



Adriana Itzel Gallegos Gómez

Arely Alejandra Aguilar Velasco

Cuadro comparativo

Ginecología y obstetricia

6to semestre

“B”.

Comitán de Domínguez Chiapas a 04 de julio de 2025.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades gineco-obstétricas abarcan un amplio espectro de condiciones que afectan al sistema reproductor femenino y al embarazo. Estas pueden ser infecciones vaginales, endometriosis, síndrome de ovario poliquístico, miomas uterinos, y complicaciones del embarazo.

El síndrome de ovario poliquístico es un problema general que afecta a mujeres en edad de procrear, se define como una afección que requiere de cuidado y responsabilidad respecto a cada paso y toma de decisión que se tendrá. El SOPQ puede causar desequilibrios hormonales, menstruaciones irregulares, niveles excesivos de andrógenos y quistes en los ovarios. La irregularidad en las menstruaciones, que suele ir acompañada de falta de ovulación, puede generar dificultades para concebir. El SOP es una de las causas principales de esterilidad. Aunque este no tiene cura puede ser tratado para evitar lo mejor posible cualquier problema que traiga.

El aborto es un tema del cual siempre hay que tener cuidado al hablar, puesto que en muchos lugares todavía no es aprobado y hay que tener cautela cuando se trata, el aborto no solo es una decisión sino que también puede ser de manera espontánea cuando simplemente la mujer no busca desechar el producto, y este es expulsado por el propio cuerpo, existen diferentes factores tanto intrínsecos como extrínsecos que propician a cualquier tipo de aborto, y debe ser manejado con completo cuidado y respeto.

En cuanto a la enfermedad trofoblástica consiste en un grupo de trastornos que tienen en común la proliferación del trofoblasto gestacional, el tejido que normalmente se convertirá en la placenta, o cuando el ovulo fertilizado se convierte en masa o en un crecimiento de tejidos en lugar de un embarazo relativamente sano

GINECOLOGÍA								
	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN	FACTORES DE RIESGO	INCIDENCIA	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO
ABORTO	ESPONTÁNEO — Interrupción involuntaria del embarazo antes de que el feto sea viable fuera del útero materno, antes de las 20 o 22 SDG AMENAZA DE ABORTO — Presencia de sangrado vaginal, con o sin dolor abdominal, antes de las 20 SDG INDUCIDO — Interrupción intencional antes de que el feto sea viable fuera del útero materno	Terapéutico — Aborto inducido para salvaguardar la vida de la paciente Electivo — Aborto por decisión de la paciente Espontáneo — Se presenta en 50-70% de las embarazos	FETALES — Genética - Mal formaciones 1er trimestre 50-60% de los embriones y fetos expulsados en forma espontánea - Existe alguna anomalía cromosómica MATERNOS - Infecciones - Chlamydia - Sífilis - Gonorrea - Los datos no son concluyentes - No causa aborto, propicia a que se desarrollen mal formaciones - Toxoplasma - Microcefalia - Hidrocefalia - Causa - Afecciones a nivel de SNC ENDOCRINOS Hipotiroidismo — Deficiencia pronunciada de yodo Diabetes — Frecuencia aumenta en mujeres con diabetes insulínodpendientes TOXICOMANIAS Tabaquismo > riesgo de abortos euploides > riesgo con el número de cigarrillos que consume Alcohol - Durante de las 1eras 8 semanas de embarazo - SX ALCOHOLICO FETAL - Piel seca - Puente nasal hundido - Labio superior fino - Hendiduras palpebrales estrechas - Nariz chata - Microcefalia - Filtrum borrado Cafeína 500mg/ día — Riesgo alto <500mg/día — Se considera segura OTROS FACTORES - Traumatismos - Enf congénitas - Cirugía abdominal materna - Enf psiquiátricas - Legrado - Dilatación del cuello uterino - Indolora - Durante el 2do trimestre - Causas - Relación con traumatismos previos del cuello uterino - Dilatación, legrado, cauterización o amputación - Miomias - Polipos	Espontáneo — +80% -> 20-22 SDG <50% -> anomalías cromosómicas - Se presenta en un 50-70% de los embarazos Inducido — 16 abortos/1000 mujeres de 15-44 años 60% -> primeras 8 SDG 88% -> primeras 12 SDG Amenaza de aborto — 20-25% principio del embarazo - Persiste durante varios días o semanas 50% de las amenazas termina en aborto	Espontáneo — Eliminación de fluidos, sangre o tejido - Dolor abdominal - Dolor en zona lumbar Inducido - Sangrado vaginal - Cólicos - Náuseas - Vómito - Fiebre - Escalofríos - Diarrea Amenaza de aborto - Sangrado - Rítmicos - Cará anterior - Origen lumbalgia - Cólicos abdominales - Molestia suprapública en línea media	Espontáneo — Síntomas - Exámen físico - pruebas de laboratorio — Ecografía Inducido — Evaluación clínica - Estudios complementarios — USG Amenaza de aborto - Clinico - Secreción sanguinolenta - Hemorragia vaginal - Estudios complementarios - USG — FC fetal - BH — Descartar anemia - EGO — Descartar infecciones - Urocultivo - QS - Perfil tiroideo	Espontáneo — Cercleaje cervical - Misoprostol - VO 200-60mcg - VV 800mcg HASTA 3 dosis - Metotrexato/misoprostol - Metotrexato 50mg/m2 VO o IM - Misoprostol 800mcg por VV en 3-7 días - Mifepristona/misoprostol - Mifepristona 100-600mg VO - Misoprostol 200-600mcg VO u 800mg por VV, varias dosis en el transcurso de 6-72hrs - Oxitocina — 30-500 UI Inducido - Dilatación cuello uterino y evacuación < 14-15 SDG - Aspiración (legrado por succión) <12 SDG - Dilatación y extracción <16 SDG - Aspiración menstrual - Aspiración manual - Laparotomía Amenaza de aborto - Farmacológico - Progesterona 200-400mg/12hrs - VO o VV - Hasta las 12 SDG - Indometacina <37 SDG - Rectal -> 100-200mg/día (noche), 3 días - VO -> 25-50mg/4-6hrs/2días - No farmacológico - Buscar la causa de amenaza de aborto - Reposo absoluto - Dieta libre de útero estimulantes - No relaciones sexuales	Acceso a servicios de planificación familiar cuando lo necesiten, y publica directrices para ayudar a la población
SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO	Es una de las endocrinopatías heterogéneas más frecuentes Definido como un trastorno endocrino y metabólico influido por factores genéticos y ambientales		Menarca temprana Antecedente familiar de SOP Aumento excesivo dl IMC en la menarca	3-7% en mujeres con edad reproductiva 60-80% tienen hiperandrogenismo 6% en mujeres mexicanas	Amenorrea Hirsutismo Virilización DM2 Acné Alopecia Obesidad Opsomenorrea	Clinica Insulina Glucemia Razón LH/FSH DHEA y DHEAS USG transvaginal — Tera elección Progesterona sérica Niveles sericos de testosterona	Cambios en el estilo de vida Cambios en la dieta Px con deseo de embarazo — Ciproterona 2mg/drospiridona 3mg + Etilnlestradiol 30 o 35mcg por21 días con 7 días de descanso Acetato de progesterona 10 mg Hirsutismo — Anticonceptivos hormonales y aantiandrógenos - Espironolactona 100-200mg/día - Flutamide 250mg/día - Remoción del vello Acné - Ciproberona hasta 500mg por 10-14 días complementaria a la mezcla de antiandrogeno y etinlestradiol - Espironolactona 100-200mg/ solo o acompañado por un compuesto hormonal Px > 40 años - Clomadinona 2-5mg/ día por 10-14 días - Progesterona micronizada 100-200mg/día por 10-14 días Resistencia a la insulina - Metformina - Tiazolinedonas - Pioglitazona - Rosiglitazona Anovulación crónica - Citrato de clomifeno 50-150mg/día - Gonadotropina — 2da linea TRATAMIENTO QUIRÚRGICO — Ovarian drilling — 2da linea	Examen físico y pélvico Análisis de sangre Ultrasonido transvaginal Monitoreo de la presión arterial, glucosa y lípidos Evaluación de la fertilidad Seguimiento de la salud menal
ENFERMEDAD TROFBLASTICA	Espectro de tumores placentarios relacionados con el embarazo, que se originan del trofoblasto placentario	Mola hidatiforme — completa - Parcial - Gemelar Neoplasia - Mola invasiva - Coriocarcinoma gestacional - Tumor trofoblastico del sitio paentario - Tumor trofoblastico epiteliode	Edad de 36-40 años edad paterna >40 años Embarazo molar previo Consumo de anticonceptivos orales Antecedente de aborto Tabaquismo Tabaquismo Deficiencia de vit maerns	1-2 por cada 1000 embarazos Frecente en mujeres de origen hispano e indias estadounidenses	Mola hidatiforme - Nauseas - Vomito - Amenorrea - Hemorragia uterina - Anemia ferropenica moderada - Crecimiento uterino rapido Neoplasia - Hemorragia irregular - Continua - Intermitente - Perforación micometrial — Hemorragia intraperitoneal - Lesiones metastasicas en vagina o vulva	Mola hidatiforme - Amenorrea de duración variable — Seguida de hemorragia irregular - Prueba de embarazo - USG - Crecimiento uterino rapido Características ecograficas - Mola parcial -> placenta engrosada e hidrópica con tejido fetal - Mola completa -> masa uterina ecogena — compleja con muchos espacios quísticos sin feto ni saco amniotico Neoplasia - Meseta en el nivel serico de hCG-b (+10%) en 4 mediciones durante un periodo de 3 semanas o +, días 1,7,14,21 - Incremento de hCG-b sérica >10%/3 mediciones semanales consecutivas p +, durante 2 semanas o +, 1,7,14,3 - Nivelsérico de hCG-b permanece detectable por 6 meses - Criterios histológicos de coriocarcinoma	Mola hidatiforme — Evacuación de la mola - Quimioterapia profiláctica - Legradopor succión - Histerectomia Neoplasia - Se administra quimioterapia con un solo fármaco para neoplasia no metastásica o con metastasis de bajo riesgo - Larepetition del legrado puede causar perforación y se evita a menos que haya hemorragia o una cantidad importante de tejido molar retenido	Mola hidatiforme - Prevenir embarazo durante 6 meses con AO - Quimioterapia contraindicada -bdesciende a cifras normales se mide su [] cada mes/6 meses + - Despues de medir el nivel inicial de hcg-b serica en las 48 hrs despues de la evacuacion se vigila [] cada una o dos semanas mientras permanezcan altos

CONCLUSIÓN.

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), el aborto y el síndrome de ovario poliquístico (SOP) representan tres entidades ginecológicas con implicancias importantes en la salud reproductiva femenina. Aunque sus etiologías y manifestaciones clínicas son distintas, comparten ciertos factores de riesgo hormonales y reproductivos, y pueden influir en la fertilidad y el curso del embarazo.

La ETG, caracterizada por la proliferación anormal del trofoblasto, puede surgir tras cualquier tipo de gestación, incluido el aborto espontáneo, subrayando la necesidad de un seguimiento post-aborto adecuado. Por su parte, el SOP, una endocrinopatía común en mujeres en edad fértil, puede asociarse a trastornos de ovulación y mayor riesgo de aborto temprano debido a alteraciones hormonales y metabólicas. El reconocimiento temprano, el manejo integral y el seguimiento multidisciplinario de estas condiciones son esenciales para preservar la salud reproductiva, prevenir complicaciones y mejorar los resultados obstétricos en mujeres afectadas.

Las enfermedades gineco-obstétricas comprenden un amplio espectro de alteraciones que afectan la salud reproductiva de la mujer, tanto en su vida no gestante (ginecológica) como durante el embarazo y el postparto (obstétrica).

El diagnóstico temprano, el seguimiento adecuado y el acceso a servicios de salud especializados son fundamentales para prevenir complicaciones, preservar la fertilidad y reducir la morbilidad y mortalidad materna. Asimismo, la educación en salud sexual y reproductiva y el enfoque integral del cuidado médico son pilares esenciales para el bienestar de la mujer en todas las etapas de su vida.

BIBLIOGRAFIA

Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom S. L., Spong, C Y,. Dashe, J., S. Hoffman, B.L Casey, B., M & Sheffield, J., S. (2018). Williams Obstetricia (25^a ed.). MCGRAW-HILL Education