



Nombre del alumno: Yohana Verenisse López Cruz

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano

Nombre del trabajo: cuadros sinápticos

Materia: Ginecología y obstetricia

Grado: 5to cuatrimestre

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 08 de abril de 2021.

Métodos de exploración ginecológica.

-ANAMNESIS.

1. Historia Menstrual: a. Edad de la menarquía, pubarquia, telarquia b. Fecha del último período menstrual (primer día del último ciclo) c. Fecha penúltima de regla d. Menstruación regular o irregular, presencia de dismenorrea. e. Edad de la menopausia f. Clímetro. g. Sangrados anormales. h. Síndrome premenstrual i. Terapia de reemplazo hormonal
2. Historia Obstétrica: ☐ Gravidex, número de embarazos incluyendo el actual; términos a reconocer: nuligestas, primigrávida, multigrávida, multipara, nulipara ☐ Paridad: compuesta por cuatro dígitos que corresponden a: ☐ Embarazos a término, prematuros, abortos (embarazo ectópico, enfermedades gestacional del trofoblasto), hijos vivos. PPAV ☐ Infertilidad, si o no y su clasificación. ☐ Historia de cada uno de los embarazos, resultados, complicaciones etc.
3. Costumbres de Limpieza: Uso de spray, talco, perfume, jabón antiséptico, desodorante, óvulos, duchas vaginales y otros tipos.
4. Historia Sexual: a. Inicio de relaciones sexuales. b. Número de parejas sexuales. c. Problemas: dispareunia, sangrado post coito, alteraciones de libido. d. Preferencias sexuales. e. Infecciones de transmisión sexual (ITS) f. Métodos de planificación familiar.
5. Fecha del último examen ginecológico y resultados de Papanicolaou.

-PREPARACION PSICOLOGICA PARA EL EXAMEN GINECOLOGICO.

1. Que es un examen del área más íntima de su cuerpo y su realización es necesaria. Pero se protegerá de pudor.
2. Puede haber un poco de incomodidad, a veces molestia.
3. Si ya le han practicado anteriormente este examen, indagar sobre como lo sintió y que experiencia tuvo.
4. Aclarar y contestar dudas de la paciente.

-CONDICIONES GENERALES PARA EL EXAMEN GINECOLOGICO. CONDICIONES PARA LA PACIENTE

1. Realizar el examen en privacidad.
2. Antes de realizar la exploración solicítele que evacúe su vejiga.
3. Coloque a la paciente en posición ginecológica (decúbito dorsal con las piernas flexionadas y abiertas pies colocarlos en los estribos)
4. Cúbrela de manera apropiada, respetando su pudor, facilitando el examen físico.
5. La paciente debe tener sus brazos a los lados cruzados sobre el tórax, no sobre la cabeza ya que esta última posición tiende a estirar los músculos abdominales.

-CONDICIONES PARA EL MEDICO.

1. Debe tener las uñas cortas, las manos tibias y lavadas.
2. Explique cada paso de la exploración a la paciente y pregúntele como se siente.
3. Compruebe los efectos de su exploración observando la cara de la paciente.
4. Sea lo más suave o gentil posible.
5. Para llevar a cabo la exploración interna se puede utilizar guantes en una sola mano (mano exploradora); pero si sospecha un proceso infeccioso cúbrase ambas manos. Durante la exploración bimanual el uso de una mano sin guantes sobre la pared abdominal facilita la palpación del útero y los ovarios.
6. Para la mujer virgen solo puede realizar exploración externa y abordaje por tacto rectal o puede apoyarse con un método de ayuda diagnóstica, la ultrasonografía. El examen debe de realizarse en presencia de una enfermera o de la madre, si la paciente es menor de edad, si ha sido víctima de violencia sexual o si padece de alguna enfermedad mental, todo esto para evitar malas interpretaciones que generan demanda.
7. No realizar el examen ginecológico si la paciente no lo permite, y debe dejarse nota escrita y firmada por el médico, paciente, enfermera y otro testigo si lo hubiera.

-TECNICAS DEL EXAMEN GINECOLOGICO

Antes de iniciar, verifique que todos los materiales estén listos y las condiciones generales descritas para el examen ginecológico, tanto de las pacientes, como del médico.

-EXPLORACION EXTERNA.

1. INSPECCION: Inspección: a. El monte púbico, los labios mayores y el perineo. b. Observe la presencia de algún tipo de inflamación, ulceración, descarga (secreción), ganglios o tumoración. c. La distribución del vello en la mujer es de forma triangular, observar en el vello la presencia de ectoparásitos (ladillas). Buscar si la piel no tiene signos de rascado. d. Los labios mayores usualmente son simétricos y pueden contener diferente cantidad de tejido graso que modifica su volumen, según la edad de la paciente. e. Separar los labios mayores con su dedo índice y el pulgar de la mano menos dominante, (usar guantes). f. Respecto a labios menores, clitoris, prepucio e introito, debe evaluarse lo siguiente. 1. Sitio. 2. Posición 3. Forma 4. Tamaño 5. Superficie 6. Simetría 7. Color 8. Salida de secreción (color, olor y cantidad) PALPACION (Utilice dos guantes) Separando los labios mayores con su dedo índice y el pulgar de una mano, palpe las siguientes estructuras con la otra mano, en esta mano también hay que usar el dedo índice y el pulgar. a. Labios Mayores: Palpe consistencia, superficie, realizar expresión de glándulas de Bartholin, Busque masas, quistes y tumores, pílpeli. b. En los labios menores, prepucio y clitoris, seguir los mismos pasos. c. Con los labios mayores y menores separados con ayuda de su dedo índice y el pulgar, solicite a la paciente que haga esfuerzo, observe si existe algún descenso de la vejiga, prolapso del útero y/o recto a nivel de paredes vaginales (Uretrocele, Cistocele, Rectocele). d. Examine las glándulas de Skene y Bartholin con los labios todavía separados, explique a la paciente que va a insertar un dedo en su vagina y que va a sentir presión. Inserte el dedo índice hasta la segunda articulación con la palma de la mano hacia arriba. Para las glándulas de Skene haga presión arriba y hacia fuera, note si sale algún líquido (color, olor, cantidad, hacer frots) y si se provoca dolor. e. Pídale a la paciente que cierre fuertemente la abertura vaginal alrededor de su dedo, explicando que está probando el tono de la musculatura. f. Palpe el perineo (con el dedo índice y el pulgar) el cual es de superficie lisa y gruesa en nuliparas y más delgada y rígida en multiparas. g. Si accidentalmente se toca el ano o la piel perianal y hay contaminación con heces, cambie de guantes para evitar infecciones.

-EXPLORACION INTERNA

Inserción del espéculo e Inspección del Cérvix o Cuello Uterino. Antes de hacer la exploración interna por medio del espéculo, el médico debe saber bien como funciona este instrumento y cuales son las diferentes partes

-CITOLOGIA DE PAPANICOLAOU

Se recomienda iniciarla a partir de la primera relación sexual en un período no menor de 6 meses posterior a la primera relación sexual, independientemente de la edad. a. Las recomendaciones previas a la toma de la citología cérvico vaginal serán: Preferentemente será tomada en período sin menstruación (aunque no es una contraindicación absoluta). En la mujer embarazada se recomienda tomar citología después de la semana 12 de embarazo. Posterior al parto, el momento recomendado es a partir de las 8 semanas. No deben efectuarse duchas vaginales ni utilizar medicamentos dentro de la vagina, ni haber tenido relaciones sexuales en las 24 horas previas a la toma de la muestra. Orientar a la usuaria que orine previo a la toma de PAP. El frots será tomado antes del tacto vaginal y colocación de espéculo sin gel. No realizar biopsia vaginal, cervical o endometrial ni extirpación de pólipos antes de tomar la muestra. Para la toma de citología cervico vaginal se utilizara espátula de ayre modificada, deberá tomarse primero muestra del exocérvix y posteriormente el endocérvix ( en este caso se deberá utilizar el hisopo), Se utilizará cepillo endocervical en los siguientes casos: cuellos de nulipara, post menopausias, posterior a un parte por cesárea y en casos especiales post tratamiento (crioterapia, cerclajes, cono quirúrgicos, LEEP y otros. b. Aspectos básicos para su realización, La realización del PAP no debe ser una experiencia desagradable o dolorosa para la paciente, Asegúrese de explicar claramente la importancia del procedimiento y los pasos a seguir, Asegurarse que la paciente se encuentre con la vejiga vacía al menos 30 minutos previos. Comprobar que fuente de luz, instrumentos y suministros estén listos para su uso, -No realice PAP si la paciente tiene secreciones abundantes indique tratamiento y cite en un mes para evaluar la toma de PAP -El estándar de oro tradicional para que la muestra sea adecuada es la presencia de células endocervicales. Debe recordarse que la unión escamocolumnar se localiza más cercanamente al orificio externo en las mujeres jóvenes y dentro del canal endocervical en mujeres de mayor edad. -Utilice la parte más larga de la espátula de Ayre Modificada e introdúzcala en el Orificio Cervical y gírela 360.

## Laboratorio y gabinete.

Los exámenes prenatales son estudios que se hacen durante el embarazo para controlar la salud de la madre y del bebé. Permiten detectar afecciones que pueden poner al bebé en riesgo de problemas como un parto prematuro si no reciben tratamiento.

### primera visita prenatal

Se confirma el embarazo y se ve si usted o su bebé podrían estar en riesgo de tener algún problema de salud. El médico le hará un examen físico completo, que puede incluir el control del peso, de la presión sanguínea y un examen pélvico y de los pechos. Si es el momento de hacerse un Papanicolaou de rutina, el médico se lo hará durante el examen pélvico. Este examen detecta cambios en las células del cuello del útero que podrían provocar cáncer. Durante el examen pélvico, el médico también controlará si usted tiene enfermedades de transmisión sexual, como clamidia y gonorrea. Para confirmar el embarazo

-su tipo de sangre y factor Rh. Si su sangre es Rh negativo y la de su pareja es Rh positivo, es posible que desarrolle anticuerpos que son peligrosos para su feto. Esto se puede prevenir por medio de una inyección que se aplica aproximadamente en la semana 28 del embarazo.

- anemia, un recuento bajo de glóbulos rojos
- hepatitis B, sífilis y VIH
- inmunidad a la rubéola y la varicela
- fibrosis quística y atrofia muscular espinal.

### primer trimestre

le harán análisis de orina y controlarán su peso y la presión sanguínea en cada visita (o en casi todas) hasta el momento del parto. Estos estudios permiten detectar afecciones, como diabetes gestacional y preeclampsia (presión arterial peligrosamente elevada).

- Cribado del primer trimestre: Este examen incluye un análisis de sangre y una ecografía. Ayuda a determinar si el feto tiene riesgos de presentar una anomalía cromosómica (como Síndrome de Down) o deformaciones congénitas (como un problema del corazón).
- Ecografía: Este estudio seguro e indoloro utiliza ondas sonoras para tomar imágenes que muestran la forma y la posición del bebé. Se puede hacer al principio del primer trimestre para calcular el tiempo de embarazo o durante las semanas 11 a 14 como parte del cribado del primer trimestre. A las mujeres con embarazos de alto riesgo tal vez se les hagan varias ecografías durante el primer trimestre.
- Muestreo del vello coriónico: Este examen controla las células de la placenta para ver si tienen una anomalía cromosómica (como Síndrome de Down). Se puede hacer entre las semanas 10 y 13 y permite determinar con certeza si un bebé nacerá con un trastorno cromosómico específico.
- Examen de ADN libre: En este análisis de sangre se examina el ADN fetal presente en la sangre de la madre. Se hace para ver si el feto está en riesgo de tener un trastorno cromosómico y se puede hacer a partir de la semana 10 del embarazo. No es un examen de diagnóstico. Si los resultados son anormales, se debe confirmar o descartar el diagnóstico con otro examen. Se suele ofrecer a mujeres embarazadas que tienen un mayor riesgo por la edad o que han tenido un bebé con una anomalía cromosómica.

Los ciclos normales duran, aproximadamente, unos 28 días aproximadamente con variaciones de algunos días antes o después.

Menstruaciones que duran menos o más cantidad de lo habitual: en ocasiones hay reglas que sólo duran un día u otras que duran más de 7 días. Ambas situaciones suelen incomodar a la mujer y suelen ser motivo de consulta.

Reglas que desaparecen: amenorrea primaria o secundaria.

Reglas que persisten todo el mes. En estos casos siempre se debe descartar patología asociada.

Sangrados muy poco abundantes. Los sangrados muy abundantes.

Dismenorrea: reglas con dolor acompañante que condiciona la calidad de vida de las mujeres.

Alteraciones de los días del ciclo: afectación de los días de ciclo sin y con menstruación. Cambios en las características de las reglas: calidad de las mismas y de los ciclos menstruales.

Diagnóstico

realiza la misma mujer según las características de sus reglas y la información de la que dispone. Siempre que una mujer sospecha, o cree que puede tener alteraciones de sus ciclos menstruales o reglas habituales, es mejor que consulte al especialista. La ginecología es la especialidad que abarca el estudio de todas las formas de alteraciones de flujo o menstruales.

Le realizarán una serie de preguntas para completar su historial clínico. Exploran de manera general y ginecológicamente. Si no tiene una revisión ginecológica reciente, el médico le ofrecerán realizarla. En caso de patología o trastornos menstruales, le practicarán en la consulta una ecografía ginecológica. Según la sintomatología le podrán pedir, o no, un análisis de sangre con un perfil hormonal u otros tests. El conocer la causa del trastorno menstrual siempre ayudara a enfocar bien el tratamiento o los medicamentos a tomar. Se orientará mejor el cuidado de su salud.

Disponer de una buena información para adaptar el estilo de vida al de una persona lo más saludable posible. Seguir una vida sana basada en un buen descanso, una buena dieta y la práctica de actividad física o ejercicio mejoran la salud. Acudir a la consulta del especialista para realizar las revisiones recomendadas según las patologías o especialidades médicas. En el caso de la ginecología, la práctica de revisiones ginecológicas ayuda a prevenir enfermedades importantes. Consultar al médico para descartar otros síndromes, al aparecer signos o síntomas compatibles con situaciones no habituales o normales. Para cada uno de los trastornos de la regla la prevención puede ser más específica, como es en el caso de los dolores de regla, donde se recomienda iniciar el tratamiento del dolor antes de que este sea más intenso y ya no pueda combatirse con analgésicos

Trastornos menstruales:  
Concepto y clasificación.

Amenorrea primaria.

-Ciclo menstrual normal

El ciclo menstrual normal resulta de la acción coordinada de las señales centrales (hipotálamo- hipófisis) sobre el ovario, produciendo un crecimiento y descamación sincrónica del endometrio.

-Dismenorrea

Significa flujo menstrual difícil, corresponde al dolor abdominal o pélvico que se presenta durante la menstruación. Es una causa frecuente de consulta en el grupo de adolescentes.

-Dismenorrea primaria

Se caracteriza por presentarse generalmente 6 y 12 meses después de la menarquia, el dolor suele presentarse 48 y 72 horas previas a la menstruación, persistiendo por 1 a 3 días. Puede acompañarse de náuseas, vómitos, diarrea, lumbalgia, cefalea, fatiga, mareos y rara vez síncope.

El origen del dolor está en la producción elevada de prostaglandinas, lo que determina contracciones miométriales y vasoconstricción, esto produce isquemia en el tejido, apareciendo el dolor.

-Dismenorrea secundaria

En estos casos encontramos patología orgánica que explica el dolor. Se presenta con una frecuencia de un 10% en el grupo de adolescentes, dentro de las patologías encontramos pólipos, miomas, malformaciones uterinas, siendo la patología más frecuente en este grupo etario la endometriosis.

La evaluación de pacientes que consulten por dismenorrea debe iniciarse con una historia detallada la que debe realizarse en forma privada y confidencial. Se deben preguntar antecedentes de edad de menarquia, patrón menstrual, antecedentes de alteraciones menstruales familiares, dirigidamente debe consultarse por antecedente de endometriosis en la familia, ya que en pacientes con antecedentes familiares positivos, el riesgo de padecerla aumenta; característica de la aparición del dolor, presencia de otros síntomas asociados, uso de antiinflamatorios y respuesta a ellos, actividad sexual, antecedentes uso anticonceptivos, uso preservativos, antecedentes de infecciones de transmisión sexual.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) corresponden a la primera línea de tratamiento en dismenorrea primaria. Se recomienda su uso como prueba por un período de 3 meses, comenzando su uso 48 a 72 horas previo a la llegada de la menstruación, utilizándolos por períodos de 2 a 3 días para limitar los efectos adversos. Se recomienda hacer prueba de 3 meses, en los casos que no exista respuesta al dolor, se pueden utilizar ACO en forma continua por un período de 4 meses o realizar una laparoscopia. La dismenorrea recidivante y progresiva pese al uso de ACO, debe hacernos sospechar la existencia de patología orgánica particularmente endometriosis y realizarse una laparoscopia.

Amenorrea secundaria,  
dismenorrea y tensión  
premenstrual.

Las alteraciones en la ciclicidad menstrual son un motivo frecuente de consulta durante la adolescencia, en el Programa de Ginecología de la Adolescencia en Clínica Las Condes corresponden al 30% de los motivos de consulta. Es importante que el médico tenga conceptos claros sobre que se considera normal a esta edad, para poder asesorar a la paciente y sus padres para referir al especialista en forma oportuna.

Se debe tener en consideración que las alteraciones menstruales pueden ser la manifestación de una enfermedad crónica o aguda importante. Incluso la ciclicidad menstrual se ha considerado como un signo vital más durante la adolescencia.

## Miomatosis uterina. Endometriosis.

Los miomas, o leiomiomas, son tumores benignos que se forman a consecuencia de una proliferación alterada de las fibras musculares del miometrio (capa muscular del útero) dependiente de las hormonas femeninas, y constituyen la neoplasia benigna más frecuente del aparato genital femenino. Afectan al útero en su forma, volumen y función, los miomas pueden ser asintomáticos.

La miomatosis uterina suele diagnosticarse en la tercera y cuarta década de la vida. Los miomas son muy raros antes de la pubertad, y después de la menopausia no suelen aparecer nuevos miomas y, los que tenga la paciente en ese momento, probablemente disminuirán de tamaño, aunque no desaparecen. Esto se debe fundamentalmente al papel de la progesterona en la génesis de esta patología.

-Número: pueden ser únicos o múltiples, lo cual es más frecuente.

-Tamaño: muy variable, desde muy pequeños, hasta algunos que llegan a pesar varios kilos (el más grande extirpado pesaba unos 60 kilos).

-Localización: suelen localizarse en el cuerpo uterino, pero podrían estar en cualquier zona del útero

- **Miomas subserosos:** constituyen el 40% de los miomas uterinos. Pueden alcanzar un tamaño considerable sin producir síntomas, o revelarse por una complicación mecánica al comprimir a órganos vecinos.
- **Miomas intramurales:** son los más frecuentes (55%), proliferando en la porción central del miometrio, produciendo un aumento del tamaño del útero.
- **Miomas submucosos:** son los menos frecuentes, pero son los que más síntomas dan, ya que suelen producir un aumento del sangrado menstrual, que en algunos casos puede ser muy abundante, y originar problemas a la paciente como anemiaferropénica. Además, estos son los que más posibilidades tienen de malignizar.
- La sintomatología del mioma uterino depende de la localización, el tamaño y la dirección de crecimiento del tumor. Aproximadamente en la mitad de los casos son asintomáticos y no constituyen ningún riesgo para la mujer.

### Hemorragias

- Es el síntoma más frecuente de un mioma uterino y se caracteriza por unas menstruaciones más abundantes y prolongadas, con presencia de coágulos en muchas ocasiones; sin embargo, las pérdidas entre una menstruación y otra no son habituales, salvo en los miomas submucosos, o en el caso de que existan otras alteraciones en el endometrio asociadas.
- Las hemorragias pueden provocar anemia de mayor o menor importancia, dependiendo de la cantidad de sangrado.

### Dolor

- Se produce en el 30% de los casos. Puede ser agudo, más o menos intenso y persistente, aunque también puede presentarse en forma crónica con una sensación de pesadez, sobre todo cuando la mujer está mucho tiempo de pie. Son una causa de dismenorrea secundaria. En algunos casos puede producirse una torsión de un pedículo de un mioma originando cuadros muy agudos de dolor y fiebre, como un abdomen agudo.

### Fenómenos de compresión

- El aumento del tamaño uterino a causa de los miomas origina una presión sobre los órganos vecinos, como recto, vejiga, uréteres e intestino; así, pueden aparecer molestias al orinar, incontinencia urinaria, estreñimiento

### Esterilidad e infertilidad

- Normalmente los miomas uterinos no tienen repercusión sobre la fecundidad, pero hay ocasiones en que se produce esterilidad por compresión y alteración en el funcionamiento de las trompas de Falopio si los miomas son muy grandes, o en otros casos si alteran la cavidad endometrial, impidiendo la correcta implantación y crecimiento del embrión.
- El diagnóstico de los miomas uterinos se basa en la historia clínica, las exploraciones físicas, y en pruebas de imagen como la ecografía.

### Historia clínica

- La paciente puede presentar hemorragias, alteraciones menstruales, así como episodios dolorosos. Ocasionalmente, también pueden aparecer trastornos del tránsito intestinal o de la micción.

### Exploración física

- Con la exploración se puede detectar el tamaño, la forma y la consistencia del útero, y la presencia de uno o más miomas, aunque en mujeres obesas, o que no se relajan suficientemente, estas exploraciones pueden resultar difíciles de valorar.

### Pruebas de imagen

- Ecografía**
- Tomografía computarizada pélvica y abdominal**
- Resonancia magnética nuclear**
- Tratamiento médico de los miomas uterinos**
- Tratamiento quirúrgico de los miomas**
- Resección histeroscópica**
- Operaciones laparoscópicas**

## Infecciones e infestaciones cérvico-vaginales.

La infección del tracto urinario (ITU) consiste en la colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, a lo largo del trayecto del tracto urinario. Se denomina pielonefritis si afecta al riñón y la pelvis renal, cistitis si implica a la vejiga, uretritis si afecta a la uretra y prostatitis si la infección se localiza en la próstata.

### CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Vías Bajas

- Cistitis
- Uretritis
- Prostatitis

Vías Altas

- Pielonefritis Aguda
- Nefritis Bacteriana Aguda Focal ó Difusa
- Absceso Intrarrenal
- Absceso Perinéfrico

ITU Complicada versus No Complicada

- ITU No Complicada: Esencialmente son las IU del tracto inferior (cistitis/uretritis).

### ETIOLOGÍA

ITU adquirida en la comunidad

La Escherichia Coli es el germen causal que se encuentra con más frecuencia en especial en las IU ambulatorias no complicadas (80-90%). El resto de las infecciones son producidas por otras enterobacterias como el Proteus mirabilis y Klebsiella spp. El Streptococcus saprophytus es frecuente en mujeres con actividad sexual. El Proteus mirabilis es habitual en niños varones recién nacidos menores de 2 años. El Enterococo faecalis es frecuente en sujetos ancianos con síndrome protático.

ITU adquirida en el hospital

La Escherichia Coli se aísla en el 50% de los casos. En el resto puede aparecer Enterobacter, Citrobacter, Pseudomona aeruginosa, Serratia, Providencia, Morganella y gérmenes gram positivos como Enterococo, Streptococo y Estafilococo epidermidis. La proporción de infecciones causadas por Candida está incrementada; los factores de riesgo de infección por Candida son: a) sondaje, b) instrumentación de la vía urinaria, c) diabetes, d) tratamiento antibiótico, y e) trasplante renal.

### PATOGENIA

Factores del huésped

Alteraciones del flujo urinario, alteraciones químicas u hormonales del epitelio uretral o genital, hábitos higiénicos, cateterismos y manipulación urinaria, embarazo y diabetes. También existe una predisposición genética, como sucede en los pacientes que expresan en menor medida los antígenos del grupo ABO en la superficie de las células epiteliales que pueden tener ITU con mayor frecuencia.

Factores bacterianos

La capacidad de adhesión de las bacterias al epitelio mediante los Pili o Fimbriae: a mayor virulencia (adherencia) la invasión se produce con inóculos menores.

### DIAGNÓSTICO Sedimento Urinario

Se trata de la primera prueba ante una sospecha de ITU. La leucocituria, o piuria, se define como la presencia de >5 leucocitos por campo (40x) en orina centrifugada, que equivalen a un recuento de >20 leucocitos/mm en orina sin centrifugar. Las tiras reactivas son un método barato y rápido para detectar leucocituria, con una alta sensibilidad y especificidad. En pacientes sintomáticos se detecta piuria en el 95% de las ocasiones, la ausencia de piuria hace poco probable el diagnóstico de ITU. Los falsos negativos suelen deberse a inicio previo de tratamiento antibiótico, orinas poco concentradas o muy alcalinas, o infección en su fase inicial.

Tumores de ovario: generalidades, clasificación, tratamiento.

Los tumores ováricos constituyen el tercer grupo de tumores en la mujer, la sutil transición de una lesión benigna a otra maligna en un ovario, es uno de los grandes misterios de la ginecología. Como bien se conoce, el ovario es un órgano de caracteres polimorfos interrelacionados. Diversos factores genéticos, embriológicos, estructurales y funcionales, experimentan una interacción de la cual puede emanar una enorme capacidad tumoral, ya sea benigna o maligna.

La vía vaginal puede demostrar lesiones menores de 3 cm, pero presenta la desventaja de poseer un campo de visión limitado, solo hasta 10 cm de la cúpula vaginal; por su parte, la vía abdominal visualiza mejor la lesión que se ubica por encima del lecho vesical, más allá de 10 cm. La utilización del Doppler por vía transvaginal, permite hacer una valoración del flujo vascular y proporciona información adicional sobre el potencial de malignidad de las masas anexiales y deja a la ecografía abdominal la mejor especificidad en cuanto a la extensión.

### PATOGENIA

En los ovarios pueden desarrollarse tumores benignos o malignos, quísticos o sólidos, de tipo epitelial, conjuntivo, funcionantes o no o teratomatosos. Los tumores más frecuentes no son neoplásicos, sino que derivan del desarrollo folicular; son formaciones quísticas originadas por un estímulo anormal del folículo o alteraciones en el proceso de involución. Los verdaderos procesos neoplásicos presentan una constitución histológica muy diversa, de origen epitelial, le continúan los procedentes del estroma gonadal y, finalmente, los tumores de las células germinales.

- La división celular ininterrumpida y la continua regeneración del epitelio ovárico con cada ovulación proporcionan la oportunidad para una mutación y transformación maligna por la estimulación de los ovarios y por hormonas gonadotrópicas, que de forma mantenida pueden inducir a la malignización.
- La exposición del ovario a diferentes agentes carcinogénicos.
- Los eventos moleculares que dirigen el desarrollo del cáncer epitelial de ovario son desconocidos.

### CUADRO CLÍNICO

Entre los datos clínicos de sospecha figuran: crecimiento lento del abdomen, síntomas compresivos, dolor abdominal agudo o subagudo, sobre todo cuando se complican por torsión (frecuente en los benignos), rotura, hemorragia o infección, rara vez datos indirectos de actividad especial endocrina o metabólica, tales como: pubertad precoz, hemorragia uterina disfuncional, amenorrea, hirsutismo, tirototoxicosis, síndrome de Cushing, galactorrea, policitemia, hipoglucemia e hipercalcemia, por citar algunos. Por lo general, los síntomas que más refieren las pacientes incluyen cierto malestar abdominal, seguido de distensión abdominal, a causa de la presencia de ascitis o una masa tumoral que paulatinamente aumenta de tamaño, así como también síntomas gastrointestinales (como náuseas, dispepsias, saciedad precoz y constipación); los urinarios son menos frecuentes, al igual que la metrorragia. Estos síntomas tardíos ocurren con más frecuencia en mujeres premenopáusicas.

### DISEMINACIÓN DEL CÁNCER DE OVARIO

La diseminación peritoneal o siembra peritoneal es la forma más común. Ha sido clásicamente una enfermedad de difusión serosa, que afecta a todas las superficies peritoneales y raramente invade a los órganos. La diseminación directa o por contigüidad se produce al romper la cápsula, lo cual puede provocar daño locorregional a todas las estructuras vecinas y afecta generalmente a las serosas de estos órganos; la linfática, altera con más frecuencia los ganglios paraórticos. La obstrucción tumoral del drenaje linfático diafragmático contribuye a la aparición de ascitis. Por su parte, la diseminación hematogena del cáncer de ovario es excepcional, se presenta en fase tardía y afecta fundamentalmente hígado, hueso y pulmón

### DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO

En el diagnóstico imagenológico es indispensable la ecografía tanto por vía transabdominal como transvaginal. La primera de estas no es lo suficientemente específica para ser útil como una técnica de tamizaje; la segunda es una alternativa más específica para un programa de detección selectiva del cáncer de ovario y no se necesita preparar a la paciente. La anamnesis, la exploración clínica, los estudios radiográficos y de laboratorio, conforman el estudio preoperatorio de la paciente con cáncer de ovario, pero son los hallazgos histológicos y el análisis de la extensión quirúrgica los puntos fundamentales para estadificar el cáncer de ovario.

Cáncer de endometrio  
Trastornos de la estática  
pelvi- genital e  
incontinencia urinaria  
de esfuerzo.

El cáncer de endometrio es la neoplasia maligna ginecológica más común en los Estados Unidos: representa 6 % de todos los cánceres en mujeres. La mayoría de los casos se diagnostican en estadio temprano y son susceptibles de tratamiento con cirugía sola. Sin embargo, las pacientes con características patológicas que predicen una tasa alta de recaída y las pacientes con metástasis extrauterinas en el momento del diagnóstico tienen una tasa alta de recaída incluso tras recibir terapia adyuvante.

Características anatómicas

El endometrio es el revestimiento más interno del útero y tiene capas funcionales y basales. La capa funcional es sensible a las hormonas y se desprende de modo cíclico durante la menstruación de las mujeres en edad reproductiva. Tanto el estrógeno como la progesterona son necesarios para mantener el revestimiento endometrial en condiciones normales. Sin embargo, los factores que conducen a un exceso de estrógeno, como la obesidad y la anovulación, aumentan los depósitos del revestimiento endometrial.

Pueden causar hiperplasia en el endometrio y, en algunos casos, cáncer de endometrio. Cualquiera que sea su causa, el engrosamiento del revestimiento conducirá a un desprendimiento del tejido endometrial a través del conducto endocervical hacia la vagina. Como resultado, el sangrado menstrual abundante o el sangrado posmenopáusico son, con frecuencia, los signos iniciales del cáncer de endometrio. Como este síntoma tiende a presentarse temprano en el curso de la enfermedad

Factores de riesgo

- Terapia hormonal.
  - o Terapia con estrógenos en la posmenopausia.
- Modificadores selectivos de los receptores de estrógeno.
  - o Terapia con tamoxifeno.
- Obesidad.
- Síndrome metabólico.
- Diabetes.
- Factores reproductivos.
  - o Nuliparidad.
  - o Menarquia temprana o menopausia tardía.
  - o Síndrome de ovario poliquístico.
- Antecedentes familiares o predisposición genética. o Madre, hermana o hija con cáncer de útero. o Ciertos síndromes genéticos, como el síndrome de Lynch.
- Hiperplasia del endometrio.

Características clínicas

El sangrado vaginal irregular es el signo de presentación más común del cáncer de endometrio. En general, ocurre al comienzo de la enfermedad y es la razón por la que a la mayoría de las pacientes se les diagnostica cáncer de endometrio en estadio I, que es muy curable.

Evaluación diagnóstica

- Ecografía transvaginal.
- Biopsia del endometrio.
- Examen pélvico.
- Dilatación y legrado (DyL).
- Histeroscopia.

El frotis de Pap no es un procedimiento confiable para detectar el cáncer de endometrio, aunque en un estudio retrospectivo se encontró una correlación firme entre los resultados positivos de los estudios citológicos del cuello uterino y la enfermedad endometrial de riesgo alto (es decir, tumor de grado alto e invasión profunda del miometrio). En un estudio prospectivo se encontró una relación estadísticamente significativa entre las características malignas en el estudio citológico y el aumento del riesgo de enfermedad ganglionar.

## Climaterio y menopausia: esterilidad e infertilidad conyugal.

Aunque se usan de manera indistintas las palabras menopausia y climaterio, no significan lo mismo. La primera se refiere a la desaparición definitiva de la menstruación por un periodo aproximado de 12 meses, producto del fallo de la función ovárica. Antes de los 40 años, su aparición se denomina menopausia precoz. Climaterio se conoce como el tiempo durante el cual se pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva. Según criterios actuales de la OMS y de la Sección de Climaterio y Menopausia de la Sociedad Cubana de Ginecología, publicados en el Consenso Cubano de Climaterio y Menopausia, esto ocurre entre los 45 y 59 años de edad.

### CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

#### -climaterio

es un acontecimiento fisiológico de la vida de la mujer, que se manifiesta de una forma evidente en el aparato genital por la pérdida de la función reproductiva, pero ese cambio incluye numerosos procesos que ocurren simultáneamente en diferentes órganos y sistemas. Los efectos de la insuficiencia ovárica son diferentes para cada mujer, y las necesidades terapéuticas y preventivas son cambiantes en función del tiempo transcurrido, sensación de bienestar o malestar y medio ambiente. El climaterio es una etapa de la vida, que dura 30 años, y la menopausia es un momento que sucede normalmente a la mitad de la vida.

#### -menopausia

es un estado fisiológico de la mujer, parte del proceso natural de envejecimiento, caracterizado por el cese de la secreción hormonal ovárica, dando lugar a cambios que afectan el aparato urogenital, sistema cardiovascular y óseo. La Organización Mundial de la Salud (Sistema Nacional de Salud, 2003) define la menopausia como el cese permanente de la menstruación, tras un periodo de doce meses consecutivos de amenorrea, sin otra causa aparente patológica ni psicológica. Se reserva el término de perimenopausia para el periodo de tiempo que precede a la última regla y los doce meses posteriores, y posmenopausia para todos los años que siguen tras la última regla.

### Signos y síntomas del climaterio

Los bochornos, uno de los síntomas más característicos de que se está perdiendo o se ha perdido la producción hormonal en los ovarios. Estos bochornos, o un equivalente como pueden ser episodios de sudoración nocturnos, pueden aparecer aun antes de que desaparezca la menstruación, especialmente los días previos a que llegue esta. Tanto los bochornos como los episodios de sudoración, tienen como origen un desajuste en el funcionamiento de las estructuras del sistema nervioso, encargadas de regular el control de la temperatura y los vasos sanguíneos, por lo que se han llamado cambios vasomotores. Es común que el bochorno tenga una duración entre 30 segundos a 5 minutos, comience con una sensación de calor, acompañada de aumento de la temperatura, especialmente en la parte superior del tronco, la cara y el cuero cabelludo, seguida de enrojecimiento de estas partes y a continuación inicio de sudoración, para finalmente terminar con escalofrío.

## Planificación familiar.

La planificación familiar engloba a todo el conjunto de prácticas utilizadas por una pareja, mujer u hombre que tienen como objetivo controlar la reproducción y la descendencia de estos mismos. Gracias a la planificación familiar, las personas pueden decidir cuál es el momento adecuado para ser padres, así como el número de hijos que desean tener. De este modo, las relaciones sexuales se han desvinculado del puro hecho de tener descendencia, es decir, las parejas pueden tener sexo sin que eso implique conseguir un embarazo. Dentro de los métodos de planificación familiar, se encuentran tanto los métodos que impiden la gestación (los anticonceptivos), como aquellos que pretenden aumentar las posibilidades de conseguirla (los tratamientos de fertilidad).

Una correcta planificación familiar aporta múltiples ventajas tanto para las mujeres y su familia como para la sociedad en general. En los países pobres, la planificación familiar contribuye incluso a salvar vidas y a mejorar la calidad de vida.

Reducción de la mortalidad infantil

Prevención de riesgos para la embarazada

Prevención de la infección por VIH

Disminución de abortos peligrosos

Disminución del embarazo en adolescentes

Menor crecimiento de la población

Poder de decisión y una mejor educación

## Los métodos anticonceptivos

### Métodos naturales

Se basan en la identificación de la ovulación y los días fértiles de la mujer, además de evitar la eyaculación interna durante el coito. Los más conocidos son los siguientes: el coito interrumpido, el método del ritmo o del calendario, el método Billings o del moco cervical, la medición de la temperatura basal, etc.

### Métodos de barrera

Evitan el contacto directo del óvulo con el espermatozoide y, además, algunos previenen el contagio de las ETS. El más conocido es el preservativo, aunque también existen el diafragma, el capuchón cervical, la esponja vaginal y el dispositivo intrauterino (DIU).

### Métodos hormonales

Consisten en hormonas sexuales femeninas que interfieren en el ciclo menstrual de la mujer y evitan la ovulación. Existen muchos anticonceptivos hormonales que se engloban en los siguientes tipos: la píldora anticonceptiva, el implante subdérmico, la inyección anticonceptiva, el anillo vaginal, la postday, los parches anticonceptivos, etc.

### Métodos permanentes

Son intervenciones quirúrgicas en el hombre y la mujer que suponen una anticoncepción definitiva. Los más conocidos son la vasectomía y la ligadura de trompas y vasectomía

# MASTITIS.

es una enfermedad multifactorial, ocasionada por factores: físicos, químicos, mecánicos o infecciosos, que causan lesiones del tejido interno de la glándula mamaria provocando una respuesta inflamatoria o mastitis. La causa más frecuente es por invasión de agentes infecciosos, principalmente bacterias, las cuales penetran a través del orificio del pezón al interior de la glándula. La causa de la inflamación se debe a la multiplicación de los microorganismos y a que los productos del metabolismo de estos, lesionan el tejido glandular.

## MASTITIS SUBCLÍNICA

Los principales patógenos causantes de mastitis subclínica son estreptococos y estafilococos. Una buena opción la constituyen las penicilinas. Es importante utilizar combinaciones de drogas para obtener mejores resultados. El tratamiento en el secado puede reducir la incidencia de nuevas infecciones.

## CONTROL Y PREVENCIÓN.

La higiene es el principal factor que ayudará a prevenir y controlar la presencia de mastitis, esta debe estar presente en el proceso de ordeño, realizando un buen lavado de la ubre, de las maquinas de ordeño; el personal encargado del ordeño manual o con equipo, debe también contar con medidas de higiene personal; se debe mantener el área de descanso limpio, esto es la cama, corrales, sombreadero, sin charcos ni estiércol, para evitar la humedad; alimentar de manera adecuada cubriendo todos los requerimientos nutricionales, minerales y vitaminas; utilizar buenos selladores y preselladores; tratar de disminuir al máximo el estrés de los animales

## Tipos comunes de cáncer de mama

- Carcinoma ductal infiltrante. Las células cancerosas se multiplican fuera de los conductos e invaden otras partes del tejido mamario. Estas células cancerosas invasoras también pueden diseminarse, o formar metástasis, en otras partes del cuerpo.
- Carcinoma lobulillar infiltrante. Las células cancerosas se diseminan de los lobulillos a los tejidos mamaros cercanos. Estas células cancerosas invasoras también pueden diseminarse a otras partes del cuerpo.

## señales de advertencia del cáncer de mama

- Un bulto nuevo en la mama o la axila (debajo del brazo).
- Aumento del grosor o hinchazón de una parte de la mama.
- Irritación o hundimientos en la piel de la mama.
- Enrojecimiento o descamación en la zona del pezón o la mama.
- Hundimiento del pezón o dolor en esa zona.
- Secreción del pezón, que no sea leche, incluso de sangre.
- Cualquier cambio en el tamaño o la forma de la mama.
- Dolor en cualquier parte de la mama.

## Factores de riesgo que no pueden cambiar

- Hacerse mayor.
- Mutaciones genéticas.
- Historial reproductivo.
- Tener mamas densas.
- Antecedentes personales de cáncer de mama o ciertas enfermedades de las mamas que no son cancerosas.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Tratamientos previos con radioterapia.

## Factores de riesgo que pueden cambiar

- No mantenerse físicamente activa.
- Tener sobrepeso o ser obesa después de la menopausia.
- Tomar hormonas.
- Historial reproductivo.
- Tomar alcohol.

# BIBLIOGRAFÍA

UDS.2021.ANTOLOGIA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA UTILIZADO EL 4 DE ABRIL DEL 2021.PDF.

[GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.pdf](#)