



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**  
**CAMPUS COMITAN DE DOMÍNGUEZ**  
**LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA**

**Nombre de la alumna:** Carol Sofía Méndez Ruiz

**Nombre del docente:** Dra. Aguilar Velasco Arely Guadalupe

**Tema:** SOP y Aborto

**Materia** Ginecología y obstetricia

**Grado** 6to semestre

**Grupo** D

## INTRODUCCIÓN

El aborto es definido como la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal, puede ser espontáneo o inducido. A nivel clínico, representa una de las causas más comunes de consulta ginecológica, tanto en servicios de urgencia como en atención ambulatoria.

Desde una perspectiva médica, el aborto puede estar asociado a múltiples factores etiológicos, como alteraciones cromosómicas, infecciones, trastornos anatómicos del útero o enfermedades sistémicas de la madre. Por otro lado, el aborto inducido, ya sea legal o clandestino, es un tema de profundo debate bioético y legal, en el que se entrelazan derechos sexuales y reproductivos, autonomía de la mujer, creencias culturales y políticas de salud pública. En muchos países, las complicaciones derivadas de abortos inseguros constituyen una importante causa de morbilidad materna, lo que subraya la necesidad de un enfoque médico que combine el conocimiento clínico con la sensibilidad humana y ética.

El síndrome de ovario poliquístico es uno de los trastornos endocrinos más frecuentes en mujeres en edad fértil. Se caracteriza por un desequilibrio hormonal que se traduce en hiperandrogenismo, anovulación crónica y ovarios con múltiples folículos inmaduros. Las manifestaciones clínicas del SOP incluyen irregularidades menstruales, infertilidad, hirsutismo, acné y resistencia a la insulina, lo que lo vincula con un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, obesidad y enfermedades cardiovasculares. Su diagnóstico y manejo requieren un enfoque multidisciplinario, que considere tanto la dimensión física como el impacto psicológico y social de esta condición.

Ambos temas están profundamente relacionados con la salud reproductiva femenina, y ofrecen al estudiante de medicina una oportunidad valiosa para desarrollar no solo competencias clínicas, sino también habilidades de comunicación, juicio ético y sensibilidad hacia la diversidad de realidades que enfrentan las pacientes.



# ABORTO:

## DEFINICIÓN

Terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana, contando desde el primer día de la última menstruación normal. Expulsión del producto < 500 gramos

## FACTORES DE RIESGO:

- Café
- Alcohol
- Tabaco
- Hipotiroidismo
- Malformaciones genéticas.
- Insuficiencia cervicouterina.

## CLÍNICA

- Hemorragia
- Cólico o dolor en la zona pelvica
- Dilatación cervical

## DIAGNOSTICO

- USG transvaginal
- Estudios complementarios:
  - Pelvico y endovaginal
  - BH
  - ECG

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Embarazo ectópico
- Embarazo molar
- Aborto espontáneo
- Trauma vaginal
- infección de Vagina / Cervix

## Tipos:

- Amenaza de aborto: Es la presencia de hemorragia genital y/o contractilidad uterina, sin modificaciones cervicales.
- Aborto séptico: Cualquiera de las variedades anteriores a las que se agrega infección intrauterina y/o pelvica.
- Aborto inevitable: Tipo de aborto en el que existe hemorragia genital intensa, ruptura de membranas, sin modificaciones cervicales o actividad uterina reconocible complicaciones que hacen imposible continuar la gestación. Antes de las 20 SSG.
- Aborto retenido: También conocido como aborto diferido. Este se presenta cuando finalmente ocurrido la muerte del producto de la concepción, no se expulsa en forma espontánea.

## Tratamiento.

Aborto farmacológico: Mifeprestona, 100-600 mg por VO, seguidas de: Misoprostol, 800 ug por vía vaginal, repetición hasta 3 dosis.

Metotrexato, 50 mg/m<sup>2</sup> por IM u oral, seguidas de Misoprostol, 800 ug por vía vaginal en 3-días. Repetir en caso de ser necesario una semana después del metotrexato inicial.

Misoprostol aislado: 80 ug por vía vaginal, repetición hasta 3 dosis.

## Inducción de aborto:

Dilatación del cuello uterino y evacuación uterina

\* Iegrida \* Aspiración \* Laparotomía  
\* Dilatación y extracción \* Histerectomía  
\* Aspiración manual

Relaj. 100-200 mg día x 3 noches

27/06/25

Tx para

Amenaza de Aborto: Progesterona 200-400 mg cada 12 hrs.

\* Indometacina → Px < 37 SSG. 25-50 mg c/4-6 hrs VO

## CONCLUSIÓN:

Tanto el aborto como el síndrome de ovario poliquístico representan dos aspectos fundamentales y complejos de la salud reproductiva femenina, que requieren una comprensión profunda desde lo médico, ético y social. El aborto, en sus distintas formas, plantea no solo desafíos clínicos por las posibles complicaciones físicas y emocionales, sino también dilemas éticos y legales que exigen del profesional de la salud una postura informada, empática y respetuosa de los derechos de las pacientes.

Por otro lado, el síndrome de ovario poliquístico constituye una condición crónica que va más allá del ámbito ginecológico, afectando la salud metabólica, emocional y reproductiva de las mujeres. Su diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado pueden mejorar significativamente la calidad de vida de las pacientes, prevenir complicaciones a largo plazo y preservar su fertilidad.

En conjunto, ambos temas evidencian la necesidad de una atención médica integral, centrada en la paciente, que reconozca la complejidad biológica y psicosocial de los procesos que atraviesan las mujeres.