificar signos, síntomas o complicaciones de estas.

SOP

DEFINICION Trastorno endocrino y metabólico heterogéneo de Origen genético y de factores ambientales	
EPIDEMIOLOGIA: Prevalencia: 6% Principal causa de esterilidad en mujeres	Factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares • Resistencia a la insulina • Hirsutismo
Criterios → HA: virilización, acné crónico, hirsutismo, alopecia >20 años → Alteraciones menstruales: opsomenorrea 30-35 años, amenorrea. → USG: >12 quistes (2-9mm), se observa cadena de perlas	
Cuadro clínico: <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos menstruales (amenorrea, opsomenorrea) • Hirsutismo • Acné. • Alopecia. • Obesidad 	Diagnostico: <ul style="list-style-type: none"> • USG >12 quistes en un solo ovario. • Clínico. • Laboratorio: aumento de LH y disminución de FSH
COMPLEMENTARIOS Niveles FSH/LH. ✓ Niveles de procalcitonina. ✓ Progesterona. ✓ Lípidos	Diferenciales <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Cushing. • Tiroidopatías. • Resistencia a la insulina. • Hiperprolactinemia. • Hiperplasia suprarrenal. • Tumores hipofisarios
Tratamiento <ul style="list-style-type: none"> • Dieta 1000-1500 kc/dia. • Ejercicio airobico 3º-40 minutos. • Metformina: pacientes solo insulina resistente. • ¿EMBARAZADA? • SI: clormifeno: estimulo. • Gonadotropina: anovulación. • Inositol: mejora la ovulación y la cantidad, regula el ciclo menstrual, ayuda con la resistencia a la insulina 	

Aborto

Definición	
Terminación del embarazo antes de que el feto alcance la viabilidad usualmente antes de las 20-28 SDG o peso fetal <1000gr	
Esponáneo	Terminación espontánea o provocada antes de las 20 SDG y un peso <14, tardía 14-22SDG
Amenaza de aborto	Sangrado transvaginal con o sin dolor abdominal, sin dilatación cervical antes de la 22 SDG
InCompleto	Expulsión parcial del producto con presencia de dolor abdominal, sangrado y dilatación
Completo	Expulsión total del producto de la concepción, sangrado máximo, cérvix cerrado y útero contraído y pequeño.
Séptico	Invasivo por bacteria de tejido materno y de gestación, antecedentes de aborto, datos de infección, dolor y secreción purulento
Causas <ul style="list-style-type: none">• Fetales: genético 30-20%.• Materno: hipotiroidismo, alcohol, tabaquismo, cafeína, traumatismo directo en abdomen, malformaciones o insuficiencia cervical	Clínica <ul style="list-style-type: none">• Sangrado vaginal.• Cólicos abdominales.• Contracciones.• Hipermenorragia.• Fiebre.• Malestar general
Estudios Complementarios <ul style="list-style-type: none">• BHCG sérica.• USG transvaginal.• Examen pélvico. <p>Hemograma. Cultivos. Perfil tiroideo. EGO</p>	
Tratamiento <ol style="list-style-type: none">1. Manejo expectante2. Tratamiento médico: misoprostol dosis típica 800mg vía vaginal 7-10 días3. Aborto quirúrgico: aspiración manual o eléctrica, dilatación y evacuación, legrado instrumental Dy E con preparación cervical	

ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

DEFINICIÓN

Se origina un tumor en el interior del útero a partir del tejido que se forma después de la fecundación. Este tejido se compone de células trofoblásticas y, en un embarazo normal, envuelve el ovulo fertilizado en el útero, a veces se presentan problemas con el ovulo fertilizado y las células trofoblásticas, y en lugar de formarse un feto saludable se forma un tumor.

CLASIFICACIÓN

Mola completa

- Ausencia de tejido fetal
- Degeneración hidrópica de vellosidades coriales
- Riesgo persistente
- Cariotipo diploide: 46, XX (fecundación de un ovulo con material genético inactivo)
- Material genético exclusivamente paterno

Mola parcial

- Presencia de tejido embrionario o fetal
- Secreción de B-GCH es elevada
- La mayoría termina en aborto
- Riesgo persistente <5%
- Cariotipo triploide: 69, XXY/69 XXX
(Fecundación del ovulo por 2 espermatozoides)
- Presencia de material genético materno y paterno

Factor de riesgo

- >40 años aumenta 10 veces
- Embarazo molar previa
- Edad
- Tabaquismo
- Deficiencia de vitaminas

Clinica

- Sangrado uterino
- Nauseas
- Vomito
- Crecimiento uterino mas rápido de lo esperado

Diagnostico

Ecografía

- Mola completa: una masa uterina ecogénica con numerosos espacios quísticos anecoicos sin feto ni saco amniótico
- Mola parcial: incluye placenta engrosada e hidrópica con tejido fetal
- Biometría hemática

Tratamiento

2 principios básicos en el tratamiento

- Evacuación de la mola
- Seguimiento regular para detectar enfermedad trofoblástica persistente
- Quimioterapia profiláctica
- Legrado con succión (elección)
- Histerectomía