

CARRERA DE ENFERMERÍA



SEGUNDO CICLO

Enfermería de la Mujer

Copyright 2024 | Instituto Superior Tecnológico Dr. Misael Acosta Solís | Todos los derechos reservados

Autora:

- Dra. Gabriela Oña Velástegui
- Lic. Doménica Cujano Ortiz

Edición:

Primera

Editorial:

Instituto Superior Tecnológico Dr. Misael Acosta Solís

Créditos:

- Lic. Edwin Mullo
- Lic. Mauro Rodríguez

Revisión de contenidos (pares):

- MSc. Mirian Padilla
- MSc. Mayra Benítez

Diseño y diagramación:

- Mgtr. Gabriela Puentes
- Lic. Bryan Daniel Ortega

ISBN: 978-9942-7240-0-7

Riobamba - Ecuador

INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA DE LA MUJER	05
ORIENTACIONES GENERALES PARA EL ESTUDIO	06
OBJETIVO	07
PLANIFICACIÓN DEL APRENDIZAJE	08

09 UNIDAD 1

1. FUNDAMENTOS DE LA SALUD DE LA MUJER	10
INTRODUCCIÓN	10
OBJETIVO	10
1.1. Introducción a la salud de la mujer	11
1.2. Derechos de la mujer e influencia del género en la vida laboral, de la familia y la comunidad	11
1.3. Anatomía y fisiología del sistema reproductivo femenino	12
1.5. Ciclo menstrual y cambios hormonales	19
1.6. Salud sexual y reproductiva: planificación familiar y anticoncepción	21
1.7. Atención integral en la adolescencia	25
1.8. Detección temprana de enfermedades ginecológicas	26
1.9. Prevención secundaria de salud:	28
Riesgo preconcepcional	28
Riesgo obstétrico	29
1.10. Anticoncepción transitoria y permanente	30
ACTIVIDADES RECOMENDADAS	32

33 UNIDAD 2

2. EMBARAZO NORMAL Y PATOLÓGICO, CLIMATERIO Y MENOPAUSIA	34
INTRODUCCIÓN	34
OBJETIVO	34
2.1. Embarazo normal: Cambios fisiológicos de la gestante	35
2.2. Psicoprofilaxis y asistencia al parto fisiológico	38
2.3. Fisiopatología obstétrica materno fetal: alteraciones por trimestres del embarazo	39
2.4. Embarazo patológico:	39
Enfermedad hipertensiva en el embarazo	39
Diabetes gestacional	43
2.5. Manejo de claves obstétricas	46
2.6. Menopausia y climaterio	47
2.7. Abordaje intercultural	50
2.8. Salud sexual de la pareja	51
ACTIVIDADES RECOMENDADAS	52

53 UNIDAD 3

3. PATOLOGÍA TUMORAL EN LA MUJER	54
INTRODUCCIÓN	54
OBJETIVO	54
3.1. Cáncer de mama	55
3.1.1. Promoción y prevención del cáncer de mama	57
3.2. Cáncer de cuello de útero	59
3.2.1. Citología vaginal: cuidados de enfermería en la realización de la técnica de Papanicolau	60
3.2.2. Cuidados de enfermería durante el tratamiento oncoespecífico	62
ACTIVIDADES RECOMENDADAS	65
BIBLIOGRAFÍA BÁSICA	66
BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA	66

INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA DE LA MUJER

La asignatura de enfermería de la mujer es una materia fundamental dentro de la carrera de enfermería. Se enfoca en brindar los conocimientos y habilidades necesarias para atender y cuidar de la salud de las mujeres en todas las etapas de su vida.

En esta asignatura se abordan temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar, la anticoncepción, el embarazo, el parto y el puerperio. También se estudian las enfermedades ginecológicas más comunes, como las infecciones del tracto genital, los trastornos menstruales y las enfermedades de transmisión sexual.

Es importante destacar que, en esta asignatura, se hace hincapié en la importancia de brindar un cuidado integral, respetuoso y centrado en la mujer, teniendo en cuenta sus necesidades físicas, emocionales y sociales. Además, se fomenta la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como la participación activa de la mujer en la toma de decisiones sobre su propia salud.

La asignatura de enfermería de la mujer proporciona a los estudiantes los conocimientos y habilidades necesarios para brindar un cuidado de calidad a las mujeres a lo largo de su vida, promoviendo su bienestar y empoderamiento.

BIENVENIDOS/AS Y ÉXITOS EN SUS ESTUDIOS

ORIENTACIONES GENERALES PARA EL ESTUDIO

1. **Organiza tu tiempo:** Crea un plan de estudio que te permita distribuir adecuadamente el tiempo que dedicarás a cada tema y asignatura. Establece metas realistas y haz un seguimiento de tu progreso.
2. **Familiarízate con los contenidos:** Lee detenidamente el programa de la asignatura y revisa los temas que se abordarán. Investiga y familiarízate con los conceptos clave, definiciones y terminología utilizada en la enfermería de la mujer.
3. **Utiliza diversas fuentes de información:** Utiliza libros de texto, artículos científicos, revistas especializadas y recursos en línea para ampliar tus conocimientos. Asegúrate de utilizar fuentes confiables y actualizadas.
4. **Toma notas y realiza resúmenes:** Mientras estudias, toma notas de los conceptos más importantes y realiza resúmenes para facilitar la comprensión y retención de la información. Esto te ayudará a repasar de manera más efectiva.
5. **Participa en actividades prácticas:** Realiza prácticas clínicas, simulaciones y actividades prácticas relacionadas con la enfermería de la mujer. Esto te permitirá aplicar los conocimientos teóricos en situaciones reales y fortalecer tus habilidades.
6. **Estudia en grupo:** Forma grupos de estudio con tus compañeros de clase para discutir y analizar los temas de la materia. Compartir diferentes perspectivas y experiencias puede enriquecer tu aprendizaje.
7. **Realiza ejercicios y casos prácticos:** Resuelve ejercicios y casos prácticos relacionados con la enfermería de la mujer. Esto te ayudará a desarrollar habilidades de razonamiento clínico y a aplicar los conocimientos adquiridos.
8. **Consulta a tus profesores:** Si tienes dudas o necesitas aclaraciones sobre un tema en particular, no dudes en consultar a tus profesores. Ellos están allí para ayudarte y brindarte orientación académica.

OBJETIVO

Proporcionar a los estudiantes los conocimientos, habilidades y valores necesarios para brindar una atención de calidad, centrada en la mujer a lo largo de todas las etapas de su vida, promoviendo su bienestar y salud.

PLANIFICACIÓN DEL APRENDIZAJE

CONTENIDOS	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE EN HORAS		
	DOCE	PRACT	AUTO
UNIDAD 1 FUNDAMENTOS DE LA SALUD DE LA MUJER	24	32	16
UNIDAD 2 EMBARAZO NORMAL Y PATOLÓGICO, CLIMATERIO Y MENOPAUSIA	24	32	16
UNIDAD 3 PATOLOGÍA TUMORAL EN LA MUJER	16	32	16
Total:	64	96	48

UNIDAD 1

FUNDAMENTOS DE LA SALUD DE LA MUJER



1. FUNDAMENTOS DE LA SALUD DE LA MUJER

INTRODUCCIÓN

La salud de la mujer es un tema de gran importancia en el campo de la enfermería. Comprender los fundamentos de la salud de la mujer es esencial para proporcionar una atención de calidad y centrada en las necesidades específicas de las mujeres.

Los fundamentos de la salud de la mujer abarcan una amplia gama de temas, desde aspectos fisiológicos y anatómicos hasta factores psicosociales y culturales que influyen en la salud de las mujeres. Esto incluye el ciclo reproductivo, la salud sexual, la planificación familiar, la maternidad, la menopausia, la salud ginecológica, entre otros.

Es importante reconocer que las mujeres pueden enfrentar desafíos

y riesgos de salud únicos a lo largo de su vida, como la violencia de género, las enfermedades de transmisión sexual, los trastornos menstruales, el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino. Por lo tanto, los profesionales de enfermería deben adquirir conocimientos especializados para brindar una atención integral y sensible a las necesidades de las mujeres.

Además, es fundamental abordar las desigualdades de género en el acceso a la atención de salud y promover la equidad en el cuidado de las mujeres. Esto implica considerar factores sociales, económicos y culturales que pueden influir en la salud y el bienestar de la mujer.

OBJETIVO

Promover la prevención de enfermedades y el cuidado de la salud en las mujeres identificando prácticas de salud y estilos de vida saludables con ética y empatía.

1.1. Introducción a la salud de la mujer

La salud de la mujer es un tema de gran importancia en el ámbito de la medicina y la enfermería, la salud de las mujeres abarca una amplia gama de aspectos que van más allá de la biología y la fisiología, y se ven influenciados por factores sociales, culturales y económicos.

La salud de la mujer se refiere a las condiciones físicas, mentales y sociales que afectan a las mujeres a lo largo de su vida. Esto incluye aspectos relacionados con la salud reproductiva, la salud sexual, la salud mental, la prevención y detección temprana de enfermedades, entre otros.

Es importante destacar que las mujeres pueden enfrentar desafíos y riesgos específicos para su salud, como las enfermedades de transmisión sexual, los problemas ginecológicos, el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino. Además, las mujeres también pueden verse afectadas por desigualdades de género en el acceso a la atención médica y a los recursos de salud.

La salud de la mujer no solo se trata de la ausencia de enfermedad, sino también de promover un estado de bienestar físico, mental y social. Esto implica brindar información y educación sobre la salud, fomentar estilos de vida saludables, proporcionar atención médica integral y garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud. (1)

1.2. Derechos de la mujer e influencia del género en la vida laboral, de la familia y la comunidad

Tanto hombres como mujeres enfrentan una serie de problemas de salud similares, pero las diferencias entre ambos son lo suficientemente significativas como para que se preste una atención especial a la salud de las mujeres. En general, las mujeres tienden a vivir más que los hombres debido a ventajas biológicas y de comportamiento. Sin embargo, en algunas situaciones, especialmente en ciertas áreas de Asia, estas ventajas se ven anuladas por la discriminación de género, lo que resulta en una esperanza de vida al nacer igual o incluso inferior a la de los hombres.(1)

De acuerdo con el Índice de Visibilidad de la mujer, establecido en 2019, Ecuador se encuentra en el puesto 58 de 100 en el ranking. Esto indica que el puntaje obtenido está por debajo de la media en términos de calidad y condiciones de vida de las mujeres. Este índice abarcó diversas categorías como infraestructura, desigualdad, legislación y trabajo, y se tuvieron en cuenta aspectos como tasas de violencia doméstica, brecha salarial de género, necesidades de salud, seguridad y educación.(2)

En cuanto a la influencia del género en la vida laboral, se ha observado que las mujeres enfrentan desafíos y barreras adicionales en comparación con los hombres. Estas barreras incluyen la brecha salarial de género, la falta de oportunidades de ascenso, la segregación ocupacional y la discriminación en el lugar de trabajo. Además, las responsabilidades familiares y los roles de género tradicionales también pueden limitar las opciones y oportunidades laborales de las mujeres.

En la vida familiar, el género también puede tener un impacto significativo. Las expectativas sociales y los roles de género asignados tradicionalmente a las mujeres pueden influir en su participación en las decisiones familiares, su autonomía económica y su capacidad para conciliar el trabajo remunerado con las responsabilidades familiares. (1)

En la comunidad, el género puede afectar la participación de las mujeres en la toma de decisiones y el acceso a recursos y servicios. Las normas culturales y sociales pueden limitar el liderazgo y la participación política de las mujeres, así como su acceso a la educación, la atención médica y otros servicios básico

1.3. Anatomía y fisiología del sistema reproductivo femenino

La estructura del sistema reproductor femenino está compuesta por los ovarios, que son las gónadas femeninas, las trompas de Falopio o los oviductos, el útero, la vagina y los genitales externos conocidos como vulva.

Además, las glándulas mamarias se consideran parte tanto del sistema tegumentario como del sistema reproductor femenino.

Los ovarios, que son las glándulas femeninas encargadas de la producción de óvulos y hormonas, son pares de órganos con forma y tamaño similares a una almendra sin cáscara. Son homólogos de los testículos en los hombres.

Los ovarios producen dos cosas: 1) los gametos, que son los ovocitos secundarios que se desarrollan hasta convertirse en óvulos después de la fecundación, y 2) hormonas como la progesterona y los estrógenos (las hormonas sexuales femeninas), la inhibina y la relaxina.

Cada ovario tiene un hilio, que es el punto de entrada y salida de los vasos sanguíneos y los nervios, los cuales están unidos al mesoovario.(3)

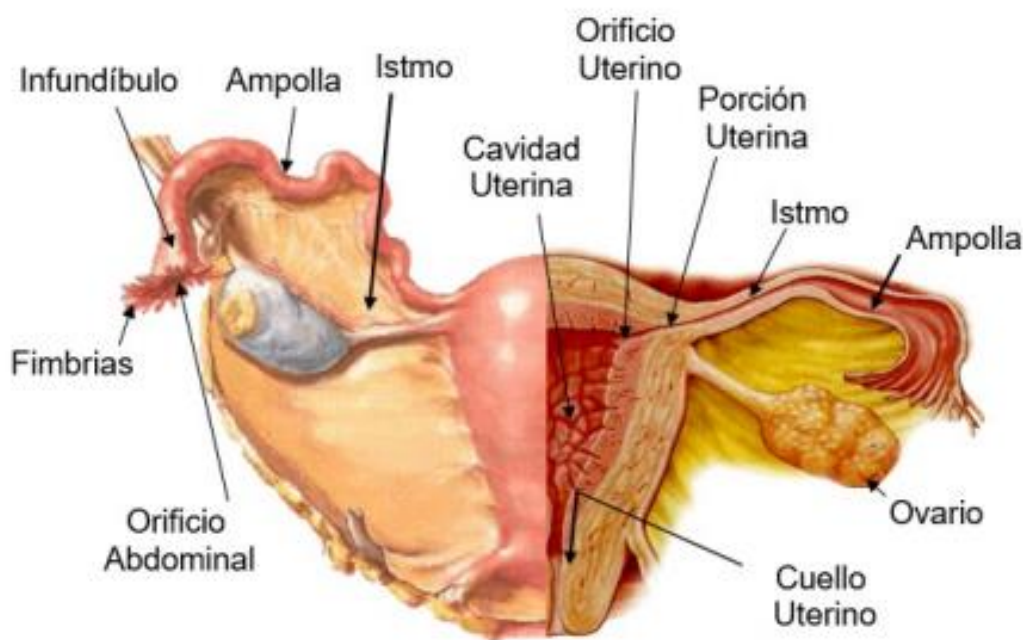


Gráfico 1. Anatomía de los genitales internos femeninos. (4)

Las trompas de Falopio son dos conductos que miden aproximadamente 10-12 cm de longitud y 1 cm de diámetro, y se conectan a los cuernos del útero en cada lado. Tienen la función de recibir los ovocitos que salen de los ovarios

y en su interior se produce la unión de los espermatozoides con el óvulo y la fecundación.

Para describir su estructura, se divide cada trompa en cuatro partes:

- El infundíbulo es el extremo más externo y contiene el orificio abdominal de la trompa, que se comunica con la cavidad peritoneal. El infundíbulo presenta pliegues o fimbrias que atrapan al ovocito durante la ovulación y lo llevan al orificio abdominal de la trompa para introducirlo en su interior. Una de las fimbrias está unida al ovario correspondiente.
- La ampolla es la parte más ancha y larga de la trompa, y es donde ocurre la fertilización del ovocito por el espermatozoide.
- El istmo es una porción corta, estrecha y de paredes gruesas. Se une al cuerno del útero en cada lado.
- La porción uterina es el segmento de la trompa que atraviesa la pared del útero y por donde el ovocito es introducido en el útero. (4)

La pared de las trompas de Falopio tiene tres capas: una capa interna o mucosa con un epitelio simple columnar ciliado que ayuda a transportar el ovocito hacia el útero, células secretoras que producen nutrientes para el ovocito, una capa intermedia de músculo liso cuyas contracciones peristálticas también ayudan en el transporte del ovocito, y una capa externa o serosa.(5)

El útero también conocido como matriz, es parte del trayecto que siguen los espermatozoides desde la vagina hasta las trompas uterinas. Además, cumple funciones importantes como ser el lugar de implantación del óvulo fecundado, el desarrollo del feto durante el embarazo y el lugar donde ocurre el parto. Durante los ciclos reproductivos en los que no hay implantación, el útero es el origen del flujo menstrual.

Situado entre la vejiga urinaria y el recto, el útero tiene el tamaño y la forma de una pera invertido, en las mujeres que nunca estuvieron embarazadas mide alrededor de 7,5 cm de largo, 5 cm de ancho y 2,5 cm de espesor. El útero es más grande en las mujeres con embarazos recientes y más pequeño (atrófico) cuando los niveles hormonales son bajos, como ocurre después de la menopausia.(3)

La vagina es el órgano femenino de la copulación, la salida del líquido menstrual y el extremo inferior del canal del parto. Es un conducto formado por músculos y membranas que se encuentra detrás de la vejiga urinaria y delante del recto. En su posición anatómica, la vagina desciende y tiene una curvatura hacia adelante. La pared anterior mide aproximadamente de 6 a 8 cm, mientras que la pared posterior mide de 7 a 10 cm, y se encuentran en contacto en condiciones normales. La vagina se abre en el vestíbulo vaginal, entre los labios menores, a través del orificio vaginal, que puede estar parcialmente cerrado por el himen, un pliegue incompleto de membrana mucosa. La parte superior de la vagina se conecta con la cavidad uterina, ya que el cuello del útero se proyecta en su interior, rodeado por un fondo de saco vaginal. Esta zona es donde se coloca el diafragma anticonceptivo. El útero se encuentra casi en ángulo recto con el eje de la vagina.(3)

La vulva es la parte externa del aparato reproductor femenino y está compuesta por varias estructuras anatómicas; estas incluyen los labios mayores y menores, el clítoris, el monte de Venus, la abertura de la uretra y la abertura vaginal.

Los labios mayores son pliegues de piel que rodean y protegen las estructuras internas de la vulva. Los labios menores son pliegues más pequeños que se encuentran dentro de los labios mayores y rodean la abertura vaginal y la uretra.

El clítoris es una estructura altamente sensible y eréctil que se encuentra en la parte superior de la vulva está compuesto por un glándula, un cuerpo y dos raíces que se extienden hacia el interior de los tejidos pélvicos. (4)

El monte de Venus es un área de tejido adiposo que se encuentra sobre los huesos púbicos y cubre la base del hueso del pubis.

La abertura de la uretra es el conducto por el cual la orina sale del cuerpo se encuentra entre el clítoris y la abertura vaginal.

La abertura vaginal es el canal que conecta la vulva con la cavidad uterina, durante la excitación sexual, la vagina se lubrica para facilitar la penetración y el placer sexual.

En cuanto a la fisiología, la vulva juega un papel importante en la reproducción y el placer sexual; durante la excitación sexual, los labios mayores y menores se llenan de sangre y se vuelven más sensibles. El clítoris se erecta y se vuelve aún más sensible al estimularlo; además, la lubricación vaginal ayuda a facilitar la penetración y reduce la fricción durante la actividad sexual. (4)

Funciones de aparato reproductor femenino

1. Los ovarios desempeñan la función de producir ovocitos secundarios y hormonas como la progesterona, los estrógenos, la inhibina y la relaxina, que son hormonas sexuales femeninas.
2. Las trompas uterinas tienen la función de transportar los ovocitos secundarios hacia el útero y son el lugar donde normalmente ocurre la fecundación.
3. El útero cumple varias funciones, como ser el sitio de implantación del óvulo fecundado, el desarrollo del feto durante el embarazo y el lugar donde ocurre el parto.
4. La vagina tiene la función de recibir el pene durante las relaciones sexuales y también es la vía de paso durante el parto.

5. Las glándulas mamarias tienen la función de sintetizar, secretar y expulsar leche para alimentar al recién nacido.(3)

1.4. Cambios morfológicos y su relación con la salud sexual de la mujer

Adolescencia

Se caracteriza por ser un periodo de cambios físicos, psíquicos y sociales rápidos, durante esta etapa, es fundamental brindar educación sexual integral a las jóvenes, incluyendo información sobre cambios físicos, anticoncepción, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y consentimiento. También es importante promover una imagen corporal positiva y fomentar una comunicación abierta y saludable sobre la sexualidad. (3)

Adulthood temprana

En esta etapa, las mujeres pueden estar explorando su identidad sexual y estableciendo relaciones íntimas. Es esencial practicar relaciones sexuales seguras, usar métodos anticonceptivos adecuados y hacerse pruebas regulares de detección de ITS. También es importante mantener una buena salud ginecológica, incluyendo exámenes regulares y pruebas de detección de cáncer cervical. (3)

Gestante

Durante el embarazo, es importante recibir atención prenatal adecuada y seguir las recomendaciones médicas para mantener la salud tanto de la madre como del bebé, los cambios hormonales durante el embarazo producen efectos dispares en la sexualidad de las gestantes; mientras algunas mujeres aumentan su libido, otras sufren el efecto contrario. Los cambios psicológicos también son muy importantes y pueden afectar a la imagen erótica de la mujer.

Los cambios durante el embarazo siguen un patrón general. Durante el primer trimestre, es común que haya una disminución en la actividad y el deseo sexual de la mujer embarazada, aunque el orgasmo puede mantener su frecuencia e intensidad. En el segundo trimestre, a medida que las molestias físicas disminuyen y la mujer se adapta al embarazo, es probable que experimente una mejora en su vida sexual y un mayor bienestar. Sin embargo, durante el tercer trimestre, muchas mujeres experimentan una disminución o ausencia del deseo sexual y una marcada reducción en la actividad sexual, a menudo debido al temor de desencadenar el parto. (3)

Puerperio

El desequilibrio hormonal es similar al hipogonadismo y tiene un impacto negativo en el deseo sexual y en el estado emocional de la mujer, como la depresión post-parto. La respuesta sexual se recupera gradualmente, y a los tres meses después del parto, la capacidad orgásmica es igual o ligeramente alto. (3)

Perimenopausia y menopausia

El climaterio es un largo periodo que suele presentarse cuando la función ovárica empieza a declinar. Coincide con una inestabilidad endocrina que se manifiesta con algunos signos visibles como las alteraciones menstruales, sofocos, dolores musculares, trastornos del sueño, síndrome depresivo, etc.

Durante esta etapa de cambios, se experimenta una crisis evolutiva que afecta tanto a nivel hormonal como psicológico y relacional. Los síntomas psicológicos más comunes incluyen tristeza, cambios de humor, irritabilidad, nerviosismo, síndrome depresivo, sensación de soledad y disminución de la libido, entre otros.

Durante esta etapa, muchas mujeres experimentan cambios hormonales que pueden afectar la salud sexual. Es común experimentar sequedad vaginal, disminución del deseo sexual y cambios en la respuesta sexual. Es importante buscar apoyo médico si se presentan problemas sexuales y considerar

opciones de tratamiento como lubricantes vaginales, terapia hormonal o terapia sexual.(6)

Adultez mayor

La salud sexual en la adultez mayor es importante para el bienestar general. Es fundamental mantener una buena comunicación con la pareja sobre las necesidades y deseos sexuales, así como abordar cualquier problema de salud que pueda afectar la sexualidad. Es posible que se necesiten ajustes en las prácticas sexuales debido a cambios físicos, pero el placer y la intimidad pueden seguir siendo una parte importante de la vida sexual. (6)

1.5. Ciclo menstrual y cambios hormonales

El ciclo menstrual es un proceso fisiológico que ocurre en las mujeres en edad reproductiva., consiste en una serie de cambios hormonales y físicos que se producen en el cuerpo de la mujer con el fin de prepararse para la posibilidad de un embarazo.

El ciclo menstrual tiene una duración promedio de 28 días, aunque puede variar de una mujer a otra. Se divide en varias fases principales: la fase menstrual, la fase folicular, la ovulación y la fase lútea.

Durante la **fase menstrual**, que dura aproximadamente de 3 a 7 días, el útero elimina el revestimiento interno que se ha acumulado en caso de que no haya ocurrido un embarazo, esto se manifiesta como el sangrado menstrual.

Después de la fase menstrual, comienza la **fase folicular**, durante esta fase, los niveles de hormonas, como el estrógeno, comienzan a aumentar, lo que estimula el crecimiento de un folículo en uno de los ovarios. Este folículo contiene un óvulo inmaduro que se prepara para la ovulación.

La **ovulación** ocurre aproximadamente a mitad del ciclo menstrual, alrededor del día 14 en un ciclo de 28 días. Durante este proceso, el folículo maduro se rompe y libera el óvulo en la trompa de Falopio, donde puede ser fertilizado por un espermatozoide.

Si el óvulo no es fertilizado, comienza la **fase lútea**. Durante esta fase, los niveles de progesterona aumentan para preparar el útero para un posible embarazo. Si no se produce la fertilización, los niveles de hormonas disminuyen y se inicia un nuevo ciclo menstrual con la fase menstrual. (6)

Es importante tener en cuenta que el ciclo menstrual puede variar en duración y regularidad en cada mujer. Factores como el estrés, cambios en el peso corporal, enfermedades y medicamentos pueden influir en la regularidad del ciclo.

El seguimiento del ciclo menstrual puede ser útil para las mujeres que desean concebir o evitar el embarazo. Además, cambios en el ciclo menstrual, como períodos irregulares o dolorosos, pueden ser indicadores de problemas de salud.

El ciclo menstrual se caracteriza por una serie recurrente de cambios en los niveles hormonales, los cuales son regulados por el hipotálamo y la glándula hipófisis, y también están influenciados por la corteza cerebral y el sistema límbico. Entre las hormonas que participan en este complejo sistema de retroalimentación se encuentran los estrógenos, la progesterona, el folículo estimulante (FSH), la hormona luteinizante (LH) y la hormona liberadora de gonadotrofina (GnRH).

A partir de los 9 a 12 años, cuando las niñas entran en la pubertad, los niveles de GnRH, FSH y LH comienzan a aumentar, lo que da lugar a cambios hormonales rítmicos en la secreción de las hormonas femeninas. Este patrón rítmico se conoce como ciclo sexual mensual humano o, de manera más común pero menos precisa, ciclo menstrual.

El ciclo menstrual, que se extiende desde la pubertad hasta la menopausia, puede ser interrumpido solo por el embarazo, la lactancia o por ciertas enfermedades. La regularidad del ciclo puede verse afectada por diversos factores como el estrés, problemas emocionales, cirugías, enfermedades como la epilepsia, síndrome de poliquistosis ovárica o hiperprolactinemia, y terapias con corticoides, radiación o medicamentos, entre otros. (7)

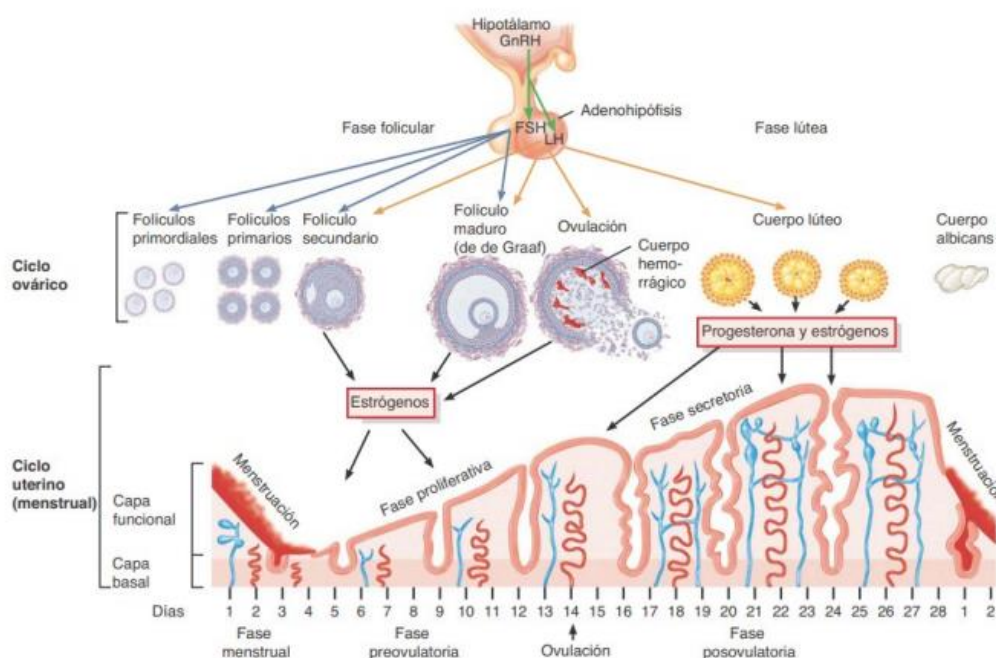


Gráfico 2. Fases y cambios del ciclo reproductor femenino. (8)

1.6. Salud sexual y reproductiva: planificación familiar y anticoncepción

La salud sexual y reproductiva de la mujer es un aspecto fundamental de su bienestar general. Se refiere a la capacidad de la mujer de tener una vida sexual satisfactoria y segura, así como de tomar decisiones informadas y autónomas sobre su salud reproductiva.

La salud sexual implica tener relaciones sexuales consensuadas, libres de violencia y basadas en el respeto mutuo. También implica el acceso a información y educación sexual adecuada, así como a servicios de salud sexual, como la prevención y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, la anticoncepción y el apoyo en la planificación familiar. (8)

Por otro lado, la salud reproductiva se refiere a la capacidad de la mujer de tener hijos de manera segura y saludable cuando así lo desee. Esto incluye el acceso a servicios de atención prenatal y obstétrica de calidad, así como a información y opciones sobre métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados.

Además, la salud sexual y reproductiva de la mujer también implica el derecho a decidir sobre su propio cuerpo y su capacidad para ejercer el control sobre su fertilidad. Esto incluye el acceso a servicios de aborto seguro y legal en caso de que la mujer así lo decida.

Es fundamental que las mujeres tengan acceso a información precisa y completa sobre su salud sexual y reproductiva, así como a servicios de atención médica de calidad. Esto les permitirá tomar decisiones informadas y autónomas sobre su vida sexual y reproductiva, y promoverá su bienestar físico, emocional y social. (7)

Planificación familiar

Durante el último siglo, ha habido un rápido crecimiento de la población, especialmente en los países menos desarrollados. Sin embargo, este crecimiento contrasta con el hecho de que, desde finales del siglo XIX, y especialmente a principios del siglo XX, la tasa de fertilidad ha disminuido drásticamente en los países desarrollados, especialmente en Europa. A finales de la década de los sesenta, este fenómeno comenzó a ocurrir también en América Latina. Esto significa que estamos presenciando una disminución de la población joven en todo el mundo y un aumento de la población adulta mayor.

La planificación familiar en la mujer se refiere al conjunto de acciones y decisiones que una mujer toma para controlar su fertilidad y tener hijos de manera planificada y consciente. La planificación familiar permite a las mujeres tomar decisiones informadas sobre el número de hijos que desean tener y el momento adecuado para tenerlos.

Existen varios métodos de planificación familiar disponibles para las mujeres, que van desde métodos naturales basados en el seguimiento del ciclo menstrual, hasta métodos hormonales como las píldoras anticonceptivas, los parches, los implantes o los dispositivos intrauterinos (DIU). También existen métodos de barrera como los condones y los diafragmas, así como métodos permanentes como la esterilización.

La elección del método anticonceptivo dependerá de las necesidades y preferencias individuales de cada mujer, así como de su salud y estilo de vida. Es importante que las mujeres tengan acceso a información precisa y completa sobre los diferentes métodos anticonceptivos, así como a servicios de atención médica para recibir asesoramiento y atención personalizada.

La planificación familiar no solo tiene beneficios individuales para las mujeres, sino también para la sociedad en general. Permite a las mujeres tener mayor control sobre su vida reproductiva, promueve la salud materna y reduce los embarazos no deseados. Además, la planificación familiar contribuye a la equidad de género, al permitir que las mujeres tengan oportunidades educativas y laborales, y puedan participar plenamente en la sociedad. (8)

Anticoncepción

Los métodos naturales de control de la fertilidad no tienen impactos adversos en la salud. Los métodos de barrera y los permanentes también son muy seguros, sin efectos negativos significativos. Por otro lado, los métodos anticonceptivos hormonales y otros presentan ciertos riesgos para las mujeres, aunque también brindan beneficios claros, como la prevención de algunos tipos de cáncer ginecológico.

Los posibles efectos adversos para la salud de las mujeres relacionados con los métodos anticonceptivos son menos significativos en comparación con los riesgos asociados con un embarazo, especialmente en casos de adolescentes o mujeres que tienen condiciones médicas específicas como problemas cardiovasculares, hipertensión o diabetes. (8)

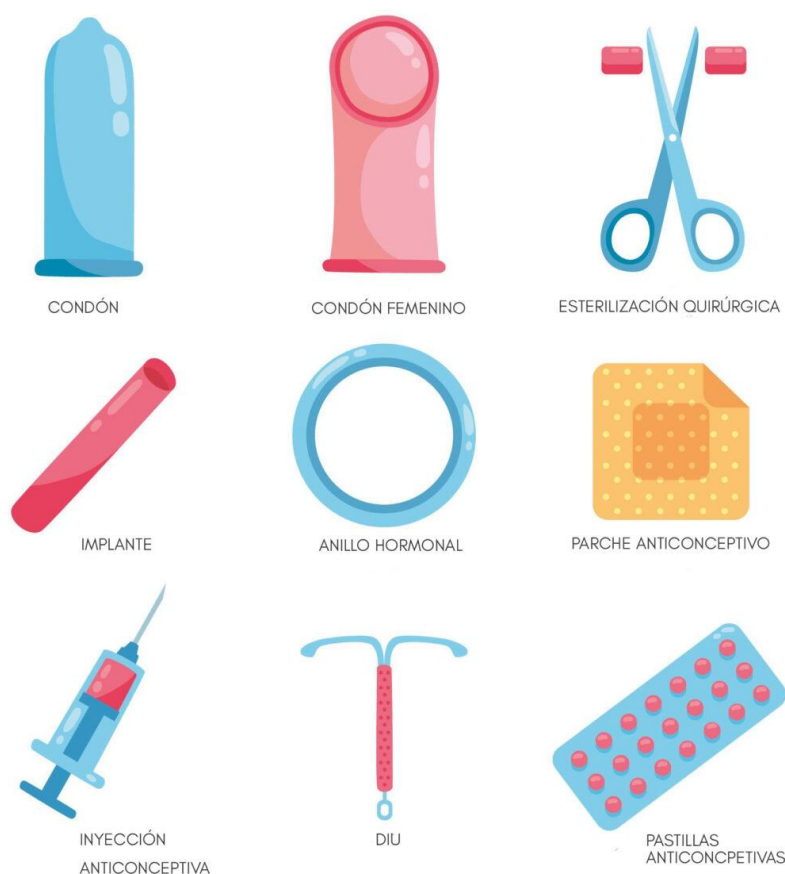


Grafico 3. Métodos de anticoncepción. (8)

1. **Anticonceptivos orales:** También conocidos como la píldora anticonceptiva, son pastillas que contienen hormonas que evitan la ovulación y espesan el moco cervical para dificultar el paso de los espermatozoides.
2. **Anticonceptivos de barrera:** Estos métodos incluyen el uso de preservativos femeninos, diafragmas y capuchones cervicales. Estos dispositivos se colocan en la vagina para bloquear el paso de los espermatozoides hacia el útero.
3. **Dispositivo intrauterino (DIU):** Es un pequeño dispositivo de plástico que se coloca dentro del útero y libera hormonas o cobre para evitar el embarazo. Es efectivo por varios años y requiere una inserción por parte de un profesional de la salud.

4. **Implantes anticonceptivos:** Son pequeños dispositivos de plástico que se insertan debajo de la piel del brazo y liberan hormonas para prevenir la ovulación. Son efectivos por varios años y deben ser insertados y removidos por un profesional.
5. **Método de la temperatura basal del cuerpo:** Este método implica monitorear la temperatura basal del cuerpo todos los días para determinar los días fértiles del ciclo menstrual y evitar tener relaciones sexuales durante esos días.
6. **Método de la Billings:** Consiste en observar y registrar los cambios en el moco cervical para determinar los días fértiles y evitar tener relaciones sexuales durante esos días.

Es importante tener en cuenta que ninguno de estos métodos anticonceptivos es 100% efectivo, excepto la abstinencia sexual. (2)

1.7. Atención integral en la adolescencia

La atención integral en la mujer adolescente se refiere a brindar un cuidado completo y holístico que abarque todos los aspectos de su salud y bienestar, esto incluye aspectos físicos, emocionales, sociales y sexuales.

En términos de salud física, es importante realizar chequeos regulares para asegurar un crecimiento y desarrollo adecuados, así como para detectar y tratar cualquier problema de salud, esto puede incluir exámenes ginecológicos, vacunas, pruebas de detección de enfermedades y asesoramiento sobre alimentación saludable y ejercicio.

En cuanto a la salud emocional, es fundamental brindar apoyo a las adolescentes en el manejo del estrés, la ansiedad y las emociones, esto puede incluir terapia individual o grupal, asesoramiento psicológico y educación sobre habilidades de afrontamiento.

La atención integral también debe abordar los aspectos sociales de la vida de las adolescentes, como la educación, las relaciones familiares y amistades, la sexualidad y la prevención de conductas de riesgo. Es importante

proporcionar información precisa y educación sobre el consentimiento, la anticoncepción y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Además, se debe brindar un entorno seguro y de apoyo donde las adolescentes se sientan cómodas para expresar sus preocupaciones y buscar ayuda cuando sea necesario. Esto implica fomentar la confianza y la confidencialidad en la relación médico-paciente. (6)

1.8. Detección temprana de enfermedades ginecológicas

La detección temprana de enfermedades ginecológicas es fundamental para garantizar la salud y el bienestar de las mujeres adolescentes. Estas enfermedades pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de las jóvenes y, si no se detectan y tratan a tiempo, pueden llevar a complicaciones graves en el futuro.

Una de las enfermedades ginecológicas más comunes en las mujeres adolescentes es la infección de transmisión sexual (ITS). Las ITS, como la clamidia, la gonorrea y el virus del papiloma humano (VPH), pueden tener graves consecuencias para la salud reproductiva si no se tratan adecuadamente. Por eso, es importante que las adolescentes se sometan a pruebas de detección de ITS de forma regular, especialmente si son sexualmente activas.

Otra enfermedad ginecológica que se debe detectar tempranamente es el cáncer de cuello uterino. Este tipo de cáncer está causado principalmente por el VPH y, si se detecta a tiempo, se puede tratar de manera efectiva. La prueba de Papanicolaou, también conocida como citología cervical, es una herramienta clave para la detección temprana de células anormales en el cuello uterino que podrían indicar la presencia de cáncer. (5)

Además de las ITS y el cáncer de cuello uterino, otras enfermedades ginecológicas que se deben detectar tempranamente incluyen la endometriosis, los quistes ováricos y los trastornos del ciclo menstrual. Estas condiciones pueden causar dolor, irregularidades menstruales y problemas de fertilidad si no se diagnostican y tratan adecuadamente.

Es importante destacar que la detección temprana de enfermedades ginecológicas no solo implica pruebas médicas, sino también la educación y concientización sobre los signos y síntomas que pueden indicar un problema. Las adolescentes deben estar informadas sobre los cambios normales en su cuerpo y buscar atención médica si experimentan síntomas inusuales o preocupantes. (2)

La detección temprana de enfermedades ginecológicas es esencial para el diagnóstico y tratamiento oportuno de condiciones médicas que afectan el sistema reproductivo femenino. Las pruebas de detección y exámenes periódicos ayudan a identificar problemas en sus etapas iniciales, cuando las posibilidades de curación son mayores.

Algunas pruebas comunes para la detección temprana de enfermedades ginecológicas incluyen:

Papanicolaou (Pap): Es una prueba que busca detectar células anormales en el cuello uterino, lo que puede indicar la presencia de lesiones precancerosas o cáncer cervicouterino.

Examen pélvico: Un examen físico que permite al médico evaluar el tamaño, forma y textura de los órganos reproductores internos, como el útero y los ovarios.

Ecografía pélvica: Es una prueba de imagen que permite visualizar los órganos reproductores internos para detectar quistes, tumores u otras anomalías.

Mamografía: Aunque no es específica para enfermedades ginecológicas, es una herramienta importante para la detección temprana del cáncer de mama, que también afecta a las mujeres. (3)

1.9. Prevención secundaria de salud:

Riesgo preconcepcional

El riesgo preconcepcional se refiere a las condiciones de salud o factores de riesgo que pueden afectar la salud de una mujer antes de quedar embarazada. Estos factores pueden incluir enfermedades crónicas, antecedentes médicos, estilo de vida, factores genéticos, entre otros. (1)

Es importante evaluar y abordar estos factores de riesgo antes de planificar un embarazo, ya que pueden tener un impacto significativo en la salud de la madre y del bebé. Algunos ejemplos de riesgos preconcepcionales comunes incluyen:

1. **Enfermedades crónicas:** Las enfermedades como la diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, trastornos autoinmunes, epilepsia, entre otras, pueden aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo.
2. **Factores genéticos:** Algunas condiciones genéticas pueden aumentar el riesgo de anomalías congénitas o complicaciones durante el embarazo. Es importante realizar pruebas genéticas y recibir asesoramiento genético si existen antecedentes familiares de enfermedades genéticas.
3. **Historial obstétrico:** Si una mujer ha tenido complicaciones en embarazos previos, como parto prematuro, preeclampsia, restricción del crecimiento fetal, entre otros, se considera un factor de riesgo preconcepcional.
4. **Edad avanzada:** Las mujeres mayores de 35 años tienen un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo, como preeclampsia, diabetes gestacional, anomalías cromosómicas en el feto, entre otros.
5. **Estilo de vida:** Factores como el consumo de alcohol, tabaco o drogas, obesidad, mala alimentación y falta de actividad física pueden aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo. (5)(8)

Es importante que las mujeres que planean quedar embarazadas consulten a su médico o profesional de la salud para evaluar cualquier factor de riesgo preconcepcional y recibir asesoramiento adecuado. Esto puede incluir ajustes en el tratamiento de enfermedades crónicas, cambios en el estilo de vida, suplementos vitamínicos y pruebas específicas para detectar condiciones genéticas. La detección y el manejo temprano de estos factores de riesgo pueden ayudar a reducir las complicaciones durante el embarazo y mejorar los resultados tanto para la madre como para el bebé.

Riesgo obstétrico

El riesgo obstétrico se refiere a los factores que pueden aumentar las complicaciones durante el embarazo, el parto y el posparto. Estos factores pueden estar relacionados con la salud de la madre, las características del embarazo o el entorno en el que se desarrolla el embarazo. Algunos ejemplos de riesgos obstétricos incluyen:

1. **Enfermedades crónicas:** Las mujeres que tienen enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, trastornos de la tiroides, entre otros, tienen un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo.
2. **Edad materna avanzada o adolescente:** Tanto el embarazo en mujeres mayores de 35 años como en adolescentes menores de 20 años conlleva un mayor riesgo de complicaciones, como preeclampsia, parto prematuro y restricción del crecimiento fetal.
3. **Complicaciones del embarazo:** Algunas condiciones como la preeclampsia, la diabetes gestacional, la placenta previa, el desprendimiento de placenta, la ruptura prematura de membranas, entre otras, aumentan el riesgo de complicaciones obstétricas.
4. **Embarazos múltiples:** Los embarazos de gemelos, trillizos u otros múltiples aumentan el riesgo de complicaciones, como parto prematuro, restricción del crecimiento fetal y complicaciones relacionadas con la placenta.

5. **Historial obstétrico previo:** Si una mujer ha tenido complicaciones en embarazos anteriores, como parto prematuro, cesárea previa, preeclampsia, entre otros, se considera un factor de riesgo obstétrico.
6. **Factores socioeconómicos y ambientales:** El acceso limitado a atención médica prenatal de calidad, la falta de apoyo emocional o financiero, la exposición a sustancias tóxicas o condiciones ambientales desfavorables también pueden aumentar el riesgo obstétrico. (9) (7)

Es fundamental que las mujeres embarazadas reciban una atención prenatal adecuada y regular para identificar y controlar cualquier factor de riesgo obstétrico. Esto implica realizar pruebas y exámenes médicos específicos, monitorear el crecimiento y desarrollo del feto, brindar asesoramiento sobre la alimentación y el estilo de vida saludables, y proporcionar apoyo emocional y educación sobre el cuidado prenatal.

La identificación y el manejo temprano de los factores de riesgo obstétrico pueden ayudar a reducir las complicaciones durante el embarazo y mejorar los resultados tanto para la madre como para el bebé. Los profesionales de la salud trabajan en colaboración con las mujeres embarazadas para desarrollar un plan de atención personalizado y brindar el apoyo necesario para garantizar un embarazo saludable y seguro.

1.10. Anticoncepción transitoria y permanente

La anticoncepción transitoria se refiere al uso de métodos anticonceptivos temporales para prevenir el embarazo durante un período determinado. Estos métodos pueden incluir píldoras anticonceptivas, parches, inyecciones, dispositivos intrauterinos (DIU), condones, diafragma, esponjas anticonceptivas, entre otros. Estos métodos son reversibles, lo que significa que una vez que se deje de usarlos, la fertilidad de la mujer se restablecerá y podrá quedar embarazada nuevamente.

Por otro lado, la anticoncepción permanente se refiere a los métodos que buscan prevenir el embarazo de forma permanente. Estos métodos son

considerados esterilización y son irreversibles en la mayoría de los casos. La esterilización femenina se realiza a través de la ligadura de trompas, que implica la obstrucción o cierre de las trompas de Falopio para evitar que los óvulos lleguen al útero. La esterilización masculina se realiza a través de la vasectomía, que implica la obstrucción o corte de los conductos deferentes para evitar que los espermatozoides lleguen al semen.

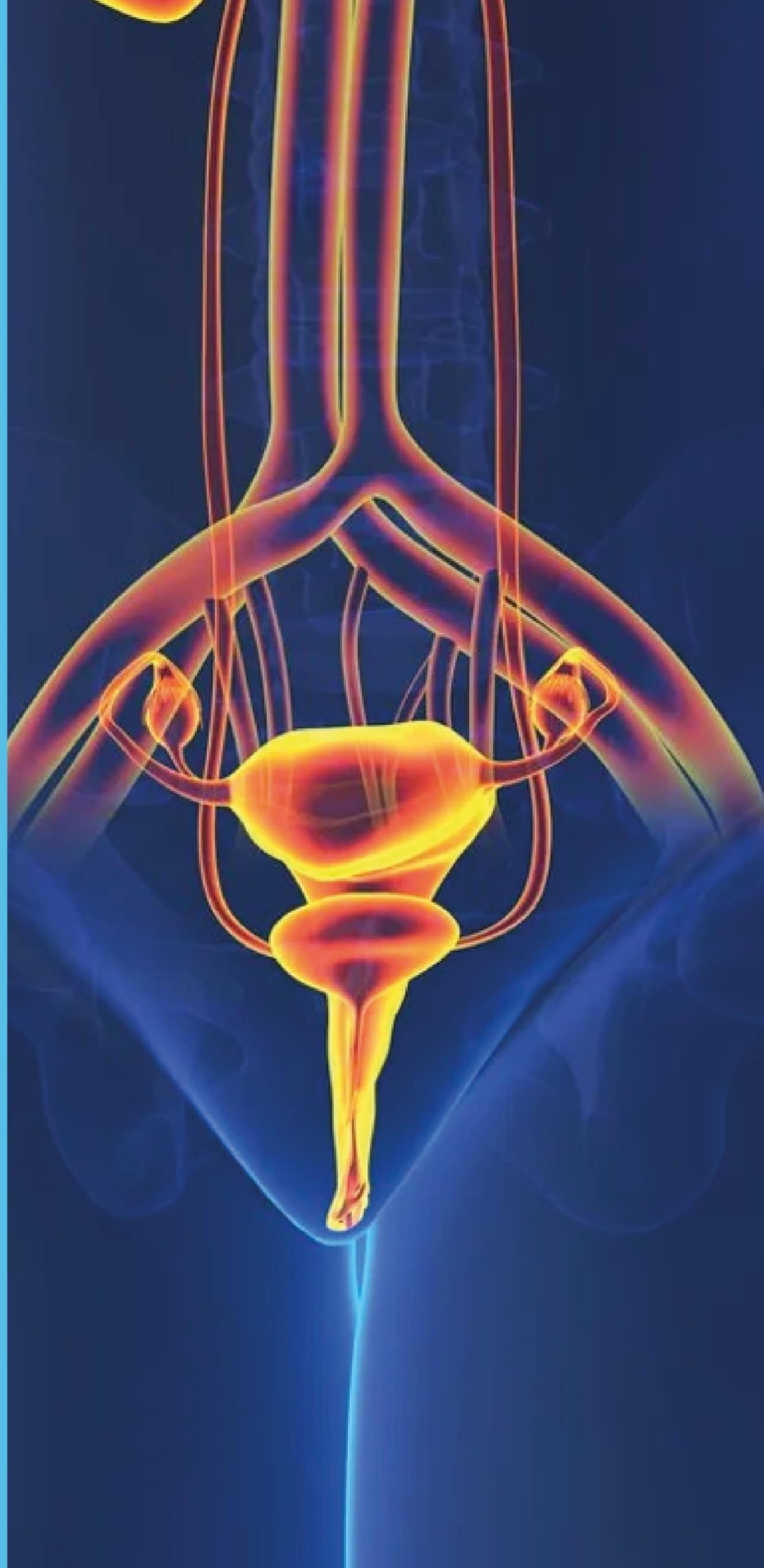
Es importante tener en cuenta que tanto la anticoncepción transitoria como la permanente tienen ventajas y consideraciones individuales. (9)

ACTIVIDADES RECOMENDADAS

Realice un organigrama gráfico sobre la anatomía del aparato reproductor femenino y describe sus principales funciones.

UNIDAD 2

EMBARAZO NORMAL Y PATOLÓGICO, CLIMATERIO Y MENOPAUSIA



2. EMBARAZO NORMAL Y PATOLÓGICO, CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

INTRODUCCIÓN

El embarazo, el climaterio y la menopausia son etapas importantes en la vida reproductiva de una mujer. Durante el embarazo, el cuerpo experimenta una serie de cambios fisiológicos y hormonales para albergar y nutrir al feto en desarrollo. Sin embargo, algunas mujeres pueden enfrentar complicaciones o condiciones médicas que requieren una atención especializada.

En esta unidad, nos enfocaremos en el embarazo normal y patológico. El embarazo normal implica un desarrollo saludable del feto y la ausencia de complicaciones significativas para la madre. En contraste, el embarazo patológico se refiere a situaciones en las que

existen factores de riesgo o complicaciones que pueden afectar la salud de la madre y el feto.

Además, también abordaremos el climaterio y la menopausia. El climaterio es la transición de la vida reproductiva a la no reproductiva y puede estar marcado por síntomas como sofocos, cambios de humor, sequedad vaginal y alteraciones en el ciclo menstrual. La menopausia es el cese permanente de la menstruación y marca el final de la etapa reproductiva de la mujer. En esta unidad, se brindará atención para aliviar los síntomas del climaterio y se ofrecerá orientación sobre las opciones de tratamiento y cuidado durante la menopausia.

OBJETIVO

Aplicar el examen físico específico en la mujer para diferenciar las características del embarazo patológico y normal, con cercanía y sin discriminación.

2.1. Embarazo normal: Cambios fisiológicos de la gestante

Durante el embarazo, el cuerpo de la mujer experimenta una serie de cambios en diferentes partes y sistemas, así como en la piel y otros órganos. También se producen eventos importantes en el aspecto endocrino, en la mecánica de las zonas musculares y en el esqueleto, así como en el aspecto emocional, el peso y otros aspectos psicológicos. Estos cambios tienen como objetivo crear un ambiente favorable y condiciones óptimas para el desarrollo del nuevo ser, incluyendo el suministro de nutrientes, oxígeno, temperatura adecuada y espacio suficiente. Estas modificaciones permiten que el feto crezca y se desarrolle en las cavidades destinadas a ello, involucrando prácticamente todas las partes funcionales de la fisiología de la madre, para que el proceso de embarazo culmine de manera exitosa con el nacimiento.(9)

Sistema cardiovascular

Durante el embarazo, se produce un cambio importante a nivel cardiovascular, donde el volumen sanguíneo aumenta de manera significativa. Este incremento comienza alrededor de la semana 6 de gestación y alcanza un volumen que oscila entre aproximadamente 4,700 ml y 5,200 ml para la semana 32 de gestación. (10)

Además de la expansión del volumen plasmático, también se produce una redistribución del flujo sanguíneo, durante la gestación, alrededor del 25% del gasto cardíaco se dirige hacia el útero y la placenta. Asimismo, se observa un aumento significativo en la irrigación sanguínea hacia la piel, los riñones y las glándulas mamarias.

El volumen sanguíneo aumenta significativamente para satisfacer las necesidades del feto y la placenta, el corazón también se agranda y late más rápido para bombear esta mayor cantidad de sangre.

Sistema respiratorio

La capacidad pulmonar aumenta para proporcionar una mayor cantidad de oxígeno al feto. La progesterona también afecta los músculos respiratorios, lo que puede hacer que la gestante respire más rápido y sienta falta de aire en algunos casos.

Los cambios en la respiración durante el embarazo pueden comenzar temprano, incluso desde la cuarta semana de gestación. Se observa una dilatación de los capilares en la mucosa nasal, orofaríngea y laríngea, lo cual puede aumentar el riesgo de desarrollar epistaxis durante el embarazo. Sin embargo, en general, esta condición es auto limitada.

Al inicio del embarazo, el volumen de reserva inspiratoria, que es la cantidad adicional de aire que se puede inhalar por encima del volumen normal de respiración (3000 mL), se reduce. Esto se debe a que el volumen corriente, que es la cantidad de aire que se inhala y exhala durante una respiración tranquila y normal (500 mL), aumenta. Sin embargo, en el tercer trimestre, este volumen de reserva vuelve a aumentar debido a la disminución de la capacidad residual funcional, que es la cantidad de aire que queda en los pulmones después de una exhalación completa (volumen de reserva espiratorio + volumen residual = 2400 mL). En el embarazo avanzado, el crecimiento del útero produce un importante ascenso diafragmático, lo que produce una disminución de la capacidad residual funcional y de la capacidad pulmonar total.

Sistema renal

Los riñones trabajan más intensamente durante el embarazo para eliminar los desechos metabólicos tanto de la madre como del feto. También aumenta la producción de orina y se produce una mayor retención de líquidos.

La disminución de las resistencias vasculares periféricas por efecto hormonal es uno de los cambios adaptativos más importantes que ocurren en el cuerpo

de la mujer durante el embarazo, la reducción de la tensión arterial media trae como consecuencia una mayor activación del SRAA que favorece la retención de sodio y una mayor expansión del volumen plasmático.

Sistema gastrointestinal

A medida que avanza el embarazo, se producen cambios en el tracto digestivo debido al crecimiento del útero. El estómago se desplaza hacia arriba, lo que altera el eje anatómico y aumenta la presión dentro del estómago. Esto, junto con la reducción del tono del esfínter esofágico inferior y cierto grado de gastroparesia, favorece el desarrollo de reflujo gastroesofágico, acidez estomacal, náuseas y vómitos. Además, los cambios hormonales que relajan el músculo liso intestinal también pueden predisponer al estreñimiento y la distensión abdominal, especialmente si se combinan con una alimentación inadecuada y la falta de actividad física.

Sistema endocrino

La función del eje hipotalámico-hipofisiario es fundamental durante el embarazo para adaptarse al estado hipermetabólico que se requiere. Los niveles de varias hormonas liberadoras hipotalámicas aumentan, y esto se debe en parte a la placenta, que produce y libera de manera natural hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) y hormona liberadora de corticotropina (CRH). La hipófisis, por su parte, aumenta su tamaño hasta tres veces, principalmente debido al crecimiento y multiplicación de las células que producen prolactina (lactótrofos) en el lóbulo anterior. Estas células aumentan la producción de prolactina a medida que avanza el embarazo para preparar las glándulas mamarias para la lactancia inmediatamente después del parto. Después del parto, la hipófisis puede tardar hasta seis meses en volver a su tamaño normal anterior al embarazo debido a la continua producción de prolactina durante todo el período de lactancia.(10)

Sistema musculoesquelético

El peso adicional del útero y el feto puede ejercer presión sobre los músculos y las articulaciones, lo que puede provocar dolores y molestias en la espalda,

las caderas y las piernas. Además, las hormonas del embarazo pueden aflojar los ligamentos y aumentar la flexibilidad de las articulaciones.

2.2. Psicoprofilaxis y asistencia al parto fisiológico

La Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) es una herramienta esencial en la atención integral que tiene un impacto significativo en la salud de las madres y los bebés.

El enfoque actual de la Psicoprofilaxis Obstétrica implica que es beneficioso que las mujeres embarazadas reciban preparación incluso hacia el final de su embarazo. Esto les brinda consejos y entrenamiento que les permiten responder de manera más efectiva y colaborar durante el momento del parto. Este concepto se conoce como Psicoprofilaxis Obstétrica de emergencia.⁽¹¹⁾

Esta técnica se basa en la idea de que, a través de la información, la educación y la práctica de técnicas específicas, las mujeres pueden aprender a manejar el dolor y el estrés durante el parto, así como a tomar decisiones informadas sobre su propio cuidado y el de su bebé.

La Psicoprofilaxis Obstétrica se enfoca en brindar a las mujeres herramientas y estrategias para reducir el miedo y la ansiedad asociados con el parto, y fomentar un estado de relajación y confianza. Esto se logra a través de ejercicios de respiración, relajación muscular, visualización y movimientos específicos que ayudan a aliviar la tensión y el dolor durante el trabajo de parto.

Además de las técnicas físicas, la Psicoprofilaxis Obstétrica también incluye información sobre el proceso del parto, el manejo del dolor, las intervenciones médicas y las opciones de cuidado durante el embarazo y el parto. Esto permite que las mujeres estén mejor preparadas para tomar decisiones informadas y participar activamente en su propio cuidado.

Es importante destacar que la Psicoprofilaxis Obstétrica no pretende reemplazar la atención médica durante el parto, sino complementarla. Es una

herramienta que puede ayudar a las mujeres a enfrentar el parto de manera más positiva y a reducir el estrés y la ansiedad asociados con este proceso.

2.3. Fisiopatología obstétrica materno fetal: alteraciones por trimestres del embarazo

Durante el embarazo, pueden surgir diversas complicaciones que afectan tanto a la madre como al feto. Estas complicaciones pueden variar según el trimestre del embarazo:

Primer Trimestre: En este trimestre, las principales complicaciones incluyen el aborto espontáneo, las anomalías congénitas y los problemas de salud materna como la hiperémesis gravídica (náuseas y vómitos intensos) y la preeclampsia (presión arterial alta y daño a órganos).

Segundo Trimestre: En este trimestre, las complicaciones pueden incluir la amenaza de parto prematuro, problemas con la placenta (placenta previa o desprendimiento de placenta) y diabetes gestacional.

Tercer Trimestre: En esta etapa, las complicaciones pueden incluir el parto prematuro, la restricción del crecimiento fetal, la hipertensión gestacional y la diabetes gestacional.

Es importante que las mujeres reciban atención prenatal adecuada y sigan las recomendaciones de su profesional de salud para reducir el riesgo de complicaciones durante el embarazo. Un monitoreo adecuado y una detección temprana de complicaciones permiten una intervención oportuna y un mejor manejo de la salud materna y fetal.

2.4. Embarazo patológico:

Enfermedad hipertensiva en el embarazo

El diagnóstico de hipertensión en el embarazo se realiza cuando en dos o más tomas separadas por 6 h, la paciente presenta una presión arterial (PA) sistólica ≥ 140 mmHg y/o una PA diastólica ≥ 90 mmHg.

- La presión arterial debe ser tomada en la gestante mientras está sentada, con los pies apoyados y el brazo a la altura del corazón, después de 10 minutos de reposo. En la primera visita, se tomará la presión arterial en ambos brazos; posteriormente, si las lecturas son similares, se tomará siempre en el brazo derecho. Si hay una diferencia significativa en la presión arterial entre los dos brazos, se debe realizar un estudio para determinar la posible causa.
- Se recomienda utilizar esfigmomanómetros de mercurio como primera opción, con un manguito de tamaño adecuado (el manguito inflable debe cubrir al menos el 80% de la circunferencia del brazo).
- Para iniciar la lectura, el manguito debe ser inflado al menos 20 mmHg por encima de la presión arterial sistólica. Luego, se debe desinflar lentamente a una velocidad de 2 mmHg por segundo.
- Para determinar la presión arterial diastólica, se debe escuchar el quinto ruido de Korotkoff (desaparición del sonido). Si el quinto ruido no está presente, se registrará el cuarto ruido (atenuación del sonido).(12)

La proteinuria durante el embarazo se caracteriza por la presencia de al menos 300 mg de proteínas en una muestra de orina recogida en 24 horas. En ausencia de infección urinaria, este hallazgo generalmente se correlaciona con la presencia de al menos 30 mg/dl de proteínas en una muestra de orina aleatoria (indicado como 1+ en una tira reactiva).

Clasificación

1. **Hipertensión crónica:** Se refiere a la presión arterial elevada que ya estaba presente antes del embarazo o que se desarrolla antes de las 20 semanas de gestación, la hipertensión diagnosticada después de la semana 20, pero que persiste a las 12 semanas tras el parto, se clasifica también como hipertensión crónica.
2. **Hipertensión gestacional:** Es la hipertensión que se desarrolla después de las 20 semanas de gestación en mujeres previamente

normotensas (con presión arterial normal). No hay presencia de proteinuria significativa (presencia de proteínas en la orina).

3. **Preeclampsia- eclampsia:** Es una forma de hipertensión específica del embarazo que se caracteriza por la presión arterial elevada después de las 20 semanas de gestación, junto con la presencia de proteinuria significativa. También puede haber otros signos y síntomas, como edema (hinchazón) en manos, pies o cara, y alteraciones en los órganos como el hígado o los riñones.

Excepcionalmente en casos de hídrops o enfermedad trofoblástica gestacional, la hipertensión puede aparecer antes de las 20 semanas. Se considera **preeclampsia grave** cuando existe una PA sistólica ≥ 160 mmHg y/o una PA diastólica ≥ 110 mmHg con proteinuria, o si existe hipertensión asociada a proteinuria grave (≥ 2 g en orina de 24 h). También se catalogará de preeclampsia grave cualquier hipertensión que se acompañe de algún signo o síntoma de afectación multiorgánica.

La **eclampsia** es la aparición, en una gestante con preeclampsia, de convulsiones no atribuibles a otras causas (accidentes cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, lesiones del sistema nervioso central ocupantes de espacio, enfermedades infecciosas o enfermedades metabólicas).(12)

Existen varios factores de riesgo que aumentan las probabilidades de desarrollar hipertensión gestacional durante el embarazo:

1. **Edad materna avanzada:** Las mujeres mayores de 35 años tienen un mayor riesgo de desarrollar hipertensión gestacional.
2. **Obesidad:** El exceso de peso antes del embarazo aumenta el riesgo de hipertensión gestacional.
3. **Antecedentes familiares:** Si hay antecedentes familiares de hipertensión gestacional, el riesgo de desarrollarla también puede ser mayor.

4. **Embarazos múltiples:** Las mujeres que esperan gemelos o múltiples tienen un mayor riesgo de hipertensión gestacional.
5. **Diabetes gestacional:** Las mujeres que desarrollan diabetes gestacional también tienen un mayor riesgo de desarrollar hipertensión gestacional.
6. **Enfermedades renales previas:** Las mujeres con antecedentes de enfermedades renales tienen un mayor riesgo de desarrollar hipertensión gestacional.
7. **Hipertensión crónica preexistente:** Las mujeres con hipertensión crónica antes del embarazo tienen un mayor riesgo de desarrollar hipertensión gestacional.

Es importante tener en cuenta que estos factores de riesgo no garantizan el desarrollo de hipertensión gestacional, pero pueden aumentar las probabilidades.

El tratamiento de la hipertensión en el embarazo dependerá de la categoría y la gravedad de la afección, así como de la salud general de la madre y el feto. En general, el objetivo del tratamiento es controlar la presión arterial y prevenir complicaciones tanto para la madre como para el bebé.

- **Cambios en el estilo de vida:** Se recomienda adoptar hábitos saludables, como una dieta equilibrada y baja en sodio, hacer ejercicio regularmente (siempre bajo la supervisión médica), evitar el consumo de alcohol y tabaco, y reducir el estrés.
- **Medicamentos antihipertensivos:** En algunos casos, se pueden recetar medicamentos para reducir la presión arterial. Es importante que estos medicamentos sean seguros para su uso durante el embarazo y sean recetados por un profesional de la salud.
- **Monitoreo regular:** Se realizarán controles regulares de la presión arterial para evaluar la eficacia del tratamiento y detectar cualquier cambio o complicación.

- **Reposo en cama:** En casos más graves de hipertensión gestacional o preeclampsia, se puede recomendar reposo en cama o reducir la actividad física para reducir el estrés en el cuerpo.
- **Hospitalización:** En casos de hipertensión grave o preeclampsia severa, puede ser necesario el ingreso hospitalario para un control más estrecho y tratamiento intensivo.

Diabetes gestacional

La diabetes gestacional es una condición en la que las mujeres experimentan intolerancia a los carbohidratos, lo que resulta en niveles elevados de azúcar en la sangre durante el embarazo. Este trastorno puede variar en gravedad y se diagnostica y se desarrolla durante el embarazo. La diabetes gestacional se asocia con un mayor riesgo de complicaciones tanto para la madre durante el embarazo como para el feto, el recién nacido y el futuro desarrollo del niño. Las mujeres embarazadas con esta condición tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos durante el embarazo, dar a luz por cesárea y experimentar complicaciones asociadas con la diabetes.

Además, aproximadamente el 50% de las mujeres con diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en los próximos 10 años.(13)

Causas

- **Hormonas del embarazo:** Durante el embarazo, la placenta produce hormonas que pueden interferir con la acción normal de la insulina en el cuerpo. Esto puede llevar a un aumento en los niveles de azúcar en la sangre.
- **Resistencia a la insulina:** Algunas mujeres pueden tener una mayor resistencia a la insulina durante el embarazo, lo que significa que sus cuerpos no pueden utilizar eficientemente la insulina para regular los niveles de azúcar en la sangre.

- **Antecedentes familiares de diabetes:** Tener antecedentes familiares de diabetes tipo 2 o diabetes gestacional aumenta el riesgo de desarrollar diabetes gestacional.
- **Sobrepeso u obesidad:** Las mujeres que tienen sobrepeso u obesidad antes del embarazo tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes gestacional.
- **Edad avanzada:** Las mujeres mayores de 25 años tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes gestacional.
- **Historial de diabetes gestacional previa:** Las mujeres que han tenido diabetes gestacional en embarazos anteriores tienen un mayor riesgo de desarrollarla en embarazos posteriores.

Síntomas

Polidipsia: Sentir una necesidad constante de beber agua y tener una sed persistente.

Poliuria: Orinar con mayor frecuencia de lo habitual, especialmente durante la noche.

Astenia: Sentirse cansada o agotada con más frecuencia de lo normal.

Polifagia: Experimentar un aumento del hambre y sentir la necesidad de comer más.

Pérdida de peso inexplicada: Perder peso sin seguir una dieta o un plan de ejercicio específico.

Infecciones recurrentes: Experimentar infecciones del tracto urinario, infecciones por hongos o infecciones de la piel con más frecuencia de lo habitual.

Exámenes de rutina

1. **Prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO):** Esta es la prueba más comúnmente utilizada para diagnosticar la diabetes gestacional. Se realiza entre las semanas 24 y 28 de embarazo. La prueba consiste en

beber una solución de glucosa y luego se toman muestras de sangre para medir los niveles de azúcar en la sangre antes y después de 1 y 2 horas.

2. **Prueba de detección inicial:** Algunos médicos pueden realizar una prueba de detección inicial más temprana en el embarazo, especialmente si la mujer tiene factores de riesgo. Esta prueba implica una prueba de glucosa en sangre en ayunas, donde se toma una muestra de sangre para medir los niveles de azúcar en la sangre después de un período de ayuno.
3. **Prueba de glucosa en orina:** Aunque menos común, algunas veces se puede realizar una prueba de glucosa en la orina para detectar la presencia de azúcar en la orina. Sin embargo, esta prueba no es tan precisa como la PTGO y puede requerir una confirmación adicional.

Tratamiento

1. **Plan de alimentación saludable:** Se recomienda seguir un plan de alimentación equilibrado y saludable, que incluya una variedad de alimentos nutritivos y controlar el tamaño de las porciones. Esto implica limitar el consumo de carbohidratos refinados y azúcares simples, y optar por alimentos ricos en fibra, proteínas magras y grasas saludables.
2. **Monitoreo de los niveles de azúcar en la sangre:** Se debe medir regularmente los niveles de azúcar en la sangre utilizando un glucómetro en casa. Esto ayuda a controlar los niveles de azúcar y ajustar el plan de alimentación y la medicación si es necesario.
4. **Actividad física regular:** Se recomienda realizar actividad física moderada regularmente, como caminar o nadar, bajo la supervisión del médico. El ejercicio ayuda a controlar los niveles de azúcar en la sangre y mejora la sensibilidad a la insulina.

5. **Medicación:** En algunos casos, puede ser necesario utilizar insulina u otros medicamentos para controlar los niveles de azúcar en la sangre si el plan de alimentación y la actividad física no son suficientes
6. **Monitoreo fetal:** Durante el embarazo, se realizarán pruebas regulares para evaluar la salud y el desarrollo del feto, como ecografías y monitoreo cardíaco fetal.

2.5. Manejo de claves obstétricas

Las **Claves Obstétricas** son un conjunto de protocolos y guías de manejo clínico estandarizados, implementados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) para la atención oportuna y eficaz de las principales emergencias obstétricas. Estas claves tienen como objetivo principal la **reducción de la mortalidad materna y fetal** en el país.

Existen tres claves obstétricas principales:

1. **Clave Roja:** Se activa ante la presencia de **hemorragia obstétrica**, la cual se define como la pérdida de sangre superior a 500 ml durante el parto o 1000 ml en el posparto. La Clave Roja establece un protocolo de actuación rápida y organizada para identificar la causa de la hemorragia, controlar el sangrado y estabilizar a la paciente.
2. **Clave Azul:** Se utiliza para el manejo de **hipertensión arterial grave en el embarazo**, incluyendo preeclampsia y eclampsia. La Clave Azul define los pasos a seguir para la monitorización y el tratamiento oportuno de estas condiciones, con el objetivo de prevenir complicaciones graves para la madre y el feto.
3. **Clave Amarilla:** Se activa ante la sospecha o presencia de **sepsis o choque séptico** en mujeres embarazadas o en el puerperio. La Clave Amarilla busca la identificación temprana de la sepsis, una condición potencialmente mortal, y la administración oportuna de tratamiento antibiótico y medidas de soporte para evitar la progresión a un cuadro grave.

Las Claves Obstétricas se implementan junto con el Score MAMÁ, un sistema de puntuación que se basa en los signos vitales y otros parámetros para evaluar el riesgo obstétrico y determinar la necesidad de una atención especializada. La combinación de las Claves Obstétricas y el Score MAMÁ permite a los profesionales de la salud tomar decisiones rápidas y precisas para la atención de las mujeres embarazadas y en el puerperio, mejorando la calidad de la atención y los resultados maternos e infantiles. (1)

Score MAMA

Parámetro	Puntaje							Parámetro	Puntaje parcial
	3	2	1	0	1	2	3		
FC(****)	≤ 50	—	51-59	60-100	101-110	111-119	≥120	FC (****)	
Sistólica	≤ 70	71-89	—	90-139	—	140-159	≥160	Sistólica	
Diastólica	≤ 50	51-59	—	60-85	86-89	90-109	≥110	Diastólica	
FR(****)	≤ 11	—	—	12-22	—	23-29	≥30	FR (****)	
T (°C) (*)	—	≤35.5	—	35.6-37.5	37.6-38.4	—	≥38.5	T (°C) (*)	
Sat O ₂	≤ 85	86-89	90-93(**)	94-100	—	—	—	Sat O ₂	
Estado de Conciencia	—	confusa / agitada	—	alerta	responde a la voz / somnolienta	responde al dolor / estuporosa	no responde	Estado de Conciencia	
Proteinuria(****)	—	—	—	Negativo	Positivo	—	—	Proteinuria (****)	

Considerar que en la labor de parto los signos vitales podrían alterarse

Gráfico 4. Tabla Score MAMA. (1)

(*) Temperatura axilar

(**) (90-93%) Sin oxígeno suplementario y saturaciones de 90 a 93% en pacientes que viven sobre los 2.500 metros sobre el nivel del mar tendrán un puntaje de 0

(***) Se debe realizar proteinuria sobre las 20 semanas de gestación.

(****) La frecuencia cardiaca y la respiratoria deben contabilizarse en un minuto completo.

2.6. Menopausia y climaterio

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la menopausia natural o fisiológica se refiere al cese permanente de la menstruación, confirmado retrospectivamente después de 12 meses

consecutivos sin menstruación, sin que existan causas patológicas. Este proceso ocurre típicamente en mujeres de entre 45 y 55 años de edad.

El término **climaterio** proviene del griego "climater" que significa peldaños o escalones, y se refiere a un periodo de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva. Este periodo se caracteriza por cambios hormonales y síntomas que comienzan aproximadamente 1 año antes de la menopausia y pueden continuar hasta 1 año después. También se puede definir como síndrome climatérico, que engloba los signos y síntomas que aparecen durante la perimenopausia.(14)

Etapas del climaterio

El climaterio se puede dividir en varias etapas:

Perimenopausia: Es el período que precede a la menopausia y generalmente comienza en los 40 años. Durante esta etapa, los niveles hormonales fluctúan y pueden llevar a irregularidades en el ciclo menstrual y síntomas como sofocos, sudoraciones nocturnas, cambios de humor y problemas para dormir.

Menopausia: Como se mencionó anteriormente, es el punto en el tiempo en el que una mujer ha pasado 12 meses sin menstruar.

Posmenopausia: Es el período que sigue a la menopausia y dura el resto de la vida de la mujer. Durante la posmenopausia, los síntomas climatéricos pueden continuar, pero en general, los niveles hormonales se estabilizan.

Alteraciones hormonales

Durante el climaterio, los ovarios producen menos estrógeno y progesterona, lo que puede llevar a una serie de cambios en el cuerpo. La disminución de los niveles de estrógeno puede causar síntomas como sofocos, sequedad vaginal, cambios de humor y pérdida de densidad ósea, lo que puede aumentar el riesgo de osteoporosis.

Manejo clínico de la mujer en el climaterio

El manejo clínico de una mujer en el climaterio depende de la intensidad y la naturaleza de sus síntomas. Algunas mujeres pueden necesitar tratamiento para aliviar los síntomas más molestos, mientras que otras pueden no requerir ninguna intervención médica. Las opciones de manejo pueden incluir:

Terapia Hormonal: Para algunas mujeres, la terapia hormonal (terapia de reemplazo hormonal) puede ser efectiva para aliviar los síntomas del climaterio, especialmente los sofocos y la sequedad vaginal. Sin embargo, la terapia hormonal conlleva algunos riesgos y beneficios que deben ser discutidos con el médico.

Tratamiento No Hormonal: Para mujeres que no pueden tomar terapia hormonal o prefieren no hacerlo, hay otras opciones no hormonales, como medicamentos antidepresivos, que pueden ayudar a aliviar los sofocos.

Suplementos y cambios en el estilo de vida

Algunas mujeres pueden encontrar alivio de los síntomas del climaterio mediante el uso de suplementos naturales o cambios en el estilo de vida, como una dieta saludable y ejercicio regular.

Atención diferenciada a la mujer en este ciclo

La atención diferenciada a la mujer durante el climaterio implica una aproximación personalizada y comprensiva para abordar sus necesidades y preocupaciones específicas. Esto puede incluir:

Educación y asesoramiento: Proporcionar información detallada sobre el climaterio y la menopausia, incluidos los cambios hormonales y los posibles síntomas, para que la mujer comprenda lo que está experimentando.

Manejo de síntomas: Ayudar a la mujer a abordar los síntomas específicos que pueda estar experimentando y brindar opciones de tratamiento que se ajusten a sus preferencias y necesidades.

Salud ósea: Evaluar la salud ósea de la mujer y discutir medidas para prevenir la pérdida ósea y reducir el riesgo de osteoporosis.

2.7. Abordaje intercultural

Para brindar cuidados interculturales a las mujeres en el climaterio, es importante reconocer y respetar las diferencias culturales y creencias relacionadas con la salud y el bienestar. Los profesionales de la salud deben recibir capacitación para ofrecer una atención culturalmente sensible y adaptada a las necesidades de cada mujer, teniendo en cuenta sus valores, tradiciones y prácticas relacionadas con la salud.

De manera similar, en el contexto de la atención de enfermería a mujeres embarazadas, el enfoque intercultural implica reconocer y respetar las diferencias culturales de las pacientes. La enfermería tiene la responsabilidad de proporcionar cuidados compasivos y competentes que sean culturalmente seguros y adecuados para cada individuo, adaptando la atención para satisfacer sus necesidades y respetar sus creencias y valores culturales.

Teoría del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger: Esta teoría se centra en la importancia de brindar cuidados culturalmente congruentes y competentes. Leininger destaca que comprender las prácticas culturales y creencias de los pacientes es fundamental para proporcionar un cuidado efectivo. En este sentido, los enfermeros deben adaptar sus intervenciones de cuidado para que estén en línea con las creencias culturales y valores de las mujeres embarazadas.

Modelo de Adaptación Transcultural de Giger y Davidhizar: Este modelo se enfoca en comprender y abordar las diferencias culturales en el proceso de adaptación del paciente al entorno de atención médica. Las enfermeras deben tener en cuenta las prácticas y creencias culturales que pueden afectar el embarazo y el parto de las mujeres, y adaptar la atención para que sea congruente con su cultura.

Modelo del Dominio Cultural de Campinha-Bacote: Este modelo se centra en la competencia cultural, que implica adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para brindar una atención culturalmente congruente. Desde esta perspectiva, las enfermeras deben tener una mentalidad culturalmente sensible y adoptar una postura abierta y respetuosa hacia la diversidad cultural de las mujeres embarazadas.(15)

2.8. Salud sexual de la pareja

La salud sexual de la mujer se refiere al bienestar físico, emocional y social relacionado con su sexualidad. Esto incluye aspectos como la anatomía y fisiología sexual, la capacidad reproductiva, el placer sexual, las relaciones íntimas, la contracepción, el embarazo y el parto, así como la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

Es fundamental que las mujeres tengan acceso a información precisa y educación sobre su salud sexual, así como a servicios de atención médica adecuados. Esto implica la promoción de la autonomía sexual, el consentimiento informado, el respeto a la diversidad de orientaciones sexuales y la prevención de la violencia sexual.

La salud sexual de la mujer también abarca la atención a las necesidades específicas en diferentes etapas de su vida, como la pubertad, el embarazo, la menopausia y el envejecimiento. Se deben abordar y tratar condiciones médicas que puedan afectar la salud sexual, como las infecciones genitales, los trastornos hormonales y las disfunciones sexuales.

ACTIVIDADES RECOMENDADAS

Realice un cuadro comparativo en donde se evidencien las características del embarazo patológico.

UNIDAD 3

PATOLOGÍA TUMORAL EN LA MUJER



3. PATOLOGÍA TUMORAL EN LA MUJER

INTRODUCCIÓN

El manejo de la patología tumoral en la mujer por parte del técnico de enfermería es fundamental para brindar un cuidado de calidad y apoyo a las pacientes, la patología tumoral se refiere al estudio y manejo de los tumores, que son crecimientos anormales de tejido en el cuerpo. Estos tumores pueden ser benignos, es decir, no cancerosos y de crecimiento lento, o malignos, lo que significa que son cancerosos y pueden invadir y dañar tejidos y órganos circundantes.

El conocimiento de la patología tumoral es esencial para

comprender los procesos de diagnóstico, tratamiento y atención de los pacientes con tumores el personal de salud desempeña un papel crucial en el cuidado de estos pacientes, brindando apoyo emocional, administrando medicamentos y tratamientos, y educando sobre el cuidado y la prevención de complicaciones.

La enfermería desempeña un papel fundamental en la promoción de la detección temprana de tumores y la educación sobre factores de riesgo y medidas de prevención.

OBJETIVO

Establecer un plan prevención y promoción identificando los diferentes síntomas de cáncer de mama y cuello uterino con respeto a las usuarias.

3.1. Cáncer de mama

El cáncer de mama es una enfermedad que presenta una variedad de características debido a la acumulación gradual de cambios genéticos anormales. Aunque existen diversos factores de riesgo asociados, aproximadamente el 50% de los casos no pueden ser identificados con precisión.

Carcinoma intraductal in situ: La forma más común de presentación es la detección de un bulto palpable. En la mamografía, se puede observar una lesión central necrótica con agrupación de microcalcificaciones en forma de molde.

Carcinoma lobulillar in situ: Suelen ser descubiertos de manera incidental mediante una biopsia. Estos casos suelen ser bilaterales y afectar múltiples áreas. El tratamiento generalmente implica una biopsia amplia seguida de una linfadenectomía y un seguimiento continuo.(16)

Sospecha de cáncer

- Presencia de una masa con bordes irregulares que se encuentra adherida a planos profundos, tanto en la mama como en la axila, y es palpable.
- También se puede observar una secreción del pezón sin una masa dominante, persistente y reproducible al examen espontáneo, que afecta a un solo conducto.
- Si existe sospecha clínica de cáncer de mama inflamatorio, los senos pueden presentar enrojecimiento, inflamación y sensación de calor.
- Otros síntomas pueden incluir pesadez, ardor, dolor, aumento del tamaño del seno, sensibilidad o pezones invertidos.
- También puede haber un engrosamiento nodular asimétrico en mujeres menores de 30 años.
- En casos de sospecha clínica de Enfermedad de Paget o en mujeres con un diagnóstico previo de cáncer de mama, también se deben considerar estos síntomas.

Diagnóstico

La autoexploración no ha demostrado ser efectiva para reducir la mortalidad de la enfermedad. La mamografía es el método principal de diagnóstico por imagen utilizado en la evaluación de patología mamaria en pacientes que no presentan síntomas.

El autoexamen de mama es una técnica en la que una persona examina sus propios senos para detectar cualquier cambio o anomalía. Consiste en observar y palpar los senos en busca de protuberancias, cambios en la textura de la piel, secreción del pezón u otros síntomas preocupantes.

Aunque el autoexamen de mama puede ser una práctica útil para que las personas se familiaricen con sus senos y puedan detectar cambios sospechosos, no se ha demostrado que sea eficaz para reducir la mortalidad por cáncer de mama. Por lo tanto, es importante combinar el autoexamen con exámenes médicos regulares, como mamografías y revisiones clínicas, para una detección temprana y un tratamiento adecuado. (16)



Gráfico 5. Autoexamen mamario. (16)

Pesquisa activa de cáncer de mama

La pesquisa activa de cáncer de mama se refiere a la búsqueda proactiva y sistemática de casos de cáncer de mama en una población determinada, en lugar de esperar a que las personas presenten síntomas o acudan por sí mismas a realizarse pruebas de detección, se llevan a cabo campañas de detección temprana en las que se busca activamente la presencia de cáncer de mama en la población objetivo.

Estas campañas suelen incluir mamografías u otros métodos de detección, como la ecografía mamaria o la resonancia magnética, dependiendo de las características de la población y los recursos disponibles. La pesquisa activa de cáncer de mama tiene como objetivo identificar los casos en etapas tempranas, cuando el tratamiento es más efectivo y las tasas de supervivencia son más altas.

Es importante destacar que la pesquisa activa de cáncer de mama debe llevarse a cabo de acuerdo con las pautas y recomendaciones establecidas por las autoridades de salud y los expertos en oncología, y debe ser complementada con una atención médica adecuada y un seguimiento apropiado para aquellos casos que requieran tratamiento.

3.1.1. Promoción y prevención del cáncer de mama

La promoción y prevención del cáncer de mama se refiere a las acciones y estrategias destinadas a concienciar, educar y tomar medidas para reducir el riesgo de desarrollar esta enfermedad y promover la detección temprana.

- 1. Concienciación y educación:** Informar a la población sobre los factores de riesgo, los síntomas y la importancia de la detección temprana del cáncer de mama. Esto se puede lograr a través de campañas de sensibilización, charlas educativas, material informativo y programas de divulgación en los medios de comunicación.
- 2. Estilo de vida saludable:** Fomentar la adopción de hábitos saludables, como llevar una dieta equilibrada, mantener un peso saludable, hacer ejercicio regularmente y evitar el consumo de tabaco y alcohol en

exceso. Estos cambios en el estilo de vida pueden reducir el riesgo de desarrollar cáncer de mama y otras enfermedades.

3. **Autoexamen de mama:** Promover la práctica regular del autoexamen de mama, donde las mujeres aprenden a examinar sus propios senos para detectar cualquier cambio o anomalía. Aunque no se ha demostrado que el autoexamen de mama reduzca la mortalidad por cáncer de mama, puede ayudar a las mujeres a conocer sus cuerpos y detectar posibles signos de alerta.
4. **Detección temprana:** Fomentar la realización de pruebas de detección temprana, como la mamografía, en mujeres de ciertas edades o con factores de riesgo. Las mamografías pueden detectar tumores en etapas iniciales, cuando son más tratables y las tasas de supervivencia son más altas.
5. **Acceso a servicios de salud:** Garantizar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de salud de calidad, incluyendo la realización de mamografías y otros exámenes de detección, así como el acceso a tratamientos adecuados en caso de diagnóstico de cáncer de mama.

La promoción y prevención del cáncer de mama es fundamental para reducir la incidencia y la mortalidad de esta enfermedad, y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Identificar los siguientes factores de riesgo

No modificables:

- **La edad:** existe un mayor incremento a partir de los 35 años y una estabilización a partir de los 55 años, coincidiendo con la aparición de la menopausia.
- **El estado hormonal:** el primer embarazo en edad avanzada, incrementa el riesgo en un 20%, mientras que una edad tardía de menopausia incrementa un 30%, una menarquia tardía es un factor protector en un 40% de los casos.

- **Historia familiar:** es un factor importante, una mujer con un familiar de primer grado que haya tenido un cáncer de mama tiene un incremento de riesgo para padecerlo de un 50%, respecto al que no tenga ningún antecedente familiar.
- Un 10% de estos cánceres tienen un componente genético debido a la mutación de un gen, este caso se presenta en mujeres jóvenes.
- **Cáncer previo:** las mujeres que han desarrollado antes un cáncer de mama tienen más riesgo de padecer otro.

Modificables:

- **Tratamiento hormonal sustitutivo (THS):** relacionado con el uso de ACO (anticonceptivos orales). Aumenta un 20% respecto a las personas que no lo toman. Actualmente dependerá de las combinaciones hormonales que se usen.
- En la mujer primípara o multípara, se reduce en un 10% respecto a las mujeres nulíparas.
- Con la lactancia materna se minimiza un 2% por cada 5 meses de lactancia.
- **El alcohol:** se ha demostrado que aumenta hasta un 30% respecto a las que no beben.
- **El tabaco:** aunque no hay estudios que demuestren la relación directa entre el cáncer de mama y el consumo de tabaco, parece ser un factor predisponente.
- **La actividad física:** en mujeres post-menopáusicas tienen mayor riesgo de desarrollarlo debido a un alto nivel de estrógeno en su tejido adiposo. El sedentarismo parece que aumenta la incidencia.
- La exposición a radiación ionizante por medio de procesos diagnósticos o terapéuticos médicos, aumenta las posibilidades.(17)

3.2. Cáncer de cuello de útero

En la actualidad, el cáncer de cérvix sigue siendo una enfermedad importante debido a su incidencia y mortalidad. Se sabe que su causa está relacionada

con la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y existen métodos de detección como la citología convencional y la prueba de ADN-HPV. Sin embargo, es necesario comprender diversas características relacionadas con la aparición de este tipo de cáncer.(18)

Varios estudios han señalado diversos factores de riesgo asociados al cáncer cervical. Estos incluyen antecedentes familiares de cáncer, la menarquia temprana, la actividad sexual, especialmente el inicio de relaciones sexuales a una edad temprana (antes de los 17 años), la multiparidad, el cambio frecuente de parejas sexuales, las infecciones de transmisión sexual y el VPH. Además, se han identificado otros factores que dificultan el diagnóstico oportuno, como vivir en áreas remotas o no tener acceso a seguridad social.

Sintomatología

La sintomatología del cáncer de cérvix puede variar en cada paciente y en las diferentes etapas de la enfermedad.

1. **Sangrado vaginal anormal:** Puede manifestarse como sangrado entre períodos menstruales, sangrado después de tener relaciones sexuales o sangrado después de la menopausia.
2. **Flujo vaginal anormal:** Puede haber un aumento en la cantidad de flujo vaginal, un cambio en su color o consistencia, o un olor desagradable.
3. **Dolor pélvico:** Algunas mujeres pueden experimentar dolor o molestias en la región pélvica, que puede ser constante o intermitente.
4. **Dolor durante las relaciones sexuales:** La presencia de dolor o molestias durante las relaciones sexuales puede ser un síntoma de cáncer de cérvix.

3.2.1. Citología vaginal: cuidados de enfermería en la realización de la técnica de Papanicolaou

La citología cervical exfoliativa (realizada con la coloración de papanicolaou) consiste en el examen microscópico de células descamadas del cuello uterino. Este método puede ser aplicado fácilmente en grandes masas de

población y no produce mayores molestias a las pacientes, por lo que la aceptación para una repetición del examen es de casi el 100%.

Esta prueba se utiliza para detectar cambios anormales en las células del cuello uterino que podrían indicar la presencia de lesiones precancerosas o cáncer de cuello uterino. Se recomienda que las mujeres comiencen a hacerse la prueba a partir de los 21 años y se repita cada 3 años hasta los 65 años, siempre y cuando los resultados sean normales.

Antes de tomar la muestra, la paciente debe tener en cuenta las siguientes precauciones:

- Evitar realizar duchas vaginales el día del examen y la noche anterior. Sin embargo, esto no es motivo suficiente para no realizar la citología.
- Evitar, en la medida de lo posible, tener relaciones sexuales la noche anterior al examen. Pero nuevamente, esto no es motivo suficiente para no realizar la citología.
- No utilizar medicamentos como óvulos o cremas vaginales una semana antes de la toma de la muestra.
- Esperar al menos un mes después de un legrado uterino instrumental (LUI) o aspiración manual endouterina (AMEU) después de un aborto incompleto.
- Esperar dos meses después del parto.
- Esperar al menos seis meses después de procedimientos como crioterapia, electrocoagulación, cono frío, resección con asa LEEP, etc.
- En el caso de embarazadas, no hay contraindicaciones para tomar la muestra durante la primera consulta prenatal, independientemente de la edad gestacional.(19)

El papel de la enfermera en la citología vaginal es esencial en todo el proceso, desde la preparación de la paciente hasta el seguimiento de los resultados.

1. **Educación y asesoramiento:** proporciona información clara y precisa sobre la prueba de citología vaginal, explicando el procedimiento, su

importancia y cómo prepararse adecuadamente. También puede responder preguntas y brindar apoyo emocional a la paciente.

2. **Preparación de la paciente:** se asegura que la paciente esté cómoda y relajada durante el examen. Puede ayudar a la paciente a colocarse en la posición adecuada y proporcionar privacidad y modestia durante el procedimiento.
3. **Registro y documentación:** registra y documenta todos los datos relevantes del procedimiento, incluyendo la fecha, hora, técnica utilizada y cualquier observación o complicación que pueda surgir.
4. **Seguimiento y recordatorio:** es responsable de realizar el seguimiento con la paciente para asegurarse de que obtenga los resultados de la prueba y programar citas de seguimiento si es necesario. También puede brindar recordatorios para futuras pruebas de citología vaginal.
5. **Apoyo emocional y educación posterior:** En caso de que se encuentren resultados anormales, puede brindar apoyo emocional y educación adicional a la paciente. Esto puede incluir explicar los hallazgos, proporcionar información sobre opciones de tratamiento y referir a otros profesionales de la salud según sea necesario.

3.2.2. Cuidados de enfermería durante el tratamiento oncoespecífico

Para brindar cuidados continuos, individualizados y de calidad a los pacientes, es necesario comprender sus necesidades. Hay tres principios fundamentales que guían todas sus solicitudes:

1. Proporcionar un tratamiento de calidad a través de cuidados profesionales adecuados.
2. Centrar el cuidado en la persona y adaptar el tratamiento según las necesidades individuales de cada paciente, en lugar de basarse únicamente en las políticas de la institución.

3. Adoptar un enfoque holístico del cuidado. Al profundizar en los deseos del paciente, se puede ofrecer un cuidado más completo y personalizado.(20)

Durante el tratamiento oncoespecífico, los enfermeros desempeñan un papel crucial en el cuidado y apoyo de los pacientes. Algunos de los cuidados de enfermería durante este tratamiento incluyen:

1. **Educación y asesoramiento:** Proporcionar información detallada sobre el tratamiento, sus posibles efectos secundarios y cómo manejarlos. También brindar apoyo emocional y responder a las preguntas y preocupaciones de los pacientes y sus familias.
2. **Monitorización de signos vitales y efectos secundarios:** Realizar seguimiento regular de los signos vitales del paciente, como la presión arterial, el pulso y la temperatura. Además, estar atento a los posibles efectos secundarios del tratamiento, como náuseas, vómitos, pérdida de apetito, fatiga, cambios en la piel, entre otros.
3. **Administración de medicamentos:** Preparar y administrar los medicamentos oncoespecíficos siguiendo las pautas y protocolos establecidos. Esto incluye asegurarse de que se administren en la dosis correcta y en el momento adecuado, y monitorear cualquier reacción adversa.
4. **Manejo del dolor:** Evaluar y controlar el dolor del paciente, utilizando técnicas de alivio del dolor como la administración de analgésicos, terapia física, técnicas de relajación, entre otros.
5. **Cuidado de la piel:** Brindar cuidados específicos para proteger la piel del paciente durante el tratamiento, como mantenerla limpia e hidratada, y prevenir la irritación o lesiones cutáneas.
6. **Promoción de la nutrición adecuada:** Evaluar y asesorar sobre la dieta del paciente, asegurando que reciba los nutrientes necesarios para mantener su fuerza y resistencia durante el tratamiento.
7. **Apoyo emocional y psicológico:** Proporcionar apoyo emocional y psicológico tanto al paciente como a sus familiares, ayudándoles a

afrontar el impacto emocional del tratamiento y brindándoles recursos y estrategias para hacer frente a los desafíos que puedan surgir.

8. **Coordinación del cuidado:** Trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos, oncólogos y especialistas, para asegurar una atención integral y coordinada para el paciente.

ACTIVIDADES RECOMENDADAS

Realice el diagnóstico diferencial de cáncer de mama y cáncer uterino basados en los signos y síntomas de cada patología.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. Ecuador MdSPd. Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud Quito; 2013.
3. Gerard J. Tortora, Derrickson B. De, Principios Y, Anatomía Fisiología. 13a Edición. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA SAD c. v., editor. BUENOS AIRES - BOGOTÁ - CARACAS - MADRID - MÉXICO - PORTO ALEGRE; 2013.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

2. Subía KBM, Lascano AMP. Equality and non-discrimination of women in the ecuadorian workplace. Universidad y Sociedad. 2021;13(3):222-32.
4. Gómez L, Luna A. Galería de imágenes del sistema reproductor femenino para estudio práctico de la Anatomía Humana. Edumecentro. 2021;13(2):146--158.
5. Fallis AG. Aparato Reproductor femenino. colegio oficial de Barcelona. 2013;53(9):1689-99.
6. Rodríguez FM. Salud sexual en las diferentes etapas de la vida de la mujer.
7. Zanin L, Páez A, Correa C, De Bortoli M. año XII-número II (24) / 2011 fundamentos en humanidades Ciclo menstrual: sintomatología y regularidad del estilo de vida diario Menstrual cycle: symptomatology and regularity of everyday lifestyle.
8. Moreno Gómez E, Jáuregui-Lobera I. Variables emocionales y food craving: Influencia del ciclo menstrual Variables emocionales y food craving: Influencia del ciclo menstrual Emotional variables and food craving: Influence of the menstrual cycle. :28-63.
9. Serdan Ruiz DL, Vásquez Bone KK, Yupa Pallchisaca AE. Physiological and anatomical changes in a woman's body during pregnancy. Universidad Ciencia y Tecnología. 2023 May 25;27(119):29-40.
10. Carrillo-Mora P, García-Franco A, Soto-Lara M, Rodríguez-Vásquez G, Pérez-Villalobos J, Martínez-Torres D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2021 Jan 10;64(1):39-48. Available from: http://revistafacmed.com/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=1379:cambios-fisiologicos-durante-el-embarazo&Itemid=79

11. Alvarado SM, Mesinas AG, Peña MY. Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. 2014.
12. PROTOCOLOS SEGO.
13. Hospitalario C, Madrid AA. Vigil-De Gracia y col. Diabetes gestacional.
14. Torres Jiménez AP, María J, Rincón T. Climaterio y menopausia Climacteric and menopause. Vol. 61. 2018.
15. Gil Estevan MD, Solano Ruiz M del C. Application of the cultural competence model in the experience of care in nursing professionals Primary Care. Aten Primaria. 2017 Nov 1;49(9):549-56.
16. Sinergia RM, Espinosa Ramírez M. REVISTA MEDICA SINERGIA CANCER DE MAMA. 2017; 2:8-12.
17. DEL PILAR RIERA ZAPICo Mar, Cáncer Mama S. Palabras clave.
18. Víquez Redondo KF, Araya Cascante RA, Hidalgo Solís MJ. Cáncer de cérvix: generalidades. Revista Médica Sinergia. 2022 Sep. 1;7(9): e898.
19. De DC. MANUAL NACIONAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL. 2010.
20. Ecuador MdSPd. Claves Obstétricas y Score MAMA en el Sistema Nacional de Salud Quito; 2017.



MISAEEL ACOSTA

CARRERA DE ENFERMERÍA

Dirección: Loja 31 – 15 y Buenos Aires
Teléfono fijo: 032 961 680
Teléfono móvil: +593 98 818 3081

RIOBAMBA – ECUADOR