



Nombre del alumno: José Caralampio Jiménez Gómez

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano

Nombre del trabajo: Mapa conceptual

Materia: Ginecología y obstetricia

Grado: Quinto cuatrimestre de la licenciatura en enfermería

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas a 03 de Abril del 2021

Método de exploración ginecológica

Anamnesis

Al realizar la historia clínica ginecológica y obstétrica, deben indagarse los siguientes antecedentes.

Historia menstrual:

- Edad de la menarquía, pubarquia, telarquia.
- Fecha del último período menstrual (primer día del último ciclo).
- Fecha penúltima de regla.
- Menstruación regular o irregular, presencia de dismenorrea.
- Edad de la menopausia.
- Climaterio.
- Sangrados anormales.
- Síndrome premenstrual
- Terapia de reemplazo hormonal

Historia obstétrica:

- Gravidéz, número de embarazos incluyendo el actual; términos a reconocer: nuligestas, primigrávida, multigrávida, múltipara, nulípara
- 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.

Costumbres de limpieza

- Uso de spray, talco, perfume, jabón antiséptico, desodorante, óvulos, duchas vaginales y otros tipos.

Historia Sexual

- Inicio de relaciones sexuales.
- Número de parejas sexuales.
- Problemas: dispareunia, sangrado post coito, alteraciones de libido.
- Preferencias sexuales.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Métodos de planificación familiar.

Fecha del último examen ginecológico y resultados de Papanicolaou.

Preparación psicológica para el examen ginecológico.

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 ginecológico.

Condiciones para la paciente.

1. Realizar el examen en privacidad.
2. Antes de realizar la exploración solicite que evacúe su vejiga.
3. Coloque a la paciente en posición ginecológica (decúbito dorsal con las piernas flexionadas y abiertas pies colocados 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.
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.
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.

Técnicas del examen ginecológico

Exploración externa

1. 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).
- 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, clítoris, 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)

2. Palpación:

- 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, pápela.
- B. En los labios menores, prepucio y clítoris, 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).
- E. 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.
- 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 nulíparas y más delgada y rígida en múltiparas.
- g. Si accidentalmente se toca el ano o la piel perianal y hay contaminación con heces, cambie de guantes para evitar infecciones.

Exploración 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.

Citología 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.
- Preferentemente será tomada en período sin menstruación.
- 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 frotis 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.
- Se utilizará cepillo endocervical en los siguientes casos: cuellos de nulípara, post menopáusicas, posterior a un parte por cesárea y en casos especiales post tratamiento.

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.
- Utilice la parte más larga de la espátula de Ayre Modificada e introdúzcala en el Orificio Cervical y gírela 360.

- 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.
- Algunos exámenes prenatales son exámenes de cribado que solo pueden revelar la posibilidad de un problema.
- Otros exámenes prenatales son exámenes de diagnóstico que permiten detectar con precisión si un feto tiene un problema específico. A veces, después de un examen de cribado se hace un examen de diagnóstico.

¿Qué exámenes se hacen en la primera visita prenatal?

- 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.
- Para confirmar el embarazo, es posible que deba hacerse un análisis de orina, que comprueba la presencia de la gonadotropina coriónica humana (HCG), que es una hormona indicadora de embarazo.

Con un análisis de sangre, se comprobarán cosas como las siguientes:

- 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.

¿Qué otros exámenes se hacen en el primer trimestre?

- Después de la primera visita, 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).

A lo largo del primer trimestre, le ofrecerán hacer más análisis y estudios según su edad, su salud, sus antecedentes médicos familiares y otras cosas.

- Cribado del primer trimestre: Este examen incluye un análisis de sangre y una ecografía.
- Ecografía: Este estudio seguro e indoloro utiliza ondas sonoras para tomar imágenes que muestran la forma y la posición del bebé.
- Muestreo del vello coriónico: Este examen controla las células de la placenta para ver si tienen una anomalía cromosómica (como Síndrome de Down).
- 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.

¿Qué otros exámenes me pueden ofrecer?

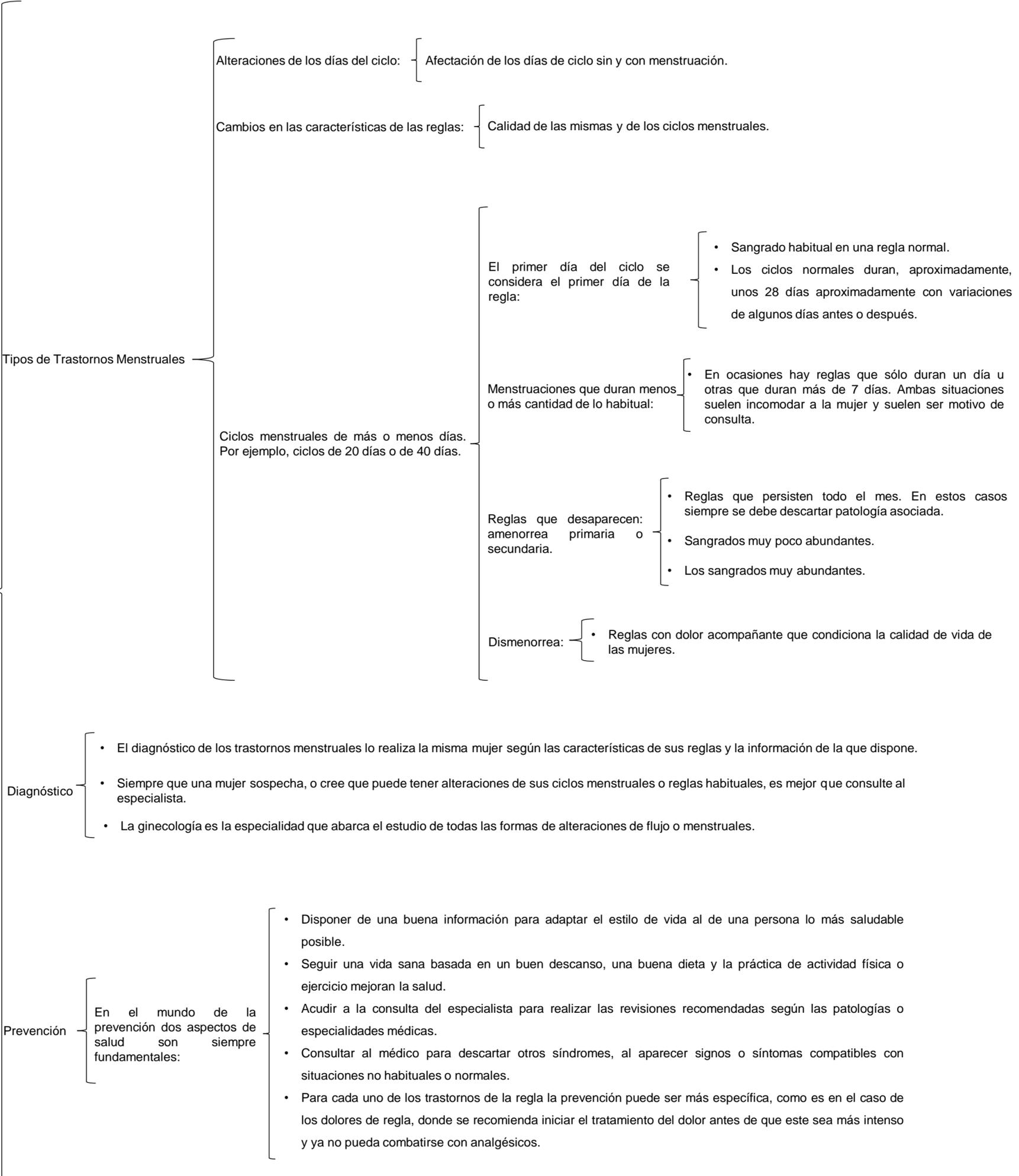
- Los profesionales del cuidado de la salud podrían ordenar otros exámenes durante el embarazo de una mujer según sus antecedentes médicos personales (y los de su pareja) y los factores de riesgo.
- Es importante hablar con un especialista en genética si el bebé tiene riesgo de padecer afecciones hereditarias.

Los exámenes de cribado o diagnóstico que se ofrecen incluyen estudios para detectar:

- Enfermedad tiroidea.
- Toxoplasmosis.
- Hepatitis C.
- Citomegalovirus (CMV).
- Enfermedad de Tay-Sachs.
- Síndrome del X frágil.
- Tuberculosis.
- Enfermedad de Canavan.

Laboratorio y gabinete

Trastornos menstruales



- 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

- Proviene del griego que 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, con un porcentaje de ausentismo escolar entre 14 y 52% según las distintas series.
- En el Programa de Ginecología de la Adolescencia CLC las consultas por este motivo corresponden al 18.3%. Se divide en primaria y secundaria.
- Debemos considerar que en el grupo de adolescentes es más frecuente la primaria, correspondiendo a un 90% del total.

- 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 miométricas y vasoconstricción, esto produce isquemia en el tejido, apareciendo el dolor.
- Esto ha sido corroborado por estudios que describen niveles dos a cuatro veces mayores de PGF2-I en flujo menstrual y en biopsias endometriales de pacientes dismenorreicas

Amenorrea primaria

- 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, dirigiéndose a consultar por antecedente de endometriosis en la familia
- Debe realizarse un examen ginecológico para descartar alteraciones de la morfología himeneal, existencia de tabiques vaginales y otras malformaciones obstructivas.
- Debido al riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica en el grupo de adolescentes activas sexualmente, es que se sugiere realizar examen vaginal en estas pacientes, tomando exámenes dirigidos para gonorrea y chlamydia
- El examen se debe complementar con una ecografía pélvica. Si el resultado de la exploración física es normal, el tratamiento se orientará al alivio de la sintomatología.
- Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) corresponden a la primera línea de tratamiento en dismenorrea primaria.
- Se recomienda el uso de anticonceptivos hormonales (ACO). Los anticonceptivos deben ser nuestra primera opción en los casos de pacientes con dismenorrea y sexualmente activas

- La dismenorrea recidivante y progresiva pese al uso de ACO, debe hacernos sospechar la existencia de patología orgánica particularmente endometriosis y realizarse una laparoscopia.

- Los trastornos del ciclo menstrual y la dismenorrea son una de las principales causas de consulta en Ginecología Infantojuvenil.

- La evaluación siempre incluirá una detallada anamnesis, y examen físico que nos orientará la toma de decisiones tanto para el estudio y tratamiento.

- 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.

Amenorrea secundaria,
dismenorrea y tensión
premenstrual.

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 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, por lo que no se tiene certeza de su incidencia real, pero se estima que los presenta una de cada cuatro mujeres en edad reproductiva, llegando a afectar al 20-40% de las mujeres mayores de 30 años.

- 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.

- Además, la aparición de miomatosis uterina está favorecida por algunos factores predisponentes como:

- Raza afroamericana (50%, frente al 25% en la raza blanca). Edad: son más frecuentes en la cuarta década de la vida.
- Obesidad: existe evidencia que sugiere mayor riesgo tanto de padecer miomas, como de un mayor tamaño de éstos, en mujeres con sobrepeso.
- Mujeres nulíparas (que nunca han dado a luz).
- Factores hereditarios: parece que puede haber algún tipo de influencia hereditaria, porque es frecuente que se presenten en mujeres de la misma familia, sobre todo en familiares de primer grado.
- Factores hormonales.

- Estos son los tipos de miomas existentes:

- Miomas subserosos: constituyen el 40% de los miomas uterinos.
- 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.
- 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.

- En el resto de mujeres, estos suelen ser los síntomas que presentan:

- Hemorragias.
- Dolor.
- Fenómenos de compresión.
- Esterilidad e infertilidad

- 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. De cualquier forma, es preciso confirmar los hallazgos con las pruebas de imagen.

- Pruebas de imagen

- Ecografía

- La ecografía es el método más útil para el diagnóstico del mioma, ya que permite precisar su tamaño, localización y muchas de sus complicaciones.
- La ecografía transvaginal (a través de la vagina) es la que mayor información ofrece, pero en los casos en que haya grandes nódulos, la ecografía abdominal ayuda a completar la exploración y, en ocasiones, es imprescindible.
- El mioma se localiza fácilmente y, en los casos de miomatosis, el útero puede estar tan deformado que resulta difícil delimitar su contorno y cavidad.

- Tomografía computarizada pélvica y abdominal

Lo mejor es la claridad con que se determinan las relaciones anatómicas con los órganos adyacentes, y su posible repercusión negativa sobre esos órganos.

- Resonancia magnética nuclear

- Es la técnica de imagen más precisa para la detección y localización de los miomas uterinos y permite visualizar tumores muy pequeños.
- Sin embargo, la ecografía sigue siendo el método de elección para los miomas uterinos, debido al elevado coste de la resonancia magnética, y además no todos los centros disponen de este método.

- Tratamiento médico de los miomas uterinos

- Se emplean tratamientos hormonales para reducir el tamaño de los miomas y disminuir temporalmente los síntomas.
- Como los estrógenos influyen en el incremento del tamaño de los miomas, se induce mediante fármacos (agonistas de la GnRH) un estado hipoestrógeno similar al de la menopausia.

- Tratamiento quirúrgico de los miomas

- Resección histeroscópica

Es el procedimiento de elección, sobre todo en mujeres jóvenes, y en aquellas que quieran conservar la función reproductora; además, el postoperatorio es rápido, y la estancia hospitalaria suele ser inferior a 24 horas si no hay ninguna complicación (como hemorragias o perforaciones).

- Operaciones laparoscópicas

La vía laparoscópica permite realizar extracciones de los miomas y coagulación de los mismos en casos similares a los descritos en la resección mediante histeroscopia, y también permite realizar histerectomías (extracción del útero), e histerectomías vaginales, en aquellos casos en los que la paciente tenga el deseo reproductivo cumplido.

- Cirugía tradicional

Mediante una incisión y abertura en el abdomen o la vagina se procede a la extracción de los miomas.

- 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

EPIDEMIOLOGÍA { Las ITU siguen en frecuencia a las del aparato respiratorio y son las infecciones nosocomiales más frecuentes en España. {

- Son más frecuentes en el sexo femenino: hasta un 50 % de las mujeres puede presentar una ITU a lo largo de su vida, lo que se relaciona con la actividad sexual, los embarazos y la edad.
- En el varón las ITU tienen dos picos de incidencia: durante el primer año de vida y en mayores de 50 años, en relación con la presencia de patología prostática o manipulaciones urológicas

CLASIFICACIÓN CLÍNICA { Por su localización Inferiores o de Vías Bajas: {

- Cistitis
- Uretritis
- Prostatitis

Superiores o de Vías Altas: {

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

• Las ITU inferiores y superiores pueden coexistir y superponerse hasta en un 30 % de los casos por lo que algunos autores no utilizan esta clasificación.

ITU No Complicada: {

- Esencialmente son las IU del tracto inferior (cistitis/uretritis). Se engloban en este grupo las ITU con mínimo riesgo de invasión tisular y con previsión de respuesta a un tratamiento estándar corto (3 días).
- Ocurren en mujeres jóvenes, en edad fértil, sanas, no embarazadas, y que refieren clínica de cistitis de menos de una semana de evolución.
- El resto de las ITU se consideran complicadas

ITU Complicada. {

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 saprophyticus 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.

Infecciones e infestaciones cérvico-vaginales.

PATOGENIA { Existen factores patogénicos que modulan el riesgo de ITU que dependen del huésped y/o del germen responsable.

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.

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.

La leucocituria no es sinónimo de ITU, pudiéndose observar leucocituria estéril en las siguientes circunstancias: {

- En pacientes sintomáticos: {
 - Síndrome Uretral y Uretritis.
 - Tuberculosis Genitourinaria.
 - Prostatitis.
- En pacientes asintomáticos: {
 - Nefropatías Intersticiales (Agudas y Crónicas).
 - Nefropatía por Analgésicos.

Urocultivo en medio aerobioBacteriuria Significativa: {

- En pacientes asintomáticos: {
 - En mujeres: >105 colonias/ml
 - En hombres: > 104 colonias/ml
- En pacientes sintomáticos la presencia de más de 103 colonias/ml se considera significativa y debe instaurarse tratamiento antibiótico

SÍNDROMES CLÍNICOS {

- Cistitis Aguda.
- Síndrome uretral .
- Pielonefritis Aguda.
- Pielonefritis Crónica.
- Nefritis Intersticial Bacteriana Aguda.
- Absceso Renal y Perinéfrico.
- Pielonefritis enfisematosa.
- Pielonefritis xantogranulomatosa.
- Malacoplaquia.

TRATAMIENTO ITU {

Tratamiento empírico corto (3 días): { Puede escogerse una de estas opciones: {

- Trimetropin/Sulfametoxazol (Co-Trimoxazol): 320 mg TMP + 1600 mg SM (2 comprimidos/12 horas)
- Quinolonas: 1. Norfloxacin: 400 mg/12 h 2. Ciprofloxacino: 500 mg/12 h 3. Ofloxacino: 200 mg/12 h

Tratamiento empírico con dosis única { Puede escogerse una de estas opciones: {

- Co-Trimoxazol: 400 mg TMP + 2 g SM (5 comprimidos)
- Trimetoprin: 400 mg
- Ampicilina: 3 g

- Cada año miles de mujeres experimentan un episodio de enfermedad inflamatoria pélvica aguda (EIP) aguda y estas son sometidas a un creciente riesgo de molestias crónicas en el hemiabdomen inferior, embarazo ectópico, dolores por adherencias, infertilidad tubárica.

Generalmente es consecuencia de una infección ascendente desde el cérvix:

- A partir de una infección de transmisión sexual (ITS): cervicitis.
- Infecciones polimicrobianas en relación con vaginosis (con ruptura de barrera cervical) o interacciones oportunistas de flora comensal perineal/vaginal sobre una ITS primaria.

Clasificación de la EIP:

- I. Según su evolución clínica:
 - Crónica.
 - Aguda.
- II. Según su etiología:
 - Exógena o transmitida sexualmente.
 - Endógena.
- III. Según su origen:
 - Primaria o ascendente.
 - Secundaria o por continuidad.
- IV. Según estadios clínicos:
 - Salpingitis y/o endometritis sin reacción peritoneal.
 - Salpingitis con reacción peritoneal, sin masas anexiales.
 - Absceso tuboovárico o absceso central del ovario.
 - Peritonitis difusa
- V. Según características laparoscópica:
 - Leve: Eritema, edema, las trompas se mueven libremente. No hay exudado purulento.
 - Moderada: Eritema, edema más marcado, material purulento evidente. No hay movimiento libre de las trompas. La fimbria puede no ser evidente.
 - Grave: Presencia de piosálpinx y/o absceso.

Vías de propagación de la EIP:

- a) Vía canalicular: Cervicitis, endometritis, salpingitis, pelviperitonitis, peritonitis difusa.
- b) Vía linfática: Miometritis, parametritis, flemones y abscesos del ligamento ancho, absceso central del ovario.
- c) Vía hemática: Tromboflebitis pelviana, embolias sépticas.

Diagnostico

- La enfermedad inflamatoria pélvica puede cursar con los siguientes síntomas:
- Dolor abdominal bajo (incluyendo dolor anexial, dispareunia). Es el síntoma más frecuente (95 %).
 - Aumento del flujo vaginal, flujo de características anormales (74 %).
 - Sangrado anormal (intermenstrual, poscoital) (45 %).
 - Síntomas urinarios (35 %).
 - Vómitos (14 %).
 - Es posible la ausencia de síntomas.
- En ella podemos encontrar estos signos:
- Dolor a la movilización del cuello, dolor anexial en la exploración vaginal bimanual (99 %).
 - En el examen con espéculo observamos cervicitis y descarga endocervical purulenta (74 %).
 - Fiebre (> 38° C) (menos del 47 %).
 - Masa pélvica: sugiere absceso tuboovárico (ATO).
 - Peritonitis.
- El tratamiento empírico puede iniciarse si estos criterios mínimos están presentes y no puede identificarse otra causa que justifique los síntomas:
- Dolor en abdomen inferior.
 - Dolor a la movilización del cérvix.
 - Dolor a la exploración anexial.
 - Historia de actividad sexual en los últimos meses
- A menudo es necesaria una evaluación diagnóstica más detallada. Estos criterios pueden ser utilizados para aumentar la especificidad:
- Temperatura > de 38,3° C.
 - Leucocitosis > de 10,000/mL
 - Velocidad de sedimentación globular (VSG) y Proteína C reactiva aumentadas.
 - Demostración de gonococo o chlamydias en exudado endocervical.
 - Material purulento en cavidad abdominal.
 - Absceso pélvico en exploración bimanual o ecografía.

Pruebas complementarias:

- Hemograma con diferencial: Leucocitosis 10, 5 o más.
- Eritrosedimentación elevada.
- Proteína C reactiva elevada.
- Cultivos cervicales y vaginales (coloración Gram).

Otros estudios de laboratorio:

- Hemocultivo (muy baja rentabilidad en EIP).
- Prueba de embarazo:
 - Descartar embarazo ectópico como causa de los síntomas.
 - EIP en gestantes es indicación de ingreso hospitalario.
 - Pruebas para diagnóstico de otras ITS: Serología, VIH, VHB
 - Estudio de Infecciones del tracto urinario (sedimento y cultivo).

Pruebas de imagen

- Ecografía pélvica (transabdominal o transvaginal): Permite detectar la presencia de una masa, un ATO, colecciones, hidrosálpinx o piosálpinx o líquido en el Douglas.
- TAC abdominal o RM: aumenta la sensibilidad respecto a US.

Técnicas invasivas

- Laparoscopia:
 - El avance de la laparoscopia en los últimos años ha hecho que se convierta en una técnica fundamental en el diagnóstico y en la estadificación de la EIP.
- Biopsia de endometrio:
 - La presencia de células plasmáticas en biopsia endometrial sugiere EIP.

Diagnóstico diferencial:

- Enfermedades urinarias: Infecciones del Tracto Urinario (ITU), Litiasis.
- Enfermedades ginecológicas y obstétricas: amenaza de aborto, embarazo ectópico, rotura o torsión de un quiste de ovario, endometriosis, pólipos o neoplasias endocervicales o ginecológicas, síndrome adherencial por cirugía previa y miomas uterinos complicados con necrobiosis.
- Enfermedades digestivas: apendicitis, enfermedad diverticular, colecistitis, intestino irritable, etc.
- Si los criterios clínicos son rigurosos (un criterio mayor y tres menores, p. ej. dolor pelviano, fiebre, masas anexiales palpables y eritrosedimentación o proteína C reactiva elevadas), la certeza diagnóstica será cercana al 100 %.

Tratamiento de la paciente ingresada

- Se deben administrar los tratamientos antibióticos intravenosos combinados durante un mínimo de 4 días o hasta que la paciente haya permanecido afebril 48 hrs.
- Si hay presencia de ATO es obligada la inclusión de Clindamicina o Metronidazol parenteral durante 15 días
- Otros tratamientos parenterales alternativos:
 1. Levofloxacin 500 mg EV diario con o sin Metronidazol 500 mg EV c/8h.
 2. Ofloxacin 400 mg EV c/12 h con o sin Metronidazol 500 mg EV c/8h.
 3. Ampicillin/Sulbactam 3g EV c/6h + Doxycyclina 100 mg vo o EV c/12h

Abordaje quirúrgico:

1. Laparoscopia.
2. Laparotomía.
3. Colpotomía.

Enfermedad pélvica inflamatoria aguda y crónica, cáncer cérvico-uterino (papanicolau).

- Entre las dolencias ginecológicas, los tumores anexiales son los más difíciles de todos los problemas diagnósticos. La sutil transición de una lesión benigna a otra maligna en un ovario, es uno de los grandes misterios de la ginecología.
- Diversos factores genéticos, embriológicos, estructurales y funcionales, experimentan una interacción de la cual puede emanar una enorme capacidad tumoral, ya sea benigna o maligna
- Los tumores ováricos constituyen el tercer grupo de tumores en la mujer. Aproximadamente 1 de cada 10 féminas lo tendrá a lo largo de la vida, la mayoría de las cuales requerirá de una evaluación quirúrgica.
- El advenimiento de la ecografía y su uso habitual, ha hecho que el diagnóstico de dichos tumores sea aún más frecuente y esta haya adquirido una función preponderante en la práctica ginecológica

- 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.
 - Se conoce que los tumores benignos del ovario no constituyen un grupo bien definido y algunos de ellos pueden malignizarse en su evolución
 - Los estudios epidemiológicos han permitido enunciar 3 teorías con respecto a las causas de esta enfermedad:
 - 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.

- Tumores de ovario**
- 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.
 - Tirotoxicosis.
 - síndrome de Cushing.
 - Galactorrea.
 - policitemia.
 - hipoglucemia e hipercalcemia.
 - 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.

- DISEMINACIÓN DEL CÁNCER DE OVARIO**
- El cáncer de ovario se propaga fundamentalmente por diseminación peritoneal y otras formas son por extensión directa, linfática y hematológica.
 - El crecimiento del cáncer epitelial de ovario es inicialmente de forma local, invade la cápsula, el mesoovario y desprende células a la cavidad abdominal, de manera que afecta órganos adyacentes o metastiza en ganglios; también puede producir, excepcionalmente, metástasis hematológicas.
 - 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 hematológica del cáncer de ovario es excepcional, se presenta en fase tardía y afecta fundamentalmente hígado, hueso y pulmón.
 - En la mayoría de las pacientes con cáncer epitelial de ovario (75- 85 %), el diagnóstico se realiza cuando la enfermedad ya ha progresado a la cavidad peritoneal.
 - Los tumores metastásicos de ovario pueden ser de útero, trompas, mama o del aparato digestivo (tumor de Krukenberg).

- 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
 - Asimismo, los estudios citológicos e histológicos son imprescindibles y exigen la realización de biopsias múltiples.
 - El pronóstico del cáncer de ovario dependerá del tipo histológico, del grado de diferenciación tumoral, de la etapa clínica y de la amplitud de la exéresis.

- 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.

- Incidencia y mortalidad
 - Cálculo del número de casos nuevos y defunciones por cáncer en el cuerpo del útero, que incluye el endometrio, en los Estados Unidos en 2018
 - Casos nuevos: 63 230.
 - Defunciones: 11 350.

- 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.
 - Los factores que conducen a un exceso de estrógeno, como la obesidad y la anovulación, aumentan los depósitos del revestimiento endometrial.

- Factores de riesgo
 - El envejecimiento es el factor de riesgo más importante para la mayoría de cánceres.
 - Otros factores de riesgo del cáncer de endometrio son los siguientes:
 - Terapia hormonal: Terapia con estrógenos en la posmenopausia.
 - Modificadores selectivos de los receptores de estrógeno. o Terapia con tamoxifeno.
 - Obesidad.
 - Síndrome metabólico.
 - Diabetes.
 - Factores reproductivos: Nuliparidad, Menarquia temprana o Menopausia tardía y Síndrome de ovario poliquístico.
 - Antecedentes familiares o predisposición genética: Madre, hermana o hija con cáncer de útero y 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
 - Para diagnosticar un cáncer de cuello uterino, es posible utilizar los siguientes procedimientos:
 - Ecografía transvaginal.
 - Biopsia del endometrio.
 - Examen pélvico.
 - Dilatación y legrado (DyL).
 - Histeroscopia.
 - Para el diagnóstico definitivo del cáncer de endometrio se necesita realizar un procedimiento para extraer muestras directamente del tejido endometrial.
 - 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).

- Factores pronósticos
 - Los siguientes son los factores pronósticos del cáncer de endometrio:
 - Estadio y grado del tumor (incluso diseminación ganglionar extrauterina).
 - Estado del receptor hormonal.

- Estadio y grado del tumor (incluso diseminación ganglionar extrauterina).
 - Ganglios pélvicos positivos.
 - Metástasis anexial.
 - Estudio citológico positivo del peritoneo.
 - Compromiso del espacio capilar.
 - Compromiso del istmo o el cuello uterino.
 - Ganglios periaórticos positivos (incluye todos los grados y profundidades de la invasión).

- Cuando la única prueba de diseminación extrauterina es un estudio citológico positivo, la influencia en el desenlace no es clara.

- El valor del tratamiento dirigido según este hallazgo citológico no está bien fundamentado y algunos datos son contradictorios.

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

- A lo largo de la vida sexual de la mujer se pueden señalar etapas que para algunas se convierten en eventos vitales de importancia: la menarquia, la primera relación sexual, el embarazo, el parto y el climaterio.
- Diferentes estudios realizados han demostrado que las mujeres viven la menopausia según sus factores hereditarios, dieta, estilo de vida, medio social y actitudes culturales.
- 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. Se inicia unos años antes de la menopausia (perimenopausia) y se extiende unos años después (posmenopausia).
- El climaterio es una etapa en la que la mujer puede vivir con menos tensión, pues ya no tendrá el riesgo o temor del embarazo, no requerirá métodos anticonceptivos, puede despreocuparse ya de la planificación familiar, cesan las molestias menstruales.

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

- El 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.
- La preservación de la salud femenina es un objetivo fundamental de la medicina.
- Durante el climaterio, sucede el último sangrado menstrual, al cual médicamente se le llama menopausia. Este es el cambio de un estado reproductivo a un estado no reproductivo.
- Normalmente se utiliza este término como calificativo para las mujeres, pero es incorrecto, ya que la menopausia es solo un instante, en el cual ocurre la última menstruación.
- 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.
- La 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

Signos y síntomas del climaterio

- En medicina son importantes los signos y los síntomas para llegar a un diagnóstico de lo que sucede en el organismo, y desarrollar un plan o ruta crítica de estudios para confirmarlo, que permita la certeza del tratamiento adecuado.
- 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.
- Conviene saber que aunque no todas las mujeres los padecen, estos trastornos que la mayoría sufre, no tienen nada de imaginarios como popularmente se ha dicho, y que se conoce mucho de lo que hay detrás de estos, especialmente los niveles cada vez menores de estrógeno que alteran el balance de los neurotransmisores.
- Si bien es cierto que ninguna mujer se muere de bochornos, estos alteran significativamente la calidad de vida de quien los padece, y si tiene vida de pareja, también su compañero y hasta su familia, se ven afectados, ya que pueden alterar la calidad del sueño al presentarse a cualquier hora del día o de la noche, ocasionando incomodidad y despertar frecuentes.
- 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.
- El signo que a la vez es síntoma, que puede aparecer a continuación es la irregularidad, solamente una de cada 10 mujeres deja de menstruar súbitamente, es decir, viene menstruando cada mes hasta que de pronto deja de aparecer la menstruación.
- Como los cambios en las sustancias químicas que provocan la aparición de bochornos actúan en otras partes del organismo, se puede decir que en esta etapa temprana es frecuente también la aparición de taquicardia y palpitaciones.

**Climaterio y menopausia:
esterilidad e infertilidad
conyugal.**

- 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.
- 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).

¿Qué es la planificación familiar?

Según la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la planificación familiar incluye todos los procedimientos destinados a controlar la reproducción.

Los principales objetivos de estas prácticas son los siguientes:

- Poder elegir cuándo es el momento idóneo para tener un hijo.
- Poder decidir el número de hijos que se desean.
- Poder determinar el intervalo de tiempo entre embarazos, es decir, la diferencia de edad entre los hermanos.

Además, la planificación familiar también incluye otros aspectos como:

- La educación sexual
- Prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- El asesoramiento antes de la concepción, durante el embarazo y el parto
- El tratamiento de la infertilidad

Importancia de la planificación familiar

- 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.

Los beneficios que aporta la planificación familiar:

- 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

Métodos de planificación familiar

- Como hemos comentado al inicio de este artículo, la planificación familiar incluye métodos tanto para evitar el embarazo como para conseguirlo en un momento puntual.

Los métodos anticonceptivos

- Existen multitud de métodos para la anticoncepción en función del mecanismo que utilizan para evitar el embarazo, así como su duración y fiabilidad.

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.

Planificación familiar.

- La 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.
- La inflamación puede manifestarse clínicamente o permanecer en forma subclínica.
- La enfermedad, clínicamente puede presentarse en forma aguda, subaguda y crónica, inicia bruscamente con cambios químicos y físicos de la leche y los cuartos afectados se muestran con aumento de tamaño, hipertermia y endurecidos en los casos más graves.
- La forma subclínica es por demás importante, ya que comienza a provocar daños imperceptibles y no es fácil de detectar.

- Para el control de la mastitis se requiere conocer por lo menos:
 - 1. Frecuencia, severidad y microorganismos prevalentes en los cuadros clínicos.
 - 2. Donde y cuando se están dando las infecciones glandulares.

- DIAGNÓSTICO:
- Clínico.
 - Anamnesis.
 - Subjetivo y objetivo

- TRATAMIENTO:
- Farmacológico.
 - Quirúrgico

- 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.
- Indudablemente 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.
 - En los últimos años se ha reportado el uso de vacunas protectoras contra E.coli o S. aureus, observándose:
 - Reducción en la severidad y duración de la sintomatología de mastitis por coliformes.
 - Disminución en el uso de antibióticos y en su posible aparición como residuos en la leche.
 - Disminución en los conteos celulares somáticos y aumento en la producción diaria de leche.

- 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 mamarios cercanos. Estas células cancerosas invasoras también pueden diseminarse a otras partes del cuerpo.

- Algunas señales de advertencia del cáncer de mama son:
- 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.

Métodos definitivos, patología benigna de glándula mamaria y tratamiento, patología maligna de glándula mamaria y tratamiento.

Bibliografía:

UDS.2021. Antología de ginecología y obstetricia. Utilizado el 03 de abril del 2021.

URL:<file:///F:/QUINTO%20CUATRIMESTRE/GINECOLOGIA%20Y%20OBSTETRICIA/ginecologia%20y%20obstetricia.pdf>