



ESCUELA DE MEDICINA  
FACULTAD DE MEDICINA

2<sup>da</sup> EDICIÓN 2018

# DIAGRAMAS DE FLUJO EN GINECOLOGÍA

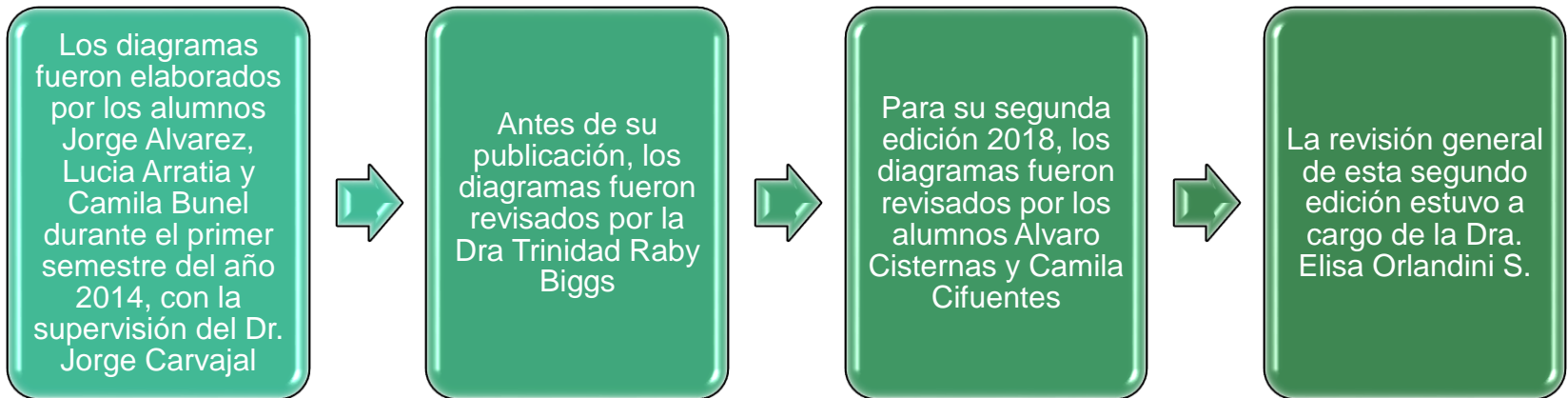
**Dr. Jorge A. Carvajal C. PhD.**

**Colaboración Alumnos:  
Alvaro Cisternas G. y Camila Cifuentes J.**

**Revisión general:  
Dra. Elisa Orlandini S.**



# Diagramas de Flujo en Ginecología



Temario I

Temario II

# Temario I

Haga clic en el link para ver el tema

## Trastorno de Flujo Rojo

[Amenorrea Primaria](#)

[Amenorrea Secundaria](#)

[Oligomenorrea](#)

[Hipermenorrea](#)

[Metrorragia](#)

[Sangrado Irregular](#)

[Metrorragia Disfuncional](#)

## Dolor en Ginecología

[Algia pélvica aguda](#)

[Algia pélvica crónica](#)

[Dispareunia](#)

## Hallazgos Anormales Examen Ginecológico

[Flujo genital patológico](#)

[Úlceras genitales](#)

[Lesiones tumorales vulvares](#)

[Otras lesiones vulvares](#)

[Tumor pélvico y anexial](#)

[Útero aumentado de tamaño](#)

## Patología Mamaria

[Mastalgia](#)

[Secreción del pezón](#)

[Tamizaje cáncer de mama](#)

[Interpretación mamografía](#)

[Cáncer de mama](#)



# Temario II

Haga clic en el link para ver el tema

## Patología Oncológica

[Tamizaje cáncer cérvico-uterino](#)

[CA cérvico-uterino y lesiones pre-cancerosas](#)

[Cáncer de ovario](#)

[Hiperplasia endometrial](#)

[Cáncer de endometrio](#)

[Enfermedad trofoblástica gestacional](#)

## Reproducción Humana

[Pareja con deseo de embarazo](#)

[Aborto recurrente](#)

## Climaterio

[Manejo del climaterio](#)

[Incontinencia urinaria](#)

[Prolapso genital](#)

[Metrorragia postmenopáusica](#)

## Disfunciones sexuales

[Vaginismo](#)

[Anorgasmia](#)

[Disminución del deseo sexual](#)

## Patologías ginecológicas

[Síndrome de ovario poliquístico](#)

[Miomas uterinos](#)

[Embarazo ectópico](#)

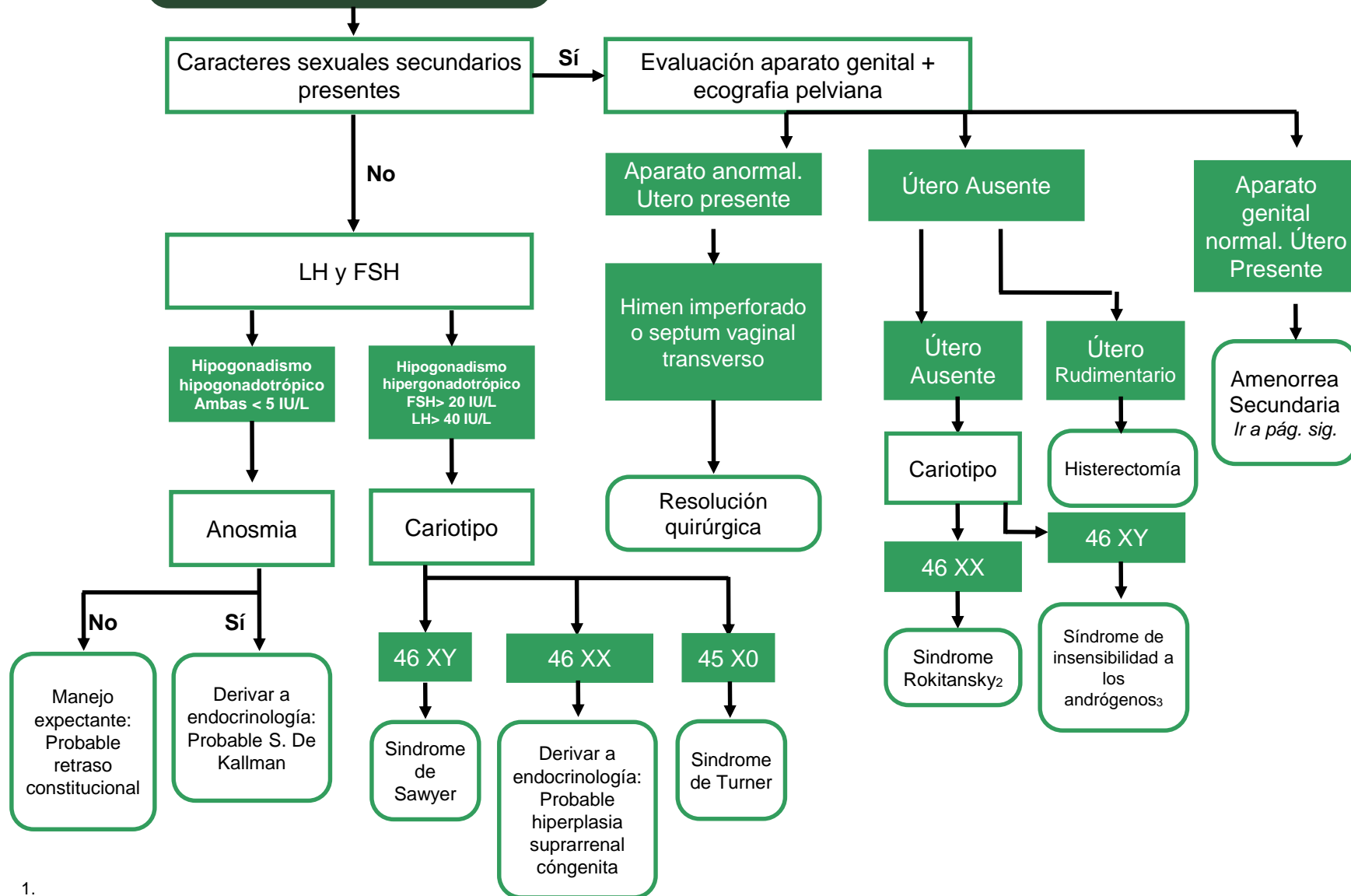
[Endometriosis](#)

[Proceso inflamatorio pelviano](#)

[Síndrome disfórico premenstrual](#)

[Abuso sexual](#)

# Amenorrea Primaria<sup>1</sup>



1.

-2 años después de finalizada la telarquia

-4,5 años después de iniciados los cambios puberales

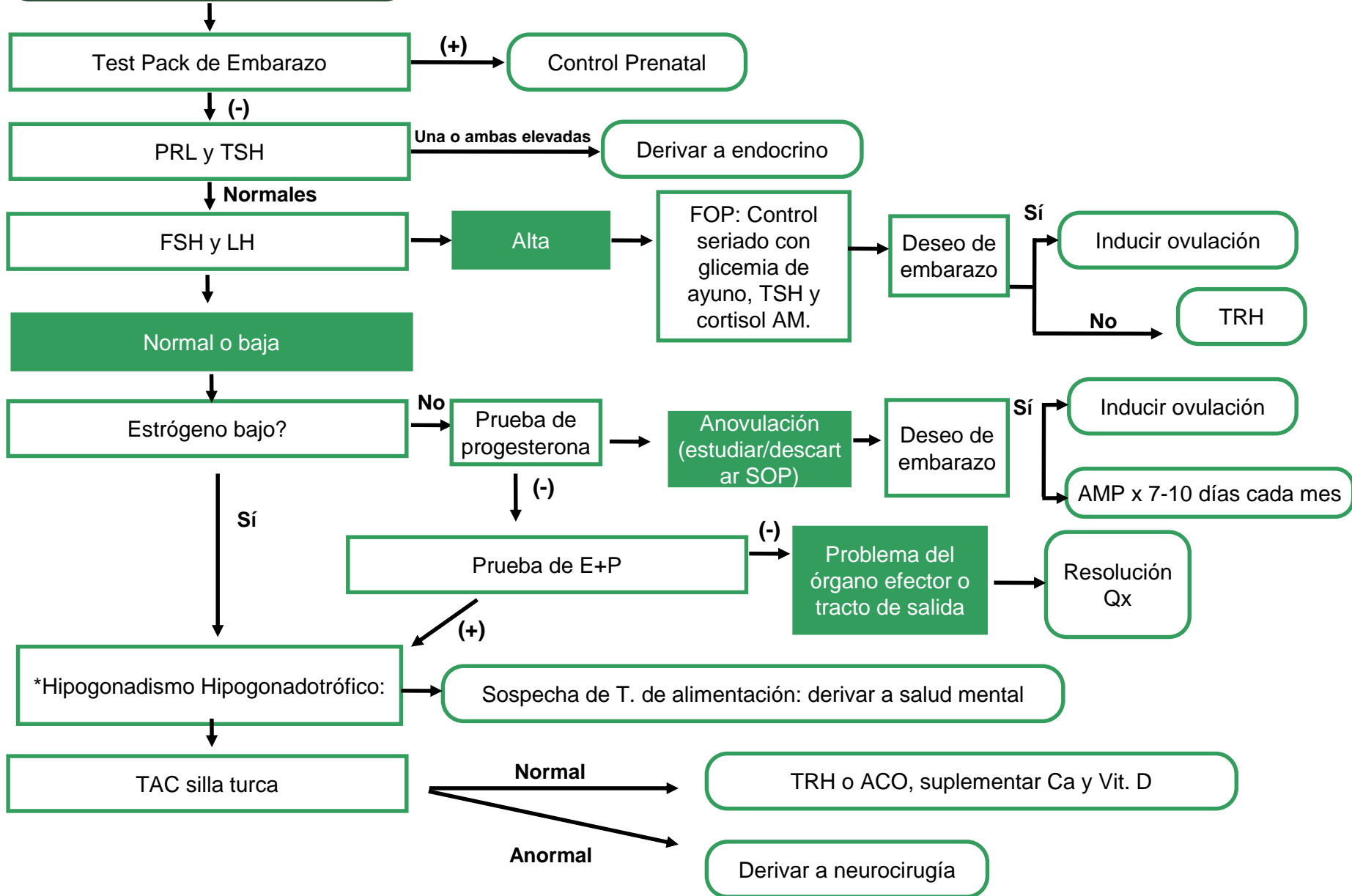
-A los 14 años sin desarrollo de caracteres sexuales secundarios

-A los 16 años con caracteres sexuales secundarios normales

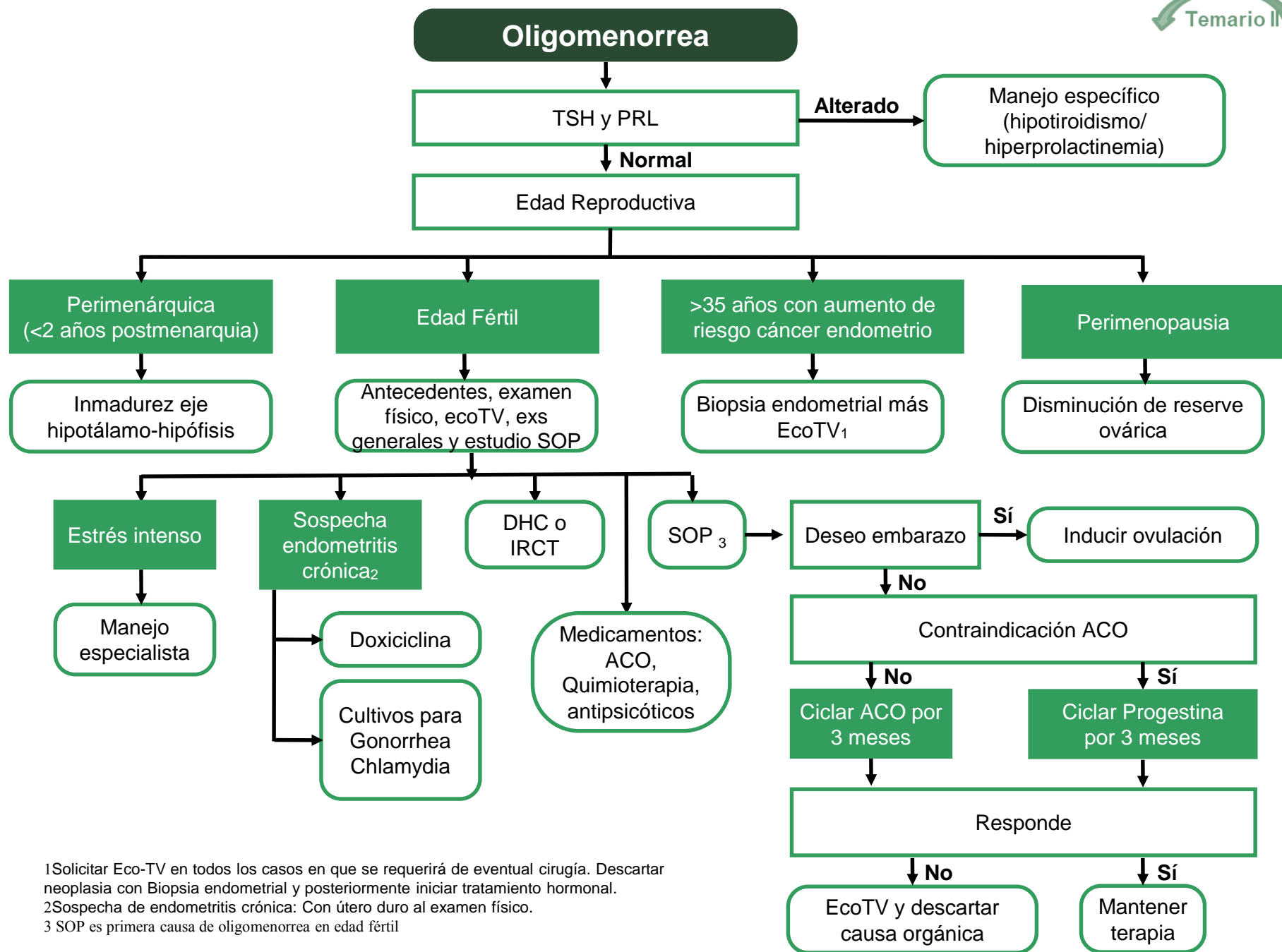
2. Se puede ofrecer a estas pacientes cirugía de elongación vaginal para mejorar su vida sexual. No hay corrección disponible desde el punto de vista reproductivo.

3. Si hay gónadas, éstas deben ser extirpadas debido al alto riesgo de malignización luego de la pubertad.

# Amenorrea Secundaria



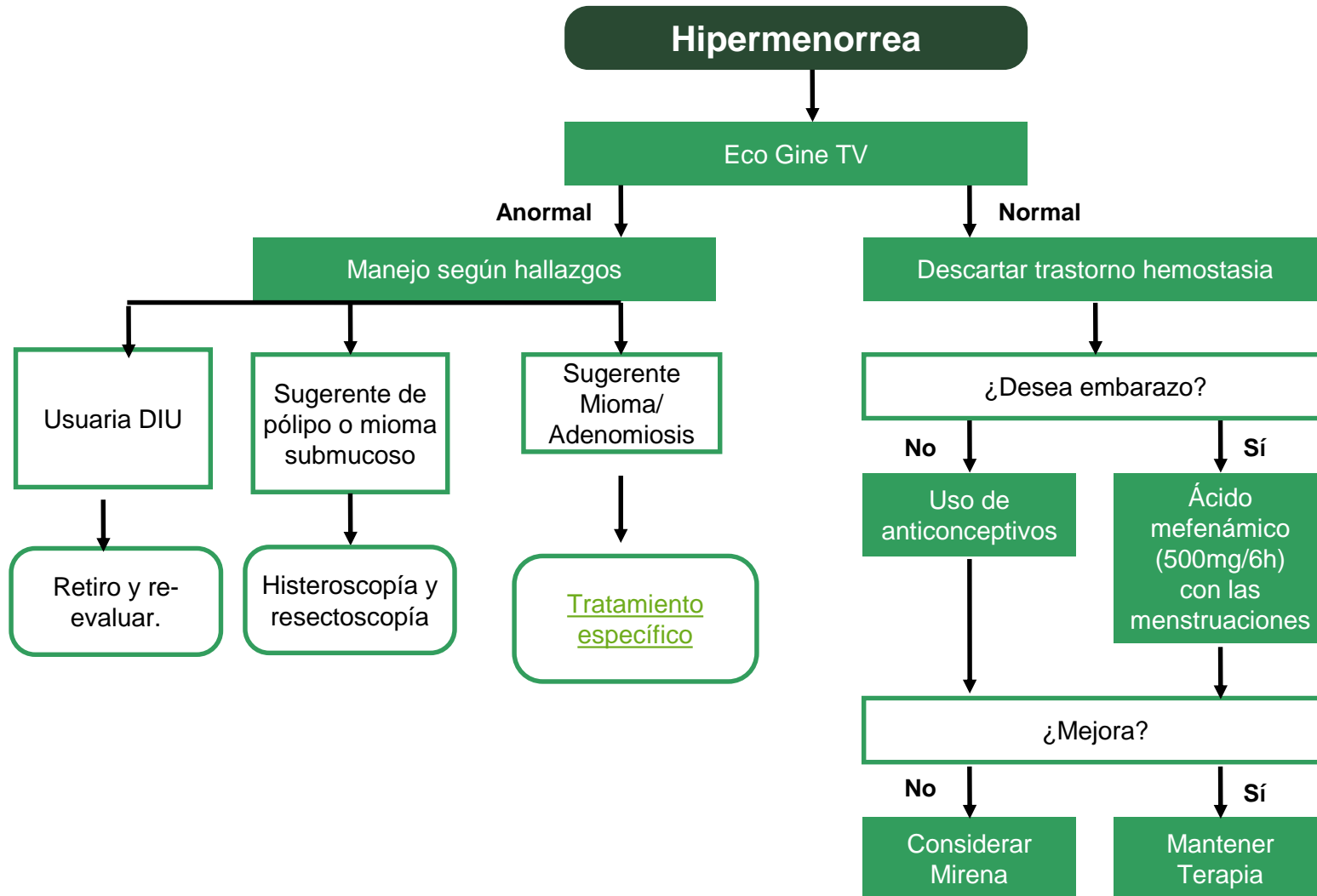
\* Causas: Funcional, enfermedad sistémica u otros desórdenes hipotalámicos/hipofisarios



<sup>1</sup>Solicitar Eco-TV en todos los casos en que se requerirá de eventual cirugía. Descartar neoplasia con Biopsia endometrial y posteriormente iniciar tratamiento hormonal.

<sup>2</sup>Sospecha de endometritis crónica: Con útero duro al examen físico.

<sup>3</sup> SOP es primera causa de oligomenorrea en edad fértil





# Metrorragia

Edad Fértil

No

Ir a cap. 30

Sí

Test pack embarazo (-)

Sangrado agudo severo

Estabilización HDN

Estrógeno en altas dosis<sup>2</sup> + antieméticos

ACO con >30 mcg de EE:  
3 com/día x 7d  
2 com/día x 7d  
1 com/día x 7d  
0 com/día x 7s

ACO en esquema habitual x 3 meses

Exámenes: pruebas de coagulación, Eco TV, histerosonografía

Manejo según patología de base<sup>1</sup>

Evaluar legrado uterino: biopsico/terapéutico

Usuaría de DIU

E. Físico sugerente de endometritis

Sí

Doxiciclina 100mg cada 12hr por 10 días + ceftriaxona 250 mg im

No

ACO x 1 ciclo o progestágeno x 7-10 días

Persiste

Retiro de DIU

Usuaría de ACO

Persiste >3 meses

ACO con mayor dosis de estrógeno y/o una progestina más potente

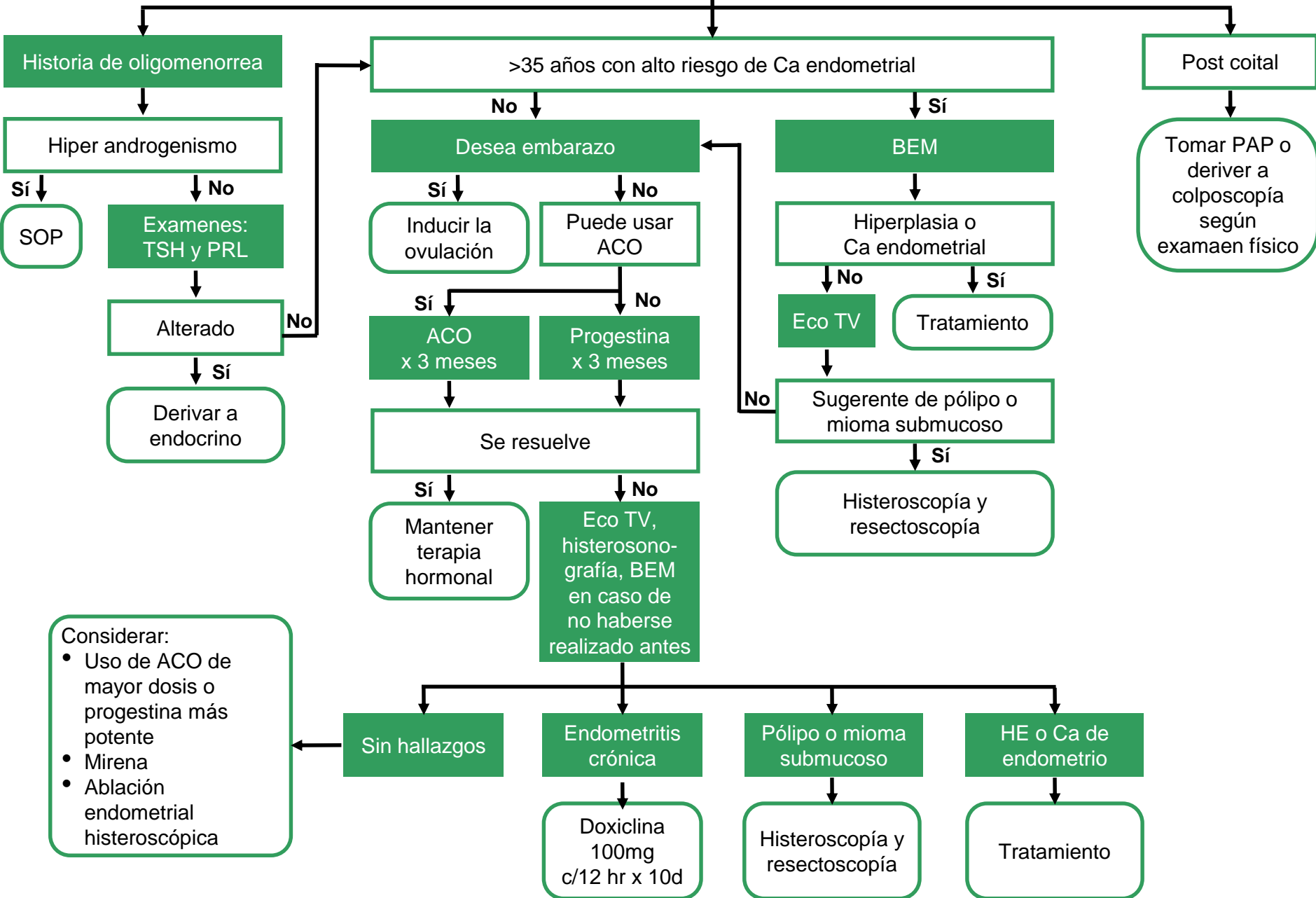
Sangrado irregular

Ver en página siguiente

Metrorragia disfuncional

1.-Se puede presentar en 3 escenarios clínicos: adolescente con coagulopatía, miomatosis uterina o mujer usuaria de TACO  
2.- estrógenos conjugados 25 mg c/4h EV, valerato de estradiol 20-40 mg IM, estrógenos conjugados 2.5 mg c/8h VO

# Sangrado Irregular



# Metrorragia disfuncional

Pruebas de coagulación, hemograma,  
TSH, Grupo Rh  
Eco TV: sin hallazgos o solo anemia

Sospecha patología  
endometrial, paciente HDN  
inestable

Considerar legrado uterino

## Etapa aguda:

- ACO con  $\geq 30$  mcg de EE:
- 3 comp/día x 7 días
- 2 comp/día x 7 días
- 1 comp/día x 7 días
- Suplementación con Fe
- Ácido mefenámico 500 mg c/6 horas x 5 días VO después de 2 días de suspendido el ACO

No responde

Responde a manejo inicial

## Etapa de mantención:

- ACO con  $\geq 20$  mcg de EE: en esquema habitual por 3-6 meses o progestágenos por 7-10 días cíclico por 3-6 meses
- Ácido mefenámico 500 mg c/6 horas x 5 días VO después de 2 días de suspendido el ACO
- Después de 6 meses reevaluar

Recidiva

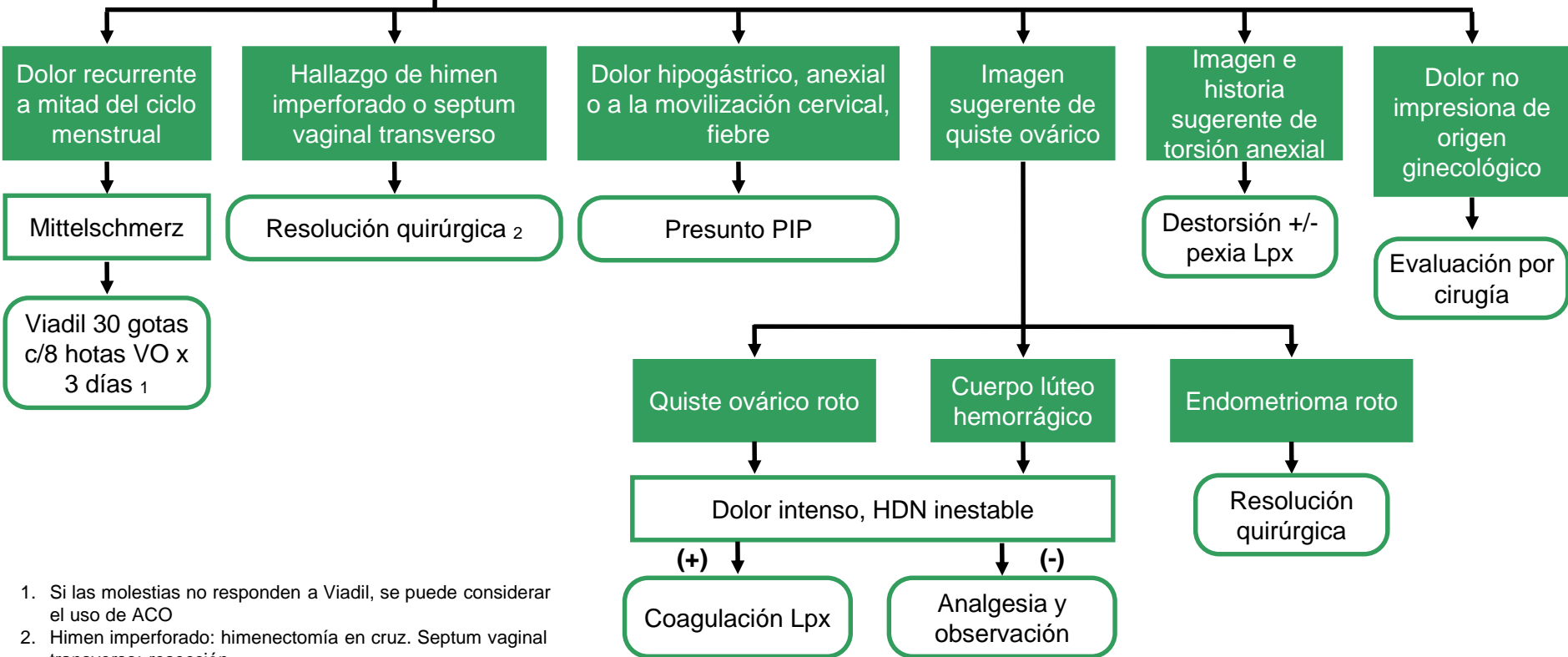
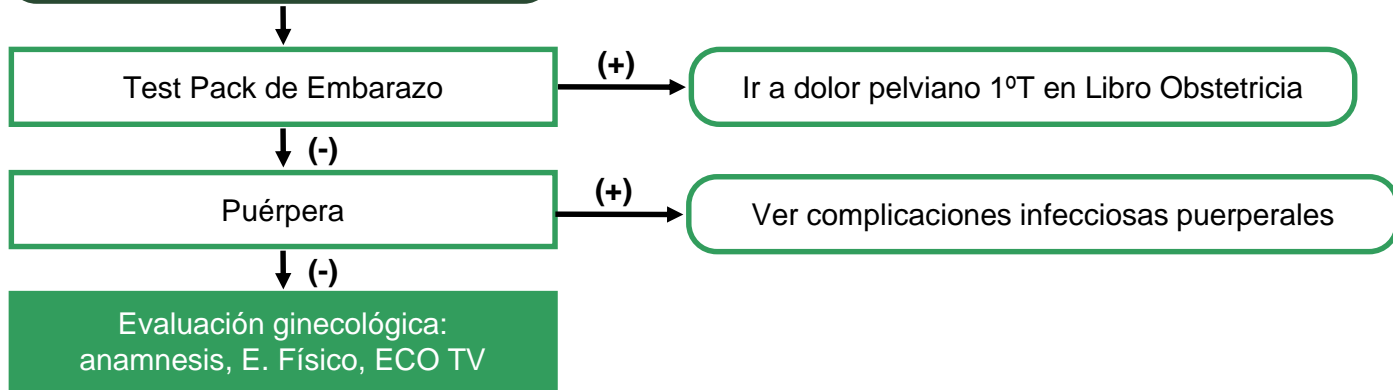
No

Alta

Sí

Continuar terapia hormonal,  
considerar Mirena

# Algía pélvica aguda



1. Si las molestias no responden a Viadil, se puede considerar el uso de ACO
2. Himen imperforado: himenectomía en cruz. Septum vaginal transverso: resección

# Algia pélvica crónica

Anamnesis + Examen físico<sup>1</sup>

Signos de alarma<sup>2</sup>

Sí

Evaluación inmediata para descartar neoplasia o enf. sistémica

No

Sugerente diagnóstico específico<sup>3</sup>

Sí

Tratamiento específico

Exámenes<sup>4</sup> LAB + Eco TV

Anormal

Tratamiento específico

Normal

Evaluar antecedentes remotos  
psicosociales, ambientales, dieta y  
ofrecer apoyo psicológico. Usar AINES  
o Paracetamol<sup>5</sup>

¿Alivio insuficiente?

Agregar Acetato Medroxiprogesterona<sup>6</sup>,  
ACO combinados, Agonistas GnRH o  
DIU de Levonorgestrel

¿Alivio insuficiente?

Agregar Gabapentina o Amitriptilina

¿Alivio insuficiente?

Laparoscopia y  
agregar opioides

1Características del dolor y su asociación con menstruaciones, actividad sexual, micción, defecación, antecedente de radioterapia. Sospechar maltrato físico y abuso sexual.

2Signos de alarma: Pérdida inexplicada de peso, hematoquezia, metrorragia peri o post menopáusica, sangrado postcoital.

3Causas son múltiples pero son más importantes las no ginecológicas . Los 4 diagnósticos más frecuentes son endometriosis, adherencias, Síndrome de intestino irritable (SII) y cistitis intersticial. Otro diagnóstico a considerar es el dolor miofascial que presenta Signo de Carnett (+).

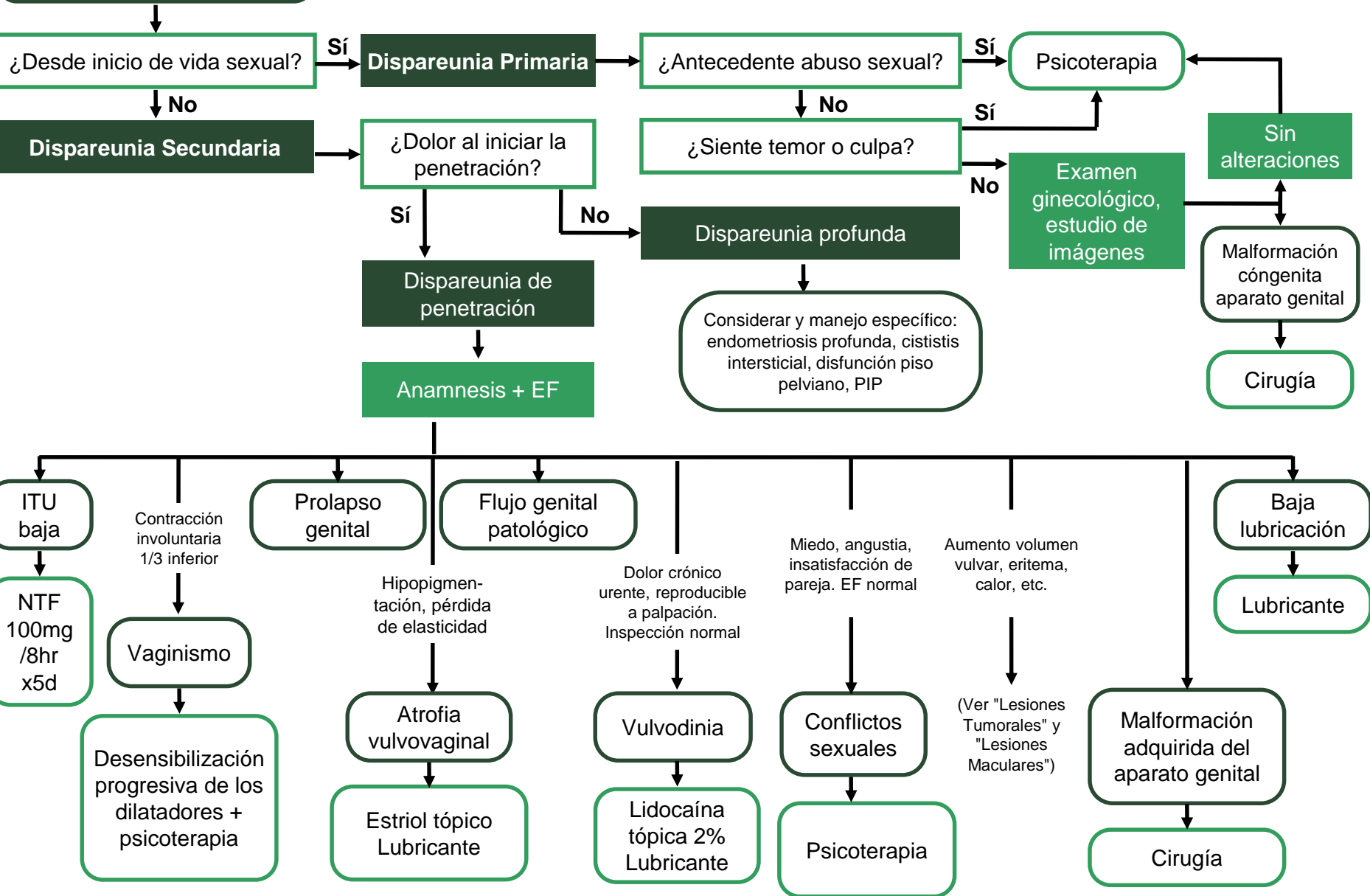
4Exámenes: hemograma y VHS, examen de orina completo + urocultivo, subunidad BHCG en suero para descartar embarazo, test para Gonorrhea y Chlamydia.

5Ácido Mefenámico 500mg cada 8 horas vía oral o Paracetamol 1g cada 8 horas vo.

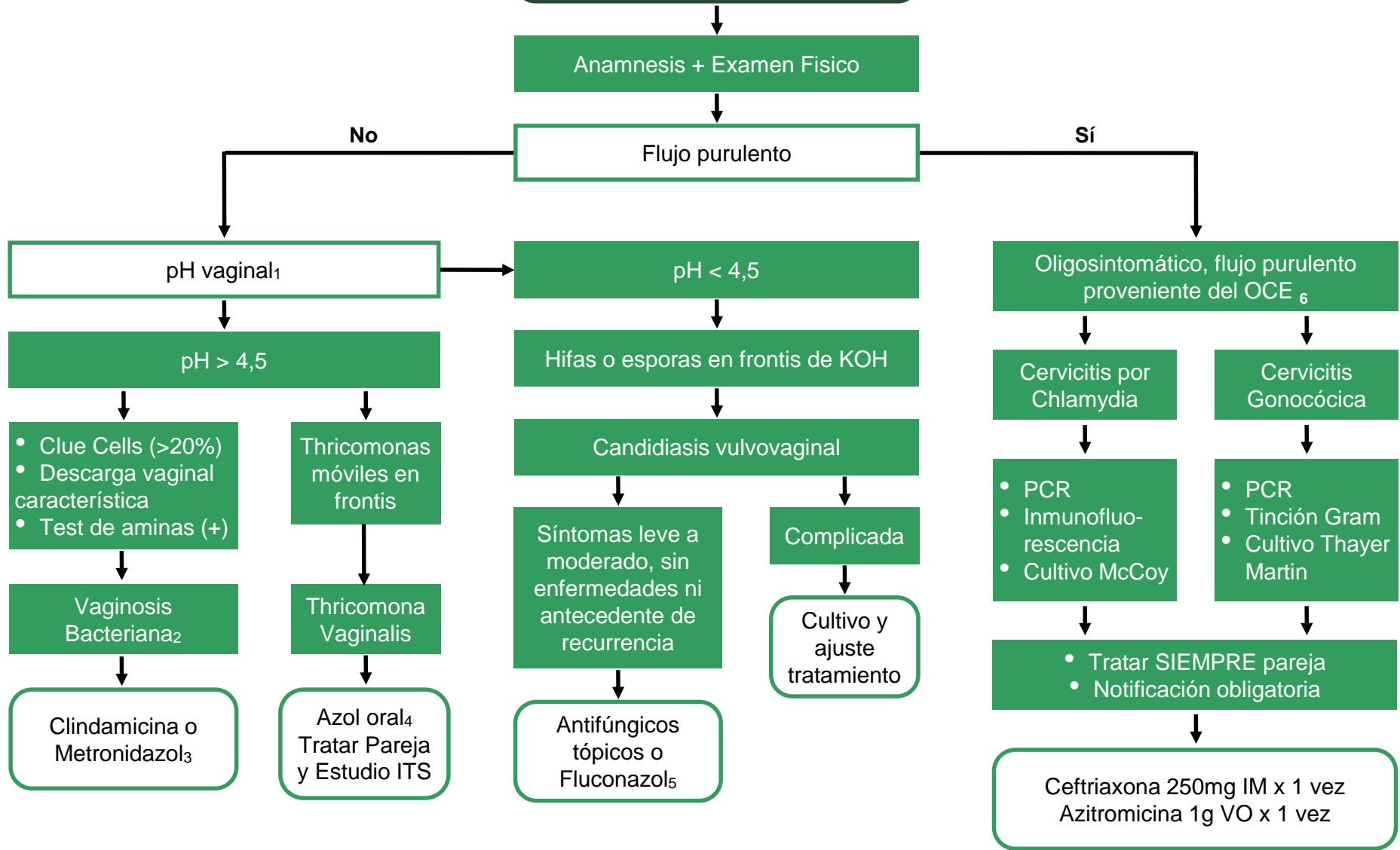
6Acetato de Medroxiprogesterona oral (Provera) 50mg/día vía oral.

7Sólo los siguientes tratamientos han demostrado beneficio: Acetato de medroxiprogesterona oral (Provera), Goselerina (Zoladex): agonista de GnRh inyectable, Manejo multidisciplinario, Asesoramiento y consejo luego de ecografía negativa, Lisis de adherencias severas.

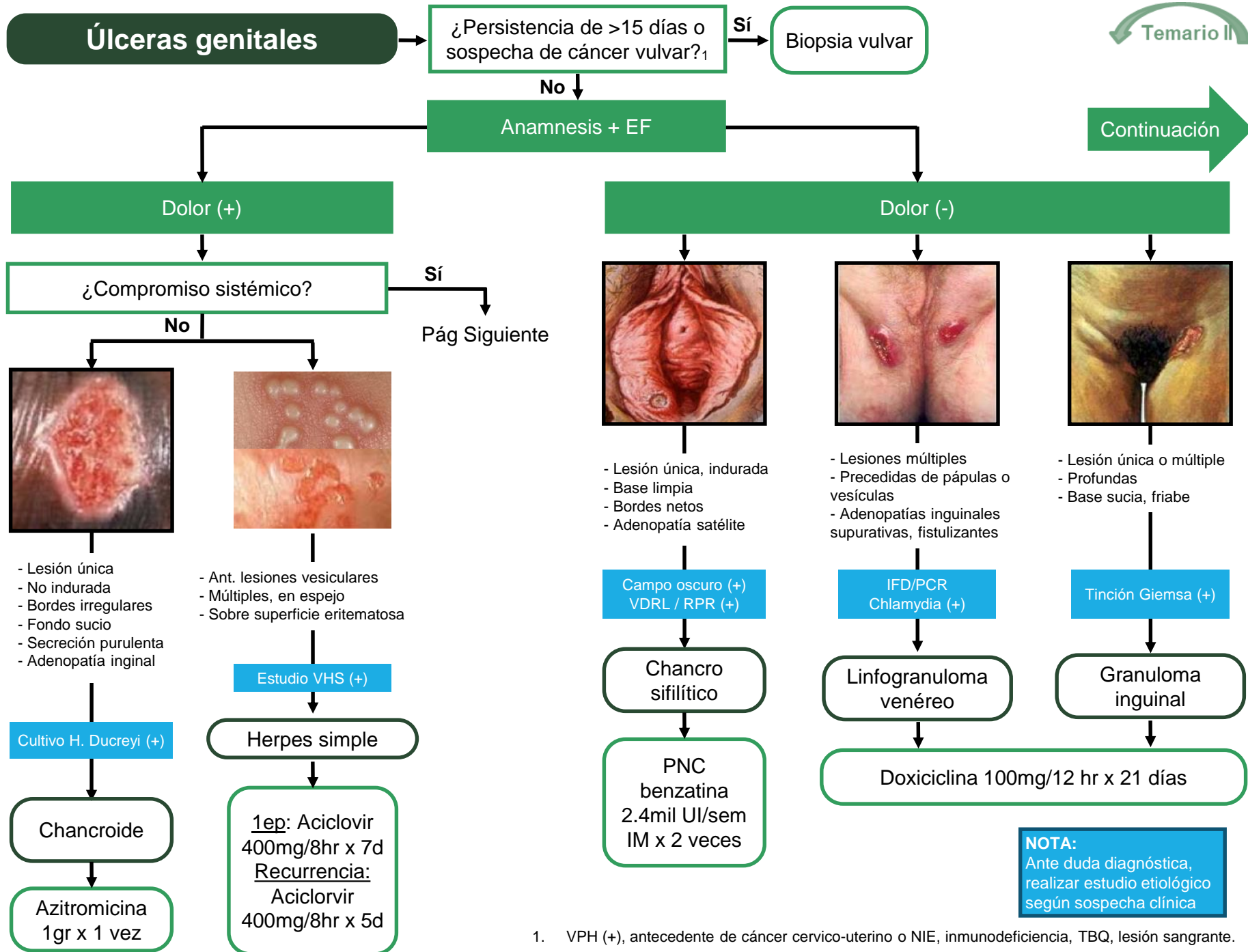
# DISPAREUNIA



# Flujo genital patológico



1. No es necesario realizar siempre pH vaginal, bastaría con clínica, si hay alta sospecha, para iniciar tratamiento específico.
2. Criterios para vaginosis bacteriana ; Criterios clínicos (AMSEL) debe presentar 3 de los siguientes: pH flujo vaginal >4,5, Descarga vaginal característica, Celulas clave >20% (Clue Cells), Test de aminas (prueba KOH) (+); Criterios laboratorio (Test de Nugent) es un gram del flujo vaginal : 7-12 diagnóstico, 4-6 dudoso, 0-3 normal.
3. Vaginosis bacteriana: Clindamicina al 2% en óvulos o crema por 7 días o Metronidazol óvulos 500mg / noche por 5 -7 días o Metronidazol 500mg cada 12 horas vo
4. Trichomona vaginalis: Metronidazol vía oral 2g por 1 vez o 500mg cada 12 horas por 7 días o Tinidazol vía oral 2g por 1 vez. SIEMPRE TRATAR A LA PAREJA.
5. Candidiasis vaginal: Atifúngicos tópicos (sin receta requerida) o Fluconazol 150mg 1 ó 2 dosis (2 dosis separadas por 72 horas). Se recomienda tratar a la pareja.
6. Si está disponible siempre tomar exámenes. Sino, es posible iniciar manejo empírico.



1. VPH (+), antecedente de cáncer cervico-uterino o NIE, inmunodeficiencia, TBQ, lesión sangrante.



(Continuación página anterior)

¿Compromiso sistémico?

Sí



- Úlceras asimétricas irregulares
- Asociado a:
  - Uveítis
  - Artritis
  - Úlceras orales

Enfermedad de Behcet

Corticoides tópicos  
Derivación a reumatología



- Úlceras fondo fibrinoso, halo eritematoso, bien diferenciadas.
- Asociado a:
  - Dolor abdominal
  - Diarrea
  - Baja de peso
  - Hemorragia digestiva
  - Úlceras orales

Enfermedad de Crohn

Derivación Gastroenterología



- Úlceras múltiples, halo purpúrico
- Asociado a:
  - Sd. Mononucleósico
  - Linfadenopatías distales

Epstein Barr

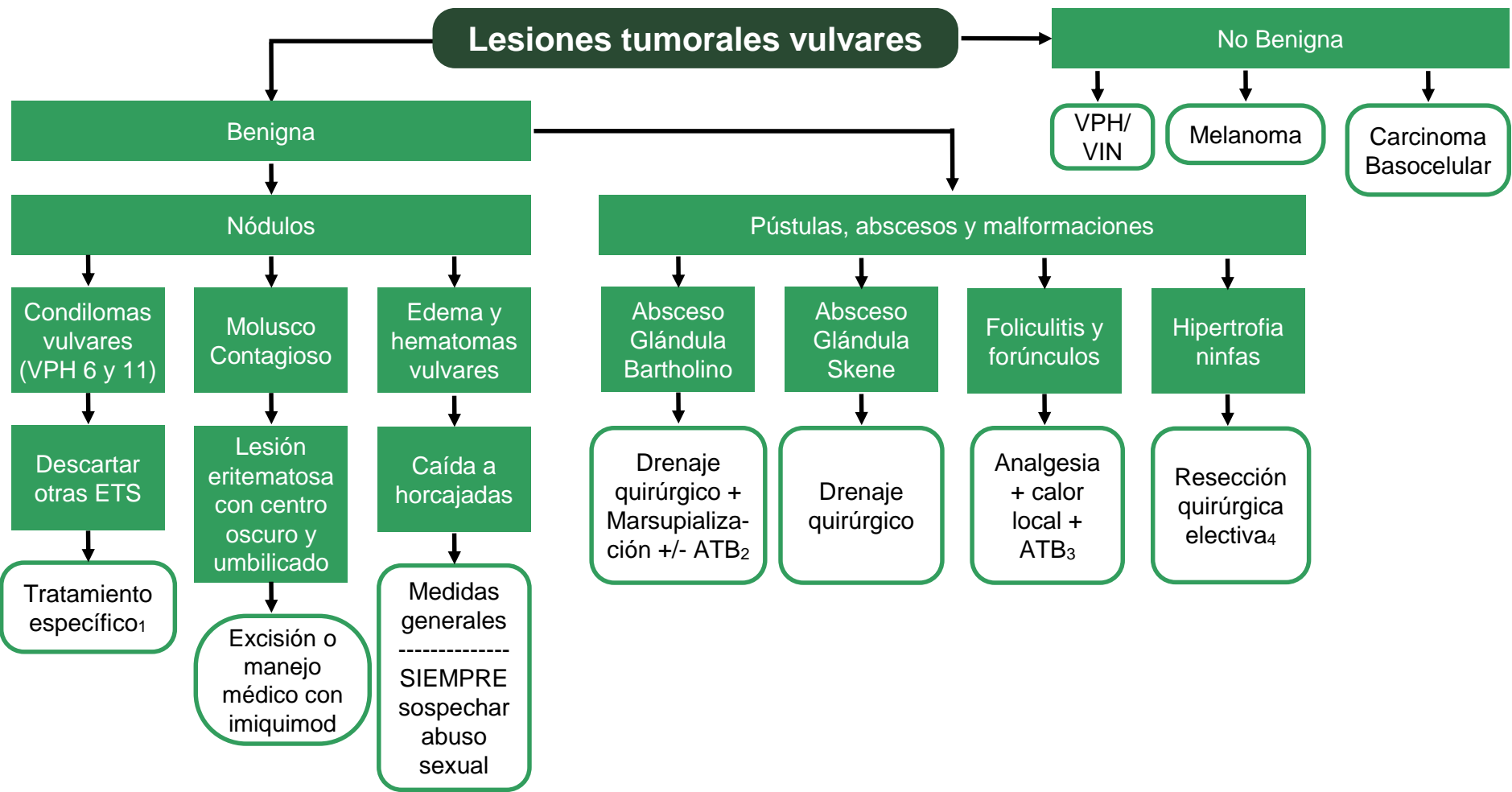
Corticoides tópicos  
Confirmación por PCR/IgM



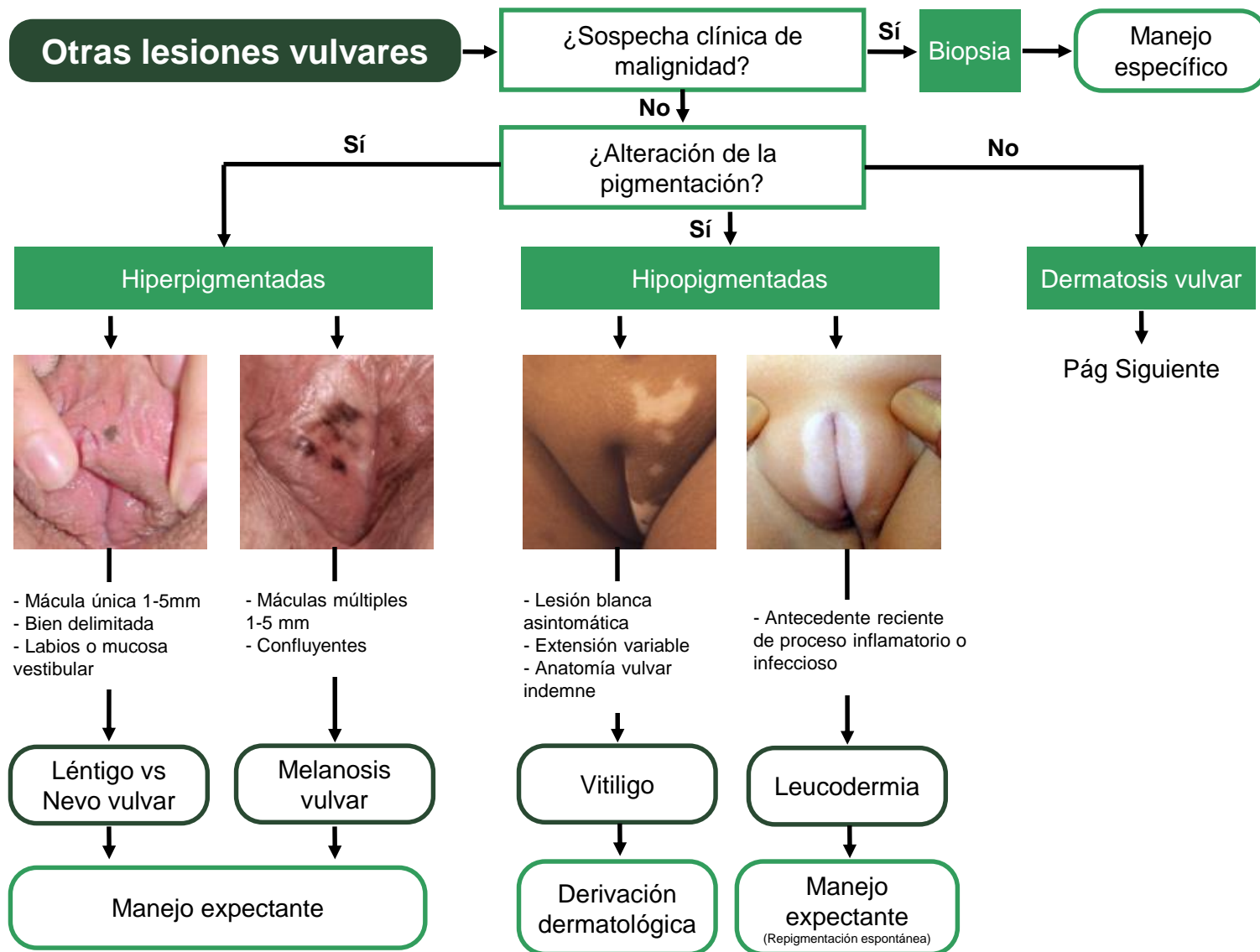
- Úlcera con borde solevantado, base necrótica y abscedada
- Dolor desproporcionado
- Asociado a:
  - Fiebre
  - Lesiones cutáneas generalizadas (Mayor EEII)

Pioderma gangrenoso

Derivación dermatológica



1. Tratamiento es la destrucción química de los condilomas. Se utiliza Podofilina, electrocoagulación, vaporización por láser y congelación. En ocasiones requiere de tratamientos repetidos y/o resección quirúrgica especialmente cuando son muy grandes y/o múltiples.
2. Los antibióticos se utilizan si son pacientes de alto riesgo: Inmunosuprimidos, Signos inflamatorios sistémicos, Celulitis focal extensa, Infección conocida o de alta sospecha por Chlamydia o Gonococo. Se utiliza Ceftriaxona 125mg IM por 1 vez + Azitromicina 1g vo por 1 vez.
3. El tratamiento antibiótico para foliculitis y furúnculos es : Cloxacilina 500mg cada 6 horas por 7 días vo.
4. Resección quirúrgica electiva (estético).

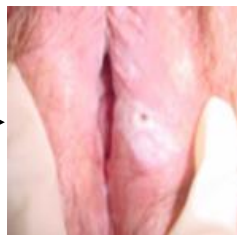




- Eritema, descamación, erosión.
- Prurito (+)
- Agente irritante (+)

Dermatitis por contacto

Corticoides tópicos + suspensión agente irritante



- Escoriación, grietas
- Piel eritematosa/blanquecina
- Prurito (+) intenso
- Antec. grataje crónico

Hiperplasia escamosa

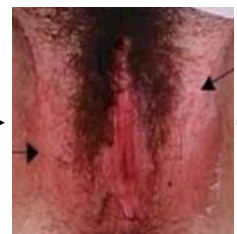
Corticoides tópicos + detención ciclo prurito-grataje



- Piel engrosada y eritematosa cubierta por escamas plateadas

Psoriasis vulvar

Derivación dermatológica



- Lesiones eritematosas
- Prurito (+)
- Asoc. flujo vaginal

Vulvitis micótica

Antifúngicos + corticoides tópicos

Continuación

Volver

Pág Siguiente

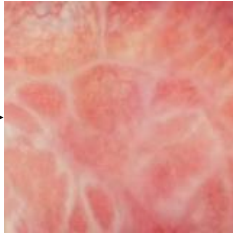
DERMATOSIS VULVAR



- Placa blanquecina
- Prurito (+)
- Adelgazamiento epidermis
- Vulva atrófica

Liquen escleroso

Estrógenos +  
Corticoides  
tópicos



- Retiulado blanquecino en cara interna de labios menores

Liquen plano

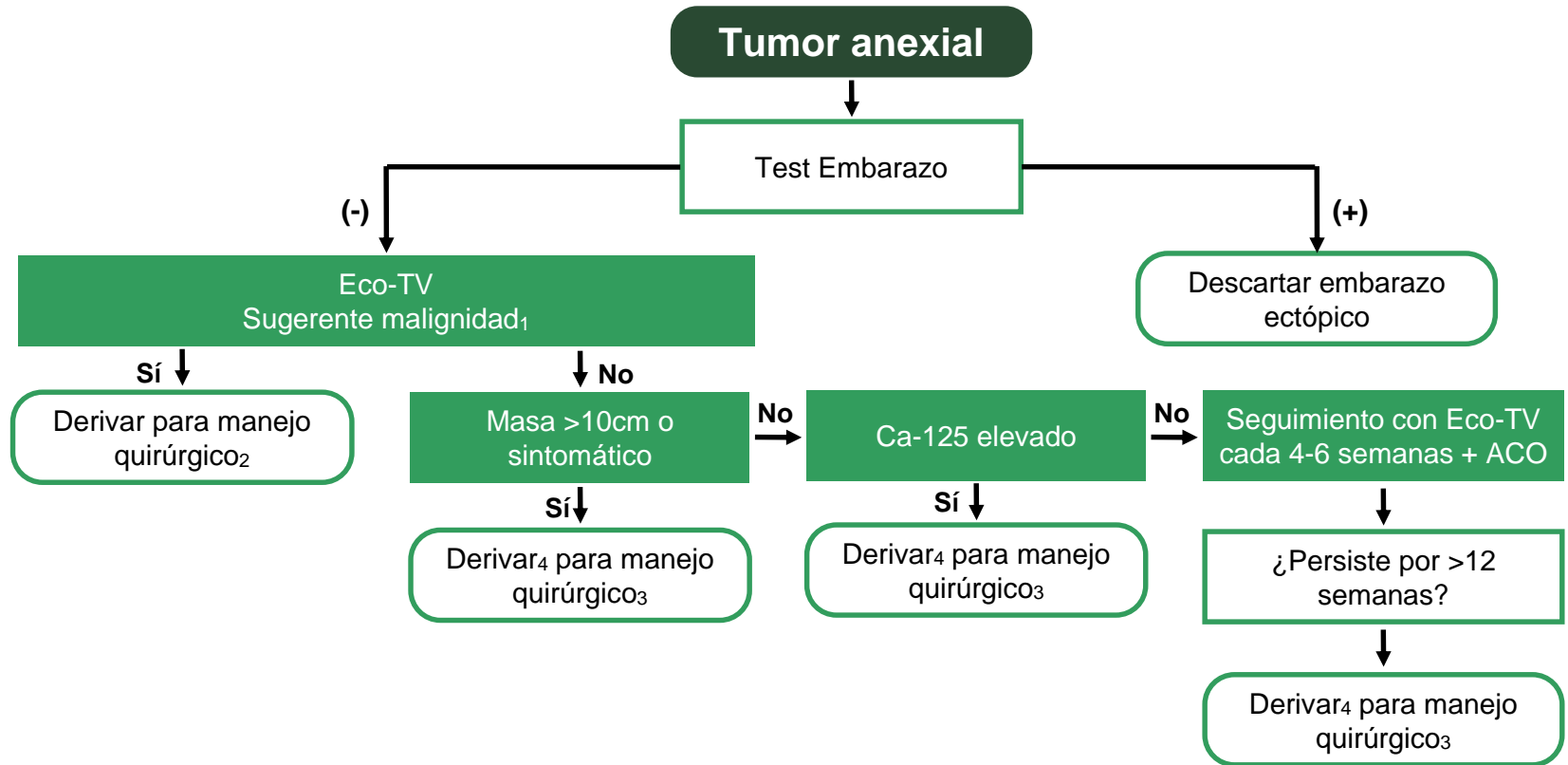
Corticoides  
tópicos



- Lesiones eritematosas con capa escamosa y grasa amarillenta y poco adherida
- Prurito (+)
- Escoriación (+)

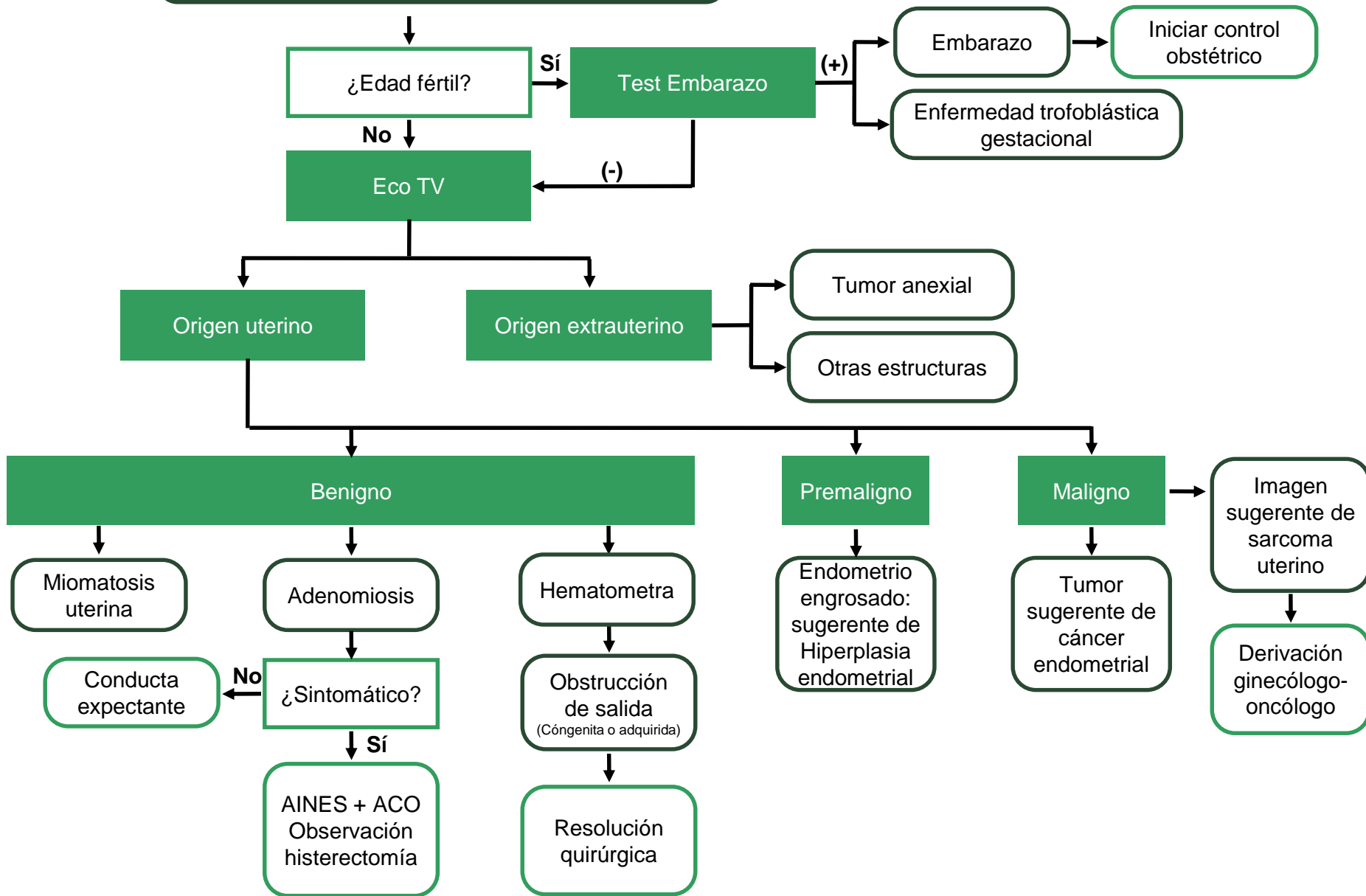
Dermatitis seborreica

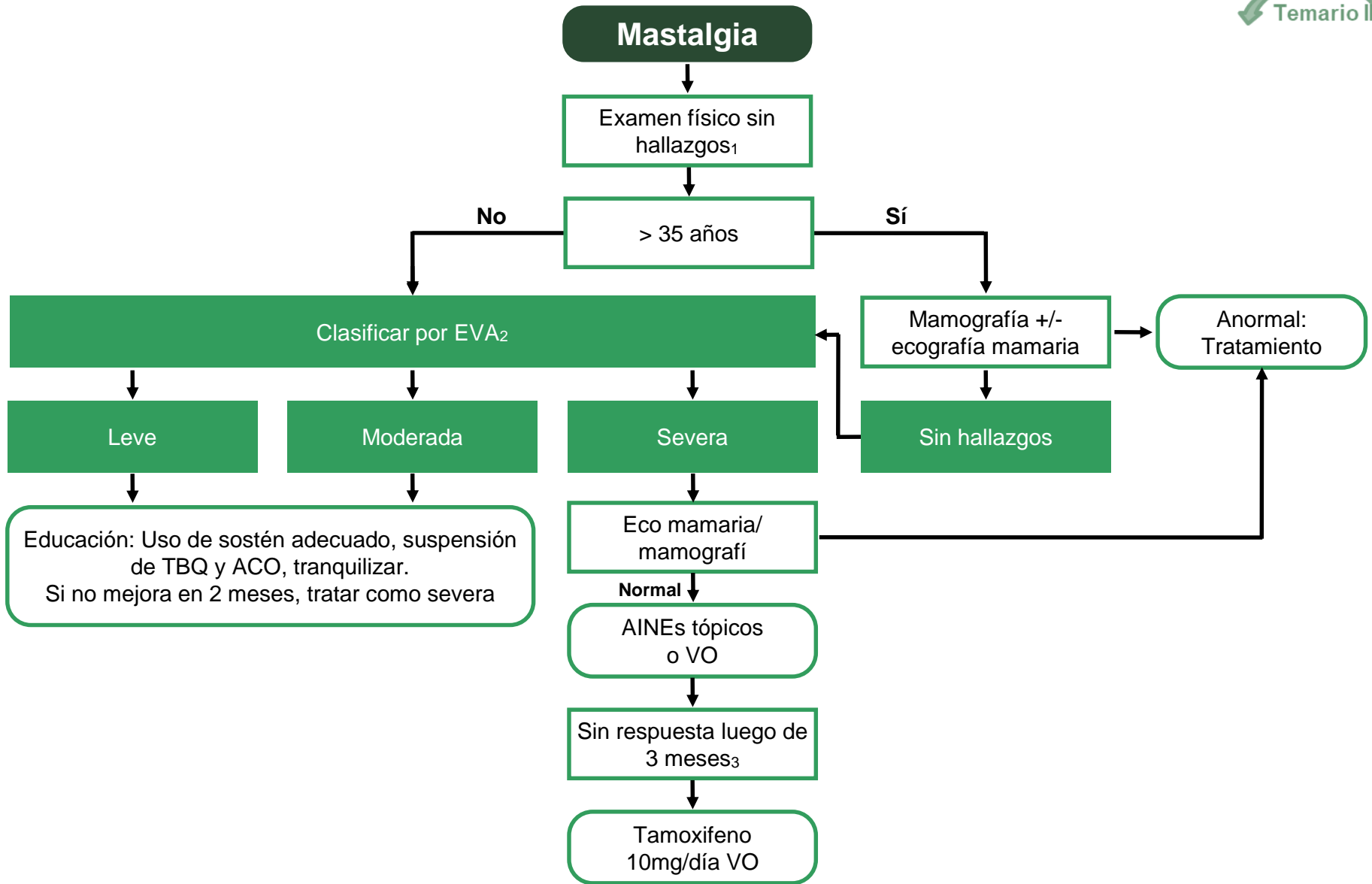




1. Eco-TV maligno: Complejo, septado, áreas sólidas, IP bajo, crecimiento, asociación con ascitis.
2. Seguimiento: Edad(edad fértil), aspecto ecográfico sugerente de benignidad, tamaño (<5-10cm), asintomático, paciente confiable, marcadores negativos.
3. Indicación de cirugía: Tamaño 5-10cm en 2 ecografías separadas por 6 a 8 semanas (persistencia), evidencia de crecimiento en ecografías secuenciales, tumor anexial mayor a 10cm, tumores sólidos mixtos (papilas), tumor palpable en pre-menárquica o post-menopáusica, presencia de ascitis, sintomático, antecedente familiar o personal(predisposición a cáncer), dese de la paciente de cirugía v/s seguimiento, hallazgo incidental en otra cirugía.
4. Derivar a ginecólogo o gine-oncólogo: en cirugía se realiza biopsia rápida para determinar tipo de cirugía y seguimiento.
5. Ca-125 elevado se define según edad reproductiva: En premenopausia debe ser mayor a 200 y en postmenopausia mayor a 35.

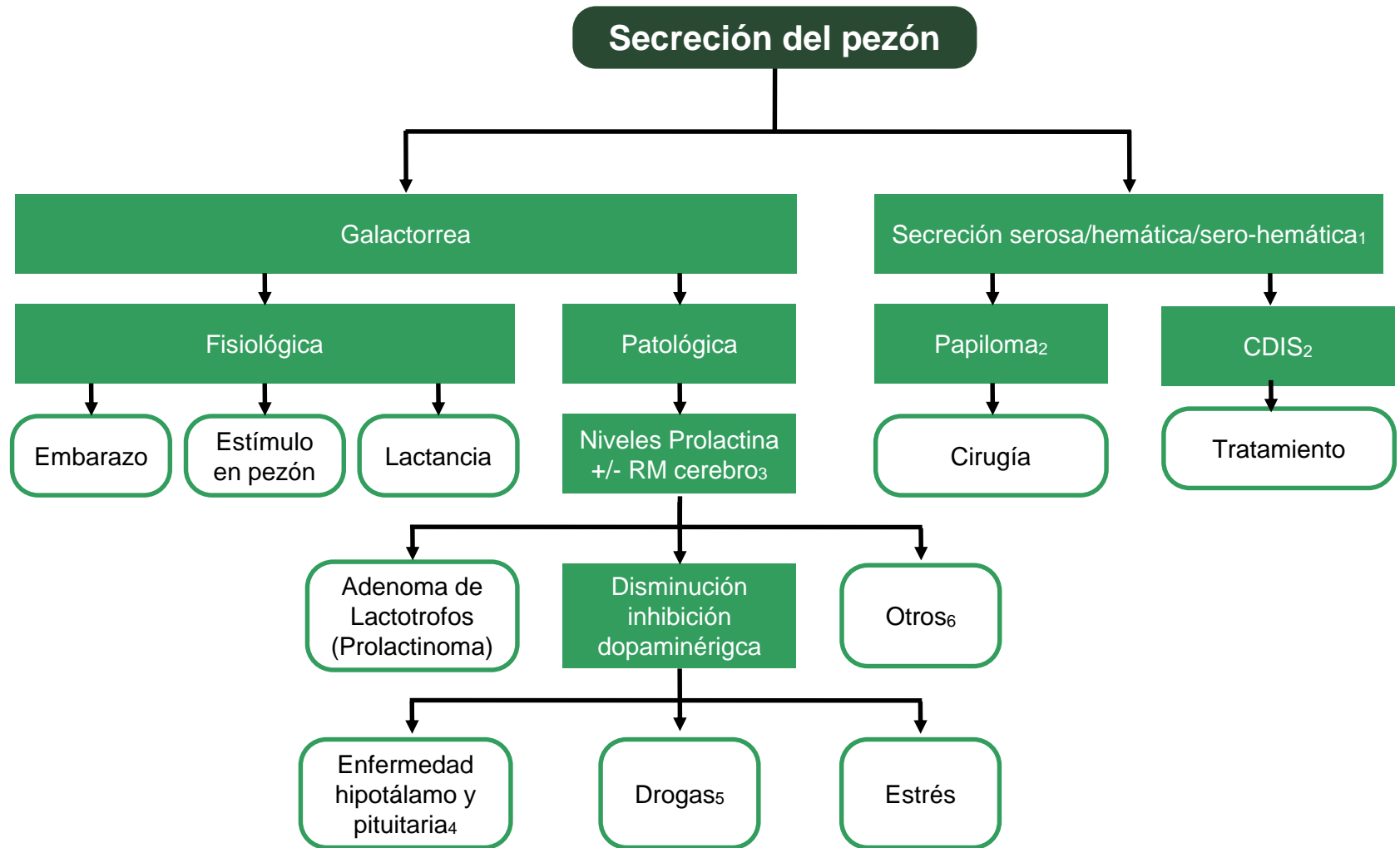
## Útero aumentado de tamaño en EF



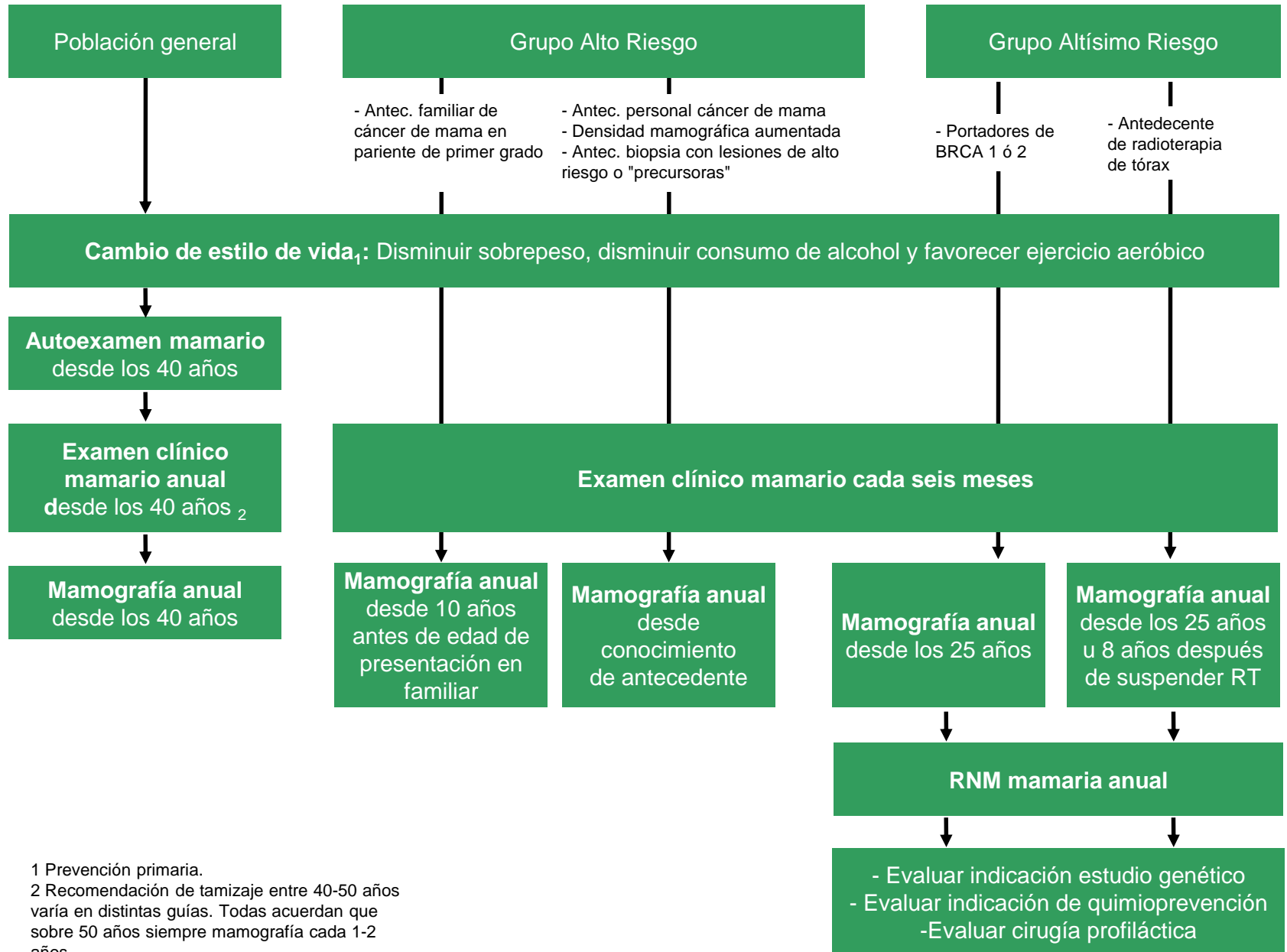


1. Se define mastalgia como dolor mamario mayor al premenstrual sin acompañarse de ningún otro síntoma: La mastalgia en el contexto de otras enfermedades como mastitis o neoplasia, será enfrentada en los algoritmos respectivos
2. Comúnmente la mastalgia se clasifica en cíclica, no cíclica y extramamaria, dicha clasificación es menos útil desde el punto de vista del manejo por lo que en este algoritmo se ha privilegiado la clasificación por severidad de los síntomas.
3. 5% de las pacientes no responde a AINEs y de éstas, 1% no responde a Tamoxifeno, éstas deben ser evaluadas por especialistas en patología mamaria

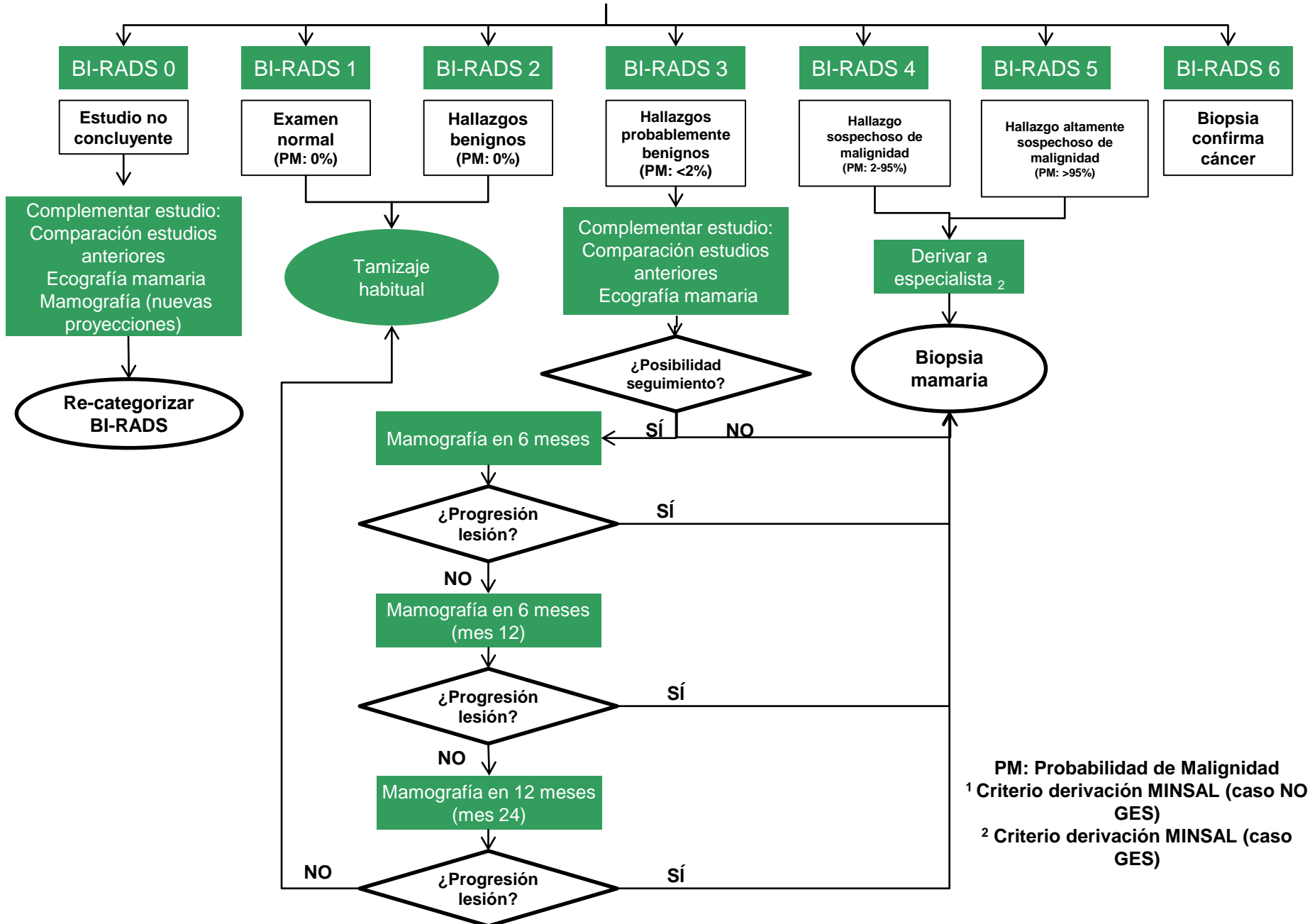


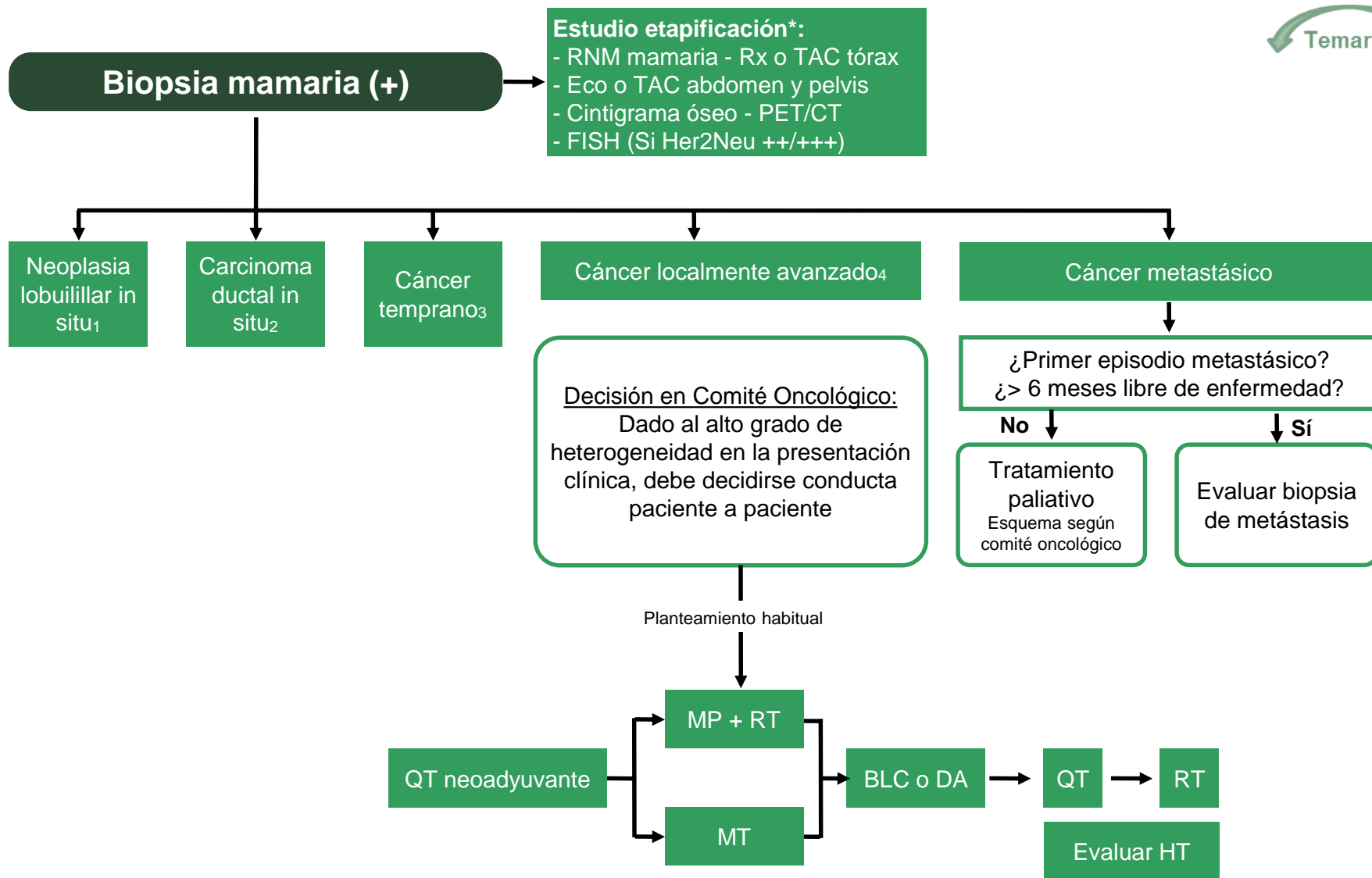


1. Un 5-15% de los casos de secreción del pezón no patológico (no galactorrea) son malignos. La causa maligna más común asociada a esto, en ausencia de otros hallazgos es el CDIS (Carcinoma ductal in situ).
2. Papiloma: recomendación estándar para manejo es la escisión al ser diagnosticado con Biopsia con aguja Core.
3. Prolactina mayor a 100 y/o alteraciones visuales son indicación de imagen cerebral, idealmente RM, por mayor probabilidad de macroprolactinoma.
4. Enfermedad del hipotálamo y pituitaria: Dentro de esta categoría se encuentra los tumores hipofisarios, sarcoidosis, trauma/cirugía, adenoma de pituitaria.
5. Existe una larga lista de drogas que pueden provocar hiperprolactinemia y/o galactorrea. Dentro de ellos se encuentran algunos: antipsicóticos típicos y atípicos, antidepresivos, antihipertensivos, opiáceos y medicamentos gastrointestinales (se sugiere ver la lista en detalle).
6. Otros: hipotiroidismo, herida en pared torácica, insuficiencia renal crónica, hiperprolactinemia idiopática, macroprolactinemia, genético o por estrógenos.



# Interpretación Mamografía





MP: Mastectomía Parcial / MT: Mastectomía total / RT: Radioterapia / QT: Quimioterapia / HT: Hormonoterapia / BLC: Biopsia linfonodo centinela / DA: Disección axilar

\* Etapificar en caso de T3, N2/N3, cancer inflamatorio o signos sugerentes de enfermedad metastásica

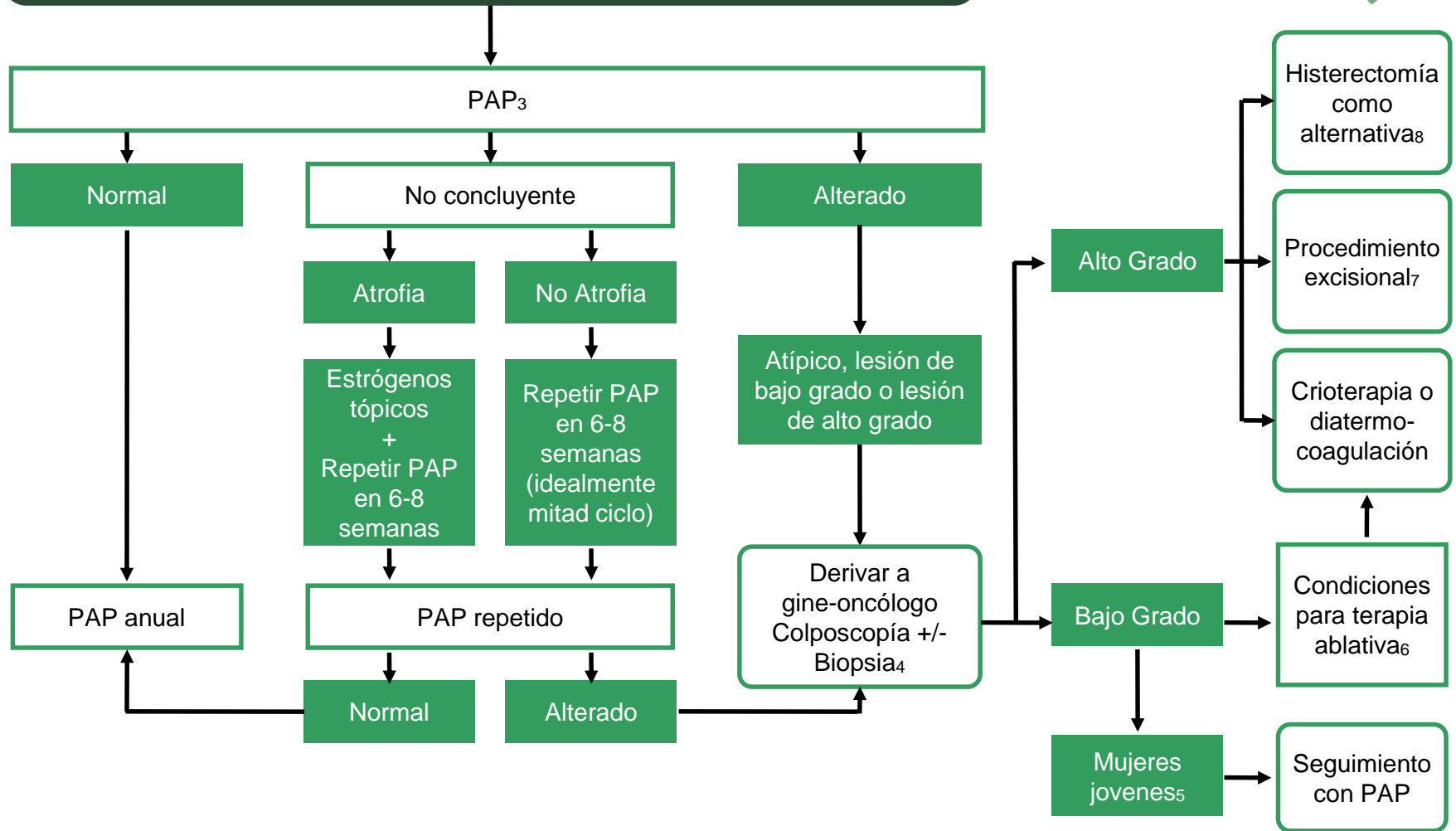
1. En caso de que 1ª biopsia haya sido estereotóxica

2. HT si Receptores de Estrógenos o Progesterona +)

3. Cáncer etapa I, II o IIIA

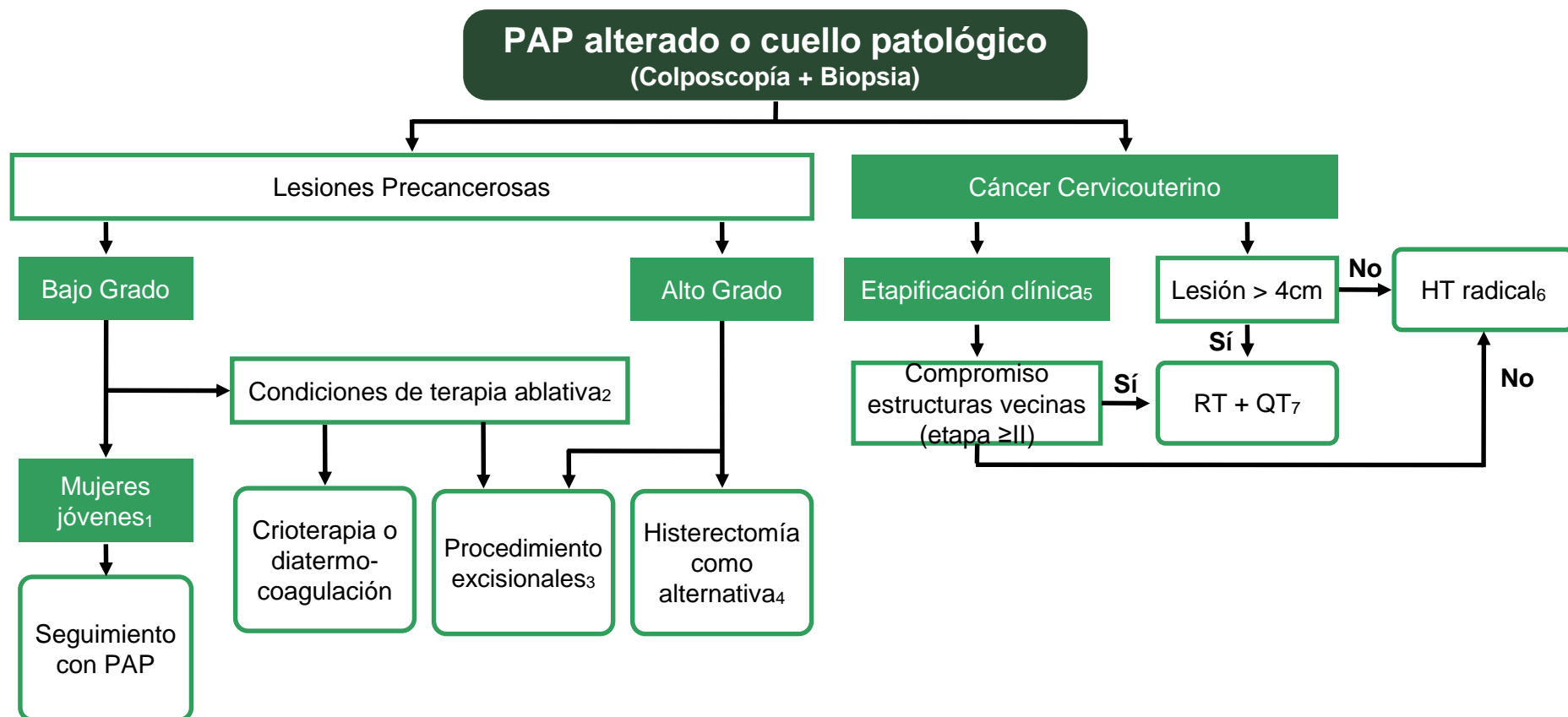
4. Cáncer T3N1, T4, N2 o N3

# Tamizaje Cáncer Cervicouterino<sup>1,2</sup>

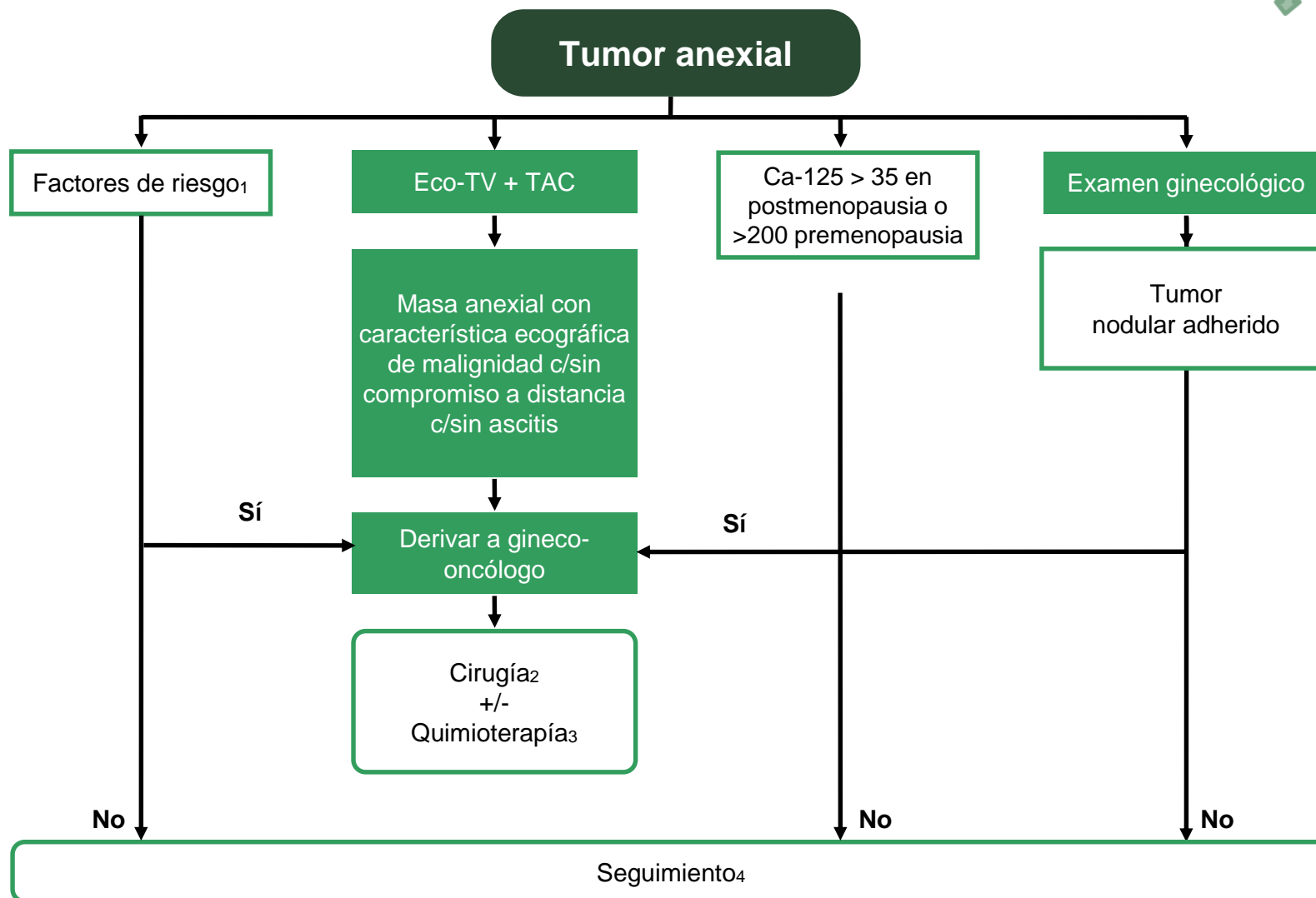


1. MINSAL: Inicio 25 años, independiente de la edad de inicio de actividad sexual, hasta los 64 años. Énfasis en mayores de 35 años, con periodicidad cada 3 años.
2. ACOG: Inicio 21 años, independiente de la edad de inicio de la actividad sexual, hasta los 70 años (si es de bajo riesgo y citologías previas (-)). Si mujer mayor de 30 años y lo desea, se puede realizar Test de VPH.
3. En Chile se necesita dirigir los esfuerzos a mejor cobertura, actualmente 70% cobertura siendo el ideal 80%. Si existe cobertura de 80% de la población con PAP anual, mortalidad por cáncer cérvico-uterino disminuye en un 70%.
4. Siempre que existan lesiones visibles en la colposcopia se debe tomar una biopsia.
5. Mujeres jóvenes se recomienda seguimiento con PAP porque tienen mayor tasa de autocura. Bajo 40 años siempre seguimiento.
6. Condiciones para terapia ablativa: Lesión completamente visible, pequeña (sin

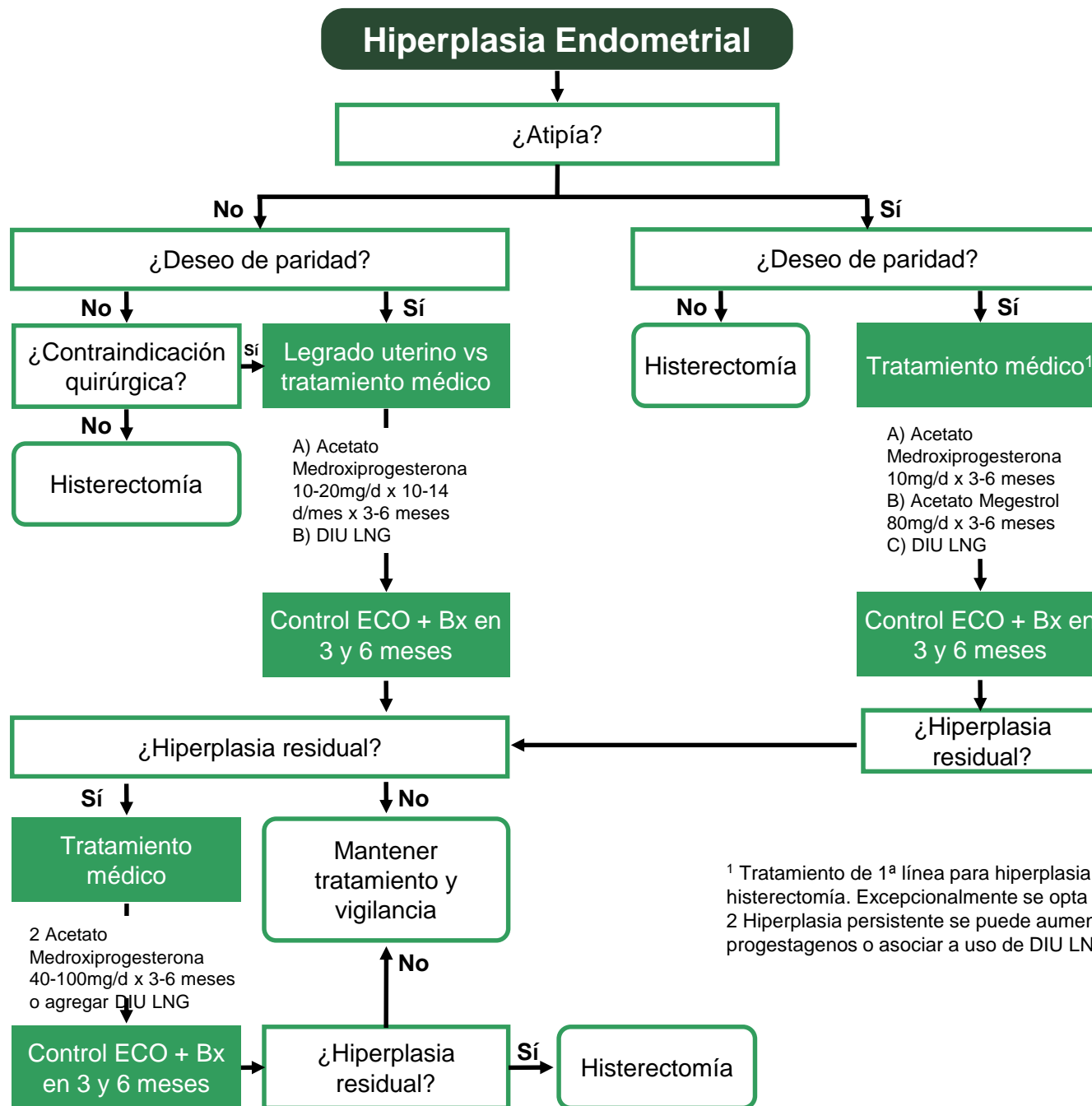
- extensión al canal); sin sospecha de invasión por PAP, colposcopia e histología; Especuloscopia negativa particularmente para lesión de alto grado; Sin compromiso glandular; Sin sospecha de lesión glandular de alto grado (AIS).
7. Procedimientos excisionales: Objetivo primario confirmar el diagnóstico y descartar cáncer, secundariamente puede ser terapéutica; además permite hacer análisis acabado de toda la circunferencia cervical, sacando todo el componente exocervical, el área de transformación y parte del canal endocervical. Se realiza Cono LEEP en todos EXCEPTO adenocarcinoma in situ donde se realiza con bisturí frío.
  8. Histerectomía como alternativa de tratamiento para NIE en: Lesiones de alto grado, sin deseo paridad futura, patología asociada (ejemplo mioma) y sin sospecha de cáncer invasor.



1. Mujeres jóvenes se recomienda seguimiento con PAP porque tienen mayor tasa de autocura.
2. Condiciones para terapia ablativa: Lesión completamente visible, pequeña (sin extensión al canal); sin sospecha de invasión por PAP, colposcopia e histología; Especuloscopia negativa particularmente para lesión de alto grado; Sin compromiso glandular; Sin sospecha de lesión glandular de alto grado (AIS).
3. Procedimientos excisionales: Objetivo primario confirmar el diagnóstico y descartar cáncer, secundariamente puede ser terapéutica; además permite hacer análisis acabado de toda la circunferencia cervical, sacando todo el componente exocervical, el área de transformación y parte del canal endocervical. Se realiza Cono LEEP en todos EXCEPTO adenocarcinoma in situ donde se realiza con bisturí frío.
4. Histerectomía como alternativa de tratamiento para NIE en: Lesiones de alto grado, sin deseo paridad futura, patología asociada (ejemplo mioma) y sin sospecha de cáncer invasor.
5. Etapificación clínica: Especuloscopia (visualización y estimación tamaño) Tacto vaginal (consistencia, extensión a vagina), Tacto recto-vaginal (evaluación del cuello y parametrios).
6. Histerectomía radical: incluye parametrios, tercio superior de la vagina y ganglios pélvicos bilaterales. EXCEPCIÓN: Cáncer microinvasor donde se puede plantear histerectomía extrafascial.
7. RT + QT: radioterapia y quimioterapia concomitante. En general, pacientes sintomáticas muy probablemente se encontrarán en rango de las no operables, teniendo que seguir con esta alternativa.



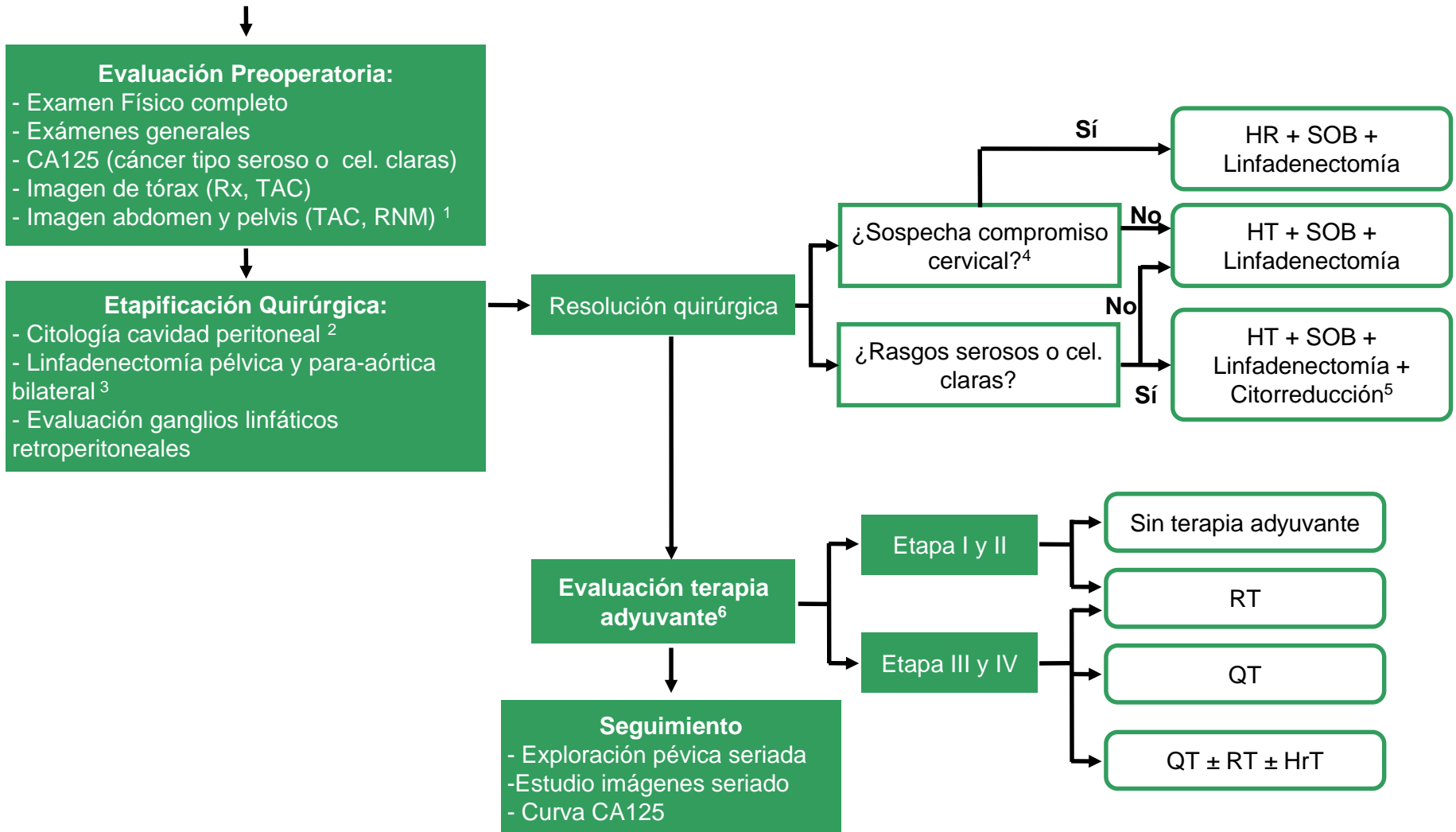
- Factores de riesgo: Edad mayor a 60 años, menarquia precoz, menopausia tardía, nuliparidad, infertilidad, antecedente de cáncer de colon, antecedente familiar de cáncer de colon, ovario y/o mama.
- Cirugía: en etapa precoz se realiza etapificación: Histerectomía total + Omentectomía +/- Apendicectomía (en mucinosos) + lavado peritoneal o aspiración de ascitis para estudio citológico y biopsias de superficies peritoneales, incluyendo superficie hepática+ linfadenectomía pelviana y para-aortica. Si etapa avanzada: cirugía citorrreductora (óptima <5mm residuo tumoral, complete:residuo tumoral cero).
- Quimioterapia: Carboplatino + Paclitaxel.
- Seguimiento: Edad(edad fértil), aspecto ecográfico sugerente de benignidad, tamaño (<5-10cm), asintomático, paciente confiable, marcadores negativos.



¹ Tratamiento de 1ª línea para hiperplasia endometrial con atipía es la histerectomía. Excepcionalmente se opta por tratamiento medico  
2 Hiperplasia persistente se puede aumentar la dosis de progestagenos o asociar a uso de DIU LNG.



# Cáncer de Endometrio



HR: Histerectomía Radical; HT: Histerectomía Total; SOB: Salpingo-ooforectomía bilateral; RT: Radioterapia; QT: Quimioterapia; HrT: Hormonoterapia

<sup>1</sup> No son exámenes de rutina, dado que la etapificación es quirúrgica. Son una opción válida en caso de cáncer tipo seroso o enfermedad avanzada al examen físico.

<sup>2</sup> Se realiza mediante instilación de 50-100mL de SF en cavidad peritoneal, con posterior recolección para estudio citológico.

<sup>3</sup> ACOG recomienda incluir la linfadenectomía pélvica y para-aórtica de forma rutinaria en la etapificación quirúrgica, dado que mejora la sobrevida. Sin embargo, una alternativa válida es realizar la linfadenectomía sólo en caso de sospecha de compromiso ganglionar, lo que ocurre ante: a) biopsia rápida con invasión miometrial profunda o baja diferenciación (G2-G3), b) localización cáncer en istmo-cuello, c) metástasis, d) citología cavidad peritoneal (+).

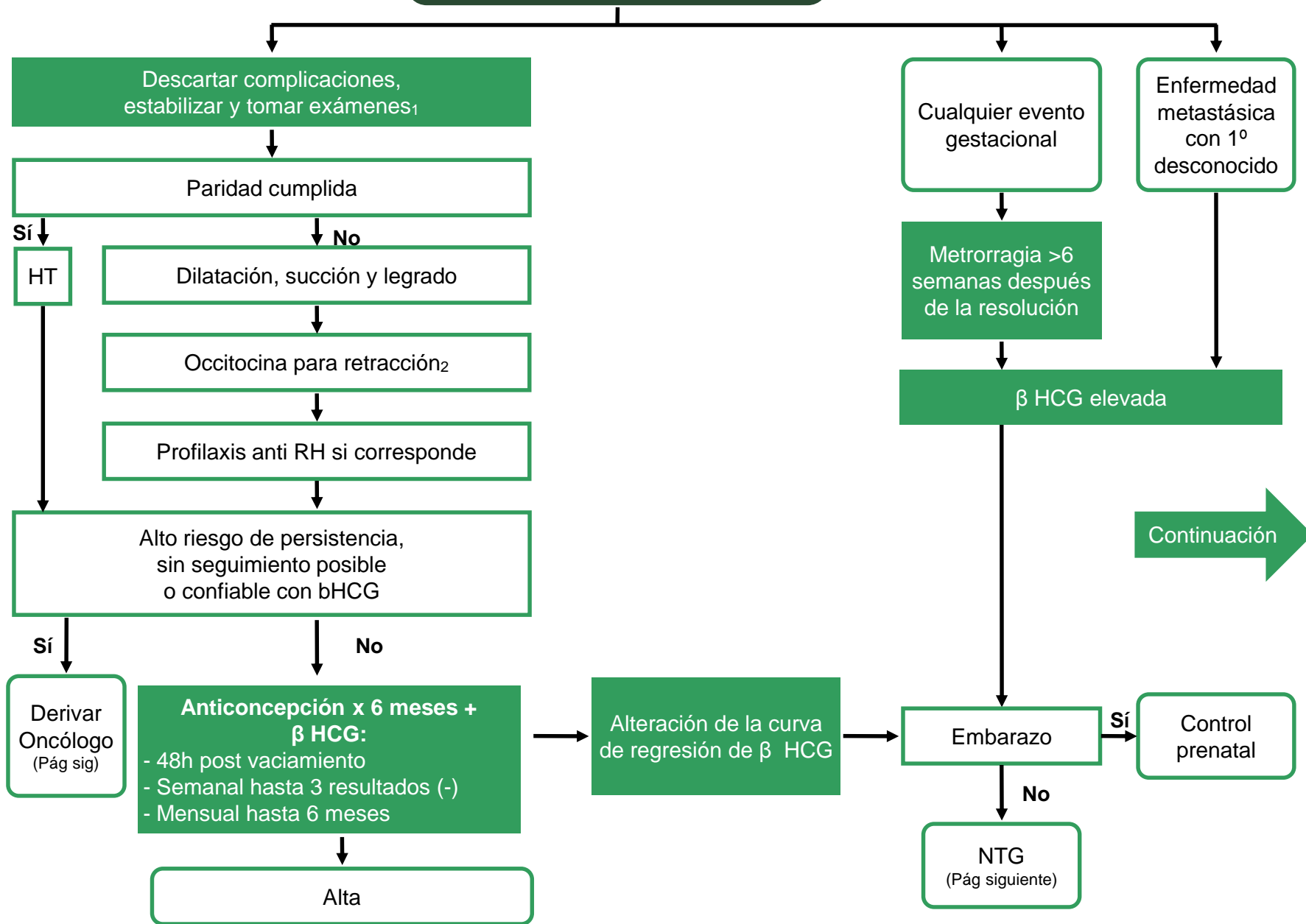
<sup>4</sup> Alteración cervical macroscópica o RNM sugerente.

<sup>5</sup> Omentectomía infracólica + biopsias peritoneales bilaterales (pelvis, correderas paracólicas, diafragma).

<sup>6</sup> Decisión tomada caso a caso en Comité Oncológico en función de histología y extensión del cáncer y comorbilidades y pronóstico de la paciente.

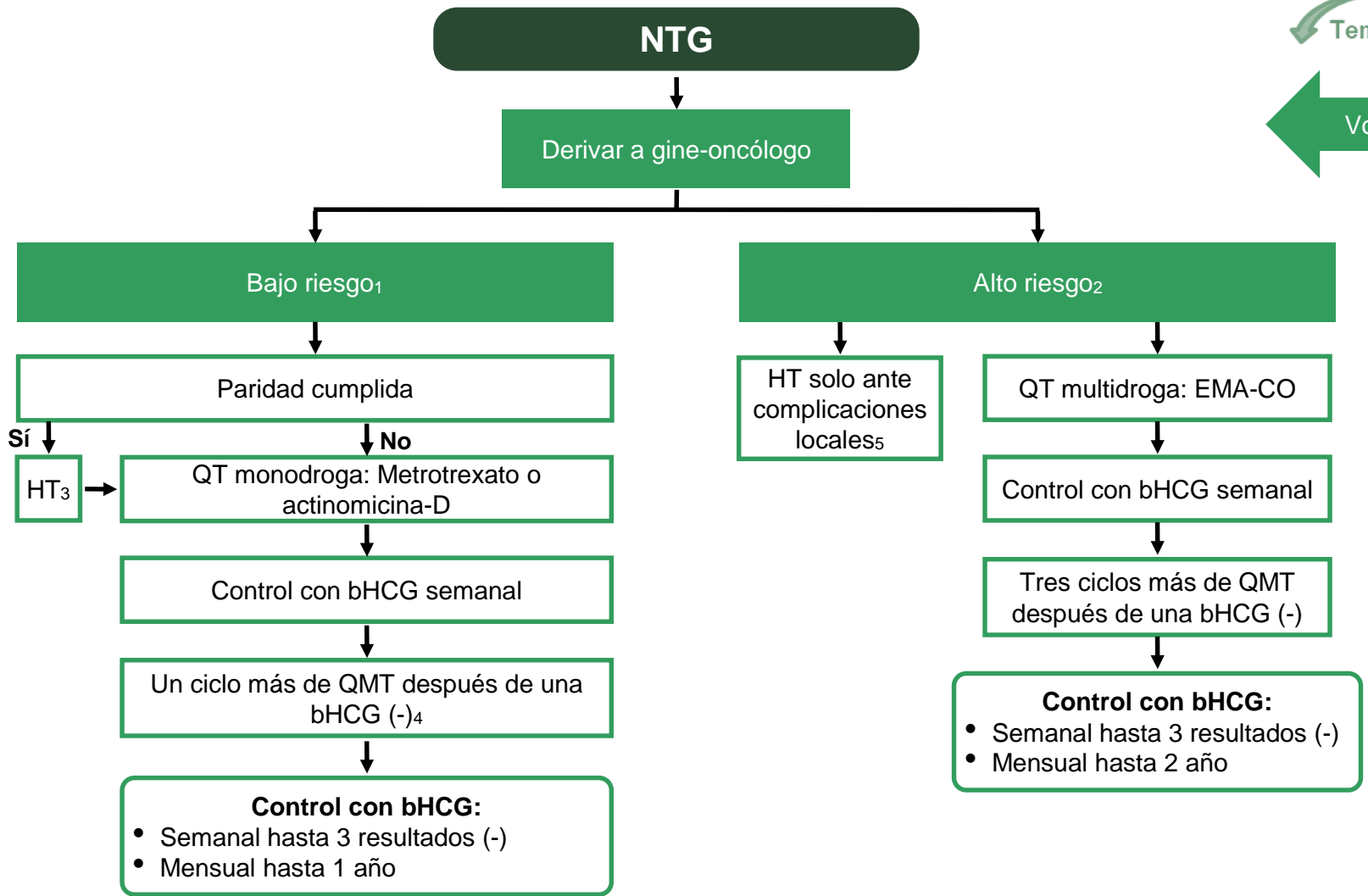
# Sospecha de ETG

Temario II



1. Hemograma, grupo y RH, BUN, crea, p.hepáticas, TSH, bHCG, Rx tórax y ecografía hepática

2. El uso de occitocina o misoprostol para inducir el vaciamiento uterino aumenta el riesgo de sangrado y ETG persistente  
ETG= enfermedad trofoblástica gestacional, NTG= neoplasia trofoblástica gestacional



1. Bajo riesgo: enfermedad por menos de 4 meses, bHCG < 40000 UI/mL, puntuación OMS <7 y etapa FIGO I,II o III (sólo metástasis pulmonares)
2. Alto riesgo: etapa FIGO I,II o III con puntuación OMS de alto riesgo y pacientes en etapa IV
3. HT se puede ofrecer en forma precoz para acortar el curso y disminuir la cantidad de QMT necesaria para alcanzar la remisión o tardía en caso de enfermedad no metastásica refractaria a la QMT
4. Un resultado (-) de bHCG sólo implica que hay menos de  $10^7$  células y no necesariamente que la enfermedad está erradicada
5. Complicaciones locales como metrorragia incoercible y sepsis

# Deseo de embarazo

Anamnesis y Examen Físico  
(Ambos miembros pareja)

Alterado

Orientar estudio según  
etiología probable

Sin Alteraciones

¿>12 meses de exposición a embarazo?<sup>1</sup>

No

Historia natural  
fertilidad humana

Conducta expectante

Sí

Infertilidad Conyugal

Estudio de rutina

Sin alteración

**Factor sistémico:**

- Hemograma
- TSH
- PRL

Alterado

Manejo  
específico de  
cada patología

**Factor masculino:**

- Espermograma

Alterado

Inseminación  
intrauterina (IIU) vs  
Fertilización in vitro  
(FIV)<sup>2</sup>

**Factor ovulatorio:**

- Seguimiento folicular
- FSH, LH, E2 (día 3 del ciclo)
- Progesterona (día 7 fase lútea)

Alterado

Inducción ovulación con  
actividad sexual dirigida o  
IIU<sup>3</sup>

**Factor uterino-  
tubario:**

- HSG

Alterado

Resolución  
quirúrgica

**Factor cervical:**

- PAP
- Test post-coital

Alterado

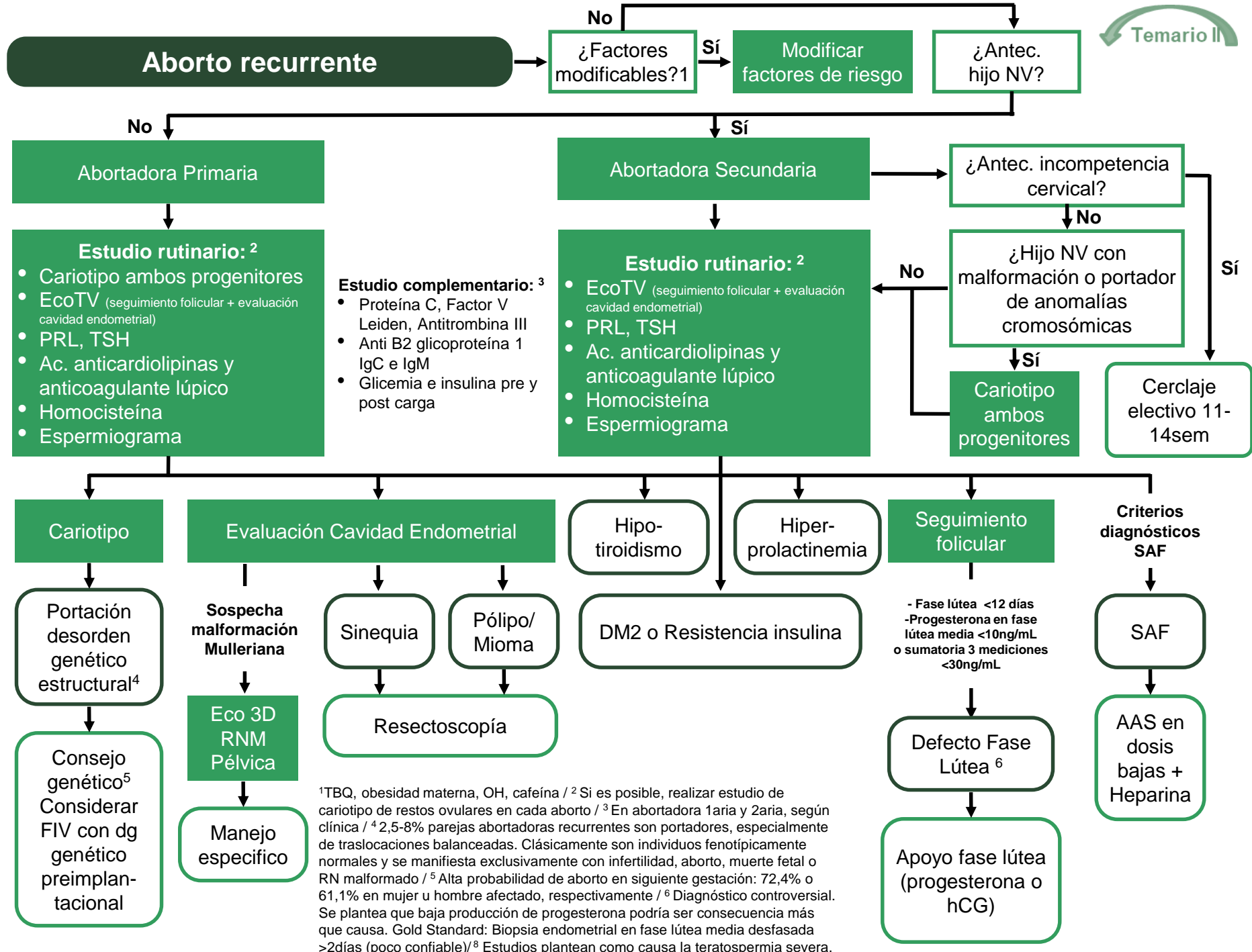
Inseminación  
intrauterina

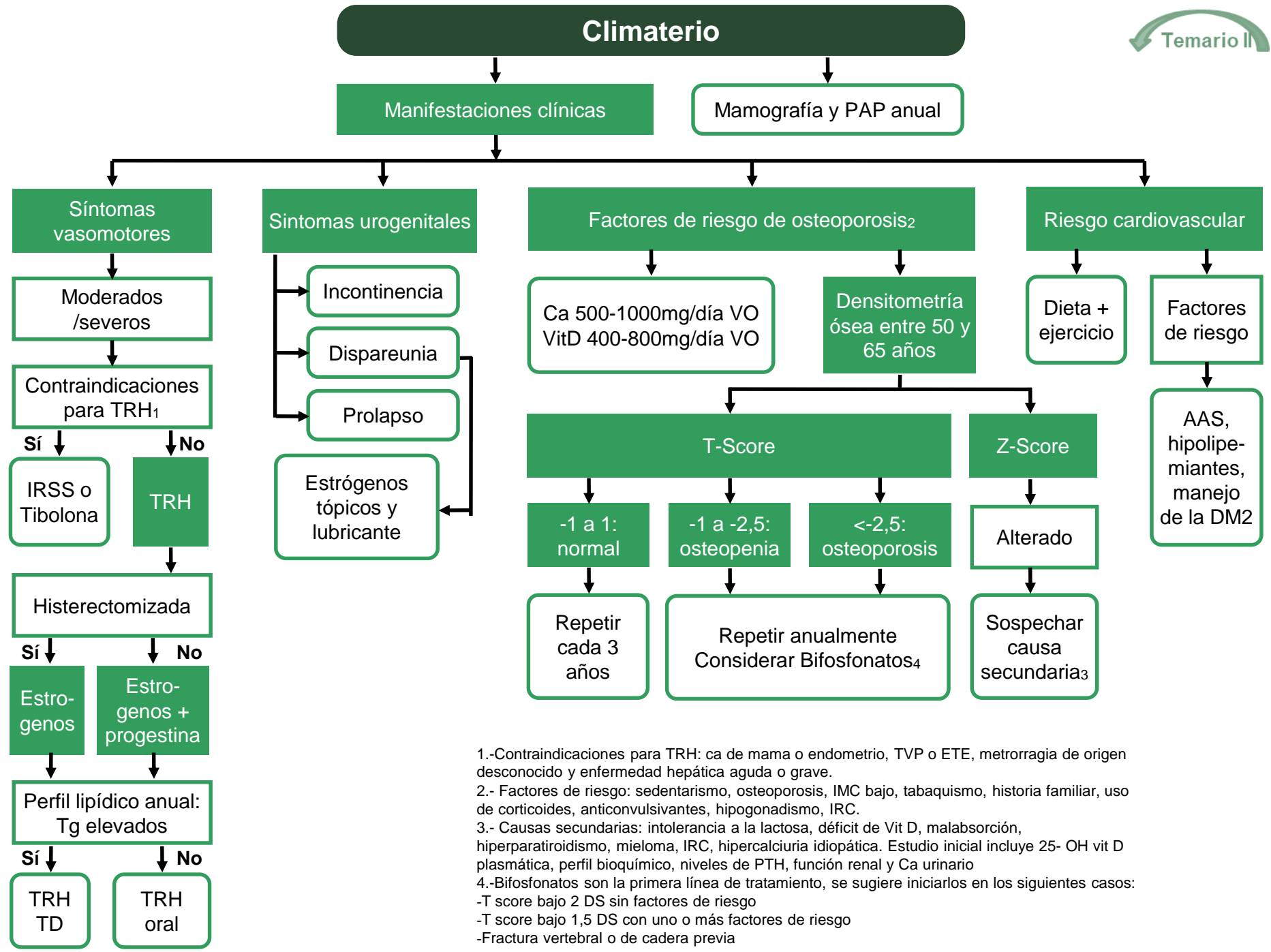
Inducción  
ovulación con  
actividad  
sexual  
dirigida o IIU

<sup>1</sup> En caso de mujeres >35 años, podría plantearse como límite 6 meses dada la disminución progresiva de la fertilidad a mayor edad. En mujeres >40 años el estudio podría empezarse inmediatamente.

<sup>2</sup> En caso de factor masculino leve a moderado considerar IIU. En caso de factor masculino severo optar por FIV.

<sup>3</sup> Optar por actividad sexual dirigida en parejas con < 5 años de exposición a embarazo, reserva ovárica conservada (<35 años), sin factor masculino, sin factor cervical (con factor ovulatorio puro)





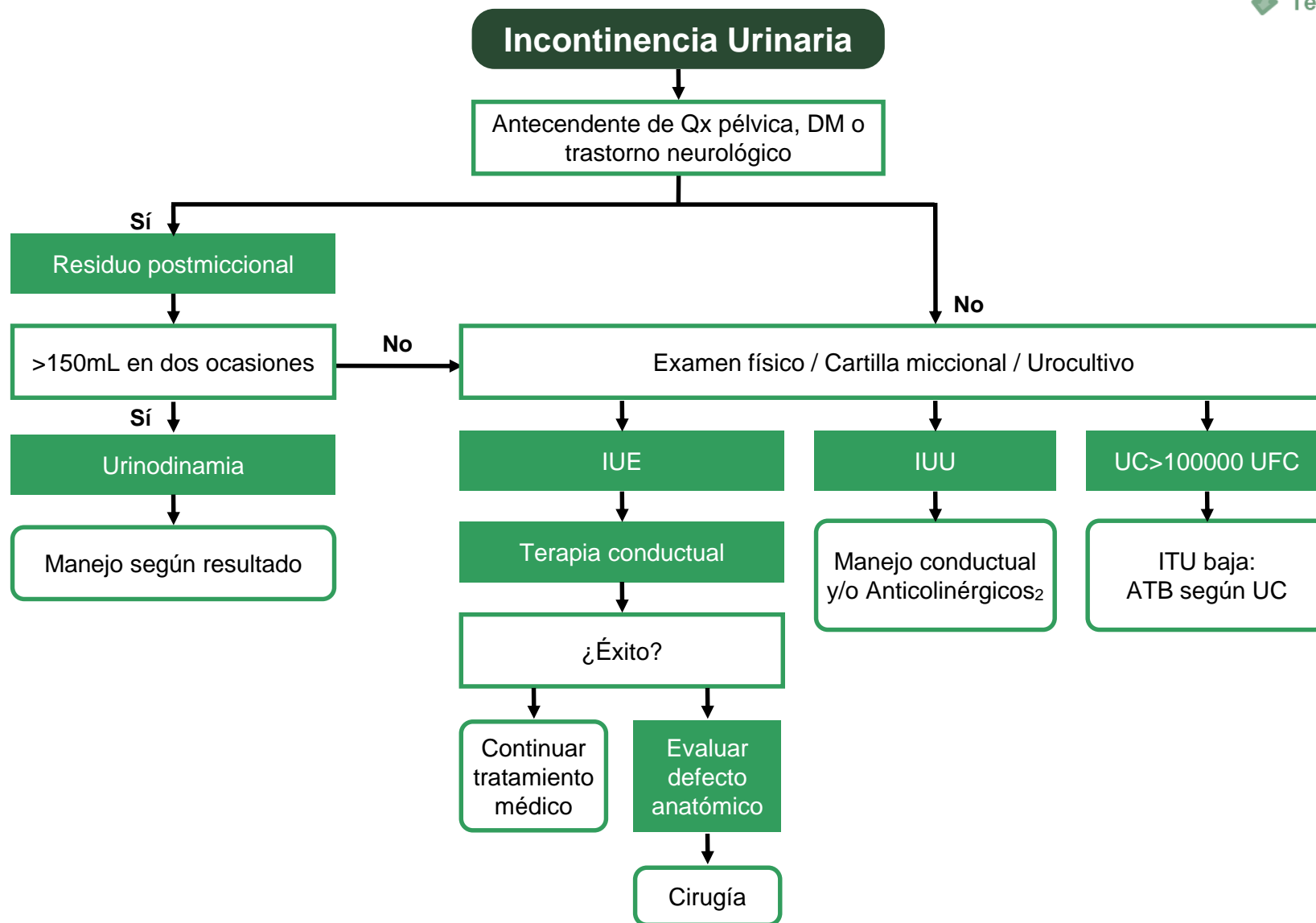
1.-Contraindicaciones para TRH: ca de mama o endometrio, TVP o ETE, metrorragia de origen desconocido y enfermedad hepática aguda o grave.

2.- Factores de riesgo: sedentarismo, osteoporosis, IMC bajo, tabaquismo, historia familiar, uso de corticoides, anticonvulsivantes, hipogonadismo, IRC.

3.- Causas secundarias: intolerancia a la lactosa, déficit de Vit D, malabsorción, hiperparatiroidismo, mieloma, IRC, hipercalcemia idiopática. Estudio inicial incluye 25- OH vit D plasmática, perfil bioquímico, niveles de PTH, función renal y Ca urinario

4.-Bifosfonatos son la primera línea de tratamiento, se sugiere iniciarlos en los siguientes casos:

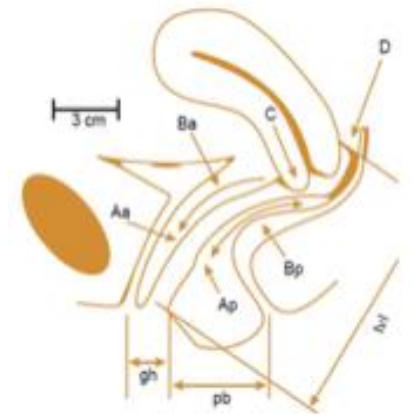
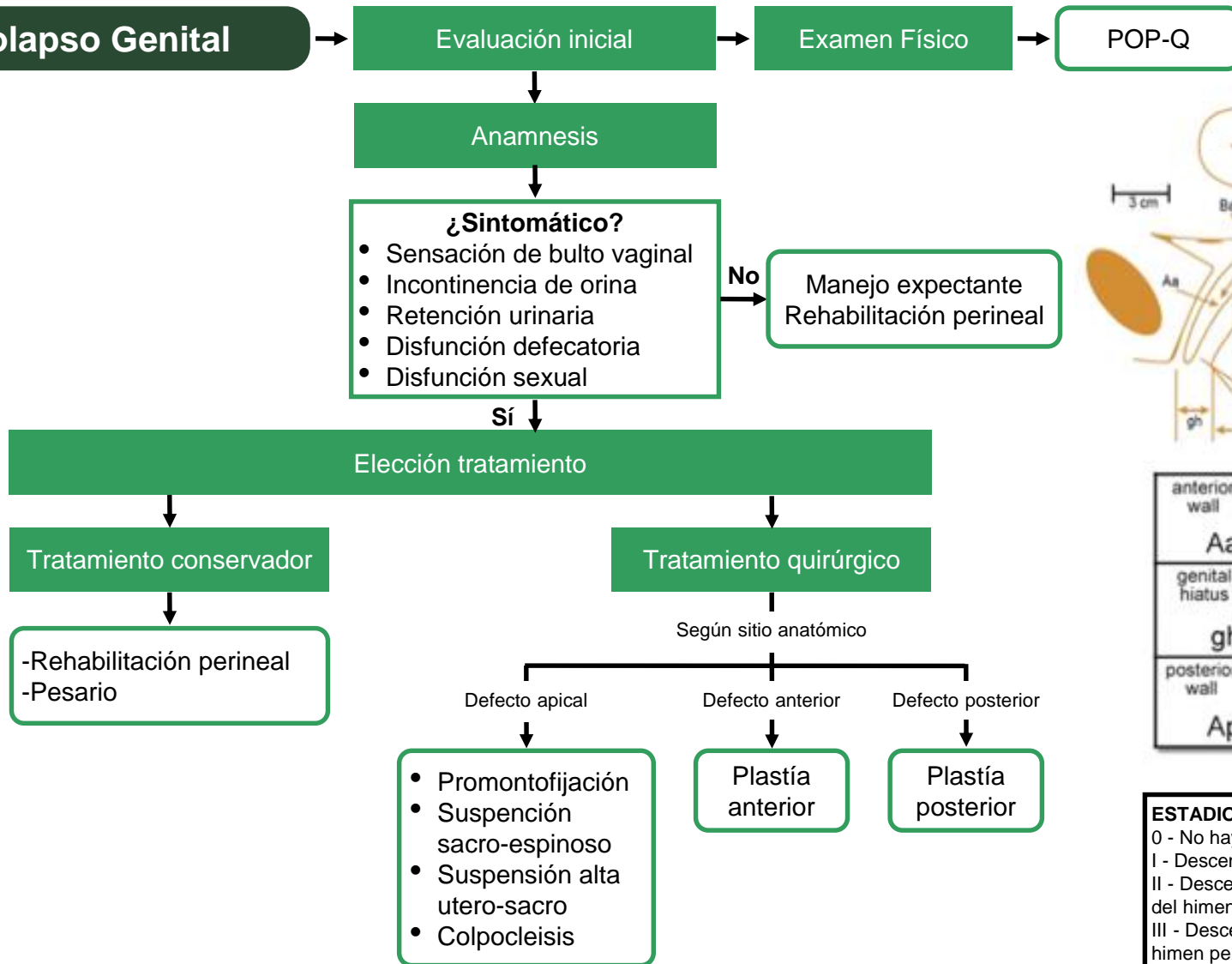
- T score bajo 2 DS sin factores de riesgo
- T score bajo 1,5 DS con uno o más factores de riesgo
- Fractura vertebral o de cadera previa



1.- Terapia conductual: ejercicios de Kegel, reducción del consumo de líquido, cese de tabaquismo  
 2.- Conductual: manejo de fluidos, micción horaria

Anticolinérgicos:  
 -Oxibutinina 5 mg cada 8 horas VO  
 -Tolteridona 2 mg cada 12 horas VO o 4mg día VO en versión XR

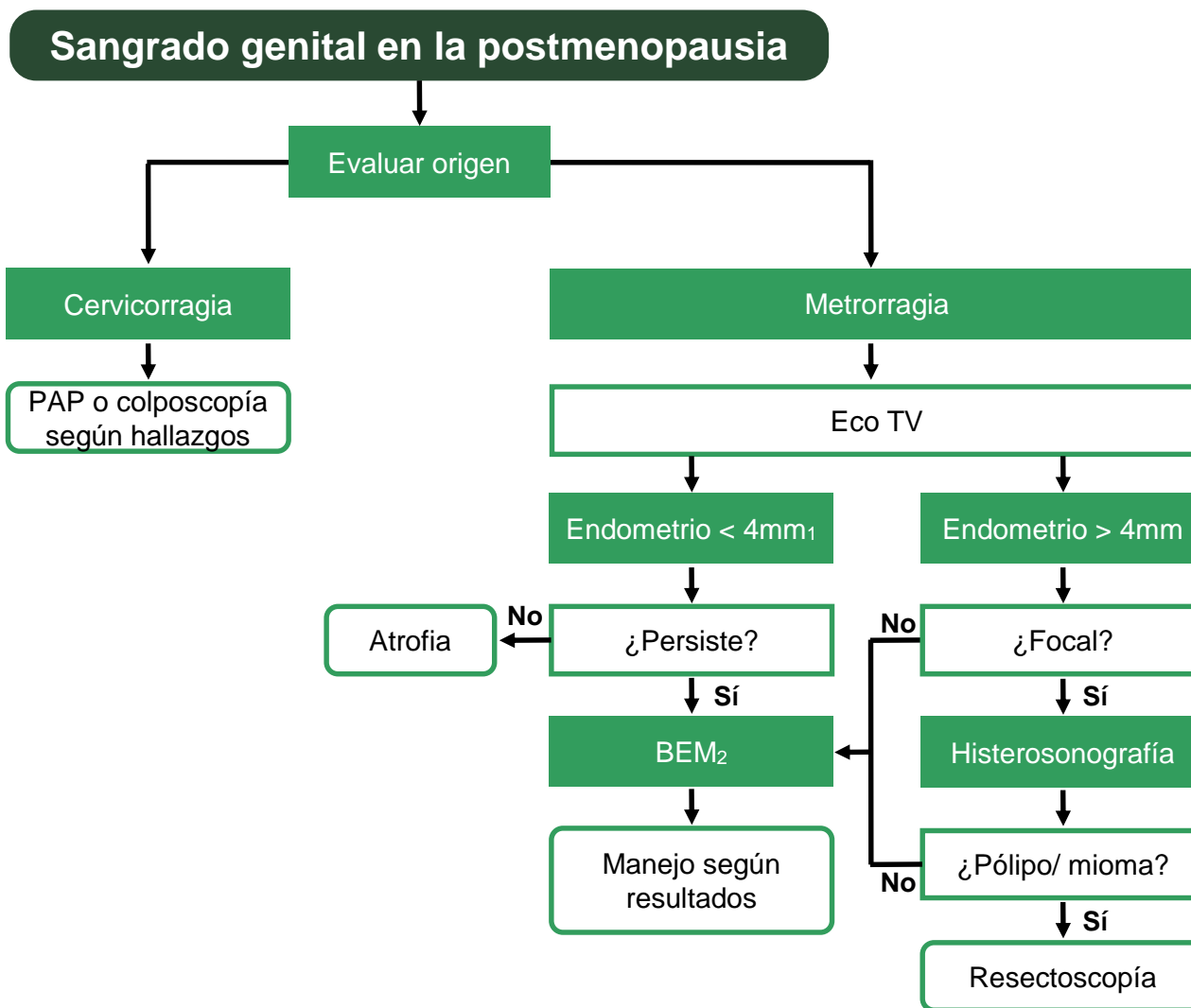
# Prolapso Genital



anterior wall	anterior wall	cervix or cuff
Aa	Ba	C
genital hiatus	perineal body	total vaginal length
gh	pb	tvL
posterior wall	posterior wall	posterior fornix
Ap	Bp	D

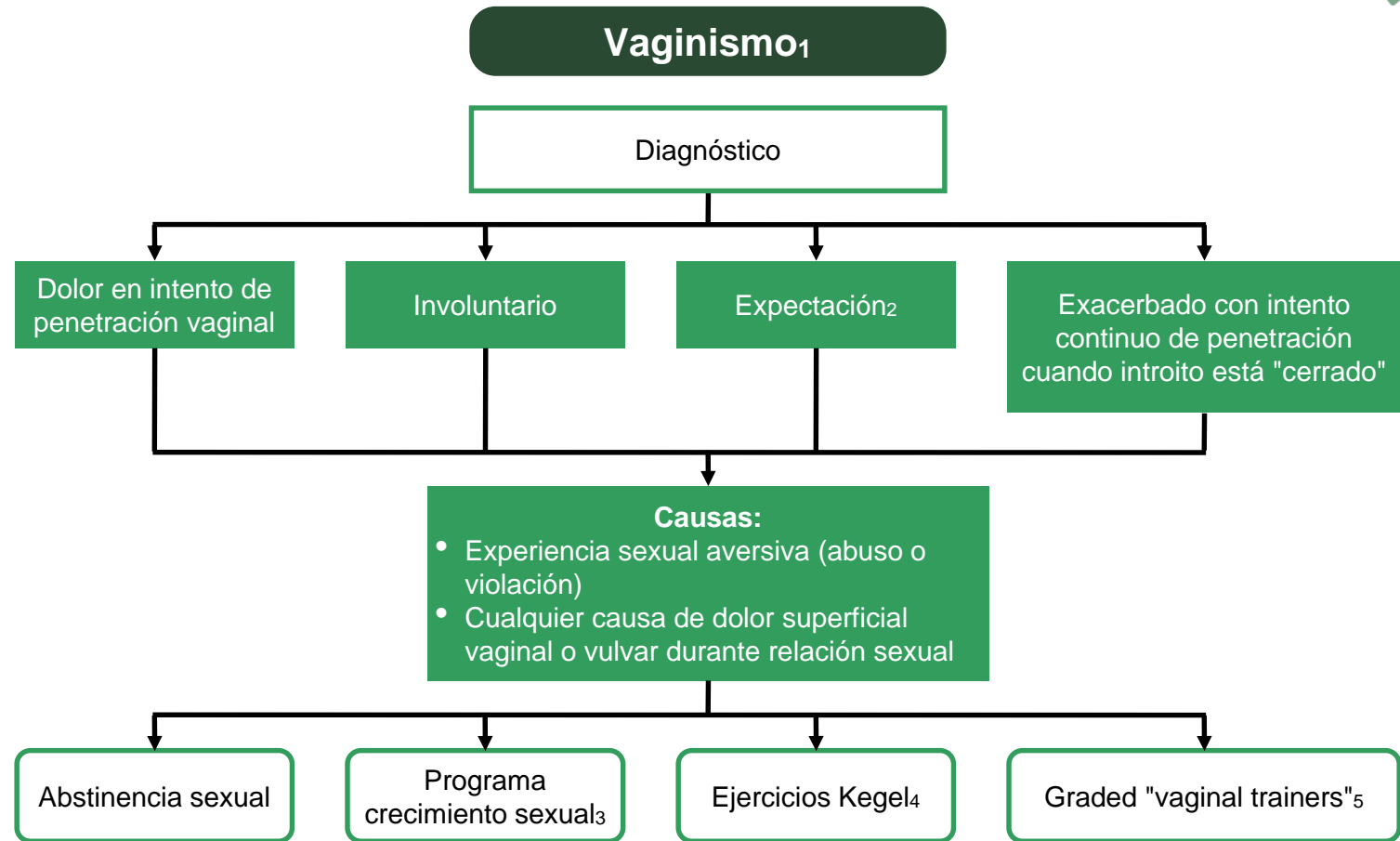
**ESTADIOS:**  
 0 - No hay descenso.  
 I - Descenso 1 cm sobre himen.  
 II - Descenso entre -1 y + 1 cm del himen.  
 III - Descenso + 1 cm sobre el himen pero menor al largo vaginal total -2 cm  
 IV - Procidencia genital.





1.- En mujeres usuarias de TRH, considerar como límite 12 mm

2.- Se puede preferir legrado biopsico en caso de sangrado activo intenso (diagnóstico y terapéutico), alto riesgo de ca endometrial y 2 BEM insuficientes, BEM sin hallazgos y sangrado persistente por más de 3 meses.



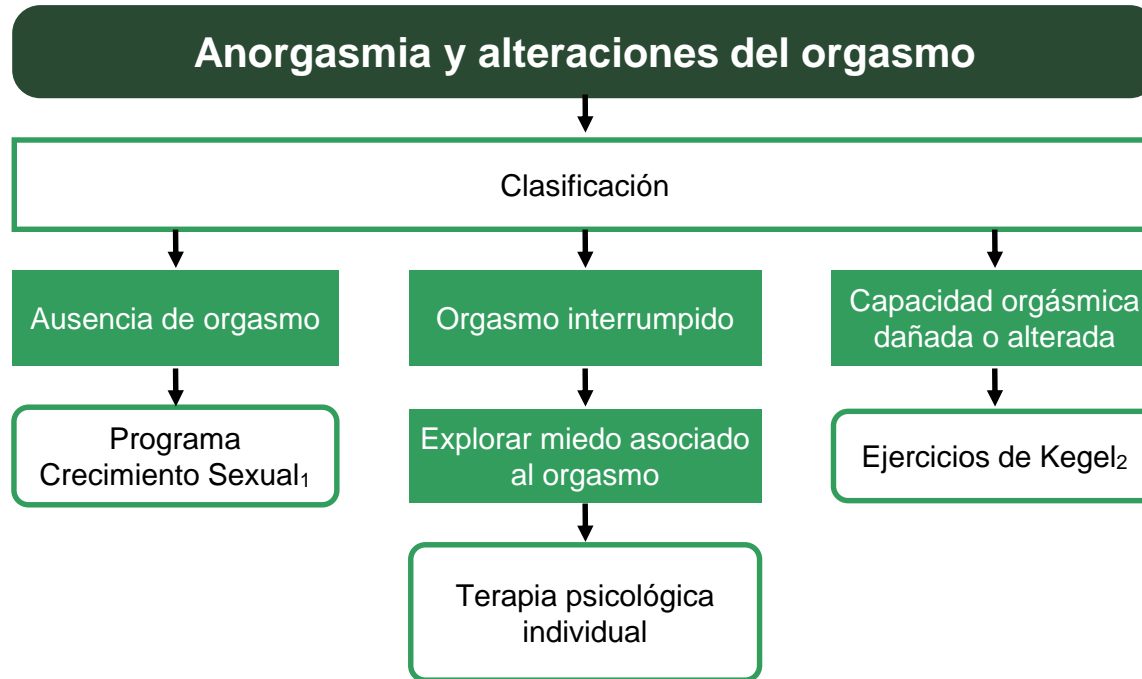
<sup>1</sup>Vaginismo: Dificultad para penetración como resultado de contracción involuntaria o posiblemente espasmo de músculo pubococcígeo (rodeando la entrada a la vagina) cuando se intenta penetración.

<sup>2</sup>Expectación: Surge de cualquier experiencia sexual aversiva o dolor en relaciones sexuales previas y que hace creer que penetraciones a futuro serán dolorosas.

<sup>3</sup>Programa de crecimiento sexual: consiste en 4 tareas de forma secuencial: 1. Examinación general individual, 2. Examinación genital individual, 3. "Touch for pleasure", 4. Mejora de excitación sexual, 5. Compartiendo descubrimientos.

<sup>4</sup>Ayuda a la condición y conciencia de la actividad de los músculos alrededor del introito.

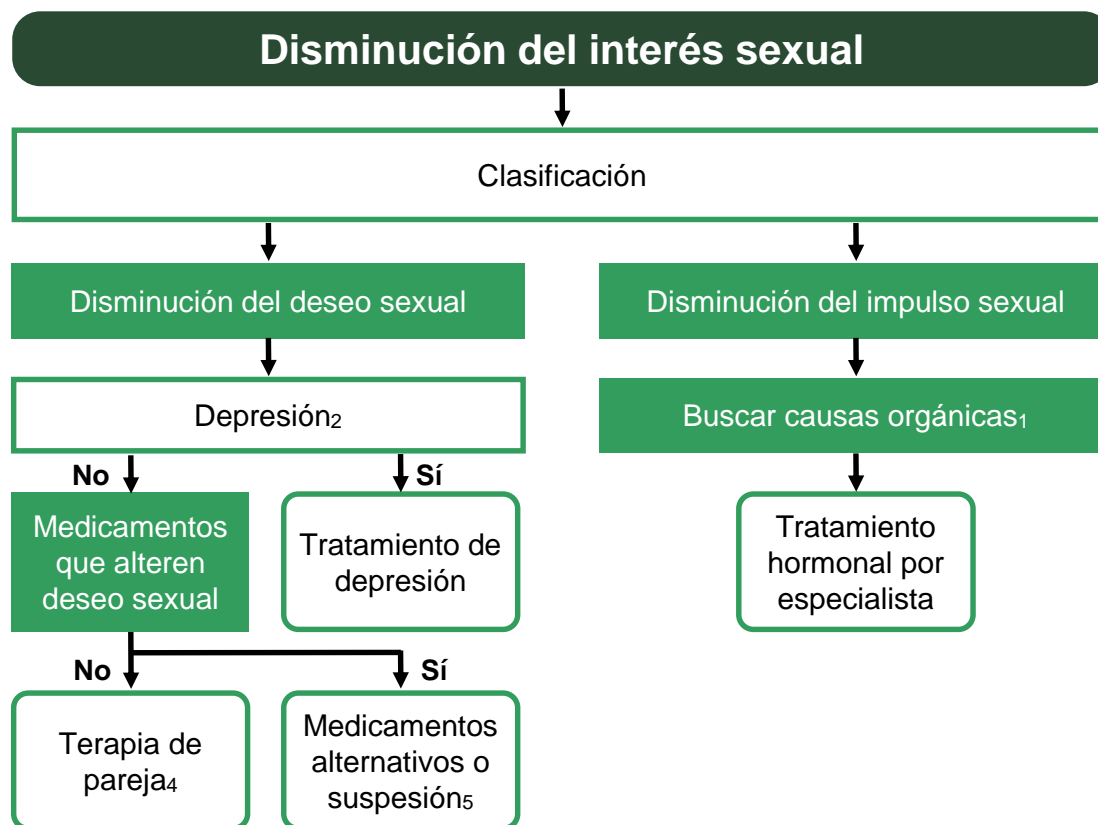
<sup>5</sup>Estructuras de plástico con forma de torpedo en 4 tamaños, que la paciente irá trabajando lentamente en forma individual y de manera progresiva.



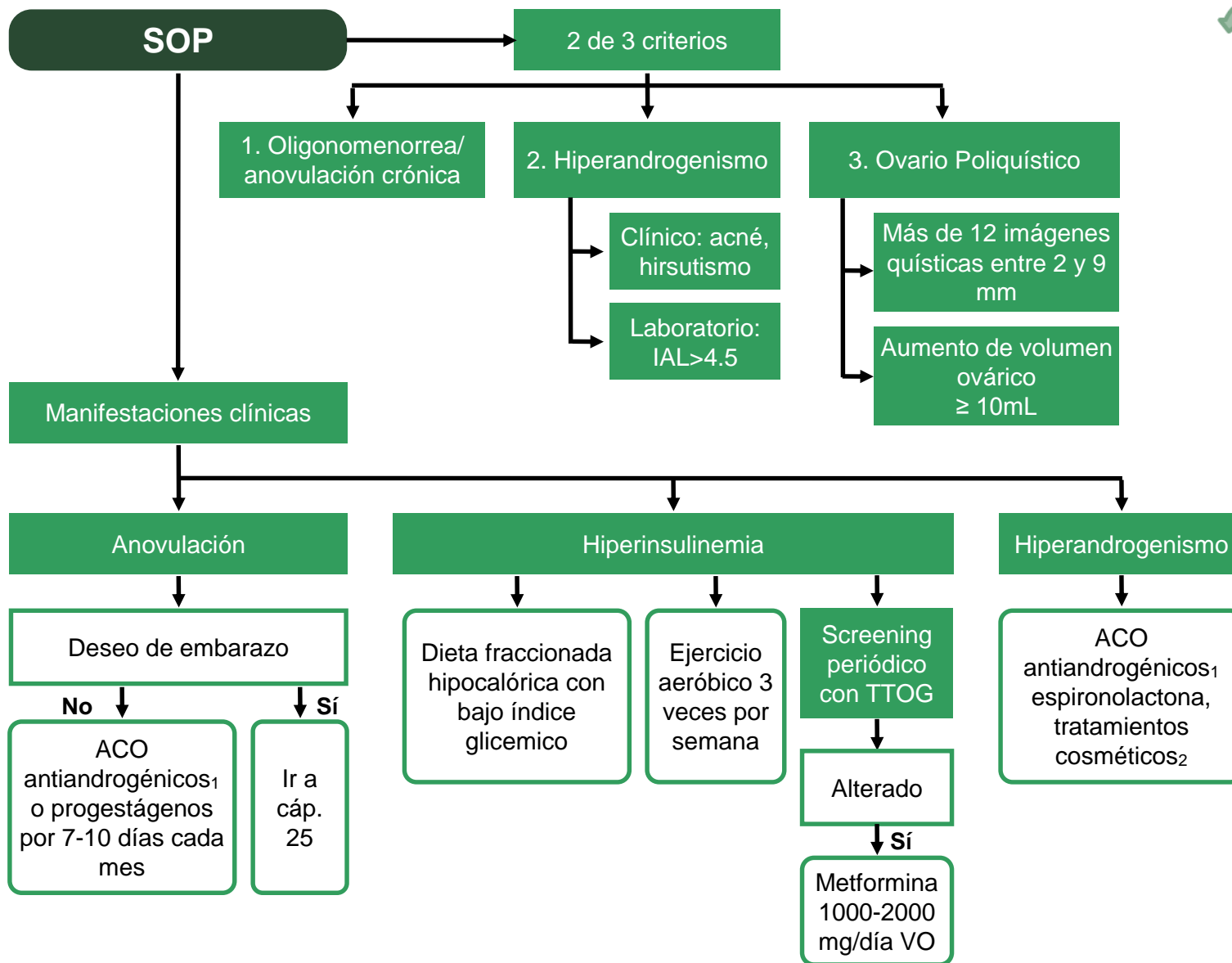
<sup>1</sup>Programa de crecimiento sexual: consiste en 4 tareas de forma secuencial:

1. Examinación general individual,
2. Examinación genital individual,
3. "Touch for pleasure",
4. Mejora de excitación sexual,
5. Compartiendo descubrimientos.

<sup>2</sup>Ayuda a la condición y conciencia de la actividad de los músculos alrededor del introito.

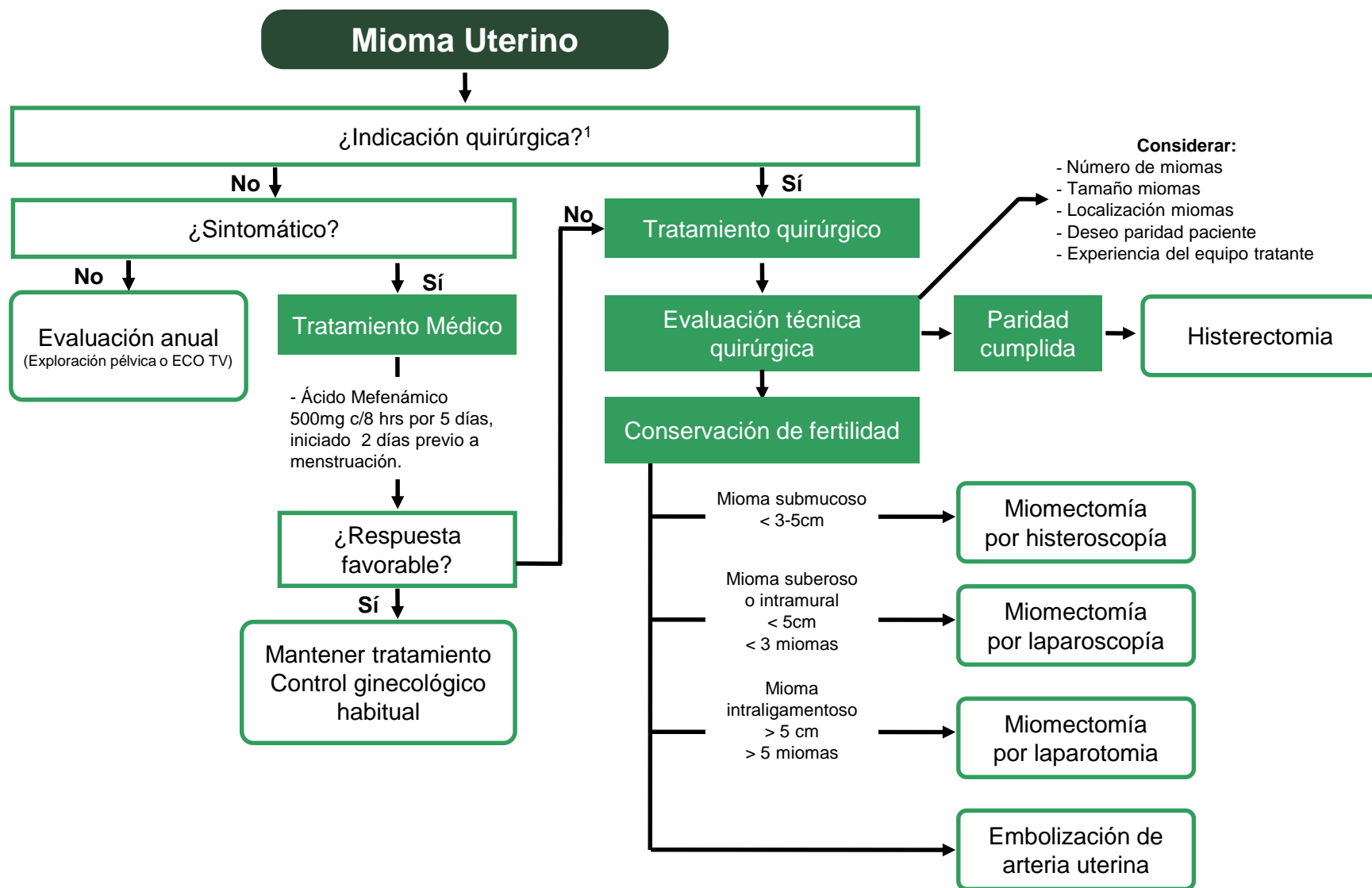


1. Peri o post-menopausia, tratamiento hormonal debe ser indicado sólo por profesional calificado, como endocrinólogos o ginecólogos.
2. Depresión: Disminuye la libido, por lo tanto al tratarlo mejoraría los síntomas.
3. Evaluar ventajas y desventajas de continuar con medicamentos, intentar con alternativo o suspensión de tratamiento (discusión entre médico que prescribe, paciente y terapeuta sexual).
4. Intervenciones en terapia de pareja: Negociación recíproca, entrenamiento en comunicación, inducir argumentos, tareas y horarios, paradoja, ajustarse al síntoma, cese de tratamiento o usar otras terapias.



1.- Por ejemplo ACO que contengan drospirenona, clormadinona o ciproterona como progestágenos

2.-En casos severos podría utilizarse finasteride o flutamida, ambos con alto riesgo de teratogenicidad en caso de embarazo .



NOTA: Elementos sospecha sarcoma uterino: hallazgo mioma en premenarquia, mioma de crecimiento acelerado o con crecimiento en la postmenopausia.

<sup>1</sup> Indicación quirúrgica: anemia ferropriva 2aria a hipermenorrea, mioma > 8cm, síntomas compresivos, dolor invalidante, infertilidad.

<sup>2</sup> Evaluar indicación prequirúrgica de análogos de GnRh en caso de que permitiera un cambio de vía de abordaje.

# Embarazo ectópico

Sangrado y/o dolor hipogástrico

Test pack embarazo

(-)

Diagnóstico referencial

(+)

Eco TV

Embarazo ectópico

Sin hallazgos

Embarazo intrauterino

Manejo según características<sup>1</sup>

Expectante

Quirúrgico

No

Metotrexato  
50mg/m<sup>2</sup> IM  
x 1 vez

bHCG a los  
4 y 7 días

Disminución  
de β HCG  
>15%? 3

Sí

Tratado

β HCG ≥ 1500 UI/mL

No

Repetir cada 48 horas

¿En ascenso?

Sí

Repetir Eco TV cuando  
sea ≥ 1500 UI/mL

No

Embarazo intrauterino

Metrorragia  
primer trimestre

No

Repetir una vez por  
semana hasta que sea (-)

Aborto

Metrorragia  
primer trimestre

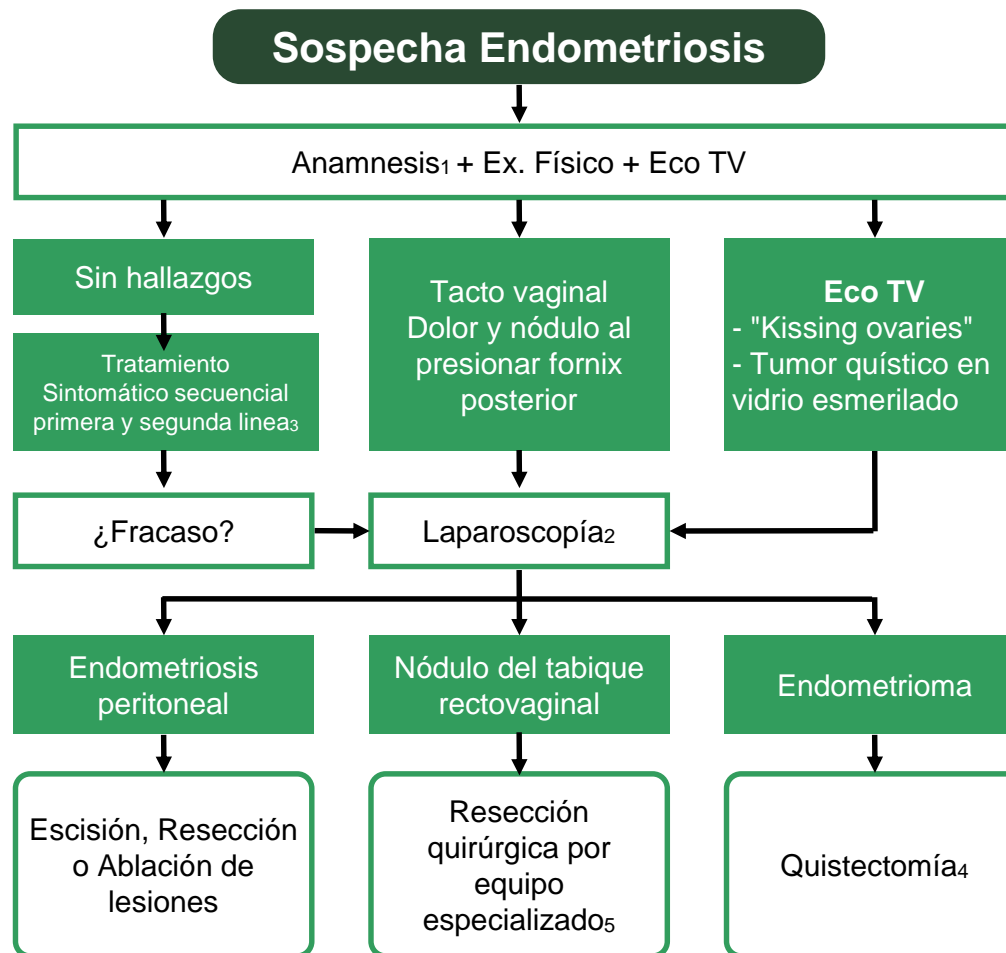
Salpingostomía

Salpingec-  
tomía

Seguimiento  
con β HCG  
hasta que  
sea (-)<sup>2</sup>

Quirúrgico: no cumple criterios para manejo médico o expectante, fracaso de tratamiento médico  
2.- Si trofoblasto persiste se puede tratar con metotrexato o resección quirúrgica  
3.- Disminución menor a 15% se puede intentar nueva dosis de MTX o ofrecer manejo quirúrgico

1.- Expectante:  
-B-HCG < 200 y en descenso  
-Certeza de ubicación en trompa  
-Sin evidencia de ruptura o complicación  
-Tumor anexial ≤4 cm  
Médico:  
-B-HCG < 5000 UI/mL  
-Embarazo normotópico descartado  
-No complicado  
-Tumor anexial ≤4 cm  
-LCF (-)



<sup>1</sup>Síntomas comunes: Dismenorrea, Dispareunia, Dolor pélvico crónico e Infertilidad.

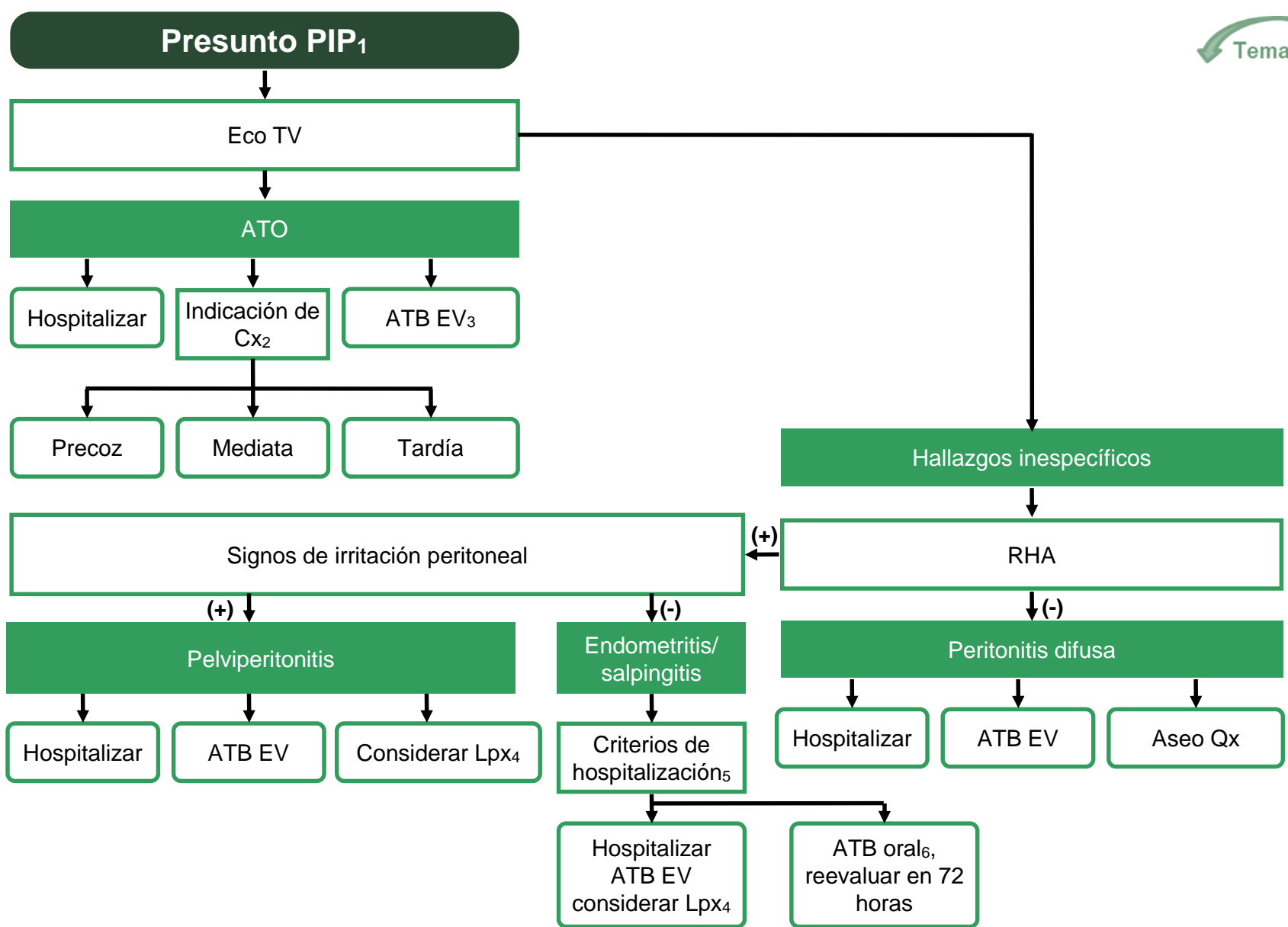
<sup>2</sup>Laparoscopia permite diagnóstico y tratamiento en un solo procedimiento. Es el primer enfrentamiento en adolescentes.

<sup>3</sup>Ácido Mefenámico 500mg cada 8 horas vo o Naproxeno 550mg dosis inicial seguida de 275mg cada 6-8 horas vo. Segunda línea: ACO.

<sup>4</sup>Tratamiento ideal es quistectomía vs. drenaje y ablación: menor tasa de recurrencia, menor dolor y mayor tasa de embarazo espontáneo subsiguiente.

<sup>5</sup> Sólo en pacientes sintomáticas o con vaginas estenóticas.





1.- Criterios mínimos (al menos uno debe estar): dolor hipogástrico, dolor anexial, dolor a la movilización cervical

2.- precoz: shock séptico, ATO roto, ATO mayor a 8 cm

mediata: fracaso de tratamiento médico, persistencia de dolor o fiebre por más de 72 horas, aumento del tamaño del ATO durante el tratamiento

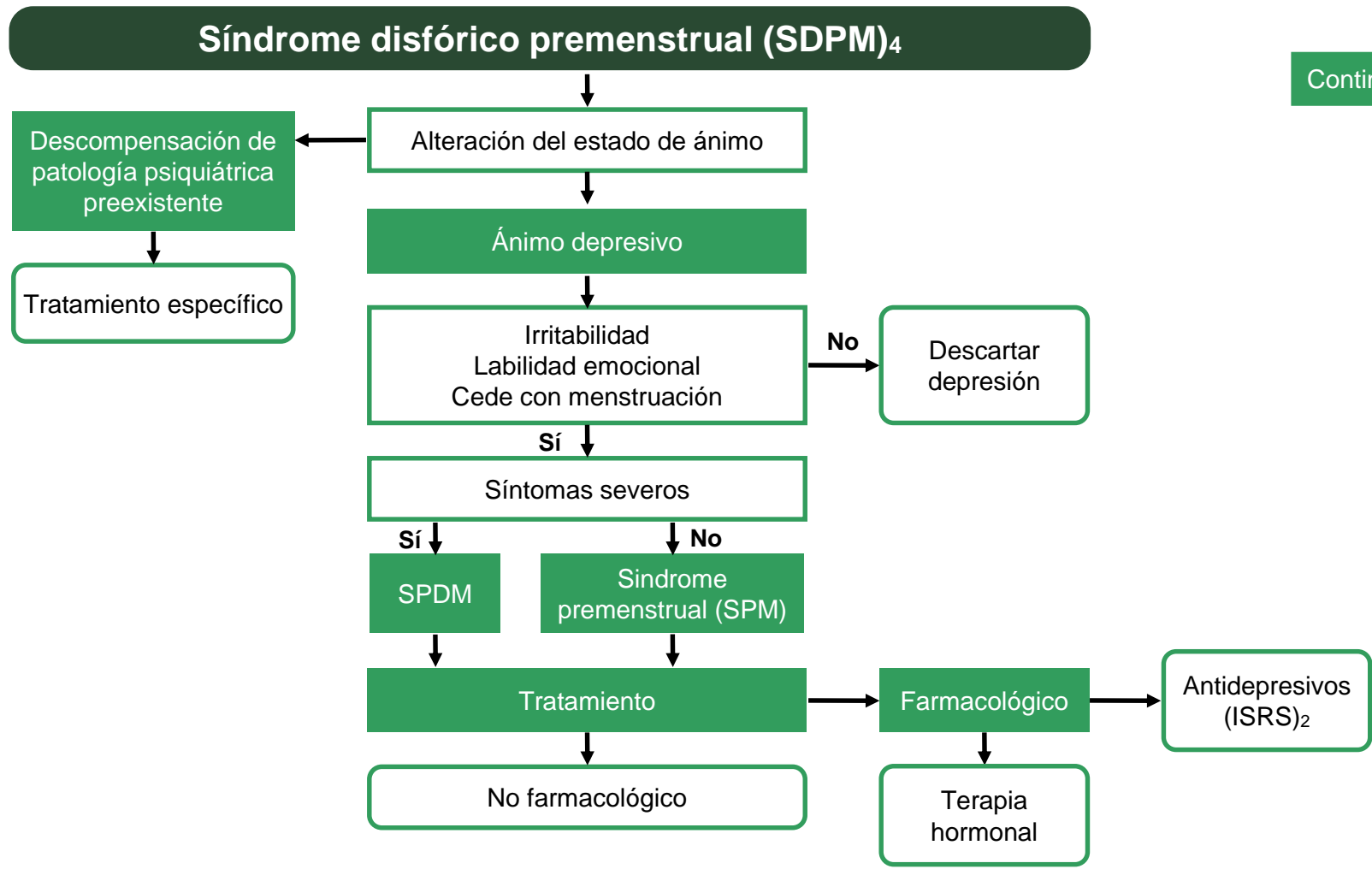
tardía: dolor persistente, tumor anexial que no disminuye su tamaño al menos un 50%, sospecha de neoplasia asociada

3.- Clindamicina 900 mg cada 8 horas EV + Gentamicina 3-5 mg/kg/día EV + Doxiciclina 100 mg cada 12 horas VO x 48-72 horas, luego cambiar a VO

4.- Considerar Lpx en pacientes jóvenes con deseo de paridad futura

5.- diagnóstico incierto, no se puede descartar urgencia Qx, sospecha de ATO, embarazada, VIH (+), fiebre más de 72 horas con tratamiento ambulatorio

6.- Ceftriaxona 250 mg IM x 1 vez + Doxiciclina 100 mg cada 12 horas VO + Metronidazol 500 mg cada 12 horas x 10 a 14 días



1No farmacológico: Dieta, ejercicio, terapia cognitiva y terapia de relajación.

2Antidepresivos: el tratamiento de elección son inhibidores de recaptura de serotonina en bajas dosis

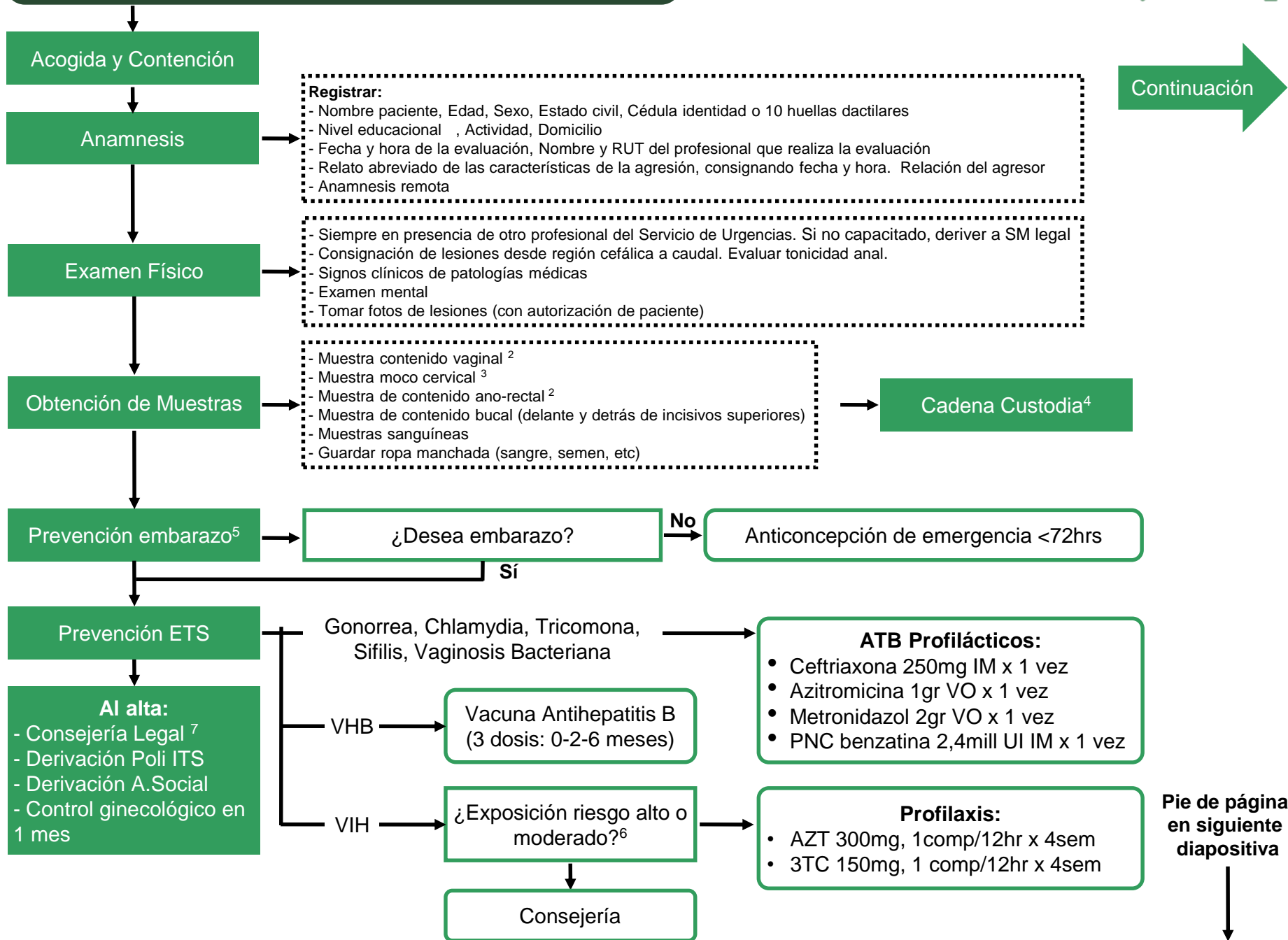
3Terapia hormonal: Existen 4 opciones, dentro de las que se encuentran los Agonistas de GnRh, Danazol, Estrógeno y Progesterona.

4Ver adjunto en siguiente página.

### Síndrome disfórico premenstrual (DSM-IV)

1. Síntomas y conductuales clínicamente significativos durante la última semana de la fase lútea, que remite con la aparición de la siguiente fase folicular.
2. Presencia de al menos 5 de los siguientes 11 síntomas, teniendo que ser al menos 1 de estos 5 (i), (ii), (iii), o (iv):
  - (i) Ánimo depresivo marcado
  - (ii) Ansiedad
  - (iii) , cólera, aumento de los conflictos interpersonales.
  - (iv) Labilidad emocional.
  - (v) Disminución del interés.
  - (vi) Dificultad para concentrarse.
  - (vii) Letargia o falta de energía.
  - (viii) Comer en exceso, antojos.
  - (ix) Insomnio o hipersomnia.
  - (x) Sentirse sobrepasada o fuera de control.
  - (xi) Otros síntomas físicos: Sensibilidad mamaria, cefalea, mialgias, sensación de hinchazón.
3. Suficientemente severo como para causar deterioro importante de la función social y ocupacional.
4. Cuadros deberían haber ocurrido en la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año.
5. Síntomas no pueden ser explicados como exacerbación de otra enfermedad como depresión, trastorno de pánico o trastorno de personalidad.

# MC: Abuso sexual <24 horas en >18 años\*





\*Ante un abuso, la paciente puede acudir directamente al SML o al Servicio de Urgencias de cualquier establecimiento público o privado (todos están facultados para periciar delitos sexuales)

1. En caso de sospecha de embarazo, debe realizarse ecografía abdominal o transvaginal. De no tener disponible ecógrafo, consignar altura uterina y LCF.
2. Con tórula estéril previamente humedecida en SF.
3. Obtener muestra con jeringa hipodérmica
4. La cadena custodia debe activarse dando aviso a Carabineros asignados a Centro Médico. Las muestras deben ser derivadas a SML con autorización de la Fiscalía y debidamente caratuladas en cajas selladas, adjuntando informe médico legal y orden judicial en tal sentido.
5. El profesional de salud con objeción de conciencia debiera delegar la atención de una víctima de violación.
6. Recepción anal o vaginal, agresor VIH (+), con otras ETS, usuario de drogas o conductas sexuales de riesgo.
7. Es imprescindible que la paciente denuncie ante la Brigada de Delitos Sexuales de Investigaciones o en Carabineros.



ESCUELA DE MEDICINA  
FACULTAD DE MEDICINA

2<sup>da</sup> EDICIÓN 2018

# DIAGRAMAS DE FLUJO EN GINECOLOGÍA

**Dr. Jorge A. Carvajal C. PhD.**

**Colaboración Alumnos:  
Alvaro Cisternas G. y Camila Cifuentes J.**

**Revisión general:  
Dra. Elisa Orlandini S.**

Temario I

Temario II