



PASIÓN POR EDUCAR

Córdova Morales Adonis Omar

Dra. Arely Alejandra Aguilar Velazco

Ginecología y obstetricia

Cuadros comparativos

6to. semestre

“C”

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 03 de julio del 2025

Introducción

La salud reproductiva de las mujeres abarca una gran variedad de temas que muchas veces se hablan poco o se entienden mal. Tres condiciones que generan preocupación frecuente —y no siempre con la información correcta— son el **aborto** (en sus distintas formas), el **síndrome de ovario poliquístico (SOP)** y la **enfermedad trofoblástica gestacional**. Aunque se trata de situaciones muy diferentes entre sí, todas tienen un impacto importante en la vida física, emocional y reproductiva de las mujeres.

El **aborto**, en general, se refiere a la pérdida del embarazo antes de la semana 20 de gestación. Hay varios tipos, y es importante entender las diferencias. El **aborto espontáneo** ocurre sin que la mujer lo busque ni lo cause; es una pérdida natural del embarazo, muchas veces provocada por alteraciones genéticas, problemas hormonales o infecciones. La mayoría de estos abortos sucede en el primer trimestre, y aunque es un proceso común, puede ser muy doloroso emocionalmente. La **amenaza de aborto**, por otro lado, es una señal de alerta: puede haber sangrado o dolor abdominal, pero aún hay posibilidad de que el embarazo continúe si se atiende a tiempo. En cambio, el **aborto inducido** es cuando la interrupción del embarazo se realiza de manera voluntaria, ya sea por decisión personal, razones médicas o situaciones legales. Este tema sigue siendo delicado en muchas partes del mundo, pero es importante hablar de él con responsabilidad y desde un enfoque de salud pública.

En cuanto al **síndrome de ovario poliquístico (SOP)**, se trata de una de las alteraciones hormonales más comunes entre las mujeres en edad fértil. Muchas veces se manifiesta con ciclos menstruales muy irregulares, aumento del vello corporal, acné persistente, dificultad para bajar de peso o para quedar embarazada. A nivel hormonal, el cuerpo produce más andrógenos (hormonas masculinas), lo que afecta la ovulación normal. Aunque no tiene cura, el SOP se puede manejar con cambios en el estilo de vida, tratamientos hormonales y seguimiento médico, mejorando notablemente la calidad de vida.

Por último, la **enfermedad trofoblástica gestacional** es una condición mucho menos frecuente, pero que requiere una atención médica muy cuidadosa. Ocurre cuando el tejido que debería formar la placenta crece de forma anormal, lo que puede resultar en una **mola hidatiforme** (embarazo molar) o, en casos más graves, en una forma de tumor que puede propagarse a otras partes del cuerpo. Aunque suena alarmante, la mayoría de los casos se detecta a tiempo y responde bien al tratamiento, incluso en las formas malignas.

Hablar de estos temas abiertamente, con información clara y sin prejuicios, es fundamental para que las mujeres puedan reconocer señales de alerta, tomar decisiones informadas sobre su salud y buscar apoyo cuando lo necesiten. Cada uno de estos diagnósticos tiene su complejidad, pero también hay recursos, tratamientos y acompañamiento médico que pueden marcar una gran diferencia.

Criterio	Amenaza de aborto	Aborto espontaneo	Aborto inducido
Definicion	Sangrado uterino en embarazo menor de 20 semanas sin dilatación cervical ni expulsión de producto	Interrupción natural del embarazo antes de las 20 SDG o expulsión de producto menor a 500g sin intervención externa	Interrupción provocada del embarazo antes de la viabilidad fetal, mediante medios médicos o quirúrgicos
Clasificación	No tiene	Completo, incompleto, retenido, séptico y inevitable	Legal (terapeutico o. Voluntario) o ilegal (clandestino)
factores de riesgo	Edad materna avanzada, infecciones, anomalias uterinas, traumas, tabaquismo, consumo de alcohol y estrés	Anomalias cromosomicas (50%), infecciones, enf. Maternas tabaquismo y mal formaciones uterinas	Situaciones sociales, económicas, vocaciones, malformaciones, riesgo para la salud materna
Incidencia	20-25% de todos los embarazos clínicamente reconocidos presentan amenaza de aborto	10-20% de los embarazos clínicos (la mayoría en el primer trimestre	Varia por país: en países con aborto legal seguros es menor riesgo, en clandestinos mayor morbilidad y mortalidad
Diagnostico	Clinica: sangrado leve, dolor tipo colico, cervix cerrado, USG: embrion viable	Clinica: sangrado, dolor, expulsion de los tejidos. USG: ausencia de latido o saco gestacional colapsado y examen ginecológico	Por interrogatorio, exploración física y ultrasonidos y en los clandestinos se sospecha por signos de infección o aborto incompleto
Tratamiento	Reposo relativo, vigilancia obstétrica, progestagenos en algunos casos, evitar relaciones sexuales	Segun el tipo: evacuación uterina si es incompleto o retenido, expectante si es completo, antibióticos si hay infección	Misoprostol, mifepristona, aspiracion manual endocrina (AMEU) o legrado, segun edad gestacional, manejo hospitalarios si hay complicaciones
Seguimiento	Control de signos vitales, sangrado, control con USG, vigilancia emocional y factores predisponentes	Verificar evacuaci9n completa. Control clinico y USG. Y planificacion familiar	Valoración posterior a procedimiento, control de signos de infección, co tejería anticonceptiva y emocional

Cuadro Comparativo: Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)	
Definición	Trastorno endocrino-metabólico común en mujeres en edad fértil, caracterizado por anovulación crónica, hiperandrogenismo y ovarios con múltiples quistes (visualizados por ecografía).
Clasificación	<p style="text-align: center;">Según los criterios de Rotterdam (2003), se reconocen 4 fenotipos:</p> <p style="text-align: center;">Fenotipo A: Anovulación + Hiperandrogenismo + Ovarios poliquísticos Fenotipo B: Anovulación + Hiperandrogenismo Fenotipo C: Hiperandrogenismo + Ovarios poliquísticos Fenotipo D: Anovulación + Ovarios poliquísticos</p>
Factores de riesgo	<p style="text-align: center;">Historia familiar de SOP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obesidad o sobrepeso - Resistencia a la insulina - Sedentarismo - Dieta alta en carbohidratos refinados - Exposición intrauterina a andrógenos elevados
Incidencia	Afecta aproximadamente al 6–20% de las mujeres en edad reproductiva, dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados. Es una de las principales causas de infertilidad anovulatoria.
Diagnostico	<p>Basado en al menos 2 de los 3 criterios de Rotterdam:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oligo/anovulación 2. Hiperandrogenismo clínico (hirsutismo, acné, alopecia) o bioquímico (elevación de testosterona) 3. Ovarios poliquísticos en ecografía (≥12 folículos de 2-9 mm o volumen ovárico ≥10 mL) <p>Exclusión de otras causas: Hiperplasia suprarrenal congénita, síndrome de Cushing, tumores secretores de andrógenos, etc.</p>
Tratamiento	<p>Depende del objetivo (regular ciclo, reducir síntomas androgénicos, mejorar fertilidad, prevenir complicaciones metabólicas):</p> <p style="text-align: center;">Anticonceptivos orales combinados (ACO): Regulan el ciclo y disminuyen andrógenos Metformina: Mejora sensibilidad a la insulina, útil en mujeres con resistencia a la insulina Antiandrógenos (espironolactona, flutamida): Para hirsutismo y acné (siempre junto a anticonceptivos) Clomifeno / Letrozol: Para inducción de la ovulación en mujeres que desean embarazo Estilo de vida: Dieta balanceada, ejercicio regular, pérdida de peso si hay sobrepeso</p>
Seguimiento	<p style="text-align: center;">Monitoreo regular de parámetros metabólicos: glucosa, perfil lipídico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del ciclo menstrual - Seguimiento de signos androgénicos - Ecografía ovárica periódica si hay sospecha de progresión

Cuadro comparativo de ENFERMEDAD TROFOBLASTICA	
Definición	Grupo de trastornos derivados de la proliferación anormal del trofoblasto, el tejido que normalmente se desarrolla en la placenta durante el embarazo. Puede ser benigna (mola hidatiforme) o maligna (neoplasias trofoblásticas gestacionales).
Clasificación	<p style="text-align: center;">Mola hidatiforme completa (diploide, sin embrión) Mola hidatiforme parcial (triploide, con restos embrionarios) Mola invasora (forma localmente invasiva) Coriocarcinoma (neoplasia maligna, altamente vascularizada) Tumor del sitio placentario y Tumor trofoblástico epitelioides (formas raras, menos sensibles a quimioterapia)</p>
Factores de riesgo	<p style="text-align: center;">Edad materna extrema: <20 o >40 años - Historia previa de mola - Dieta baja en carotenoides o vitamina A - Abortos previos - Fertilidad asistida (riesgo bajo pero reportado)</p>
Incidencia	<p style="text-align: center;">Global: 1 por cada 1000 embarazos - Más común en Asia y América Latina - Mola completa: 1/1000 embarazos - Mola parcial: más frecuente que la completa pero menos agresiva - Neoplasia trofoblástica gestacional post-mola: ~15–20% de las completas, ~5% de las parciales</p>
Diagnostico	<p style="text-align: center;">Clínica: Sangrado uterino anormal en el 1er trimestre, útero mayor a lo esperado, hiperémesis gravídica severa - β-hCG sérica: Muy elevada ($\geq 100,000$ mUI/mL en mola completa) - Ecografía transvaginal: - Mola completa: “Tormenta de nieve” sin embrión - Mola parcial: saco gestacional anómalo, feto malformado - Histopatología: Confirmación post-evacuación</p>
Tratamiento	<p style="text-align: center;">Evacuación uterina mediante aspiración (método de elección) Oxitocina para evitar sangrado post-evacuación Quimioterapia si hay neoplasia persistente o diseminación: - <i>Riesgo bajo (FIGO):</i> Metotrexato o Actinomicina D (monoterapia)</p>

	<ul style="list-style-type: none">- Riesgo alto: EMA-CO (etopósido, metotrexato, actinomicina D, ciclofosfamida y vincristina)Anticoncepción durante seguimiento (evitar embarazo que dificulte monitoreo de β-hCG)
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none">Dosificación de β-hCG semanal hasta negativización (mínimo 3 semanas consecutivas)<ul style="list-style-type: none">- Luego, controles mensuales por 6–12 meses- Control clínico y ecográfico regular- Anticoncepción recomendada durante el seguimiento- Monitoreo más prolongado si hubo neoplasia maligna- Evaluación psicológica por implicancias emocionales del diagnóstico y tratamiento

Conclusión

Después de ver todos estos temas, queda claro que la salud reproductiva de las mujeres no es cosa menor ni debe tomarse a la ligera. Hablamos de situaciones que, aunque a veces se tratan en voz baja o con miedo, son mucho más comunes de lo que muchas creen. Por eso, es súper importante quitarnos la pena, dejar los tabúes a un lado y empezar a hablar de estas cosas con naturalidad y sin prejuicios.

El **aborto espontáneo** pasa más seguido de lo que imaginamos, y muchas veces ni siquiera se entiende por qué ocurre. Lo cierto es que no es culpa de la mujer, ni porque "hizo mucho esfuerzo" o "se estresó". Simplemente, hay embarazos que no se desarrollan bien desde el principio. En el caso de la **amenaza de aborto**, lo mejor es ir al médico apenas se nota algo raro como sangrado o dolor. A veces se puede evitar la pérdida si se actúa a tiempo. Y el **aborto inducido**, aunque sigue siendo un tema polémico, también forma parte de la vida real. Cada mujer tiene sus razones, y lo más importante es que tenga acceso a un entorno seguro, información confiable y acompañamiento médico, sin ser señalada o juzgada.

Por otro lado, el **síndrome de ovario poliquístico**, ese que muchas conocen como SOP, es más común de lo que parece y muchas veces ni nos damos cuenta. Cuando una chica ve que su periodo no llega, que tiene mucho acné, que le está saliendo vello donde no solía tener o que se le dificulta bajar de peso aunque haga dieta, muchas veces el problema viene desde ahí. Y aunque no se cura, sí se puede controlar con tratamientos, buenos hábitos y seguimiento. Lo importante es no ignorarlo y no pensar que "es normal" vivir con síntomas incómodos solo porque siempre ha sido así.

En cuanto a la **enfermedad trofoblástica gestacional**, aunque su nombre suena súper complicado, lo que pasa es que, en vez de formarse un embarazo normal, se forma un tejido raro que puede dar problemas. A veces se detecta pronto, otras veces después de un aborto o de un embarazo que no siguió su curso. La buena noticia es que con tratamiento, la mayoría de los casos se resuelven bien, y muchas mujeres pueden volver a embarazarse más adelante si lo desean.

En fin, todas estas condiciones tienen algo en común: afectan de forma directa el cuerpo, las emociones y hasta los planes de vida de muchas mujeres. Por eso, lo peor que podemos hacer es guardar silencio o sentirnos solas. Hablar, informarnos, preguntar sin vergüenza y acudir al médico cuando algo no va bien es la mejor forma de cuidarnos.