



## **SOP 4 ABORTO**

Nombre del alumno: Jennifer González Santiz

Material: Ginecología

Grado y grupo: 6° D

Nombre del docente: Dra. Arely Guadalupe Aguilar Velasco

## Introducción

El aborto y el síndrome de ovario poliquístico (SOP) son temas que, aunque diferentes en su naturaleza, están estrechamente vinculados en el contexto de la salud reproductiva femenina. Entre las más relevantes se encuentran el aborto y el síndrome de ovario poliquístico (SOP). El aborto, definido como la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable, puede clasificarse en distintos tipos, como espontáneo, inducido, terapéutico y séptico, cada uno con diferentes causas y consecuencias físicas y emocionales. Por otro lado, el SOP es un trastorno hormonal común en mujeres en edad fértil, caracterizado por la presencia de quistes en los ovarios, irregularidades menstruales, y dificultades para ovular. Esta condición no solo afecta la fertilidad, sino que también puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo, incluyendo abortos espontáneos. En conjunto, el estudio del aborto y el SOP permite comprender mejor los desafíos que enfrentan muchas mujeres en su salud reproductiva y la importancia de una atención médica integral.

El aborto se define como la interrupción del embarazo antes de que el feto alcance viabilidad. Este puede clasificarse en varias categorías: el aborto espontáneo, que ocurre de forma natural y suele estar relacionado con alteraciones genéticas, infecciones, o problemas hormonales; el aborto inducido, que se realiza por decisión voluntaria de la mujer; el aborto terapéutico, llevado a cabo por motivos médicos cuando la vida o salud de la madre está en peligro; y el aborto séptico, que resulta de procedimientos inseguros y pone en riesgo la salud de la mujer. Cada tipo de aborto tiene implicaciones físicas, emocionales, sociales y legales que deben ser consideradas con responsabilidad.

Por su parte, el síndrome de ovario poliquístico (SOP) es uno de los trastornos endocrinos más comunes entre las mujeres en edad fértil. Se caracteriza por un desequilibrio hormonal que provoca síntomas como ciclos menstruales irregulares, exceso de andrógenos (hormonas masculinas), acné, crecimiento excesivo de vello corporal y la presencia de múltiples quistes en los ovarios. Una de las consecuencias más importantes del SOP es la dificultad para ovular regularmente, lo que puede llevar a problemas de fertilidad y aumentar el riesgo de complicaciones en el embarazo, incluyendo abortos espontáneos.

# Aborto....!

<p>Es la interrupción del embarazo &lt; 20 SDG   &lt; 500 mg</p>	<p><b>Prevalencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 80% de embarazos se presentan en el 1º trimestre</li> <li>• 50-70% se debe a malformaciones congénitas / Genéticas del producto</li> <li>• 50-60% se presenta en la mayoría de los embarazos</li> </ul>	<p><b>Causas:</b></p> <p>Fetales → Genético 50-70%</p> <p>Maternas → Hipertensión / deficiencia de yodo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol: ↑ ex alcoholico fetal ↑ Aborto 2º trimestre</li> <li>• Tabaquismo: no causa malformaciones si el riesgo de aborto</li> <li>• Cafe: ≥ 5 tazas de cafe ↑ riesgo de aborto</li> <li>• Traumatismo directo en abdomen: normalmente no se llega el aborto pero es un factor</li> <li>• Miomas / Polipos</li> <li>• Malformaciones uterinas</li> <li>• Anticonceptivos sin hay riesgo</li> <li>• Insuficiencia cervical: ↑ riesgo de aborto en el 1º y 2º trimestre.</li> </ul>
<p><b>Amenaza de aborto:</b> a que se presente hemorragia y de contracciones sin presencia de dilatación cervical.</p>	<p><b>Clinica:</b> Hemorragia Sólido o dolor en la zona pelvica Dilatación cervical</p>	
<p><b>Aborto séptico:</b> algunos abortos tanto espontáneos como provocados se complican con infecciones graves → causar parametritis, peritonitis y septicemia. → algunas de las causas son las bacterias de la flora vaginal o Clostridium sordelli</p>	<p><b>Diagnostico:</b></p> <p>USG → Pelvico y endovaginal + Medir FC fetal</p> <p>BH</p> <p>EGO y Cultivo → Clamidia / Sífilis / Gonorrea</p> <p>Perfil tiroideo</p> <p>GS → Función renal y glucosa en ayunas &gt; 126</p> <p>TG ≥ 200 mg/dL</p>	
<p><b>Aborto inevitable:</b> rotura de las membranas, que se acompaña de la salida de liquido amniótico en presencia de dilatación del cuello uterino.</p>		
<p><b>Aborto retenido:</b> productos muertos de la concepción que se retienen durante varios días, semanas o incluso meses dentro del útero que el cuello cerrado de cuello uterino.</p>		

## Tratamiento

### Farmacológico

#### 1º trimestre

Mifepristona / Misoprostol

Mifepristona 100-600mg VO

seguido

Misoprostol 200-600ug VO > 6-7hrs  
800 ug via vaginal

Metotrexato / Misoprostol

Metotrexato 50mg Im? V. intramuscular

OVO seguido

Misoprostol 800ug via vaginal 3-7 días

→ repetir en caso necesario después del metotrexato.

Misoprostol aislado

800 ug per via vaginal → 3 dosis

Dilatación del cuello uterino y evacuación uterina

Legrado

Aspiración (legrado + succión)

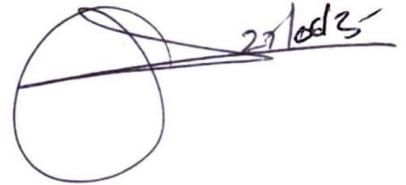
Dilatación y evacuación

Dilatación y extracción

Aspiración manual

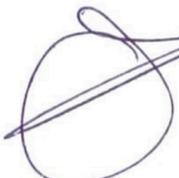
Laparotomía

Histerectomía



# Síndrome de ovario poliquístico....

<p><b>Definición:</b> trastorno endocrino y metabólico heterogéneo, de origen genético, influido por factores ambientales como la nutrición y la actividad física.</p>	<p><b>Causas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidad &gt; 35 IMC</li> <li>• Genético</li> </ul>	<p><b>Clinica</b></p> <p>Trastorno menstrual Amenorrea Opsomenorrea 30-35 días</p>
<p><b>Diagnóstico diferencial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de Cushing</li> <li>• Tiroidopatías</li> <li>• Resistencia a la insulina</li> <li>• Hiperprolactinemia</li> <li>• Hiperplasia suprarrenal</li> <li>• Tumores hipofisarios</li> </ul>	<p><b>Diagnóstico</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. USG ≥ Requisitos en un solo ovario</li> <li>2. Clínico</li> <li>3. Laboratorio LH↑ FSH↓</li> </ol>	<p><b>Datos hiperandrogenismo</b></p> <p>Hirsutismo Acne Alopecia Virilización</p> <p>Hirsutismo = crecimiento excesivo de pelo (folículo piloso) → Caxa, brazos, línea alba, abdomen bajo, glúteos y muslos.</p> <p>Virilización → Voz masculina, hipertrofia muscular, atrofia de mamas y clitoromegalia</p>
<p><b>Estudios complementarios</b></p> <p>Nivel FSH y LH Niveles de prolactina CTG ≥ 200 ng/dl Progesterona Lípidos</p>	<p><b>Tratamiento</b></p> <p>Dieta 1000-1500 kcal/día Ejercicio 30-40 min</p> <p>Busca embarazo</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① Clomifeno → estimula</li> <li>② Gnadaotropinas → ovulación</li> <li>③ Qx</li> </ol>	<p>Inositol: mejora la ovulación y la calidad, regula el ciclo menstrual * Ayuda a la resistencia a la insulina.</p> <p>No busca embarazo</p> <p>Anticonceptivos 3-6 meses (largo) análogos de la progesterona Estradiol Levonorgestrel</p>

 25/06/25

## Conclusión

El síndrome de ovario poliquístico y el aborto son temas fundamentales dentro del campo de la salud reproductiva femenina, y su análisis conjunto permite entender la complejidad de los procesos biológicos, psicológicos y sociales que enfrentan muchas mujeres a lo largo de su vida fértil. El SOP, como trastorno endocrino crónico, no solo afecta la calidad de vida de quienes lo padecen, sino que representa un desafío constante en términos de diagnóstico, tratamiento y manejo integral. Sus efectos en el sistema reproductivo, especialmente en la ovulación y la regulación hormonal, colocan a las mujeres en una situación de vulnerabilidad frente a problemas de fertilidad y a un riesgo aumentado de complicaciones durante el embarazo, incluyendo el aborto espontáneo.

Numerosos estudios clínicos han demostrado que las mujeres con SOP tienen una probabilidad significativamente mayor de experimentar abortos espontáneos, sobre todo en el primer trimestre. Esto puede atribuirse a diversos factores, como la hiperinsulinemia, el engrosamiento o mal funcionamiento del endometrio, los niveles elevados de andrógenos, o trastornos metabólicos como la resistencia a la insulina. Además, los desequilibrios hormonales pueden dificultar la implantación del embrión o el desarrollo adecuado del mismo. Estas condiciones convierten al SOP en un factor de riesgo importante que debe ser evaluado y tratado con anticipación, especialmente en mujeres que desean concebir.

Por otro lado, el aborto en cualquiera de sus formas: espontáneo, inducido, terapéutico o séptico sigue siendo un fenómeno multifacético que requiere un abordaje responsable, ético y compasivo. Cuando se presenta en mujeres con SOP, la experiencia puede ser aún más compleja, ya que muchas de ellas han enfrentado largos periodos de infertilidad, tratamientos médicos, y un alto desgaste emocional. Por ello, el acompañamiento médico y psicológico es crucial, no solo para preservar la salud física, sino también para ayudar a las mujeres a atravesar las consecuencias emocionales que puede conllevar la pérdida gestacional.

En conclusión, abordar el síndrome de ovario poliquístico y el aborto desde una perspectiva integral es clave para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de las mujeres afectadas. Esto implica no solo promover el diagnóstico precoz del SOP.