



Universidad del Sureste Escuela de Medicina

Título del trabajo:

Mapas.

Presenta:

Guzmán Santis Nancy Carolina

Nombre de la asignatura: Ginecología y Obstetricia

Semestre y grupo: Séptimo Semestre Grupo B

Nombre del profesor: Dr. Romeo Suarez Martinez

Comitán de Domínguez, Chiapas. Noviembre 2020

vulvovaginitis



Inflamación de la mucosa vaginal, cuya causa generalmente se debe a infecciones:

Hongos (Cándida)

Bacterias (Vaginosis)

Protozooario (Tricomonas vaginalis)

M.O frecuentes



Gardnerella vaginalis
Estreptococo grupo B
Candida Albicans

Caracteriza



Aumento en cantidad de la secreción vaginal (Flujo)
Prurito, ardor
Irritación
Disuria, dispareuria

Vaginosis Bacteriana



No está considerada como una ITS



Factores de riesgo



Lavado vaginal (Duchas)
Cunnilingus receptivo
Raza negra
Reciente cambio de pareja sexual
Tabaquismo
Uso de anticonceptivos hormonales
Presenta ITS: Clamidia/Herpes
Se ha descrito en mujeres virgenes



50% asintomática
Cuando hay manifestaciones:
Flujo/Leucorrea vaginal fluida blanca o grisácea
Fetidez y olor a pescado
Sin dolor, comezón, picazón o irritación

Vaginitis por Candida Sp



Factor predisponente



Diabetes descontrolada
Uso de anticonceptivo oral
Obesidad
Empleo reciente antimicrobianos
Uso cortico esteroides, quimioterapia
Inmunocomprometidos

Manifestaciones



Inflamación vulvovaginal
Fisuras
Secreción adherente a la mucosa, blanquecino con grupos (Queso cottage)
No fetidez
Eritema o enrojecimiento importante
Pruriginosa
Molestia al Orinar

Vaginitis por Tricomona V



ITS

Flujo anormal o leucorrea amarillenta abundante, espumosa, gaseosa
Fetidez, disuria
Dolor pélvico bajo
Vulvitis, vaginitis (edema, eritema, cervicitis)
Cuello uterino en fresa o puntilleo rosado

Chlamydia Trachomatis



ITS

Infección genital originada por una bacteria con afinidad por mucosa (Uretra, endocervix, faringe y conjuntiva) con alta prevalencia de complicaciones como: Embarazo ectópico, EPI, infertilidad.
Considerada ITS

Sospechar Chlamydia

Pte. Asintomática o con ardor al orinar
Dolor en hipogastrio
Prurito y escozor vaginal durante el coito
Leucorrea amarilla
Fetidez



tratamiento

Vaginosis Bacteriana

Dar tratamiento a mujeres con VB cuando:

- Sean Sintomáticas
- Asintomáticas que serán programadas para procedimientos quirúrgicos
- Asintomáticas que deseen tratarse

El tratamiento de elección para VB es:

- 1) Metronidazol de 400 o 500 mg, vía oral dos veces al día por 5-7 días;
- 2) Metronidazol* 2g vía oral en un sola dosis
- 3) Metronidazol local vaginal por 5 días

Como tratamiento alternativo están:

Tinidazol o clindamicina simple.

El tratamiento alternativo esta el uso de:

- 1) Tinidazol 2 gr orales por dos días o 1 grm oral por 5 días.
- 2) Clindamicina 300 mg oral por 7 días
- 3) Clindamicina local vaginal 100 mg por 3 días

La clindamicina y el tinidazol (2 gr en dosis única) han demostrado ser efectivos para tratar la VB.

Como tratamiento alternativo (en caso de alergia o intolerancia al metronidazol) se puede usar:

- 1) Clindamicina crema vaginal al 2%, una vez al día por 7 días;
- 2) Clindamicina 300 mg, oral dos veces al día por 7 días.

Tricomona Vaginal

El tratamiento de elección de las VT es:

- 1) Metronidazol oral 500 mg, dos veces al día por 7 días.
- 2) Metronidazol oral 2 gr, en dosis única

El tratamiento alterno de las VT es:

Tinidazole 2 gr en una dosis única

Candidiasis vaginal

Todos los azoles tópicos y orales así como la nistatin local, tienen una efectividad alrededor del 80% en el tratamiento de candidiasis vulvovaginal no complicada.

El uso de azoles por cualquier vía de administración (oral o vaginal) está justificado.

El uso de azoles está recomendado en candidiasis sintomática (itraconazol, ketoconazol, fluconazol).

El uso de azoles * para tratamiento de la candidiasis vulvovaginal no complicada, debe ser a través del uso de:

Tratamiento tópico

- 1) Miconazol** crema 2%, una aplicación (5 gramos) en vulva y vagina al día, durante 7 días
- 2) Nistatina óvulos o tabletas vaginales de 100, 000 U, una aplicación vaginal al día, durante 14 días

Tratamiento oral

Fluconazol cápsulas 150 mg en una dosis única o Itraconazol cápsulas 200 mg cada 12 horas por 1 día.

* Contraindicados en el embarazo y lactancia.

** Los azoles tópicos pueden causar irritación vulvovaginal, misma que debe considerarse si persisten los síntomas.

** Daña los condones y diafragmas de látex.

Vaginitis candidiasica recurrente

El tratamiento de elección para VC recurrente:

Inducción: Ketoconazol* tabletas de 200mg, media tableta al día por 14 días.

Miconazol crema 2%, 1 aplicación intravaginal diaria por 14 días.

Mantenimiento: Ketoconazol* tabletas de 200mg, media tableta al día por 6 meses.

Itraconazol* oral 50 a 100 mg diario por 6 meses

Fluconazol* capsulas de 100 mg, una vez a la semana por 6 meses.

Chlamydia T

Los medicamentos aceptados para el tratamiento de CHT son:

Azitromicina 1 g oral en una sola dosis. / Doxicliclina 100mg VO 2 veces al dia x 7 dias.

El régimen alternativo es:

Eritromicina base 500 mg cada 6 hrs por 7 dias. / **Levofloxacin**a 500 mg VO una vez al dia x 7 dias / **Ofloxacin**a 300mg cada 12 hrs x 7 dias.

bartolinitis

Definición

Es la inflamación e infección de las glándulas vestibulares mayores o las de Bartholin

Tratamiento

1. Médico
2. Quirúrgico: Conservador / Radical
En casos de infección de la glándula, se debe mejorar las condiciones de la paciente con analgésicos antiinflamatorios e iniciar con el esquema de antibióticos de acuerdo con la causa de origen prevalente

Etiología

Aerobios positivos:

Más frecuentes

Estafilococos

Streptococo

Enterococos fecalis

Más prevalentes:

Escherichia coli

Proteus

Klebsiella

Manifestaciones clínicas

Tumoración vulvas generalmente localizada a nivel de la horquilla o como a las 4 del reloj

Dolor local que aumenta al caminar o estar sentado

Aumento de la T° local

Dispareuria (Dolor en la relación sexual)

Leucorrea en casos de infecciones transmisionsexual

Médico

Tratamiento antiinflamatorio:

Baños de asiento

Compresas calientes

Analgésicos

Antibióticos

Antibióticos recomendados:

Penicilina

Amoxicilina sola o con ácido clavulánico

Dicloxacilina

Clindamicina (Pte. Alergico a penicilina)

Metronidazol

Cefalosporinas o quinolonas

Clindamicina sola o en casos graves o falta de respuesta se recomienda asociarla: Gentamicina o metronidazol

Quirúrgico

Incisión – drenaje

Marzupilación

Fistulización o colocación de catéter

Aspiración con aguja

Escleroterapia con alcohol

Uso de nitrato de plata

Uso de bióxido de carbono

enfermedad pélvica inflamatoria

Definición

Síndrome clínico que consiste en dolor abdominal bajo, flujo vaginal y que se presenta por la infección ascendente de gérmenes procedentes del cérvix con mayor incidencia en las mujeres con prácticas sexuales de riesgo con un espectro de gravedad desde muy leve hasta potencialmente letal, incluyendo endometritis, parametritis, salpingitis, ooforitis, absceso tuboovarico y peritonitis

Caso sospechoso

Toda mujer que presente dolor abdominal bajo con o sin síntomas acompañantes

Caso Definitivo

Toda mujer que presente dolor abdominal con o sin síntomas agregados y cultivo de secreción vaginal positivo a *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Estreptococo*

Tratamiento

El tratamiento empírico de EIP debe iniciarse en los casos sospechosos:

1. mujer joven < de 24 años
2. sexualmente activa
3. con riesgo de enfermedad de transmisión sexual y con dolor pélvico con uno ó más criterios en el examen pélvico:

- Dolor a la movilidad del cérvix
- Dolor uterino
- Dolor anexial

El tratamiento en pacientes con EIP leve a moderada con tratamiento ambulatorio se reporta alguna de las siguientes alternativas:

- Ofloxacina 400 MG VO cada 12 horas
- ó **levofloxacina** 500 MG diario por 14 días más metronidazol 500 MG VO cada 12 horas por 14 días
- ó **clindamicina** 450 MG VO cada 6 horas por 14 días.

Manifestaciones clínicas

- Dolor abdominal bajo
- Dispareunia
- Leucorrea
- Sangrado transvaginal anormal
- Fiebre

Al examen ginecológico realizar examen bimanual en población sexualmente activa con riesgo de enfermedad de transmisión sexual y dolor pélvico en busca de uno ó más criterios en el examen pélvico:

- Dolor a la movilidad del cérvix
- Dolor uterino
- Dolor anexial

Principales Gérmenes

Chlamydia trachomatis y *Neisseria gonorrhoeae*

hemorragia puerperal

Definición

Cualquier pérdida sanguínea que tiene el potencial de causar inestabilidad hemodinámica, sin embargo ésta definición no considera la cantidad de sangrado solo las condiciones hemodinámicas, tradicionalmente se ha considerado a la hemorragia postparto como la pérdida de 500ml de sangre postparto y 1000ml trans y postcesárea, ya que las pérdidas permisibles varían de acuerdo a las condiciones previas de la paciente

Manifestaciones

Sangrado incontrolable
Descenso de la presión arterial
Aumento de la frecuencia cardíaca
Disminución del recuento de glóbulos rojos
Inflamación y dolor en la vagina y las zonas cercanas, si el sangrado es producido por un hematoma

Tratamiento

Atonía Uterina

Tener dos vías parenterales permeables de preferencia calibre 14 – 16

Administración inmediata de oxitócicos y reposición de volumen con cristaloides, coloides y derivados

Los Agentes uterotonicos deber ser la primera línea de tratamiento:

Oxitocina 20 U en 500 ml de solución glucosada (La oxitocina se precipitan en solución fisiológica) en otra vía permeable se puede usar solución fisiológica o ringer lactato, para reponer volumen en infusión continua.

Ergometrina 0.2 a 0.5mg IM dosis Única

Pte. Con alto riesgo de atonía uterina utilizar Misoprostol 800 a 1000 mcg rectal DU.

Manejo de pérdida sanguínea masiva

Via periférica permeable catéter No. 14

Antes de iniciar reposición de volumen tomar muestra sanguínea para solicitar laboratorio B.H, grupo y Rh, pruebas de coagulación, incluyendo fibrinógeno

Restaurar volumen circulante.

Cantidad recomendada de cristaloides guardara una proporción de 3:1 con relación a las pérdidas medidas o estimadas

Entibie los fluidos de resucitación a 37°C o t° ambiente.

Se recomienda transfusión de paquete globular cuando las concentraciones de hemoglobina sean <6 g/dL o menores a 10g/dl y exista una pérdida rápida de sangre

Recomienda transfusión de plaquetas con sangrado y cuenta de plaquetas de 75x10 L

Dosis recomendada de plaquetas

Una unidad de plaquetas por cada 10 kg de peso corporal (Por cada unidad transfundida se eleva el recuento entre 500 y 10,000/mm

Causa más frecuente

Atonía uterina

Factores de riesgo para atonía uterina

- Sobredistensión uterina (causada por embarazo multifetal, polihidramnios o macrosomía fetal)
- Trabajo de parto prolongado o disfuncional
- Gran multiparidad (parto de ≥ 5 fetos viables)
- Anestésicos relajantes
- Trabajo de parto rápido
- Corioamnionitis

Otras causas de hemorragia

- Laceraciones del tracto genital
- Extensión de una episiotomía
- Rotura uterina
- Trastornos hemorragíparos
- Tejidos placentarios retenidos
- Hematoma
- Inversión uterina
- Corioamnionitis
- Subinvolución (involución incompleta) del sitio placentario (que en general se produce rápidamente, pero que puede tardar hasta 1 mes del parto)

Tratamiento qx. Atonia uterina

Desarterialización escalonada del útero
Ligadura de arterias hipogastricas
Técnica de B Lynch

síndrome ovario poliquístico

Manifestaciones clínicas

Trastornos menstruales:
Amenorrea y opsomenorrea

Datos de hiperandrogenismo:
Hirsutismo. Acné, alopecia y virilización (Aparición de caracteres sexuales masculinos exagerados)

Obesidad

Factores de riesgo

Antecedentes menarca temprana

Antecedente de SOP

Aumento excesivo de IMC al inicio de la menarrea

Definición

Trastorno endocrino/Metabólico heterogéneo, de probable origen genético, influido por factores como nutrición/ actividad física

Nutrición

Dieta baja en calorías

Disminuir carbohidratos y grasas

Anticonceptivos hormonales:

Mejoraran el hirutismo en un 60-70% y el acné en 90%

Ciproterona 2 mg

Drospirenona 3 mg junto etinilestradiol (0.035-0.030 mg)

Ciclos de 21 días por 7 de descanso

Pte. Resistencia Insulina

Metformina

Tiazolinedionas (Pioglitazona/Rosiglitazona)

Perido de 6 meses

Mejoran la resistencia a insulina

Disminuyen el hiperandrogenismo

Tratamiento

Pte. Sin deseo de embarazarse:

Cambios en estilo de vida

Anticonceptivos orales

Agentes antiandrogenicos

Farmacos: Etinilestradiol 20 mcg por 6 meses, junto con acetato medroxiprogesterona 10 g 7-10 días (Debe de dar en la 2da fase del ciclo menstrual durante 3 6 meses

(Indicado para regular los ciclos menstruales, trastornos menstruales)

Tratamiento Hirsutismo

Espironolactona 100-200mg/día (Sola o acompañada con estrógenos/prostageno)

Flutamide 250 mg

Finasterida 2.5 – 5 mg/día