

GINECO- OBSTETRICIA



GINECO- OBSTETRICIA



GINECO- OBSTETRICIA

AUTORES

Md. Jefferson Steven Rivera Moreira
Md. Karla Alejandra Fabiani Portilla
Md. Katherine Andrea Flores Poveda
Md. Cristina Alexandra Vera Moncayo
Md. Priscila Omayra Ocampo Moreira
Md. Vicente Angel Ortega Reyes
Md. Erika Claribel Alban Estrada
Md. Delia Jamiley Naranjo Piña
Md. Giannella Lissette Ramirez Lopez
Md. Denisse Lissette Flores Subia

GINECO- OBSTETRICIA

REVISORES

José Gregorio Loaiza Suárez

Médico Cirujano; Especialista en Salud Pública;
Especialista en Obstetricia y Ginecología;
Instituto de Tecnología de Yaracuy (IUTY)

Eva Herrera de Alvarado

Médico Cirujano; Msc. Osteología y Metabolismo Mineral;
Especialista en Nutrición; Doctora en Medicina
Universidad Experimental de los llanos Centrales
Rómulo Gallegos

DATOS DE CATALOGACIÓN

Jefferson Steven Rivera Moreira
Karla Alejandra Fabiani Portilla
Katherine Andrea Flores Poveda
Cristina Alexandra Vera Moncayo
Priscila Omayra Ocampo Moreira
AUTORES: Vicente Angel Ortega Reyes
Erika Claribel Alban Estrada
Delia Jamiley Naranjo Piña
Giannella Lissette Ramirez Lopez
Denisse Lissette Flores Subia

Título: Gineco-Obstetricia

Descriptor: Ciencias Médicas; Ginecología; Historia; Mujeres; Atención Médica; Educación Médica.

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-787-55-2

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2019

Área: Educación Superior

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 133

DOI: <http://dx.doi.org/10.26820/978-9942-787-55-2>



Texto para Docentes y Estudiantes Universitarios

El proyecto didáctico *Gineco-Obstetricia*, es una obra colectiva creada por sus autores y publicada por *MAWIL*; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de *MAWIL* de New Jersey.

© *Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.*

*Director General: MBA. Vanessa Pamela Qhispe Morocho Ing.

*Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

*Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Aymara Galanton.

*Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores

ÍNDICE	PÁGINAS
CAPÍTULO I	
Ginecología: en busca de los orígenes	11
CAPÍTULO II	
La modernización de la Ginecología	25
CAPÍTULO III	
Acercamiento a la Ginecología y su significado en la actualidad.....	29
CAPÍTULO IV	
Anomalías: Diagnóstico y Tratamiento	35
CAPÍTULO V	
Obstetricia y su vinculación con la ginecología	73
CAPÍTULO VI	
Cuidados en el campo de la obstetricia.....	81
CAPÍTULO VII	
Paternidad planificada, exámenes y riesgos a saber.....	95
BIBLIOGRAFÍA.....	115
GLOSARIO DE TÉRMINOS	
BÁSICOS GINECOBSTÉTICOS.....	119

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Ilustración del Sistema reproductor femenino.....	13
Figura 2: Papiro Edwin Smith.....	17
Figura 3: Partos verticales en el arte precolombino.....	21
Figura 4: Partos verticales en el arte precolombino.....	23
Figura 5: Secreciones vaginales.....	41
Figura 6: Secreción del pezón.....	56
Figura 7: Ovarios Poliquísticos.....	61
Figura 8: Cambios en el aparato reproductor de la mujer adulta.....	68
Figura 9: Apropriado para la edad gestacional (AEG).....	77
Figura 10: Parto vaginal.....	89

CAPÍTULO I

ORÍGENES DE LA GINECOLOGÍA

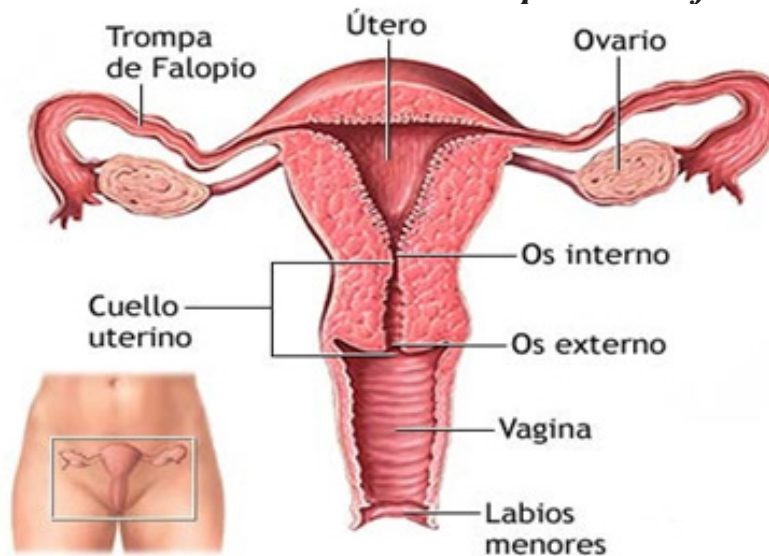


www.mawil.us

El termino Ginecología etimológicamente proviene del griego gyné, gynaikós, que significa “mujer” y logos: “tratado”. Razón por la cual se puede categorizar a esta especialidad médica como la ciencia de la mujer.

En Medicina, su área de aplicación condensa el estudio de las enfermedades frecuentes y graves, el diagnostico, el detectar factores de riesgo y establecer mecanismos de prevención, prescribir los tratamientos médicos y quirúrgicos de las enfermedades del sistema reproductor femenino, entiéndase, todo lo relacionado con la vagina, las mamas, el útero y los ovarios.

Figura 1: Ilustración del Sistema reproductor femenino



U.S. National Library of Medicine. (2018). Recuperado de https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/19263.htm

En la actualidad, en accionar medico en este campo se ha extendido a la orientación sexual y a la especialidad de la Obstetricia (De este tema se hablara específica y detalladamente en el capítulo 5).

Los inicios

Desentrañar los inicios de esta práctica es una ardua labor. Sin embargo, una manera imaginativa y poco ortodoxa de concebir como ejercían los hombres de las cavernas las prácticas ginecológicas, las podríamos encontrar en la selva amazónica, donde todavía persisten agrupaciones étnicas que mantienen intacta sus ancestrales costumbres, quizá una convivencia antropológica con ellos nos permitiría inferir cómo serían las prácticas de salud en estadios prehistóricos. Esas prácticas de la medicina arcaica nos aclararía un poco al entendimiento de la manera de afrontar los disimiles aspectos de la pre-ginecología y la pre-obstetricia, tema que nos ocupa, en procura de tener un acercamiento a los orígenes de estas ramas de la medicina.

En el egipto antiguo

La búsqueda de los orígenes de la Ginecología, como práctica médica, puede remontarse a épocas pretéritas. Indicios ciertos los pueden ubicar estos inicios, con la certeza que le brinda la escritura el acontecer histórica, en el Egipto Antiguo. El egiptólogo Finders Petrie en el año 1888 comienza su trabajo antropológico en la ciudad de Hetep Seunsret, ubicada en la actual región de Al Fayum, específicamente en el Al-Lahun.

En el año 1889, Petrie y su equipo, en su excavación obtienen un gran hallazgo: Los Papiros de Lahun. Por un lapsus cáلامي, erróneamente, se les conoció por algún tiempo como los Papiros de Kahun.

Estos papiros datan del Antiguo Egipto, en las postrimerías de la Dinastía XII. La particularidad de estos papiros es su contenido que atestigua, de manera escrita, el adelanto del conocimiento humano en áreas muy específicas del saber, como Matemáticas, Veterinaria, Ginecología, Obstetricia. (Shaw, 2000)

Los fragmentos de papiro, que logró restaurar y traducir F. L. Griffith, contienen especificaciones en diferentes aspectos del conocimiento humano, entre los cuales cabe destacar:

- En Matemáticas, se exponen disimiles problemas de la materia y curiosamente, en su contenido aparece representada, por primera vez, la Raíz Cuadrada.
- En Veterinaria, proporciona un conjunto de estudios donde se explicitan tratamientos preventivos y curativos de enfermedades, hasta orientaciones para tratar fracturas de huesos y la castración, entre otros temas.
- En Ginecología y Obstetricia: es un tratado completo sobre temas relacionados con estas especialidades médicas, donde además se revela la evolución de los conocimientos médicos durante un periodo de tiempo que asciende al año 3.000 A.C.

Como componente de los papiros de Lahun, se encontró el escrito ginecológico que es el texto médico más antiguo conocido, específicamente en el año 1800 A.C.

Este papiro está compuesto de treinta y cuatro secciones, cada una de las cuales se ocupa de problemas específicos de ginecología y obstetricia:

- El tratamiento de las enfermedades de la vagina y del útero.
- La fertilidad.
- Métodos para el diagnóstico del embarazo.
- Determinación del sexo del feto.
- Especifica una receta para un anticonceptivo, en forma de supositorio vaginal, compuesto con heces de cocodrilo, miel y carbonato

de sodio.

- Otra fórmula de anticonceptivos intra-vaginales, contenía las siguientes sustancias: resina de acacia, leche agria, y espigas de acacia.

Recientes pruebas de laboratorio lograron determinar el efecto contraceptivo que producen los compuestos provenientes del árbol de acacia. Estas resinas pueden producir un efecto inmovilizador de los espermatozoides, además, ser espermicidas.

Aunado al diagnóstico determinado, prescribe el empleo de medicinas y su manera de ingesta para el tratamiento de la parte afectada del cuerpo. En este papiro, curiosamente, se excluyen los procedimientos quirúrgicos.

Otro aspecto interesante, en el tema que nos ocupa, es que está contenido el libro de leyes hebreo, el Tora, y en el papiro denominado de “Ebers”, se encuentra entre estos textos una coincidencia, en tanto que, en ambos se afirma que la atención de los partos estaba a cargo de mujeres de la comunidad especializadas en esa práctica.

Sin embargo, la exclusividad femenina del ejercicio de este oficio, tiene una importante excepción, entre los años 652 y 690, en Egipto y Asia Menor. Los relatos registran al primer comadrón: Pablo de Egina quien llegó a ser considerado como el más destacado especialista en reproducción, además era conocido por sus valiosas contribuciones a los procesos de partos.

En el papiro de Ebers, también se registra para historia de la ginecología la existencia del prolapso uterino y de los flujos o secreciones genitales.

Un aporte de los hebreos fue el uso del espéculo, como aparato para examinar determinar si había algún padecimiento en la vagina. Este instrumento estaba conformado por un cilindro móvil contenido en un tubo de plomo.

Figura 2: Papiro Edwin Smith



Papiro Edwin Smith. (2017). Recuperado de http://www.taringa.net/+ciencia_educacion/el-papiro-edwin-smith-y-la-medicina-del-antiguo-egipto_to36i

En la antigua Grecia

En tiempos de Hipócrates, padre de la medicina, existían las Comadronas u obstetricas, entrenadas para atender partos sencillos, pero las complicaciones, las debían atender personas con mayor conocimiento en lo médico. En la actualidad, esta manera de distribución de roles en la especialidad, persiste en países como Gran Bretaña, donde realizan una destacada labor en centros asistenciales.

Además, en esta área existían las *feminae medicae* que poseían verdadera personalidad médica y ejercían de manera subrepticia la ginecología. eran expertas en las enfermedades propias de la mujer.

En la Grecia antigua, ya eran conocidos y utilizados por los médicos, sondas metálicas y dilatadoras de madera para explorar el útero. El especulo vaginal para el examen, las fumigaciones medicamentosas y los

pesarios (dispositivo vaginal para corregir el descenso de la matriz), eran procedimiento y parte del instrumental ginecológicos común de la época. Es un dato curioso es que el tratamiento ideado por Hipócrates para tratar el prolapso uterino se continuaba aplicando.

Inicio del Cristianismo

Al arribo del cristianismo, el avance de la medicina era significativo. Se habían superado trances gineco-obstétricas con especialistas bien preparados y renovadores.

Sorano de Efeso, quien vivió a principios del siglo segundo de nuestra era, fue un representante destacado que hizo variados y significativos aportes. En uno de sus libros expone uno de sus aportes, “la silla obstétrica”. Esta silla serviría para que el trabajo de parto de la mujer se realizara en una postura sentada.

Asimismo, en el inicio de momento de la historia, se manejaron pinzas o fórceps con la finalidad de ayudar al nacimiento. El hallazgo de un bajo-relieve griego, tallado sobre mármol, fechado en el siglo II, aporta certeza histórica de ello. La talla describe una escena, conmovedora y dramática, en la que dos médicos portando los instrumentos para el fórceps que emplearon para atender una parturienta, logrando con bien el nacimiento del niño.

El intersticio, conocido como “la Noche Oscura de la Edad Media”, que se extiende durante los siglos II y XVI, da inicio a un periodo histórico en el cual las prácticas médicas, progresivamente, fueron olvidadas y el agotamiento en materia gineco-obstétrica concluyó enmarañándolas con la prácticas de hechicería y superstición.

Este retroceso lo corrobora la narración que Demetrio Mereskowski, transcrito por Ledesma (1959, pág. 1330), sobre el proceso de parto de la duquesa Beatriz Sforza, en Milán, el cual se inicia el primero de Enero,

en una noche con desbordamiento de hechizos absurdos realizados para lograr un alumbramiento exitoso, y culmina el dos de enero de 1497 con trágico desenlace del fallecimiento de la duquesa y el niño.

En esa época Oscurantista, como practica in pectore, el saber contenido en los libros y otras artes fue enclaustrado en monasterios. Esta peculiar atribución posibilitó que el conocido Códice Medico de Chilandar, permaneciera oculto en el monasterio del mismo nombre.

Este manuscrito contiene cuatrocientas páginas escritas lengua serbia. Es un sumario de destacados autores que se constituye como un manual de terapéutica médica.

Su contenido abarca la siguiente temática:

- Enfermedades infecciosas.
- Enfermedades de la mujer.
- Medicina Interna.
- Toxicología.
- Farmacéutica.
- Embarazo.
- Cirugía.
- Tratamientos.

Los intelectuales más importantes en el área médica, entre los siglos X y XIV, son los autores del Códice Medico de Chilandar: Aristóteles, Joanes Platerius, Hipócrates, Gilberto Angelicus, Gerardo de Solo, Galeno, Protospator, Isaac Israelí, Theophilos, Empédocles, Constantino el Africano.

La caída del Imperio Bizantino, el inicio de los descubrimientos de nuevas tierras y la invención de la imprenta, entre otros, son sucesos que abren el camino a una nueva etapa de la historia: la Edad Moderna y con ella se originaron cambios.

El Renacimiento

A finales de la Baja Edad Media, con el florecimiento del comercio, se reorganizan y prosperan las viejas ciudades y se crean nuevas. La forma de vida europea cambia, la medicina progresó a grandes pasos, no obstante la ginecología no tuvo modificaciones significantes.

Existen eventos que son importantes de destacar por su incidencia en el campo ginecológico, uno de ellos es la recomendación de Ambrosio Paré, quien pertenecía a la Cofradía de San Cosme quien propone la amputación del cuello del Útero cuando se padece cáncer.

La descripción de huevos o folículos en los ovarios de animales de diferentes especies, constituye un aporte fundamental para el esclarecimiento de la fecundación humana otorgado por los médicos Nicolas Steno y Regnerus de Graaf.

Crónicas de las prácticas ginecobstétricas en la América prehispánica

Resulta curioso encontrar similitudes con estas prácticas autóctonas americanas y las actividades de la protoginecología registradas en Europa y Asia. Estos saberes se deben a las Crónicas de Indias, como se conocen a los relatos realizados por los cronistas de la conquista del continente americano.

Muchos de ellos fueron testigos presenciales de las formas de vida de los habitantes originarios o transcribieron relatos de sus modos de vida y costumbres, luego transformaron esas vivencias y la cesión oral de la cultura en un texto con cualidades etnográficas. Estas crónicas, obviamente, perpetuaron ese momento histórico dentro de un panorama de autenticidad alejado de la mixtura transcultural ocurrida.

Es lógico que un territorio tan extenso como el continente americano existieran disimiles expresiones culturales, razón por lo que vamos a indagar en aquellas civilizaciones que han perpetuado vestigios de su acervo

cultural hasta la actualidad.

La cultura incaica

En la cultura inca como en los pueblos de Europa y Asia, los partos eran asistidos por mujeres, tal como lo revela la alfarería preincaica e incaica (Huacos) que muestran una mujer pariendo sentada asistida por una parte-
ra. Con este tipo de artesanía también nos legaron una muestra la práctica de cesarías en esa época.

Existen relatos que describen a la comadrona asistiendo a la mujer que pare boca abajo, apoyando las manos y las rodillas del suelo. Durante el embarazo, la mujer debía guardar una dieta espacial que restringía la ingesta de algunos alimentos, sobretodo de la sal, debía reducir su actividad laboral. Para tener un parto feliz, la embarazada debía rendir culto a la Pacha Mama o Madre Tierra.

Figura 3: Partos verticales en el arte precolombino



Paris, E. (2011). Recuperado de <https://www.bebesymas.com/parto/partos-verticales-en-el-arte-precolombino>

GINECO-OBSTETRICIA

A la mujer que paría mellizos la celebraban paseándole por la calle con los recién nacidos, ellos eran adornados con flores en una gran fiesta, en medio de bailes cantos por su fecundidad.

Los abortos estaban prohibido, pero tenían prácticas abortivas que se efectuaban administrando purgantes y también realizando masajes en la zona ventral. El infanticidio estaba permitido si el neonato presentaba alguna deformidad.

La cultura araucana

Aquí se encuentran coincidencias con culturas de otros continentes como la búsqueda de un río a de una fuente de agua para purificar la parturienta y al recién nacido, aunado a la soledad, como lo realizaban las araucanas. No obstante, en Tierra del Fuego el parto era auxiliado por mujeres ancianas de la comunidad conocidas con el nombre de cutoandundomo, que significa Mujer que se compadece de la amiga.

Existen referencias procedentes de misioneros afirmando que las madres solteras, por lo general, sacrificaban al niño después del nacimiento, o si no, lo dejaban abandonado.

Cultura Azteca y Maya

Entre las culturas Azteca, Maya, Araucana e Inca existen similitudes con el significado del uso del agua en el rito de purificación, incluso le daban al líquido condición de deidad.

Los aztecas, para las prácticas ginecobstétricas, tenían comadronas conocidas como Ticitl, pero el oficio no era dominio exclusivo de las mujeres, pues también existían hombres que asistían a parturientas y mujeres

enfermas. Estos recibían el nombre de Neconeticitl.

El nacimiento de los niños era celebrado con ceremonias donde se felicitaba a los padres y familiares del recién nacido.

Una manifestación interesante en estas culturas es la presencia de ritos de veneración a deidades que representaban el agua, la reproducción, la fertilidad, el amor y el parto.

Figura 4: Partos verticales en el arte precolombino



Paris, E. (2011) Recuperado de <https://www.bebesymas.com/parto/partos-verticales-en-el-arte-precolombino>

CAPÍTULO II

LA MODERNIZACIÓN DE LA GINECOLOGÍA



www.mawil.us

El advenimiento de la industrialización de los nuevos procesos de producción hizo posible la transformación acelerada de todos los talentos de la sociedad. Consecuencialmente, la formación médica dejó de ser francamente tradicionalista y el ejercicio de la profesión adaptó sus modelos de ejercicio de la medicina a los cuantiosos, acelerados e innovadores aportes científicos.

Los nuevos conocimientos en la práctica de la obstetricia y a la ginecología de otras latitudes fueron difundidos gracias al poder de los medios de comunicación en forma de los textos editados.

Son numerosos los cambios substanciales que permitieron la modernización del ejercicio médico en estas áreas. Podemos citar los avances endocrinológicos a nivel de los ovarios, de la hipófisis, acerca de la detección temprana del cáncer genital, la descripción del factor RH, las nuevas técnicas quirúrgicas, las pruebas de embarazo precoz, la aparición de la primera pastilla anticonceptiva, entre otros.

Por otro lado, se encuentran las perspectivas que se abrieron con el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, de las muy rigurosas prácticas de asepsia y los adelantos en el conocimiento anatomopatológicas que abrieron el espectro de la práctica profesional anexando nuevas orientaciones como la endocrinología, serología, la psicopatofisiología y la bacteriología. Se puede colegir que el acrecentamiento del conocimiento de la biología de la mujer fue fundamental para conocer las patologías del organismo femenino y optimizar su tratamiento.

Obviamente, estos hallazgos científicos representan un aporte significativo en el cuidado de la salud de la mujer, en la humanización de la concepción, en la atención del desarrollo embrionario y del proceso de parto.

CAPÍTULO III
ACERCAMIENTO A LA
GINECOLOGÍA Y SU SIGNIFICADO
EN LA ACTUALIDAD



www.mawil.us

Las consultas ginecológicas frecuentes, de control o por la necesidad para despejar dudas sobre dolencias, además de las orientadas a descartar patologías, requieren de una buena descripción de los síntomas y una exhaustiva recopilación los antecedentes de la paciente. Su realización merita el dominio de la técnica del examen físico general y ginecológico. La importancia de una completa anamnesis reside en que permite el diseño específico de la semiología, la orientación diagnóstica y terapéutica de los síntomas ginecológicos a tratar.

Esta indagación debe recopilar datos que especifiquen:

- Edad y estado civil.
- Tipo de anticonceptivo empleado.
- Especificaciones sobre la menstruación.
- Fecha y resultado de la última citología.
- Fecha e informe de la última mamografía.
- Antecedentes de enfermedades o quirúrgicos ginecológicos.

El examen físico ginecológico se debe efectuar con el debido respeto a la paciente, la comunicación adecuada y profesional, aplicando los aspectos psicológicos imbricados en esta área médica que incluye:

- La inspección.
- El examen mamario.
- El tacto vaginal.
- La especuloscopia.

Este proemio enriquece el abordaje de las patologías que son frecuente en una consulta que serán tratadas posteriormente.

La atención ginecológica en la infantil y la adolescencia

La creencia generalizada de que la problemática ginecológica es propia, únicamente, de las mujeres mayores colma de incertidumbre a muchos adultos sobre la necesidad de la consulta ginecológica para niñas y adolescentes. Es importante aclarar que, aunque es menos frecuente este tipo de consulta, pediatras y ginecólogos destacan la creciente frecuencia de requerimientos en este sector.

La diversidad de los problemas ginecológicos poseen un espectro de peculiaridades propias de estas edades tempranas en el desarrollo de la mujer.

Objetivo de la ginecología infantil y juvenil

La ginecología infantil y juvenil tiene como objetivo ofrecer atención específica y científico-profesional a niñas y adolescentes hasta los 18 años que requieran una consulta de este tipo.

Desde hace varias décadas, se está ofreciendo este tipo de atención especializada al sector femenino compuesto por niñas y adolescentes del poniendo especial énfasis en la prevención y en la creación de hábitos de salud.

En la consulta de niñas se atienden:

- Infecciones vulvares y vulvovaginales.
- Coalescencia labial.
- Pubertad precoz, entre otras afecciones.

Consulta de adolescentes

Esta es una etapa de la vida de gran importancia para la conducta en etapas posteriores, aquí estriba lo fundamental de la tarea de orientación sobre los hábitos de vida. Por tanto, consultas con adolescentes deben tener carácter confidencial, respetando su intimidad, en virtud de que en ocasiones la manifestación de un problema ginecológico puede ser superado médicamente o tener su origen en una problemática psicosocial. Verbi gratia, el génesis de una amenorrea puede estar radicado en una preocupación de índole familiar, de estudios o romántica.

En una consulta ginecológica con adolescentes, la entrevista médica podría devenir en el descubrimiento de adicciones, abusos, inadecuadas conductas como promiscuidad y otras manifestaciones de subcultura grupal que por esnobismo son asumidas por los jóvenes, sin evaluar las secuelas. Esto obliga al ginecólogo, especializado en esta categoría, a cultivar su acervo de conocimientos psicológicos para desempeñarse como ginecólogo de adolescentes dentro del marco deontológico profesional.

En la consulta ginecológica de adolescentes se atienden:

- Trastornos menstruales.
- Amenorreas.
- Dismenorreas.
- Pubertad retrasada.
- Patologías mamarias.
- Hirsutismo.
- Infecciones vaginales.
- Abuso sexual.
- Información sobre la sexualidad y anticoncepción.
- Revisión ginecológica en adolescentes que mantienen relaciones sexuales.

CAPÍTULO IV
ANOMALÍAS:
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO



www.mawil.us

A continuación se especifican alguna de las anomalías más comunes tratadas en el área ginecológica.

Vaginitis

La vaginitis, colpitis, o vulvovaginitis es una enfermedad de la vagina que se manifiesta como infección o inflamación de la vulva y la vagina que puede ocurrir a cualquier edad.

La etimología de la palabra colpitis proviene del griego kolpium que significa vagina, y el termino vaginitis deviene del latín vagina que tiene igual significado, el subfijo –itis refiere que el órgano afectado esta inflamado.

En las mujeres sexualmente maduras esta enfermedad es causada porque el mecanismo de defensa y protección de la mucosa vaginal pierde sus defensas contra gérmenes y objetos o estímulos externos.

Los labios menores y mayores de la vulva cumplen también una función de protección de la vagina.

En la vagina naturalmente coexisten diversas clases de bacterias conocidas como lactobacterias cuya tarea es mantener el pH relativamente bajo (con un valor aproximado de 4) debido a la segregación de ácido láctico. Si el valor de pH se mantiene en niveles bajos la vagina y los órganos sexuales internos de la mujer se mantienen eficazmente protegidos de infecciones porque evita la proliferación de gérmenes.

Causas de la Vaginitis

Como se puede deducir que la disminución de los mecanismos de defensa de la vagina permiten la proliferación de elementos patógenos y consecuentemente la inflamación vaginal.

GINECO-OBSTETRICIA

Las causas más comunes de la vaginitis son:

- El uso de antibióticos, por tanto pueden destruir las lactobacterias, que son las colonias naturales de la vagina.
- El uso de mecanismos u objetos como tampones, anticonceptivos físicos, diafragmas.
- La actividad sexual de donde puede provenir enfermedades de transmisión sexual como la tricomoniasis o la gonorrea.
- La alteración del suministro de oxígeno a la sangre.
- Antes de la pubertad, en la menopausia y en edad avanzada puede ocurrir la disminución de estrógeno.
- Niveles altos de glucosa en la sangre.
- La ropa ajustada y de tejido que impida la transpiración y origine calentamiento y retención de humedad.
- También se puede transmitir los patógenos cuando se comparten ropa íntima, toallas.
- La inadecuada higiene íntima.
- La mucosa alcalina del cuello del útero.
- La flora bacteriana propia de la vagina, al encontrar condiciones convenientes puede multiplicarse desmedidamente y producir infecciones.

Agentes patógenos más habituales

Además de las causativas descritas, si la vulva y la vagina tienen las defensas a bajo nivel, patógenos pueden entrar y provocar la inflamación vaginal.

Los patógenos que más habitualmente provocan infección son:

- La *Escherichia coli*, los estafilococos y los estreptococos son bacterias que afectan la salud íntima de la mujer.
- Los gonococos que son los patógenos de la Gonorrea. En mujeres en edad fértil su presencia es posible que se muestre asintomática y pase desapercibida, no así en mujeres después de la menopausia.
- Clamidas
- *Gardnerella vaginalis*
- Micoplasmas
- *Trichomonas vaginalis*, es un parásito que también puede aparecer en la vagina.
- Hongos como la *Cándida albicans* que es uno de los hongos de la levadura
- Virus como el herpes.
- La causa más común de la Colpitis son las relaciones sexuales.

Como componentes de la flora normal de la vagina, se encuentran algunos de estos patógenos, pero otros provienen del exterior.

Síntomas de la Vaginitis

Cuando aparece la inflamación el síntoma inicial es el flujo que desprende la vagina denominado flujo vaginal. Otros posibles síntomas de la vaginitis son:

- La Dispareunia, es decir, manifestaciones de dolor durante las relaciones sexuales.
- Dolores por picores en la vagina.
- Prurito en la zona.

- Si la infección se extiende desde la vagina hasta los órganos sexuales externos (vulvovaginitis), provoca una infección dolorosa y picores.

Es importante destacar que las ETS, (Enfermedades de Transmisión Sexual), producen una sintomatología similar con el añadido de la aparición de alteraciones cutáneas.

Características del flujo vaginal de la vaginitis

El flujo que se desprende de la vagina, con este tipo de inflamación, es un líquido que se desarrolla anormalmente. De acuerdo con su composición originaria puede ir acompañado por un olor desagradable y su aspecto puede ser mucoso, acuoso, espumoso, grumoso, purulento o sanguinolento. Las cualidades del flujo dependen de tipo de patógeno que acarrea la infección.

Como ejemplo ilustrativo podemos exponer los siguientes casos:

Si la vaginitis es ocasionada por una múltiple mezcla bacteriana, el flujo producido es de un color verde amarillento.

Si el flujo presenta un olor desagradable, similar al del pescado, es un indicio que se estamos ante la presencia de una vaginosis bacteriana, generalmente, producidas por la gardnerella que es una bacteria que se transmite por vía sexual.

Un indicativo de la presencia del hongo de la Candidiasis es que el flujo segregado no tiene olor y su color es blancuzco similar al del yogurt.

Figura 5: Secreciones vaginales



Recuperado de <https://www.clinicadam.com/medicamentos/>

Evolución de la Vaginitis

Un diagnóstico preciso y un concomitante tratamiento oportuno auguran una evolución sin complicaciones de la colpitis.

Cuando la inflamación vaginal está avanzada puede ocasionar verdaderas complicaciones porque ataca el cuello uterino, originando la hinchazón de las trompas de Falopio y los ovarios.

Durante el embarazo, una inflamación de la vagina puede inducir un parto prematuro. Otra complicación es la contaminación del neonato, durante el proceso del parto, con el patógeno causante de la infección. Algunos de estos microorganismos infecciosos no pueden eliminarse por completo y estarán presente condicionando la vida del recién nacido.

Tratamiento para la vaginitis

En tratamiento para la inflamación vaginal tiene que estar dirigido específicamente para atacar al patógeno causante. Los remedios más efectivos contra la infección bacteriana vaginal son los antibióticos, los antimicóticos, y como tratamiento alternativo están los antisépticos.

El tratamiento debe ser local como cremas vaginales específicas, de forma inyectable o en comprimidos hasta la desaparición de la inflamación y se calmen los dolores y molestias propias de la colpitis. Seguidamente hay que restablecer y mantener intacta la mucosa vaginal con un tratamiento de estrógenos y lactobacterias.

Se debe evitar el uso de lavados vaginales y de tampones. Para las mujeres sexualmente activas, es lógicamente importante, que su pareja también se someta a tratamiento. Durante el de recuperación de la vaginitis es recomendable y prudente la abstención sexual.

Prevención de la vaginitis

Una de las cualidades maravillosas de la vagina es que posee un eficaz mecanismo de defensa y protección contra agentes perniciosos. No obstante, la prevención es la mejor medicina.

Prácticas para prevenir la vaginitis:

- Fundamentalmente, una adecuada higiene personal es la principal defensa contra la vaginitis.
- Hacerse exámenes periódicos para conservar la salud íntima y general.
- El uso de ropa holgada confeccionada con fibras que no retengan la humedad ni generen calentamiento.
- Para evitar la contaminación luego de una deposición se recomien-

da limpiarse siempre de adelante hacia atrás.

- Evitar el uso excesivo de jabones perfumados y duchas vaginales. A la hora de secar la vulva se debe proceder con suavidad.
- La higiene íntima exagerada puede atentar contra la flora bacteriana que actúa como colonia protectora de la vagina.
- El aseo personal también incluye el no compartir ropa íntima con familiares o amigas.
- En el caso de las mujeres sexualmente activas es fundamental el uso de preservativos como mecanismo de prevención, puesto que muchos de los patógenos generadores de enfermedades se transmiten en las relaciones sexuales.

Vaginitis y Menopausia

En esta época de la vida suele ocurrir que las mujeres experimenten inflamación de la vagina. Esta condición representa un porcentaje significativo de las consultas ginecobstétricas.

Esto se debe a que uno de los síntomas característicos de la menopausia es la resequedad vaginal lo que puede propiciar la aparición de vulvovaginitis. Actualmente, este problema puede ser solventado con tratamientos recomendados por los respectivos especialistas que se encuentran disponibles en los expendios de medicamentos.

Infecciones vulvares y vulvovaginales en la infancia

Antes de la pubertad los labios menores y mayores están poco desarrollados y resguardan defectuosamente a la vagina y la vulva de los agentes agresores externos que aunado a la higiene defectuosa constituyen las causas principales de las infecciones vulvovaginales en las niñas pequeñas.

GINECO-OBSTETRICIA

Debido a una atrofia relativa a la vulva y en parte porque los ovarios no ha alcanzado, todavía, la madurez para secretar los niveles de estrógeno ad hoc.

De ahí que la vulvovaginitis sea una de las afecciones por la que con mucha frecuencia los padres acudan a llevar a sus niñas a la consulta ginecológica. Es importante que a las niñas pre- púberes se les oriente para que mantengan la higiene apropiada de sus partes íntimas.

En los bebés suele suceder con la dermatitis de pañal que propiciar la aparición de sistemas como irritación y enrojecimiento de la vulva y la apertura vaginal, flujo vaginal y prurito.

Es imperativo destacar que la presencia frecuente de los síntomas de vulvovaginitis, en niñas y adolescentes, a los que no se les encuentra una explicación cierta de su origen, puede ser un indicativo de que las están sometiendo a abusos sexuales.

Se referirá, también, otro problema ginecológico que es normal en las niñas pequeñas debido al poco desarrollo de la vulva a edad temprana. Esta patología, conocida como Coalescencia Labial, se presenta cuando los labios menores se sellan de manera irregular obstruyendo total o parcialmente la entrada de la vagina.

La solución de este problema ocurre de manera espontánea, cuando la paciente llega a la pubertad, los ovarios comienzan a producir la cantidad adecuada de hormonas y naturalmente, la vulva se desarrolla y desaparece la atrofia.

Miomas Uterinos

Los miomas uterinos, también conocidos como leiomiomas o fibromas, son tumores benignos que se desarrollan del músculo liso de la pared ute-

rina. Son los tumores benignos más recurrentes del aparato genital femenino y la causa más frecuente de cirugía mayor ginecológica. Pueden tener varios centímetros de diámetro. Sin embargo, se pueden desarrollar hasta ocupar casi toda la pared abdominal, alcanzando un diámetro similar al de un útero en avanzado estado de gestación.

Patrón de acuerdo a la edad

La formación de miomas uterinos es poco probable antes de los 25 años, aun cuando es el tumor benigno más recurrente de los órganos sexuales femeninos. Su incidencia es cerca de 30% en las mujeres mayores de 30 años y 40% en mujeres de 40 años, de los cuales sólo 50% serían sintomáticos. Las mujeres mayores de 45 años afectadas por miomas requieren de tratamiento para controlar los síntomas o mediante cirugías dependiendo de las características del tumor. Sin embargo, se sabe que son nódulos hormono-dependientes por lo que pueden decrecer con la caída de los niveles hormonales en la sangre con el advenimiento de la menopausia.

El mioma en el útero en niñas prepúberes y en mujeres postmenopáusicas (después de los últimos sangrados de la menstruación) es inexistente porque su crecimiento está supeditado al funcionamiento de los ovarios.

Causas de su aparición

El mioma uterino es calificado como un tumor de dependencia hormonal, en tanto que su origen y proceso de crecimiento dependen influencia de la secreción de los estrógenos. Pero los factores primigenios de su aparición son desconocidos en la actualidad.

En su aparición, parece que interviene una alteración del patrón genérico que se origina en una célula muscular normal del útero que presenta

una desmesurada tendencia al crecimiento focalizada en una zona determinada.

Sintomatología del mioma

Estadísticamente se puede afirmar que solo una de cada cuatro mujeres con mioma manifiesta los rasgos semióticos correspondientes.

Los trastornos menstruales están presentes en el cincuenta por ciento de las mujeres que padecen de este tipo de tumor.

Estos trastornos pueden manifestarse de la siguiente manera:

- Menstruaciones largas y copiosas.
- Dolores que se pueden manifestar de manera con una intensidad que va desde una ligera presión hasta la sensación de tener un organismo extraño.
- También pueden presentar hemorragias dolorosas y calambres.

Dependiendo de su crecimiento y ubicación el mioma puede afectar los órganos contiguos como la vejiga, el recto o el sacro.

Por lo tanto, el crecimiento del mioma puede producir:

- Recurrente necesidad de orinar.
- Impedir o dificultar la micción.
- Inflamación de la vejiga.
- Dolor en el sacro.
- Molestias ciáticas.

El padecimiento de hemorragias abundantes y frecuentes causadas por los miomas puede producir Anemia Ferropénica, que eventualmente acompañada de palpitaciones, mareos, dolor de cabeza y trastornos cardiovasculares.

Muchos miomas no representan un problema para el embarazo, no obstante, en algunos casos, suele existir el riesgo de parto prematuro, el aborto y la infertilidad dependiendo de su ubicación y tamaño.

Proceso evolutivo del mioma

Los miomas evolucionan dependiendo de su ubicación y tamaño. Uno pequeño, por lo general, no produce molestias. Cuando aumenta su tamaño puede perjudicar el funcionamiento de otros órganos cercanos como los riñones el intestino o la vejiga. Las consecuencias acareadas pueden ser infecciones urinarias, enfermedades renales entre otras.

Cuando el mioma crece dentro del útero las probables consecuencias que se presentan son trastornos de la menstruación, anemias, partos prematuros y además está presente, como posibilidad, el riesgo de aborto.

Las probabilidades de que el mioma resulte ser maligno es de apenas de un 0,5% como máximo. En todo caso a prevención es prioritaria, por consiguiente la mujer que padezca de mioma debe acudir a una cita ginecobstétrica con el objetivo de que le den un diagnóstico y se le prescriba el tratamiento respectivo.

Posteriormente, debe asistir a revisiones por lo menos anualmente.

Diagnóstico

Una exploración ginecológica normal es suficiente para observar un mioma visible. Resulta idóneo, ya que a menudo no es sencillo realizar el diagnóstico de ellos, la realización de una ecografía permite una exploración clara que permita controlar su evolución para realizar un diagnóstico más preciso para cada caso en específico.

Entre la tecnología que se dispone para tal fin, disponemos del uso de la laparoscopia con la que se logra constatar el estado de un tumor que crece dentro de la mucosa del útero; esta técnica también se emplea para hacer una exploración de los riñones, (acompañado de un Pielograma), cuando se sospecha que el mioma está presionando la uretra.

Los especialistas cuentan con otra herramienta de exploración que facilita la realización de un diagnóstico certero: la radiografía por contraste intravenoso que permite la observación del tracto urinario. Otros exámenes convenientes con esta finalidad son la histeroscopia, la colonoscopia y la cistoscopia.

Para determinar los niveles de estrógeno y el funcionamiento renal es fundamental realizar exámenes de sangre.

El despistaje de un carcinoma cuando el mioma se ubica en la mucosa y hay presencia de trastornos menstruales es imperativo aplicar un curetaje.

Prevención de los miomas

La única prevención posible es asistir regularmente a la consulta ginecológica para detectar de manera temprana la presencia de un mioma y aplicar el tratamiento correspondiente. Esto es así, vista de que la etiología de los miomas se desconoce, por consiguiente no se pueden aplicar medidas preventivas.

Tratamiento de los miomas

La intervención quirúrgica y el tratamiento hormonal son los mecanismos tradicionales para tratar el mioma. Hay que aclarar que sólo se somete a tratamiento a la persona que presenta molestias reales.

Actualmente, además de la enucleación, se cuenta con procedimientos no quirúrgicos como la embolización del tumor y la tomografía de resonancia magnética.

Cuando se trata un mioma en una mujer joven siempre se intenta preservar el útero en el procedimiento para no quede impedida de la concebir hijos.

El aumento desmesurado de un tumor en el útero, amerita un procedimiento quirúrgico o la aplicación inmediata de un procedimiento alternativo que el especialista determine.

Tratamiento hormonal del mioma

La aplicación de la terapia hormonal es un tratamiento específico e individualizado que el médico aplica adecuado a las condiciones propias de cada paciente.

Este se asienta en el conocimiento de que hormonas como el estrógeno incentivan el crecimiento de los miomas. Razón por la que pueden utilizarse antiestrogónos y gestágenos para atrofiarlos.

Es un tratamiento que se emplea, en algunas oportunidades, como una alternativa previa para una intervención quirúrgica. En pacientes menopáusicas es aplicable cuando la menstruación es aún controlada por sus ovarios.

Embolización del mioma

Esta terapia no quirúrgica recibe su nombre de la palabra Embolia que significa obstrucción de un vaso sanguíneo. Es una intervención poco invasiva que amerita una hospitalización de tres días.

El procedimiento consiste en impedir el suministro de sangre al mioma. Comienza con una pequeña punción en la piel de la zona inguinal para llegar, con la guía imagenológica, a la arteria del útero para inyectar diminutas esferas de plástico que originaran la embolización del tumor. La máxima retracción del mioma ocurrirá en un lapso entre tres y seis meses.

El porcentaje de éxito de este procedimiento oscila entre un 80 y un 90%, y muy rara vez puede ocasionar lesiones en el útero.

Tomografía por resonancia magnética dirigida a las extremidades

La tomografía por resonancia magnética dirigida a las extremidades, es otra alternativa no quirúrgica para tratar los miomas con un tamaño menor de ocho centímetros.

El tratamiento de miomas por tomografía por resonancia magnética (TRM) tiene una duración de tres horas. Durante el evento el ginecólogo las ondas de ultrasonido directamente al mioma de la paciente, quien se encuentra en posición decúbito prono o ventral, provocando una determinada disolución del mismo.

Enucleación del mioma

La Enucleación es una técnica quirúrgica de extirpación de los miomas que se encuentran aislados. La aplicación de este proceso deja intacta la

matriz. El procedimiento empleado en la aplicación de esta técnica está condicionado por la ubicación del tumor, tal como se explica seguidamente:

- Un mioma submucoso, es decir, ubicado debajo de la mucosa uterina, puede extraerse con una endoscopia del útero, lo que se denomina histeroscopia.
- Cuando el mioma es subseroso, (ubicado fuera de la matriz), se elimina con una laparoscopia.
- También es necesario realizar una intervención quirúrgica por medio de laparoscopia para la enucleación de un mioma ubicado en la mucosa uterina. Este tipo de tumor se conoce como mioma intramural.

La posibilidad de reducción de un mioma luego de una enucleación es del 15% de todos los casos.

Histerectomía

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico que suele efectuarse para extirpar la matriz. Con este tratamiento no se puede pronosticar la conservación del útero.

Esta técnica tiene varias maneras de implementarse:

Histerectomía vaginal (HV): Su realización para evitar la incisión en el abdomen, se lleva a cabo a través de la vagina, extirpando el tumor con un endoscopio especial denominado histeroscopia.

Puede realizarse si la matriz cuenta con suficiente movilidad.

- Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL): en el pro-

cedimiento de la histerectomía vaginal con histeroscopia, se puede emplear adicionalmente el laparoscopia que es otro tipo de endoscopia.

- Histerectomía vaginal laparoscópica total (HLT): Es en la que se extirpa la matriz solo con un laparoscopia.
- Histerectomía abdominal (HA): En esta intervención quirúrgica se hace a través de una incisión abdominal que se realiza por el gran tamaño del mioma o porque hay la presencia de varios en la matriz.

Cuando la solución al problema de los miomas es la histerectomía, si los ovarios se encuentran saludables el ginecólogo los deja intactos para que continúen segregando hormonas.

Síndrome Premenstrual

Con el nombre de síndrome premenstrual (SPM) se tipifican al conjunto de molestias físicas y psicoemocionales que experimentan las mujeres, por lo general, entre 4 y 14 días previos al ciclo menstrual. Los síntomas comienzan a mejorar cuando se manifiesta el sangrado.

La presencia de síndrome premenstrual trastoca, en mayor o en menor grado, el desempeño de la vida habitual de la mujer.

Molestias más frecuentes que produce el síndrome premenstrual.

- Cambios de humor: la mujer que presenta SPM muestra, sin aparente motivación exterior.
- Cambios de humor o ánimo bruscos de un día a otro y en ocasiones durante la misma jornada diaria.
- Irritabilidad.

- Hipersensibilidad: se incrementa la sensibilidad en las mujeres en pleno SPM lo que las hace propensas a mostrar los sentimientos en demasía.
- Agresividad.
- Trastornos de sueño: los trastornos de sueño que se adolecen durante el síndrome premenstrual tenemos el insomnio o, contrariamente, la hipersomnía, que es la dificultad de permanecer despierta.
- Cansancio.
- Vértigo.
- Problemas de concentración.
- Letargo: dificultad para asumir las tareas habituales con la misma energía de otros días.
- Miedos: la hipersensibilidad incrementa miedos conocidos o provoca la manifestación de nuevos, incluso pueden sentir falta de confianza en sí mismas.
- Dolor y tensión en las mamas.
- Dolor en el bajo vientre.
- Dolor en la espalda.
- Depresión.
- Dolores de cabeza.
- Trastornos circulatorios.
- Acné.
- Sofocos.
- Hambre compulsiva.
- Aumento de peso.
- Sudoración.
- Acumulación de líquido.
- Estreñimiento.

GINECO-OBSTETRICIA

- Gases.
- Sensación de hinchazón.
- Acumulación de líquido.

Diagnóstico del síndrome premenstrual

Existe la posibilidad de que la paciente que ha padecido este síndrome por mucho tiempo este resignada a padecerlo, es por eso que debe acudir a consulta ginecológica para que el especialista elabore su historial clínico para determinar la sintomatología que muestra la persona y prescribir un tratamiento adecuado.

Además, como parte de la consulta médica, se efectuará un reconocimiento físico que puede ser complementado por una ecografía y exámenes de sangre para determinar los niveles hormonales.

Tratamiento del síndrome premenstrual

La prescripción del tratamiento para los síntomas difiere según la magnitud y el padecimiento de la paciente. Sobre la base de los efectos experimentados por la cada mujer con el SPM, el ginecólogo establece un tratamiento individualizado, que puede ser de índole médica o de cambios de hábitos de vida.

Como tratamiento para modificar hábitos cotidianos se puede optar por métodos de relajación, prácticas de yoga, mindfulness, meditación trascendental u otros métodos que permitan control mental y físico.

También se puede sugerir, para paliar los efectos del SPM, seguir una alimentación balanceada, dejar el cigarrillo y establecer una rutina de

ejercicio físico. Ingerir suplementos alimenticios como el magnesio y el complejo vitamínico B tiene un efecto positivo.

Desde la perspectiva médica existen las siguientes alternativas:

- Píldoras anticonceptivos orales a base de progestágenos para aliviar las molestias.
- Antiinflamatorios como el ibuprofeno para calmar el dolor.

Con el fin de disminuir la acumulación de líquido se recomienda disminuir la ingesta de sal, también resultan útiles los diuréticos como la espironolactona. Es importante destacar que el uso de los diuréticos debe estar apegado, estrictamente, a las indicaciones médicas, ya que son fármacos que provocan la eliminación de sales y minerales fundamentales para el buen funcionamiento del organismo y, por consiguiente, para la vida.

El síndrome premenstrual desaparece cuando la mujer deja de tener regla, con la menopausia.

Secreción anormal de las mamas

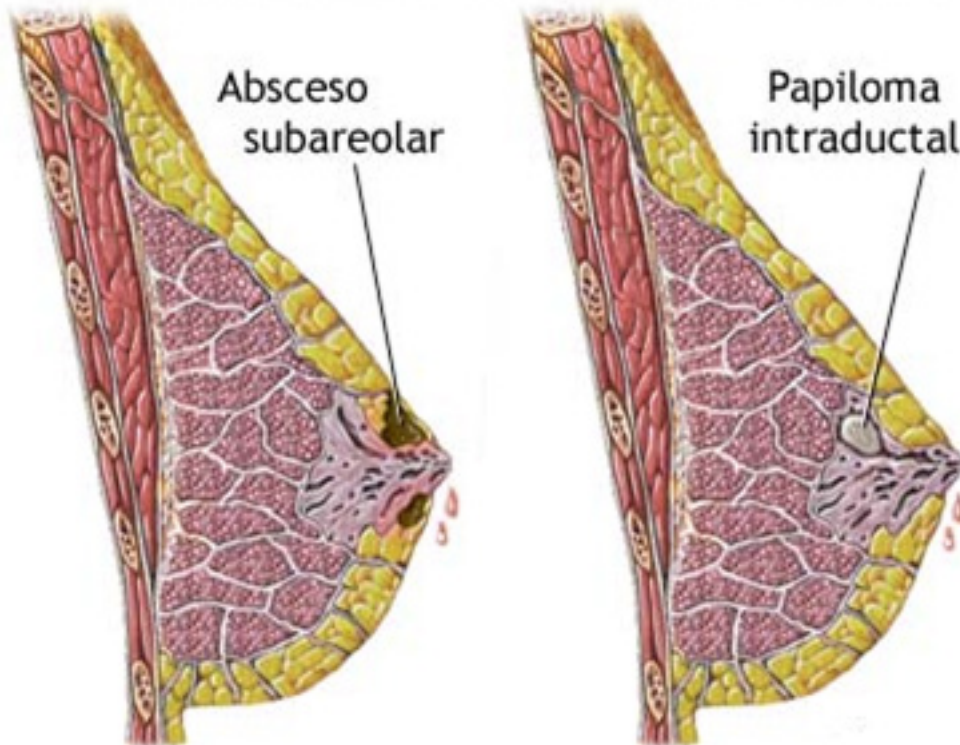
El seno femenino es una glándula que se desarrolla desde el período embrionario. Lo conforman la glándula mamaria, la aureola y la mamila o pezón.

La glándula mamaria la conforman lóbulos glandulares, tejido adiposo, tejido conjuntivo, vasos sanguíneos y los conductos lactíferos donde están contenidos los alvéolos. Estos últimos no contienen líquido hasta que en el período de la lactancia comienzan a producir la leche materna.

La glándula mamaria está normalmente conexas a la secreción de líquido, la patología ocurre cuando la secreción no es lactosa.

Figura 6: Secreción del pezón

Causas comunes de secreción anormal de pezón



(2018) Recuperado de <http://eclinicalworks.adam.com/content.astx?productid=39&pid=5&gid=001515&print=1>

La secreción anormal puede presentarse en uno o ambos pechos y su naturaleza puede ser de consistencia acuosa, sanguinolenta o purulenta y mostrar diferente coloración: amarillenta, transparente, de color verdoso o parduzco.

La secreción anormal de las mamas puede producir dolor, picor, ardor o tensión en el pecho. En algunos casos puede manifestarse sin ninguna

molestia.

Causas de la secreción anormal de las mamas

El origen de la secreción anormal de la glándula mamaria es, por lo general, una inflamación benigna o mastopatía. Este tipo de secreción puede surgir de una inflamación o de un tumor que puede ser benigno o maligno.

El pecho y la mamila deben someterse a exámenes exhaustivos que proporcionen al médico la información necesaria y dilucidar el tratamiento para la enfermedad subyacente.

Como medio de despistaje para el diagnóstico, se solicitan procedimientos imagenológicos o de ultrasonido, como la mamografía o la ecografía, para localizar las anomalías de la glándula mamaria y para determinar si los conductos mamaros están dilatados u obstruidos. La galactografía se emplea para visualizar el interior del galactoblasto.

Cuando el pecho presenta alteraciones cutáneas se debe tomar un frotis para la presencia de células anómalas o gérmenes.

Tratamiento para secreción anormal de la glándula mamaria

La secreción de líquido no constituye, un cuadro patológico, razón por la cual, el tratamiento debe ir dirigido a la enfermedad de base que causa la mastopatía y para mejorar los síntomas.

Puede aplicarse un tratamiento de medicamentos si la secreción de líquido responde a un desequilibrio hormonal, el empleo de gestágenos sirve para equilibrar el exceso de estrógeno.

También, la mastopatía puede tratarse con inhibidores de prolactina. Esta hormona es la que estimula la producción de leche en los senos y los inhibidores pueden reducir la presión y las alteraciones quísticas en los pechos.

La inflamación del pecho se trata con antibióticos o antiinflamatorios.

Excepcionalmente, si los medicamento no producen el efecto esperado, debe recurrirse al tratamiento quirúrgico del pecho, como en el caso de los focos purulentos o abscesos que requieren drenaje bajo anestesia local.

Síndrome de ovario poliquístico

El SOP o Síndrome de ovario poliquístico (en inglés, polycystic ovary syndrome), también llamado síndrome de Stein-Leventhal es una alteración de índole hormonal, que afecta especialmente a mujeres en edad fértil, asociado a la obesidad, a los ovarios poliquísticos aumentados, al hirsutismo o presencia de vello de tipo masculino y a la ausencia de sangrado menstrual.

Síntomas que determina el padecimiento de SOP.

1- Fenotipo de SOP:

- Hiperandrogenismo y poliquistosis.
- Poliquistosis y obesidad sin hirsutismo clínico.
- Obesidad e hirsutismo sin poliquistosis asociada.
- Poliquistosis e hiperandrogenismo sin obesidad.

2- Ovulaciones escasas o ausentes: el sangrado menstrual puede ocurrir en largos periodos o no ocurrir.

3- Hiperandrogenismo, es decir, un porcentaje superior a los índices normales de hormonas masculinas para una mujer.

Causas del Síndrome de ovario poliquístico.

Antes de emitir el diagnóstico del padecimiento de SOP, deben descartarse otras enfermedades que manifiestan una sintomatología similar, tales como, afecciones en los ovarios, en las suprarrenales o enfermedades de la hipófisis.

Las causas y factores que originan la alteración hormonal que caracteriza este síndrome son desconocidas. Es un síndrome en el que pueden estar presentes como originadores algunos factores ambientales y sobretodo un determinismo genético que se puede colegir porque el síndrome puede afectar a varios miembros de una familia.

Las variaciones hormonales propias del SOP se refuerzan y condicionan las cualidades de este síndrome:

- La hipófisis segrega hormona luteinizante (LH) y menos foliculoestimulante (FSH).
- Este desbalance genera la estimulación la producción de hormonas masculinas en los ovarios.
- Cuando hay mayor concentración de estrógeno, el cuerpo segrega más LH y menos FSH. Estimulándose, a la vez, la producción de andrógenos en los ovarios.
- El exceso de hormonas masculinas imposibilita un ciclo menstrual normal. Este ciclo es alterado o inhibido por completo en las personas con SOP.

GINECO-OBSTETRICIA

- El exceso de insulina está asociado a una mayor concentración en los índices de hormonas masculinas y un aumento de la secreción de LH.

La hiperandrogenemia que caracteriza el SOP, puede tener sus orígenes en:

- La temprana o excesiva producción de hormonas masculinas al inicio de la pubertad.
- En el incremento de la prolactina.
- Por una hipofunción tiroidea o tumores.

Diagnóstico del Síndrome de ovario poliquístico

El diagnóstico comienza con una anamnesis poniendo atención a la información suministrada por la paciente. Debe incluir:

- Descripción de su ciclo menstrual (alteraciones, cantidad de flujo, etc.).
- Detallar su desarrollo durante la pubertad.
- Constatar que no existe descendencia deseada.

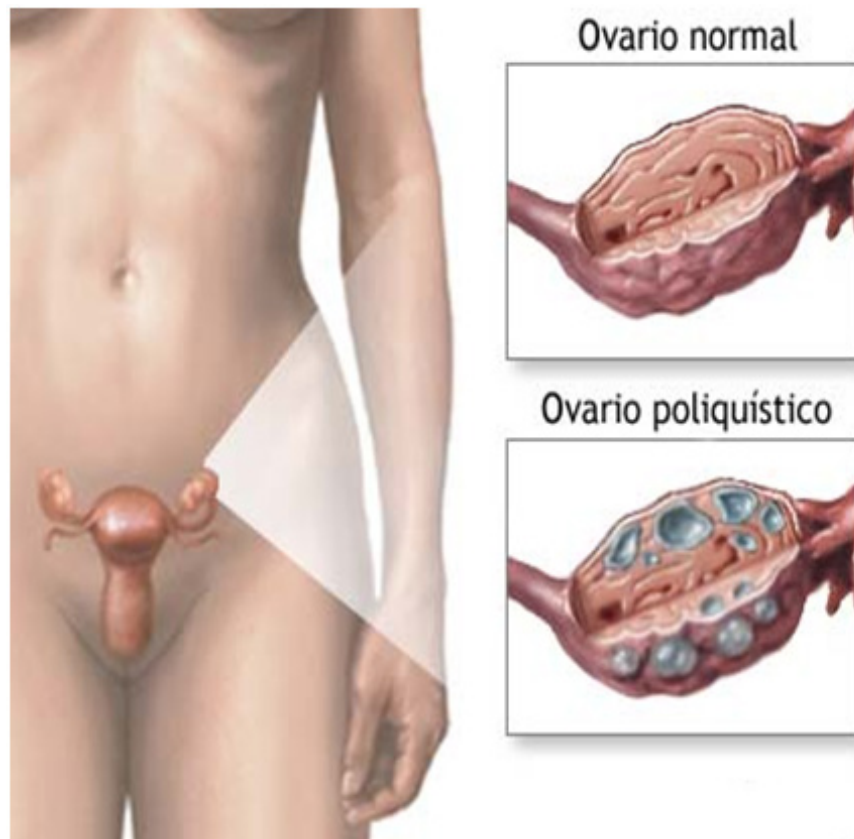
El paso siguiente es la exploración física para verificar la existencia de otros rasgos características del SOP, como acné, vello masculino, caída del cabello y sobrepeso.

Luego se realiza una exploración ginecológica completa para observar el estado de los ovarios, entre otras cosas. Un examen ecográfico aporta información que puede contribuir a la precisión del diagnóstico.

Las alteraciones características de los niveles hormonales pueden obtenerse con un examen de sangre realizado entre el tercer y quinto día del ciclo menstrual.

Cuando se realiza el diagnóstico de fertilidad, dentro del contexto de un caso de SOP, se determina las cualidades que presenta el ovario: su tamaño, la textura de la superficie, (si es rugosa, con cicatrices, etc.), el color, el grosor de la textura ovárica con tejido conjuntivo. Con todos estos datos se realiza un diagnóstico que permita definir un tratamiento adecuado.

Figura 7: Ovarios Poliquísticos



De Sa Tavares, D. (2017), Recuperado de <https://www.google.co.ve/amp/s/salud.uncomo.com/articulo/como-tratar-los-ovarios- poliquísticos-5935.html%3Famp%3D1>

Tratamiento para el síndrome de ovario poliquístico

El tratamiento para el SOP está configurado en dos vertientes, una tendiente a mitigar los síntomas presentados y, el que intenta normalizar el desajuste hormonal con el objeto de prevenir complicaciones de salud como las enfermedades cardiovasculares o la diabetes mellitus.

Las pacientes diagnosticadas con SOP deben necesariamente controlar el sobrepeso con una alimentación que no estimule la producción de insulina, además de asumir una rutina de actividad física específicamente aeróbica.

El tratamiento con medicamentos incluye la combinación de pastillas anticonceptivas, con estrógeno y progestágeno. Con este procedimiento se bajaran y mantendrán estables los niveles hormonales mientras consume los medicamentos.

Prevención del síndrome de ovario poliquístico

Hasta la actualidad no existe una formula específica para la prevención del síndrome de ovario poliquístico. No obstante, atendiendo las características de las pacientes con el síndrome se pueden recomendar acciones para controlar y reducir de sobrepeso, asumiendo una alimentación baja en azúcar, harinas refinadas, patatas y alimentos procesados. Los carbohidratos deben tener bajo índice glicémico, y además abandonar el sedentarismo.

Seguir estas recomendaciones contribuye a mejorar la calidad de vida de las pacientes y ayuda a evitar complicaciones futuras.

Amenorreas

Los trastornos de la menstruación están referidos a:

- La frecuencia.
- La duración.
- La cantidad

La amenorrea es un trastorno de la menstruación concerniente a la duración. La amenorrea consiste en la ausencia témpora o permanente de la menstruación. Se considera como amenorrea la falta de dos o más ciclos menstruales consecutivos.

Las causas de la amenorrea

Causas fisiológicas

- **Antes de la pubertad:** Es normal, puesto que, la menarquía, es decir, la primera regla ocurre entre los 10 y 14 años.
- **Durante el embarazo:** Razón por la que una mujer joven, sana, que ha tenido menstruaciones regulares, que es activa sexualmente sin el uso de anticonceptivos que presente amenorrea, debe estar atenta a las respuestas de su cuerpo y realizarse una prueba de embarazo.
- **Durante la Lactancia:** No es muy frecuente pero, de manera anómala, puede ocurrir por inhibición de las hormonas que inducen la ovulación.
- **En la menopausia:** Cuando cesa la producción de la actividad de los ovarios, lógicamente, debe presentarse la amenorrea. Esto suele ocurrir entre los 45 y los 55 años.

Tipos de amenorrea

Amenorrea Primaria:

Las ausencias ocurren a los jóvenes de 14 años que todavía no han tenido el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, o en jóvenes de 16 años que presentan caracteres sexuales secundarios.

Incidencia de la amenorrea.

La incidencia de la amenorrea en la población específica es de 0.1%.

Causas de la amenorrea primaria:

El origen genético incide en un 60%. Los trastornos endocrinológicos ocupan el porcentaje restante.

Causas uterinas:

Las principales causas son: El síndrome de Rokitansky, que es el nombre con el que designa la ausencia total o parcial de útero y vagina, el síndrome de Morris, nombre que designa a la mujer con cariotipo masculino XY.

Causas ováricas:

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es un trastorno que afecta la función del ovario que puede producir amenorrea primaria y secundaria; el síndrome de Turner y la disgenesia gonadal, las mujeres con estas anomalías no llegan a desarrollar ovarios capaces de funcionar y; el Fallo ovárico prematuro.

Causas hipotálamo-hipofisarias:

La ausencia de la secreción en el hipotálamo-hipófisis que pueden originarse por variadas razones. Esta alteración se le conoce como hipogonadismo e hipogonadotropo. Las hormonas gonadótropas estimulan los ovarios y los testículos. La segregación deficiente de estas hormonas, (hipogonadismo), produce en los individuos que no han alcanzado la madurez produce una reducción del desarrollo físico de los caracteres sexuales.

Amenorrea secundaria:

Cuando una mujer que ya ha tenido anteriormente la menstruación sufre una falta superior a seis meses, se dice que presenta una amenorrea secundaria.

Causas de la amenorrea secundaria:***Causa uterinas:***

Son producidas por el padecimiento del Síndrome Asherman o sinquias uterinas, Estenosis cervical, tuberculosis genital y endometritis.

Causas ováricas:

Las causantes son el síndrome de ovario poliquístico y el fallo ovárico prematuro.

Causas hipofisarias:

Tuberculosis, craneofaringiomas, sarcoidosis, lesiones craneales, radioterapias holocraneal, síndrome de Sheehan, hipopituitarismo, hiperprolactinemia.

Causas sistémicas:

Diabetes, trastornos endocrinos, patologías tiroideas.

Drogas y fármacos:

Cocaína, opiáceos, farmacotrópicos estimulantes o tranquilizantes y antidepresivos, la progesterona y análogos GnRh.

Diagnóstico para la amenorrea.

Los estudios para elaborar un diagnóstico se inician con la elaboración detallada de una historia clínica. Luego se dará la exploración física que debe ir acompañada por una ecografía ginecológica. Otro elemento que sirve de sustento al diagnóstico son los análisis hormonales y opcionalmente pruebas imagenológicas y de ultrasonido, histeroscopia, Histerosalpingografía, RMN, eco 3D, Urografía y estudios genéticos.

Menopausia

Se conoce como menopausia al cese del periodo menstrual debido a que la secreción hormonal de los ovarios se detiene. La menopausia se determina de manera definitiva cuando transcurren, por lo menos, doce meses de amenorrea, es decir, ausencia de menstruación.

Acerca de este tema, históricamente se han establecido creencias que provienen de la tradición cultural y las creencias personales que transitan entre lo peyorativo y la visión optimista. Sin duda, es un cambio natural en la vida de la mujer que está asociado a otras manifestaciones fisiológicas que resultan añadidos a la menopausia que deben esclarecerse.

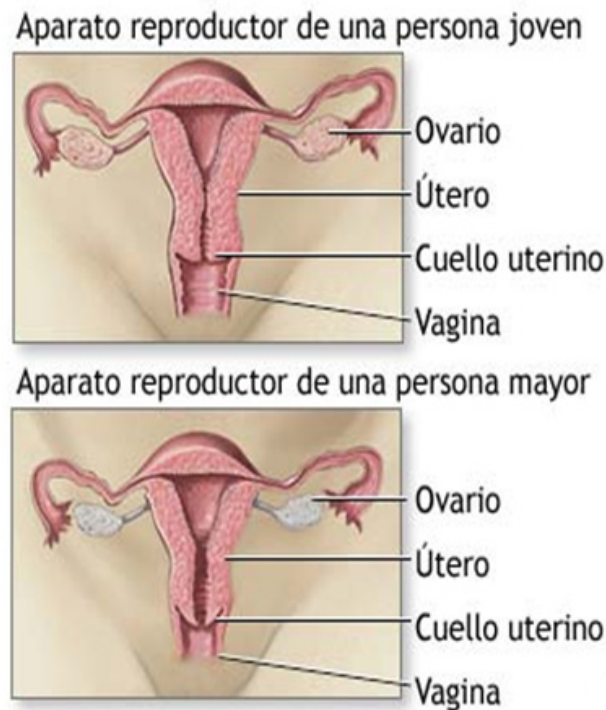
A continuación se exponen conceptos que están ligados a la menopausia:

- **Climaterio:** Es una etapa de transición que puede ocurrir antes o después de la amenorrea, (con un lapso entre 2 y 6 años), en el que se presentan problemas de salud como enfermedades cardiovasculares o la osteoporosis.
- **Fallo ovárico precoz:** También conocido como menopausia precoz, ocurre antes de los 40 años con el cese definitivo de la menstruación por la falta de secreción ovárica.
- **Perimenopausia:** Lapso temporal que transcurre entre el lapso previo a la amenorrea y posterior al primer año de su presentación.

Síntomas de la menopausia

Los síntomas de la menstruación pueden variar mucho entre las mujeres. Inicialmente se pueden establecer dos grupos diferentes: el grupo de los síntomas propiamente dichos de la menstruación y el grupo de los problemas de salud crónicos.

Figura 8: Cambios en el aparato reproductor de la mujer adulta



(2017). Recuperado en

<https://www.google.com/URL?sa=t&source=web&rct&j&url=http://aia5.adam.com/comtelt.aspx%3FproductId%3D118%26pid%3D5%26gid%3D000894&ved=2ahUKEwjJ5qGnvHhAhVvUN8KHRyPAm8QFjAEegQIAxAB&usg=AOvVaw3D2BmleluLsSBhGuV7Eu7d>

Síntomas propiamente dichos:

- Cambios en el ciclo menstrual.
- Insomnio.
- Síntomas urinarios.
- Síntomas vaginales y sexuales.

- Síntomas vasomotores.
- Cambios de ánimo.
- Cuadros dolorosos.

Problemas crónicos de salud:

- Osteoporosis y riesgo de fracturas.
- Enfermedades cardiovasculares.

Cambios en el ciclo menstrual

A partir de los cuarenta años, en los últimos años de la etapa reproductiva, los ciclos menstruales se acortan y se reduce la capacidad genésica que es natural con la pérdida de la capacidad ovárica.

Síntomas urinarios

La incontinencia urinaria es frecuente en la menopausia, un factor que puede contribuir a su aparición es la falta de estrogénicos.

Síntomas vaginales y sexuales.

La manifestación de sequedad vaginal y dolor en las relaciones sexuales, que afectan a un porcentaje de las mujeres en esta etapa, tiene conexión con la pérdida de elasticidad y atrofia de los tejidos de la vagina y la vulva, a la disminución de la secreción hormonal y a la reducción del tejido epitelial.

Síntomas vasomotores.

La manifestación clínica más característica del climaterio es la sensación de calor, su origen no es bien conocido, pero la reducción de estrógenos, podría trastornar el funcionamiento del centro regulador de la temperatura situado en el hipotálamo.

Insomnio.

Como síntomas de la menstruación se pueden presentar la alteración del sueño, la cefalea y los mareos que están hermanados a los signos de sofoco y sudoración nocturna. Estos acarrear cuadros de fatiga, falta de concentración, de memoria e irritabilidad.

Cambios de ánimo.

Las alteraciones de los estados de ánimo no han podido relacionarse científicamente con la menopausia. En estos cambios son más determinantes los factores sociales y anímicos.

Cuadros dolorosos

Los dolores articulares están presentes, con frecuencia, durante la menopausia. Hasta ahora no se ha podido demostrar científicamente que son consecuencia de la disminución de estrógenos.

Problemas crónicos de salud

Osteoporosis y riesgo de fracturas

Cuando se deja de producir estrógenos se incrementa la reducción de la masa ósea. En mujeres que experimentan un extemporáneo cese de la producción de la hormona sufre de manera temprana la reducción de la masa ósea.

La pérdida ósea aumenta durante la Perimenopausia y disminuye al paso de los primeros años de la menopausia.

La osteoporosis acarrea el incremento de fracturas y la morbimortalidad.

Enfermedades cardiovasculares

No se ha demostrado la relación entre las enfermedades cardiovasculares y la disminución de estrógenos en la menopausia.

Tratamiento para la menopausia

Síntomas vasomotores

La mejor forma de evitar los síntomas vasomotores de la menopausia es el control de peso con una ingesta sana de alimentos, eliminar el cigarrillo, las bebidas alcohólicas y procurar ambientes sosegados.

Tratamiento Hormonal

Se conoce como “Terapia Hormonal Sustitutiva” (THS). Se aplica a mujeres con el útero sano, consiste en la administración de estrógenos asociados a la progesterona que se pueden administrar vía oral o intramuscular. Aunque pueden acarrear reacciones adversas. En las mujeres asintomáticas no es necesario someterlas a tratamiento.

La THS prolongada incrementa los riesgos cardiovasculares, cerebrovasculares y demencia.

Los tratamientos prolongados con progesterona están asociados al cáncer de mama, en el endometrio y el ovario. Los progestágenos sintéticos incrementa el riesgo de las enfermedades cerebrovasculares. Las terapias alternativas, por ejemplo, el uso de fitoestrógeno, aún no se ha comprobado su efectividad.

Síntomas vaginales y urinarios

El principal tratamiento para estos síntomas menopáusicos lo constituye el empleo de lubricante no hormonales y humectantes hechos con aceites naturales, combinados con la actividad sexual regular.

Para la Osteoporosis

La realización de una densimetría ósea, no para diagnosticar el padecimiento sino para conocer uno de los factores de riesgo de fractura, no se debe subestimar.

Un tratamiento preventivo debe basarse en un cambio de estilo de vida:

Establecer una rutina de ejercicios, evitar el tabaquismo, tomar baños de sol en las primeras horas del día (por lo menos en la cara y los brazos), comer alimentos ricos en calcio, tomar complementos vitamínicos como: vitamina D, Calcio Magnesio y Zinc.

CAPÍTULO V

OBSTETRICIA Y SU VINCULACIÓN CON LA GINECOLOGÍA



www.mawil.us

Durante el siglo XX, motivado por el crecimiento acelerado del conocimiento científico y médico, se acrecienta la toma de conciencia del rol que le corresponde desempeñar a la medicina en el sector de la salud y la protección de la mujer embarazada. Los problemas del trato genital femenino cuando se asumen como responsabilidad de los ginecólogos, quienes incluyeron dentro del proceso de auscultación, diagnóstico y tratamiento aspectos fisiológicos y endocrinos.

Las barreras de la formación académica se fueron difuminando y los ginecólogos y obstetras comenzaron a estrechar su campo laboral y como resultante se constituyó la ginecobstetricia.

En la actualidad, las mujeres cuentan con una atención integral en cuanto a su salud íntima, tal como se puede constatar en los siguientes párrafos en los que quedan expuesta la consustanciación gnoseológica ginecológicas-obstétricas en las praxis médicas.

El ingreso a control prenatal corresponde al primer control que se realiza, una vez confirmado el embarazo; en este control se efectuará una anamnesis y examen físico completo; y permite efectuar los “diagnósticos de ingreso a control prenatal”, que permiten categorizar al embarazo como una gestación de alto o bajo riesgo. La anamnesis incluye: anamnesis general, antecedentes ginecológicos, antecedentes obstétricos e historia del embarazo actual.

El examen físico incluye: examen físico general, examen físico segmentario, examen ginecológico y examen obstétrico abdominal.

Anamnesis en el primer control prenatal

El objetivo de la anamnesis es recabar información remota y próxima, de elementos normales y mórbidos personales y familiares. Permite conocer el motivo de consulta, y la aparición de síntomas, normales y patoló-

gicos.

Anamnesis General

- Identificación de la mujer y su pareja o antecedentes personales: nombre, edad, domicilio, trabajo, nivel educacional, etnia de pertenencia, estado civil, previsión, etc.
- Anamnesis remota personal o antecedentes mórbidos, antecedentes quirúrgicos, hábitos, alergias
- Anamnesis remota familiar o antecedentes mórbidos de carácter hereditario: cáncer de mama, ovario, colon, etc. antecedentes ginecológicos.
- Menarquia.
- Ciclos menstruales: características (periodicidad, cantidad, dismenorrea).
- Formula obstétrica (FO).
- Método anticonceptivo (MAC).
- Actividad sexual (AS).
- Antecedente de infecciones del aparato genital. Antecedentes obstétricos (permite identificar factores de riesgo) 1. Historia detallada de partos previos.
- Número de embarazos.
- Año y lugar del parto.
- Complicaciones del embarazo.
- Edad gestacional al parto.
- Vía de parto: vaginal, cesárea o fórceps.
- Patología del puerperio.
- Datos del RN: peso, talla, sexo, APGAR y salud actual.

Historia detallada de abortos previos

- Año y lugar en que ocurrió.
- Indagar si el aborto fue espontáneo o provocado.
- Necesidad de legrado uterino.
- Complicaciones posteriores al aborto.

Figura 9: Apropiado para la edad gestacional (AEG)



El término "apropiado para la edad gestacional" se refiere al nivel de crecimiento y desarrollo del feto adecuado para su edad

Recuperado en

<http://eclinicalworks.adam.com/content.aspx?productId=39&pid=5&gid=002225&print=1>

Anamnesis respecto del embarazo actual

- Fecha de última menstruación (FUM): primer día de la última menstruación.
- Cálculo de Edad Gestacional (EG).

GINECO-OBSTETRICIA

- Fecha probable de parto (FPP).
- Síntomas gestacionales “normales”: náuseas, vómitos, cansancio, sueño, sensación de mareo, distensión abdominal, dolor pelviano, congestión mamaria, antojos, pirosis.
- Síntomas patológicos: sangrado genital, dolor pelviano intenso, flujo genital que produce mal olor o prurito vaginal.
- Inicio de control prenatal y exámenes prenatales: averiguar si ya inició control y si trae exámenes de rutina.
- Evaluación del bienestar fetal: interrogar respecto de la percepción de movimientos fetales. Los movimientos fetales son percibidos por la madre desde las 20 semanas en adelante, y su presencia son un buen signo del bienestar fetal. Esta es una evaluación subjetiva, y así debe quedar registrada en la ficha clínica (ej. buena percepción de movimientos fetales).

Examen físico en el primer control prenatal

Examen físico general

- Debe efectuar un examen físico completo.
- Especial énfasis en la toma de presión arterial (PA) y peso.

Examen físico segmentario

- **Cabeza y cuello:** Observar piel y mucosas, sobretodo su coloración (rosada, pálida o icterica), grado de hidratación. Examen bucal buscando caries o sangrado de encías. En el cuello palpar tiroides y ganglios.
- **Tórax:** Examen pulmonar y cardíaco.
- **Abdomen:** Observación y palpación abdominal. Detectar presen-

cia de cicatrices, estrías y la presencia de línea parda.

- **Extremidades:** Forma, simetría, movilidad, presencia de edema. Examen ginecológico: en el primer control prenatal, debe efectuarse un examen ginecológico completo, incluyendo el examen físico de mamas y los genitales.
- **Examen mamario:** Se efectúa mediante inspección y palpación. Permite determinar las características de las mamas (volumen, consistencia, forma, presencia de nódulos), el pezón y la presencia o ausencia de secreción láctea
- Inspección de genitales externos, para determinar características de genitales externos (presencia de posibles lesiones) y de flujo genital.
- **Especuloscopia:** Se efectúa rutinariamente en el primer control prenatal, permitiendo la toma del frotis de Papanicolaou (PAP).
- **Tacto vaginal:** Se efectúa rutinariamente en el primer control prenatal. Permite caracterizar el tamaño uterino (para saber si es acorde con la edad gestacional estimada por FUM) y los anexos.

Examen obstétrico

Se efectúa en el primer control prenatal, y se repite en todos los controles siguientes, el examen obstétrico incluye: palpación abdominal, maniobras de Leopold (en embarazos mayores a 28 semanas), auscultación de latidos cardíacos fetales (en embarazos mayores a 12 semanas), medición de altura uterina (en embarazos mayores a 20 semanas) y estimación clínica del peso fetal (en embarazos mayores a 28 semanas). Como parte del examen obstétrico, sólo en ocasiones se requerirá del tacto vaginal obstétrico, el que se efectúa con la mano más hábil.

Diagnósticos de ingreso al control prenatal

Al igual que en cualquier situación clínica, el médico o matrona, debe establecer una conclusión respecto de su anamnesis y examen físico, esto es el diagnóstico clínico. En este caso, al ingreso al control prenatal, se establecerán los diagnósticos que permiten orientar el control prenatal futuro. Si se trata de un embarazo de bajo riesgo (riesgo normal), la paciente continuará su control en el nivel primario. Si se trata de un embarazo de alto riesgo (por patología materna o fetal), se requerirán exámenes o tratamientos especiales, y la derivación a nivel secundario o terciario de atención (sistema público) o a un especialista en medicina materno-fetal.

El diagnóstico de ingreso a control prenatal incluye

La fórmula obstétrica, la edad gestacional y la patología concomitante. Fórmula obstétrica (FO): Es una forma de resumir los antecedentes obstétricos de la mujer embarazada, de uso universal, pero con diferencias en cada servicio.

CAPÍTULO VI

CUIDADOS EN EL CAMPO DE LA OBSTETRICIA



www.mawil.us

Controles prenatales

Dado que en el ingreso a control prenatal ya se registró la anamnesis y examen físico completo de la mujer embarazada, en los restantes controles de rutina, se hará una anamnesis más breve y orientada a aspectos específicos del embarazo o de las patologías detectadas. Se hará, en general, solo examen obstétrico abdominal. El tacto vaginal obstétrico se hará solo en situaciones que lo ameriten, como se verá más adelante.

Anamnesis en los controles prenatales, respecto del embarazo actual.

- Cálculo de Edad Gestacional (EG).
- Síntomas gestacionales “normales”: náuseas, vómitos, cansancio, sueño, sensación de mareo, distensión abdominal, dolor pelviano, congestión mamaria, antojos, pirosis.
- Síntomas patológicos: sangrado genital, dolor pelviano intenso, flujo genital que produce mal olor o prurito vaginal, contracciones uterinas.
- Interrogar respecto de la percepción de movimientos fetales.

Evaluación de la adherencia a las indicaciones (medicamentos, vitaminas, exámenes de laboratorio) Anamnesis respecto de patologías detectadas:

- Según sea la enfermedad (ej. HTA, diabetes, etc.), se hará una anamnesis dirigida a síntomas propios de esa condición.
- Evaluar la asistencia de la mujer a los controles médicos con especialistas a los que haya sido derivada. Examen físico en los controles prenatales.

GINECO-OBSTETRICIA

Examen físico general

- Toma de presión arterial (PA) y peso.
- Cálculo del IMC y representación gráfica en el carné de control prenatal o sistema de registro similar.

Examen físico segmentario

Solo se hará si la paciente presenta síntomas de alguna condición patológica.

Examen ginecológico

Se hará especuloscopia o tacto vaginal si la paciente presenta síntomas sugerentes de alguna enfermedad (ej. flujo vaginal, prurito vulvar, sangrado, etc.).

Examen obstétrico

- El examen obstétrico abdominal se efectúa en cada control. Es importante registrar en la ficha clínica todos los datos.
- Tacto vaginal obstétrico se hará solo cuando sea necesario.

Examen obstétrico abdominal

Constituye el examen del abdomen de la mujer embarazada. Debe realizarse con la paciente en decúbito dorsal, con los brazos a los lados del cuerpo y con el respaldo de la camilla levemente inclinado. Siempre procurar que la paciente haya evacuado la vejiga previamente. Antes de las 12 semanas: El útero aún se encuentra dentro de la pelvis, por lo que el examen abdominal en este periodo es similar al de una mujer no embarazada. Entre 12-20 semanas: Recién a las 12 semanas la parte superior de útero gestante se encuentra al nivel de la sínfisis púbica, siendo posible palparlo en el examen obstétrico abdominal. A esta edad gestacional, el examen obstétrico abdominal consiste en palpación y auscultación de latidos cardíacos fetales.

- **Palpación:** en este período es posible palpar el útero, comprimiendo suavemente la pared abdominal, para determinar su tamaño, el que debiera relacionarse con la edad gestacional. Si bien esta evaluación se ve afectada por la contextura de la mujer embarazada, el borde superior del útero debiera palparse considerando los siguientes reparos anatómicos: o 12 semanas: suprapúbico; o 16 semanas: entre pubis y ombligo; o 20 semanas: umbilical.
- **Auscultación de latidos cardíacos fetales (LCF):** a esta edad gestacional, los LCF se pueden auscultar mediante el doppler obstétrico, pero no con el Estetoscopio de Pinard. La región donde los latidos fetales se escuchan más nítidos es en la parte media del tronco fetal. Este foco se ubica a esta edad gestacional semanas en la zona sub-umbilical. En embarazos más avanzados, el foco de auscultación dependerá de la situación, presentación y posición fetal. Después de las 20 semanas: A esta edad gestacional el útero es fácilmente palpable sobre el ombligo. El examen obstétrico abdominal incluye a esta edad gestacional: palpación abdominal, maniobras de Leopold (en embarazos mayores a 28 semanas), auscultación de latidos cardíacos fetales, medición de altura uterina y estimación clínica del peso fetal (en embarazos mayores a 28 semanas).

- **Maniobras de Leopold (4 maniobras):** corresponde a la palpación fetal, a través del abdomen materno, para identificar la situación, presentación, posición y actitud fetal. A continuación describimos la definición de cada uno de estos términos o Actitud Fetal: es la forma en que se disponen las diversas partes del feto entre sí, durante su permanencia en el útero. El feto normal tiene una actitud general de flexión activa: la columna vertebral está flectada sobre sí misma, determinando una marcada convexidad del dorso fetal; la cabeza flectada de modo que la barbilla toca el esternón; las caderas están bien flectadas pudiendo estar las rodillas flectadas o estiradas; las extremidades superiores pegadas al cuero y los codos flectados. La actitud de flexión activa lleva a la formación de un “ovoide fetal”, postura que le permite ocupar el menor espacio posible en el interior de la cavidad uterina.
- **Situación fetal:** es la relación existente entre el eje longitudinal del ovoide fetal y el eje longitudinal (sagital) del útero o la madre. La situación fetal puede ser longitudinal, transversa u oblicua. En el 99% de los embarazos la situación es longitudinal. Con mayor frecuencia las situaciones oblicuas o transversas se observan con anterioridad a las 34 semanas de gestación.
- **Presentación Fetal:** es la parte del feto que se presenta al estrecho superior de la pelvis materna. En las situaciones longitudinales la parte fetal presentada es el polo cefálico o podálico; en situación transversa, el segmento fetal que se presenta es el hombro o tronco.
- **Posición Fetal:** es la relación del dorso del feto con el lado izquierdo o derecho del cuerpo de la madre. En el tacto vaginal obstétrico se determinará, además, la “variedad de posición”, entendiendo por tal la relación del punto de reparo de la presentación con la pelvis materna, lo que se explicará más adelante.

A continuación explicamos cómo se efectúa cada una de las cuatro maniobras de Leopold, y cuál es la utilidad de cada una de ellas:

- **Primera maniobra de Leopold:** permite identificar el polo fetal que ocupa el fondo uterino y así determinar la SITUACIÓN y la PRESENTACIÓN FETAL (pensando en el polo opuesto, el que se encontrará hacia la pelvis materna). Se efectúa desde el lado derecho y mirando hacia la cabeza de la paciente, utilizando la palma y el borde cubital de la mano, con los dedos apuntando a la cara de la paciente. Se identifica el fondo del útero y se palpa el polo fetal (este puede ser podálico o cefálico). El polo cefálico es más pequeño, duro y “pelotea” en el fondo uterino (presentación podálica), mientras que el polo podálico es más ancho, blando y no “pelotea” (presentación cefálica). Si no se detecta ningún polo en el fondo uterino, se concluye que el feto está en situación transversa. Se denomina “peloteo” a la posibilidad de mover la cabeza fetal en el interior del útero, flotando en el líquido amniótico, y rebotando como un cubo de hielo en el agua, al empujarla con la mano.
- **Segunda maniobra de Leopold:** identifica la POSICIÓN FETAL. Se efectúa desde el lado derecho y mirando hacia cabeza de la paciente, mientras las manos del examinador se deslizan desde el fondo del útero hacia abajo, siguiendo las partes laterales del abdomen, a la derecha e izquierda del útero. Se identifica el dorso fetal, superficie lisa y convexa ubicada en uno de los costados, y en el lado opuesto nódulos pequeños que pueden corresponder a las extremidades. Lo más fisiológico es dorso a izquierda.
- **Tercera maniobra de Leopold:** identifica el GRADO DE ENCAJAMIENTO, es decir, cuan metida está el polo fetal en la pelvis. Se efectúa desde el lado derecho y mirando la cabeza de la paciente, colocando la mano derecha sobre la sínfisis púbica percibiendo el polo de la presentación fetal.

Podemos determinar tres niveles:

o Flotante: El polo fetal se mueve libremente, si está en cefálica se puede verificar el “peloteo” de la cabeza fetal.

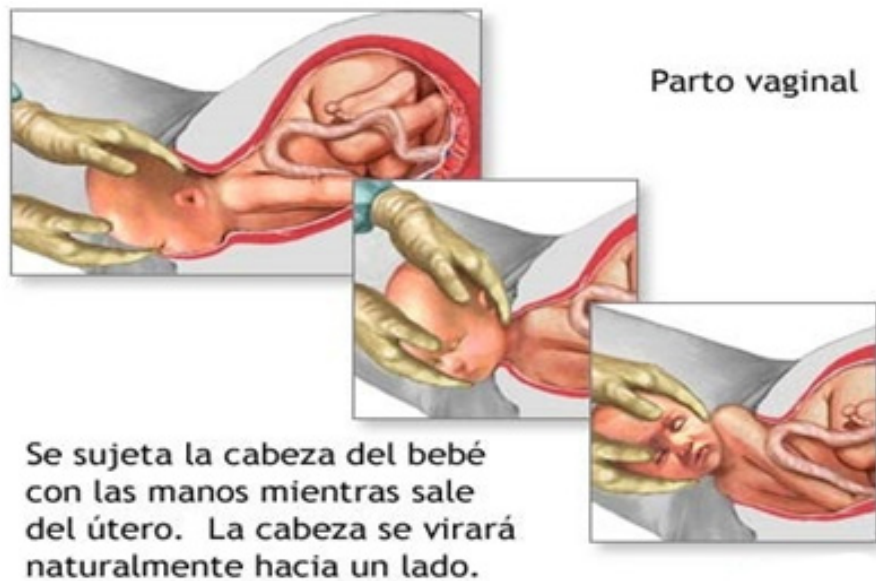
o Fijo: El polo fetal está insinuada en la pelvis, es posible palparlo; si está en cefálica, ya no es posible verificar el “peloteo” de la cabeza fetal.

o Encajada: El polo fetal está completamente metido en la pelvis, logrando palparlo con dificultad. Se estima que cuando la presentación está encajada es porque el ecuador de la presentación (punto más ancho) ya pasó el estrecho superior de la pelvis, y el punto más prominente de la presentación ya está a nivel de las espinas ciáticas.

• **Cuarta maniobra de Leopold:** Detecta la ACTITUD FETAL. Se efectúa desde el lado derecho y mirando hacia los pies de la paciente. Se identifica la flexión del polo cefálico ubicado en la pelvis materna, deslizando una mano sobre el dorso fetal, hacia la pelvis. Esta maniobra es útil en las presentaciones cefálicas y permite determinar el grado de flexión de la cabeza fetal.

o Deflectado: cuando la mano que se desplaza por el dorso fetal choca con la nuca.

o Flectado: al contrario, si la mano llega a la pelvis sin haber chocado con la nuca del feto.

Figura 10: Parto vaginal

(2018) Recuperado en https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_image-page/1082.htm

- **Auscultación de latidos cardíacos fetales (LCF):** La auscultación de los LCF es posible mediante el uso del doppler obstétrico (en embarazos mayores a 12 semanas) o del estetoscopio de Pinard (en embarazos mayores a 20 semanas), para lo cual es necesario conocer el “foco de auscultación máxima”.

En embarazos menores a 20 semanas se encuentra en la línea media, infraumbilical. Entre las 20-28 semanas el foco de auscultación máxima se encuentra sobre el ombligo, en situación paramediana. Después de las 28 semanas, se identificará el foco de auscultación máxima gracias a las maniobras de Leopold. El foco de auscultación máxima se encuentra donde estimemos se encuentre el hombro del feto, lo que en presentación cefálica suele estar bajo el ombligo en situación paramediana, y a derecha o

izquierda según esté el dorso fetal.

Uso del doppler obstétrico: se aplica una gota de gel para ultrasonido en el transductor doppler, se apoya el transductor sobre el abdomen materno (en el foco apropiado) presionando suavemente para evitar ruido, se enciende el aparato y se ajusta el volumen, el transductor se inclina lentamente en varias direcciones hasta oír los latidos. No es aconsejable usar una gran cantidad de gel, o mover el transductor rápidamente sobre el abdomen.

Uso del estetoscopio de Pinard: se coloca la parte ancha del estetoscopio de Pinard en el foco de auscultación máxima, se aplica el pabellón auricular sobre el extremo opuesto del estetoscopio, presionando suavemente; se quita la mano de modo que el estetoscopio quede aprisionado entre el abdomen materno y el pabellón auricular. Con el silencio ambiental necesario es posible detectar los LCF y medir su frecuencia en un minuto, el rango normal es 110-160 latidos por minuto.

Medición (mensura) de Altura uterina (AU)

Es la medición en centímetros del crecimiento uterino, tomando en cuenta la distancia entre la sínfisis púbica y el fondo uterino. La altura uterina es un reflejo del crecimiento fetal, y se correlaciona con la edad gestacional. Existen tablas que permiten determinar si la altura uterina es adecuada para la edad gestacional. La AU debe medirse en cada control prenatal desde las 20 semanas en adelante; su evolución es un parámetro importante para evaluar el crecimiento fetal. Si la AU está bajo el percentil 10, debe sospecharse una restricción de crecimiento fetal y es importante efectuar una ecografía. Otras causas de AU bajo el percentil 10 son: oligoamnios, feto en transversa, madre enflaquecida, mal cálculo de la edad gestacional o mala técnica de medición de la AU. Como nemotecnia, si la AU es menor que $EG - 4$ cm (ej. 36 sem, $36-4= 32$ cm), corresponderá probablemente a una AU menor al percentil 10 para la edad gestacional.

Si la AU se encuentra sobre el percentil 90, debe sospecharse que se trata de un feto grande para la edad gestacional, lo que se corroborará mediante la ecografía.

Otras causas de AU mayor a la esperada son:

Embarazo múltiple, polihidroamnios, obesidad materna, mal cálculo de la edad gestacional o mala técnica de medición de la AU.

La técnica de medición de la AU es la siguiente:

La paciente debe estar en decúbito supino con la camilla levemente reclinada (también es posible en posición de litotomía). El extremo inferior de la huincha se coloca sobre la sínfisis púbica (mano derecha) y el superior entre los dedos índice y medio de la mano izquierda, colocándola perpendicular al fondo uterino (siempre usar una huincha flexible).

Estimación clínica del peso fetal

La estimación clínica del peso fetal consiste en estimar el peso fetal mediante la palpación del feto a través del abdomen materno, lo cual es posible en embarazos mayores a 28 semanas. En manos de un obstetra bien entrenado, la estimación clínica de peso fetal tiene un margen de error de 10% (similar a la estimación de peso fetal mediante ecografía). La mejor manera de adquirir habilidad en esta técnica es estimar el peso fetal en mujeres que estén en trabajo de parto y luego verificar el peso fetal de nacimiento. Como sustituto de este entrenamiento, recomendamos a nuestros alumnos usar “frozen chicken technique”; entendiendo por tal el estimar con los ojos cerrados el peso de un pollo en el supermercado, comprobando luego su peso real; recordarán este ejercicio al palpar el abdomen de la mujer embarazada y podrán estimar el peso fetal.

Tacto vaginal obstétrico

Es parte de examen físico de la mujer embarazada; y permite obtener información sobre el cuello uterino, el polo fetal y la pelvis materna. Se efectúa con la mano más hábil (habitualmente la mano derecha). La paciente se encuentra en posición de litotomía, el médico lava sus manos y se pone guantes, luego introducir el dedo índice y medio en la vagina. Se recomienda usar lubricante en los dedos y ser cuidadoso en este examen. Para facilitar la maniobra es útil poner el pie derecho sobre el peldaño de la camilla y apoyar el codo sobre el muslo durante la introducción de los dedos en la vagina. Cuando la mujer se encuentra acostada, como es el caso del trabajo de parto, es necesario el uso de una chata, colocada bajo las nalgas, para efectuar el tacto vaginal.

El tacto vaginal obstétrico no se efectúa de modo rutinario durante el control prenatal. Sin embargo, existen situaciones en que es necesario efectuarlo, como por ejemplo:

- Contracciones uterinas frecuentes, independiente de la edad gestacional.
- Sangrado vaginal, habiendo descartado una placenta previa.
- Embarazo de término, para estimar si existe o no cercanía al parto.

Evaluación del cuello uterino

- **Longitud:** Se expresa en centímetros. La porción vaginal del cuello uterino mide 2 cm. Si el cuello mide 2 cm en la evaluación, diremos que está “largo”. Si el cuello mide 1 cm, diremos que está “50% borrado” (lógicamente diferentes longitudes del cuello se expresan como diferentes % de borramiento). El borramiento cervical es sinónimo de acortamiento cervical.
- **Dilatación:** Se refiere específicamente a la dilatación del orificio

cervical interno. La dilatación se expresa en centímetros. Si no existe dilatación, diremos que el cuello está “cerrado”. La dilatación máxima es 10 cm.

- **Consistencia:** Expresa la solidez o firmeza del cuello uterino. La consistencia del cuello antes del inicio del trabajo de parto es “duro”. Durante el trabajo de parto su consistencia es “blando” y por cierto entre ambos existe una consistencia “intermedia”.
- **Posición:** Normalmente el cuello uterino está inclinado hacia atrás (hacia el sacro de la embarazada), en ese caso diremos que es “posterior”. Durante el trabajo de parto se inclina hacia adelante, hasta estar “centrado”, y la situación intermedia se describe como “semi-centrado”.

Evaluación del polo fetal

- **Grado de descenso:** Nivel del punto más prominente de la presentación, en relación al nivel de las espinas ciáticas (o isquiáticas).
- **Variedad de posición:** Relación del punto de reparo de la presentación con respecto a la pelvis materna. En presentación cefálica bien flectada, el punto de reparo es el occipucio (vértice). La variedad de posición se expresa en 8 variedades, según sea la posición del occipucio respecto a la pelvis materna. Se expresa como: “occípito ilíaca” (OI) + orientación de la pelvis materna (izquierda o derecha) + anterior o posterior (A o P).
- **Grado de flexión de la cabeza fetal:** Según sea el grado de flexión de la cabeza fetal, es posible palpar los reparos anatómicos de la cabeza fetal. Si la cabeza está bien flectada, el occipucio se palpa casi en el centro del cuello dilatado, y el bregma es difícil de palpar.

GINECO-OBSTETRICIA

Mediante la evaluación de la pelvis materna en el tacto vaginal obstétrico es posible conocer las dimensiones de la pelvis materna. Anteriormente se intentaba determinar si el parto vaginal a partir de los diámetros pélvicos, sin embargo, hoy día se sabe que no necesariamente es así.

CAPÍTULO VII

PATERNIDAD PLANIFICADA, EXÁMENES Y RIESGOS A SABER



www.mawil.us

Paternidad planificada, exámenes y riesgos a saber

La evaluación preconcepcional es una instancia destinada a preparar de la mejor manera posible a una pareja para su próximo embarazo, con el fin de obtener un buen resultado perinatal y proteger la salud materna. Uno de los aspectos del ejercicio de la sexualidad responsable es la planificación familiar. Las parejas que comienzan a experimentar el proceso que le permitirá la concreción del sueño de “ser padres”, necesitan conocer los aspectos fundamentales que deben tomar en cuenta para llegar a un feliz término.

A continuación detallamos aspectos substanciales relacionados con una adecuada evaluación y recomendaciones preconcepcionales.

- **Prevenir la prematurez.** La postergación de la maternidad aumenta las tasas de infertilidad y de técnicas de reproducción asistida, con el consiguiente aumento de los embarazos múltiples.
- **Disminuir la tasa de restricción de crecimiento fetal (RCF),** la que habitualmente corresponde al 10% de los embarazos.
- **Evitar la aparición de anomalías congénitas mayores,** que ocurren en un 3% de todos los RN.
- **Disminuir las complicaciones asociadas al embarazo,** que afectan entre un 20 y 30% del total de embarazos.
- **Mejorar el manejo de las patologías médicas preexistentes:** Se estima que el 4% de las mujeres embarazadas tiene enfermedades crónicas antes del embarazo (porcentaje creciente en los últimos años), es preciso lograr un buen control de su patología de base antes del embarazo. Además del riesgo materno, debe recordarse que estas pacientes se caracterizan por ser de edad avanzada, donde el riesgo de patologías fetales está aumentado.

- **Eliminar el consumo de tabaco y alcohol:** Se estima que la prevalencia del tabaquismo en mujeres de edad fértil es alto y que a pesar de toda la información existente y divulgada sobre los efectos del tabaco en el feto, aun así algunas madres se resisten a dejar de fumar durante el embarazo. Si suspende el consumo de tabaco antes de las 16 semanas, el riesgo de complicaciones perinatales será igual que el de las mujeres que no fuman. Lo mismo ocurre en lo que se refiere al consumo de alcohol. El alcohol es un tóxico fetal directo, y su consumo debe prohibirse por completo en el embarazo.
- **Control del peso:** La obesidad es un importante factor de riesgo para patología materna (ej. diabetes gestacional, preeclampsia, cesárea) y fetal (malformaciones, muerte fetal) durante el embarazo. Sólo por la cesárea la mujer tiene 3-7 veces más riesgo de morir.
- **Restricción del uso de medicamentos:** El 3% de las embarazadas toma medicamentos de venta libre con efectos deletéreos para la salud fetal. Por ejemplo: paciente con HTA que toma captopril, epiléptica que utiliza ácido valproico, o el ácido retinoico en las cremas cosméticas. El objetivo es que la paciente al inicio del embarazo no tome ningún medicamento excepto ácido fólico.

Evaluación preconcepcional y su abordaje

La pareja se presentará a evaluación y consejo preconcepcional. Mediante la anamnesis podremos conocer si la mujer es sana, portadora de alguna patología crónica, o tiene antecedentes de patologías propias del embarazo. Asimismo sabremos si la pareja tiene antecedentes de enfermedades hereditarias. Según esta evaluación, orientaremos acciones específicas en el consejo preconcepcional.

A continuación listamos 12 acciones específicas que deben ser seguidas en la evaluación preconcepcional:

Abordaje en la evaluación preconcepcional

- Control ginecológico rutinario, incluyendo anamnesis y examen físico y toma del PAP.
- Solicitar exámenes de laboratorio rutinario: grupo Rh y Coombs indirecto; estudio de infecciones: VIH, VDRL, rubeola, varicela, Hepatitis B, Hepatitis C; tamizaje de patología tiroidea: TSH; PCR para clamidia y gonococo en secreción cérvico-vaginal.
- Preparar a las parejas para la paternidad.
- Explicar eventuales complicaciones fetales o maternas en base a los antecedentes de cada paciente.
- Evaluación de la pareja infértil: es necesario tener un margen de racionalidad que sugiera la existencia de otras vías para tener hijos, poniendo siempre en la balanza el pro y el contra del embarazo.
- Dar consejo genético cuando se justifique.
- Explicar cambios de la fertilidad asociados a la edad materna.
- Indicar suplementación con ácido fólico.
- Prevenir y tratar las infecciones que puedan afectar a la madre y/o feto. En base al resultado del laboratorio tratar las infecciones detectadas o indicar las inmunizaciones (ej. rubeola).
- Evaluación de patologías preexistentes y ajustar su tratamiento. Esto puede requerir la interacción con especialistas médicos o quirúrgicos para optimizar el tratamiento de las enfermedades, antes

del embarazo.

- Ajustar tratamientos farmacológicos para evitar teratogenia. No abandonar la medicación, sino que racionalizar qué es posible suspender y qué debe mantenerse. Analizar si se puede disminuir la dosis, cambiar o suspender un medicamento con conciencia y evidencia.
- Identificar factores de riesgo propios del embarazo. En base a esta identificación de riesgo, orientar el control del futuro embarazo con un especialista en medicina materno-fetal.

Abordaje en el consejo preconcepcional

Se debe recomendar suplementación con ácido fólico al menos 3 meses antes de la concepción, y luego durante las 12 primeras semanas de embarazo. Esta recomendación se debe recordar en cada control ginecológico a toda mujer en edad reproductiva.

La suplementación con ácido fólico ha demostrado reducir:

- La incidencia de defectos del tubo neural en 2/3, incluyendo espina bífida y anencefalia.
- La tasa de malformaciones cardíacas.
- La tasa de aborto.

Las dosis recomendadas

- En población general 0.4 mg/día.
- En población de alto riesgo de malformaciones se indica una dosis mayor de ácido fólico: 4 mg/día.

Se ha demostrado el beneficio de esta dosis mayor en mujeres con antecedentes de hijos previos con defectos del tubo neural, y en usuarias de antiepilépticos. Como consejo de expertos, también indicamos dosis alta en mujeres diabéticas, usuarias de hidroxiclороquina (ej. mujeres con LES) y de psicotrópicos.

Tamizaje para portador de antecedentes étnicos: El origen étnico de cualquiera de los cónyuges determina si debe recomendar estudio prenatal de estados portadores de ciertas patologías tales como anemia de células falciformes, talasemias, enfermedad de Tay Sachs, etc.

Tamizaje para portador de antecedentes familiares: La historia familiar positiva para ciertas enfermedades también traduce la necesidad de una inspección adicional para determinar el estado de “portador” de un cónyuge (o de ambos), como por ejemplo:

- **Fibrosis quística:** El tamizaje se hace cuando existe un primo o pariente cercano enfermo, y se hace mediante análisis de vinculación ADN.

Las recomendaciones más actuales proponen que el tamizaje para fibrosis quísticas debiese ofrecerse a todos los pacientes caucásicos.

- **Sordera congénita:** El 50% de los casos de sordera congénita están vinculados a un único defecto genético en la proteína conexina-26. En las familias con un pariente afectado, es ese individuo el que suele ser estudiado primero. Si la prueba es positiva, se puede ofrecer tamizaje preconcepcional para otros miembros de la familia.

Las pruebas clínicas de laboratorio para la conexina-26 (las mutaciones del gen de esta proteína constituyen la causa de 2 tipos de sordera No Síndrómicas autosómicas, la DFNB1 y DFNA) están disponibles en laboratorios especializados en genética.

Infecciones de Transmisión Sexual Clamidia Trachomatis y Neisseria Gonorrhoeae:

El tamizaje y tratamiento de estas ITS reduce el riesgo de embarazo ectópico, infertilidad y algia pélvica crónica, y protege al feto de muerte fetal y secuelas como daño neurológico y ceguera.

VIH: Su tamizaje antes de la concepción es obligatorio (con consentimiento), se ha demostrado que el tratamiento con triterapia durante el embarazo reduce (casi a 0%) el riesgo de transmisión vertical.

VHB: Si no es portadora del VHB, la paciente es candidata a inmunizarse previo al embarazo, ya que previene la transmisión de la infección al hijo y elimina el riesgo en la mujer de falla hepática, hepatocarcinoma, cirrosis y muerte. Es particularmente relevante en mujeres no inmunizadas con factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual o que están expuestas a contacto con sangre.

Sífilis: Al igual que el VIH, su tamizaje es obligatorio (no requiere consentimiento escrito). El tratamiento de la sífilis disminuye significativamente su transmisión vertical y el riesgo de teratogenia.

Inmunizaciones Preconcepcionales: Por riesgo de infección congénita, considerar rubeola y varicela. Se debe administrar la vacuna por lo menos 1-3 meses previo a la fecha programada para embarazarse, dado que son de virus vivos atenuados.

Infecciones con Potencial Teratogénico: Pueden causar infecciones congénitas si la madre se infecta durante el embarazo. Actualmente no hay vacunas disponibles para estas infecciones y su tamizaje no se recomienda de rutina.

Toxoplasmosis: Es un parásito que se encuentra comúnmente en la carne cruda o las heces del gato. Los nuevos propietarios de gatos que salen a la calle están en mayor riesgo de contagio, y las mujeres deben

ser aconsejadas para evitar el contacto con las heces del gato en la caja de arena.

Se recomienda no dejar las deposiciones del gato dentro del hogar; usar guantes al hacer jardinería, y evitar comer carne cruda o poco cocida. Es controversial averiguar si la paciente está o no inmunizada para toxoplasma, ya que como se mencionó el problema es adquirir la primoinfección durante el embarazo; y si la paciente no está inmunizada, no hay acciones preventivas útiles, además de las mencionadas. El riesgo perinatal es la toxoplasmosis congénita; la infección por toxoplasma se encuentra dentro de las infecciones TORCH: toxoplasma, otras, rubéola, citomegalovirus y virus herpes.

La toxoplasmosis congénita puede causar malformaciones fetales; restricción de crecimiento o incluso la muerte in útero; la mayoría de los bebés infectados no presentan síntomas al nacer, pero pueden manifestar síntomas posteriormente, como ceguera o retraso mental.

CMV: Enfermedad de prevalencia variable, se transmite en general por alimentos (parecido a la listeria); el 50% de la población está inmunizada. No existe vacuna contra el virus. La exposición al CMV es especialmente riesgosa para personas que se dedican al cuidado de niños y para los trabajadores de la salud. Estas personas en situación de riesgo deben lavarse las manos con frecuencia y usar guantes para prevenir la transmisión. Debe sospecharse frente a un cuadro viral en la mujer embarazada. La infección por CMV congénita puede ser muy grave y afectar múltiples órganos (hígado, bazo, pulmones, sistema auditivo, SNC, etc.) o en otros niños ser asintomática y solo evidenciar secuelas durante la infancia.

Parvovirus B19 (“Quinta Enfermedad”): Se transmite por contacto prolongado con niños pequeños infectados, particularmente más prevalente en centros pediátricos y hogares de niños (orfanatos). El signo clásico de la enfermedad es el signo de la cachetada; se sugiere promover el lavado de manos frecuente, y precauciones universales.

La transmisión vertical por parvovirus B 19 puede provocar anemia fetal (hemólisis), y muerte fetal.

Toxinas Ambientales y Drogas: El feto es más susceptible a las toxinas del medio ambiente que los adultos, y la exposición a drogas y otras sustancias químicas es la causa de 3 a 6% de las anomalías congénitas. La EG al momento de la exposición determina el tipo y la gravedad de la anomalía; en general se establecen los siguientes rangos para el riesgo de año frente a la exposición fetal:

- Antes de los 17 días de desarrollo embrionario ◊ Posiblemente letal.
- Entre 17 a 56 días de desarrollo embrionario ◊ Posible anomalía estructural.
- Después del día 56 de desarrollo embrionario ◊ Posible discapacidad funcional severa.

Exposición ocupacional: Los empleadores están obligados por ley a informar a sus trabajadores de la exposición a sustancias peligrosas y a proporcionarles el equipamiento y la instrucción de seguridad apropiados. Un ejemplo son los tóxicos para desparasitar las viñas (órganos fosforados) que tienen alto riesgo de gastrosquisis.

Químicos: En el hogar, las mujeres embarazadas deben evitar la exposición al diluyente de pinturas y a pesticidas por ser de alto riesgo.

Radiación: La radiación ionizante, incluyendo la de la exposición a radiografías y a materiales radiactivos, se asocia con alteraciones genéticas cuando el embrión en desarrollo la recibe en altas dosis. Se ha establecido que la mayoría de los exámenes de radio-diagnóstico son seguros para su uso en cualquier momento del embarazo; sin embargo,

se prefiere ser riguroso en la indicación. Las microondas, el ultrasonido, y las ondas de radio no son del tipo ionizante y son seguras.

Tabaco: Su consumo durante el embarazo se asocia a mayor riesgo de:

- Aborto espontáneo.
- Parto prematuro.
- Bajo peso al nacer, este riesgo es dosis-dependiente.
- Mortalidad perinatal.
- Síndrome de déficit atencional e hiperactividad.

Si la madre fuma menos de un paquete de cigarrillos por día, el riesgo de bajo peso al nacer aumenta en un 50%, y con más de una cajetilla al día, en un 130%. Como se indicó antes, si la madre deja de fumar antes de las 16 semanas de embarazo, el riesgo del feto es similar a la del de una madre no fumadora.

Para lograr suspender el tabaquismo, el médico puede recomendar técnicas de comportamiento, grupos de apoyo, y ayuda familiar. Los parches y chicles de nicotina pueden ser útiles antes de la concepción, pero la mayoría de los expertos recomiendan evitarlos durante el embarazo. El Bupropión (Wellbutrin) sí puede ser utilizado durante embarazo. Si eventualmente la paciente no puede dejar de fumar, el médico debe ayudar a la paciente a lograr como meta disminuir el consumo a menos de 10 cigarrillos por día, dado que como se mencionó, muchos de los efectos adversos son dosis-dependiente.

Drogas ilícitas (cocaína, marihuana, heroína y otras): En estos casos se recomienda rehabilitación antes de embarazarse. Respecto al tratamiento de las adicciones, cabe destacar que una sola sesión de educación respecto a cómo el consumo de drogas afecta al feto, junto con un refuerzo en las visitas posteriores, en general ayuda a lograr la abstinencia en las mujeres que sólo consumen drogas ocasionalmente.

Respecto a las mujeres que consumen drogas diariamente, deben ser referidas a un programa de abuso de sustancias. Las pruebas de toxicología periódicas de orina pueden ayudar a fomentar la abstinencia.

- Marihuana: Puede causar parto prematuro y “nerviosismo” en el neonato.
- Cocaína: Se asocia con PE y DPPNI, aborto espontáneo, parto prematuro, retraso mental, retraso de crecimiento, y malformaciones congénitas.
- Heroína: Su consumo puede llevar a RCF, hiperactividad, y síndrome de abstinencia neonatal severo.

Las mujeres que usan la heroína deben ser referidas a un programa de abstinencia estricto que debe completarse antes de la concepción. Si esto último no es posible, y pese a esto la mujer programa embarazarse, una alternativa es la terapia de mantención con metadona.

Control Médico de Patologías Crónicas: El control de la patología médica durante el embarazo requiere de un especialista en Medicina Obstétrica, una sub especialidad dedicada la atención médica de la mujer embarazada con patología médica o quirúrgica preexistente (hereditaria o adquirida), complicaciones médicas o quirúrgicas del embarazo o condiciones de riesgo.

En este caso se recomienda un abordaje interdisciplinario del paciente. El manejo interdisciplinario consiste en la atención conjunta de la mujer embarazada con patología médica crónica, entre el especialista en medicina materno-fetal y los especialistas médicos o quirúrgicos involucrados. Las opciones de manejo y seguimiento dependerán del diagnóstico y de las repercusiones de la enfermedad sobre la mujer y su embarazo.

Algunas pistas específicas sobre patologías médicas frecuentemente asociadas al embarazo:

DM Pregestacional: Las mujeres cuya diabetes está mal controlada (definida como HbA1c > 8,4%) tienen una tasa de aborto espontáneo del 32% y 7 veces mayor riesgo de anomalías fetales graves (HbA1c > 10% implica 15% de malformaciones severas). Las mujeres con DM mal controlada, tienen además mayor riesgo de complicaciones del embarazo en comparación a las mujeres que tienen un control óptimo.

En mujeres diabéticas se debe iniciar tratamiento intensivo, programando el embarazo con objetivo de lograr una Hb glicosilada menor a 6 o 7; en ese escenario, el riesgo de malformaciones es el mismo al de la población general. El tratamiento de elección para la DM en embarazadas es la insulina, ya que es una droga completamente segura, al no atravesar la placenta. Sin embargo, se dispone hoy en día de evidencia de la seguridad respecto del uso de metformina y glibenclamida en el embarazo.

La glibenclamida no pasa la barrera placentaria y la metformina no ha demostrado efectos adversos fetales.

Hipertensión arterial crónica: El pronóstico materno y fetal del embarazo en mujeres con HTA dependerá del daño parenquimatoso existente al momento del embarazo. En el consejo preconcepcional se recomienda evaluar los sistemas más frecuentemente afectados por la HTA: retina (solicitar fondo de ojo), corazón (solicitar ECG) y riñón (solicitar clearance de creatinina y proteinuria de 24 horas).

Las pacientes con hipertensión crónica leve, sin repercusión parenquimatosas requieren de un seguimiento más acucioso de sus embarazos, ya que aunque la mayoría de ellas tendrá un embarazo sin complicaciones, esta patología crónica aumenta el riesgo de desarrollar preeclampsia y restricción de crecimiento fetal.

Las mujeres con HTA crónica que requieren tratamiento hipotensor tienen además un riesgo elevado de DPPNI. Las pacientes hipertensas crónicas no deben suspender el tratamiento hipotensor antes o durante el embarazo, pero si deben ser evaluadas para modificar y reajustar la terapia farmacológica. Los fármacos contraindicados para el embarazo por asociarse a malformaciones congénitas, entre otros, son: iECA; ARA II y Tiazidas.

Los fármacos que sí pueden ser utilizados durante el embarazo son: metildopa y bloqueadores de los canales de calcio. En general el medicamento de elección es la metildopa, por lo que se recomienda su uso en mujeres hipertensas que desean embarazo. Adicionalmente, como parte del consejo preconcepcional, se debe indicar que la ingesta de ácido acetil-salicílico (AAS 100mg/día) reduce el riesgo de desarrollar preeclampsia; por lo que las mujeres con HTA recibirán esta indicación.

Epilepsia: Los hijos de madres con epilepsia tienen un 4 a 8% de riesgo de malformaciones congénitas, lo que podría estar relacionado al uso de anticonvulsivantes o estar relacionado a un mayor riesgo inherente de alteraciones genéticas, y tienen además mayor riesgo de desarrollar epilepsia. Respecto a la hipoxia asociada a convulsiones maternas, su rol aún no está claro. Respecto al tratamiento, se debe evitar en lo posible el uso de múltiples anticonvulsivantes, e intentar continuar el tratamiento con el mejor fármaco único para el tipo de convulsión, a la más baja concentración terapéutica posible.

No existe un único fármaco de elección, aunque en general se recomienda el uso de Carbamazepina o Lamotrigina. Los fármacos más antiguos se clasifican según la FDA de riesgo categoría D, mientras que los más nuevos han sido poco estudiados. El Ácido Valproico, parece ser el fármaco con mayor asociación a malformaciones fetales, especialmente durante el 1° Trimestre del embarazo. Sin embargo, si es el fármaco de elección para la paciente, entonces debe ser usado.

Si la paciente no ha tendido convulsiones durante 2 o más años, es óptimo suspender el tratamiento farmacológico mínimo 3 meses antes de intentar embarazarse.

En la evaluación preconcepcional de pacientes epilépticas debe discutirse el caso con el neurólogo, para optimizar el tratamiento con solo una droga, además indicar ácido fólico preconcepcional en dosis alta (4 mg/día). Aunque no existe evidencia científica para hacerlo, recomendamos mantener el ácido fólico durante todo el embarazo en mujeres que usan anticonvulsivantes.

Tromboembolismo y anticoagulación: El embarazo es un estado trombogénico, la incidencia de enfermedad tromboembólica (ETE) es 1/1.000 embarazadas; las mujeres que tienen antecedentes personales o familiares de ETE, tiene un alto riesgo de recurrencia, especialmente si el episodio trombótico fue en el contexto de uso de anticonceptivos orales (7-12% riesgo recurrencia). Las mujeres con antecedentes de ETE deben ser estudiadas para descartar portación de una trombofilia adquirida (SAAF) o hereditaria.

En mujeres con antecedentes de ETE, portadoras de trombofilias, el riesgo de tromboembolismo en el embarazo es muy alto (10-50%) sin tratamiento. Las mujeres con historia de ETE no asociada a ACOs, que no sean portadoras de trombofilias no requerirán tratamiento durante el embarazo, pero se recomienda trombopprofilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM) durante los 42 días del puerperio.

Las mujeres con antecedente de ETE asociado a ACOs, requieren trombopprofilaxis durante el embarazo y puerperio. Finalmente, las mujeres con antecedente de ETE y portadoras de una trombofilia, requiere anticoagulación plena durante el embarazo y puerperio. Para trombopprofilaxis durante el embarazo y puerperio, el fármaco de elección es la HBPM, pues este fármaco no cruza la barrera placentaria.

Para la anticoagulación plena, es posible usar HBPM o tratamiento

anticoagulante oral (TACO). Si se decide el uso de TACO, debe preferirse cumarínicos (Neosintrom ®), y debe evitarse el primer trimestre y el periparto (en esos periodos usar HBPM). Las mujeres que usan TACO como terapia de mantención para TVP, deben cambiar a heparina antes de la concepción y hasta las 12 semanas de gestación, dado que estos fármacos son teratogénicos. Luego se puede volver a TACO en el segundo y tercer trimestre. Dos semanas antes del parto debe usarse nuevamente a HBPM. El uso de TACO en el período periparto se asocia a mayor riesgo de hemorragia intraventricular fetal/neonatal.

Depresión y Ansiedad: Un 20 - 30% de las mujeres presentarán síntomas depresivos durante el embarazo. En el caso de mujeres que ya se encontraban en tratamiento psiquiátrico, no está recomendado suspenderlo como parte del consejo preconcepcional. Lo indicado es discutir a la paciente con el psiquiatra y racionalizar la medicación, privilegiando el uso de una sola droga.

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (fluoxetina, sertralina y paroxetina) son en general drogas seguras para su uso en el período periconcepcional, embarazo y lactancia. En la medida de lo posible debe preferirse estas drogas, respecto de antidepresivos más nuevos.

Las benzodiazepinas son también fármacos bastante seguros en el período periconcepcional. Su uso en dosis alta en el periparto se asocia a síndrome de abstinencia en el RN. G.

Edad de los cónyuges: Las parejas de edades mayores deben ser asesoradas acerca de los riesgos genéticos y la disponibilidad de las pruebas de tamizaje prenatal (amniocentesis, biopsia de vellosidades y diagnóstico prenatal no invasivo en sangre materna). Por otra parte, con la edad también aumenta el riesgo de infertilidad, afectando al 20% de las parejas mayores de 35 años.

Edad materna: Hoy en día muchas mujeres están posponiendo el ser

madres hasta después de 35 años de edad, lo que traduce en un mayor riesgo de problemas médicos durante el embarazo y de anomalías cromosómicas en el feto (aneuploidías). En mujeres de mayor edad también aumenta la tasa de aborto espontáneo.

Edad paterna: A mayor edad aumenta la disfunción eréctil. El impacto de la edad del padre sobre el riesgo de malformaciones o aneuploidías es menor.

Ejercicio e Hipertermia: El ejercicio regular moderado generalmente es beneficioso y no ha demostrado aumentar el riesgo de bajo peso al nacer u otros problemas. Las mujeres embarazadas deben limitar el ejercicio intenso para evitar el aumento de la temperatura corporal central por sobre los 38.5°C. Además deben hidratarse adecuadamente, utilizar ropa suelta, y evitar condiciones ambientales de temperaturas extremas.

En el 1° trimestre, la hipertermia relacionada al hábito de tinas de agua caliente (incluyendo baños turcos y termas) se ha asociado a aumento de anomalías congénitas, por lo que deben desaconsejarse.

Nutrición: El bajo peso al nacer y la prematuridad están más relacionados con los problemas de nutrición al momento de la concepción, que al aumento de peso durante el embarazo.

Obesidad: La obesidad es un importante factor de riesgo para patología materna (ej. diabetes gestacional, preeclampsia, cesárea, ETE) y fetal (malformaciones, parto prematuro y muerte fetal) durante el embarazo. Las mujeres obesas deben hacer dieta antes de la concepción y luego cambiar a una dieta de mantención de 1.800 calorías por día durante el período en que se intenta concebir.

Se ha demostrado el beneficio de la cirugía bariátrica para mujeres con obesidad mórbida; en este caso el embarazo debe diferirse al menos por un año, para lograr estabilización del peso.

Desnutrición: Las mujeres con bajo peso (menos de 54 kg), de altura promedio, están en riesgo de: amenorrea, infertilidad, RN de bajo peso, parto prematuro y anemia. En mujeres desnutridas debe iniciarse un manejo nutricional interdisciplinario por al menos 6 meses antes del embarazo.

Dieta Vegetariana: Los vegetarianos que consumen huevos o productos lácteos por lo general no tienen deficiencia nutricional. Sin embargo, los vegetarianos estrictos (veganos) pueden tener deficiencias de aminoácidos, zinc, calcio, hierro y vitaminas D y B12. Estas pacientes son las que requieren de evaluación y educación nutricional respecto a la adecuada selección de alimentos y necesidad de suplementación.

Cafeína: Se ha demostrado que las mujeres con consumo exagerado de café (más de 5 tazas de café de grano al día), tienen mayores tasas de aborto y de bajo peso al nacer; sin embargo no es claro si este efecto es producto del café o de un estilo de vida poco saludable. En cantidades usuales de hasta 300 mg/día (2 tazas de café o 6 vasos de té o bebidas) el consumo de café es considerado seguro.

Factores Psicosociales Violencia Intrafamiliar: Está subestimada y su incidencia aumenta durante el embarazo, por lo que el médico debe preguntarlo rutinariamente de manera discreta. La validación de las preocupaciones de la paciente y una buena relación médico-paciente que fomente la confianza son factores clave para ayudar a las mujeres a dejar una relación violenta; los médicos deben educar a estas pacientes respecto al acceso a los recursos de la comunidad y dar a conocer el número de teléfono nacional de violencia intrafamiliar.

Responsabilidad Parental: Se debe discutir con la pareja respecto a cuán preparados están para ser padres, si conocen los nuevos desafíos que implica el RN, especialmente durante el primer mes (alimentación cada 2-3 horas, posibles problemas de la lactancia, mudas, etc.), y el futuro desgaste físico y personal que conlleva recibir un hijo, con el fin de que se preparen y puedan tener un buen desempeño como padres, sin

descuidar la relación de pareja, y bienestar personal de cada cónyuge.

Responsabilidad Financiera y Trabajo: Conversar respecto a la disponibilidad de recursos financieros, recordando cómo afectará el embarazo el trabajo de la madre y en qué consiste el post-natal. Si ella tiene un trabajo que requiere tiempo prolongado, se debe conversar respecto a sus posibilidades de cambiar a un trabajo más sedentario en el último trimestre del embarazo; y respecto al escenario que tendría que enfrentar la familia si se presentan complicaciones del embarazo que requieren que ella deje de trabajar.

Es por esto que la pareja debe ser aconsejada respecto a conocer las políticas de sus empleadores respecto a los beneficios de licencia parental, así como de la cobertura materna de su previsión/seguro de salud.

BIBLIOGRAFÍA

GINECO-OBSTETRICIA



www.mawil.us

- Breve Diccionario Etimológico de la lengua Castellana. (1990). Madrid, España: Editorial Gredos, S.A.
- Collins, H. (2007). *Ilustrado. Diccionario Medico*. Madrid, España: Marbán Libros, S.L.
- De Salazar, P. (1963). *Ginec obstetricia Prihispanica*. México, D.F: Ediciones Sandoz.
- Ledesma, D. (1959). *Bosquejo histórico de la obstetricia*. Buenos Aires: Edit. Científica Argentina.
- León, J. (1950). *Tratado de Obstetricia*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Científica Argentina.
- Leonardo, R. (1948). *Historia de la ginecología*. Barcelona, España: Salvat Editores. S.A.
- Sánchez-Torres, F. (1991). *Ciencia y reproducción Humana*. Bogota, Colombia: Empresa Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Sedano, M., Sedano, C., & Sedano, R. (2014). Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *ELSEVIER. Vol. 25. Num. 6.*, 864-1049.
- Shaw, I. (2000). *Historia Oxford del Antiguo Egipto*. Oxford: La Esfera de los Libros, S.L.

GLOSARIO DE TÉRMINOS BÁSICOS GINECOBSTÉTICOS GINECO-OBSTETRICIA



www.mawil.us

A

Acantosis Nigricans: Hiperpigmentación gris parda de la piel que afecta nuca, axilas e ingles.

Acondroplasia: Anomalía congénita del proceso de osificación de los cartílagos que provoca enanismo y deformaciones.

Activación miometrial: Es un paso indispensable para permitir el inicio del trabajo de parto.

Altura Uterina (AU): Consiste en medir la distancia en centímetros entre el fondo uterino y la parte superior de la sínfisis del pubis.

Amenorrea: Ausencia témpora o permanente de la menstruación. Se considera como amenorrea la falta de dos o más ciclos consecutivos.

Amnioscopia: Técnica, hoy en desuso, para mirar las características del líquido amniótico a través del cuello uterino, usando un amnioscopio.

Amniocentesis: Extracción de líquido amniótico que se realiza a partir de las 15 semanas, mediante punción abdominal guiada por ultrasonido.

Anovulación: Falta crónica de ovulación.

C

Cérvix: O cuello del útero es el extremo inferior del útero que se asoma al fondo de la vagina
Contracciones uterinas: permiten la expulsión del feto y la placenta desde la cavidad uterina.

Contracciones de Álvarez: Son aquellas pequeñas y de gran frecuencia que se localizan únicamente en una pequeña área uterina.

Contracciones de Braxton Hicks: Son contracciones de mayor inten-

sidad y menor frecuencia (1 en 60 min), y se propagan a una gran zona uterina.

Colonoscopia: Exploración en el interior del colon realizada con un instrumento de fibra óptica largo y flexible.

Colonoscópio: Instrumento de fibra óptica largo y flexible con el que efectúan la colonoscopia.

Conductos lactíferos: Contiene los alvéolos. No contienen líquido hasta el período de la lactancia producen la leche materna.

Citología: Ciencia que se ocupa del estudio y la identificación de las células.

Contracciones Uterinas: Número de contracciones uterinas en un período de 10 minutos.

Cordocentesis: Obtención de sangre fetal mediante punción transabdominal del cordón umbilical guiada por ultrasonido.

Climaterio: Es una etapa de transición que puede ocurrir antes o después de la amenorrea, (con un lapso entre 2 y 6 años), en el que se presentan problemas de salud como enfermedades cardiovasculares o la osteoporosis.

Cuerpo lúteo: Es el principal productor de progesterona, y por tanto encargado de la mantención del embarazo durante las primeras 12 semanas, hasta que la placenta comienza a producir hormonas.

D

Dismenorrea: Dolor con la regla frecuente en las adolescentes, en la mayoría de los casos leves o moderados que seden con tratamiento analgésico. Las dismenorreas graves deben tratarse con el especialista.

GINECO-OBSTETRICIA

Deambulaci3n: Durante toda la fase de dilataci3n en el proceso de parto es posible la deambulaci3n. Se describe que el dolor de las CU es mejor tolerado en posici3n erecta que en dec3bito. El per3odo de dilataci3n la paciente puede caminar incluso si ya se ha instalado el cat3ter de analgesia epidural continua.

Dilataci3n cervical: Se mide en cent3metros, introduciendo y separando los dedos 3ndice y medio en la parte interna del cuello.

Dispareunia: Manifestaciones de dolor durante las relaciones sexuales.

Disgenesia gonadal: Desarrollo defectuoso de ovarios o test3culos.

Dispareunia: Manifestaciones de dolor durante las relaciones sexuales

Displasia esquel3tica: Anomalia en el desarrollo esquel3tico.

Displasia vulvar: Anomalia en el desarrollo de la vulva por lesiones en mucosas multiformes.

Distocia: Parto dif3cil.

E

Ecograf3a Morfol3gica: Tiene como objeto evaluar la anatom3a fetal. La ecograf3a se realiza el segundo trimestre.

Embarazo de Alto Riesgo: Es aquel que ocurre con presencia de factores de riesgo materno o fetales, los cuales pueden derivar de elementos epidemiol3gicos o biol3gicos de la madre o del feto.

Embarazo normot3pico: Es aquel que se gesta en el interior de la cavidad endometrial. Embarazo ect3pico: Es aquel en que la implantaci3n del huevo fecundado ocurre en una ubicaci3n distinta a la cavidad endometrial.

Embarazo heterotópico: Es en el que coexisten un embarazo normotópico con uno ectópico.

Embolia: Obstrucción de un vaso sanguíneo.

Embolización del mioma: Tratamiento mínimamente invasivo que el médico realiza guiado por fluoroscopia con rayos X para llegar a la arteria del útero e inyectar bolitas de plástico que obstruyan el paso de sangre y en consecuencia se comience a atrofiar el mioma.

Endoscopia: Inspección del interior de un canal o cualquier paso de aire o alimento mediante un endoscopio.

Enucleación: Técnica quirúrgica de extirpación de los miomas que se encuentran aislados. Estimulación vibroacústica fetal: se estimula al feto con sonido y se evalúa su reacción en términos de aumento de la frecuencia cardíaca.

Estrógeno: Hormona sexual femenina.

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

Evaluación funcional de la pelvis: También se denomina prueba de trabajo de parto, en la cual se evalúa el tamaño de la pelvis en relación con el tamaño de la presentación fetal durante la fase activa del trabajo de parto.

Expulsión del tapón mucoso: Se trata de una mucosidad que cubre el cuello uterino. Cuando el cuello se modifica, este tapón mucoso puede expulsarse al exterior y ser visible como una mucosidad en los genitales.

Extracción manual de la placenta: Se introduce la mano completa en la cavidad uterina para lograr la separación placentaria desde la pared uterina. Esta maniobra es dolorosa y no produce ningún beneficio.

F

Fallo ovárico prematuro: (insuficiencia ovárica precoz), es el cese patológico de la actividad del ovario antes de la edad normal de la menopausia.

Flujo vaginal: Descarga excesiva de secreción vaginal.

Frotis: Muestra extendida uniformemente sobre un portaobjeto para su examen microscópico.

FSH: Hormona foliculoestimulante.

G

Galactoblasto: Corpúsculo del calostro.

Genésico: Relativo al origen, a la generación.

Gonadótropas: Hormonas que estimulan los ovarios y los testículos.

GnRH: Hormona liberadora de gonadotropina.

H

Hiperprolactinemia: Aumento anormal de la hormona prolactina en la sangre puede aparecer en mujeres durante el periodo de lactancia. Puede deberse a determinados fármacos o ciertos tumores hipofisarios.

Hipogonadismo: Trastorno caracterizado por una secreción hormonal insuficiente o por una respuesta anormal a la actividad hormonal dada por los tejidos afectados.

Hipogonadotrópico: Hipogonadismo provocado por una secreción hipofisaria insuficiente de gonadotropinas.

Hipopituitarismo: Trastorno producido por una disminución anormal de la producción de hormonas de la hipófisis. Es debido a la destrucción de la hipófisis que provoca la atrofia de la glándula tiroides, las glándulas suprarrenales y las gónadas.

Hirsutismo: Presencia de vello de tipo masculino en la mujer.

Histerectomía: Procedimiento quirúrgico que suele efectuarse para extirpar la matriz.

Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL): Es el procedimiento de la histerectomía vaginal realizado con un histeroscopio, se puede emplear adicionalmente el laparoscopio.

Histerectomía vaginal laparoscópica total (HLT): Es el procedimiento de la histerectomía vaginal en la que se extirpa la matriz solo con un laparoscopio.

Histerectomía abdominal (HA): Esta intervención quirúrgica se hace a través de una incisión abdominal por el gran tamaño del mioma o porque hay más de uno en la matriz.

Histeroscopia: Endoscopia uterina para la exploración visual y directa de la cavidad y del cuello del útero.

Histerosalpingografía: Radiografía de las trompas de Falopio realizada previa inyección de material radiopaco.

I

Índice Cefálico (IC): Índice resultante de la relación que se establece entre la anchura mayor y la longitud mayor de la cabeza.

Índice fetopélvico: Índice cuantificable resultante de las diferencias entre las dimensiones pélvicas maternas obtenidas mediante pelvimetría por

GINECO-OBSTETRICIA

rayos X, y determinadas dimensiones de los vértices fetales obtenidos por ultrasonografía. Se utiliza para evaluar relaciones fetomaternales que permitan predecir problemas en el parto.

Infección intraamniótica (IAA): Contaminación por organismos vivos del líquido amniótico.

Istmo uterino: Región entre el cuerpo y el cuello uterino.

L

Laparoscopia: Visualización de la cavidad peritoneal a través de un endoscopio.

Laparoscopio: Instrumento para la visualización peritoneal.

LH-RH, LRH: Hormona luteinizante.

Ligaduras vivas de Pinard: Está conformada por una densa red de fibras musculares de la capa plexiforme uterina que después del parto comprimen los vasos sanguíneos y actúan como ligaduras vivas.

M

Mamografía (MMG): Técnica radiológica de tejidos blandos para la visualización de la mama femenina. Se utiliza para detectar lesiones no palpables y para identificar lesiones palpables.

Manejo Activo del Trabajo de Parto: Cuando el obstetra toma un papel activo, conductor y acompañante de la paciente gestante en trabajo de parto.

Manejo expectante del desprendimiento de la placenta: Ocurre sin intervención médica, y es expulsada espontáneamente desde el útero, por las contracciones o por gravedad.

Manejo activo del desprendimiento de la placenta: El médico facilita el desprendimiento y expulsión de la placenta, estimula las contracciones uterinas, acortando la tercera fase del trabajo de parto y reduciendo el riesgo de hemorragia postparto.

Mastopatía: Inflamación benigna de la glándula mamaria.

Máxima dilatación cervical: Ocurre cuando la separación de los dedos es de 10 cm (“dilatación completa”).

Menarquía: Se denomina de esta manera a la primera regla que ocurre entre los 10 y 14 años.

Miomas uterinos: También conocidos como leiomiomas o fibromas, son tumores benignos que se desarrollan del músculo liso de la pared uterina.

Mioma subseroso: Se denomina de esta manera al mioma ubicado fuera de la matriz.

Mioma submucoso: Cuando el mioma está ubicado debajo de la mucosa uterina.

Miomectomía: Intervención para la extirpación del mioma o miomas.

Mioma intramural: Este tipo de tumor está ubicado en la mucosa uterina.

Monitorización fetal intraparto: Consiste en evaluar los cambios de la frecuencia cardíaca fetal en relación a las contracciones uterinas durante el trabajo de parto.

Muerte fetal: Ausencia de cualquier signo de vida con anterioridad a la expulsión completa del producto de la gestación, independiente de la duración de la gestación.

Muerte fetal temprana: Muerte fetal con menos de 500 gr o menos de 22

GINECO-OBSTETRICIA

semanas de gestación. Esta situación corresponde a un Aborto.

Muerte fetal intermedia: Muerte fetal a edad gestacional mayor o igual a 22 semanas y menos de 28 semanas.

Muerte fetal tardía: Fallecimiento del feto in útero, entre las 28 semanas y/o 1.000 gramos de peso, y el parto.

Muerte neonatal: Fallecimiento del recién nacido desde el nacimiento hasta los 28 días de vida.

Muerte neonatal precoz: Fallecimiento del recién nacido desde el nacimiento hasta los 7 días de vida.

Muerte neonatal tardía: Fallecimiento del recién nacido entre 7 y 28 días de vida.

Muerte post neonatal: Fallecimiento del niño desde el día 28 hasta completar un año de vida.

Muerte infantil: Fallecimiento desde el momento del nacimiento hasta el año de vida.

Mortalidad perinatal (Tipo I): Suma de la mortalidad fetal tardía (28 semanas hasta el parto) más la mortalidad neonatal precoz (primera semana de vida).

Mortalidad perinatal ampliada (Tipo II): Suma de la mortalidad fetal mayor a 22 semanas, más la mortalidad neonatal (primeros 28 días de vida).

N

Nacido vivo: Expulsión completa del producto de la gestación, que tenga cualquier signo de vida, independiente de su unión al cordón umbilical o

del desprendimiento placentario y de la duración de la gestación.

Natalidad (NV): Es el número de nacidos vivos en un año en un determinado lugar o país.

O

Oligomenorrea: Menstruaciones escasas.

Osteogénesis imperfecta: Formación imperfecta de los huesos.

P

Papanicolaou (PAP): Estudio citológico para diagnosticar cáncer en el útero. Recibe su nombre de George Papanicolaou.

PIP: Proceso Inflamatorio Pelviano.

Pelvimetría clínica: Comprende maniobras externas (pelvimetría externa) e internas (pelvimetría interna) para saber la evaluación funcional de la pelvis y decidir la vía del parto.

Pelvimetría externa: Se puede realizar en cualquier mes del embarazo formando parte de la evaluación funcional de la pelvis.

Pelvimetría interna: La exploración interna para obtener la evaluación funcional de la pelvis tiene su mejor momento de realización en el segundo trimestre, sin perjuicio de su repetición durante el parto.

Pielograma: Radiografía de la pelvis renal y el uréter.

Placentación: Proceso que permite establecer el sostén estructural del embrión al útero y acercar la circulación materna y fetal para permitir la transferencia de gases y nutrientes.

GINECO-OBSTETRICIA

Placenta: Órgano situado dentro del útero durante la gestación, a través del cual el feto recibe su alimentación.

Placenta previa: Trastorno en el cual la placenta se implanta en el segmento inferior del útero y cubre parcial o totalmente la abertura cervical.

Placenta retenida: Tejido placentario que continúa unido a la pared del útero tras el parto.

Placentografía: Visualización radiográfica de la placenta tras la inyección de una sustancia radiopaca.

R

RMN: Resonancia magnética Nuclear. Se utiliza para establecer un diagnóstico por imagen.

Rotura Espontánea de Membranas (REM): Ocurre durante el trabajo de parto, habitualmente entre los 6 y los 8 cm de dilatación.

Rotura Prematura de Membranas (RPM): Se produce antes del inicio del trabajo de parto, lo que ocurre en un 10% de los partos de término.

Rotura Prematura de Pretérmino de Membranas (RPPM): RPM que ocurre en un embarazo de menos de 37 semanas.

Rotura Artificial de Membranas (RAM): Es un procedimiento que puede efectuarse durante el trabajo de parto, no es indispensable efectuarla.

S

Saco gestacional intrauterino: Se encuentra en la cavidad endometrial es habitualmente visible desde las 4 ½ semanas de embarazo.

Sangrado intermenstrual: Sangrado que se presenta en algunas mujeres

fuera de los días de la fase menstrual.

Salud pública perinatal: Conjunto de acciones destinadas a la adecuada administración de los recursos humanos y tecnológicos, que permitan controlar los problemas más relevantes de la salud materna, fetal, del recién nacido y del niño/a hasta el primer año de vida, de una población.

Sarcoidosis: Enfermedad granulomatosa sistémica de etiología desconocida.

Signo de Hegar: Se denomina así a las manifestaciones características asociadas al crecimiento del istmo uterino (región entre el cuerpo y el cuello uterino).

Síndrome: Grupo de síntomas que aparecen a la vez con un regularidad razonable.

SOP: Síndrome de ovario poliquístico.

SPM: Síndrome premenstrual.

Síndrome Asherman: Adherencias uterinas postraumáticas.

Síndrome de Stein-leventhal: Alteración de índole hormonal, que afecta especialmente a mujeres en edad fértil.

Síndrome premenstrual: Al conjunto de molestias físicas y psicoemocionales que experimentan las mujeres, por lo general, entre 4 y 14 días antes del sangrado.

Síndrome de Turner: Anomalía por alteración cromosómica (un solo cromosoma X).

Síndrome de Rokitansky: Designa la ausencia total o parcial de útero y vagina.

Síndrome de Morris: Designa a la mujer con cariotipo masculino XY.

Síndrome de Noonan: Síndrome caracterizado por ojos inclinados hacia abajo en los ángulos temporales y orejas de implantación baja, Aparece asociado a una estenosis valvular pulmonar.

T

Tacto vaginal obstétrico: Durante el trabajo de parto, debe precisar las características del cuello uterino, de las membranas fetales, de la pelvis materna y de la presentación fetal.

Tasa de mortalidad: La tasa de mortalidad (fetal, neonatal o infantil, en cualquiera de sus variedades), corresponde al número de muertes expresado por 1.000 recién nacidos vivos en el mismo período.

Tasa de natalidad: Es el número de nacidos vivos por cada 1.000 habitantes en un lugar específico durante un año.

Terapia Hormonal Sustitutiva (THS): Consiste en la administración de estrógenos asociados a la progesterona que se pueden administrar vía oral o intramuscular. Se aplica a mujeres con el útero sano.

Teratógeno: Agente químico o ambiental que provoca un desarrollo anormal del feto.

Teratogénico: Que provoca anomalías físicas.

Tomografía por resonancia magnética dirigida a las extremidades: Alternativa no quirúrgica para tratar los miomas con un tamaño menor de ocho centímetros.

TTC: Test de tolerancia fetal a las contracciones o Registro Estresante.

Trofoblasto: Capa externa de células planas que forman la pared del blas-

tocito que finalmente interviene en la formación de la placenta.

V

Vaginitis: Inflamación de la vagina.

Vasomotor: Que produce una reducción o dilatación de los vasos sanguíneos.

VPH: Virus del papiloma humano.

Vulvovaginitis: Infección con dolor y picor que se extiende desde la vagina hasta los órganos sexuales internos.

GINECO- OBSTETRICIA



Publicado en Ecuador
Abril del 2019

Edición realizada desde el mes de diciembre del año 2018 hasta marzo del año 2019, en los talleres Editoriales de MAWIL publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores



GINECO- OBSTETRICIA

MD. JEFFERSON STEVEN RIVERA MOREIRA
MD. KARLA ALEJANDRA FABIANI PORTILLA
MD. KATHERINE ANDREA FLORES POVEDA
MD. CRISTINA ALEXANDRA VERA MONCAYO
MD. PRISCILA OMayRA OCAMPO MOREIRA
MD. VICENTE ANGEL ORTEGA REYES
MD. ERIKA CLARIBEL ALBAN ESTRADA
MD. DELIA JAMILEY NARANJO PIÑA
MD. GIANNELLA LISSETTE RAMIREZ LOPEZ
MD. DENISSE LISSETTE FLORES SUBIA

GINECO - OBSTETRICIA

ISBN: 978-9942-787-55-2

