



Cielo Brissel Fernández Colín

Arely Alejandra Aguilar Velasco

Cuadro comparativo

Ginecología y obstetricia

6to semestre

“B”.

Comitán de Domínguez Chiapas a 04 de julio de 2025.

INTRODUCCIÓN

La salud ginecológica y obstétrica constituye una piedra angular en el bienestar integral de la mujer, especialmente durante la etapa reproductiva. Dentro de esta área, existen diversas condiciones que pueden comprometer la fertilidad, el curso del embarazo o incluso la vida de la paciente si no se diagnostican y tratan de manera oportuna. Este trabajo tiene como objetivo describir y analizar algunas de las patologías más relevantes en la práctica clínica: el aborto espontáneo, la amenaza de aborto, el aborto inducido, el síndrome de ovario poliquístico (SOP) y la enfermedad trofoblástica gestacional.

El aborto espontáneo, definido como la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación sin intervención externa, es una de las complicaciones más frecuentes en la gestación temprana, afectando aproximadamente a una de cada cinco embarazadas. Su estudio incluye diferentes presentaciones clínicas como la amenaza de aborto, el aborto incompleto, retenido o inevitable, cada uno con implicaciones diagnósticas y terapéuticas particulares. Por otro lado, el aborto inducido, ya sea por indicaciones médicas o decisión personal, plantea desafíos tanto éticos como clínicos, y requiere de protocolos bien establecidos que aseguren la seguridad de la paciente y la legalidad del procedimiento, respetando siempre los derechos reproductivos.

El síndrome de ovario poliquístico, por su parte, es un trastorno endocrino-metabólico crónico que afecta a un significativo porcentaje de mujeres en edad fértil. Sus manifestaciones clínicas incluyen desde alteraciones menstruales y signos de hiperandrogenismo hasta infertilidad e insulinoresistencia, lo cual exige un abordaje multidisciplinario e individualizado. Esta condición no solo afecta la salud reproductiva, sino también la salud metabólica y cardiovascular a largo plazo, por lo que su diagnóstico y tratamiento temprano son fundamentales.

Finalmente, la enfermedad trofoblástica gestacional representa un espectro de trastornos derivados del crecimiento anormal del trofoblasto, el tejido responsable de formar la placenta. Desde la mola hidatiforme benigna hasta neoplasias malignas como el coriocarcinoma, estas patologías requieren un manejo especializado, seguimiento estricto de los niveles de gonadotropina coriónica humana (hCG) y, en muchos casos, quimioterapia. El pronóstico puede ser excelente si se detecta y trata a tiempo, por lo que la sospecha clínica y el diagnóstico temprano son claves para preservar la salud y fertilidad de la mujer.

CUADRO COMPARATIVO								
	DEFINICIÓN	INCIDENCIA	CLASIFICACIÓN	FX DE RIESGO	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO
ABORTO ESPONTANEO	Expulsión del embrión antes de las 20 SGD	50-70% de los embarazos < 50% --> anomalías cromosómicas > 80% --> 20-22 SDG	Terapeutico Electivo Espontáneo	FETALES - Malformaciones genéticas 1er trimestre 50-60% --> anomalías genéticas Maternos - Infecciones - Chamylia - Sifilis - Gonorrea - Toxoplasma - Microcefalia - Hidrocefalia - Afecciones en el SNC Endocrinos - Hipotiroidismo --> deficiencia de yodo - Diabetes Toxicomanias - Tabaquismo - Alcohol - Primeras 8 SDG - Sx alcohólico fetal - Nariz chata - Microcefalia - Piel seca - Punete nasal hundido - Labio superior fino - Filtrum borrado - Hendiduras palpebrales estrachas - Cafeina --> 500mg/dia Otros factores - Trumatismos - Legrado - Miomas - Polipos - Cirugia abdominal materna - Enfermedades congenitas - Enfermedaes psiquiatricas - Insuficiencia cervicouterina - Dilatación del cuello uterino 2do trimestre - Causas - Traumatismo - Dilatación - Legrado - Cauterización - Amputación	Eliminación de fluidos, sangre o tejido Dolor abdominal Dolor en zoa lumbar	Clinica Examen fisico Pruebas de laboratorio	Cerclaje cervical	
AMENAZA DE ABORTO	Presencia de sangrado vaginal, con o sin dolor abdominal, antes de las 20SDG	Persiste por varios dias o semanas 50% termina en aborto 20-25% al principio del embarazo			Sangrado Colicos abdominales Molestia subrapublica en linea media	Clinica USG pelvico BH EGO Urocultvo Quimica sanguinea Perfil tiroideo	Progesterona 200-400mg/2hrs VO o VV Indometacina VR 100-200mg/dia por 3 dias, VO 25-50 mg/4-6hrs por 2 dias Reposo No relaciones sexuales	
ABORTO INDUCIDO	Interrupción intencional antes de que el feto sea viable fuera del utero materno	60% --> primeras 8 SDG 88% --> primeras 12 SDG 16/1000 mujeres de 5-44 años			Sangrado vaginal Colicos Náuseas Vómito Fiebre Escalofrios Diarrea	Clinica USG	Misoprostol VO 200-600mcg, VV 800mcg 3 dosis Metotrexato/misoprostol 50mg/m2 VO o IM/ 800mcg por vv en 3-7 dias Mifepristona/ misoprostol 100-600mg VO/ 200-600mcg VO Oxitocina 300-500UI Dilatación Aspiración Laparotomía	
SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO	Trastorno endocrino y metabólico heterogéneo, influido por factores genéticos y ambientales	3-7% en mujeres con edad reproductiva 60-80% tienen hiperandrogenismo 6% en mujeres mexicanas		Menarca temprana Antecedente familiar de SOP Aumento excesivo dI IMC en la menarca	Amenorrea Hirsutismo Virilización DM2 Acné Alopecia Obesidad Opsomenorrea Subtopic 11	Clinica Insulina Glucemia Razón LH/FSH DHEA y DHEAS USG transvaginal Progesterona sérica Niveles sericos de testosterona	Cambios en el estilo de vida Cambios en la dieta Px con deseo de embarazo — Ciproterona 2mg/drosperidona 3mg + Eenilestradiol 30 o 35mcg por21 dias con 7 dias de descanso Acetato de progesterona 10 mg Hirsutismo — Anticonceptivos hormonales y aantiandrógenos - Espironolactona 100-200mg/dia - Flutamide 250mg/dia - Remoción del vello Acné - Ciproberona hasta 500mg por 10-14 dias complementaria a la mezcla de antiandrogeno y etinilestradiol - Espironolactona 100-200mg/ solo o acompañado por un compuesto hormonal Px > 40 años - Clormadinona 2-5mg/ dia por 10-14 dias - Progesterona micronizada 100-200mg/dia por 10-14 dias Resistencia a la insulina - Metformina - Tiazolinedionas - Pioglitazona - Rosiglitazona Por 6 meses Anovulación crónica - Citrato de clomifeno 50-150mg/dia - Gonadotropina — 2da linea TRATAMIENTO QUIRURGICO — Ovarian drilling	Examen fisico 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 TROFOBlastica	Espectro de tumores placentarios relacionados con el embarazo, que se originan del trofoblasto placentario	1-2 por cada 1000 embarazos Frecente en mujeres de origen hispano e indias estadounidenses	Mola hidatiforme - completa - Parcial - Gemelar Neoplasia - Mola invasiva - Coriocarcinoma gestacional - Tumor trofoblastico del sitio pacentario - Tumor trofoblastico epitelioides	Edad de 36-40 años Embarazo molar previo Uso de anticonceptivos orales Antecedente de aborto Tabaquismo deficiencia de vitaminas maerns Edad paterna avanzada	Mola hidatiforme - Nauseas - Vómito - Amenorrea - Hemorragia uterina - Anemia ferropenica moderada - Crecimiento uterino rápido Neoplasia - Hemorragia irregular - Continua - Intermitente - Perforación miometrial — Hemorragia intraperitoneal - Lesiones metastásicas en la vagina o vulva	Clinica Prueba de embarazo USG Nivel serico de hCG	Quimioterapia profilactica Legrado por succión Histerectomía	USG transvaginal HGC Rx pulmonar PFH Tomografia BH

CONCLUSIÓN

Las enfermedades gineco-obstétricas como el aborto, la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) y el síndrome de ovario poliquístico (SOP) representan desafíos clínicos importantes por su impacto en la salud física, emocional y reproductiva de las mujeres. Cada una de estas condiciones tiene etiologías, manifestaciones clínicas y abordajes terapéuticos distintos, pero comparten un denominador común: la necesidad de un diagnóstico temprano, atención multidisciplinaria y acompañamiento integral.

El aborto, ya sea espontáneo o inducido, constituye una de las complicaciones más frecuentes del embarazo y puede tener consecuencias tanto médicas como psicológicas. Su manejo adecuado implica no solo el control de la hemorragia y prevención de infecciones, sino también el apoyo emocional y la orientación sobre salud reproductiva futura.

Por su parte, la enfermedad trofoblástica gestacional, aunque poco frecuente, es una patología que puede comprometer la vida si no se detecta a tiempo. Su evolución desde una mola hidatidiforme hasta una neoplasia trofoblástica maligna subraya la importancia del seguimiento posaborto y del monitoreo con β -hCG. Afortunadamente, su alta sensibilidad al tratamiento con quimioterapia ha permitido mejorar notablemente el pronóstico.

En cuanto al SOP, se trata de un trastorno endocrino-metabólico de alta prevalencia que no solo afecta la fertilidad, sino que también se asocia con complicaciones como resistencia a la insulina, obesidad y riesgo cardiovascular. El manejo individualizado y a largo plazo del SOP es esencial para mejorar la calidad de vida de las pacientes y prevenir sus complicaciones.

En conjunto, estas enfermedades reflejan la complejidad de la salud gineco-obstétrica y la necesidad de estrategias de prevención, educación y atención médica oportuna para garantizar el bienestar integral de las mujeres en todas las etapas de su vida reproductiva.

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