



ESCUELA DE MEDICINA
FACULTAD DE MEDICINA

2da 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

Los diagramas fueron elaborados por los alumnos Jorge Alvarez, Lucia Arratia y Camila Bunel durante el primer semestre del año 2014, con la supervisión del Dr. Jorge Carvajal

Antes de su publicación, los diagramas fueron revisados por la Dra Trinidad Raby Biggs

Para su segunda edición 2018, los diagramas fueron revisados por los alumnos Alvaro Cisternas y Camila Cifuentes

La revisión general de esta segunda edición estuvo a cargo de la Dra. Elisa Orlandini S.

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](#)

[Ulceras 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](#)

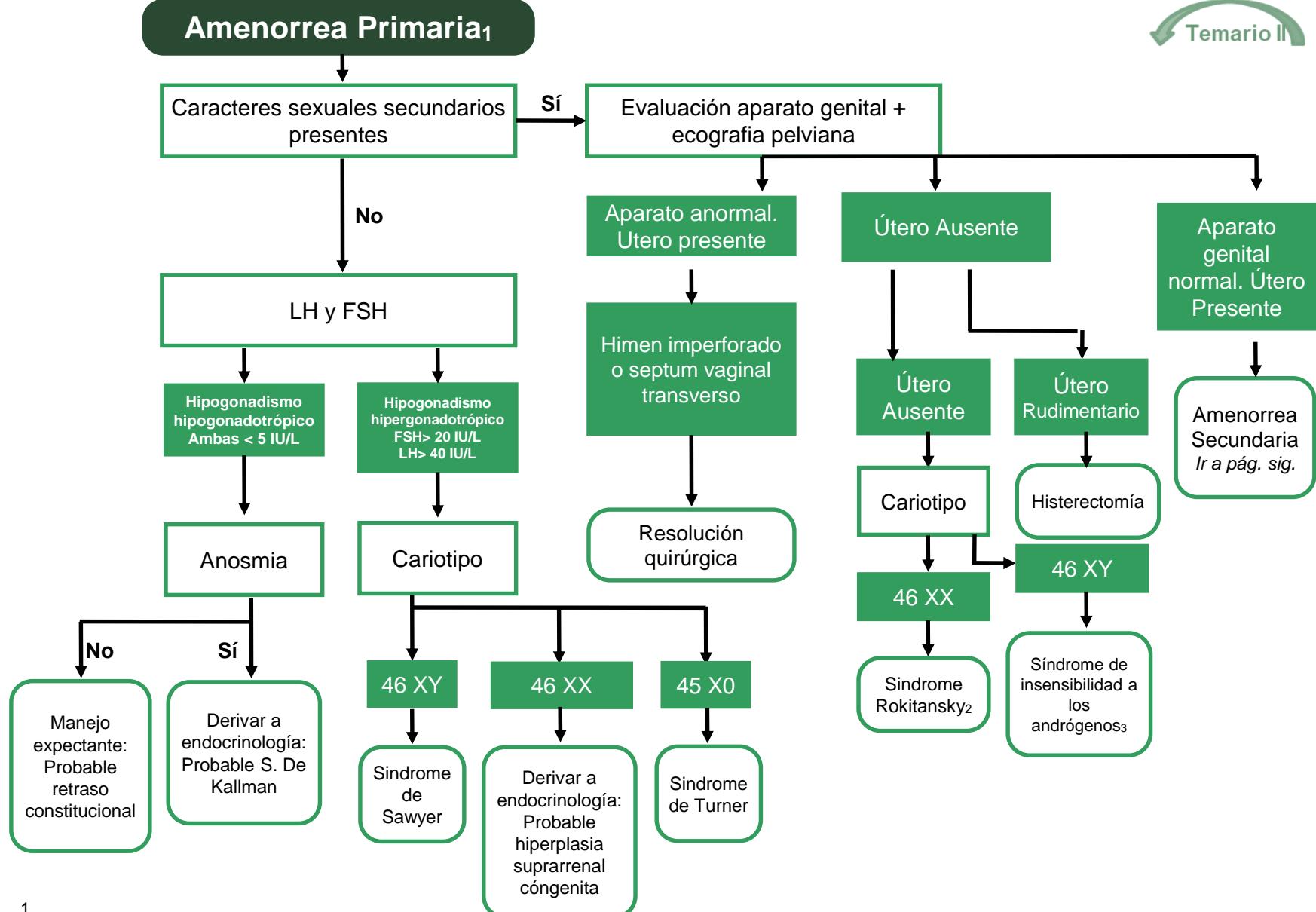
[Embarazo ectópico](#)

[Endometriosis](#)

[Proceso inflamatorio pelviano](#)

[Síndrome disfórico premenstrual](#)

[Abuso sexual](#)



1.

-2 años después de finalizada la telarquía

-4,5 años después de iniciados los cambios puberales

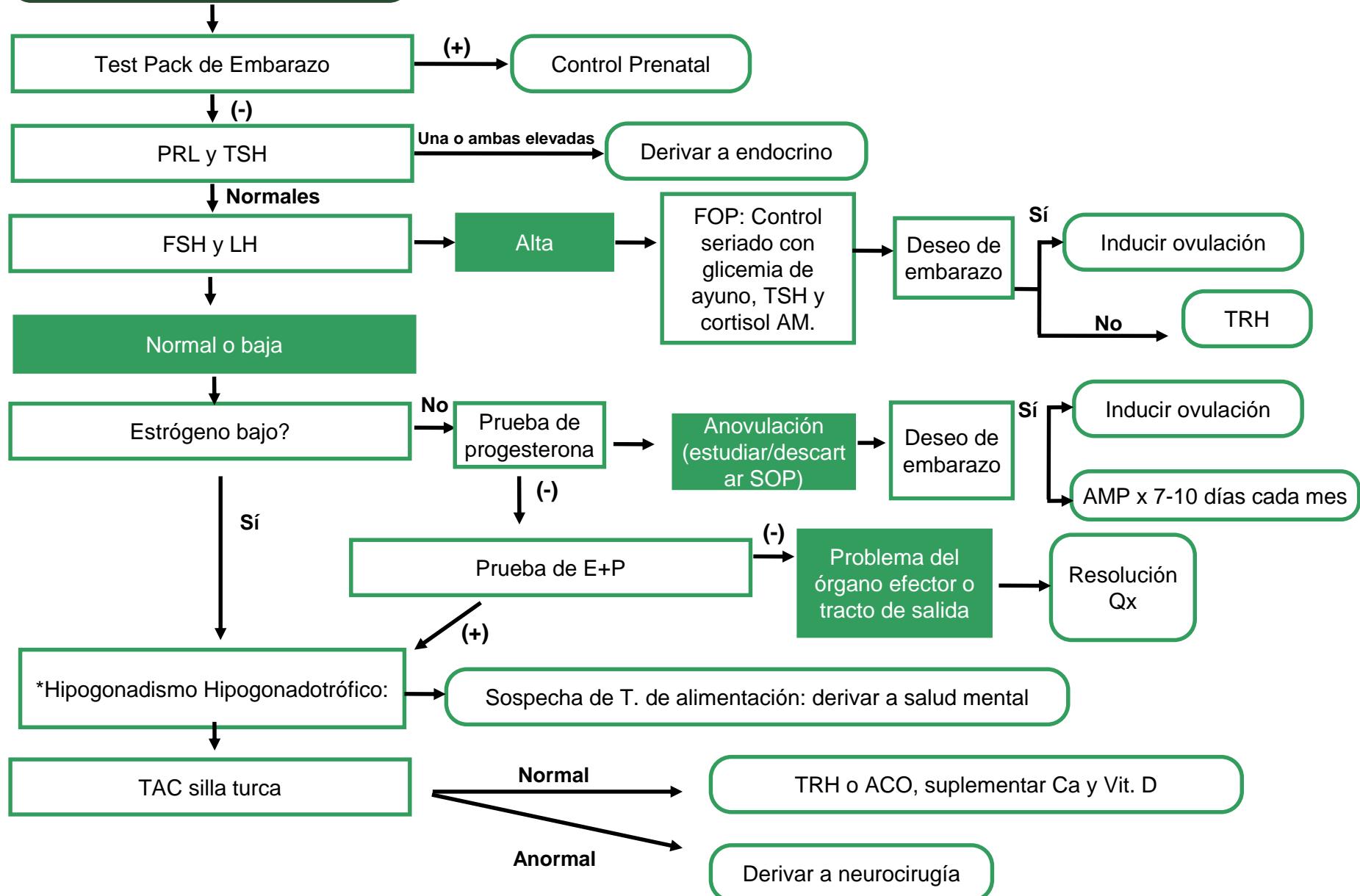
-A los 14 años sin desarrollo de caracteres sexuales secundarios

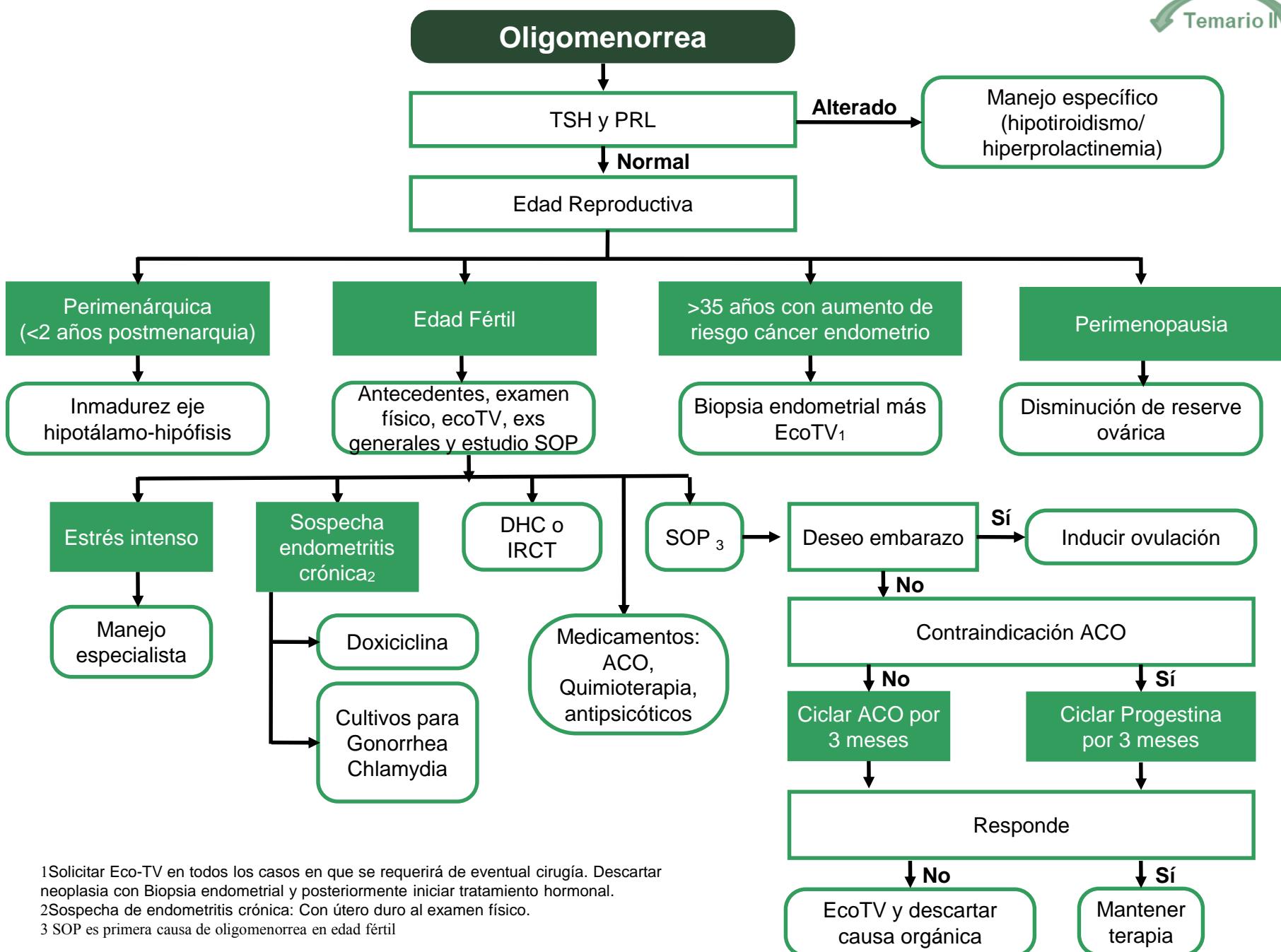
-A los 16 años con caracteres sexuales secundarios normales

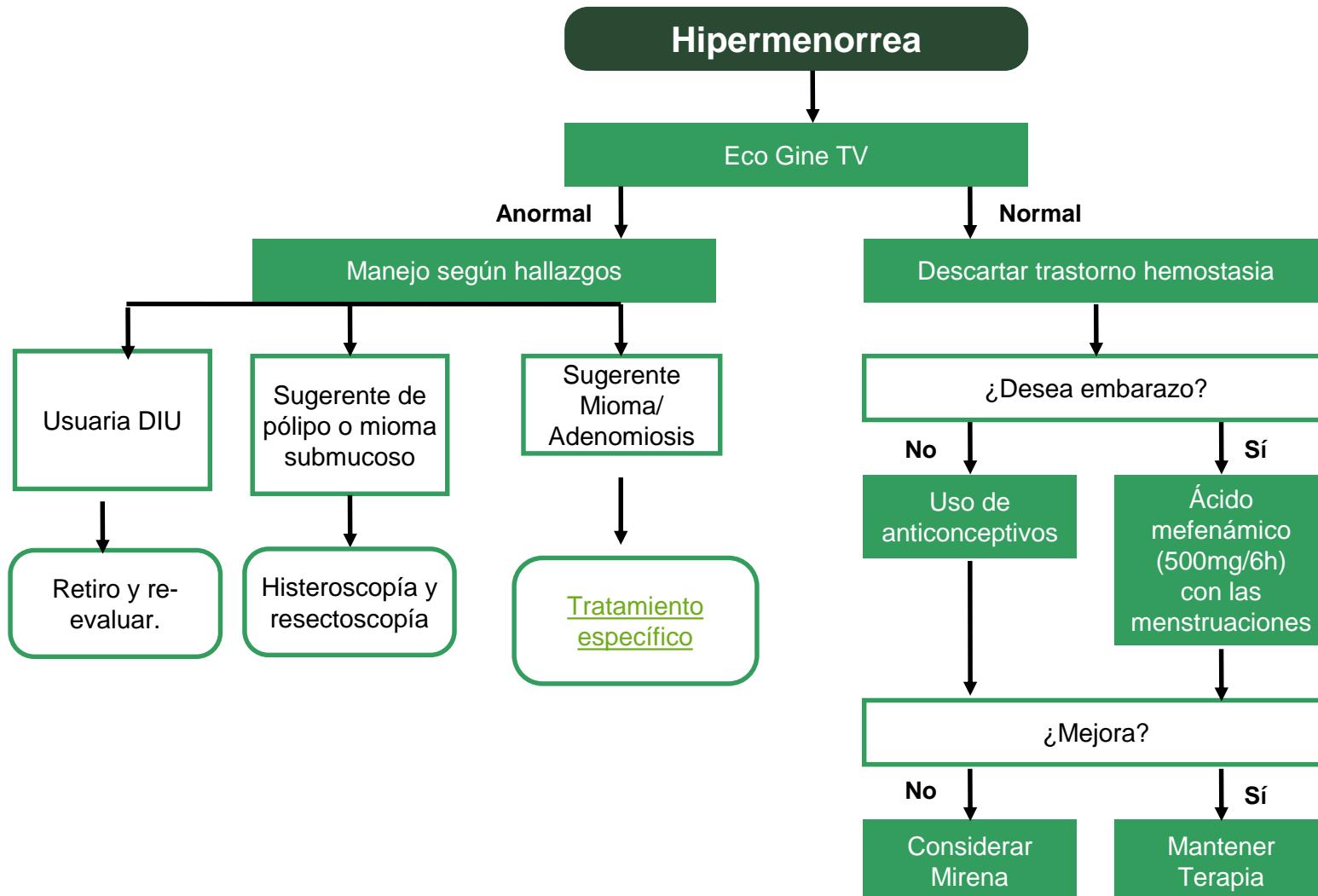
2. Se puede ofrecer a estas pacientes cirugía de elongación vaginal para mejorar su vida sexual. No hay corrección disponible desde el punto de vista reproductivo.

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

Amenorrea Secundaria

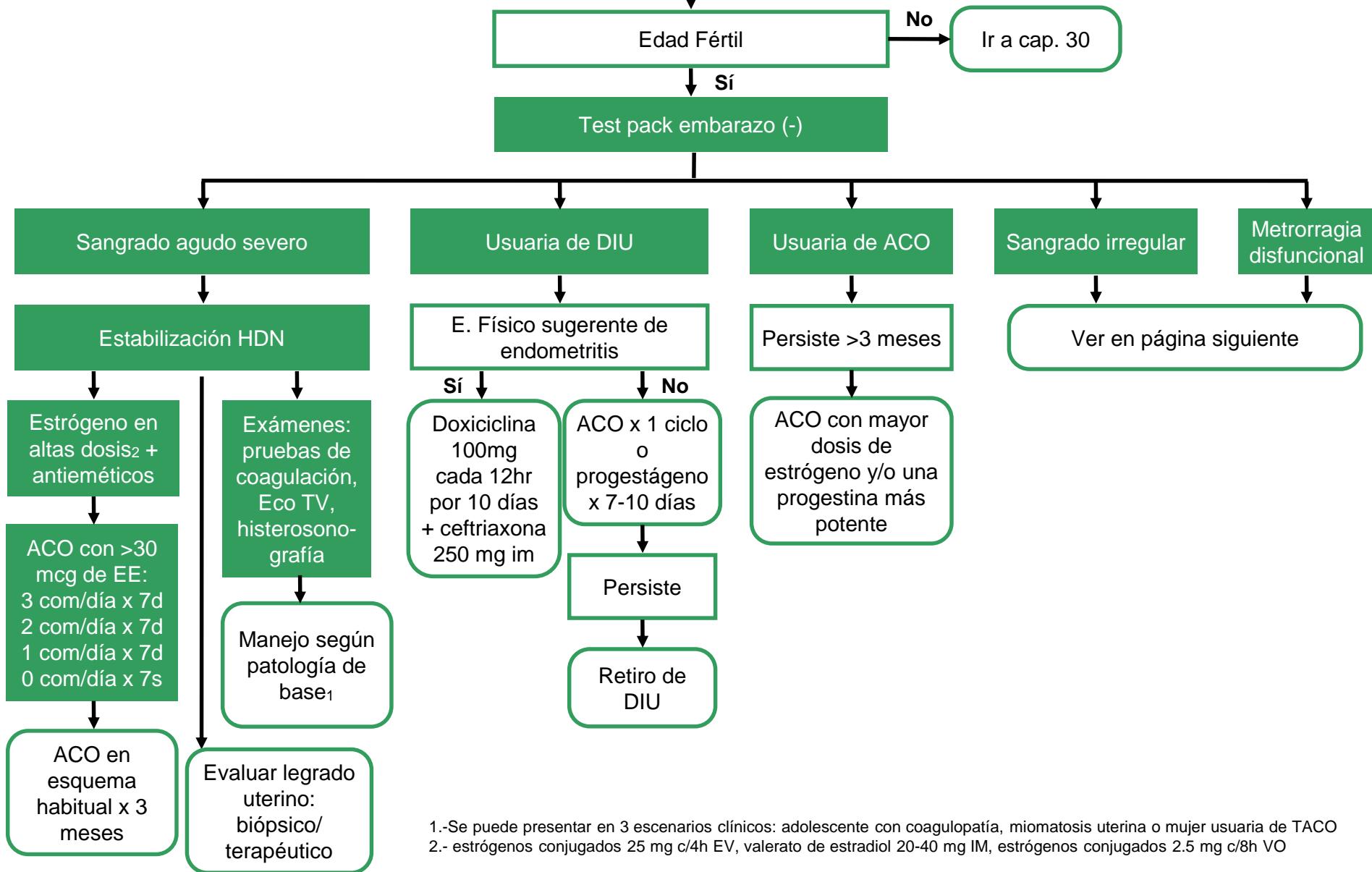






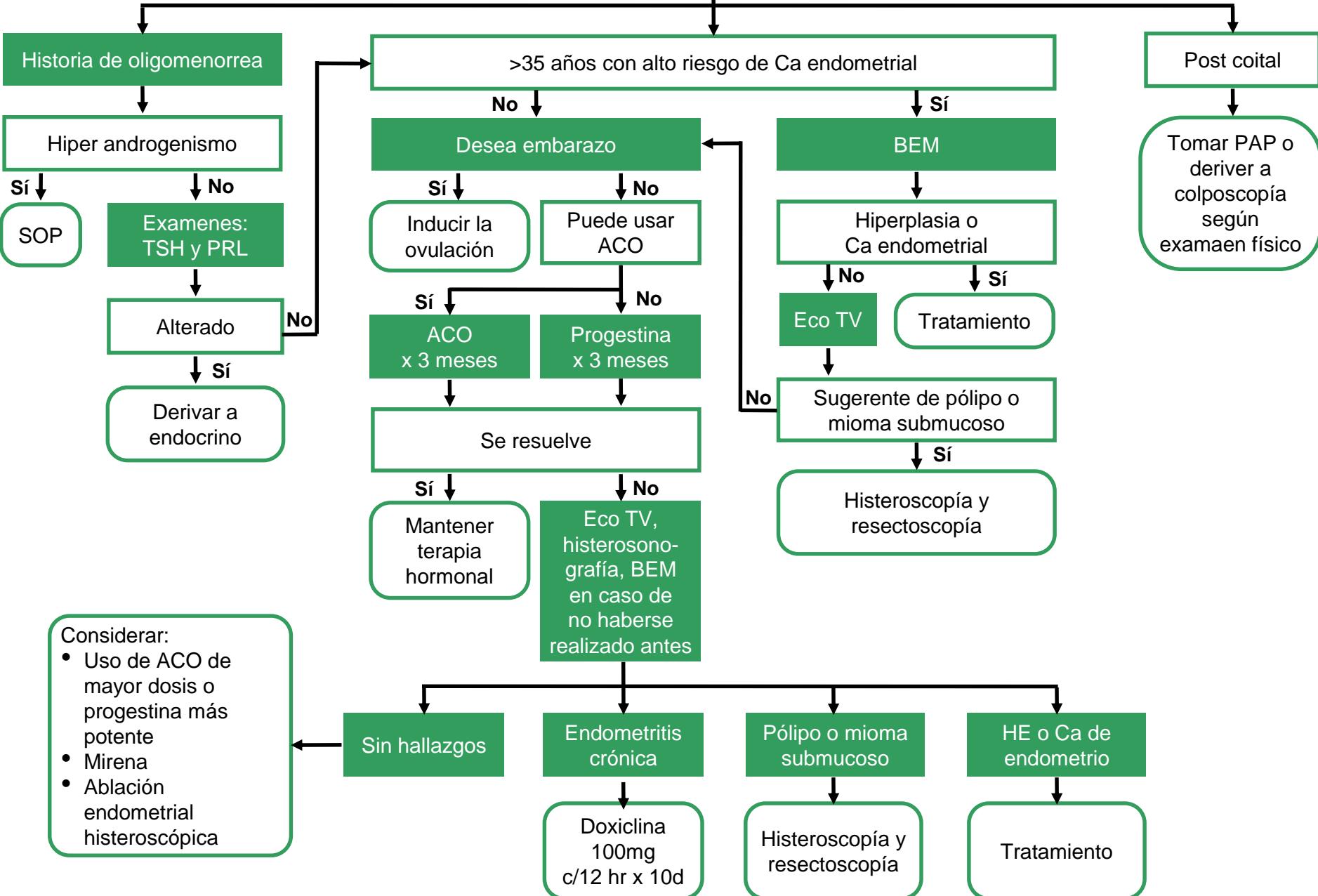
Tratamiento específico

Metrorragia

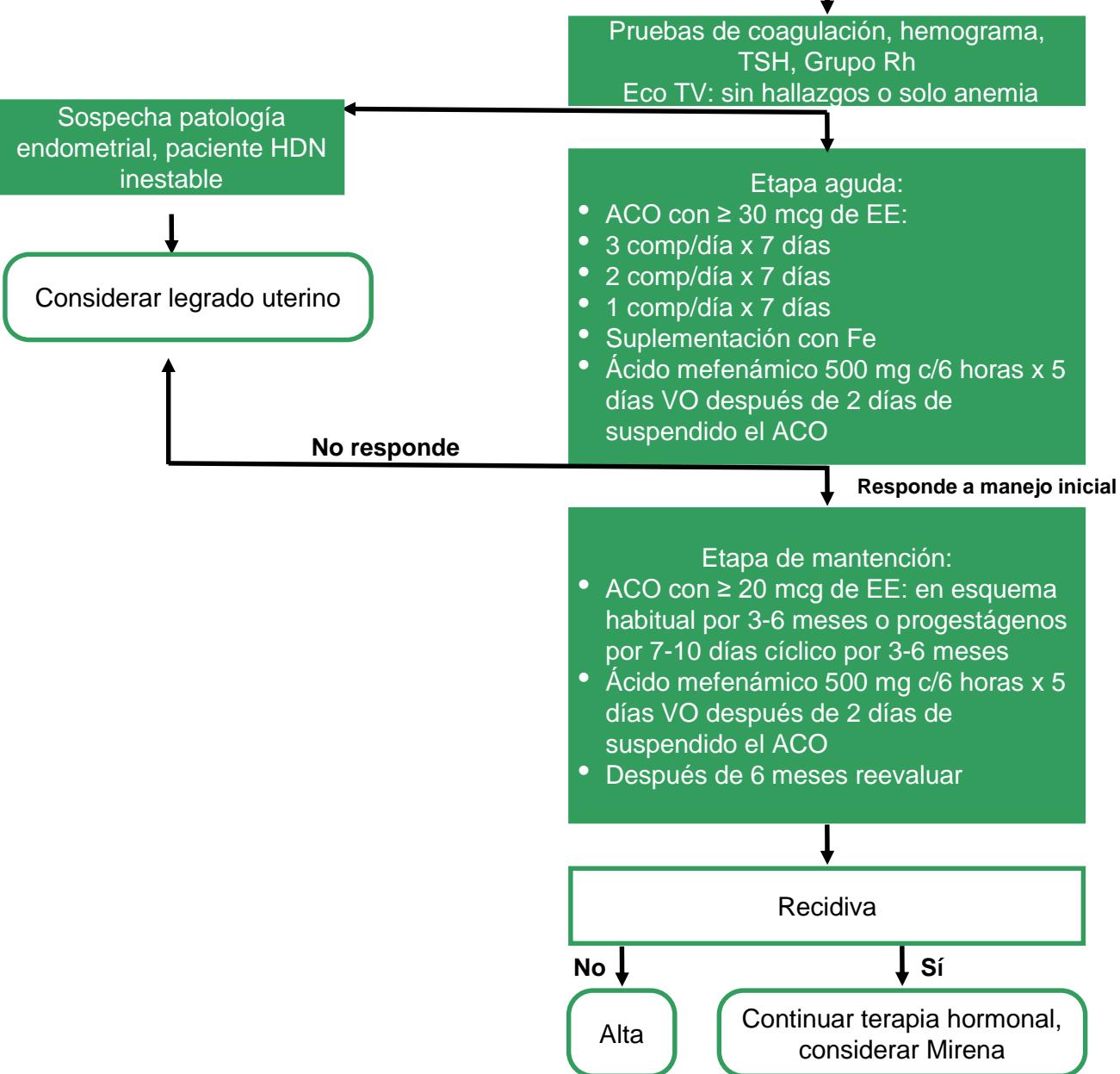


Sangrado Irregular

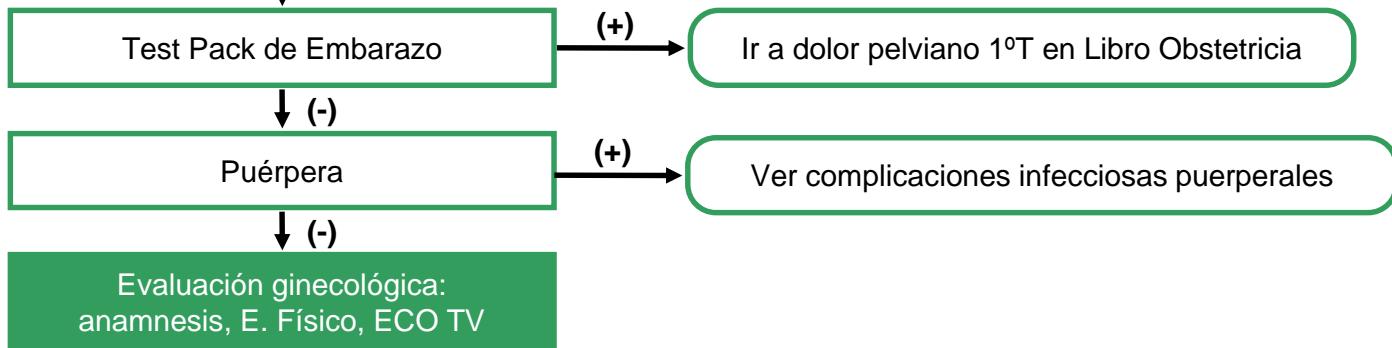
Temario II



Metrorragia disfuncional



Algia pélvica aguda



Dolor recurrente a mitad del ciclo menstrual

Mittelschmerz

Viadil 30 gotas c/8 gotas VO x 3 días 1

Hallazgo de himen imperforado o septum vaginal transverso

Resolución quirúrgica 2

Dolor hipogástrico, anexial o a la movilización cervical, fiebre

Presunto PIP

Imagen sugerente de quiste ovárico

Imagen e historia sugerente de torsión anexial

Dolor no impresiona de origen ginecológico

Destorsión +/- pexia Lpx

Evaluación por cirugía

Quiste ovárico roto

Dolor intenso, HDN inestable

(+)

Coagulación Lpx

Cuerpo lúteo hemorrágico

(-)

Analgesia y observación

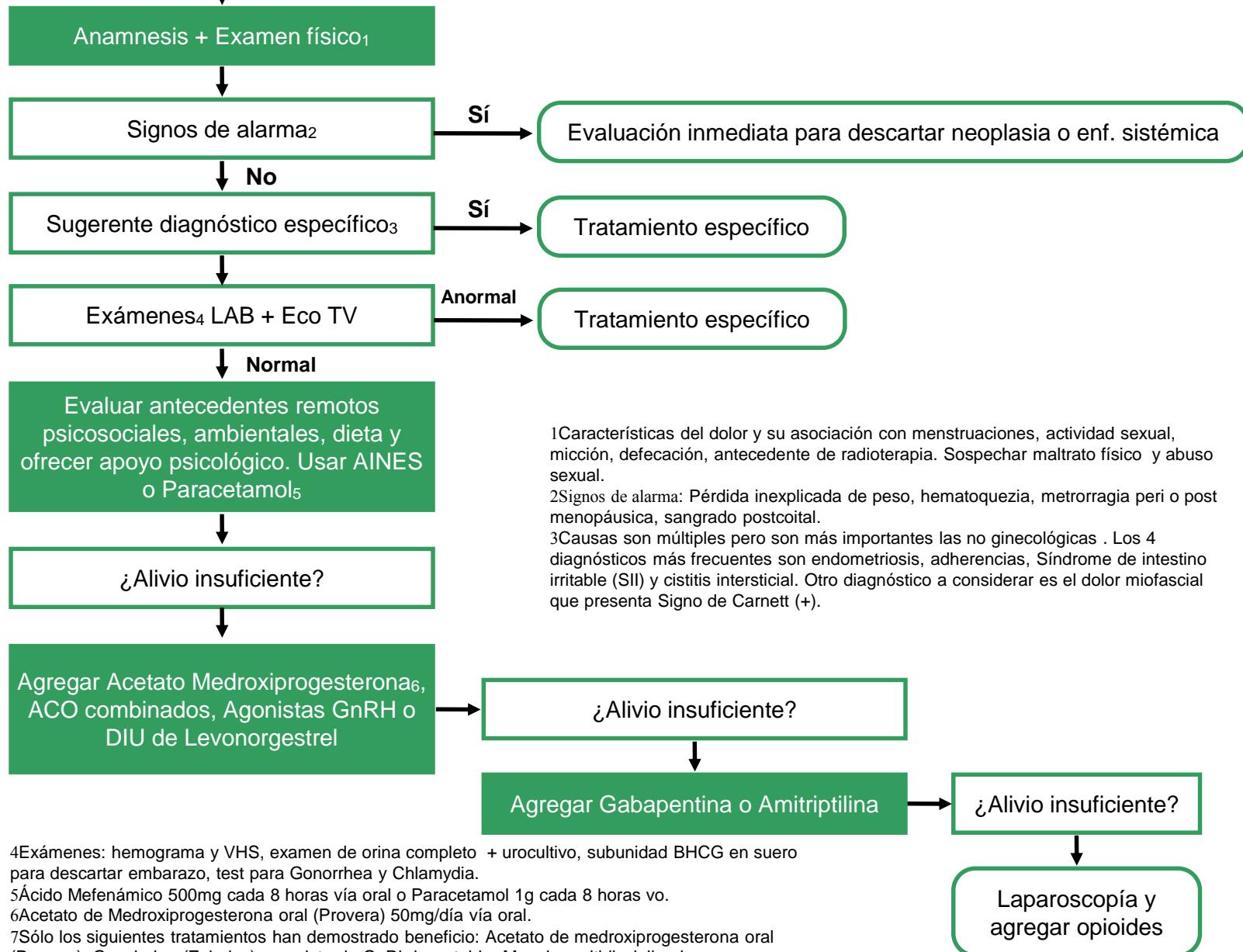
Endometrioma roto

Resolución quirúrgica

1. Si las molestias no responden a Viadil, se puede considerar el uso de ACO

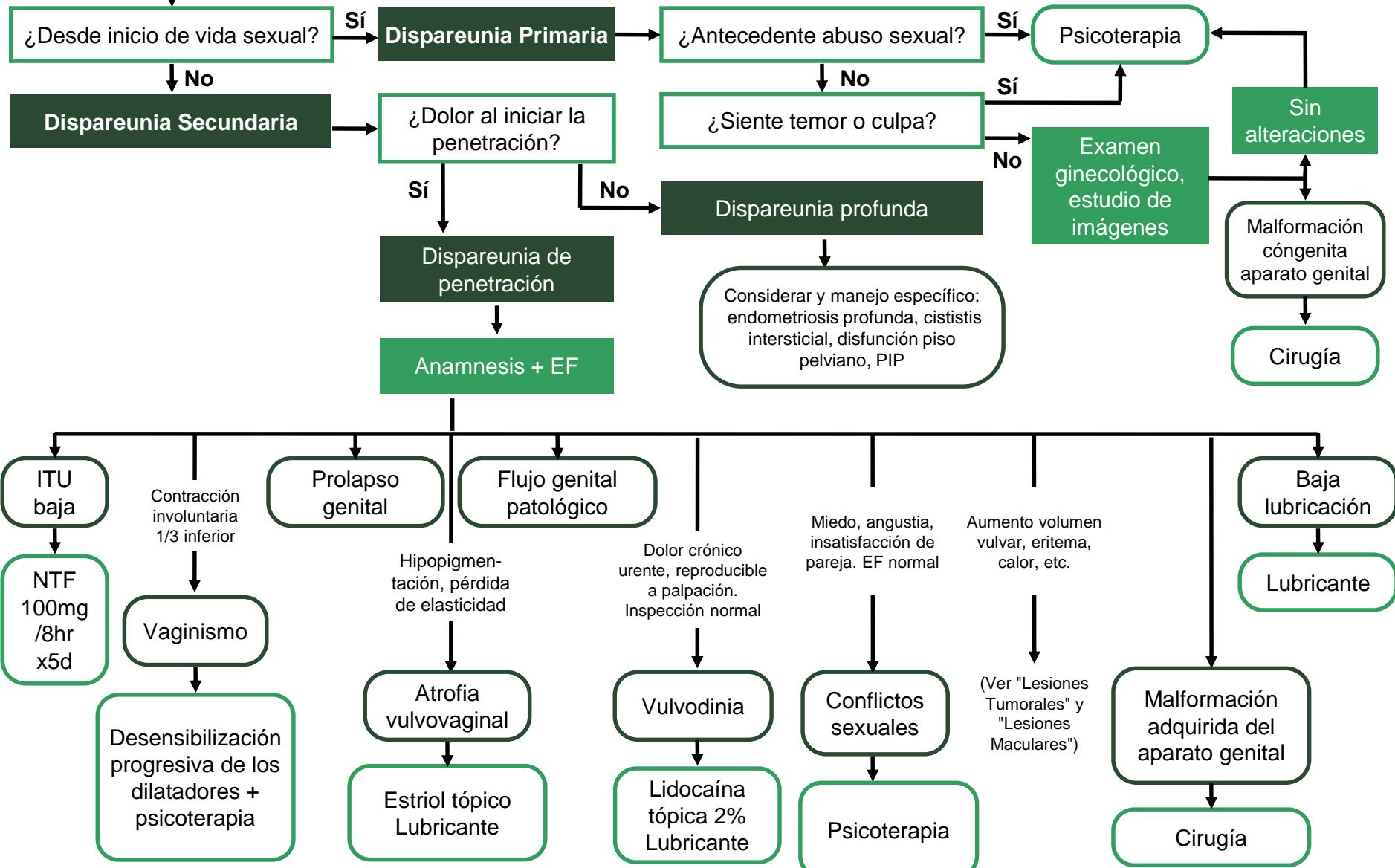
2. Himen imperforado: himenectomía en cruz. Septum vaginal transverso: resección

Algia pélvica crónica

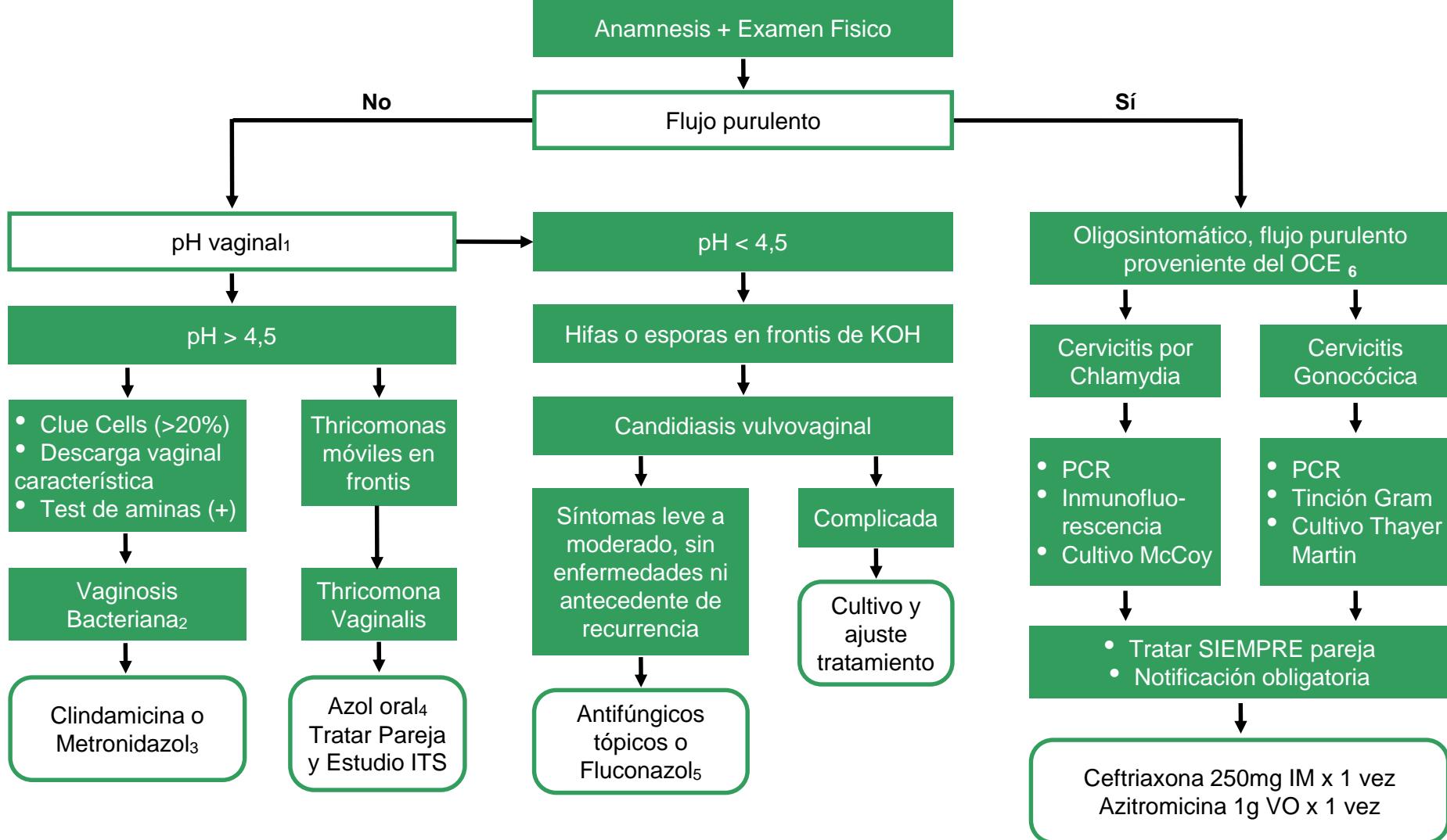


DISPAREUNIA

Temario II



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. Trichomonas 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.

(Continuación página anterior)

¿Compromiso sistémico?

Sí



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



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



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



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

Enfermedad de Behcet

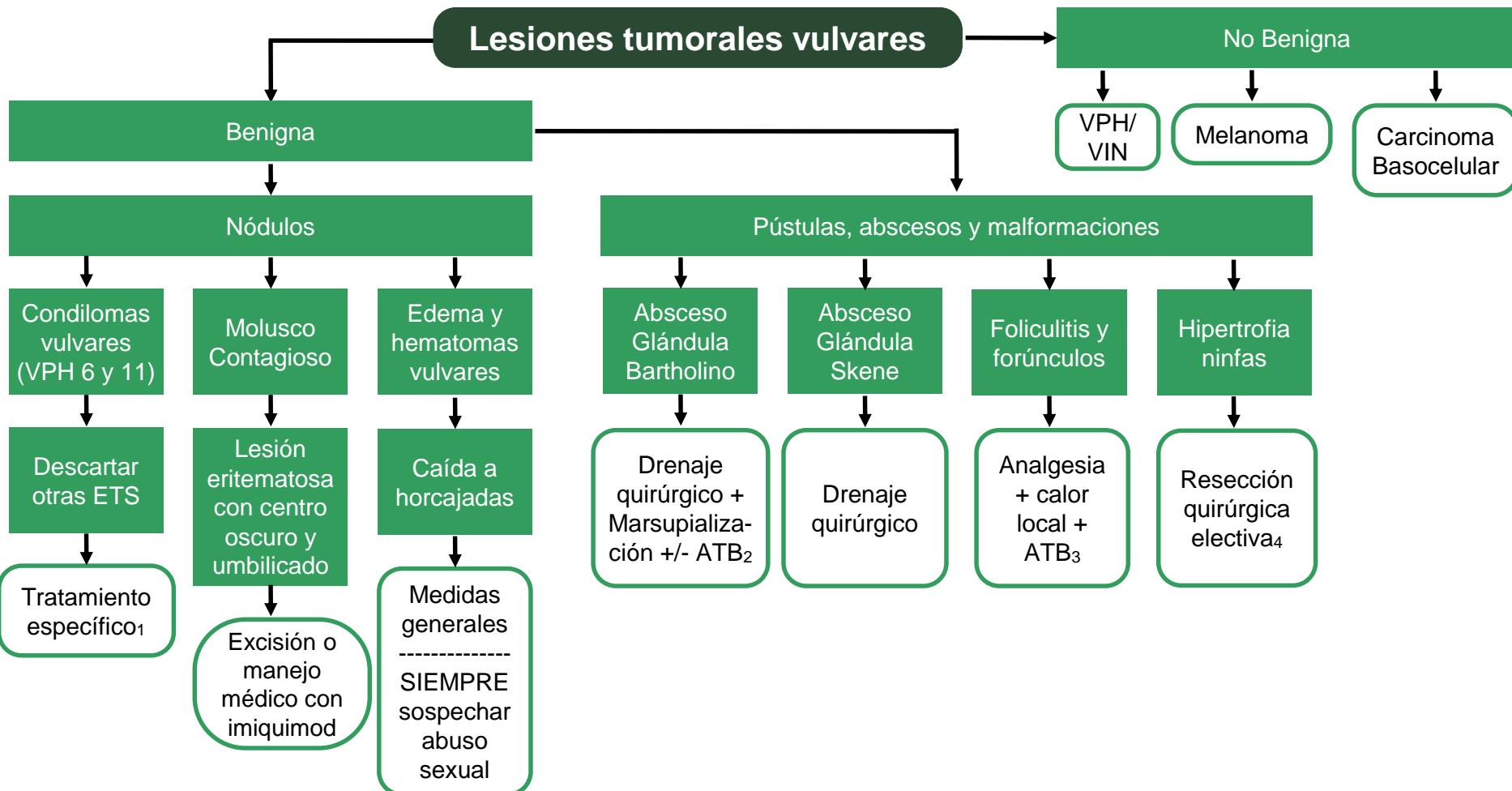
Corticoides tópicos
Derivación a reumatología

Epstein Barr

Corticoides tópicos
Confirmación por PCR/IgM

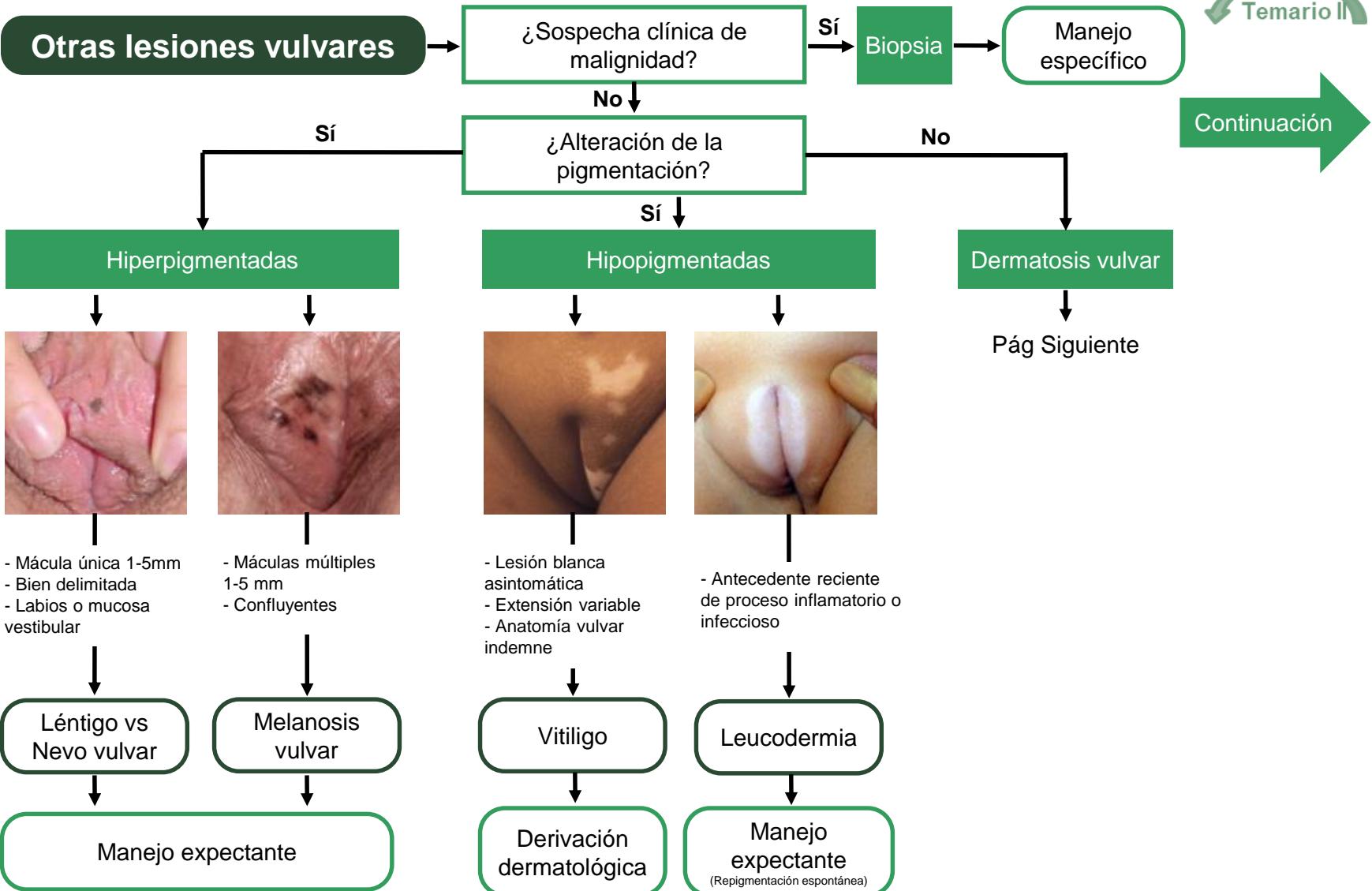
Pioderma gangrenoso

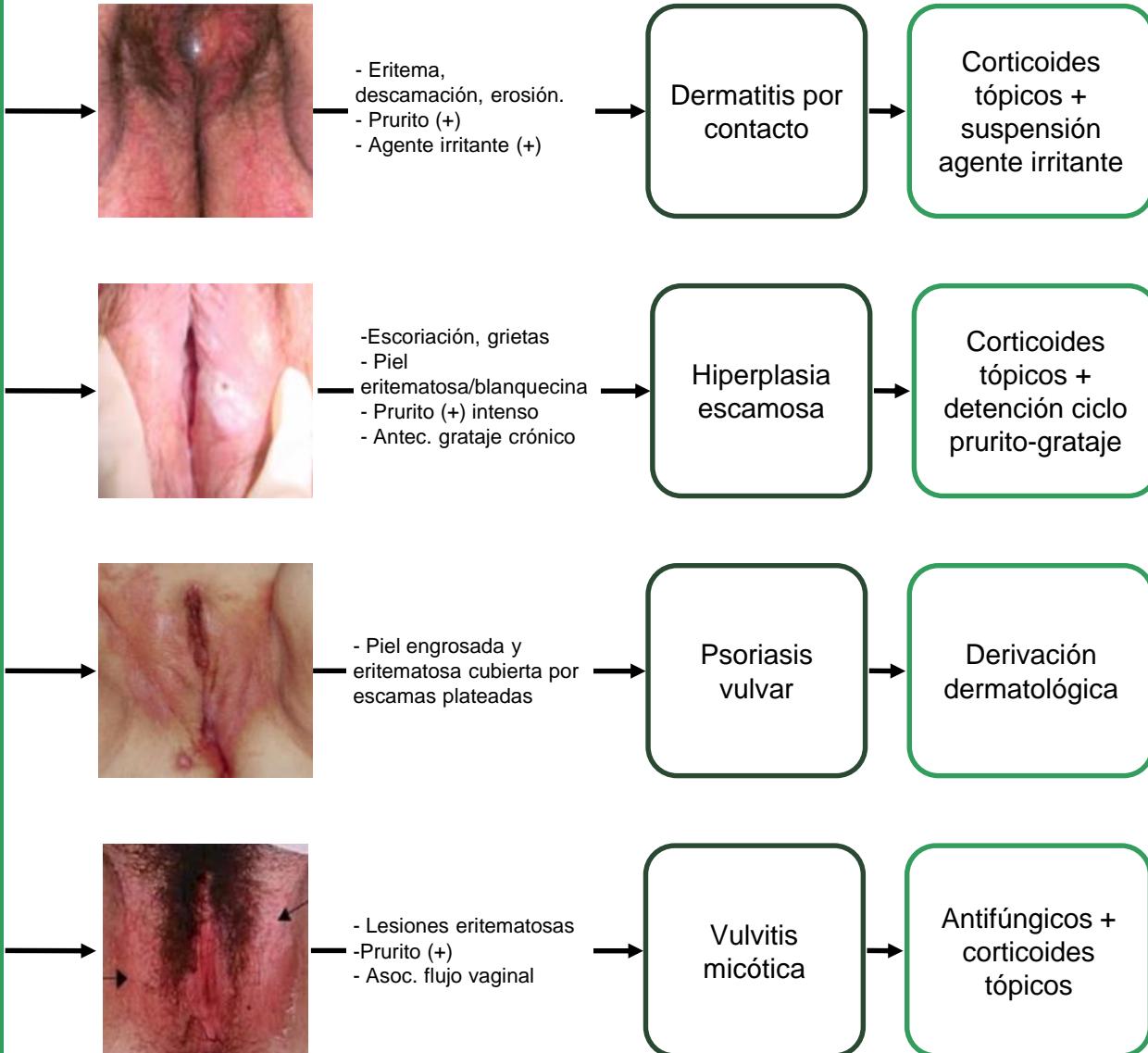
Derivación dermatológica



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 su 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).

Otras lesiones vulvares







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

Líquen
escleroso

Estrógenos +
Corticoides
tópicos



- Retículado blanquecino en cara interna de labios menores

Líquen
plano

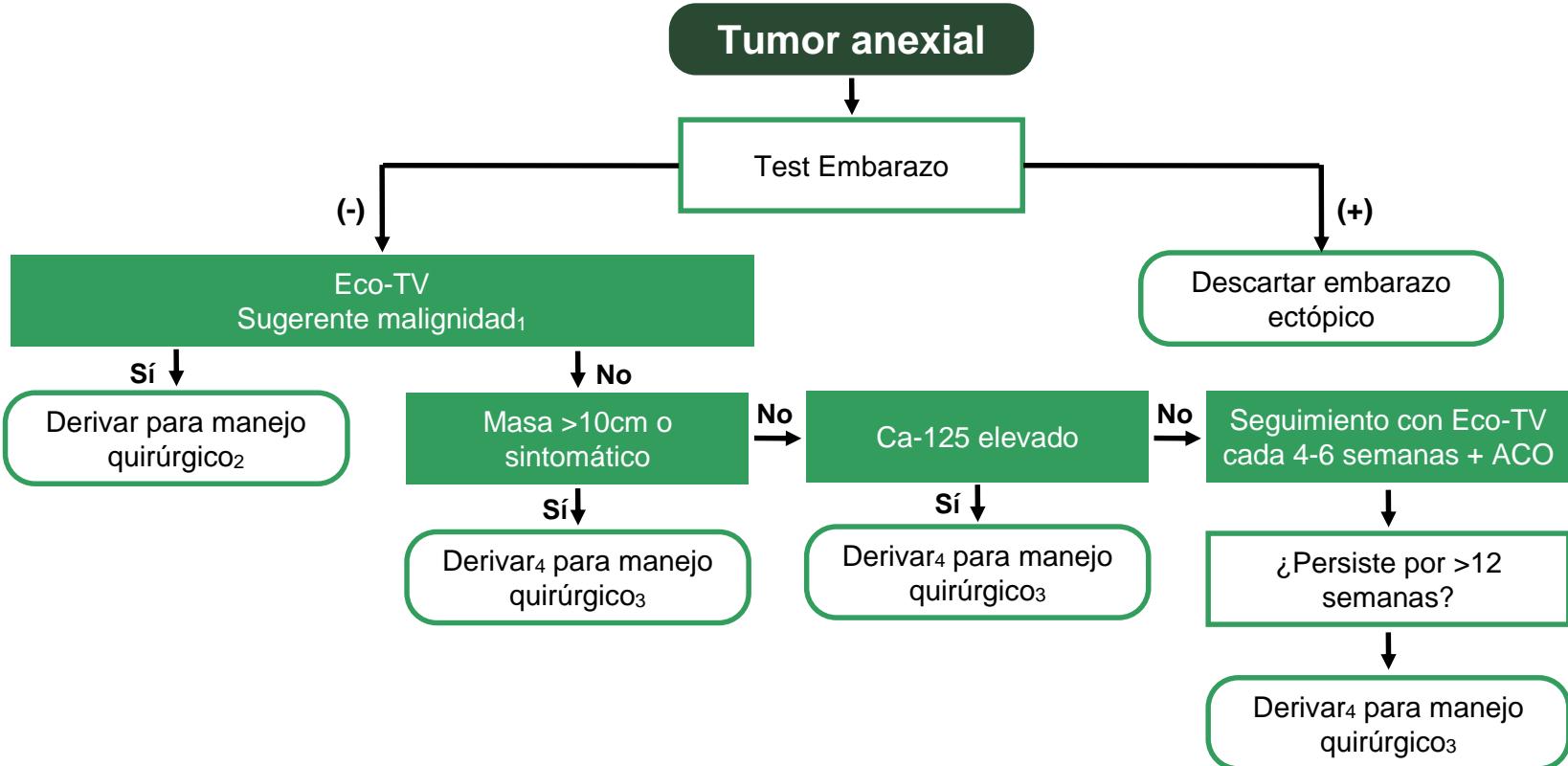
Corticoides
tópicos



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

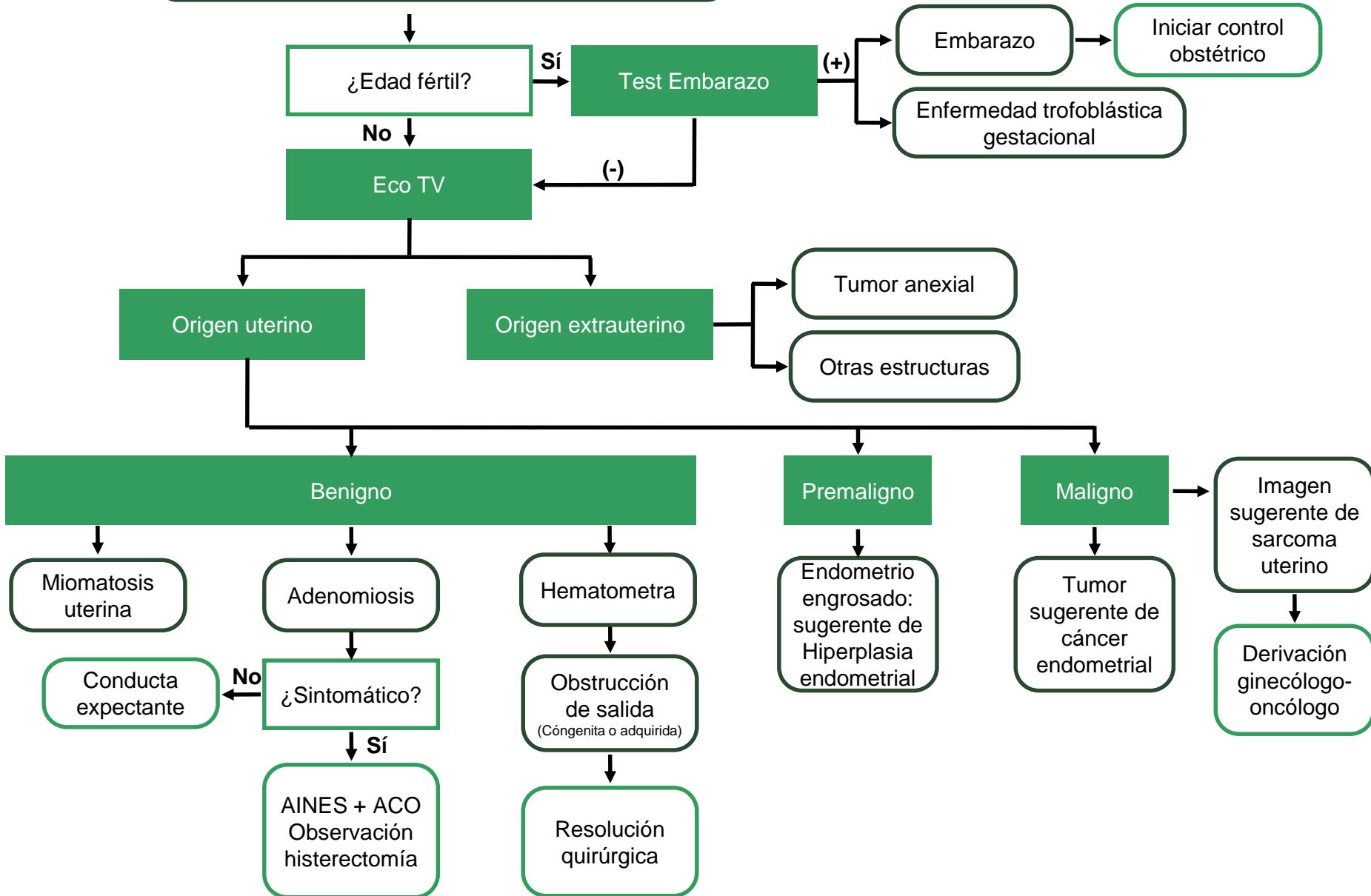
Dermatitis
seborreica

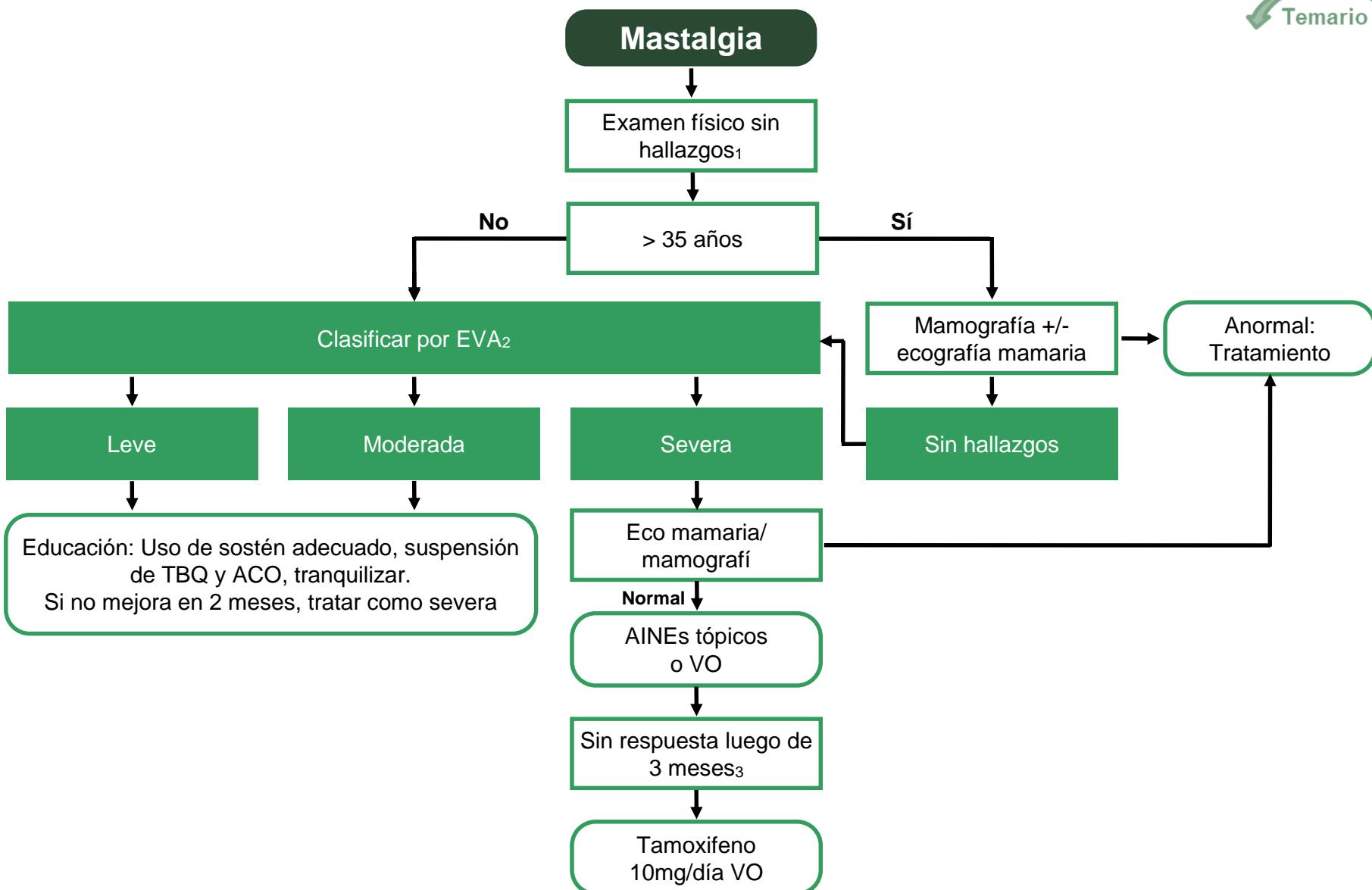
 Volver



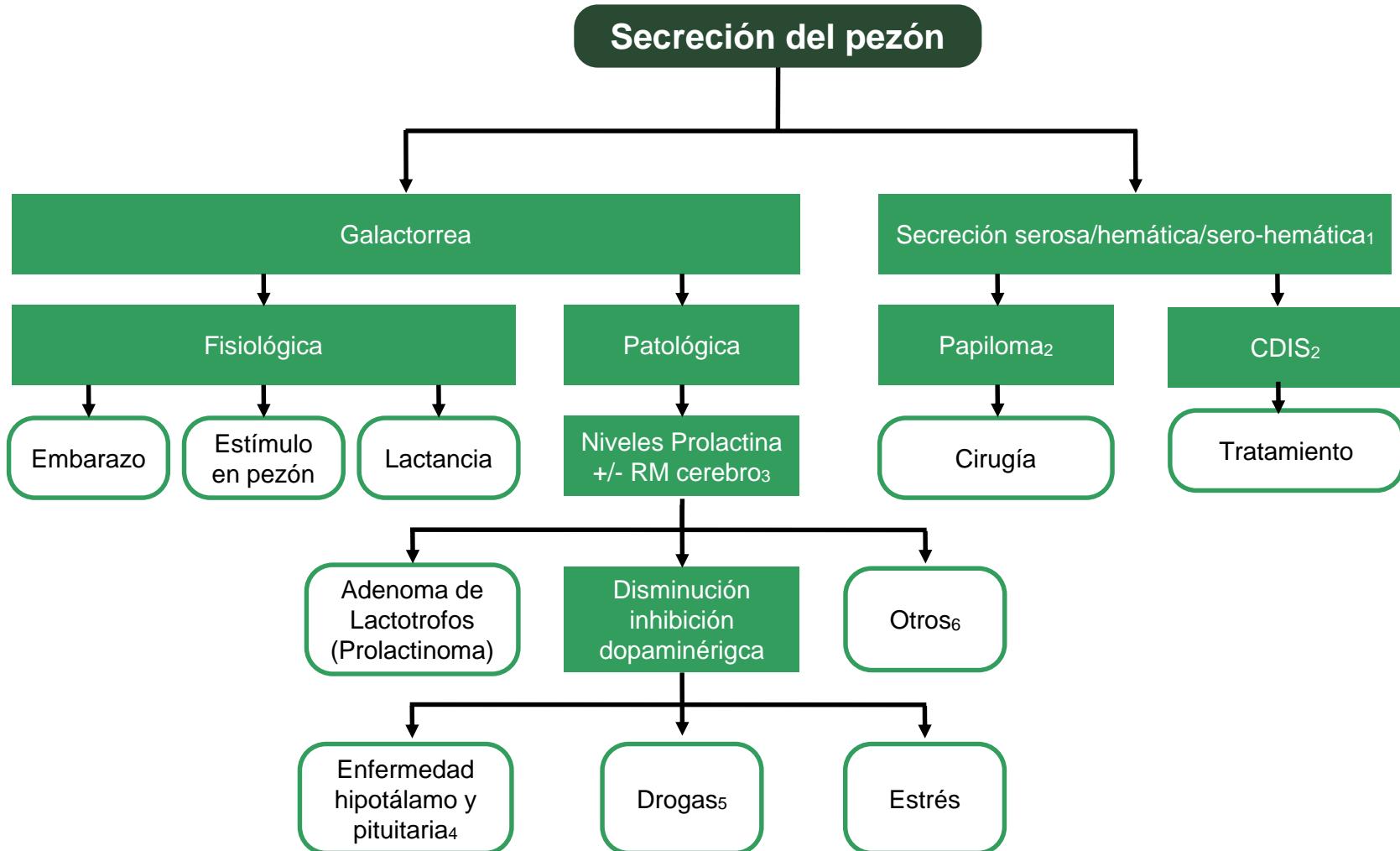
1. Eco-TV maligno: Complejo, septado, áreas sólidas, IP bajo, crecimiento, asociación con ascitis.
2. Seguimiento: Edad(edad fértil), aspecto ecográfico sugerente de benignidad, tamaño (<5-10cm), asintomático, paciente confiable, marcadores negativos.
3. Indicación de cirugía: Tamaño 5-10cm en 2 ecografías 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-menárguica 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



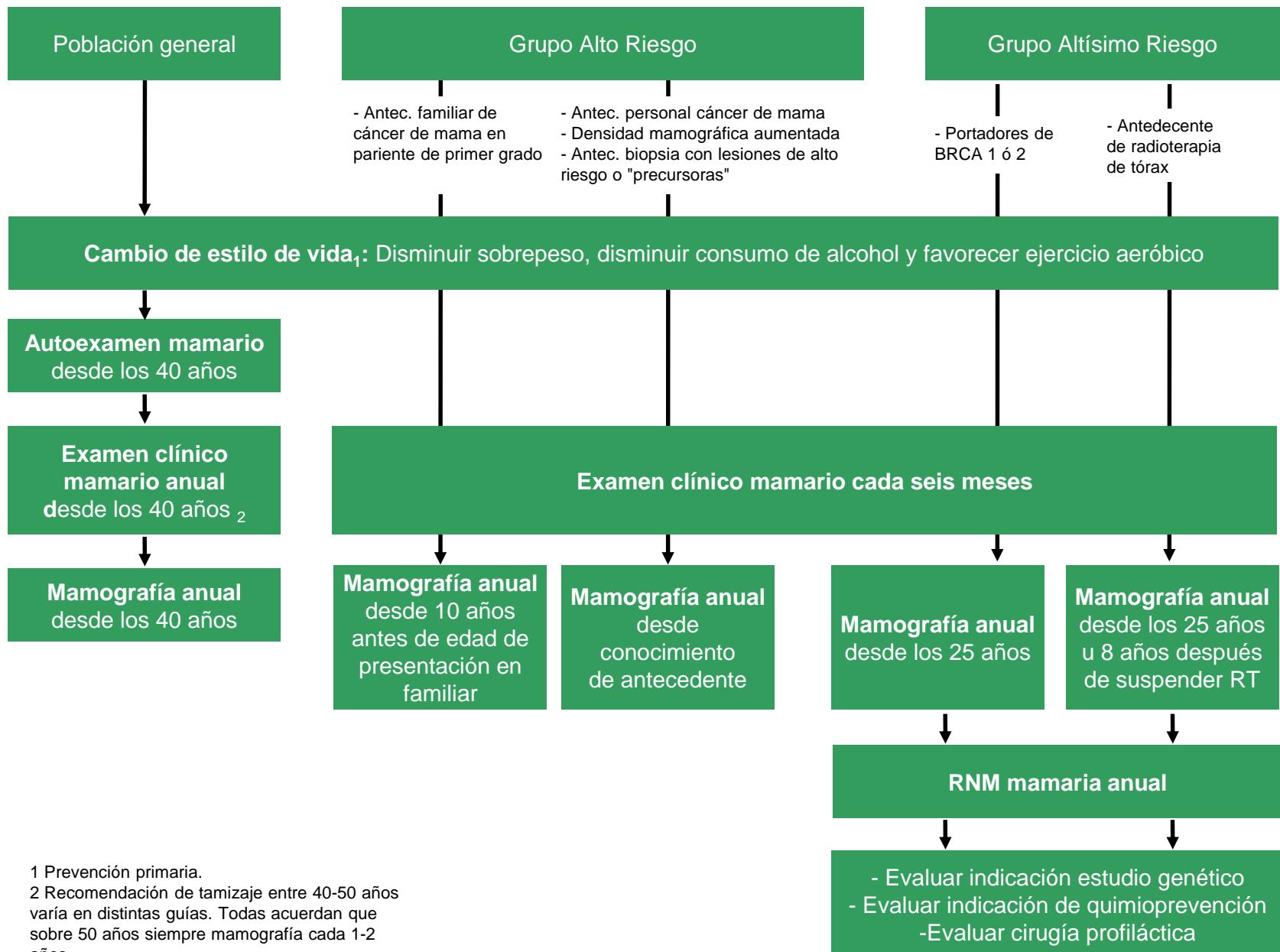


1. Se define mastalgia como dolor mamario mayor al premenstrual sin acompañarse de ningún otro síntoma: La mastalgia en el contexto de otras enfermedades como mastitis o neoplasia, será enfrentada en los algoritmos respectivos
2. Comúnmente la mastalgia se clasifica en cíclica, no cíclica y extramamaria, 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

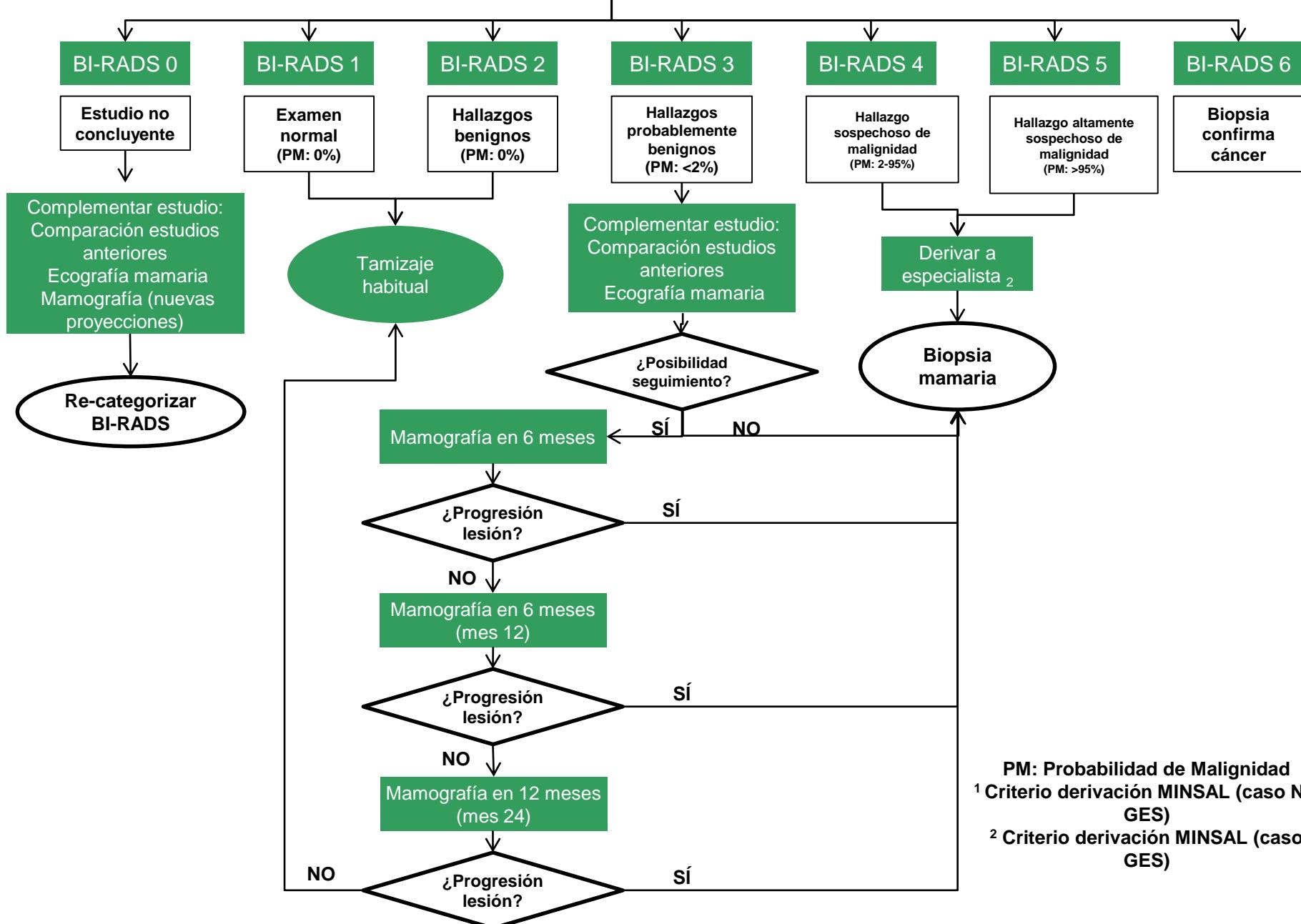


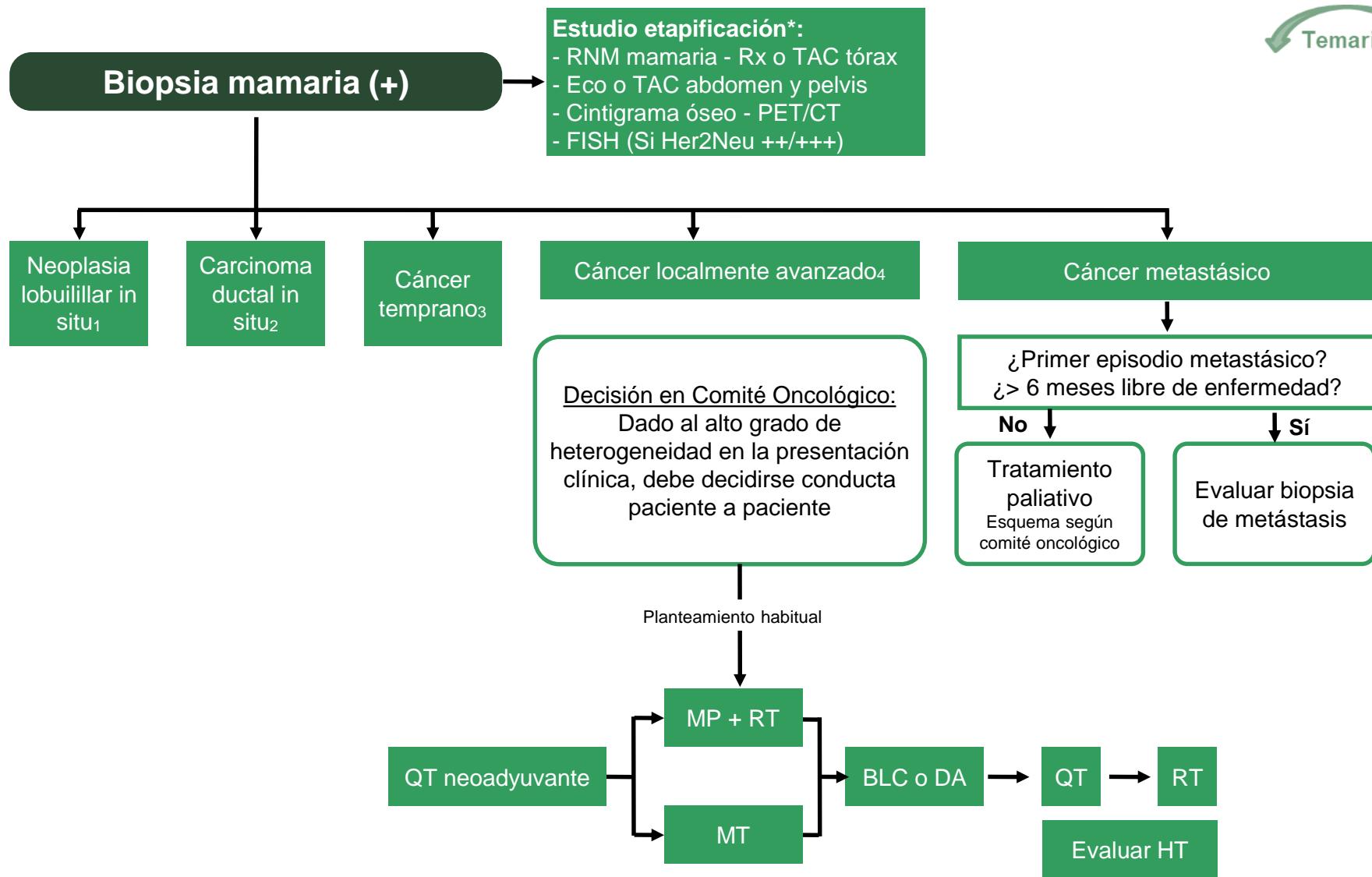
1. Un 5-15% de los casos de secreción del pezón no patológico (no galactorrhea) son malignos. La causa maligna más común asociada a esto, en ausencia de otros hallazgos es el CDIS (Carcinoma ductal in situ).
2. Papiloma: recomendación estándar para manejo es la escisión al ser diagnosticado con Biopsia 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 hipofisiarios, sarcoidosis, trauma/cirugía, adenoma de pituitaria.
5. Existe una larga lista de drogas que pueden provocar hiperprolactinemia y/o galactorrhea. 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.

Tamizaje cáncer de mama



Interpretación Mamografía





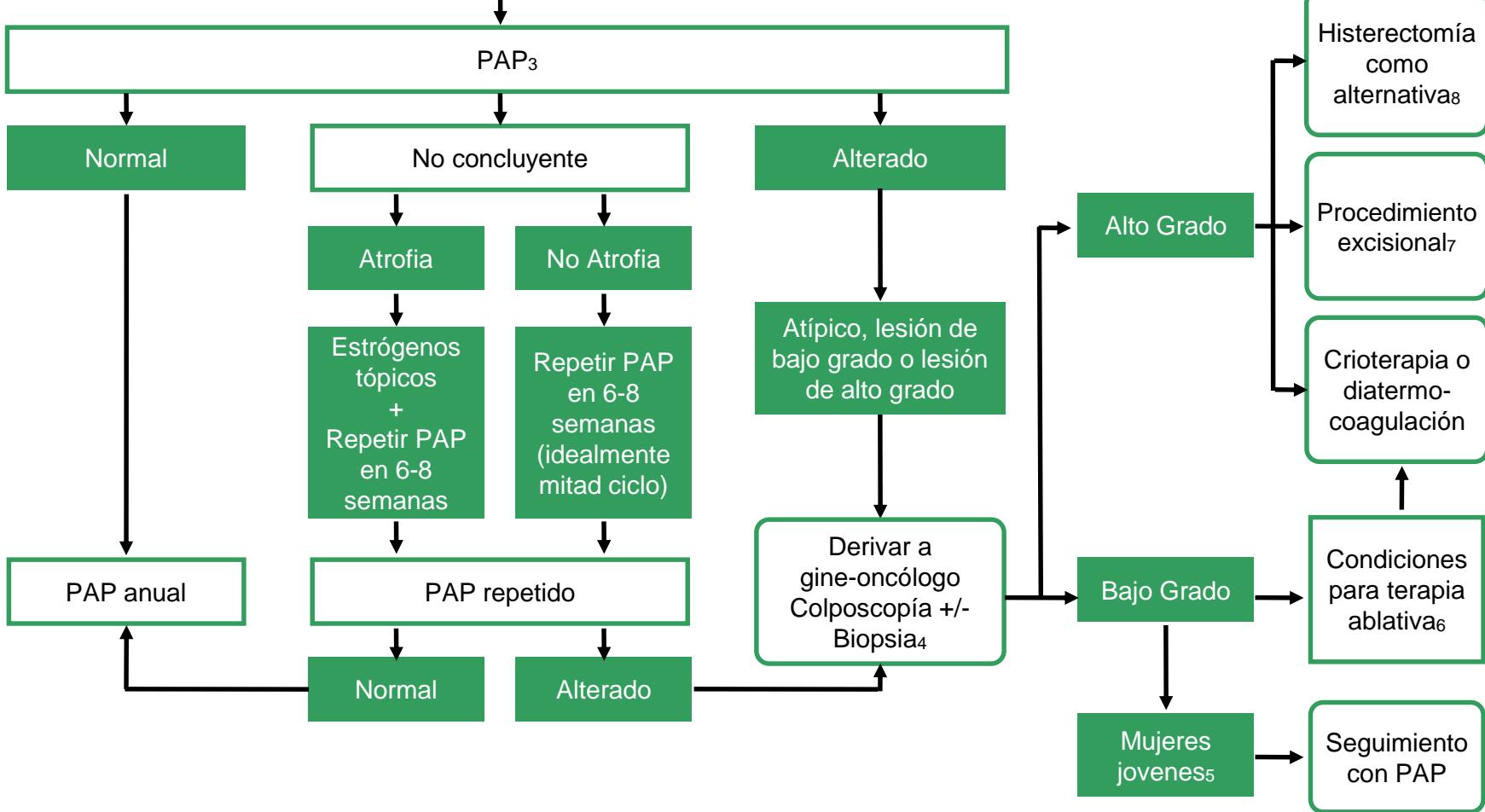
MP: Mastectomía Parcial / MT: Mastectomía total / RT: Radioterapia / QT: Quimioterapia / HT: Hormonoterapia / BLC: Biopsia linfonodo centinela / DA: Disección axilar

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

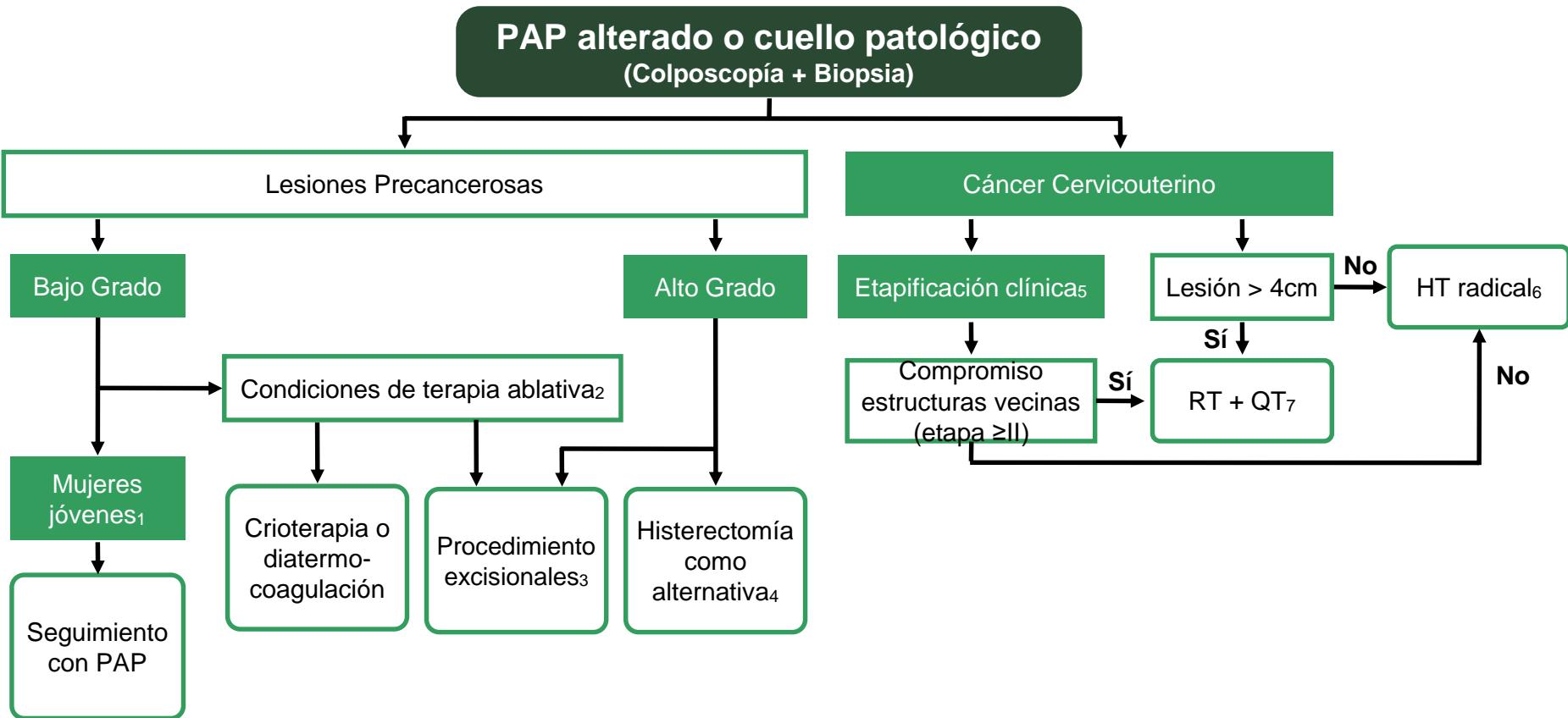
1. En caso de que 1^a biopsia haya sido estereotáctica
2. HT si Receptores de Estrógenos o Progesterona +)
3. Cáncer etapa I, II o IIIA
4. Cáncer T3N1, T4, N2 o N3

Tamizaje Cáncer Cervicouterino^{1,2}

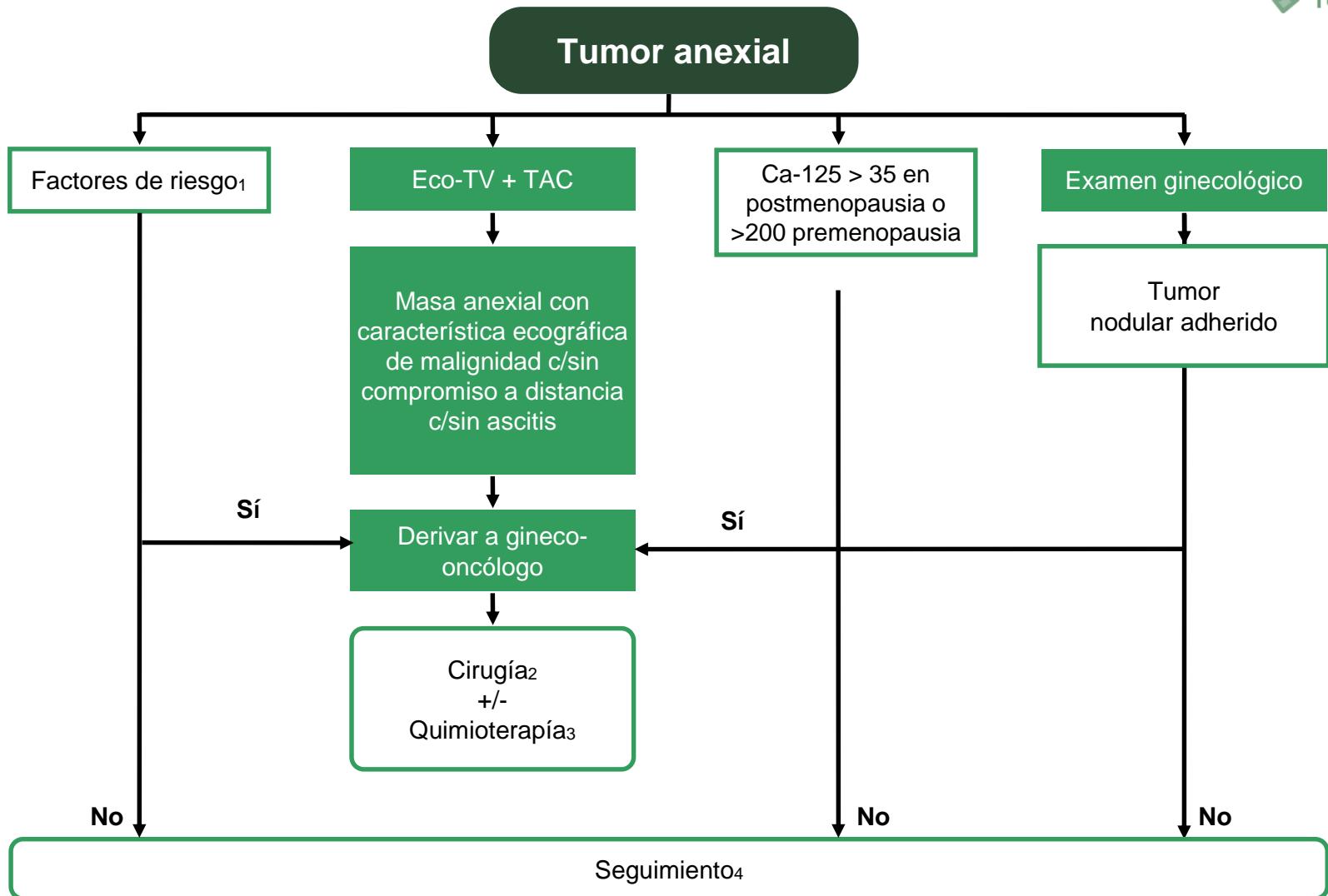
Temario II



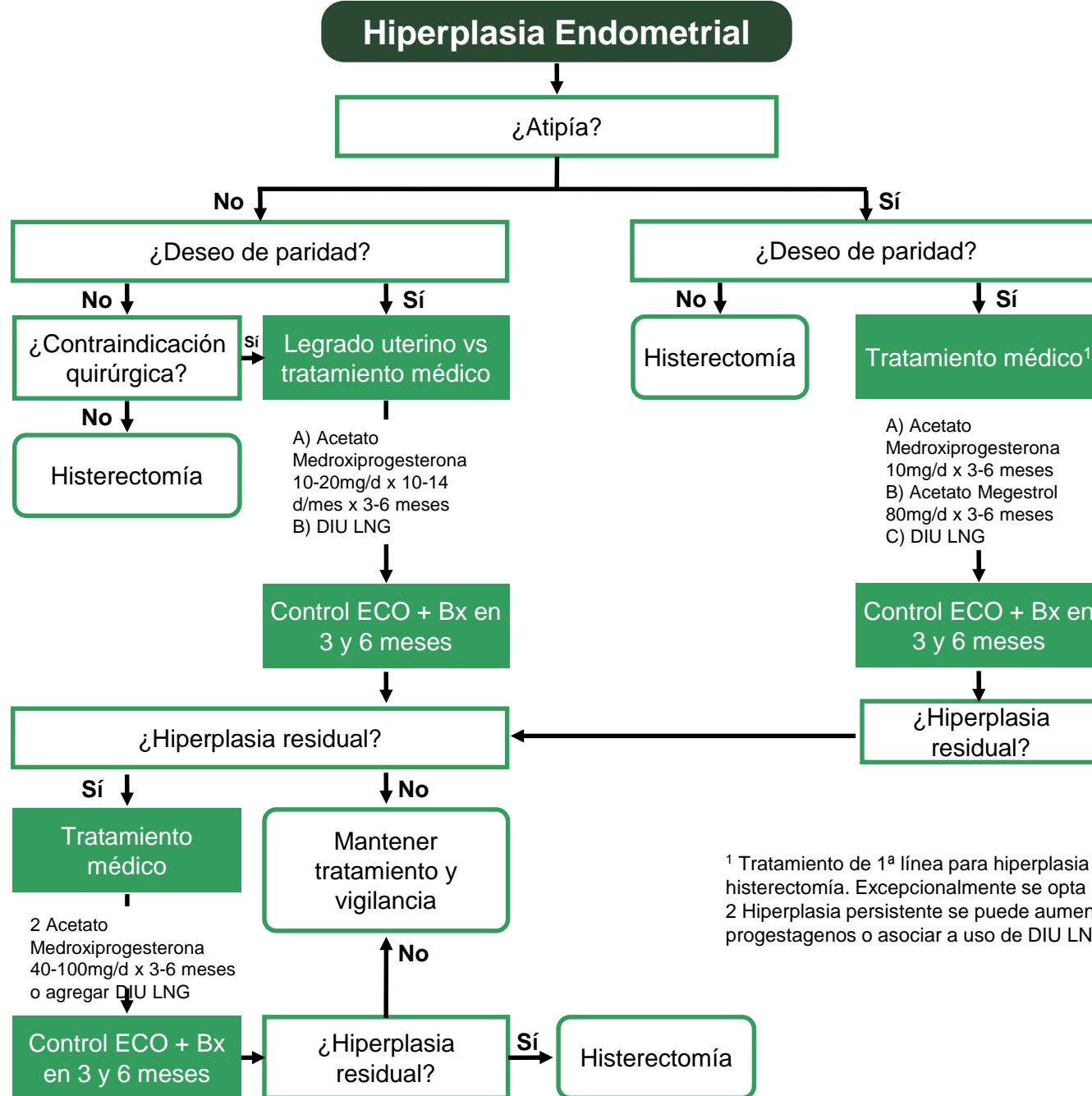
1. MINSAL: Inicio 25 años, independiente de la edad de inicio de actividad sexual, hasta los 64 años. Énfasis en mayores de 35 años, con periodicidad cada 3 años.
2. ACOG: Inicio 21 años, independiente de la edad de inicio de la actividad sexual, hasta los 70 años (si es de bajo riesgo y citologías previas (-)). 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; Especuloscopía 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. Hysterectomía 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.

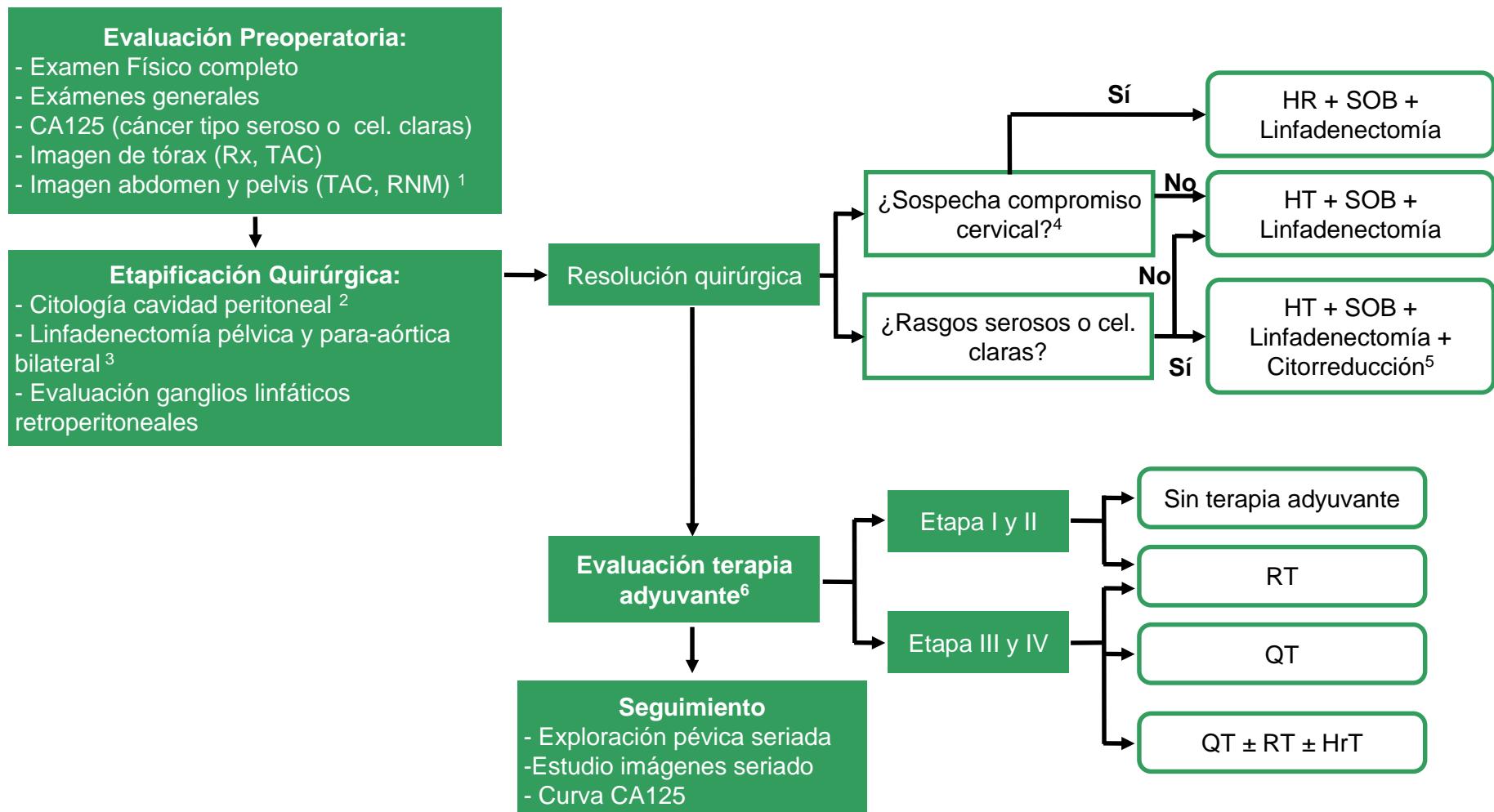


1. Mujeres jóvenes se recomienda seguimiento con PAP porque tienen mayor tasa de autocura.
2. Condiciones para terapia ablativa: Lesión completamente visible, pequeña (sin extensión al canal); sin sospecha de invasión por PAP, colposcopía e histología; Especuloscopía negativa particularmente para lesión 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: Especuloscopía (visualización y estimación tamaño) Tacto vaginal (consistencia, extensión a vagina), Tacto recto-vaginal (evaluación del cuello y parametros).
6. Histerectomía radical: incluye parametros, 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.



1. 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.
2. 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 pélvica y para-aórtica. Si etapa avanzada: cirugía citorreductora (óptima <5mm residuo tumoral, completa: residuo tumoral cero).
3. Quimioterapia: Carboplatino + Paclitaxel.
4. Seguimiento: Edad(edad fértil), aspecto ecográfico sugerente de benignidad, tamaño (<5-10cm), asintomático, paciente confiable, marcadores negativos.





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

¹ 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.

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

³ 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 (+).

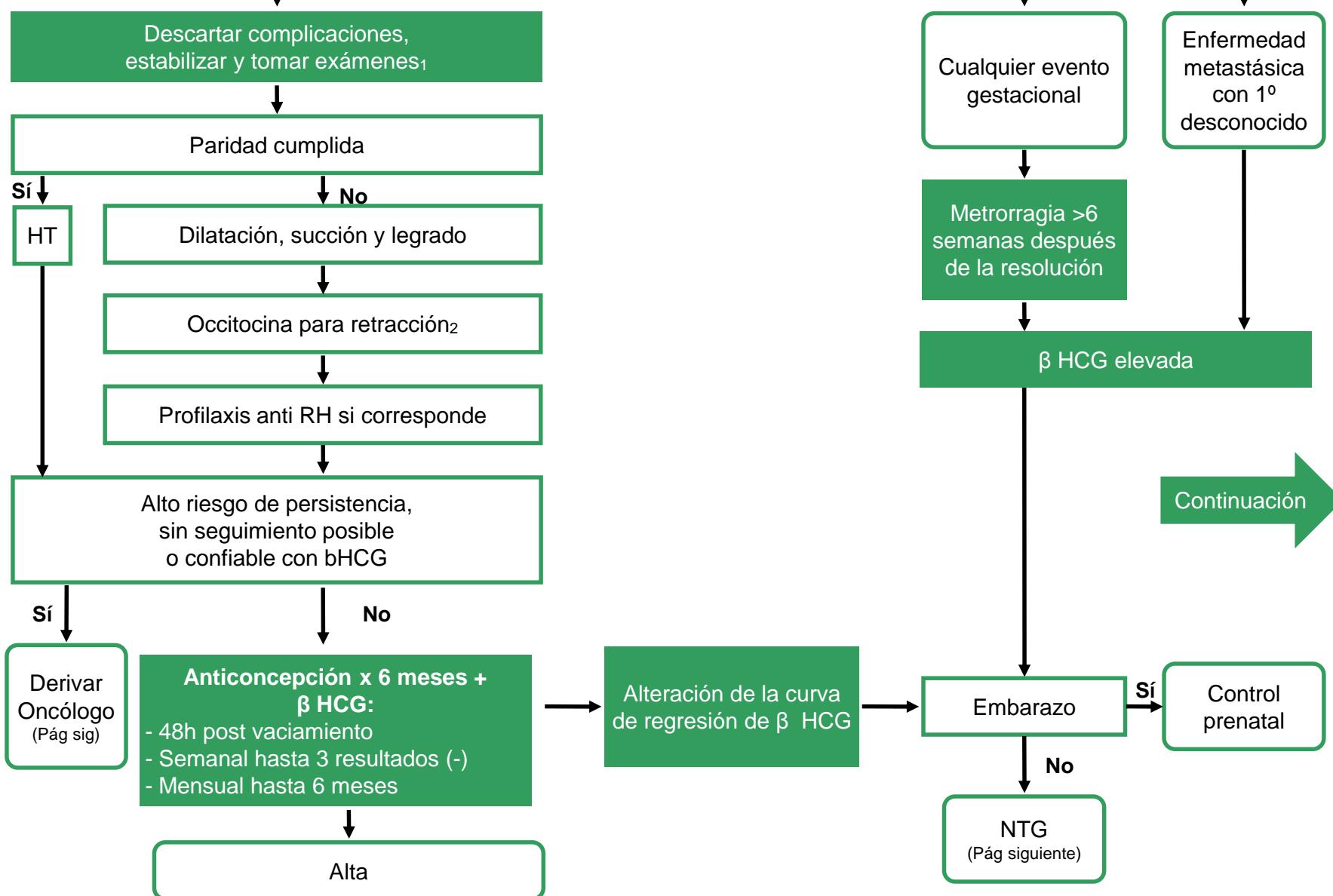
⁴ Alteración cervical macroscópica o RNM sugerente .

⁵ Omentectomía infracólica + biopsias peritoneales bilaterales (pelvis, correderas paracólicas, diafragma).

⁶ 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

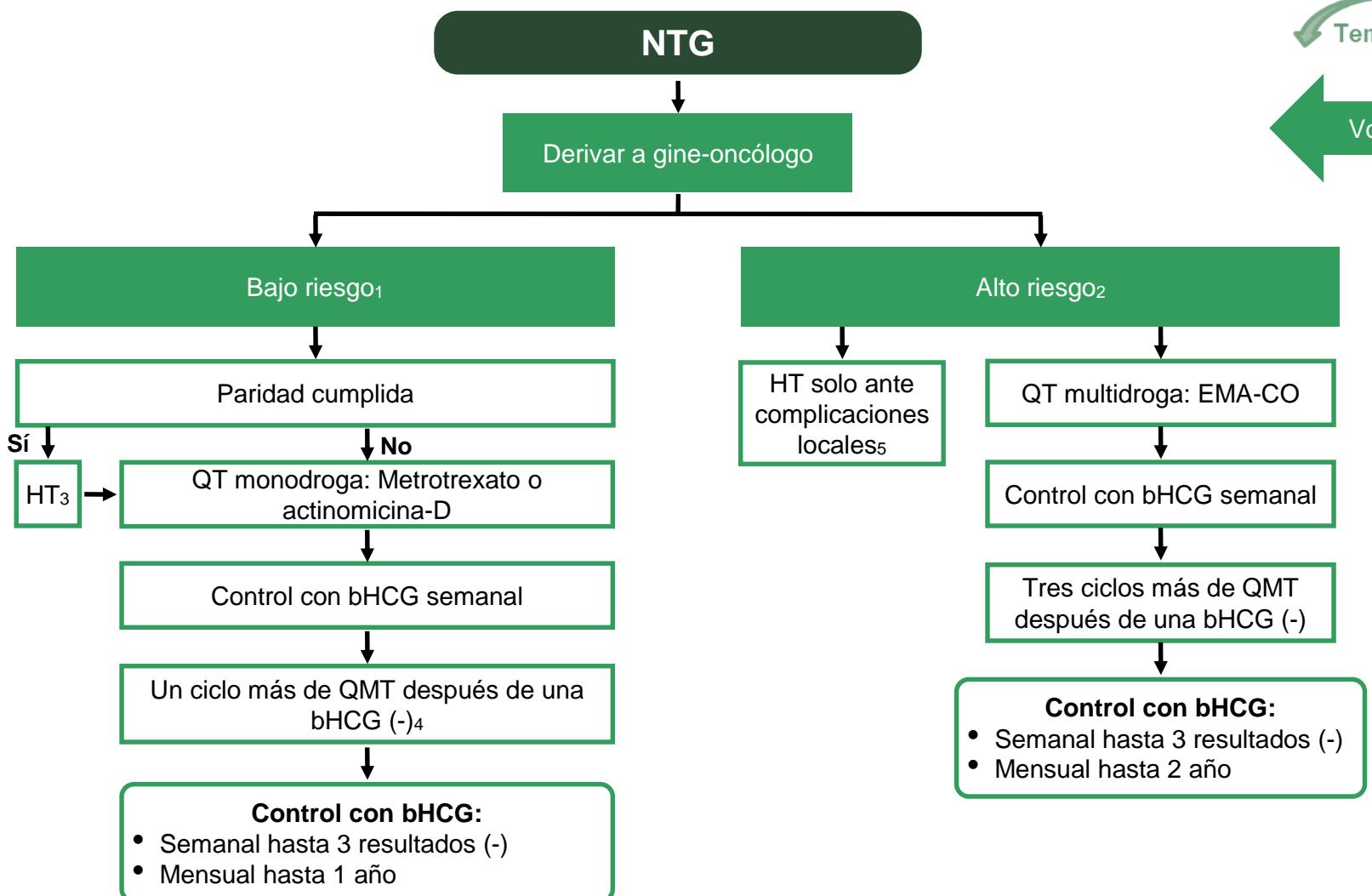
Temario II



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

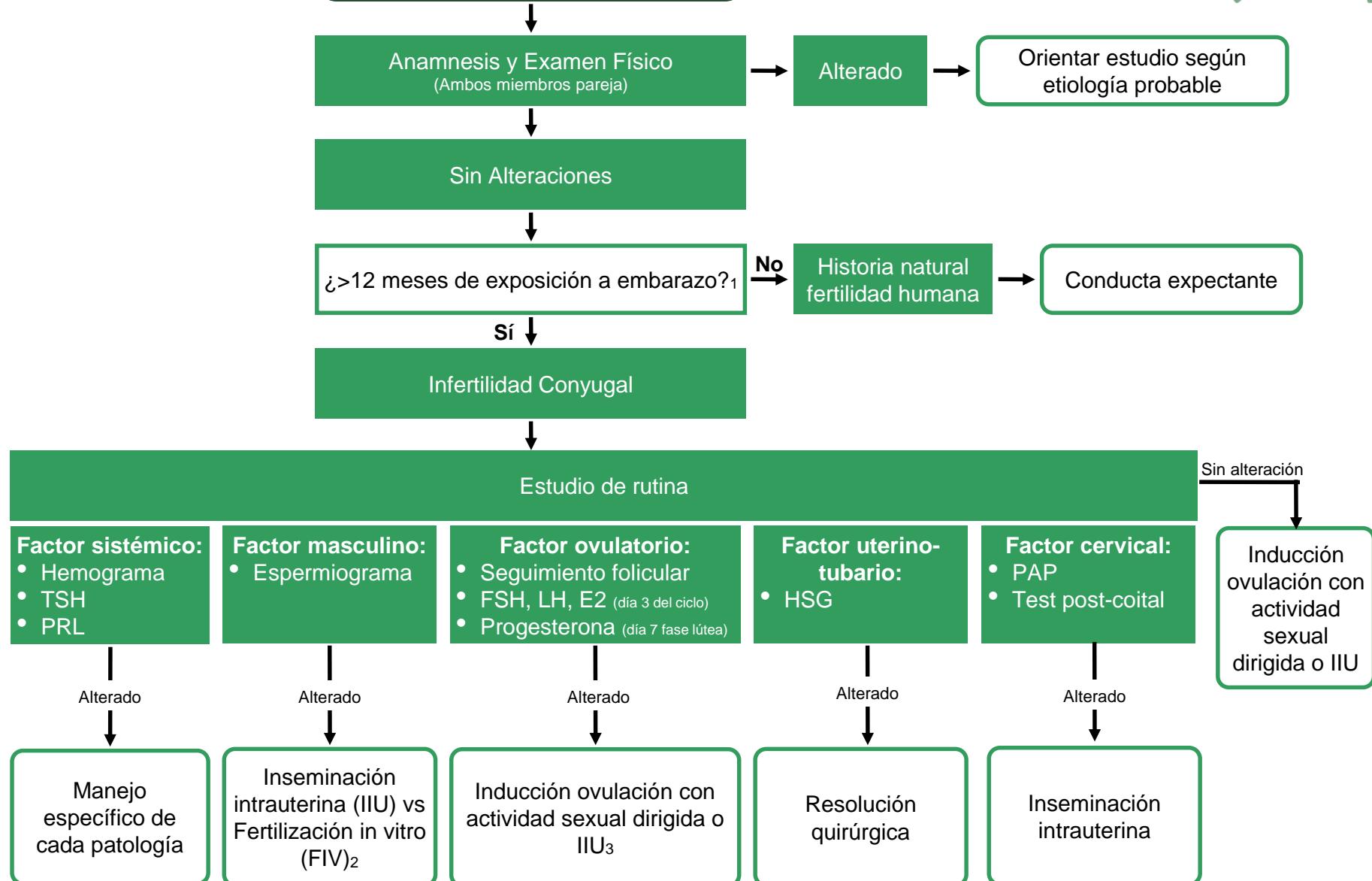
ETG= enfermedad trofoblástica gestacional, NTG= neoplasia trofoblástica gestacional



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

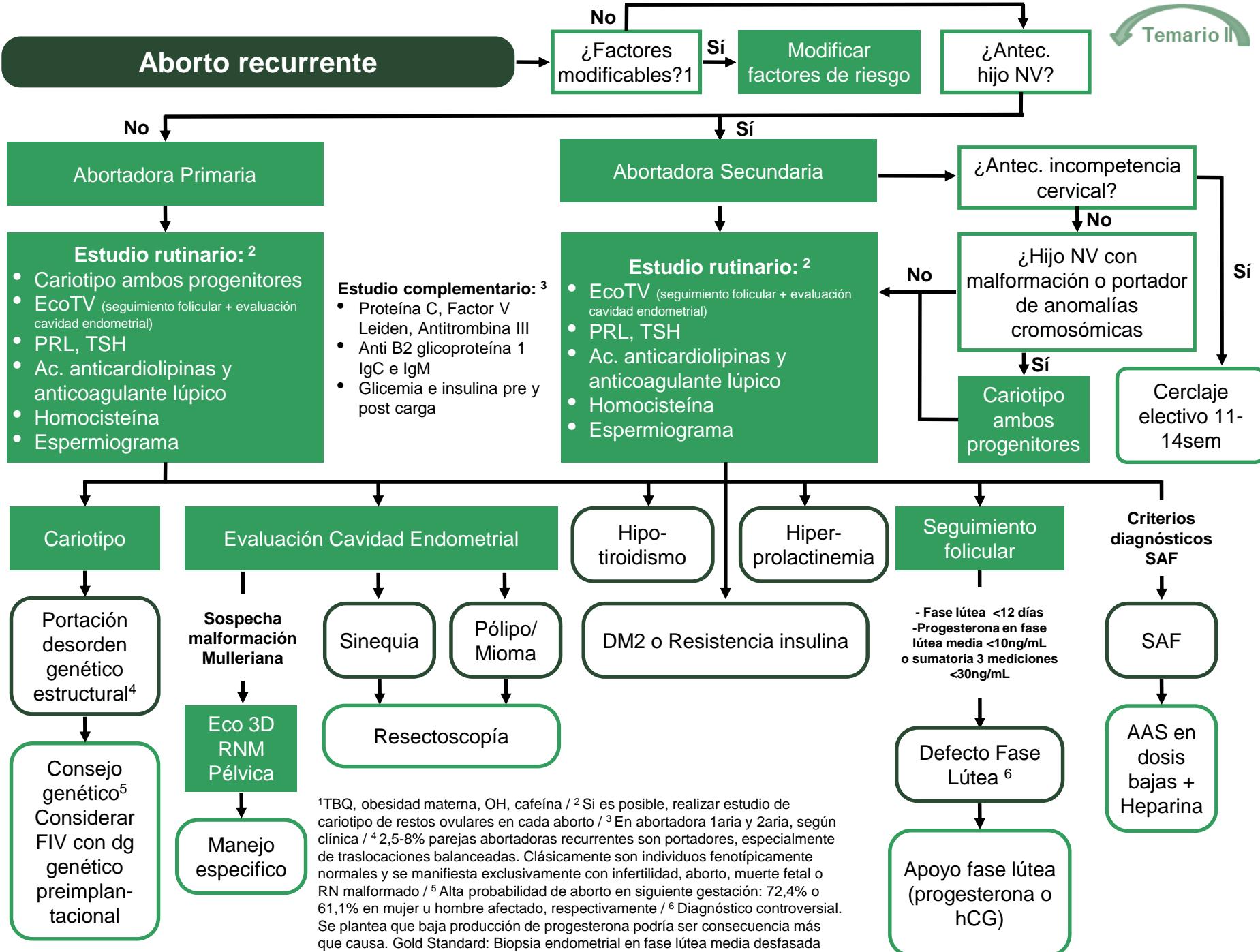
Temario II

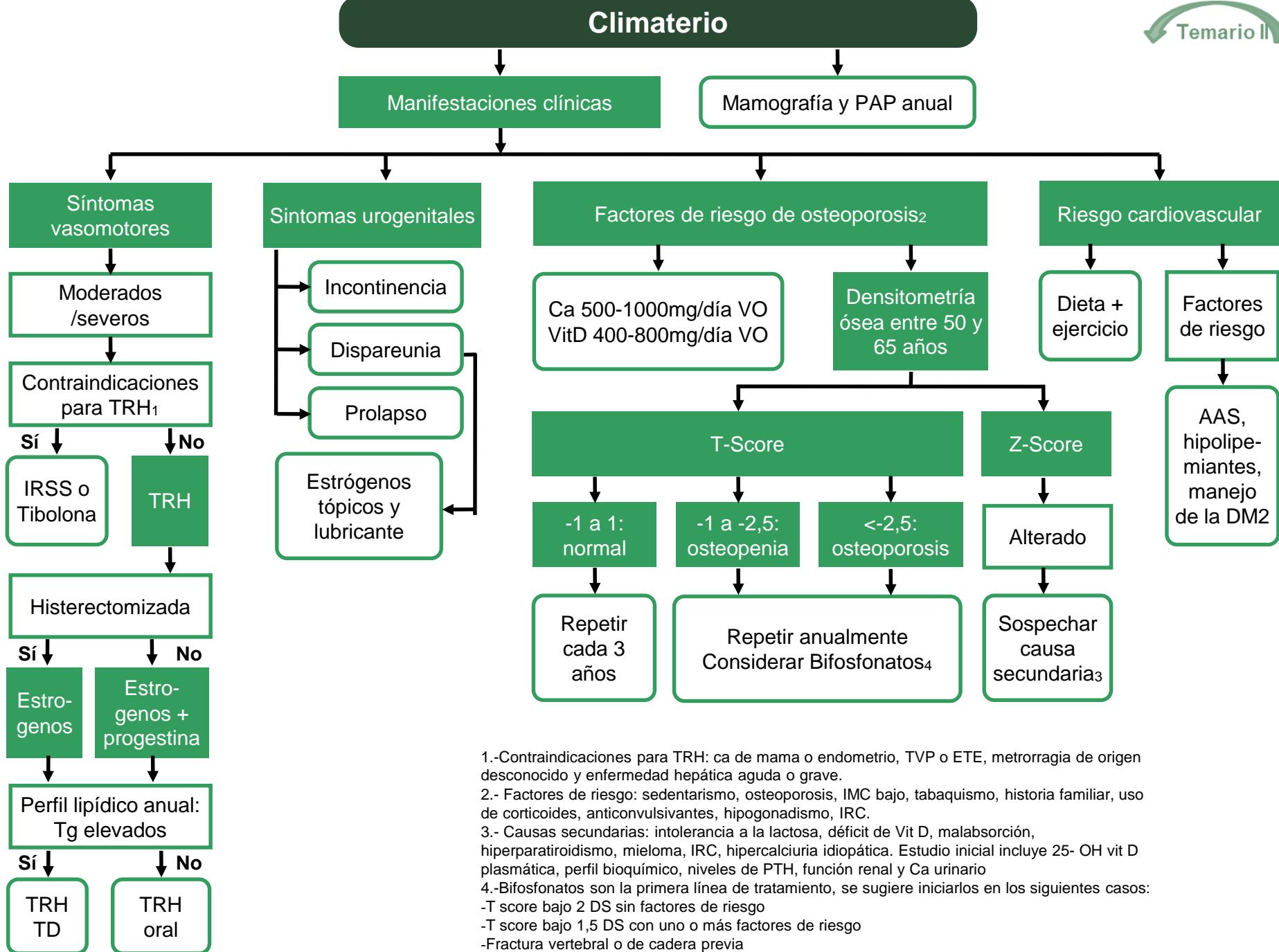


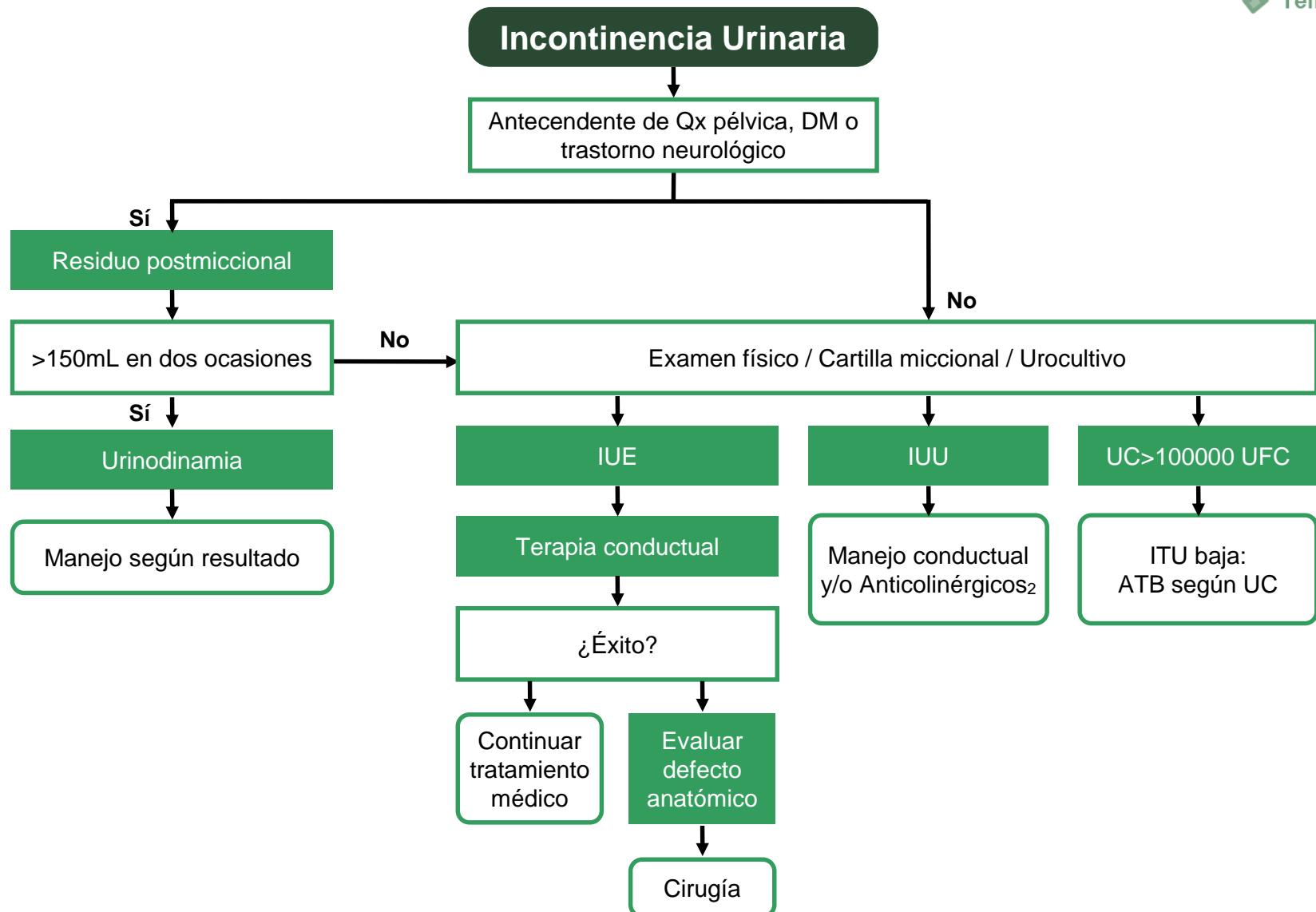
¹ En caso de mujeres >35 años, podría plantearse como límite 6 meses dada la disminución progresiva de la fertilidad a mayor edad. En mujeres >40 años el estudio podría empezarse inmediatamente.

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

³ 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)



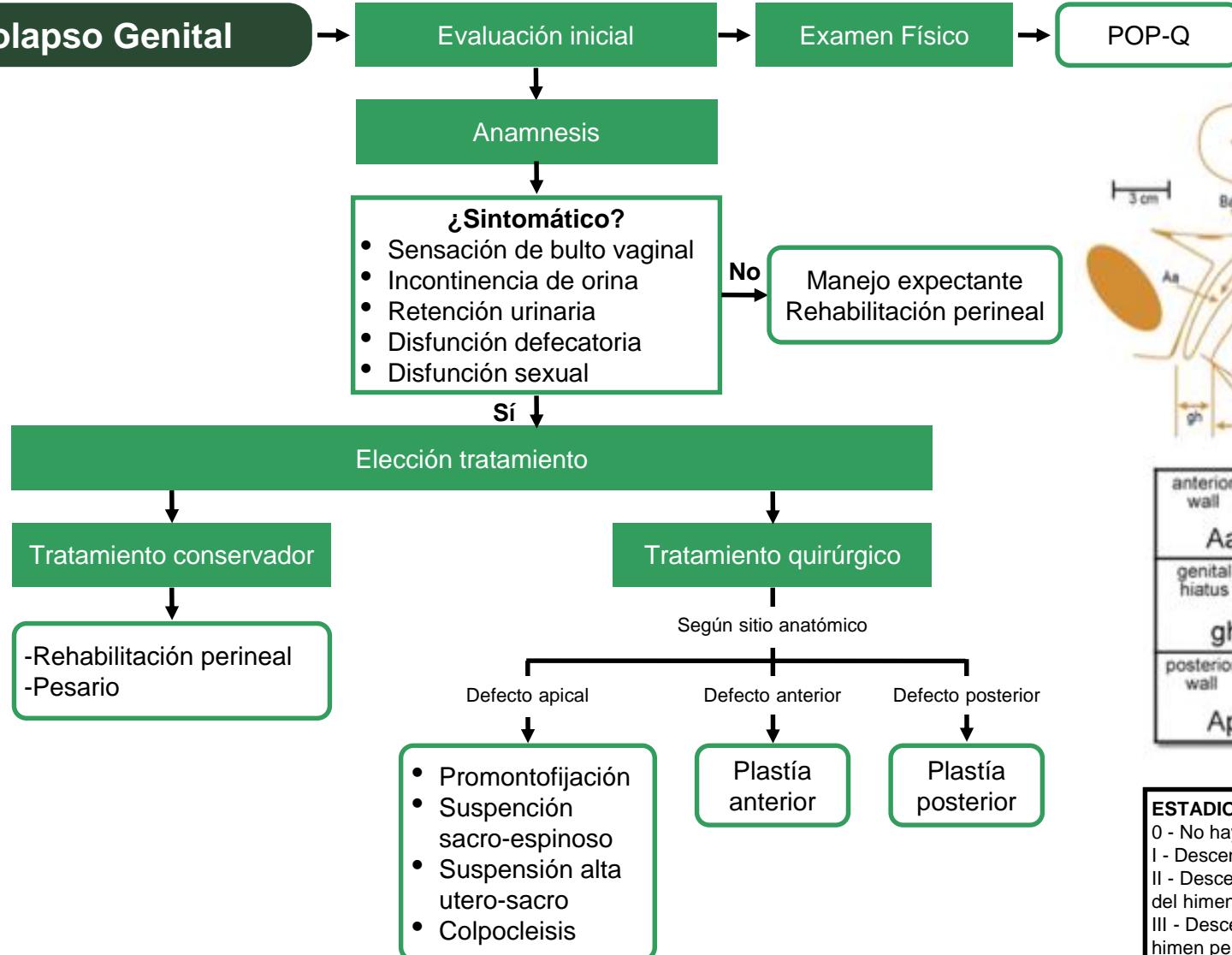




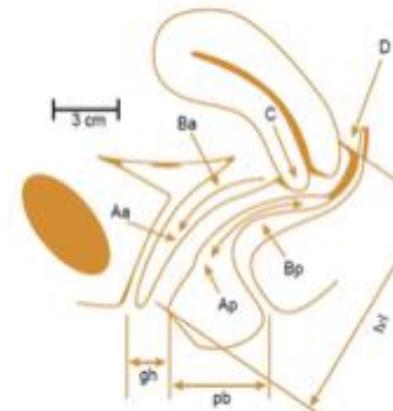
1.- Terapia conductual: ejercicios de Kegel, reducción del consumo de líquido, cese de tabaquismo
 2.- Conductual: manejo de fluidos, micción horaria

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

Prolapso Genital



Temario II

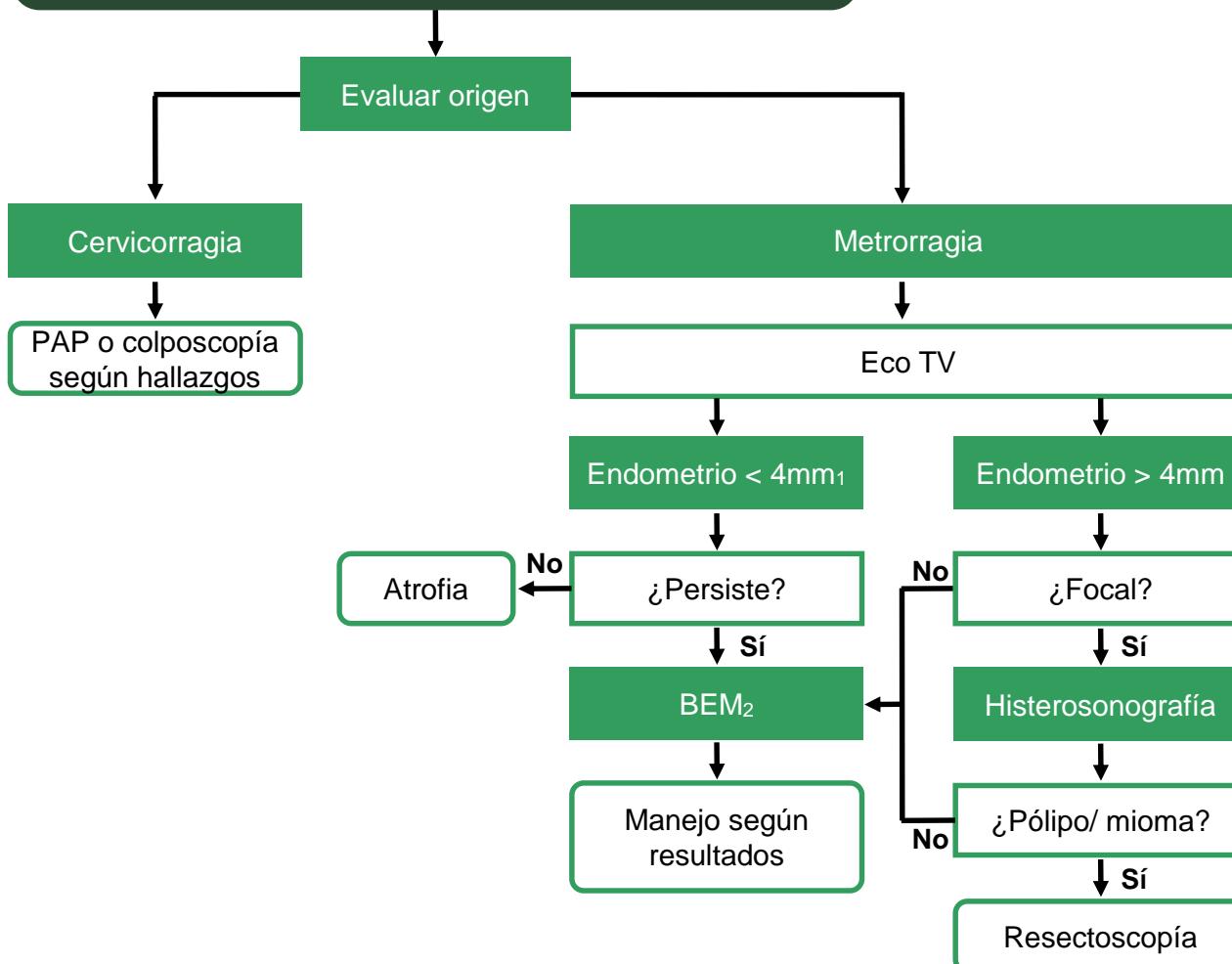


anterior wall	anterior wall	cervix or cuff
Aa	Ba	C
genital hiatus	perineal body	total vaginal length
gh	pb	tvl
posterior wall	posterior wall	posterior fornix
Ap	Bp	D

ESTADIOS:

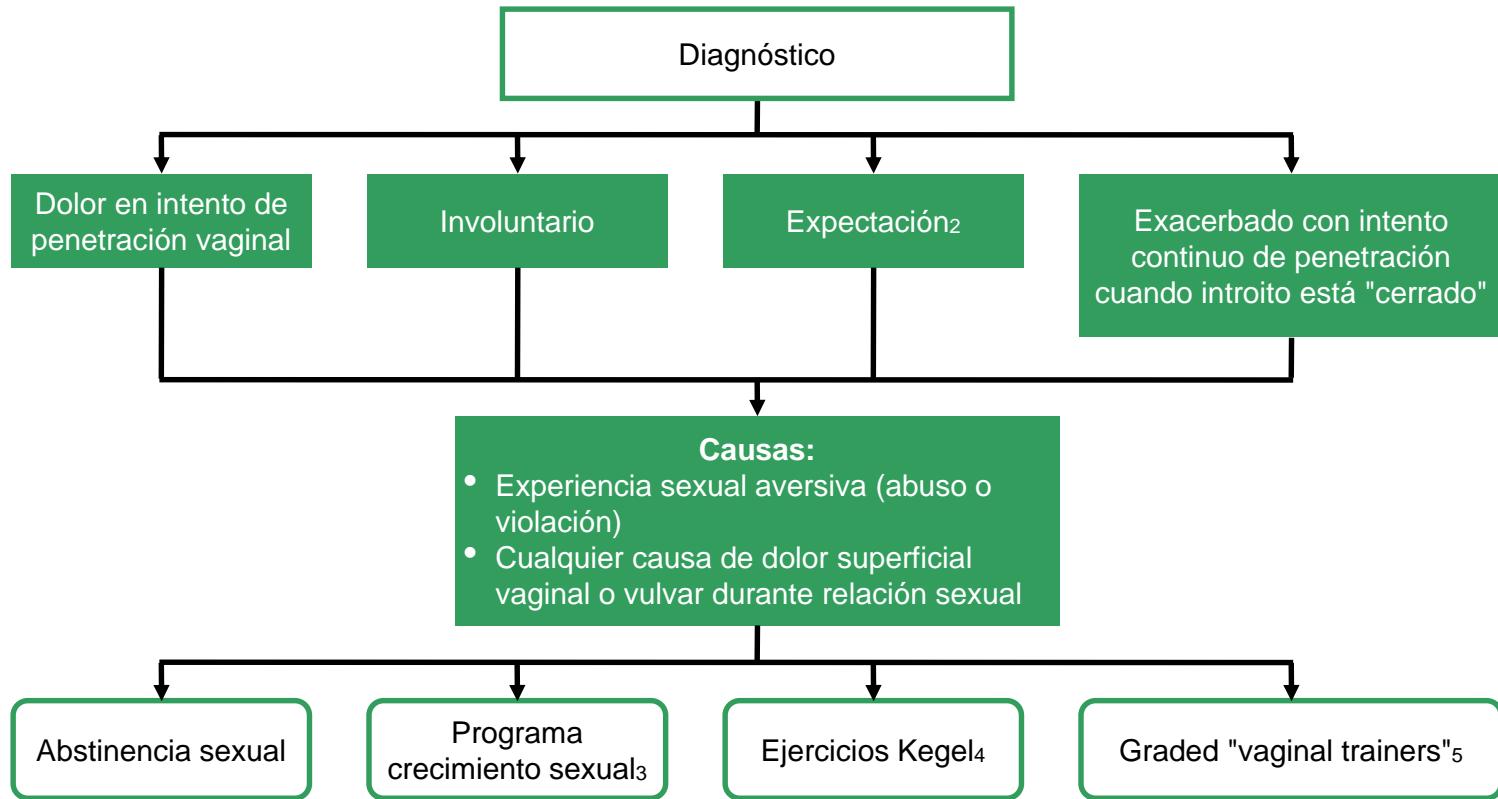
- 0 - No hay descenso.
- I - Descenso 1 cm sobre himen.
- II - Descenso entre -1 y + 1 cm del himen.
- III - Descenso + 1 cm sobre el himen pero menor al largo vaginal total -2 cm
- IV - Procidencia genital.

Sangrado genital en la postmenopausia



- 1.- En mujeres usuarias de TRH, considerar como límite 12 mm
- 2.- Se puede preferir legrado biópsico 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.

Vaginismo¹



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

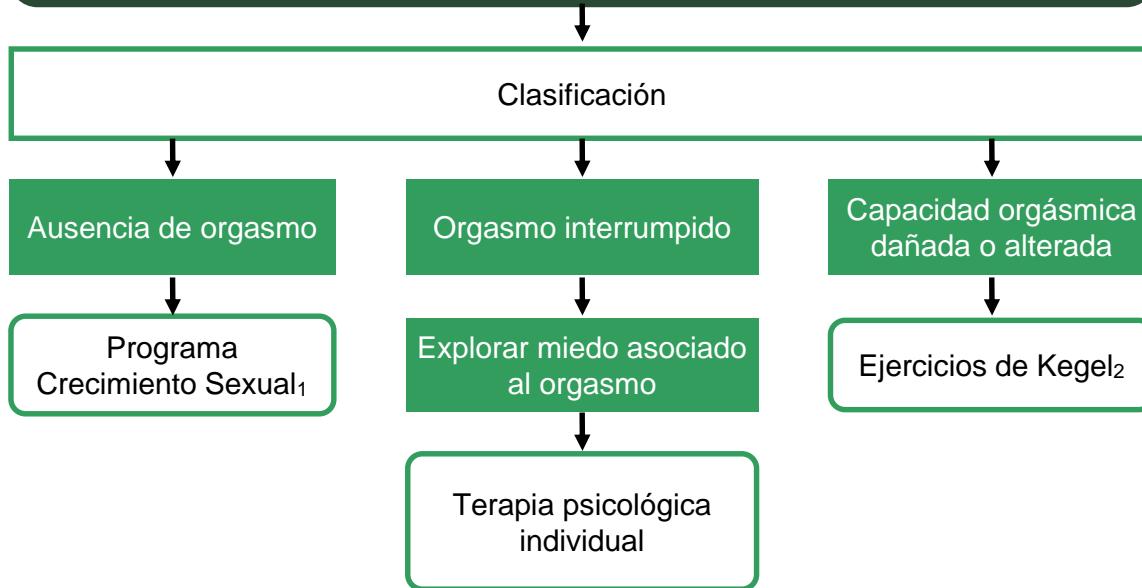
2Expectación: Surge de cualquier experiencia sexual aversiva o dolor en relaciones sexuales previas y que hace creer que penetraciones a futuro serán dolorosas.

3Programa 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.

4Ayuda a la condición y conciencia de la actividad de los músculos alrededor del introito.

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

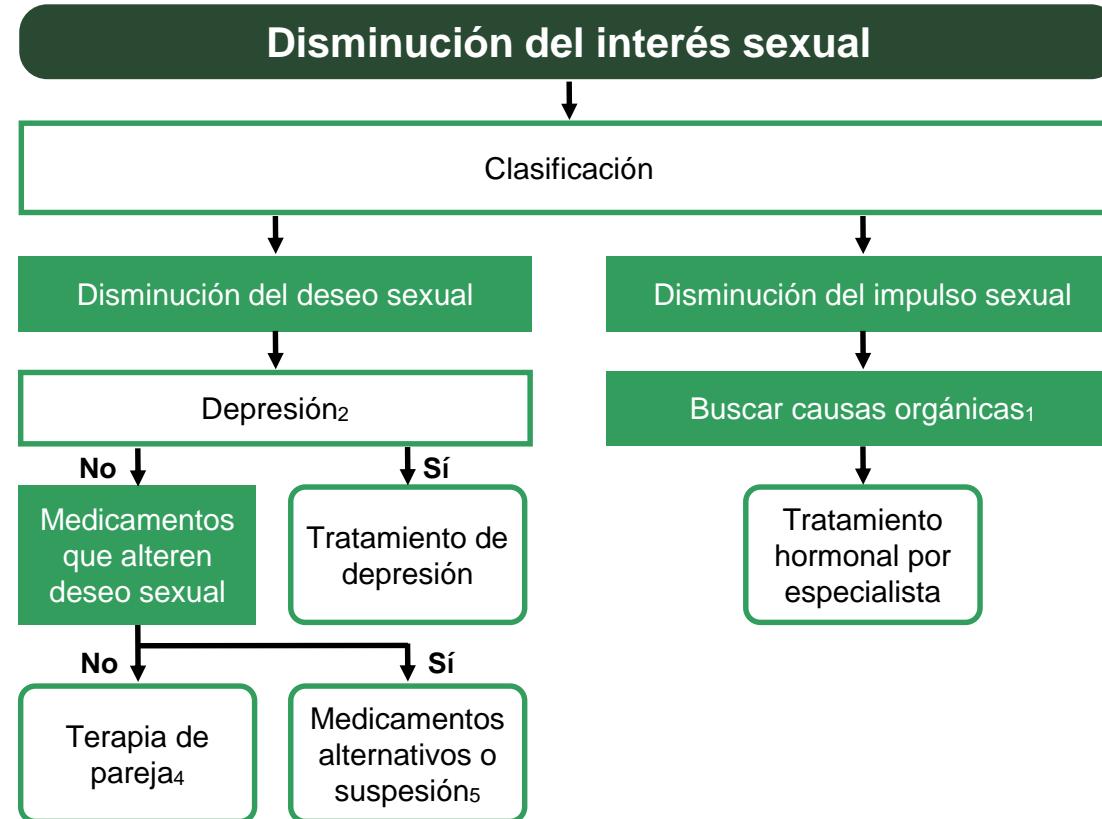
Anorgasmia y alteraciones del orgasmo



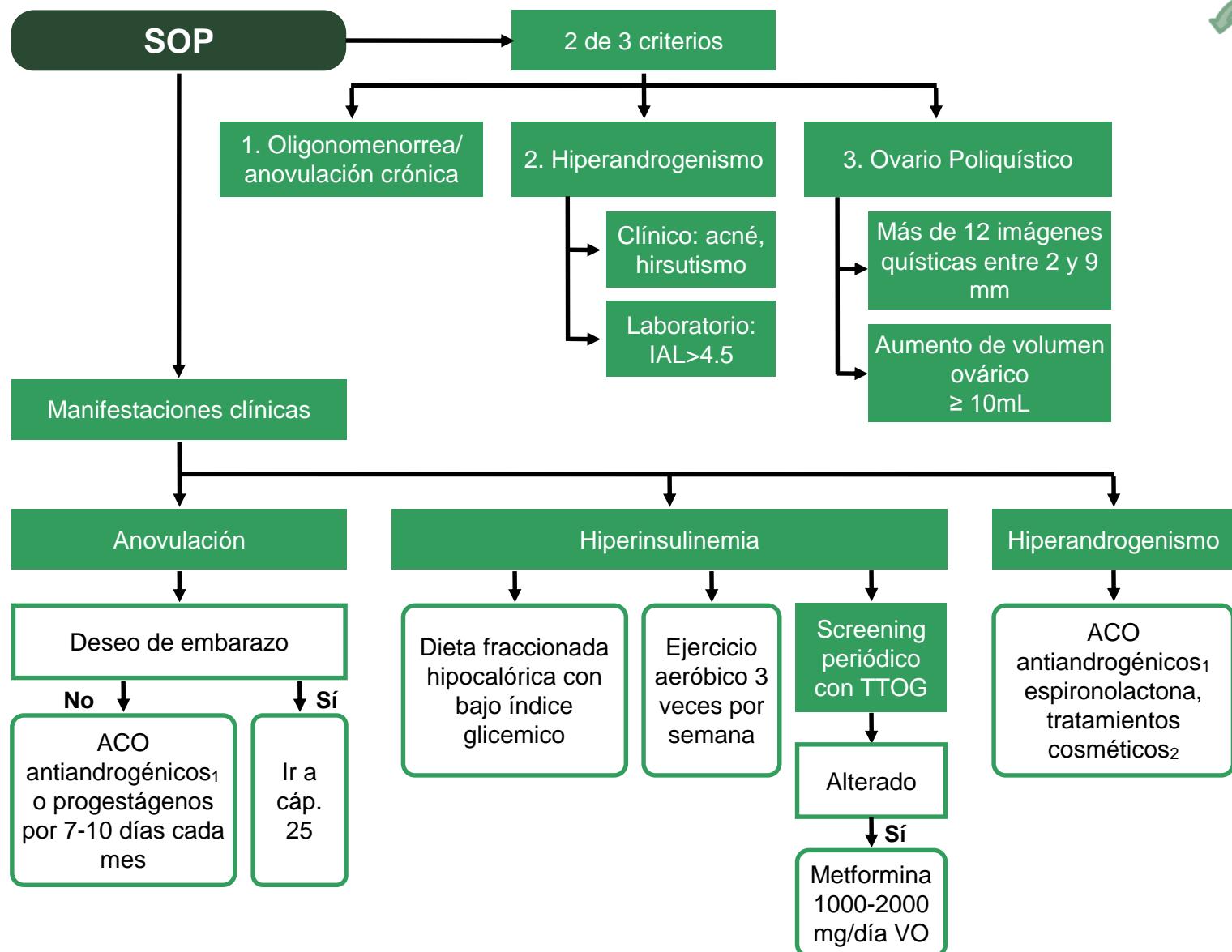
1Programa de crecimiento sexual: consiste en 4 tareas de forma secuencial:

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

2Ayuda a la condición y conciencia de la actividad de los músculos alrededor del introito.



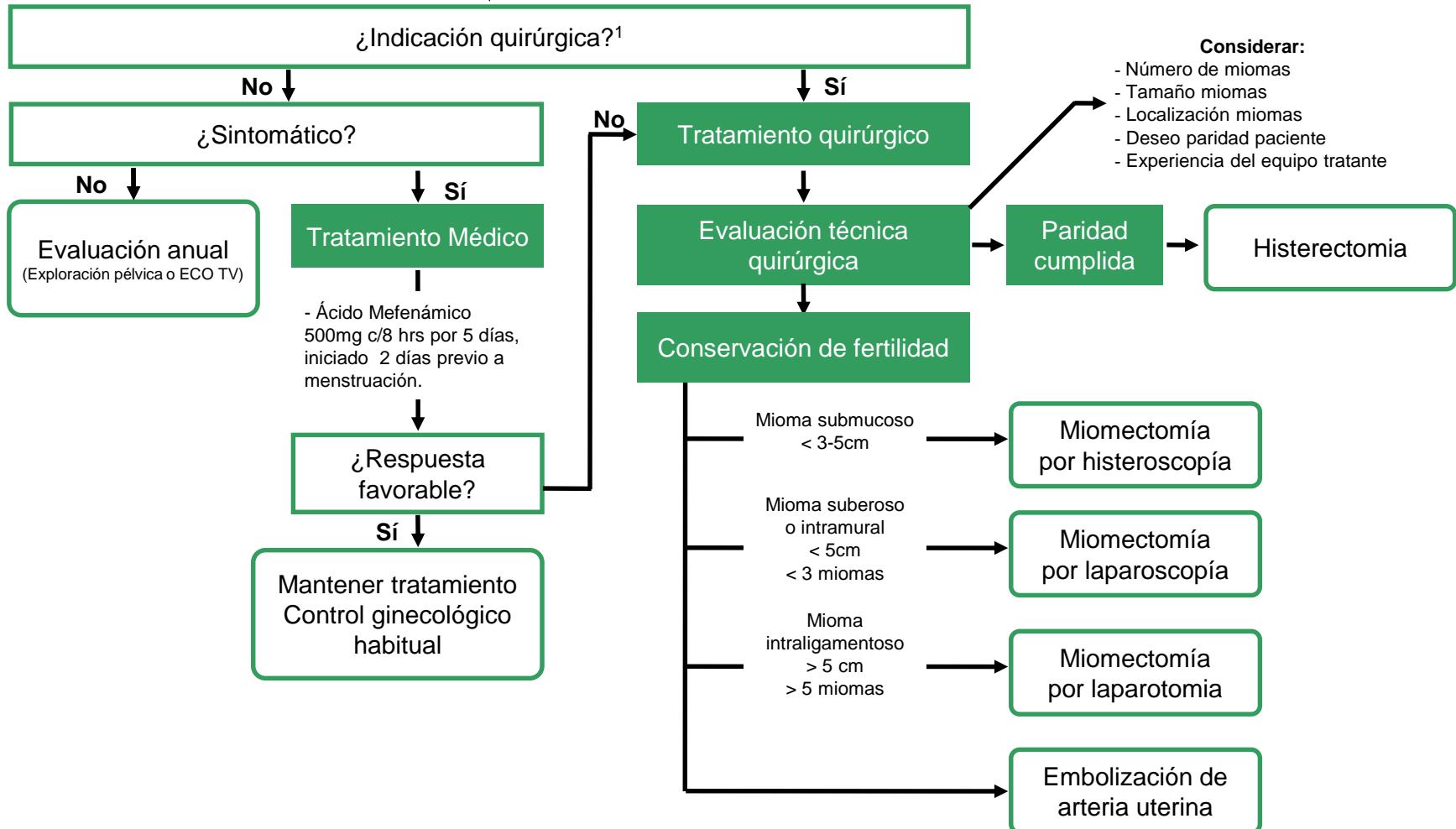
1. Peri o post-menopausia, tratamiento hormonal debe ser indicado sólo por profesional calificado, como endocrinólogos o ginecólogos.
2. Depresión: Disminuye la libido, por lo tanto al tratarlo mejoraría los síntomas.
3. Evaluar ventajas y desventajas de continuar con medicamentos, intentar con alternativo 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.



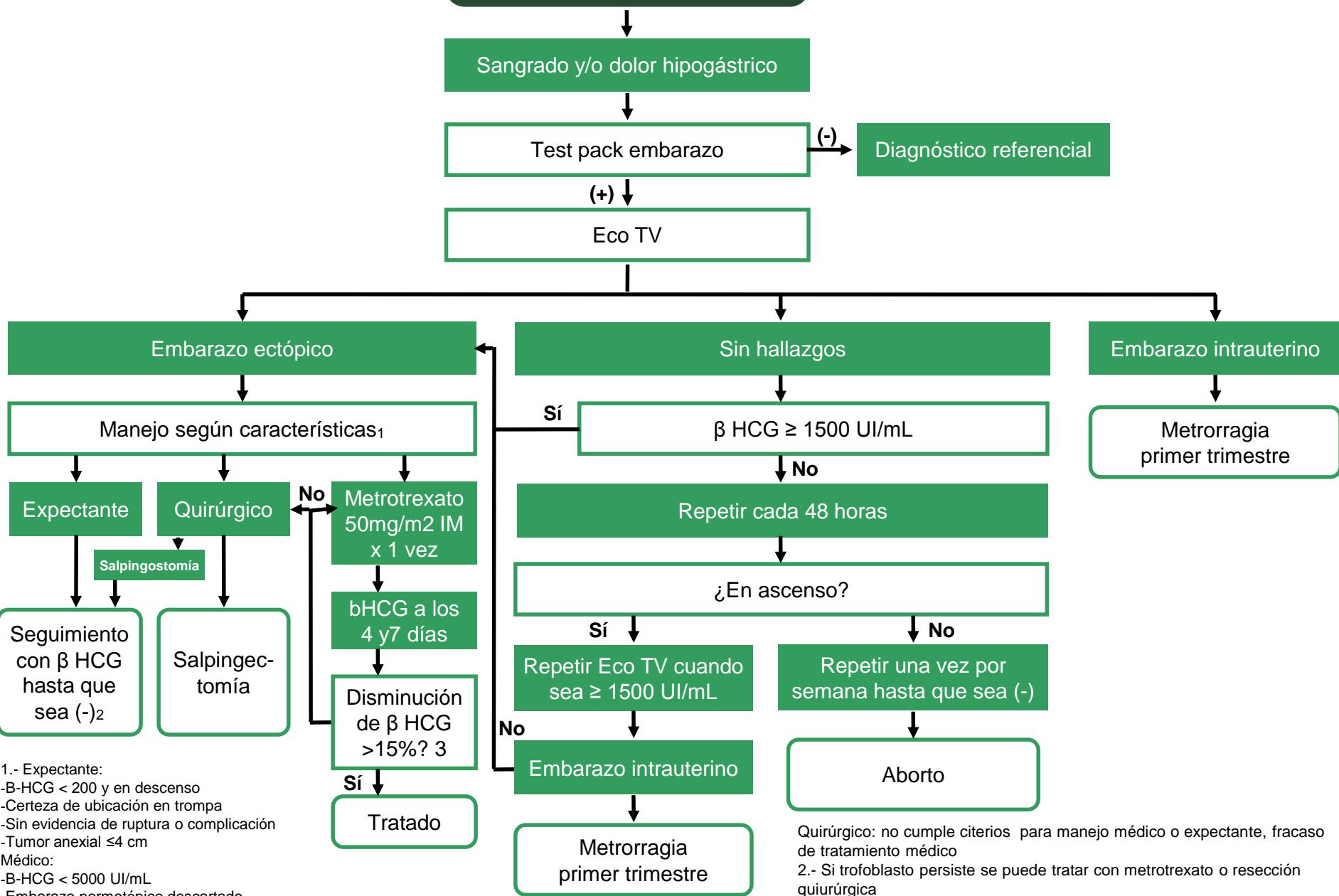
1.- Por ejemplo ACO que contengan drospirenona, clormadinona o ciproterona como progestágenos

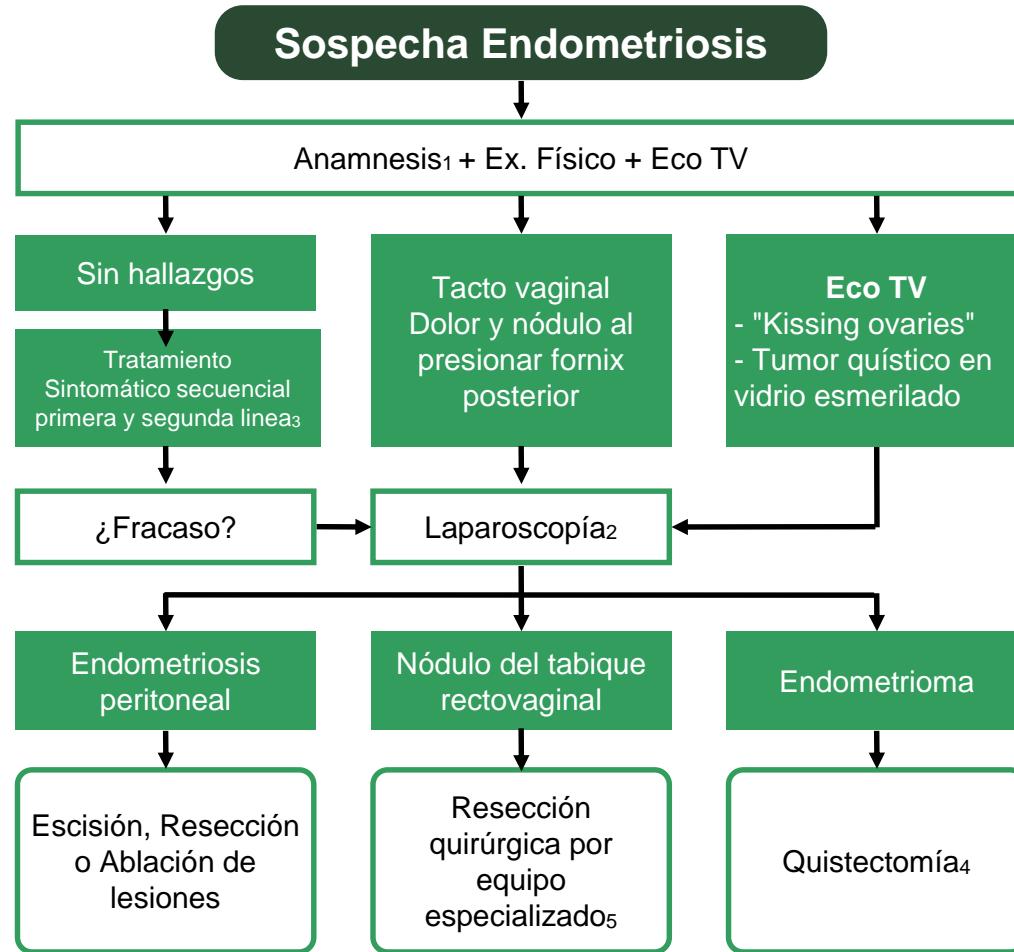
2.-En casos severos podría utilizarse finasteride o flutamida, ambos con alto riesgo de teratogenicidad en caso de embarazo .

Mioma Uterino



Embarazo ectópico





1Síntomas comunes: Dismenorrea, Dispareunia, Dolor pélvico crónico e Infertilidad.

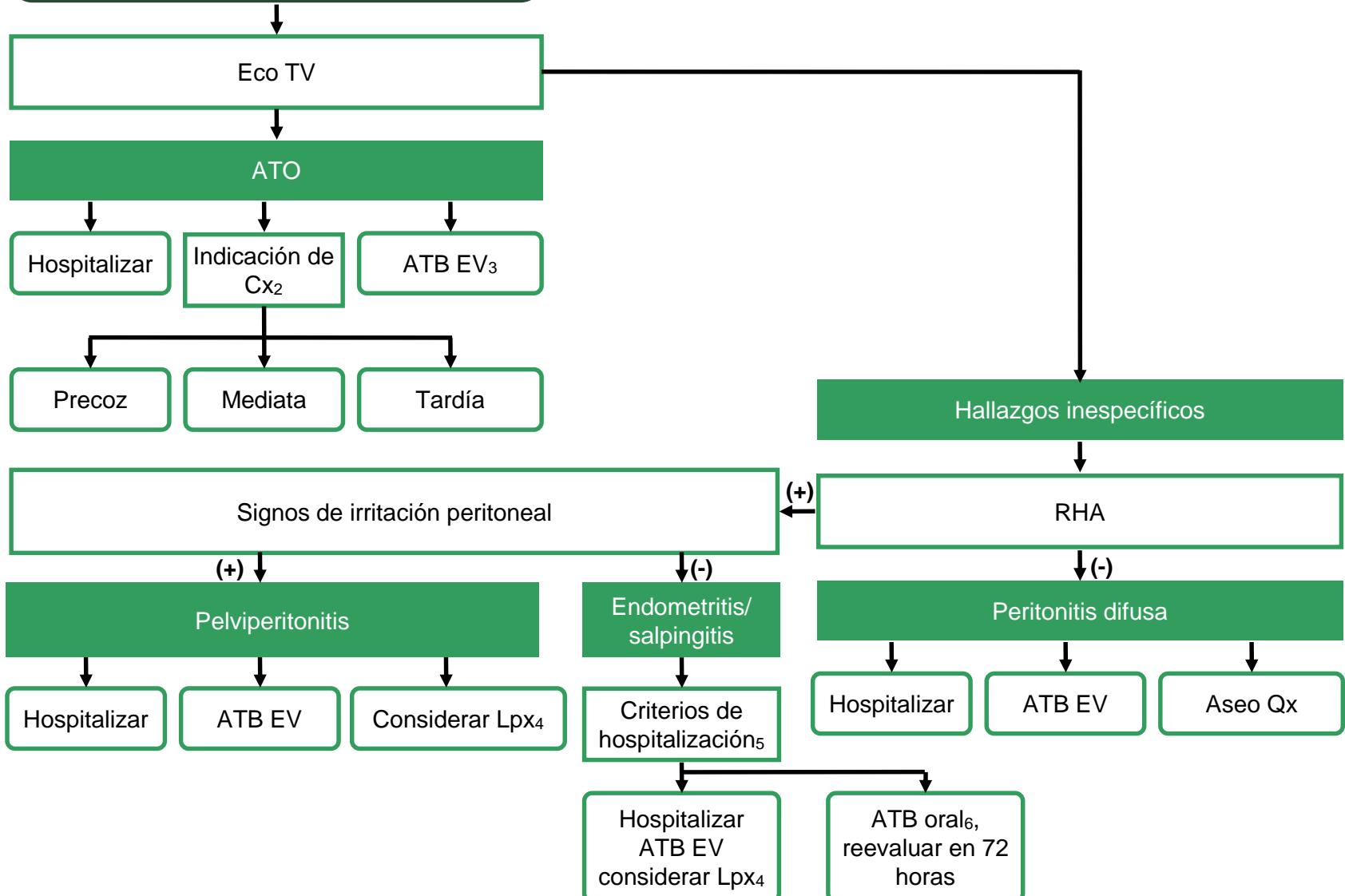
2Laparoscopía permite diagnóstico y tratamiento en un solo procedimiento. Es el primer enfrentamiento en adolescentes.

3Ácido Mefenámico 500mg cada 8 horas vo o Naproxeno 550mg dosis inicial seguida de 275mg cada 6-8 horas vo. Segunda linea: ACO.

4Tratamiento ideal es quistectomia vs. drenaje y ablación: menor tasa de recurrencia, menor dolor y mayor tasa de embarazo espontáneo subsiguiente.

5 Sólo en pacientes sintomáticas o con vaginas estenóticas.

Presunto PIP₁



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

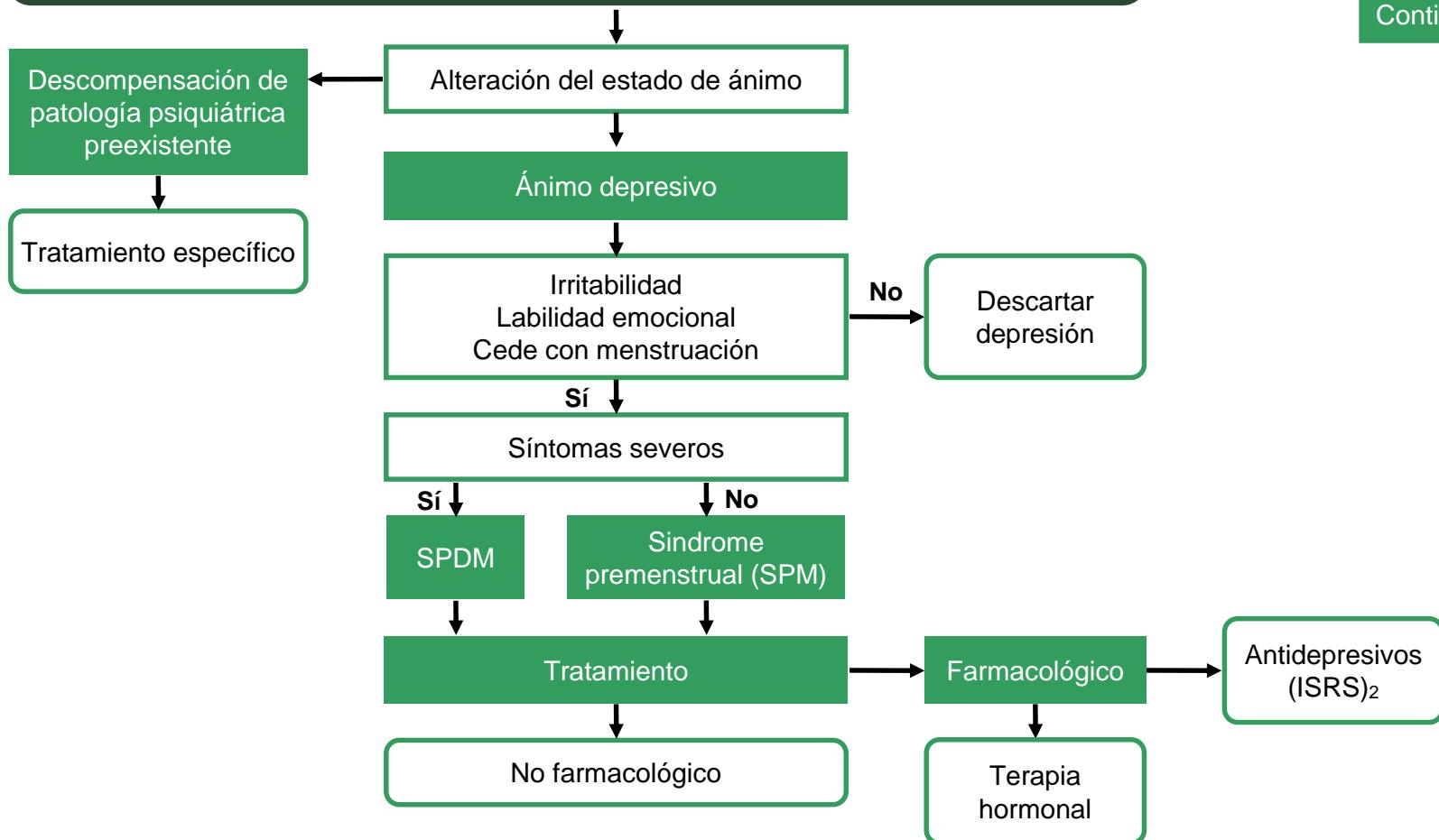
3.- Clindamicina 900 mg cada 8 horas EV + Gentamicina 3-5 mg/kg/día EV + Doxiciclina 100 mg cada 12 horas VO x 48-72 horas, luego cambiar a VO

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

Síndrome disfórico premenstrual (SDPM)⁴



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.

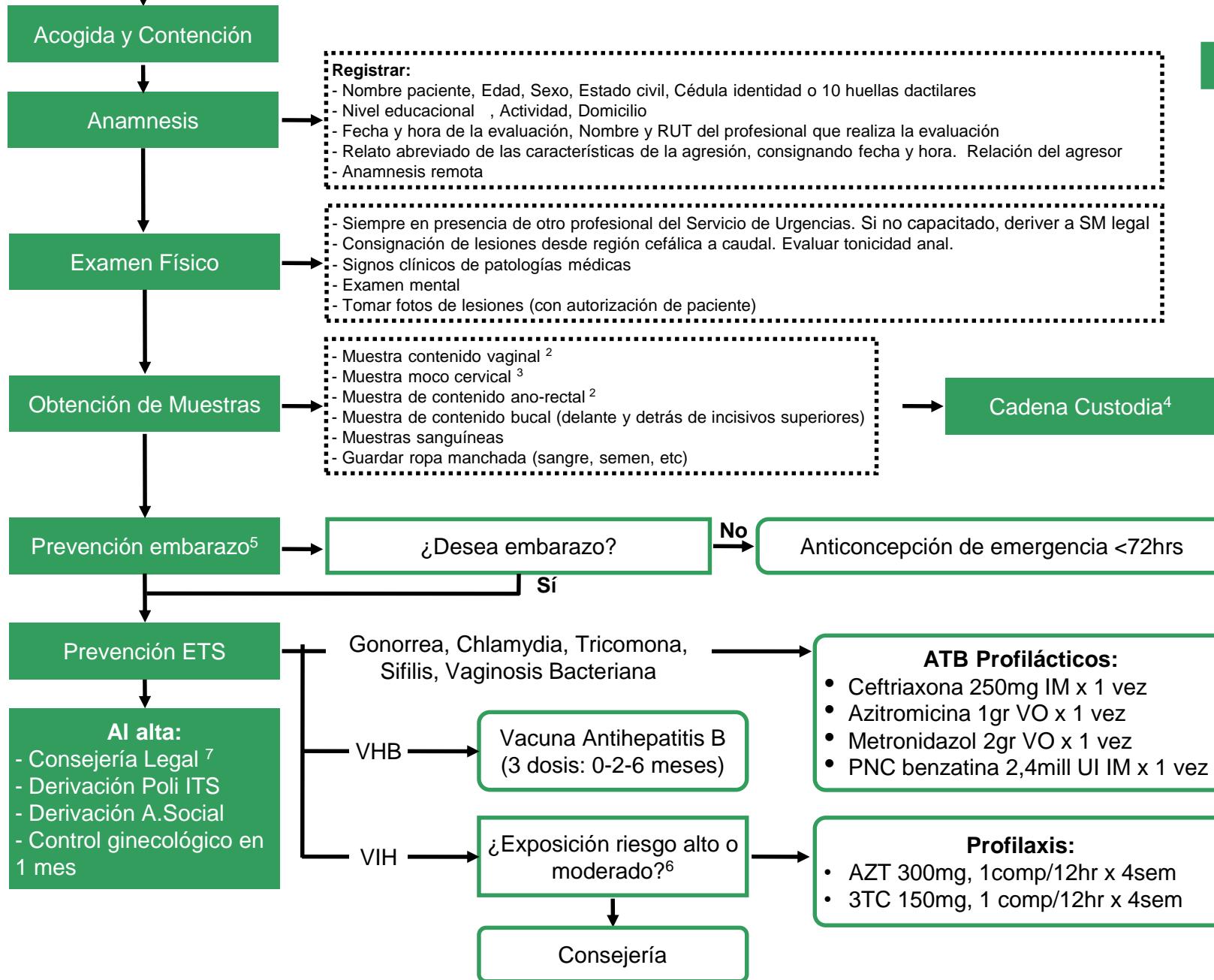
4Ver adjunto en siguiente página.

Síndrome disfórico premenstrual (DSM-IV)

1. Síntomas y conductuales clínicamente significativos durante la última semana de la emocional 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/irritabilidad 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, migrañas, 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*

Temario II



*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 tórrula 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

2da 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