

LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGÍA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGRADO PARTE I



Autores: Alvarez Saltos, Miguel David
Godoy Terán, Pablo Andrés
Ramírez Correa, Bryan Vicente
Tayupanta Albán, Miguel Anderson
Toala Mosquera, José Fernando
Viñan Andino, Adriana Viviana
Zabala Solis, Juan Carlos



EVALUACIÓN POR PARES ACADEMICOS CIEGOS

Fecha de evaluación: 20/06/2023

Títulos Académico de los pares evaluadores: Tercer y Cuarto nivel en el Campo de la Salud

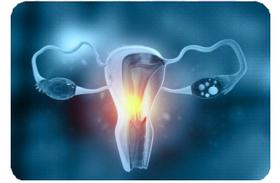
	Alto	Medio	Bajo
a. El tema es pertinente y brinda aportes a su área de conocimiento.	X		
b. Calidad de la argumentación y solvencia en la escritura.	X		
c. Calidad de la sustentación teórico-conceptual. Grado de documentación.	X		
d. Metodología pertinente y adecuada para el objetivo propuesto.	X		
e. Fuentes bibliográficas actualizadas – Normas Vancouver		X	

Declaración de confidencialidad: Entiendo que tendré acceso a información confidencial, por lo cual no se podrá hacer uso de la información a la que tenga acceso (como divulgación de resultados previo a su publicación, o divulgación de los conceptos elaborados) para beneficio personal, darla a conocer o ponerla en disposición del beneficio de cualquier otra persona y organización.

Normas de ética en investigación: Declaro que conozco y acepto los estándares internacionales de publicación científica, en particular los referentes al manejo del plagio y el proceso de revisión de pares externos:

http://publicationethics.org/files/International%20standard_editors_for%20website_11_Nov_2011.pdf

“LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGIA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGADO PARTE I”



Autores:

- ALVAREZ SALTOS, MIGUEL DAVID (**AUTOR PRINCIPAL**)
correo electrónico: Miguel_6_95@hotmail.com
- GODOY TERÁN, PABLO ANDRÉS (**AUTOR PRINCIPAL**)
correo electrónico: pabloandres4141@gmail.com
- RAMÍREZ CORREA, BRYAN VICENTE (**AUTOR PRINCIPAL**)
correo electrónico: bryanramirezute@gmail.com
- TAYUPANTA ALBÁN, MIGUEL ANDERSON (**AUTOR PRINCIPAL**)
Docente Universitario - Universidad de Guayaquil
correo electrónico: drandertayupanta@hotmail.com
- TOALA MOSQUERA, JOSÉ FERNANDO (**AUTOR PRINCIPAL**)
correo electrónico: Josetoalamosquera@hotmail.com
- VIÑAN ANDINO, ADRIANA VIVIANA (**AUTOR PRINCIPAL**)
correo electrónico: viviadri12@gmail.com

“LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGIA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGADO PARTE I”



- ZABALA SOLIS, JUAN CARLOS (AUTOR PRINCIPAL)

correo electrónico: Carlitoszsjp94@gmail.com

“LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGIA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGADO PARTE I”



TÍTULO DEL LIBRO

LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGIA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGADO PARTE I

Quito - Ecuador

La reproducción completa o parcial de esta obra está estrictamente prohibida por cualquier medio, ya sea electrónico o mecánico, sin la autorización previa y escrita de los titulares.

Cada uno de los artículos e información aquí descrita son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Quito Copyright 2023

ISBN: 978-9942-7097-8-3

<http://doi.org/10.58927/vitalfam.1707>

Open Library: OL47353950M

Editorial VitalFam



“LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGIA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGADO PARTE I”



La ginecología es una rama de la medicina que se ocupa de la salud reproductiva y sexual de la mujer. Es una disciplina que ha evolucionado enormemente en los últimos años, gracias al avance de la ciencia y la tecnología, así como al compromiso y dedicación de los profesionales que la practican.

Este libro, que hoy presentamos, es una obra que busca ofrecer una visión completa y actualizada de la ginecología, abordando los temas más relevantes y de interés para todas aquellas mujeres que deseen cuidar su salud reproductiva y sexual.

A lo largo de sus páginas, se presentan los conocimientos más actualizados sobre la anatomía y fisiología del sistema reproductivo femenino, así como los métodos anticonceptivos y las patologías más frecuentes que afectan a la salud de la mujer.

Este libro es el resultado del trabajo de un equipo de personal de salud, que han puesto todo su conocimiento y experiencia al servicio de la salud de las mujeres.

Esperamos que sea de gran utilidad para todas aquellas personas que deseen cuidar y proteger su salud reproductiva y sexual.

Este texto y la información contenido en el mismo no pretenden reemplazar el consejo de un profesional sobretodo en una situación de emergencia.

Recomendando al lector o profesional que curse estudios de especialización profundizar o complementar cada tema con literatura médica más específica para cada tema tomando en cuenta la gran cantidad de texto científico que se genera día a día en el campo de la Medicina.



CONTENIDO

1.1	Objetivos del libro.....	16
1.2	Historia de la ginecología.....	17
1.3	Conceptos básicos y definiciones.....	18
II.	Anatomía y fisiología del sistema reproductivo femenino	21
2.1	Anatomía del sistema reproductor femenino	21
2.1.1	Ovarios	23
2.1.2	Trompas de Falopio:.....	23
2.1.3	Útero:.....	23
2.1.4	Cérvix:.....	24
2.1.5	Vagina.....	25
2.1.6	Clítoris	25
2.1.7	Glándulas mamarias	25
2.1.8	Ligamentos y músculos del sistema reproductor femenino:	26
2.2	Fisiología del ciclo menstrual	27
2.2.1	Hormonas reproductivas y su regulación	29
III.	Examen físico y evaluación ginecológica.....	31
3.1	Historia clínica y antecedentes ginecológicos.....	31
3.2	Examen físico ginecológico	32
3.3	Evaluación de la salud sexual	34
IV.	Anticoncepción y planificación familiar	36
4.1	Métodos anticonceptivos.....	36
4.1.1	Efectividad.....	37
4.1.2	Nuevos métodos	38
4.2	Planificación familiar.....	39
4.3	Interrupción voluntaria del embarazo	41
4.3.1	Indicaciones.....	42
4.3.2	Contraindicaciones	43



4.3.3 Penalizaciones	44
4.4 Actualidad en el Mundo y Latinoamérica	45
V. Enfermedades del tracto genital femenino.....	48
5.1 Enfermedades inflamatorias pélvicas.....	48
5.1.1 Definición	48
5.1.2 Epidemiología.....	49
5.1.3 Etiología	50
5.1.4 Factores de riesgo	51
5.1.5 Prevención	52
5.1.6 Clínica o sintomatología.....	53
5.1.7 Clasificación por severidad	54
5.1.8 Diagnóstico.....	55
5.1.9 Tratamiento.....	56
5.1.11 Escalas pronósticas.....	57
5.1.12 Complicaciones	58
5.1.13 Prevención de complicaciones	59
5.2 Endometriosis.....	62
5.2.1 Definición	62
5.2.2 Epidemiología.....	62
5.2.3 Etiología	64
5.2.4 Factores de riesgo	65
5.2.5 Prevención	66
5.2.6 Sintomatología.....	67
5.2.7 Clasificación por severidad	68
5.2.8 Diagnóstico.....	69
5.2.9 Tratamiento.....	70
5.2.10. Pronóstico – mortalidad.....	71



5.2.11 Escalas pronósticas	71
5.2.12 Complicaciones	72
5.2.13 Prevención de complicaciones	73
5.2.14 Investigaciones actuales	73
5.3 Fibromas uterinos.....	76
5.3.1 Definición	76
5.3.2 Epidemiología.....	76
5.3.3 Etiología	77
5.3.4 Factores de riesgo	78
5.3.5 Prevención	79
5.3.6 Clínica o sintomatología.....	80
5.3.7 Clasificación	81
5.3.8 Diagnóstico.....	82
5.3.9 Tratamiento.....	83
5.3.10 Pronóstico – mortalidad.....	83
5.3.11 Escalas pronósticas.....	84
5.3.12 Complicaciones	84
5.3.13 Prevención de complicaciones	85
5.3.14 Investigaciones actuales	86
Bibliografía	87
5.4 Prolapso genital.....	88
5.4.1 Definición	88
5.4.2 Epidemiología.....	88
5.4.3 Etiología	89
5.4.4 Factores de riesgo	90
5.4.5 Prevención.....	91
5.4.6 Clínica o sintomatología.....	92



5.4.7 Clasificación	93
5.4.8 Diagnóstico	93
5.4.9 Tratamiento.....	94
5.4.10 Pronóstico	95
5.4.11 Escalas pronósticas	95
5.4.12. Complicaciones	96
5.4.13 Prevención de complicaciones	97
5.4.14 Investigaciones actuales	97
5.5 Incontinencia urinaria.	99
5.5.1 Definición	99
5.5.2 Epidemiología.....	99
5.5.3 Etiología	101
5.5.4 Factores de riesgo	102
5.5.5 Prevención	103
5.5.6. Sintomatología.....	104
5.5.7 Clasificación	105
5.5.8 Diagnóstico.....	106
5.5.9 Tratamiento.....	107
5.5.10 Pronóstico	108
5.5.11 Escalas pronósticas.....	108
5.5.12 Complicaciones	109
5.5.13 Prevención de complicaciones	110
5.5.14. Investigaciones actuales	110
VI. Patologías del ciclo menstrual	114
6.1 Síndrome premenstrual	114
6.1.1 Definición.....	114
6.1.2 Epidemiología.....	114



6.1.3 Etiología	115
6.1.4 Factores de riesgo	116
6.1.5 Prevención	117
6.1.6 Clínica o sintomatología.....	118
6.1.7 Clasificación por severidad	119
6.1.8 Diagnóstico.....	119
6.1.9 Tratamiento.....	120
6.1.10 Pronóstico	121
6.1.11 Escalas pronósticas.....	121
6.1.12 Complicaciones	121
6.1.13 Prevención de complicaciones	122
6.1.14 Investigaciones actuales	123
6.2 Dismenorrea	125
6.2.1 Definición.....	125
6.2.2 Epidemiología.....	125
6.2.3 Etiología	126
6.2.4 Factores de riesgo	127
6.2.5 Prevención	128
6.2.6 Clínica o sintomatología.....	129
6.2.7 Clasificación por severidad	130
6.2.8 Diagnóstico.....	131
6.2.9 Tratamiento.....	132
6.2.10 Escalas de medición.	133
6.2.11 Complicaciones	135
6.2.12 Investigaciones actuales	136
6.3 Amenorrea.....	138
6.3.1 Definición	138



6.3.2 Epidemiología.....	138
6.3.3 Etiología	139
6.3.4 Factores de riesgo	141
6.3.5 Prevención	142
6.3.6 Clínica o sintomatología.....	143
6.3.7 Clasificación por severidad	144
6.3.8 Diagnóstico.....	144
6.3.9 Tratamiento.....	145
6.3.10 Pronóstico	146
6.3.11 Complicaciones	146
6.3.12 Prevención de complicaciones	147
6.3.13 Investigaciones actuales	148
6.4 Menorragia	150
6.4.1 Definición	150
6.4.2 Epidemiología.....	150
6.4.3 Etiología	151
6.4.4 Factores de riesgo	152
6.4.5 Prevención	153
6.4.6 Clínica o sintomatología.....	154
6.4.7 Clasificación por severidad	155
6.4.8 Diagnóstico.....	155
6.4.9 Tratamiento.....	156
6.4.10 Pronóstico – mortalidad.....	157
6.4.11 Escalas pronósticas.....	157
6.4.12 Complicaciones	158
6.4.13 Prevención de complicaciones	158
6.4.14 Investigaciones actuales	159



7.- Medicina Legal Ginecológica: Un Enfoque de interés para el médico general.	160
7.1 Introducción.	160
7.2 Definición y alcance de la medicina legal ginecológica	160
7.3 Evolución histórica de la medicina legal ginecológica	161
7.4 Aspectos Éticos y Legales en la Medicina Legal Ginecológica.....	163
7.5 Valoración Médico-Legal en Casos de presunta agresión sexual	164
7.6 Protocolos y procedimientos para la evaluación médico-forense de víctimas de presunta agresión sexual	166
7.7 Recopilación de pruebas físicas y forenses en casos de presunta violencia sexual	171
7.8 Evaluación y documentación de lesiones, signos de traumatismo y secuelas emocionales.....	173
7.9 Peritaje Médico en Casos de Negligencia Médica Ginecológica.....	174
7.10 Evaluación de casos de mala praxis médica en el ámbito ginecológico y obstétrico.	175



DESARROLLO DE CONTENIDO

1) INTRODUCCIÓN

CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE GINECOLOGIA

ALVAREZ SALTOS, MIGUEL DAVID

MEDICO GENERAL, CENTRO DE SALUD DE PALANDA TIPO B, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

2) ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA REPRODUCTIVO FEMENINO

GODOY TERÁN, PABLO ANDRÉS

MÉDICO GENERAL

3) EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN GINECOLÓGICA

RAMÍREZ CORREA, BRYAN VICENTE

MEDICO GENERAL HOSPITAL DOCENTE DE CALDERÓN

4) ANTICONCEPCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

TOALA MOSQUERA, JOSÉ FERNANDO

MD MSC PH.D, MÉDICO OCUPACIONAL, DIRECTOR DE CENTRO MÉDICO GALENO



5) ENFERMEDADES DEL TRACTO GENITAL FEMENINO

5.1 ENFERMEDADES INFLAMATORIAS PÉLVICAS

5.2 ENDOMETRIOSIS

5.3 FIBROMAS UTERINOS

VIÑAN ANDINO, ADRIANA VIVIANA

MÉDICO GENERAL

5.4 PROLAPSO GENITAL

5.5 INCONTINENCIA URINARIA

ALVAREZ SALTOS, MIGUEL DAVID

MEDICO GENERAL, CENTRO DE SALUD DE PALANDA TIPO B, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

6) PATOLOGIAS DEL CICLO MENSTRUAL

ZABALA SOLIS, JUAN CARLOS

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA

7) MEDICINA LEGAL GINECOLÓGICA: UN ENFOQUE DE INTERÉS PARA EL MÉDICO GENERAL.

TAYUPANTA ALBÁN, MIGUEL ANDERSON

**MÉDICO LEGISTA DE LA UNIDAD DE MEDICINA LEGAL POLICÍA NACIONAL
ZONA 8**

DOCENTE UNIVERSITARIO - UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL



I. INTRODUCCIÓN

1.1 Objetivos del libro

El objetivo principal de un libro sobre ginecología es proporcionar información detallada y actualizada sobre la salud femenina, específicamente en lo que respecta al sistema reproductivo, los órganos sexuales y los problemas de salud relacionados. Algunos de los objetivos específicos que puede tener un libro sobre ginecología son:

1. Proporcionar una descripción detallada de la anatomía y fisiología del sistema reproductivo femenino, incluyendo los órganos genitales internos y externos, el ciclo menstrual y la ovulación.
2. Describir y explicar las condiciones ginecológicas más comunes, como la endometriosis, los fibromas uterinos, las infecciones vaginales, la dismenorrea, la amenorrea y la infertilidad.
3. Ofrecer información sobre métodos anticonceptivos, tanto hormonales como no hormonales, y ayudar a las mujeres a tomar decisiones informadas sobre su uso.
4. Proporcionar una guía detallada sobre el embarazo, incluyendo el desarrollo fetal, el parto, la lactancia materna y los cuidados postparto.
5. Ofrecer consejos prácticos sobre la prevención y detección temprana del cáncer ginecológico, como el cáncer de cuello uterino, el cáncer de ovario y el cáncer de mama.
6. Abordar cuestiones importantes relacionadas con la salud sexual, como las enfermedades de transmisión sexual, la salud sexual y las relaciones saludables.

El objetivo de un libro sobre ginecología es educar y empoderar a las mujeres en lo que respecta a su salud y bienestar, proporcionando información precisa, confiable y fácil de entender sobre los temas más importantes relacionados con la ginecología y la salud femenina.



1.2 Historia de la ginecología

La ginecología es una especialidad médica que se ocupa de la salud del sistema reproductivo femenino, incluyendo la vulva, la vagina, el útero, los ovarios y las glándulas mamarias. La historia de la ginecología se remonta a la antigüedad, cuando las mujeres acudían a curanderos y parteras para obtener atención médica y asistencia en el parto. (1)

Antigüedad

En la antigua Grecia, Hipócrates fue uno de los primeros médicos en escribir sobre enfermedades femeninas y proporcionar descripciones detalladas de la anatomía del sistema reproductivo femenino. También fue el primero en utilizar el término "histeria", que se derivó de la palabra griega para útero, "hystera". Se creía que esta enfermedad era causada por la movilidad del útero en el cuerpo de la mujer y se trataba con la aplicación de aromas y la manipulación del clítoris. (1)

En el antiguo Egipto, los médicos también estaban familiarizados con la anatomía femenina y ofrecían tratamientos para diversas enfermedades ginecológicas, incluyendo la endometriosis y la infertilidad. Las parteras también eran comunes en la antigua China y se encargaban de proporcionar asistencia en el parto y atención médica básica a las mujeres.

Edad Media

Durante la Edad Media, la atención médica femenina se centró en gran medida en la obstetricia, es decir, en la atención de las mujeres durante el parto. La atención médica estaba en manos de parteras y curanderos, y la medicina basada en la fe era común. Se creía que las enfermedades ginecológicas eran causadas por la ira de Dios o por la brujería, y se utilizaban remedios mágicos y supersticiosos para tratarlas.

Renacimiento

Durante el Renacimiento, la medicina y la ciencia experimentaron un gran avance, y la atención médica femenina se convirtió en una especialidad médica formal. En 1546, el médico francés Jacques Guillemeau publicó un tratado sobre obstetricia y ginecología, que se considera el primer libro dedicado exclusivamente a la atención médica femenina. (1)

Uno de los principales avances en este campo fue la obra "De Mulieribus Claris" (Sobre las mujeres ilustres), escrita en el siglo XIV por el médico italiano Trotula de Salerno. Este libro fue uno de los primeros en tratar la anatomía femenina y ofrecer soluciones para problemas relacionados con la menstruación, el embarazo y el parto.

“LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGIA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGADO PARTE I”



En el siglo XVII, la ginecología se convirtió en una especialidad médica separada de la obstetricia. Durante este período, los médicos comenzaron a utilizar fórceps para ayudar en el parto y se introdujeron técnicas para el manejo de las complicaciones obstétricas. En el siglo XIX, la invención del estetoscopio y el microscopio permitió a los médicos examinar el útero y los ovarios con mayor precisión.

En el siglo XVIII, la atención médica femenina se centró en la cirugía ginecológica y la eliminación de tumores ováricos y uterinos. El médico británico William Hunter fue uno de los primeros en utilizar instrumentos quirúrgicos para realizar histerectomías y ooforectomías, y describió la anatomía del útero con gran detalle.

En el siglo XIX, la atención médica femenina se volvió más avanzada y científica. Se desarrollaron nuevas técnicas de diagnóstico, como la colposcopia, que permitían una evaluación más precisa del cuello uterino y la vagina. Los médicos también comenzaron a utilizar anestesia durante los procedimientos quirúrgicos, lo que redujo significativamente el dolor y el riesgo de infección.

Sin embargo, la historia de la ginecología también está marcada por la discriminación de género. Durante mucho tiempo, la ginecología fue una especialidad dominada por hombres que consideraban que las mujeres eran incapaces de comprender su propia salud reproductiva. Las mujeres, por su parte, no tenían acceso a la educación médica formal y no podían acceder a la atención médica ginecológica con facilidad.

Esto comenzó a cambiar en la década de 1860, cuando Elizabeth Blackwell se convirtió en la primera mujer en graduarse de una escuela de medicina en Estados Unidos. Blackwell fue también una defensora de la educación médica para mujeres y fundó una escuela de medicina para mujeres en NY en 1868. (2)

En la actualidad, la ginecología es una especialidad médica altamente avanzada que se ocupa de la salud reproductiva femenina. La ginecología moderna incorpora técnicas avanzadas de diagnóstico, como la resonancia magnética y la laparoscopia, así como tratamientos médicos y quirúrgicos para tratar una amplia gama de afecciones ginecológicas. También se enfoca en la prevención de enfermedades ginecológicas a través de exámenes regulares y educación sobre la salud reproductiva y el cuidado personal.



1.3 Conceptos básicos y definiciones

La ginecología es una especialidad médica que se ocupa de la salud del sistema reproductivo femenino, incluyendo la vulva, la vagina, el útero, los ovarios y las glándulas mamarias. A continuación, se presentan algunos conceptos básicos:

Anatomía femenina: es el estudio de la estructura y función de los órganos reproductores femeninos, que incluyen la vulva, la vagina, el útero, los ovarios y las glándulas mamarias.

Ciclo menstrual: es el proceso fisiológico que ocurre en el cuerpo de la mujer y que prepara al sistema reproductivo para la fertilización. El ciclo menstrual dura aproximadamente 28 días y está controlado por hormonas que se producen en el cerebro y los ovarios.

Menopausia: es el momento en que cesa la menstruación y la mujer deja de ser fértil. La menopausia generalmente ocurre entre los 45 y los 55 años de edad. (2)

Papanicolau (Pap): es un examen ginecológico que se realiza para detectar células anormales en el cuello uterino que puedan ser precursoras de cáncer cervical. El examen se realiza tomando una muestra de células del cuello uterino con un hisopo y enviándola a un laboratorio para su análisis.

Ultrasonido: es una técnica de diagnóstico que utiliza ondas sonoras para producir imágenes del útero, los ovarios y otras estructuras del sistema reproductivo femenino. El ultrasonido se utiliza para detectar anomalías, como quistes o tumores.

Infecciones de transmisión sexual (ITS): son enfermedades que se transmiten a través del contacto sexual y que afectan tanto a hombres como a mujeres. Algunas ITS comunes incluyen la clamidia, la gonorrea y el virus del papiloma humano.

Anticoncepción: son métodos utilizados para prevenir el embarazo, como el uso de preservativos, píldoras anticonceptivas, dispositivos intrauterinos (DIU), entre otros.

Infertilidad: es la incapacidad de una pareja para concebir después de un año de relaciones sexuales sin protección. Puede ser causada por diversos factores, como problemas ovulatorios, de los espermatozoides o problemas estructurales.

Estos son solo algunos de los conceptos básicos y definiciones relacionados con la ginecología. La especialidad es muy amplia y cuenta con numerosos términos y técnicas específicas que los médicos y pacientes deben conocer.

“LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGIA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGADO PARTE I”



Bibliografía:

1. Cifuentes R. Ginecología y Obstetricia Basadas en Nuevas Evidencias. Distribuna Editorial Médica; 2023. p. 10-20.
2. Artículo de revista: Sala NC. La ginecología natural en América Latina: Un movimiento sociocultural del presente. Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro). 2020; 26(2): 59-78.

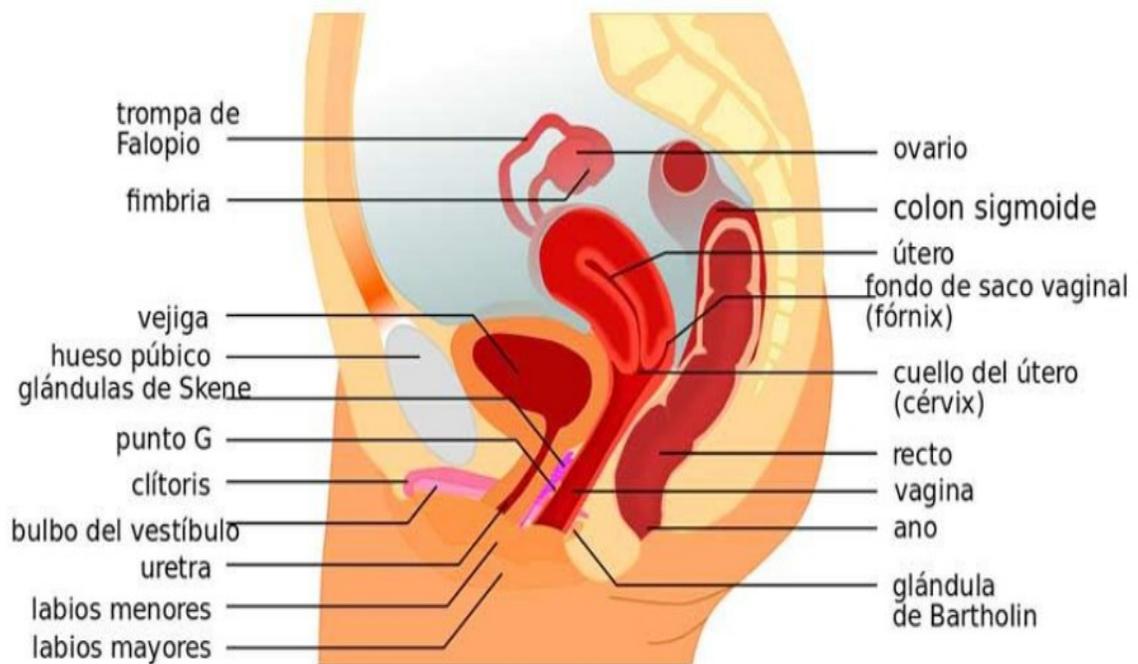


II. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA REPRODUCTIVO FEMENINO

2.1 Anatomía del sistema reproductor femenino

El sistema reproductor femenino es un conjunto de órganos y estructuras que trabajan juntos para producir, transportar y fertilizar los óvulos, así como para llevar a cabo el embarazo y el parto. (1)

Se presenta una descripción detallada de la anatomía del sistema reproductor femenino:



Ovarios: Son dos órganos del tamaño de una almendra ubicados en los lados de la pelvis. Los ovarios producen óvulos y hormonas, como el estrógeno y la progesterona.

Trompas de Falopio: Son dos tubos estrechos que se extienden desde cada ovario hasta el útero. Las trompas de Falopio transportan los óvulos desde los ovarios hasta el útero, donde puede ocurrir la fertilización.

Útero: Es un órgano en forma de pera invertida ubicado en la pelvis. El útero está diseñado para recibir y nutrir al embrión durante el embarazo.

“LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGIA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGADO PARTE I”



El revestimiento del útero, llamado endometrio, se desprende durante la menstruación y se regenera durante el ciclo menstrual.

Cérvix: Es la parte inferior y estrecha del útero que se conecta con la vagina. El cérvix está diseñado para proteger al útero de las infecciones y para permitir que los espermatozoides entren durante la fertilización.

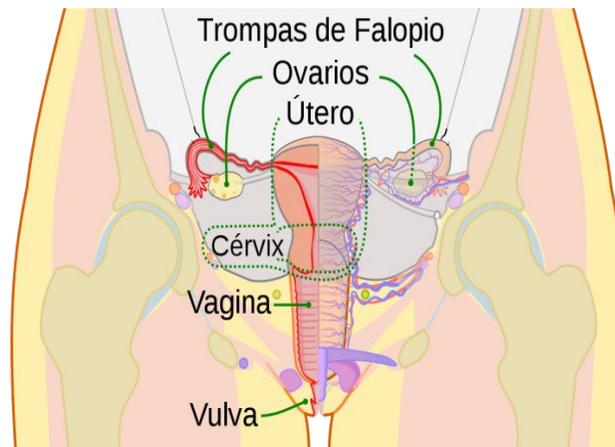
Vagina: Es un conducto muscular elástico que se extiende desde el cérvix hasta el exterior del cuerpo. La vagina es el lugar donde ocurre la penetración sexual y es el canal de parto durante el parto. (1)

Labios mayores y menores: Son pliegues de piel y tejido graso ubicados en la abertura de la vagina. Los labios mayores y menores protegen la vagina y la uretra y contienen glándulas que producen lubricación durante la excitación sexual.

Glándulas de Bartholin: Son dos pequeñas glándulas ubicadas cerca de la entrada de la vagina. Las glándulas de Bartholin producen un líquido lubricante durante la excitación sexual.

Clítoris: Es un órgano eréctil sensible ubicado en la parte superior de los labios menores. El clítoris es una estructura importante para la excitación sexual y puede provocar orgasmos.

Uretra: Es un conducto estrecho que se extiende desde la vejiga hasta la abertura de la vagina. La uretra es el conducto por el cual la orina se elimina del cuerpo.





2.1.1 Ovarios:

Características anatómicas: son órganos pequeños y ovalados, cada uno de aproximadamente 3-5 cm de largo, que se encuentran a ambos lados del útero. Están cubiertos por una capa externa de tejido conectivo llamada cápsula ovárica.

Características histológicas: el tejido ovárico interno está compuesto por células germinales, células de la granulosa y células de la teca. Los folículos ováricos contienen un óvulo inmaduro rodeado de células de la granulosa y se encuentran en diferentes etapas de desarrollo en el ovario.

Características vasculares: los ovarios están altamente vascularizados, recibiendo su suministro de sangre de las arterias ováricas. Estas arterias y venas proporcionan una conexión importante entre los ovarios y los vasos sanguíneos de la pelvis.

2.1.2 Trompas de Falopio:

Características anatómicas: las trompas de Falopio son dos tubos de unos 10-12 cm de largo que se extienden desde los ovarios hasta el útero. Están compuestos por tres capas: una capa interna de células ciliadas que ayuda a transportar los óvulos, una capa media de músculo liso y una capa externa de tejido conectivo.

Características histológicas: la capa interna de las trompas de Falopio está cubierta de células ciliadas y células secretoras, mientras que la capa muscular lisa y la capa externa están compuestas principalmente de tejido conectivo.

Características vasculares: las trompas de Falopio reciben su suministro de sangre de las arterias uterinas, las ováricas y las ramas de la arteria mesentérica inferior. (1)

2.1.3 Útero:

Características anatómicas: el útero es un órgano muscular con forma de pera invertida que se encuentra en la pelvis y está conectado a las trompas de Falopio. Está compuesto por tres capas: el endometrio, el miometrio y el perimetrio.

Características histológicas: el endometrio es la capa interna del útero y está compuesto por células glandulares y estromales que cambian de forma cíclica en respuesta a las hormonas reproductivas. El miometrio es la capa muscular media que se contrae durante el parto y la menstruación. El perimetrio es la capa externa de tejido conectivo que rodea el útero.



Características vasculares: el útero recibe su suministro de sangre de las arterias uterinas, que se originan en las arterias ilíacas internas. (1,2)

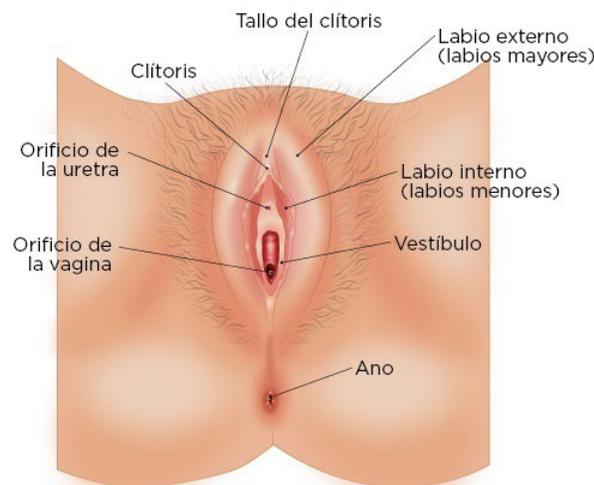
2.1.4 Cérvix:



Características anatómicas: el cérvix es la parte inferior y estrecha del útero que se extiende hacia la vagina. Está compuesto por tejido conectivo y músculo liso, y tiene una abertura llamada orificio cervical interno que conecta el útero con la vagina.

Características histológicas: la capa interna del cérvix está cubierta por el endocérvix, que es un epitelio glandular que produce moco cervical. La capa media está compuesta por músculo liso y la capa externa por tejido conectivo. (2)

Características vasculares: el cérvix recibe su suministro de sangre de las arterias uterinas, así como de las arterias vaginales.





2.1.5 Vagina:

Características anatómicas: la vagina es un canal muscular y elástico que se extiende desde el cérvix hasta la abertura vaginal externa. Está compuesta por varias capas de tejido conectivo y músculo liso.

Características histológicas: la capa interna de la vagina está cubierta por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado, mientras que la capa media está compuesta por músculo liso y la capa externa por tejido conectivo. (2)

Características vasculares: la vagina recibe su suministro de sangre de las arterias vaginales y de las arterias pudendas internas.

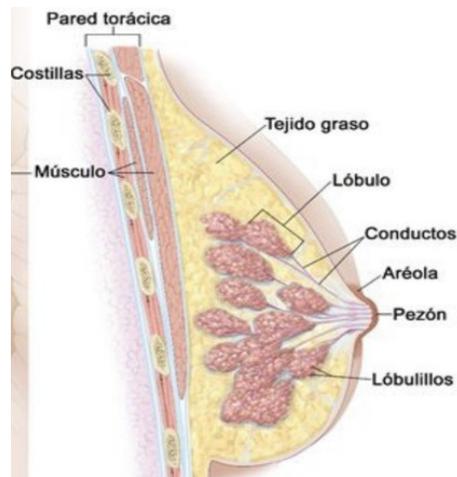
2.1.6 Clítoris:

Características anatómicas: es una estructura sensible al tacto ubicada en la parte superior de los labios menores. Está compuesto por tejido eréctil y nervioso, y tiene una estructura similar al pene masculino, aunque es más pequeño.

Características histológicas: el clítoris está compuesto por cuerpos cavernosos y tejido esponjoso que se llenan de sangre durante la excitación sexual. La capa externa está cubierta por un epitelio similar al de la vulva.

Características vasculares: el clítoris recibe su suministro de sangre de las arterias pudendas internas.

2.1.7 Glándulas mamarias:



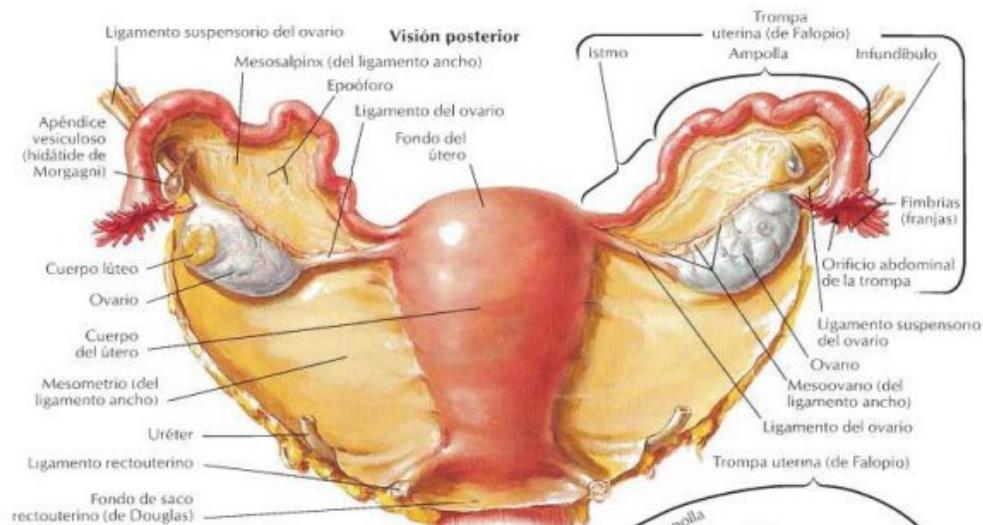


Características anatómicas: las glándulas mamarias son dos estructuras ubicadas en el pecho que producen leche durante la lactancia. Están compuestas por lobulillos y conductos que transportan la leche al pezón.

Características histológicas: los lobulillos están compuestos por células secretoras de leche y células mioepiteliales que la exprimen. Los conductos están rodeados por tejido conectivo y músculo liso. (2,3)

Características vasculares: las glándulas mamarias reciben su suministro de sangre de las arterias mamarias internas y externas.

2.1.8 Ligamentos y músculos del sistema reproductor femenino:



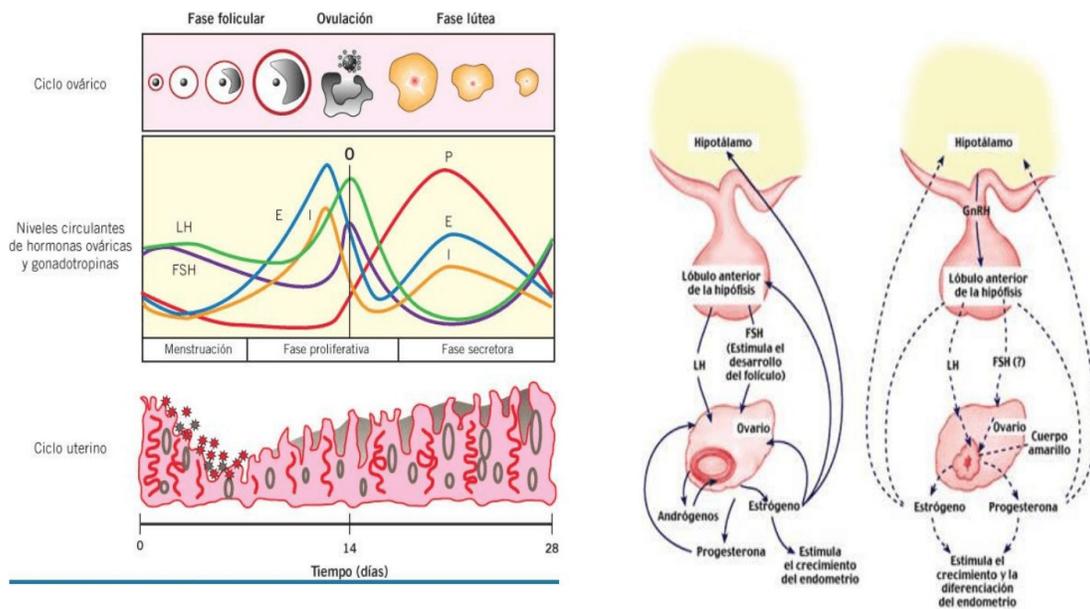
Además de los órganos reproductivos femeninos mencionados anteriormente, existen músculos y ligamentos que sostienen y protegen los órganos internos, así como también facilitan el movimiento durante el parto y la actividad sexual.

- **Ligamentos anchos:** son dos ligamentos fibrosos que se extienden desde los lados del útero hasta la pared pélvica lateral. También tienen la función de sostener los ovarios en su lugar.
- **Ligamento redondo del útero:** es un ligamento fibroso que se extiende desde el útero hasta la pared pélvica anterior.



- **Músculos del suelo pélvico:** son músculos que se extienden desde el hueso púbico hasta el coxis, y que sostienen los órganos pélvicos y ayudan a controlar la micción y la defecación.
- **Músculos bulbocavernosos:** son músculos que se encuentran a ambos lados de la vagina y que ayudan a cerrar la vagina durante la excitación sexual.
- **Músculos isquiocavernosos:** son músculos que se encuentran en la parte inferior de la pelvis y que ayudan a mantener la erección del clítoris.

2.2 Fisiología del ciclo menstrual



La fisiología del ciclo menstrual es un proceso complejo que involucra una serie de cambios hormonales y fisiológicos que ocurren en el cuerpo de una mujer en un ciclo de 28 días (en promedio).

A continuación, se describirán detalladamente los diferentes procesos que ocurren durante el ciclo menstrual:

1. **Fase menstrual:** El ciclo menstrual comienza con el sangrado menstrual, que generalmente dura de tres a siete días. Durante esta fase, el revestimiento del útero (endometrio) se

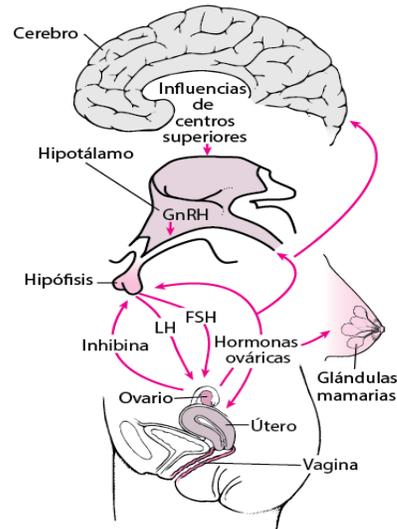


desprende y se elimina del cuerpo a través de la vagina. La fase menstrual es controlada por la hormona llamada progesterona,

2. **Fase folicular:** Después de la fase menstrual, comienza la fase folicular, que dura alrededor de 14 días en promedio.
Durante esta fase, los ovarios comienzan a producir una hormona llamada estrógeno, que ayuda a engrosar el endometrio en preparación para el embarazo.
El estrógeno también estimula la producción de la hormona luteinizante (LH) y la hormona folículo estimulante (FSH).
3. **Ovulación:** Alrededor del día 14 del ciclo menstrual, el folículo ovárico más grande se rompe y libera un óvulo maduro en el tracto reproductivo.
Esto se conoce como ovulación y ocurre en el centro del ciclo menstrual. La ovulación es estimulada por un aumento en la producción de LH, liberada por la glándula pituitaria.(2)
4. **Fase lútea:** Después de la ovulación, comienza la fase lútea, que dura aproximadamente 14 días.
Durante esta fase, los restos del folículo ovárico se convierten en un cuerpo lúteo, que produce la hormona progesterona.
La progesterona ayuda a preparar el endometrio para la implantación del óvulo fecundado. Si el óvulo no es fecundado, el cuerpo lúteo se desintegra y los niveles de progesterona disminuyen, lo que desencadena la fase menstrual.
5. **Fertilización:** Si un espermatozoide fecunda al óvulo durante la ovulación, el óvulo fecundado comienza a dividirse y se mueve hacia el útero para implantarse en el endometrio.
Si se produce la implantación, el cuerpo lúteo continúa produciendo progesterona para mantener el embarazo hasta que se forme la placenta. (2)



2.2.1 Hormonas reproductivas y su regulación



La regulación hormonal del ciclo menstrual está mediada por la hipófisis (glándula pituitaria), el hipotálamo y los ovarios.

La hipófisis segrega dos hormonas principales que son cruciales para el ciclo menstrual: la hormona luteinizante (LH) y la hormona folículo estimulante (FSH). Estas hormonas son controladas por una hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) producida por el hipotálamo. (3)

Las hormonas reproductivas son sustancias químicas producidas por las glándulas sexuales y las glándulas pituitarias que regulan el ciclo menstrual en las mujeres.

Las hormonas reproductivas incluyen estrógeno, progesterona, hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH). La producción y regulación de estas hormonas están controladas por una compleja retroalimentación:

1. **Hormona folículo estimulante (FSH):** La FSH es producida por la glándula pituitaria en el cerebro y estimula el crecimiento y la maduración de los folículos ováricos. En la fase folicular del ciclo menstrual, los niveles de FSH aumentan para estimular la maduración de los folículos ováricos y la producción de estrógeno.
2. **Hormona luteinizante (LH):** La LH también es producida por la glándula pituitaria y juega un papel clave en la ovulación y en la producción de progesterona. En la fase lútea del ciclo



menstrual, la LH ayuda a convertir el folículo ovárico en el cuerpo lúteo, que produce progesterona para preparar el útero para la implantación.

3. **Estrógeno:** Es una hormona producida por los folículos ováricos y es responsable de la maduración del endometrio y la estimulación del crecimiento del tejido uterino. También juega un papel importante en la regulación de los niveles de FSH y LH.
4. **Progesterona:** La progesterona es producida por el cuerpo lúteo después de la ovulación y ayuda a preparar el endometrio para la implantación del óvulo fertilizado. También inhibe la producción de FSH y LH, lo que evita la maduración de otros folículos ováricos y previene la ovulación durante el embarazo. (2)

La regulación de estas hormonas reproductivas está controlada por la retroalimentación negativa y positiva entre el hipotálamo, la hipófisis y los ovarios.

El hipotálamo secreta una hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) que estimula la liberación de FSH y LH por la hipófisis. A medida que los niveles de estrógeno y progesterona aumentan en el ciclo menstrual, se produce una retroalimentación negativa que disminuye la producción de FSH y LH para prevenir la sobreestimulación de los ovarios.

Sin embargo, cuando los niveles de estrógeno alcanzan un pico, se produce una retroalimentación positiva que estimula la producción de LH para desencadenar la ovulación.

Bibliografía:

1. Gómez Estacio L, Luna Fernández AL. Galería de imágenes del sistema reproductor femenino para estudio práctico de la Anatomía Humana. Edumecentro. 2021;13 (2):146-158.
2. Ruiz Cerrillo S. Enseñanza de la anatomía y la fisiología a través de las realidades aumentada y virtual. Innov. educ. (Méx. DF) [Internet]. 2019;19(79):57- 76. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-26732019000100057&lng=es&nrm=iso. ISSN 1665-2673. [Citado el 01 de julio de 2023]
3. Tema 7: Aparato genital femenino [Internet]. Silo.tips. [Citado el 2 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://silo.tips/download/tema-7-aparato-genital-femenino>.



III. EXAMEN FÍSICO Y EVALUACIÓN GINECOLÓGICA



3.1 Historia clínica y antecedentes ginecológicos

La historia clínica y los antecedentes ginecológicos son componentes esenciales de la evaluación ginecológica. (1)

La importancia de una evaluación adecuada y completa no solo reside en el diagnóstico y tratamiento de afecciones ginecológicas, sino también en la prevención y detección temprana de enfermedades.

Algunos aspectos importantes que se deben tener en cuenta durante la evaluación ginecológica incluyen:

Antecedentes personales y familiares: Es importante conocer los antecedentes médicos de la paciente, así como la historia médica de su familia. Esto incluye información sobre enfermedades crónicas, antecedentes quirúrgicos, medicamentos actuales y alergias, así como antecedentes de cáncer ginecológico en la familia. (1)



Historial menstrual: Es fundamental recopilar información sobre el ciclo menstrual de la paciente, incluyendo la duración, la regularidad y la cantidad de sangrado menstrual. También es importante preguntar sobre el dolor menstrual y otros síntomas relacionados con el ciclo menstrual.

Historial sexual: La evaluación de la actividad sexual de la paciente es importante para evaluar el riesgo de enfermedades de transmisión sexual, así como para planificar la prevención del embarazo.

Es importante preguntar sobre el número de parejas sexuales, el uso de anticonceptivos y la práctica de sexo seguro. (1,2)

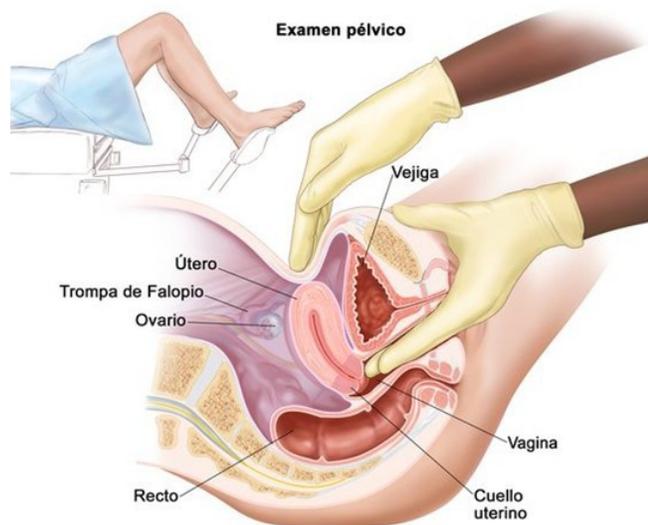
Antecedentes obstétricos: La evaluación de los antecedentes obstétricos es importante para evaluar el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto. Es importante preguntar sobre el número de embarazos, abortos espontáneos, partos y cesáreas.

Antecedentes de enfermedades ginecológicas: Es importante preguntar sobre cualquier afección ginecológica previa, como infecciones vaginales, enfermedades de transmisión sexual, quistes ováricos o enfermedades del útero.

Examen físico: El examen físico incluye la evaluación de los órganos reproductivos internos y externos, así como la palpación de los senos para detectar masas o anomalías.

El examen físico también puede incluir una prueba de Papanicolaou, que puede ayudar a detectar cambios precancerosos en el cuello uterino.

3.2 Examen físico ginecológico





El examen físico ginecológico completo es una evaluación exhaustiva de los órganos reproductivos femeninos y las estructuras asociadas. (2)

Aunque puede variar según el proveedor de atención médica y la paciente, en general, el examen físico ginecológico completo consta de las siguientes partes:

Historia clínica: Antes del examen físico, el proveedor de atención médica puede hacer preguntas sobre la historia médica de la paciente, incluyendo antecedentes familiares de enfermedades ginecológicas, de enfermedades y afecciones crónicas, historial menstrual y sexual, antecedentes obstétricos y uso de anticonceptivos. (1)

Inspección de la vulva: El proveedor de atención médica examinará visualmente la vulva, buscando cualquier anomalía, como irritación, inflamación, bultos o verrugas. También puede examinar el vello púbico y los labios mayores y menores.

Examen interno con espéculo: Se insertará un espéculo en la vagina para permitir la visualización del cuello uterino y la pared vaginal. El proveedor de atención médica examinará visualmente el cuello uterino, buscando cualquier anomalía, como enrojecimiento, inflamación, úlceras o crecimientos anormales. También pueden tomar una muestra de células del cuello uterino para un examen de Papanicolaou.

Palpación de los órganos internos: El proveedor de atención médica puede palpar los ovarios, el útero y las trompas de Falopio para evaluar su tamaño, forma y posición. Esto se hace insertando uno o dos dedos en la vagina y presionando sobre el abdomen al mismo tiempo.

Examen rectal: En algunos casos, el profesional de la salud puede realizar un examen rectal para evaluar los órganos pélvicos y detectar masas o anomalías en el recto.

Examen de senos: El proveedor de atención médica examinará los senos en busca de bultos, masas o cualquier otra anomalía. También pueden enseñarle a la paciente cómo hacer un autoexamen de senos. (1,2)

El examen físico ginecológico completo puede ser incómodo o doloroso, pero es necesario para evaluar la salud y detectar afecciones ginecológicas en una etapa temprana.



3.3 Evaluación de la salud sexual



La evaluación de la salud sexual es una parte importante de la evaluación ginecológica.

Durante esta evaluación, el profesional de la salud puede hacer preguntas sobre la actividad sexual de la paciente, incluyendo la frecuencia de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, el uso de anticonceptivos:

Pruebas de detección de ETS: Se pueden realizar pruebas de detección de ETS, como la prueba del VIH, la prueba de clamidia y la prueba de gonorrea. El proveedor de atención médica puede recomendar estas pruebas si la paciente tiene síntomas de una ETS o si ha tenido relaciones sexuales sin protección.

Examen pélvico: Durante el examen pélvico, el proveedor de atención médica puede examinar visualmente los órganos genitales externos de la paciente y palpar los órganos internos para detectar cualquier anomalía o crecimiento anormal.

También pueden tomar una muestra de células del cuello uterino para realizar una prueba de detección de cáncer cervical.

Prueba de embarazo: Si la paciente está sexualmente activa y no está utilizando anticonceptivos, el proveedor de atención médica puede recomendar una prueba de embarazo para determinar si está embarazada.

Su médico también puede discutir riesgos asociados con la actividad sexual, como la posibilidad de infecciones de transmisión sexual y el riesgo de embarazo no deseado.

“LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGIA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGADO PARTE I”



Se pueden discutir opciones anticonceptivas y recomendar la mejor opción para la paciente, según su historial médico y sus necesidades individuales.

La evaluación de la salud sexual es importante para mantener la salud ginecológica y prevenir enfermedades y afecciones relacionadas con la actividad sexual.

Bibliografía:

1. Orellana Pletz DANIELA. Ginecología Obstetricia Anamnesis y Historia Clínica. 2022.106-118.
2. Sanchez Soria Galvarro KP. Ginecología-Obstetricia. Unidad II Examen Físico (Historia Clínica). 2019.36-58.



IV. ANTICONCEPCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

4.1 Métodos anticonceptivos



Los métodos anticonceptivos son diferentes opciones que las personas pueden usar para prevenir el embarazo durante la actividad sexual. (1)

Existen varios tipos de métodos anticonceptivos, y cada uno funciona de manera diferente:

1. **Anticonceptivos hormonales:** Estos métodos incluyen pastillas anticonceptivas, parches, anillos vaginales, inyecciones y dispositivos intrauterinos (DIU) hormonales. Todos contienen hormonas que evitan la ovulación y previenen el embarazo.
2. **Dispositivos intrauterinos (DIU):** Estos son pequeños dispositivos que se insertan en el útero para prevenir el embarazo. Hay dos tipos: el DIU hormonal y de cobre.
3. **Barrera:** Estos métodos incluyen condones masculinos y femeninos, diafragmas, esponjas y capuchones cervicales. Todos trabajan bloqueando físicamente el espermatozoides.
4. **Métodos de planificación natural:** También conocidos como métodos de ritmo. Estos métodos se basan en la observación de los patrones de fertilidad de la mujer y la abstinencia sexual durante los días fértiles del ciclo menstrual.
5. **Esterilización:** Los métodos de esterilización incluyen la ligadura de trompas para mujeres y la vasectomía para hombres. Estos son procedimientos quirúrgicos que previenen permanentemente el embarazo.



Ningún método anticonceptivo es 100% efectivo, por lo que es importante discutir las opciones y utilizar métodos adicionales, como el uso de condones.

4.1.1 Efectividad

La efectividad de cada método anticonceptivo puede variar según diversos factores, como el uso correcto y consistente del método, la edad de la persona, la salud general y otros factores individuales. (1) A continuación, se presentan las tasas de efectividad típicas para algunos de los métodos anticonceptivos más comunes:

Píldoras anticonceptivas combinadas: entre un 91% y un 99% efectivas, dependiendo de la consistencia del uso.

Parches anticonceptivos: entre un 91% y un 99% efectivos, dependiendo de la consistencia del uso.

Anillo vaginal anticonceptivo: entre un 91% y un 99% efectivo, dependiendo de la consistencia del uso.

Dispositivos intrauterinos (DIU) hormonales: entre un 99% y un 99.8% efectivos.

Dispositivos intrauterinos (DIU) de cobre: entre un 99% y un 99.2% efectivos.

Implante anticonceptivo: entre un 99% y un 99.95% efectivo.

Inyección anticonceptiva: entre un 94% y un 99% efectiva, dependiendo de la consistencia del uso.

Condón masculino: entre un 85% y un 98% efectivo, dependiendo de la consistencia del uso.

Diafragma: entre un 80% y un 94% efectivo, dependiendo de la consistencia del uso.

La efectividad de cada método anticonceptivo también puede verse afectada por factores como el inicio de la actividad sexual, la cantidad de parejas sexuales, la frecuencia de las relaciones sexuales y otros factores individuales. (1,2)

Es importante discutir las opciones anticonceptivas con un proveedor de atención médica y utilizar métodos adicionales, como el uso de condones, para aumentar la protección contra el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual.



4.1.2 Nuevos métodos

En los últimos años, se han desarrollado varios métodos anticonceptivos nuevos o mejorados que ofrecen más opciones a las personas que buscan prevenir el embarazo:



DIU hormonal con levonorgestrel: este DIU tiene la misma forma que un DIU de cobre, pero libera una pequeña cantidad de la hormona levonorgestrel en el útero para prevenir el embarazo. Tiene una efectividad del 99% y dura hasta cinco años.

DIU de plata: este DIU está recubierto de plata, que tiene propiedades antimicrobianas y puede reducir el riesgo de infección. Tiene una efectividad del 99% y puede durar hasta 10 años.

Anticonceptivo inyectable de acción prolongada: este método anticonceptivo se administra por vía intramuscular y proporciona una protección anticonceptiva de larga duración. Hay dos tipos: uno dura 12 semanas y otro dura 13 meses. Tiene una efectividad del 94% al 99%.

Píldora anticonceptiva de estrógeno natural: esta píldora contiene estrógeno natural en lugar de estrógeno sintético y puede tener menos efectos secundarios. Tiene una efectividad del 91% al 99%.

Diafragma autoajutable: se adapta a la forma del cuello uterino y puede ser más cómodo para algunas personas. Tiene una efectividad del 86% al 94%.

Anticonceptivo hormonal masculino: este método anticonceptivo todavía está en desarrollo, pero se espera que sea una opción efectiva para prevenir el embarazo en hombres. Funciona mediante la administración de testosterona y progesterona para suprimir la producción de espermatozoides. Actualmente se están realizando estudios clínicos.



Cada método anticonceptivo tiene sus propias ventajas y desventajas, y es importante discutir las opciones para encontrar la mejor opción para cada persona.

4.2 Planificación familiar



La planificación familiar es un conjunto de acciones y servicios destinados a ayudar a las personas y las parejas a tomar decisiones informadas y voluntarias sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

La planificación familiar permite a las personas tener hijos cuando desean hacerlo, tenerlos en la cantidad que desean y en el momento en que les resulta más conveniente. (2)

Los servicios de planificación familiar incluyen información y educación sobre los diferentes métodos anticonceptivos disponibles, así como la asesoría para seleccionar el método que mejor se adapte a las necesidades y preferencias de cada persona.

También incluyen la promoción y el suministro de métodos anticonceptivos, y la atención a la salud reproductiva, incluyendo la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, la prevención del cáncer ginecológico, la atención prenatal y el apoyo a la lactancia materna. (1,2)

La planificación familiar es importante para la salud reproductiva de las personas, ya que les permite tomar el control de su propia fertilidad y tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.



La planificación familiar también es importante para la salud pública, ya que puede ayudar a prevenir embarazos no deseados, reducir las tasas de aborto y mejorar la salud materna y infantil. (2)

Existen varios tipos de métodos de planificación familiar que las personas pueden utilizar para prevenir el embarazo. A continuación, se describen algunos de los métodos más comunes:

Métodos hormonales: Estos métodos utilizan hormonas sintéticas para prevenir la ovulación. Pueden ser píldoras anticonceptivas, parches, anillos vaginales, inyecciones o dispositivos intrauterinos (DIU) con hormonas.

Métodos de barrera: Estos métodos funcionan evitando que el esperma llegue al óvulo. Los métodos de barrera incluyen condones masculinos y femeninos, diafragmas y capuchones cervicales.

Dispositivos intrauterinos (DIU): Un DIU es un dispositivo de plástico en forma de T que se inserta en el útero. Puede ser hormonal o de cobre y funciona impidiendo que el espermatozoide llegue al óvulo y/o alterando el endometrio.

Métodos de planificación natural: Estos métodos requieren que las personas monitoreen su ciclo menstrual y eviten tener relaciones sexuales durante los días fértiles. Pueden incluir el método de la temperatura basal del cuerpo, el método del moco cervical y el método de la sintomatología.

Métodos permanentes: La ligadura de trompas y la vasectomía son métodos permanentes que impiden la fertilización.

Los costos de la planificación familiar pueden variar dependiendo del método anticonceptivo que se elija y del país en el que se encuentre la persona. Algunos métodos anticonceptivos, como los preservativos, pueden ser económicos y ampliamente disponibles en farmacias y supermercados. (2,3)

Otros métodos, como los dispositivos intrauterinos (DIU) o los métodos hormonales, pueden requerir una consulta con un médico, lo que puede aumentar el costo.

En muchos países, los servicios de planificación familiar son proporcionados de forma gratuita o a bajo costo en clínicas y centros de salud públicos. Además, en algunos países, los



seguros de salud privados pueden cubrir los costos de los métodos anticonceptivos. Las personas también deben considerar la eficacia, los efectos secundarios potenciales, la comodidad y la facilidad de uso al elegir un método anticonceptivo.

En la actualidad, la planificación familiar sigue siendo un tema importante en la salud reproductiva a nivel mundial. La disponibilidad y el acceso a métodos anticonceptivos eficaces y asequibles son esenciales para reducir las tasas de embarazo no deseado y mejorar la salud materna e infantil. (3)

En muchos países, los servicios de planificación familiar están disponibles en clínicas y centros de salud públicos y privados también proporcionan servicios y educación sobre planificación familiar. Además, cada vez hay más opciones de métodos anticonceptivos disponibles, incluidos métodos de larga duración.

Sin embargo, todavía hay desafíos en la planificación familiar, incluida la falta de acceso y la falta de información sobre los métodos anticonceptivos, especialmente en áreas rurales o de bajos ingresos.

4.3 Interrupción voluntaria del embarazo



La interrupción voluntaria del embarazo (IVE), también conocida como aborto, es el proceso por el cual se termina intencionalmente un embarazo antes de que el feto pueda sobrevivir fuera del útero. (3,4)

La IVE puede ser realizada de forma segura y legal por un profesional de la salud capacitado, o puede ser realizada de forma insegura y clandestina, lo que puede poner en riesgo la vida y la salud de la persona.



Las leyes que regulan la IVE varían en todo el mundo, y en algunos países el aborto es legal en ciertas circunstancias, como cuando la vida de la persona embarazada están en peligro, cuando el embarazo es el resultado de una violación o incesto, o cuando el feto tiene una anomalía grave.

En otros países, el aborto es ilegal en todas las circunstancias, lo que puede llevar a que las personas busquen abortos inseguros. (4,5)

La IVE es un tema controvertido y polarizador en muchos lugares, y ha sido objeto de un intenso debate político y social.

Los defensores de la IVE argumentan que es un derecho fundamental de las personas a controlar sus propios cuerpos y tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva, mientras que los oponentes argumentan que la vida comienza en la concepción y que el aborto es un acto inmoral e injusto.

4.3.1 Indicaciones



Las indicaciones para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) varían en todo el mundo y pueden estar determinadas por la legislación local, las políticas de salud pública y las prácticas médicas. A continuación, se presentan algunas de las indicaciones más comunes para la IVE: (5)

Riesgo para la vida o la salud de la persona embarazada: en casos en los que el embarazo representa un riesgo para la vida o la salud de la persona, como en casos de preeclampsia, enfermedad cardíaca, enfermedad renal, cáncer y otros problemas médicos graves, la IVE puede ser necesaria para proteger la salud y la vida de la persona.



Malformaciones fetales graves: cuando se diagnostican malformaciones fetales graves, la IVE puede ser una opción para las personas que no desean llevar a término un embarazo que resultará en un niño que no puede sobrevivir fuera del útero o que tendrá una vida limitada y llena de sufrimiento. (4)

Embarazo no deseado: cuando una persona no desea continuar con un embarazo, ya sea por razones personales, económicas, de carrera u otras, la IVE puede ser una opción.

Violación o incesto: en algunos países, la ley permite la IVE en casos de violación o incesto, lo que puede permitir a la persona embarazada evitar tener un hijo no deseado como resultado de una violación o incesto.

Las indicaciones para la IVE pueden variar según el país y que es fundamental que la decisión de llevar a cabo la IVE sea tomada por la persona embarazada y su equipo médico, en consulta con las leyes y políticas locales. (5)

4.3.2 Contraindicaciones

Las contradicciones para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) pueden variar dependiendo de la legislación y prácticas médicas locales, pero algunas de las contraindicaciones más comunes incluyen:

Embarazo avanzado: la IVE puede ser más difícil y arriesgada en embarazos avanzados, lo que puede limitar la disponibilidad de la IVE en embarazos más avanzados.

Problemas de salud de la persona: si la persona que busca la IVE tiene problemas de salud que la hacen inapta para el procedimiento, como problemas cardíacos, diabetes no controlada o hipertensión grave, la IVE puede no ser una opción segura. (5)

Alergia o sensibilidad a los medicamentos utilizados en la IVE: si la persona tiene alergias conocidas o sensibilidades a los medicamentos utilizados para la IVE, es posible que no pueda recibir el procedimiento.

No se ha confirmado el embarazo: es importante que el embarazo sea confirmado antes de la IVE para evitar riesgos innecesarios.

Falta de acceso al cuidado de la IVE: en algunas regiones o países, la IVE puede no estar disponible debido a las leyes o la falta de acceso a los servicios de salud.



PARTE LEGAL

La legalidad de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) varía según el país y la jurisdicción. En algunos países, la IVE es legal y está ampliamente disponible, mientras que en otros, puede estar restringida o incluso ilegal en todas las circunstancias.

En algunos países donde la IVE es legal, puede estar sujeta a ciertas regulaciones, como la necesidad de consentimiento informado de la persona que busca la IVE, la obligación de que la IVE sea realizada por un profesional médico capacitado, y un límite en la cantidad de tiempo en que se puede realizar la IVE. (4,5)

En algunos países, las objeciones de conciencia de los proveedores de servicios de salud pueden limitar aún más la disponibilidad de la IVE.

4.3.3 Penalizaciones



Las penalizaciones para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) varían según el país y la jurisdicción. (5)

En algunos países, la IVE puede ser legal y no estar sujeta a penalizaciones, mientras que en otros países, la IVE puede estar restringida o incluso prohibida, y las personas que buscan la



IVE o los proveedores de servicios de salud que realizan la IVE pueden enfrentar multas, cárcel o incluso la pena de muerte.

En algunos países, las penalizaciones por la IVE pueden estar dirigidas principalmente a los proveedores de servicios de salud que realizan la IVE, mientras que en otros, las personas que buscan la IVE también pueden enfrentar penalizaciones. (5)

Es importante que las personas que buscan la IVE investiguen las leyes y regulaciones en su país y hablen con su equipo médico para determinar qué opciones están disponibles y cuáles son sus riesgos legales si deciden buscar la IVE.

Además, es importante trabajar para cambiar las leyes y regulaciones que penalizan la IVE y abogar por el derecho de las personas a tomar decisiones informadas y seguras sobre su propia salud reproductiva.

4.4 Actualidad en el Mundo y Latinoamérica



La situación actual de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el mundo y en Latinoamérica es variada.

En algunos países, la IVE es legal y está disponible en clínicas y hospitales públicos y privados, mientras que en otros, la IVE puede estar restringida o incluso prohibida. (5)

En Europa, la mayoría de los países tienen leyes que permiten la IVE en ciertas circunstancias, como cuando la vida o la salud de la persona gestante están en riesgo, o cuando el embarazo es resultado de violación o incesto.

“LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGIA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGADO PARTE I”



En América del Norte, los Estados Unidos han tenido una larga historia de debate y lucha en torno al derecho al aborto, con estados que han promulgado leyes que restringen el acceso a la IVE, y otros que han ampliado la disponibilidad de la IVE.

En Latinoamérica, la situación es diversa y varía según el país. En algunos países, como Uruguay y Cuba, la IVE es legal y está disponible en clínicas y hospitales. (5)

En otros, como Argentina, México y Colombia, la IVE es legal en ciertas circunstancias, como cuando la vida o la salud de la persona gestante están en riesgo, o cuando el embarazo es resultado de violación o incesto.

En algunos países de la región, como El Salvador y Nicaragua, la IVE está prohibida en todas las circunstancias. La lucha por el acceso a la IVE y los derechos reproductivos sigue siendo una preocupación importante en muchos países y regiones del mundo. (5)

En Latinoamérica, por ejemplo, hay un movimiento activo por los derechos reproductivos de las mujeres y las personas con capacidad de gestar, que incluye campañas por la legalización de la IVE y el acceso a métodos anticonceptivos seguros y efectivos.

Bibliografía:

1. Alfonso González I, Reyes Salgado LN, Arcos Valencia JA, Toscano Arcos MP. Planificación familiar en tiempos de covid-19. *Revista Universidad y Sociedad*. 2021;13(6):583-589.
2. Flota EEV, Jonathan HCM. Consejería de la anticoncepción y planificación familiar como medida de prevención del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años.
3. Caguana-Uzhca JL, Paredes-Lanche ME, Ramírez-Aguilar CA, Vega-González WA, Zambrano-Pinto JS. Anticoncepción en mujeres de una parroquia rural ecuatoriana. *Revista Estudiantil CEUS (Ciencia Estudiantil Unidad de Salud)*. 2021;3(2):7-10.
4. Quintero LD, Osorio Osorio H, Bojorquez-Chapela I, Isaza L, Acosta-Reyes J, Fernández-Niño JA. Interrupción voluntaria del embarazo y salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes en Barranquilla. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e49.

“LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGIA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGADO PARTE I”



5. González AI, Moreno DJ, Grass DE. Interrupción voluntaria del embarazo en Latinoamérica, superando barreras. Rev Univ Ind Santander Salud. 2021;53.



V. ENFERMEDADES DEL TRACTO GENITAL FEMENINO

5.1 Enfermedades inflamatorias pélvicas



5.1.1 Definición

Las enfermedades inflamatorias pélvicas (EIP) son un conjunto de afecciones inflamatorias que afectan los órganos reproductivos femeninos internos, incluyendo el útero, las trompas de Falopio y los ovarios.

Las EIP se producen cuando las bacterias ingresan al tracto reproductivo a través de la vagina y el cuello uterino y se propagan hacia arriba hacia los órganos reproductivos internos. (1)

Las EIP son una causa común de infertilidad y dolor pélvico crónico en las mujeres. Es importante tratarlas de manera oportuna y adecuada para prevenir complicaciones a largo plazo.



5.1.2 Epidemiología

Las enfermedades inflamatorias pélvicas (EIP) son una causa significativa de morbilidad femenina en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que cada año se producen alrededor de 106 millones de casos nuevos de EIP en todo el mundo. La mayoría de los casos ocurren en mujeres jóvenes sexualmente activas, entre las edades de 15 y 24 años. (1)

En los Estados Unidos, se estima que alrededor del 10-15% de las mujeres sexualmente activas desarrollarán EIP en algún momento de sus vidas. Además, se cree que alrededor del 20% de las mujeres con EIP pueden tener problemas de infertilidad a largo plazo.

La incidencia y prevalencia de EIP varía según la región geográfica, el nivel socioeconómico y los factores de riesgo individuales, como la edad, la actividad sexual y el uso de anticonceptivos. Las mujeres que tienen múltiples parejas sexuales, comienzan a tener relaciones sexuales a una edad temprana y no utilizan métodos anticonceptivos de barrera tienen un mayor riesgo de desarrollar EIP. (1)

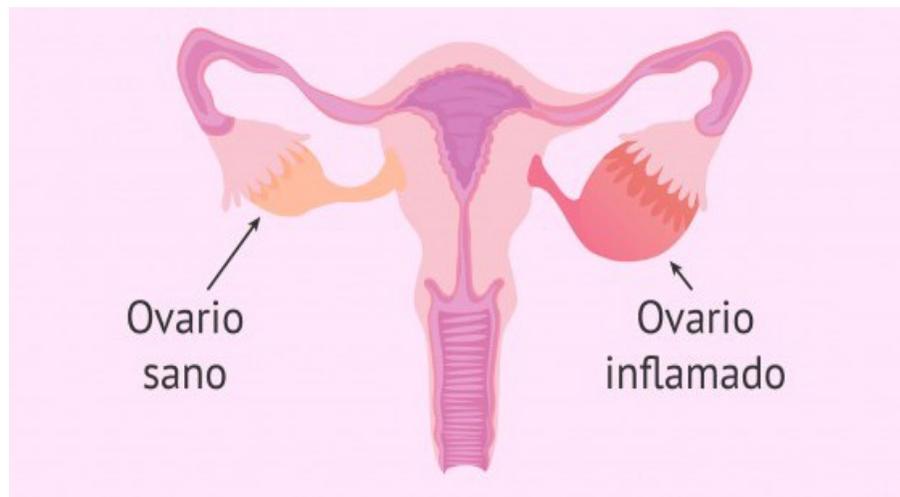
En Latinoamérica, las EIP son un problema de salud significativo, especialmente en países de bajos y medianos ingresos. Se estima que alrededor del 10-15% de las mujeres sexualmente activas en la región pueden desarrollar EIP en algún momento.

En Ecuador, la incidencia de EIP es desconocida, ya que no existen registros nacionales precisos sobre esta afección. Sin embargo, se estima que las EIP son una causa importante de morbilidad femenina en el país, especialmente en mujeres jóvenes y sexualmente activas. (1)

Los factores de riesgo para EIP en Ecuador son similares a los de otros países, incluyendo la actividad sexual temprana, múltiples parejas sexuales y el uso inadecuado de métodos anticonceptivos. La falta de acceso a atención médica de calidad y la falta de educación sobre salud sexual y reproductiva también pueden contribuir al aumento de la incidencia de EIP en el país.



5.1.3 Etiología



La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es una infección del tracto genital superior en mujeres que puede afectar el útero, las trompas de Falopio, los ovarios y el peritoneo. La causa más común de EIP son las infecciones de transmisión sexual, especialmente la gonorrea y la clamidia.

Sin embargo, otras bacterias y organismos infecciosos también pueden causar EIP, como los microorganismos que causan la vaginosis bacteriana y la infección por *Mycoplasma genitalium*.

Los factores de riesgo para la EIP incluyen tener múltiples parejas sexuales, tener una infección de transmisión sexual previa, tener relaciones sexuales sin protección, tener un dispositivo intrauterino (DIU) insertado y tener una historia de EIP o de cirugía pélvica. (1,2)

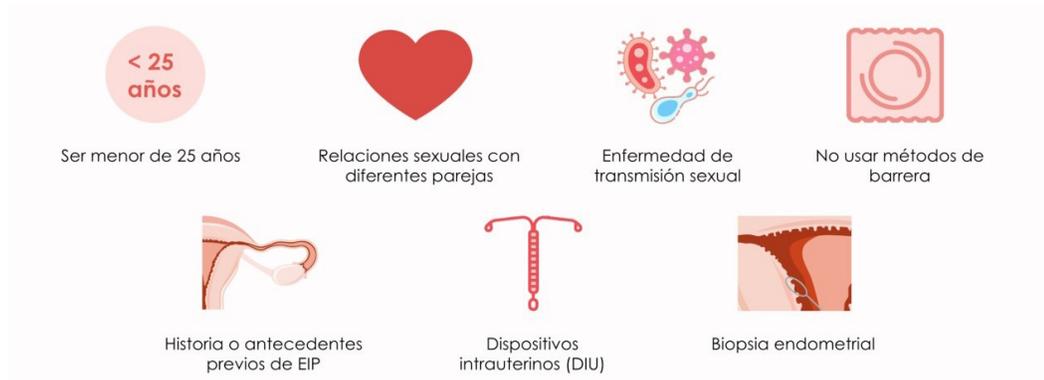
La EIP puede ser difícil de diagnosticar debido a que los síntomas pueden ser vagos o no específicos, pero pueden incluir dolor abdominal bajo, dolor durante las relaciones sexuales, fiebre y secreción vaginal anormal.

Si no se trata, la EIP puede llevar a complicaciones graves, como la infertilidad, el dolor crónico y el embarazo ectópico. Por lo tanto, es importante buscar atención médica si se sospecha de EIP. (2)



5.1.4 Factores de riesgo

Existen varios factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar enfermedades inflamatorias pélvicas (EIP). Algunos de estos factores son:



Tener múltiples parejas sexuales: Cuantas más parejas sexuales tenga una mujer, mayor será el riesgo de contraer una infección que pueda provocar una EIP.

Tener una infección de transmisión sexual (ITS) previa: Si una mujer ha tenido una ITS previamente, tiene más probabilidades de desarrollar una EIP.

Tener relaciones sexuales sin protección: El uso inconsistente o incorrecto de los métodos anticonceptivos, incluyendo el preservativo, puede aumentar el riesgo.

Tener un dispositivo intrauterino (DIU) insertado: Las mujeres que tienen un DIU insertado tienen un mayor riesgo de desarrollar una EIP.

Tener una cirugía pélvica previa: Las mujeres que han tenido una cirugía pélvica, como una cesárea o una histerectomía, tienen un mayor riesgo de desarrollar.

Tener una historia previa de EIP: Las mujeres que han tenido una EIP previa tienen un mayor riesgo de desarrollar otra en el futuro.

Tener una baja inmunidad: Las mujeres con un sistema inmunológico debilitado, como las que tienen VIH/SIDA, están en mayor riesgo de desarrollar una EIP.



No todas las mujeres que tienen estos factores de riesgo desarrollarán una EIP, pero es fundamental estar informado sobre los mismos para poder tomar medidas preventivas y acudir a un médico en caso de presentar síntomas. (2)

5.1.5 Prevención

La prevención de las enfermedades inflamatorias pélvicas (EIP) implica la adopción de medidas que reduzcan el riesgo de infecciones de transmisión sexual y otras infecciones que pueden causar EIP. Algunas medidas preventivas incluyen:



Practicar sexo seguro: El uso de condones y otros métodos de barrera durante las relaciones sexuales puede ayudar a prevenir la transmisión de infecciones.

Hacerse pruebas regulares de ETS: Es importante hacerse pruebas regulares de infecciones de transmisión sexual, especialmente si se tienen múltiples parejas.

Evitar tener múltiples parejas sexuales: Cuantas menos parejas sexuales se tenga, menor será el riesgo de contraer infecciones.

Mantener una buena higiene íntima: Para prevenir la proliferación de bacterias y otros microorganismos que puedan causar infecciones.

No fumar: Fumar puede debilitar el sistema inmunológico, lo que aumenta el riesgo de infecciones y EIP.

Utilizar métodos anticonceptivos de barrera: El uso de métodos anticonceptivos de barrera, como los condones, puede ayudar a prevenir la transmisión de infecciones de transmisión sexual y reducir el riesgo de EIP.



Evitar el uso de duchas vaginales: Las duchas vaginales pueden alterar el equilibrio natural de bacterias en la vagina, lo que aumenta el riesgo de infecciones. (2,3)

5.1.6 Clínica o sintomatología

La clínica o sintomatología de las enfermedades inflamatorias pélvicas (EIP) puede variar de una mujer a otra y dependerá del grado de la inflamación y de la extensión de la infección. Sin embargo, algunos síntomas comunes que se pueden presentar son:



Dolor abdominal: El dolor en la parte baja del abdomen, que puede ser leve o intenso, es uno de los síntomas más comunes de la EIP.

Dolor durante las relaciones sexuales: El dolor o la incomodidad durante las relaciones sexuales (dispareunia) pueden ser un síntoma de EIP.

Dolor al orinar: La EIP también puede provocar dolor al orinar, lo que puede confundirse con una infección urinaria.

Sangrado vaginal anormal: La EIP puede provocar sangrado vaginal anormal, incluyendo sangrado entre períodos menstruales o después de las relaciones sexuales.

Secreción vaginal anormal: La EIP también puede provocar una secreción vaginal anormal, que puede ser espesa, amarillenta o verdosa y tener un mal olor. (3)

Fiebre: La fiebre es un síntoma común de la EIP y puede indicar una infección grave.

Náuseas y vómitos: Las náuseas y los vómitos pueden ser un síntoma de EIP, especialmente si se presentan junto con otros síntomas.



Algunos casos de EIP pueden no presentar síntomas evidentes. Por esta razón, es fundamental realizar controles ginecológicos regulares y pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual para prevenir y diagnosticar la EIP en sus etapas iniciales.

5.1.7 Clasificación por severidad

La clasificación por severidad de las enfermedades inflamatorias pélvicas (EIP) se basa en la extensión de la infección y la presencia de complicaciones. Las siguientes son las categorías comunes de la clasificación por severidad de la EIP: (3)

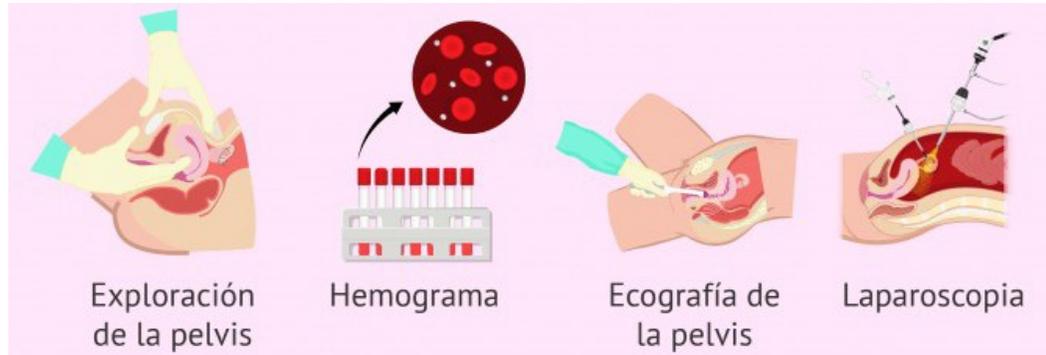
CLASIFICACIÓN DE GRAVEDAD DE EPI		
	Dolor suprapúbico Leucorrea  Fiebre	
Severidad	Hallazgo	Tratamiento
I LEVE	No complicada <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Sin masa anexial ⊗ Sin datos de abdomen agudo ⊗ Sin irritación peritoneal 	Oral (Ambulatorio) Levofloxacino + Mtz x 14 días
II MODERADA	Complicada <ul style="list-style-type: none"> ✓ Masa anexial ✓ Absceso anexial ✓ Con o sin irritación peritoneal 	Parenteral Ceftriaxona + Doxiciclina x 14 días
III GRAVE	Diseminada <ul style="list-style-type: none"> ✓ Absceso tubo-ovárico roto  ✓ Pelvi peritonitis ✓ SRIS 	Parenteral Ceftriaxona + Doxiciclina + Mtz x 14 días

1. **EIP leve:** La EIP leve se refiere a una infección que se limita al útero y/o las trompas de Falopio, sin la presencia de complicaciones significativas. Los síntomas pueden incluir dolor abdominal, fiebre, dolor durante las relaciones sexuales y secreción vaginal anormal.
2. **EIP moderada:** La EIP moderada se refiere a una infección que se ha extendido más allá del útero y las trompas de Falopio y puede afectar otros órganos reproductivos, como los ovarios. Los síntomas pueden incluir dolor abdominal intenso, fiebre, náuseas y vómitos, así como dolor durante las relaciones sexuales y secreción vaginal anormal.
3. **EIP grave:** La EIP grave es una forma muy seria de la enfermedad y puede presentar complicaciones significativas, como abscesos pélvicos, peritonitis, sepsis y/o infertilidad. Los síntomas pueden incluir dolor abdominal muy intenso, fiebre alta, náuseas y vómitos, así como dolor durante las relaciones sexuales y secreción vaginal anormal.



5.1.8 Diagnóstico

El diagnóstico de enfermedades inflamatorias pélvicas (EIP) generalmente implica una combinación de historia clínica, examen físico, pruebas de laboratorio y técnicas de imagen.



El médico generalmente realizará una entrevista exhaustiva para obtener información sobre los síntomas, como dolor abdominal o pélvico, secreción vaginal y fiebre, así como información sobre la historia sexual y reproductiva del paciente.

- El examen físico incluirá un examen pélvico para buscar signos de inflamación en el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. La exploración ginecológica puede ser dolorosa en caso de EIP. (4)
- Las pruebas de laboratorio pueden incluir análisis de sangre y muestras de orina, para buscar signos de infección. También se puede realizar una prueba de Papanicolau o cultivo de flujo vaginal.
- La ecografía abdominal o transvaginal y la resonancia magnética pueden proporcionar imágenes más detalladas de los órganos pélvicos y pueden ayudar a descartar otras causas de los síntomas.

En algunos casos, el médico puede recomendar una laparoscopia, una cirugía mínimamente invasiva para examinar los órganos pélvicos y tomar una biopsia si es necesario.

Las personas que sospechan que tienen EIP busquen atención médica de inmediato, ya que la EIP puede llevar a complicaciones graves si no se trata adecuadamente.



5.1.9 Tratamiento



El tratamiento de las enfermedades inflamatorias pélvicas (EIP) implica una combinación de antibióticos y medidas para aliviar el dolor y la inflamación. El tratamiento debe comenzar lo antes posible para prevenir complicaciones graves.

Los antibióticos se prescriben para combatir la infección. La elección del antibiótico dependerá de la gravedad de la infección, la edad de la paciente, el historial de alergias y otros factores. El tratamiento a menudo se inicia con antibióticos de amplio espectro para cubrir una amplia variedad de bacterias, y luego se ajusta según sea necesario. (3)

Además de los antibióticos, se pueden recetar analgésicos para aliviar el dolor. Los analgésicos de venta libre, como el ibuprofeno y el acetaminofén, pueden ser útiles para aliviar el dolor leve. Si el dolor es más intenso, se pueden recetar analgésicos más fuertes, como los opioides.

Se puede recomendar reposo en cama y evitar las relaciones sexuales durante el tratamiento para reducir la inflamación y el dolor. También se pueden recetar compresas calientes o frías para reducir la inflamación.

Es importante completar todo el curso de tratamiento con antibióticos, incluso si los síntomas mejoran antes de que se agoten los medicamentos. Si la EIP no se trata adecuadamente, puede provocar complicaciones graves, como infertilidad, dolor crónico y abscesos pélvicos.



5.1.10 Pronóstico

El pronóstico de las enfermedades inflamatorias pélvicas (EIP) varía según la gravedad de la infección y la rapidez con que se diagnostica y se trata.

Con un tratamiento adecuado y oportuno, la mayoría de las personas con EIP se recuperan sin complicaciones graves. Sin embargo, si la EIP no se trata adecuadamente, puede provocar complicaciones graves, como infertilidad, dolor pélvico crónico, abscesos pélvicos, embarazo ectópico, endometriosis y otros problemas de salud reproductiva. (3,4)

En casos muy raros, la EIP puede provocar sepsis, una respuesta inflamatoria del cuerpo a la infección, que puede ser potencialmente mortal si no se trata rápidamente.

En general, el pronóstico es mejor si la EIP se diagnostica y trata temprano, antes de que se produzcan complicaciones graves. Por lo tanto, es importante buscar atención médica de inmediato si se experimentan síntomas de EIP, como dolor abdominal o pélvico, secreción vaginal y fiebre.

Es importante tener en cuenta que el tratamiento de la EIP no garantiza la prevención de complicaciones a largo plazo, como la infertilidad. Por lo tanto, es esencial tomar medidas preventivas, como practicar relaciones sexuales seguras, hacerse pruebas regulares de detección de enfermedades de transmisión sexual y buscar atención médica inmediata si se sospecha una infección.

5.1.11 Escalas pronósticas

No existe una escala pronóstica específica para las enfermedades inflamatorias pélvicas (EIP). Sin embargo, hay algunas escalas y criterios que pueden ser útiles para evaluar la gravedad de la infección y la probabilidad de complicaciones. (4)

Otra escala que se puede utilizar para evaluar la gravedad de la infección es la escala de Pitt para la sepsis. Esta escala evalúa la gravedad de la sepsis en función de la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y los niveles de presión arterial y lactato. Aunque no está diseñada específicamente para EIP, puede ser útil para evaluar la gravedad de la infección y la necesidad de tratamiento intensivo.



5.1.12 Complicaciones

Las enfermedades inflamatorias pélvicas (EIP) pueden provocar complicaciones graves si no se diagnostican y tratan adecuadamente. Algunas de las complicaciones más comunes incluyen:



- **Infertilidad:** La EIP puede provocar daño en las trompas de Falopio, lo que puede impedir que los óvulos se fertilicen y se implanten en el útero.
- **Embarazo ectópico:** Si las trompas de Falopio están dañadas por la EIP, puede aumentar el riesgo de que un óvulo fertilizado se implante fuera del útero, lo que se conoce como embarazo ectópico.
- **Abscesos pélvicos:** La EIP puede provocar la formación de abscesos en el área pélvica, que pueden requerir cirugía para drenar.
- **Dolor pélvico crónico:** La EIP puede provocar dolor pélvico crónico que puede durar meses o años después de que se haya tratado la infección.
- **Endometriosis:** La EIP puede aumentar el riesgo de desarrollar endometriosis, una afección en la que el tejido que normalmente recubre el interior del útero crece fuera del útero.
- **Otros problemas de salud reproductiva:** La EIP puede provocar otros problemas de salud reproductiva, como cicatrices en el útero o en las trompas de Falopio, que pueden afectar la fertilidad o aumentar el riesgo de complicaciones en el embarazo. (4)



5.1.13 Prevención de complicaciones:

La mejor forma de prevenir las complicaciones de las enfermedades inflamatorias pélvicas (EIP) es prevenir la infección en primer lugar. A continuación, se presentan algunas medidas que pueden ayudar a prevenir la EIP y sus complicaciones:

- **Practicar sexo seguro:** Utilizar preservativos puede ayudar a prevenir la transmisión de las infecciones de transmisión sexual que pueden causar EIP.
- **Realizar pruebas de detección de ITS:** Es importante realizarse pruebas de detección de ITS de forma regular, especialmente si se tiene una nueva pareja.
- **Tratar las ITS de forma inmediata:** Si se diagnostica una ITS, es importante tratarla de forma inmediata para prevenir la propagación. (5)
- **Evitar las duchas vaginales:** Las duchas vaginales pueden alterar el equilibrio natural de bacterias en la vagina y aumentar el riesgo de infección.
- **Mantener una buena higiene personal:** Limpiar las áreas íntimas con agua y jabón pueden ayudar a prevenir la propagación de las bacterias.

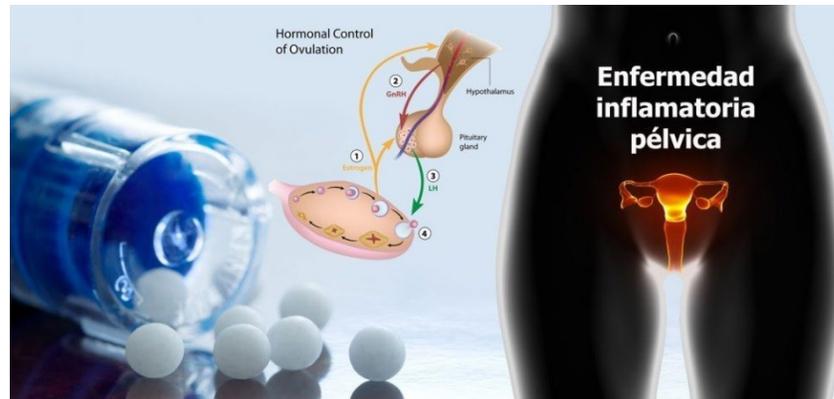


- **Vacunarse:** Algunas vacunas, como la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), pueden ayudar a prevenir las ITS que pueden causar EIP.



5.1.14 Investigaciones actuales

Actualmente, hay varias investigaciones en curso sobre las enfermedades inflamatorias pélvicas (EIP). A continuación, se presentan algunas áreas de investigación activa:



Nuevos tratamientos: Los investigadores están estudiando nuevos tratamientos para las EIP, incluyendo terapias más efectivas y menos invasivas, como terapia intravenosa y terapia de combinación de antibióticos.

Prevención de recurrencias: Los investigadores están explorando formas de prevenir la recurrencia de las EIP, incluyendo el uso de probióticos y el desarrollo de nuevas vacunas.

Genética y EIP: Los investigadores están estudiando el papel de la genética y cómo los genes pueden afectar la respuesta del cuerpo a las infecciones. (1,3)

Impacto a largo plazo: Los investigadores están estudiando el impacto a largo plazo de las EIP en la salud reproductiva y general de las mujeres, incluyendo la relación entre las EIP y la infertilidad, el dolor pélvico crónico y otras afecciones.

Detección temprana: Los investigadores están buscando formas de mejorar la detección temprana de las EIP, incluyendo el uso de pruebas de diagnóstico más precisas y herramientas de detección basadas en el análisis de biomarcadores.

Estas investigaciones tienen como objetivo mejorar la comprensión, prevención y tratamiento de las enfermedades inflamatorias pélvicas, lo que podría llevar a mejores resultados de salud para las mujeres afectadas. (5)

“LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGIA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGADO PARTE I”

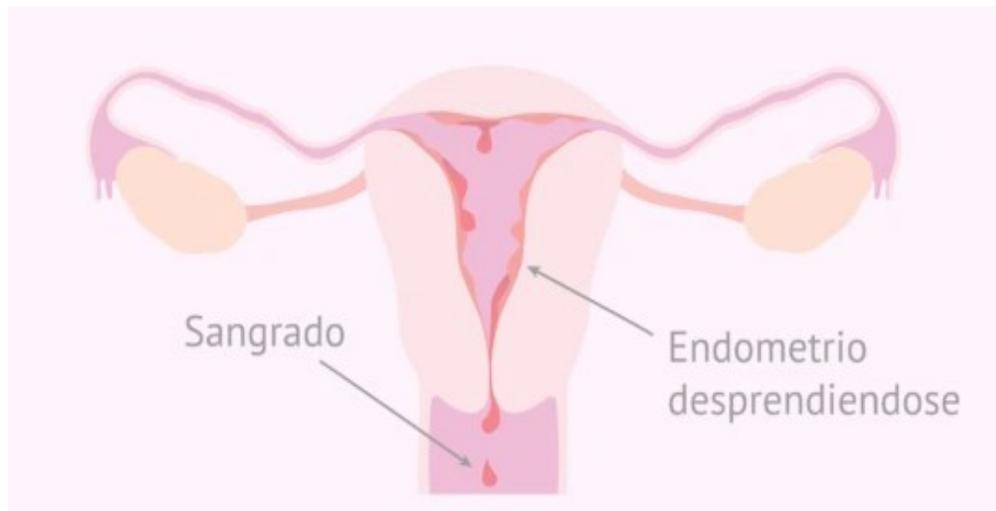


Bibliografía:

1. Martínez, C. O., Fumero, S. R., & Céspedes, D. M. Actualización sobre enfermedad pélvica inflamatoria. *Rev Clínica Escuela Med Univ Costa Rica*. 2020;10(3):19-25.
2. Contreras Ramos, L. C. Factores de riesgo asociados a la enfermedad pélvica inflamatoria en las pacientes atendidas en el hospital nacional Sergio E. Bernales, Lima 2020.
3. Muñoz Corahua, J. T. Enfermedad pélvica inflamatoria en un Hospital de altura en el periodo 2018.
4. Foraster, S. E. V., Maroto, S. B. C., De La, S. G. D. Á., Alvà, S. H. P., Rodríguez, S. C. C., & Barragan, S. F. B. Enfermedad pélvica inflamatoria: Cuándo sospecharla, espectro de hallazgos radiológicos y principales imitadores. *Seram*. 2022;1(1).
5. Mora, N. O. Infecciones del tracto genital inferior: Descarga vaginal. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2019;79(2):98-107.



5.2 Endometriosis



5.2.1 Definición

La endometriosis es una enfermedad crónica y dolorosa que se produce cuando el tejido endometrial, que normalmente se encuentra en el interior del útero, crece fuera de éste y se adhiere a otros órganos pélvicos, como los ovarios, las trompas de Falopio, el intestino y la vejiga. (1)

Este tejido se comporta de la misma forma que lo haría en el interior del útero, es decir, engrosándose, desprendiéndose y sangrando durante el ciclo menstrual. Sin embargo, al encontrarse fuera del útero, no tiene una forma fácil de salir del cuerpo y puede causar inflamación, dolor, formación de quistes y adherencias, y afectar la fertilidad de la mujer.

5.2.2 Epidemiología

La endometriosis es una enfermedad común en mujeres en edad reproductiva, y se estima que afecta a aproximadamente el 10% de las mujeres en todo el mundo. (1)

“LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGIA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGADO PARTE I”



La prevalencia exacta de la enfermedad es difícil de determinar, ya que muchas mujeres pueden tener endometriosis sin presentar síntomas, o sus síntomas pueden ser leves y no ser diagnosticados.

La endometriosis es más común en mujeres que no han tenido hijos, y también puede ser más común en mujeres con antecedentes familiares de la enfermedad.



Otros factores de riesgo incluyen la menstruación temprana, la menopausia tardía, los ciclos menstruales cortos y los períodos menstruales abundantes. Además, se ha observado que las mujeres que tienen endometriosis también pueden tener mayor riesgo de desarrollar ciertas afecciones, como el cáncer de ovario.

En Latinoamérica, la endometriosis es una enfermedad muy prevalente y se estima que afecta aproximadamente al 10% de las mujeres en edad reproductiva. Sin embargo, hay variaciones en la prevalencia de la enfermedad según los países. (1,2)

En Ecuador, aunque no hay datos precisos sobre la prevalencia de la endometriosis, se estima que la enfermedad afecta a una proporción significativa de mujeres en edad reproductiva.

Se cree que la falta de conocimiento y conciencia sobre la enfermedad, la falta de acceso a atención médica especializada y la falta de un enfoque coordinado y multidisciplinario para el tratamiento de la endometriosis pueden ser factores que contribuyen a la dificultad en determinar la verdadera prevalencia de la enfermedad.

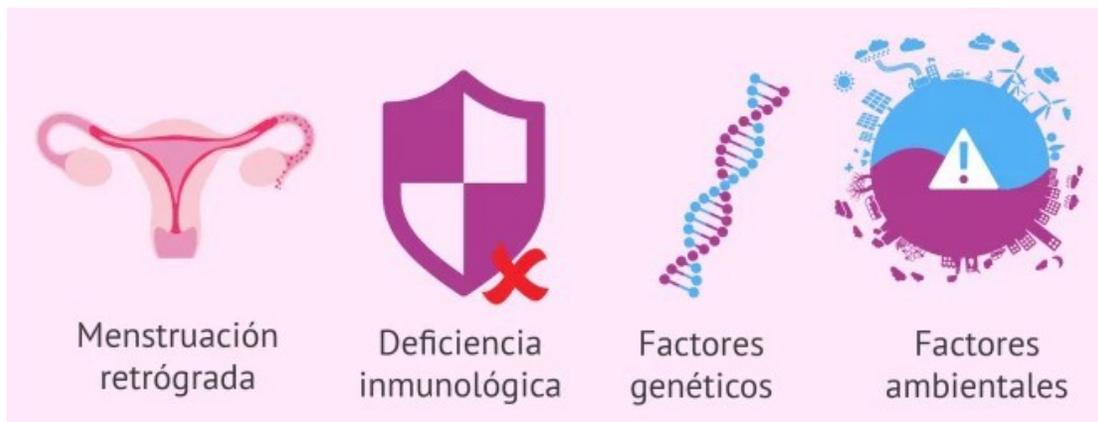
Es importante destacar que la endometriosis es una enfermedad subdiagnosticada y que muchas mujeres pueden sufrir en silencio debido a la falta de conocimiento sobre la enfermedad y los síntomas que produce. Por lo tanto, es crucial mejorar la conciencia y la



educación sobre la endometriosis en Latinoamérica y Ecuador, y asegurar un acceso adecuado a la atención médica especializada y el tratamiento para las mujeres que sufren de la enfermedad.

5.2.3 Etiología

La causa exacta de la endometriosis aún no se conoce completamente, pero se han propuesto varias teorías. Una de las teorías más aceptadas es la teoría de la menstruación retrógrada, que sugiere que el tejido endometrial retrocede a través de las trompas de Falopio hacia la cavidad abdominal en lugar de salir del cuerpo durante la menstruación. (2)



El tejido endometrial se adhiere a los órganos pélvicos y comienza a crecer y sangrar durante cada ciclo menstrual.

Otra teoría sugiere que la endometriosis puede ser causada por una falla en el sistema inmunológico, lo que permite que el tejido endometrial crezca fuera del útero. También se ha especulado que la endometriosis puede ser hereditaria, ya que se ha observado que las mujeres con familiares cercanos que tienen la enfermedad tienen un mayor riesgo de desarrollarla.

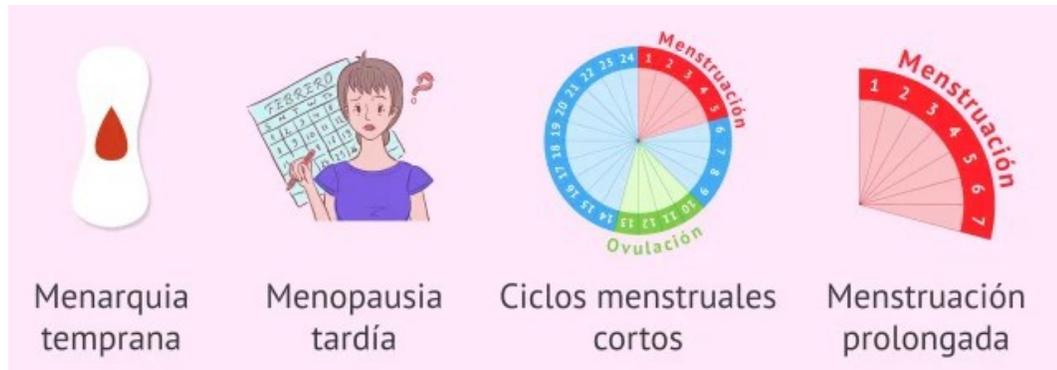
Además, algunos factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de la endometriosis incluyen el inicio temprano de la menstruación, tener periodos menstruales prolongados y abundantes, no haber tenido hijos, tener anomalías en el tracto genital y tener un sistema inmunológico debilitado.

La relación entre estos factores y la endometriosis aún no se entiende completamente y se requiere más investigación para determinar su papel exacto en el desarrollo de la enfermedad.



5.2.4 Factores de riesgo

Existen varios factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar endometriosis. Algunos de estos factores incluyen:



Edad: La endometriosis es más común en mujeres en edad reproductiva, especialmente entre los 25 y 35 años.

Antecedentes familiares: Si una mujer tiene familiares cercanos, como su madre o hermana, con endometriosis, tiene un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.

Anomalías del tracto genital: Las anomalías en el tracto genital, como la obstrucción de las trompas de Falopio, pueden impedir que el flujo menstrual salga del cuerpo, lo que aumenta el riesgo de endometriosis.

Menstruación temprana: Las mujeres que comienzan a menstruar a una edad temprana, antes de los 11 años, tienen un mayor riesgo de desarrollar endometriosis.

Periodos menstruales largos o abundantes: Los periodos menstruales prolongados o abundantes pueden aumentar el riesgo de que el tejido endometrial se propague a otras áreas del cuerpo.

Salud inmunológica: Las mujeres con problemas del sistema inmunológico tienen un mayor riesgo de desarrollar endometriosis.

Estos factores de riesgo no garantizan que una mujer desarrolle endometriosis, y muchas mujeres pueden desarrollar la enfermedad sin tener ninguno de estos factores.



5.2.5 Prevención



Actualmente, no existe una forma conocida de prevenir la endometriosis. Sin embargo, existen algunas medidas que pueden ayudar a reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad o a controlar sus síntomas. Las medidas incluyen:

Mantener un peso saludable: Mantener un peso saludable puede ayudar a regular los niveles de hormonas en el cuerpo y reducir el riesgo de desarrollar endometriosis.

Hacer ejercicio regularmente: Hacer ejercicio regularmente puede ayudar a reducir los niveles de estrógeno en el cuerpo y disminuir el riesgo.

Controlar los niveles hormonales: Algunas terapias hormonales pueden ayudar a reducir los niveles de estrógeno en el cuerpo y controlar los síntomas.

Reducir el consumo de alcohol y cafeína: El consumo excesivo de alcohol y cafeína puede aumentar los niveles de estrógeno en el cuerpo, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar endometriosis. (2)

Reducir el estrés: El estrés puede afectar el sistema inmunológico y aumentar los niveles de hormonas en el cuerpo, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar endometriosis.



5.2.6 Sintomatología



La sintomatología de la endometriosis puede variar de una mujer a otra, y algunas mujeres pueden no experimentar ningún síntoma. Sin embargo, los síntomas más comunes de la endometriosis incluyen:

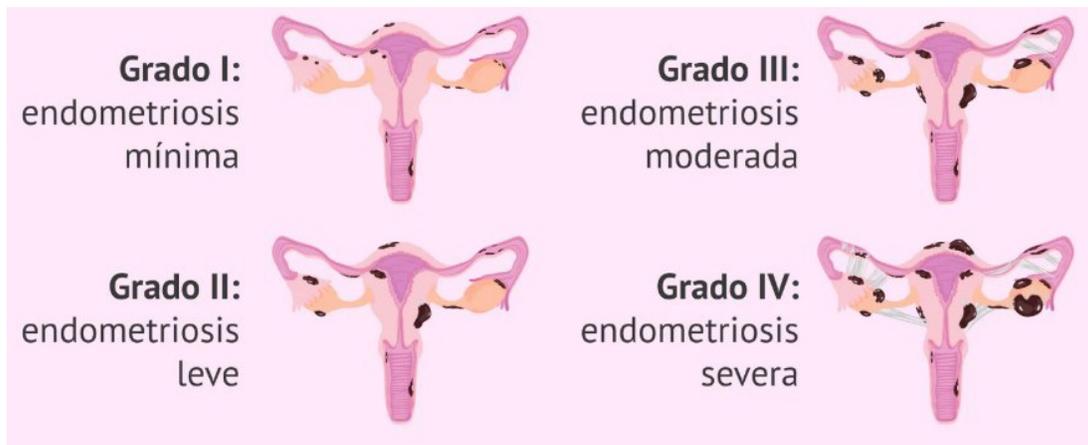
- **Dolor pélvico:** El dolor pélvico es el síntoma más común de la endometriosis. Puede ser leve, moderado o intenso, y puede ser constante o intermitente. El dolor pélvico puede ocurrir antes, durante o después del período menstrual.
- **Dolor durante las relaciones sexuales:** El dolor durante las relaciones sexuales, especialmente durante la penetración profunda, es común en mujeres con endometriosis.
- **Dolor durante la defecación o la micción:** Algunas mujeres con endometriosis pueden experimentar dolor durante la defecación o la micción, especialmente durante la menstruación.
- **Sangrado menstrual abundante o irregular:** Algunas mujeres con endometriosis pueden experimentar sangrado menstrual abundante o irregular.
- **Infertilidad:** La endometriosis puede causar infertilidad en algunas mujeres.



5.2.7 Clasificación por severidad

La clasificación por severidad de la endometriosis se basa en la cantidad y localización del tejido endometrial fuera del útero.

La clasificación más comúnmente utilizada es la clasificación de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM), que se basa en una puntuación que va del I al IV: (2)



Endometriosis mínima o leve (estadio I): Se caracteriza por la presencia de pequeñas lesiones superficiales o pequeñas cicatrices en los ovarios, la superficie del útero, las trompas de Falopio o la pelvis.

Endometriosis leve (estadio II): Se caracteriza por la presencia de lesiones más profundas que pueden afectar los ovarios, la superficie del útero, las trompas de Falopio o la pelvis.

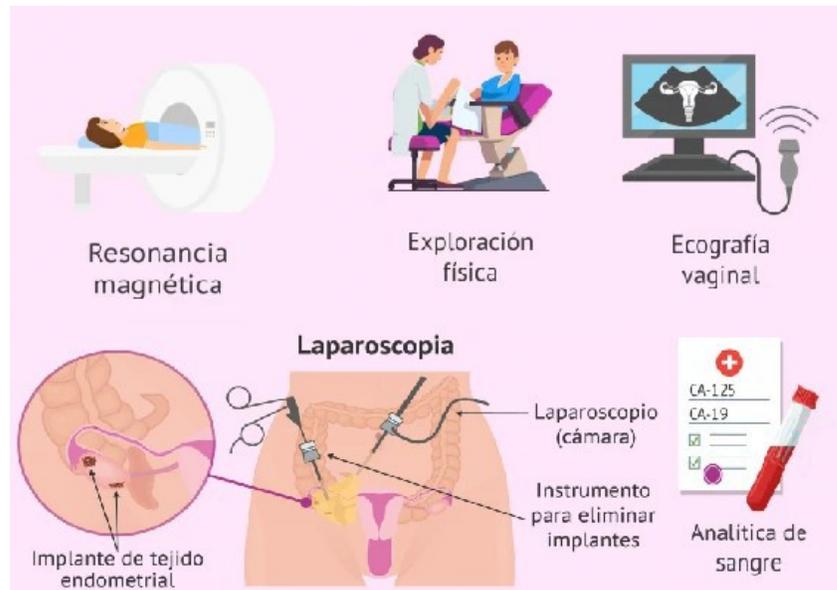
Endometriosis moderada (estadio III): Se caracteriza por la presencia de lesiones más profundas y extensas que pueden afectar los ovarios, la superficie del útero, las trompas de Falopio, la pelvis, el peritoneo o los ligamentos uterinos.

Endometriosis grave (estadio IV): Se caracteriza por la presencia de lesiones profundas y extensas que pueden afectar los ovarios, la superficie del útero, las trompas de Falopio, la pelvis, el peritoneo o los ligamentos uterinos, y pueden afectar otros órganos como el intestino o la vejiga.



5.2.8 Diagnóstico

El diagnóstico de la endometriosis puede ser desafiante, ya que sus síntomas son similares a los de otras condiciones médicas, y muchas mujeres pueden tener la enfermedad sin presentar síntomas.



Se basa en una combinación de historia clínica, examen físico y pruebas de diagnóstico, que pueden incluir:

Historia clínica: El médico puede preguntar sobre la historia menstrual, los síntomas y cualquier antecedente de dolor pélvico o infertilidad.

Examen físico: Durante el examen físico, el médico puede palpar el área pélvica en busca de quistes, nódulos o tejido cicatricial.

Ultrasonido: Puede ayudar a identificar quistes ováricos o masas anormales en la pelvis, aunque no es lo suficientemente preciso para diagnosticar la endometriosis.

Resonancia magnética (RM): Proporciona imágenes más detalladas de la pelvis y los órganos, lo que puede ayudar a identificar tejido endometrial fuera del útero.

Laparoscopia: La laparoscopia es el estándar de oro para el diagnóstico de la endometriosis. Durante la laparoscopia, se inserta un pequeño tubo con una cámara en la pelvis para ver el tejido endometrial fuera del útero y tomar una muestra.



5.2.9 Tratamiento

El tratamiento de la endometriosis depende de varios factores, como la gravedad de los síntomas, la edad y los planes futuros de la paciente para tener hijos. El objetivo del tratamiento es aliviar el dolor y los síntomas, así como reducir la progresión de la enfermedad. Las opciones de tratamiento pueden incluir:



Analgésicos: Los analgésicos de venta libre, como el ibuprofeno o el paracetamol, pueden ayudar a aliviar el dolor leve a moderado. (1)

Hormonales: Los medicamentos hormonales pueden ayudar a reducir la producción de estrógeno y aliviar los síntomas de la endometriosis. Estos pueden incluir píldoras anticonceptivas, dispositivos intrauterinos (DIU) hormonales, inyecciones, parches o implantes.

Cirugía: La cirugía puede ser necesaria para extirpar el tejido endometrial y aliviar los síntomas graves. Esto puede incluir la extirpación de los quistes ováricos, la eliminación del tejido endometrial y la reparación de los órganos dañados. En casos graves, puede ser necesario extirpar los ovarios o el útero.

Terapia complementaria: La terapia complementaria, como la acupuntura o la fisioterapia, puede ayudar a aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida en algunos casos.



5.2.10. Pronóstico – mortalidad

La endometriosis no se considera una enfermedad mortal. Sin embargo, puede causar síntomas dolorosos y afectar significativamente la calidad de vida de una persona. El pronóstico de la endometriosis varía según la gravedad de la enfermedad y la edad de la paciente. En algunos casos, la endometriosis puede desaparecer o disminuir después de la menopausia, ya que la producción de estrógeno disminuye.

Sin embargo, en casos graves, la endometriosis puede causar infertilidad o daño permanente en los órganos afectados, lo que puede afectar la calidad de vida de la persona a largo plazo. La detección temprana y el tratamiento adecuado pueden mejorar el pronóstico y prevenir complicaciones a largo plazo. Es importante trabajar con un médico para manejar los síntomas y prevenir la progresión de la enfermedad. (2)

5.2.11 Escalas pronósticas

La gravedad de la endometriosis se puede evaluar mediante la clasificación de la American Society for Reproductive Medicine (ASRM), que se basa en la localización, la extensión y la profundidad del tejido endometrial, así como en la presencia de adherencias y quistes ováricos.

Sin embargo, esta clasificación no tiene en cuenta los síntomas de la enfermedad ni la calidad de vida de la paciente.

En algunos casos, se pueden usar escalas de dolor o calidad de vida para evaluar el pronóstico y la gravedad de la endometriosis. Por ejemplo, la Escala Visual Analógica del Dolor (EVA) o el Índice de Calidad de Vida de Endometriosis (EQ-5D) pueden ser útiles para evaluar la gravedad de los síntomas y la calidad de vida de la paciente.

Es importante recordar que cada caso de endometriosis es único y que el pronóstico puede variar significativamente de una persona a otra. El manejo adecuado de los síntomas y la prevención de complicaciones a largo plazo pueden mejorar el pronóstico general de la enfermedad. (3)



5.2.12 Complicaciones

La endometriosis puede causar una serie de complicaciones, que pueden variar según la gravedad y la extensión de la enfermedad. Algunas de las complicaciones más comunes incluyen:



- **Infertilidad:** La endometriosis puede afectar la fertilidad al interferir con la función normal de los ovarios, las trompas de Falopio y el útero.
- **Dolor crónico:** La endometriosis puede causar dolor pélvico crónico, dolor durante las relaciones sexuales, dolor durante la menstruación y dolor durante la defecación.
- **Adherencias:** La endometriosis puede causar la formación de adherencias, que son bandas de tejido cicatricial que pueden unir los órganos reproductores y causar dolor y problemas de fertilidad.
- **Quistes ováricos:** La endometriosis puede causar la formación de quistes ováricos, también conocidos como endometriomas.
- **Obstrucción intestinal:** La endometriosis puede causar obstrucción intestinal en casos graves, lo que puede requerir cirugía.
- **Complicaciones durante el embarazo:** La endometriosis puede aumentar el riesgo de ciertas complicaciones durante el embarazo, como aborto espontáneo, placenta previa y parto prematuro.



5.2.13 Prevención de complicaciones:

La mejor manera de prevenir complicaciones asociadas con la endometriosis es tratar la enfermedad de manera temprana y efectiva. Si bien no existe una cura definitiva para la endometriosis, hay una serie de tratamientos que pueden reducir los síntomas y prevenir la progresión de la enfermedad. (2)

Es importante trabajar con un equipo médico especializado en endometriosis para desarrollar un plan de tratamiento personalizado que aborde los síntomas y minimice el riesgo de complicaciones. Esto puede incluir medicamentos para controlar el dolor y reducir la inflamación, terapia hormonal para regular el ciclo menstrual y reducir el crecimiento del tejido endometrial, y, en algunos casos, cirugía para extirpar el tejido endometrial y tratar cualquier complicación que pueda haber surgido.

Además, es importante cuidar la salud general del cuerpo, lo que puede ayudar a prevenir complicaciones a largo plazo.

Esto puede incluir mantener una dieta saludable y equilibrada, hacer ejercicio regularmente, dormir lo suficiente, evitar el tabaco y reducir el estrés. Al abordar la endometriosis de manera integral y prestar atención a la salud general del cuerpo, es posible reducir el riesgo de complicaciones y mejorar la calidad de vida.

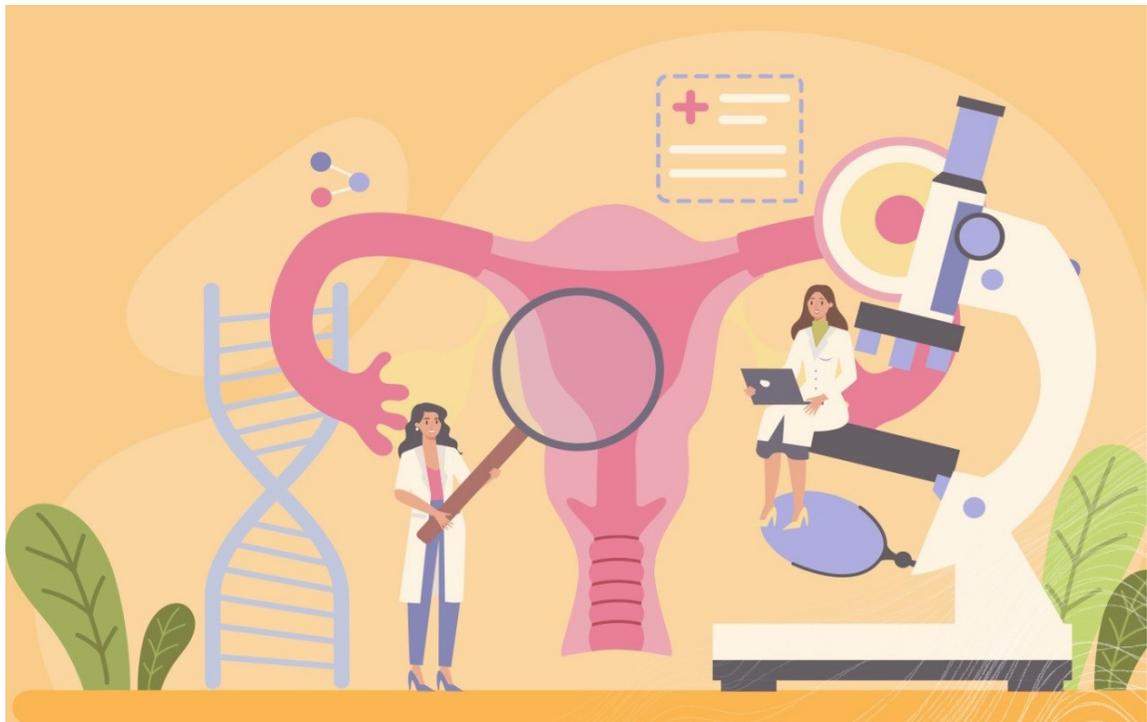
5.2.14 Investigaciones actuales

Actualmente, hay varias áreas de investigación en curso para mejorar la comprensión de la endometriosis y desarrollar nuevos tratamientos para la enfermedad. Algunas de las áreas de investigación incluyen:

- **Genética:** Los investigadores están estudiando la genética de la endometriosis para identificar genes y vías biológicas involucrados en la enfermedad. Esto podría llevar a nuevas terapias dirigidas a genes específicos y una mejor comprensión de la causa subyacente de la endometriosis.
- **Terapias no hormonales:** Si bien los tratamientos hormonales son efectivos para muchas personas con endometriosis, no son adecuados para todos. Los investigadores están buscando nuevos tratamientos no hormonales, como medicamentos antiinflamatorios y analgésicos. (3)



- **Terapia génica:** La terapia génica es una técnica emergente que utiliza material genético para tratar enfermedades. Los investigadores están explorando la terapia génica como una forma de tratar la endometriosis.
- **Detección temprana:** Los investigadores están estudiando nuevas técnicas de detección para la endometriosis, incluidos biomarcadores en la sangre y la orina, que podrían ayudar a detectar la enfermedad en sus primeras etapas y mejorar el pronóstico.



- **Cirugía y técnicas quirúrgicas:** Los cirujanos están explorando nuevas técnicas quirúrgicas para tratar la endometriosis, incluida la cirugía robótica y laparoscópica. También se están desarrollando nuevas herramientas quirúrgicas para mejorar la precisión y eficacia de la cirugía.

“LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGIA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGADO PARTE I”

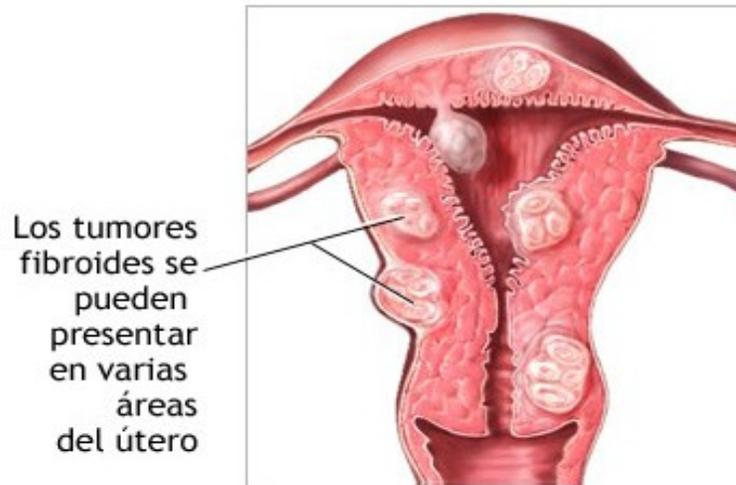


Bibliografía:

1. Maddern, J., Grundy, L., Castro, J., & Brierley, S. M. Pain in endometriosis. *Front Cell Neurosci.* 2020;14:590823.
2. Artacho-Cordón, F., Lorenzo Hernando, E., Pereira Sánchez, A., Quintas-Marquès, L. Conceptos actuales en dolor y endometriosis: diagnóstico y manejo del dolor pélvico crónico. *Clín Invest Ginecol Obstet.* 2023;50(2).
3. Wang PH, Yang ST, Chang WH, Liu CH, Lee FK, Lee WL. Endometriosis: Part I. Basic concept. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2022;61(6):927-934.



5.3 Fibromas uterinos



5.3.1 Definición

Los fibromas uterinos, también conocidos como leiomiomas o miomas uterinos, son tumores no cancerosos que crecen en el tejido muscular del útero. Estos tumores están compuestos de células musculares lisas y tejido conectivo y pueden variar en tamaño desde pequeños (del tamaño de una semilla de manzana) hasta grandes (del tamaño de una pelota de baloncesto). (1)

A menudo son múltiples y pueden estar ubicados dentro del útero, en la superficie del útero o dentro de la pared uterina. Los fibromas uterinos son una de las afecciones ginecológicas más comunes en las mujeres.

5.3.2 Epidemiología

Los fibromas uterinos son una afección común en las mujeres en edad reproductiva. Se estima que al menos el 70% de las mujeres desarrollarán fibromas uterinos en algún momento de sus vidas. Los fibromas uterinos son más comunes en mujeres de 30 a 40 años, pero pueden desarrollarse a cualquier edad. (1)

También son más comunes en mujeres afrodescendientes y menos comunes en mujeres asiáticas. Además, las mujeres que tienen antecedentes familiares de fibromas uterinos tienen un mayor riesgo de desarrollarlos.



No existen datos específicos sobre la prevalencia de fibromas uterinos en Latinoamérica o en Ecuador, pero se sabe que es una afección común en la región. Un estudio realizado en Brasil encontró que la prevalencia de fibromas uterinos en mujeres en edad reproductiva era del 50%.

Otro estudio realizado en México encontró una prevalencia del 32%. En Ecuador, no se dispone de datos precisos sobre la prevalencia de fibromas uterinos, pero se sabe que es una afección común en las mujeres en edad reproductiva y que puede tener un impacto significativo en su calidad de vida y bienestar. (2)

5.3.3 Etiología

La etiología de los fibromas uterinos aún no se comprende completamente, pero se sabe que están influenciados por factores hormonales, genéticos y ambientales.

Los fibromas uterinos tienen receptores de estrógeno y progesterona en sus células, lo que sugiere que el equilibrio hormonal puede afectar su crecimiento.

Además, los fibromas uterinos pueden ser hereditarios, y las mujeres con familiares cercanos que tienen fibromas uterinos tienen un mayor riesgo de desarrollarlos.

Los factores ambientales, como la obesidad, la dieta y el estilo de vida, también pueden desempeñar un papel en el desarrollo de los fibromas uterinos, aunque se necesitan más investigaciones para comprender mejor estos factores. (1)



5.3.4 Factores de riesgo



Los factores de riesgo para desarrollar fibromas uterinos incluyen:

Edad: los fibromas uterinos son más comunes en mujeres en edad reproductiva, especialmente entre los 30 y 40 años.

Historial familiar: las mujeres con antecedentes familiares de fibromas uterinos tienen un mayor riesgo de desarrollarlos.

Origen étnico: los fibromas uterinos son más comunes en mujeres afroamericanas que en mujeres de otros orígenes étnicos.

Obesidad: las mujeres obesas tienen un mayor riesgo de desarrollar fibromas uterinos.

Desequilibrio hormonal: el estrógeno y la progesterona pueden contribuir al crecimiento de los fibromas uterinos, por lo que las mujeres que tienen niveles elevados de estas hormonas pueden tener un mayor riesgo de desarrollarlos.

Embarazo: las mujeres que han estado embarazadas tienen un riesgo ligeramente menor de desarrollar fibromas uterinos.

Uso de anticonceptivos orales: el uso prolongado de anticonceptivos orales puede reducir el riesgo de desarrollar fibromas uterinos.



5.3.5 Prevención

Hay algunas cosas que se pueden hacer para disminuir el riesgo de desarrollar fibromas uterinos:



- ❖ **Controlar el peso:** El sobrepeso y la obesidad pueden aumentar el riesgo de desarrollar fibromas uterinos. Por lo tanto, mantener un peso saludable puede disminuir el riesgo.
- ❖ **Controlar el estrógeno:** El estrógeno es una hormona que puede hacer que los fibromas uterinos crezcan. Tomar anticonceptivos hormonales o terapia hormonal de reemplazo puede aumentar el riesgo de desarrollar fibromas uterinos.
- ❖ **Hacer ejercicio regularmente:** El ejercicio regular puede disminuir el riesgo de desarrollar fibromas uterinos. (1)
- ❖ **Dieta saludable:** Una dieta rica en frutas, verduras, granos enteros y proteínas magras puede ayudar a reducir el riesgo de desarrollar fibromas uterinos.
- ❖ **Evitar el consumo de alcohol:** El consumo excesivo de alcohol puede aumentar el riesgo de desarrollar fibromas uterinos. Por lo tanto, es recomendable limitar el consumo de alcohol.



5.3.6 Clínica o sintomatología

Los fibromas uterinos pueden no causar síntomas en algunas mujeres, pero en otras pueden causar una variedad de síntomas que pueden ser leves o graves. Algunos de los síntomas comunes de los fibromas uterinos incluyen:



- Sangrado menstrual abundante y prolongado (menorragia)
- Dolor pélvico o abdominal
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Sensación de presión o llenura en el abdomen
- Necesidad frecuente de orinar
- Dolor de espalda
- Estreñimiento
- Hinchazón o abultamiento en el abdomen
- Infertilidad o dificultades para concebir.

Es importante tener en cuenta que los síntomas pueden variar según el tamaño, la ubicación y el número de fibromas uterinos.

Los fibromas grandes pueden presionar otros órganos cercanos y causar síntomas adicionales

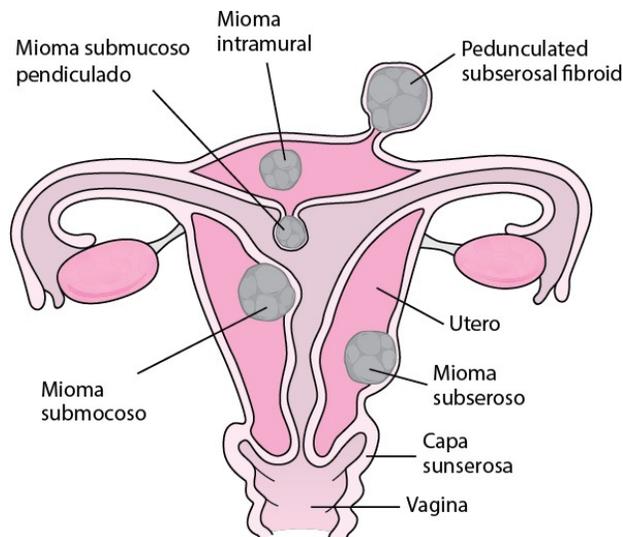


5.3.7 Clasificación

Los fibromas se pueden clasificar según su tamaño y ubicación.

Tamaño: Los fibromas pueden variar en tamaño, desde pequeños como una semilla de manzana hasta grandes como una pelota de baloncesto.

Ubicación: Los fibromas pueden ubicarse en diferentes partes del útero. Algunas ubicaciones comunes incluyen:



- Subserosos: Están ubicados en la superficie externa del útero y pueden causar dolor o presión abdominal.
- Intramurales: Se encuentran en la pared muscular del útero y pueden causar dolor, presión y sangrado menstrual abundante.
- Submucosos: Están ubicados dentro de la cavidad uterina y pueden causar sangrado menstrual abundante, dolor pélvico y problemas para concebir. (2)

La clasificación del fibroma uterino es importante para determinar el tratamiento más adecuado. Los fibromas más grandes o ubicados en lugares críticos pueden requerir tratamiento más agresivo, mientras que los fibromas más pequeños o ubicados en lugares menos críticos pueden tratarse con observación y seguimiento regular.



5.3.8 Diagnóstico



El diagnóstico de los fibromas uterinos se realiza a través de un examen físico y pruebas de diagnóstico. Algunas de las pruebas de diagnóstico comunes incluyen:

Ecografía pélvica: Una ecografía pélvica utiliza ondas sonoras para crear imágenes de los órganos pélvicos, lo que puede ayudar a identificar la presencia de fibromas y su ubicación.

Resonancia magnética (RM): Una RM utiliza campos magnéticos y ondas de radio para crear imágenes detalladas del útero y los fibromas.

Histeroscopia: Este procedimiento utiliza un instrumento delgado y flexible llamado histeroscopio para ver el interior del útero y detectar cualquier fibroma submucoso.

Biopsia: Si hay una preocupación por la presencia de cáncer, se puede tomar una pequeña muestra de tejido (biopsia) para analizarla en el laboratorio.

Algunos fibromas pueden ser asintomáticos y se pueden detectar durante un examen pélvico de rutina o pruebas diagnósticas para otras condiciones médicas.



5.3.9 Tratamiento



El tratamiento para los fibromas uterinos depende del tamaño, ubicación y gravedad de los síntomas. Las opciones de tratamiento comunes incluyen:

Observación y seguimiento: Si los fibromas son pequeños y asintomáticos, puede que no necesiten tratamiento y solo requieran un seguimiento regular para detectar cualquier cambio.

Medicamentos: Los medicamentos, como los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y los anticonceptivos hormonales, pueden ayudar a controlar los síntomas como el dolor y la hemorragia menstrual abundante.

Procedimientos mínimamente invasivos: Algunos procedimientos pueden ayudar a reducir o eliminar los fibromas, como la embolización de las arterias uterinas, la ablación endometrial y la miomectomía.

Histerectomía: En casos graves o si los otros tratamientos no han funcionado, la histerectomía (extracción quirúrgica del útero) puede ser necesaria.

5.3.10 Pronóstico – mortalidad

El pronóstico para los fibromas uterinos es generalmente bueno, ya que son tumores benignos y no aumentan el riesgo de cáncer uterino. Sin embargo, los síntomas asociados con los fibromas pueden afectar la calidad de vida de la mujer, y en casos raros, pueden causar complicaciones graves. (2)



5.3.11 Escalas pronósticas

En general, el pronóstico para los fibromas uterinos es bueno, y la mayoría de las mujeres pueden manejar sus síntomas con éxito a través de una combinación de observación, medicamentos y/o procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos.

5.3.12 Complicaciones

Las complicaciones pueden incluir:

Dificultad para quedar embarazada o mantener un embarazo debido a la ubicación del fibroma.

Dolor durante las relaciones sexuales.

Anemia: Los fibromas pueden causar hemorragias menstruales abundantes y prolongadas, lo que puede resultar en anemia por deficiencia de hierro.

Dolor abdominal y pélvico: Los fibromas pueden causar dolor abdominal y pélvico, que puede ser agudo o crónico. El dolor puede estar asociado con el tamaño y la ubicación del fibroma.

Problemas reproductivos: Los fibromas pueden afectar la capacidad de una mujer para quedar embarazada o mantener un embarazo debido a su ubicación en el útero. También pueden causar dolor durante las relaciones sexuales.

Obstrucción urinaria e intestinal: Los fibromas grandes pueden presionar la vejiga o el intestino, causando obstrucción y problemas para orinar o defecar.

Torsión o degeneración del fibroma: En casos raros, los fibromas pueden torcerse o degenerarse, causando dolor intenso y posiblemente requiriendo cirugía de emergencia.

Complicaciones durante el embarazo y el parto: Los fibromas pueden aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, como parto prematuro, trabajo de parto prolongado, placenta previa y necesidad de cesárea.

En casos raros, los fibromas pueden degenerarse en un tumor maligno llamado leiomiomasarcoma. Sin embargo, esto ocurre en menos del 1% de los casos de fibromas uterinos.



5.3.13 Prevención de complicaciones:



La prevención de complicaciones en los fibromas uterinos implica un manejo temprano de los síntomas y la atención médica adecuada. Algunas medidas que pueden ayudar a prevenir complicaciones incluyen:

Realizar exámenes médicos regulares: Las mujeres deben someterse a exámenes médicos regulares para detectar cualquier anomalía en el útero, incluidos los fibromas uterinos.

Tratamiento temprano de los síntomas: Si una mujer experimenta síntomas asociados con los fibromas, como sangrado menstrual abundante, dolor abdominal o pélvico, es importante buscar atención médica temprana y discutir las opciones de tratamiento con un profesional de la salud.

Monitoreo y seguimiento: Si se detectan fibromas uterinos, se recomienda un seguimiento y monitoreo regular para detectar cualquier cambio en el tamaño o la ubicación del fibroma y para evaluar los síntomas.

Estilo de vida saludable: Un estilo de vida saludable que incluya una dieta balanceada, ejercicio regular y control del estrés puede ayudar a prevenir complicaciones asociadas con los fibromas.

Tratamiento quirúrgico: En algunos casos, puede ser necesario un tratamiento quirúrgico para prevenir o tratar complicaciones asociadas con los fibromas. La elección del procedimiento dependerá de la ubicación, tamaño y número de fibromas, así como de la edad y los planes reproductivos de la mujer.



5.3.14 Investigaciones actuales



Hay varias investigaciones en curso sobre los fibromas uterinos que se centran en mejorar la comprensión de la causa de los fibromas, así como en el desarrollo de nuevos tratamientos. Algunas de estas investigaciones incluyen: (3)

Terapias farmacológicas: Se están realizando estudios para evaluar nuevos medicamentos para tratar los síntomas de los fibromas uterinos, como el sangrado menstrual abundante y el dolor pélvico.

Terapias hormonales: Los estudios están evaluando el uso de terapias hormonales para reducir el tamaño de los fibromas uterinos y mejorar los síntomas.

Tratamientos quirúrgicos: Se están investigando nuevos procedimientos quirúrgicos para tratar los fibromas uterinos, incluyendo la embolización uterina y la ablación endometrial.

Terapias no invasivas: Se están explorando terapias no invasivas, como la terapia de ultrasonido focalizado de alta intensidad (HIFU), que utiliza ondas de sonido para destruir los fibromas uterinos sin cirugía.

Genética y biología molecular: Los estudios están investigando los factores genéticos y moleculares que contribuyen al desarrollo de los fibromas uterinos, lo que podría llevar a tratamientos más personalizados y efectivos en el futuro.

“LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGIA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGADO PARTE I”



Bibliografía:

1. Giuliani E, As-Sanie S, Marsh EE. Epidemiology and management of uterine fibroids. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020 Apr;149(1):3-9. doi: 10.1002/ijgo.13102. Epub 2020 Feb 17. PMID: 31960950.
2. Peña Solis, L. D. Leiomioma uterino: opciones terapéuticas actuales. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Técnica de Ambato; 2023.
3. Grilli, M. N., Zencich, D., Mejías, C., Macció, J., Forestieri, O. Á., & Uranga, A. Miomatosis uterina.



5.4 Prolapso genital



5.4.1 Definición

El prolapso genital femenino es una condición médica en la que los órganos pélvicos de una mujer, como la vejiga, el útero y/o el recto, se desplazan fuera de su posición normal y descienden hacia o fuera de la vagina. (1)

Esto puede ocurrir debido a la debilidad o daño en los músculos y ligamentos del suelo pélvico que sostienen estos órganos en su lugar.

5.4.2 Epidemiología

El prolapso genital femenino es una afección común, especialmente en mujeres mayores de 50 años. Según los estudios, se estima que alrededor del 40-60% de las mujeres posmenopáusicas tienen algún grado de prolapso genital. (1)

Las mujeres que han tenido múltiples partos vaginales también tienen un mayor riesgo de desarrollar prolapso genital.

Se ha encontrado que ciertos factores de riesgo, como la obesidad, la tos crónica, el estreñimiento crónico y la cirugía pélvica previa, pueden aumentar el riesgo de prolapso genital. En términos de etnia, las mujeres caucásicas tienen una mayor prevalencia de prolapso genital en comparación con las mujeres afroamericanas.



El prolapso genital femenino es una afección que puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de las mujeres, y se estima que el costo de su tratamiento representa un gasto significativo en la atención médica.

En un estudio realizado en 2016 en Chile, se encontró que la prevalencia de prolapso genital en mujeres mayores de 50 años era del 33%. Otro estudio realizado en Brasil en 2017 encontró una prevalencia del 47,2% en mujeres mayores de 40 años. (2)

En cuanto a Ecuador, un estudio realizado en 2014 encontró que la prevalencia de prolapso genital en mujeres mayores de 40 años era del 33,3%. Otro estudio realizado en 2017 encontró una prevalencia del 16,9% en mujeres mayores de 20 años. (4)

5.4.3 Etiología

La etiología del prolapso genital femenino es multifactorial y puede involucrar varios factores que contribuyen a la debilidad o daño del tejido del suelo pélvico. Algunos de los factores de riesgo y etiológicos más comunes incluyen:

Parto vaginal: Especialmente en mujeres que han tenido múltiples embarazos y partos, es un factor de riesgo importante para el prolapso genital femenino. El estiramiento y el daño a los músculos y ligamentos del suelo pélvico durante el parto pueden debilitar el soporte pélvico y hacer que los órganos desciendan.

Edad: A medida que envejecemos, los músculos y ligamentos del suelo pélvico pueden debilitarse y perder su tono, lo que puede contribuir al desarrollo del prolapso (1,2)

Menopausia: La disminución de los niveles de estrógeno después de la menopausia puede debilitar los tejidos del suelo pélvico.

Obesidad: La obesidad puede aumentar la presión abdominal y contribuir al debilitamiento del soporte pélvico.

Tabaquismo: El tabaquismo puede aumentar el riesgo de prolapso genital al debilitar el tejido conectivo.

Cirugía pélvica previa: La cirugía pélvica previa puede debilitar el tejido del suelo pélvico y aumentar el riesgo de prolapso genital.

Otros factores: que pueden contribuir al desarrollo del prolapso genital incluyen la tos crónica, el estreñimiento crónico, el levantamiento de objetos pesados.



5.4.4 Factores de riesgo



Además de los factores etiológicos mencionados anteriormente, existen varios factores de riesgo conocidos para el prolapso genital femenino:

Edad: El prolapso genital femenino es más común en mujeres mayores de 50 años.

Parto vaginal: El parto vaginal, especialmente en mujeres que han tenido múltiples embarazos y partos, es un factor de riesgo importante para el prolapso genital.

Obesidad: La obesidad puede aumentar la presión abdominal y contribuir al debilitamiento del soporte pélvico.

Menopausia: La disminución de los niveles de estrógeno después de la menopausia puede debilitar los tejidos del suelo pélvico.

Historial familiar: El prolapso genital femenino puede tener un componente genético y tener antecedentes familiares de la afección puede aumentar el riesgo.

Cirugía pélvica previa: La cirugía puede debilitar el tejido del suelo pélvico.

Actividad física intensa: El levantamiento de objetos pesados, la práctica de deportes de impacto y otras actividades intensas pueden aumentar el riesgo.

Enfermedades crónicas: Enfermedades como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el estreñimiento crónico pueden aumentar la presión abdominal.



5.4.5 Prevención

La prevención del prolapso genital femenino puede incluir:



- **Ejercicio regular:** Los ejercicios de Kegel y otros ejercicios del suelo pélvico pueden ayudar a fortalecer los músculos que sostienen los órganos pélvicos. (2)
- **Mantener un peso saludable:** Mantener un peso saludable y evitar la obesidad puede reducir la presión abdominal y disminuir el riesgo de prolapso genital.
- **Evitar fumar:** Dejar de fumar puede mejorar la salud general del cuerpo, incluido el tejido conectivo que sostiene los órganos pélvicos.
- **Tratamiento adecuado del estreñimiento crónico:** El estreñimiento crónico puede aumentar la presión abdominal y contribuir al desarrollo del prolapso genital, por lo que es importante tratarlo adecuadamente.
- **Evitar el levantamiento de objetos pesados:** El levantamiento de objetos pesados puede aumentar la presión abdominal y debilitar el tejido del suelo pélvico, por lo que se recomienda evitar esta actividad o hacerlo con precaución
- **Parto por cesárea:** En mujeres con riesgo de prolapso genital, el parto por cesárea puede ser una opción para prevenir el daño al tejido del suelo pélvico que puede ocurrir durante el parto vaginal.



5.4.6 Clínica o sintomatología

La sintomatología del prolapso genital femenino puede variar de una mujer a otra y puede depender del grado de prolapso. Algunos de los síntomas comunes pueden incluir:



Sensación de presión en la pelvis: Una sensación de peso o presión en la pelvis puede ser un signo temprano de prolapso genital.

Sensación de bulto en la vagina: Las mujeres pueden sentir un bulto o una protuberancia en la vagina, que puede empeorar después de estar de pie o realizar actividad física.

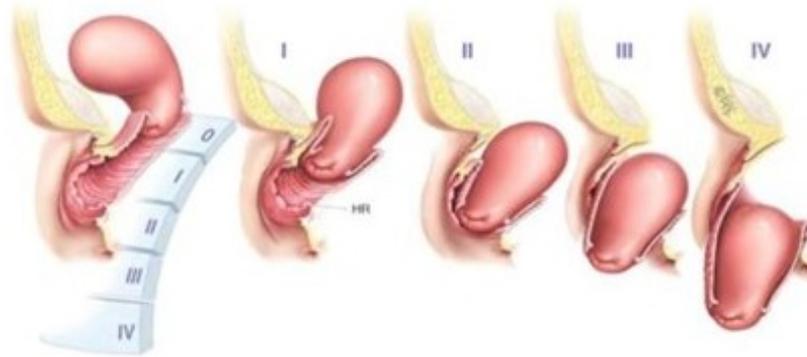
Dolor o molestias durante las relaciones sexuales: El prolapso genital puede causar molestias durante las relaciones sexuales debido al desplazamiento de los órganos pélvicos.

Problemas de vejiga: Las mujeres con prolapso genital pueden experimentar pérdidas de orina durante la actividad física, tos o estornudos, así como también necesidad frecuente de orinar.

Problemas de intestino: El prolapso genital también puede causar problemas intestinales, como estreñimiento o dificultad para defecar.



5.4.7 Clasificación



El prolapso genital femenino se puede clasificar según la severidad en cuatro grados: (3)

Grado I: El prolapso se extiende a la mitad inferior de la vagina.

Grado II: El prolapso se extiende hasta la abertura vaginal.

Grado III: El prolapso se extiende más allá de la abertura vaginal.

Grado IV: El prolapso se extiende completamente fuera de la vagina.

Esta clasificación es importante para determinar el mejor plan de tratamiento y la intervención adecuada para cada caso individual.

5.4.8 Diagnóstico

El diagnóstico del prolapso genital femenino se basa en la evaluación clínica y el examen pélvico, el médico puede hacer lo siguiente:

Historia clínica: El médico puede preguntar sobre los síntomas que experimenta la paciente, así como sobre los antecedentes médicos y quirúrgicos.

Examen pélvico: Durante el examen pélvico, el médico puede evaluar la posición de los órganos pélvicos y determinar la presencia y grado del prolapso genital.

Pruebas adicionales: El médico puede solicitar pruebas adicionales, como un ultrasonido pélvico o una prueba de urodinámica, para evaluar el funcionamiento de la vejiga y otros órganos pélvicos.



5.4.9 Tratamiento

El tratamiento del prolapso genital femenino dependerá de la gravedad del prolapso y de los síntomas que experimente la paciente. Algunas opciones de tratamiento:

Rehabilitación de piso pélvico:



La rehabilitación del suelo pélvico es un tratamiento no invasivo que se utiliza para tratar diferentes problemas de salud, incluyendo el prolapso genital.

La rehabilitación del suelo pélvico puede ayudar a fortalecer los músculos y los tejidos del suelo pélvico, lo que puede mejorar los síntomas del prolapso genital. El tratamiento puede incluir ejercicios de Kegel, biofeedback, masaje perineal y otros métodos que se enfocan en fortalecer los músculos del suelo pélvico y mejorar la coordinación muscular. (3)

Ejercicios de Kegel: Estos ejercicios fortalecen los músculos del suelo pélvico y pueden ser útiles para tratar los síntomas leves del prolapso genital.

Dispositivos pélvicos: Se pueden usar dispositivos, como anillos de soporte vaginal o pesarios, para sostener los órganos pélvicos en su lugar y mejorar los síntomas.

Cirugía: En casos graves, la cirugía puede ser necesaria para reparar el prolapso genital y mejorar los síntomas. Hay varios tipos de cirugías disponibles, incluyendo procedimientos laparoscópicos y procedimientos abdominales.



5.4.10 Pronóstico

El prolapso genital femenino no es una afección que ponga en peligro la vida, pero puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de la paciente.

El pronóstico dependerá del grado de prolapso y de los síntomas experimentados. En general, cuanto más grave sea el prolapso, más probable será que se necesite una intervención quirúrgica para reparar los tejidos y los músculos del suelo pélvico.

Es importante que la paciente reciba tratamiento adecuado para el prolapso genital para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, es posible que se presenten complicaciones después de la cirugía, como infecciones, sangrado y dolor.

Es importante que la paciente siga las instrucciones del médico después de la cirugía y acuda a las citas de seguimiento para monitorear su recuperación.

5.4.11 Escalas pronósticas

Existen varias escalas de evaluación para el prolapso genital femenino que pueden ayudar a determinar la gravedad del prolapso y guiar el tratamiento. Algunas de estas escalas incluyen:

Escala de cuantificación del prolapso genital (POP-Q): Es una escala numérica que mide la posición de los órganos pélvicos en relación con la abertura vaginal. Esta escala se utiliza para clasificar el prolapso genital y determinar el grado de severidad. (2,3)

Índice de severidad del prolapso (POP-QI): Es una escala que se basa en la posición de los órganos pélvicos y la severidad de los síntomas para determinar el grado de prolapso.

Índice de severidad del prolapso de la International Continence Society (ICS): Es una escala que evalúa el prolapso genital, la incontinencia urinaria y los síntomas del tracto urinario inferior para determinar la severidad de la disfunción del piso pélvico.



5.4.12. Complicaciones



El prolapso genital femenino puede causar una serie de complicaciones que afectan la calidad de vida de la paciente. Algunas de las complicaciones pueden incluir:

Incontinencia urinaria: El prolapso genital puede provocar incontinencia urinaria debido a la debilidad muscular y la presión sobre la vejiga. (4)

Infecciones del tracto urinario: La retención de orina en la vejiga puede aumentar el riesgo de infecciones del tracto urinario.

Dificultad para defecar: El prolapso genital puede dificultar la evacuación de los intestinos debido a la presión sobre el recto.

Disfunción sexual: El prolapso genital puede provocar dolor durante las relaciones sexuales y afectar la satisfacción sexual de la paciente.

Dolor pélvico: El prolapso genital puede provocar dolor en la región pélvica debido a la presión y la tensión en los músculos y los tejidos.

Ulceración o necrosis: En casos graves de prolapso genital, la presión prolongada sobre los tejidos puede provocar úlceras o necrosis (muerte del tejido).



5.4.13 Prevención de complicaciones:

La prevención de complicaciones en pacientes con prolapso genital femenino se basa en el tratamiento adecuado de la afección. Algunas estrategias de prevención:

- **Tratamiento temprano:** El tratamiento temprano del prolapso genital puede ayudar a prevenir la progresión de la enfermedad y reducir complicaciones.
- **Ejercicios del suelo pélvico:** Los ejercicios del suelo pélvico pueden ayudar a fortalecer los músculos del suelo pélvico y reducir la presión sobre los órganos pélvicos. Esto puede ayudar a prevenir la incontinencia urinaria y otros síntomas.
- **Evitar el estreñimiento:** Puede aumentar la presión en el recto y empeorar el prolapso genital. Es importante mantener una dieta saludable y equilibrada, beber suficiente agua y hacer ejercicio regularmente para evitar el estreñimiento.
- **Evitar el levantamiento de peso:** Puede aumentar la presión en los músculos del suelo pélvico y empeorar el prolapso genital. Es importante evitar el levantamiento de peso pesado y usar técnicas adecuadas para levantar objetos.
- **Tratamiento quirúrgico:** En casos graves, puede ser necesaria la cirugía para reparar los tejidos y los músculos del suelo pélvico. La cirugía puede ayudar a prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de la paciente. (4)

5.4.14 Investigaciones actuales

Terapia con células madre: Se están investigando las células madre como una posible terapia para el prolapso genital femenino. Las células madre se pueden usar para reparar los tejidos dañados del suelo pélvico y mejorar la función muscular.

Nuevas técnicas quirúrgicas: Se están desarrollando nuevas técnicas quirúrgicas para tratar el prolapso genital femenino de manera más efectiva y menos invasiva. Algunas de estas técnicas incluyen la cirugía robótica y la cirugía laparoscópica.

Nuevas terapias no quirúrgicas: Se están investigando nuevas terapias no quirúrgicas para tratar el prolapso genital femenino, como la terapia con láser y la terapia con ondas de choque.

Prevención del prolapso genital: Se están realizando estudios para determinar las mejores estrategias de prevención para el prolapso genital femenino.

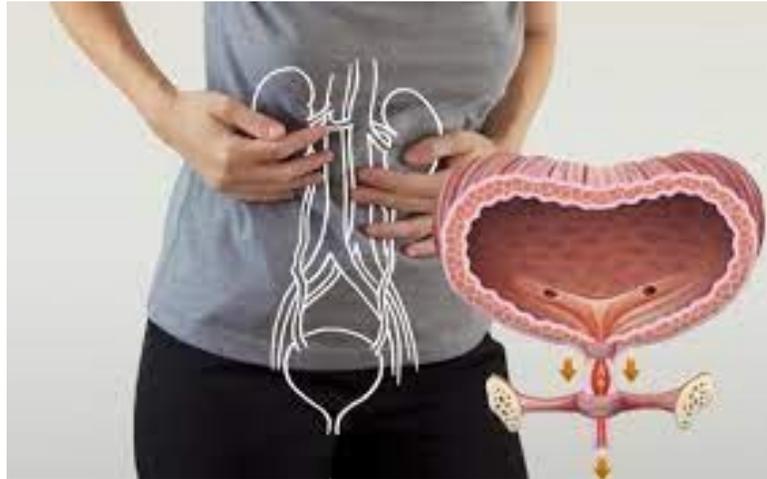


Bibliografía:

1. Ramírez, D. F. E., et al. Prolapso genital femenino, abordaje quirúrgico inicial. RECIMUNDO. 2020;4(4):291-299.
2. Valencia Chión, C. F. Factores de riesgo asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidas en el hospital Militar Central durante el periodo de enero-diciembre 2018. 2020.
3. Maquito Montoya, G. M. Factores de riesgo de prolapso genital femenino en pacientes ingresadas al servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Ventanilla en el periodo enero 2017–diciembre 2019. 2020.
4. Tierra Totoy, E. L. Complicaciones del prolapso genital en multíparas. Riobamba, 2020-2021. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2022.



5.5 Incontinencia urinaria



5.5.1 Definición

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina que puede ocurrir en cualquier momento. Es una afección común que afecta tanto a hombres como a mujeres, aunque es más común en las mujeres, especialmente después de la menopausia. La incontinencia urinaria puede ser leve o grave, y puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas afectadas. (1)

5.5.2 Epidemiología

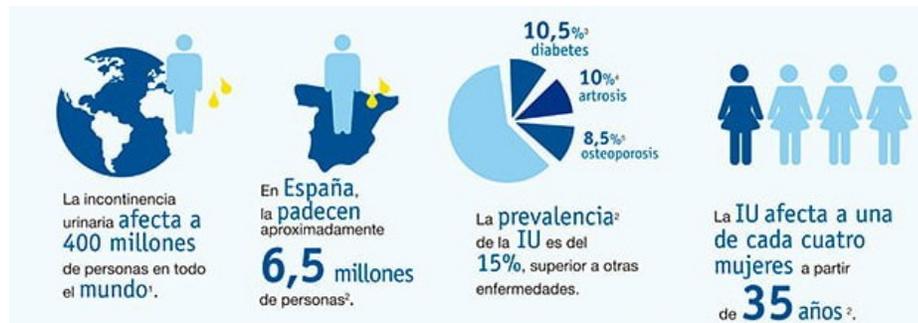
La incontinencia urinaria es una afección común en todo el mundo, que afecta a personas de todas las edades y géneros, aunque es más común en las mujeres. Algunas estadísticas sobre la epidemiología de la incontinencia urinaria incluyen:

- Se estima que el 25% de las mujeres y el 15% de los hombres sufren de algún tipo de incontinencia urinaria en algún momento de sus vidas. (1)
- La incontinencia urinaria es más común en las mujeres mayores de 50 años, especialmente después de la menopausia.

“LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGIA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGADO PARTE I”



- La incontinencia urinaria es más común en personas con obesidad, diabetes, enfermedades neurológicas y problemas de próstata. (1)
- La incontinencia urinaria es más común en personas que han tenido cirugía pélvica, como una histerectomía o una prostatectomía.
- La incontinencia urinaria es más común en personas que tienen un estilo de vida sedentario, que fuman y que consumen alcohol y cafeína en exceso.



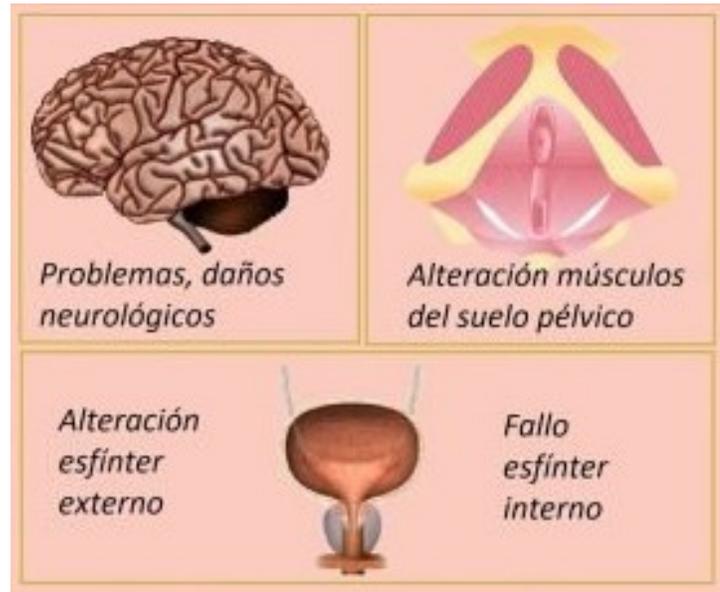
Es uno de los **problemas de salud más comunes** que **deterioran** considerablemente la **calidad de vida** de las personas que la padecen

La incontinencia urinaria es una afección común en Latinoamérica y Ecuador, que afecta a personas de todas las edades y géneros, aunque es más común en las mujeres. Algunas estadísticas sobre la epidemiología de la incontinencia urinaria en Latinoamérica y Ecuador incluyen:

- En América Latina, se estima que la prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres varía del 20% al 60%, y en hombres del 5% al 30%. (1,2)
- En Ecuador, se estima que la prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres es del 52,7%, según un estudio realizado en mujeres de la ciudad de Quito.
- En Ecuador, la incontinencia urinaria es más común en mujeres mayores de 50 años, especialmente después de la menopausia.



5.5.3 Etiología



La incontinencia urinaria puede tener varias causas, que incluyen:

Debilidad de los músculos del suelo pélvico: estos músculos sostienen la vejiga, el útero y el recto, y si están debilitados, pueden permitir que la orina se escape.

Daño a los nervios que controlan la vejiga: esto puede ocurrir debido a una lesión, una enfermedad como la esclerosis múltiple, la diabetes o un accidente cerebrovascular.

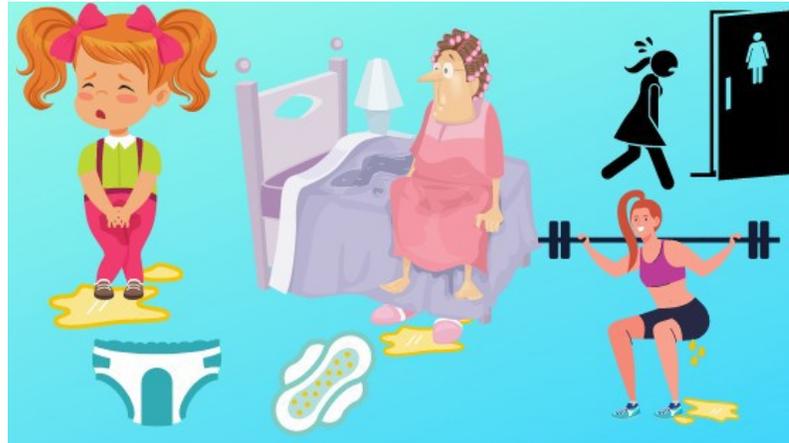
Cirugía previa: las mujeres que han tenido una cirugía ginecológica, como una histerectomía o una reparación de prolapso, pueden desarrollar incontinencia urinaria como resultado de la cirugía.

Estilo de vida: la incontinencia urinaria puede ser causada por factores del estilo de vida, como la obesidad, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol o cafeína, y el sedentarismo. (2)

Medicamentos: ciertos medicamentos, como los diuréticos, pueden aumentar la producción de orina y contribuir a la incontinencia urinaria.



5.5.4 Factores de riesgo



Los principales factores de riesgo para la incontinencia urinaria incluyen:

- ❖ **Edad:** la incontinencia urinaria es más común en personas mayores, especialmente en mujeres después de la menopausia.
- ❖ **Género:** las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar incontinencia debido a los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo y la menopausia.
- ❖ **Embarazo y parto vaginal:** los músculos del suelo pélvico pueden debilitarse, lo que aumenta el riesgo de incontinencia urinaria.
- ❖ **Obesidad:** el exceso de peso puede ejercer presión sobre la vejiga y los músculos del suelo pélvico, aumentando el riesgo de incontinencia urinaria.
- ❖ **Consumo de tabaco:** fumar puede dañar los músculos del suelo pélvico y aumentar el riesgo de incontinencia urinaria. (1,3)
- ❖ **Consumo excesivo de cafeína o alcohol:** el consumo excesivo de cafeína o alcohol puede irritar la vejiga y aumentar la producción de orina.
- ❖ **Enfermedades crónicas:** la diabetes, la enfermedad de Parkinson y la esclerosis múltiple pueden afectar los nervios que controlan la vejiga y aumentar el riesgo de incontinencia urinaria.



5.5.5 Prevención

Aunque no siempre se puede prevenir la incontinencia urinaria, se pueden tomar medidas para reducir el riesgo o prevenir su aparición, como:



Mantener un peso saludable: puede reducir la presión sobre la vejiga y los músculos del suelo pélvico, lo que puede ayudar a prevenir la incontinencia urinaria.

Fortalecer los músculos del suelo pélvico: realizar ejercicios regulares de Kegel y otros ejercicios para fortalecer los músculos del suelo pélvico puede ayudar a prevenir la incontinencia urinaria.

Evitar el tabaco: fumar puede dañar los músculos del suelo pélvico y aumentar el riesgo de incontinencia urinaria.

Reducir el consumo de alcohol y cafeína: el consumo excesivo de alcohol y cafeína puede irritar la vejiga y aumentar la producción de orina.

Tratar las enfermedades crónicas: tratar la diabetes, la enfermedad de Parkinson y la esclerosis múltiple puede ayudar a prevenir la incontinencia urinaria.

Evitar el estreñimiento: el estreñimiento crónico puede ejercer presión sobre la vejiga y los músculos del suelo pélvico, lo que puede aumentar el riesgo de incontinencia urinaria. Consumir una dieta rica en fibra, beber suficiente agua y hacer ejercicio regularmente puede ayudar a prevenir el estreñimiento. (1)



5.5.6. Sintomatología

Los síntomas de la incontinencia urinaria pueden variar dependiendo del tipo de incontinencia. Los principales síntomas son:



Incontinencia de esfuerzo: pérdida de orina durante actividades físicas como toser, reír, levantar objetos o hacer ejercicio.

Incontinencia de urgencia: necesidad repentina e intensa de orinar seguida de una pérdida involuntaria de orina. (2)

Incontinencia mixta: combinación de la incontinencia de esfuerzo y de urgencia.

Incontinencia por rebosamiento: sensación constante de tener la vejiga llena y goteo constante de orina sin la sensación de necesidad de orinar.

Incontinencia funcional: imposibilidad de llegar al baño a tiempo debido a problemas físicos o cognitivos.



5.5.7 Clasificación

La incontinencia urinaria se puede clasificar en diferentes grados de severidad, dependiendo de la cantidad y frecuencia de pérdidas involuntarias de orina:

Incontinencia urinaria leve: se caracteriza por la pérdida ocasional de pequeñas cantidades de orina, generalmente asociadas a situaciones de esfuerzo físico, como toser, estornudar o levantar objetos pesados. En general, la incontinencia urinaria leve no afecta significativamente la calidad de vida del paciente.

Incontinencia urinaria moderada: se produce una pérdida más frecuente y significativa de orina, que puede ocurrir en diferentes situaciones, como al reírse, caminar o cambiar de posición. La incontinencia urinaria moderada puede tener un impacto negativo en la vida diaria del paciente, limitando sus actividades. (2)

Incontinencia urinaria grave: se caracteriza por una pérdida constante de orina, que puede ocurrir incluso durante el sueño o en reposo. La incontinencia urinaria grave afecta significativamente la calidad de vida del paciente, limitando su movilidad y generando un alto nivel de incomodidad y vergüenza.

Existen varios tipos de incontinencia urinaria, los cuales se clasifican según la causa y los síntomas que presentan. Algunos de los tipos más comunes son:

<p>ESFUERZO</p> <p>La pérdida de orina se produce al realizar cualquier movimiento o actividad física. La risa el estornudo, el deporte, la carga de objetos pesados o el mero hecho de ponerse en pie o agacharse puede provocar escapes de orina que van desde unas gotas hasta un chorro.</p> 	<p>URGENCIA</p> <p>Es la más frecuente en el anciano. Es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de deseo miccional claro e intenso, difícil de demorar.</p> 	<p>MIXTA</p> <p>Pérdida involuntaria, por esfuerzo y los síntomas de la incontinencia de urgencia.</p>
<p>REBOSAMIENTO</p> <p>Se produce porque la vejiga se encuentra distendida por obstrucción e imposibilidad de vaciado</p> 	<p>FUNCIONAL</p> <p>Debido a limitaciones de la movilidad, cognitivas y no por alteración orgánica.</p> 	<p>NEUROGENA</p> <p>Pérdida involuntaria cuando se alcanza un volumen vesical específico. Debido a afectación de las motoneuronas o por lesiones traumáticas o quirúrgicas.</p> 



Incontinencia urinaria de esfuerzo: Este tipo de incontinencia se produce cuando la presión intraabdominal aumenta, como por ejemplo durante una tos, un estornudo o al levantar objetos pesados. Esta presión puede hacer que la vejiga pierda parte de su contenido.

Incontinencia urinaria de urgencia: En este caso, la persona siente una urgencia repentina e intensa de orinar, lo que puede llevar a la pérdida involuntaria de orina antes de llegar al baño.

Incontinencia urinaria mixta: Este tipo de incontinencia es una combinación de los dos tipos anteriores, es decir, la persona experimenta pérdida de orina tanto al hacer un esfuerzo físico como ante la urgencia repentina de orinar.

Incontinencia urinaria por rebosamiento: Se produce cuando la vejiga no puede vaciarse completamente y se produce una acumulación de orina que puede desbordarse y provocar pérdidas involuntarias. (3)

Incontinencia urinaria funcional: En este caso, la persona no tiene problemas en la vejiga o en el control de la orina, pero debido a una discapacidad física o cognitiva, no puede llegar al baño a tiempo.

5.5.8 Diagnóstico

El diagnóstico de la incontinencia urinaria implica una evaluación exhaustiva de los síntomas y antecedentes del paciente, así como la realización de pruebas específicas para identificar la causa subyacente del problema. A continuación, se describen los principales métodos de diagnóstico utilizados para la incontinencia urinaria:

Historia clínica: el médico recopila información sobre los síntomas, la frecuencia y la duración de las pérdidas de orina, así como sobre factores que pueden contribuir al problema, como la edad, el género, los antecedentes de cirugías previas, el consumo de medicamentos, etc.

Examen físico: el médico realiza un examen físico para identificar posibles causas anatómicas de la incontinencia urinaria, como debilidad muscular o prolapsos de órganos pélvicos. (2)

Diario miccional: se le pide al paciente que lleve un diario miccional para registrar la cantidad de líquidos que ingiere y la cantidad de orina que elimina, así como los momentos en que ocurren las pérdidas involuntarias.



Pruebas de imagen: se pueden utilizar diferentes pruebas de imagen, como ecografías, resonancias magnéticas o estudios radiográficos, para evaluar el tracto urinario y descartar posibles anomalías o patologías.

Pruebas urodinámicas: se realizan pruebas especializadas para evaluar la función del tracto urinario y la capacidad de la vejiga para retener y eliminar la orina. Estas pruebas pueden incluir la medición de la presión de la vejiga, la velocidad del flujo urinario y la capacidad de la vejiga para contraerse y relajarse de manera adecuada.



Análisis de orina: se pueden realizar análisis de orina para detectar infecciones urinarias o posibles causas de la incontinencia urinaria, como la presencia de sangre o proteínas en la orina.

5.5.9 Tratamiento

El tratamiento de la incontinencia urinaria puede variar en función de la causa subyacente del problema y de la gravedad de los síntomas. (2)

Terapia del comportamiento: se pueden realizar cambios en el estilo de vida y en los hábitos de micción para reducir los síntomas de incontinencia urinaria.

Estos cambios pueden incluir la reducción del consumo de líquidos, la programación de horarios regulares para ir al baño, la realización de ejercicios para fortalecer los músculos del suelo pélvico, etc.

Terapia farmacológica: medicamentos para reducir los síntomas de incontinencia urinaria, como anticolinérgicos, agonistas beta-3, estrógenos, etc. Estos medicamentos pueden tener efectos secundarios y que deben ser recetados.



Tratamientos quirúrgicos: en algunos casos, se pueden realizar cirugías para corregir anomalías anatómicas o para implantar dispositivos médicos que ayuden a controlar los síntomas de incontinencia urinaria, como los dispositivos de esfínter urinario artificial o los estimuladores eléctricos.



Terapia con inyección de Botox: esta opción se utiliza para la incontinencia urinaria por rebosamiento. La aplicación de Botox en la vejiga puede ayudar a relajar los músculos de la vejiga y reducir la necesidad urgente de orinar. (2)

5.5.10 Pronóstico

La incontinencia urinaria no suele ser una afección mortal por sí sola, aunque puede tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente. El pronóstico de la incontinencia urinaria depende de la causa subyacente del problema, así como de la gravedad de los síntomas y la efectividad del tratamiento.

En algunos casos, la incontinencia urinaria puede mejorar con cambios en el estilo de vida, la terapia del comportamiento o el uso de medicamentos. En otros casos, puede ser necesario realizar procedimientos quirúrgicos o utilizar dispositivos médicos para controlar los síntomas de manera efectiva. (2)

Es importante tener en cuenta que la incontinencia urinaria puede ser un problema crónico y que, en algunos casos, puede requerir tratamientos a largo plazo para controlar los síntomas. Si los síntomas empeoran o si se presentan síntomas adicionales, como dolor abdominal, fiebre o sangrado en la orina.

5.5.11 Escalas pronósticas

Se pueden utilizar diversas escalas y herramientas de evaluación para determinar la gravedad de los síntomas y la calidad de vida del paciente.



Algunas escalas que se utilizan comúnmente para evaluar la incontinencia urinaria incluyen:

- La Escala de Severidad de la Incontinencia (Incontinence Severity Index, ISI): se utiliza para evaluar la gravedad de los síntomas de incontinencia urinaria en términos de frecuencia, cantidad y tipo de pérdida de orina.
- El Índice de Calidad de Vida de la Incontinencia (Incontinence Quality of Life, I-QoL): se utiliza para evaluar el impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida del paciente en términos de emociones, actividades cotidianas, limitaciones físicas, etc.
- La Escala Internacional de Síntomas de la Vejiga (International Prostate Symptom Score, IPSS): se utiliza para evaluar los síntomas relacionados con la vejiga, incluyendo la incontinencia urinaria, la frecuencia urinaria, la urgencia urinaria.
- La Escala de Valoración Global de la Incontinencia (Patient Global Impression of Improvement, PGII): se utiliza para evaluar la percepción del paciente sobre la mejora o empeoramiento de sus síntomas de incontinencia urinaria después de recibir tratamiento.

5.5.12 Complicaciones

La incontinencia urinaria puede tener algunas complicaciones, especialmente si no se trata adecuadamente. Algunas de las complicaciones posibles incluyen:

- **Infecciones del tracto urinario (ITU):** La incontinencia urinaria puede aumentar el riesgo de ITU, ya que la piel y las mucosas de la zona genital pueden estar expuestas a la orina y a las bacterias. Las ITU pueden causar dolor y malestar, así como complicaciones graves si no se tratan adecuadamente. (2,3)
- **Dermatitis de la zona perineal:** La exposición constante a la orina puede irritar y dañar la piel de la zona genital, lo que puede llevar a la dermatitis y a otros problemas de la piel.
- **Disfunción sexual:** La incontinencia urinaria puede tener un impacto negativo en la vida sexual del paciente, especialmente si se siente avergonzado o incómodo al respecto.
- **Problemas emocionales:** La incontinencia urinaria puede tener un impacto negativo en la autoestima y la calidad de vida del paciente, lo que puede llevar a problemas emocionales como la depresión, la ansiedad y la disminución de la autoestima.



- **Limitaciones en las actividades diarias:** La incontinencia urinaria puede limitar la capacidad del paciente para realizar actividades cotidianas, como trabajar, socializar, hacer ejercicio, etc.

5.5.13 Prevención de complicaciones:

Algunas medidas que pueden ayudar a prevenir las complicaciones asociadas con la incontinencia urinaria incluyen:

Mantener una buena higiene: es esencial para prevenir infecciones del tracto urinario y dermatitis de la zona perineal. Se recomienda limpiar la zona con agua y jabón suave, y secar completamente después de la limpieza.

Usar productos adecuados: Se deben usar productos diseñados específicamente para la incontinencia urinaria, como pañales o almohadillas absorbentes, para mantener la piel seca y prevenir la irritación.

Controlar la ingesta de líquidos: Limitar la ingesta de líquidos, especialmente antes de acostarse, puede ayudar a reducir la necesidad de orinar durante la noche y prevenir las fugas nocturnas.

Mantener una buena nutrición: puede ayudar a prevenir la obesidad y otros problemas de salud que pueden contribuir a la incontinencia urinaria.

Fortalecer los músculos del suelo pélvico: Realizar ejercicios de Kegel y otros ejercicios que fortalecen los músculos del suelo pélvico puede ayudar a prevenir la incontinencia urinaria y mejorar los síntomas existentes. (2,3)

Buscar tratamiento temprano: Buscar tratamiento temprano para la incontinencia urinaria puede ayudar a prevenir la progresión de la enfermedad y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo.

5.5.14. Investigaciones actuales

En la actualidad, se están llevando a cabo varias investigaciones sobre la incontinencia urinaria, con el objetivo de mejorar la comprensión de la enfermedad y desarrollar nuevos tratamientos y técnicas de diagnóstico. Algunas de las áreas de investigación más prometedoras incluyen:



Terapias con células madre: Se están investigando terapias con células madre para reparar y regenerar el músculo del esfínter urinario y otros tejidos relacionados con la incontinencia urinaria.

Terapia eléctrica y magnética: Se están investigando técnicas de terapia eléctrica y magnética para estimular los músculos del suelo pélvico y mejorar la función de la vejiga.

Diagnóstico de imagen avanzado: Se están desarrollando nuevas técnicas de diagnóstico de imagen, como la resonancia magnética funcional, para obtener imágenes más precisas de los músculos del suelo pélvico y otros tejidos relacionados con la incontinencia urinaria.

Entrenamiento virtual: Se están investigando técnicas de entrenamiento virtual para mejorar la efectividad de los ejercicios de Kegel y otros ejercicios del suelo pélvico.

Terapia conductual: Se está investigando la terapia conductual para ayudar a los pacientes a controlar los síntomas de la incontinencia urinaria a través de cambios en el comportamiento y el estilo de vida. (3)

Bibliografía:

1. Campillos-Cañete, M., González-Tamajón, R. M., Berlango-Jiménez, J., & Crespo-Montero, R. Incontinencia urinaria: causas y cuidados de enfermería. Una revisión bibliográfica. *Enferm Nefrol.* 2021;24(1):25-37.



2. González-Maldonado, L. A., Erosa-Villarreal, R. A., Janssen-Aguilar, R., Laviada-Molina, H. A., & Méndez-Domínguez, N. I. Incontinencia urinaria: factores de riesgo y frecuencia en mujeres mayores de 60 años, en el sureste de México. *Rev Mex Urol.* 2019;79(3).

3. Amador, K. A., Diaz, S. R., & Montenegro, C. V. Incontinencia urinaria: diagnóstico, manejo y tratamiento. *Rev Cienc Salud Integr Conoc.* 2021;5(2):pág-15.

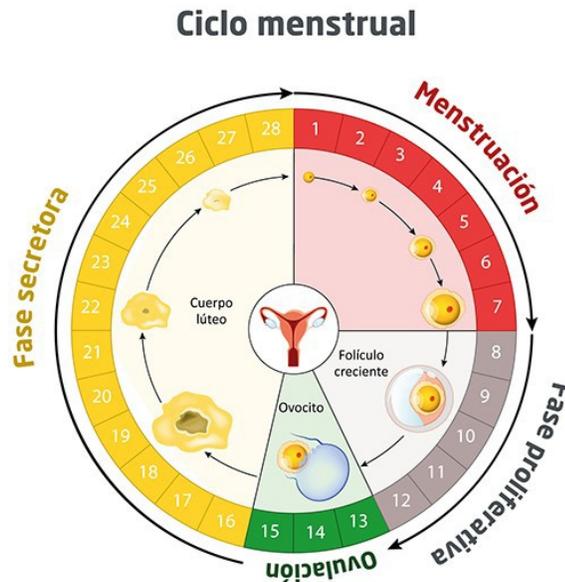
“LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGIA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGADO PARTE I”





VI. PATOLOGÍAS DEL CICLO MENSTRUAL

6.1 Síndrome premenstrual



6.1.1 Definición

El síndrome premenstrual (SPM) se refiere a una serie de síntomas físicos, emocionales y psicológicos que algunas mujeres experimentan en la fase lútea del ciclo menstrual, es decir, durante la segunda mitad del ciclo, aproximadamente dos semanas antes de la menstruación. (1)

6.1.2 Epidemiología

El síndrome premenstrual (SPM) se refiere a una serie de síntomas físicos, emocionales y psicológicos que algunas mujeres experimentan en la fase lútea del ciclo menstrual, es decir, durante la segunda mitad del ciclo, aproximadamente dos semanas antes de la menstruación.

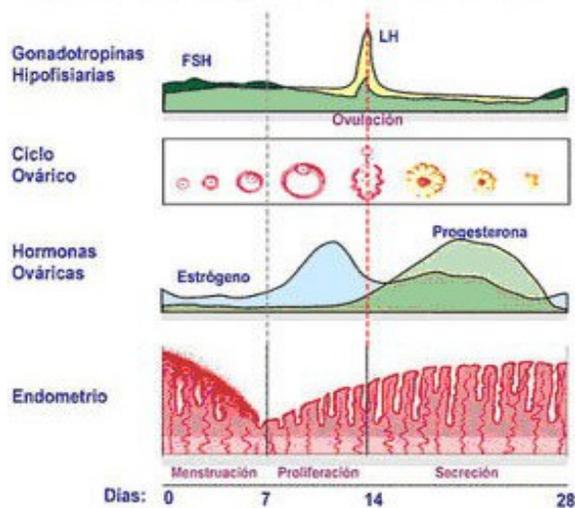
Se estima que alrededor del 85% de las mujeres en América Latina experimentan síntomas premenstruales en algún momento de sus vidas, aunque no todos los casos son graves. (1)



En cuanto a Ecuador, se ha reportado que el 78% de las mujeres ecuatorianas experimentan algún tipo de síntoma premenstrual, y aproximadamente el 14% de ellas informan síntomas graves que afectan su calidad de vida.

Se ha encontrado que las mujeres ecuatorianas tienen una mayor incidencia de síntomas físicos de SPM, como dolor de cabeza, dolor abdominal y dolor en los senos, en comparación con los síntomas emocionales. (1,2)

6.1.3 Etiología



La etiología del síndrome premenstrual (SPM) aún no se comprende completamente, pero se cree que está relacionada con cambios en los niveles hormonales durante el ciclo menstrual. La fluctuación de los niveles de estrógeno y progesterona en el cuerpo puede afectar el equilibrio de ciertos neurotransmisores en el cerebro, lo que puede contribuir a los síntomas del SPM. (1,2)

Además, se cree que los factores genéticos y ambientales pueden desempeñar un papel en el SPM. Algunas mujeres pueden tener una predisposición genética a experimentar síntomas más severos del SPM, mientras que otros factores, como el estrés, la falta de ejercicio y una dieta poco saludable, también pueden afectar la gravedad de los síntomas.



6.1.4 Factores de riesgo

Los factores de riesgo para el síndrome premenstrual incluyen:



- **Edad reproductiva:** Las mujeres en edad reproductiva son las que corren mayor riesgo de desarrollar SPM.
- **Historial familiar:** Las mujeres con un historial familiar de SPM tienen más probabilidades de desarrollar la afección.
- **Cambios hormonales:** Las fluctuaciones hormonales durante el ciclo menstrual pueden aumentar el riesgo de desarrollar SPM.
- **Estrés:** El estrés puede empeorar los síntomas del SPM.
- **Depresión o trastornos de ansiedad:** Las mujeres con antecedentes de depresión o trastornos de ansiedad pueden tener un mayor riesgo de SPM.
- **Malos hábitos alimentarios:** Una dieta poco saludable puede aumentar el riesgo de SPM.
- **Sedentarismo:** La falta de actividad física también puede aumentar el riesgo de SPM.



6.1.5 Prevención

Hay algunas medidas que pueden ayudar a reducir la gravedad de los síntomas. Algunas estrategias preventivas incluyen:

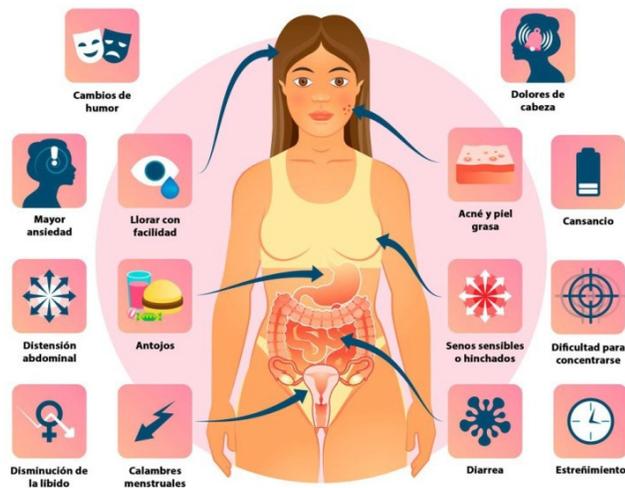


- **Mantener una dieta saludable y equilibrada:** Consumir una dieta rica en frutas, verduras, granos enteros y proteínas magras puede ayudar a reducir los síntomas del SPM.
- **Hacer ejercicio regularmente:** El ejercicio regular puede ayudar a reducir los síntomas del SPM, ya que ayuda a liberar endorfinas que mejoran el estado de ánimo.
- **Dormir lo suficiente:** Dormir lo suficiente puede ayudar a reducir la fatiga y otros síntomas del SPM.
- **Manejar el estrés:** La reducción del estrés puede ayudar a reducir la gravedad de los síntomas del SPM. Estrategias como la meditación, la respiración profunda y el yoga pueden ayudar a reducir el estrés.
- **Evitar el consumo de alcohol y tabaco:** El consumo de alcohol y tabaco puede empeorar los síntomas del SPM.
- **Tomar suplementos vitamínicos y minerales:** Algunos suplementos, como la vitamina B6, el calcio y el magnesio, pueden ayudar a reducir los síntomas del SPM.



6.1.6 Clínica o sintomatología

Los síntomas de El síndrome premenstrual (SPM) pueden variar de una mujer a otra, y pueden afectar el cuerpo, el estado de ánimo y el comportamiento. Algunos de los síntomas más comunes del SPM incluyen: (2)



- Cambios de humor, como irritabilidad, ansiedad, depresión o llanto fácil
- Tensión o sensibilidad en los senos
- Hinchazón y retención de líquidos
- Fatiga o falta de energía
- Dificultad para dormir o somnolencia excesiva
- Dolores de cabeza o migrañas
- Cambios en los patrones de apetito o antojos
- Acné o piel grasa
- Dolor en las articulaciones o músculos

Estos síntomas suelen aparecer durante la segunda mitad del ciclo menstrual, después de la ovulación, y pueden persistir hasta el inicio del periodo menstrual. Los síntomas pueden variar en gravedad y duración, y algunas mujeres pueden experimentar síntomas más graves que otras. (2)



6.1.7 Clasificación por severidad

El síndrome premenstrual (SPM) se puede clasificar en diferentes categorías según la gravedad de los síntomas. (2) La más común se basa en los síntomas físicos y emocionales y se divide en tres categorías:

- ❖ **SPM leve:** Cuando los síntomas son leves y no afectan significativamente la vida diaria de la mujer. En esta categoría se pueden presentar uno o dos síntomas leves, como hinchazón, dolores de cabeza o cambios de ánimo leves.
- ❖ **SPM moderada:** Cuando los síntomas son moderados y pueden afectar la calidad de vida de la mujer. En esta categoría se pueden presentar varios síntomas moderados que afectan la vida diaria, como dolor en los senos, fatiga, cambios de humor y dolores de cabeza.
- ❖ **SPM grave:** Cuando los síntomas son graves y afectan significativamente la vida diaria de la mujer. Se presentan varios síntomas que afectan la vida diaria, como dolor abdominal, cambios de humor, depresión y ansiedad.

La gravedad del SPM puede variar de una mujer a otra y de un ciclo menstrual a otro.

6.1.8 Diagnóstico

El diagnóstico del síndrome premenstrual (SPM) se basa en los síntomas que experimenta la mujer y su relación con el ciclo menstrual. Por lo general, se requiere un seguimiento de los síntomas durante varios ciclos menstruales para hacer un diagnóstico preciso del SPM.

El médico puede realizar un examen físico y solicitar análisis de sangre para descartar otras condiciones que puedan estar causando los síntomas. También puede solicitar un registro diario de los síntomas de la mujer para evaluar su gravedad y duración.

En algunos casos, el médico puede recomendar una ecografía para descartar problemas en los ovarios o el útero que puedan estar causando los síntomas. No existe una prueba específica para el diagnóstico del SPM, por lo que el diagnóstico se basa en la evaluación de los síntomas y su relación con el ciclo menstrual. (1,3)



6.1.9 Tratamiento

El tratamiento del síndrome premenstrual (SPM) varía según la gravedad de los síntomas y la preferencia de la mujer. Algunas opciones de tratamiento incluyen:

PASOS INICIALES: Ajustes de estilo de vida que incluyan una dieta balanceada, ejercicio y hábitos saludables.



DOS NIVELES DE TRATAMIENTO

Medicina alternativa

- Suplementos nutricionales
- Suplementos fitoestrogénicos
- Suplementos reguladores de hormonas

Opciones farmacológicas

- Tratamientos hormonales
- Medicamentos reguladores del estado de ánimo
- Analgésicos



Cambios en el estilo de vida: La adopción de un estilo de vida saludable, como la práctica regular de ejercicio, la reducción del consumo de cafeína y alcohol, la alimentación equilibrada y la reducción del estrés, puede ayudar a reducir los síntomas del SPM.

Terapia hormonal: El uso de anticonceptivos orales o terapia hormonal puede ayudar a regular los niveles hormonales y reducir los síntomas del SPM.

Medicamentos: Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) pueden ayudar a aliviar los síntomas físicos del SPM, como el dolor de cabeza y el dolor abdominal. También se pueden utilizar antidepresivos o ansiolíticos para tratar los síntomas emocionales del SPM.

Terapia psicológica: La terapia cognitivo-conductual (TCC) puede ayudar a las mujeres a desarrollar habilidades para manejar mejor los síntomas del SPM.



6.1.10 Pronóstico

El síndrome premenstrual (SPM) es una condición que no suele ser mortal. En general, los síntomas del SPM son temporales y mejoran después del inicio del período menstrual.

El pronóstico del SPM puede variar de una mujer a otra y depende de la gravedad de los síntomas y la efectividad del tratamiento. Si los síntomas son leves o moderados, muchas mujeres pueden manejarlos con cambios en el estilo de vida o medicamentos. Sin embargo, si los síntomas son graves y afectan significativamente la calidad de vida, es importante buscar atención médica para determinar el mejor enfoque de tratamiento.

El SPM no afecta la esperanza de vida de una mujer, aunque puede tener un impacto significativo en la calidad de vida.

6.1.11 Escalas pronósticas

Existen algunas escalas que se utilizan para evaluar la gravedad de los síntomas del SPM y su impacto en la calidad de vida de la mujer, como la Escala de Evaluación de El síndrome premenstrual (Premenstrual Assessment Scale, PAS) y la Escala de Impacto de El síndrome premenstrual (Premenstrual Impact Scale, PIS). Estas escalas se utilizan para evaluar los síntomas físicos y emocionales del SPM y su impacto en la vida cotidiana de la mujer.

Además, existen escalas de evaluación de la calidad de vida, como la Escala de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Health-Related Quality of Life, HRQoL), que se utilizan para evaluar el impacto del SPM en la calidad de vida general de la mujer. (2,3)

Es importante destacar que estas escalas no son herramientas de diagnóstico, sino que se utilizan para evaluar la gravedad de los síntomas y su impacto en la calidad de vida de la mujer

6.1.12 Complicaciones

En casos raros, el SPM puede empeorar y convertirse en un trastorno disfórico premenstrual (TDPM), que es una forma grave de SPM que causa síntomas emocionales graves que pueden



afectar la calidad de vida de la mujer. En algunos casos, el TDPM puede requerir tratamiento con medicamentos y terapia. (3)

6.1.13 Prevención de complicaciones

No existe una forma específica de prevenir complicaciones relacionadas con El síndrome premenstrual (SPM), ya que se trata de una condición natural que puede ocurrir en mujeres en edad fértil. Sin embargo, hay algunas medidas que se pueden tomar para reducir la gravedad de los síntomas del SPM y mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas.



Estilo de vida saludable: Una dieta equilibrada y actividad física regular pueden reducir la gravedad de los síntomas del SPM.

Reducción del estrés: La práctica regular de técnicas de relajación, como yoga o meditación, pueden ayudar a reducir el estrés y mejorar los síntomas del SPM.

Suplementos y vitaminas: Algunos suplementos y vitaminas, como el calcio, la vitamina B6 y el magnesio, pueden ayudar a reducir los síntomas del SPM.

Terapia hormonal: En algunos casos, la terapia hormonal puede ayudar a reducir los síntomas del SPM en mujeres que experimentan síntomas graves.



6.1.14 Investigaciones actuales



Actualmente, hay varias investigaciones en curso sobre El síndrome premenstrual (SPM) que buscan comprender mejor la etiología y los mecanismos subyacentes de esta condición, así como explorar nuevas opciones de tratamiento. (3)Algunas de estas investigaciones incluyen:

Investigaciones sobre los mecanismos biológicos del SPM: Los investigadores están tratando de entender mejor los mecanismos biológicos subyacentes del SPM, como los cambios hormonales y los desequilibrios químicos cerebrales que pueden contribuir a los síntomas.

Investigaciones sobre opciones de tratamiento no farmacológicas: Se están investigando opciones de tratamiento no farmacológicas, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia de relajación y la acupuntura, para ayudar a reducir los síntomas del SPM.

Investigaciones sobre opciones de tratamiento farmacológicas: Los investigadores están explorando nuevos medicamentos y terapias hormonales para ayudar a reducir los síntomas del SPM en mujeres que experimentan síntomas graves.

Investigaciones sobre la relación entre el SPM y otros trastornos: También se está investigando la relación entre el SPM y otros trastornos, como la depresión, la ansiedad y los trastornos de ansiedad generalizados, para entender mejor cómo estas condiciones pueden influir en el SPM. (3)

“LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGIA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGADO PARTE I”



Bibliografía:

1. Sandoval Ocupa, A. L. Factores asociados a síndrome premenstrual en mujeres que acuden al ES I-4 Castilla, 2022.
2. Míguez, M. D. M. F. Estudio epidemiológico de los factores de riesgo del síndrome premenstrual y del trastorno disfórico premenstrual [tesis doctoral]. Universidade de Santiago de Compostela; 2019.
3. García, C. L., & García, A. B. Ejercicio físico y síndrome premenstrual. e-Motion: Rev Educ Motricidad e Investigación. 2020;(15):102-127.



6.2 Dismenorrea



6.2.1 Definición

La dismenorrea es un término médico que se refiere al dolor menstrual o dolor durante la menstruación. Es un trastorno común que afecta a muchas mujeres en edad fértil y puede presentarse de forma aguda o crónica. (1)

6.2.2 Epidemiología

La dismenorrea es un trastorno menstrual común que afecta a muchas mujeres en todo el mundo. Se estima que alrededor del 50% de las mujeres en edad reproductiva experimentan dismenorrea en algún momento de sus vidas.

La dismenorrea primaria es la forma más común y afecta aproximadamente al 90% de las mujeres que experimentan dolor menstrual. Por otro lado, la dismenorrea secundaria, que se debe a una causa subyacente como la endometriosis o los fibromas uterinos, es menos común y afecta a alrededor del 10% de las mujeres con dolor menstrual.

Puede comenzar poco después de la primera menstruación (menarquia) en la adolescencia y puede continuar hasta la menopausia. Las mujeres que tienen ciclos menstruales irregulares o que fuman tienen un mayor riesgo de experimentar dismenorrea.

Según estudios en la región, se estima que entre el 60% y el 93% de las mujeres en edad reproductiva experimentan dolor menstrual en algún momento de sus vidas. (1)

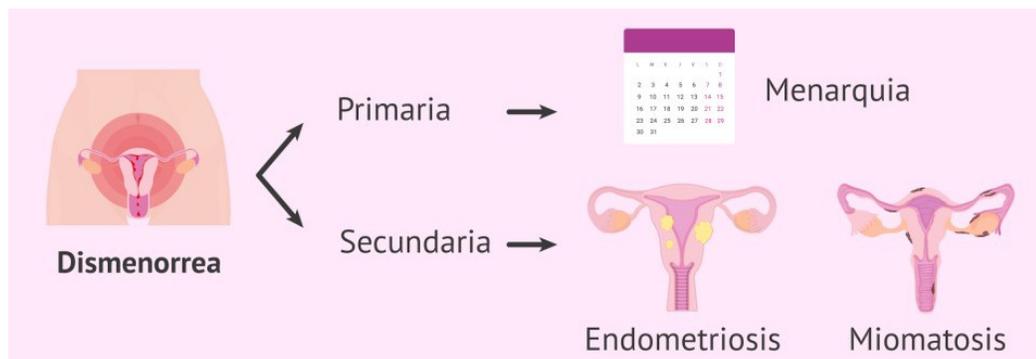


En Ecuador, se ha encontrado que la dismenorrea afecta aproximadamente al 70% de las mujeres en edad reproductiva, siendo más común en mujeres jóvenes. Además, se ha observado que las mujeres que fuman, tienen un índice de masa corporal elevado o presentan estrés psicológico tienen un mayor riesgo de experimentar dismenorrea.

La dismenorrea primaria también es la forma más común en Latinoamérica y en Ecuador, mientras que la dismenorrea secundaria es menos común y se asocia con trastornos ginecológicos, como la endometriosis. (1,2)

6.2.3 Etiología

La etiología de la dismenorrea puede ser primaria o secundaria.



Dismenorrea primaria:

Conocida como dolor menstrual funcional, ocurre sin una causa subyacente evidente y se cree que se debe a una respuesta exagerada del útero a las hormonas femeninas, especialmente a las prostaglandinas, sustancias químicas producidas por el revestimiento del útero durante la menstruación que provocan contracciones uterinas y dolor menstrual. En las mujeres con dismenorrea primaria, la producción de prostaglandinas es más alta que en las mujeres sin dismenorrea. (1)

Algunos factores de riesgo asociados con la dismenorrea primaria incluyen:

- Edad temprana en la menarquia (inicio de la menstruación).



- Historia familiar de dismenorrea.
- Ciclos menstruales irregulares.
- Niveles más altos de prostaglandinas en el endometrio (capa interna del útero).

Dismenorrea secundaria:

En este caso, el dolor menstrual intenso se debe a una causa subyacente, como una condición médica o anomalías estructurales. Algunas de las causas comunes de la dismenorrea secundaria incluyen:

- Endometriosis: Es una condición en la cual el tejido similar al revestimiento del útero crece fuera de este, en otros órganos pélvicos, lo que puede causar dolor intenso durante la menstruación.
- Miomas uterinos: Son tumores no cancerosos que se desarrollan en el útero y pueden provocar dolor menstrual intenso, especialmente si están ubicados cerca de la cavidad uterina o causan distorsión en la forma del útero.
- Adenomiosis: Es una afección en la cual el tejido endometrial crece dentro de las paredes musculares del útero. Puede causar dolor menstrual intenso y sangrado abundante. (1,2)
- Infecciones pélvicas: Las infecciones en los órganos reproductivos, como la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), pueden provocar dolor menstrual intenso.
- Dispositivo intrauterino (DIU): En algunos casos, la presencia de un DIU puede causar dolor menstrual intenso, aunque es poco común.

6.2.4 Factores de riesgo

Los factores de riesgo para la dismenorrea incluyen:



- **Edad:** las adolescentes y mujeres jóvenes son más propensas a experimentar dismenorrea.
- **Historia familiar:** si la madre o las hermanas experimentaron dismenorrea, es más probable que la mujer también lo experimente.
- **Menarquia temprana:** la dismenorrea es más común en mujeres que tuvieron su primera menstruación antes de los 11 años.
- **Trastornos ginecológicos:** la dismenorrea secundaria se asocia con trastornos ginecológicos, como la endometriosis, los fibromas uterinos, la adenomiosis, la enfermedad inflamatoria pélvica, entre otros.
- **Estrés:** el estrés emocional o físico puede agravar los síntomas.
- **Sedentarismo:** la falta de actividad física y el sedentarismo pueden aumentar el riesgo de experimentar dismenorrea.
- **Obesidad:** la obesidad se asocia con un mayor riesgo de dismenorrea.
- **Tabaquismo:** fumar puede aumentar el riesgo de dismenorrea.
- **Consumo de cafeína y alcohol:** el consumo excesivo de cafeína y alcohol puede empeorar los síntomas de la dismenorrea. (2)

6.2.5 Prevención

La prevención de la dismenorrea puede incluir:



- Mantener un peso saludable y hacer ejercicio regularmente.
- Reducir el consumo de cafeína, alcohol y alimentos ricos en grasas y carbohidratos refinados.
- Practicar técnicas de relajación, como la meditación, el yoga o la respiración profunda, para reducir el estrés.
- Tomar suplementos de calcio, vitamina B6 y omega-3 para reducir los niveles de prostaglandinas y disminuir la inflamación.
- Usar métodos anticonceptivos hormonales, como la píldora anticonceptiva, el parche o el anillo vaginal, puede reducir la producción de prostaglandinas y, por lo tanto, disminuir el dolor menstrual. (1)
- Tratar los trastornos ginecológicos subyacentes que pueden causar dismenorrea secundaria, como la endometriosis o los fibromas uterinos.
- Consultar con un médico si el dolor menstrual es severo o interfiere con las actividades diarias.

6.2.6 Clínica o sintomatología

La dismenorrea se caracteriza por dolor menstrual que se produce en la parte baja del abdomen y que puede irradiarse hacia la parte baja de la espalda y las piernas. El dolor puede ser sordo o agudo y puede acompañarse de otros síntomas, como:



- Náuseas y vómitos.
- Diarrea o estreñimiento.
- Mareo y desmayos.
- Fatiga y debilidad.
- Dolor de cabeza o migrañas.
- Irritabilidad y cambios de humor.
- Sensibilidad en los senos.

El dolor menstrual puede comenzar uno o dos días antes del inicio de la menstruación y puede durar de uno a tres días, aunque en algunos casos puede durar hasta una semana.

El dolor menstrual suele ser más intenso en los primeros años después de la menarquia y puede disminuir a medida que la mujer envejece. En algunos casos, la dismenorrea puede ser lo suficientemente severa como para interferir con las actividades diarias y requerir tratamiento médico. (2)

6.2.7 Clasificación por severidad

La dismenorrea primaria se clasifica en leve, moderada y severa, según la intensidad del dolor y su impacto en la vida cotidiana de la mujer. (2)



Gravedad	Cólicos presentes siempre	Cólicos muy intensos	Interrupción de actividades
Dismenorrea leve	Sí	No	No
Dismenorrea moderada	Sí	No	No
Dismenorrea grave	Sí	Sí	Sí

La clasificación se basa en la escala de dolor menstrual propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

- **Dismenorrea leve:** el dolor menstrual interfiere levemente con las actividades diarias y puede ser aliviado con analgésicos de venta libre, como el ibuprofeno o el paracetamol.
- **Dismenorrea moderada:** el dolor menstrual interfiere moderadamente con las actividades diarias y puede requerir analgésicos más fuertes, como el naproxeno o el diclofenaco.
- **Dismenorrea severa:** el dolor menstrual interfiere significativamente con las actividades diarias y puede requerir tratamiento médico especializado, como la terapia hormonal o los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) en dosis más altas.

La dismenorrea secundaria se clasifica según la causa subyacente, que puede ser una enfermedad ginecológica, como la endometriosis o los fibromas uterinos, o una causa no ginecológica, como la enfermedad inflamatoria pélvica o la enfermedad inflamatoria intestinal. La severidad de la dismenorrea secundaria depende de la gravedad y la cronicidad de la enfermedad subyacente. (2)

6.2.8 Diagnóstico

El diagnóstico de la dismenorrea se basa en la historia clínica de la paciente y en un examen físico ginecológico. El médico puede hacer preguntas sobre la duración y la intensidad del dolor menstrual, así como sobre cualquier otro síntoma que pueda estar presente, como náuseas, vómitos o diarrea. También puede preguntar acerca de la duración y la regularidad



del ciclo menstrual, así como sobre la historia clínica de la paciente y cualquier medicamento que pueda estar tomando. (3)



Durante el examen físico ginecológico, el médico puede realizar una exploración vaginal para detectar signos de enfermedad ginecológica, como quistes ováricos, fibromas uterinos o endometriosis. También puede realizar una ecografía pélvica o una laparoscopia para obtener una imagen más detallada de los órganos reproductivos. (3)

En algunos casos, puede ser necesario realizar pruebas adicionales, como una prueba de embarazo, un análisis de sangre para detectar infecciones o un estudio de imagen, como una resonancia magnética, para detectar anomalías estructurales en los órganos reproductivos.

6.2.9 Tratamiento



Ducha Caliente



Calor



Analgésicos



Dieta saludable



Infusión caliente



El tratamiento para la dismenorrea, o dolor menstrual intenso, puede variar dependiendo de la causa subyacente y la gravedad de los síntomas.

Medicamentos analgésicos de venta libre: Los analgésicos de venta libre, como el ibuprofeno o el naproxeno sódico, pueden aliviar el dolor menstrual, ayudan a reducir la producción de prostaglandinas, aliviando así el dolor e inflamación.

Anticonceptivos hormonales: Las píldoras anticonceptivas combinadas, los parches, los anillos vaginales o los dispositivos intrauterinos (DIU) liberadores de hormonas, pueden ayudar a controlar el dolor menstrual. Estos métodos funcionan al regular los niveles hormonales y reducir la producción de prostaglandinas.

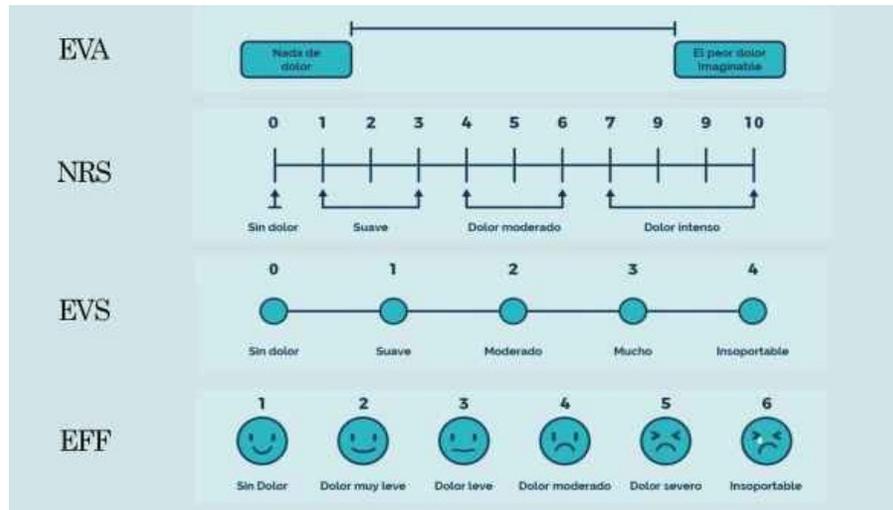
Antiinflamatorios no esteroides (AINE) recetados: En casos de dolor menstrual intenso que no responde a los analgésicos de venta libre, el médico puede recetar AINE más potentes, como el mefenámico ácido, para aliviar los síntomas.

Terapia de calor: Aplicar calor en el área abdominal puede ser útil para aliviar los calambres y el dolor menstrual. Se puede utilizar una almohadilla térmica. (3)

Terapia nutricional: Ciertos cambios en la dieta, como reducir la ingesta de sal, grasas saturadas y cafeína, pueden ayudar a disminuir los síntomas de la dismenorrea. Además, se recomienda consumir alimentos ricos en ácidos grasos omega-3, como pescado, nueces y semillas, ya que pueden tener propiedades antiinflamatorias.

Ejercicio regular: Ayuda a reducir el dolor menstrual al liberar endorfinas, sustancias químicas que actúan como analgésicos naturales en el cuerpo. Se recomienda realizar actividades físicas de baja intensidad.

6.2.10 Escalas de medición



Escala visual analógica (EVA): Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros de longitud, donde el paciente marca su nivel de dolor menstrual en una escala del 0 al 10. El 0 representa la ausencia de dolor y el 10 el peor dolor imaginable. Esta escala es subjetiva y depende de la percepción individual del dolor. (2,3)

Índice de dolor menstrual (IDM): Es una escala que evalúa la duración del dolor menstrual, la intensidad y el impacto funcional en la vida diaria. Se utiliza para medir la gravedad de la dismenorrea y su impacto en la calidad de vida. Los pacientes puntúan diferentes aspectos del dolor menstrual y se obtiene un puntaje total.

Escala verbal numérica (EVN): El paciente elige un número del 0 al 10 para describir la intensidad del dolor menstrual. El 0 representa la ausencia de dolor y el 10 el peor dolor imaginable. Esta escala es similar a la EVA pero utiliza números en lugar de una línea visual.

Índice de dismenorrea de Wong-Baker: Es una escala de caras sonrientes que se utiliza para evaluar la intensidad del dolor menstrual en niños y adolescentes. Los pacientes eligen la cara que mejor representa su nivel de dolor.



6.2.11 Complicaciones



La dismenorrea, o dolor menstrual intenso, puede tener algunas complicaciones que pueden afectar la calidad de vida de una persona:

Ausentismo laboral o escolar: El dolor menstrual intenso puede ser lo suficientemente incapacitante como para interferir con las actividades diarias, lo que puede llevar a ausentismo en el trabajo o en la escuela. Esto puede afectar el rendimiento académico o laboral y causar estrés adicional. (2)

Limitación en las actividades diarias: El dolor menstrual intenso puede dificultar la participación en actividades físicas, deportes o incluso actividades sociales. Esto puede tener un impacto negativo en la calidad de vida y limitar las oportunidades de disfrutar plenamente de la vida cotidiana.

Trastornos del estado de ánimo: El dolor menstrual recurrente y debilitante puede tener un impacto en el estado de ánimo de una persona. Puede aumentar el riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo, como la depresión o la ansiedad. La interrupción constante de la vida normal y el malestar físico pueden generar angustia emocional.

Interferencia con la vida sexual: El dolor menstrual intenso puede afectar la vida sexual de una persona al causar molestias o dolor durante las relaciones sexuales. Esto puede llevar a la evitación de la actividad sexual y afectar las relaciones íntimas.



6.2.12 Investigaciones actuales

Estas investigaciones buscan mejorar la comprensión de la dismenorrea, identificar las causas subyacentes y desarrollar enfoques de tratamiento más efectivos.

Estudios sobre los mecanismos de la dismenorrea: Los investigadores están tratando de comprender mejor los procesos biológicos y los mecanismos subyacentes que causan el dolor menstrual intenso. Esto puede incluir investigaciones sobre las prostaglandinas, la inflamación, las anomalías hormonales u otros factores que contribuyen a la dismenorrea.

Investigación sobre los factores genéticos: Se están llevando a cabo estudios para explorar la influencia de los factores genéticos en la predisposición a la dismenorrea. Estos estudios pueden ayudar a identificar genes específicos relacionados con la condición y proporcionar información sobre los posibles mecanismos subyacentes.

Evaluación de tratamientos farmacológicos: Los investigadores están llevando a cabo estudios clínicos para evaluar la efectividad y seguridad de diferentes opciones de tratamiento farmacológico para la dismenorrea. Estos pueden incluir analgésicos, antiinflamatorios no esteroides, anticonceptivos hormonales u otras terapias medicamentosas. (2,3)

Investigación sobre terapias no farmacológicas: Además de los tratamientos farmacológicos, también se están investigando terapias no farmacológicas para la dismenorrea, como la acupuntura, la fisioterapia, la terapia de calor o el yoga. Estos estudios buscan evaluar la eficacia y la viabilidad de estas terapias complementarias en el manejo del dolor menstrual.

“LOS FUNDAMENTOS DE LA GINECOLOGIA: UNA GUIA PARA ESTUDIANTES DE PREGADO PARTE I”



Bibliografía:

1. Crespo, D., Mendieta, R., & Mendieta, L. Prevalencia de patologías ginecológicas infanto-juvenil. Cienc Desarro. 2019;21(2):27-35.
2. Ibáñez, M. G., Horta, M. F., & Campa, J. M. G. Exploración ginecológica y alteraciones más frecuentes del ciclo menstrual en la adolescencia. Pediatr Integral. 2022;259.
3. Reyna-Villasmil, E. Trastornos médicos y ciclo menstrual. Rev Obstet Ginecol Venez. 2019;79(1):37-48.



6.3 Amenorrea



6.3.1 Definición

La amenorrea es la ausencia de menstruación en una mujer en edad fértil. Se considera que una mujer tiene amenorrea si ha pasado más de 3 ciclos menstruales (o 90 días) sin tener la menstruación. La amenorrea puede ser primaria, si la mujer nunca ha tenido menstruación, o secundaria, si la mujer ha tenido menstruación previamente pero deja de menstruar durante un período de tiempo prolongado. (1,2)

6.3.2 Epidemiología

La prevalencia de amenorrea varía dependiendo de la causa subyacente. En general, la amenorrea primaria es rara, afectando a menos del 1% de las mujeres en edad fértil. La amenorrea secundaria es más común, y se estima que afecta a entre el 3% y el 4% de las mujeres en edad reproductiva.

La amenorrea secundaria es más común en mujeres con antecedentes de trastornos alimentarios, como la anorexia nerviosa, así como en mujeres que practican deportes de alto rendimiento y tienen bajos niveles de grasa corporal. (1)

La amenorrea también puede ser causada por trastornos endocrinos como el síndrome de ovario poliquístico y la disfunción tiroidea, y en mujeres que han tenido una histerectomía.



En general, la amenorrea es más común en mujeres que tienen sobrepeso u obesidad, así como en mujeres que tienen un índice de masa corporal bajo debido a una dieta restrictiva o ejercicio excesivo. También es más común en mujeres mayores y en mujeres que han tenido varios embarazos.

En un estudio realizado en Ecuador en mujeres que buscaban atención médica en una clínica de ginecología, se encontró que la prevalencia de amenorrea secundaria era del 1.8%. Otra investigación realizada en un hospital de Colombia encontró que la prevalencia de amenorrea primaria era del 0.3%. (3)

En general, se sabe que la prevalencia de amenorrea es mayor en mujeres que viven en áreas rurales o marginadas, donde el acceso a atención médica puede ser limitado y donde la desnutrición y la falta de acceso a servicios de planificación familiar pueden ser más comunes. Además, la prevalencia de amenorrea también puede verse afectada por factores culturales y sociales, como las expectativas y presiones en torno a la maternidad y la fertilidad en ciertas comunidades.

6.3.3 Etiología

La amenorrea puede ser causada por una variedad de factores y puede clasificarse en amenorrea primaria y secundaria, dependiendo de si la mujer nunca ha tenido un período menstrual o si ha tenido períodos menstruales previamente y luego deja de tenerlos.

Algunas de las causas más comunes de la amenorrea incluyen:





Trastornos hormonales: Los trastornos hormonales como el síndrome de ovario poliquístico, la hiperprolactinemia y la disfunción tiroidea pueden causar amenorrea. (1)

Factores anatómicos: Anomalías uterinas, como el síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, pueden impedir el flujo menstrual normal y causar amenorrea primaria.

Desnutrición: La falta de nutrientes esenciales, especialmente la falta de grasas y proteínas, puede causar amenorrea.

Ejercicio excesivo: Las mujeres que hacen ejercicio en exceso pueden experimentar amenorrea debido a cambios hormonales que ocurren en el cuerpo como resultado del esfuerzo físico extremo.

Algunos medicamentos, como los antipsicóticos y los antidepresivos, pueden causar amenorrea.



Embarazo: La amenorrea es común durante el embarazo, ya que el cuerpo de la mujer experimenta cambios hormonales significativos. (1)

Enfermedades crónicas: Enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y la enfermedad renal pueden causar amenorrea.

Cirugía o radiación pélvica: La cirugía o radiación en el área pélvica puede afectar los órganos reproductivos y causar amenorrea.



6.3.4 Factores de riesgo

Existen varios factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de la amenorrea, entre ellos: (2)

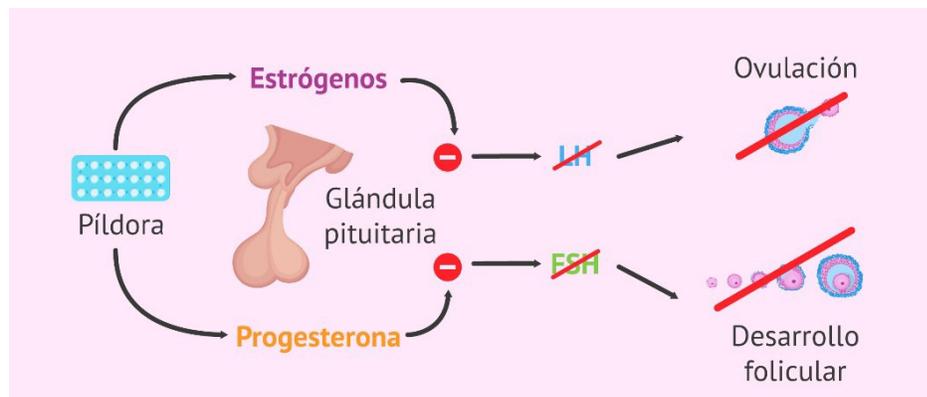
Desórdenes alimenticios: La restricción alimentaria, el bajo peso y la obesidad pueden alterar el equilibrio hormonal y afectar el ciclo menstrual.

Ejercicio excesivo: El ejercicio intenso y excesivo puede interferir con el ciclo menstrual y provocar amenorrea.

Trastornos endocrinos: Desórdenes hormonales como el síndrome de ovario poliquístico (SOP), hipotiroidismo o hiperprolactinemia pueden causar amenorrea.

Estrés: El estrés emocional y físico puede alterar el equilibrio hormonal y afectar el ciclo menstrual.

Uso de anticonceptivos: El uso prolongado de ciertos anticonceptivos hormonales puede provocar amenorrea después de discontinuar su uso.



Tratamientos médicos: La quimioterapia y la radioterapia pueden dañar los ovarios y provocar amenorrea temporal o permanente.

Anomalías uterinas: Las malformaciones uterinas pueden impedir la ovulación y provocar amenorrea.

Anomalías genéticas: Algunos trastornos genéticos, como el síndrome de Turner, pueden causar amenorrea primaria. (2)



6.3.5 Prevención

La prevención de la amenorrea dependerá de la causa subyacente. Sin embargo, hay algunas medidas generales que se pueden tomar para reducir el riesgo de desarrollar amenorrea:



Mantener un peso saludable: La restricción excesiva de calorías o el sobrepeso pueden alterar el equilibrio hormonal y afectar el ciclo menstrual.

Evitar el ejercicio excesivo: El ejercicio intenso y excesivo puede interferir con el ciclo menstrual y provocar amenorrea. (2)

Reducir el estrés: El estrés emocional y físico puede alterar el equilibrio hormonal y afectar el ciclo menstrual. Es importante aprender técnicas de relajación y manejo del estrés.

Realizar exámenes médicos regulares: Es importante realizarse exámenes médicos regulares para detectar trastornos hormonales, anomalías uterinas u otras afecciones que puedan provocar amenorrea.

Evitar el uso prolongado de anticonceptivos hormonales: El uso prolongado de ciertos anticonceptivos hormonales puede provocar amenorrea después de discontinuar su uso.

Recibir tratamiento médico adecuado: Si se está recibiendo tratamiento médico que puede provocar amenorrea, es importante hablar con el médico para discutir las opciones y los riesgos asociados.



6.3.6 Clínica o sintomatología

Dependiendo de la causa subyacente, la amenorrea puede ser temporal o permanente, y puede estar acompañada de otros síntomas. Algunos de los síntomas que pueden estar presentes en la amenorrea son: (2,3)



Ausencia de menstruación: La falta de menstruación es el síntoma principal de la amenorrea.

Dolor abdominal: En algunos casos, puede haber dolor abdominal o cólicos.

Cambios en el flujo vaginal: El flujo vaginal puede cambiar en consistencia y cantidad.

Cambios en el estado de ánimo: La alteración del equilibrio hormonal puede afectar el estado de ánimo y provocar cambios de ánimo, depresión o ansiedad.

Sofocos: En algunos casos, puede haber sofocos o sudores nocturnos.

Cambios en la libido: La alteración del equilibrio hormonal puede afectar la libido y disminuir el deseo sexual.

Dificultad para concebir: La amenorrea puede hacer más difícil concebir debido a la falta de ovulación.

Algunos casos de amenorrea pueden ser asintomáticos, especialmente cuando se trata de amenorrea primaria. (21)



6.3.7 Clasificación por severidad

La amenorrea se puede clasificar según su duración y la gravedad de la ausencia de menstruación. A continuación, se presenta una clasificación general:

Amenorrea primaria: Se refiere a la ausencia de menstruación a los 16 años o más en mujeres que aún no han tenido su primera menstruación (menarquia). También puede referirse a la ausencia de menstruación durante al menos 3 ciclos menstruales consecutivos en mujeres que ya han alcanzado la pubertad.

Amenorrea secundaria: Se refiere a la ausencia de menstruación durante al menos 3 ciclos menstruales consecutivos en mujeres que anteriormente tenían ciclos menstruales regulares. (2)

Amenorrea transitoria: Se refiere a la ausencia de menstruación que dura menos de 6 meses y puede ser causada por factores temporales, como el estrés, el cambio de peso o el ejercicio excesivo.

Amenorrea persistente: Se refiere a la ausencia de menstruación que dura más de 6 meses y puede ser causada por factores médicos, como trastornos hormonales, anomalías uterinas o problemas de salud general.

6.3.8 Diagnóstico

El diagnóstico de la amenorrea se realiza a través de una evaluación médica completa que puede incluir lo siguiente:





Historia clínica: El médico puede hacer preguntas sobre los síntomas, la duración de la amenorrea y otros antecedentes médicos.

Examen físico: El médico realizará un examen físico para buscar signos de problemas médicos que puedan estar causando la amenorrea.

Pruebas de laboratorio: Se pueden realizar pruebas de laboratorio para medir los niveles hormonales, incluyendo estrógeno, progesterona, hormona folículo estimulante (FSH), hormona luteinizante (LH) y prolactina. (3)

Ecografía: Se puede realizar una ecografía para buscar anomalías uterinas o de los ovarios que puedan estar causando la amenorrea.

Pruebas de imagen: En algunos casos, se pueden realizar pruebas de imagen, como una resonancia magnética, para buscar anomalías en la glándula pituitaria o en el cerebro que puedan estar afectando el equilibrio hormonal.

Pruebas de función tiroidea: En algunos casos, se pueden realizar pruebas para evaluar la función tiroidea, ya que un trastorno de la tiroides puede ser una causa.

6.3.9 Tratamiento

El tratamiento de la amenorrea dependerá de la causa subyacente de la afección. Algunos tratamientos comunes incluyen:

Terapia hormonal: Si la amenorrea se debe a un trastorno hormonal, como el síndrome de ovario poliquístico, se puede prescribir terapia hormonal para equilibrar los niveles hormonales y restaurar el ciclo menstrual regular. (3,4)

Medicamentos: En algunos casos, se pueden recetar medicamentos para tratar enfermedades subyacentes que pueden estar causando la amenorrea, como la enfermedad tiroidea o el hipopituitarismo.

Cambios en el estilo de vida: Si la amenorrea es causada por factores como el estrés o el ejercicio excesivo, se pueden hacer cambios en el estilo de vida para ayudar a restaurar la menstruación.

Cirugía: En casos raros, la amenorrea puede ser causada por anomalías en el útero o los ovarios, y se puede requerir cirugía para tratar el problema.



6.3.10 Pronóstico

En general, la amenorrea no suele ser una afección que ponga en riesgo la vida, por lo que no se asocia con una mortalidad significativa. Sin embargo, el pronóstico y la duración del tratamiento pueden depender de la causa subyacente de la amenorrea.

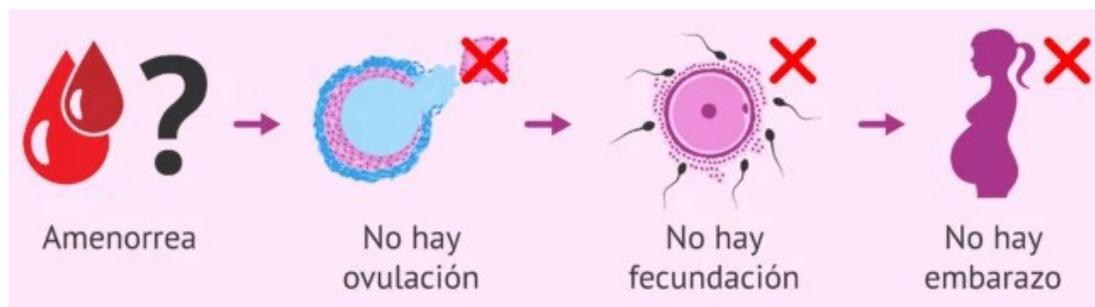
Si la amenorrea se debe a factores como el estrés o el ejercicio excesivo, el pronóstico suele ser bueno y puede mejorarse con cambios en el estilo de vida. Si la amenorrea es causada por trastornos hormonales, la terapia hormonal puede ser efectiva para restaurar la menstruación. En algunos casos, puede ser necesario un tratamiento a largo plazo para controlar la afección subyacente y mantener un ciclo menstrual regular.

Algunas causas de amenorrea pueden tener efectos a largo plazo en la salud reproductiva y general. Por ejemplo, si la amenorrea se debe al síndrome de ovario poliquístico, puede aumentar el riesgo de infertilidad y enfermedades crónicas como la diabetes y la enfermedad cardiovascular.

6.3.11 Complicaciones

La amenorrea no suele ser una afección peligrosa, pero en algunos casos, puede estar asociada con complicaciones a largo plazo, especialmente si se prolonga durante un período prolongado de tiempo o se debe a una afección subyacente no tratada. (4)

Las complicaciones potenciales de la amenorrea pueden incluir:



Infertilidad: Si la amenorrea se debe a una afección que afecta la fertilidad, como el síndrome de ovario poliquístico, puede aumentar el riesgo de infertilidad a largo plazo.

Osteoporosis: La falta de menstruación puede aumentar el riesgo de pérdida ósea y osteoporosis, especialmente en mujeres jóvenes.



Trastornos emocionales: La amenorrea puede causar estrés emocional y afectar la salud mental y emocional.

Enfermedades crónicas: Si la amenorrea se debe a una afección subyacente, como la enfermedad tiroidea o el hipopituitarismo, puede aumentar el riesgo de enfermedades crónicas a largo plazo si no se trata adecuadamente.

6.3.12 Prevención de complicaciones:

La prevención de las complicaciones asociadas con la amenorrea depende en gran medida de la causa subyacente de la afección. En general, para prevenir las complicaciones a largo plazo, es importante buscar atención médica adecuada para la amenorrea y recibir un tratamiento individualizado para cada caso particular.

Algunas medidas generales que pueden ayudar a prevenir las complicaciones de la amenorrea incluyen:

Mantener una dieta saludable y equilibrada, con suficiente calcio y vitamina D, para prevenir la pérdida ósea y la osteoporosis. (2,4)

Realizar actividad física regular para mantener una buena salud general y prevenir el estrés emocional.

Evitar el consumo de alcohol y tabaco, ya que pueden aumentar el riesgo de osteoporosis y otras enfermedades crónicas.

Realizar un seguimiento regular con un profesional médico para evaluar la salud reproductiva y general, especialmente si se tiene una afección subyacente que puede aumentar el riesgo de complicaciones.



6.3.13 Investigaciones actuales



Investigación sobre la causa subyacente de la amenorrea: Aunque existen varias causas conocidas de la amenorrea, todavía se están realizando investigaciones para comprender mejor los mecanismos subyacentes que causan la afección, especialmente en casos en los que no hay una causa evidente.

Investigación sobre el impacto de la amenorrea en la salud: Los investigadores están estudiando cómo la amenorrea puede afectar la salud física y emocional a largo plazo, incluyendo el riesgo de osteoporosis, enfermedades cardíacas y trastornos emocionales.

Investigación sobre el tratamiento de la amenorrea: Se están realizando estudios para evaluar la eficacia de diferentes tratamientos para la amenorrea, especialmente en casos de amenorrea hipotalámica y síndrome de ovario poliquístico.

Investigación sobre la fertilidad y la preservación de la fertilidad: Los investigadores están estudiando cómo la amenorrea puede afectar la fertilidad a largo plazo y cómo se puede preservar la fertilidad en mujeres que experimentan amenorrea debido a tratamientos médicos, como la quimioterapia.



Bibliografía

1. Poveda, K. A. F., Subía, D. L. F., Alban, S. A. N., & Galarza, R. R. S. Protocolo diagnostico en amenorrea primaria. RECIAMUC. 2021;5(1):340-349.
2. Pérez Agudelo, L. E. Anovulación y amenorrea secundaria: enfoque fácil y práctico. Rev Med. 2020;28(2):85-102.
3. Enciso, A. C., Briz, D. S., Enciso, L. C., Almeida, L. O., Enciso, B. C., & García, L. B. Amenorrea primaria. Orientación diagnóstica a partir de un caso clínico. Rev Sanit Invest. 2021;2(11):97.
4. Klein, David A., Scott L. Paradise, and Rachel M. Reeder. "Amenorrhea: a systematic approach to diagnosis and management." American family physician 100.1 (2019): 39-48.
5. Gibson, Marie Eve Sophie, et al. "Where have the periods gone? The evaluation and management of functional hypothalamic amenorrhea." Journal of clinical research in pediatric endocrinology 12.Suppl 1 (2020): 18.



6.4 Menorragia



6.4.1 Definición

La menorragia es un término médico que se refiere a una menstruación excesiva o prolongada, en la que una mujer experimenta un sangrado vaginal abundante que dura más de siete días y/o que requiere el uso de más de seis toallas sanitarias o tampones al día.

La menorragia puede ser debilitante y afectar la calidad de vida de una mujer, así como provocar anemia y otros problemas de salud. (1)

6.4.2 Epidemiología

La menorragia es un trastorno menstrual común que afecta a mujeres de todas las edades. La prevalencia de la menorragia varía dependiendo de la definición utilizada y los criterios de diagnóstico, pero se estima que afecta entre el 10% y el 30% de las mujeres en edad reproductiva.

En Latinoamérica, la menorragia es uno de los trastornos menstruales más comunes, y se estima que afecta a aproximadamente el 14% de las mujeres.

En Ecuador, según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en 2012, el 13,8% de las mujeres en edad reproductiva reportaron haber experimentado sangrados menstruales abundantes y prolongados en el último año. (1)

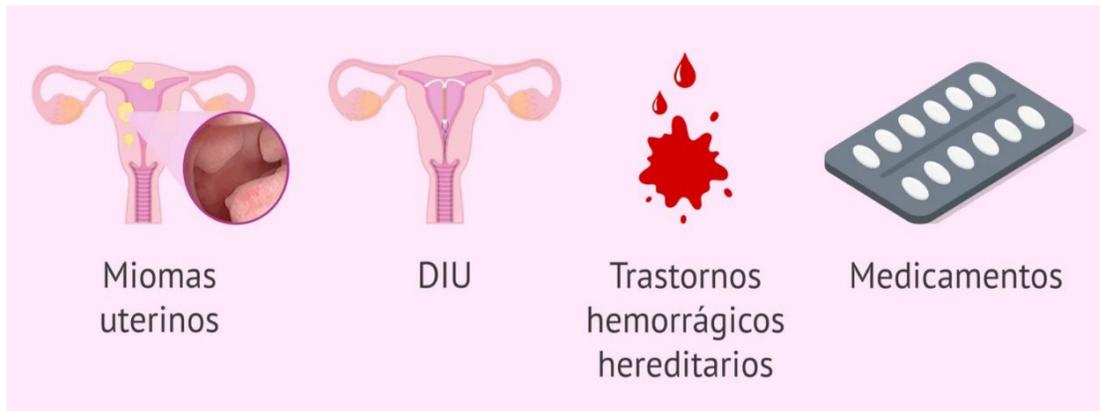
La menorragia es más común en mujeres que tienen trastornos de la coagulación sanguínea, endometriosis, miomas uterinos, pólipos endometriales y trastornos tiroideos. Además, la



obesidad, la diabetes y la hipertensión también se han relacionado con un mayor riesgo de desarrollar menorragia. (1)

6.4.3 Etiología

La menorragia puede tener diversas causas. Algunas de las principales etiologías incluyen:



Trastornos hormonales: los desequilibrios hormonales, como los niveles bajos de progesterona o los niveles elevados de estrógeno, pueden provocar una menstruación abundante y prolongada.

Trastornos uterinos: la presencia de miomas uterinos, pólipos endometriales, adenomiosis o endometriosis puede provocar una menstruación abundante y prolongada.

Trastornos de la coagulación sanguínea: las mujeres que tienen trastornos de la coagulación sanguínea, como la enfermedad de von Willebrand o la hemofilia, pueden experimentar una menstruación abundante y prolongada.

Uso de ciertos medicamentos: ciertos medicamentos, como los anticoagulantes, pueden aumentar el riesgo de una menstruación abundante y prolongada.

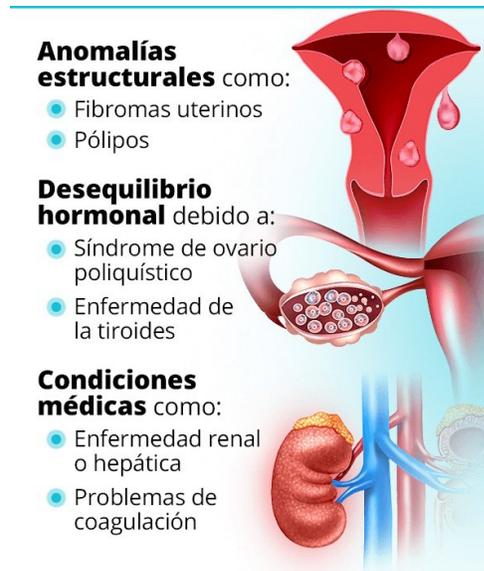
Otras causas:

la menorragia también puede ser causada por factores como la obesidad, la diabetes, la hipertensión y la menopausia. (1)



6.4.4 Factores de riesgo

Existen varios factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de una mujer de desarrollar menorragia. Algunos de estos factores incluyen:



- Trastornos hormonales, como los niveles bajos de progesterona o los niveles elevados de estrógeno. (2)
- Edad: la menorragia es más común en mujeres que están en la perimenopausia o que ya han pasado por la menopausia.
- Trastornos uterinos, como miomas uterinos, pólipos endometriales, adenomiosis o endometriosis. (2)
- Trastornos de la coagulación sanguínea, como la enfermedad de von Willebrand o la hemofilia.
- Uso de ciertos medicamentos, como los anticoagulantes.
- Historial familiar de menorragia u otros trastornos menstruales.
- Obesidad, diabetes o hipertensión.
- Estrés físico o emocional.



6.4.5 Prevención

La prevención de la menorragia puede ser difícil ya que a menudo se debe a causas subyacentes como trastornos hormonales, trastornos uterinos o trastornos de la coagulación sanguínea.

Sin embargo, hay ciertas medidas que se pueden tomar para ayudar a prevenir o reducir la probabilidad de desarrollar menorragia: (2)



- Mantener un peso saludable y una dieta equilibrada y rica en hierro para prevenir la anemia.
- Evitar el uso de tabaco y alcohol, que pueden afectar negativamente la salud menstrual.
- Realizar ejercicio regularmente para mantener el cuerpo en forma y sano.
- Controlar el estrés físico y emocional, ya que el estrés puede tener un impacto en la salud menstrual.
- Evitar el uso de ciertos medicamentos que pueden aumentar el riesgo de una menstruación abundante y prolongada, como los anticoagulantes, sin consultar primero con un profesional de la salud.
- Realizar revisiones médicas regulares para detectar cualquier problema de salud subyacente que pueda provocar una menstruación abundante y prolongada.



6.4.6 Clínica o sintomatología



Los síntomas de la menorragia incluyen:

- Menstruación que dura más de 7 días. (3)
- Flujo menstrual intenso que requiere cambios frecuentes de tampones o toallas sanitarias.
- Coágulos menstruales grandes.
- Fatiga, debilidad o cansancio debido a la pérdida de sangre.
- Anemia ferropénica o deficiencia de hierro, que puede causar mareo, falta de aire, dolor de cabeza y otros síntomas.
- Dolor abdominal o calambres menstruales.



- En algunos casos, la menorragia puede ser tan intensa que afecta la calidad de vida de una mujer y su capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas. (3)

6.4.7 Clasificación por severidad

Existen diferentes clasificaciones para determinar la severidad de la menorragia. Una de las más utilizadas es la escala de la Sociedad Internacional de Trombosis y Hemostasia (ISTH), que se basa en el volumen de sangrado durante la menstruación. Esta escala se divide en cuatro grados:

- Grado 1: Menorragia leve. El sangrado es mayor que lo normal pero no afecta significativamente la calidad de vida de la mujer.
- Grado 2: Menorragia moderada. El sangrado es mayor que lo normal y afecta la calidad de vida de la mujer.
- Grado 3: Menorragia intensa. El sangrado es tan abundante que limita significativamente las actividades cotidianas de la mujer.
- Grado 4: Menorragia grave. El sangrado es tan intenso que puede provocar complicaciones graves, como anemia aguda o shock hipovolémico.

La clasificación de la severidad de la menorragia es importante para determinar el tipo de tratamiento que se debe aplicar y la necesidad de realizar exámenes adicionales para identificar la causa subyacente. (3)

6.4.8 Diagnóstico

El diagnóstico de la menorragia generalmente comienza con una evaluación médica completa que incluye:



Historia clínica: El médico preguntará sobre los antecedentes médicos, el historial menstrual, los medicamentos que se están tomando y otros factores que puedan afectar el ciclo menstrual.

Examen físico: El médico realizará un examen físico para evaluar el estado general de salud, incluyendo un examen pélvico para evaluar el útero y los ovarios.

Análisis de sangre: Se pueden realizar análisis de sangre para medir los niveles de hemoglobina y hematocrito para detectar si hay anemia.

Pruebas de coagulación sanguínea: Se pueden realizar pruebas de coagulación sanguínea para determinar si hay trastornos de la coagulación que pueden estar contribuyendo a la menorragia. (3)

Ultrasonido: Se puede realizar un ultrasonido pélvico para detectar problemas uterinos o de los ovarios.

En algunos casos, se pueden realizar pruebas adicionales, como una histeroscopia o una biopsia endometrial, para detectar la causa subyacente de la menorragia.

6.4.9 Tratamiento

El tratamiento de la menorragia depende de la causa subyacente y de la gravedad de los síntomas. Algunas opciones de tratamiento incluyen:



Medicamentos: Se pueden recetar medicamentos para reducir el sangrado menstrual, como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), antifibrinolíticos, progesterona y hormonas anticonceptivas.

Procedimientos quirúrgicos: Si la causa de la menorragia es una afección que afecta el útero, se pueden realizar procedimientos quirúrgicos, como la ablación endometrial, la embolización de la arteria uterina o la histerectomía.

Suplementos de hierro: Si la menorragia ha causado anemia, se pueden recetar suplementos de hierro para ayudar a aumentar los niveles de hemoglobina y combatir la fatiga y otros síntomas de la anemia.

Cambios en el estilo de vida: Mejorar la dieta, aumentar la actividad física y reducir el estrés, puede ayudar a reducir los síntomas de la menorragia.

6.4.10 Pronóstico – mortalidad

La menorragia en sí misma no es una afección que amenace la vida y, por lo tanto, la mortalidad relacionada con ella es extremadamente rara. Sin embargo, la menorragia puede ser un síntoma de afecciones subyacentes más graves que pueden afectar la salud y la calidad de vida a largo plazo. (3,4)

6.4.11 Escalas pronósticas

No hay escalas pronósticas específicas, ya que se trata de un síntoma que puede tener múltiples causas y su gravedad depende de la causa subyacente y de la respuesta al tratamiento. Sin embargo, existen escalas de clasificación de la gravedad del sangrado menstrual, como la escala de Alkalay, que se utiliza para determinar la cantidad de sangrado menstrual y la severidad de la menorragia. Clasifica el sangrado menstrual en cuatro



categorías: leve, moderado, intenso y grave, en función de la cantidad de productos de higiene femenina que se utilizan y la frecuencia del cambio.

6.4.12 Complicaciones

La menorragia puede tener varias complicaciones si no se trata adecuadamente. Algunas de estas complicaciones pueden incluir:

Anemia: La pérdida excesiva de sangre durante la menstruación puede provocar anemia, que es una disminución en los niveles de hemoglobina en la sangre.

Dolor: La menorragia puede estar acompañada de dolor abdominal intenso y calambres menstruales, lo que puede afectar la calidad de vida.

Interferencia en las actividades diarias: La menorragia severa puede interferir con las actividades diarias, como el trabajo, la escuela y las actividades sociales (3)

Problemas emocionales: La menorragia puede afectar la salud emocional y la autoestima de la mujer, especialmente si los síntomas son graves y persistentes.

Infertilidad: En algunos casos, la menorragia puede ser un síntoma de una afección subyacente que puede afectar la fertilidad de la mujer.

6.4.13 Prevención de complicaciones:

La prevención de complicaciones asociadas con la menorragia implica principalmente el diagnóstico y tratamiento oportuno de la causa subyacente.

Tomar suplementos de hierro: Se pueden tomar suplementos de hierro para ayudar a aumentar los niveles de hemoglobina.

Medicamentos: Los anticonceptivos hormonales, los antiinflamatorios no esteroideos y los medicamentos para reducir la coagulación pueden ser útiles.

Procedimientos médicos: Se pueden realizar procedimientos médicos para tratar la causa subyacente de la menorragia, como la ablación endometrial o la histerectomía.



6.4.14 Investigaciones actuales

Identificación de biomarcadores: Se están investigando biomarcadores que puedan ayudar a identificar las causas subyacentes de la menorragia y guiar el tratamiento.

Nuevos tratamientos farmacológicos: Nuevos tratamientos farmacológicos como la terapia hormonal combinada y los medicamentos que reducen la coagulación.

Terapias alternativas: Se están investigando terapias alternativas como la acupuntura y la meditación para reducir los síntomas de la menorragia.

Prevención de la anemia: Se están investigando formas de prevenir la anemia asociada con la menorragia, como el uso de suplementos de hierro y otros nutrientes.(4)

Estudio de la epidemiología: Se está investigando la epidemiología en diferentes poblaciones, incluyendo la frecuencia, duración y gravedad del sangrado menstrual.

Bibliografía:

1. Priya, Rajini, and Syed Razia Sultana. "A study on cases of menorrhagia: Demography, etiology, management and follow up."
2. Sepúlveda-Agudelo, J., & Sepúlveda-Sanguino, A. J. Sangrado uterino anormal y PALM COEIN. *Ginecol Obstet Mex.* 2020;88(1):59-67.
3. Crespo, D., Mendieta, R., & Mendieta, L. Prevalencia de patologías ginecológicas infanto-juvenil. *Cienc Desarro.* 2019;21(2):27-35.
4. Vladimirovna, Sarkisova Victoria, Shigakova Lyutsiya Anvarovna, and Muradova Emma Vladimirovna. "Menorrhagia-One of the Formidable Complications in Gynecology." *Scholastic: Journal of Natural and Medical Education* 2.4 (2023): 72-79.



7.- MEDICINA LEGAL GINECOLÓGICA: UN ENFOQUE DE INTERÉS PARA EL MÉDICO GENERAL.

7.1 Introducción

La medicina legal ginecológica es una disciplina médica fascinante y compleja que combina los campos de la ginecología, la obstetricia y la medicina forense. Su objetivo principal es la evaluación médica y pericial de los aspectos ginecológicos y obstétricos en el contexto legal.

En este libro, exploraremos de manera detallada todos los aspectos generales de la medicina legal ginecológica, desde su historia y fundamentos hasta los procedimientos y desafíos actuales que enfrenta. (1)

7.2 Definición y alcance de la medicina legal ginecológica

La medicina legal ginecológica es una rama especializada de la medicina legal que se enfoca en la aplicación de los principios médicos y científicos al campo de la ginecología, la obstetricia y la salud reproductiva en el ámbito legal.

Su objetivo principal es evaluar y proporcionar opiniones médicas imparciales y fundamentadas en casos legales relacionados con aspectos ginecológicos y obstétricos.

El alcance de la medicina legal ginecológica abarca una amplia variedad de situaciones legales en las que se requiere la experiencia médica especializada en salud reproductiva de la mujer. (1)

Algunos de los ámbitos específicos que se abordan en la medicina legal ginecológica incluyen:

1. Valoración de víctimas de presunta agresión sexual: La medicina legal ginecológica desempeña un papel fundamental en la evaluación y documentación de las lesiones físicas y psicológicas de las víctimas de presunta agresión sexual. Se recopilan pruebas forenses, se realizan exámenes médicos exhaustivos y se brinda apoyo a la administración de justicia.



2. Peritaje médico en casos de negligencia médica ginecológica: La medicina legal ginecológica juega un papel importante en la evaluación de casos de supuesta negligencia médica en el campo de la ginecología y la obstetricia.

Se analizan los estándares de atención médica, se revisan los registros médicos y se emiten opiniones imparciales sobre posibles errores médicos, omisiones o incumplimientos de protocolos en la atención de pacientes.

3. Evaluación de daños en casos legales: En situaciones legales que involucran daños físicos relacionados con la salud ginecológica y reproductiva de la mujer, la medicina legal ginecológica puede ser llamada a evaluar y cuantificar los daños sufridos.

Esto puede incluir la valoración de secuelas físicas, como lesiones en los órganos reproductivos. (1,2)

Es importante destacar que la medicina legal ginecológica se basa en la aplicación rigurosa de los conocimientos médicos, científicos y éticos en el contexto legal.

Los profesionales de esta disciplina trabajan de manera imparcial, brindando información precisa y objetiva que contribuye a la toma de decisiones judiciales justas y equitativas en casos relacionados con la salud reproductiva de la mujer.

7.3 Evolución histórica de la medicina legal ginecológica.

La evolución histórica de la medicina legal ginecológica se remonta a siglos atrás, a medida que la sociedad reconocía la importancia de abordar los aspectos ginecológicos y obstétricos en el contexto legal.

A lo largo del tiempo, esta disciplina ha experimentado avances significativos en términos de conocimientos médicos, técnicas forenses y enfoque multidisciplinario. Se presenta un resumen de las etapas clave en la evolución de la medicina legal ginecológica:

1. Antigüedad y Edad Media: Durante la antigüedad y la Edad Media, la medicina y la ley se desarrollaron de forma separada. No obstante, ya existían algunas consideraciones legales relacionadas con la salud reproductiva de las mujeres. En sociedades como la antigua Grecia y Roma, se registraban casos de aborto y agresiones sexuales, y se requería la



intervención de profesionales médicos para evaluar los daños.

2. Siglos XVIII y XIX: Durante este periodo, la medicina legal ginecológica comenzó a recibir más atención. Se establecieron vínculos más sólidos entre la medicina y el campo legal, y se reconocieron las necesidades específicas de las mujeres en situaciones legales.

En esta época, se produjeron avances en la comprensión de la anatomía y fisiología ginecológica, así como en la documentación de lesiones relacionadas con la violencia sexual. (2)

3. Siglo XX: En el siglo XX, la medicina legal ginecológica se consolidó como una especialidad reconocida dentro de la medicina legal. Se realizaron avances significativos en la recopilación de pruebas forenses, como la identificación de semen y la mejora de las técnicas de recolección de muestras.

4. Se desarrollaron protocolos más rigurosos para la valoración de víctimas de agresión sexual, y se estableció una mayor cooperación entre médicos, científicos forenses y profesionales legales.

5. Siglo XXI: En los últimos años, la medicina legal ginecológica ha seguido evolucionando para adaptarse a los avances tecnológicos y científicos. Se han implementado técnicas más sofisticadas de análisis de ADN y otras pruebas genéticas para mejorar la precisión en la identificación de agresores sexuales. (2)

Además, se ha puesto un mayor énfasis en la atención integral a las víctimas, brindando apoyo médico, psicológico y legal de manera interdisciplinaria.

En general, la evolución histórica de la medicina legal ginecológica ha estado marcada por la creciente comprensión de la importancia de abordar los aspectos ginecológicos y obstétricos en el ámbito legal.

A medida que la sociedad ha reconocido la necesidad de proteger los derechos y la salud reproductiva de las mujeres, esta disciplina ha ido adquiriendo mayor relevancia, desarrollando mejores técnicas de valoración médica y estableciendo estándares éticos y

legales para garantizar una atención justa y equitativa.



7.4 Aspectos Éticos y Legales en la Medicina Legal Ginecológica

6. La medicina legal ginecológica presenta una serie de aspectos éticos y legales que deben tenerse en cuenta para garantizar una práctica adecuada y justa. Estos aspectos abarcan desde la confidencialidad y el consentimiento informado hasta la protección de los derechos de las pacientes. (2)

1. **Confidencialidad:** La confidencialidad es un principio ético fundamental en la medicina, y se aplica también en el contexto de la medicina legal ginecológica. Los profesionales médicos deben asegurarse de mantener la confidencialidad de la información obtenida durante la evaluación y tratamiento de las pacientes, respetando su privacidad y protegiendo sus datos personales.

2. **Consentimiento informado:** El consentimiento informado es otro aspecto ético y legal vital en la medicina legal ginecológica. Los profesionales deben obtener el consentimiento informado de las pacientes o sus representantes legales antes de llevar a cabo cualquier evaluación médica o procedimiento forense. Esto implica proporcionar información clara y comprensible sobre los procedimientos, riesgos y beneficios, y permitir que las pacientes tomen decisiones informadas sobre su participación en el proceso.

3. **Privacidad y protección de datos:** En la era digital, la protección de la privacidad y los datos personales se ha vuelto crucial. Los profesionales de la medicina legal ginecológica deben adoptar medidas adecuadas para garantizar la seguridad de la información médica y forense recopilada durante la evaluación de los casos. Esto implica cumplir con las regulaciones y leyes de protección de datos vigentes en cada jurisdicción.

4. **No discriminación y equidad:** La medicina legal ginecológica debe abordar los casos de manera justa y equitativa, sin discriminación por motivos de género, orientación sexual, afinidad biológica, religión u otros aspectos protegidos por la ley. Los profesionales deben trabajar con imparcialidad y asegurarse de que todas las personas reciban una atención equitativa y justa, independientemente de su origen o características personales.

5. **Responsabilidad profesional:** Los profesionales de la medicina legal ginecológica tienen la responsabilidad de mantener altos estándares éticos y profesionales en su práctica.



Esto implica mantenerse actualizados en los avances médicos y legales relevantes, buscar una educación continua, y adherirse a los códigos de ética y regulaciones profesionales establecidas por las instituciones médicas y legales.

6. Testimonio experto imparcial: En situaciones legales, los profesionales de la medicina legal ginecológica pueden ser llamados a declarar como expertos en el campo. Es crucial que brinden testimonios imparciales y basados en evidencia científica sólida, evitando prejuicios y manteniendo la integridad en su testimonio.

7.5 Valoración Médico-Legal en Casos de presunta agresión sexual

7. La valoración médico-legal en casos de presunta agresión sexual desempeña un papel crucial en la búsqueda de la justicia y en el apoyo a las víctimas.

Esta evaluación tiene como objetivo recopilar pruebas forenses, documentar lesiones físicas y psicológicas, y proporcionar información médica imparcial y precisa que contribuya a la investigación y el proceso legal. (2)

Se indican los aspectos clave de la valoración médico-legal en casos de presunta agresión sexual:

1. Acogida y atención médica inicial: Es fundamental brindar a la víctima un entorno seguro y de apoyo durante la valoración médico-legal. Se debe asegurar que la víctima se sienta escuchada y comprendida, y se le debe ofrecer apoyo emocional y psicológico. Además, se deben abordar las necesidades médicas urgentes, como la atención a lesiones y el manejo de enfermedades de transmisión sexual.

2. Recopilación de pruebas forenses: Durante la valoración, se recopilan pruebas físicas y forenses relevantes para el caso. Esto puede incluir la toma de muestras de fluidos corporales, como semen o saliva, mediante hisopados vaginales, anales y bucales. También se pueden recolectar muestras de cabello, uñas y cualquier evidencia física presente en el cuerpo de la víctima o en la escena del hecho.



3. Documentación de lesiones: Es esencial documentar y evaluar cualquier lesión física resultante de la agresión sexual. Esto puede incluir fotografías de las lesiones visibles, la descripción detallada de los hallazgos y la elaboración de informes médicos precisos. Se deben registrar y evaluar las lesiones internas o sutiles que pueden ser sugerentes de agresión sexual.

8. Evaluación de enfermedades de transmisión sexual y embarazo: Se deben realizar pruebas para detectar enfermedades de transmisión sexual, como el VIH, la sífilis o la clamidia, y se debe ofrecer el tratamiento y la profilaxis adecuados. Además, se puede llevar a cabo una evaluación médica para determinar la posibilidad de embarazo como resultado de la agresión sexual. (1,2)

4. Evaluación del estado psicológico y emocional: La agresión sexual puede tener un impacto significativo en la salud mental y emocional de la víctima. Es importante realizar una evaluación integral de su estado psicológico, prestando atención a los síntomas de trastorno de estrés postraumático, ansiedad, depresión u otros trastornos relacionados.

5. Colaboración con el sistema legal: Los profesionales de la valoración médico-legal en casos de agresión sexual deben trabajar en estrecha colaboración con el sistema legal. Esto puede incluir proporcionar testimonio experto en los procedimientos judiciales, responder a preguntas de los abogados y ofrecer asesoramiento y apoyo continuo a lo largo del proceso legal.

Es fundamental que los profesionales de la medicina legal en casos de agresión sexual estén capacitados en la evaluación forense y sigan los protocolos y las pautas establecidas según normativa de cada país.

La valoración médico-legal adecuada y sensible en casos de presunta agresión sexual no solo contribuye a la justicia, sino que también brinda apoyo y atención integral a las víctimas en su camino hacia la búsqueda de la justicia.



7.6 Protocolos y procedimientos para la evaluación médico-forense de víctimas de presunta agresión sexual.

La evaluación médico-forense de las víctimas de presunta agresión sexual se realiza siguiendo protocolos y procedimientos específicos diseñados para recopilar de manera adecuada las pruebas forenses y documentar las lesiones físicas y psicológicas. Estos protocolos y procedimientos se basan en las mejores prácticas y están destinados a garantizar una evaluación exhaustiva, imparcial y sensible de las víctimas.

1. Entrevista inicial y consentimiento informado:

Se inicia la evaluación con una entrevista inicial en la que se establece un ambiente de confianza y apoyo para la víctima.

Se brinda información sobre el proceso de evaluación y se obtiene el consentimiento informado para llevar a cabo los procedimientos médico-forenses. Según legislación de cada país se debe de adjuntar orden judicial respectiva, clara y específica del tipo de pericia ordenada. (2)

2. Protocolos de peritaje médico legal ginecológico:

Se obtiene una historia clínica completa de la víctima, incluyendo los detalles de la agresión, el tiempo transcurrido desde el incidente, los síntomas físicos y psicológicos, y cualquier antecedente médico relevante. Esto proporciona un contexto importante para la evaluación médico-forense.

3. Examen físico completo:

Tiene mucha importancia el tipo constitucional, la estatura, el peso, desarrollo musculoesquelético y genital, actitud, fascies, estos, lesiones en la piel, orden o desorden de cabellos, de las ropas y demás prendas.

Se realiza un examen físico completo de la víctima, prestando especial atención a las áreas del cuerpo que puedan mostrar signos de lesiones o pruebas forenses. Esto incluye la evaluación de las Regiones, extragenital, paragenital y genital. (3)



Las agresiones sexuales son un acto extremadamente traumático y perjudicial que afecta tanto a nivel físico como psicológico. Si bien es cierto que en algunos casos puede no haber lesiones físicas evidentes, eso no significa que no se deba buscar ayuda médica y apoyo profesional.

En casos de presuntas agresiones sexuales, es fundamental que la víctima busque atención médica lo antes posible, incluso si no hay lesiones visibles. Un médico o profesional de la salud médico general, ginecólogo que junto con personal médico especializado en medicina forense o medicina legal puede desempeñar un papel importante en el proceso de investigación y en el apoyo a la víctima.

La presencia de familiares o personas de apoyo durante un examen físico en casos de delitos sexuales pueden ser consideradas en situaciones específicas y depende de las regulaciones y políticas establecidas en cada jurisdicción y las preferencias de la víctima.

Es recomendable que los exámenes físicos en casos de delitos sexuales sean presenciados por dos peritos competentes para garantizar la objetividad y evitar malinterpretaciones que puedan comprometer la reputación del profesional, depende de las regulaciones y políticas establecidas en cada jurisdicción y las preferencias de la víctima.

3.1 Examen general

Para evaluar el estado general de salud de la víctima. Se deben registrar signos vitales, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura corporal.

También se busca cualquier lesión visible o evidencia física que pueda no estar directamente relacionada con el delito sexual.

Durante el examen del abdomen, es fundamental realizar tanto la inspección como la palpación con el fin de identificar posibles lesiones o patologías preexistentes. En la etapa de inspección, se debe realizar una descripción detallada de cualquier lesión traumática, especificando la región anatómica afectada. (3)

Además, se deben observar y describir cualquier indicio de patologías médicas y quirúrgicas, cicatrices, tumores u otras anomalías visibles en la superficie del abdomen.

En cuanto a la palpación, esta maniobra tiene como objetivo identificar y describir la ubicación y características de los órganos presentes en el abdomen, como el estómago, la



vesícula, el útero, la vejiga, el intestino, entre otros. Mediante la palpación, el médico puede evaluar la presencia de masas o inflamación, determinar la sensibilidad en diferentes áreas y obtener información relevante sobre el estado de los órganos internos.

En el caso de sospecha de embarazo debido a un aumento en el tamaño del útero o a la ausencia de menstruación previa, se recomienda realizar una exploración ginecológica adicional mediante ultrasonografía.

Esta exploración permitirá confirmar o descartar la presencia de un embarazo, proporcionando información detallada sobre el útero y el feto, como su presentación, movilidad y vitalidad.

Si no se cuenta con el equipo necesario para la ultrasonografía, se puede recurrir a otros métodos para evaluar la posible gestación, como la medición de la altura uterina, que proporciona una estimación del tamaño del útero y, por lo tanto, del tiempo de embarazo.

Se pueden auscultar los latidos cardiotetales, que son los latidos del corazón del feto, y se pueden evaluar características como la posición del feto, su movilidad y vitalidad.

3.2 Examen genital del sexo femenino

El examen genital en mujeres abarca diversas áreas y tiene como objetivo evaluar y documentar las características anatómicas y posibles lesiones presentes.

- Inspección de la vulva: La mujer debe de ser explorada en una mesa ginecológica, acostada sobre su espalda, sus nalgas deben quedar por fuera del borde anterior de la mesa; los miembros inferiores flexionados en las rodillas, con los pies apoyados en los estribos, y los muslos separados para exponer el área genital. (3)
- Se realiza una observación detallada de la vulva, incluyendo el vello pubiano, el clítoris, los labios mayores y menores. Se deben describir cualquier lesión traumática presente, como erosiones, excoriaciones, equimosis, hematomas, heridas contusas o cortantes, y desgarros. Se recomienda documentar estas lesiones mediante fotografías o videos.
- Examen del himen: Se examina el himen o sus restos, describiendo su forma y las características de los bordes. Se registran las lesiones traumáticas recientes, como erosiones, excoriaciones y desgarros, utilizando una referencia de la posición de las lesiones según los punteros del reloj. El estado del himen es de particular importancia



en el contexto médico-legal, describiendo si está intacto o si presenta lesiones antiguas cicatrizadas. Se debe tener en cuenta que los desgarros himeneales no cicatrizan juntándose, sino en forma separada. También se menciona la presencia del himen elástico o dilatado, que se distiende ampliamente y permite el acto sexual sin dañarse.

- Examen de la vagina: En mujeres adultas con vida sexual activa o multíparas, se realiza un examen mediante especuloscopia, previa explicación clara del procedimiento y consentimiento informado detallado. Se examinan las paredes anterior, posterior y laterales de la vagina, describiendo cualquier lesión traumática como erosiones, excoriaciones, hematomas y desgarros, así como su estado de humedad. . (2,4)

Durante este examen, se puede tomar una muestra del contenido vaginal utilizando una tórula estéril humedecida en suero fisiológico, con el propósito de realizar estudios de ADN. Estas muestras deben ser enviadas al laboratorio del Servicio Médico Legal.

- Pesquisa de semen: Se presta especial atención al lago seminal, que se forma en el fondo de saco posterior de la vagina. Se puede buscar semen o espermatozoides hasta 5 a 7 días después del acto sexual. Mediante la técnica endocervical con tinción de Papanicolaou, es posible detectar la presencia de semen hasta 10 días después del delito.
- Examen del cuello uterino: Se describe las características del cuello uterino, y si se dispone de un colposcopio, se realiza un examen más detallado utilizando ese instrumento. Se recomienda documentar este examen con fotografías o videos, ya que puede ser una prueba importante.
- Palpación por tacto vagino-abdominal: Se exploran las características del útero y los anexos mediante la palpación realizada a través de la vagina y el abdomen.
- La especuloscopia vaginal esta rara vez indicada en las niñas, se efectuará sólo en casos muy especiales y bajo anestesia, cuando se sospecha desgarro vaginal. Según legislación de cada país.
- En el caso de las niñas, es aconsejable que la menor acostada en la mesa, flexiones y separe los muslos sobre el abdomen y las piernas sobre ellos.



3.3 Examen de la región anal

- Durante el examen del ano en ambos sexos, se llevan a cabo una serie de evaluaciones detalladas.
 - Inspección cuidadosa: Se realiza una inspección minuciosa del ano, preferentemente utilizando un colposcopio para una visualización más precisa. Durante esta etapa, se buscan y describen posibles lesiones como erosiones, excoriaciones, fisuras, desgarrros, equimosis, hematomas o cicatrices. . (3)
 - Evaluación de la tonicidad del esfínter anal: Se registra la tonicidad del esfínter anal, observando si está disminuida. Se puede observar la salida de gases o materias fecales involuntaria, lo cual puede indicar una disfunción del esfínter. En caso de dudas sobre la tonicidad, se puede realizar una manometría o electromiografía del esfínter anal en un servicio de proctología.
 - Toma de muestra de contenido ano-rectal: Utilizando una tórunda estéril humedecida en suero fisiológico, se toma una muestra del contenido ano-rectal. Esta muestra se realiza en casos de denuncia de agresión sexual dentro de las 24 a 48 horas posteriores al incidente y tiene como objetivo buscar la presencia de semen o espermatozoides.
 - Tacto rectal en caso de sospecha de lesión: Previa explicación clara detallada y firma de consentimiento informado.
En presencia de sospecha de lesión rectal, se realiza un tacto rectal para buscar posibles laceraciones del recto o la presencia de cuerpos extraños. Si se identifica una lesión rectal o un cuerpo extraño, se requerirá un tratamiento quirúrgico de urgencia.
 - Examen de VDRL: En presencia de lesiones papulares y ulcerativas, se solicitará un examen de VDRL para detectar la posible presencia de sífilis.
 - Evaluación de tumoraciones papilomatosas: Si se visualizan tumoraciones papilomatosas, se debe considerar la posibilidad de condilomas acuminados, que son lesiones causadas por el virus del papiloma humano (VPH).
4. Recopilación de pruebas forenses: Se lleva a cabo una recolección sistemática y cuidadosa de pruebas forenses. Esto puede incluir la toma de muestras de fluidos corporales, como semen o saliva, mediante hisopados vaginales, anales y bucales. También se recolectan muestras de cabello, uñas y cualquier evidencia física presente en el cuerpo de la víctima, vestimenta o en la escena del hecho.
5. Documentación de lesiones: Se documentan y fotografian todas las lesiones visibles, incluyendo cualquier herida, contusión o laceración. También se describen detalladamente las lesiones internas o sutiles que puedan ser evidencia de la presunta agresión sexual.



6. Evaluación de enfermedades de transmisión sexual y embarazo: Se llevan a cabo pruebas para detectar enfermedades de transmisión sexual, como el VIH, la sífilis o la clamidia. Además, se puede realizar una evaluación médica para determinar la posibilidad de embarazo como resultado de la presunta agresión sexual.

7. Evaluación psicológica y apoyo emocional: Se realiza una evaluación del estado psicológico y emocional de la víctima, prestando atención a los síntomas de trauma y otras secuelas psicológicas. Se ofrece apoyo emocional y se brindan recursos y derivaciones para el apoyo continuo.

Es importante destacar que estos protocolos y procedimientos pueden variar según el país, la jurisdicción y las directrices establecidas por las autoridades competentes. Los profesionales médicos especializados en la evaluación médico-forense de víctimas de resunta agresión sexual deben recibir capacitación adecuada y mantenerse actualizados sobre los protocolos y las mejores prácticas establecidas en su contexto específico. (4)

La implementación de estos protocolos garantiza una evaluación médico-forense efectiva y justa, que contribuye a la búsqueda de la justicia y al apoyo integral a las víctimas de agresión sexual.

7.7 Recopilación de pruebas físicas y forenses en casos de presunta violencia sexual.

La recopilación de pruebas físicas y forenses en casos de presenta agresión sexual es una parte fundamental de la evaluación médico-forense. Estas pruebas proporcionan evidencia tangible y objetiva que puede respaldar la investigación y el proceso legal.

1. Hisopado vaginal y anal: Se realiza un hisopado vaginal y anal para recoger muestras de fluidos corporales, como semen, saliva o sangre, que puedan estar presentes como evidencia de la agresión sexual. Estas muestras se recolectan utilizando hisopos estériles y se almacenan de manera adecuada para su análisis posterior en un laboratorio forense, mediante correcta toma, empaquetado, rotulado y elaboración de cadena de custodia.



2. Recolección de cabello y uñas: Se recolectan muestras de cabello y uñas de la víctima para buscar posibles rastros de ADN del agresor. Estas muestras pueden contener evidencia biológica que pueda ayudar a establecer la identidad del perpetrador.
3. Fotografía de lesiones visibles: Se fotografían todas las lesiones visibles, como heridas, contusiones, abrasiones o laceraciones, que puedan estar presentes en el cuerpo de la víctima. Estas fotografías proporcionan una documentación visual precisa de las lesiones, que puede ser utilizada como evidencia en el proceso legal, fotografías que deben de contar con numeración de caso, orden de las mismas y de ser posible la presencia de testigos métricos.
4. Documentación detallada de lesiones: Además de las fotografías, se realiza una descripción detallada de todas las lesiones presentes en el cuerpo de la víctima. Esto incluye la ubicación, tamaño, forma y características de las lesiones. Esta documentación escrita complementa las fotografías y ayuda a establecer la naturaleza y la gravedad de las lesiones sufridas. . (2,4)
5. Recolección de prendas de vestir: Se recopilan las prendas de vestir usadas por la víctima durante la agresión sexual. Estas prendas pueden contener evidencia biológica, como fluidos corporales o fibras del agresor, que pueden ser analizadas en el laboratorio forense, mediante correcta toma, empaquetado, rotulado y elaboración de cadena de custodia.
6. Análisis de ADN: Las muestras recolectadas, como los hisopados y las muestras de cabello, se envían al laboratorio forense para realizar análisis de ADN. Estos análisis buscan identificar la presencia de ADN del agresor en las muestras, lo que puede ser utilizado como una evidencia poderosa para establecer la conexión entre el perpetrador y la víctima.

Es importante destacar que estos protocolos y procedimientos pueden variar según el país, la jurisdicción y las directrices establecidas por las autoridades competentes.

Es fundamental que la recopilación de pruebas físicas y forenses se realice siguiendo los protocolos y procedimientos establecidos, y que se realice por profesionales capacitados en la evaluación médico-forense de víctimas de presunta agresión sexual.



Los profesionales médicos especializados en la evaluación médico-forense de víctimas de agresión sexual deben recibir capacitación adecuada y mantenerse actualizados sobre los protocolos y las mejores prácticas establecidas en su contexto específico.

Esto garantiza la integridad y la validez de las pruebas, así como la protección de los derechos y la privacidad de las víctimas.

7.8 Evaluación y documentación de lesiones, signos de traumatismo y secuelas emocionales.

La evaluación y documentación de lesiones, signos de traumatismo y secuelas emocionales en víctimas de presunta agresión sexual es fundamental para el apoyo médico, el proceso legal y la búsqueda de justicia. Esta evaluación exhaustiva y precisa es realizada por profesionales médicos especializados en la atención de víctimas de presunta agresión sexual.

Se describen los aspectos clave de la evaluación y documentación de lesiones físicas, signos de traumatismo y secuelas emocionales:

1. Evaluación de lesiones físicas: Se lleva a cabo una evaluación completa de las lesiones físicas visibles en el cuerpo de la víctima. Esto puede incluir heridas, contusiones, abrasiones, laceraciones o cualquier otra marca o lesión visible. Las lesiones se documentan detalladamente, indicando su ubicación, tamaño, forma y características específicas. Además, se toman fotografías para una documentación visual precisa. . (4)
2. Evaluación de lesiones internas: En algunos casos, pueden existir lesiones internas como resultado de la agresión sexual. Estas lesiones pueden ser evaluadas mediante métodos médicos adecuados, como la evaluación ginecológica o la utilización de imágenes diagnósticas. La documentación y descripción de las lesiones internas son registradas de manera precisa.
3. Signos de traumatismo: La evaluación médica también incluye la detección y documentación de signos de traumatismo físico y emocional. Esto puede incluir síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT), ansiedad, depresión, cambios de conducta,



insomnio, flashbacks o cualquier otro signo o síntoma relacionado con el trauma. Estos signos y síntomas son registrados detalladamente para su posterior referencia a profesionales en el área de psicología forense.

4. Evaluación emocional y psicológica: Se lleva a cabo una evaluación integral del estado emocional y psicológico de la víctima. Se exploran los efectos emocionales de la agresión sexual, como el miedo, la ansiedad, la tristeza, la vergüenza o la culpa. Es necesaria la intervención de profesionales en el área de la psicología forense los cuales pueden utilizar herramientas de evaluación y entrevistas clínicas para recopilar información precisa sobre el impacto emocional de la agresión.

5. Documentación precisa y completa: Todas las evaluaciones, observaciones y descripciones de lesiones, signos de traumatismo y secuelas emocionales se documentan de manera precisa y completa. Se registran en los informes médicos forenses con la máxima exactitud posible, utilizando un lenguaje objetivo y descriptivo. Además, se deben incluir fechas, horas y cualquier otra información relevante relacionada con la evaluación. Utilizando formatos establecidos por instituciones reguladoras del ejercicio forense en cada region o país.

7.9 Peritaje Médico en Casos de Negligencia Médica Ginecológica

El peritaje médico en casos de negligencia médica ginecológica es una evaluación realizada por expertos médicos en el campo de la medicina legal ginecológica.

Estos profesionales, llamados peritos médicos, son responsables de analizar y evaluar si hubo una conducta negligente o inadecuada por parte de un profesional de la salud en el contexto de la atención ginecológica.

Se describen los aspectos clave del peritaje médico en casos de negligencia médica ginecológica:

1. Recopilación de información: El perito médico recopila y examina cuidadosamente toda la información relevante del caso, incluyendo los registros médicos, los informes quirúrgicos, los resultados de pruebas y exámenes, y cualquier otro documento o evidencia relacionada con la atención ginecológica en cuestión.



2. Análisis de los estándares de atención: El perito médico compara la conducta del profesional de la salud involucrado en el caso con los estándares de atención médica aceptados y reconocidos en la comunidad médica. Esto implica evaluar si el profesional actuó de acuerdo con las normas y pautas médicas establecidas, o si hubo una desviación significativa de dichos estándares.

3. Determinación de la negligencia médica: El perito médico determina si existió una conducta negligente por parte del profesional de la salud en la atención ginecológica.

Esto implica evaluar si la conducta del profesional estuvo por debajo del nivel de cuidado esperado y si esa conducta causó daño o perjuicio a la paciente. La negligencia médica puede incluir errores de diagnóstico, errores en el tratamiento, falta de consentimiento informado, falta de seguimiento adecuado, entre otros. . (4)

4. Informe pericial: El perito médico prepara un informe pericial que resume sus conclusiones y opiniones basadas en el análisis y la evaluación realizada. El informe debe ser objetivo, claro y fundamentado en la evidencia médica y científica disponible. Este informe puede ser presentado como evidencia en un proceso legal y puede ser utilizado para apoyar las reclamaciones de la parte afectada.

5. Testimonio experto: En algunos casos, el perito médico puede ser llamado a declarar como testigo experto en un proceso legal. Durante el testimonio, el perito presenta y explica sus conclusiones y opiniones ante el tribunal, proporcionando una visión médica y científica al caso en cuestión.

7.10 Evaluación de casos de mala praxis médica en el ámbito ginecológico y obstétrico.

La evaluación de casos de mala praxis médica en laguna legislaciones llamada mala práctica profesional en el ámbito ginecológico y obstétrico implica el análisis y la valoración de situaciones en las que un profesional de la salud ha actuado de manera negligente o ha proporcionado una atención inadecuada que ha causado daño o perjuicio a la paciente.

Estos casos requieren una revisión detallada de los registros médicos, informes quirúrgicos y otros documentos relevantes para determinar si hubo una conducta médica incorrecta. . (2)



1. Recopilación de información: Se recopila toda la información pertinente relacionada con el caso, incluyendo los registros médicos, informes de pruebas, informes quirúrgicos, historial médico de la paciente y cualquier otra documentación relevante. Esta información proporciona una visión completa del historial médico de la paciente y los eventos que llevaron al presunto acto de mala praxis.
2. Revisión de los estándares de atención: Se evalúa si el profesional de la salud actuó de acuerdo con los estándares de atención médica aceptados y reconocidos en el campo de la ginecología y obstetricia. Esto implica comparar la conducta del profesional con las pautas médicas, los protocolos clínicos y las prácticas aceptadas por la comunidad médica.
3. Análisis de la conducta del profesional: Se examina la conducta específica del profesional de la salud en el caso en cuestión. Esto incluye la revisión de las decisiones tomadas, los procedimientos realizados, la comunicación con la paciente, el consentimiento informado y cualquier otra acción o inacción que pueda ser relevante para el caso.
4. Determinación de la mala praxis: Con base en la revisión de la información y los estándares de atención, se realiza una evaluación para determinar si hubo mala praxis médica. Esto implica establecer si el profesional de la salud se desvió significativamente de los estándares de atención, si hubo una falta de cuidado adecuado, si se cometieron errores de diagnóstico o tratamiento, y si el daño o perjuicio sufrido por la paciente fue resultado directo de la conducta negligente. . (1)
5. Informe pericial: Se prepara un informe pericial que resume las conclusiones y opiniones del evaluador sobre el caso. Este informe debe ser claro, objetivo y fundamentado en la evidencia médica y científica disponible.
El informe pericial puede ser utilizado como evidencia en un proceso legal y puede respaldar las reclamaciones de la parte afectada.
6. Testimonio experto: En situaciones legales, el evaluador experto puede ser llamado a declarar como testigo experto. Durante el testimonio, el experto presenta y explica sus conclusiones y opiniones ante el tribunal, brindando una visión médica y científica al caso en cuestión.



Es fundamental que la evaluación de casos de mala praxis médica en el ámbito ginecológico y obstétrico sea realizada por profesionales médicos especializados en medicina legal y con experiencia en el campo de la ginecología y obstetricia.

Estos expertos desempeñan un papel crucial en la evaluación objetiva de los casos, ayudando a determinar la existencia de mala praxis médica y proporcionando apoyo en el proceso legal correspondiente.

Bibliografía:

1. Hsieh Shang Wu. Los delitos sexuales: conceptos, valoración médico legal e incidencia de las denuncias por delito sexual valorados en el departamento de edicina legal en el año 2011. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2013 Sep [cited 2023 July 21] ; 30(2): 02-12. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152013000200002&lng=en.
2. Consejo Médico Forense. Protocolo de Actuación Médico-Forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Madrid: Ministerio de Justicia; 2021.
3. Vargas A., Eduardo. Medicina Legal. 2ª edición. México: Trillas; 1999. p. 5-6.
4. Franceschetti L, Merelli VG, Margherita M, Maggioni L, Barbara G, Kustermann A, Cattaneo C. Abuso de adultos mayores en un servicio de violencia sexual y doméstica: Implicaciones médico-legales de la experiencia de un centro italiano. Ciencia forense interna. 2022 Sep;338:111383. doi: 10.1016/j.forsciint.2022.111383. Epub 2022 Jul 11. PMID: 35841731.