

Universidad del Sureste Escuela de Medicina

Título del trabajo: **MAPAS**

Integrantes:

Bermúdez Avendaño Adriana

Nombre de la asignatura: Ginecología y obstetricia

Semestre y grupo: Séptimo Semestre Grupo B

Nombre del profesor: Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez, Chiapas. Noviembre 2020



Ginecología y obstetricia

Vulvovaginitis

La vulvovaginitis es la inflamación de la vulva, la vagina o ambas estructuras a la vez. Alrededor del 90% están causadas por candida, tricomonas o son vaginosis bacterianas.

Clínicamente es característica la existencia de un flujo maloliente (olor a pescado) de color blanquecino-grisáceo, fluido, homogéneo y en cantidad moderada.

La vulvovaginitis candidiásica representa el 25% de las vaginitis y el 90% de las mismas. Está producida por *Cándida albicans*

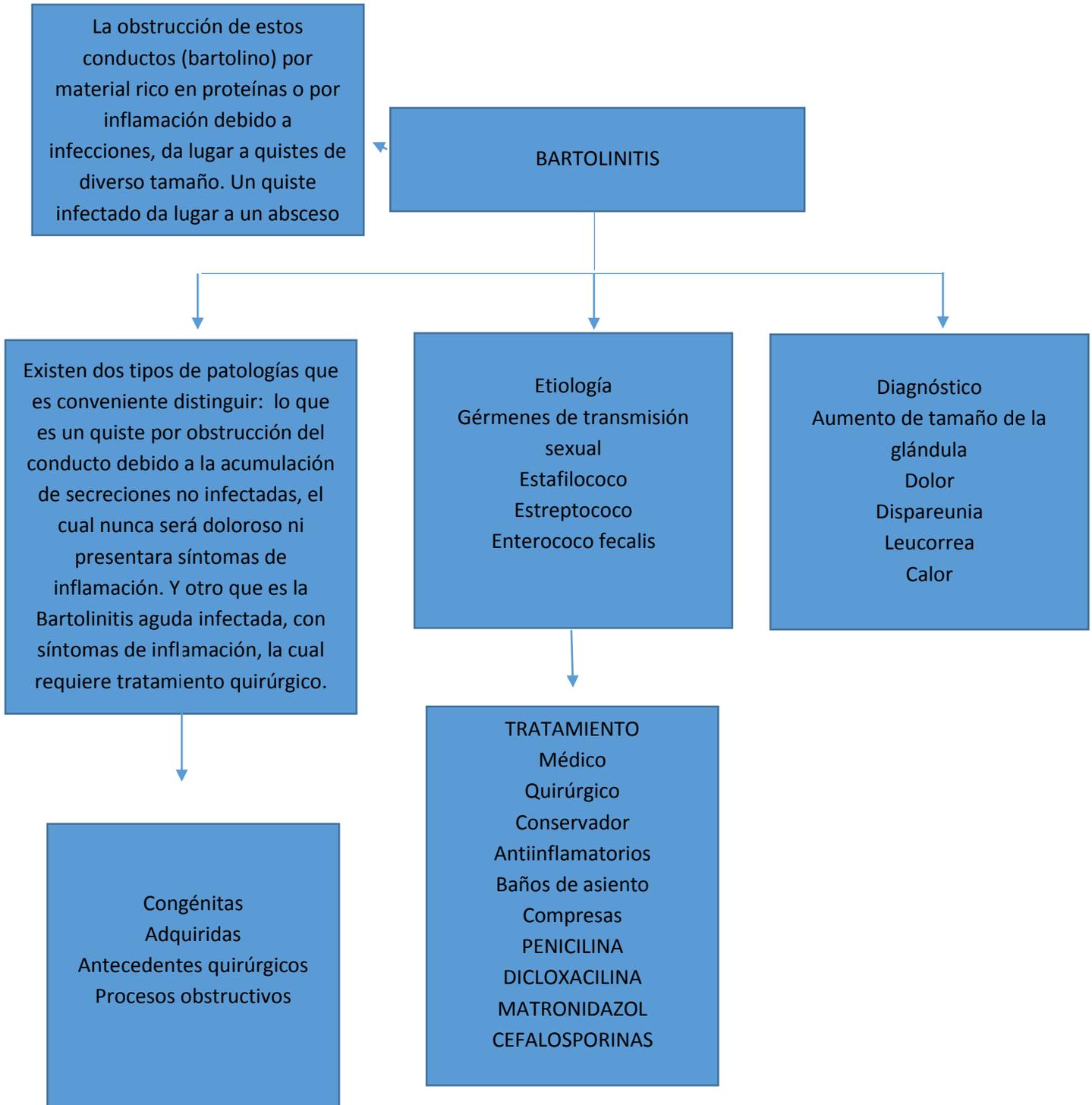
La vaginosis bacteriana es debida al aumento de *Gardnerella vaginalis* y otros anaerobios junto con la disminución de *Lactobacillus*.

TRATAMIENTO
Clotrimazol Crema 2% 5g/día/3 días
Crema 10% 5g/día dosis única Óvulos 100 mg/día/6 días Óvulo 500 mg dosis única
Miconazol Crema 2% 5g/día/7 días Óvulos 100 mg/día/7 días Óvulos 200 mg/día/3 días Sertaconazol Óvulos 500 mg dosis única Crema 2% 5g/día/7 días
Nistatina Óvulos 100.000 u/día/1 días Ácido bórico Cápsulas gelatina 600

TRATAMIENTO
Metronidazol 500 mg vo/12h/7días
Metronidazol gel 0,75% intravaginal diario/5 días
Clindamicina crema 2% 5g intravaginal diaria/7días
Clindamicina 300 mg vo/12h/7días
Clindamicina óvulos vaginales 100 mg diario

Tabla 2. Diferencias entre candidiasis, vaginosis y tricomoniasis^{3,4}

	Candidiasis	Vaginosis	Tricomoniasis
Olor de la secreción	Prácticamente inexistente	Fuerte olor (a pescado) que se nota de inmediato	Olor inusual
Consistencia de la secreción (flujo)	Consistencia grumosa parecida al requesón	Viscosidad delgada de color blanco o grisáceo	Secreción aumentada, espumosa, transparente, blanca, amarillenta o verdosa



Enfermedad pélvica inflamatoria

Es un síndrome clínico que abarca procesos inflamatorios e infecciosos del tracto genital superior en la mujer

La mayoría de casos son provocados por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*.

CRITERIOS
Dolor en hipogastrio y abdomen
Dolor a la movilización del cérvix
Fiebre
Leucocitosis
Masa anexial

ETIOLOGIA

Esta enfermedad suele generarse cuando las bacterias ascienden desde vagina y cérvix al tracto genital superior y colonizan la región formando una infección y un proceso inflamatorio

GRADO I
GRADO II
GRADO III

TRATAMIENTO

Régimen de ingreso	Régimen ambulatorio
Régimen A Cefoxitina 2 g IV cada 6 horas o bien cefotetan 2 g IV cada 12 horas + Doxiciclina 100 mg cada 12 horas	Régimen A Cefoxitina 2 g IM + probenecid 1 gr vía oral o bien ceftriaxona 250 mg IM u otra cefalosporina de tercera generación + Doxiciclina 100 mg oral 2 veces al día durante 14 días
Régimen B Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas + Gentamicina dosis inicial 2 g/Kg peso seguida de una dosis de 1,5 mg/Kg cada 8 horas	Régimen B Ofloxacino 400 mg vía oral 2 veces al día durante 14 días + Clindamicina 450 mg oral 4 veces al día o Metronidazol 500 mg oral 2 veces al día durante 14 días
Régimen alternativo Ampicilina + doxiciclina o Ofloxacín + clindamicina o Metronidazol	

Hemorragia puerperal

1. Primaria: Es aquella que ocurre dentro de las primeras 24 horas postparto. Aproximadamente el 70% de las HPP inmediatas postparto obedecen a Inercia Uterina.

2.-Secundaria: Es aquella que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas postparto. Las que ocurren posterior a las 6 semanas se relacionan con restos de productos de la concepción, infecciones o ambos.

4T

1. Tono (70%): Incluye la atonía o inercia uterina
Trauma (19%): Incluye trauma uterino (rotura e inversión uterina) y laceraciones de cuello y vagina
Trombina (1%): Incluye coagulopatías congénitas o adquiridas
Tejidos (10%): Incluye retención de restos placentarios y coágulos y placentación anormal

Prevención:
Manejo activo de la tercera etapa de parto
Identificación de factores de riesgo

LABORATORIOS
Hemoglobina
TP/TTP
Plaquetas
Fibrinogeno

TRTAMIENTO
Reposición de líquidos
Transfusión

Balones

Clampeo

Síndrome de ovarios poliquísticos

Entidad clínica consistente en trastornos menstruales, esterilidad, hirsutismo y obesidad.

El síndrome de ovario poliquístico tiene una base genética y puede comprometer a otros miembros de la familia.

CUADRO CLINICO
Alteraciones menstruales
Metrorragia
Adrenarquia
Hiperandrogenismo
Hirsutismo
Acné
Alopecia
Obesidad

En la compleja fisiopatología del síndrome de ovario poliquístico, destacan al menos tres tipos de alteraciones interrelacionadas entre sí: una disfunción neuroendocrina (hipersecreción de LH), un trastorno metabólico (resistencia insulínica e hiperinsulinemia) y una disfunción de la esteroidogénesis y de la foliculogénesis ovárica.

Está orientado a corregir el hiperandrogenismo, los trastornos menstruales, las alteraciones metabólicas asociadas (obesidad y RI) y la ovulación, en los casos en que la mujer desee embarazo.

