

CUADRO COMPARATIVO.

Nombre del alumno:
Katia Marlen Espinosa Sánchez.

Nombre del profesor:
Dra. Arely Guadalupe Aguilar Velasco.

Parcial: 4to parcial.

6to. semestre / 6to. D.

Materia: Ginecología y obstetricia.

Introducción.

La salud reproductiva es un aspecto fundamental de la salud integral de las mujeres, y abarca una amplia gama de temas que incluyen el manejo de condiciones ginecológicas y obstétricas.

El SOP es una condición endocrina común en mujeres en edad reproductiva, caracterizada por hiperandrogenismo, oligomenorrea y ovarios poliquísticos.

Según la Guía de Práctica Clínica (GPC), el diagnóstico y tratamiento del SOP deben ser individualizados y enfocados en el manejo de los síntomas y la prevención de complicaciones a largo plazo, como la diabetes y la enfermedad cardiovascular.

El aborto es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación. Puede ser espontáneo o inducido.

Según la GPC y el libro "Williams Obstetricia" edición 23, el manejo del aborto debe ser seguro, compasivo y basado en evidencia.

Tipos de aborto:

Aborto espontáneo: Pérdida natural del embarazo antes de las 20 semanas de gestación.

Aborto inducido: Interrupción deliberada del embarazo, que puede ser médico o quirúrgico.

Aborto médico: Utilización de medicamentos para interrumpir el embarazo.

Aborto quirúrgico: Procedimiento quirúrgico para evacuar el contenido uterino.

Sx de Ovario Poliquístico

Definición:

Trastorno endocrino y metabólico heterogéneo.

Epidemiología:

Principal causa de esterilidad en mujeres.
Prevalencia 6%.
3-7% M. de edad reproductiva.
Coexistencia de resistencia a la insulina 35%.
↑ riesgo de cáncer de endometrio.

Fx de riesgo:

- Ant. de menarca temprana.
- Ant. familiar del SOP.
- ↑ Exceso del IMC al inicio de la menarca.

Clinica:

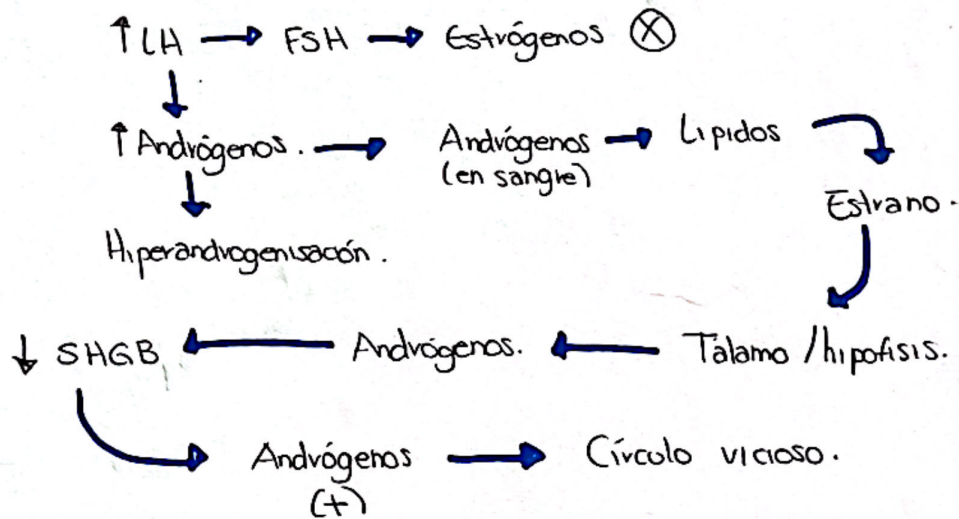
- Trastornos menstruales.
- Obesidad.
- Hiperandrogenismo.
- Hirsutismo.
- Acné.
- Alopecia.
- Amenorrea.
- Opsomenorrea.

Complicación:

- Esterilidad.
- Cáncer de endometrio.
- DM.
- Hiperplasia.
- Aborto espontáneo.
- Hipertensión.
- Obesidad.

Fisiopatología

- Componentes genéticos.
- Ambiente intrauterino.
- Disfunción neuroendocrina.
- Alteraciones en la esteroidogénesis ovárica y adrenal.



Diagnóstico:

- USG (>12 quistes).
- Clínico.
- Lab (LH↑ / FSH↓).
- Niveles de LH y FSH.
- Niveles de prolactina.
- Progesterona.
- Lípidos.

Dx diferencial:

- Sx de Cushing.
- Resistencia a la insulina.
- Tiroidopatías.

Tratamiento:

- Dieta (1000-1500 kcal/día).
- Ejercicio (30-40 min)
- Clomifeno (estimula la ovulación)
- Gonadotropinas (ovulación)

NO

- Anticonceptivos (3-6 meses)
- Progesterona análogos.

Tx Qx:

- Ovarian drilling.

Inositol (mejora la ovulación / regula el ciclo menstrual) (Ayuda con R. insulina).

Aborto.

Definición: Terminación del embarazo antes de las 20 semanas o con un feto que pesa < 500gr.

Clínica:

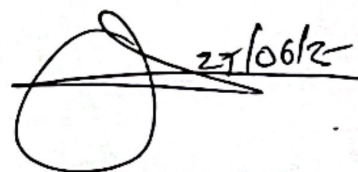
- Hemorragia.
- Necrosis de tejido adyacente.
- Cólicos abdominales.
- Lumbalgia persistente.
- Sensación opresiva pélvica.
- Dolor.
- Fiebre.

Fx de riesgo:

- Edad → Mujeres < 20 años o > 40 años.
- Anomalia embrionaria.
- Infecciones (1er trimestre).
- Enf. crónicas (TB/carcinomas).
- Hipotiroidismo (↓ Yodo).
- Mujeres con DM insulino dependiente.
- Drogas / Fx ambientales.
- Cafeína (5 tazas de café al día).
- Radiaciones.

Diagnóstico:

- USG (FCF).
- BH.
- EGO.
- Cultivo.
- Perfil tiroideo.

 27/06/2

Tratamiento:

Quirúrgico: de inducción de aborto:

Amenaza de aborto → Progesterona
• Indometacina < 37 SSG 200-400 mg./cr
vía rectal 100-200 mg/día 3 días. (noche)
• Misoprostol x 7 días.

Dilatación del cuello uterino y evacuación uterina.

Legrado, Aspiración, dilatación y evaluación, laparotomía < Histerectomía.
Histerectomía.

Farmacológico de inducción de aborto:

Mifepristona 100-600 mg VO

Seguidos → Misoprostol 800 µg por vía vaginal / 3 dosis.

Metotrexato 50mg/m² IM / oral. seguidos de misoprostol 800 µg por vía vaginal / 3 dosis.

Misoprostol aislado → Progesterona.

- Amenaza de aborto → Secreción sanguinolenta o hemorragia vaginal por el orificio cervical cerrado durante la 1ra mitad del embarazo (Principio del embarazo).
- Aborto inevitable → Ruptura de las membranas, se acompaña de salida de líquido amniótico en presencia de dilatación del cuello uterino. (La primera mitad del embarazo).
- Aborto retenido → Productos muertos de la concepción que se retienen durante varios días, semanas, o incluso meses dentro del útero con el orificio cerrado del cuello uterino.
- Aborto recurrente → Presencia de 3 o + abortos consecutivos a las 20 semanas o menos con un peso fetal < 500gr.
- Aborto séptico → Cualquiera de las severidades anteriores a las que se agregan infección intrauterina o pélvica.

Conclusión.

En conclusión, el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) y el aborto son temas complejos y multifacéticos que requieren una atención especializada y basada en evidencia. Según el libro "Williams Obstetricia" edición 23, el diagnóstico y tratamiento del SOP deben enfocarse en el manejo de los síntomas y la prevención de complicaciones a largo plazo.

En cuanto al aborto, el libro destaca la importancia de un enfoque compasivo y basado en evidencia, considerando las opciones médicas y quirúrgicas disponibles. Los tipos de aborto, incluyendo el aborto espontáneo, inducido, médico y quirúrgico, requieren una comprensión profunda de las indicaciones, contraindicaciones y posibles complicaciones.

En última instancia, la atención de alta calidad a las mujeres que enfrentan estas condiciones requiere una comprensión profunda de la fisiopatología, el diagnóstico y el tratamiento, así como una abordagem compasiva y respetuosa.