



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITAN DE DOMINGEZ
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA



ABORTO Y SOP

MATERIA: GINECOLOGIA
ALUMNAS: DULCE MARIANA SANTIZ
BALLINAS
SEMESTRE : 6 TO " D "
NOMBRE DEL DOCENTE: DRA. ARELY
GUADALUPE VELASCO AGUILAR

Síndrome de Ovario Poliquístico

Definición Trastorno endocrino y metabólico heterogéneo
Origen: Genético / Factores ambientales

Epidemiología

Prevalencia - 6%

Principal causa de esterilidad en mujeres

Factores de riesgo

- Antecedentes familiares
- Resistencia a la insulina
- Hirsutismo
- ↑ IMC 35 / Obesidad

Criterios

- Hyper Androgenismo: virilización, ACNE crónico, Alopecia
- Alteraciones menstruales
- USG: ≥ 12 quistes (2-9 mm) → cadena de perlas

Cuadro Clínico

- Trastornos Mentales → Amenorrea / Opsomenorrea
- Hirsutismo
- Alopecia
- Acné
- Obesidad

Diagnóstico

- USG
- Clínica
- Laboratorio ↑ LH/FSH

Diagnóstico Diferencial

Sx de Cushing
Tiroidopatías
Resistencia a la insulina
Hiperprolactinemia
Tumores hipofisarios

Tratamiento

Dieta 1000 - 1500 Kcal/día

Ejercicio 30 - 40 min

Metformina: Paciente insulina

Embarazo → Clomifeno
Gonadotropina

Inositol → Mejora ovulación y calidad

ABORTO

¿Qué es?

Terminación espontánea o provocada de la gestación antes de semana 20 de gestación; Expulsión del producto < 500 gramos

Clinica

Hemorragia
Dilatación cervical
Cólico o dolor: zona pélvica

Factores de riesgo

Malformaciones
Insuficiencia cervical
Cauterina
Cafe / alcohol / Tabaco
Hipotiroidismo
Té

Diagnostico

USG transvaginal / pélvico
Estudios: ECG + BH + Q.S

Dx Diferencial

Embarazo ectópico
Embarazo molar
Aborto espontáneo
Infección vaginal

Tipos

Amenaza de aborto → Presencia de hemorragia genital y/o contractilidad uterina, sin modificaciones cervicales.

Aborto Séptico → Cualquier variedad a las que se agrega infección intrauterina.

Aborto Inevitable → Existe hemorragia genital intensa, ruptura de membranas, sin modificaciones cervicales antes de las 20 semanas.

Aborto Retenido → Conocido como aborto diferido; muerte del producto de la concepción; no se expulsa en forma espontánea.

Tratamiento

Aborto farmacológico: Mifepristona 100-600 mg por VO seguido de

Misoprostol 800 ug x vía vaginal

• Metotrexato 50 mg por IM VO + Misoprostol 800 ug

• Misoprostol sublingual → 80 ug por vía vaginal 3 dosis

Tx Amenaza Aborto

→ Progesterona
200-400 mg
C/12 hrs

Inducción de aborto:

- Legado
- Aspiración
- Dilatación y extracción
- Laparotomía