



**Nombre del alumno: Madrid Sánchez
Luis Jaime**

**Nombre del profesor: Aguilar Velazco
Arely**

**Nombre del trabajo: cuadro de
enfermeades**

Materia: Ginecologia y obstetricia

Grado: Sexto semestre

Grupo: "C"

Introducción

La salud ginecológica y obstétrica de la mujer es un pilar fundamental en el abordaje médico integral, ya que muchas de las patologías que afectan al aparato reproductor femenino pueden tener un impacto significativo tanto en la fertilidad como en la salud física y emocional de la paciente. Dentro de este amplio espectro clínico, destacan algunas entidades de alta prevalencia, impacto o riesgo, como la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), el síndrome de ovario poliquístico (SOP), así como los distintos tipos de aborto (amenaza, espontáneo e inducido), cada uno con características clínicas, etiologías y abordajes terapéuticos particulares, pero con la constante necesidad de un diagnóstico oportuno y un manejo individualizado.

La enfermedad trofoblástica gestacional es un conjunto de alteraciones originadas en el trofoblasto, el tejido precursor de la placenta, que puede presentar desde formas benignas como la mola hidatidiforme, hasta neoplasias malignas como el coriocarcinoma.

Por otro lado, el síndrome de ovario poliquístico (SOP) representa uno de los trastornos endocrino-reproductivos más frecuentes en mujeres en edad fértil, con una prevalencia estimada entre el 6 y el 15%, dependiendo del criterio diagnóstico utilizado. Esta afección se caracteriza por una tríada de anovulación crónica, hiperandrogenismo y presencia de ovarios poliquísticos en ultrasonido, con una etiopatogenia multifactorial en la que intervienen factores genéticos, ambientales y metabólicos, especialmente la resistencia a la insulina.

En el ámbito obstétrico, las complicaciones del embarazo temprano son igualmente frecuentes e importantes. La amenaza de aborto se define como la presencia de sangrado vaginal antes de las 20 semanas de gestación, con cuello uterino cerrado y embrión con actividad cardíaca. Aunque el embarazo puede continuar, este cuadro representa un factor de riesgo importante para la pérdida gestacional. Cuando el proceso progresa y se pierde la viabilidad fetal o se produce la expulsión del producto de la gestación sin intervención externa, hablamos de aborto espontáneo, una condición que afecta entre el 10 y 20% de los embarazos clínicamente reconocidos. Las causas son variadas, siendo las anomalías cromosómicas la principal etiología en el primer trimestre.

ABORTO		
DEFINICIÓN	El aborto es la interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o voluntaria, hecha antes de que el producto pueda sobrevivir fuera del útero.	
CLASIFICACIÓN	Aborto espontaneo: pérdida natural del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, o cuando el feto pesa menos de 500 gramos	Amenaza de aborto: presencia de sangrado vaginal o cólicos uterinos en un embarazo viable antes de las 20 semanas de gestación
FACTORES DE RIESGO	Fetales: genético, trisomía 21 Maternos: cafeína >500 mg, tabaquismo, hipotiroidismo, diabetes, ITS, anticonceptivos, alcoholismo,	
INCIDENCIA	80% OCURREN ANTES DE 12SGD Menores de 30 años:10-12% 35-39 años: hasta 25% >40 años: hasta 40%	Ocurre en el 20% de los embarazos 50-70% continúan normalmente hasta el termino
DIAGNOSTICO	Clínico Sangrado transvaginal Dolor tipo colico en hipocondrio o pelvis Salida de contenido Disminución o perdida de síntomas de embarazo	USG: Transvaginal-> 20 SDG Abdominal-> >20SDG - Progesterona: 25ng/ml= embarazo probablemente viable - <5ng/ml= embarazo probablemente no viable - 5-25ng/ml= zona gris; requiere correlación con hCG hCG= debe duplicar cada 48-72hrs grupo y RH= RH negativo= anti-D BH= hemoglobina y hematocrito(descartar anemia) >12g/l Leucositosis= infección
TRATAMIENTO	Aborto retenido o <12 SDG Misoprostol 800 mcg vaginal, sublingual, oral cada 3 horas, 3 dosis máximo Aborto incompleto 600mcg vaginal DU o 800 mcg vaginal DU *presencia de restos placentarios o anexos* Dilatación y legrado AMEU	Indometacina: usar en presencia de contracciones uterinas, usar <37 SDG para inhibir contracciones Progesterona: 100-200 mg/día Mantiene la quiescencia uterina
SEGUIMIENTO	Evaluación clínica 7 a 14 días posterior para	Ultrasonido transvaginal, b-hCG

	confirmar la expulsión completa (por manejo farmacológico, en caso de retención puede utilizarse método quirúrgico)	Reevaluar 7-10 días el ultrasonido Apoyo emocional
ABORTO INDUCIDO		
TERAPEUTICO		VOLUNTARIO
- Indicaciones médicas que amenazan la vida o salud de la madre o malformaciones fetales incompatibles con la vida		-Realizado por decisión de la mujer, dentro de la legalidad del país - Puede ser por razones personales, socioeconómicas o familiares
FARMACOLOGICO		QUIRURGICO
- MISOPROSTOL AISLADO: 800 mcg vía vaginal, repetir hasta 3 días - Metrotexato/ misoprostol= *metrotexato 50 mg/m intramuscular u oral+ misoprostol 800 mcg vía vaginal en 3-7 días - mifepristona/ misoprostol *mifepristona 100-600 mg vo + misoprostol 200-600 mcg vo – 800 mcg vía vaginal		- Dilatación del cuello uterino y evacuación= 14-15SDG - Legrado y succión=12 SDG - Dilatación y extracción = 16 SDG - Aspiración menstrual- 1-3 días de la última menstruación - AMEO= <12 SDG

SINDROME DE OVARIOPOLIQUISTICO	
DEFINICIÓN	Trastorno endocrino- metabólico crónico, caracterizado por anovulación crónica y ovarios poliquísticos
FACTORES DE RIESGO	Menarca temprana < 12 años, IMC > 35, genético, resistencia a la insulina
INCIDENCIA	6-15% de las mujeres en edad fértil, principal causa de infertilidad anovulatoria
DIAGNOSTICO	USG transvaginal o pélvico= >12 quistes e 2-9mm Clínica 2 o más: amenorrea, opsonorrea >35 días, acné, aumento de peso, alopecia, voz grave, obesidad Complementario: CTG > 200mg/dl Bajos niveles de FSH y nivel alto de LH
TRATAMIENTO	Dieta 1000-1500 kcal/día y ejercicio 30-40 minutos *sin deseos de embarazo* ---anticonceptivos 3-6 meses, metformina dosis inicial de 500mg/día, aumentar gradualmente hasta 1500-2000 mg/día Antiandrógenos como espironolactona o flutamida *deseos de embarazo* -----no anticonceptivos, ocular ---citrato de clomifeno 50-60 mg/5 días gonadotropinas

SEGUIMIENTO	Evaluación menstrual cada 3-6 meses, control e peso e IMC, monitoreo con USG ovárico	
ENFERMEDAD TROFOBLASTICA		
DEFINICION	Grupo de transtornos derivados del tejido trofoblástico placentario que se caracterizan por proliferación anormal y en algunos casos comportamiento malignos	
CLASIFICACION	TUMORES MOLARES -MOLA HIDATIFORME COMPLETA: No hay embrión ni tejido fetal, cariotipo típicamente 46,xx de origen paterno, altos niveles de beta-hCG MOLA HIDATIFORME PARCIAL: Presencia de embrión no viable con degeneracion hidrópica parcial, cariotipo triploide: 69,xxy o 69,xxx	-NEOPLASIA -MOLA INVASORA: Mola que invade el miometrio o estructuras vecinas, puede causar hemorragias uterinas y metástasis -CORIOCARCINOMA: Tumor maligno altamente vascular y metastásico, puede aparecer tras mola, aborto, embarazo ectopico o a termino -TUMOR DEL SITIO PLACENTARIO: Raro, deriva del trofoblasto intermedio, produce poca o nula bet-hCG, de crecimiento lento, pero puee ser agresivo y metastásico -TUMOR TROFOBLASTICO EPITELIOIE: Muy raro, comportamiento intermedio, poca respuesta a quimioterapia y requiere cirugía
FACTOR DE RIESGO	-uso prolongado de anticonceptivos orales, deficiencia de vitaminas, aborto ptrvio, tabaquismo, edad paterna avanzada , edad materna de riesgo<20 y>40	
INCIDENCIA	México 1 de cada 500-800 embarazos - Mola completa 1 en cada 1000 embarazos - Mola parcial 3 en cada 1000 embarazos	1 caso por cada 5000 a 10000 embarazos Mola invasora 75-85% de los casos - Cariocarcinoma 5-10% - Tumor del sitio placentario <2% - Tumor trofoblástico epitelioides <0.2%
DIAGNOSTICO	Citometría—conocer la ploidia celular USG—imagen en rasimo de uvas	Aumento progresivo >6 mese de beta-hCG USG pelvico transvaginal= masa intrauterina heterogenea con vascularidad irregular RX TORAX para descartar metastasis en pulmones

		FIGO
TRATAMIENTO	- Quimioterapia profiláctica - Legrado con succión	Bajo riesgo= quimioterapia+metrotexato 50mg IM+leucocorina15mg Alto riesgo= quimioterapia combinada Etopósido+metrotexato+vitamina D 1-2días Ciclofosfamida+vincristina día 8 Se repite cada 2 semanas si no hay toxicidad Resistencia: histerectomía
SEGUIMIENTO	Anticoncepción Ultrasonidos mensuales Beta-hCG semanal	Anticoncepción durante 6-12 meses tras la cura Imagenología para vigilar metastasis Beta-hCG semanal

Conclusión

La atención integral de la salud reproductiva de la mujer implica el conocimiento profundo de diversas condiciones que pueden comprometer su bienestar físico, emocional y reproductivo. Patologías como la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), el síndrome de ovario poliquístico (SOP), y los diferentes tipos de aborto (amenaza, espontáneo e inducido), constituyen entidades de gran relevancia clínica por su frecuencia, impacto y, en algunos casos, por su potencial letal si no se manejan de manera oportuna.

La enfermedad trofoblástica gestacional, aunque relativamente infrecuente, representa un ejemplo de cómo una alteración del desarrollo placentario puede convertirse en una patología con comportamiento neoplásico. Gracias al desarrollo de marcadores como la beta-hCG y al avance de tratamientos como la quimioterapia dirigida, la ETG ha pasado de ser una causa importante de mortalidad materna a una enfermedad de alta curación, incluso preservando la fertilidad en la mayoría de los casos. El seguimiento estricto y el acceso oportuno a servicios especializados son claves para el pronóstico favorable de estas pacientes.

En contraste, el síndrome de ovario poliquístico es una patología crónica y de alta prevalencia, que compromete no solo la fertilidad sino también el bienestar metabólico y emocional de las mujeres que lo padecen. El abordaje del SOP debe ir más allá del control de síntomas; debe incluir un enfoque multidisciplinario que contemple la regulación hormonal, la mejora del perfil metabólico, la educación nutricional y el apoyo psicológico. Reconocer su impacto en la calidad de vida permite diseñar estrategias terapéuticas que acompañen a la paciente a lo largo de su vida reproductiva y más allá.

Por otro lado, las complicaciones del embarazo temprano, como la amenaza de aborto y el aborto espontáneo, son eventos relativamente comunes que no solo implican un riesgo físico, sino también una importante carga emocional. La amenaza de aborto, aunque no siempre progresa a la pérdida gestacional, requiere vigilancia clínica estrecha y acompañamiento emocional, mientras que el aborto espontáneo demanda un abordaje compasivo, basado en la evidencia y centrado en la mujer, para evitar consecuencias físicas y psicológicas a largo plazo. Es crucial que el personal de salud esté capacitado para brindar una atención empática, que incluya información clara, apoyo emocional y seguimiento médico apropiado.

Finalmente, el aborto inducido, cuando es legal y seguro, forma parte esencial del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En los contextos donde está despenalizado, su implementación dentro de los servicios de salud permite prevenir complicaciones derivadas de procedimientos inseguros y disminuye la mortalidad materna. El acceso al aborto seguro no solo es un asunto médico, sino también ético y social, que debe ser abordado desde una perspectiva de salud pública y equidad de género.