

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA



**“EDUCACIÓN SANITARIA A PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT”.**

BRENDA LETICIA ESTRADA ORTIZ

Química Farmacéutica

Guatemala, Mayo de 2010.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA



**“EDUCACIÓN SANITARIA A PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT”.**

INFORME DE TESIS

Presentado por

BRENDA LETICIA ESTRADA ORTIZ

Para optar al título de

Química Farmacéutica

Guatemala, Mayo de 2010.

## **JUNTA DIRECTIVA**

Oscar Cóbar Pinto, Ph.D.	Decano
Lic. Pablo Ernesto Oliva Soto, M.A.	Secretario
Licda. Lillian Raquel Irving Antillón, M.A.	Vocal I
Licda. Liliana Vides de Urízar	Vocal II
Lic. Luis Antonio Gálvez Sanchinelli	Vocal III
Br. María Estuardo Guerra Valle	Vocal IV
Br. Berta Alejandra Morales Mérida	Vocal V

## DEDICATORIA

- A DIOS: Por ser la luz en el camino que he recorrido durante estos años de mi vida y por encaminarme al éxito profesional.
- A MIS PADRES: Gustavo Adolfo Estrada Osorio y María Dolores Ortiz de Estrada, por su apoyo incondicional durante toda mi vida, guiándome por el mejor camino para convertirme en una profesional y una mujer de bien.
- A MI HERMANA: Tatiana Estrada Ortiz, por su cariño, motivación y apoyo en todos los momentos de mi vida.
- A MIS ABUELITAS: Pedrina Osorio García (QEPD) e Ismelda Jacinto Gómez (QEPD), por todo el amor, comprensión, motivación y apoyo que me brindaron durante los años que Diosito les permitió estar a mi lado, siempre vivirán en mi mente y mi corazón.
- A MIS AMIGAS: Ligia del Rosario Peña, Alejandra Donado, Isis Guevara, Ana Lucía Donis, Leticia Ruíz, Videlmína Pimentel, por brindarme su apoyo y especialmente su amistad incondicional.
- EN ESPECIAL A: Claudia García, Victoria García, Odra Lara y Mónica Guerra, por su apoyo y amistad incondicional, por estar a mi lado en los buenos y malos momentos y por su motivación para el logro de este éxito.

## **AGRADECIMIENTOS**

A DIOS: Por haberme permitido que finalizara mi carrera exitosamente y por la sabiduría brindada para tomar las decisiones en mi vida.

A la Licda. Eleonora Gaitán Izaguirre: Por el tiempo, dedicación y apoyo brindado para la realización de este trabajo y principalmente por su amistad.

A la Licda. Irma Lucía Arriaga Tórtola: Por el tiempo brindado para la revisión de esta guía y por sus ideas constructivas para enriquecer el trabajo realizado.

Al Lic. Bald Homero Sic y Margarita Morales de Sic: Por su cariño y motivación para el logro de mis metas.

Al Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt: Por haber permitido la elaboración de esta Guía Educativa.

A las pacientes con Enfermedades Ginecológicas: Por su participación y colaboración durante el período en el que se llevó a cabo la realización de la Guía Educativa.

## INDICE

	PÁG.
1. Resumen.....	1
2. Introducción.....	2
3. Antecedentes.....	3 - 68
4. Justificación.....	69
5. Objetivos.....	70
6. Materiales y métodos.....	71 - 72
7. Resultados.....	73 - 93
8. Discusión de Resultados.....	94 - 97
9. Conclusiones.....	98 - 99
10. Recomendaciones.....	100
11. Referencias.....	101 - 104
12. Anexos.....	105
Anexo No. 1.....	106 - 107
Anexo No. 2.....	108
Anexo No. 3.....	109
Anexo No. 4.....	110-111
Anexo No. 5.....	112-144

## **1. RESUMEN**

La elaboración de una Guía Educativa, se realiza con el objetivo de brindar información a los pacientes sobre su patología y sobre el tratamiento a seguir.

Por dicha razón, se elaboró una Guía dirigida para las pacientes diagnosticadas con patologías ginecológicas, la cual reúne 22 patologías, entre las cuales se pueden mencionar: prolapso uterino, cáncer de ovario, cáncer de cérvix, fibromatosis, metrorragia, etc.

Se realizó una revisión bibliográfica para reunir información sobre las enfermedades ginecológicas más frecuentes en las pacientes y luego se realizaron encuestas dirigidas al personal de salud que labora en el Departamento de Ginecología y a las pacientes de la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Roosevelt con el fin de conocer las necesidades de información que las pacientes demandan.

Se entrevistaron a 150 pacientes que acudieron a la Consulta Externa de Ginecología, diagnosticadas con diferentes enfermedades de origen ginecológico, las patologías seleccionadas para ser incluidas en esta guía educativa, se seleccionaron según la información recolectada en las encuestas, dirigidas a médicos y de los registros de las enfermedades por las cuales las pacientes frecuentan más la Consulta Externa de Ginecología, datos de los años 2007, 2008 y 2009.

Luego de la realización de las encuestas, se procedió a tabular los datos obtenidos, con lo cual se pudo constatar que las pacientes necesitan información sobre la definición, causas, signos y síntomas y tratamiento de la patología que presentan.

Con toda la información colectada, se procedió a la elaboración de la Guía Educativa, para la cual se utilizó un lenguaje sencillo, describiendo la definición de la patología, signos y síntomas, causas, diagnóstico y tratamiento.

## **2. INTRODUCCIÓN**

Actualmente la población femenina guatemalteca es afectada por una serie de enfermedades ginecológicas que si no son detectadas a tiempo y tratadas adecuadamente pueden producir daños irreparables como extracción parcial o total de matriz, cáncer y metástasis(1).

Además, en nuestra sociedad existe desconocimiento sobre este tipo de patologías, el cuidado y tratamiento a seguir. Por tal razón es necesaria la elaboración de una Guía Educativa dirigida a las pacientes que presentan patologías ginecológicas, ya que el mejor tratamiento para estas enfermedades es la prevención y la detección temprana, lo cual puede lograrse si las pacientes adquieren un conocimiento adecuado respecto a su enfermedad.

Con la elaboración de esta guía educativa se pretende contribuir a la educación sanitaria de las pacientes con patologías ginecológicas de la Consulta Externa de Ginecología del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt. En ella se describen las patologías que según los datos estadísticos obtenidos de los registros médicos de los años 2007, 2008 y 2009 de la consulta externa son las más frecuentes por los cuales los pacientes acuden a consulta, así mismo se destacó información sobre los signos, síntomas, diagnóstico y tratamiento correspondiente.

De esta manera el Químico Farmacéutico desarrolla una función importante en su labor hospitalaria de servicio y de educación brindando información a los pacientes sobre los procedimientos a seguir con su terapia farmacológica y no farmacológica, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida.



### **3. ANTECEDENTES**

#### **2.1 SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO**

El aparato genital femenino está dividido en órganos genitales externos e internos. Los órganos reproductores externos femeninos (genitales) tienen dos funciones: permitir la entrada del esperma en el cuerpo y proteger los órganos genitales internos de los agentes infecciosos. Debido a que el aparato genital femenino tiene un orificio llamado vagina que lo comunica con el exterior, los microorganismos que provocan enfermedades (patógenos) pueden entrar y causar infecciones ginecológicas. Estos patógenos se transmiten, en general, durante el acto sexual.

Los órganos genitales internos forman un aparato que se inicia en los ovarios, encargados de la liberación de los óvulos, y se sigue por las trompas de Falopio (oviductos), donde tiene lugar la fertilización de un óvulo; a continuación sigue el útero, donde el embrión se convierte en feto, y acaba en el canal cervical (vagina), que permite el alumbramiento de un bebé completamente desarrollado (1).

##### **2.1.1 Órganos Genitales Externos:**

- **Labios Mayores:** Están localizados externamente, rodean a la hendidura vulvar, y presentan la forma de repliegues cutáneos anchos. Están cubiertos externamente por vellos y se unen por delante formando el monte de Venus, perdiéndose dorsalmente en la región anal (2).
- **Labios Menores:** Al separar los labios mayores encontramos dos repliegues de piel finos, arrugados y sin vello, denominados labios menores, se unen por delante formando una especie de capuchón que al ser levantado descubre el clítoris. Éste es el órgano más sensible y zona de máxima excitabilidad sexual de la mujer (2).

- Meato Urinario: Es un orificio pequeño en el cual desemboca la uretra, y por donde se elimina la orina.
- Orificio Vaginal: Es el lugar donde desemboca la vagina. A ambos lados del orificio vaginal encontramos las glándulas de Bartholin, cuya secreción lubrica al espacio comprendido entre los dos labios (vestíbulo vaginal). Sólo se visualizan durante procesos inflamatorios(2).

### **3.1.2. Órganos Genitales Internos:**

- Vagina: Es un conducto elástico de aproximadamente 10 cm de longitud, que comunica al útero con el exterior. Su orificio está rodeado por los genitales externos. En el momento del parto se dilata enormemente, permitiendo el paso del bebé.
- Útero: Es un órgano muscular hueco, que alberga al niño, lo protege y lo nutre hasta su nacimiento. Su forma es semejante a la de una pera invertida, se pueden distinguir dos porciones: el cuerpo voluminoso y el cuello, que comunica con la vagina. El cuello tiene pocas fibras musculares lisas y más fibras colágenas y elásticas que le permiten dilatarse aproximadamente 10 cm. en el momento del parto.

Las paredes del útero tienen unos 2 cm. de grosor y se componen principalmente de músculo liso o involuntario. Cuando la mujer no está encinta el útero mide aprox. 7 cm. de largo y 5 cm. de ancho y pesa unos 50 gramos, pero crece asombrosamente durante el embarazo llegando a pesar un kilo y albergando a un bebé de una media de 3,5 kilos, una placenta de 500 gramos y otros 1000 gramos de líquido amniótico.

La pared del útero está formada por 3 capas de adentro hacia fuera: endometrio (capa mucosa altamente irrigada), miometrio (fibras musculares lisas responsable de las contracciones) y perimetrio (capa serosa).

En un ciclo menstrual normal, el endometrio (mucosa de la pared del útero) se prepara para la implantación del óvulo fecundado. Unas dos semanas después que el óvulo fue liberado del ovario, si la fecundación no tuvo lugar, esa mucosa se desprende en un proceso denominado menstruación (3).

- Las Trompas de Falopio: tienen una longitud de 6 a 9 centímetros desde los extremos superiores del útero hasta los ovarios. El extremo de cada trompa se ensancha y adopta una forma de embudo, constituyendo un orificio de mayor diámetro para facilitar la caída del óvulo en su interior cuando éste es liberado por el ovario. Los ovarios no están unidos a las trompas de Falopio, pero se encuentran suspendidos muy cerca de ellas gracias a un ligamento llamado franja ovárica. (2).
- Ovarios: Tienen dos funciones principales: formar células aptas para la reproducción (ovogénesis), secretar hormonas sexuales femeninas: estrógenos y progesterona, que controlan el ciclo menstrual, el desarrollo de los órganos sexuales, las glándulas mamarias y caracteres sexuales secundarios (2).

Los ovarios se desarrollan al lado de los riñones, en la fosa ovárica uno a cada lado del útero, en la pared lateral de la pelvis. Su forma se asemeja a una almendra grande en la mujer desarrollada.

Están cubiertos por una capa de células especializadas: la capa germinativa. En su interior se encuentra el estroma cortical, que posee folículos ováricos con un ovocito, es decir los ovocitos no se encuentran aislados sino rodeados de células foliculares formando los folículos ováricos, cada uno en distintas fases de maduración; y en la parte central encontramos la médula donde se encuentran nervios, vasos linfáticos y sanguíneos. Cuando una mujer nace, ya se encuentran en el estroma cortical aprox. unos 2 millones de ovocitos, para llegar a la pubertad con una dotación de unos 300-400 mil ovocitos en cada ovario. Sólo 400-500 llegarán a la ovulación y de ellos sólo un 5% tendrán la posibilidad de ser

fecundados. En cada ciclo menstrual unos 15 a 20 folículos crecen hasta llegar a un tamaño considerable: sólo uno será ovulado, los demás degeneran, este óvulo es el que tiene la posibilidad de ser fecundado (1,4).

Todos los órganos externos e internos que conforman el sistema reproductor femenino pueden ser atacados por diferentes enfermedades, las cuales a continuación se describen.

## **2.2 ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS**

Los problemas ginecológicos son los relacionados con el aparato reproductor femenino. Algunas causas habituales de los mismos son infecciones, lesiones o cambios hormonales. Estos trastornos incluyen dolor pélvico, inflamación del útero, de las trompas de Falopio, de la vagina o de la vulva y tumoraciones no cancerosas del útero, como los fibromas. Otros problemas frecuentes se relacionan con la menstruación (por ejemplo, el síndrome premenstrual y el dolor durante la menstruación, también llamado dismenorrea). A pesar de que algunos de estos problemas son poco importantes y se corrigen por sí solos, otros, como las infecciones, pueden revestir mayor gravedad y requerir, por tanto, atención médica (2).

### **2.2.1 VAGINITIS Y VULVITIS**

La vaginitis es una inflamación de la mucosa de la vagina. La vulvitis es una inflamación de la vulva (los órganos genitales femeninos externos). La vulvovaginitis es una inflamación de la vulva y de la vagina.

En estas condiciones, los tejidos se inflaman y se produce una secreción vaginal. Las causas incluyen infecciones, sustancias u objetos irritantes, tumores u otro tejido anormal, radioterapia, fármacos y cambios hormonales. La higiene personal insuficiente puede favorecer el crecimiento de bacterias y hongos así como causar irritación. Además, las heces pueden pasar desde el intestino hasta la vagina por un trayecto anormal (fístula) y provocar una vaginitis.

Durante el tiempo en que la mujer es fértil, los cambios hormonales causan una secreción normal acuosa, mucosa o blanca lechosa, que varía en cantidad y características según las diferentes fases del ciclo menstrual. Después de la menopausia, el revestimiento interno de la vagina y los tejidos de la vulva pierden espesor, y el flujo normal disminuye debido a la falta de estrógenos. En consecuencia, la vagina y la vulva se infectan y lesionan con más facilidad (2).

### 2.2.1.1. Síntomas

- Secreción vaginal anormal en grandes cantidades
- Molestias o dolor vaginal.
- Secreción anormal es más espesa que la normal y el color es variable, puede tener la consistencia del requesón o puede ser amarillenta, verdosa o manchada de sangre.

Según el agente patógeno se pueden observar diferentes síntomas como por ejemplo:

Agente Patógeno	Síntomas
Infección bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secreción turbia, blanca, gris amarillento con olor hediondo o similar al pescado.</li> <li>• La vulva puede notarse irritada con un picor ligero (2,5).</li> </ul>

Cándida (hongo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Picor moderado e intenso.</li> <li>• Quemazón de la vulva y vagina.</li> <li>• La piel de la vulva se torna rojiza y áspera al tacto (2,5).</li> </ul>
<i>Trichomonas vaginalis</i> (protozoo)	<p>Secreción blanca, verde grisácea o amarillenta que puede ser espumosa.</p> <p>La secreción aparece poco después de la menstruación y puede tener un olor desagradable.</p> <p>También se acompaña de un picor intenso (2,5).</p>

### 2.2.1.2 Diagnóstico:

Las características de la secreción pueden sugerir la causa, pero se necesita información adicional de la paciente para hacer el diagnóstico (como, por ejemplo, en qué momento del ciclo menstrual tiene lugar la secreción, si es esporádica o continua, cómo respondió a tratamientos previos y si sufre picor, quemazón, dolor en la vulva o si tiene una llaga vaginal). El médico también pregunta acerca de las medidas anticonceptivas, si hay dolor tras el acto sexual, si presentó infecciones vaginales previamente o enfermedades de transmisión sexual y si usa detergentes para la ropa que puedan causar irritación. Otras preguntas pueden referirse a si el compañero sexual presenta síntomas o si algún miembro de la familia sufre picores.

Al examinar la vagina, el médico utiliza un aplicador con punta de algodón para tomar una muestra de la secreción, que se examinará al microscopio o se cultivará en un laboratorio con el fin de identificar los organismos infecciosos. Se inspecciona el cuello uterino (cérvix) y se toma una muestra de tejido para una prueba de Papanicolaou (Pap), que puede detectar el cáncer cervical. Así mismo,

el médico realiza una exploración bimanual: introduce los dedos índice y medio de una mano en la vagina y con la otra presiona suavemente por fuera de la zona inferior del abdomen para palpar los órganos reproductores. Cuando una mujer presenta una inflamación de la vulva durante mucho tiempo (vulvitis crónica) que no responde al tratamiento, habitualmente el médico toma una muestra de tejido para su examen microscópico (biopsia) con el fin de detectar posibles células cancerosas.

### 2.2.1.3 Tratamiento:

#### 2.2.1.3.1 Farmacológico:

Tipo de Infección	Tratamiento
Producida por <i>Cándida</i> (hongo)	Miconazol, Clotrimazol, Butoconazol, Terconazol: en forma de crema, tabletas vaginales o supositorios.  Fluconazol o Cetoconazol: Vía oral.
Bacteriana  Producida por gonococos	Metronidazol o Clindamicina: en forma de crema o vía oral.  Ceftriaxona (vía intramuscular) más Dicloxacilina (vía oral).
Producida por <i>Clamidas</i>	Dicloxacilina o Azitromicina : Vía oral
Producida por <i>Trichomonas vaginalis</i>	Metronidazol vía oral
Vírico  Papiloma Humano ( verrugas genitales)	Ácido tricloroacético (Sobre las verrugas) Nitrógeno líquido o Fluorouracilo (sobre las verrugas) para infecciones graves.

Herpesvirus	Aciclovir vía oral o tónica
Psoriasis	Cremas que contengan corticosteroides.

#### 2.2.1.3.2 No Farmacológico:

- Uso de prendas holgadas y absorbentes
- Ropa interior de algodón
- Baño de asiento frío
- Lavados con jabón de glicerina
- Colocar hielo sobre la vulva (3,5).

### 2.2.2 FIBROMATOSIS UTERINA:

Un fibroma es un tumor no canceroso compuesto de tejido muscular y fibroso que se forma en la pared uterina.

La fibromatosis aparece al menos en el 20 por ciento de todas las mujeres mayores de 35 años y son más frecuentes entre las mujeres de etnia negra que entre las de etnia blanca. El tamaño de los fibromas oscila desde microscópico hasta grandes como un melón. Su causa es desconocida, pero parecen depender de los niveles de estrógenos y, en general, crecen durante el embarazo y se reducen tras la menopausia (6).

#### 2.2.2.1 Síntomas:

Aunque los fibromas sean de gran tamaño, es posible que no provoquen ningún síntoma. Los síntomas dependen de su número, tamaño y localización en



el útero, así como de su estado (es decir, si están creciendo o se están convirtiendo en malignos). Entre los síntomas podemos encontrar:

- Hemorragias entre las menstruaciones
- Dolor
- Presión o sensación de pesadez en la zona pélvica durante la menstruación o entre períodos
- Necesidad de orinar con más frecuencia
- Hinchazón del abdomen
- En muy pocos casos, infertilidad por obstrucción de las trompas de Falopio o por distorsión de la cavidad uterina.
- La hemorragia menstrual puede ser copiosa, porque los fibromas hacen que aumente la superficie del revestimiento interno uterino y, por consiguiente, de la cantidad de tejido que se elimina durante la menstruación sea mayor.
- Si la hemorragia es intensa, puede aparecer anemia.

Un fibroma que previamente no ha provocado ningún síntoma puede causar problemas durante el embarazo, como un aborto espontáneo, un parto prematuro o una hemorragia posparto (excesiva pérdida de sangre tras el alumbramiento) (7).

#### **2.2.2.2. Diagnóstico:**

El diagnóstico de la exploración pélvica se debe confirmar mediante una ecografía. Así mismo, puede realizarse una biopsia de endometrio (obtención de una muestra del revestimiento uterino para examinarlo al microscopio), una

histeroscopia (examen del útero con un tubo de fibra óptica) y una prueba de Papanicolaou para asegurarse de que los síntomas no se deben a otros trastornos, como un cáncer de útero (7).

### **2.2.2.3 Tratamiento:**

La mayoría de los fibromas no necesitan tratamiento, pero la mujer que los presenta tiene que ser examinada cada 6 ó 12 meses. Si el fibroma aumenta de tamaño o provoca síntomas muy molestos puede ser necesaria su extirpación quirúrgica (miomectomía). En estos casos, se administran hormonas durante varios meses antes de la cirugía para reducir el tamaño del fibroma.

Puede que sea necesario extirpar todo el útero (histerectomía) cuando la hemorragia menstrual es muy copiosa, si aparecen síntomas por compresión o dolor intenso, si el fibroma crece con rapidez, sufre torsión o se infecta.

Los antiinflamatorios sin esteroides reducen la inflamación y pueden aliviar los calambres, como por ejemplo: aspirina, acetaminofén, ibuprofeno, naproxeno, etc. (6,7).

### **2.2.3 ENDOMETRIOSIS:**

Es una condición que ocurre cuando tejido similar al que rodea por dentro al útero, es encontrado fuera de su lugar normal de colocación.

Pueden aparecer focos de endometrio más o menos reconocibles en los ovarios, saco de Douglas, ligamentos uterinos, trompas y tabique rectovaginal. Con menor frecuencia en sitios más remotos de la cavidad peritoneal y alrededor del ombligo (6).

Rara vez hay afección de ganglios linfáticos, pulmones e incluso corazón o huesos.

Se han propuesto tres posibilidades para explicar el origen de esas lesiones dispersas:

- *La teoría de la regurgitación:* propone el flujo retrógrado menstrual a través de las Trompas de Falopio e implantación subsecuente, esta teoría no puede explicar lesiones en ganglios linfáticos o pulmones.
- *La teoría metaplástica:* propone diferenciación endometrial del epitelio celómico, que en última instancia es el origen del endometrio mismo. Esta teoría tampoco puede explicar las lesiones endometrióticas en pulmones o ganglios linfáticos.
- *Teoría de la diseminación vascular o linfática:* se ha propuesto esta teoría para explicar los implantes extrapélvicos o intraganglionares, es concebible que todas las vías sean válidas en circunstancias individuales (6).

La endometriosis casi siempre contiene endometrio funcionante que sufre hemorragia cíclica. Puesto que la sangre se acumula en esos focos aberrantes, a simple vista suelen tener el aspecto de nódulos e implantes rojo azulados o amarillo pardusco. Varían en tamaño desde microscópico hasta 1 a 2 cm de diámetro y yacen sobre o justo por debajo de la superficie serosa afectada. A menudo, las lesiones individuales coalescen para formar masas más grandes. Cuando hay afección de los ovarios, aparecen pequeñas lesiones como focos subcorticales rojo azulados, pero con el tiempo forman grandes quistes llenos de sangre que se transforman en los denominados quistes de chocolate conforme envejece la sangre. Esos quistes pueden llegar a tener hasta 8 a 10 cm de diámetro. Con la enfermedad extensa de larga evolución, la filtración y organización de la sangre origina fibrosis diseminada, adhesión a estructuras pélvicas (pelvis “congelada”), obliteración del fondo de saco de Douglas, sellado de los extremos fimbriados de las trompas y distorsión de oviductos y ovarios (8).

### **2.2.3.1 Signos y síntomas:**

- Dolor ocasional o constante
- Cólicos severos durante el período menstrual
- Dolor al orinar y al defecar
- Dispareunia (coito doloroso)
- Irregularidades menstruales

La formación excesiva de tejido cicatricial en los ovocitos y los ovarios suele producir molestias en el cuadrante inferior, que al final causa esterilidad.

Casi siempre hay dismenorrea y dolor pélvico intenso como resultado de hemorragia intrapélvica y adherencias periuterinas (9,10).

### **2.2.3.2 Diagnóstico:**

El diagnóstico histológico en todos los sitios depende de encontrar en las lesiones dos de las tres características siguientes: glándulas endometriales, estroma o pigmento de hemosiderina. Cuando la enfermedad está muy avanzada, con formación extensa de tejido cicatricial, es posible que se dificulten tanto el diagnóstico macroscópico como el histológico, debido a que los datos característicos pueden quedar con mucho sustituidos por fibrosis inespecíficas.

Para obtener un diagnóstico seguro, también pueden realizarse ultrasonidos, resonancias magnéticas o laparotomías (9).

### **2.2.3.3 Tratamiento Farmacológico:**

- Medicamento para el dolor (analgésicos)
- Terapia hormonal: estrógenos y progestágenos (píldoras anticonceptivas)

- Cirugía (por láser o cauterización de endometriosis)

#### **2.2.3.4 Tratamiento no Farmacológico:**

- Realizar ejercicio, ayuda a disminuir los dolores
- Practicar técnicas de relajación como el yoga
- Acupuntura
- Homeopatía (9, 10).

#### **2.2.4 SÍNDROME PREMENSTRUAL**

Es una situación caracterizada por nerviosismo, irritabilidad, inestabilidad emocional. El síndrome premenstrual parece estar en relación con las fluctuaciones en los niveles de estrógenos y progesterona que se producen durante el ciclo menstrual.

##### **2.2.4.1 Signos y Síntomas:**

El tipo e intensidad de los síntomas varían de mujer a mujer y de un mes a otro. Por lo general, los síntomas aparecen una o dos semanas antes de la menstruación, duran entre pocas horas y 14 días y desaparecen cuando se inicia el flujo menstrual. En mujeres premenopáusicas, los síntomas pueden persistir durante toda la menstruación y después de la misma. Cada mes, los síntomas del síndrome premenstrual a menudo se siguen de una menstruación dolorosa.

- Depresión
- Cefaleas
- Edema

- Dolor de mamas
- Irritabilidad

#### **2.2.4.2 Tratamiento Farmacológico:**

- Las fluctuaciones en los valores de estrógenos y de progesterona en la sangre son menos marcadas si se administran anticonceptivos orales combinados.
- La retención de líquidos y la distensión se alivian disminuyendo el consumo de sal y tomando un diurético suave, como la espironolactona, justo antes del momento en que se espera que comiencen los síntomas.
- Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) alivian los dolores de cabeza, el dolor provocado por las contracciones uterinas y el dolor en las articulaciones.
- La fluoxetina puede mejorar la depresión, la buspirona o el alprazolam, administrados durante un corto período de tiempo, pueden disminuir la irritabilidad y el nerviosismo y ayudan a reducir el estrés, estos medicamentos deben ser estrictamente recetados por un médico. (11).

#### **2.2.4.3 Tratamiento no Farmacológico:**

- Cambios en la dieta, como reducir la cantidad de azúcar, cafeína y alcohol, aumentar el consumo de hidratos de carbono y comer con más frecuencia, también pueden ser eficaces. Los suplementos dietéticos que contienen calcio y magnesio pueden resultar beneficiosos.

- La práctica de ejercicio y la reducción del estrés (utilizando ejercicios de meditación o relajación) pueden ser útiles para tratar el nerviosismo y la agitación (11).

### **2.2.5 DISMENORREA:**

Es conocida como dismenorrea al dolor inmediatamente antes de y durante la menstruación, afecta aproximadamente a la mitad de las mujeres.

La dismenorrea primaria se debe a las contracciones uterinas inducidas por prostaglandinas, es muy frecuente y afecta a más del 50 por ciento de las mujeres; es grave en alrededor del 5 al 15 por ciento. Se inicia, por lo general, durante la adolescencia y puede ser tan intensa como para interferir en las actividades cotidianas de la mujer. La dismenorrea primaria tiende a disminuir de gravedad a medida que pasa el tiempo y después de un embarazo. Se cree que el dolor de la dismenorrea primaria es el resultado de las contracciones del útero al reducirse la cantidad de sangre que llega a su revestimiento interno (endometrio). El dolor sólo tiene lugar durante los ciclos menstruales en los que se libera un óvulo y puede empeorar cuando el endometrio que se desprende durante un período menstrual pasa por el cuello uterino, en particular cuando el canal cervical es estrecho. Otros factores que pueden agravar el cuadro son una mala posición del útero (retroversión uterina), la falta de ejercicio y el estrés psicológico o social.

La dismenorrea secundaria es menos frecuente y afecta a aproximadamente una cuarta parte de las mujeres, La causa más frecuente de este tipo de dismenorrea es la endometriosis, los fibromas y la adenomiosis (invasión benigna de la pared muscular del útero por parte de su revestimiento interno) (11,12).

#### **2.2.5.1 Signos y Síntomas:**

- Dolor en la parte inferior del abdomen que se extiende hasta la parte inferior de la espalda o las piernas, el dolor puede consistir en calambres que aparecen y desaparecen o bien puede tratarse de una molestia sorda

constante. Por lo general, comienza poco antes de la menstruación o durante la misma, alcanza su máximo después de 24 horas y al cabo de 2 días.

- Cefalea
- Náuseas
- Estreñimiento o diarrea
- Necesidad de orinar con frecuencia
- Vómitos
- Irritabilidad
- Nerviosismo
- Depresión
- Hinchazón abdominal, pueden persistir durante parte del tiempo que dura la menstruación o a lo largo de toda ella (11).

#### **2.2.5.2 Tratamiento Farmacológico:**

En general el dolor se alivia eficazmente con fármacos antiinflamatorios no esteroideos, como el ibuprofeno, el naxopreno y el ácido mefenámico. Estos fármacos son más efectivos si comienza su administración 2 días antes de la menstruación y se sigue durante el primer o el segundo día del flujo menstrual.

Las náuseas y los vómitos se alivian con un medicamento contra las náuseas (antiemético), pero estos síntomas suelen desaparecer sin tratamiento a medida que remiten las contracciones.



Si el dolor continúa hasta el punto de interferir con la actividad normal, puede suprimirse la ovulación con anticonceptivos orales que contengan dosis bajas de estrógenos y progesterona o con medroxiprogesterona de acción prolongada.

El tratamiento de la dismenorrea secundaria depende de su causa. Si se trata de un canal cervical estrecho puede procederse a su dilatación quirúrgica, lo cual proporciona entre 3 y 6 meses de alivio.

Cuando el tratamiento no da resultado y el dolor es muy intenso, la desconexión de los nervios que van al útero puede resultar beneficiosa; las complicaciones de este procedimiento incluyen lesiones en otros órganos pélvicos, como los uréteres (8,11).

### **2.2.5.3 Tratamiento no Farmacológico:**

- Descansar lo suficiente.
- Dormir.
- Practicar ejercicios físicos con regularidad también puede ayudar a reducir los síntomas.
- Acupuntura.

### **2.2.6 AMENORREA**

La ausencia de menstruación durante tres meses o más se define como amenorrea. La amenorrea primaria es la ausencia de menarquia durante la adolescencia, mientras que la suspensión de las menstruaciones tras la aparición de la menarquia es la amenorrea secundaria. Durante el embarazo y después de la menopausia se produce una amenorrea fisiológica. Aproximadamente el 5 por 100 de las mujeres padecen amenorrea no fisiológica. La amenorrea es un signo de cualquiera de varios trastornos que afectan a distintos sistemas orgánicos. Aunque tradicionalmente se aborda la evaluación de la amenorrea centrandose la

atención en su presentación primaria y secundaria, es importante darse cuenta del solapamiento de las etiologías (8).

### **2.2.6.1 AMENORREA PRIMARIA:**

Es cuando una mujer nunca ha presentado menstruación. Para las adolescentes amenorrea primaria es:

- La ausencia de menarquia después de los 16 años de edad con presencia del desarrollo de caracteres sexuales secundarios.
- La ausencia de menarquia después de los 14 años de edad y sin desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

La amenorrea primaria siempre pide una historia y una exploración física detallada. Se puede producir en asociaciones con una producción normal, disminuida o aumentada de hormonas esteroideas sexuales. Las mujeres con características secundarias normales pueden tener una anomalía en el conducto de salida del flujo (aplasia vaginal o himen no perforado) y retener el contenido menstrual. Esto puede provocar endometriosis y dolor abdominal cíclico, con ausencia de menstruación.

La determinación incorrecta del género en varones genéticos (seudohermafroditismo masculino) durante el período neonatal da lugar al 50 por ciento aproximadamente de los casos de amenorrea primaria. Se desarrollan fenotipos femeninos debido a una síntesis deficiente de testosterona y a varios síndromes de resistencia a los andrógenos.

Puede aparecer un espectro de falta de madurez sexual consecuentemente a la hipofunción del complejo hipotálamo-hipofisario (hipogonadismo hipogonadotrópico). No se desarrollan las características sexuales secundarias y no se produce la menstruación. El síndrome de Kallman es un trastorno familiar caracterizado por anosmia o hiposmia, varios defectos de la línea media (labio

leporino, fisura palatina) e inmadurez sexual debido a concentraciones bajas de gonadotropinas. Las formas adquiridas pueden ser consecuencia de tumores hipofisarios, craneofaringiomas y otras lesiones parahipofisarias.

Los trastornos sistémicos psicogénicos y estresantes también pueden interferir con la función hipotálamo-hipofisaria y retrasar la maduración sexual y la menarquía (8,12).

Una causa relativamente frecuente de amenorrea primaria sin características sexuales secundarias es la disgenesia gonadal (síndrome de Turner). Este síndrome, que se caracteriza por unas gónadas rudimentarias en forma de estrías, altas concentraciones séricas de gonadotropinas, pequeña estatura y otras varias anomalías.

La hiperplasia suprarrenal congénita (síndrome adreno-genital) puede causar una amenorrea primaria si no se detecta y se trata. Es frecuente que las formas leves con una ambigüedad genital mínima no se detecte hasta la pubertad. Estas enfermedades suelen tener poca estatura por causa del cierre prematuro de la epífisis inducido por los andrógenos. En raras ocasiones se puede asociar la amenorrea primaria con ovarios poliquísticos o con tumores que secretan andrógenos (12).

#### **2.2.6.1.1 Diagnóstico:**

- Hay que investigar acerca de tiempo, distribución y el apareamiento o no de otros caracteres sexuales secundario como: vello púbico y axilar, acné marcado.
- Determinar si hay vida sexual activa o no y si hay problemas relacionados con dicha vida sexual.
- Historia familiar de menarquía.
- Exámenes de laboratorio y gabinete

La amenorrea primaria constituye una patología sumamente compleja con problemas en diferentes compartimientos relacionados con la fisiología del ciclo menstrual, por lo que necesita de apoyo de exámenes de laboratorio y gabinete.

Por ejemplo:

- Perfil hormonal
- Prueba de embarazo
- Hormona estimulante de la tiroides (TSH), tiroxina (T4), triyodotironina (T3), hormona folículo estimulante (FSH), hormona luteinizante (LH).
- Estradiol , prolactina, testosterona,
- Radiografía de la silla turca, tomografía axial computarizada o resonancia magnética cerebral.
- Ultrasonografía pélvica y pielograma endovenoso.

**Prueba de Progesterona:** Se aplica una dosis única de 100mg de progesterona IM y se espera 14 días para verificar la presencia o no de sangrado menstrual, así como titulación de TSH y prolactina. Si hay sangrado indica que útero, vagina e himen son normales y que se trata de un problema de ovario (anovulación). Si no hay sangrado el problema puede ser ovárico o del útero o del tracto vaginal (hay que realizar obligatoriamente ultrasonografía para determinar presencia de útero y examen físico para descartar himen imperforado o saco vaginal ciego) por lo que hay que realizar una segunda prueba diagnóstica.

**TSH:** TSH elevada: hipertiroidismo, TSH baja: hipotiroidismo, tratarlo adecuadamente referir con endocrinólogo.

**Prolactina:** > 20 mg/ml tratar la hiperprolactinemia; prolactina > 100mg/ml probable adenoma hipofisario. Y es obligatorio el TAC cerebral cada año así como tratamiento adecuado.

**Prueba de estrógenos y progestágeno:** Se administran anticonceptivos orales de dosis intermedia como (etinil estradiol, etinodiol, levonorgestrel, norgestrel) 1 tableta 3 veces al día por 7 días y luego se suspende y se espera menstruación. Si hay sangrado nos confirma que no hay producción hormonal a nivel ovárico y que puede ser por un problema ovárico propiamente dicho (Síndrome de Turner) o un problema a nivel hipotalámico y hay necesidad de tomar FSH, LH, prolactina, T3,T4,TSH. Si no hay sangrado se confirma que el problema es de útero o de tracto vaginal (12).

#### **2.2.6.1.2 Tratamiento:**

El tratamiento debe estar orientado a la patología o problema identificado, apoyo psicológico, consejería según corresponda. Si no hay pruebas de una lesión claramente detectable, son adecuados el estímulo y el seguimiento sin más. El deseo de unos ciclos menstruales regulares se puede cumplir mediante medicación con una preparación cíclica de estrógenos – progesterona.

#### **2.2.6.2 AMENORREA SECUNDARIA:**

Es la ausencia de menstruación por 6 meses o más en una mujer que ha tenido con anterioridad menstruación normal, o la falta de menstruación durante tres intervalos menstruales característicos en una mujer oligomenorreica.

La amenorrea secundaria no constituye una enfermedad, sino que es una señal de que la función se ha interrumpido en algún punto del eje hipotálamo-hipofisario-ovárico-uterino.

La causa más frecuente de amenorrea secundaria es el embarazo, por lo que a este tipo de enferma se le debe considerar embarazada hasta que se pruebe lo contrario.

La amenorrea secundaria también se presenta con asociación con una producción normal, disminuída o aumentada de hormonas esteroideas sexuales. La amenorrea asociada con cambios cíclicos normales en la secreción de hormonas esteroideas por el ovario es un hallazgo frecuente en mujeres con el

endometrio lesionado. Esto se puede producir como consecuencia de legrados uterinos repetidos subsiguientes a partos, abortos o después de infecciones ( por ejemplo la tuberculosis). Por lo general la corrección quirúrgica o médica de estas lesiones lleva a una reanudación de las menstruaciones.

Los tumores hipofisarios que secretan prolactina causan alrededor del 30 por ciento de los casos de amenorrea secundaria.

La mayor parte de estas lesiones se pueden detectar mediante TAC. Estas enfermas tienen concentraciones séricas de gonadotropinas bajas. Muchos casos de amenorrea secundaria deben a una disfunción hipotálamo-hipofisaria causada por un estrés emocional intenso o una enfermedad sistémica grave.

Así, la amenorrea se puede presentar en asociación con anorexia nerviosa, ejercicio intenso, enfermedades endocrinas (tiroides, suprarrenales, diabetes) y medicamentos (amenorrea post-píldora). Los tumores ováricos pueden producir un exceso de esteroides sexuales (andrógenos) que suprimen las gonadotropinas y causan amenorrea. Los ovarios poliquísticos (Síndrome de Stein-Leventhal) son una causa frecuente de amenorrea ovárica de andrógenos.

#### **2.2.6.2.1 Diagnóstico:**

Se debe investigar:

- La edad de la menarquía.
- Las características del ciclo menstrual (regularidad, duración, presencia de dismenorrea, cantidad de sangrado).
- Actividad sexual, mal uso de métodos anticonceptivos.
- Descartar embarazo.
- Enfermedades sistémicas, hipotiroidismo, hiperplasia suprarrenal tardía.
- Galactorrea , cefalea.
- Historia nutricional, cambios en el patrón alimenticio, ganancia o pérdida brusca de peso.
- Anorexia o prácticas deportivas intensas.

Realizar:

- Ultrasonografía pélvica.
- Radiografía de la silla turca o TAC cerebral.

#### **2.2.5.2.2. Tratamiento:**

El abordaje al tratamiento de cada causa específica de amenorrea debe venir dictado por la lesión encontrada. Si no hay pruebas de una lesión claramente detectable, son adecuados el estímulo y el seguimiento periódico (8,12).

#### **2.2.7 PROLAPSO UTERINO:**

Es la caída o deslizamiento del útero desde su posición normal en la cavidad pélvica al canal vaginal. También es conocido como hernia del piso pélvico.

Normalmente, el útero es sostenido por los tejidos conectivos de la pelvis y por el músculo pubococcígeo y se mantiene en su posición por medio de ligamentos especiales. El debilitamiento de estos tejidos permite que el útero caiga dentro del canal vaginal. La causa más común de debilidad muscular es el trauma tisular que se sufre durante el parto, especialmente con niños grandes o con trabajos de parto y nacimientos difíciles. Se cree también que la pérdida del tono muscular y la relajación de los músculos, que se asocian con el envejecimiento y la disminución de los niveles de estrógeno, juegan un papel importante en el desarrollo del prolapso uterino. Sin embargo, muy excepcionalmente, la caída del útero también se puede producir por un tumor pélvico. El prolapso uterino es más común en las mujeres que han tenido uno o más partos vaginales (13).

Otras condiciones que se asocian a un aumento en el riesgo de desarrollar problemas de los tejidos de soporte del útero son por ejemplo la obesidad y la tos o tensión crónicas. La obesidad ejerce tensión adicional en los músculos de soporte de la pelvis, así como la tos excesiva producida por enfermedades pulmonares tales como la bronquitis crónica y el asma. El estreñimiento crónico y el esfuerzo asociado con éste provocan debilidad en estos músculos.

El prolapso uterino se ha clasificado en tres grados en función de la situación que asume el descenso en relación con el plano del introito (orificio de la vagina). El grado de descenso se relaciona con la gravedad del prolapso.

- Prolapso de I grado: el descenso no llega al plano del introito.
- Prolapso de II grado: el descenso llega al plano del introito.
- Prolapso de III grado: el descenso sobrepasa el plano del introito.

#### **2.2.7.1 Signos y Síntomas:**

- Sensación de pesadez o tracción en la pelvis.
- Sensación de "estar sentada en una bola pequeña".
- Dolor de espalda bajo.
- Protrusión desde la abertura vaginal (en casos que van de moderado a severo).
- Relación sexual difícil o dolorosa.

#### **2.2.7.2 Diagnóstico:**

Un examen pélvico con la mujer haciendo esfuerzo mostrará cuánto bajó el útero. La paciente se debe examinar cuidadosamente, a veces es preciso hacerlo en posición de pies y solicitándole un pujo sostenido que haga exteriorizar al máximo todos los elementos.

Se inicia con la inspección de la vulva, para ver el grado de atrofia y apreciar el tamaño del hiato genital. Luego se introduce un espéculo para apreciar las paredes de la vagina; si éstas sobrepasan hacia el centro de los bordes del espéculo, significa que hay pérdida del soporte paravaginal (2).



El prolapso uterino es leve cuando el cuello uterino cae hasta la parte inferior de la vagina y es moderado cuando cae por fuera de la abertura vaginal.

El examen pélvico puede mostrar protrusión de la vejiga y de la pared anterior de la vagina (cistocele), o del recto y la pared posterior de la vagina (rectocele) dentro del espacio vaginal. Los ovarios y la vejiga también pueden estar ubicados en la pelvis más bajo de lo normal (14).

Si un tumor está causando el prolapso (poco común), se puede notar una masa en el examen pélvico.

### **2.2.7.3 Tratamiento:**

Se puede utilizar un pesario vaginal (un objeto que se introduce en la vagina para colocar el útero en su lugar) como medida provisional o definitiva. Los pesarios vaginales vienen en muchas formas y tamaños y deben adaptarse en forma individualizada a cada mujer.

Los pesarios vaginales son efectivos en muchas mujeres con prolapso uterino, sin embargo, dependiendo del tamaño del prolapso y de la relajación de la pared vaginal, pueden ser de poca o ninguna ayuda.

Además de su uso limitado en el tratamiento, hay otras desventajas: los pesarios tienden a producir irritación y una secreción de olor anormal, por lo que la paciente requiere de una limpieza periódica que normalmente hace el médico. En algunas mujeres, los pesarios rozan e irritan la mucosa vaginal, e incluso en ocasiones la pueden desgastar y causar ulceraciones. Además, algunos pueden interferir con la relación sexual normal limitando la profundidad de la penetración.

Si la paciente es obesa, se recomienda lograr y mantener un peso estable. Además, se debe evitar el esfuerzo y el levantamiento de objetos pesados.

Se debe suspender la cirugía hasta que los síntomas sean tan significativos que pesen más que los riesgos. La realización de la cirugía depende de:

- Edad y estado de salud general de la paciente
- Deseo de embarazos futuros
- Preservación de la función vaginal
- Grado del prolapso
- Condiciones asociadas

Se realiza la histerectomía vaginal cuando sea necesaria y al mismo tiempo se corrige quirúrgicamente cualquier debilidad de las paredes vaginales, la uretra, la vejiga o el recto (2,13).

### **2.2.8 CISTOCELE**

Los miembros de la especie humana, mujeres y hombres, cuentan con diferencias cromosómicas que determinan, entre otras cosas, cuál es el papel que debe desempeñar cada género en el proceso reproductivo. Ello explica que algunos padecimientos sólo se presenten en los varones (como los prostáticos), mientras que otros son exclusivos del género femenino.

El cistocele es ejemplo de esto último, ya que se genera debido a la proximidad que existe entre vejiga y vagina. Cuando la pared muscular que las divide sufre debilitamiento, permite que una parte de la primera, que es una especie de bolsa destinada a contener la orina, se "caiga" o "baje" por el canal vecino, entorpeciendo el trabajo del sistema urinario y generando relaciones sexuales dolorosas en casos graves (4).

- Grados de cistocele:

<b>Grado 1</b>	Leve - la vejiga únicamente baja un poco por la vagina.
<b>Grado 2</b>	Más severo - la vejiga se hunde en la vagina lo suficiente para alcanzar el orificio de la vagina.
<b>Grado 3</b>	Más avanzado - la vejiga sobresale por el orificio de la vagina.

Un cistocele puede ser el resultado de lo siguiente:

- Levantar mucho peso.
- Distensión repetida debido a esfuerzos durante las deposiciones intestinales.
- Músculos debilitados alrededor de la vagina por falta de estrógeno después de la menopausia.

### 2.2.8.1 Síntomas:

- Vaciado incompleto durante la micción, por lo que la parte de los desechos líquidos permanecen en el organismo e incrementan el riesgo de infección en la región.
- Deseo de orinar sin que se sienta completamente satisfecha tras hacerlo.
- La vejiga caída extiende el orificio hasta la uretra y la orina puede salir cuando la mujer hace cualquier cosa que cause presión en la vejiga, por ejemplo cuando tose, estornuda o ríe. (4).

### **2.2.8.2 Diagnóstico:**

- Además del examen físico y la historia médica completa los procedimientos para diagnosticar el cistocele pueden incluir:
- Cistouretrograma (llamado también cistograma de evacuación), este procedimiento consiste en la toma de rayos X de la vejiga durante la micción y con la vejiga y la uretra llenas de un medio de contraste para determinar la forma de la vejiga y cualquier obstrucción.
- Otros exámenes y procedimientos pueden ser necesarios para determinar si hay algún problema en las otras áreas del sistema urinario.

### **2.2.8.3 Tratamiento:**

El tratamiento específico del cistocele será determinado por el médico basándose en lo siguiente:

- La edad, estado general de salud e historia médica.
- Qué tan avanzada está la enfermedad.
- La tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.
- Las expectativas para la trayectoria de la enfermedad.

El tratamiento puede incluir:

- Modificación de la actividad (por ejemplo, no levantar objetos pesados o hacer esfuerzos que podrían empeorar el cistocele).
- Pesario - dispositivo colocado en la vagina para mantener la vejiga en su lugar.

- Cirugía (para volver a colocar la vejiga en una posición más normal).
- Realizar ejercicio físico diariamente, antes y después del parto, para preservar la firmeza de la pared muscular de la vagina.
- Mantener adecuada higiene en los conductos urinarios y atender las infecciones en esta región.
- Terapia de reemplazo con estrógenos (puede ayudar a fortalecer los músculos alrededor de la vagina y de la vejiga).

Si la terapia de reemplazo hormonal es una opción posible, no se debe tomar la decisión de iniciar este tratamiento sin antes haber realizado junto al médico una evaluación de la relación riesgo-beneficio en función de los antecedentes médicos particulares (4).

### **2.2.9 RECTOCELE:**

Un rectocele también llamado una hernia vaginal. Esto es una protuberancia de la pared anterior del recto en la vagina. El recto es la última parte de intestinos grueso (colon) donde las heces se almacenan por corto tiempo. En las mujeres, el recto está justo detrás de la vagina. Una pared de un tejido resistente, parecido al tejido fibroso, llamado septo rectovaginal, separa el recto de la vagina. El septo rectovaginal puede ser débil y delgado. Esta debilidad permite a parte del recto empujar dentro de la vagina.

Un rectocele a menudo es causado por la debilidad de los músculos y ligamentos que detienen y sostienen la vagina y el recto. Esto puede ser debido a lo siguiente (15).

- Envejecimiento: El envejecimiento puede causar que los músculos lleguen a debilitarse. Después de la menopausia, el cuerpo de la mujer produce mucho menos estrógenos y la menor cantidad de estrógenos hace que sus músculos pélvicos se debiliten.

- Trabajo de parto: El embarazo y el trauma durante el trabajo de parto pueden causar que los músculos alrededor de la vagina o el recto se debiliten. Esto puede suceder por el uso de fórceps para ayudar al nacimiento o a los desgarros en el recto durante el nacimiento. Dar la luz a un bebé grande o embarazos múltiples pueden aumentar su riesgo.
- Genética: Algunas mujeres nacen con músculos más débiles en su recto y vagina siendo más propensas a tener rectocele.
- Obesidad
- Esfuerzos: La presión dentro del recto se aumenta cuando se realizan esfuerzos, esto sucede generalmente con el estreñimiento, toser fuerte y levantar objetos pesados.
- Cirugía: Las cirugías pélvicas previas, como una histerectomía (quitar la matriz), pueden debilitar los músculos alrededor de su vagina (4,15).

#### **2.2.9.1 Signos y Síntomas:**

- Abultamiento blando de tejido en la vagina que se asoma a través de la abertura vaginal.
- Estreñimiento.
- Heces que se escapan del recto.
- Dolor en la parte baja de la espalda que se quita al acostarse.
- Presión o dolor en la vagina al orinar o tener relaciones sexuales.
- Presión en el recto o sentir que el recto no se ha vaciado totalmente después de tener una evacuación (15).

### 2.2.9.2 Diagnóstico:

- Examen bimanual: Durante este examen, se colocará cuidadosamente en la vagina un instrumento (espejo) para abrirla. Se debe realizar fuerza o que presione hacia abajo. Esto puede hacer que el rectocele se asome de manera que el médico pueda ver su tamaño y ubicación. Se necesita tensar los músculos de la pelvis, como si se estuviera tratando de detener el chorro de orina. Esto ayuda a los médicos a determinar qué tan fuertes están los músculos pélvicos.
- Defecografía: Para este examen se introduce una pasta de bario espesa en el recto a través del ano. Se toman radiografías mientras el bario se mueve como si se tuviera teniendo una evacuación intestinal. El bario delinea el recto y ano en los rayos X. Este delineado muestra los cambios que ocurren en el recto y músculos durante una evacuación intestinal.
- Resonancia Magnética.
- Fluoroscopia del piso pélvico: Esto es un tipo especial de rayos X que muestra el movimiento de los intestinos, vagina, vejiga o recto.
- Manometría anorectal: Un tubo flexible es insertado a través del ano hasta el recto. La presión de los músculos alrededor del ano y recto, es medida por los sensores en el tubo.
- Enema de bario: El enema de bario es una radiografía del colon. Para llevar a cabo esta radiografía, se inserta un tubo en el ano y por dicho tubo se administra una solución de bario. El bario sirve para que el colon pueda verse mejor con los rayos X.
- Colonoscopia (15).

### **2.2.9.3 Tratamiento:**

- Dieta rica en fibra y que tome líquidos en abundancia.
- Terapia de biorretroalimentación: usa un equipo especial para enseñar la forma de controlar y relajar sus músculos pélvicos, especialmente durante una evacuación intestinal.
- Terapia con estrógeno: Si la paciente está pasando por la menopausia puede sugerirse que administren hormonas de estrógeno.
- Pesa: La pesa es un anillo plástico o de caucho que se coloca dentro de la vagina. Este anillo soporta las áreas que se asoman en la vagina y recto.
- Cirugía: Para colocar el recto nuevamente en su lugar. Los músculos y ligamentos de la vagina pueden ser suturados (amarrados) para fortalecerlos. Un parche de malla también puede ser usado para agregar soporte al septo recto-vaginal.

### **2.2.10 CISTOADENOMA**

Se refiere a los tumores benignos que se derivan del epitelio superficial del ovario . Existen dos tipos dependiendo del tipo de tejido epitelial en el que crecen:

- Cistoadenoma seroso: constituyen el 20% de los tumores benignos del ovario y en el 10% de los casos son bilaterales. Se presentan como una formación quística, frecuentemente unilocular. Pueden alcanzar gran tamaño, más de 20cm de diámetro, y tener múltiples cavidades a modo de compartimientos: cistoadenoma multilocular (los de gran tamaño rara vez son uniloculares). Las formaciones quísticas serosas benignas de más de 1cm hoy se consideran cistoadenomas serosos. La cavidad contiene líquido incoloro transparente (seroso). Frecuentemente la superficie interna tiene



papilas (cistoadenoma seroso papilar), generalmente éstas son escasas y se ven como pequeñas proyecciones granulares. La superficie interna está revestida de células neoplásticas epiteliales cilíndricas, algunas ciliadas similares a las del epitelio tubario y son normotípicas.

- Cistoadenoma mucinoso: representan el 20% de los tumores benignos del ovario y en el 5% de los casos son bilaterales. Se presentan como una formación quística unilocular o multilocular. Los de gran tamaño (se ha descrito de hasta 40Kg) generalmente son multiloculares. Contienen material mucinoso. La superficie interna por lo común no tiene papilas y es lisa y brillante. La superficie interna está revestida de células neoplásticas epiteliales cilíndricas, normotípicas, mucoides, similares a las del endocérvix. Frecuentemente hay mezcla con otros tumores epiteliales müllerianos, por ejemplo, tumor de Brenner (16).

Los tumores parecen ser ocasionados por una regulación anormal en el crecimiento de las células. Característicamente, el crecimiento de las células en el cuerpo está controlado de una manera estricta (se crean nuevas células para reemplazar las viejas o para desempeñar nuevas funciones). Las células que resultan dañadas o que ya no se necesitan mueren para dar espacio a las células de reemplazo sanas. De esta manera, si el equilibrio de crecimiento y muerte de células se trastorna, se puede formar un tumor.

Las anomalías del sistema inmune, el cual usualmente detecta y bloquea el crecimiento anómalo, pueden ocasionar tumores. Otras de las causas de los tumores son: la radiación, las anomalías genéticas, la exposición a los rayos del sol, el tabaquismo, ciertos virus, el benceno, ciertos hongos venenosos y las aflatoxinas (toxinas de hongos). Algunos tumores varían de acuerdo con la dieta, el medio ambiente y con factores de riesgo genético.

No se sabe con seguridad como una célula normal se convierte en tumoral. Algunas personas desarrollan cáncer como resultado del contacto prolongado con

agentes llamados cancerígenos. El proceso de transformación se denomina carcinogénesis. Se conocen causas que pueden ser cáncer, pero no la causa del cáncer (9).

### **2.2.10.1 Signos y Síntomas:**

Los síntomas dependen del tipo de tumor y de su ubicación en el cuerpo. Aunque algunos tipos de tumores pueden ser totalmente asintomáticos, los siguientes síntomas son comunes en la mayoría de ellos.

- Dolor pélvico.
- Náuseas y vómitos.
- Rara vez hay trastornos urinarios o defecatorios.
- Los trastornos menstruales como oligomenorrea, amenorrea y sangrado uterino anormal, ocurren en solo 15% de las neoplasias primarias de ovario.
- En raras ocasiones hay hirsutismo, obesidad y otros signos androgénicos.

### **2.2.10.2 Diagnóstico:**

En algunas ocasiones el diagnóstico se hace al realizar un examen pélvico rutinario, encontrándose el tumor como una masa anexial.

- El ultrasonido pélvico puede mostrar la presencia de uno o varios quistes ováricos, dependiendo del tipo de tumor, pero en muchos casos es inconcluso.
- La tomografía axial computarizada (TAC), es un método más preciso que el ultrasonido, pero prácticamente da los mismos resultados en la evaluación de tumores de ovario.

- La resonancia magnética nuclear (RMN) es un método con bastante especificidad y alta sensibilidad, sobre todo en el diagnóstico de tumores quísticos con hemorragia interna (9, 16).

### **2.2.10.3 Tratamiento:**

El tratamiento de las neoplasias benignas ováricas, generalmente es quirúrgico, con excepción de los quistes o hiperplasias funcionantes del ovario. El procedimiento quirúrgico es con laparotomía media, remodón del tumor (Salpingo-forectomía unilateral) y biopsia en cuña del ovario contralateral. La punción transabdominal guiada por ultrasonido, no se recomienda, porque siempre está latente la posibilidad de cáncer de ovario, y además hay un alto porcentaje de falsos positivos y negativos. La edad es una consideración importante en el manejo de pacientes con tumor de ovario. En preadolescentes los tumores de ovario son raros, ocupan sólo el 1 % en niñas menores de 16 años, pero si se presenta un tumor pélvico en esas pacientes la primera posibilidad es de un tumor de ovario, generalmente maligno y de tipo germinal.

En mujeres de edad reproductiva, puede seguirse una conducta conservadora, con estricta vigilancia, cuando los tumores son de 8cm o de menor tamaño, porque la gran mayoría son quistes o hiperplasias funcionantes. Estos quistes desaparecen después de observación por cuatro a seis semanas, y los anticonceptivos ayudan a la reducción de ellos (9).

### **2.2.11 MIOMA URETRAL:**

Es el tipo de tumor que con mayor frecuencia afecta a la pelvis femenina. Generalmente reciben el nombre de “fibroides”, aunque hoy en día existe la seguridad científica de que estos tumores no proceden de componentes del tejido fibroso, sino de células musculares. Desde el punto de vista patológico, estos tumores deberían de ser clasificados como leiomiomas (del griego leios, que significa liso).

En general, los miomas son múltiples. Su frecuencia es máxima durante la quinta década de la vida, aunque pueden alcanzar tamaños considerables en mujeres de 30 años, especialmente si son de raza negra.

Se ha indicado que estos tumores fibromusculares se deben probablemente a algún tipo de desequilibrio o de exceso de secreción hormonal del ovario. Como la mayoría de estos tumores permanecen invariables o regresan considerablemente después de la menopausia, debe aceptarse que los estrógenos estimulan su crecimiento.

Estos tumores proceden de la sustancia intersticial de la pared uterina. A medida que se extienden pueden mantenerse en forma de fibroides intramurales, o dirigirse hacia la superficie externa o interna del útero, convirtiéndose en tumores subserosos o submucoso. Su crecimiento es casi siempre lento. Sin embargo, se mantiene constante hasta el momento de la menopausia, al producirse una detención en la producción de estrógenos.

Cabe mencionar que en el crecimiento de estos tumores se ven implicados dos procesos: el primero, la transformación de miocitos normales a anormales y el segundo, su crecimiento hasta tumores de aparición clínica. Esto último sucede por clonación de las células a través de una actividad miótica aumentada asociado a una disminución en la apoptosis celular (7,17).

### **2.2.11.1 Signos y Síntomas:**

Los síntomas más frecuentes que acompañan a la presencia de un mioma son:

- Hemorragias prolongadas: afectan aproximadamente a un 50% de las pacientes. La enorme variabilidad existente con respecto a la localización de estos tumores ha permitido determinar que, en muchos casos, la causa principal de las hemorragias no es el propio tumor, sino que tanto el tumor como la hemorragia son el resultado de un exceso de secreción de estrógenos.

- Dolor y presión.
- Compresión del intestino, provocando constipación o alteraciones del hábito intestinal.
- Distensión abdominal, haciendo creer un inexistente aumento de peso.

### **2.2.11.2 Diagnóstico:**

En general los miomas primero se detectan durante el examen ginecológico (examen pélvico bimanual), cuando el médico percibe el aumento de tamaño del útero. Su presencia se confirma mediante ecografía transvaginal o histerosalpingografía. Sin embargo, los miomas también se pueden apreciar a través de resonancia magnética nuclear (RMN) o tomografía computarizada (TAC).

Finalmente, la histeroscopia diagnóstica es una excelente opción, principalmente para evaluar la presencia de miomas submucosos. Un tubo muy fino (3mm. de diámetro), ligado a una microcámara de televisión, es introducido a través de la vagina y del cuello uterino hasta el útero, permitiendo al médico visualizar su interior y tomar muestras del tejido para análisis (7).

### **2.2.11.3 Tratamiento:**

Las opciones de tratamiento dependen del tamaño, la localización, la sintomatología y el posible deseo gestacional.

Si los miomas son pequeños y permanecen estables, es decir, no crecen y la paciente no tiene síntomas, el mejor tratamiento serán los controles ginecológicos periódicos. Si se observa que los miomas crecen y/o empiezan a dar sintomatología como: dolor, aumento de volumen abdominal y sangrados excesivos; determinados fármacos como los anticonceptivos, la progesterona y los antiinflamatorios que inhiben la síntesis de las prostaglandinas pueden ayudar a controlarlos. Cuando el útero es muy grande o los miomas crecen rápidamente, o

cuando los síntomas no responden a las medidas farmacológicas, el mejor tratamiento será la cirugía (7, 17).

Sin embargo, el simple diagnóstico de la existencia de un mioma no es suficiente para justificar una miomectomía o una histerectomía. Las indicaciones para llevar a cabo un tratamiento quirúrgico son:

- Presencia de excesivas hemorragias.
- Aumento de la presión sobre la vejiga o el intestino.
- Rápido aumento del tamaño del tumor o cambios en su consistencia.
- Toda alteración degenerativa que produzca dolor.

### **2.2.12 CONDILOMATOSIS**

Un condiloma, del griego nudo, se refiere a una infección de los genitales y existen de dos tipos, el condiloma acuminata o verruga genital y el condiloma lata asociado con el sífilis secundario.

Condiloma acuminata: El condiloma acuminado, conocido generalmente como condiloma o verrugas genitales, es una enfermedad de transmisión sexual causada por el virus del papiloma humano (VPH).

Se caracteriza por el crecimiento de una lesión parecida a una verruga que es blanda y que al multiplicarse toma la forma de una “coliflor” que aparece en el pene, la vagina, vulva, uretra, cuello del útero o en la región anal, lugares del cuerpo que tienen un medio húmedo propicio para su crecimiento y reproducción.

Esta enfermedad se asocia al cáncer de cuello de útero, ya que algunos tipos del virus se relacionan con cambios celulares malignos en el cuello del útero, que se detectan al practicar un examen de Papanicolau. También se relaciona con el herpes genital (18).

### **2.2.12.1 Síntomas:**

Las principales molestias son:

- Ardor
- Comezón.

### **2.2.12.2 Diagnóstico:**

- Se realiza viendo las lesiones.
- El médico puede identificar verrugas en tejido genital, mediante la aplicación de vinagre (ácido acético) sobre áreas en que se sospeche la presencia de infección. Esta medida provoca que las áreas infectadas se tornen blancuzcas, lo que las hace más visibles, además debe utilizar el colposcopio (lente de aumento para examinar la vagina y cérvix).
- Una prueba de Papanicolau también puede indicar la posible presencia de una infección cervical por VPH. En este examen, un empleado de laboratorio examina células tomadas del cérvix bajo el microscopio para ver si son cancerosas (2).

### **2.2.12.3 Tratamiento:**

- Imiquimod, una crema de respuesta inmunológica que se aplica sobre el área infectada.
- Una solución antimicótica de podofilina al 20%, que se aplica sobre el área afectada. Posteriormente -usualmente a las cuatro horas- se lava, para reducir efectos secundarios. Es el profesional quien realiza la cura porque debe aplicar la dosis justa.

- Una solución (loción o gel) de podofiloxina al 0.5%, aplicada sobre el área afectada sin necesidad de lavarla después. Puede realizarla el paciente en su hogar bajo asesoramiento profesional.
- Una crema de 5-fluorouracil al 5%
- Ácido tricloroacético (ATC)

No se debe usar podofilina o podofiloxina durante el embarazo, pues la piel las absorbe y pueden causar defectos de nacimiento al feto. Tampoco debe usarse la crema de 5-fluorouracil.

Si las verrugas son pequeñas, se pueden eliminar por congelación (criocirugía), quemarse (electrocauterización), o tratamiento con láser. Ocasionalmente, deberá realizarse una cirugía para eliminar verrugas demasiado grandes que no responden a los otros tratamientos.

Aunque se puede acabar con las verrugas mediante tratamientos, ninguno de ellos acaba con el virus. Debido a esto, las verrugas reaparecen a menudo después de ser tratadas.

Algunos médicos usan el fármaco antiviral alfa interferón, que se inyecta directamente en las verrugas, para tratar las que reaparecen después de su eliminación por métodos tradicionales. Este fármaco es costoso y no reduce la frecuencia de reaparición de las verrugas (2,18).

### **2.2.13 SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO**

El síndrome del ovario poliquístico, SOP se debe a que las hormonas no funcionan de modo normal y los ovarios pueden fabricar demasiados óvulos. Esos óvulos se convierten en muchos quistes, los quistes son como pequeños globos llenos de líquido. Este síndrome se puede observar en las mujeres de edad fértil. Con frecuencia comienza durante los años de la adolescencia y no desaparece (2).



### **2.2.13.1 Signos y Síntomas**

- Dolor de vientre.
- Períodos menstruales irregulares, después de un tiempo, algunas mujeres dejan de tener períodos.
- Las mujeres con SOP pueden tener dificultad para quedar embarazadas.
- Vello adicional que crece en el lado de las patillas en la cara y en la quijada, labio superior, pezones, pecho, parte inferior del abdomen y en los muslos.
- Acné.
- Obesidad.
- Algunas mujeres con SOP no tienen ninguno de los síntomas.

### **2.2.13.2 Diagnóstico:**

- Historia clínica y la exploración.
- Estudio hormonal.
- Ecografía de ovarios.

### **2.2.13.3 Tratamiento:**

- Ejercicio físico.
- Bajar de peso.

Los ciclos menstruales pueden controlarse con preparados hormonales (anticonceptivos orales). En mujeres que desean quedarse embarazadas hay tratamientos hormonales especiales eficaces (citrato de clomifeno, gonadotropinas, metformina).

Recientemente, drogas aprobadas para el tratamiento de la diabetes han mostrado un beneficio para las pacientes con SOP. Estas drogas, conocidas como “agentes sensibilizantes a la insulina”, han demostrado poder mejorar la respuesta a la insulina, reduciendo de esta forma la producción excesiva de esta hormona.

El agente sensibilizante a la insulina mejor estudiado es la metformina (Metforal®). La metformina reduce la insulina circulante, los niveles de andrógenos y restaura la ovulación normal en algunas mujeres con SOP. Los datos actuales sugieren el uso de agentes sensibilizantes a la insulina para la inducción de ovulación en pacientes con SOP que desean un embarazo (3).

#### **2.2.14 METRORRAGIA**

El término metrorragia designa cualquier hemorragia vaginal, procedente del útero, no asociada al ciclo menstrual por su ritmo o por la cantidad de flujo. Las causas de esta anomalía son por lo general locales, es decir, del útero o de la pelvis. Sus causas lejanas pueden relacionarse con las glándulas de secreción interna o con el estado general de salud.

El tipo más común de sangrado anormal uterino es la menorragia. Ésta se produce cuando la menstruación se extiende más allá del límite de los siete días o bien implica una pérdida de sangre mayor a 80 ml. En la práctica, esta pérdida no suele cuantificarse, por lo que sólo se tiene en cuenta en aquellas mujeres en que llega a interferir con su vida normal.

Entre las causas locales, es común la presencia de tumor fibroide (fibroma). Le siguen en frecuencia el cáncer y la erosión o ulceración en algún punto del sistema reproductivo.

Si las causas son extrauterinas, suelen localizarse en las trompas de falopio, presentándose en forma de inflamación aguda o crónica. También puede consistir en la infección de un quiste ovárico (19).

### **2.2.14.1 Signos y Síntomas:**

- Dolor tipo ovulatorio
- Tensión premenstrual o mantenimiento del flujo estrogénico
- Sangrados copiosos que se extienden por varios días.

### **2.2.14.2 Diagnóstico:**

- Exploración general: permite orientar hacia posibles problemas hematológicos (presencia de petequias y hematomas), hepáticos (la existencia de ascitis o hepatoesplenomegalia) o patología tiroidea (la palpación anómala del tiroides), etc.
- Exploración ginecológica: la inspección de los genitales externos, la vagina y el cérvix es importante para identificar otros lugares de sangrado ginecológico que pueden ser confundidos con metrorragia, como puede ser cáncer de vulva o pólipos exocervicales. El tacto bimanual siempre que las condiciones lo permitan es obligado para descartar neoformaciones benignas o malignas.
- Estudios hematológicos: fundamentalmente hemograma y pruebas de coagulación tienen en la paciente con metrorragia una doble función, por una parte pueden diagnosticar algunas coagulopatías y por otra pueden orientar el tratamiento. El trastorno hematológico más frecuente en las mujeres que presentan metrorragia es la enfermedad de Von Willebrand, otros más infrecuentes son el déficit de factor XI, y púrpura trombocitopénica idiopática.
- Ecografía vaginal: con ella se pueden poner de relieve hallazgos como quistes ováricos o folículos persistentes o pólipos endometriales. También se puede valorar la pared uterina y descartar la presencia de miomas.

- Biopsia endometrial.
- Histeroscopia.
- Legrado uterino diagnóstico.
- Estudios tiroideos: tanto el hipotiroidismo como el hipertiroidismo pueden producir excepcionalmente menorragias.
- Determinaciones hormonales: útil para distinguir estados anovulatorios, fundamentalmente relacionados con el déficit de progesterona en la segunda fase del ciclo.
- Pruebas de función hepática.
- Prueba de embarazo (19, 20).

### **2.2.14.3 Tratamiento:**

Si se sospecha de anovulación y se descartan otros diagnósticos diferenciales, la meta del tratamiento será la detención de la hemorragia, corrección de la anemia y la sincronización del endometrio. Si encontramos una causa específica (embarazo, trastorno de coagulación, etc.), el tratamiento debe ser específico según la causa. Se suele utilizar la terapia hormonal. Y en casos graves se realiza un legrado uterino, una resección endometrial o una histerectomía (20).

### **2.2.15 BARTOLINITIS**

Es la inflamación, infección, quiste o absceso de una de las glándulas de Bartholín o glándulas de Bartolino o ambas, situadas en los bordes de la vagina, a ambos lados; entre los labios menores y la pared de la vagina, y cuya función es la lubricación vaginal.

Al obstruirse el pequeño orificio por donde sale el líquido secretado por la glándula, ese líquido sigue siendo producido pero al no tener salida se va

acumulando y comienza a formarse un bulto redondo, en el borde de la vagina, que puede ir creciendo hasta alcanzar el tamaño de una naranja, aunque lo más frecuente es que alcance el tamaño de una nuez. Este proceso va acompañado de dolor en la zona afectada.

Cuando hay infección, el bulto se llena de un líquido purulento de olor muy desagradable.

En la mayoría de ocasiones, los quistes de la glándula de Bartolino no están infectados. Sin embargo, en algunos casos, la bartolinitis puede estar producida por una infección, o las glándulas pueden infectarse secundariamente. En estos casos se habla de absceso de Bartolino.

La infección suele estar producida por bacterias que normalmente se encuentran en la piel. Es común la infección causada por una bacteria (*Escherichia coli*), pero la infección también puede estar producida por estafilococos y estreptococos y por enfermedades de transmisión sexual, clamidia y especialmente la gonorrea.

Es una enfermedad curable y tratable sin mayores impactos para el normal desenvolvimiento sexual de la mujer (19, 21).

#### **2.2.15.1 Signos y Síntomas:**

- Nódulo caliente en la vulva.
- Dolor durante el acto sexual, se presenta si la causa es una infección.
- Fiebre.

#### **2.2.15.2 Diagnóstico:**

- En una exploración de la zona se observará una glándula de Bartolino aumentada de tamaño y muy sensible.

- Se realizará un cultivo del exudado para conocer la causa.
- En mujeres de más edad se recomienda biopsia para descartar un tumor canceroso.

### **2.2.15.3 Tratamiento:**

- El tratamiento debe realizarse a base de antibióticos, antiinflamatorios y analgésicos que deberán ser recetados por el médico.
- Se puede aplicar hielo sobre la zona afectada.
- Baños de inmersión en agua caliente o la aplicación de toallitas calientes, porque esto ayudaría a que la infección se concentre en un punto y reviente solo.

Con este tratamiento, en ocasiones, la bartolinitis cede espontáneamente, regresando la glándula a su estado normal. En otros casos, la hinchazón continúa aumentando con los días y cuando la glándula alcanza un tamaño excesivo, la presión del líquido acumulado produce su ruptura, y la glándula drena, dándose fin así al episodio de bartolinitis.

Si la glándula no drena sola, el médico puede realizar una pequeña incisión para proceder al drenaje. Esta incisión quirúrgica produce el drenaje completo del absceso y proporciona el mayor alivio y la recuperación más rápida de un episodio de bartolinitis.

No obstante, no siempre se resuelve el problema de esta manera definitivamente, debido a que el orificio es casi siempre muy pequeño y se cierra rápidamente antes de completarse el drenaje.

Por esta razón, el médico puede realizar la introducción de un pequeño catéter, denominado de Word, en el interior del quiste y en la propia consulta, que se deja allí durante unas 2 a 4 semanas para que se drene el líquido y se mantenga

abierta la glándula. Con este catéter se puede desarrollar una actividad normal, aunque las relaciones sexuales pueden ser molestas mientras el catéter está colocado (20).

### **2.2.16 TUMOR DE OVARIO**

Un tumor es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen. Es un agrandamiento anormal de una parte del cuerpo, en este caso de uno o de ambos ovarios; que aparece, por tanto, hinchada o distendida. En sentido restringido, un tumor es cualquier bulto que se deba a un aumento en el número de células que lo componen, independientemente de que sean de carácter benigno o maligno.

Muchos tipos de tumores pueden comenzar a crecer en los ovarios. La mayoría de estos tumores son benignos (no cancerosos) y nunca se propagan fuera del ovario. Contrario a los tumores ováricos benignos, los tumores malignos (cancerosos) se pueden propagar a otras partes del cuerpo (hacen metástasis) (11).

En general, los tumores ováricos reciben su nombre de acuerdo con el tipo de células del que se originó el tumor y si el tumor es benigno o canceroso. Existen tres tipos principales de tumores ováricos:

- Los tumores epiteliales se originan de las células que cubren la superficie externa del ovario. La mayoría de los tumores ováricos son tumores de células epiteliales.
- Los tumores de células germinales se originan de las células que producen los óvulos.
- Los tumores estromales se originan de las células del tejido conectivo que sostienen el ovario y producen las hormonas femeninas estrógeno y progesterona.

Ahora bien de acuerdo a su benignidad o malignidad, los tumores se dividen así:

- Tumores ováricos epiteliales benignos: la mayoría de los tumores ováricos epiteliales son benignos, no se propagan y generalmente no conducen a enfermedades graves. Existen varios tipos de tumores epiteliales benignos, incluidos los adenomas serosos, los adenomas mucinosos y los tumores de Brenner.
- Tumores de bajo potencial maligno: cuando se observan bajo el microscopio, algunos tumores ováricos epiteliales no se ven claramente como cancerosos. Éstos se denominan tumores de bajo potencial maligno (tumores LMP, por sus siglas en inglés). También se les conoce como cáncer ovárico epitelial fronterizo. Estos tumores se diferencian de los cánceres ováricos típicos en que no crecen hacia el tejido de sostén del ovario (llamado estroma ovárico). Estos cánceres tienden a afectar a las mujeres a una edad más temprana que los cánceres ováricos típicos. Los tumores LMP crecen lentamente y tienen menos probabilidades de causar la muerte que la mayoría de los cánceres del ovario. Aunque pueden causar la muerte, esto no es común que ocurra.
- Tumores ováricos epiteliales malignos: los tumores epiteliales cancerosos reciben el nombre de carcinomas. Aproximadamente de 85 a 90% de los cánceres del ovario son carcinomas ováricos epiteliales.

#### **2.2.16.1 Signos y Síntomas:**

- Fiebre.
- Escalofríos.
- Sensación de peso en la pelvis.



- Dolor en la parte baja del abdomen.
- Hemorragias vaginales.
- Aumento o pérdida de peso.
- Períodos menstruales anormales.
- Dolor de espalda sin explicación que empeora

### **2.2.16.2 Diagnóstico:**

El diagnóstico suele sospecharse cuando se detecta una masa pélvica en una revisión ginecológica de rutina. La ecografía, la tomografía axial (TAC), la resonancia magnética nuclear (RNM) y un análisis de sangre llamado CA-125 hacen más firme esta sospecha que tendrá que confirmarse en la operación.

### **2.2.16.3 Tratamiento:**

El factor que más condiciona las posibilidades de éxito en el tratamiento del tumor de ovario es una cirugía que elimine completamente el tumor. En la mayoría de los casos se extirpa por completo el útero y ambos ovarios, se quitan o se biopsia los ganglios regionales, y se toman citologías y biopsias de todo el interior del abdomen (8,11,14).

## **2.2.17 CÁNCER DE ENDOMETRIO**

El cáncer endometrial se desarrolla cuando las células en el endometrio comienzan a crecer fuera de control y pueden después invadir tejidos finos próximos o esparcirse a través del cuerpo. Colecciones grandes de estos tejidos finos “fuera de control” se llaman los tumores. Sin embargo, algunos tumores no son cánceres verdaderos porque no pueden esparcirse o amenazar la vida de alguien y se llaman los tumores benignos. Los tumores que pueden esparcirse a

través del cuerpo o invadir tejidos finos próximos se consideran cánceres verdaderos y generalmente se llaman los tumores malignos. La distinción entre los tumores benignos y malignos es muy importante en el cáncer uterino porque hay muchos procesos benignos que afectan el útero y pueden confundirse con los cánceres. Los fibromas son tumores muy comunes, benignos del musculo del útero (miometrio) que no son cancerosos. Pueden causar de vez en cuando sangría vaginal creciente, descarga vaginal, o dolor.

Los cánceres son caracterizados por las células normales de las cuales se originan. El tipo más común de cáncer endometrial se llama adenocarcinoma endometrioide; viene de las células que forman las glándulas en el endometrio y tiene un aspecto característico debajo del microscopio. El cáncer endometrial endometrioide compromete cerca de 75-80% de todos los cánceres endometriales. La segunda forma común es el adenocarcinoma seroso papilar (el cerca de 10% de todos los cánceres endometriales) y aún otra forma es el adenocarcinoma de célula clara (cerca de 4-5% de todos los carcinomas endometriales). Los adenocarcinomas serosos papilares y de células claras tienden ser más agresivos que los adenocarcinomas endometrioides, y se detectan a menudo en etapas avanzadas. Un cáncer endometrial tiene a veces características de más de un subtipo; esto se llama un adenocarcinoma mezclado y hacen el cerca de 10% de todos los cánceres endometriales. Hay algunos otros tipos raros como adenocarcinoma mucinoso y adenocarcinoma de célula escamosa que comprometen menos de 1% de los cánceres endometriales (11,19).

Etapas del cáncer endometrial:

- El cáncer está sólo en el útero.
- El cáncer está en el útero y en el cuello uterino.

- El cáncer se ha diseminado por fuera del útero, pero no más allá de la pelvis verdadera, y puede comprometer los ganglios linfáticos en la pelvis o cerca de la aorta (la principal arteria en el abdomen).
- El cáncer se ha diseminado hacia la superficie interior del intestino, la vejiga, el abdomen u otros órganos.

El cáncer también se describe como grado 1, 2 y 3. El grado 1 es el menos agresivo y el grado 3 es el más agresivo (19).

### **2.2.17.1 Factores de Riesgo:**

El cáncer endometrial es el tipo más común de cáncer uterino. Aunque no se conoce la causa exacta de este cáncer, el aumento en los niveles de estrógeno parece jugar un papel. El estrógeno ayuda a estimular la formación del revestimiento del útero. Los estudios han mostrado que los altos niveles de estrógeno en animales producen crecimiento endometrial excesivo y cáncer.

La mayoría de los casos de cáncer endometrial ocurre entre las edades de 60 y 70 años, pero unos cuantos casos pueden presentarse antes de los 40 años.

Los siguientes factores incrementan el riesgo de padecer cáncer endometrial:

- Diabetes.
- Estrogenoterapia reconstitutiva sin el uso de progesterona.
- Antecedentes de pólipos endometriales u otros tumores benignos del revestimiento uterino.
- Infertilidad (incapacidad para quedar embarazada).
- Nunca haber estado embarazada.
- Obesidad.

- Inicio de la menstruación a temprana edad (antes de los 12 años).
- Comenzar la menopausia después de los 50 años
- Las afecciones asociadas abarcan las siguientes:
- Cáncer de colon o de mama.
- Hipertensión.
- Poliquistosis ovárica.

#### **2.2.17.2 Signos y Síntomas:**

- Sangrado uterino anormal, períodos menstruales anormales: sangrado entre períodos normales en mujeres premenopáusicas y sangrado vaginal o manchas de sangre en mujeres posmenopáusicas.
- Episodios de sangrado vaginal frecuentes, fuertes y extremadamente prolongados después de los 40 años.
- Dolor abdominal bajo o calambres pélvicos.
- Flujo vaginal ligeramente blanco o claro después de la menopausia.
- Dificultad o dolor al orinar.
- Dolor durante el coito.
- Dolor y, o una masa en el área pélvica.
- Pérdida de peso

#### **2.2.17.3 Diagnóstico:**

El diagnóstico incluye la toma de la historia médica y un examen físico, incluyendo un examen pélvico para palpar la vagina, el recto y la parte baja del

abdomen para examinar si hay masas o crecimientos. Un examen de Papanicolaou (en algunos países se le llama citología) puede ordenarse como parte del examen pélvico. Varios exámenes adicionales pueden usarse para diagnosticar el cáncer endometrial, los cuales incluyen los siguientes:

- Examen interno pélvico - para palpar si hay nudos o cambios en la forma del útero
- Prueba de Papanicolaou (también llamada frotis vaginal) - prueba que comprende la observación microscópica de células recolectadas del cuello uterino y que se utiliza para detectar cambios que podrían ser cancerosos o conducir al cáncer, y para identificar trastornos no cancerosos como por ejemplo, infecciones e inflamación. Sin embargo, como el cáncer de endometrio comienza dentro del útero, es posible que con la prueba de Papanicolaou no se detecten los problemas. Por lo tanto, en algunos casos, se llevará a cabo una biopsia endometrial.
- Biopsia endometrial - procedimiento que consiste en obtener una muestra de tejido endometrial por medio de un pequeño tubo flexible que se inserta en el útero. La muestra de tejido se examina bajo microscopio para determinar la presencia de células cancerosas o de otras células anormales.
- Dilatación y curetaje (su sigla en inglés es D & C) - operación menor que consiste en dilatar (agrandar) el cuello uterino de modo que sea posible raspar el canal cervical y el revestimiento uterino con una cureta (instrumento con forma de cuchara). El patólogo examina el tejido en busca de células cancerosas.
- Ecografía transvaginal (también llamada ultrasonografía) - prueba ecográfica que se realiza con un instrumento pequeño, llamado transductor,

que se coloca en la vagina. Es posible que el médico realice una biopsia si el endometrio se ve demasiado grueso.

Si se descubre el cáncer, se pueden llevar a cabo otros exámenes para determinar su grado de diseminación y si se ha propagado o no a otras partes del cuerpo. Esto se denomina estadificación (8,19,22).

#### **2.2.17.4 Tratamiento:**

El tratamiento específico para el cáncer endometrial será determinado basándose en:

- Estado general de salud e historia médica.
- Que tan avanzada está la condición.
- Tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.
- Las expectativas para la trayectoria de la condición.
- Opinión o preferencia.

El tratamiento elegido depende en la etapa del cáncer - si está solamente en el endometrio, o si se ha propagado a otras partes del útero, o a otras partes del cuerpo. Generalmente, el tratamiento para los pacientes con cáncer del endometrio incluye uno o más de los siguientes:

- La cirugía, incluyendo:
- La histerectomía - la extirpación quirúrgica del útero.
- La salpingo-ooforectomía - cirugía para extirpar las trompas de Falopio y los ovarios.
- La disección de los nódulos linfáticos pélvicos - la extirpación de algunos de los nódulos linfáticos de la pelvis.

- El muestreo laparoscópico de los nódulos linfáticos - los nódulos linfáticos se extirpan a través de un tubo llamado laparoscopio, el cual se inserta a través de una pequeña incisión en el abdomen.
- La terapia de radiación.
- La quimioterapia.
- La terapia hormonal (19,22).

### **2.2.18 CANCER DE OVARIO**

Las mujeres tienen dos ovarios que se encuentran en la pelvis y que se comunican con el resto del aparato reproductor femenino por las Trompas de Falopio. Su función principal es la reproducción y, supeditada a ésta, la producción de hormonas femeninas. Los ovarios contienen tres tipos de tejidos: 1) células epiteliales, las cuales cubren el ovario, 2) células germinales que se encuentran en el interior del ovario. Estas células forman los óvulos que son liberados hacia las trompas de Falopio cada mes y, 3) células estromales, las cuales producen la mayor cantidad de las hormonas femeninas, el estrógeno y la progesterona. De la transformación maligna de cualquiera de estas células surgen los cánceres de ovario.

En general, los tumores ováricos reciben su nombre de acuerdo con el tipo de células del que se originó el tumor y si el tumor es benigno o canceroso. Existen tres tipos principales de tumores ováricos:

- Los tumores epiteliales se originan de las células que cubren la superficie externa del ovario. La mayoría de los tumores ováricos son tumores de células epiteliales.

- Los tumores de células germinales se originan de las células que producen los óvulos.
- Los tumores estromales se originan de las células del tejido conectivo que sostienen el ovario y producen las hormonas femeninas estrógeno y progesterona.

Actualmente, se desconoce cómo y por qué aparece el cáncer de ovario. Sin embargo, se conocen diversos factores hormonales y reproductivos que pueden favorecer su aparición como la infertilidad o un número pequeño de embarazos. Los factores genéticos son determinantes tan sólo en un 10-15% de los casos. En estos casos se asocian el cáncer de mama y el de ovario en una misma familia o, incluso, en una misma persona. Se sospecha que algunos factores ambientales como la grasa de la dieta, la utilización de polvos de talco o algunas infecciones por virus, pueden tener alguna importancia en la aparición de esta enfermedad. Se estima que el 1.5% de las mujeres son diagnosticadas de esta enfermedad a lo largo de toda su vida. Aunque el cáncer de ovario se puede presentar en la juventud, la inmensa mayoría de los casos ocurren después de la menopausia.

El cáncer ocurre cuando las células (epiteliales, germinales o estromales) del ovario comienzan a crecer sin control, este crecimiento descontrolado puede deberse por varios factores tanto intrínsecos como extrínsecos. Las células normales se dividen y crecen de manera ordenada, mientras que las células cancerosas no lo hacen. Éstas continúan creciendo y desplazando a las células normales. Algunas veces las células cancerosas se desprenden del tumor y se propagan a otras partes del cuerpo por medio de la sangre o del sistema linfático. Pueden establecerse en una localización nueva y formar nuevos tumores. Cuando esto ocurre, se le llama metástasis. El cáncer que se propaga de esta manera se conoce como cáncer metastásico (23,24).



Etapas del cáncer de ovario:

- Etapa I – Cáncer del ovario confinado a uno o ambos ovarios
- Etapa II – Cáncer del ovario que se ha extendido más allá de los ovarios, pero está confinado a la pelvis (puede estar en el útero, vejiga ó recto)
- Etapa III – Cáncer del ovario que ha invadido el peritoneo (la capa que cubre el abdomen) y/o los ganglios linfáticos
- Etapa IV – Cáncer del ovario que ha invadido a órganos distantes (metástasis) (24,25).

### **2.2.18.1 Signos y Síntomas:**

Es una enfermedad que suele producir pocos síntomas, pudiendo alcanzar tamaños muy grandes antes de causarlos. Los más frecuentes son:

- Sensación de peso en la pelvis.
- Dolor en la parte baja del abdomen.
- Hemorragias vaginales.
- Aumento o pérdida de peso.
- Períodos menstruales anormales.
- Dolor de espalda sin explicación que empeora.
- Gases, náuseas, vómitos o pérdida de apetito.
- Necesidad de orinar con mucha frecuencia.
- Palpación de una masa pélvica.
- Aumento del perímetro abdominal con sensación de tirantez.

- Cansancio.
- Dolor durante las relaciones sexuales.
- Estreñimiento (23,24).

### **2.2.18.2 Diagnóstico:**

- El diagnóstico suele sospecharse cuando se detecta una masa pélvica en una revisión ginecológica de rutina. La ecografía transvaginal, la tomografía axial (TAC), la resonancia magnética nuclear (RNM) y un análisis de sangre llamado CA-125 hacen más firme esta sospecha que tendrá que confirmarse en la operación.
- Sin embargo, la ecografía transvaginal y el análisis de sangre de CA-125 no se recomiendan como pruebas de detección de cáncer del ovario en mujeres que carecen de fuertes factores de riesgo conocidos. Estos estudios a menudo se hacen en mujeres con un alto riesgo, pero se desconoce cuán útiles son (24).

### **2.2.18.3 Tratamiento:**

El factor que más condiciona las posibilidades de éxito en el tratamiento del cáncer de ovario es una cirugía que elimine completamente el tumor. En la mayoría de los casos se extirpa por completo el útero y ambos ovarios, se quitan o se biopsian los ganglios regionales, y se toman citologías y biopsias de todo el interior del abdomen. En mujeres jóvenes con tumores muy precoces y que quieran tener hijos puede, algunas veces, optarse por una cirugía conservadora que preserve la fertilidad. Salvo en casos de tumores poco agresivos y en fases muy precoces siempre se administra quimioterapia después de la operación. El cáncer de ovario en sus fases iniciales es altamente curable. En sus fases intermedias y avanzadas los resultados de supervivencia son peores pero han mejorado mucho en los últimos años. En cualquier caso, sigue siendo el tumor

ginecológico que más muertes causa. Además de los avances que se produzcan en el tratamiento, la disminución de muertes por esta enfermedad podría venir de la prevención y el diagnóstico precoz (24,25,26).

### **2.2.19. CÁNCER DE CÉRVIX**

Llamado también cáncer de cuello uterino. El cuello uterino es la parte inferior del útero (la matriz), la cual conecta el cuerpo del útero con la vagina (el canal por donde nace el feto).

El cáncer de cuello uterino es causado por varios tipos de un virus llamado virus del papiloma humano (VPH). El virus se contagia por el contacto sexual. El cuerpo de la mayoría de las mujeres es capaz de combatir la infección de VPH. Pero algunas veces, el virus conduce a un cáncer. Si fuma, tiene muchos hijos, ha utilizado pastillas anticonceptivas por largos periodos o tiene una infección por VPH tiene más riesgo de que eso ocurra.

Existen dos tipos principales de cáncer del cuello uterino: entre el 85% y el 90% de los casos son carcinoma de células escamosas y entre el 10% y 20% son adenocarcinoma. Si el cáncer tiene características de ambos tipos se conoce como carcinoma mixto (27,28).

La clasificación de las etapas clínicas de la evolución del carcinoma de cuello, partiendo de la etapa cero, sería el carcinoma in situ:

- Estadío I: confinado al cuello del útero,
- Estadío II: se extiende más allá del cuello afecta a la vagina en su parte superior sin afectar el tercio inferior, ni se extiende a la pared pelviana,

- Estadío III: el carcinoma se extiende a la pared pelviana, en la exploración al tacto rectal no existe espacio entre el tumor y la pared pelviana, se extiende además al tercio inferior de la vagina.
- Estadío IV:, en esta puede infiltrar la pared de vagina, recto, etc., es la forma diseminada con metástasis y toma de ganglios lumboaórticos o metástasis a distancia (11,27).

### **2.2.19.1 Signos y Síntomas:**

Las mujeres con cánceres del cuello uterino en etapa temprana y precancerosa usualmente no presentan síntomas. Los síntomas a menudo no comienzan sino hasta que un cáncer se torna invasivo y crece hacia el tejido adyacente. Cuando esto ocurre, los síntomas más comunes son:

- Sangrado vaginal anormal, tal como sangrado después de sostener relaciones sexuales (coito vaginal), sangrado después de la menopausia, sangrado y manchado entre periodos y periodos menstruales que duran más tiempo o con sangrado más profuso de lo usual. El sangrado después de una ducha vaginal o después del examen pélvico es un síntoma común de cáncer de cuello uterino.
- Una secreción vaginal inusual (la secreción puede contener algo de sangre y se puede presentar entre sus periodos o después de la menopausia).
- Dolor durante las relaciones sexuales (coito) (19,27).

### **2.2.19.2 Diagnóstico:**

Un cáncer cervical incipiente rara vez causa síntomas, de modo que la prueba de Papanicolaou es esencial. Sin embargo, cualquier hemorragia o flujo anormal de la vagina necesita inmediata investigación médica.

El resultado anormal de una prueba de Papanicolaou, examen en el cual se extrae una muestra de células del cérvix, que luego se evalúa en un laboratorio, es el diagnóstico inicial. Los resultados de la prueba se dan en 5 "clases" que van desde clase 1 (normal) a clase 5 (cáncer invasivo presente). Las clases 2 a la 5 requieren análisis posteriores que incluyen biopsia, para determinar la naturaleza y extensión de las anomalías y para diagnosticar el cáncer.

El Papanicolaou hace que el médico recomiende otras pruebas para poder establecer más claramente el diagnóstico, como la colposcopia, una técnica para estudiar el cérvix o cuello del útero mediante la visión. Puede ser indicado una biopsia para extraer una muestra que será estudiada con microscopio. Asimismo, durante un legrado uterino se toman muestras del canal cervical y del útero y así hacer exámenes al microscopio.

Si se confirma la presencia de cáncer cervical, pueden recomendarse otros exámenes para determinar hasta qué punto la enfermedad se ha extendido. Éstos pueden incluir: análisis de sangre y orina, radiografías y exámenes por ultrasonido de las áreas pélvica y abdominal (19).

### **2.2.19.3 Tratamiento:**

El tratamiento depende del diagnóstico. Según la extensión del cáncer, el tratamiento puede consistir en una o más terapias:

- Cirugía, que va desde la extirpación del tejido anormal hasta el cérvix completo; así como, la extirpación del útero entero (Histerectomía) y de otros tejidos adyacentes (Anexectomía).
- Terapia de radiación (Radioterapia) para matar las células cancerosas que hayan quedado después de haberse operado. Y quimioterapia para destruir las células cancerígenas que hayan en el cuerpo si es que existe metástasis.

Asimismo, se han creado vacunas que previenen la infección con algunos tipos de VPH. Actualmente, la FDA aprobó una vacuna y otras están en desarrollo (27).

### **2.2.20 SÍFILIS**

Es una infección causada por la bacteria *Treponema pallidum*, que se disemina fácilmente.

La sífilis es una enfermedad infecciosa y la bacteria que la causa se disemina a través de la piel lesionada o las membranas mucosas. Su diseminación se presenta con más frecuencia por contacto sexual.

Las madres embarazadas infectadas con la enfermedad se la pueden pasar al bebé que se está desarrollando en su vientre, lo cual se denomina sífilis congénita.

La sífilis primaria es la primera etapa, en donde se forman úlceras indoloras (chancros) de 2 a 3 semanas después de la infección por primera vez. Es posible que la persona no note las úlceras o algún otro síntoma, particularmente si éstas están ubicadas en el interior del recto o el cuello uterino. Las úlceras desaparecen en un período de 4 a 6 semanas.

La sífilis secundaria se presenta de 2 a 8 semanas después de la aparición de las primeras úlceras. Alrededor del 33% de aquellos que no reciben tratamiento para la sífilis primaria desarrollará esta segunda etapa.

La etapa final de la sífilis es llamada sífilis terciaria y en ella la infección se disemina al cerebro, al sistema nervioso, al corazón, a la piel y a los huesos (29).

#### **2.2.20.1 Signos y Síntomas:**

Los síntomas de sífilis dependen de la etapa de la enfermedad, pero muchas personas no presentan síntomas.

En general, las úlceras indoloras y la inflamación de los ganglios linfáticos son síntomas de la sífilis primaria.

Las personas con sífilis secundaria también pueden presentar fiebre, fatiga, dolores y achaques, al igual que pérdida del apetito, entre otros síntomas.

Entre tanto, la sífilis terciaria causa problemas cardíacos, cerebrales y del sistema nervioso (29,30).

### **2.2.20.2 Diagnóstico:**

Se pueden llevar a cabo exámenes de sangre para detectar sustancias producidas por las bacterias que causan la sífilis, siendo el VDRL el examen más antiguo.

### **2.2.20.3 Tratamiento:**

Los antibióticos se utilizan para tratar la sífilis; la penicilina es el medicamento preferido, aunque se puede utilizar la doxiciclina como una alternativa en las personas alérgicas a la penicilina.

La penicilina se administra ya sea en forma intramuscular o intravenosa, dependiendo de la etapa en que esté la sífilis.

Varias horas después del tratamiento de las etapas iniciales de la sífilis, se puede presentar una reacción llamada reacción de Jarish-Herxheimer, cuyos síntomas abarcan:

- Fiebre
- Escalofríos
- Dolor de cabeza
- Náuseas

- Sensación general de malestar
- Dolores articulares generalizados
- Dolores musculares generalizados

Estos síntomas generalmente desaparecen en un período de 24 horas.

Se deben hacer exámenes de sangre de seguimiento a los 3, 6, 12 y 24 meses para asegurarse de que la infección haya desaparecido. Igualmente, se recomienda evitar las relaciones sexuales hasta que dos exámenes de seguimiento muestren que la infección ha sido curada. La sífilis es extremadamente contagiosa en las etapas primaria y secundaria.

La sífilis es una infección de notificación obligatoria, lo cual quiere decir que los médicos deben informar de cualquier caso de esta enfermedad a las autoridades de salud pública, de tal manera que se pueda identificar y tratar a los compañeros sexuales potencialmente infectados (29,30).

### **2.2.21 GONORREA**

La gonorrea, también denominada blenorragia, blenorrea y uretritis gonocócica, es una infección de transmisión sexual provocada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* o *gonococo*.

El primer lugar que esta bacteria infecta es el epitelio columnar de la uretra y endocérvix. Lugares no genitales que también son atacados son el recto, la faringe y la conjuntiva de los ojos. La vulva y la vagina en las mujeres son usualmente también afectadas puesto que están ligadas con las células epiteliales, en las mujeres la cérvix es el primer sitio usual de infección (31).



### **2.2.21.1 Signos y Síntomas:**

En las mujeres, la infección suele cursar de forma asintomática. Sin embargo, pueden presentarse signos y síntomas tales como una excreción vaginal, aumento de ganas de orinar y molestias urinarias (disuria). La expansión de germen hacia las trompas de Falopio puede producir dolor en la zona baja del abdomen, encogimiento, fiebre y los síntomas generalizados de cuando se tiene una infección bacteriana.

También produce enfermedades como vaginitis y cervicitis, pero también endometritis, salpingitis y enfermedad inflamatoria pélvica aguda. Caracterizada por enrojecimientos en el área genital. El sistema inmune tiene serios problemas para acabar con *Neisseria gonorrhoeae*, dado que posee fimbrias con una alta tasa de variación antigénica (31).

### **2.2.21.2 Diagnóstico:**

Tinción de muestras biológicas directamente para detectar la bacteria, la detección de genes o ácido nucleico (DNA) bacteriano en la orina, y crecimiento de la bacteria en un cultivo de laboratorio.

La prueba de tinción implica colocar una muestra de la descarga del cervix (cuello del útero) en un portaobjetos y teñirlo con un tinte. Esta prueba es bastante exacta para los hombres pero no es buena para las mujeres. Sólo una de cada dos mujeres con gonorrea tiene tinción positiva.

Muy a menudo, los doctores usan muestra de orina o escobillado del cervix para una nueva prueba que detecta los genes de la bacteria. Estas pruebas son tanto o más exactas que los cultivos bacterianos, y muchos médicos las usan.

La prueba de cultivo implica colocar una muestra de la descarga en un plato de cultivo e incubarla por dos días para permitir que la bacteria se multiplique. La sensibilidad de esta prueba depende del sitio de donde se toma la muestra. Los

cultivos de muestras cervicales detectan la infección aproximadamente el 90 por ciento de las veces. El doctor también puede tomar un cultivo para detectar la gonorrea en la garganta. Los cultivos permiten probar la resistencia bacteriana a los antibióticos (32).

### **2.2.21.3 Tratamiento:**

*Neisseria gonorrhoeae* es sensible a una gama variada de antibióticos, pero es capaz de desarrollar resistencia frente a algunos de ellos. Muchas cepas son resistentes a la penicilina. No obstante, antes de la aparición de las cepas resistentes era muy sensible a este antibiótico, cosa sorprendente dado que son bacterias gram negativas. Actualmente es efectivo en el tratamiento de la gonorrea el uso de cefalosporinas de tercera generación como ceftriaxona, cuya administración debe ser efectuada por especialistas.

También se suele asociar la cefalosporina con algún macrólido, como Azitromicina, por la frecuente co-infección con *Chlamydia trachomatis*, que causa un cuadro similar a la infección por gonococo, generalmente dos semanas de iniciado el cuadro, cuya excreción uretral no suele ser de desagradable olor, y con test de Gram negativo.

La bacteria responsable de la gonorrea está desarrollando cada vez mayor resistencia a otro tipo de antibióticos, llamados fluoroquinolonas, que incluyen ciprofloxacina, ofloxacina o levofloxacina.

El tratamiento inmediato de una infección de gonorrea ayuda a prevenir la cicatrización permanente y la infertilidad, pero cuando se retrasa el tratamiento, hay una mayor probabilidad de padecer complicaciones y esterilidad (31,32).

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

Las pacientes que acuden a la Consulta Externa de Ginecología del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, que son diagnosticadas con alguna patología ginecológica, sufren una serie de problemas, no solo por el desconocimiento de su enfermedad y su evolución, sino también por los fenómenos sociales (maltrato, marginación, discriminación), ocasionados por la falta de educación que la sociedad tiene sobre padecimientos ginecológicos.

Otros factores que se añaden a esta problemática son los psicológicos, económicos, alimenticios y los relacionados con su tratamiento. Todo esto conlleva a complicaciones adicionales a la patología que la paciente presenta.

Para disminuir o si es posible evitar las complicaciones durante el tratamiento y evolución de la patología, es de suma importancia que cuenten con toda la información necesaria sobre su enfermedad.

Por dicha razón, es necesaria la elaboración de una Guía Educativa dirigida a las pacientes que presentan patologías ginecológicas, la cual debe estar elaborada con un lenguaje sencillo para ser comprendido por las pacientes. En esta guía se debe definir la patología, sus causas, tratamiento farmacológico y no farmacológico. De esta forma se estará contribuyendo a mejorar por medio de la educación la calidad de vida de las pacientes y evitar complicaciones innecesarias.

## **5. OBJETIVOS**

### **4.1 General:**

Brindar educación sanitaria a pacientes que acuden a la Consulta Externa de Ginecología del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

### **4.2 Específicos:**

4.2.1 Determinar el nivel socioeconómico y cultural de los pacientes que acuden a la Consulta Externa de Ginecología del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt

4.2.2 Identificar las necesidades de información que presentan los pacientes que acuden a la Consulta Externa de Ginecología a través de encuestas dirigidas a personal médico del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt y a las pacientes que acuden a dicha consulta.

4.2.3 Elaborar una guía educativa acerca de enfermedades ginecológicas y del tratamiento prescrito, dirigido a las pacientes que acuden a la Consulta Externa de Ginecología del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

4.2.4 Validar la guía educativa para asegurar que el contenido en dicha guía cumple con las necesidades de información de las pacientes que acuden a la Consulta Externa de Ginecología del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

## **6. MATERIALES Y MÉTODOS:**

### **6.1 Universo de Trabajo:**

Pacientes del Departamento de Guatemala con padecimientos ginecológicos que acuden a la Consulta Externa de Ginecología del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, durante los meses de agosto a noviembre del año 2009.

### **6.2 Materiales:**

- Útiles de Oficina
- Fotocopiadora
- Equipo de cómputo

### **6.3 Métodos:**

6.3.1 Revisión Bibliográfica: Se realizó una revisión bibliográfica de los aspectos relacionados con el tema en estudio.

6.3.2 Elaboración de los Instrumentos de Investigación:

6.3.2.1 Encuesta dirigida al 100% de las pacientes que acuden a la Consulta Externa de Ginecología del Departamento de Maternidad, para conocer el nivel socioeconómico y cultural que presentan y además para identificar las necesidades de información que requieren relacionadas a su patología y tratamiento.

6.3.2.2 Encuesta dirigida a médicos y enfermeras (os) que laboran en la Consulta Externa de Ginecología del Departamento de Maternidad para identificar que aspectos debe contener la guía educativa.

### 6.3.3 Recolección de datos

La recolección de los datos se realizó en la Consulta Externa de Ginecología del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, por medio de instrumentos de investigación descritos anteriormente.

### 6.3.4 Elaboración de la guía educativa

Con los datos recolectados mediante los instrumentos de investigación y la revisión bibliográfica se procedió a la elaboración de la guía educativa.

### 6.3.5 Diseño de la Investigación

6.3.5.1. Tipo de estudio: Se realizó un diseño prospectivo longitudinal.

6.3.5.2 Número de muestra: Se utilizó un muestreo no probabilístico en el que se evaluó por conveniencia a todas las pacientes que asistían a la Consulta Externa de Ginecología durante un período de dos meses.

### 6.3.6 Análisis de Resultados;

Luego del análisis estadístico de muestras emparejadas de la información se realizaron tablas y gráficas para elaborar la guía educativa.

Para validar la Guía Educativa se llevo a cabo la prueba de "t" de muestras emparejadas.

## **7. RESULTADOS**

A continuación se presentan los resultados obtenidos mediante las encuestas realizadas a 25 profesionales médicos que laboran en el Departamento de Ginecología y a una muestra de 150 pacientes que acudieron a la Consulta Externa de Ginecología del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt en un período de dos meses.

### **1. Tablas y graficas de los resultados obtenidos en:**

- Encuesta dirigida a médicos residentes y médicos Jefes que labora en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.
- Encuesta dirigida a pacientes que acuden a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Roosevelt.

### **2. Propuesta de la guía educativa dirigida a pacientes que acuden a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Roosevelt.**

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT

Total de personal encuestado: 25

**Tabla No. 1:** Aspectos a considerar en la elaboración de la guía educativa.

<b>Respuesta</b>	<b>No. De respuestas</b>
Definición	25
Causas	19
Signos y síntomas	20
Diagnóstico	16
Tratamiento	23
Reacciones adversas	17
Aspectos psicológicos	15
Aspectos religiosos	09
Nutrición	18

Fuente: datos recolectados mediante encuestas.

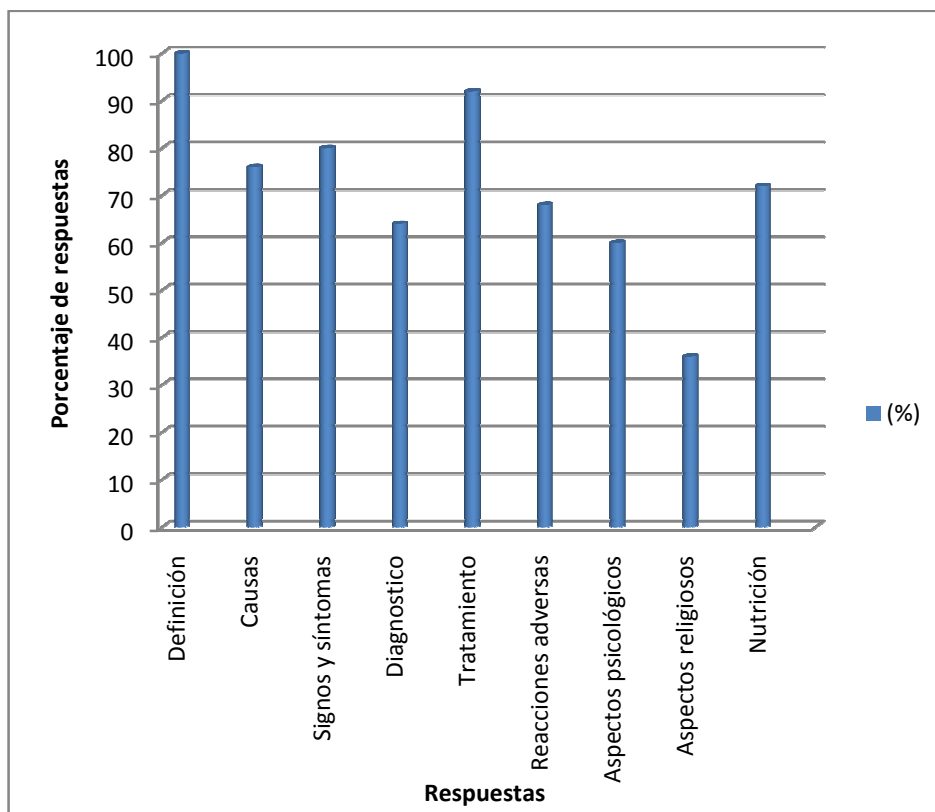
**Tabla No. 2:** Otros aspectos que deben incluirse.

<b>Aspecto</b>	<b>No. De respuestas</b>
Riesgos del Tratamiento	3
Beneficios del Tratamiento	2



Gráfica No. 1:

## Aspectos a valorar en la elaboración de la guía educativa



Fuente: datos obtenidos de encuestas realizadas.

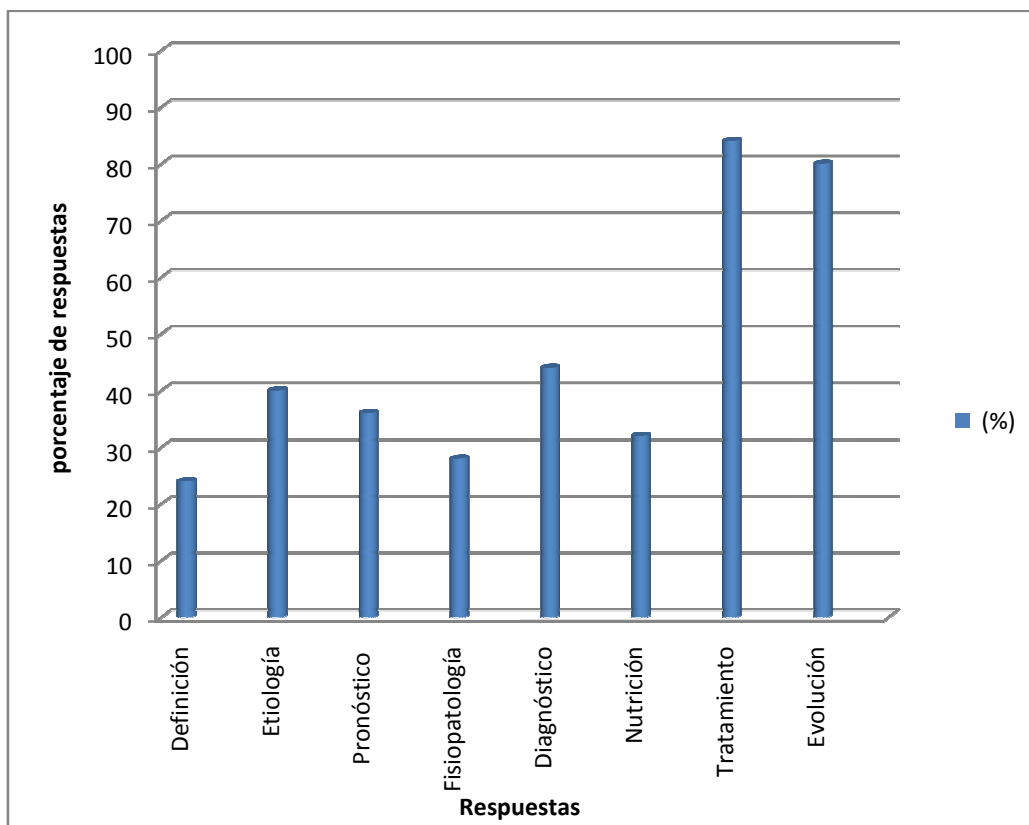
**Tabla No. 3:** Preguntas frecuentes de las pacientes con enfermedades ginecológicas.

<b>Respuesta</b>	<b>No. De Respuestas</b>
Definición	6
Etiología	10
Pronóstico	9
Fisiopatología	7
Diagnóstico	11
Nutrición	8
Tratamiento	21
Evolución	20

Fuente: datos recolectados por medio de encuestas.

Gráfica No. 2

Porcentaje de los temas de mayor interrogantes en las pacientes.



Fuente: datos obtenidos mediante encuestas.

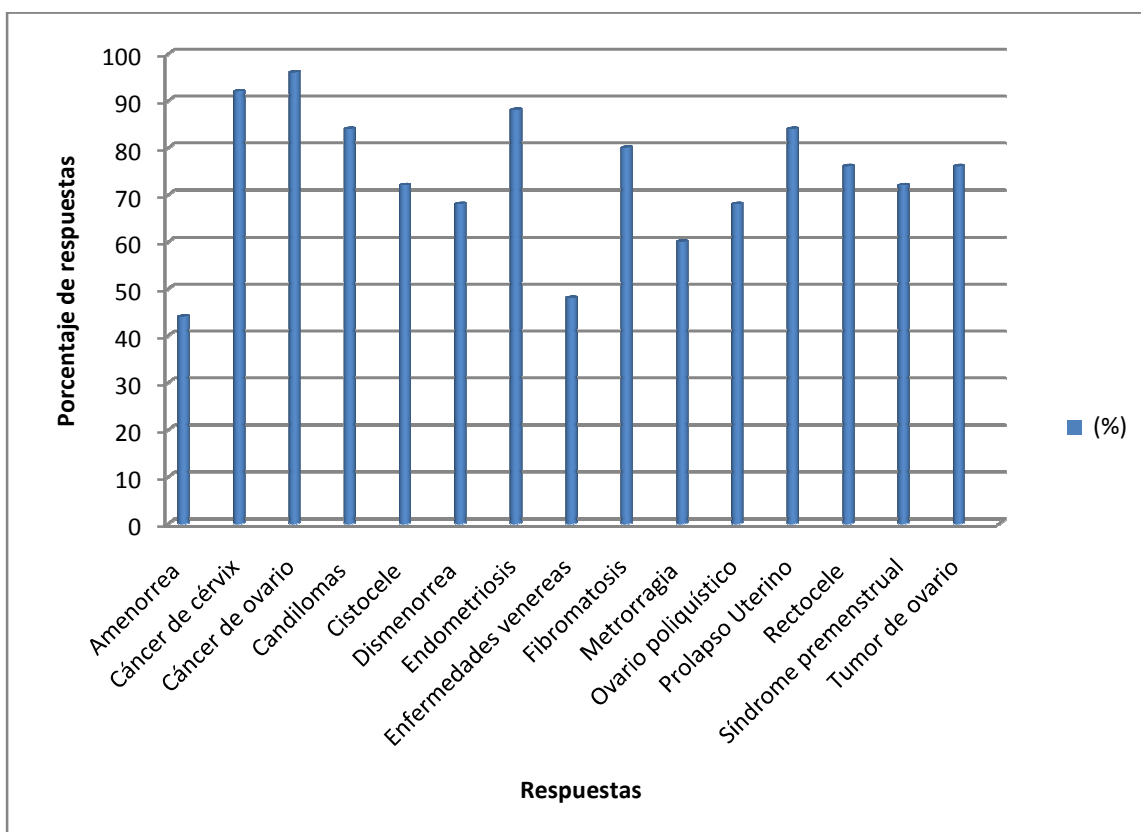
**Tabla No. 4:** Patologías ginecológicas que deben estar incluidas en la guía educativa.

<b>Patología</b>	<b>No. De Respuestas</b>
Amenorrea	11
Cáncer de cérvix	23
Cáncer de ovario	24
Condilomas	21
Cistocele	18
Dismenorrea	17
Endometriosis	22
Enfermedades venereas	12
Fibromatosis	20
Metrorragia	15
Ovario poliquístico	17
Prolapso Uterino	21
Rectocele	19
Síndrome premenstrual	18
Tumor de ovario	19

Fuente: datos recolectados por medio de encuestas.

Gráfica No. 3

Porcentaje de patologías ginecológicas que deben estar incluidas en la guía educativa.



Fuente: datos obtenidos mediante encuestas.

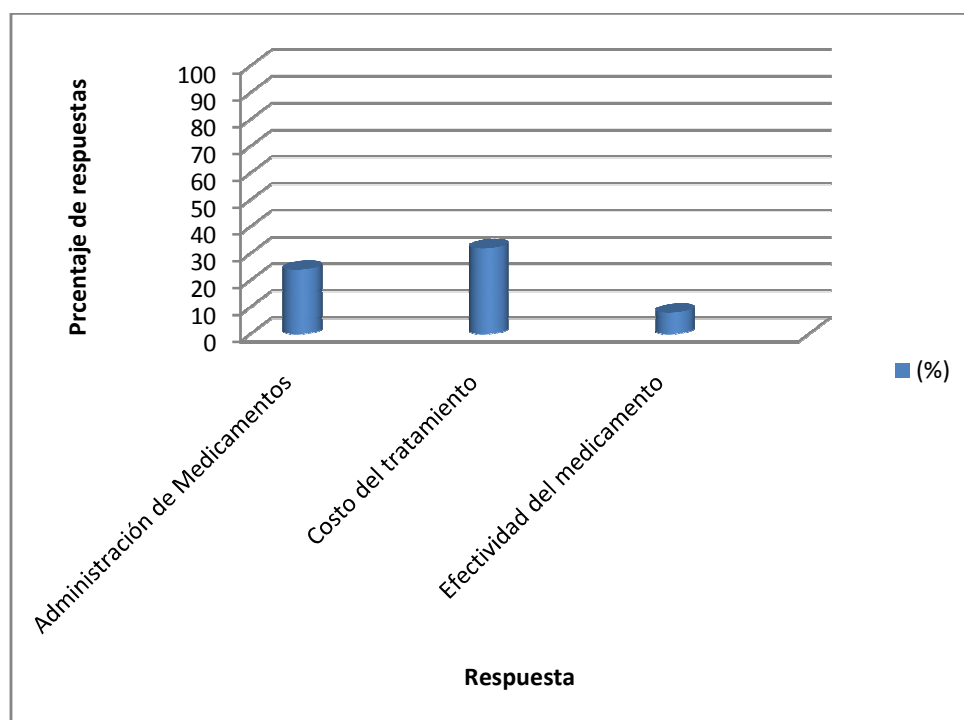
**Tabla No. 5:** Información importante sobre medicamentos que deben conocer las pacientes.

Respuesta	No. De Respuestas
Administración de Medicamentos	6
Costo del tratamiento	8
Efectividad del medicamento	2

Fuente: datos recolectados por medio de encuestas.

**Gráfica No. 4**

**Información importante sobre medicamentos que deben conocer las pacientes.**



Fuente: datos recolectados por medio de encuestas.

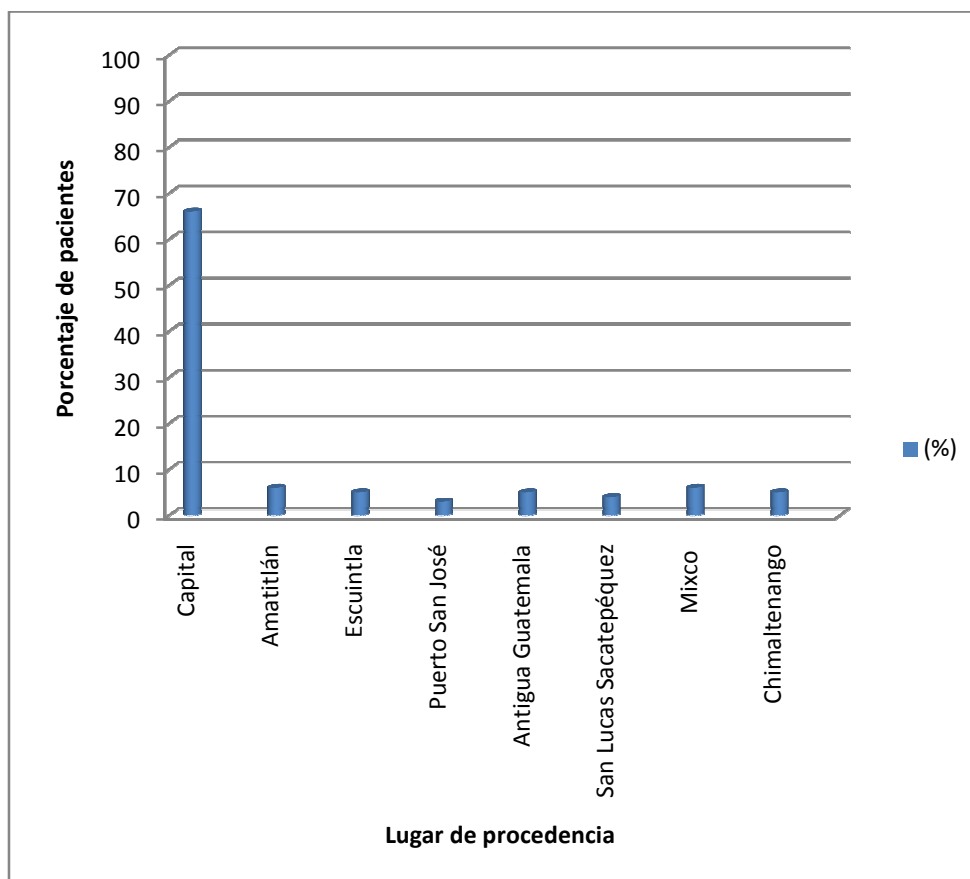
ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

**Tabla No. 6:** Lugar de Procedencia de 150 pacientes encuestados.

<b>Lugar de Procedencia</b>	<b>No. De Pacientes</b>
Amatitlán	9
Antigua Guatemala	8
Capital	99
Chimaltenango	7
Escuintla	8
Mixco	9
Puerto San José	4
San Lucas Sacatepéquez	6
Total	150

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas.

**Gráfica No.5**  
**Lugar de Procedencia de las pacientes**



Fuente: datos obtenidos mediante encuestas.

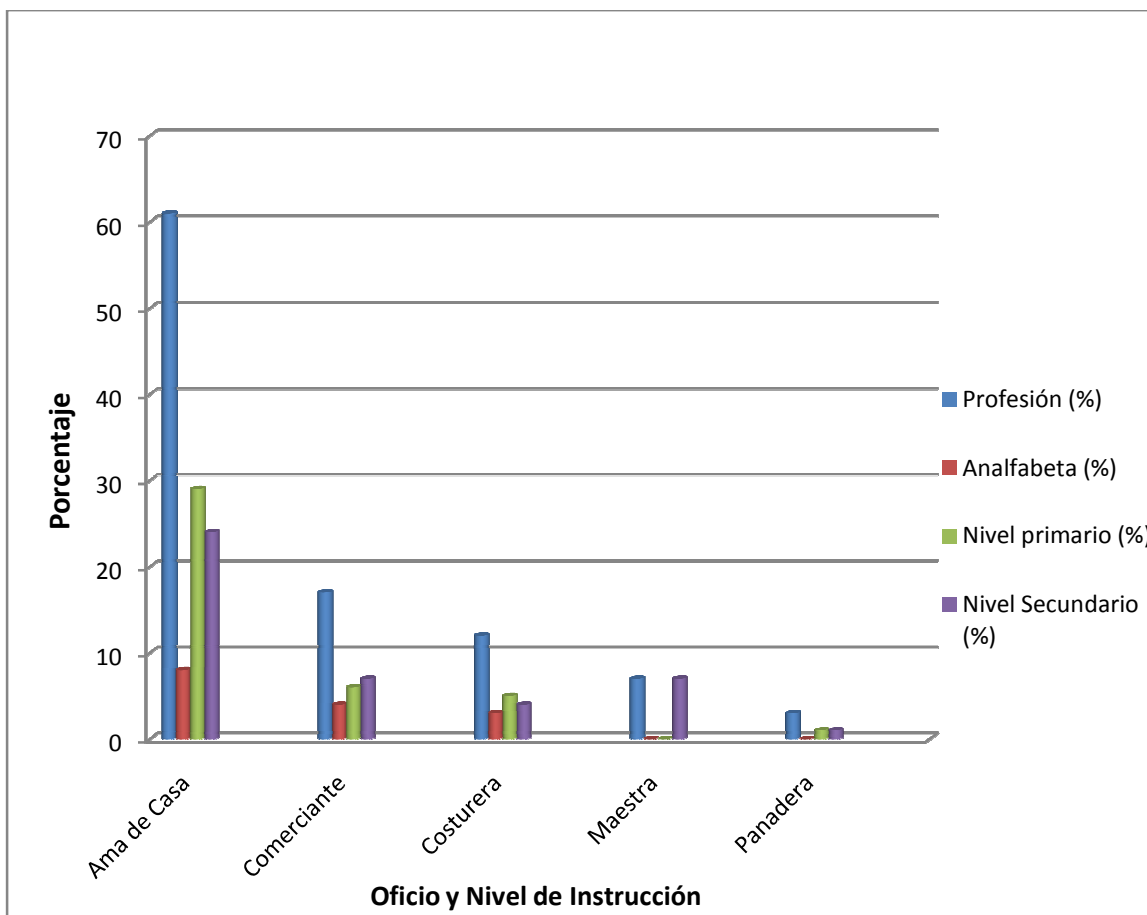


**Tabla No. 7:** Tabla de 2x2 de la profesión u oficio con nivel de instrucción de las pacientes.

<b>Profesión u Oficio</b>	<b>No. Pacientes analfabetas</b>	<b>No. Pacientes nivel primario</b>	<b>No. Pacientes nivel secundario</b>	<b>No. De pacientes Total</b>
Ama de Casa	12	43	36	91
Comerciante	6	9	11	26
Costurera	4	8	6	18
Maestra	0	0	11	11
Panadera	0	2	2	4
Total	22	62	66	150

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas.

**Gráfica No. 6**  
**Profesión u Oficio y Nivel de Instrucción**



Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas.

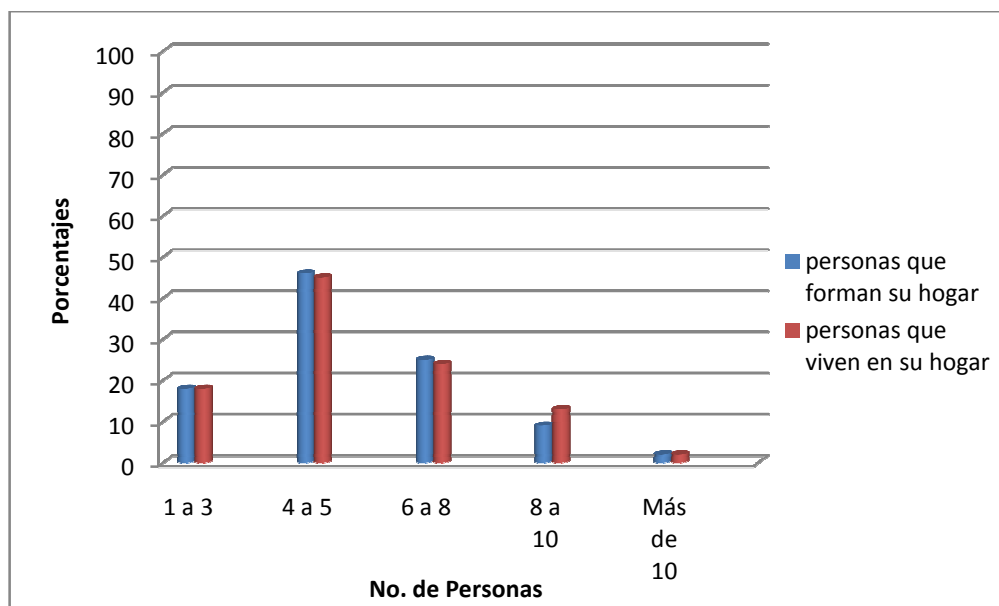
**Tabla No. 8:** Tabla de 2x2 de las personas que forman su familia y de las personas que viven en su casa.

Intervalo de No. De personas	No. De personas que forman su familia	No. de personas que viven en su casa
1 a 3	28	18
4 a 5	69	46
6 a 8	37	25
8 a 10	13	9
Más de 10	3	2

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas.

**Gráfica No. 7**

**No. de Personas que Forman su Familia y que Viven en su Casa.**

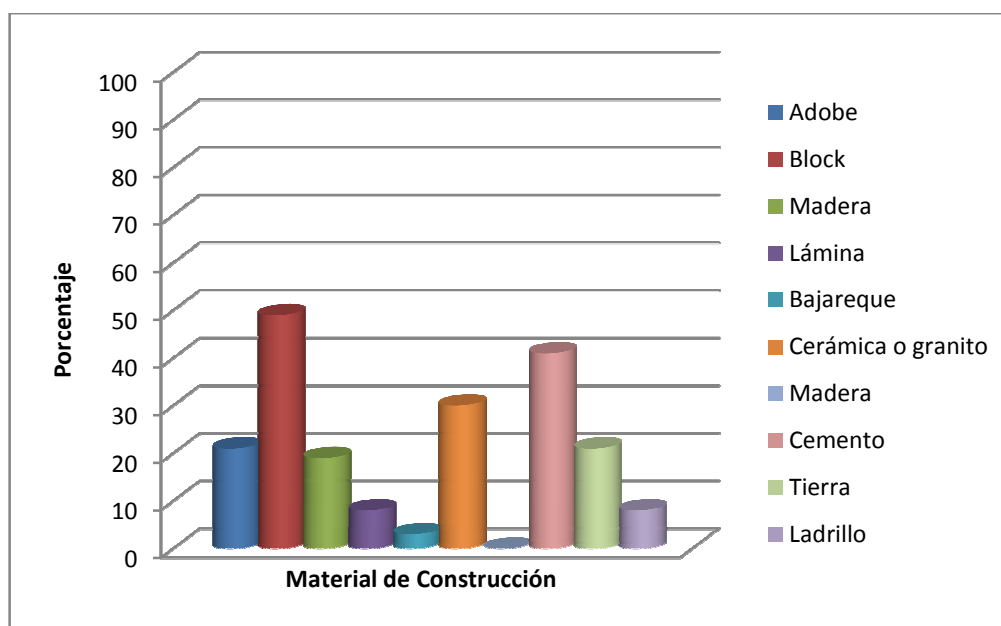


Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas.

**Tabla No. 9:** Material de construcción de la vivienda y del piso.

Material De la vivienda	No. de respuestas	Material del piso	No. De respuestas
Adobe	32	Cerámica o granito	45
Block	74	Cemento	62
Madera	28	Tierra	31
Lámina	12	Ladrillo	12
Bajareque	4		

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas.

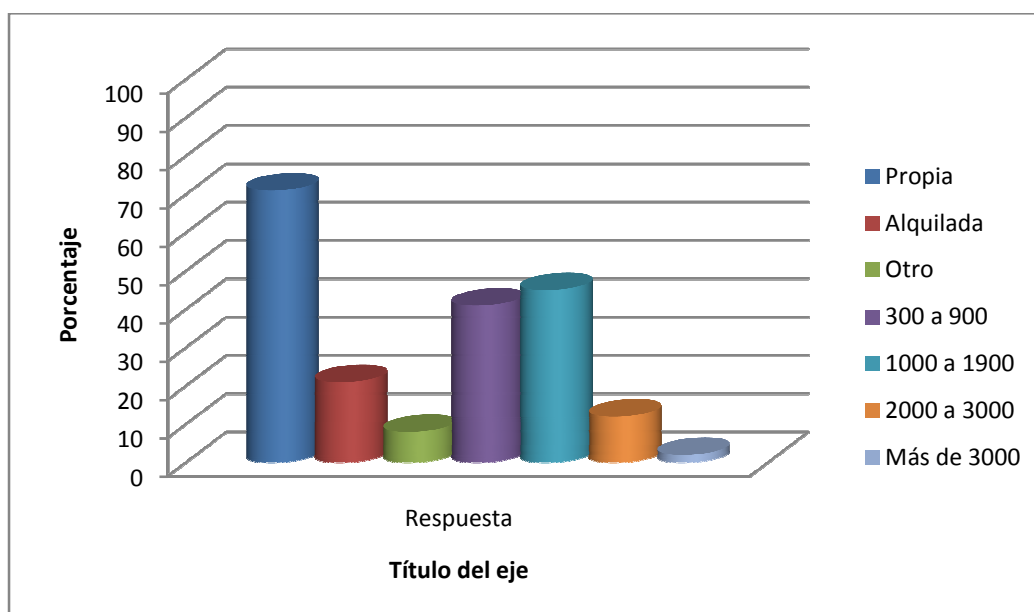
**Gráfica No. 8****Material de Construcción de la vivienda y del piso**

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas

**Tabla No. 10:** Tipo de vivienda e ingreso mensual de las pacientes.

Tipo de vivienda	No. De respuestas	Ingreso mensual (Q)	No. De respuestas
Propia	107	300 a 900	61
Alquilada	31	1000 a 1900	68
Otro	12	2000 a 3000	18
		Más de 3000	3

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas.

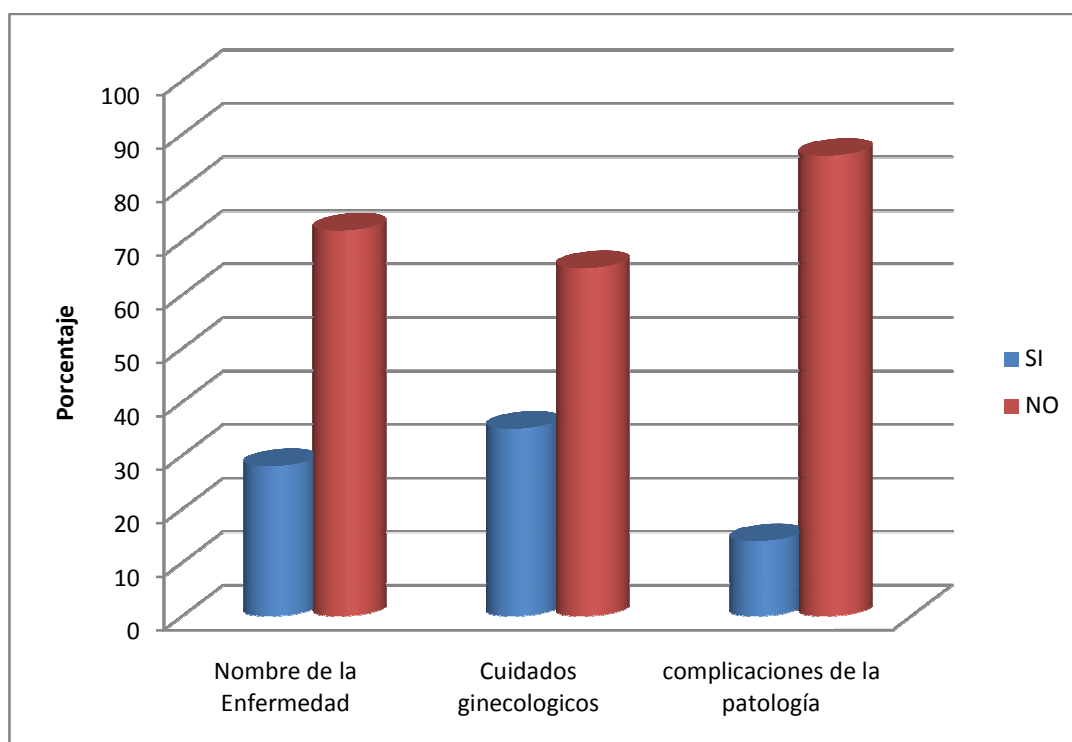
**Gráfica No. 9****Tipo de Vivienda e Ingreso Mensual**

Fuente: datos obtenidos mediante encuestas.

**Tabla No. 11:** Conocimiento de las pacientes sobre su patología.

No. Pregunta	SI	NO
Enfermedad ginecológica que padecen	42	108
Cuidados debido a la patología	52	98
Complicaciones de la enfermedad	21	129

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas.

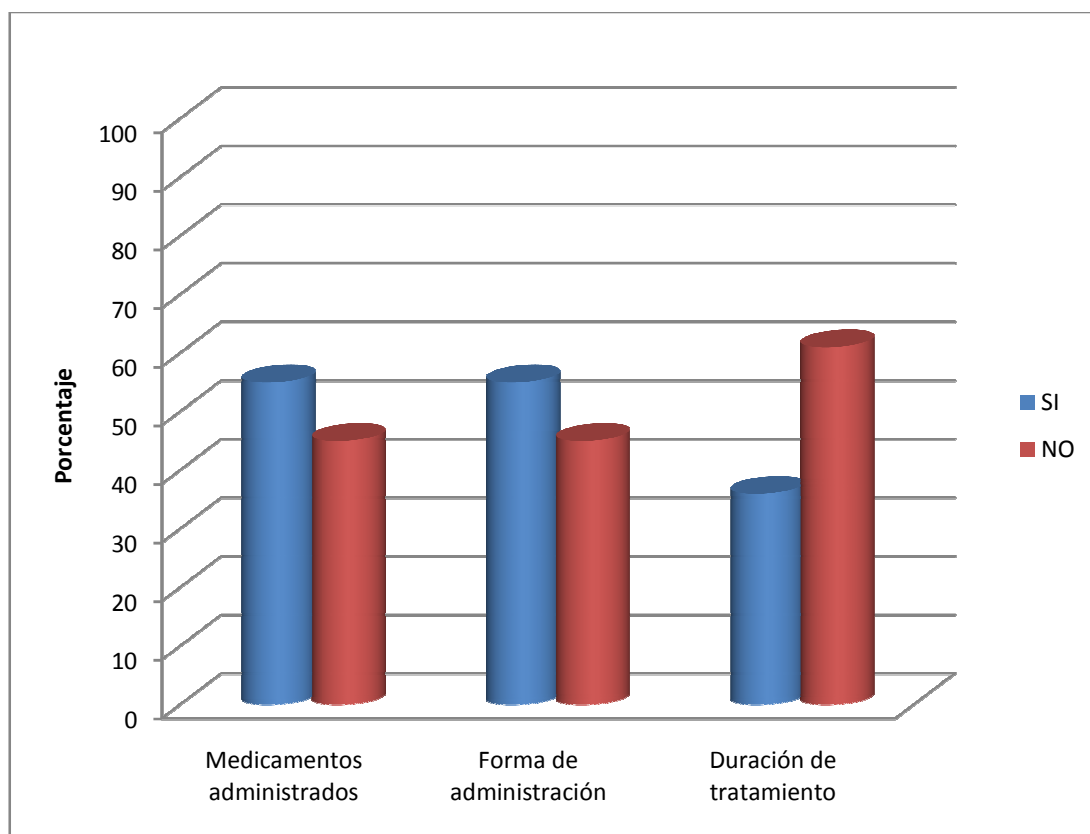
**Gráfica No. 10****Información sobre las Patologías**

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas

**Tabla No. 12:** Conocimiento de las pacientes sobre medicamentos.

<b>Preguntas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Nombre de medicamentos administrados	83	67
Forma de administración de medicamentos	83	67
Duración de tratamiento	59	61

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas.

**Gráfica No. 11****Información sobre Medicamentos**

Fuente: daos obtenidos mediante encuestas.

**Tabla No. 13:** Información adicional sobre la enfermedad y el tratamiento que pueden incluirse en la guía educativa.

<b>Respuesta</b>	<b>No. De respuestas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Tiempo que dura la enfermedad	3	2
Causas de la enfermedad	11	7

Fuente: datos obtenidos por medio de encuestas.



### Resultados Obtenidos en la Validación de la Guía Educativa

**Tabla No. 14: Resultados de las notas obtenidas mediante encuestas antes y después de presentar la Guía Educativa.**

No. de pacientes	Antes de leer la Guía (100pts)	Después de leer la Guía (100pts)	No. de pacientes	Antes de leer la Guía (100pts)	Después de leer la Guía (100pts)
1	39	83	26	54	85
2	7	72	27	32	76
3	18	91	28	29	70
4	6	63	29	48	81
5	5	66	30	47	86
6	21	75	31	34	75
7	18	86	32	16	68
8	27	79	33	65	89
9	32	71	34	39	72
10	14	84	35	72	98
11	9	65	36	26	65
12	16	70	37	63	93
13	11	69	38	41	73
14	17	71	39	76	100
15	9	86	40	37	80
16	18	87	41	15	68
17	24	81	4	21	74
18	41	89	43	39	79
19	52	84	44	68	91
20	38	76	45	44	74
21	19	69	46	32	63
22	25	74	47	40	81
23	27	80	48	59	79
24	63	89	49	31	81
25	45	90	50	27	77

Fuente: datos obtenidos mediante encuestas.

### Prueba de muestras emparejadas

**Tabla No. 15**

	<b>Antes</b>	<b>Después</b>
Media	33,12	78,56
Varianza	341,58	83,59
Observaciones	50,00	50,00
Coeficiente de correlación de Pearson	0,67	
Diferencia hipotética de las medias	0,00	
Grados de libertad	49,00	
Estadístico t	-22,71	
Valor p (T<=t) dos colas	1,16E-27	

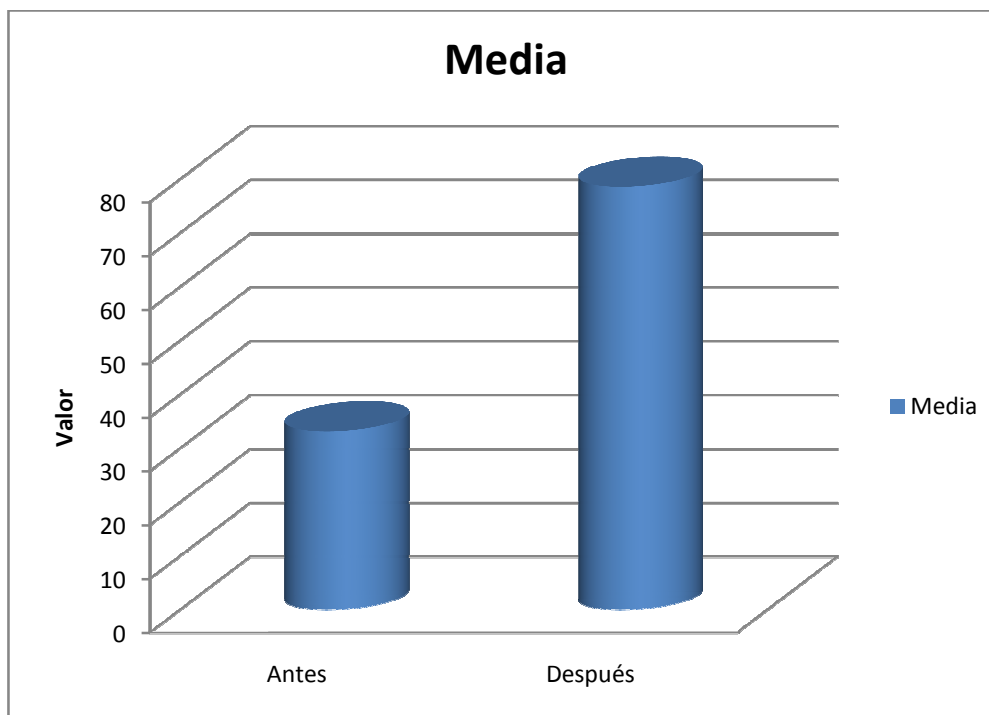
- Nivel de significancia: 0.05
- Nivel de confianza: 95%
- Error: 5%

Hipótesis nula: La media de la puntuación obtenida en las encuestas es igual antes y después de utilizar la Guía Educativa.

Hipótesis alterna: La media de la puntuación obtenida en la encuesta es diferente antes y después de utilizar la Guía Educativa

Conclusión: Existe una diferencia estadística significativa entre los valores obtenidos antes y después de la lectura y presentación de la Guía Educativa, ( $p=1.16 \cdot 10^{-27}$ ).

**Gráfica No. 12:** Media de los resultados obtenidos antes y después de leer y presentar la Guía Educativa.



Fuente: datos obtenidos mediante encuestas.

## 8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las enfermedades ginecológicas representan un problema que afecta a la población femenina. Son muchas las patologías ginecológicas que en determinado momento pueden llegar a afectar el organismo de una mujer (2).

El Hospital Roosevelt no cuenta con un programa educativo que esté dirigido a las pacientes que padecen enfermedades ginecológicas, por lo cual es de suma importancia elaborar una guía educativa que les proporcione la información que necesitan para llevar una mejor calidad de vida.

El objetivo de este trabajo de investigación fue elaborar una guía que permita brindar información a las pacientes con enfermedades ginecológicas y así iniciar con un programa educativo que ayude a la resolución de todas aquellas dudas que las pacientes puedan presentar sobre su enfermedad, sobre el tratamiento a seguir y sobre los cuidados en su vida diaria.

La elaboración de esta guía educativa se llevó a cabo con base en los resultados obtenidos en: a) encuestas dirigidas al 100% (25) Profesionales que laboran en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, b) encuestas realizadas al 100% (150) pacientes que acudieron a la Consulta Externa de Ginecología durante un período de dos meses, y c) a los datos estadísticos obtenidos de los registros de los años 2007-2009 del Departamento de Ginecología, para conocer la prevalencia de las patologías más comunes por las cuales las pacientes acuden a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Roosevelt. Entre las patologías más prevalentes se encuentran según los registros: prolapso uterino (45%), fibromatosis (20%), metrorragias (10%), cáncer de ovario (8%), cáncer de endometrio (7%) entre otras.

De los resultados obtenidos en las encuestas dirigidas al personal de salud que labora el Departamento de Ginecología, se determinaron los siguientes datos:

Los profesionales médicos, consideran que los aspectos más importantes para ser incluidos en la Guía Educativa son: definición de las enfermedades 100%, tratamiento 92%, signos y síntomas 80%, causas 76%, reacciones adversas 68%, diagnóstico de la enfermedad 64%, aspectos psicológicos 60% y nutrición 72% (Tabla No. 1).

Según los resultados de las encuestas, las preguntas más frecuentes que las pacientes realizan a los médicos son sobre el tratamiento que deben seguir (84%), evolución de la enfermedad (80%), pronóstico (36%), la definición y la fisiopatología es de un 24 y 28% respectivamente (Tabla No. 3). Otras preguntas realizadas con menor frecuencia son sobre el costo, administración y efectividad de los medicamentos.

Entre las enfermedades mencionadas por el personal médico en las encuestas realizadas para ser incluidas en la Guía Educativa se encuentran: Cáncer de Ovario 96%, Cáncer de Cérvix 92%, Endometriosis 88%, Prolapso uterino con un 84%, Tumor de Ovario 76%, entre otras (Tabla No. 4)

De los resultados obtenidos en las encuestas dirigidas a las pacientes que acuden a la Consulta Externa del departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt se pudo determinar lo siguiente:

Se decide utilizar un vocabulario sencillo para que sea de fácil comprensión para las pacientes, ya que el 68% tiene estudios a nivel primario, 17% a nivel secundario y el 15% es analfabeta.

A continuación se detalla lo expresado por las pacientes en cuanto a las necesidades según la enfermedad ginecológica y tratamiento.

El conocimiento que las pacientes encuestadas tienen sobre la enfermedad ginecológica, complicaciones y cuidados que se deben tener en la vida diaria debido a una patología ginecológica, es muy bajo, como se puede apreciar en los resultados obtenidos (Tabla No. 11).

De igual manera, el conocimiento sobre el tratamiento es muy deficiente, ya que el 55% de pacientes conoce los medicamentos que se administra y el 45% los desconoce, el 61% de las pacientes no tiene conocimiento del tiempo de duración del tratamiento y un 39% si lo tiene (Tabla No. 12).

Debido al poco conocimiento sobre la patología y tratamiento que las pacientes que acuden a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Roosevelt demuestran, se decide que la elaboración de una Guía Educativa es de mucha utilidad para brindar educación sanitaria.

Por lo tanto, con base en los resultados obtenidos en las encuestas se determinaron los aspectos que debía contener la Guía Educativa, y se procedió a la elaboración de la misma.

La Guía Educativa describe veintidós enfermedades ginecológicas (vulvitis y vaginitis, fibromatosis uterina, endometriosis, síndrome premenstrual, dismenorrea, amenorrea, prolapso uterino, cistocele, rectocele, cistoadenoma, mioma uterino, condilomatosis, síndrome de ovario poliquístico, metrorragia, bartolinitis, tumor de ovario, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, cáncer de cérvix, sífilis y gonorrea), contiene la siguiente información: definición, causas, signos y síntomas, diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico. Quince de las enfermedades mencionadas se tomaron de las encuestas dirigidas a los médicos y siete de los registros médicos consultados.

Con la elaboración de esta Guía Educativa se espera brindar una mejor información a las pacientes de la Consulta Externa de Ginecología y lo más importante, educar a dichas pacientes para mejorar su calidad de vida y hacer más llevadera su enfermedad.

El diagnóstico de las enfermedades se describe con un vocabulario sencillo, mencionando los exámenes de gabinete más comunes; la fisiopatología de las enfermedades, no se presenta en la Guía Educativa, ya que no fue un aspecto

considerado relevante en las encuestas realizadas, debido al bajo nivel educativo que presentan las pacientes.

La validación de la Guía Educativa se llevó a cabo con 50 pacientes, se evaluó mediante una encuesta (anexo 3), dicha encuesta fue llenada por las pacientes antes y después de la presentación de la Guía Educativa. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios, ya que la media del puntaje antes de leer la guía fue de 32.44 y después de leer la guía fue de 78,56.

Además según las pruebas estadísticas llevadas a cabo, se pudo comprobar que la Guía Educativa tiene validez, ya que la probabilidad de que los valores sean diferentes antes y después de la presentación de la Guía es mayor al 95% que representa el nivel de confianza ( $p=1.16 \cdot 10^{-27}$ ).

Además, se realizó una prueba de t student para evaluar si existía diferencia significativa entre los resultados antes y después de leer la Guía Educativa, para lo cual se estableció diferencia significativa con un  $p=1.16E-27 < 0.05$ .

## 9. CONCLUSIONES

1. El nivel socioeconómico que presentan las pacientes que acuden a la Consulta Externa del Ginecología del Hospital Roosevelt es bajo en un 75%, lo cual es una dificultad en el conocimiento de la patología que padecen, el tratamiento de la misma y los cuidados que deben tener.
2. Según los resultados obtenidos en las encuestas las pacientes con enfermedades ginecológicas tiene poco conocimiento (35%) sobre sus enfermedades, con lo cual se demuestra la necesidad de implementar un programa educativo.
3. Según los resultados obtenidos en las encuestas dirigidos al personal médico, los aspectos a considerar en la elaboración de la guía fueron: definición 100%, tratamiento 92%, signos y síntomas 80%, causas 76%, diagnóstico 64%, los cuales fueron tomados en cuenta en la elaboración de la Guía Educativa.
4. Según los resultados de las encuestas, entre las preguntas más frecuentes que las pacientes realizan al personal médico sobre su patología son: Tratamiento de su patología 84%, diagnóstico 44%, etiología 40%, pronóstico y definición de la patología con un 36% y 24% respectivamente.
5. La Guía Educativa dirigida a pacientes que acuden a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Roosevelt, se elaboró con base en las necesidades de información que presentaban las pacientes, información obtenida por medio de entrevistas y según las sugerencias de los profesionales del área de Ginecología.



6. Existe una diferencia estadística significativa entre los valores obtenidos antes y después de la lectura y presentación de la Guía Educativa,  $p=1.16 \cdot 10^{-27} < 0.05$ . Por lo tanto se concluye que la Guía Educativa quedó validada.

## 10. RECOMENDACIONES

1. Dar continuidad a esta Guía Educativa, con futuros trabajos sobre Atención Farmacéutica en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt, a través de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con enfermedades ginecológicas.
2. Que el Programa de Experiencias Docentes con la Comunidad –EDC-, desarrolle un programa educativo para las pacientes de Ginecología del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, tomando como base esta Guía Educativa.
3. Debido a la falta de información que la población presenta sobre enfermedades ginecológicas, es recomendable la elaboración de guías educativas para dar a conocer las diferentes enfermedades que en un momento dado pueden afectar nuestro organismo.
4. El Químico Farmacéutico de hospital juega un papel muy importante en el área de la salud, ya que es el indicado para instruir a los pacientes sobre su patología, tratamiento, y los cuidados que debe tener, por lo que es importante que se interese por la educación sanitaria a los pacientes.

## 11. REFERENCIAS

1. Chuaqui, R. "Anatomía Patológica del Aparato Genital Femenino". Disponible en: [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/anatomiapatologica/06Genital\\_fem/6ovario2.htmlserosos](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/anatomiapatologica/06Genital_fem/6ovario2.htmlserosos) Fecha de consulta: 27/05/09. Fecha de actualización: no disponible.
2. Robbins. Patología Estructural y Funcional. Sexta Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México, D. F. 2000. 646-671pp.
3. *Fisterra Salud Médica*. "Ovario Poliquístico". Disponible en: [www.fisterra.com/salud/1infoConse/ovarioPoliquistico.asp](http://www.fisterra.com/salud/1infoConse/ovarioPoliquistico.asp) - 34k". Fecha de consulta 27/05/09.
4. University of Virginia, Health System. "Cistocele (Hernia de la vejiga)". Disponible en: [http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult\\_urology\\_sp/cystocel.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_urology_sp/cystocel.cfm) Fecha de consulta: 27/05/09. Fecha de actualización: 18/12/07.
5. *Guyton Hall. Tratado de Fisiología Médica. 10a. Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México D.F. 2001. 1117, 1120-1121, 1130pp.*
6. MedLine Plus. "Adenomiosis". Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001513.htm> Fecha de consulta: 27/05/09. Fecha de actualización: 28/10/08.
7. González, L. "Leiomiomatosis, fibromatosis, miomatosis". Disponible en: <http://www.ginecoweb.com/0fibromatosis.html> Fecha de consulta: 27/05/09. Fecha de actualización: no disponible.
8. Harrison, T. 2006. "Principios de Medicina Interna". 16ª Ed. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México, D.F. Vol. I. 1441-1450pp.

9. Lavozdigital.es “Adenomiosis”. Disponible en:  
<<http://blogs.lavozdigital.es/endometriosis/2008/7/19/adenomiosis>>  
Fecha de consulta: 27/05/09. Fecha de actualización: 19/07/08.
10. Porth, M. 2006. “Fisiopatología Salud–Enfermedad: un enfoque conceptual”. 7ª Ed. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1582 p.
11. Bennett, C. y Plum. 1997. Tratado de Medicina Interna. 20ª. Edición. México. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 1251p. (vol. I)
12. Botero, J. et:al. 2004. “Obstetricia y Ginecología: Texto integrado”. 7ª Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas. México. 661p.
13. MedLine Plus. “Prolapso uterino”. Disponible en:  
<<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001508.htm>>  
Fecha de consulta: 26/05/09. Fecha de actualización: 05/12/08.
14. Cecil. 2002. “Tratado de Medicina Interna”. 21ª Ed. Editorial McGraw–Hill Interamericana. Madrid, España. Vol. I. 1302-1311pp.
15. University of Virginia, Health System. “Rectocele” (Hernia del ano)”. Disponible en:  
[http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult\\_urology\\_sp/cystocel.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_urology_sp/cystocel.cfm)> Fecha de consulta: 27/05/09. Fecha de actualización: 18/12/07.
16. Otorrinoweb. “Cistoadenocarcinoma”. Disponible en:  
<[http://www.otorrinoweb.com/\\_izquie/glosario/c/cistoadenocarcinoma.htm](http://www.otorrinoweb.com/_izquie/glosario/c/cistoadenocarcinoma.htm)> Fecha de consulta: 26/05/09. Fecha de actualización: no disponible.
17. Robbins & Cotran. 2005. “Patología humana“. 7ª Ed. Editorial Elsevier. España. 1517 p.
18. MedLine Plus. “Verrugas genitales”. Disponible en:  
<<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000886.htm>>  
Fecha de consulta: 27/05/09. Fecha de actualización: 26/05/08.
19. Netter, F. et:al. 2003. “Medicina Interna”. Editorial Masson Doyma, S.A. México, D.F. 1149-1153pp.

20. Apuntes médicos. "Protocolo diagnóstico de la metrorragia". Disponible en: <<http://apuntesmedicos.net/2008/06/04/protocolo-diagnostico-de-la-metrorragia/>> Fecha de consulta: 27/05/09. Fecha de actualización: 04/06/08.
21. Salud Plena. "Bartolinitis". Disponible en: <<http://www.saludplena.com/index.php/bartolinitis/>> Fecha de consulta: 28/05/09. Fecha de actualización: no disponible.
22. MedLine Plus. "Cáncer endometrial". Disponible en: <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000910.htm>> Fecha de consulta: 28/05/09. Fecha de actualización: 02/05/08.
23. Medicina. "Cáncer de ovarios". Disponible en: <<http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/cancer-ovarios>> Fecha de consulta: 26/03/09. Fecha de actualización: no disponible.
24. Netter, F. et.al. 2002. "Sistema Reprodutor". Editorial Elsevier. España. 283p.
25. American Cancer Society. "Detección y síntomas, cáncer del ovario". Disponible en: <[http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp\\_5\\_1x\\_deteccion\\_y\\_sintomas\\_33.asp?](http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp_5_1x_deteccion_y_sintomas_33.asp?)> Fecha de consulta: 26/05/09. Fecha de actualización: 30/05/08.
26. "El Manual de Merck de Diagnóstico y Tratamiento". 2007. 11ª Ed. Editorial El Sevier. España. 3204p.
27. American Cancer Society. "Cáncer del cuello uterino (cérvix)". Disponible en: <[http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP\\_4X\\_Cáncer\\_del\\_cuello\\_uterino\\_\(cérvix\)-Resumen.asp?sitearea=>](http://www.cancer.org/docroot/ESP/content/ESP_4X_Cáncer_del_cuello_uterino_(cérvix)-Resumen.asp?sitearea=>)> Fecha de consulta: 26/05/09. Fecha de actualización: 12/03/07.
28. American Cancer Society. "Detección y síntomas, el cáncer del cuello uterino". Disponible en: <[http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp\\_5\\_1x\\_deteccion\\_y\\_sint](http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp_5_1x_deteccion_y_sint)

omas\_8.asp?> Fecha de consulta: 26/05/09. Fecha de actualización:  
24/04/08.

29. MedLine Plus. "Sífilis". Disponible en:  
<<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001513.htm>>  
Fecha de consulta: 27/05/09. Fecha de actualización: 28/10/08.

30. Salud Plena. "Sífilis". Disponible en:  
<<http://www.saludplena.com/index.php/sifilis/>> Fecha de consulta:  
27/05/09. Fecha de actualización: no disponible.

31. MedLine Plus. "Gonorrea". Disponible en:  
<<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001513.htm>>  
Fecha de consulta: 28/05/09. Fecha de actualización: 28/10/08.

32. Salud Plena. "Gonorrea". Disponible en:  
<<http://www.saludplena.com/index.php/gonorrea/>> Fecha de consulta:  
28/05/09. Fecha de actualización: no disponible.

## 12. ANEXOS

**ANEXO No. 1:** Encuesta dirigida a pacientes que acuden a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Roosevelt.

**ANEXO No. 2:** Encuesta dirigida a médicos que laboran en el Departamento de Ginecología del Hospital Roosevelt.

**ANEXO No. 3:** Encuesta utilizada en la validación de la Guía Educativa.

**ANEXO No. 4:** Intervalos de confianza antes y después de leer la Guía Educativa.

**ANEXO No. 5:** Guía Educativa

**ANEXO No. 1****ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.**

Instrucciones: Lea las siguientes preguntas y escriba su respuesta en la línea en blanco o marque con una X la casilla correspondiente.

1. Dirección actual: \_\_\_\_\_

2. Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_

3. Profesión u oficio: \_\_\_\_\_

4. ¿Cuántas personas forman su hogar? \_\_\_\_\_

5. ¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_

6. ¿De qué material está construida su casa?

Adobe

Lámina

Block

Bajareque

Madera

Otro: \_\_\_\_\_

7. ¿De qué material es el piso de su casa?

Cerámica ó granito

Tierra

Madera

Ladrillo

Cemento

Otros: \_\_\_\_\_

8. ¿La casa donde vive es?

Propia

Alquilada

Otro: \_\_\_\_\_



13. ¿Cuál es su nivel de estudio?

Analfabeto

Secundario

Primario

Universitario

14. ¿Con qué cantidad de dinero cuenta usted mensualmente?

Q 300.00 a Q900.00

Q2000.00 a 3000.00

Q 1000.00 a Q1900.00

Mas de 3000.00

15. ¿Conoce cuál es la enfermedad ginecológica que padece?

Sí

No

16. ¿Conoce los cuidados que debe tener en su vida diaria, debido a la enfermedad que padece?

Sí

No

17. ¿Conoce cuáles son las complicaciones de la enfermedad que padece?

Sí

No

18. ¿Conoce el nombre de los medicamentos que debe administrarse?

Sí

No

19. ¿Conoce como debe tomar sus medicamentos?

Sí

No

20. ¿Conoce durante cuanto tiempo debe tomar sus medicamentos?

Sí

No

21. ¿Qué otra información desearía que se le proporcione sobre su enfermedad y el tratamiento que debe seguir?

---



---



---



---

## ANEXO No. 2

### ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL QUE LABORA EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

1. Instrucciones: Marque con una X él o los aspectos que considera que deben ser tomados en cuenta para la elaboración de una guía educativa para las pacientes con enfermedades ginecológicas que asisten a la Consulta Externa de Ginecología.

Definición de la patología	<input type="checkbox"/>	Reacciones adversas	<input type="checkbox"/>
Causas	<input type="checkbox"/>	Aspectos psicológicos	<input type="checkbox"/>
Signos y Síntomas	<input type="checkbox"/>	Aspectos religiosos	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	Nutrición	<input type="checkbox"/>
Tratamiento	<input type="checkbox"/>		

2. Si considera que deben tomarse en cuenta otros aspectos ¿podría mencionarlos?

3. ¿Cuáles son las preguntas que realizan con mayor frecuencia las pacientes con enfermedades ginecológicas?

Definición de su patología	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico	<input type="checkbox"/>
Etiología	<input type="checkbox"/>	Nutrición	<input type="checkbox"/>
Pronóstico	<input type="checkbox"/>	Tratamiento	<input type="checkbox"/>
Fisiopatología	<input type="checkbox"/>	Evolución	<input type="checkbox"/>

4. ¿Qué patologías ginecológicas cree que deben estar incluidas en la guía educativa, podría especificarlas?

5. Sobre medicamentos: ¿Qué información es importante que deban conocer las pacientes?

**ANEXO No. 3****ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.**

1. ¿Conoce cuál es la enfermedad ginecológica que padece?

Sí

No

2. ¿Conoce cual es la definición de la enfermedad ginecológica que padece?

Sí

No

3. ¿Conoce las causas de la enfermedad ginecológica que padece?

Sí

No

Mencione algunas: \_\_\_\_\_

4. ¿Conoce los cuidados que debe tener en su vida diaria, debido a la enfermedad que padece?

Sí

No

5. ¿Conoce cuáles son las complicaciones de la enfermedad que padece?

Sí

No

6. ¿Conoce el nombre de los medicamentos que debe administrarse?

Sí

No

7. ¿Conoce como debe tomar sus medicamentos?

Sí

No

8. ¿Conoce durante cuanto tiempo debe tomar sus medicamentos?

Sí

No

## ANEXO No. 4

### Intervalos de confianza

**Tabla No. 16**

<b>Antes de la Guía Educativa</b>	
Media	33,12
Error típico	2,613722031
Mediana	31,5
Moda	39
Desviación estándar	18,48180573
Varianza de la muestra	341,5771429
Curtosis	-0,432754653
Coficiente de asimetría	0,554854261
Rango	71
Mínimo	5
Máximo	76
Suma	1656
Cuenta	50
Nivel de confianza(95.0%)	5,252470972

Los valores de las medias que pueden obtenerse en un grupo determinado de pacientes que sean evaluados antes de presentárseles la Guía Educativa se encuentran entre un intervalo de  $(33.12 \pm 18.48)$ .

Tabla No. 16

<b>Después de leer la Guía Educativa</b>	
Media	78,56
Error típico	1,293045764
Mediana	79
Moda	81
Desviación estándar	9,143214279
Varianza de la muestra	83,59836735
Curtosis	-0,580302849
Coefficiente de asimetría	0,269205856
Rango	37
Mínimo	63
Máximo	100
Suma	3928
Cuenta	50
Nivel de confianza(95.0%)	2,598472698

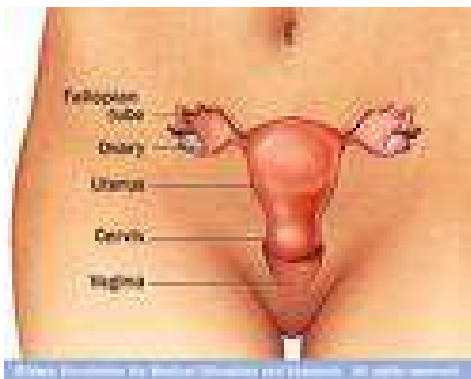
Los valores de las medias que pueden obtenerse en un grupo determinado de pacientes que sean evaluados después de presentárseles la Guía Educativa se encuentran entre un intervalo de [75,96 y 81,16].

## **ANEXO No. 5**

### GUIA EDUCATIVA

“GUIA EDUCACIÓN SANITARIA A PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA DEL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL ROOSEVELT”.

## VULVITIS Y VAGINITIS



La vaginitis es una inflamación de la mucosa de la vagina. La vulvitis es una inflamación de la vulva.

Los tejidos se inflaman y se produce una secreción vaginal.

### CAUSAS:

- Infecciones
- Sustancia u objetos irritantes
- Fármacos y cambios hormonales
- Higiene insuficiente

### SÍNTOMAS:

- Secreción vaginal anormal
- Dolor vaginal
- Secreción más espesa
- Color amarillenta, verdosa o manchada de sangre.



### DIAGNÓSTICO:

- Examen microscópico de la secreción
- Cultivo de secreción para identificar organismos infecciosos.
- Papanicolau
- Exploración bimanual (se introducen los dedos índice y medio de la mano en la vagina y con la otra mano se presiona por fuera en el abdomen par palpar los órganos reproductores).

**TRATAMIENTO:**

- Fluconazol tableta: 200mg
- Metronidazol tableta: 500mg
- Clindamicina tableta: 300mg
- Dicloxacilina tableta: 500mg
- Ketoconazol tableta: 200mg
- Si la infección es producida por bacterias como los gonocos se administra ceftriaxona vía intramuscular, 1 gramo cada 24 horas por 7 días.



Clotrimazol, fluconazol, Miconazol, Butoconazol: en forma de crema vaginal, se aplica luego de la higiene vaginal con jabón de glicerina, de preferencia se aplica en las noches.

Ácido tricloroacético, nitrógeno líquido y fluorouracilo: se aplica sobre las verrugas, durante varias veces hasta quemarlas definitivamente, durante la aplicación se observará el tejido de color rojizo.

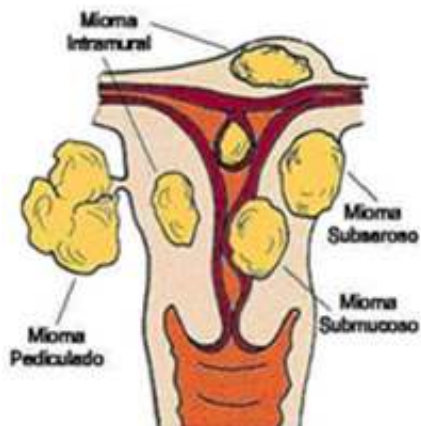
También se aplican cremas que contengan corticosteroides para disminuir la inflamación de los tejidos.

**RECOMENDACIONES:**

- Uso de prendas holgadas y absorbentes.
- Ropa interior de algodón
- Baño de asiento frío
- Lavados con jabón de glicerina
- Colocar hielo sobre la vulva.



## FIBROMATOSIS UTERINA



Un fibroma es un tumor no canceroso compuesto de tejido muscular y fibroso que se forma en la pared uterina.

El tamaño de los fibromas oscila desde microscópico hasta grandes como un melón.

### CAUSAS:

Es desconocida, pero parece depender de los niveles de estrógenos y, en general crecen durante el embarazo y se reducen tras la menopausia.

### SÍNTOMAS:

- Hemorragias
- Dolor de espalda
- Dolor de piernas
- Dolor durante el acto sexual.
- Presión o sensación de pesadez en la zona pélvica
- Necesidad de orinar con más frecuencia
- Hinchazón del abdomen
- Hemorragia menstrual copiosa



Un fibroma que previamente no ha provocado ningún síntoma puede causar problemas durante el embarazo, como un aborto espontáneo, un parto prematuro o una hemorragia posparto.

### DIAGNÓSTICO:

- Exploración pélvica
- Biopsia de endometrio (obtención de una muestra del revestimiento uterino para

examinarlo al microscopio).

- Histeroscopia (examen de útero con un tubo de fibra óptica).
- Papanicolau

### TRATAMIENTO:

Las opciones de tratamiento dependen del tamaño, la localización, la sintomatología y el posible deseo gestacional.

Si los miomas son pequeños y permanecen estables, es decir, no crecen y la paciente no tiene síntomas, el mejor tratamiento serán los controles ginecológicos periódicos.

Si presenta dolor e inflamación, lo mejor es la utilización de medicamentos antiinflamatorios como:

- Aspirina
- Acetaminofén
- Ibuprofeno
- Naproxeno

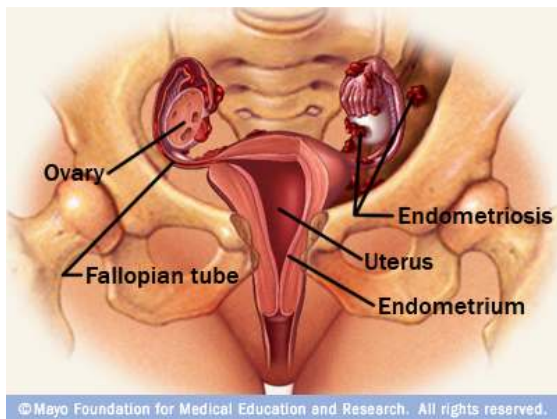


La utilización de hormonas como estrógenos y progesterona (píldoras anticonceptivas), reducen el crecimiento de los miomas.

Cuando el útero es muy grande o los miomas crecen rápidamente, o cuando los síntomas no responden a las medidas farmacológicas, el mejor tratamiento será la cirugía.

- Extirpación quirúrgica del mioma (miomectomía), en estos casos, se administran hormonas (estrógenos y progesterona) durante varios meses antes de la cirugía para reducir el tamaño del fibroma.
- Extirpación de todo el útero (histerectomía)

## ENDOMETRIOSIS



La endometriosis es una condición que ocurre cuando tejido similar al que rodea por dentro al útero, es encontrado fuera de su lugar normal de colocación, este tejido puede ser encontrado en ovarios, ligamentos uterinos, trompas de Falopio y tabique vaginal, con menor frecuencia es encontrado en la cavidad peritoneal y alrededor del ombligo.

### CAUSAS:

La causa todavía es desconocida, pero se cree que durante el ciclo menstrual, hay parte de tejido que

retrocede por las trompas de Falopio y se adhiere a las paredes y sigue creciendo, también se cree que ciertas familias tienen factores genéticos predispuestos a la enfermedad y por último se sugiere un mal funcionamiento del sistema inmunológico.

### SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Dolor ocasional o constante
- Cólicos durante el período menstrual
- Dolor al orinar y al defecar
- Coito doloroso
- Irregularidades menstruales



### DIAGNÓSTICO:

- Histológico (se toma una muestra de tejido y se analiza al microscopio)
- Macroscópico
- Ultrasonido
- Resonancia magnética

## TRATAMIENTO:

Medicamentos para el dolor como:

- Acetaminofén
- Ibuprofeno
- Diclofenaco



- Terapia hormonal estrógenos y progesterona (píldoras anticonceptivas), se administra una píldora diaria por el tiempo que el médico lo indique
- La cirugía es uno de los métodos más efectivos para tratar la endometriosis, ya que todo el endometrio será extirpado de las áreas afectadas.
- También se puede realizar una cirugía por rayos láser.
- Cauterización de la endometriosis

## TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

- Realizar ejercicio (ayuda a disminuir los dolores).
- Prácticas técnicas de relajación como el yoga.
- Modificar la alimentación, disminuir el consumo de café, azúcar y alcohol.
- Aumentar el consumo de vegetales



## SÍNDROME PREMENSTRUAL



Es Una situación caracterizada por nerviosismo, irritabilidad, inestabilidad emocional. Este síndrome parece estar en relación con los cambios en los niveles de estrógenos y progesterona que se producen durante el ciclo menstrual.

### SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Aparecen una o dos semanas antes de la menstruación, pueden durar horas o días, y desaparecen cuando se inicia el ciclo menstrual. En mujeres premenopáusicas, los síntomas pueden persistir durante toda la menstruación y después de la

misma, entre estos síntomas están:

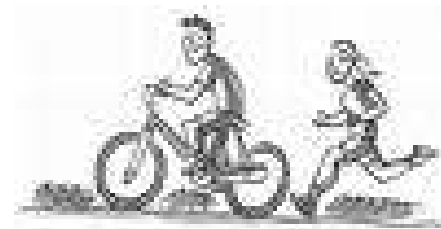
- Depresión
- Cefalea
- Dolor de mamas
- Dolor de abdomen
- Irritabilidad

### TRATAMIENTO:

- Anticonceptivos orales
- Fármacos antiinflamatorios (acetaminofén, ibuprofeno, diclofenaco).

### TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

- Cambios de dieta: reducir el consumo de sal, azúcar, cafeína, alcohol.
- Practicar ejercicio
- Reducir el estrés



## DISMENORREA

Es conocida como dismenorrea al dolor inmediatamente antes de y durante la menstruación.



Se debe a las contracciones uterinas inducidas por las prostaglandinas, el dolor solo tiene lugar durante los ciclos menstruales en los que se libera un óvulo y puede empeorar cuando el endometrio que se desprende durante un período menstrual para por el cuello uterino.

### SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Dolor en la parte inferior del abdomen, espalda y piernas.
- Cafalea

- Náuseas
- Estreñimiento o diarrea
- Irritabilidad
- Nerviosismo
- Depresión
- Hinchazón abdominal

### TRATAMIENTO:

- Fármacos antiinflamatorios (ibuprofeno, naproxeno y ácido mefenámico), según las dosis recomendadas por el médico.
- Anticonceptivos orales
- Desconexión de los nervios que van al útero



### TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

- Practica ejercicio
- Dormir lo suficiente
- Practicar yoga
- Acupuntura

## AMENORREA PRIMARIA

Es cuando una mujer no ha presentado menstruación, para las adolescentes amenorrea primaria es:

Ausencia de menarquía después de los 16 años de edad con presencia del desarrollo de caracteres sexuales secundarios.

La ausencia de menarquía después de los 14 años de edad y sin desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

### SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Ausencia de menstruación
- Ausencia de caracteres sexuales secundarios después de los 14 años.

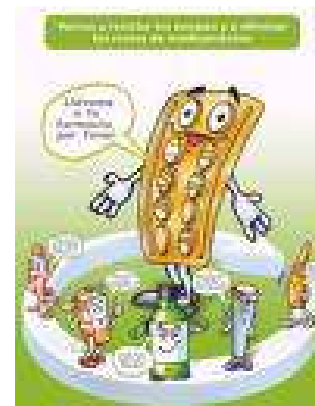
### DIAGNÓSTICO:

- Investigar la presencia de caracteres sexuales secundarios.

- Determinar si hay vida sexual activa.
- Historia familiar de menarquía.
- Exámenes de laboratorio y gabinete.

### TRATAMIENTO:

- Apoyo psicológico
- Estímulo
- Seguimiento médico
- Píldoras anticonceptivas (estrógenos – progesterona)



## AMENORREA SECUNDARIA

Es la ausencia de menstruación por 6 meses o más en una mujer que ha tenido con anterioridad menstruación normal, o la falta de menstruación durante tres intervalos menstruales.

Se presenta con asociación con una producción normal, disminuida o aumentada de hormonas esteroideas sexuales.

### SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Ausencia de menstruación durante intervalos menstruales.

### DIAGNÓSTICO:

- Se debe investigar:
- La edad de la menarquía
- Características del ciclo menstrual
- Actividad sexual
- Descartar embarazo
- Ultrasonografía pélvica

- Radiografía

### TRATAMIENTO:

- Estímulo psicológico
- Seguimiento médico
- Píldoras anticonceptivas (estrógenos – progesterona).





## PROLAPSO UTERINO



Es la caída o deslizamiento del útero desde su posición normal en la cavidad pélvica al canal vaginal, también es conocido como hernia del piso pélvico.

Debido al debilitamiento de los tejidos, el útero cae dentro del canal vaginal. El prolapso uterino se clasifica en:

- Prolapso grado I: El descenso del útero no llega al orificio de la vagina.

- Prolapso grado II: El descenso del útero llega al orificio de la vagina.
- Prolapso grado III: El descenso del útero sobrepasa el orificio de la vagina.

### CAUSAS:

- Debilidad muscular del útero, debido al esfuerzo en el trabajo de parto.
- Envejecimiento de los tejidos
- Disminución de los niveles de estrógenos
- Obesidad
- Tos
- Estreñimiento crónico
- Esfuerzos



### SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Pesadez de la pelvis
- Sensación de "estar sentada en una bola"

pequeña”

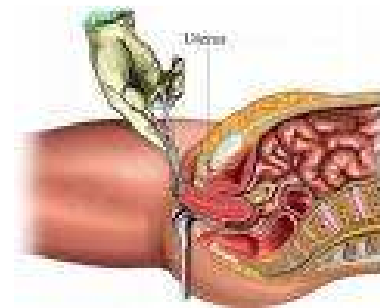
- Dolor de espalda baja
- Relación sexual difícil o dolorosa.

### DIAGNÓSTICO:

- Examen pélvico: la paciente hace esfuerzos, para poder ver que tan bajo se encuentra el útero.
- Inspección de la vulva



extraer el útero (histerectomía).



### TRATAMIENTO:

- Pesario vaginal: un objeto se introduce en la vagina para colocar el útero en su lugar, los pesarios que se colocan, deben estar de acuerdo a la constitución física de la paciente.
- Mantener un peso adecuado
- Evitar la realización de esfuerzos
- De ser necesario se realiza una cirugía para

## CISTOCELE



Debido a la proximidad que existe entre vejiga y vagina, cuando la pared muscular que las divide sufre debilitamiento, permite que una parte de la primera, que es una especie de bolsa destinada a contener la orina, se caiga o baje por el canal vecino, entorpeciendo el trabajo del sistema urinario y generando relaciones sexuales dolorosas en casos graves.

Grados de cistocele:

<b>Grado 1</b>	Leve - la vejiga únicamente baja un poco por la vagina.
<b>Grado 2</b>	Más severo - la vejiga se hunde en la vagina lo suficiente para alcanzar el orificio de la vagina.
<b>Grado 3</b>	Más avanzado - la vejiga sobresale por el orificio de la vagina.

### CAUSAS:

- Levantar mucho peso
- Esfuerzos durante la defecación
- Músculos debilitados

### SÍNTOMAS:

- Deseo de orinar sin que se sienta completamente satisfecha tras hacerlo.
- La vejiga caída se extiende hasta la uretra y la orina puede salir cuando se hace algún esfuerzo, se tose o se estornuda.

**DIGNÓSTICO:**

- Examen físico
- Historia médica
- Cistouretrograma (llamado también cistograma de evacuación): consiste en la toma de rayos X de la vejiga durante la micción y con la vejiga y la uretra llenas de un medio de contraste para determinar la forma de la vejiga y cualquier obstrucción.

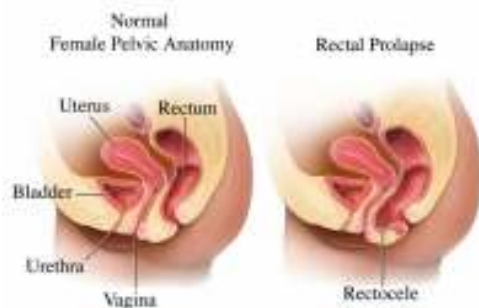
**TRATAMIENTO:**

- Modificación de la actividad
- Colocación de pesarios
- Cirugía (para volver a colocar la vejiga en una posición más normal)
- Realizar ejercicio físico moderado diariamente

- Mantener adecuada higiene



## RECTOCELE



Es una protuberancia de la pared anterior del recto en la vagina, a menudo es causado por la debilidad de los músculos y ligamentos que detienen y sostienen la vejiga y el recto.

### CAUSAS:

- Envejecimiento de los tejidos
- Trabajo de parto
- Obesidad
- Esfuerzos

### SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Abultamiento blando de tejido en la vagina que

se asoma a través de la abertura vaginal.

- Estreñimiento y presión el recto.
- Heces que se escapan del recto.
- Dolor en la parte baja de la espalda que se quita al acostarse.
- Presión o dolor en la vagina al orinar o tener relaciones sexuales.

### DIAGNÓSTICO:

- Examen bimanual.
- Resonancia magnética.
- Decografía (se introduce una pasta por el recto a través del ano y se toman radiografías).

### TRATAMIENTO:

- Dieta rica en fibra (pastas, cereales, pan integral)
- Tomar líquidos en abundancia
- Colocación de pesario (en forma de argolla que se coloca dentro de la vagina)
- Cirugía para colocar el recto en su lugar.

## CISTOADENOMA



Se refiere a los tumores benignos que se derivan del epitelio superficial del ovario, parece ser ocasionados por una regulación anormal en el crecimiento de las células.

### CAUSAS:

- Radiación
- Anomalías genéticas
- Exposición a rayos X
- Tabaquismo
- Ciertos virus

### SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Dolor pélvico
- Náuseas y vómitos
- Trastornos menstruales
- Sangrado uterino anormal

### DIAGNÓSTICO:

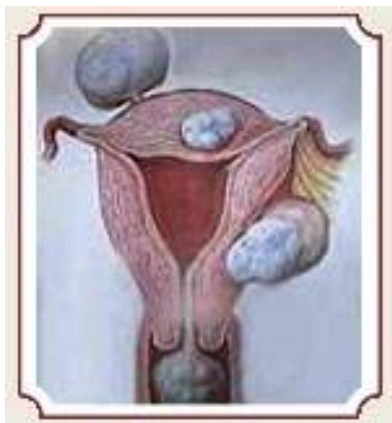
- Examen pélvico.
- Ultrasonido pélvico.
- Tomografía axial computarizada.
- Resonancia magnética nuclear.

### TRATAMIENTO:

- Anticonceptivos orales.
- Laparatomía media.
- Biopsia de ovario.
- Cirugía para extirpar los quistes.



## MIOMA URETRAL



Es el tipo de tumor que con mayor frecuencia afecta a la pelvis femenina, también reciben el nombre de “fibroides”.

Estos tumores fibromusculares se deben probablemente a algún tipo de desequilibrio o de exceso de secreción hormonal del ovario.

### SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Hemorragias prolongadas
- Dolor y presión

- Compresión del intestino, provocando constipación o alteraciones del hábito intestinal
- Distensión abdominal, haciendo creer un aumento de peso.

### DIAGNÓSTICO:

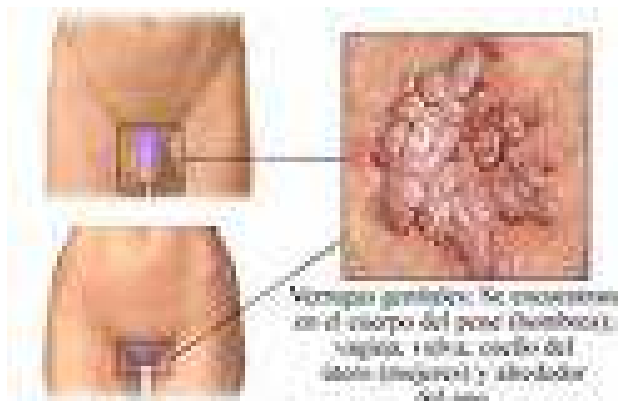
- Examen ginecológico
- Resonancia magnética
- Ultrasonido
- Exámenes de laboratorio

### TRATAMIENTO:

- Controles ginecológicos
- Fármacos anticonceptivos (estrógenos – progesterona).
- Fármacos antiinflamatorios (ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno).
- Cirugía



## CONDILOMATOSIS



Se refiere a una infección de los genitales, se caracteriza por el crecimiento de una lesión parecida a una verruga que es blanda y que al multiplicarse toma la forma de una “coliflor” que aparece en el pene, vagina, vulva, uretra, cuello del útero o en la región anal, lugares del cuerpo que tienen un medio húmedo propicio para su crecimiento y reproducción.

### SÍNTOMAS:

- Ardor
- Comezón

### DIAGNÓSTICO:

- Revisión de las lesiones.
- Prueba de Papanicolau
- Pueden identificarse las verrugas mediante la aplicación de vinagre sobre las áreas afectadas, esta medida provoca que las áreas infectadas se tornen blancuzcas, lo que las hace más visibles.

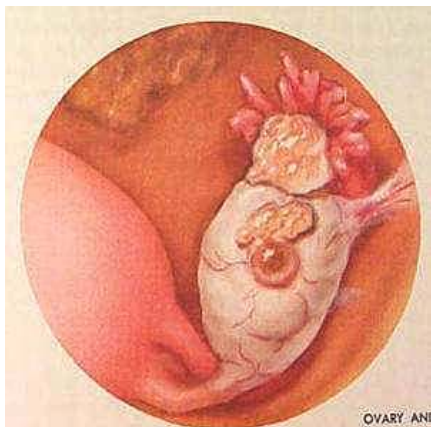
### TRATAMIENTO:

- Podofilina al 20% en solución.
- Podofiloxina al 0.5% en solución
- 5-fluouracilo al 5% en crema
- Ácido tricloroacético
- Las verrugas pequeñas pueden eliminarse por congelación.

El tratamiento debe ser prescrito por un médico, La podofilina y la podofiloxina no debe usarse durante el embarazo ya que son absorbidas por la piel.



## SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO



Se debe a que las hormonas no funcionan de modo normal y los ovarios pueden fabricar demasiados óvulos. Esos óvulos se convierten en muchos quistes, los quistes son como pequeños globos llenos de líquido, con frecuencia comienza durante los años de la adolescencia y no desaparece.

### SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Dolor de vientre
- Períodos menstruales irregulares
- Dificultad para quedar embarazada

- Acné, obesidad

### DIAGNÓSTICO:

- Historia clínica y exploración
- Estudio hormonal
- Ecografía de ovario

### TRATAMIENTO:

- Medicamentos antiinflamatorios (paracetamol, naproxeno, ibuprofeno)
- Anticonceptivos orales (estrógenos – progesterona)
- Ejercicio físico
- Bajar de peso
- Lenzos calientes en el abdomen.



### RECOMENDACIONES:

Disminuir el consumo de cafeína, alcohol y azúcares.

## METRORRAGIA



El término metrorragia designa cualquier hemorragia vaginal, procedente del útero, no asociada al ciclo menstrual por su ritmo o por la cantidad de flujo. Esta se produce cuando la menstruación se extiende más allá del límite de los siete días o bien implica una considerable pérdida de sangre (mayor a 80ml).

### SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Dolor tipo ovulatorio
- Tensión del abdomen
- Sangrado copioso que se extiende por varios días

### DIGNÓSTICO:

- Exploración general
- Examen ginecológico
- Estudios hematológicos
- Biopsia endometrial
- Ultrasonido vaginal

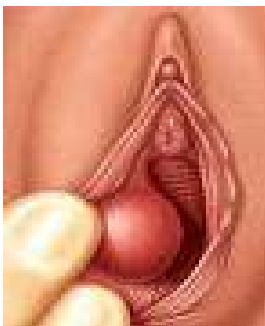
### TRATAMIENTO:

- Terapia hormonal: estrógenos – progesterona (anticonceptivos orales).
- Legrado uterino.
- Medicamentos para el dolor (ibuprofeno, acetaminofén, naproxeno, diclofenaco).



## BARTOLINIIS

Es la inflamación, infección, quiste o absceso de una de las glándulas de Bartholín o glándulas de Bartolino o ambas situadas en los bordes de la vagina, a ambos lados, entre los labios menores y la pared de la vagina, y cuya función es la lubricación vaginal.



Al obstruirse el pequeño orificio por donde sale el líquido secretado por la glándula, ese líquido sigue siendo producido pero al no tener salida se va acumulando y comienza a formarse un bulto redondo en el borde de la vagina, que puede ir creciendo hasta alcanzar el tamaño de un nuez. Cuando hay infección el bulto se llena de líquido de olor desagradable.

### SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Nódulo caliente en la vulva
- Dolor durante el acto sexual

### DIAGNÓSTICO:

- Examen de la vagina.
- Cultivo de la secreción para conocer la causa.
- Biopsia

### TRATAMIENTO:

- Medicamentos antiinflamatorios (ibuprofeno, paracetamol, diclofenaco).
- Antibióticos prescritos por el médico.
- Aplicar hielo sobre la zona afectada.
- Baños de inmersión en agua caliente o la aplicación de toallitas calientes, para ayudar a que la infección se concentre en un punto y reviente solo.

Cuando la glándula alcanza un tamaño excesivo, la presión del líquido acumulado produce ruptura y la glándula drena, dándose fin así al episodio de bartilinitis.

## TUMOR DE OVARIO



El tumor es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen. Es un agrandamiento anormal de una parte del cuerpo, en este caso de uno o de ambos ovarios, que aparece por tanto, hinchada o distendida.

Un tumor es cualquier bulto que se deba a un aumento en el número de células que lo componen.

Muchos tipos de tumores pueden comenzar a crecer en los ovarios, la mayoría son benignos (no

cancerosos), y nunca se propagan fuera del ovario, contrario a los tumores benignos están los malignos (cancerosos) que pueden propagarse a otras partes del cuerpo.

Tipos de Tumores:

- Los tumores epiteliales se originan de las células que cubren la superficie externa del ovario.
- Los tumores de células germinales se originan de las células que producen los óvulos.
- Los tumores estromales se originan de las células del tejido que sostiene al ovario y producen las hormonas femeninas (estrógenos – progesterona).

### SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Fiebre.
- Escalofríos.



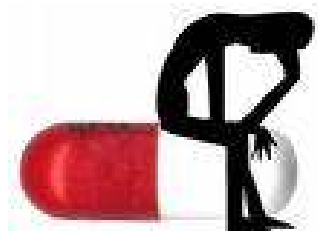
- Sensación de peso en la pelvis.
- Dolor en la parte baja del abdomen.
- Hemorragias vaginales.
- Aumento o pérdida de peso.
- Períodos menstruales anormales.

### DIAGNÓSTICO:

- Revisión ginecológica.
- Ecografía.
- Tomografía axial.
- Resonancia magnética nuclear.
- Análisis de sangre llamado CA-125, hace más firme la sospecha de tumor en los ovarios.
- Biopsia de tejido

### TRATAMIENTO:

- Medicamentos antiinflamatorios como el ibuprofeno, naproxeno,



paracetamol.

- Cirugía (se extirpa por completo el útero y ambos ovarios).

## **CANCER DE ENDOMETRIO**

Se desarrolla cuando las células en el endometrio comienzan a crecer fuera de control y pueden invadir tejidos finos próximos o esparcirse a través del cuerpo, los tejidos que crecen sin control son llamados tumores.

Los tumores que pueden esparcirse a través del cuerpo e invadir tejidos próximos se consideran cánceres verdaderos y generalmente se les llama tumores malignos.

Etapas del cáncer endometrial:

- El cáncer está sólo en el útero.
- El cáncer está en el útero y en el cuello uterino.
- El cáncer se ha diseminado por fuera del útero, pero no más allá de la pelvis.

- El cáncer se ha diseminado hacia la superficie interior del intestino, la vejiga, el abdomen u otros órganos.

El cáncer también se describe como grado 1, 2 y 3. El grado 1 es el menos agresivo y el grado 3 es el más agresivo.

### **Factores de Riesgo:**

- Diabetes.
- Estrogenoterapia reconstitutiva sin el uso de progesterona.
- Antecedentes otros tumores benignos del revestimiento uterino.
- Infertilidad
- Nunca haber estado embarazada.
- Obesidad.
- Inicio de la menstruación a temprana edad.
- Comenzar la menopausia después de los 50 años.
- Poliquistosis ovárica.

**SIGNOS Y SÍNTOMAS:**

- Sangrado uterino anormal.
- Episodios de sangrado vaginal frecuentes.
- Dolor abdominal bajo o calambres pélvicos.
- Flujo vaginal ligeramente blanco o claro después de la menopausia.
- Dificultad o dolor al orinar.
- Dolor durante el coito.
- Masa en el área pélvica.
- Pérdida de peso

**DIAGNÓSTICO:**

- Historia médica
- Examen físico
- Prueba de Papanicolaou
- Biopsia endometrial
- Ecografía transvaginal (también llamada ultrasonografía).

**TRATAMIENTO:**

Será determinado basándose en:



- Estado general de salud e historia médica.
- Que tan avanzada está la condición.
- Tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.

El tratamiento elegido depende en la etapa del cáncer, incluye uno o más de los siguientes:

- La cirugía, incluyendo:
- La histerectomía - la extirpación quirúrgica del útero.
- Cirugía para extirpar las trompas de Falopio y los ovarios.
- La terapia de radiación.
- La quimioterapia.
- La terapia hormonal (estrógenos – progesterona).

## CANCER DE OVARIO

La función principal de los ovarios es la producción de hormonas femeninas. Los ovarios contienen tres tipos de tejidos: 1) células epiteliales, las cuales cubren el ovario, 2) células germinales que se encuentran en el interior del ovario. Estas células forman los óvulos que son liberados hacia las trompas de Falopio cada mes y, 3) células estromales, las cuales producen la mayor cantidad de las hormonas femeninas, el estrógeno y la progesterona. De la transformación maligna de cualquiera de estas células surgen los cánceres de ovario.

Los tumores ováricos reciben su nombre de acuerdo con el tipo de células del que se originaron.

### CAUSAS:

- Se desconoce cómo y por qué aparece el cáncer de ovario. Sin embargo, se conocen diversos factores: hormonales y reproductivos que pueden

- Infertilidad
- Número pequeño de embarazos
- factores genéticos, ambientales
- Algunas infecciones por virus.

El cáncer ocurre cuando las células del ovario comienzan a crecer sin control. Las células normales se dividen y crecen de manera ordenada, mientras que las células cancerosas no lo hacen. Éstas continúan creciendo y desplazando a las células normales. Algunas veces las células cancerosas se desprenden del tumor y se propagan a otras partes del cuerpo por medio de la sangre.

### Etapas del cáncer de ovario:

- Etapa I – Cáncer del ovario confinado a uno o ambos ovarios.
- Etapa II – Cáncer del ovario que se ha extendido más allá de los ovarios, pero está confinado a la pelvis (puede estar en el útero, vejiga ó recto).



- Etapa III – Cáncer del ovario que ha invadido el peritoneo (la capa que cubre el abdomen) y los ganglios linfáticos.
- Etapa IV – Cáncer del ovario que ha invadido a órganos distantes (metástasis).

### **SIGNOS Y SÍNTOMAS:**

- Sensación de peso en la pelvis.
- Dolor en la parte baja del abdomen.
- Hemorragias vaginales.
- Aumento o pérdida de peso.
- Períodos menstruales anormales.
- Dolor de espalda sin explicación que empeora.
- Gases, náuseas, vómitos o pérdida de apetito.
- Necesidad de orinar con mucha frecuencia.
- Palpación de una masa pélvica.
- Aumento del perímetro abdominal con sensación de tirantez.
- Cansancio.

- Dolor durante las relaciones sexuales.
- Estreñimiento

### **DIAGNÓSTICO**

- Revisión ginecológica
- Tomografía axial
- Resonancia magnética
- Análisis de sangre llamado CA-125

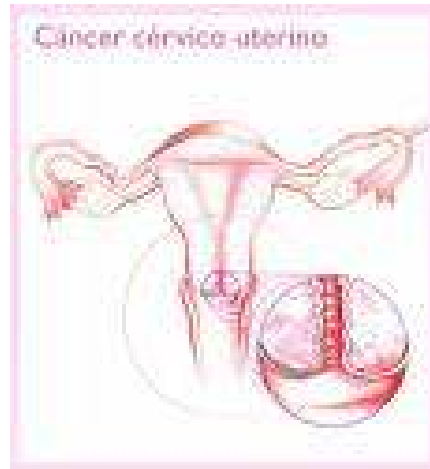
### **TRATAMIENTO:**

- El factor que más condiciona las posibilidades de éxito en el tratamiento del cáncer de ovario es una cirugía que elimine completamente el tumor. En la mayoría de los casos se extirpa por completo el útero y ambos ovarios.
- Quimioterapia.



En cáncer de ovario en sus fases iniciales es altamente curable.

## CÁNCER DE CÉRVIX



Llamado también cáncer de cuello uterino. El cuello uterino es la parte inferior del útero (la matriz), la cual conecta el cuerpo del útero con la vagina.

El cáncer de cuello uterino es causado por varios tipos de un virus llamado virus del papiloma humano (VPH). El virus se contagia por el contacto sexual. El cuerpo de la mayoría de las mujeres es capaz de combatir la infección de VPH. Pero algunas veces, el virus conduce a un cáncer.

La clasificación de las etapas clínicas de la evolución del carcinoma de cuello, partiendo de la etapa cero, sería el carcinoma in situ:

- Estadío I: confinado al cuello del útero.
- Estadío II: se extiende más allá del cuello afecta a la vagina en su parte superior sin afectar el tercio inferior, ni se extiende a la pared pelviana.
- Estadío III: el carcinoma se extiende a la pared pelviana, en la exploración al tacto rectal no existe espacio entre el tumor y la pared pelviana, se extiende además al tercio inferior de la vagina.
- Estadío IV: en esta puede infiltrar la pared de vagina, recto, etc., es la forma diseminada con metástasis.

**SIGNOS Y SÍNTOMAS:**

Los síntomas a menudo no comienzan sino hasta que un cáncer se torna invasivo y crece hacia el tejido adyacente. Cuando esto ocurre, los síntomas más comunes son:

- Sangrado vaginal anormal.
- Una secreción vaginal inusual (la secreción puede contener algo de sangre).
- Dolor durante las relaciones sexuales.
- 

**DIAGNÓSTICO:**

- Papanicolau
- Colposcopia, (para estudiar el cérvix y el cuello uterino mediante la visión).
- Biopsia del tejido
- Radiografía
- Ultrasonido

**TRATAMIENTO:**

- Cirugía: extirpación del tejido anormal hasta el cérvix completo.
- Terapia de radiación (Ra dioterapia) para matar las células cancerosas que hayan quedado después de haberse operado.
- Quimioterapia



## SÍFILIS



Es una infección causada por la bacteria *Treponema pallidum*, que se disemina fácilmente.

La sífilis es una enfermedad infecciosa y la bacteria que la causa se disemina a través de la piel lesionada o las membranas mucosas. Su diseminación se presenta con más frecuencia por contacto sexual.

La sífilis primaria es la primera etapa, en donde se forman úlceras indoloras (hancros) de 2 a 3 semanas después de la infección por primera vez. Es posible

que la persona no note las úlceras o algún otro síntoma, particularmente si éstas están ubicadas en el interior del recto o el cuello uterino. Las úlceras desaparecen en un período de 4 a 6 semanas.

La sífilis secundaria se presenta de 2 a 8 semanas después de la aparición de las primeras úlceras.

La etapa final de la sífilis es llamada sífilis terciaria y en ella la infección se disemina al cerebro, al sistema nervioso, al corazón, a la piel y a los huesos.

### SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas de sífilis dependen de la etapa de la enfermedad, pero muchas personas no presentan síntomas.

- Úlceras indoloras.
- Inflamación de los ganglios linfáticos.
- Las personas con sífilis secundaria también pueden presentar fiebre, fatiga, dolores y achaques, al igual que pérdida del apetito, entre otros síntomas.

- Entre tanto, la sífilis terciaria causa problemas cardíacos, cerebrales y del sistema nervioso.

#### **DIAGNOSTICO:**

Exámenes de sangre para detectar sustancias producidas por las bacterias que causan la sífilis, siendo el VDRL el examen más antiguo.

#### **TRATAMIENTO:**

Los antibióticos se utilizan para tratar la sífilis; la penicilina es el medicamento preferido, aunque se puede utilizar la doxiciclina como una alternativa en las personas alérgicas a la penicilina.



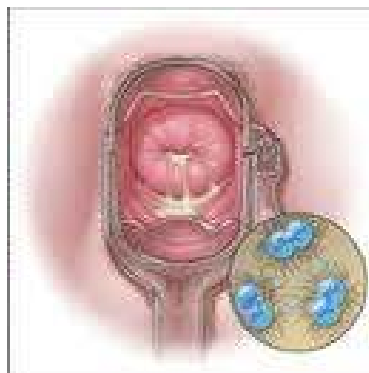
La penicilina se administra ya sea en forma intramuscular o intravenosa, dependiendo de la etapa en que esté la sífilis.

La dosis administrada debe ser prescrita por el médico.

Se deben hacer exámenes de sangre de seguimiento a los 3, 6, 12 y 24 meses para asegurarse de que la infección haya desaparecido por completo.

## GONORREA

Es una infección de transmisión sexual provocada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* o *gonococo*.



Esta bacteria infecta es el epitelio columnar de la uretra y endocervix. Lugares no genitales que también son atacados son el recto, la faringe y la conjuntiva de los ojos. La vulva y la vagina en las mujeres son usualmente también afectadas puesto que están ligadas con las células epiteliales, en las mujeres la cervix es el primer sitio usual de infección.

### SIGNOS Y SÍNTOMAS:

En las mujeres, la infección suele cursar de forma asintomática. Sin embargo, pueden presentarse signos y síntomas tales como

- Excreción vaginal

- Aumento de ganas de orinar y molestias urinarias (disuria).

### DIAGNÓSTICO:

- Tinción de muestras biológicas para detectar la bacteria.
- Cultivo de la muestra.
- Examen microscópico.

La prueba de tinción implica colocar una muestra de la descarga del cervix (cuello del útero) en un portaobjetos y teñirlo con un tinte.

### TRATAMIENTO:

- Uso de cefalosporinas: Ceftriaxona, Cefotaxime.
- Azitromicina, ciprofloxacina, ofloxacina o levofloxacina.



Las dosis administradas deben ser las prescritas por el médico.

---

BRENDA LETICIA ESTRADA ORTIZ

Estudiante de la Carrera de  
Química Farmacéutica

---

Licda. Eleonora Gaitán Izaguirre  
Asesora de Tesis

---

Licda. Irma Lucía Arriaga Tórtola  
Revisora de Tesis

---

Lic. Estuardo Serrano  
Director de Escuela

---

Oscar Manuel Cobar Pinto Ph. D.  
Decano