



*Cuadro de síndrome de ovario
poliquístico y aborto*

Nombre de la alumno: Diana Rocío Gómez López

Nombre del docente: Arely Guadalupe Aguilar Velasco

4to parcial Grado: 6 grupo: D

Materia: Ginecológica y obstetricia

INTRODUCCIÓN

El síndrome de ovario poliquístico es una endocrinopatía un transitorio endocrino-metabólico afecta a las mujeres en edad reproductiva se caracteriza por una anovulación u oligoovulación, siendo esta la principal causa de infertilidad femenina, los factores de riesgo que pueden propiciar es tener un IMC más de lo normal, ser menarca a temprana edad, tener resistencia a la insulina o un antecedente de algún familiar que haya padecido SOP, sus manifestaciones clínicas van desde trastornos menstruales, virilización, y para su diagnóstico por USG se considera SOP si cumple la cantidad de quistes más de 12, para su tratamiento se debe valorar si la persona presenta anovulación y con deseos de un embarazo existen tratamientos no farmacológicos y farmacológicos o adyuvantes en el trabajo que a continuación se presenta se presenta más detallada la información sobre el SOP.

El aborto otro tema importante la cual se define según la OMS es la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de que el feto sea viable, generalmente considerada antes de las 20 semanas de gestación o cuando el peso fetal es menor a 500g, las causas genéticas son de un 50-70% fetales con anomalías cromosómicas y maternos incluyen la edad, patologías endocrinas, tabaquismo etc. La mayoría de los abortos espontáneos ocurren durante el primer trimestre, existente distintos tipos de abortos por distintas causas desde una ameniza de aborto, aborto inevitable, aborto retenido, aborto recurrente, aborto séptico, estos pueden presentar síntomas, hemorragia para identificar se usan estudios de imágenes y laboratorios, así como hay fármacos o técnicas quirúrgicas para inducir el aborto, a continuación, se presentará un cuadro informativo sobre aborto.

ABORTO

TERMINACIÓN ESPONTÁNEA O PROVOCADA DE LA GESTACIÓN ANTES DE LA VIGÉSIMA SEMANA, CONTANDO DESDE EL 1er DÍA DE LA SEMANA ÚLTIMA MENSTRUACION NORMAL O EXP DEL PRODUCTO DE LA GESTACIÓN < 20 SG O UN PESO < 500 gr.

AMENREA ABORTO

SECRECIÓN SANGUINOLENTA O HEMORRAGIA VAGINAL POR EL ORIFICIO CERVICAL CERRADO DURANTE LA 1ª MITAD DEL EMBARAZO (PRINCIPIO DEL EMBARAZO)

ABORTO INEVITABLE

ROTURA DE LAS MEMBRANAS, DE ACOMPAÑA DE LA SALIDA DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO EN PRESENCIA DE DILATACIÓN DEL CUELLO UTERINO (LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO)

ABORTO RETENIDO

PRODUCTOS MUERTOS DE LA CONCEPCIÓN QUE SE RETENEN DURANTE VARIOS DÍAS, SEM O INCLUSO MESES DENTRO DEL ÚTERO CON EL ORIFICIO CERRADO DEL CUELLO UTERINO

ABORTO RECURRENTE

PRESENCIA DE 30+ ABORTOS CONSECUTIVOS A LAS 20 SEMANAS O MENOS CON UN PESO FETAL < 500 gr.

ABORTO SÉPTICO

CUACQUIERA DE LAS SEVERIDADES ANTERIORES A LAS QUE SE AGREGA INFECCIÓN INTRAUTERINA Y/O PELVICA.

FACTORES DE RIESGO

FETALES

- GENÉTICO
- ANOMALIA CROMOSÓMICA

MATERNOS

- EDAD → < 20 O > 40 AÑOS
- HIPOTIROIDISMO < 4000
- INFECCIONES
- TABAQUISMO / DROGAS
- ENF CRÓNICA TB / CARCINOMA
- CAFE > 5 TAZAS DÍA
- DM INDEPENDIENTES
- IRADIACIONES
- TRAUMATISMO
- MIOMAS / POLIPOS
- MALE UTERINAS

GENÉTICO

- COLICO ABDOMINAL
- ORIGEN LUMBALGICO PERSISTE
- HEMORRAGIA
- TIBRE
- SENSACIÓN OPRESIVA PELVICA
- DOLOR

DIAGNÓSTICO

- USG (PELVICO Y ENDOVAGINAL)
- TCF = CTG > 200
- BH (ANEMIA)
- EGO Y CULTIVO (INFECCIONES)
- QS: FUNCIÓN RENAL
- CLORURO EN URINA > 12G
- PEREIL TIRÓIDEA

TRATAMIENTO

FARMACOLÓGICO DE INDUCCIÓN DE ABORTO
 MIFEPRISTONA 100-600 mg x VO SEGUIDO
 MIDOPROSTOL 800 ug x VIA VAGINAL
 REPITIENDO HASTA 3 DÍAS

METOTEXATO: 50 mg/m² x VIM O VO SEGUIDO DE
 MIDOPROSTOL 800 mg x VIA VAGINAL EN 3 DÍAS. REPETIR
 EN CASO DE SER NECESARIO UNA
 SEMANA DESP DEL METOTEXATO

MIDOPROSTOL ABLADO 80 mg x VIA VAGINAL, REPITIENDO
 HASTA 3 DÍAS

TÉCNICA QUIRÚRGICA DE INDUCCIÓN DE ABORTO

DILATACIÓN DEL CUELLO UTERINO Y EVACUACIÓN UTERINA

- LEGITIMO
- ASPIRACIÓN
- DILATACIÓN
- EVACUACIÓN
- LAPAROTOMIA
- HISTERECTOMIA
- AMEO

AMENAZA DE ABORTO

- PROGESTERONA 200-400 mg ~~23/24/25~~
C/12 HRS HASTA 12 SEM
- INDOMETACINA 40-50 mg
VIA RECTAL - 100-200 mg / DÍA 3 (NOCHE)
- VIA ORAL 25-50 mg c/4 o 6 hrs
x 48 hrs
- MIDOPROSTOL x 3 DÍAS
VO 200-600 mg c/3 hrs
VIA VAGINAL 600-800 c/3 hrs

SINDROME OVARIO POLIQUÍSTICO (SOP)

DEFINICIÓN (ENDOCRINOPATIA CARACTERIZADA POR ANOVULACIÓN U OLIGOVULACIÓN)	
EPIDEMIOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • PRINCIPAL CAUSA DE ESTERILIDAD EN MUJERES • PREVALENCIA 6-7% • 31-71. EDAD REPROD
FACTOR DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> • GENÉTICO • ANTECEDENTE MENARCA TEMPRANA • ANTECEDENTE DE SOP • RESISTENCIA A LA INSULINA • OBESIDAD IMC > 35
FISIOPATOLOGIA	<p>↑ LH = HACE QUE NO PRODUCA ESTROGENOS LO QUE PRODUCE → ANDROGENOS (CEL TECA)</p> <p>LO QUE HACE QUE LOS ANDROGENOS ENTREN A LA SANGRE Y LOS LIPIDOS SE VA A PRODUCIR ESTRANOS LO QUE PRODUCE UNA RETROALIMENTACION NEGATIVA QUE NO SE PRODUCE EST Y NO PRODUCE OVULACION Y RETENGA PARA QUE SE FORME LOS QUISTES</p>
MANIFESTACIONES CLINICAS	<ul style="list-style-type: none"> • ACT MENSTRUALES • AMENOREA • OPOMENOREA • HIPERANDROGENISMO <ul style="list-style-type: none"> • ACNE • ALOPECIA • HIRSUTISMO • HIRSUTISMO <ul style="list-style-type: none"> • LINEA ACBA • BARBICHA • ESPALDA • OBESIDAD • VIRILIZACION
DIAGNOSTICO	<ul style="list-style-type: none"> • CLINICA • USG: <ul style="list-style-type: none"> • > 12 QUISTES DE 2-9 MM LABORATORIOS <ul style="list-style-type: none"> • LH = ↑ • FSH = ↓ • GLUCEMIA • INSULINA • LIPIDOS • DHEA • DHEAS • PROLACTINA
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • TIROIDOPATIAS • HIPOTIROIDISMO • SX CUSHING • RESISTENCIA A LA INSULINA • HIPERPROLACTINEMIA • HIPERPLASIA SUPRARRENAL • TUMORES HIPOFISIARIOS
COMPLICACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • ESTERILIDAD • CANCER DE ENDOMETRIO • DIABETES • HIPERPLASIA • ABORTO ESPONTANEO • HIPERTENSION • OBESIDAD

B/S

TRATAMIENTO NO	DIETA (↓ PESO) 1000-1500 KCAL/DIA	EJERCICIO 30-40 MIN	PSICOCOCIA
FARMACOLOGICO			
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	BUSCA EMBARAZADA CLOMIFENO 50-100 mg / DIA GONADOTROPINAS QUIRURGICO (OVARIAN DRILLING)		NO BUSCA EMBARAZADA ANTICONCEPTIVOS = 3-6 MESES ANALOGOS DE PROGESTERONA • ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL 30-40 mcg + 150 mcg 1 / DIARIA DURANTE 21 DIAS • ETINILESTRADIOL + DROSPIREDONA 30 mcg + 3 mg 1 tab DIARIA DURANTE 21 DIAS
	OTRO - METFORMINA (↓ INSULINA) 500-1000 mg/DIA		

CONCLUSIÓN

De acuerdo a lo planteado anteriormente podemos decir que el síndrome de ovario poliquístico es una endocrinopatía e trastorno metabólico donde la hipófisis hace un incremento de la hormona LH inhibiendo la producción de estrógenos y un aumento de andrógenos que genera que no se libere la hormona FSH y no hay ovulación reteniendo para la formación de quistes, el SOP es la principal causa de esterilidad en mujeres en edad reproductiva donde los factores de riesgo pueden ser genéticos, IMC mayor a 35, antecedentes de un familiar con SOP, antecedentes de haber tenido menarca temprana, las manifestaciones clínicas que presenta alteraciones menstruales como amenorrea y opsomenorrea, Virilización por el aumento de andrógenos como el hirsutismo en la (espalda, barbilla, línea alba) alopecia, voz gruesa para el diagnóstico es necesario que cumpla tres criterios: el USG tiene que encontrarse más de 12 quistes de 2-9 mm, que tenga alguna alteración menstrual, y un signo de hirsutismo su diagnóstico diferencial pueden ser tiropatías como hipotiroidismo, síndrome de Cushing o tumores hipofisarios, como enfatiza *Williams Obstetrics*, debe ser integral: tratamientos no farmacológicos como una dieta hipocalórica incorporar manejo de peso con cambios en estilo de vida, control metabólico, corrección de resistencia a la insulina, optimización hormonal y protocolos de reproducción asistida, con vigilancia activa del cuerpo lúteo y la preparación endometrial. A su vez, estudios recientes resaltan la importancia de evitar endometrio preparado únicamente con terapia de reemplazo hormonal, que carece de cuerpo lúteo funcional, especialmente en pacientes con los fenotipos más complejos del SOP. Asimismo, durante el seguimiento obstétrico, es recomendable monitorear factores como longitud cervical, signos de insuficiencia cervical y complicaciones trombofílicas, que afecten a futuro como producir aborto espontáneo, cáncer de endometrio y esterilidad.

El aborto es la terminación espontánea o provocada es la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de que el feto sea viable, generalmente considerada antes de las 20 semanas de gestación o cuando el peso fetal es menor a 500 g, las causas genéticas son de un 50-70% fetales con anomalías cromosómicas y maternas incluyen la edad, patologías endocrinas, tabaquismo etc. La mayoría de los abortos espontáneos ocurren durante el primer trimestre, podemos conocer diferentes tipos de abortos como el inevitable se da a la primera mitad del embarazo, el aborto retenido es cuando el producto ya está muerto y se queda ahí adentro, el aborto recurrente son varios abortos consecutivos y el aborto séptico es cuando hay una infección estos diferentes tipos dan una clínica similar y uno de ellos son los cólicos abdominales De origen lumbalgia puede también haber hemorragia, fiebre, sensación opresiva pélvica, dolor, para su diagnóstico es fundamental un ultrasonido pélvico o endovaginal, así también laboratorios complementarios el tratamiento es para inducir el aborto que son mifepristona, metrotexato, Misoprostol también existen técnicas quirúrgicas para inducir el aborto dentro de ellas está el legrado, la aspiración, la histerectomía, etc. Y cuando se presenta una amenaza de aborto se utiliza la progesterona la indometacina y el misoprostol deduciendo el aborto es un tema muy importante para la actualidad ya que puede tener complicaciones tanto a la madre y al bebé si no se diagnostica antes.