



# **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

## **ESCUELA DE MEDICINA**

**Ana Laura Villatoro Ortiz**

**Clínica de Ginecología y Obstetricia**

**Semestre: 7°**

**Grupo: "B"**

**Dr. Romeo Suarez Martínez**

**Comitán de Domínguez, Chiapas**

**a 26 de Noviembre del 2020.**

“VULVOVAGINITIS”

Tipos

Candidosis vulvovaginal (CVV) implica la inflamación de la vagina que frecuentemente involucra vulva, causada por la acción patógena de Candida sp.

Manifestaciones Clínicas

Criterios para diagnóstico:  
\*Secreción vaginal sin olor desagradable  
\*Observación de levaduras o pseudohifas en el frotis de exudado vaginal

**Complicada:**  
Cuando a la exploración se encuentra eritema vulvar extenso, edema, escoriaciones y fisuras y la CVV recurrente (cuando ha habido 4 o más episodios de candidosis vulvovaginal en un periodo de un año)

**No Complicada:**  
Mujeres previamente sanas con sintomatología de leve a moderada y sin antecedentes de síntomas persistentes o recurrentes

Tratamiento

Tratamiento

**CVV complicada:**  
Fluconazol 150 mg V.O. 1 dosis y repetir a las 72 hora segunda dosis

**CVV no complicada:**  
Nistatina 100,000 U, 1 tableta u ovulo vaginal por 14 días o Fluconazol 150 mg V.O. una dosis única.

# “BARTOLINITIS”

Es la inflamación de las glándulas vestibulares mayores o de Bartholin.

Manifestaciones Clínicas

Tumoración vulvar  
Dolor local  
Aumenta la temperatura local.  
Dispareunia.  
Leucorrea

Tratamiento

Tratamiento médico +  
tratamiento antiinflamatorio

- Baños de asiento.
- Compresas calientes.
- Analgésico.
- Antibióticos (Penicilina, Amoxicilina y Dicloxacilina, Clindamicina, Metronidazol, Cefalosporinas o Quinolonas, Clindamicina y Ciprofloxacino).

**“ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA”**

Síndrome clínico que consiste en dolor abdominal bajo, flujo vaginal y que se presenta por la infección ascendente de gérmenes procedentes del cérvix.

Manifestaciones Clínicas

Dolor abdominal.  
Leucorrea.  
Sangrado irregular.  
Antecedentes de dispositivo intrauterino (DIU).

Tipos

**CASO SOSPECHOSO**

Mujer con dolor bajo de pelvis con o sin síntomas acompañantes: flujo vaginal, dispareunia, metrorragia, disuria, dolor durante la menstruación, fiebre y ocasionalmente náuseas y vomito.

**CASO DEFINITIVO**

Mujer con dolor bajo de pelvis con o sin síntomas acompañantes y en quienes se corroboren por cultivo, técnicas de gabinete o pruebas de PCR los siguientes agentes: Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis, Gram negativos, anaerobios y estreptococos.

Escalas

Grado I (leve): No complicada, sin masa anexial ni datos de abdomen agudo ni irritación peritoneal.  
Grado II (Moderada): Complicada, presencia de masa anexial o absceso que involucra trompas y/o ovarios. Con o sin signos de irritación peritoneal.  
Grado III (Grave o severa): Diseminada a estructuras pélvicas: absceso tubo-ovárico roto o pelvi peritonitis o con datos de respuesta sistémica.

Tratamiento

**FARMACOLÓGICO**

\*Levofloxacino 500 mg diario por 14 días más Metronidazol 500 mg V.O. c/12 horas por 14 días.  
\*Clindamicina 450 mg V.O. c/6 horas por 14 días.  
\*Cefoxitina (2g IM dosis única) más probenecid 1 g V.O. administrado conjuntamente con la dosis única, más doxiciclina 100 mg V.O. 2 veces al día por 14 días.

**NO FARMACOLÓGICO**

Considerar el manejo quirúrgico en los siguientes casos:  
Fiebre persistente y bacteriemia, abdomen agudo, íleo persistente.

## “HEMORRAGIA PUERPERAL”

**DIAGNÓSTICO**  
USG transvaginal u abdominal

Pérdida sanguínea de más de 500 ml posterior a un parto vaginal, o la pérdida de más de 1000 ml posterior a una cesárea.  
Disminución del nivel de hematocrito de 10%

Manifestaciones Clínicas

### TRATAMIENTO

Mantener en reposo absoluto.  
Vigilancia estrecha de los signos vitales.

Vigilar si hay pérdidas transvaginales.

Realizar ultrasonido de control cada 2 semanas o en caso de presentar sangrado que no ponga en peligro su vida.

Cruce sanguíneo actualizado.

Mantener a la paciente con hemoglobina por arriba de 11 mg/dL realizando BH cada 7 horas.  
Dexametasona 6 mg IM c/12 hrs 4 dosis.

Atonía uterina Oxitocina 20 UI en 500 ml de sol. glucosada.

**Placenta previa:** Sangrado transvaginal activo indoloro, de cantidad variable y que se presenta al final del segundo trimestre del embarazo, habitualmente sin actividad uterina y/o posterior al coito. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta; hipertonía uterina o polisistolia y sangrado transvaginal que se acompaña de dolor abdominal y repercusión fetal en grado variable, con o sin trabajo de parto, así como presencia de factores de riesgo.

**Ruptura uterina:** Dolor súbito a nivel suprapúbico, acompañado de hipotensión y taquicardia, pérdida de la presentación, alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal que indique compromisos en diferentes grados e incluso la muerte fetal.

**Atonía uterina:** En el postparto inmediato: la presencia de sangrado transvaginal, abundante, rojo rutilante, constante y útero flácido con poca o nula respuesta a la estimulación manual.

## “SNDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS”

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

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Trastornos menstruales, siendo los más frecuentes:

Amenorrea,  
Opsomenorrea

Datos de hiperandrogenismo:

- Hirsutismo
- Acné
- Alopecia.
- Virilización.

### DIAGNÓSTICO

Niveles séricos de testosterona, dehidroepiandrosterona (DHEA) y sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS).

Hormona estimulante del folículo y hormona luteinizante.

Razón LH/FSH ( $>2$ ).

Glucemia e insulina.

Progesterona sérica (estudio de ovulación).

Ultrasonografía pélvica o endovaginal.

### TRATAMIENTO

Los anticonceptivos orales combinados son el tratamiento de primera línea. Lo más recomendado son los de bajas dosis, que contiene etinilestradiol de 20 mcg.

El acetato de medroxiprogesterona a razón de 10 mg durante 7 a 10 días en la segunda fase del ciclo durante 3 a 6 semanas □ Indicado cuando el objetivo es regularización de los ciclos o por trastornos menstruales.

Dentro del farmacológico se cuenta con:

Anticonceptivos hormonales.

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