



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Título del trabajo:

“Mapas conceptuales ”

Nombre del alumno: Eduardo Meza Ozuna

Nombre de la asignatura: Ginecología y Obstetricia

Nombre del profesor: Dr. Romeo Suarez Martínez

SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS

Trastorno endocrino y metabólico heterogéneo, de pb origen genético

Características principales

- Datos de hiperandrogenismo
- Trastornos menstruales
- Obesidad central + RI
- Anovulación y múltiples quistes ováricos

Laboratorios

Aumento de LH y disminución de FSH
relación 3:1

Criterios diagnósticos

Criterios de Rotterdam:

- 1.-Anovulación
- 2.-Hiperandrogenismo bioquímico
- 3.-Ovarios poliquísticos

USG

Más de 12 quistes de 2-9 mm y/o volumen ovárico aumentado

Etiología

- Genético
- Ambiental
- Hormonal

Tratamiento

- Cambios en el estilo de vida
- Anticonceptivos orales
- Antiandrogénicos → espironolactona
- Metformina

Manifestaciones clínicas

- Acne, hirsutismo, obesidad central + resistencia a la insulina (pb DM)
- Trastorno menstrual (oligomenorrea)

SOP

Aumento de LH y disminución de FSH

- Mujer joven + Acne/hirsutismo + oligomenorrea + obesidad central + RI

CARACTERÍSTICAS	CANDIDA	TRICOMONA	VAGINOSIS BACTERIANA
Agente	Candida Albicans	Tricomona Vaginalis	Gardanella Vaginalis
Sintomas	Prurito + dolor + dispareunia (+) Leucorrea no mal oliente	Leucorrea mal oliente Dispareunia (+) Dolor (-/+)	Leucorrea mal oliente(+++) y abundante No prurito, no dolor
Flujo o exudado vaginal	Blanco grumoso en agregados adherentes Tipo requesón (++)	Amarillo-verdoso Poco viscoso Espumoso (++)	Blanco grisáceo Mal oliente (+++) Homogeneo
Cervix	Eritema vulvovaginal Edema vulvovaginal	Eritema vulvovaginal lesional Cervix en fresa (+++)	No hay inflamación por eso es vaginosis
PH	No aumenta <4.5	>4.5	> 4.5
Test de aminas KOH	-	-/+	++++
Tratamiento	No gestante → Fluconazol 150 mg VO DU Gestante → Clotrimazol/Miconazol topico Sufrexal combi óvulos 1 diario por 7 días	Metronidazol 500 mg c-12 hrs x días VO -Tinidazol 500 mg c-12 hrs	Metronidazol 500 mg VO Clindamicina 300-450 mg VO C-6 HRS X 10 DIAS TREXEN DUO

ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA

Definición

Es un sx clínico que consiste en dolor abdominal + flujo vaginal, que se presenta por infecciones ascendentes

- EPI → Infección de las trompas, ovario y útero producido por vía ascendente

Agentes etiologicos

- Chlamydia tracomatis mas fcte.
- N.Gonorreae
- Actinomises Isrrraeli

Factores favorecedores

- Promiscuidad sexual → ETS aumenta el riesgo de EPI
- DIU
- EPI Previa
- Edad joven (15-39 años)

Datos clínicos EPI

- Dolor abdominal bajo, sordo e intenso
- Dispareunia
- Leucorrea
- Sangrado transvaginal anormal
- Fiebre, vomitos, nauseas
- Disuria

Exploración física

- DOLOR A LA MOVILIZACION CERVICAL
- Dolor uterino
- Dolor anexial

Caso sospechoso → mujer con dolor abdominal bajo con o sin síntomas acompañantes

Caso definitivo → Toda mujer con dolor abdominal bajo con o sin síntomas agregados y cultivo vaginal (+)

Clasificación EPI

Grado I (leve): no complicada

- 1.-Sin masa anexial
- 2.-Ni datos de abdomen agudo ni irritación peritoneal

Grado II (Moderado): complicada

- 1.-Con masa anexial o absceso que involucra trompas y ovarios
- 2.-Con o sin signos de irritación peritoneal

Grado III (Grave):Diseminada a estructuras pélvicas

- 1.-Absceso tuboovarico roto o pelviperitonitis + datos de SIRS

-Hospitalizacion

- Antibioticoterapia IV con doble esquema → Ofloxacin iv + clindamicina
- Cirugía o LAPE SI SE REQUIERE

HEMORRAGIA PUERPERAL

SE encuentra en el top 5 de las causas por muerte materna

Definición

Perdida sanguínea >500 ml parto vaginal y > 1000 ml por cesárea

Clasificación

-primaria → <24 hrs
-Secundaria 24 hrs-12 sem

Principales causas

1.-TONO UTERINO:
Es la causa #1 de atonía uterina, puede ser secundario a deterioro de la contractilidad o por distensión uterina

2.-TEJIDO RETENIDO:

Ocurre mayormente en anomalías de la implantación (acretismo)

3.-TRAUMATISMO

Por laceración del aparato genital o por lesión quirúrgica

4.-TROMBINA:

Coagulopatías o hemofilias congénitas o adquiridas, Sx HELLP

Cuadro clínico

En todos los casos las ptes presentan sangrado uterino, de primera instancia siempre pensar en atonía uterina y valorar tono uterino si este está flácido tratamos la atonía → con Oxitocicos → oxitocina 10 UI IM O IV → ERGOTAMINA, CARBETOCINA.

Depende de la etiología del cuadro clínico será el manejo que se abarcará o empleará.