

Introducción

Los problemas ginecológicos son muchos y de naturaleza muy diversa. En este trabajo pretendemos destacar los más relevantes, haciendo referencia a su origen, manifestaciones clínicas así como posibles complicaciones y tratamiento.

Además, en cuanto a los cuidados enfermeros, haremos mención a la información a tener en cuenta a la hora de realizar una valoración focalizada del aparato genital así como de los resultados esperados e intervenciones enfermeras que se deberían realizar ante mujeres con este tipo de problemas.

Valoración focalizada del aparato genital

Datos subjetivos

La información se recoge mediante la historia clínica de salud previa. También se tiene en cuenta información sobre la medicación, así como sobre intervenciones quirúrgicas anteriores u otros tratamientos.

- Historia clínica previa de salud.
 - Debe incluir enfermedades importantes, hospitalizaciones y cirugías.
 - Preguntar sobre infecciones que afecten al sistema reproductor incluidas las ETS.
 - En las mujeres, se debe obtener una historia obstétrica y ginecológica completa.
 - La rubeola es una patología importante a tener en cuenta en las mujeres en edad fértil. Si ésta se contrae durante los tres primeros meses de embarazo aumenta la posibilidad de anomalías congénitas. Por ello, se debe promocionar la vacunación en mujeres en edad fértil.
 - Preguntar sobre su estado actual de salud y sobre la existencia de cualquier enfermedad crónica o aguda. Alteraciones endocrinas como diabetes mellitus afectan a los ciclos menstruales y a su comportamiento sexual, en el caso de la mujer.
 - En la mujer, antecedentes de enfermedades cardiovasculares, aumentan la incidencia de morbilidad y mortalidad en el embarazo o con el empleo de anticonceptivos orales.
- Medicamentos.
 - Obtener información sobre la medicación prescrita y que la paciente toma sin receta, la razón por la que la toma, la dosis y la duración de los tratamientos.
 - Preguntar si se ingieren plantas medicinales y/o suplementos dietéticos.
 - Importante la toma de diuréticos (prescritos para el edema premenstrual), agentes psicótropos (pueden interferir en la actividad sexual) y antihipertensivos (pueden causar impotencia).
 - Investigar el consumo de drogas ya que pueden afectar al funcionamiento del aparato reproductor.
 - En la mujer averiguar el uso de anticonceptivos orales u otras hormonas.
- Cirugía u otros tratamientos.
 - Hacer constar cualquier intervención quirúrgica.
 - Registrar los abortos terapéuticos o espontáneos.

Los patrones funcionales de salud nos van a informar de cómo afectan a la persona problemas del aparato reproductor. A continuación destacaremos los aspectos más importantes que se deberían tener en cuenta en cada patrón.

- Patrón de percepción-manejo de salud.
 - Autoexploración mensual de la mama y mamografía según los protocolos para cada edad.
 - Historia familiar. Averiguar antecedentes familiares de cáncer, especialmente de los órganos reproductores.
 - Valorar el estilo de vida de la paciente. Si una mujer fuma, toma alcohol caféina u otras drogas perjudiciales para ella y para el feto. El consumo de tabaco se asocia con menopausia precoz y puede retrasar la concepción
 - Averiguar si es alérgica a las sulfamidas o penicilinas ya que se usan en el tratamiento de problemas genitourinarios y del aparato reproductor; y al látex o goma ya que se utilizan en los diafragmas y preservativos.

- Patrón nutricional-metabólico.

Hacer una historia psicológica y nutricional completa para detectar un posible trastorno nutricional en la que se valore:

 - Anemia. Problema frecuente en mujeres en edad fértil sobre todo durante el embarazo y el parto.
 - Anorexia. Puede causar amenorrea y problemas posteriores como la osteoporosis por falta de estrógenos.
 - Ingesta diaria de calcio. Se ha de estimar para determinar si es necesario un suplemento.
 - Ingesta de ácido fólico en la mujer en edad fértil. Es importante porque un déficit puede producir espina bífida u otros defectos del tubo neural en el feto.

- Patrón de eliminación.
 - El estrés y la incontinencia son frecuentes en la mujer mayor debido a la relajación de la musculatura pélvica causada por múltiples partos o la edad avanzada.
 - Las infecciones vaginales predisponen a infecciones urinarias.
 - La proximidad de los órganos reproductor y urinario provoca la posibilidad de metástasis.

- Patrón de actividad-movilidad.
 - Registrar la cantidad, el tipo y la intensidad de la actividad y el ejercicio físico.
 - El ejercicio cargando peso disminuye el riesgo de osteoporosis en la mujer.
 - La mujer que practica un exceso de ejercicio puede experimentar amenorrea.

- Patrón de descanso y sueño.
 - Se pueden ver afectados durante el parto y la crianza de los niños pequeños.
 - Los sofocos y las sudoraciones durante la perimenopausia pueden provocar graves problemas del sueño.

- Patrón de conocimiento y percepción.
 - El dolor pélvico está asociado con problemas ginecológicos como los quistes de ovario o la endometriosis.
 - La dispareunia (coito doloroso) en la mujer puede provocar rechazo para practicarlos.

- Patrón de autoconcepto y autoestima.
 - Los cambios en los órganos reproductores con la edad pueden producir trastornos emocionales, pueden alterar la autoestima.

- Patrón del rol y relaciones sociales.
 - Estructura familiar y ocupación. Se debe preguntar acerca de cambios recientes en el trabajo o problemas en las relaciones familiares.
 - Se debe determinar el rol de la paciente en la familia.
 - La llegada de un nuevo niño a una familia puede cambiar la dinámica familiar.
 - Los patrones familiares cambian cuando los hijos se van de casa o cuando las personas se jubilan.
- Patrón de sexualidad y reproducción.
 - Obtener una historia menstrual la cual debe incluir la última regla, descripción del flujo menstrual, edad de la menarquía y edad de la menopausia.
 - Identificar el uso de anticonceptivos orales, DIU, implantes subcutáneos de estrógenos o inyecciones de medroxiprogesterona.
 - Obtener una historia obstétrica que incluya el número de gestaciones, los nacimientos a término y a pretérmino, los hijos vivos, los embarazos ectópicos y abortos.
 - Obtener una historia sexual que incluya información acerca de la actividad sexual, las creencias y las prácticas, las preferencias sexuales, frecuencia, tipo de actividad sexual, número de parejas, medidas profilácticas con ETS y embarazos.
 - Preguntar sobre la satisfacción general de la sexualidad.
- Patrón de superación y tolerancia al estrés.
 - El estrés por embarazo o menopausia pueden causar mayor dependencia de los sistemas de soporte.
 - El diagnóstico de una ETS puede causar estrés.
- Patrón de creencias y valores.
 - La sexualidad y reproducción está muy ligado a los valores culturales, religiosos, morales y éticos.

Datos objetivos

Consiste en la exploración física de la mujer. Empieza con la inspección y la palpación de las mamas y luego sigue con el abdomen y los genitales.

- Mamas.
 - Primero se examinan mediante la inspección visual comprobando la simetría, forma, tamaño, color y textura de la piel, vasos sanguíneos, depresiones y la presencia de lesiones no habituales.
 - Es preciso palpar las axilas y las áreas supraclaviculares en busca de ganglios linfáticos.
 - Con la paciente en decúbito supino se palpa la mama de forma sistemática usando una línea vertical, el sentido de las agujas del reloj o un esquema radial. Se realiza usando las yemas de los dedos.
 - El color, consistencia y olor de cualquier secreción deben ser registrados.
- Genitales externos.
 - Utilizar guantes para la exploración.
 - El monte de Venus, labios mayores y menores, horquilla posterior, periné y región anal se inspeccionan para ver las características de la piel, la distribución del vello y su contorno.
 - Observar la presencia de lesiones, inflamaciones o secreciones.
 - Separar los labios para inspeccionar el clítoris, el meato urinario y el orificio vaginal.
- Examen pélvico interno.
 - Durante el examen con el espéculo se observa las paredes de la vagina y el cérvix para ver inflamaciones, pólipos, secreciones y proliferaciones sospechosas.

- Se puede tomar una muestra para la tinción de Papanicolaou y recoger secreciones para cultivo y examen microscópico.
- Después del examen se realiza una palpación bimanual para averiguar la medida, la forma y la consistencia del útero, los ovarios y las trompas¹.

Alteraciones de la menstruación

Una forma de clasificar los trastornos del ciclo menstrual es considerándolos como cíclicos o acíclicos:

TRASTORNOS CÍCLICOS

La menstruación conserva un ciclo regular, pero presenta cambios en la cantidad, frecuencia y duración.

Dismenorrea

Conjunto de síntomas en los que predomina el dolor, que se presenta a la vez que la menstruación (o unos días antes de su inicio) y a lo largo de ella con una intensidad decreciente. Suelen desaparecer a las 48-72 horas después de iniciada la menstruación. La cantidad de la pérdida y el intervalo pueden ser perfectamente normales. El dolor es tipo cólico, de intensidad variable, localizado en el hipogastrio y ambas fosas ilíacas. Puede acompañarse de astenia, cefaleas, mareo y manifestaciones digestivas, como náuseas, vómitos o diarreas. La dismenorrea se presenta entre un 30-50% de mujeres en periodo postpuberal.

Se asocia con frecuencia a factores biológicos como la pubertad precoz, las mujeres fumadoras y las mujeres nuligestas.

Clasificación

Primaria o esencial: cuando no aparece ningún problema orgánico como causa. Suele aparecer entre los 6 y los 12 meses tras la menarquía. Las causas por las que puede aparecer son factores hormonales, un aumento de prostaglandinas en el endometrio y factores psicológicos.

Secundaria: cuando existe una enfermedad pélvica causal. Alguna de las causas por las que puede aparecer son la endometriosis, adenomiosis, ovarios poliquísticos, tumores, entre otras.

Tratamiento

Tiene como objetivo reducir el espasmo intenso uterino para lo cual a la paciente se le da una serie de recomendaciones como una dieta pobre en sal, ejercicios pélvicos, reposo, etc.

Puede realizarse tratamiento farmacológico con inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, los más efectivos son los AINES como butirofenonas, indometacina o ibuprofeno; o con inhibidores de la ovulación (anticonceptivos hormonales orales). También puede realizarse tratamiento quirúrgico en casos muy persistentes.

Hipermenorrea o menorragia

Se trata de una menstruación de duración superior a lo normal (más de 8 días) o en cantidad excesiva (más de 180 ml), pero que conserva la frecuencia normal.²

Causas

Como causas orgánicas podemos destacar los miomas uterinos o las proliferaciones excesivas del endometrio.³ También pueden ser causadas por enfermedades relacionadas con trastornos de la coagulación, como la discrasia sanguínea, leucemia, anemia, además de por enfermedades crónicas del hígado, como la cirrosis.

Problemas

Como complicaciones puede darse anemia ferropénica debido al exceso de pérdida hemática, además de todas aquellas molestias que le provocan a la mujer las pérdidas tan intensas.³

Tratamiento

Iría en función de la etiología. Si la causa fuera orgánica como por ejemplo un mioma, debería valorarse el tratamiento quirúrgico, teniendo en cuenta los deseos reproductivos de la mujer.³ Si la causa fuera funcional, podría recurrirse a la administración de fármacos antifibrinolíticos durante el periodo menstrual.

Polimenorrea

Se trata de la menstruación que aparece en intervalos muy frecuentes, pero con ciclos muy breves, menores de 21 días.⁴ La cantidad y la duración son normales.²

Causas

Las causas que la producen suelen ser funcionales, como, una fase muy corta de maduración folicular, o un déficit de luteína que acortaría la segunda fase del ciclo.³

Problemas

Causa la alteración de la capacidad reproductora, la repercusión psicológica, e incluso podría darse anemia ferropénica debida a la presentación de reglas tan frecuentes.³

Tratamiento

Para el tratamiento se debe valorar la etiología realizando una biopsia del endometrio, a fin de averiguar la influencia hormonal en los cambios. Se trata con terapia hormonal, de estrógenos o progesterona, para reforzar el efecto hormonal que está fallando.³

Hiperpolimenorrea o polimenorragia

Se trataría de menstruaciones muy abundantes o de larga duración, que además se presentan en intervalos menores de 21 días.⁴

Hipomenorrea

Se trata de reglas de escasa duración, inferior a 2 días, y de escasa cantidad, a veces sólo unas gotas,² que sin embargo se presentan con intervalos normales.

Causas

Las causas de la hipomenorrea pueden ser orgánicas, como en el caso de infecciones del aparato genital interno, o adherencias de la cavidad uterina que son consecuencia de legrados, o infecciones que destruyan la capa basal del endometrio.³ También puede ser causada por trastornos psíquicos como la anorexia nerviosa, o incluso por la utilización de anticonceptivos orales.

Tratamiento

El tratamiento está en función de la causa, la cual se investiga mediante pruebas como la histerosalpingografía (HSG), ecografía abdominal y vaginal, e incluso endoscopias; y puede ir desde una intervención quirúrgica hasta el simple cambio a otro tipo de anticonceptivos.³

Oligomenorrea

Se trata de ciclos menstruales superiores a 35 días, aunque normales en cantidad y duración.²

Causas

La causa suele ser funcional, como un alargamiento de la fase folicular, o ciclos anovulatorios. La causa más frecuente es el síndrome de los ovarios poliquísticos.

Los problemas afectan a la función reproductora, sobretodo cuando no se produce la ovulación, además pueden provocar problemas psicológicos en la mujer, que está preocupada por su disfunción.³

Tratamiento

Una vez se ha diagnosticado la etiología, el tratamiento dependerá de si hay o no ovulación. Si hay ovulación no se suele intervenir, y el ciclo se considera normal para esa mujer.

En cambio, si el ciclo es anovulatorio, se aplica un tratamiento hormonal, con anticonceptivos capaces de sustituir la función ovárica. Si la mujer desea quedarse embarazada se utilizarán inductores de la ovulación.³

TRASTORNOS ACÍCLICOS

Las hemorragias no guardan relación con el ciclo menstrual.

Amenorrea

Es la ausencia de menstruación o regla.

Clasificación

- **Fisiológica:** aparece en diferentes etapas del ciclo reproductivo de la mujer. Las causas pueden ser prepuberales, el embarazo, la lactancia o la menopausia.
- **Primaria:** significa que la mujer no ha tenido nunca la menstruación o regla, superando el periodo de menarquía. Algunas de las causas que pueden producirla son: anomalías genéticas del aparato genital, disfunciones centrales neurohipofisis-córtico-hipotalámicas, deportistas de alto nivel o desnutrición, anorexia u obesidad.
- **Secundaria:** ausencia de menstruación durante más de 3 meses después de un periodo previo de ciclos menstruales normales. Algunas de las causas que predisponen a padecer amenorrea secundaria son: histerectomía, ovariectomía, iatrogénica por toma de anticonceptivos y fármacos psicótrópos que estimulan la producción de prolactina o hiperestronismo.

Metrorragias

Se trata de hemorragias irregulares, de intensidad variable, que no mantienen un ritmo menstrual.²

Causas

Las causas que la producen son muchas, entre ellas la más temida es el cáncer. Éste suele producir hemorragias continuadas y escasas, mientras que aquellas metrorragias abundantes y discontinuas suelen ser de causa no neoplásica.

Las causas funcionales suelen ser desajustes hormonales.

Las causas orgánicas pueden ser neoplasias (benignas como miomas o pólipos, o malignas, como adenocarcinomas o sarcomas), infecciones de los genitales externos, enfermedades de trastornos de la coagulación o terapias hormonales o anticoagulantes.³

Problemas

Entre los problemas que puede presentar la metrorragia se encuentran los psicológicos (ansiedad, temor, miedo, preocupación por la etiología desconocida de la enfermedad, o por el posible origen canceroso), problemas biológicos (en función de la cantidad de sangre perdida que puede afectar más o menos a la homeostasia) o problemas sexuales debido a la presencia de hemorragias.³

Pruebas diagnósticas

Para averiguar la etiología se pueden realizar gran variedad de pruebas, como la ecografía, laparoscopia, histeroscopia, colposcopia, legrados o biopsias.³

Tratamiento

El tratamiento puede ser la administración de antifibrinolíticos, para disminuir la intensidad de las hemorragias o el tratamiento hormonal en el caso de una etiología funcional a fin de atrofiar el endometrio.³ Si estos tratamientos fracasaran se emplearían técnicas más agresivas como el legrado uterino, o la histerectomía, dependiendo de cual sea la causa.

Pérdida intermenstrual o spotting

Se trata de pequeñas pérdidas vaginales, de sangre rosada, marrón o roja, que aparecen entre uno y otro periodo menstrual. Si aparecen a mitad del ciclo pueden estar relacionadas con la ovulación.²

Se debe investigar la etiología ya que puede considerarse como el aviso de una alteración. No produce problemas, salvo el impacto psicológico que le produce a la mujer.³

Síndrome premenstrual

Son una serie de trastornos o alteraciones del bienestar que se producen unos días previos a la menstruación, normalmente de 3 a 7 días antes aunque pueden aparecer nada más cesa la ovulación. El síndrome premenstrual desaparece con el inicio de la menstruación.⁴ Su frecuencia es muy significativa ya que entre el 30 y el 50 % de mujeres la padecen.

Causas

La causa es desconocida y en la actualidad sigue siendo motivo de estudio, pero como causas más frecuentes se establecen:³ desajustes hormonales, exceso o defecto de prostaglandinas, carencias alimenticias, especialmente de vitamina B6 o factores emocionales y de estrés.

Manifestaciones clínicas

Los síntomas no se presentan juntos, normalmente las mujeres sólo refieren uno o dos de ellos, los que más preocupan son los psicológicos debido a la manera en como afectan a las relaciones.

- Psicológicos: irritabilidad, debilidad, desánimo, ansiedad, insomnio, labilidad afectiva con crisis de llanto y hostilidad, fragilidad emocional.
- Neurológicos: migrañas, cefaleas, mareos.
- Respiratorios: congestión nasal, ronquera, asma.
- Gastrointestinales: náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, meteorismo abdominal doloroso, deseo hacia determinados alimentos dulces.
- Urinarios: retención hídrica, edemas, oliguria, tensión mamaria.
- Dermatológicos: acné, hiperpigmentación melánica.

3

Tratamiento

- Dieta con poca sal, rica en verdura y fruta, evitar bebidas estimulantes, complementos de vitamina B6.
- Descanso y relajación.
- Diuréticos.
- Ejercicio físico moderado.
- Farmacológico: progestágenos, inhibidores de las prostaglandinas, ansiolíticos y tranquilizantes.
- Atención psicológica. Se ha comprobado la mejora de los síntomas después de administrar un placebo.

2

Síndrome del shock tóxico

Se debe a la bacteria *Staphylococcus aureus*, que en condiciones normales habita en el organismo. Sin embargo, el mal uso de barreras tales como tampones de larga duración, espermicidas, o el diafragma puede provocar la proliferación bacteriana que causa el llamado shock tóxico, que si se complica podría incluso llevar a la muerte.

Los síntomas que aparecen son hipertermia brusca, vómitos, diarrea, dolores musculares, hipotensión, vértigo, erupción cutánea.

Ante estos síntomas si se sospecha la posibilidad del shock tóxico la mujer deberá acudir inmediatamente al centro sanitario.²

Problemas ginecológicos benignos

Endometriosis

Consiste en el crecimiento del tejido endometrial en lugares distintos al que fisiológicamente ocupa el endometrio.

Cada mes, este tejido responde también a los cambios hormonales que produce el ciclo menstrual, dando como resultado el sangrado interno.

Etiopatogenia

No se conoce la causa, pero parece ser que las infecciones favorecen su aparición.

Manifestaciones clínicas

El dolor es uno de los principales síntomas. Aparecen calambres menstruales en el abdomen o en la parte inferior de la espalda, dolor durante el coito y en la defecación durante el periodo menstrual.⁵

Tratamiento

Puede ser farmacológico, mediante terapéutica hormonal, o quirúrgico en el que se pueden plantear diversas opciones como: laparoscopia, que se puede usar tanto para el diagnóstico como para extirpar los crecimientos endometriales; lapararomía, cirugía más extensa dependiendo de la gravedad del cuadro para extirpar el endometrio que está fuera de su sitio sin dañar los tejidos sanos; o histerectomía, cirugía para extirpar el útero y posiblemente los ovarios, dependiendo también del cuadro clínico y de la edad de la mujer.⁵

Pólipos uterinos

Son pequeñas masas que ocupan la cavidad uterina, generalmente en las mucosas. Pueden ser únicos o múltiples y son de carácter benigno.

Manifestaciones clínicas

Aparición de metrorragias intermenstruales.

Tratamiento

Consiste en la extirpación quirúrgica de los pólipos.⁵

Mioma uterino

Es un tumor de carácter benigno. Se localiza en la pared uterina y está constituido por fibra muscular lisa. Es una alteración muy frecuente, la mayoría de casos se dan en mujeres en edades comprendidas entre los 35 y 55 años, y son muy raros en mujeres jóvenes.⁵

Etiopatogenia

No es del todo conocida, pero se sabe que en ella es determinante la influencia hormonal del ovario (dependientes de estrógenos).

Manifestaciones clínicas

El síntoma más frecuentemente asociado a la aparición de los miomas es la hemorragia uterina anormal. También se puede presentar dolor en la pelvis o en el abdomen bajo, síntomas compresivos de órganos vecinos, lumbalgia o síntomas urinarios.

Diagnóstico

Se diagnostica mediante ecografía.

Tratamiento

El tratamiento de elección es el quirúrgico. Si el tumor es pequeño y la mujer es joven se realiza una miomectomía. Si la tumoración es grande, hay varios tumores o se presenta en una mujer mayor, se practica una histerectomía.⁵

Síndrome del ovario poliquístico

Se caracteriza por la aparición de ovarios voluminosos, alteraciones menstruales, esterilidad e hirsutismo.

Manifestaciones clínicas

Suelen tener retrasos menstruales o no tener reglas, incluso tener esterilidad como consecuencia de la falta de ovulación.⁵

Tratamiento

Puede ser farmacológico con terapia hormonal o quirúrgico que consiste en una resección en forma de cuña en ambos ovarios.⁵

Bartolinitis

Se produce cuando la salida de la glándula se obstruye, esta sigue segregando y el líquido al no tener salida hacia el exterior queda encapsulado.

Consiste en la inflamación, infección y/o absceso de la glándula de Bartholin, pudiendo ser una infección uni o bilateral.

Etiología

Puede producirse por bacterias que se encuentran normalmente en la vagina, gonorrea, estafilococo, clamidia u otro tipo de gérmenes.⁶

Manifestaciones clínicas

El signo más destacado es un bulto redondo que aparece en el borde de la vagina como una pelotita pero puede crecer hasta el tamaño de una nuez o más en algunos casos.⁶

Cursa con fiebre, dolor intenso de la zona, induración en la zona vulvar y a veces segregación de líquido purulento y de olor fétido.

Tratamiento

Suele tratarse en una primera etapa con antibióticos vía oral y reposo. Si la infección se agrava y se produce un absceso este se desbrida o extirpa, mediante la técnica de marsupialización que consiste en realizar un pequeño corte con bisturí para facilitar la salida del líquido obstruido.⁶

Como última opción la glándula de Bartholin será extraída completamente mediante una operación compleja en quirófano.

Enfermedad inflamatoria pélvica

Es una infección crónica, aguda o subaguda del útero, de las trompas de Falopio y de los ovarios que a menudo se acompaña de infección de los tejidos adyacentes.⁵

Etiología

Normalmente empieza con una infección del cuello uterino, por gonorrea o Chlamydia. Si la infección del cuello uterino no se trata con antibióticos, puede extenderse al endometrio y luego a las trompas de Falopio, el útero, los ovarios y el abdomen.

Aunque la transmisión sexual es la causa más común de esta afección, las bacterias pueden penetrar en el organismo después de procedimientos ginecológicos tales como: parto, biopsia endometrio, inserción de DIU, aborto terapéutico o espontáneo.

Manifestaciones clínicas

Entre los síntomas más comunes cabe mencionar: fiebre, dolor en el abdomen o la pelvis o secreción vaginal con color, consistencia u olor anormal.

Otros síntomas que pueden ocurrir son: sangrado después de la relación sexual, escalofríos, fatiga, micción frecuente, aumento del cólico menstrual, aumento del dolor durante la ovulación, sangrado o manchado menstrual irregular, náuseas con o sin vómitos o relaciones sexuales dolorosas.

Tratamiento

En la EIP leve se pueden administrar antibióticos tras un examen aunque los casos más severos pueden requerir hospitalización. Los antibióticos se administran

primero por vía intravenosa y luego por vía oral. El antibiótico a utilizar depende del germen causante.

Es necesario tratar a cualquier compañero sexual y además, es esencial el uso de preservativos durante el tratamiento.

Enfermedad fibroquística de la mama

Suele aparecer en la edad reproductiva. Esta producida por una alteración hormonal, en un inicio es una enfermedad benigna pero es susceptible a tener una evolución maligna.

Etiología

Se cree que los cambios están asociados con hormonas producidas por los ovarios, debido a que la afección desaparece generalmente con la menopausia.⁵ Los cambios también pueden variar durante el ciclo menstrual.

Manifestaciones clínicas

Los síntomas pueden evolucionar de leves a severos, se acentúan normalmente antes de cada período menstrual y desaparecen inmediatamente después. Las manifestaciones más características son: dolor en una o ambas mamas, que aumenta antes de producirse la menstruación, aparición de nódulos o masas en las mamas o secreción ocasional del pezón.⁵

Tratamiento

Los tratamientos más usuales son: terapia hormonal, analgésicos en caso de dolor intenso o aplicación de calor local.

Se recomienda utilizar un sujetador que aguante bien el pecho.

Además se pueden tener en cuenta ciertas medidas de autocuidado como: restricción de grasa en la dieta y eliminación de la cafeína, realización de un autoexamen de mamas una vez al mes y la ingesta de vitamina E y vitamina B6.⁵

Fibroadenoma

Son tumores benignos de mama, suelen aparecer con frecuencia en mujeres jóvenes pudiendo alcanzar un tamaño considerable. Es frecuente que existan varios fibroadenomas en la misma mama pudiendo aparecer de forma bilateral. No suelen doler aunque pueden causar molestias cuando crecen de forma rápida.

Manifestaciones clínicas

Los tumores pueden ser firmes, móviles, redondeados e indoloros.⁵ Pueden tener bordes bien definidos, pero pueden crecer en tamaño, especialmente durante el embarazo. A menudo, los tumores se vuelven más pequeños después la menopausia.

Tratamiento

Se necesita una biopsia para obtener un diagnóstico definitivo. Si una biopsia indica que el tumor es un fibroadenoma, éste se puede dejar en su lugar o extirparse, dependiendo de la paciente y del tumor. En el primer caso, se puede vigilar con el tiempo con: mamografías, exámenes físicos o ecografías.⁵

El tumor puede extirparse quirúrgicamente en el momento de una biopsia. La decisión depende de las características del tumor y de las preferencias de la paciente.

Los tratamientos alternativos incluyen la extirpación del tumor con una aguja y la destrucción del mismo sin extirparlo (congelación, proceso llamado crioblación).

Problemas ginecológicos: cáncer genital

Cáncer de cérvix

Epidemiología

En España la incidencia es de 8'5 por 100000 mujeres por año, con alrededor de 2000 casos nuevos al año.⁷ La tasa de mortalidad por cáncer de cervix ha ido disminuyendo drásticamente desde los años 70 hasta los 90. La edad más frecuente de aparición del cáncer de 50 a 55 años.

Factores de riesgo

Los más importantes son: haber padecido virus del papiloma humano, la conducta sexual (inicio precoz de las relaciones sexuales y el número de parejas sexuales del hombre o de la mujer), la inmunosupresión (factor predisponente para neoplasias anogenitales) o el tabaco (mujeres fumadoras de 20 cigarrillos o más).

Pruebas diagnósticas

La más importante es la citología exfoliativa que consiste en el estudio de células descamadas del cérvix y del fondo de saco vaginal.

Además también podemos realizar un exámen ginecológico que consta de palpación abdominal, inspección de genitales externos y exploración de genitales internos.

Cuando estas pruebas se realizan sin anestesia suelen ser molestas, por tanto será importante informar a la mujer y ofrecer apoyo además de técnicas de relajación.

Lesiones premalignas

La Neoplasia Intraepitelial Cervical (CIN), también en el sistema de Bethesda llamada Lesión Escamosa Intraepitelial (SIL) de alto grado (HGSIL) o de bajo grado (LGSIL), es una alteración progresiva de maduración y diferenciación de los epitelios que va desde su forma más leve (LGSIL) hasta el carcinoma in situ o HGSIL.⁷

El CIN se considera una lesión precursora del cáncer invasor de cérvix, clasificándose en: CIN I o displasia leve, CIN II o displasia moderada, CIN III o displasia severa y carcinoma in situ.⁷

Tratamiento

Se lleva a cabo por medio de la conización que consiste en la exéresis de un fragmento grande de cérvix en forma de cono. La paciente puede requerir para este tratamiento hospitalización y anestesia, pudiendo cursar con complicaciones como la hemorragia y el dolor.⁷

Cáncer de endometrio

Epidemiología

La incidencia de este tipo de cáncer ha aumentado en los últimos años sobrepasando al cáncer de cérvix.

Factores de riesgo

Menopausia tardía, sobre todo en mujeres con manifestaciones hiperestrogénicas como la anovulación crónica; tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos de forma continua y no compensados con progesterona; obesidad, el tejido adiposo tiene

un importante papel en la producción de estrógenos, el endometrio de las mujeres obesas está expuesto a mayores concentraciones de estrógenos; patología ovárica causante de un hiperestrogenismo con la anovulación crónica, síndrome de ovario poliquístico; hipertensión arterial, diabetes y el tratamiento con tamoxifeno.

Diagnóstico

Por ecografía vaginal que nos permite ver con claridad el útero, por histeroscopia (examen endoscópico que nos permite visualizar la cavidad uterina), por biopsia endometrial ambulatoria o por dilatación y legrado fraccionado (se realiza para obtener muestras con fin de diagnóstico).

Manifestaciones clínicas

El síntoma más frecuente es la hemorragia uterina anormal. El dolor abdominal es un síntoma de aparición tardía, típico de fases avanzadas de la enfermedad.

Tratamiento

El tratamiento dependerá del estadio de cáncer, de las características histológicas, de la existencia o no de metástasis y del estado general de la paciente.

Cirugía en los estadios I, la histerectomía total con anexectomía bilateral y linfadenectomía pélvica y paraaórtica.

Radioterapia, tratamiento complementario a la cirugía en los estadios I y II con objeto de prevenir las recidivas vaginales o pélvicas.

Hormonoterapia, tratamiento con acetato de medroxiprogesterona, un progestágeno que contrarrestará los efectos de los estrógenos.

Cáncer de vulva

Este cáncer suele afectar con mayor frecuencia los labios vaginales externos.

Evoluciona de forma lenta a través de los años. Las células anormales pueden crecer en la superficie de la piel de la vulva durante largo tiempo. Esta afección precancerosa se llama neoplasia intraepitelial vulvar (NIV) o displasia. Debido a que la NIV o displasia se puede convertir en cáncer de vulva, es muy importante tratar esta afección.

Para clasificar el cáncer de vulva se utilizan los siguientes estadios: estadio I, sólo se encuentra localizado en la vulva; estadio II, se formó en la vulva y se diseminó al perineo, puede medir unos 2 cm; estadio III, se ha extendido hacia estructuras contiguas como vejiga, uretra, recto, vagina,...y estadio IV, la enfermedad ha realizado una invasión generalizada, alcanzando órganos distantes.⁸

Factores de riesgo

Incluyen: padecer de la infección por el virus del papiloma humano (VPH), ser mujer de edad avanzada, mala higiene o antecedentes de lesiones vulvares.

Manifestaciones clínicas

Con frecuencia no causa síntomas al principio.

Los problemas que pueden presentar son: bulto en la vulva, picazón que no desaparece en la región de la vulva, hemorragia no relacionada con la menstruación o sensibilidad en el área de la vulva.

Diagnóstico

Se utilizan pruebas que examinan la vulva como son: inspección, observando la coloración, morfología, vulvitis y zonas eccemosas; vulvoscopía, usando una lupa para distinguir las lesiones y fijar sus límites; citología, en la que se recogen células

por raspado para diagnosticar el tipo de patología; o biopsia, extracción o extirpación de una pequeña porción de tejido por punción o incisión para examinarla luego en el laboratorio.⁹

Después de diagnosticarse el cáncer de vulva, se hacen pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado. El proceso utilizado se llama estadificación y determina el estado de la enfermedad. Para ello se realiza un exámen pélvico, Rx, RM o citoscopia.¹⁰

Tratamiento

Existen varias opciones entre las cuales están la radioterapia, quimioterapia y cirugía, siendo esta última la más recomendada. En ella se extirpa la vulva por escisión y en algunos casos el tejido que la rodea junto con los vasos linfáticos.¹⁰

Cáncer ovárico

Pronóstico

Depende del tiempo de evolución del cáncer ovárico.

Aproximadamente el 76% de las mujeres con cáncer ovárico sobreviven un año después del diagnóstico y el 45% vive más de 5 años después del diagnóstico. Si el diagnóstico se hace en las primeras etapas de la enfermedad y el tratamiento se recibe antes de que el cáncer se disemine por fuera del ovario, la tasa de supervivencia a 5 años es alrededor del 94%.¹¹

Factores de riesgo

El riesgo de sufrir cáncer ovárico parece estar afectado por varios factores: antecedente familiares, los que presenten parientes de primer grado afectados tienen un mayor riesgo; mutación genética; número de embarazos, cuantos más hijos menos probabilidad de sufrirlo; o edad superior a 50 años.

Diagnóstico

Es difícil de diagnosticar precozmente debido a lo complicado que resulta acceder a los ovarios.¹² Para cuando es diagnosticado, el tumor a menudo se ha diseminado más allá de los ovarios. La edad media de aparición es de 62 años. Representa el 15% de las neoplasias malignas y sólo un 10% de los casos se diagnostica precozmente, por lo que en la mayoría de las veces se detecta en fase avanzada y la exéresis es ya imposible. El 70% de los tumores ováricos son benignos, el 65% de los cuales son quistes.¹²

Manifestaciones clínicas

Los síntomas pueden ser: dolor o hinchazón en el abdomen, dolor en la pelvis, problemas gastrointestinales tales como gases, flatulencia o estreñimiento; menstruación anormal, modificación del peso, sensación de pesadez pélvica o hirsutismo.

Diagnóstico

Se puede diagnosticar por medio de la palpación abdominal y tacto vaginal, por ecografía, realizando un TAC, mediante laparoscopia o realizando una bioquímica de sangre y orina.

Tratamiento

La cirugía es el método de elección porque posee la tasa de curación más alta respecto a otros procedimientos como la radio o quimioterapia. La cirugía consiste en histerectomía total, que es el procedimiento quirúrgico para extirpar el útero,

incluso el cuello uterino, éste se extrae por la vagina, o por incisión abdominal; salpingooforectomia, procedimiento quirúrgico para extirpar uno u ambos ovarios junto o sin las trompas de Falopio; o biopsia de ganglios linfáticos, extracción total o parcial de un ganglio linfático.