



**Universidad del Sureste**

**Escuela de Medicina**

**Título del trabajo:**

**Mapas mentales de ginecología**

**Nombre del alumno: Ricardo de Jesús Aguilar Felipe**

**Nombre de la asignatura: Clínicas de ginecología y obstetricia**

**Semestre y grupo: 7mo semestre grupo "A"**

**Nombre del profesor: Dr. Romeo Suárez Guillén**

**Lugar y fecha**

**Comitán de Domínguez, Chiapas a 27 de noviembre de 2020**

# VULVOVAGINITIS

Definición

es la inflamación de la vulva, la vagina o ambas estructuras, a la vez.

CANDIDIASICA

Representa el 25% de las vaginitis. Está producida por *Candida albicans*

Clínica

Prurito intenso, acompañado de leucorrea blanquecina en forma de grumos y no maloliente. Produce eritema, edema vulvar y dispareunia.

Tratamiento

El tratamiento tópico suele oscilar entre 3 - 7 días o regimen monodosis (clotrimazol).  
Tratamiento sistémico: fluconazol (150 mg unidosis) y el itraconazol (200 mg/día 1 - 3 días)

VAGINOSIS BACTERIANA

Debido al aumento de *Gardnerella vaginalis* y otros anaerobios y la disminución de lactobacillus.

Clínica

Es característico el flujo maloliente (pescado) de color blanquecino-grisáceo, fluido, homogéneo y cantidad moderada. Se asocia a prurito vulvar, sensación de color o ardor y dispareunia.

Tratamiento

Metronidazol 500 mg/12h/7días;  
clindamicina crema 2% 5g intra vaginal diaria/ 7 días

TRICOMONIASIS

La *Trichomona vaginalis* es un parasito protozoario anaerobio, que tiene su ubicación en el tracto genital. Constituye el 15-20% de todas las vaginitis

Clínica

Se caracteriza por la existencia de una secreción vaginal profusa, abundante, de color gris-amarillento-verdoso, fluida, espumosa y maloliente.

Tratamiento

El tratamiento debe ser simultáneo en la pareja. Incluye Metronidazol 2g VO dosis única o Metronidazol 500 mg/12h/7 días o Tinidazol 2g VO DU.

# BARTHOLINITIS

Definición

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

Absceso

Acumulación de pus secundario a la infección, que forma una protuberancia en una de las glándulas resultando ser muy dolorosa

Quiste

Retención de las secreciones y crecimiento de la glándula formando una tumoración en la vagina, generalmente asintomática

Etiología

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

Anaerobios

Bacteroides  
Clostridium perfringens  
Peptostreptococos  
Fusobacterium

Aerobios

E.coli  
Neisseria gonorrhoeae  
Estafilococo aureus  
Estreptococo feacalis  
P. aeuroginosa  
Chlamidya trachomatis

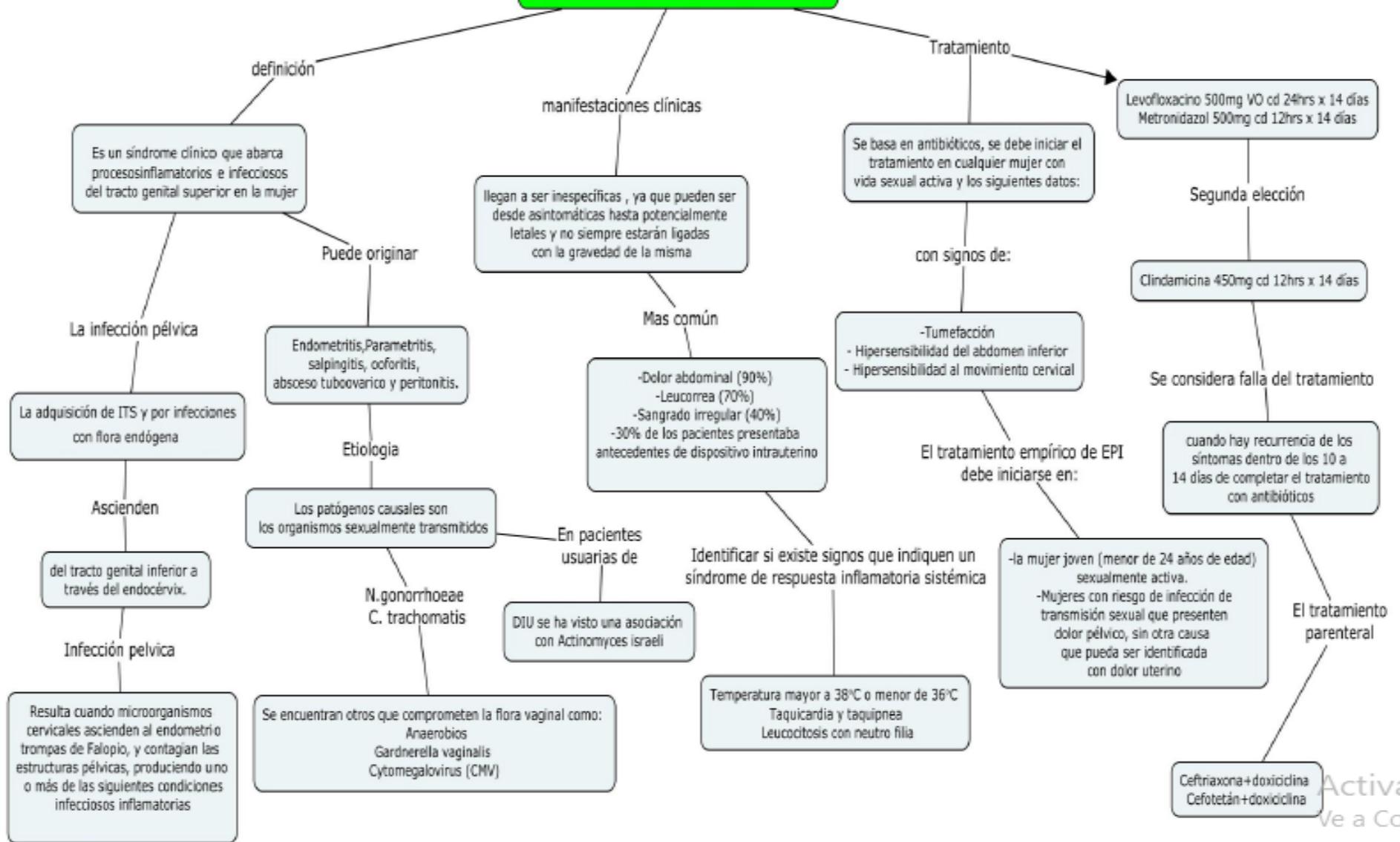
Clínica

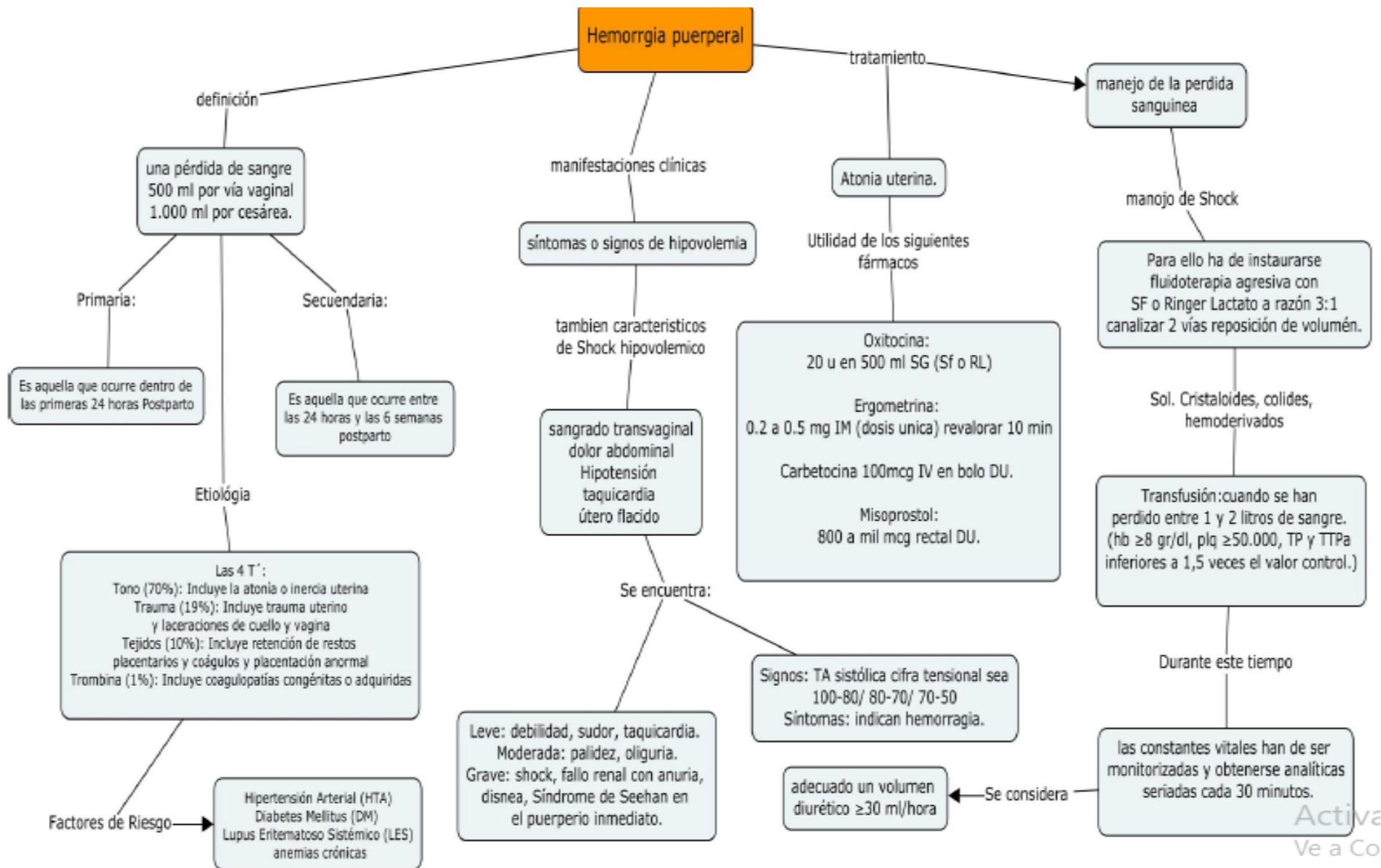
Dolor intenso en fase aguda que impide la deambulación normal.  
Vulva con labios mayores edematosos, enrojecidos y calientes.  
Al tacto se puede sentir un nódulo, que al presionarlo elimina pus

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  
En pacientes con gonorrea:  
Ceftriaxona: 125 mg im en dosis unica  
Cefixima: 400 mg Vo en dosis unica

# ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA





# Síndrome ovarios poliquísticos

Definición

Hiperandrogenismo ovárico funcional o anovulación crónica hiperandrogénica

Trastorno endocrino y metabólico

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

Fisiopatología

Tres tipos de alteraciones:  
-Disfunción neuroendocrina  
-Trastorno metabólico  
-Disfunción de la esteroidogénesis y foliculogénesis ovárica.

Etiología

-Predisposición genética  
-Hiperandrogenismo  
-Antecedente de menarca temprana  
-Antecedente familiar del SOP  
-Sobrepeso y Obesidad  
-Resistencia a la Insulina  
-Diabetes Mellitus tipo 2  
-Síndrome metabólico

manifestaciones clínicas

Trastornos menstruales:

Principalmente

-Amenorrea 60%  
-Oligomenorrea

Clinicamente

-Hirsutismo 60%  
Datos de hiperandrogenismo  
-Acné 15 %  
-Alopecia 5%  
-Virilización

Tratamiento

Tratamiento farmacológico

Atender los problemas específicos (Motivos de consulta):

Hirsutismo, acné, obesidad, trastorno menstrual y de la fertilidad.

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.

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.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

- Induce ovulación  
- Indicado en pacientes resistentes a diomifeno o falla de HGC o con efectos sec. importantes

Px sin deseo de embarazo: basado en los cambios en el estilo de vida anticonceptivos orales y agentes anti androgénicos.

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