



**Luis Alberto Ballinas Ruiz**

**Dra. Arely Alejandra Aguilar  
Velasco**

**Cuadro comparativo**

**Ginecología y obstetricia**

**6°**

**“C”**

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de Junio de 2025.

## **Introducción**

En este trabajo veremos 3 temas de suma importancia en la salud reproductiva femenina lo cual comprende las condiciones que pueden llegar a afectar no solo en la fertilidad, sino también el bienestar físico, emocional y social de las mujeres en distintas etapas de su vida. Dentro de este ámbito, existen tres afecciones de gran relevancia clínica y social: el síndrome de ovario poliquístico (SOP), el aborto y la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG). Cada una de estas entidades, aunque distintas en su origen y evolución, comparten una implicación directa en la salud ginecológica y obstétrica, así como en la calidad de vida de las pacientes.

El síndrome de ovario poliquístico es uno de los trastornos endocrinos más comunes en mujeres en edad reproductiva, caracterizado por alteraciones hormonales que conllevan irregularidades menstruales, hiperandrogenismo y presencia de quistes ováricos. Su impacto trasciende el aspecto reproductivo, ya que se asocia con resistencia a la insulina, obesidad, síndrome metabólico y trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión. La complejidad del SOP radica en su etiología multifactorial y en su curso crónico, lo cual exige una atención médica integral y multidisciplinaria. Por otro lado, el aborto, definido como la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal, representa un problema tanto médico como ético y legal. Puede ser espontáneo o inducido, y está asociado a múltiples causas, incluyendo anomalías cromosómicas, infecciones, enfermedades maternas o alteraciones anatómicas del aparato reproductor. Las repercusiones físicas y emocionales del aborto son significativas, especialmente cuando no se brinda una atención médica adecuada y humanizada. En muchos contextos, el acceso a servicios seguros y legales para la atención postaborto sigue siendo un desafío, lo cual agrava la morbilidad materna. La enfermedad trofoblástica gestacional por su parte abarca un grupo de trastornos raros pero potencialmente graves, derivados de un crecimiento anormal del tejido trofoblástico tras la fecundación. Esta entidad incluye la mola hidatiforme, la mola invasora, el coriocarcinoma y otros tumores relacionados. Su diagnóstico y manejo oportuno son esenciales, ya que, aunque muchas formas son benignas y tratables, algunas pueden evolucionar hacia formas malignas altamente invasivas y metastásicas.

## Síndrome de ovario poliquístico

<b>Definición</b>	Trastorno endocrino y metabólico caracterizado por hiperandrogenismo, anovulación crónica y ovarios poliquísticos.
<b>Clasificación</b>	Fenotipos según criterios de Rotterdam: <ul style="list-style-type: none"><li>- Hiperandrogenismo + anovulación.</li><li>- Hiperandrogenismo + ovarios poliquísticos.</li><li>- Anovulación + ovarios poliquísticos.</li></ul>
<b>Factores de riesgo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Obesidad</li><li>- IMC &gt; 35</li><li>- Genética</li></ul>
<b>Incidencia</b>	Afecta al 8-13 % de las mujeres en edad fértil
<b>Diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Historia clínica: Amenorrea, hirsutismo, infertilidad.</li><li>- Laboratorios: Testosterona libre elevada, LH/FSH &gt;2:1, glucosa, insulina.</li><li>- Ecografía pélvica: <math>\geq 12</math> folículos (2-9 mm) en al menos un ovario</li></ul>
<b>Tratamiento</b>	Médico <ul style="list-style-type: none"><li>- Anticonceptivos orales combinados (etinilestradiol/drospirenona).</li><li>- Metformina: 500-1500 mg/día en resistencia a la insulina.</li></ul> Quirúrgico <ul style="list-style-type: none"><li>- Resección ovárica laparoscópica en casos graves</li></ul>
<b>Seguimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Control de peso y ejercicio.</li><li>- Revisión periódica de glucosa e insulina.</li><li>- Reevaluación hormonal cada 6-12 meses.</li></ul>

## Enfermedad trofoblástica

<b>Definición</b>	Grupo de trastornos proliferativos del trofoblasto, incluyendo mola hidatiforme, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario y mola invasora.
<b>Clasificación</b>	Mola hidatiforme: Completa (sin tejido embrionario), Parcial (con tejido embrionario). Mola invasora. Coriocarcinoma. Tumor trofoblástico del sitio placentario.
<b>Factores de riesgo</b>	Edad materna (<20 o >40 años), antecedentes de ETG, dieta baja en carotenoides y folato.
<b>Incidencia</b>	1-3 casos por cada 1000 embarazos en países desarrollados, mayor en regiones con deficiencias nutricionales.
<b>Diagnostico</b>	<b>Historia clínica:</b> Sangrado uterino anormal, hiperémesis gravídica. <b>Citometria de flujo o citometria de imagen automatizado</b> <b>Clinico + prueba de embarazo y ecografía</b> <b>Beta-hCG:</b> Elevaciones extremas (>100,000 mUI/mL). <b>Ecografía:</b> Imagen en "copos de nieve" (mola completa). <b>Histopatología:</b> Confirmación postevacuación
<b>Tratamiento</b>	<b>Médico</b> Quimioterapia (metotrexato o actinomicina D) en mola persistente o coriocarcinoma. <b>Quirúrgico</b> Evacuación uterina por AMEU o legrado. Histerectomía en casos seleccionados
<b>Seguimiento</b>	Monitoreo de beta-hCG semanal hasta negativización. Control mensual por 6-12 meses. Uso de anticoncepción confiable durante el seguimiento.

## Aborto

<b>Definición</b>	Termino del embarazo antes de las 20 SDG o con un feto <500 g.
<b>Clasificación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Espontáneo:</b> Ocurre sin intervención (completo, incompleto y séptico)</li><li>- <b>Amenaza de aborto:</b> Sangrado sin dilatación cervical</li><li>- <b>Abordo inducido:</b> Provocado mediante intervención quirúrgica</li><li>- <b>Aborto eminente:</b> Se define como la dilatación uterina, hemorragia, ruptura de membrana y contracciones.</li><li>- <b>Aborto completo:</b> Es la salida completa del producto, junto con la placenta y todos sus anexos.</li><li>- <b>Aborto incompleto:</b> es la retencion de las partes del producto o de la placenta y anexos.</li></ul>
<b>Factores de riesgo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Edad avanzada</li><li>- Genetico → trisomia 21</li><li>- Alcoholismo fetal</li><li>- Hipertiroidismo</li><li>- Infecciones</li><li>- Anomalías uterinas</li><li>- Enfermedades crónicas (DM, HTA)</li><li>- Exposición a sustancias tóxicas</li><li>- Trauma</li><li>- Cirugía uterina previa</li></ul>
<b>Incidencia</b>	50 – 70% de las embarazadas
<b>Diagnostico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- BH</li><li>- USG</li><li>- EGO</li><li>- Cultivo</li><li>- CTG</li></ul>

<b>Tratamiento</b>	Quirurgico <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dilatador del cuello uterino (14-15 SDG)</li> <li>- Aspiracion o legrado por succion &lt;12 SDG</li> <li>- Lamicel → sulfato de magnesio anhidro</li> <li>- Laparotomia: Histerectomia/Histerotomia AMEU &lt;12 SDG</li> <li>- Dilatadores Hiogroscopicos</li> <li>1. Lamina japonica</li> <li>2. Sintetico</li> </ul>
<b>Seguimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de peso y ejercicio</li> <li>- Revision periodica de glucosa e insulina</li> <li>- Reevaluacion hormonal cada 6-12 meses</li> </ul>

## Conclusion

Para concluir este trabajo podemos ver que parte de la salud reproductiva femenina es un componente esencial del bienestar general de la mujer y, dentro de ella, el estudio y manejo del síndrome de ovario poliquístico, el aborto y la enfermedad trofoblástica gestacional representan áreas de alta relevancia clínica y social. A lo largo del presente ensayo, se ha evidenciado que cada una de estas patologías tiene un impacto profundo y multifactorial en la vida de las pacientes.

El síndrome de ovario poliquístico se presenta como una alteración endocrina crónica, cuyo abordaje trasciende el ámbito ginecológico. Las irregularidades hormonales, la resistencia a la insulina y las complicaciones metabólicas asociadas hacen del SOP una enfermedad compleja que requiere un manejo multidisciplinario, incluyendo intervenciones médicas, nutricionales y psicológicas. Asimismo, es fundamental su detección temprana para prevenir complicaciones a largo plazo como la infertilidad, la diabetes tipo 2 y los trastornos cardiovasculares.

En el caso del aborto, tanto espontáneo como inducido, se trata de un evento que no solo implica un proceso biológico, sino también un fenómeno cargado de

implicaciones emocionales, éticas y sociales. A pesar de su alta incidencia, el aborto continúa siendo un tema sensible en muchas sociedades, lo que dificulta el acceso a servicios de salud seguros, oportunos y libres de estigmas. Es imprescindible que el personal de salud esté capacitado para brindar una atención integral, humanizada y basada en la evidencia, que respete los derechos de las mujeres y minimice los riesgos para su salud física y emocional.

Por otro lado, la enfermedad trofoblástica gestacional representa un grupo de neoplasias relacionadas con la gestación que, aunque poco frecuentes, pueden poner en riesgo la vida de la paciente si no se identifican y tratan adecuadamente. El avance de los métodos diagnósticos, como la cuantificación de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG), y las mejoras en el tratamiento con quimioterapia han permitido tasas de curación elevadas, incluso en los casos más agresivos como el coriocarcinoma. No obstante, es vital que estas enfermedades sean detectadas de forma oportuna y que se brinde un seguimiento adecuado para preservar la fertilidad y la salud general de la paciente.

En conclusión, el manejo del SOP, el aborto y la ETG requiere de un enfoque integral que considere tanto los aspectos clínicos como los psicosociales. Es necesario fortalecer la educación en salud, mejorar el acceso a servicios especializados y promover políticas públicas que garanticen el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres. Solo a través de una atención médica completa, empática y con perspectiva de género, será posible ofrecer soluciones efectivas y humanas que contribuyan al bienestar y autonomía de las mujeres en todas las etapas de su vida reproductiva.