Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Ginecología y Obstetricia

Mapas conceptuales

Presenta

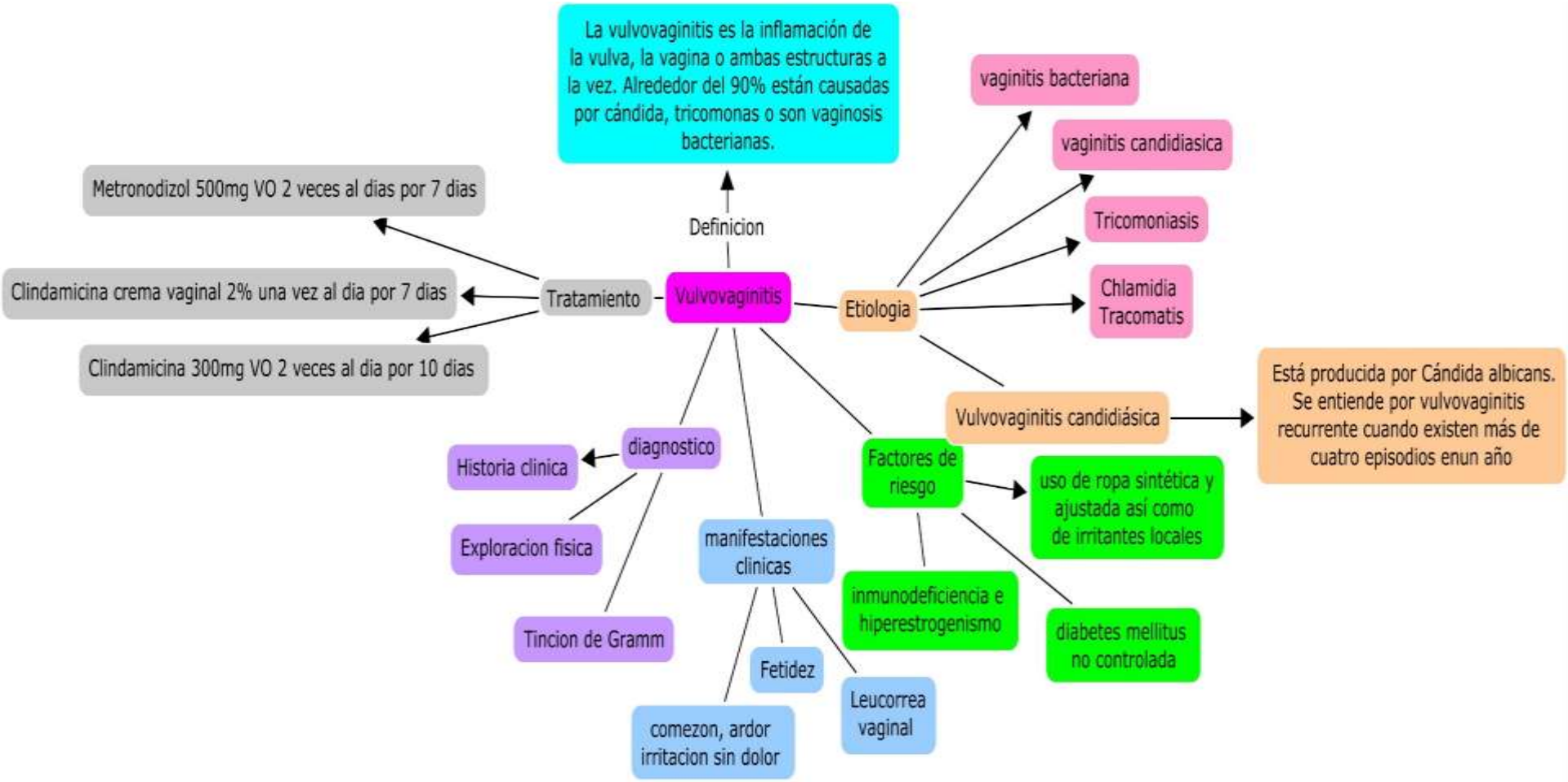
Yessenia Arlette López Hernández

7 semestre grupo "A"

DR. Suarez Martínez Romeo

Comitán de Domínguez, Chiapas

Noviembre 2020


La vulvovaginitis es la inflamación de la vulva, la vagina o ambas estructuras a la vez. Alrededor del 90% están causadas por cándida, tricomonas o son vaginosis bacterianas.
Definicion
Vulvovaginitis
Tratamiento
Metronodizol 500mg VO 2 veces al dias por 7 dias
Clindamicina crema vaginal 2% una vez al dia por 7 dias
Clindamicina 300mg VO 2 veces al dia por 10 dias
Etiologia
vaginitis bacteriana
vaginitis candidiasica
Tricomoniasis
Chlamidia Tracomatis
Vulvovaginitis candidiásica
Está producida por Cándida albicans. Se entiende por vulvovaginitis recurrente cuando existen más de cuatro episodios enun año
diagnostico
Historia clinica
Exploracion fisica
Tincion de Gramm
manifestaciones clinicas
comezon, ardor irritacion sin dolor
Fetidez
Leucorrea vaginal
Factores de riesgo
uso de ropa sintética y ajustada así como de irritantes locales
inmunodeficiencia e hiperestrogenismo
diabetes mellitus no controlada

Bartolinitis

definicion

Es la inflamación e infección de la glándulas vestibulares o glándulas de bartholin en la vulva

etiologia

La mayoría de los gérmenes causales de la bartholinitis son por gérmenes que colonizan la región perineal o gérmenes de trasmisión a través del contacto sexual mientras otras forman parte de la flora normal

- germenes anaerobios
  - -bacteroides
  - -Clostridium
- Germenes aerobios
  - -E.coli
  - -Neiseria gonorreae

Fisiopatologia

- -Características anatómicas de la glándula (congénita)
- -Proceso obstructivo del tipo inflamatorio o infeccioso con acumulación
- -Antecedentes quirúrgicos

Clinica

- -Aparición de un bulto sensible a los lados de la abertura vaginal.
- -Fiebre.
- -Dolor durante las relaciones sexuales.

Diagnostico

- Clínico: Visualización y palpación de masas en parte de vestibulo que puede estar inflamada, indurada y ser dolorosa al palpación
- Dolor postural, dipareunia y fiebre
- Análisis de sanguíneo. No necesaria enquiste o abscesos no comblicados

Tratamiento

- Metronidazol: 400 mg/12 horas + penicilina o eritromicina 2500 mg cada 6 horas durante 7 días
  Amoxicilina/Ac. Clavulanico: 500-875/125 mg cada 8 hrs durante 7 días
  Alergia a penicilina: Doxiciclina 100 mg / 12 hrs + clindamicina 300 mg / 8 hrs durante 7 dias
- Ceftriaxona: 125 mg im en dosis unica
  Cefixima: 400 mg Vo en dosis unica
- Manzipulacion: Incisión vertical de 1,5 a 3 cm en el centro del quiste, produciéndose así drenaje espontaneo del contenido.
  Lavar la cavidad con suero salino y romper las bridas que existan
  Se evierten la paredes y se sutura a la sutura mucosa vestibular con sutura reabsorbible

Sindrome de ovario Poliquistico

Tratamiento

Tratamiento quirúrgico ovárico
- Induce ovulación
- Indicado en pacientes resistentes a clomifeno, o falla de HGC o con efectos sec. importantes
El tratamiento quirúrgico (Ovarian drilling).

Anticonceptivos hormonales.
La ciproterona (2 mg) y la drospirenona (3 mg) se administran en combinación con etinilestradiol (0.035 ó 0.030 mg, respectivamente), en ciclos de 21 días de tratamiento por siete de descanso.

Regularización los ciclos o por trastornos menstruales.
El acetato de medroxiprogesterona a razón de 10 mg durante 7 a 10 días en la segunda fase del ciclo 3 a 6 meses.

Tratamiento nutricional

Los aspectos nutricionales en el SOP consisten en:
Dieta baja en calorías: 1000 a 1200 kcal/día
Reducción de 500 a 1000 kcal/día / cada semana, con respecto a la dieta habitual.
En mujeres obesas dieta baja en carbohidratos y grasas.
Adherencia a la dieta
Actividad física

Definicion

Trastorno endocrino y metabolico heterogéneo, de probable origen genético, influido por factores ambientales como la nutricion y la actividad física.

Fisiopatologia

- Disfuncion neuroendocrina
- Trastorno metabolico
- Disfuncion de la esteroigenesis

Diagnostico

Niveles séricos de testosterona, dehidroepiandrosterona (DHEA) y sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS).
Hormona estimulante del folículo y hormona luteinizante.
Glucemia
Progesterona sérica
Ultrasonografía pélvica o endovaginal.

Manifestaciones clinicas

Los Criterios diagnósticos
-Exceso de andrógénos
-Disfunción ovárica
(oligo-ovulación y/ o Poliquistosis ovárica morfológicamente)
-Hirsutismo

Hirsutismo 60%
Datos de hiperandrogenismo
-Acne 15 %
-Alopecia 5%
-Virilizacion

Amenorrea 60%
Oligomenorrea

Trastornos menstruales

Etiopatogenia

-Predisposicion genética
-Hiperandrognismo
-Antecedente de menarca temprana
-Antecedente familiar del SOP
-Incremento excesivo del IMN al inicio de la menarca
-Sobrepeso y Obesidad
-Enfermedad cardiovascular
-Resistencia a la Insulina
-Diabetes Mellitus tipo 2
-Infertilidad
-Hiperplasia endometrial
-Sindrome metabólico
-Apnea del sueño

Hemorragia puerperal

Definicion

Se define como aquellas perdida sanguinea
500 ml por vía vaginal
1.000 ml por cesárea

primaria o posparto

La HPP primaria o inmediata es aquella que se produce dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto. Aproximadamente el 70% de los casos de HPP inmediata se producen debido a atonía uterina.

Secundaria o tardia

La HPP secundaria o tardía, se produce entre las 24 horas y 6 semanas posparto. La mayoría de los casos de HPP tardía se deben a la retención de productos de la concepción, infección oambas

Etiologia

La atonía uterina es la causa más común e importante de HPP . El mecanismo primario de hemostasia inmediata luego del parto es la contracción miometrial, que produce la oclusión de los vasos sanguíneos uterinos miometriales que pasan entre las células musculares del útero

4 Ts

- Trombina
- Tono
- Tejido
- Trauma

Factores de Riesgo

-Cicatieces previas
-Edad materna >35años
-Polihidramnios
-Embarazo multiple
-Multiparidad
-Malnutricion materna
-Anemia materna
-HAS
-DM
-LES

Diagnostico

Signos: TA sistólica cifra tensional sea 100-80/ 80-70/ 70-50
Síntomas: indican hemorragia.
Leve: debilidad, sudor, taquicardia.
Moderada: palidez, oliguria.
Grave: shock, fallo renal con anuria, disnea,
Síndrome de Seehan en el puerperio inmediato.

Tratamiento

Atonia uterina
Oxitocina: 20 u en 500 ml SG (Sf o RL)
Ergometrina:
0.2 a 0.5 mg IM (dosis unica) revalorar 10 min
Carbetocina 100mcg IV en bolo DU.
Misoprostol:
800 a mil mcg rectal DU

Enfermedad Pelvica Inflamatoria

Definicion

es un síndrome clínico frecuente que engloba la patología infecciosa del tracto genital superior.
Generalmente es el resultado de una infección ascendente desde endocérvix, pudiendo llegar a afectar en su evolución al endometrio (endometritis), miometrio (miometritis), trompas (salpingitis), ovarios (ooforitis), parametrios (parametritis) y peritoneo pélvico (pelviperitonitis)

Factores de riesgo

Población adolescente: presentan un riesgo relativo 3 veces mayor de EIP debido a prácticas sexuales de mayor riesgo

Colocación de un dispositivo intrauterino (DIU): especialmente en las tres semanas posteriores a su inserción, y cualquier maniobra diagnóstico-terapéutica endouterina, como histerosalpingografía (HSG) o histerosopia; en estos casos, el agente causal no será Neisseria gonorrhoeae ni Chlamydia trachomatis

Antecedente de EIP: factor predisponente para nuevos episodios tanto por persistencia de los factores de riesgo como por pareja no tratada

Los métodos anticonceptivos de barrera, y los hormonales (por la modificación que provocan en el moco cervical) actúan como factores protectores para EIP.

Cuadro clinico

-Temperatura oral > 38°C.
- Secreción mucopurulenta cervical o vaginal.
- Presencia de abundantes leucocitos en el exudado vaginal en muestra directa con suero salino o Gram.
- Aumento de la velocidad de la eritrosedimentación y/o PCR, no son específicos (16).
- Diagnóstico microbiológico de infección endocervical por Neisseria gonorrhoeae o Chlamydia trachomatis. Si el resultado

Dolor a la movilización del cuello uterino.
- Dolor a la palpación anexial.
- Dolor / sensibilidad uterina.

Cuadro clinico

-Dispareunia profunda,
-sangrado genital anormal
-disuria atípica
-náuseas
-vómitos.

-dolor hipogástrico
-generalmente sordo y bilateral siendo característico que aparezca durante o inmediatamente después de la menstruación y que se agudice con la maniobra de Valsalva.

Tratamiento

El tratamiento antibiótico debe cubrir a los dos gérmenes citados anteriormente e incluye 2 g de Azitromicina más Ceftriaxona 250 mg IM (si existe sospecha de gonococo) como dosis única, excepto en los casos debidos a instrumentación uterina, en los que no será necesario realizar profilaxis antibiótica a las parejas.

Tratamiento ambulatorio. El tratamiento ambulatorio está indicado en cuadros leves o moderados, con reevaluación de la paciente a los 3-5 días del inicio de la sintomatología e ingreso hospitalario en caso de no mejoría.