



Esmeralda Jiménez Jiménez

**Dra. AGUILAR VELASCO ARELY
ALEJANDRA**

CUADRO COMPARATIVO

Ginecología y Obstetricia

Grado: 6°

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 2 de Julio 2025

Introducción

El aborto y el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) son dos temas complejos y multifacéticos que afectan la salud reproductiva y el bienestar general de las mujeres. El aborto es un procedimiento médico que interrumpe un embarazo en curso, mientras que el SOP es una condición hormonal que puede causar irregularidades menstruales, infertilidad y otros síntomas. Ambos temas han generado debates éticos, sociales y médicos, y es importante abordarlos con sensibilidad y precisión.

Conclusión

En resumen, el aborto y el SOP son temas que requieren una comprensión profunda y una atención especializada. Es fundamental que las mujeres tengan acceso a información precisa y a servicios de salud de alta calidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva. La sensibilización y la educación sobre estos temas pueden ayudar a mejorar la salud y el bienestar de las mujeres, y a promover una mayor comprensión y apoyo en la sociedad.

Nombre	Síndrome de Ovario Poliquístico	Enfermedad trofoblásticas
Definición	Estado de anovulación crónica asociado a una esteroidogénesis anormal y a una secreción inadecuada de gonadotropinas con un aumento de la sensibilidad hipofisiaria a los pulsos de GnRH	La enfermedad trofoblástica gestacional es un tumor originado desde el trofoblasto, que rodea al blastocisto y se desarrolla en el corion y el amnios Esta enfermedad puede aparecer durante o después de un embarazo intrauterino o ectópico. Si en general la enfermedad ocurre durante un embarazo, se producen un aborto espontáneo, eclampsia o muerte fetal; el feto rara vez sobrevive
Clasificación	• SOP severo (A) • Hiperandrogenismo y anovulación crónica (B) • SOP Ovulatorio (C) • SOP leve (D)	MOLA HIDATIFORME • <i>MOLA COMPLETA (la más frecuente)- → Ausencia de tejido embrionario o fetal.</i> • <i>MOLA PARCIAL → Presencia de tejido embrionario fetal.</i> • <i>MOLA INVASORA → Es una lesión localmente invasora, que rara vez da metástasis a distancia, caracterizada por invasión local al</i>

		<i>miometrio sin involucrar al estroma endometrial.</i>
Factores de riesgo	• Antecedentes familiares de SOP, • resistencia a la insulina, • niveles elevados de andrógenos, • obesidad y • factores ambientales intrauterinos. • IMC >35	• MOLA PREVIA 50% • Aborto Previo 25% • Embarazo previo de término 20% • Embarazo Ectópico previo 5% • Mujeres > 40 años (40%) • Mujeres >50 años (50%)
Incidencia	Generalmente se estima que afecta entre el 6% y el 22% de las mujeres en edad reproductiva	• La incidencia se han mantenido constante en uno a todos por cada 1000 partos en Estados Unidos y Europa. • Se ha observado una frecuencia similar en Sudáfrica y Turquía. • Aunque hay reportes de una incidencia más alta en partes de Asia, es posible que esto sea reflejo de las discrepancias entre la recopilación de datos
Diagnóstico	HISTORIA CLÍNICA: • ANAMNESIS • EXAMEN FÍSICO • GENERAL • GINECOLÓGICO CUADRO CLÍNICO:	1. GOLD STANDARD: HISTOPATOLÓGICO 2. CUANTIFICACIÓN GCH: La producción de GCH es mucho mayor que en una gestación normal

- Alteraciones menstruales
- Hiperandrogenismo
- Alteraciones metabólicas

- **ECOGRAFÍA:**

- ✓ En el estudio ecográfico, (día 3-5 del ciclo). En este tercer día se hace eco y exámenes de sangre (hormonales)
- ✓ Dicha imagen debe mostrar 12 o más folículos antrales que varían de 2 a 10 mm RECIEN ES LLAMADO QUISTE, antes es folículo.

- **ECOG:**

-El consenso de Rotterdam proponen los siguientes Criterios para OVARIO DE MORFOLOGÍA POLIQUISTICA: mas de 12 folículos, entre 3 y 9 mm de diámetro y volumen ovárico mayor o igual a 10ml.

-

debido al desarrollo trofoblástico excesivo, incluso puede llegar a 1,000,000 de unidades. Utilidad diagnóstica y de seguimiento.

- 3. USG:** Imagen en PANAL DE ABAJE, COPOS DE NIEVE, QUESO SUIZO O TORMENTA DE NIEVE Patrón difuso ecogénico mixto (zonas hiperecoicas e hipoecoicas) Presencia de quistes tecalutefnicos (ovarios >3cm diámetro) La mola parcial evidencia presencia de feto Imágenes hiperecoicas dentro del miometrio: sospecha de invasión (complementar con Doppler)

- 4. DIAGNOSTICO**

DIFERENCIAL: 1.

- Hematoma retroplacentario 2. Anormalidades retroplacentarias 3.

		Degeneración de un mioma
Tratamiento	1. DIETA Y EJERCICIO: la reducción de peso con una disminución sostenida de un 5 % a 10 %, ejercicio periódico aumenta el flujo sanguíneo en la masa muscular produciendo un incremento de 30 a 40% de glucosa por parte del musculo. 2. TTO HORMONAL: ACOS COMBINADOS (E+P) 3. METFORMINA 4. PARA LA ESTIRILIDAD: CITRATO DE CLOMIFENO ES EL MAS IMPORTANTE: ES INDUCTOR DE LA OVULACION 5. FSH RECOMBINANTE	• Histerectomía • Legrado por aspiración. • Quimioterapia profiláctica
Seguimiento	Evaluaciones periódicas para monitorear los síntomas, complicaciones potenciales y la efectividad del tratamiento	• Determinación seriada de hCG semanal hasta obtener 2 determinaciones negativas, luego continuar con una medición mensual hasta

		completar un periodo de 6 meses • Método anticonceptivo
--	--	--

ABORTO	Aborto espontáneo	Amenaza de aborto	Aborto inducido
Definición	Es la pérdida del producto por causas no provocadas intencionalmente, corresponde a la pérdida antes de la semana 20, después de esta semana ya se le denomina parto prematuro. El aborto puede ser: → Retenido: No se elimina nada → Incompleto: No se eliminan todos los productos de la gestación → Completo: Cuando es eliminado por completo	Presencia de metrorragias y/o contracciones uterinas más o menos dolorosas en una gestación intrauterina, antes de las 22 semanas, y sin presencia de modificaciones cervicales + con actividad cardíaca fetal	Es la interrupción del embarazo con fármacos o cirugía antes de la viabilidad fetal
Factores de riesgo	• Anomalia Cromosomica En El Feto • Problemas De Salud Con La Madre:	• Edad materna >34 años . Edad paterna > 41 años • Niveles bajos de	• Sangrado excesivo, infecciones, • perforación uterina y

	-Hormonales - - Infecciones -- - Diabetes -Enfermedad tiroidea -Lupus eritematoso sistémico • Estilo De Vida: -Beber alcohol. -Fumar - - Droga	progesterona • Índice de masa corporal elevado de la madre • Historia previa de amenaza de aborto o 3 o más abortos • Paciente multipara • Mujeres con enfermedad sistémica	• daño al cuello uterino
Incidencia	En el 10% de las estaciones algunos factores elevan la incidencia hasta un 23% de las gestaciones. Disminuyen progresivamente conforme la etapa de gestación, es menor su frecuencia a medida que la edad del embarazo progresa. ❖ En muchos casos la mujer	Se estima que ocurre en un 20% a 25% de los embarazos tempranos La mayoría de los abortos espontáneos ocurren en el primer trimestre, y alrededor del 10% al 15% de los embarazos confirmados	Alrededor de 54% de los embarazos no deseados terminan en aborto inducido. En México, por ejemplo, se estima que por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años, hay aproximadamente 33 abortos inducidos.

	no sabe ha estado embarazada, ya que el aborto ocurre 4 semanas después del ultimo periodo menstrual y pasa desapercibido ❖ Puede ocurrir 1-2 semanas mas tarde, se piensa que tiene una menstruación abundante.	terminan en aborto espontáneo.	
Diagnóstico	1. Examen pélvico: Se puede observar el cuello uterino dilatado adelgazado o (borramiento de este). 2. Diagnóstico clínico: Fundamental para el tratamiento, se basa en	El diagnóstico presuntivo de una amenaza de aborto, se basa en la historia de sangrado transvaginal en etapas tempranas del embarazo, en presencia de un cérvix cerrado, con o sin contracciones uterinas → Ecografía Precisar viabilidad	• Se realiza un examen pélvico para evaluar el cérvix (si está dilatado o no) y la presencia de restos ovulares. • USG • Estudios de laboratorio

	sintomas y examen ginecológico. 3. Ecografía: Método no invasivo que brinda información sobre la vitalidad fetal y características del saco gestacional, 4. Subunidad beta de la HGCH: Su nivel en sangre permite establecer la presencia de un embarazo siendo fiable 99.9% para confirmar embarazo	embrionaria fetal, características del saco gestacional y del corion frondoso, realizar medidas del saco gestacional y del embrión y/o feto, descartar otras patologías. →Examen de beta GCH (cuantitativa) Durante un periodo de días o semanas para confirmar si el embarazo continúa. →Hemograma completo Para determinar la cantidad de pérdida de sangre y descartar la infección. →Otros Grupo Sanguíneo y Factor Rh Perfil	
--	---	---	--

		de Coagulación. - Examen completo de orina y urocultivo - Glucosa, urea, creatinina	
Tratamiento	El tratamiento consiste en cuidados de apoyo y terapia hormonal Desafortunadamente, una vez que se inició un aborto espontáneo, no hay tratamientos para detenerlo. Sin embargo, se pueden usar medicamentos o procedimientos (como la dilatación y el legrado) para evitar complicaciones. También se recomienda asistir a terapia y a grupos de apoyo.	No existe una terapia efectiva en el tratamiento de la amenaza de aborto. MEDIDAS GENERALES • Recomendar reposo absoluto. • Abstención de relaciones sexuales • Procurar tranquilizar a la paciente	Medico o Quirúrgico : Dilatación y Legrado
Fármacos y Qx	Progesterona, en dosis de 200 mg Legrado o Dilatación	Progesterona 200mg	Mifepristona y misoprostol 200mcg Legrado
Seguimiento	Generalmente incluye la confirmación del	Generalmente implica una combinación	Implica cuidados post-procedimiento,

	diagnóstico, tratamiento para la expulsión del tejido, manejo de complicaciones y apoyo emocional	de evaluación clínica, pruebas de laboratorio y seguimiento ecográfico. El objetivo principal es determinar si el embarazo continúa y descartar otras complicaciones como el embarazo ectópico.	como reposo, manejo del sangrado y atención a posibles complicaciones
--	--	--	--