

TEMA 1

Historia y Exploración Clínica

Historia Clínica

- Privacidad.
- Comodidad física.
- Información.

Requisitos para una exploración ginecológica

1. Hallarse en periodo postmenstrual.
2. Vaciado previo de vejiga e intestinos.
3. Relajación de la musculatura abdominal y pélvica.
4. Posición ginecológica.

Historia Clínica

- Historia menstrual, sexual y anticonceptiva. Historia obstétrica. Síntomas ginecológicos. Hábitos y conductas.

Citología: Técnica de **screening** del cáncer de cérvix y endometrio, reúne las condiciones esenciales. Sencillez, comodidad, exactitud, buena aceptación y bajo coste.

Se efectúa una **triple toma**, con obtención de material del canal **endocervical**, **exocervix** y **fondo del saco abdominal**. La toma endometrial se realiza con una cánula y se obtiene el material por raspado.

Colposcopia: Método complementario del cáncer de cérvix, y no como diagnóstico de certeza. La principal indicación es en el estudio de mujeres con citología anormal.

Biopsia: Se emplea con frecuencia dada la facilidad de acceso al aparato genital femenino. La toma para el estudio histológico es muy sencilla, empleándose con frecuencia para el diagnóstico de enfermedades externas, cuello y endometrio.

Exploración ginecológica

- Exploración abdominal
- Inspección de los genitales externos
- Inspección de vagina y cuello
- Tacto vaginoabdominal combinado
- Tacto rectal
- Exploración de las mamas
- Pruebas complementarias (analítica, citología, biopsia, ecografía, cultivos...)

Requisitos para realizar una toma citológica

- No haber tenido relaciones coitales en 48h.
- Ausencia de medicación vaginal 48h antes de la exploración.
- No haber realizado manipulaciones en el cuello previas a la citología.
- No estar en periodo menstrual.

Material necesario para una toma citológica

- Especulo.
- Espátulas de madera y de Ayre.
- Escobillón. Fijadores.
- Rotuladores permanentes.
- Hojas de petición de informe.
- Carpetas para el transporte de muestras.

TEMA 2

Pubertad y Menarquía

Pubertad

Acontecimiento biológico normal, que se inicia con la maduración de los órganos genitales, la aparición de los caracteres sexuales secundarios (mama y vello sexual) así como la primera menstruación y ciclo menstrual. (J.González – Merlo).

Desde el punto de vista cronológico de la OMS se define como el periodo comprendido entre los 10 y 20 años. Se inicia con la aparición gradual de los caracteres sexuales secundarios (10 – 12 años). Finaliza con el cese del crecimiento corporal (18-20 años).

Etapas de la pubertad

- **Prepubescencia:** Periodo de alrededor de 2 años anteriores a la pubertad. Viene marcada por los cambios físicos iniciales.
- **Pubertad:** Madurez sexual. Se inicia en la mujer con la primera regla, (menarquía) pero en el hombre no está muy definido
- **Postpubescencia:** Periodo de 1 a 2 años posteriores a la pubertad. Se completa el crecimiento del esqueleto y la función reproductora queda establecida.

Crecimiento y maduración de la adolescente

A. Crecimiento corporal: 3 fases.

- **1ª fase:** mínima velocidad de crecimiento, llamada también “**edad de despegue**” la edad promedio de inicio es a los 11 años.
- **2ª fase:** crecimiento más rápido, donde se produce “**la velocidad de altura pico**” suele producirse hacia los 12 años aprox. y finaliza hacia los 14.
- **3ª fase:** “**velocidad decrecida**”, se detiene el crecimiento y se fusionan las epífisis.

Las niñas suelen alcanzar la “velocidad de altura pico” antes de la menarquía, después de este momento el crecimiento prácticamente se detiene.

Una característica de este crecimiento es que suele ser **disarmónico**, (diversas partes del cuerpo se desarrollan a velocidades distintas).

B. Cambios hormonales

El hipotálamo, la hipófisis y los ovarios son órganos independientes, por este motivo existe cierta dificultad para identificar cuál de estas estructuras es la primera que alcanza la madurez.

Durante la pubertad se incrementa la secreción de gonadotropinas hipofisarias, esteroides ováricos y esteroides adrenocorticales.

La FSH y la LH aumentan progresivamente hasta que provocan la estimulación de los ovarios. A medida que van madurando segregan más gonadotropina que producen más estrógenos ováricos y avanzan los cambios en la pubertad.

C. Desarrollo sexual

Los estrógenos son los responsables de: desarrollo mamario, modificaciones del contorno corporal, crecimiento, maduración esquelética, agrandamiento del útero y cérvix, proliferación del endometrio y alteraciones de la mucosa vaginal.

Los andrógenos responsables de la aparición del vello axilar y pubiano y menor grado del crecimiento corporal.

Uno de los primeros signos en las chicas de la pubertad es la aparición de las **yemas mamarias** o **telarquia**.

Enfermería Ginecológica

Después se hace evidente crecimiento del vello pubiano (**adrenarquia**) y hacen leve prominencia los labios mayores y menores, también acaba apareciendo la primera menstruación o menarquía (10 y 16 años).

Influyen en su aparición varios factores entre los que hay que destacar peso y nutrición.

Crecimiento y maduración **del adolescente**

No es tan brusco y suele producirse entre los 12 y 17 años. Se caracteriza por un crecimiento corporal acelerado, más prolongado en las chicas, que se refleja en una mayor anchura en los hombros y mayor masa corporal sin grasa.

El desarrollo muscular está claramente influido por los andrógenos.

Uno de los primeros cambios es el aumento de tamaño de los testículos, pero con desarrollo mínimo del pene. Se inician las poluciones nocturnas, durante el sueño. Se produce una hipertrofia de la mucosa laríngea y de las cuerdas vocales que ocasionan cambios en la voz.

Pubertad Precoz: Se entiende como el desarrollo de algunos de los caracteres sexuales secundarios (CSS) antes de los 8 años.

Aparición de mamas y/o vello pubiano antes de los 8 años, o iniciación de la menstruación antes de los 10. La PP tiene importantes repercusiones somáticas, ginecológicas, psicológicas y sociales.

Causas

- Constitucional o idiopática.
- Lesiones cerebrales.
- Tumores de ovarios (productores de estrógenos o gonadotropinas).
- Hiperfunción suprarrenal.
- Hipotiroidismo.
- Niñas con cariotipo 47, XXX.

Tratamiento: etiológico.

Pubertad Retardada: ausencia de caracteres sexuales y/o menstruación entre los 16 – 18 años.

Es difícil de definir el concepto.

1º por la gran variabilidad del comienzo.

2º por la dificultad de diferenciar entre pubertad retardada y amenorrea primaria.

Relaciones sociales que configuran la identidad social de los adolescentes

La familia (los padres), mayor dificultad de comunicación y a veces conflicto debido a la diferencia generacional. Los amigos y compañeros, las relaciones con el grupo y también la amistad más íntima con alguien del grupo es decisiva para su desarrollo.

Sexualidad y Adolescencia

En esta etapa se descubre el erotismo como una fuerza que les lleva a la búsqueda del placer y satisfacción sexual.

Etapas de la sexualidad del adolescente

Adolescencia temprana: (10 – 13 años) autoerotismo, fantasías sexuales, amor platónico. Se toman decisiones sobre la actividad sexual o el uso de drogas, al final de este periodo se le puede plantear la 1ª experiencia sexual.

Adolescencia media: (14 – 17 años), manifestaciones sexuales con gran interés en el contacto físico no planificado. Suelen presentarse relaciones intensas y fugaces.

Adolescencia tardía: (mayores de 18 años) conducta sexual más expresiva y puede establecerse relaciones íntimas más estables, con definición de su rol sexual.

TEMA 3

Climaterio y Menopausia

Menopausia

Es el **cese definitivo de la menstruación**, marcada por la pérdida de la capacidad reproductora. Se establece después de la última menstruación. La edad de aparición es variable oscila entre los 45 y 55 años.

Factores que influyen en su aparición

- Herencia familiar.
- Factores geográficos.
- Raza.
- Alimentación.
- Hábitos tóxicos.
- Edad de la menarquía, paridad y toma de anticonceptivos.
- Obesidad y enfermedades graves.

Climaterio

Periodo de la vida de la mujer y del hombre en el que se produce una **involución progresiva de las funciones orgánicas y fisiológicas**. En la mujer se produce la transición de la capacidad reproductiva al estado no reproductor. Puede durar un término medio de 2 - 9 años.

Aspectos biológicos

Declive hormonal con alteraciones neurológicas, somáticas y físicas. En tres fases podemos dividir este declive:

- **1ª Fase:** caen los niveles de estradiol produciendo un fallo en el sistema de retroalimentación negativa, aumentando gradualmente la gonadotropina, con niveles más elevados de la FSH que la LH, disminuyendo así el nº de folículos. La producción de progesterona es normal.
- **2ª Fase:** aumento de la producción de FSH, produciendo una disminución de estrógenos, que no logran desencadenar la producción de LH, en consecuencia no se produce la ovulación.
- **3ª Fase:** amenorrea permanente por la falta de ovulación, disminución de estrógenos y ausencia de progesterona.

Fases del Climaterio

1. **Premenopausia:** Se caracteriza por **alteraciones de la menstruación** que afectan a su ritmo, intensidad y duración. En esta primera fase hay un desajuste endocrino, y engloba un periodo de tiempo de 1 a 2 años, la sintomatología comienza a aparecer al final de este periodo.
2. **Perimenopausia:** Es la **transición del periodo fértil al periodo no fértil**. Esta etapa es el núcleo del climaterio, abarca el final de la premenopausia y los primeros años posteriores a la menopausia. Para asegurara que la mujer ha entrado en la menopausia, deben transcurrir 12 meses de amenorrea antes de los 50 años o 6 meses si sobrepasa esa edad.
3. **Postmenopausia:** Periodo de tiempo **posterior a la desaparición de la menstruación**. Se observa un gran predominio de procesos involutivos que provocan la sintomatología climaterica, característica de esta etapa. Sus consecuencias son importantes a largo plazo.

Sintomatología de la Premenopausia

Físicos: sofocos, sudores y palpitaciones. Alteraciones de la menstruación. Parestesia, vértigos y cefaleas. Obesidad. Disminución del deseo sexual.

Psicológicos: irritabilidad, insomnio, nerviosismo, fatiga, pérdida de memoria, cambios de humor y tendencia a la depresión.

Enfermería Ginecológica

Sintomatología de la Perimenopausia

Sequedad vaginal, adelgazamiento de la pared vaginal, dolor coital, coitorragias, sintomatología urinaria y prolapso de vejiga y recto.

Sintomatología de la Postmenopausia

Osteoporosis, alteraciones cardiovasculares, arterioesclerosis, HTA y trastornos del metabolismo de los lípidos y las grasas.

Problemas de Salud: Sofocos y sudores.

Educación para la salud

- Utilizar ropa de algodón.
- Practicar la relajación.
- Mejorar la temperatura ambiental.
- Tomar vitamina E.

Fitoterapia

- Sofocos:** Una infusión de romero, lúpulo y hojas de ruda.
- Sudores:** tres tazas/día de infusión de salvia.

Problemas de salud

Palpitaciones. **Educación para la salud:**

Fitoterapia → infusiones de valeriana y muérdago. Practicar la relajación.

Problemas de salud. Involución de la piel, vulva y vagina

- Atrofia de la piel.
- Borramiento de los labios menores.
- Estenosis del introito vaginal (craurosis).
- Sequedad y atrofia vaginal.
- Modificación del Ph vaginal. **Educación para la salud:**
- Hidratación diaria de la piel.
- Lubricante específico de vulva y vagina.
- La actividad sexual mejora la calidad vaginal, el líquido seminal es un buen aliado contra la sequedad.

Problemas de salud. Involución de la piel. Uretra y vejiga

- Sequedad, atrofia, pérdida grave de elasticidad (disuria y polaquiuria).
- Puede aparecer cistitis y/ o uretritis.
- A veces incontinencia de esfuerzo. **Educación para la salud:**
- Practicar diariamente los ejercicios de Kegel.
- Consultar con su médico de familia si no mejoran las molestias de orina.

Problemas de salud. Osteoporosis

Es la consecuencia más grave del cese de la producción de estrógenos. Se produce un cese de la reconstrucción ósea y por tanto una importante pérdida de masa ósea, produciéndose una fragilidad de los huesos. Educación para la salud:

- Dieta adecuada durante toda la vida, con el aporte correcto de vitamina D y de calcio.
- Ejercicio moderado al aire libre.
- Los productos integrales consumidos juntos con los lácteos interfieren en la correcta absorción del calcio.

Enfermería Ginecológica

Problemas de salud. Artromialgias

Son dolores articulares y musculares que presentan algunas mujeres. **Educación para la salud:**

- Ejercicio físico, relajación, masajes y evitar el café y las bebidas excitantes, ya que indirectamente excitan el foco irritativo del dolor.

Problemas de salud. Insomnio

Puede aparecer junto con la depresión, sofocos y cambios que se producen en la vida. **Educación para la salud:**

- Ejercicios de relajación, hábitos regulares para dormir,
- **Fitoterapia:** infusiones o comprimidos de valeriana, infusiones de tila, mejorana, lavanda azahar, lúpulo, melisa y menta.

Problemas de salud. Dislipemia

Trastorno de grasas en sangre. El organismo produce colesterol sin tener en cuenta la cantidad de grasas saturadas ingeridas. Los estrógenos favorecen la presencia del HDL y la relajación de la pared de los vasos, mejorando la irrigación sanguínea y los niveles de tensión.

Otros niveles que influyen son la genética y la actividad física y deportiva.

Educación para la salud y atención de enfermería

- Dieta mediterránea.
- Disminución de ingesta de grasas.
- Disminuir la ingesta de HC.
- Limitar o suprimir los productos azucarados, bebidas estimulantes y las alcohólicas.
- Aumentar la ingesta de verduras.
- Las raciones proteicas deben ser las adecuadas.
- Beber abundante agua de baja mineralización.
- Tomar un zumo de limón al día.
- Tomar frutas.
- Frutos secos, pero con moderación.
- Practicar ejercicio físico.

Problemas de salud. Sobrepeso y obesidad

En esta etapa hay una tendencia natural a aumentar de peso. Crece el volumen abdominal, aportando estas grasas estrógenos que suavizan la sintomatología del climaterio. No sucede así en mujeres muy delgadas.

Educación para la salud y atención de enfermería

- Dieta personalizada, según el IMC y el gasto energético diario.
- La pérdida de peso debe ser lenta. Las dietas estrictas no son recomendables.
- Comer sin prisas. No saltarse ninguna comida.

Problemas de salud. Aumento de la presión Arterial

Alteración cardiovascular que no presenta sintomatología. Si no se corrige puede causar graves trastornos en el organismo. Se ve agravada por el: colesterol, diabetes, obesidad, sedentarismo, estrés emocional mantenido.

Educación para la salud y atención de enfermería

- Suprimir la sal, aliñar las comidas con hierbas aromáticas, especias.
- Eliminar los alimentos que lleven añadido la sal como embutidos, productos en conservas y bebidas con gas.

Fitoterapia: Infusión de 30g de milenrama, 10 de alenjo, 20 de valeriana, 20 de raíz de alharma y 20 de flores de espino. No debe ser mezclada con tratamientos farmacológicos.

Enfermería Ginecológica

SEXUALIDAD HUMANA

El concepto de sexualidad es un término muy reciente, de principios del siglo XIX.

La **sexología** es la ciencia general, básica y fundamental del comportamiento sexual humano pero necesita de otras ciencias como biofisiología, sociobiología, antropología y de la psicología para su comprensión global.

La OMS define la salud sexual como “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”.

Podríamos decir, que la **sexualidad** es el modo con el que cada persona, hombre o mujer ve, siente y vive su propio sexo, es decir, el hecho de ser sexuado en masculino o en femenino.

La **erótica** es la forma concreta de realizar y expresar la sexualidad. Existen muchas formas de expresar la erótica, ni es igual en diferentes personas, ni en una misma persona se mantiene igual durante toda la vida.

Respuesta sexual humana

Masters y Johnson (1966) son los investigadores que han conseguido una mayor difusión de su teoría, efectuada durante más de una década sobre el ciclo psicofisiológico, para el cual proponen **cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución.**

Aspectos endocrinos del comportamiento sexual

La testosterona parece ser el mayor determinante biológico de la conducta sexual en el hombre.

En la mujer se han hecho numerosos estudios intentando relacionar la conducta sexual con las variaciones hormonales a lo largo del ciclo menstrual y los resultados no han sido concluyentes.

Fase de Excitación

Mujer: lubricación vaginal, los 2/3 internos de la vagina se expanden, vasocongestión de los labios mayores y menores, aumento del tamaño del clítoris y erección de los pezones, puede aumentar el tamaño de los pechos.

Cambio de coloración de los genitales.

Hombre: erección del pene, los testículos se aproximan más al cuerpo y aumentan ligeramente de tamaño. Algunos experimentan erección de los pezones.

Fase de Meseta

Mujer: la intensa vasocongestión prepara la plataforma orgásmica, que estrecha en un 30% o más la abertura de la vagina, el útero se eleva y el clítoris se retrae sobre el hueso púbico, los labios menores se agrandan ostensiblemente, la areola mamaria se agranda y aparece el rubor sexual.

Hombre: aumenta levemente el diámetro del glande, hinchazón de los testículos, en ocasiones aparece por la uretra una pequeña cantidad de fluido transparente.

Fase de Orgasmo

Mujer: se caracteriza por contracciones rítmicas simultáneas del útero, el tercio exterior de la vagina y el esfínter anal.

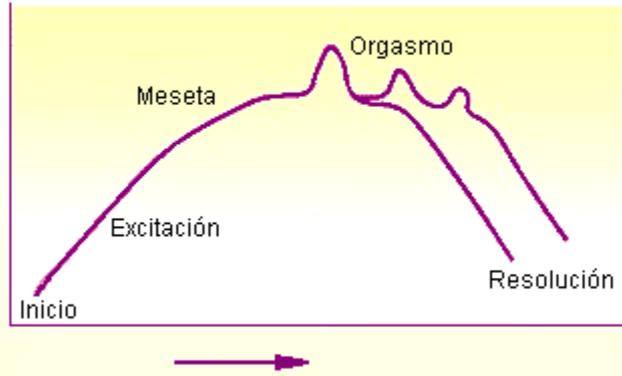
Hombre: los conductos deferentes, la próstata y las vesículas seminales inician una serie de contracciones que impulsan el semen dentro del bulbo de la uretra. Experimenta una sensación de inevitabilidad eyaculatoria.

Fase de Resolución

En ambos se caracteriza por la vuelta a la normalidad de las alteraciones anatómicas y fisiológicas acaecidas durante las etapas anteriores.

Enfermería Ginecológica

Esquema del ciclo de Respuesta Sexual humana



Respuesta anatómica en las distintas fases de excitación y resolución sexual

Órganos masculinos en excitación	Órganos masculinos en meseta	Mama en reposo
<ul style="list-style-type: none"> Erección del pene (reversible) Elevación parcial de los testículos Engrosamiento y aplanamiento de la piel y de la túnica dartos 	<ul style="list-style-type: none"> Secreción de las glándulas de Cowper Aumento del tamaño de los testículos. Elevación completa de los testículos Aumento de la circunferencia del pene Aumento del diámetro de la uretra 	<ul style="list-style-type: none"> Areola Pezón
Órganos masculinos en orgasmo	Órganos masculinos en resolución	Mama en excitación
<ul style="list-style-type: none"> Eyacuación Contracción del pene Contracción del esfínter externo del recto 	<ul style="list-style-type: none"> Descenso de los testículos Detumescencia del escroto Pérdida de la vasodilatación de los testículos Pérdida de la erección del pene 	<ul style="list-style-type: none"> Árbol vascular Ligero aumento del tamaño de la mama Erección del pezón
Órganos femeninos en excitación	Órganos femeninos en meseta	Mama en meseta y orgasmo
<ul style="list-style-type: none"> Elevación uterina temprana Separación y elevación de los labios mayores 	<ul style="list-style-type: none"> Alargamiento de la vagina Aumento de los labios menores 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento del tamaño de la mama Enrojecimiento
Órganos femeninos en orgasmo	Órganos femeninos en resolución	
<ul style="list-style-type: none"> Expansión vaginal completa Abertura del cuello del útero Elevación uterina Plataforma orgásmica Elevación del cuerpo del clítoris 	<ul style="list-style-type: none"> Descenso uterino Pérdida de la expansión vaginal Desaparición de la separación y elevación de los labios mayores 	

TEMA 4

Malformaciones congénitas del aparato genital femenino

Las que afectan a los genitales internos (más difíciles de detectar). Las que se localizan en los genitales externos (estas son descubiertas de forma más precoz, incluso en el momento del nacimiento).

Las malformaciones congénitas se pueden dividir en:

1. **Agenesias o hipoplasias** de todos los componentes del aparato genital, por falta de desarrollo de las crestas urogenitales
2. **Alteraciones malformativas dependientes de los conductos de Müller** que afectan al útero, trompas y 2/3 internos de la vagina.
3. **Desarrollo anormal de los conductos de Wolf**, o conductos mesofrénicos, que ocasionan malformaciones en la vagina o nefrourológicas
4. **Anomalías del seno urogenital** con alteraciones en el himen y en la vulva.

Malformaciones del aparato genital según las características anatómicas

1. **Por defecto:** agenesias e hipoplasias
2. **Por exceso:** duplicaciones e hiperplasias
3. **Por obstrucción o tabicación:** a causa de la falta de absorción de tabiques en el desarrollo embrionario
4. **Por alteraciones diversas:** desarrollo incompleto, asimetrías y otras.

Malformaciones de la vulva: Son poco frecuentes, suelen aparecer en caso de hermafroditismo o en los síndromes de separación cloacal incompleta. **Causas:**

- Detención primaria del desarrollo normal en el embrión (**agenesia**).
- Interrupción en una etapa tardía del desarrollo intrauterino (**hipoplasia**).
- Desviación del desarrollo que haga variar el destino de un esbozo embrionario, o incluso una involución de la organogénesis fisiológica.

Malformaciones de la vulva:

- Agenesia vulvar
- Hipoplasia vulvar (aspecto senil de los labios mayores y atrofia de los menores y clítoris)
- Hipoplasia de los labios mayores, menores y del clítoris
- Hipoplasia perineal
- Duplicación vulvar
- Clítoris doble
- Hipertrofia vulvar.

Malformaciones del himen: Esta membrana ocupa la zona central del vestíbulo vulvar y es la antesala de la vagina pudiendo tener alteraciones de:

- Localización
- Forma: la más habitual es la anular con un orificio en el centro.
- Consistencia
- Imperforación (la más grave) ya que la falta de comunicación vulvovaginal puede pasar desapercibida hasta la pubertad.

Malformaciones de la vagina: Son poco frecuentes, y suelen formar parte de malformaciones asociadas que incluyen el sistema urinario, útero y más raramente la cloaca y el recto. La causa de esta coincidencia es el doble origen embrionario de la vagina.

- Agenesia: es muy rara y va asociada a otras malformaciones.
- Duplicidad vaginal: por falta de fusión de los conductos de Müller.
- Tabiques y septos vaginales (los más frecuentes).

Enfermería Ginecológica

Malformaciones uterinas: tiene una gran repercusión en la vida fértil de la mujer, siendo causa de un gran número de abortos y partos prematuros.

Malformaciones de las trompas de Falopio: van unidas a las malformaciones del útero y vagina.

Malformaciones de los ovarios: Muy raras. A veces pueden aparecer ovarios supernumerarios (ovario único dividido en porciones)

Tratamiento: irá encaminado a corregir la patología existente.

Educación para la salud y cuidados de enfermería

Irán encaminadas a orientar a la mujer acerca de cómo cumplir correctamente el tratamiento e indicaciones médicas.

Debemos asegurarnos que la mujer ha entendido perfectamente la prescripción del médico y que llevará a cabo dicha prescripción.

TEMA 5

Estados Intersexuales

Pueden producirse alteraciones que afectan desde un principio al desarrollo de las gónadas con una repercusión posterior sobre el aparato genital.

Otras veces la alteración intrauterina es posterior al desarrollo embrionario gonadal pero afecta a su función.

En ambos casos pueden surgir sujetos con ciertas ambigüedades sexuales y es lo que conocemos como intersexo o estados intersexuales.

Diferenciación sexual

Comienza con la unión de los gametos y finaliza en la educación sexual y en el papel que asuma el sujeto a lo largo de toda su vida. Desde el punto de vista evolutivo son diversas las etapas que han de cubrirse hasta completar la total diferenciación sexual, con arreglo a ellas podría definirse de manera distinta. **Existen 6 posibilidades:**

1. **Sexo cromosómico y genético:** determinado por la presencia de unos cromosomas sexuales, y unos genes funcionantes en ellos.
2. **Sexo gonadal:** determinado por la estructura anatómica de ambas gónadas.
3. **Sexo genital:** determinado por las estructuras de los genitales externos e internos.
4. **Sexo hormonal:** dependiente de la presencia de hormonas masculinas o femeninas y de receptores de las mismas.
5. **Sexo civil o educacional** (generalmente coincidentes).
6. **Etiológico o rol sexual adoptado por el sujeto** (a menudo coincide con el asignado al nacer y depende de la educación recibida, pero puede variar por influencias hormonales o de otra índole)

La sociedad, padres, etc, suele tratar al sujeto con el sexo con el que se ha inscrito en el registro civil. Generalmente va a depender del aspecto de los genitales externos.

Clasificación de los estados intersexuales

- A. **Hemafroditismo verdadero:** Cuando en un sujeto se encuentran simultáneamente tejidos ováricos y tejidos testiculares. Solo mediante biopsia se puede diagnosticar.
- B. **Seudohermafroditismo:** Síndrome que cursa con ambigüedad sexual a nivel de los genitales externos o internos, pero no a nivel de las gónadas.
- C. **Disgenesia gonadal:** Síndrome con fenotipo femenino, amenorrea primaria, ovarios ausentes o infantiles y estructura corta.
- D. **Síndrome de Klinefelter:** Se caracteriza por fenotipo masculino, gónadas masculinas, ginecomastia y genitales externos masculinos. Son individuos generalmente infértiles con aspecto euconóide.
- E. **Síndrome de la triple X:** (Fenotipo con cariotipo XXX, muy raro)
- F. **Hermafroditismo por hormonas exógenas**
- G. **Tumores con acción hormonal heterosexual.**

Clasificación Hermafroditismo verdadero

- **Variedad alternante:** cuando existe un ovario a un lado y un testículo en el otro.
- **Variedad bilateral:** con ovarios y testículos a cada lado.
- **Variedad unilateral:** pueden existir varias combinaciones.

Cuadro clínico Hermafroditismo verdadero

- A) **Genitales externos.-** oscilan entre formas típicamente femeninas a formas típicamente masculinas.
- B) **Genitales internos.-** El útero existe casi siempre aunque generalmente malformado. El endometrio puede estar bien desarrollado. El cuello del útero puede faltar. La vagina muestra todos los grados posibles. Pueden existir estructuras procedentes del conducto de Wolff.

Enfermería Ginecológica

Seudohermafroditismo femenino: gónadas femeninas y cariotipo masculinizado. (Síndrome androgenital congénito provocado por administración a la gestante de andrógenos, y los secundarios a tumores virilizantes).

Seudohermafroditismo masculino: gónadas masculinas y fenotipo femenino.

Educación para la salud y cuidados de enfermería

- Asesorar y orientar a la mujer sobre como exponer al médico sus inquietudes y dudas sobre el problema que le afecta.
- Asegurarnos que la mujer ha entendido perfectamente las indicaciones del médico.
- Ayudar a la mujer a elegir la mejor opción más adecuada a su situación.

TEMA 6

Estudios de las Amenorreas

Menstruación: La menstruación normal es aquella que presenta un ciclo promedio de 28 días, y una duración de 2 a 8 días, y una cantidad que, aunque difícil de precisar y cuantificar se considera dentro de la normalidad de 30 cc hasta 80 – 100 cc.

Alteraciones del ciclo menstrual: Es la causa más frecuente de consulta médica. Hace referencia a las alteraciones en la frecuencia, duración y cantidad del ciclo menstrual.

Amenorrea: Es la ausencia de menstruación. Existen amenorreas fisiológicas como es la situación prepuberal, embarazo, lactancia y menopausia.

Tipos de Amenorreas

- **Amenorrea Primaria:** cuando la mujer ha cumplido 16 – 18 años y nunca ha menstruado.
- **Amenorrea Secundaria:** cuando una vez establecida la menstruación, ésta desaparece por un periodo superior a tres meses.

Causas de Amenorrea Primaria

Anomalías genéticas del aparato genital:

- Himperforación del himen.
- Agenesia de vagina/útero
- Disgenesia gonadal
- Feminización testicular
- Ausencia de ovarios
- Síndrome adrenogenital

Otras causas:

- Alteración del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal
- Origen psicológico
- Origen farmacológico
- Desnutrición
- Obesidad
- Deportista de alto nivel

Causas de Amenorrea Secundaria

- Destrucción del endometrio
- histerectomía, ooforectomía, insuficiencia ovárica, ovarios poliquísticos, alteración del eje hipotalámico-hipofisario-gonadal, origen psicológico, tumor de ovario,
- Desnutrición (anorexia) obesidad, deportista de alto nivel, origen suprarrenal,
- fármacos: aquellos que estimulan la producción de prolactina; anticonceptivos derivados de las fenotiazinas, halopridos, antidepresivos tricíclicos, ansiolíticos, etc,

Pruebas diagnósticas

- **Niveles de hormonas en suero:** LH, FSH, TSH, prolactina, hormona del crecimiento.
- Prueba de estimulación con GnRh, TRH y CRH.
- **Niveles séricos de hormonas:** LH, FSH, estradiol y progesterona.
- Niveles séricos de hormona hCG.
- Ecografía pelviana, histerosalpingografía.

Tratamiento de las Amenorreas: la amenorrea es un síntoma, por lo que habrá que buscar su origen, y así poder tratarlo.

Enfermería Ginecológica

Educación para la salud y cuidados de enfermería

Es importante que la enfermera/o ofrezca una actitud de escucha y apoyo ante sus preocupaciones relacionadas con el trastorno menstrual.

Ofrecer asesoramiento a la mujer sobre determinados hábitos de salud que pueden estar relacionados con determinadas amenorreas, como cuidar la dieta, no perder peso bruscamente, evitar ejercicio demasiado intenso y fármacos que puedan producirla.

TEMA 7

Hemorragias uterinas anormales

Hemorragias uterinas anormales

1. **Hemorragias Cíclicas:** Las coincidentes con la menstruación, pero que se diferencian por su cantidad, frecuencia y duración, y se **clasifican** en:
 - **Hipermenorrea:** Menstruación excesiva en cantidad (más de 100cl) o en duración (más de 8 días) o ambas situaciones, pero que conservan su frecuencia normal.
 - **Polimenorrea:** Menstruación con intervalos muy frecuentes, menores de 21 días, pero normales en duración y cantidad.
 - **Hipomenorrea:** Regla corta, inferior a 2 días y de escasa cantidad (a veces solo unas gotas).
 - **Oligomenorrea:** Ciclos menstruales superiores a 35 días, pero normales en cantidad y duración.
2. **Hemorragias Acíclicas:** Son aquellas que no guardan relación con el periodo menstrual habitual.
Clasificación:
 - **Metrorragias:** hemorragias irregulares, de intensidad variable, que no mantienen un ritmo menstrual.
 - **Hemorragia intermenstruales:** pérdidas de pequeña cantidad o simples manchas de sangre rosada o marrón, que aparecen entre uno y otro periodo menstrual. Puede estar relacionada con la ovulación cuando aparece en la mitad del ciclo. Se conoce también como **spotting**.

Causas de las Hemorragias uterinas

1. Causas orgánicas.
2. Enfermedades generales.
3. Hemorragias disfuncionales.

Causas orgánicas

Lesiones de los genitales

- Tumores benignos:** miomas, pólipos cervicales o endometriales.
- Tumores malignos:** localizados en cérvix y cuerpo uterino.
- Endometriosis.
- Infecciones pélvicas.
- Hipertrofia de útero.
- Traumatismo coital.
- Cuerpos extraños.
- Ovario poliquísticos.

Enfermedades generales

- Trastornos de la coagulación.
- Cirrosis hepática y otras hepatopatías que producen inactivación de los estrógenos.
- Farmacológicas.
- Alteraciones del tiroides.

Hemorragias disfuncionales

Pueden ser cíclicas o acíclicas.

Procedentes de la cavidad uterina sin lesión orgánica responsable, parecen ser debida a alteraciones hormonales. Existe una perturbación neuroendocrina de la función menstrual, que evitan los cambios cíclicos normales del endometrio.

Enfermería Ginecológica

Existe un desequilibrio entre estrógenos-progesterona. Son frecuentes en las primeras menstruaciones y en la perimenopausia. Se asocia a los ciclos anovulatorios.

Hay que destacar en este tipo de hemorragias el riesgo de hiperplasia de endometrio debido al estímulo estrogénico aumentado o mantenido por la escasa secreción de progesterona.

Si no se trata precozmente, aumenta el riesgo de padecer un carcinoma de endometrio, en especial las mujeres de edad avanzada.

Tratamiento

En las de origen orgánico hay que tratar la causa que las produce.

En las hemorragias disfuncionales, hasta llegar al diagnóstico es importante estar seguro de que no existe causa orgánica que la produzca.

El tratamiento será:

- Inhibir la hemorragia.
- Regularizar el ciclo (contraceptivos hormonales o gestágenos y quirúrgico).
- Tratar la anemia si existe.
- **Quirúrgico:** legrado – biopsia.

Educación para la salud y cuidados de enfermería

Que la mujer conozca su cuerpo, el funcionamiento del ciclo menstrual y su trastorno pueden ayudarla a entender sus cuidados, su tratamiento y a tener cuidados de hábitos diarios y por ello a disminuir su ansiedad.

Recomendar a que utilice gráficos menstruales.

Ayudar a describir las características de la hemorragia e informar al médico de:

- Momento de aparición.
- Tiempo de sangrado.
- Número de compresas/tampones.
- Factores que la precipitan (coito, ejercicio...)
- Ayudar a que describa los síntomas de tratamiento urgente.

TEMA 8

Esterilidad e infertilidad

Infertilidad sería sinónimo de una pareja que consigue una gestación pero no alcanza el parto

Esterilidad aquella pareja que no consigue la gestación manteniendo relaciones sexuales regulares durante un año sin protección.

A ambas se las denomina primarias o secundarias dependiendo que anteriormente hubiera embarazo, parto y RN normal o si nunca alcanzó un parto

Tanto esterilidad como infertilidad son dos términos que al final vienen a representar lo mismo, la dificultad que tiene la pareja para conseguir una gestación.

Estrictamente una pareja es infértil o estéril cuando no logran un embarazo sin ayuda médica.

Infertilidad Primaria: pareja que consigue una gestación pero no llega a término con un RN normal.

Infertilidad Secundaria: pareja que tras un embarazo y parto normal, no consigue una nueva gestación a término con un RN normal.

Infertilidad y Esterilidad

Como media una pareja sin problemas de fertilidad, de unos 25 años que tiene relaciones sexuales regularmente, tiene un 25% de concebir c/ mes.

La mayoría por lo tanto alcanzan el embarazo dentro del primer año sin protección anticonceptiva.

Causas de la Esterilidad

- Maculinas 40%.
- Femeninas 40%
- Mixtas 20%

En el caso del **hombre** puede ser por falta de espermatozoides, porque su nº sea muy bajo, sean inmóviles o anormales.

La impotencia, la eyaculación precoz o retrógrada son causas también de esterilidad.

La **mujer** puede no ovular o hacerlo irregularmente, tener las trompas bloqueadas, endometriosis o problemas en el útero.

Pareja no estable.

Retraso en la maternidad.

ETS.

Obstrucción tubárica: la obstrucción de las trompas impide que los espermatozoides puedan llegar hasta el lugar del encuentro con el óvulo. Es la causa que motivó el desarrollo de la fecundación "in vitro".

Chlamydia: principal causa de obstrucción de las trompas es la infección por la bacteria **Chlamydia trachomatis**.

Es la enfermedad de transmisión sexual más común de los países desarrollados.

Menstruaciones irregulares: se ovula con menor frecuencia. Si no hay ovulación no hay óvulo y no puede haber fecundación. Para conocer la causa de las menstruaciones irregulares hay que hacer exámenes de LH, FSH, estradiol, ecografía vaginal en el 2º-3º día del ciclo, prolactina, TSH, T3, T4, DHEA-S, glucemia e insulina.

Enfermería Ginecológica

Endometriosis: crecimiento de tejido endometrial fuera del útero. Se ha encontrado en: ovarios, trompas, intestinos, vejiga, recto y hasta en pulmones.

Para poder confirmar el diagnóstico hay que hacer laparoscopia. La endometriosis suele dar reglas muy dolorosas.

Edad de la mujer y del hombre: un factor muy importante a considerar es la edad tanto en la mujer como en el hombre.

Mujer: la cantidad y calidad de los óvulos ↓ progresivamente después de los 30 y drásticamente después de los 40.

El endometrio también se deteriora con la edad se hace menos receptivo, menos especializado para recibir los embriones, permitir la implantación y el desarrollo normal del embarazo.

Todo esto causa: CAUSAS DE INFERTILIDAD EN LA MUJER.

- **Menor tasa de embarazos:** menos del 10%.
- **Mayor tasa de abortos:** el 70% son de causas genéticas.
- **Mayor tasa de RN con anomalías cromosómicas.**

Con los propios óvulos una mujer de 40 años, la probabilidad de lograr el embarazo es menor de 10% en cada intento, en cambio con los óvulos de una donante de menor edad la probabilidad de lograr embarazo es de 70% en cada intento.

CAUSAS DE INFERTILIDAD EN EL HOMBRE

Varicocele: como consecuencia de esta afectación en muchos hombres se observa baja concentración, baja movilidad y bajo porcentaje de espermatozoides normales.

INFERTILIDAD: Diagnóstico examen de salud de la mujer

- Examen físico general.
- Examen pélvico. Tamaño, forma, situación.
- Detección de ETS.
- Examen de orina completo.(infecciones, diabetes).
- Análisis de sangre. Perfil hormonal.
- Ecografía vaginal.
- Evaluación inmunológica.
- Test poscoital.
- Biopsia endometrial.
- Histerosalpingografía.
- Histeroscopia.
- Laparoscopia.
- Hidrotubación.

INFERTILIDAD: Diagnóstico examen de salud del hombre

- Examen físico general.
- Espermograma.
- Perfil hormonal completo.
- Evaluación inmunológica.
- Doppler escrotal.
- Biopsia testicular.

Tratamiento de la Infertilidad

Existe una gran variedad de alternativas.

La tasa de fertilidad de parejas de 24 años es sólo de 60-70% de embarazo después de mantener relaciones no protegidas durante 6 meses.

Enfermería Ginecológica

La edad de la pareja o de uno de los integrantes, si es superior a 24 años y además tiene problemas de fertilidad, el tiempo para lograr el éxito es de varios meses.

El paso inicial es la hiperestimulación ovárica controlada con la FSH.

Los métodos difieren en el procedimiento de fertilización o la fase y ruta por la que los embriones o gametos son transferidos nuevamente al organismo femenino.

Inducción de la ovulación

Es utilizado principalmente en mujeres que no ovulan regularmente.

La IO intenta restaurar el equilibrio hormonal, estimular el crecimiento de los folículos y así lograr el embarazo de forma natural (a menudo por relaciones sexuales programadas).

Un elemento decisivo para el éxito es que la relación sexual coincida en tiempo con la ovulación que el tratamiento ha logrado.

Se controla la respuesta al tratamiento mediante monitoreo de ultrasonidos y niveles de hormonas en sangre.

Inseminación IU o IC

Es uno de los métodos más simples de inseminación asistida. En las mujeres que no ovulan regularmente la IIU puede combinarse con la técnica de IO con gonadotropinas.

La IIU consiste en la introducción de espermias dentro del útero en el momento de la ovulación.

La tasa de éxito oscila del 10 – 20%, siempre y cuando el conteo de espermias se encuentre en límites normales y los conductos femeninos estén sanos.

Fertilización IN-VITRO

Es un proceso llevado paso a paso, por medio del cual múltiples ovocitos son extraídos de los folículos, fertilizados con espermias en laboratorio, hasta lograr por cultivo los primeros embriones que luego serán transferidos para su implantación en el útero.

En este tratamiento se utiliza dos tipos de hormonas una para la estimulación del crecimiento de folículos múltiples en el ovario (FSH) y otra para suprimir la producción orgánica natural de la hormona (LH).

Inyección de espermia intracitoplasmática

Es un tratamiento para los casos más dificultosos de infertilidad masculina.

La ICSI consiste en inocular en el ovocito una sola célula espermática a través de una aguja varias veces más fina que un cabello humano. Esta técnica utiliza microscopios de alta resolución.

La tasa de fertilización de de un 60 – 70% tres días más tarde el óvulo fecundado es transferido al útero.

Transferencia intratubarica de espermias

Este procedimiento se lleva a cabo mediante laparoscopia, y con anestesia general.

Los óvulos recogidos de los ovarios son transferidos en el 2° o 3° día en fase de cuatro u ocho células bajo control ecográfico a las trompas casi de forma inmediata, junto con una pequeña muestra de espermia.

Donación de ovocitos

Enfermería Ginecológica

Educación sanitaria y cuidados de enfermería

- Dar apoyo a la mujer.
- Prestarle ayuda y explicarle las técnicas para la correcta realización del tratamiento.
- Conseguir en la unidad un ambiente seguro, íntimo y de confianza para que la mujer pueda expresar con tranquilidad todas sus dudas y temores.

TEMA 9

Síndrome de Ovario Poliquístico

Síndrome de Ovario Poliquístico o Hirsutismo

Cuadro de hiperandrogenismo femenino que clínicamente se caracteriza por la triada clásica: **obesidad, hirsutismo, androgenización y anovulación.**

Histológicamente en ambos ovarios aparece engrosamiento de la Albugínea y múltiples quistes con hipertecosis y ausencia o rareza de estigmas y ovulación.

Cuadro Clínico: La mujer generalmente consulta a su médico por trastornos menstruales, obesidad, esterilidad e hirsutismo.

Diagnóstico: laparoscopia.

Tratamiento

No existe tratamiento etiológico por tanto todas las terapias son sintomáticas y a tratar el hiperandrogenismo, la anovulación cuando la consulta es por esterilidad.

Los quistes funcionales no requieren tratamiento quirúrgico, se hace seguimiento mediante laparoscopia dado su gran índice de reversibilidad.

TEMA 10

Enfermedad Inflamatoria Pélvica

Hace referencia a la inflamación e infección de los órganos genitales internos causados por la diseminación de microorganismos desde el tracto genital inferior. Es la complicación más grave y común de las ETS.

Etiología

Es una enfermedad polimicrobiana. Los responsables más frecuentes son la clamidias, gonococos y otros gérmenes anaerobios y aerobios.

Síntomas

- Dolor abdominal bajo.
- Descarga vaginal anormal.
- Febrícula.
- Dispareunia.
- Alteraciones menstruales.
- Dolor espontáneo, que se incrementa con la palpación abdominal, la movilización del útero y el tacto vaginal.

Factores de riesgo

- Mujer con antecedentes de ETS especialmente las causadas por gonococias y clamidias.
- Episodios anteriores de EIP.
- Adolescentes sexualmente activas.
- Tener varios compañeros sexuales incrementa el riesgo de padecer la EIP.
- El DIU puede favorecer el desarrollo de la EIP (inserción, el tiempo de uso, el tiempo de DIU, el hilo testigo y la paridad).
- Los anticonceptivos orales y los métodos de barrera se consideran protectores.

Diagnóstico clínico de presunción

- Mujer joven sexualmente activa con otros factores de riesgos para las ETS.
- Presenta dolor a la palpación abdominal.
- Sensibilidad en los anexos.
- Sensibilidad a la movilización uterina.

Criterios adicionales para el diagnóstico de EIP

- $T^a < 38^{\circ} C$.
- Flujo cervical o vaginal.
- Elevación de la VSG, de la proteína C reactiva.
- Estudio microbiológico de infección cervical de *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis*.

Diagnóstico definitivo

- Presencia de signos histológicos de endometritis.
- Ecografía vaginal que evidencie piosalpinx o absceso tubo-ováricos.
- Laparotomía con signos de EIP.

Diagnóstico de enfermería

- Déficit de conocimiento en relación con la causa y el tratamiento.
- Alto riesgo de infección relacionado con procesos inflamatorios, como pérdida de la integridad cutánea y de los órganos.
- Dolor (molestias) relacionados con la infección.
- Alto riesgo de disfunción sexual, relacionado con el temor a la infección.

Enfermería Ginecológica

Atención de enfermería y educación para la salud

- Dar confianza y tranquilidad a la mujer para que pueda expresar sus síntomas, temores y dudas.
- Comente como es la transmisión, el tratamiento y la prevención de la infección.
- Proporcionar material de enseñanza relacionado con el tratamiento y con las formas de reducir al mínimo los riesgos.
- Asegurarse que la mujer ha entendido bien las pautas del tratamiento y la importancia del mismo.
- Conseguir que la mujer realice el tratamiento correcta y completamente.
- Asegure a la mujer que si cumple el tratamiento prescrito la mayor parte de las molestias y los síntomas remitirán.

TEMA 11

Dolor pelviano

Dolor pelviano

Es uno de los tres grandes síndromes ginecológicos, pero es el que menos relacionado está con el aparato genital. Hay un gran componente psicomático fruto de la somatización en el aparato genital de las disfunciones sexuales y de las alteraciones psíquicas.

Clasificación

Agudo: → orgánicas: Obstétricas, ginecológicas y no ginecológicas.

Crónico: ginecológico, extra – ginecológico y psicossomático.

Diagnóstico: se hace a través de ecografía y/o laparoscopia.

Diagnóstico de enfermería

- Dolor o molestia relacionada con trastornos ginecológicos.
- Ansiedad, relacionada con el tratamiento y el pronóstico del dolor pelviano.
- Déficit de conocimiento en relación con la etiología o el diagnóstico y el tratamiento del dolor.
- Afrontamiento individual ineficaz en relación con los elementos estresantes capaces de agravar el dolor.

Educación para la salud y cuidados de enfermería

- La enfermera/o debe ayudar a la mujer a definir cuáles son sus síntomas, molestias y preocupaciones.
- Asesorarla sobre como irá notando la aparición del dolor y su relación con los sucesos de su vida, para poder valorar las fuentes de estrés y su aparición o empeoramiento.
- Evaluar el carácter y gravedad del dolor.
- Examinar los temores de la mujer, identifique y corrija conceptos erróneos.
- Proporcionar información sobre el control del dolor.
- Conocer la conducta de la mujer durante la dismenorrea o dolor pelviano.
- Animar a la mujer a solucionar el problema o buscar otros recursos, según las necesidades.

SÍNDROME DE TENSIÓN PREMENSTRUAL

Trastornos que se presentan unos días previos a la menstruación (5 – 10 días) y desaparecen con su inicio, o como mucho durante el 1º o 2º día del ciclo.

Se produce con mayor frecuencia en mujeres mayores de 30 años.

Puede comenzar al final de la 2ª década y aumentar en intensidad a medida que se acerca a la menopausia.

Diagnóstico de enfermería

- Dolor o molestia relacionados con edema, presión de órganos o desviaciones hormonales a STP.
- Intolerancia a la actividad relacionada con letargo, fatiga y disfunción psiconeuroendocrina.
- Mantenimiento de la salud alterado en relación con los cambios cíclicos asociados al STP.
- Ansiedad relacionada con el tratamiento y el pronóstico.

Educación para la salud y cuidados de enfermería

- La enfermera/o debe ayudar a la mujer a definir cuáles son sus síntomas, molestias y preocupaciones.
- Asesorarla sobre como irá notando la aparición del dolor y su relación con los sucesos de su vida, para poder valorar las fuentes de estrés y su aparición o empeoramiento.
- Proporcionar información sobre el control del dolor.
- Posibles causas de sus síntomas y las diversas alternativas en cuidados, hábitos de vida, ejercicios, dieta y tratamientos.
- Los grupos de apoyo pueden ayudarla también en el afrontamiento y reducción de la tensión.

Enfermería Ginecológica

- Evaluar el carácter e intensidad de los síntomas.
- Valorar las variaciones de las actividades habituales de la mujer y comentar los métodos para reducir al mínimo los cambios cíclicos.

DISMENORREA

Conjunto de síntomas de tipo cólico que se presentan a la vez que la menstruación o unos días antes y a lo largo de ella con una intensidad decreciente, suelen desaparecer a las 48, 72 horas después de iniciada la menstruación.

Sintomatología

- Dolor abdominal bajo y pélvico.
- Dolor en la zona lumbar, calambres y dolor de piernas.
- Cefaleas, mareos, vómitos, acné, falta de apetito, edemas, diarreas...

Tipos

Primaria: cuando no existe ninguna causa orgánica que la justifique. Suele aparecer entre los 6-12 meses de aparición de la menarquía.

Causas. Diversas teorías:

- Se asocia siempre a ciclos ováricos
- Al aumento de las prostaglandinas, que causan contractilidad del miometrio, causantes de la isquemia que cursa con dolor.
- Factores psicológicos.

Secundaria: cuando se considera como un síntoma de alguna patología genital. Es decir existe una causa orgánica que la justifique.

Causas

- Endometriosis
- Ovarios poliquísticos
- Tumores
- Mujeres portadoras de DIU
- Estenosis de cérvix
- Procesos infecciosos...

Diagnóstico de enfermería

- Dolor o molestia relacionada con trastornos ginecológicos.
- Ansiedad, relacionada con el tratamiento y el pronóstico del dolor pelviano.
- Déficit de conocimiento en relación con la etiología o el diagnóstico y el tratamiento del dolor.
- Afrontamiento individual ineficaz en relación con los elementos estresantes capaces de agravar el dolor.

Educación para la salud y cuidados de enfermería

- Explicar a la mujer los hábitos de vida y cuidados específicos que le ayuden a reconocer, su cuerpo, su menstruación y como aliviar el dolor.
- Ofrecer escucha y apoyo.

Recomendaciones:

- Ejercicio pélvico de balanceo. Ejercicio físico moderado.
- Dieta pobre en sal, alimentos diuréticos y calientes.
- Calor en la zona del dolor, descansar y dormir.
- Acupuntura.
- Evitar el estrés y la fatiga.
- Atención psicológica.

Enfermería Ginecológica

DISPAREUNIA

Dolor a la penetración del pene en la vagina. Suele provocar anorgasmia.

Etiología

- **Orgánica:** Estenosis del introito vaginal, himen rígido, atrofia vaginal post menopausia, cicatrices, endometriosis pélvica e infecciones genitales baja.
- **Funcional:** Ausencia de relajación, falta de lubricación.
- **Psicógena**

Educación para la salud y cuidados de enfermería

- La enfermera/o debe ayudar a la mujer a definir cuáles son sus síntomas, molestias y preocupaciones.
- Valorar cuáles son las fuentes de estrés que pueden incidir negativamente en su salud. Debe asesorarla y ayudarla para que adquiera unos correctos hábitos de salud.
- Ponerla en contacto si fuera necesario con los distintos componentes del equipo de salud para que den solución a su problema.

VAGINISMO

Es una patología de naturaleza psicomática por la contracción involuntaria de los músculos de la vagina que llega a impedir la introducción del pene en la misma.

Etiología

- Incorrecta educación sexual
- Rechazo inconsciente a la pareja
- Dispareunia
- Tendencia homosexual
- Traumas sexuales previos, como violaciones.

Educación para la salud y cuidados de enfermería

- La enfermera/o debe ayudar a la mujer a definir cuáles son sus síntomas, molestias y preocupaciones.
- Debe en cuanto a educación sexual.
- Aconsejarla a ella y a su pareja que acudan a un profesional.

FRIGIDEZ

Imposibilidad de la mujer para alcanzar el orgasmo tras coitos normales.

Puede ser: Absoluta, relativa, primaria, secundaria, constante, ocasional.

Causas:

- En ocasiones la frigidez no obedece a una causa psíquica, sino orgánica como puede ser la dispareunia
- La falta de estimulación sexual de la mujer por parte del varón, y el coito interruptus son la causa más frecuente en los países donde no se ha generado la educación sexual.

Educación para la salud y cuidados de enfermería

- La enfermera/o debe ayudar a la mujer a definir cuáles son sus síntomas, molestias y preocupaciones.
- Debe en cuanto a educación sexual.
- Aconsejarla a ella y a su pareja que acudan a un profesional.

TEMA 12

Patología benigna de la vulva, vagina y cuello uterino

Patología benigna de la vulva. Clasificación de Janouski y Douglas

1. **Malformaciones y anomalías congénitas**
2. **Heterotopías** (baja incidencia. En la vulva puede hallarse tejido endometrial y tejido mamario)
3. **Infecciones** (La más común es la **Bartholinitis**, se origina por el cierre del conducto excretor, manteniendo la glándula su actividad secretora. Se localiza en el tercio inferior del labio mayor. La infección aguda es muy aparatosa, la mujer refiere dolor intenso que aumenta al caminar.
A la inspección de la vulva se observa un labio mayor abultado, enrojecido y con frecuencia se ve salir una gota de pus por el conducto excretor de la glándula. El absceso tiende a abrirse espontáneamente.
4. **Lesiones causadas por las ETS**
5. **Viriasis vulvar**
6. **Distrofias de la vulva:** Esta terminología se propuso para designar lesiones de la vulva mal definida, mal delimitada y con un potencial evolutivo muy heterogéneo. **2 grandes grupos:**
 - ✓ **Alteraciones no neoplásicas de la piel y mucosas:**
 - **Liquen escleroso:** Etiología desconocida, de más frecuencia en mujeres postmenopausica. Se caracteriza por una pápula de color blanco o marfileño plana de forma poligonal y con una zona central engrosada. Estas pápulas tienden a confluir originando placas o manchas en sábanas en la región perineal, ano y vulva.
Síntoma más frecuente, el prurito, con picor, quemazón, disuria y dispareunia.
 - **Hiperplasia de las células escamosas:** Liquen simple crónico.
 - ✓ **Alteraciones neoplásicas de la piel y mucosa:**
 - Displasia leve: **VIN I**
 - Displasia moderada: **VIN II**
 - **Displasia grave o carcinoma “in situ”**
7. **Tumores benignos**

Educación sanitaria y cuidados de enfermería (antes de las distrofias vulvares)

- El profesional de enfermería evaluará las conductas de riesgo del individuo y facilitará la información sobre cómo realizar el tratamiento.
- Informará al paciente como hacer los cuidados de limpieza de la zona afectada.
- Si fuera necesario derivará al usuario a otros profesionales de la salud de los que necesitará consejo.

Educación sanitaria y atención de enfermería (después de hiperplasia de las células escamosas)

- El profesional sanitario debe realizar una escucha activa, hablando poco y dejando hablar al paciente, en un espacio íntimo y permitiéndole expresar sus angustias y temores.
- Asesorarle e intentar dar respuestas a sus preguntas, dudas y miedos con un lenguaje claro y sencillo sin juzgar y en un tono cálido y tranquilizador.
- Evaluará las conductas de riesgo del individuo y facilitará información sobre cómo realizar el tratamiento.

Patologías del cuello uterino

1. **Eritroplasia o erosión cervical:** Se caracteriza por una mancha roja que aparece en el orificio cervical externo y que contrasta con el color rosa del resto del portio y que sangra fácilmente al roce. En la mayoría de los casos asintomática, en ocasiones puede producir secreción de aspecto cleroso. Solo existe dolor cuando hay inflamación sobreañadida.

Educación para la salud y cuidados de enfermería

- El profesional de enfermería explicará al usuario sobre los hábitos a seguir respecto al tratamiento y limpieza de los genitales.
- Lo escuchará atentamente y tranquilizará.
- Informará del comportamiento a llevar con respecto a su actividad sexual durante el tratamiento si lo hubiere.

Enfermería Ginecológica

2. Malformaciones

3. **Desgarros:** se producen en el curso de un parto normal o distócico. Puede originar hemorragias en el momento que se produce.
4. **Estenosis:** poco frecuente pero que puede conducir a trastornos importantes. Existen 2 grupos: Por **anomalías congénitas o causas adquiridas** como infecciones, traumatismos. Causa dolor localizado en el bajo vientre.

Educación para la salud y cuidados de enfermería

- Dependerá de la situación en que se encuentre el paciente.
 - Si está hospitalizado o de carácter ambulatorio.
 - Una vez dado de alta se le asesorará como continuar con su vida cotidiana normal.
 - Se le explicará cuando reanudar su actividad sexual.
5. **Inflamaciones:** en las formas agudas el síntoma más importante es el flujo, que suele tener aspecto purulento. Las formas crónicas suelen ser sintomáticas.

Educación para la salud y cuidados de enfermería

- Explicar clara y sencillamente la forma de administrarse la medicación.
- Autocuidados y precauciones durante la enfermedad.
- Prevención de las infecciones y de sus recidivas.
- Características de la enfermedad en cuanto a contagio, signos, síntomas y - evolución.
- Consecuencias sobre su fertilidad.

6. Tumores benignos

7. **Neoplasia cervical intraepitelial:** Actualmente también es el sistema Bethesda llamada Lesión Escamosa Intraepitelial (SIL) es una alteración progresiva de maduración y diferenciación de los epitelios, que van desde su forma más leve hasta carcinoma in situ. La característica principal de esta lesión es que la alteración del epitelio respeta la membrana basal y se considera una lesión precursora del cáncer invasor de cérvix.

CIN grado I o displasia leve: Las alteraciones afectan aproximadamente al tercio inferior del grosor total del epitelio

CIN grado II o displasia moderada: Las alteraciones afectan entre uno o dos tercios de todo el espesor del epitelio.

CIN grado III o displasia grave o carcinoma in situ: Afecta a todo el grosor del epitelio.

Clasificación según la FIGO (CIN)

- **Estadio I:** tumor limitado al cérvix.
- **Estadio II:** el tumor se extiende fuera del cuello, pero sin llegar a pared pélvica ni tercio inferior de la vagina.
- **Estadio III:** afecta a la pared pélvica y al tercio inferior de la vagina.
- **Estadio IV:** afecta a la vejiga y recto y metástasis extrapélvica.

TEMA 13

Enfermedades de Transmisión Sexual

Son las que se transmiten o contagian durante las relaciones homo o heterosexuales.

¿Cómo se transmiten?

- Durante la actividad sexual, que incluye sexo vaginal, oral y anal.
- Por el contacto con sangre infectada.
- Y de madre a hijo.

Desde los 80 ha aumentado su frecuencia por diferentes motivos:

- Uso y abuso indebido de los ATBs.
- Alcohol, drogas, libertad de costumbres.
- Aumento de la promiscuidad.
- Uso de anticonceptivos orales.
- Mayor movilidad de la población.

CLASIFICACIÓN

Síndromes caracterizados por descarga vaginal: Tricomoniasis, vaginosis bacteriana y candidiasis genital.

Síndromes caracterizados por cervicitis y/o uretritis: Gonococia e infección genital por clamidia.

Síndromes caracterizados por úlceras genitales: Sífilis, herpes genital y chancro blando.

Síndromes caracterizados por manifestaciones cutáneas: Infección por papilomavirus humano, molusco contagioso, escabiosis, pediculosis púbica.

Las ETS más frecuentes son:

Trichomoniasis: En las mujeres produce leucorrea, picor e irritación vulvo-vaginal. El flujo suele ser amarillento-verdoso o grisáceo, espumoso y a veces con olor fétido. También puede haber disuria y dispareunia. En el hombre generalmente sin síntomas.

Candidiasis: Periodo de incubación de 2-5 días. Produce vulvo-vaginitis, prurito, leucorrea abundante blanca y grumosa, dispareunia y disuria. Una semana antes de la menstruación se exacerban los síntomas.

Gonococia: En la mujer por lo general no provoca síntomas, cuando se manifiestan: Disuria, dolor pélvico y dispareunia. Si no hay tratamiento, dolor pélvico crónico, infertilidad y embarazos ectópicos. La mujer puede contagiar al RN en el momento del parto. En el hombre suele ocasionar uretritis aguda con disuria, secreción uretral abundante, amarilla y cremosa.

Clamidia: En la mujer el diagnóstico es difícil porque ocasiona una cervicitis asintomática y si se produce algún signo o síntoma es inespecífico. En el hombre se manifiesta como una uretritis subaguda con descarga uretral, mucosa escasa y discreta disuria. Puede complicar con una epididimitis o síndrome de Reiter.

Sífilis: Primaria (chancro sífilico entre 2 y 6 semanas), Secundaria (Diseminación hematogénica del *Treponema pallidum*), latente (Pasado dos años, periodo asintomático) y terciaria (Manifestaciones cutáneas o viscerales) Solo se contagia en las 2 primeras etapas.

Herpes genital: Aparición de un grupo de vesículas en racimos rodeadas por un eritema en la zona de la infección.

VIH: Transmisión por vía parenteral, vía sexual, vía vertical (en el embarazo, momento del parto y después del nacimiento). Progresa desde un estadio completamente asintomático hasta un estadio de profunda afectación del sistema inmunitario.

Enfermería Ginecológica

Medidas de Prevención

- Abstinencia sexual 100%
- Practicar sexo seguro
- Pocos cambios frecuentes de pareja
- Hacerse un análisis de ETS cada vez que se crea estar en riesgo
- Si ETS → avisar a la pareja
- Si ETS → pareja → tratamiento
- Si ETS → No relaciones sexuales
- Hablar con la pareja de su pasado sexual
- Observar el cuerpo de la pareja fijándose en indicios de ETS
- Reconocer indicios y síntomas de ETS
- Tratamiento medico
- No automedicarse

Educación para la salud y atención de enfermería

- Indicar a la mujer y a la pareja como hacer el tratamiento correctamente.
- Explicar la limpieza de los genitales.
- Como llevar la actividad sexual durante el tratamiento.
- Asegurarnos que la mujer ha entendido las repercusiones de su patología para su vida reproductiva.

TEMA 14

Endometriosis. Adenomiosis

Endometriosis

Es la presencia de tejido endometrial funcionante fuera de la cavidad uterina. Si el tejido endometrial ectópico se localiza en el miometrio, se conoce como **endometriosis interna o adenomiosis**. Otras localizaciones son los ovarios, trompas, saco de Douglas, vejiga y uréter. Las restantes localizaciones fuera del útero se denominan **endometriosis externa o simplemente endometriosis**.

Sintomatología

Son inespecíficos y pueden confundirse con otros cuadros clínicos. Dolor, dismenorrea, dispareunia, dolor al defecar durante la menstruación.

TEMA 15

Mioma uterino

Mioma uterino

Tumor en la musculatura uterina con un componente de tejido de sostén que varía en su proporción, llamado también liolioma. Se trata de una alteración muy frecuente que afecta a un 37 % de las mujeres y que se presenta as en la raza negra. En un 90% de los casos aparece en mujeres de edades entre los 35-55 años. Son muy raros en mujeres jóvenes. No aparecen después de la menopausia porque son tumores de estrógenos.

Sintomatología

Trastornos menstruales (menorragia, hipermenorragia), dolores abdominales con menos frecuencia y alteración de la función reproductiva.

TEMA 16

Tumores benignos del ovario

Constituyen el 70% u 80% de los tumores. Pueden ser de distinto rango histológico y morfológico. Más del 65% de estos tumores son quistes provistos de líquido.

- **Folicular:** es el más común, 50 % del total de los tumores de ovario.
- **Endometriótico:** es un tumor de contenido líquido pero espeso semejante al chocolate.
- **Dermoide:** de origen embrionario y constituye aproximadamente el 10 % del total de los tumores.

TEMA 17

Prolapso genital

Prolapso genital, descenso de uno o varios de los órganos pélvicos a través de la vagina.

Prolapso uterino, descenso de este órgano por debajo de su situación.

Prolapso de las paredes de la vagina (colpocele) anterior o posterior según afecte a una pared o a otra.

Prolapso de la vejiga urinaria (cistocele)

Prolapso del recto (rectocele)

Fisiopatología

Un papel fundamental es la alteración de las estructuras de sostén y soporte, fundamentalmente los ligamentos de sujeción interna y los músculos y fascias del suelo de la pelvis, destacando los elevadores del ano y el resto del diafragma pélvico.

Sobre este tipo de sistema pueden actuar factores y situaciones de riesgo capaces de alterar su integridad. Partos, constitución genética, edad, circunstancias socioeconómicas, lesiones quirúrgicas...

Es un problema que con el tiempo evoluciona de forma negativa. A medida que el factor edad va actuando el descenso se acentúa.

Grados

- **Primer grado:** el portio uterino no sobrepasa el plano de la vulva, por lo que no se aprecia sin exploración.
- **Segundo grado:** el cuello alcanza el plano vulvar y se aprecia con la inspección perineal.
- **Tercer grado:** el portio sobrepasa la vulva emergiendo parcial o totalmente al exterior.

Signos y síntomas

- Sensación de bulto en los genitales. Es la causa más frecuente de consulta
- Molestias en el bajo vientre en forma de dolor o tirantez.
- Trastornos funcionales urinarios: Polaquiuria, disuria, e incontinencia urinaria de esfuerzo son frecuentes.
- Trastornos defecatorios: Estreñimiento, tenesmo
- Hemorragias.

TEMA 18

Incontinencia urinaria

Incontinencia urinaria

Pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable, que causa un problema físico, social, económico, higiénico y psicológico.

El término incontinencia hace referencia a un síntoma: forma de referir la persona la pérdida de orina.

Signo: es la demostración objetiva de la pérdida de orina.

Condición: demostración urodinámica de la causa.

Ciclo miccional

Fase de llenado:

- Relajación del músculo Detrusor.
- Contracción esfínteres uretrales.

Fase de vaciado:

- Contracción del músculo Detrusor.
- Relajación esfínteres uretrales.

Clasificación de la Incontinencia Urinaria

1. **Incontinencia de urgencia:** pérdida involuntaria de orina asociada a un deseo intenso de orinar. La urgencia puede asociarse a dos tipos de disfunciones, **Hiperactividad del musculo detrusor, hipersensibilidad vesical.**
2. **Incontinencia de esfuerzo:**

El síntoma es: es la pérdida involuntaria de orina durante el ejercicio físico.

El signo es: es la observación de la pérdida de orina por la uretra durante el ejercicio físico.

La condición es: es la pérdida involuntaria de orina que se produce cuando la presión intravesical supera a la presión uretral máxima en ausencia de contracción del detrusor.

3. **Incontinencia refleja:** Pérdida de orina debida a una hipereflexia del destrusor y/o relajación uretral involuntaria, sin sensación asociada habitualmente con el deseo de orinar. Esta solo se observa cuando hay una patología neurológica.
4. **Incontinencia por rebosamiento:** Pérdida involuntaria de orina asociada a la sobredistension de la vejiga. (Retención urinaria).
5. **Incontinencia inconsciente:** Es la pérdida de orina sin sensación de urgencia y sin tener conciencia de que existe escape de la misma.
6. **Enuresis:** es la forma sintomática de la incontinencia que hace referencia a cualquier pérdida involuntaria de orina, para las pérdidas durante el sueño debe especificarse "enuresis nocturna".

Test de Incontinencia

Permite evidenciar la pérdida de control de orina con los esfuerzos (IUE) así como su intensidad. **El test se considera positivo si se produce:**

- Pérdidas de gotas (+).
- Pérdida de chorro (++)
- Deja un charco (+++).

TEMA 19

Enfermedad benigna de la mama

Clínicamente son fáciles de diagnosticar, se trata de tumoraciones duras, móviles, esféricas u ovoides bien delimitadas que se desplazan fácilmente entre los dedos del explorador.

Diagnostico para el estudio de la mama

- Ecografía.
- Mamografía.
- Citología.
- Biopsia.

Clasificación de la OMS de los tumores benignos de la mama

1. Tumores epiteliales (adenoma y papiloma intraductual).
2. Tumores mixtos epiteliales (fibroadenoma y tumor filoides).
3. Enfermedad fibroquística (mastopatía fibroquística).
4. Lesiones seudotumorales.
5. Otros tumores.

Fibroadenoma

Tumor benigno que se produce como consecuencia de una proliferación excesiva tanto del epitelio como del estroma mamario. Es un tumor muy frecuente. Aparece sobre todo en la década de los 20 a los 30 años.

Exploración clínica (Diagnóstico): Se trata de tumoraciones duras, móviles, esféricas u ovoides bien delimitadas que se desplazan fácilmente entre los dedos del explorador.

Exploraciones complementarias: Mamografía, citología y ecografía.

Mastopatía Fibroquística

Patología benigna de la mama, también conocida como displasia mamaria. De etiología presumiblemente dishormonal se cree debida a una disfunción de las hormonas sexuales.

Factores predisponentes: Nuliparidad, edad tardía del primer parto, dieta rica en grasas, obesidad, la lactancia se considera un factor protector.

Diagnostico: Exploración clínica, mamografía, ecografía y citología

Educación para la salud y atención de enfermería

- Es fundamental que la mujer realice cada mes durante todos los meses de su vida la autoexploración mamaria, es una forma de diagnóstico precoz de cualquier enfermedad de la mama.
- La enfermera/o enseñará a la mujer ha hacer correctamente la autoexploración, y le hará entender lo importante que es para su salud realizar esta exploración.
- Le ayudará a resolver sus dudas, angustias y miedos.

TEMA 20

Tumores malignos de la vulva y vagina

Tumores malignos de la vulva

Son tumores relativamente raros.

- Epiteliales.
- Conjuntivos.
- Melanoma.
- Metastático.

El más frecuente es el epitelial, habitualmente aparecen en mujeres de edad avanzada.

No se conoce, pero la experiencia ha demostrado que guarda relación con ciertas lesiones de la vulva. Se extiende por continuidad y por vía linfática.

Sintomatología

- Prurito y ardor.
- Pérdidas hemáticas o flujo serohemático.
- Lesión vulvar en forma de nódulo (en fases avanzadas).

Neoplasias vaginal intraepitelial (VAIN)

Comprende las alteraciones del epitelio escamoso que recubre la vagina, el cual muestra ausencia de maduración, con pérdida de la polaridad celular y mitosis anormales.

Cuando las **anomalías afectan sólo al tercio inferior del epitelio** la VAIN se designa de grado I, si las alteraciones comprenden los **dos tercios inferiores** se denomina VAIN II y si se alcanza **todo el espesor del epitelio** VAIN III. Es poco frecuente.

Etiopatogenia

- Relaciones sexuales tempranas
- Promiscuidad sexual
- Infecciones víricas (particularmente el papilovirus)
- Multiparidad
- Tabaco.

Pueden ser: cáncer escamoso de vagina, adenocarcinoma de vagina, sarcoma, melanoma maligno, tumores metastásicos.

TEMA 21

Cáncer de Cérvix

Factores de riesgo

- Virus del papiloma humano (HVH).
- **Conducta sexual:** inicio precoz de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales de la mujer y número de parejas sexuales del hombre.
- Inmunosupresión.
- **Tabaco:** + de 20 cigarrillos por día.
- **Otros factores:** multiparidad, nivel socioeconómico y factores dietéticos.

TEMA 22

Cáncer de Endometrio

Es el cáncer ginecológico más frecuente

Clasificación del cáncer de Endometrio según FIGO

Estadio I: Tumor limitado al endometrio.

Estadio II: Tumor afecta al cérvix.

Estadio III: Afectación de la pared pélvica y vagina.

Estadio IV: Afectación de vejiga y recto, y metástasis a distancia.

Manifestaciones clínicas

El síntoma más frecuente es la hemorragia uterina anormal. Puede aparecer flujo vaginal acuoso o serosanguinolento. El dolor es un síntoma tardío típico de fases avanzadas de la enfermedad.

Educación para la salud y atención de enfermería

La biopsia es una prueba que se realiza sin anestesia, es molesta por tanto se le informará a la mujer y se le dará apoyo, además se informará de:

- Duración de las pérdidas.
- Evitar el coito, las duchas vaginales y los tampones mientras duren las pérdidas.
- La histeroscopia y el legrado con técnicas que se realizan bajo anestesia, por lo tanto los cuidados dependerán del tipo de anestesia.

TEMA 23

Sarcoma de útero, cáncer de trompas y ovarios

Sarcoma uterino

Tumor maligno de origen mesodérmico que se origina a partir de músculo liso, del estroma endometrial o del tejido conjuntivo situado entre las fibras musculares del endometrio.

Aunque pueden aparecer a cualquier edad la época de máxima incidencia oscila entre los 30 y los 70 años.

En la fase precoz suelen ser asintomático.

El síntoma más frecuente es la hemorragia, que puede ser pérdidas intermenstruales en mujeres postmenopáusicas.

Cáncer de trompas

Es una neoplasia poco frecuente. La sintomatología es poco específica, a veces dolor en fosas iliacas y pérdidas vaginales acuosas abundantes y esporádicas.

Cáncer de ovario

Es difícil el diagnóstico preoperatorio de malignidad de los tumores ováricos. Los tumores de ovarios producen un cuadro clínico poco específico, por lo que si diagnóstico se hace en un elevado número de casos en fases muy avanzadas.

TEMA 24

Cáncer de mama

Estos tumores además de producir alteración en el órgano afectado, tiene la capacidad de invadir otros tejidos y órganos del cuerpo cercanos y también diseminarse por vía sanguínea a través del sistema linfático, llegando a otras zonas del cuerpo donde pueden formarse tumores secundarios.

Factores de riesgo

- Como en la mayoría de los tumores la etiología es desconocida.
- Cáncer unilateral posterior.
- Antecedentes familiares.
- Patología benigna previa.
- Antecedentes de tumores malignos en otras localizaciones.
- Nulíparas o mujeres que han parido con más de 35 años.
- Menarquia precoz o menopausia tardía.
- Mujeres con exceso de peso o cuya alimentación contiene demasiadas grasas de origen animal.
- Administración exógena de estrógenos.
- El riesgo aumenta con la edad.

A pesar de todos los factores de riesgo descrito no hay que olvidar que más de un 75% de casos el cáncer aparece de forma esporádica, es decir en las mujeres que no tienen ningún factor de riesgo. Para establecer un buen **cribaje** poblacional deberíamos disponer de una **prueba** que fuera:

- Sencilla de realizar.
- Indolora.
- Sin efectos secundarios.
- Buena sensibilidad y especificidad para la enfermedad a diagnosticar.
- Bajo coste.

Enfermería Ginecológica

Diagnóstico

La mayoría consultan por:

- Álgias.
- Aparición de zonas induradas o nódulos.
- Retracciones de piel y/o pezón.
- Signos inflamatorios.
- Secreción por el pezón.
- Hoy gracias al diagnóstico precoz el 80% de las mujeres no presentan ningún síntoma en el momento del diagnóstico.

Exploraciones y pruebas complementarias:

- Autoexploración mamaria.
- Mamografía.
- Ecografía.
- Citología (punción, secreción, impronta).
- Estudios genéticos.

Tratamiento

- Quirúrgico: cirugía conservadora o mastectomía.
- Radioterapia.
- Quimioterapia.
- Hormonoterapia.
- Inmunoterapia.

TEMA 25

Cuidados y atención de enfermería ante la Cirugía Mamaria

Cirugía mamaria. Diagnóstico de enfermería

- Alteración de la autoestima → autoimagen.
- Ansiedad → muerte.
- Lucha individual ineficaz → vulnerabilidad.
- Lucha familiar ineficaz.
- Procesos familiares alterados.
- Miedo → incapacidades.
- Tristeza → enfermedad.
- Alteración de la imagen corporal.
- Dolor.
- Alteración del patrón del sueño.
- Nutrición alterada.
- Pérdida de la integridad de la piel.
- Movilidad física alterada → dolor.
- Estreñimiento.
- Diarrea.
- Disfunción sexual.

Cuidados preoperatorios

- Historia clínica.
- Impreso de consentimiento quirúrgico.
- Pruebas complementarias.
- ❖ **Preparación de la enferma:**
- Valoración de la ansiedad → extirpación.
- Información a la enferma y familiares sobre el entorno hospitalario.
- Explicarle la importancia y finalidad de todos los procedimientos preoperatorios.
- Administración de la premedicación.
- Preparación de la zona quirúrgica.

Cuidados postoperatorios inmediatos

- Control del equilibrio hemodinámico.
- Signos vitales.
- Control de drenajes axilares, pectorales o ambos.
- Administración de medicación prescrita.
- Valorar los signos de dolor.
- Correcta colocación postural (Fowler).
- Identificar lo más precoz posible cualquier posible complicación quirúrgica.
- No deben hacerse extracciones ni medir la PA en el brazo afectado.
- El inicio precoz de la movilización de la extremidad afectada evitará el acortamiento muscular, la hinchazón y la contractura del manguito del hombro.

Complicaciones quirúrgicas

- Hemorragias postoperatorias por lesión de los vasos axilares.
- Lesiones músculo – nerviosas por sección o compresiones.
- Seromas.
- Linfedema.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS

Quimioterapia

❖ **Toxicidad hematológica:**

- Leucopenia.
- Anemia.
- Trombocitopenia.

Estos efectos serán controlados por el equipo oncológico haciendo prevención y profilaxis de la infección.

❖ **Afectación gastrointestinal:**

- **Diarreas:** dietas astringentes, hidratación y tratamiento medicamentoso.
- **Estomatitis o mucositis oral:** buena higiene bucal
- **Nauseas y vómitos:** pautas y horarios en las comidas.

Alopecia

Efectos en la piel → hiperpigmentación, cambios en las uñas.

Esterilidad

Recomendaciones y cuidados de enfermería

- Reposo antes y después de las comidas.
- Sugerir varias comidas de poca cantidad a lo largo del día.
- Las bebidas ácidas y los líquidos efervescentes pueden aliviar la náusea.
- Sugerir una dieta rica en proteínas y carbohidratos.
- Lavarse la boca después de cada comida con un antiséptico.
- Se recomienda un corte de pelo antes de iniciar los ciclos de quimioterapia.
- No tomar el sol durante el proceso que dure la quimioterapia.
- Llevar uñas lo más cortas posible.
- Aconsejar a la mujer a evitar la visita de personas con infecciones respiratorias altas.
- Aislamiento si el recuento de leucocitos es muy bajo.
- Administrar fármacos antibióticos si prescripción.

Radioterapia. Recomendaciones y cuidados de enfermería

La complicación más temida es la radiodermatitis. Se puede tratar manteniendo la piel seca y aireada, pueden emplearse soluciones con manzanilla y secado de la piel sin frotar.

Cuando aparece descamación seca, prurito y vesículas, debe suspenderse el tratamiento y proceder a curas específicas con cremas corticoides, vendajes con apósitos de silicona. Antiinflamatorios, control y tratamiento de la infección.

Hormonoterapia

Consiste en utilizar medicamentos que actúan como antihormonas con el objetivo de frenar el crecimiento de las células cancerosas. El tratamiento estándar se realiza con tamoxifeno durante 5 años, aunque hay estudios que indican un efecto más beneficioso si se prolonga hasta los 10 años.

Inmunoterapia

Es una terapia que está aún en fase de ensayo clínico, se conoce también como una terapia biológica. Consiste en tomar sustancias que estimulan las respuestas del sistema inmunológico frente al cáncer o bien ayudan al organismo a recuperarse de los efectos secundarios de otras terapias.

