



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**“MAPAS CONCEPTUALES”**

**Brian Martin Morales López**

**Clínica de Ginecología y Obstetricia**

**Semestre: 7°**

**Grupo: “B”**

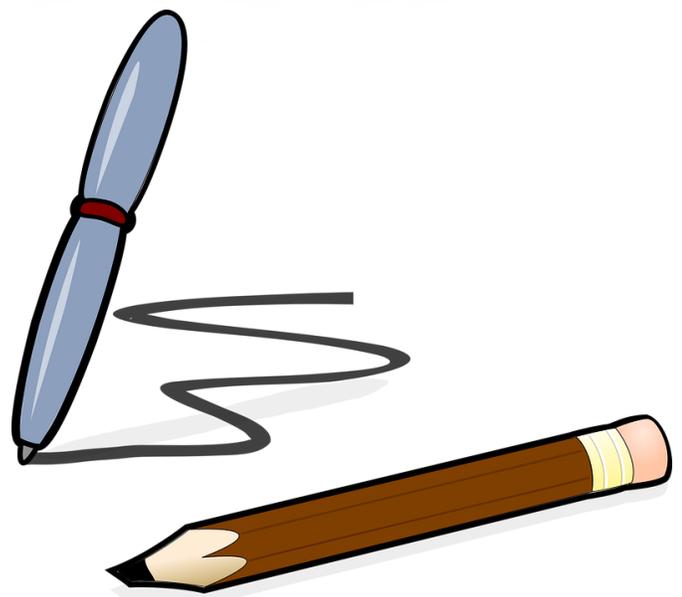
**Dr. Romeo Suarez Martínez**

**Comitán de Domínguez; Chiapas, a 26 de Noviembre del 2020.**



**MAPAS CONCEPTUALES:**

- *Vulvovaginitis.*
- *Bartolinitis.*
- *Enfermedad Pélvica Inflamatoria.*
- *Hemorragia puerperal.*
- *Síndrome Ovarios Poliquísticos.*



# VULVOVAGINITIS

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

Se clasifica en:

Cuadro clínico:

Complicada

No complicada (episódica).

Se puede presentar como CVV severa 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).

Se presenta en mujeres previamente sanas con sintomatología de leve a moderada y sin antecedentes de síntomas persistentes o recurrentes.

El cuadro clínico de la CVV es inespecífico. Se reconoce que por sí solo un signo o síntoma no es característico de la CVV, por lo que se debe considerar el espectro del cuadro clínico.

Criterios:

Criterios para el diagnóstico de probabilidad de CVV son:

- Ecurrimiento vaginal sin olor desagradable.
- Observación de levaduras o pseudohifas en el frotis de exudado vaginal u observación de levaduras o pseudohifas en el frotis de exudado vaginal teñido con tinción de Gram.

Criterios para el diagnóstico de certeza de CVV son:

- Ecurrimiento vaginal sin olor desagradable.
- Cultivo positivo a *Candida sp.* (se debe especificar si se trata de *C. albicans* o *Candida no albicans*).

Tratamiento:

CVV no complicada:

- Nistatina 100,000 U, una tableta u ovulo vaginal, por vía vaginal durante 14 días o Fluconazol 150 mg V.O. una dosis única.

CVV complicada:

- Fluconazol 150 mg V.O. una dosis y repetir a las 72 horas una segunda dosis.

Candidosis vulvovaginal recurrente:

- Se requiere iniciar con tratamiento de inducción, Fluconazol 150 mg V.O. cada tercer día por tres dosis y continuar el tratamiento de mantenimiento, Fluconazol 150 mg V.O. una sola dosis, una vez por semana, durante 6 meses.

# BARTOLINITIS

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

Etiología:

Más prevalentes de aerobios grampositivos:

- Estafilococo.
- Estreptococo.
- Enterococos fecales.

Los tres más frecuentes los gérmenes aerobios grampositivos más prevalentes:

- E. Coli.
- Proteus.
- Klebsiella.

Cuadro clínico/Criterios diagnósticos:

- Tumoración vulvar (generalmente localizada a nivel de la horquilla o como a las 4 horas en relación a las manecillas de reloj).
- Dolor local (al caminar o al estar sentado).
- Aumenta la temperatura local.
- Dispareunia.
- Leucorrea (en caso de ETS).

Tratamiento:

Tratamiento médico (aparte del tratamiento antiinflamatorio).

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

El diagnóstico es clínico a través de una historia clínica, exploración física ginecológica directa de la tumoración (generalmente es unilateral) y suele acompañarse de aumento de volumen y dolor en la palpación.

Diagnóstico diferencial:

Lesiones quísticas y sólidas de la vulva:

- Quistes epidermoides de inclusión.
- Quiste de Skene.
- Hidroadenoma y lipoma.
- Carcinoma de células escamosas (generalmente en la mujer peri o posmenopáusicas).

Se recomienda el tratamiento médico farmacológico seguido del drenaje si se encuentra acceso localizado pudiéndose realizar a través de las siguientes técnicas:

- Incisión-Drenaje.
- Marsupialización.
- Fistulización o colocación del catéter.
- Aspiración con aguja.
- Escleroterapia con alcohol.

# ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA

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

Cuadro clínico:

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

Diagnóstico diferencial:

- Apendicitis aguda.
- Embarazo ectópico.
- Dolor funcional del periodo periovulatorio.
- Tumores de anexos.
- Endometriosis.

Tratamiento:

No farmacológico:

Farmacológico:

En pacientes ambulatorios:

- 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.

Caso sospechoso

Caso definitivo

Toda mujer que presenta dolor bajo de pelvis con o sin síntomas acompañantes como son: Flujo vaginal, dispareunia, metrorragia, disuria, dolor durante la menstruación. Fiebre y ocasionalmente náuseas y vomito.

Toda mujer que presenta dolor bajo de pelvis con o sin síntomas acompañantes como son: Flujo vaginal, dispareunia, metrorragia, disuria, dolor durante la menstruación 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.

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

# HEMORRAGIA PUERPERAL

Se refiere a la pérdida sanguínea de más de 500 ml posterior a un parto vaginal, o la pérdida de más de 1000 ml posterior a una cesárea.

Diagnostico:

Realizar ultrasonido transvaginal en el segundo y/o tercer trimestre, a toda paciente con sospecha de placenta previa, para confirmar el diagnóstico. De no contar con el ultrasonido transvaginal, deberá realizarse ultrasonido abdominal con vejiga llena, al final del segundo trimestre de gestación.

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.

También se ha definido como la disminución del nivel de hematocrito de 10%. Se considera como primaria, si ocurre dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento y su causa principal es la atonía uterina (80% de los casos).

Cuadro clínico:

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; hipertonia 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 cardíaca 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.

Factores de riesgo:

Para placenta previa o acretismo placentario: Edad materna >35 años, multiparidad, cicatrices uterinas previas y tabaquismo.

Para desprendimiento prematuro de placenta nomoinserta: Edad materna >35 años, multiparidad, tabaquismo, uso de codeína, sobredistensión uterina, enfermedades hipertensivas del embarazo, collagenopatias, ruptura prematura de membranas, antecedente de traumatismo abdominal y trombofilias.

Para ruptura uterina: Pacientes con antecedentes de cicatrices uterinas previas, malformaciones uterinas, uso iatrogénico de oxióticos, trabajo de parto prolongado, utilización de maniobra de Kristeller, antecedentes de infección uterina y adenomiosis.

# SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS

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

Principales características:

Datos de hiperandrogenismo (Hirsutismo, acné) y trastornos menstruales.

Manifestaciones clínicas:

Trastornos menstruales, siendo los más frecuentes:

- Amenorrea → 60%.
- Opsomenorrea → 30-35%.

Datos de hiperandrogenismo:

- Hirsutismo → 60%.
- Acné → 15%.
- Alopecia.
- Virilización.

Criterios diagnósticos:

Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (NIH) son:

- Exceso de andrógenos (clínica y por laboratorio).
- Disfunción ovárica (oligo-ovulación y/o poliquistosis ovárica morfológicamente).

AE/PCOS Society son:

- Hirsutismo o hiperandrogenismo.
- Disfunción ovárica: Oligo o anovulación y/o anovulación u ovarios poliquísticos.

Se asocia con:

Obesidad generalmente central y anomalías metabólicas como resistencia a la insulina.

Pruebas diagnósticas:

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.

## ***FUENTE DE INFORMACION***

Guías de Prácticas Clínicas.

Williams de Obstetricia.